



Journal of the Psychiatric Association of Thailand

วารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย

ปีที่ 69 ฉบับที่ 4

ตุลาคม - ธันวาคม 2567

บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาล
สมุทรปราการ

กนกพร สาคร, ทศนีย์ สุริยะไชย

อิทธิพลของการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น
อนุวัฒน์ สรวนรัมย์, ดรุณี รุจกรกานต์

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น

อารดา ธรรมบัณฑิตสุข, ชาญวิทย์ พรนภดล, สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข

ผลของการฝึกปฏิบัติวิชาจิตเวชศาสตร์ชั้นคลินิกต่อทัศนคติของนักศึกษาแพทย์เกี่ยวกับวิชาจิตเวชศาสตร์
และผู้ป่วยจิตเวช

กันตพล ยอดมงคล, ศิรยา เลิศหัตถศิลป์

ภาวะเครียดและซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุทัยธานี

ปัญญวิชจ์ พรหมนุรักษ์

ผลของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในโรงพยาบาลพุทธโสธร
จังหวัดฉะเชิงเทรา

เจริญศักดิ์ อ่ำกลิ่น, เกษราภรณ์ เคนบุปผา

การศึกษาแบบ retrospective cohort ของความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายโดยใช้
สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มารักษาที่โรงพยาบาลเชิงรณประชาอนุเคราะห์ ระหว่างปี พ.ศ. 2555 - 2564

วิมลรัตน์ ชัยปราการ, ดาราวรรณ วงศ์พรหมเมศรี, มาโนช หล่อตระกูล

สารบัญวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย



รายชื่อคณะกรรมการอำนวยการ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2565-2568

นายกสมาคม

ศ.นพ.ชวณันท์ ชาญศิลป์

President

Prof.Chawanun Charnsil, M.D.

อุปนายก

ผศ.พญ.วรลักษณ์ ธีราโมกษ์

Vice-President

Asst.Prof.Voralaksana Theeramoke, M.D.

เลขาธิการ

นพ.สุทธา สุปัญญา

Secretary-General

Suttha Supanya, M.D.

เหรัญญิก

ผศ.พญ.ปรานี เมื่อน้อย

Treasurer

Asst.Prof.Pranee Moungnoi, M.D.

ปฎิคม

พ.อ.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.Piyawat Dendumrongkul, M.D.

กรรมการกลาง

ผศ.นพ.ปรการ ถมยางกูร

Committee Members

Asst.Prof.Prakarn Thomyangkoon, M.D.

ผศ.นพ.ภูซังค์ เหล่าจุสิวัตต์

Asst.Prof.Puchong Laurujisawat, M.D.

ผศ.นพ.วรุฒม์ อุ่นจิตสกุล

Asst.Prof.Warut Aunjitsakul, M.D.

นพ.ศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา

Sarutabhandu Chakrabhandu Na Ayutaya, M.D.

ผศ.พญ.ศุภรา เชาว์ปรีชา

Asst.Prof.Supara Chaopricha, M.D.

นพ.สมนึก หลิมศิริรัตน์

Somnuk Limsiroratana, M.D.



วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

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

E-ISSN: 2697-4126

การติดต่อ

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

การส่งบทความ

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



กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

บรรณาธิการกิตติมศักดิ์

ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Honorary Editor

Professor Suwanna Arunpongpaisal, MD, MSc
Khon Kaen University

บรรณาธิการ

รศ.ดร.นพ.ธรรมนาถ เจริญบุญ
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Editor-in-Chief

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

รองบรรณาธิการ

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

Associate Editor

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

กองบรรณาธิการฝ่ายจัดการ

น.ส.สิริลักษณ์ ไชยสิทธิ์

Managing Staffs

Miss Siriluck Chaiyasit



วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 69 ฉบับที่ 4

ตุลาคม - ธันวาคม 2567

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

A

นิพนธ์ต้นฉบับ

- ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเด็กและวัยรุ่น
โรงพยาบาลสมุทรปราการ
กนกพร สาคร, ทศนีย์ สุริยะไชย 390
- อิทธิพลของการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพสารเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา
ตอนต้น
อนุวัฒน์ สรวนรัมย์, ดร.ณิ รุจกรกานต์ 401
- ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น
อารดา ธรรมบันดาลสุข, ชาญวิทย์ พรนภดล, สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข 414
- ผลของการฝึกปฏิบัติวิชาจิตเวชศาสตร์ชั้นคลินิกต่อทัศนคติของนักศึกษาแพทย์เกี่ยวกับวิชาจิตเวชศาสตร์
และผู้ป่วยจิตเวช
กันตพล ยอดมงคล, ดิเรยา เลิศหัตถศิลป์ 429
- ภาวะเครียดและซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุทัยธานี
ปัญญ์ชัชวีร์ พรหมนุรักษ์ 440
- ผลของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในโรงพยาบาลพุทธโสธร
จังหวัดฉะเชิงเทรา
เจริญศักดิ์ อ่ำกลิ่น, เกษราภรณ์ เคนบุปผา 452
- การศึกษาแบบ retrospective cohort ของความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายโดยใช้
สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มารักษาที่โรงพยาบาลเชิงรายนประชาชนุเคราะห์ ระหว่างปี พ.ศ. 2555 - 2564
วิมลรัตน์ ชัยปราการ, ดาราวรรณ วงศ์พรหมเมศรี, มาโนช หล่อตระกูล 465
- สารบัญวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 476



Journal of the Psychiatric Association of Thailand

Volume 69 Number 4

October - December 2024

CONTENTS

EDITORIAL

A

ORIGINAL ARTICLES

- Prevalence and Associated Factors of Self-harm in Children and Adolescent Patients with Depressive Disorder at Samutprakarn Hospital 390
Kanokporn Sakorn, Tussanee Suriyachai
- Influence of Self-Control on Risk Behaviors of Substance Abuse in Junior High School Students 401
Anuwat Saruanrum, Darunee Rujkorakarn
- Prevalence and Factors Associated with Cyberbullying among Patients with ADHD 414
Arada Thumbundansuk, Chanvit Pornnoppadol, Somboon Hataiyusuk
- The Impact of a Clinical Psychiatric Clerkship on Medical Students' Attitude Toward Psychiatry and Psychiatric Patients 429
Kantaphon Yodmongkol, Tiraya Lerthattasilp
- Stress and Depression among Hospital Personnel at Uthaitani Hospital 440
Panchat Promnurak
- The Effects of Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression in Buddhasothorn Hospital, Chachoengsao Province 452
Charoensak Umklin, Kedsaraporn Kenbubpha
- A Retrospective Cohort Study of the Prevalence of Attempted Suicide by Pesticide Poisoning and Related Factors among Patients Presenting to Chiangrai Prachanukroh Hospital during 2012 - 2021 465
Wimolrat Chaiprakarn, Darawan Wongprommate, Manote Lotrakul
- Contents Preface in Journal of Mental Health of Thailand 476

บรรณาธิการแถลง

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ฉบับนี้เป็นฉบับสุดท้ายของปี พ.ศ. 2567 และถือว่าเป็นฉบับที่ครบรอบ 3 ปี ของทีมบรรณาธิการชุดปัจจุบัน

จากการทำงานเป็นบรรณาธิการของวารสารมาหลายปี พบว่ามีผู้ส่งบทความให้วารสารสมาคมจิตแพทย์พิจารณาเพิ่มขึ้นมาก โดยในปีนี้มีบทความที่ส่งให้วารสารสมาคมจิตแพทย์ พิจารณามากกว่า 50 เรื่องต่อปี และได้รับการตีพิมพ์เฉลี่ย 10 - 12 บทความต่อเล่ม ขณะที่ในปี พ.ศ. 2563 มีบทความส่งเข้าพิจารณา 38 เรื่องต่อปี และมีบทความตีพิมพ์เฉลี่ย 8 เรื่องต่อเล่ม โดยแนวโน้มที่เห็นชัดเจนคือมีบทความจากแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ และนักศึกษาระดับปริญญาโทในสาขาที่เกี่ยวข้องกับจิตวิทยา ส่งบทความเข้ามามากขึ้น ซึ่งเป็นเรื่องที่น่ายินดีสำหรับวงการวิชาการที่มีการตีพิมพ์วิทยานิพนธ์มากขึ้น

ทั้งนี้ในฐานะของบรรณาธิการ ต้องขอขอบคุณรองบรรณาธิการ รศ.พญ.ภาพันธุ์ ไทยพิสุทธิกุล, รศ.ดร.พญ.ติรยา เลิศหัตถศิลป์, ผศ.ดร.นพ.วรภัทร รัตอาภา และ พญ.ฐิติพร ศุภสิทธิ์ธำรง ที่กรุณาเข้ามาดูแลการดำเนินงานของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และรวมถึงเลขาธิการคนเดียวของวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ น.ส.สิริลักษณ์ ไชยสิทธิ์ ที่ดูแลจัดการงานหลังบ้านของวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ ทั้งหมด

สุดท้ายผมและกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้สนับสนุนทุกท่านที่ส่งบทความกับทางสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาช่วยประเมินบทความให้ในปีนี้

ธรรมนาถ เจริญบุญ

บรรณาธิการ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2567

1. ผศ.พญ.กมลพร	วรรณฤทธิ์
2. ผศ.นพ.คมสันต์	เกียรติรุ่งฤทธิ์
3. รศ.พญ.จารุรินทร์	ปีตานพวงศ์
4. รศ.พญ.ชนกานต์	ชัชวาลา
5. อ.นพ.ชนาธิป	ทองรงค์
6. อ.ดร.นพ.ชาวิท	ตันวีระชัยสกุล
7. รศ.พญ.ทิฆัมพร	หอสิริ
8. พญ.ดุขฎิ	จึงศิริกุลวิทย์
9. ผศ.ดร.พญ.ติรยา	เลิศหัตถศิลป์
10. ผศ.ดร.พญ.ธนาวดี	ประชาสันต์
11. รศ.พญ.ธนิดา	หิรัญเทพ
12. รศ.ดร.นพ.ธรรมนาถ	เจริญบุญ
13. อ.นพ.ธันวรุจน์	บุรณสุขสกุล
14. อ.นพ.นที	วีรวรรณ
15. รศ.พญ.นิดา	ลิ้มสุวรรณ
16. พญ.บุรณาท	รุ่งลักษมีศรี
17. นพ.ปิยะวัฒน์	เด่นดำรงกุล
18. อ.นพ.ภูมิ	ชมภูศรี
19. นพ.เลิศศักดิ์	รุ่งเหมือนพร
20. พญ.วชิราภรณ์	อรุณทอง
21. รศ.ดร.นพ.วรุตม์	อุ้นจิตสกุล
22. ผศ.นพ.วัลลภ	อัสสิริยะสิงห์
23. รศ.พญ.วินิทรา	นวลละออง
24. ผศ.(พิเศษ) พญ.วีระวัชรินทร์	เจริญพร
25. พญ.คันสนีย์	นิษฐ
26. อ.นพ.สรวิต	วินนิพัฐพงษ์
27. ผศ.ดร.นพ.สิทธิชัย	ทองวร
28. นพ.สุทธา	สุปัญญา
29. อ.พญ.อัญชลิตา	รัตนจารุรักษ์
30. รศ.พญ.อิสราภา	ชื่นสุวรรณ

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสมุทรปราการ

กนกพร สาคร*, ทศนีย์ สุริยะไชย*

*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสมุทรปราการ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสมุทรปราการ

วิธีการศึกษา การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง ในผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้ารายใหม่ ที่มารับการรักษาที่แผนกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสมุทรปราการทั้งหมด ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 257 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและครอบครัว ประวัติความเจ็บป่วย ลักษณะพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า Children's Depression Inventory (CDI) ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 15 ปี แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ในผู้ป่วยอายุ 15 - 18 ปี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา chi-square test, t-test, Fisher's Exact test, Mann-Whitney U test, binary logistic regression

ผลการศึกษา ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้าทั้งหมด 257 ราย ค่าอายุมัธยฐาน 15 ปี (P25-P75=13.75 - 17 ปี) พบความชุกพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ร้อยละ 59.9 วิธีการทำร้ายตนเองที่พบมากที่สุด ได้แก่ การใช้ของมีคม ร้อยละ 69.5 กินยาเกินขนาด ร้อยละ 37.2 ทุบตีตนเอง ร้อยละ 25.3 เจตนาทำร้ายตนเองที่พบมากที่สุด ได้แก่ ระบายอารมณ์ ร้อยละ 85.1 ตั้งใจฆ่าตัวตาย/เสียชีวิต ร้อยละ 44.2 ประชด/เรียกร้องความสนใจ ร้อยละ 8.4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเด็กและวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ มีความคิดอยากตายหรือความคิดฆ่าตัวตาย (OR=3.091, 95% CI=1.749 - 5.462, $p<0.001$) และระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (OR=3.569, 95% CI 1.908 - 6.675, $p<0.001$)

สรุป ความชุกของพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสมุทรปราการ พบได้ร้อยละ 59.9 ปัจจัยการมีความคิดอยากตายหรือความคิดฆ่าตัวตาย และระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าสัมพันธ์กับความเสี่ยงของพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

คำสำคัญ โรคซึมเศร้า พฤติกรรมทำร้ายตนเอง เด็กและวัยรุ่น

Corresponding author: กนกพร สาคร

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสมุทรปราการ

E-mail: praewsakorn@gmail.com

วันรับ : 16 กันยายน 2567 วันแก้ไข : 10 พฤศจิกายน 2567 วันตอบรับ : 13 พฤศจิกายน 2567

Prevalence and Associated Factors of Self-harm in Children and Adolescent Patients with Depressive Disorder at Samutprakarn Hospital

Kanokporn Sakorn*, Tussanee Suriyachai*

**Department of Psychiatry and Drugs, Samutprakarn Hospital*

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence and associated factors of self-harm in children and adolescent patients with depressive disorder at Samutprakarn Hospital.

Method: This retrospective analytic study was done on 257 records of the patients with first diagnosed depressive disorder aged 8 - 18 years old who attended Samutprakarn Hospital from January 2021 to December 2023. Demographic, illness history, self-harm history, family and psychosocial data were collected. The Children's Depression Inventory (CDI) and 9 Questions Depression rating scale (9Q) were used to categorize the severity of depression in patients aged less than 15 years old and patients aged 15 - 18 years old respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square, *t*-test, Mann-Whitney U test and binary logistic regression.

Result: 257 records of children and adolescent patients with depressive disorder were included, with a median age 15 years old (P25-P75=13.74 - 17 year), the prevalence of self-harm was 59.9%. The most common methods included using sharp objects 69.5%, taking overdosed drugs 37.2%, and hitting oneself 25.3%. The most common self-injurious intentions were venting emotions 85.1%, intending to commit suicide/death 44.2% and sarcastic/seeking attention 8.4%. The two factors that were statistically significant associated with self-harm were death wish/suicidal ideation (AOR=3.091, 95% CI=1.749 - 5.462, $p<0.001$) and severity of depressive symptoms (AOR=3.569, 95% CI 1.908 - 6.675, $p<0.001$).

Conclusion: The prevalence of self-harm in children and adolescent patients with depression at Samutprakarn hospital was 59.9%. Death wish/suicidal ideation and the severity of depressive symptoms were significantly related to the risk of self-injurious behavior in this group of patients.

Keywords: depression, self-harm, children and adolescents

Corresponding author: Kanokporn Sakorn

E-mail: praewsakorn@gmail.com

Received 16 September 2024 Revised 10 November 2024 Accepted 13 November 2024

บทนำ

โรคซึมเศร้า จัดเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับความสำคัญในเด็กและวัยรุ่นปัจจุบัน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้าหมดความสนใจหรือความเพลิดเพลิน เบื่อหน่าย รู้สึกไร้ค่า ท้อแท้ รวมไปถึงสมาธิ การกิน การนอนเปลี่ยนแปลง โดยอาการดังกล่าวรบกวนต่อหน้าที่และการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย¹ การศึกษา meta-analysis ในปี พ.ศ. 2564 ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น อายุ 10 - 19 ปีทั่วโลก พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น ร้อยละ 8 และอาการของภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24 ในช่วงปี พ.ศ. 2544 - 2553 เป็นร้อยละ 37 ในช่วงปี พ.ศ. 2554 - 2563 โดยตะวันออกกลาง ทวีปแอฟริกา และทวีปเอเชีย มีรายงานอาการของภาวะซึมเศร้าสูงสุด และวัยรุ่นเพศหญิงรายงานอาการของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย²

พฤติกรรมทำร้ายตนเอง หมายถึง การกระทำให้ตัวเองได้รับอันตรายโดยไม่ถึงแก่ชีวิต ไม่เกี่ยวกับแรงจูงใจและความตั้งใจฆ่าตัวตาย^{3,4} พบความชุกประมาณร้อยละ 14 - 21 ในวัยรุ่นทั่วโลก ซึ่งมีความแตกต่างกันตามปัจจัยทางเพศ เชื้อชาติ สังคม⁵ โดยพบพฤติกรรมทำร้ายตนเองในเด็กและวัยรุ่นมีอัตราส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย^{4,6} และมีความชุกในทวีปเอเชียสูงกว่าทวีปอื่น⁶ พฤติกรรมทำร้ายตนเองจัดเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้ในหลายภาวะทางจิตเวช (transdiagnostic phenomenon)^{3,7} โดยพบมากในผู้ป่วยที่มีโรคทางอารมณ์ มีหลายการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างโรคซึมเศร้า พฤติกรรมทำร้ายตนเอง และความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย⁸⁻¹⁰

ปัจจุบันในประเทศไทยพบสถานการณ์ภาวะสุขภาพจิตและพฤติกรรมทำร้ายตนเองในเด็กและวัยรุ่นมีแนวโน้มสูงขึ้นและเป็นปรากฏการณ์ทางสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ⁹ ในปี พ.ศ. 2563 วิมลวรรณ และคณะ ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไทย อายุ 11 - 19 ปี พบว่า ร้อยละ 17.5 ของวัยรุ่นไทยมีภาวะซึมเศร้า โดยมีความคิดอยากตาย ร้อยละ 20.5 มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.1 และเคยพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 6.4 วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายมีโอกาสที่จะมีภาวะซึมเศร้ามักกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 9.8 เท่า¹¹

งานวิจัยหลายฉบับพบว่าภาวะซึมเศร้าและการทำร้ายตนเองพบร่วมกัน ซึ่งปรากฏการณ์ดังกล่าวพบทั้งในการศึกษาประชากรทั่วไปและผู้ป่วยจิตเวช การทำร้ายตนเองอย่างต่อเนื่องพบสูงในเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า ในขณะที่เดียวกันมีการศึกษาผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย

สูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 10 เท่า³ ประเทศออสเตรเลียสำรวจสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในประเทศพบว่า ร้อยละ 47 เด็กและวัยรุ่นอายุ 12 - 17 ปี ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และร้อยละ 19.7 เคยพยายามฆ่าตัวตายในช่วง 12 เดือน¹² อย่างไรก็ตามการศึกษาความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองมีจำกัด และมีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษาสูง^{13,14} ปัจจัยที่มีแนวโน้มเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทำร้ายตนเองในเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้า ได้แก่ ความรุนแรงของอาการ^{15,16} ระยะเวลาที่มีอาการซึมเศร้า¹⁷ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองมีความคิดฆ่าตัวตาย^{15,18} และพยายามฆ่าตัวตายมากกว่า¹⁸ มีประวัติสมาธิในครอบครัวมีโรคทางจิตเวชมากกว่า มีปัญหาเรื่องการจัดการอารมณ์มากกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง^{15,18,19}

เนื่องจากในปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้าจำกัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาขึ้นเพื่อสำรวจความชุกของพฤติกรรมทำร้ายตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสมุทรปราการ เพื่อเป็นข้อมูลให้บุคลากรทางการแพทย์ได้เข้าใจถึงพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้า และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective analytic study) เก็บข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร่ารายใหม่ทุกราย ที่มารับการรักษาที่แผนกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสมุทรปราการ ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่ อายุไม่เกิน 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าโดยจิตแพทย์ ตามเกณฑ์ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5) และลงรหัสโรค ICD-10 F 32.0 - F 32.9 และมีเกณฑ์คัดออก คือ มีประวัติได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคซึมเศร้าจากที่อื่นมาก่อน หรือมีข้อมูลเฉพาะอื่นไม่สมบูรณ์ได้แก่ ไม่สามารถค้นประวัติได้ ไม่มีการบันทึกคะแนน CDI หรือ 9Q การคัดเลือกลักษณะตัวอย่างจะคัดเลือกผู้ป่วยทั้งหมดที่เป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้า โดยไม่มีการสุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบบันทึกข้อมูล แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

- ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวทางกาย

- ข้อมูลพื้นฐานด้านสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์ผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลัก สถานภาพสมรสของบิดา มารดา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย

- ข้อมูลที่ได้จากบันทึกเวชระเบียน ได้แก่ ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการซึมเศร้า ความคิดอยากตายหรือฆ่าตัวตาย อาการทางจิต โรคจิตเวชร่วม ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติด/แอลกอฮอล์

- Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย²⁰ เป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 27 ข้อ สำหรับเด็กอายุ 10 - 15 ปี ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินตนเองเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยแต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก 0 - 2 คะแนน ตามระดับตามความรุนแรงของอาการ มีคะแนนรวม 0 - 54 คะแนน จุดตัดภาวะซึมเศร้า 15 คะแนนขึ้นไป มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.83 มีค่าความไวร้อยละ 78.7 ค่าความจำเพาะร้อยละ 91.3 ค่าความถูกต้องร้อยละ 87²¹ Bang และคณะ ทำการศึกษาจุดตัดและการแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าจากเครื่องมือ CDI ในวัยรุ่นเกาหลีใต้ อายุ 12 - 16 ปี ดังนี้²²

15 - 19 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

20 - 24 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าปานกลาง

≥25 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

การศึกษานี้ใช้จุดตัดที่ 15 คะแนนขึ้นไป บ่งบอกว่ามีภาวะซึมเศร้าและแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าตามการศึกษาข้างต้น

- แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)²³ ใช้เพื่อประเมินอาการและความรุนแรงของโรคซึมเศร้า สำหรับผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไป ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก 0 - 4 คะแนน มีจุดตัดโรคซึมเศร้า 7 คะแนนขึ้นไป มีค่าความไวร้อยละ 86.15 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 83.12 ค่าความถูกต้องร้อยละ 83.29 ค่า positive likelihood ratio = 5.10 ค่า ROC area 0.897 (95%CI 0.85 - 0.943) และสามารถแบ่งระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าได้ ดังนี้

<7 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก
7 - 12 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย
13 - 18 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง
≥19 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมทำร้ายตนเอง โดยผู้วิจัย

ได้ดัดแปลงมาจากแบบรายงานการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง (รง.5065 Version 11) ประกอบด้วย การมีประวัติทำร้ายตนเอง ระยะเวลาที่ทำร้ายตนเองล่าสุดก่อนมาโรงพยาบาล ความถี่พฤติกรรมทำร้ายตนเองช่วง 1 ปี วิธีการทำร้ายตนเอง เจตนาทำร้ายตนเอง บังคับกระตุ้นให้ลงมือทำร้ายตนเอง บังคับป้องกัน ได้แก่ การมีเป้าหมายในชีวิตจากตนเอง การมีเป้าหมายในชีวิตจากบุคคลสำคัญในครอบครัว มีที่ปรึกษาสามารถให้ความช่วยเหลือปรึกษาหารือในเรื่องต่างๆ และความเชื่อทางศาสนาหรือวัฒนธรรมที่ยึดถือ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรม SPSS version 24.0 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลสูญหายแต่ละตัวแปรคิดเป็นร้อยละ 0 - 3.2 ซึ่งไม่เกินร้อยละ 5 ของขนาดตัวอย่างทั้งหมด จึงเลือกใช้วิธีการจัดการข้อมูลแบบ Listwise deletion โดยแสดงจำนวนประชากรที่นำมาวิเคราะห์ในกรณีที่ตัวแปรนั้นมีข้อมูลสูญหายในตาราง (ตารางที่ 1 และ 2) ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่อนำเสนอความชุกของพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย (เพศ ระดับการศึกษา โรคร่วมทางกาย สถานภาพสมรสบิดามารดา ลักษณะครอบครัวผู้ป่วยปัจจุบัน) ลักษณะอาการโรคซึมเศร้า (ความรุนแรงของอาการ ความคิดอยากตายหรือฆ่าตัวตาย อาการทางจิต (psychotic symptoms) โรคจิตเวชร่วม ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติด/แอลกอฮอล์) ความถี่พฤติกรรมทำร้ายตนเองช่วง 1 ปีที่ผ่านมา วิธีการทำร้ายตนเอง เจตนาทำร้ายตนเอง บังคับกระตุ้นให้ลงมือทำร้ายตนเอง บังคับป้องกัน ในรูปแบบของจำนวน และร้อยละ อายุ ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการซึมเศร้า ระยะเวลาที่เริ่มมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง นำเสนอเป็นค่ามัธยฐาน เปอร์เซนไทล์ที่ 25 - 75 (P25 - P75) สถิติเชิงอนุมาน ใช้ Chi-square test หรือ

Fisher's exact test เพื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลพื้นฐานที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม และใช้สถิติ Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test ในกรณีที่ข้อมูลต่อเนื่อง โดยนำปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติมาหาทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง โดยใช้สถิติ Binary logistic regression เพื่อหาทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง โดยผลการทดสอบถือว่า มีนัยทางสถิติเมื่อค่า P-value < 0.05 รายงานค่า Odds Ratio (OR) และ 95% Confidence Interval (95% CI)

งานศึกษาฉบับนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมุทรปราการ เลขที่ Sh02167

ผลการศึกษา

จากการทบทวนเวชระเบียนตามเกณฑ์คัดเข้าทั้งหมด 308 ราย พบว่าไม่สามารถค้นหาข้อมูลได้ 19 ราย ไม่มีผลแบบทดสอบ CDI 10 ราย ไม่มีผลแบบทดสอบ 9Q 23 ราย จึงเหลือกลุ่มประชากรในการศึกษาทั้งสิ้น 257 ราย เป็นผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี 90 ราย และผู้ป่วยอายุ 15 - 18 ปี 167 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.44 ของผู้ป่วยทั้งหมด

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่จากกลุ่มตัวอย่างเป็น เพศหญิง 205 ราย (ร้อยละ 79.8) เพศชาย 52 ราย (ร้อยละ 20.2) มีค่ามัธยฐานอายุคือ 15 ปี (P25 - P75 = 14 - 17 ปี) ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 33.9 มีโรคร่วมทางกาย ร้อยละ 12.9 สถานภาพสมรสของบิดามารดาส่วนใหญ่ หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ร้อยละ 50.4 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 33.2 ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่เริ่มมีอาการของโรคซึมเศร้าก่อนเข้ารับการรักษา 3 เดือน (P25 - P75 = 2 - 12 เดือน) ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 74.7 มีความคิดอยากตายหรือฆ่าตัวตาย ร้อยละ 63.4 มีอาการทางจิต (psychotic symptoms) ร้อยละ 13.2 มีโรคจิตเวชร่วม ร้อยละ 7.8 มีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว ร้อยละ 19.1 มีประวัติใช้สารเสพติด/แอลกอฮอล์ ร้อยละ 14.5 (ตารางที่ 1)

ข้อมูลพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง 154 ราย คิดเป็นความชุก

ร้อยละ 59.9 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.1 มีค่ามัธยฐานอายุ 15 ปี (P25 - P75 = 13.75 - 17 ปี) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความถี่พฤติกรรมทำร้ายตนเองในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 59.7 มีประวัติใช้สารเสพติด/แอลกอฮอล์ ร้อยละ 15.6 วิธีการทำร้ายตนเองที่พบมากที่สุด ได้แก่ การใช้ของมีคม ร้อยละ 69.5 กินยาเกินขนาด ร้อยละ 37.2 ทุบตีตนเอง ร้อยละ 25.3 เจตนาทำร้ายตนเองที่พบมากที่สุด ได้แก่ ระบายอารมณ์ ร้อยละ 85.1 ตั้งใจฆ่าตัวตาย/เสียชีวิต ร้อยละ 44.2 ประชด/เรียกร้องความสนใจ ร้อยละ 8.4 ปัจจัยกระตุ้น คือ ปัญหาความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว ร้อยละ 68.8 ปัญหาการเรียน ร้อยละ 28.6 ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน/เพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 24.2 ปัจจัยป้องกัน ได้แก่ มีเป้าหมายในชีวิตจากตนเอง ร้อยละ 34.4 มีที่ปรึกษาสามารถให้ความช่วยเหลือปรึกษาหารือในเรื่องต่างๆ ร้อยละ 31.2 มีเป้าหมายในชีวิตจากบุคคลสำคัญในครอบครัว ร้อยละ 18.2 (ตารางที่ 2)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ และพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลสมุทรปราการ พบว่าเพศ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และความคิดอยากตายหรือฆ่าตัวตาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1) แต่เมื่อพิจารณาจากกลุ่มประชากรในการศึกษานี้มีอัตราส่วนเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเพศเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์ทั้งกับโรคซึมเศร้าและพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยไปวิเคราะห์ต่อยด้วยวิธี Binary Logistic Regression โดยควบคุมปัจจัยเรื่องเพศ พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดอยากตายหรือฆ่าตัวตายมีโอกาสเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความคิดอยากตาย 3.091 เท่า (95% CI 1.749 - 5.462, p-value < 0.001) ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงโรคซึมเศร้าระดับปานกลางและรุนแรง มีโอกาสเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองมากกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงโรคซึมเศร้าระดับน้อย 3.569 เท่า (95% CI 1.908 - 6.675, p-value < 0.001) (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ตารางที่ 1 ลักษณะผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

ปัจจัย	รวม จำนวน (ร้อยละ) 257 (100)	ไม่มีพฤติกรรม ทำร้ายตนเอง จำนวน (ร้อยละ) 103 (40.1)	มีพฤติกรรม ทำร้ายตนเอง จำนวน (ร้อยละ) 154 (59.9)	p-value
เพศ				
ชาย	52 (20.2)	29 (28.2)	23 (14.9)	0.010*
หญิง	205 (79.8)	74 (71.8)	131 (85.1)	
อายุ (ปี)				
Median (P25 - P75)	15 (14 - 17)	16 (14 - 17)	15 (13.75 - 17)	0.574
ระดับการศึกษา (n=255)				
ประถมศึกษา	39 (15.3)	15 (14.7)	24 (15.7)	0.557
มัธยมศึกษาตอนต้น	87 (34.1)	32 (31.4)	55 (35.9)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	82 (32.2)	38 (37.3)	44 (28.8)	
สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	47 (18.4)	17 (16.7)	30 (19.6)	
โรคร่วมทางกาย (n=256)				
มี	33 (12.9)	14 (13.6)	19 (12.4)	0.783
ไม่มี	223 (87.1)	89 (86.4)	134 (87.6)	
ปัจจัยด้านครอบครัว				
สถานภาพสมรสบิดามารดา (n=252)				
แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน	108 (42.9)	44 (43.6)	64 (42.4)	0.785
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	127 (50.4)	49 (48.5)	78 (51.7)	
หม้าย	17 (6.7)	8 (7.9)	9 (6.0)	
รูปแบบครอบครัว (n=253)				
ครอบครัวเดี่ยว	84 (33.2)	35 (34.3)	49 (32.5)	0.634
ครอบครัวขยาย	37 (14.6)	17 (16.7)	20 (13.2)	
ครอบครัวพ่อหรือแม่เลี้ยงเดี่ยว	51 (20.2)	24 (23.5)	27 (17.9)	
ครอบครัวข้ามรุ่น	30 (11.9)	9 (8.8)	21 (13.9)	
ครอบครัวผสม (ลูกติด)	20 (7.9)	6 (5.9)	14 (9.3)	
อยู่คนเดียว	6 (2.4)	2 (2.0)	4 (2.6)	
อยู่กับแฟน/คนรัก	2 (0.8)	0 (0)	2 (1.3)	
อื่นๆ	23 (9.1)	9 (8.8)	14 (9.3)	
ปัจจัยโรคซึมเศร้า				
ระยะเวลาที่มีอาการซึมเศร้า (เดือน)				
Median (P25 - P75)	3 (2 - 12)	4 (2 - 8)	3 (2 - 12)	0.817
ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า				
เล็กน้อย	65 (25.3)	42 (40.8)	23 (14.9)	<0.001*
ปานกลางและรุนแรง	192 (74.7)	61 (59.2)	131 (85.1)	

ตารางที่ 1 ลักษณะผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง (ต่อ)

ปัจจัย	รวม	ไม่มีพฤติกรรม ทำร้ายตนเอง	มีพฤติกรรม ทำร้ายตนเอง	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
	257 (100)	103 (40.1)	154 (59.9)	
การมีความคิดอยากตาย				
มี	163 (63.4)	49 (47.6)	114 (74)	<0.001*
ไม่มี	94 (36.6)	54 (52.4)	40 (26)	
อาการทางจิต (psychotic symptoms)				
มี	34 (13.2)	25 (16.2)	9 (8.7)	0.082
ไม่มี	223 (86.8)	129 (83.8)	94 (91.3)	
โรคจิตเวชอื่นร่วม (n=256)				
มี	20 (7.8)	8 (7.8)	12 (7.8)	0.982
ไม่มี	236 (92.2)	94 (92.2)	141 (92.2)	
ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว				
มี	49 (19.1)	18 (17.5)	31 (20.1)	0.596
ไม่มี	208 (80.9)	85 (82.5)	123 (79.9)	
ประวัติการใช้สารเสพติด/แอลกอฮอล์ (n=256)				
ใช้	37 (14.5)	13 (12.6)	24 (15.7)	0.494
ไม่ใช้	219 (85.5)	90 (87.4)	129 (87.3)	

หมายเหตุ: * หมายถึงการมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.05

เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยพบว่าเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 257 ราย มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง 154 ราย คิดเป็นความชุกของพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 59.9 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาในต่างประเทศของ Serra และคณะ ที่พบความชุกของพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเด็กและวัยรุ่น ร้อยละ 55.4¹⁵ และการศึกษาของ Shao และคณะ ที่พบความชุกของพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 42.5¹⁸ ความชุกของพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่แตกต่างกันนี้อาจเกิดจากระเบียบวิธีการวิจัยและเกณฑ์การแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน การศึกษาของ Serra และคณะ ใช้เกณฑ์จัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง โดยใช้ข้อคำถามคัดเลือกผู้ป่วยที่พฤติกรรมทำร้ายตนเองในช่วง 6 เดือนล่าสุด ร่วมกับมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองอย่างน้อย 5 ครั้ง ในช่วงปีที่ผ่านมา¹⁵ การศึกษาของ Shao และคณะ ใช้เกณฑ์จัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยใช้เกณฑ์วินิจฉัยตาม DSM-5 ซึ่งพฤติกรรมทำร้ายตนเองต้องมีจำนวนมากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป

ในช่วงปีที่ผ่านมา¹⁸ ในขณะที่การศึกษานี้ใช้เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยพฤติกรรมทำร้ายตนเองจากการมีบันทึกในเวชระเบียนว่าผู้ป่วยประวัติทำร้ายตนเองในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โดยไม่ได้กำหนดจำนวนครั้ง จึงอาจส่งผลให้ความชุกของพฤติกรรมทำร้ายตนเองของการศึกษานี้สูงกว่าการศึกษาข้างต้น

อัตราส่วนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการศึกษานี้เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และยังพบอัตราส่วนพฤติกรรมทำร้ายตนเองในเพศหญิงมากกว่าเพศชายเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่พบว่าวัยรุ่นเพศหญิงพบภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมทำร้ายตนเองสูงกว่าเพศชาย^{2,4,6,11} วิธีการที่ผู้ป่วยใช้ทำร้ายตนเองมากที่สุดสองอันดับแรก ได้แก่ การใช้ของมีคม ร้อยละ 69.5 กินยาเกินขนาด ร้อยละ 37.2 สอดคล้องกับการศึกษาของ Shen และคณะ ทำการศึกษาผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้าในประเทศจีน พบว่าวิธีการที่ผู้ป่วยทำร้ายตนเองมากที่สุด คือ การกรีดหรือขีดข่วนผิวหนัง ร้อยละ 87.83²⁴

การศึกษานี้พบปัจจัยการมีความคิดอยากตายหรือฆ่าตัวตายสัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความ

ความคิดอยากตายหรือฆ่าตัวตายมีโอกาสเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความคิดอยากตาย 3.091 เท่า (AOR = 3.091, 95% CI = 1.749 - 5.462, $p < 0.001$) สอดคล้องกับ

ตารางที่ 2 พฤติกรรมทำร้ายตนเอง

พฤติกรรมทำร้ายตนเอง (รวม 154 ราย)	จำนวน	ร้อยละ	พฤติกรรมทำร้ายตนเอง (รวม 154 ราย)	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			เจตนาทำร้ายตนเอง		
ชาย	23	14.9	ตั้งใจฆ่าตัวตาย/เสียชีวิต	68	44.2
หญิง	131	85.1	ประชด/เรียกร้องความสนใจ	13	8.4
อายุ (ปี)			ระบายอารมณ์	131	85.1
Median (P25 - P75)	15 (13 - 17)		ต้องการหลับ	2	1.3
ระยะเวลาที่ทำร้ายตนเองล่าสุดก่อนมาโรงพยาบาล (วัน) (n=149)			ลงโทษตัวเอง	2	1.3
Median (P25 - P75)	7 (3 - 30)		ทำตามอาการทางจิต	11	7.1
ความถี่พฤติกรรมทำร้ายตนเองช่วง 1 ปีที่ผ่านมา			อื่นๆ	7	4.5
1 ครั้ง	24	15.6	มีประวัติการใช้สารเสพติด/แอลกอฮอล์	24	15.6
2 - 4 ครั้ง	38	24.7	ปัจจัยกระตุ้น		
มากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป	92	59.7	ปัญหาความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว	106	68.8
วิธีการทำร้ายตนเอง			ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน เพื่อนร่วมงาน ครู	44	28.6
ใช้ของมีคม	107	69.5	ถูกกลั่นแกล้ง	13	9.7
กินยาเกินขนาด	48	37.2	ปัญหาความสัมพันธ์กับคนรัก	33	21.4
ใช้สารเคมีอื่นๆ	9	5.8	ปัญหาการเรียน	44	28.6
ทุบตีตนเอง	39	25.3	ปัญหาเศรษฐกิจ/การเงิน	9	5.8
ด้อยก้ำแวง/กระຈก	16	10.4	อาการจากโรคจิตเวช	27	17.5
ผูกคอ	9	5.8	อื่นๆ	13	8.4
กระโดดน้ำ	2	1.3	ปัจจัยป้องกัน (n=152)		
กระโดดจากที่สูง	1	0.6	มีเป้าหมายในชีวิตจากตนเอง	53	34.4
วิ่ง/นอน/กระโดดให้รถชน	2	1.3	มีเป้าหมายในชีวิตจากบุคคลสำคัญในครอบครัว	28	18.2
อื่นๆ	17	11	มีที่ปรึกษาสามารถให้ความช่วยเหลือ ปรึกษา	48	31.2
			หารือในเรื่องต่างๆ		
			อื่นๆ เช่น สัตว์เลี้ยง ศิลปินที่ชอบ	7	4.5

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเองจากการถดถอยแบบโลจิสติก

ปัจจัย	Crude OR	95% CI	Adjusted OR*	95% CI	p-value
เพศ	2.232	1.204 - 4.137	2.905	1.473 - 5.729	0.002
มีความคิดอยากตาย	2.733	1.579 - 4.730	3.091	1.749 - 5.462	<0.001
ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า					
ปานกลางและรุนแรง	3.410	1.853 - 6.278	3.569	1.908 - 6.675	<0.001

หมายเหตุ: *ควบคุมปัจจัยเรื่องเพศ

การศึกษาในประเทศอิตาลีของ Serra และคณะ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเด็กและวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองมีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵ และการศึกษาในประเทศจีนของ Shao และคณะ ที่พบว่าความคิดฆ่าตัวตายสัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้า โดยมีคะแนน Beck Scale for Suicidal Ideation ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸ จากการทบทวนวรรณกรรม ความคิดอยากตาย พฤติกรรมทำร้ายตนเอง และพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายเป็นปรากฏการณ์ที่มักเจอร่วมกัน แต่ยังไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์ได้ชัดเจน²⁵ มีแนวคิดที่พยายามอธิบายปรากฏการณ์ดังกล่าวว่าพฤติกรรมทำร้ายตนเองเป็นกลไกที่มีขึ้นเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย (anti-suicidal model)²⁵ ในขณะที่ยังมีแนวคิดเชื่อว่าพฤติกรรมทำร้ายตนเองนำไปสู่การฆ่าตัวตายเนื่องจากการทำร้ายตนเองซ้ำๆ ช่วยให้บุคคลนั้นลดกลไกป้องกันตนเอง จนเกิดเป็นความเคยชิน และทนต่อการทำร้ายตนเองได้รุนแรงมากยิ่งขึ้น²⁶

การศึกษานี้พบปัจจัยระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าสัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง โดยผู้ป่วยที่อาการซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง เพิ่มความเสี่ยงพฤติกรรมทำร้ายตนเองมากกว่าผู้ป่วยที่อาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 3.569 เท่า (AOR=3.569, 95% CI 1.908 - 6.675, p-value<0.001) สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองมีอาการโรคซึมเศร้ารุนแรงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{15,16,27} มีการศึกษาพบว่าระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นตัวกลางกระบวนการทางจิตวิทยาในการเปลี่ยนจากความคิดฆ่าตัวตายไปสู่การทำร้ายตนเอง²⁸ เด็กและวัยรุ่นที่มีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าสูงมีอารมณ์หงุดหงิด มีปัญหาพฤติกรรม²⁹ ความภูมิใจในตนเองต่ำ มีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมากกว่าผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง¹⁵ อย่างไรก็ตามปัจจัยดังกล่าวพบว่ามีผลสัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเองในประชากรเด็กและวัยรุ่นทั่วไปเช่นเดียวกัน^{4,30} จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่มีอาการซึมเศร้ากับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Zubrick และคณะ ที่พบว่าระยะเวลาที่ผู้ป่วยเด็กและ

วัยรุ่นโรคซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้าสัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง¹⁷ ความแตกต่างของผลการศึกษาอาจเกิดจากเกณฑ์การแบ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการศึกษาในกลุ่มประชากรในการศึกษาเป็นผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยของ DSM-5 ในขณะที่การศึกษา Zubrick ใช้แบบสอบถามจากการประเมินตนเองในการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและอาการของโรค รวมไปถึงพฤติกรรมทำร้ายตนเองของผู้ป่วย¹⁷

ข้อจำกัดของการศึกษา

1) การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังโดยการทบทวนจากเวชระเบียนที่ใช้การบันทึกลายมือเป็นหลัก ทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลลงแบบบันทึกข้อมูลได้สมบูรณ์ การศึกษาต่อไปจึงควรมีการพัฒนาการเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาปัจจัยอื่นๆ ได้ครอบคลุมมากขึ้นในอนาคต

2) การศึกษานี้เก็บข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเด็กและวัยรุ่น แผนกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสมุทรปราการเท่านั้น ไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้าทั้งหมดได้ การนำผลการศึกษาไปใช้ในบริบทอื่นจึงควรพิจารณาด้วยความระมัดระวัง

3) การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง จึงไม่สามารถบอกได้ว่าปัจจัยที่พบว่าสัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้า เป็นเหตุหรือเป็นผลของพฤติกรรมทำร้ายตนเอง จึงควรมีการศึกษาติดตามระยะยาวเพื่อให้ทราบถึงบทบาท หรือกลไกพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากยิ่งขึ้นในอนาคต

สรุป

การศึกษานี้พบความชุกของพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสมุทรปราการร้อยละ 59.9 ปัจจัยเรื่องการมีความคิดอยากตาย และความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด และคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลสมุทรปราการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคนที่ช่วยให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี การศึกษานี้ผู้วิจัยไม่ได้รับทุนสนับสนุน

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ไม่มี

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

กนกพร สาคร: ทำการออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล
วิเคราะห์ข้อมูล เขียนและแก้ไขบทความ; ทศนีย์ สุริยะไชย:
ร่วมออกแบบการศึกษาและการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj hospital. Psychiatry Siriraj DSM-5. 1st ed. Sitthiraksa N, editor. Bangkok: Prayoonsamthai; 2015.
2. 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.
3. Hawton, K., O'Connor, R.C. and Saunders. Suicidal behavior and self-harm. In: Rutter M, Bishop DVM, Pine DS, Stevenson J, editors. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 6th ed. Wiley-Blackwell; 2015. p. 893-910.
4. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* 2012; 379(9834): 2373-82.
5. Lucena NL, Rossi TA, Azevedo LMG, Pereira M. Self-injury prevalence in adolescents: A global systematic review and meta-analysis. *Child Youth Serv Rev* 2022; 142: 10663.
6. Farkas BF, Takacs ZK, Kollárovcis N. The prevalence of self-injury in adolescence: a systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2024; 33(10): 3439-58.
7. Breaux R, Dvorsky MR, Marsh NP, Green CD, Cash AR, Shroff DM, et al. Prospective impact of COVID-19 on mental health functioning in adolescents with and without ADHD: protective role of emotion regulation abilities. *J Child Psychol Psychiatry* 2021; 62(9): 1132-39.
8. Chesin MS, Galfavy H, Sonmez CC, Wong A, Oquendo MA, Mann JJ, et al. Nonsuicidal self-injury is predictive of suicide attempts among individuals with mood disorders. *Suicide Life Threat Behav* 2017; 47(5): 567-579.
9. Xiao Q, Song X, Huang L, Hou D, Huang X. Global prevalence and characteristics of non-suicidal self-injury between 2010 and 2021 among a non-clinical sample of adolescents: A meta-analysis. *Front Psychiatry* 2022; 13: 912441.
10. He H, Hong L, Jin W, Xu Y, Kang W, Liu J, et al. Heterogeneity of non-suicidal self-injury behavior in adolescents with depression: latent class analysis. *BMC Psychiatry* 2023; 23(1).
11. Panyawong W. Prevalence of depression and suicidal risks in Thai adolescents: a survey in schools from 13 Public Health Region Received. *J Ment Heal Thail.* 2020; 28(2): 136-49.
12. Lawrence D, Johnson S, Hafekost J, Haan KB de, Sawyer M, Ainley J, et al. The mental health of children and adolescents: Report on the second Australian child and adolescent survey of mental health and wellbeing. Canberra (AU); Department of Health. 2015. 222p.
13. Kang L, Li R, Liu H, Ma S, Sun S, Zhang N, et al. Nonsuicidal self-injury in undergraduate students with major depressive disorder: The role of psychosocial factors. *J Affect Disord* 2021; 290: 102-8.
14. Wu B, Zhang H, Chen J, Chen J, Liu Z, Cheng Y, et al. Potential mechanisms of non-suicidal self-injury (NSSI) in major depressive disorder: A systematic review. *Gen Psychiatr* 2023; 36(4): e100946.
15. Serra M, Presicci A, Croce F, Marzulli L, Quaranta L, Caputo E, et al. Assessing clinical features of adolescents suffering from depression who engage in non-suicidal self-injury. *Children* 2022; 9(2): 201.
16. Qian H, Shu C, Feng L, Xiang J, Guo Y, Wang G. Childhood maltreatment, stressful life events, cognitive emotion regulation strategies, and non-suicidal self-injury in adolescents and young adults with first-episode depressive disorder: direct and indirect pathways. *Front Psychiatry* 2022; 13: 838693.
17. Zubrick SR, Hafekost J, Johnson SE, Sawyer MG, Patton G, Lawrence D. The continuity and duration of depression and its relationship to non-suicidal self-harm and suicidal ideation and behavior in adolescents 12-17. *J Affect Disord* 2017; 220: 49-56.
18. Shao C, Wang X, Ma Q, Zhao Y, Yun X. Analysis of risk factors of non-suicidal self-harm behavior in adolescents with depression. *Ann Palliat Med* 2021; 10(9): 9607-13.
19. Liu RT, Walsh RFL, Sheehan AE, Cheek SM, Sanzari CM. Prevalence and correlates of suicide and nonsuicidal self-injury in children: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2022; 79(7): 718-26.
20. Trangkasombat U, Likapichitkul D. The Children's Depression Inventory as a Screen for Depression in Thai Children. *J Med Assoc Thai* 1996; 41: 222-34.
21. Department of Mental Health. Children's Depression Inventory (CDI) Thai version [Internet]. Department of Mental Health. [cited 2017 Sep 24]. Available from: <https://www.dmh.go.th/test/download/view.asp?id=19>.
22. Bang YR, Park JH, Kim SH. Cut-off scores of the children's depression inventory for screening and rating severity in Korean adolescents. *Psychiatry Investig* 2015; 12(1): 23-8.
23. Kongsuk T, Arunpongpaissal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai central dialect. *J Psychiatr Assoc Thai* 2018; 63(4): 321-334.
24. Shen Y, Hu Y, Zhou Y, Fan X. Non-suicidal self-injury function: prevalence in adolescents with depression and its associations with non-suicidal self-injury severity, duration and suicide. *Front Psychiatry* 2023; 14: 1188327.
25. Grandclerc S, De Labrouhe D, Spodenkiewicz M, Lachal J, Moro MR. Relations between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior in adolescence: A systematic review. *PLoS One* 2016; 11(4): e0153760.
26. Pompili M, Goracci A, Giordano G, Erbutto D, Girardi P, Klonsky ED, et al. Relationship of non-suicidal self-injury and suicide attempt: A psychopathological perspective. *J Psychopathol.* 2015; 21: 348-53.



27. Tuisku V, Pelkonen M, Kiviruusu O, Karlsson L, Ruutu T, Marttunen M. Factors associated with deliberate self-harm behaviour among depressed adolescent outpatients. *J Adolesc* 2009; 32(5): 1125-36.
28. Kang B, Hwang J, Woo S II, Hahn SW, Kim M, Kim Y, et al. The mediating role of depression severity on the relationship between suicidal ideation and self-injury in adolescents with major depressive disorder. *J Korean Acad Child Adolesc Psychiatry* 2022; 33(4): 99-105.
29. Luby JL, Whalen D, Tillman R, Barch DM. Clinical and psychosocial characteristics of young children with suicidal ideation, behaviors, and nonsuicidal self-injurious behaviors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2019; 58(1): 117-27.
30. Benarous X, Consoli A, Cohen D, Renaud J, Lahaye H, Guilé JM. Suicidal behaviors and irritability in children and adolescents: a systematic review of the nature and mechanisms of the association. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2019; 28(5): 667-83.

อิทธิพลของการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

อนุวัฒน์ สรวนรัมย์*, ดร.ณิ รุจกรกานต์**

*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลลำตะเทมชัย

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา

วิธีการ การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีอายุ 12 - 15 ปี เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดการควบคุมตนเองสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา และแบบวัดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ที่มีค่าความเชื่อมั่น 0.89 และ 0.72 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมีจำนวน 371 คน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ได้แก่ การควบคุมตนเองในการปฏิบัติงาน ($r=.354$, $p\text{-value}<.001$) การควบคุมตนเองจากสิ่งกระตุ้น ($r=.267$, $p\text{-value}<.001$) การควบคุมตนเองในด้านอารมณ์ ($r=.431$, $p\text{-value}<.001$) การควบคุมตนเองด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ($r=.429$, $p\text{-value}<.001$) และการควบคุมตนเองด้านจริยธรรม ($r=.267$, $p\text{-value}<.001$) และเมื่อนำตัวแปรเข้าสมการวิเคราะห์แบบการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression coefficient) พบว่ามี 3 ตัวแปร ได้แก่ การควบคุมตนเองด้านอารมณ์ ($R^2 \text{ change}=.186$) การควบคุมตนเองด้านการปฏิบัติงาน ($R^2 \text{ change}=.095$) และการควบคุมตนเองด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ($R^2 \text{ change}=.019$) ที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้ร้อยละ 29.90 ($R^2=.299$)

สรุป การควบคุมตนเองด้านอารมณ์ ด้านการปฏิบัติงาน และด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ผลจากการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการออกแบบกิจกรรมหรือพัฒนาโปรแกรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยเน้นที่การพัฒนาความสามารถในการควบคุมตนเองด้านอารมณ์ ด้านการปฏิบัติงาน และด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

คำสำคัญ การเสพติด การควบคุมตนเอง นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

Corresponding author: ดร.ณิ รุจกรกานต์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

E-mail: drdarunee@gmail.com

วันรับ : 24 มีนาคม 2567 วันแก้ไข : 30 เมษายน 2567 วันตอบรับ : 2 พฤษภาคม 2567

Influence of Self-Control on Risk Behaviors of Substance Abuse in Junior High School Students

Anuwat Saruanrum*, Darunee Rujkorakarn**

*Psychiatry and Drugs Group of Lamthamenchai Hospital

**Faculty of Nursing, Mahasarakham University

ABSTRACT

Objective: This predictive correlational research aimed to determine predicting factors of behaviors for substance abuse in junior high school students in one district of Nakhon Ratchasima Province.

Methods: This correlational research aimed to predict risk behaviors of substance abuse in junior high school students. The research instruments included measures of self-control for high school students and risk behaviors for substance abuse in junior high school students. Cronbach's alpha coefficients for internal reliability were 0.89 and 0.72, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficients, and multiple regression analysis.

Results: The sample comprised 371 junior high school students in one district of Nakhon Ratchasima Province, Thailand. The results showed that risk behaviors of substance abuse in junior high school students were associated with five variables of self-control: self-control in work performance ($r=.354$, $p<.001$), self-control from stimulation ($r=.267$, $p<.001$), self-control in emotions ($r=.431$, $p<.001$), self-control in interpersonal relationships ($r=.429$, $p<.001$), and self-control with ethics ($r=.267$, $p<.001$). In the regression model, three self-control variables predicted risk behaviors of substance abuse in junior high school students, accounting for 29.9% of the variance ($R^2=.299$). These three variables were self-control in emotional aspects (R^2 change=.186), self-control in work performance (R^2 change=.095), and self-control in interpersonal relationships (R^2 change=.019).

Conclusion: These results could be used to help design activities or develop programs to prevent risk behaviors for substance abuse in junior high school students by promoting self-control in emotional aspects, work performance, and interpersonal relationships.

Keywords: drug abuse, self-control, junior high school students

Corresponding author: Darunee Rujkorakarn

E-mail: drdarunee@gmail.com

Received 24 March 2024 Revised 30 April 2024 Accepted 2 May 2024

บทนำ

การเสพยาเสพติดเป็นปัญหาระดับนานาชาติ การใช้สารเสพติดมักจะเริ่มในวัยรุ่นซึ่งเป็นระยะที่มีความสำคัญของการพัฒนาสมอง¹ แม้ทั่วโลกจะมีนโยบายการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมให้เยาวชนห่างไกลจากยาเสพติด ก็ยังพบเยาวชนเสี่ยงใช้สารเสพติดประเภทใดประเภทหนึ่งจากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าประชากรทั่วโลกใช้สารเสพติดประมาณ 270 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 5.5 ของประชากรโลก² ซึ่งมีอัตราการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 30 นอกจากนี้ยังมีประชากรของโลกถึง 35.6 ล้านคน ที่ต้องทนทุกข์ทรมานหรือมีความผิดปกติทางจิตจากการใช้สารเสพติด³ และกลุ่มเยาวชนมีความผิดปกติทางจิตถึงร้อยละ 26 จากการใช้สารเสพติด⁴ สถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทยคาดการณ์ผู้ที่ใช้สารเสพติดของประเทศไทยไว้ที่ 3.75 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 7.46 ของประชากรคนไทยที่มีอายุระหว่าง 12 - 64 ปี⁵ จากรายงานสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ในปี พ.ศ. 2564 พบว่าในการจับคดีสารเสพติด จำนวน 337,186 คดี มีผู้ต้องหาคดีสารเสพติด จำนวน 350,758 ราย และมีผู้ใช้สารเสพติดต้องเข้ารับการรักษารักษาบำบัดสารเสพติด จำนวน 168,576 ราย ซึ่งกลุ่มที่เข้ารับการรักษารักษาบำบัดมากที่สุดคือช่วงอายุ 20 - 29 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.25 สารเสพติดหลักที่ใช้มากที่สุดคือยาบ้า คิดเป็นร้อยละ 79.20⁶ แต่อย่างไรก็ตามจากรายงานสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2564 พบว่าผู้ใช้สารเสพติดเข้ารับการรักษารักษาบำบัดสารเสพติดจำนวน 196,712 ราย กลุ่มอายุที่ใช้สารเสพติดมากที่สุดคือ ช่วงอายุ 12 - 24 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.57 ซึ่งเป็นกลุ่มนักเรียน จำนวน 6,276 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.50 ของผู้เข้ารับการรักษารักษาบำบัดสารเสพติด สำหรับจังหวัดนครราชสีมาผู้ใช้สารเสพติดที่ต้องเข้ารับการรักษารักษาบำบัดในปี พ.ศ. 2562 - 2564 มีจำนวน 9,646 ราย, 8,304 ราย และ 7,771 ราย ตามลำดับ กลุ่มอายุที่ใช้สารเสพติดมากที่สุดคือช่วงอายุ 25 - 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.02 รองลงมาคือกลุ่มช่วงอายุ 12 - 24 ปี สารเสพติดหลักที่ใช้มากที่สุดคือยาบ้า คิดเป็นร้อยละ 83.48 ส่วนในอำเภอที่เป็นพื้นที่การวิจัยของจังหวัดนครราชสีมา พบว่ามีผู้ใช้สารเสพติดที่ต้องเข้ารับการรักษารักษาบำบัดในปี พ.ศ. 2562 - 2564 จำนวน 149 ราย, 128 ราย และ 93 ราย ตามลำดับ กลุ่มอายุที่ใช้สารเสพติดมากที่สุดคือช่วงอายุ 12 - 24 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.54 สารเสพติดหลักที่ใช้มากที่สุดคือยาบ้า เช่นเดียวกับในระดับประเทศ คิดเป็นร้อยละ 81.72⁷ และสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและ

ปราบปรามยาเสพติดพบกลุ่มใช้สารเสพติดรายใหม่เป็นกลุ่มเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 15 - 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.7 และอายุต่ำกว่า 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.5 จากสถิติของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น⁸ นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกพบว่าการใช้สารเสพติดส่งผลให้มีการเสียชีวิตประมาณ 11.8 ล้านคนต่อปี ทั้งทางตรงและทางอ้อม และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรประมาณ 11.4 ล้านคนต่อปี ซึ่งสาเหตุของการเสียชีวิตเกิดจากการใช้สารเสพติดเกินขนาดประมาณ 350,000 รายต่อปี² การใช้สารเสพติดส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน สังคม เศรษฐกิจ ระบบสาธารณสุข การเมือง และความมั่นคงของประเทศชาติ⁹ และพบว่าการใช้สารเสพติดในเยาวชนนั้นสร้างความเดือดร้อนทั้งแก่ครอบครัว ชุมชน หรือสังคมเป็นอันมาก และยังส่งผลกระทบต่อระบบด้านสังคม ด้านวัฒนธรรม ด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ด้านการเมือง และด้านเศรษฐกิจ ซึ่งปัญหาการใช้สารเสพติดนั้นมีปัจจัยที่หลากหลายมาเกี่ยวข้องซึ่งต้องเฝ้าระวังและป้องกันทุกมิติ มีผลวิจัยพบว่าการดูแลนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาเพื่อลดพฤติกรรมกรรมการใช้สารเสพติดที่ส่งผลกระทบต่อตัวนักเรียนและบุคคลรอบข้าง และลดปัญหาในด้านต่างๆ เช่น ปัญหาการเรียน ปัญหาครอบครัวและปัญหาสังคม และลดค่าใช้จ่ายในการรักษารักษาบำบัดฟื้นฟูอีกด้วย จึงจำเป็นต้องเริ่มต้นจากการป้องกันที่ตัวนักเรียน^{10,11} โดยเฉพาะการส่งเสริมให้มีการควบคุมตนเอง ซึ่งนั่นถือว่าเป็นปัจจัยป้องกันสำคัญในการเสพยาเสพติดในวัยรุ่น¹²

ปัจจัยที่มีผลต่อการลดพฤติกรรมกรรมการใช้สารเสพติดของนักเรียนมี 3 ปัจจัยหลัก คือ 1) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การเจ็บป่วยโรคทางจิตเวชและโรคร่วม ประวัติการถูกทำร้ายร่างกาย ปัญหาทางด้านพฤติกรรมทัศนคติและการรับรู้ต่อสารเสพติด 2) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ปัจจัยก่อนคลอด ความคาดหวังของครอบครัว รูปแบบการเลี้ยงดู ความเอาใจใส่ การควบคุมอารมณ์ของมารดา ระดับการศึกษาของครอบครัว การใช้สารเสพติดในครอบครัว ทัศนคติและการรับรู้ต่อสารเสพติดของครอบครัว ลักษณะของครอบครัว และ 3) ปัจจัยด้านสังคมหรือชุมชน ได้แก่ การมีเพื่อนใช้สารเสพติด การเข้าสังคม ความเชื่อ ทัศนคติและการรับรู้ของชุมชนที่มีต่อสารเสพติด การเข้าร่วมทำกิจกรรมโรงเรียน^{4,13,14} นอกจากนี้พบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประวัติอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด¹⁵ หากต้องการแก้ปัญหาการใช้สารเสพติดของกลุ่ม

นักเรียนอย่างมีประสิทธิภาพต้องเริ่มที่การส่งเสริมการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การเริ่มต้นการใช้สารเสพติดในกลุ่มนักเรียน^{12,19-21}

ประเทศไทยมีนโยบายการจัดการปัญหาการใช้สารเสพติด เน้นการปราบปรามโดยใช้กระบวนการยุติธรรมทางอาญาเป็นหลัก โดยเฉพาะกลุ่มผู้ค้า เพื่อเป็นการลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดสำหรับผู้เสพจะดำเนินการให้ได้รับการบำบัดเพื่อให้กลับมาดำรงชีวิตได้อย่างปกติ แต่การดำเนินการที่ดีที่สุดได้แก่การป้องกันการ ใช้สารเสพติด โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กที่จบมัธยมศึกษาตอนต้น และเข้าสู่มัธยมศึกษาตอนปลาย คือระหว่างช่วงอายุ 15 - 17 ปี^{16,17} ซึ่งเป็นช่วงวัยหัวเลี้ยวหัวต่อที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านความคิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเยาวชนวัย นักเรียนระดับมัธยมศึกษาต้องได้รับการเตรียมตัวในการเผชิญ ความคาดหวังของครอบครัวและสังคม หากการพัฒนาระยะนี้ มีปัญหาที่อาจเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ไม่มีคุณภาพ ซึ่งทราบกันดีว่าวัยนี้ เป็นวัยอยากรู้อยากลอง มีความกล้าได้กล้าเสีย กล้าที่จะเผชิญ ความเสี่ยงหรือความท้าทาย ให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนมากกว่า ครอบครัว เป็นวัยที่มีความวุ่นวายใจ ยุ่งยากสับสน อาจนำไปสู่ ปัญหาทางด้านจิตสังคมและการใช้สารเสพติด¹⁸ เด็กในวัยนี้มัก ขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่ง ต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมที่กระทำผิดของกลุ่มนักเรียน จึงจำเป็นที่จะมุ่งเข้าไปส่งเสริมทักษะการควบคุมตนเอง สร้าง ความเข้าใจทางอารมณ์และการสื่อสารของนักเรียน เสริมทักษะ การเป็นเพื่อนและทักษะการแก้ไขปัญหาทางสังคม ก่อให้เกิดความ ตระหนัก ความเชื่อมั่นในตนเอง มีทักษะทางสังคม มีความสามารถ ในการแก้ปัญหา มีศักยภาพควบคุมตนเอง สามารถลดพฤติกรรม การกระทำผิดหรือการใช้สารเสพติดได้ และมีการศึกษาหลาย การศึกษาที่พบว่า การเข้าไปส่งเสริมเพิ่มการควบคุมตนเองสามารถ ป้องกันพฤติกรรมการใช้สารเสพติดหรือการกระทำผิดของนักเรียน ได้อย่างมีนัยสำคัญ^{12,19-21}

การควบคุมตนเองมีความสำคัญอย่างมากสำหรับ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในการลดพฤติกรรมการใช้สารเสพติด เพราะการควบคุมตนเองคือความสามารถในการควบคุมอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม เมื่อต้องเผชิญกับแรงกระตุ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ สำคัญในการหลีกเลี่ยงการกระทำผิดต่างๆ ผู้ที่มีความสามารถ ในการควบคุมตนเองต่ำก็มักจะกระทำผิดหรือก่ออาชญากรรม เพราะไม่สามารถยับยั้งใจต่อแรงกระตุ้นที่เผชิญได้²² ตาม แนวคิดการควบคุมตนเองของทั้งเน และคณะ (2004) อธิบายว่า

การควบคุมตนเองเป็นความสามารถในการยับยั้งพฤติกรรมที่ เบี่ยงเบนหรือแนวโน้มเชิงลบไปกับแรงกระตุ้น ซึ่งการควบคุมตนเอง ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นนั้น มีองค์ประกอบ 5 องค์ประกอบ ดังนี้²³ 1) ด้านผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและ การปฏิบัติงาน คือ นักเรียนไม่ได้รับการเอาใจใส่ ถูกดูต่ำทำให้ อับอาย ถูกลงโทษ ทำให้นักเรียนเกิดพฤติกรรมต่อต้าน ไม่เชื่อฟัง คำตักเตือน ทำให้เกิดทัศนคติทางลบนำไปสู่พฤติกรรมการใช้ สารเสพติด ผลที่ตามมาคือการขาดเรียน เรียนไม่จบ ขาดความ รับผิดชอบ²⁴ นักเรียนที่มีผลการเรียนเกรดเฉลี่ยที่ต่ำกว่า 1.99 จะมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁵ และนักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงจะมีความสามารถในการควบคุมตนเองดีกว่านักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ .127 เท่า²⁶ 2) ด้านการควบคุมจากสิ่งกระตุ้น คือ ชุมชนที่มีการ แพร่ระบาดของสารเสพติด มีการเข้าถึงสารเสพติดได้ง่ายหรือเป็น แหล่งของสารเสพติด ผู้คนที่อาศัยอยู่มองว่าสารเสพติดเป็นเรื่อง ปกติ ทำให้นักเรียนเกิดความอยากรู้อยากลองและตัดสินใจใช้สารเสพติด ในที่สุด ซึ่งชุมชนที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การใช้สารเสพติดของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีความสัมพันธ์ในระดับสูง²⁴ อิทธิพลจากเพื่อนมีความสัมพันธ์กับ การใช้สารเสพติด นักเรียนที่ไม่สูบบุหรี่จะมีเพื่อนที่ไม่สูบบุหรี่มีความสามารถควบคุมตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีเพื่อนสูบบุหรี่ .395 เท่า²⁶ 3) ด้านการปรับตัวทางอารมณ์ คือ ความมั่นคงทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับการควบคุมตนเองต่ำในทิศทางลบ มีความสัมพันธ์ ทางลบกับการควบคุมตนเองด้านหุ่นหันพลันแล่น ($R=-.370$) และการควบคุมตนเองด้านใช้อารมณ์ ($R=-.204$) การควบคุมตนเอง ของนักเรียนในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁷ 4) ด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล คือ ความขัดแย้งในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้สารเสพติด ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R=.287$) ความขัดแย้ง ในครอบครัวและความสัมพันธ์ในครอบครัวสามารถร่วมทำนาย การใช้สารเสพติดของนักเรียนได้ร้อยละ 13.30²⁸ 5) ด้านศีลธรรม และจริยธรรม คือ การมีจิตสำนึกส่งผลต่อการควบคุมตนเองต่ำ ในทิศทางลบ ($B=-.382$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถ ร่วมทำนายการควบคุมตนเองต่ำได้ร้อยละ 24.2 การที่นักเรียนมี การควบคุมตนเองในระดับต่ำจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการใช้สารเสพติด²⁹ ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีผลต่อ ความสามารถในการควบคุมตนเองของนักเรียนที่จะนำไปสู่ พฤติกรรมการใช้สารเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้

จากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การควบคุมตนเองนั้นมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนในประเทศไทยนั้นยังไม่พบว่ามีการศึกษาว่าองค์ประกอบใดของการควบคุมตนเองที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

ด้วยความสำคัญที่พบว่าการใช้สารเสพติดมักจะเริ่มต้นใช้ในวัยรุ่นถึงแม้ว่าในประเทศไทยจะมีการศึกษาเกี่ยวกับการควบคุมตนเองบ้างแล้ว แต่เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อาทิเช่น เพศ อายุ การเลี้ยงดู สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสนับสนุนจากสังคม และการคบเพื่อน เป็นต้น แต่ยังไม่มีการศึกษาในเรื่องการควบคุมตนเองกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยเฉพาะการศึกษาในองค์ประกอบย่อยของการควบคุมตนเองกับการใช้สารเสพติด เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นที่สำคัญสำหรับนำไปวางแผนพัฒนาความสามารถการควบคุมตนเองในด้านที่มีอิทธิพลต่อการเสพยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมตนเองกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และอำนาจการทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดขององค์ประกอบรายด้านของการควบคุมตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

สมมุติฐานการวิจัย

การควบคุมตนเองของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติด และรายด้านขององค์ประกอบการควบคุมตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlation research) เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายพฤติกรรมเสี่ยงการเสพยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา

ตัวแปรอิสระ คือ การควบคุมตนเอง ซึ่งมีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและการปฏิบัติงาน 2) ด้านการควบคุมจากสิ่งกระตุ้น 3) ด้านการปรับตัวทางอารมณ์

4) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 5) ด้านศีลธรรมและจริยธรรม

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2566 ในเขตอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งพื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้มีโรงเรียนชั้นมัธยมศึกษาจำนวน 2 โรงเรียน โดยมีนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนแห่งที่หนึ่ง จำนวน 304 คน โรงเรียนแห่งที่สอง จำนวน 81 คน รวมทั้งหมดจำนวน 485 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2566 ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 12 - 15 ปี โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ได้แก่ นักเรียนกำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2566 เพศชายและเพศหญิง มีอายุระหว่าง 12 - 15 ปี และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและผู้ปกครองอนุญาต

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) ได้แก่ นักเรียนย้าย ลาออก ป่วย ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ และไม่มาเรียนในวันกำหนดตอบแบบสอบถาม

ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางสำเร็จของ Krejcie และ Morgan (1970)⁴³ ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จำนวน 226 คน แต่ในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำจำนวนประชากรทั้งหมด 485 คน มาคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือก เหลือผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ 429 คน แต่วันที่เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลนักเรียนทั้ง 2 โรงเรียน มีนักเรียนขาดเรียนจำนวน 58 คน และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในวันตอบแบบสอบถามได้จำนวน 56 คน จึงคัดออกตามเกณฑ์การคัดออก จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 371 คน ผู้วิจัยจึงใช้ประชากรทั้งหมดในการวิจัยเนื่องจากอยู่ในปริมาณที่สามารถเก็บข้อมูลได้ และอีกประการที่สำคัญการเก็บข้อมูลในนักเรียนทั้งหมดนั้นเพื่อลดอคติที่ไม่ดีต่อกลุ่มนักเรียนที่เป็นผู้ตอบแบบสอบถามและเพื่อลดความรู้สึกไม่เท่าเทียมกันในกลุ่มเด็กที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 มีอายุระหว่าง 12 - 15 ปี ในโรงเรียนมัธยมศึกษาของอำเภอในชนบทขนาดเล็ก ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้จำนวน 371 คนที่เป็นไปตามคุณสมบัติของเกณฑ์การคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามทั่วไป ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและการใช้สารเสพติด ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง สถานภาพของบิดามารดา ประวัติการถูกทำร้ายร่างกาย เกรดเฉลี่ยทางการเรียน บุคคลในครอบครัวใช้สารเสพติด และกลุ่มเพื่อนมีการใช้สารเสพติด

แบบวัดการควบคุมตนเองสำหรับชั้นมัธยมศึกษาพัฒนาขึ้นโดย หทัยชนก พันพงศ์⁴⁰ ตามกรอบแนวคิดของทั้งเน่ และคณะ (2004) ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านการควบคุมตนเองในการปฏิบัติงาน (self-control in work performance) ด้านการควบคุมตนเองจากสิ่งกระตุ้น (self-control from stimulation) ด้านการควบคุมตนเองในด้านอารมณ์ (self-control in emotions) ด้านการควบคุมตนเองสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (self-control in interpersonal relationships) และด้านการควบคุมตนเองด้วยจริยธรรม (self-control with ethics)²³ มีจำนวน 66 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Likert scale) โดยมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94

การแปลความหมายคะแนน

คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 4.51 - 5.00 ความหมาย มีการควบคุมตนเองในระดับดีมาก

คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3.51 - 4.50 ความหมาย มีการควบคุมตนเองในระดับดี

คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 2.51 - 3.50 ความหมาย มีการควบคุมตนเองในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 1.51 - 2.50 ความหมาย มีการควบคุมตนเองในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 - 1.50 ความหมาย มีการควบคุมตนเองในระดับน้อยที่สุด

แบบวัดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น พัฒนาขึ้นโดย ชยาภรณ์ กองสมบัติ⁴¹ ตามกรอบแนวคิดของคอนร็อตและวอยซิค (2002) ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านความท้อแท้สิ้นหวัง (hopelessness) ด้านการไวต่อความวิตกกังวล (anxiety sensitivity) ด้านความหุนหันพลันแล่น (impulsivity) และด้านความรู้สึกแสวงหา (sensation seeking)³⁹ มีจำนวน 39 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Likert scale) โดยมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

การแปลความหมายคะแนน

คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 - 1.49 ความหมาย มีความเสี่ยงต่อการเสพติดในระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 1.50 - 2.49 ความหมาย มีความเสี่ยงต่อการเสพติดในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 2.50 - 3.49 ความหมาย มีความเสี่ยงต่อการเสพติดในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 - 4.00 ความหมาย มีความเสี่ยงต่อการเสพติดในระดับน้อยที่สุด

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปหาความเชื่อมั่นในนักเรียนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในพื้นที่ข้างเคียง แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือ โดยการทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยแบบสอบถามแต่ละฉบับมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ดังนี้ แบบวัดการควบคุมตนเองสำหรับชั้นมัธยมศึกษา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 และแบบวัดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72

การพิทักษ์สิทธิอาสาสมัคร

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 355-298/2566 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปี จึงต้องให้ผู้ปกครองยินยอมพร้อมกับนักเรียนด้วย การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างดำเนินการโดยผู้วิจัยทำหนังสือยื่นต่อผู้อำนวยการโรงเรียนแต่ละโรงเรียนเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงเรียนแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องและประชุมกับนักเรียนทั้งหมดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการ วัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย โดยให้นักเรียนใช้เวลาในการตัดสินใจได้อย่างอิสระใน 1 สัปดาห์ และขอให้นักเรียนนำเอกสารชี้แจงพร้อมเอกสารขออนุญาตผู้ปกครอง และให้ผู้ปกครองลงนามยินยอมอนุญาต กรณีที่ผู้ปกครองยินยอมให้นักเรียนเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ซึ่งการตัดสินใจจะไม่มีผลใดๆต่อนักเรียนและข้อมูลจากการทดลอง แบบสอบถามจะเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมไม่สามารถระบุถึงตัวบุคคลได้ เมื่อทั้งนักเรียนและผู้ปกครองลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการถึงจะนับเป็นกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างจนเกิดความเข้าใจ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้งหมดด้วยตนเอง เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล และทำการเก็บแบบสอบถามโดยแยกหนังสือยินยอมกับเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลออกจากกันเพื่อป้องกันการทราบถึงตัวบุคคล และนำชุดข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำข้อมูลไปทดสอบการแจกแจง (normality test) ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่าชุดข้อมูล significant ในทุกตัวแปร มีการแจกแจงข้อมูลแบบไม่ปกติ (non normal distribution) เพื่อให้ได้ชุดข้อมูลที่สมบูรณ์และสามารถเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติแบบ Parametric Statistic ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการ Univariate Outlier ชุดข้อมูล โดยใช้หลักการที่ว่าค่าคะแนนที่อยู่นอกขอบเขตของ $\text{Mean} \pm \text{SD}$ จะเป็นข้อมูลที่ไม่ปกติ (outlier) กับทุกตัวแปร แล้วนำข้อมูลที่มีค่าอยู่นอกเกณฑ์ออกจากชุดข้อมูล^{30,31} จากนั้นดำเนินการหาชุดข้อมูลที่เป็น Multivariate Outlier ในชุดข้อมูลที่เหลือ โดยคำนวณจากค่า Mahalanobis Distance³¹ และนำข้อมูลที่มีค่าอยู่นอกเกณฑ์อ้างอิงที่ยอมรับได้ของสถิติออก เมื่อผู้วิจัยจัดการกับชุดข้อมูลทั้ง 2 วิธีที่กล่าวมาข้างต้น พบว่ามีชุดข้อมูลที่คงเหลือจำนวน 365 ราย แล้วนำชุดข้อมูลไปทดสอบการกระจายของข้อมูลอีกครั้ง พบว่าค่า Skewness Index น้อยกว่า 3 และค่า Kurtosis Index น้อยกว่า 10 ทุกตัวแปร³² และการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 300 ราย จึงสรุปได้ว่าชุดข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution)³³ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติแบบ Parametric Statistic วิเคราะห์ข้อมูลในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา คือ ใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) และสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis)

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 371 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.80 อายุเฉลี่ย 13.75 ปี

(SD=0.92) กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 38.80 มีผลการเรียนอยู่ระหว่าง 3.00 - 3.49 ร้อยละ 30.20 ผู้ปกครองมีการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 40.70 สถานภาพสมรสของบิดามารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 62 มีประวัติถูกทำร้ายร่างกาย ร้อยละ 33.20 บุคคลในครอบครัวที่ใช้สารเสพติด ร้อยละ 50.90 มีกลุ่มเพื่อนใช้สารเสพติด ร้อยละ 41.50 มีความขัดแย้งในครอบครัว ร้อยละ 42 ดังตารางที่ 1

วิเคราะห์ความสัมพันธ์การควบคุมตนเองทั้ง 5 องค์ประกอบ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) พบว่าการควบคุมตนเองในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติด (r=.483, p-value<.001) เมื่อแยกองค์ประกอบการควบคุมตนเองในแต่ละด้านมีความสัมพันธ์ ดังนี้ ด้านการควบคุมตนเองในการปฏิบัติงาน (r=.354, p-value<.001) ด้านการควบคุมตนเองจากสิ่งกระตุ้น (r=.267, p-value<.001) ด้านการควบคุมตนเองในอารมณ์ (r=.431, p-value<.001) ด้านการควบคุมตนเองด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (r=.429, p-value<.001) และด้านการควบคุมตนเองด้วยจริยธรรม (r=.267, p-value<.001) ดังตารางที่ 2

เมื่อวิเคราะห์หาความสามารถในการทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นขององค์ประกอบการควบคุมตนเองทั้ง 5 องค์ประกอบ ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (stepwise multiple regression coefficient) พบว่ามี 3 องค์ประกอบที่สามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้ คือ การควบคุมตนเองด้านอารมณ์สามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้ร้อยละ 18.60 ($R^2 \text{ change} = .186$) การควบคุมตนเองด้านการปฏิบัติงานสามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้ร้อยละ 9.50 ($R^2 \text{ change} = .095$) และการควบคุมตนเองด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้ร้อยละ 1.90 ($R^2 \text{ change} = .019$) และเมื่อรวมองค์ประกอบการควบคุมตนเองทั้ง 3 องค์ประกอบสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้ร้อยละ 29.90 ($R^2 = .299$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงสามารถอธิบายได้ว่าการควบคุมตนเองด้านอารมณ์ การควบคุมตนเองด้านการปฏิบัติงาน

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=371)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	153	41.20
หญิง	218	58.80
อายุ Mean=13.75, SD=0.92 Min=12, Max=15		
12 ปี	33	8.90
13 ปี	115	31.00
14 ปี	134	36.10
15 ปี	89	24.00
กำลังศึกษา		
มัธยมศึกษาปีที่ 1	114	30.70
มัธยมศึกษาปีที่ 2	144	38.80
มัธยมศึกษาปีที่ 3	113	30.50
ผลการศึกษา Mean=2.84, SD=0.64 Min=1.00, Max=4.00		
ต่ำกว่า 1.00	2	0.50
1.00 - 1.49	8	2.20
1.50 - 1.99	34	9.20
2.00 - 2.49	52	14.00
2.50 - 2.99	107	28.80
3.00 - 3.49	112	30.20
มากกว่า 3.50	56	15.10
ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง		
ประถมศึกษา	151	40.70
มัธยมศึกษาตอนต้น	84	22.60
มัธยมศึกษาตอนปลาย	120	32.30
อนุปริญญา	4	1.10
ปริญญาตรี	11	3.00
ปริญญาโท	1	0.30

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=371)	ร้อยละ
สถานภาพสมรสของบิดามารดา		
อยู่ด้วยกัน	230	62.00
หย่าร้าง	114	30.70
หม้าย	16	4.30
แยกกันอยู่	11	3.00
ประวัติการถูกทำร้ายร่างกาย		
ไม่มี	248	66.80
มี	123	33.20
บุคคลในครอบครัวใช้สารเสพติด		
ไม่ใช้	182	49.10
ใช้	189	50.90
กลุ่มเพื่อนมีการใช้สารเสพติด		
ไม่ใช้	217	58.50
ใช้	154	41.50
ความขัดแย้งในครอบครัว		
ไม่มี	215	58.00
มี	156	42.00

และการควบคุมตนเองด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้ร้อยละ 29.90 ดังตารางที่ 3

เมื่อพิจารณาขนาดอิทธิพลขององค์ประกอบการควบคุมตนเองทั้ง 3 องค์ประกอบ พบว่าตัวแปรทำนายที่มีค่าสูงสุด คือ การควบคุมตนเองด้านอารมณ์ (St. β =.285) รองลงมา คือ การควบคุมตนเองด้านการปฏิบัติงาน (St. β =.278) และการควบคุมตนเองด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (St. β =.182) แสดงว่าการควบคุมตนเองด้านอารมณ์เป็นตัวแปรอันดับแรกที่สามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น รองลงมาคือการควบคุมตนเองด้านการปฏิบัติงาน และการควบคุมตนเองด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลตามลำดับ ดังตารางที่ 4

สามารถเขียนสมการในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น = 1.495

+ .132

การควบคุมตนเองด้านอารมณ์

+ .113

การควบคุมตนเองด้านการปฏิบัติงาน

+ .073

การควบคุมตนเองด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

สมการทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

Z พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น = .285Z

การควบคุมตนเองด้านอารมณ์

+ .278Z

การควบคุมตนเองด้านการปฏิบัติงาน

+ .182Z

การควบคุมตนเองด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของการควบคุมตนเองทั้ง 5 องค์ประกอบ กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (n=365)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
ด้านการปฏิบัติงาน	1					
ด้านจากสิ่งกระตุ้น	.459**	1				
ด้านอารมณ์	.112**	.320**	1			
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	.242**	.389**	.630**	1		
ด้านจริยธรรม	.536**	.585**	.202**	.382**	1	
พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติด	.354**	.267**	.431**	.429**	.267**	1
การควบคุมตนเองในภาพรวม	r=.483**	p-value<.001				

**p-value<.001

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression coefficient) ของการควบคุมตนเองที่มีอำนาจการทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (n=365)

ลำดับขั้นตัวแปรทำนาย	R	R ²	Adjusted R ²	R ² change	F	p-value
ด้านอารมณ์	.431	.186	.183	.186	82.716	<.001
ด้านการปฏิบัติงาน	.530	.280	.276	.095	70.545	<.001
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	.547	.299	.293	.019	51.404	.002
R=.547, R ² =.299, F=51.404, Constant=1.495						

ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายในรูปคะแนนดิบในการทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มตัวอย่าง (n=365)

ตัวทำนาย	B	S.E. B	St. B	t	p-value	Zero-order	VIF
ด้านอารมณ์	.132	.026	.285	5.019	<.001	.431	1.664
ด้านการปฏิบัติงาน	.113	.018	.278	6.121	<.001	.354	1.065
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	.073	.023	.182	3.118	.002	.429	1.746
R=.547, R ² =.299, F=51.404, Constant=1.495, Durbin-Watson=1.795							

วิจารณ์

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า การควบคุมตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นความสามารถภายในของนักเรียนในการควบคุมตนเองหรือการยับยั้งตนเองไม่ให้เสพติด หากมีความสามารถในการควบคุมตนเองในระดับต่ำนั้นหมายความว่า จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสพติดมากกว่านักเรียนที่มีการควบคุมตนเองในระดับสูง ซึ่งความสามารถในการควบคุมตนเองได้ก็จะลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น^{23,34,35}

ตัวแปรในการวิจัยครั้งนี้มี 5 ตัวแปร ถึงแม้ทุกตัวแปรจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีเพียง 3 ตัวแปรเท่านั้นที่สามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้ ผู้วิจัยสามารถอธิบายได้ดังนี้

การควบคุมตนเองด้านอารมณ์สามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้ร้อยละ 18.60 และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นความสามารถในการปรับตัวได้ของนักเรียนตามสถานการณ์มีการควบคุมอารมณ์ได้ไม่เกิดความวิตกกังวล^{24,25} แต่ถ้าหากควบคุมอารมณ์ไม่ได้ก็จะเกิดความหงุดหงิด ความใจร้อน ความฉุนเฉียว ความเครียด ความหงุดหงิด ความโกรธ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ เกิดความเหงา ความว้าวุ่น ส่งผลให้นักเรียนไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ จึงนำไปสู่พฤติกรรมเสพติด³⁶⁻³⁸ การควบคุมตนเองในระดับต่ำนักเรียนจะมีลักษณะหงุดหงิดพลัน ความเอาแต่ใจตัวเอง อารมณ์แปรปรวน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Leimberg และ Lehmann (2022) พบว่านักเรียนที่มีการควบคุมตนเองในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสพติดและความหงุดหงิดพลัน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้ถึงร้อยละ 63²⁷

การควบคุมตนเองด้านการปฏิบัติงาน สามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้ร้อยละ 9.50 และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งเป็นความสามารถ

ของนักเรียนด้านการเรียน ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน ความตั้งใจมีการวางแผนปรับปรุง ทบทวน ควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ เพื่อให้ได้มาซึ่งผลลัพธ์อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถวัดจากความรับผิดชอบของนักเรียน การปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงเรียน และผลสำเร็จทางวิชาการ คือ เกรดเฉลี่ยทางการเรียน²⁴⁻²⁶ กล่าวคือนักเรียนที่เสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดจะมีผลการเรียนที่ต่ำกว่าตามหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่านักเรียนที่มีผลการเรียนต่ำกว่า 1.99 มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมมารยาทเรียนหยุดเรียนกลางคัน และขาดความรับผิดชอบในการเรียน ส่งผลให้นักเรียนมีผลการเรียนต่ำและมีพฤติกรรมเสพติด²⁵ นอกจากนี้ยังพบว่านักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูง มีความสามารถในการควบคุมตนเองดีกว่านักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ .127 เท่า²⁶

การควบคุมตนเองด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้ร้อยละ 1.90 และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นความสามารถของนักเรียนในด้านการปรับตัวเข้ากับบุคคลอื่นได้ การระงับคำพูดที่ทำให้บุคคลอื่นเสียใจ การระงับพฤติกรรมที่บุคคลอื่นไม่ชอบ หากนักเรียนมีความทุกข์จะส่งต่อผลลัพธ์เชิงลบด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ก่อให้เกิดความขัดแย้งกับบุคคลใกล้ชิดซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมเสพติดได้ในที่สุด²³ และนักเรียนที่มีความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัวบ่อย มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดของนักเรียน²⁸ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Olashore และคณะ (2022) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเกี่ยวข้องกับการเสพติด และ อรรถพล ภูอาษา (2564) ยังพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัวและการเสพติดของนักเรียนสามารถทำนายการเสพติดของนักเรียนได้⁴²

จากการศึกษาพบว่านักเรียนมีการควบคุมตนเองด้านอารมณ์ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะว่านักเรียนมีการควบคุมตนเองจากสิ่งกระตุ้นในระดับดี ซึ่งอาจส่งผลต่อการควบคุมตนเองด้านการปฏิบัติงานให้อยู่ในระดับดีจึงทำให้คะแนนเฉลี่ยผลการเรียนของนักเรียนอยู่ในช่วงระหว่าง 3.00 - 3.49 ซึ่งถือได้ว่ามีผลการเรียนอยู่ในเกณฑ์ดี นอกจากนี้นักเรียนยังมีการควบคุมตนเองด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในระดับดี อาจเป็นเพราะนักเรียนส่วนมากอาศัยอยู่กับบิดามารดาที่ไม่มีความขัดแย้งกันในครอบครัว รวมถึงการอาศัยอยู่ในครอบครัวที่ไม่ใช้สารเสพติดด้วย

และผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปปรับใช้ในการพัฒนาความสามารถในการควบคุมตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยมุ่งเน้นไปที่องค์ประกอบ 3 องค์ประกอบของการควบคุมตนเอง ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการปฏิบัติงาน และด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อให้เกิดความสามารถในการยับยั้งตนเองและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติด แต่อย่างไรก็ตามการวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาอิทธิพลของการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ภายใต้บริบทของกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นซึ่งเป็นกลุ่มนักเรียนที่อยู่ในพื้นที่ชนบท ครอบครัวนักเรียนส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง มีเศรษฐกิจฐานะยากจน จึงเปรียบเทียบผลการศึกษาได้เฉพาะในพื้นที่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันไม่สามารถนำผลการศึกษาไปอธิบายในประชากรส่วนใหญ่ของประเทศได้

สรุป

การควบคุมตนเองทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านการปฏิบัติงาน ด้านจากสิ่งกระตุ้น ด้านอารมณ์ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านจริยธรรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อย่างไรก็ตามมีองค์ประกอบของการควบคุมตนเอง 3 ด้าน ที่สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้โดยการควบคุมตนเองด้านอารมณ์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุด ตามมาด้วยการควบคุมตนเองในการปฏิบัติงาน และการควบคุมตนเองด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งหมายความว่าหากนักเรียนสามารถจัดการอารมณ์ภายในตนเองได้ดี ไม่มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ก็จะนำไปสู่การปรับตัวในการทำงานและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างราบรื่น ลดความขัดแย้งกับคนรอบข้าง จะช่วยให้การควบคุมตนเองมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติด

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติ

บุคลากรด้านสุขภาพหรือผู้ที่ทำงานกับเด็กวัยรุ่นตอนต้น ควรมีการส่งเสริมการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติด โดยนำผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าความสามารถในการควบคุมตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดมีอิทธิพลต่อกัน โดยเข้าไป

พัฒนาเพิ่มความสามารถของการควบคุมตนเองโดยเฉพาะด้านอารมณ์ ด้านการปฏิบัติงาน และด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในโรงเรียนมัธยมศึกษา ซึ่งบุคลากรในโรงเรียนสามารถคัดกรองนักเรียนที่มีความสามารถในการควบคุมตนเองต่ำ เพื่อให้การช่วยเหลือและติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมด้านการวิจัย

พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถควบคุมตนเองในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยเน้นความสามารถควบคุมตนเองด้านอารมณ์ ด้านการปฏิบัติงาน และด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และวัดผลลัพธ์พฤติกรรมการควบคุมตนเองที่เกิดขึ้นและควรศึกษาวิจัยในปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการควบคุมตนเองเพื่อขยายผลการศึกษาปัจจัยหรือองค์ประกอบอื่นของการควบคุมตนเอง ที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อาจารย์นัยชนก พันพงค์ และ อาจารย์ชยาภรณ์ กองสมบัติ ที่กรุณาอนุญาตให้ใช้เครื่องมือในวิจัย ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงเรียนและผู้ปกครองทั้ง 2 แห่ง ที่กรุณาอนุญาตให้นักเรียนเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ผลประโยชน์ขัดกัน

ผู้นิพนธ์ขอแจ้งว่าไม่มีความขัดแย้งทางผลประโยชน์

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

อนุวัฒน์ สรวนรัมย์: ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความ; ดร.ณิ รุจกรกานต์: ออกแบบการศึกษา ให้คำปรึกษาในกระบวนการวิจัย ตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Poudel A, Gautam S. Age of onset of substance use and psychosocial problems among individuals with substance use disorders. BMC Psychiatry 2017; 17(1): 1-10.
2. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Highlights for the 2022 national survey on drug use and health [Internet]. Rockville (MD): SAMHSA; 2023 [cited 2023 Jan 26]. Available from: <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt42731/2022-nsduh-main-highlights.pdf>

3. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2020. Vienna: UNODC; 2020.
4. Olashore AA, Paruk S, Maphorisa T, Mosupiemang B. Pattern of substance use and substance use disorder in adolescent learners at public secondary schools in Gaborone Botswana. *PLoS One* 2022; 17(9): 1-14.
5. Sungkhawanna T. Overcoming drug problem by holistic approach through the integrated plan on drug prevention suppression and treatment of drug addicts. *ONCB Journal* 2023; 39(2): 26-37.
6. Office of the Narcotics Control Board, Ministry of Justice. Thailand narcotics control annual report 2021. Bangkok: Office of the Narcotics Control Board, Ministry of Justice; 2020.
7. Office of the Drug Addiction Treatment and Rehabilitation Commission, Ministry of Public Health. National drug addiction treatment and rehabilitation information system 2022 [Internet]. [cited 2023 Jan 25]. Available from: https://antidrugnew.moph.go.th/Runtime/FrmONCBMain_Web/Main.aspx
8. Office of the Narcotics Control Board, Ministry of Justice. Thailand narcotics control annual report 2017. Bangkok: Office of the Narcotics Control Board, Ministry of Justice; 2017.
9. Phuakpong K, Banthumporn N, Bunprasert C. The effects of an empowerment program on the self-control of amphetamine use disorder patients. *The Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2018; 19(special): 118-28.
10. Ninkron P, Khuntiterakul P. A model of surveillance behavior patterns of youth in the five precepts keeping village project at Nakhon Pathom province. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2021; 13(3): 40-55.
11. Office of the Narcotics Control Board, Ministry of Justice. Thailand narcotics control annual report 2023. Bangkok: Office of the Narcotics Control Board, Ministry of Justice; 2023.
12. Woods C, Kim B, Guo K, Nyguen T, Taplayan S, Aronowitz T. Factors that influence substance use among american indian/alaskan native youth: A systematic mixed studies review. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2022; 28(1): 37-57.
13. Rodríguez-Ruiz J, Zych I, Ribeaud D, Steinhoff A, Eisner M, Quednow BB, et al. The influence of different dimensions of the parent-child relationship in childhood as longitudinal predictors of substance use in late adolescence the mediating role of self-control. *Int J Ment Health Addict* 2023; 22(1): 1-18.
14. Nawi AM, Ismail R, Ibrahim F, Hassan MR, Manaf MRA, Amit N, et al. Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: a systematic review. *BMC Public Health* 2021; 21(1): 1-15.
15. Mahaweerawat U, Yangyuen S. The relationship between perceived neighborhood crime and substance use among drug addicts in Northeast Thailand. *The Public Health Journal of Burapha University* 2018; 13(2): 50-66.
16. Lipiphan J. Legal measures to reduce the harm from drug use. *J Law Soc* 2021; 3(3): 16-28.
17. Niempia T, Jariya W. The effectiveness of the program for resisting amphetamine use among prisoners at Phitsanulok province prisons. *Research and Development Health System Journal* 2020; 13(1): 700-8.
18. Chaimueng R, Kiengam N. Study of fundamental data and current condition for developing life and family for lower secondary school students. *Silpakorn University Journal* 2020:19-29.
19. Piquero AR, Jennings WG, Farrington DP, Diamond B, Gonzalez JMR. A meta-analysis update on the effectiveness of early self-control improvement programs to improve self-control and reduce delinquency. *J Exp Criminol* 2016; 12(2): 249-64.
20. Jo Y. Stability of self-control: Hirschi's redefined self-control. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2015; 59(1): 51-67.
21. Castellanos-Ryan N, Seguin JR, Vitaro F, Parent S, Tremblay RE. Impact of a 2-year multimodal intervention for disruptive 6-year-olds on substance use in adolescence: randomised controlled trial. *BJPsych* 2013; 203(3): 188-95.
22. Gottfredson M, Hirschi T. A general theory of crime. Stanford University Press; 1990.
23. Tangney JP, Baumeister RF, Boone AL. High self-control predicts good adjustment less pathology better grades and interpersonal success. *J Pers* 2004; 72(2): 271-324.
24. Tudkuea T, Ma-samae S, Sasooloh S. Relationship of factors affecting drug abuse among youth in Pattani province. *Parichart Journal* 2023; 36(1): 1-15.
25. Ganpet P, Teerawatsakul S. Prevalence of risk factors and protective factors of drug abuse in 5th and 6th grade students lamphun primary educational service area office 1. *Payap University Journal* 2019; 29: 120-31.
26. Voraaroon O, Khajornchaikul P, Prutipinyo C, Taechaboonsermsak P, Supachai P. Factors related to smoking self-control among lower secondary school students suphanburi province. *The Public Health Journal of Burapha University* 2017; 12(2): 75-85.
27. Watts SJ, Iratzoqui A. Unraveling the relationships between low self-control, substance use, substance-using peers and violent victimization. *Am J Crim Justice* 2019; 44(6): 979-97.
28. Mungkung W, Wacharasin C, Deoisres W. Family factors Influencing substance abuse in male adolescents at a juvenile vocational training centre. *The Public Health Journal of Burapha University* 2016; 11(2): 53-63.
29. Leimberg A, Lehmann P.S. Unstructured socializing with peers, Low self-control, and substance use. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2022; 66(1): 3-27.
30. Ghorbani H. Mahalanobis distance and its application for detecting multivariate outliers. *FU Math Inform* 2019; 34(3): 583-95.
31. Mishra P, Pandey CM, Singh U, Gupta A, Sahu C, Keshri A. Descriptive statistics and normality tests for statistical data. *Ann Card Anaesth* 2019; 22(1): 67-72.
32. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling 3rded. New York: The Guilford Press; 2011.
33. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis. Hampshire: Cengage Learning EMEA; 2019.
34. Callie HB, Ronald LS, Leslie GS. A longitudinal test of the effects of parenting and the stability of self-control negative evidence for the general theory of crime. *Criminology* 2006; 44(2): 353-95.
35. Opp KD. Analytical criminology integrating explanations of crime and deviant behavior. 1sted. Routledge; 2020.
36. Conover K, Daiute C. The process of self-regulation in adolescents a narrative approach. *J Adolesc* 2017; 57(1): 59-68.
37. Konig C, Skriver MV, Iburg KM, Rowlands G. Understanding



- educational and psychosocial factors associated with alcohol use among adolescents in Denmark; Implications for health literacy Interventions. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15(8): 1-13.
38. Kleebua S, Yongyuan B, Seree P. Relationship between the five-factor model of personality and self-control among young people who committed drugs related crimes. *Academic Services Journal, Prince of Songkla University* 2019; 30(1): 189-99.
39. Conrod PJ. Validation of a four-factor model of personality risk for substance abuse and examination of a brief instrument for personality risk. *Addict Biol* 2002; 7: 329-426.
40. Punpong H. A development of self-control test for secondary education students. [Thesis]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2012.
41. Kongsombut C. Development of a risk behavior prevention manual for guidance teachers. [Thesis]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2018.
42. Phuasa A. Prevalence and factors associated with adolescent sexual risk and substance abuse behaviors in Chom Phra district, Surin province. *Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen* 2021; 28(3): 1-11.
43. Krejcie R, Morgan W. Determining sample sizes for research activities. *Educ Psychol Meas* 1970; 30: 607-10.

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น

อารดา สรรบบันดาลสุข*, ชาญวิทย์ พรนภดล**, สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข**

*กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลจุฬารัตน์

**ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น

วิธีการศึกษา งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ศึกษาในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น อายุ 12 - 18 ปี ที่เข้ารับการรักษานที่หน่วยตรวจโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 214 คน ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 โดยเก็บข้อมูลผ่านแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น (Thai ADHD Screening Scales: THASS) ฉบับผู้ปกครอง แบบสอบถามเรื่องการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ วิเคราะห์หาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน Pearson chi-square test, Fisher's exact test และ independent t-test

ผลการศึกษา ความชุกของการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่เป็นผู้กลั่นแกล้ง ร้อยละ 18.7 ผู้ถูกกลั่นแกล้ง ร้อยละ 22 เป็นผู้แชร์ ร้อยละ 3.7 เคยมีประสบการณ์การกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์อย่างใดอย่างหนึ่ง ร้อยละ 32.7 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเป็นผู้กลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ ได้แก่ เวลาที่ใช้ในสื่อออนไลน์ (OR 1.16, $p=0.022$) การถูกกลั่นแกล้งนอกโรงเรียน (OR 7.74, $p<0.001$) และการเป็นผู้กลั่นแกล้งในโรงเรียน (OR 7.64, $p<0.001$) การถูกกลั่นแกล้งนอกโรงเรียนสัมพันธ์กับการเป็นผู้ถูกกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ (OR 4.12, $p=0.002$) และการเป็นผู้กลั่นแกล้งในชีวิตจริงทั้งในโรงเรียน (OR 5.34, $p=0.004$) และนอกโรงเรียน (OR 3.44, $p=0.029$) สัมพันธ์กับการเป็นผู้แชร์

สรุป ความชุกของการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ในผู้ป่วยสมาธิสั้น ร้อยละ 32.7 เป็นผู้กลั่นแกล้ง ร้อยละ 18.7 ผู้ถูกกลั่นแกล้ง ร้อยละ 22 เป็นผู้แชร์ ร้อยละ 3.7 ปัจจัยที่สัมพันธ์ ได้แก่ เวลาที่ใช้ในสื่อออนไลน์และการกลั่นแกล้งในชีวิตจริง จึงควรเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่ปัจจัยดังกล่าว เพื่อช่วยป้องกัน แก้ไข และลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้น

คำสำคัญ โรคสมาธิสั้น การกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ ความชุก ปัจจัย

Corresponding author: สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: somboon.hat@mahidol.edu

วันรับ : 1 ธันวาคม 2566 วันแก้ไข : 23 สิงหาคม 2567 วันตอบรับ : 8 ตุลาคม 2567

Prevalence and Factors Associated with Cyberbullying among Patients with ADHD

Arada Thumbundansuk*, Chanvit Pornnoppadol**, Somboon Hataiyusuk**

*Department of Psychiatry, Chulabhorn Hospital

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

ABSTRACT

Objectives: This study aimed to evaluate the prevalence of cyberbullying and its associated factors in patients with ADHD.

Methods: A cross-sectional study was conducted among 214 adolescents aged 12 - 18 years diagnosed with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) at the Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital between November 2021 and October 2022. A self-report questionnaire, consisting of demographic data, the parent version of the Thai ADHD Screening Scales (THASS), and cyberbullying questionnaires, was employed. Data were analyzed using descriptive statistics to find the frequency, percentage, mean and standard deviation. Inferential statistics include the Pearson chi-square test, Fisher's exact test, and independent t-test.

Results: The prevalence of cyberbullied only, cyber-victim only, shared group only and any type of cyberbullying within the past 6 months was as follows: 18.7%, 22%, 3.7%, and 32.7%, respectively. Factors associated with being a cyberbullied included time spent online (OR 1.16, $p=0.022$), being bullied outside of school (OR 7.74, $p<0.001$), and being a bully in school (OR 7.64, $p<0.001$). Being bullied outside of school is related to being a cyber-victim (OR 4.12, $p=0.002$) and being a bully in real life both in school (OR 5.34, $p=0.004$) and outside of school (OR 3.44, $p=0.029$) related to being a sharer.

Conclusion: Among individuals with ADHD, the prevalence of cyberbullying was 32.7%, 18.7% for cyberbullies, 22% for cyber-victims, and 3.7% for shared group. Time spent online and a history of traditional bullying were related to cyberbullying in ADHD patients. Surveillance and follow up in ADHD patients who are affected by these factors should be considered to prevent, stop and reduce the impacts of cyberbullying.

Keywords: ADHD, cyberbullying, prevalence, factor

Corresponding author: Somboon Hataiyusuk

E-mail: somboon.hat@mahidol.edu

Received 1 December 2023 Revised 23 August 2024 Accepted 8 October 2024

บทนำ

ในปัจจุบันมีการใช้เทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ตอย่างแพร่หลาย สำนักงานสถิติแห่งชาติได้สำรวจการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2566 พบว่าประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไปที่ใช้อินเทอร์เน็ตคิดเป็นร้อยละ 89.5 เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2561 ที่มีผู้ใช้อินเทอร์เน็ต ร้อยละ 56.8 ซึ่งการใช้อินเทอร์เน็ตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังการแพร่ระบาดของ COVID-19¹ ประกอบกับการปรับตัวหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ทำให้เกิดวิถีชีวิตใหม่ (new normal) โดยกระทรวงศึกษาธิการกำหนดนโยบายการจัดการเรียนการสอนในรูปแบบออนไลน์ ทำให้มีแนวโน้มการใช้อินเทอร์เน็ตมากขึ้นจนกลายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน^{2,3}

การใช้เทคโนโลยีที่มากขึ้นทำให้เกิดการกลั่นแกล้งรูปแบบใหม่ตามมา คือ การกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ (cyberbullying) ซึ่งหมายถึงการกลั่นแกล้งที่เกิดขึ้นบนโลกออนไลน์ ไม่ว่าจะเป็นการโพสต์รูปหรือข้อความล้อเลียน โจมตี ช่มชู้ รวมไปถึงการส่งต่อซึ่งกันและกันต่างๆ โดยจงใจกระทำให้ผู้ถูกกลั่นแกล้งเสียชื่อเสียง อับอาย เจ็บใจ หรือเสียชื่อเสียง สร้างความรู้สึกไม่สบายในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ตัวอย่างของการกลั่นแกล้งดังกล่าว ได้แก่ การล้อเลียนชื่อตั้งฉายา ช่มชู้ ทำร้ายร่างกาย ทำให้อับอาย ปลอมข่าวลือ และไม่ให้ยอมให้เข้ากลุ่ม^{4,5} การกลั่นแกล้งรูปแบบนี้มีความเสี่ยงที่จะถูกจับได้ต่ำกว่าการกลั่นแกล้งที่เจอกันต่อหน้า⁶

ในปี พ.ศ. 2554 การศึกษาความชุกของพฤติกรรม การกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษาในกรุงเทพมหานครพบว่าร้อยละ 52.4 เคยมีประสบการณ์ ถูกกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์⁷ ปัจจัยที่มีผลต่อการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ได้แก่ เพศชาย การใช้สื่อสังคมออนไลน์ รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่ำ ระยะเวลาในการเล่นอินเทอร์เน็ต ความผูกพันกับพ่อแม่ต่ำ ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ⁸⁻¹¹ ผลกระทบของการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล ความคิดฆ่าตัวตาย ความภูมิใจในตนเองต่ำ ไม่อยากไปโรงเรียน ปัญหาพฤติกรรมรุนแรง การใช้สารเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ⁴

จากการศึกษาต่างๆ ที่ผ่านมามีรายงานว่าเด็กที่มีโรคทางจิตเวช ไม่ว่าจะเป็นโรคสมาธิสั้น ออทิสติก หรือบกพร่องทางด้านการสติปัญญา มีความเสี่ยงต่อการมีประสบการณ์การกลั่นแกล้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นผู้ถูกกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์มากกว่าเด็กทั่วไป^{12,13}

โรคสมาธิสั้นมีความชุกในประเทศไทย ร้อยละ 8.1¹⁴ ซึ่งถือว่าเป็นโรคที่พบได้บ่อยในโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น จัดอยู่

ในกลุ่มของโรคพัฒนาการสมองบกพร่อง¹⁵ อาการหลักประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ขาดสมาธิ ไม่สามารถอยู่นิ่ง ขาดความยับยั้งชั่งใจหรือความหุนหันพลันแล่น ซึ่งเกี่ยวข้องกับผลการเรียนที่ลดลง การสำเร็จการศึกษาที่ลดลง และการกีดกันทางสังคม⁸ ทำให้มีแนวโน้มเสี่ยงที่จะเป็นทั้งผู้แกล้งหรือเป็นผู้ถูกกลั่นแกล้ง ทั้งด้านตัวโรคที่ทำให้ขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง¹⁶ ขาดทักษะในการแก้ปัญหา ขาดความเข้าใจในการเข้าสังคม¹⁷ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบนโลกไซเบอร์ที่สามารถเกิดขึ้นได้ง่าย ทุกที่ ทุกเวลา

การศึกษากการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ในเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้นยังมีไม่มากนัก การศึกษาของ Yen และคณะ ในกลุ่มวัยรุ่นชายที่เป็นโรคสมาธิสั้นได้พบว่ามีความชุกของผู้กลั่นแกล้ง ร้อยละ 14.3 ผู้ถูกกลั่นแกล้ง ร้อยละ 19.1⁶ Heiman และคณะ เปรียบเทียบความชุกของการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยในประเทศอิสราเอล พบว่ากลุ่มโรคสมาธิสั้นมีความชุกของการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์และเวลาในการใช้อินเทอร์เน็ตมากกว่ากลุ่มที่ไม่เป็น โดยพบว่ามีความชุกของผู้กลั่นแกล้ง ร้อยละ 16.7 ผู้ถูกกลั่นแกล้ง ร้อยละ 18.7¹⁸ ในปี พ.ศ. 2562 Dawson และคณะ พบว่ามีผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นรายงานว่าเคยเป็นผู้ถูกกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์และผู้แกล้ง ในช่วง 2 - 12 เดือน อย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละ 60.3 และ 39.7 ตามลำดับ และในจำนวนนี้เคยเป็นผู้ถูกกลั่นแกล้งเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 20.7 เป็นผู้กลั่นแกล้งและผู้ถูกกลั่นแกล้ง ร้อยละ 39.8 และไม่มีผู้ร่วมวิจัยรายใดที่รายงานว่าตนเองเป็นผู้กระทำเพียงอย่างเดียว¹⁹

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ในโรคสมาธิสั้น ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับความชุกที่มากขึ้น โรคสมาธิสั้นชนิดชดเชยไม่อยู่นิ่งและชนิดขาดสมาธิเป็นผู้กระทำมากกว่าชนิดขาดสมาธิเพียงอย่างเดียว ความรุนแรงของการติดอินเทอร์เน็ตสัมพันธ์กับความเสี่ยงของการเป็นผู้กลั่นแกล้ง⁶ ความชุกของการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ในกลุ่มผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา Methylphenidate มีมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยา²⁰ ผู้ป่วยสมาธิสั้นที่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์มีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายมากกว่ากลุ่มทั่วไป⁶ ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกโดดเดี่ยว ความเชื่อมั่นในตนเอง¹⁸

ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาความชุกของการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น การสำรวจและการเฝ้าระวังในประเด็นดังกล่าวจึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจ เนื่องจากผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นได้รับผลกระทบจากการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์มากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป⁴ การวางแผนและออกแบบ

การช่วยเหลือให้เจาะจงกับกลุ่มมากขึ้นจะช่วยลดความเสี่ยงและผลกระทบจากการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล นำไปสู่การสร้างสังคมออนไลน์ที่ปลอดภัย และเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยสมาธิสั้นให้ดีขึ้น

โดยงานวิจัยนี้จะศึกษาผู้กลั่นแกล้ง คือ ผู้ที่กระทำการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล ผู้ถูกกลั่นแกล้ง คือ ผู้ที่ถูกผู้กระทำกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล ผู้แชร์ คือ ผู้ที่เคยแชร์หรือกดไลค์ข้อความรูปภาพ หรือคลิปของผู้ถูกกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล และผู้มีประสบการณ์การกลั่นแกล้ง คือ ผู้ที่เคยมีประสบการณ์เป็นผู้กลั่นแกล้งหรือผู้ถูกกลั่นแกล้ง หรือผู้แชร์อย่างใดอย่างหนึ่ง

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (cross-sectional study) โดยใช้แบบสอบถาม ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล หมายเลขการรับรองเลขที่ 599/2564 (IRB3) ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 เก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่เป็นโรคสมาธิสั้น อายุระหว่าง 12-18 ปี โดยเก็บที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และในกรณีที่ผู้ป่วยและผู้ปกครองที่ไม่สะดวกมารับบริการที่โรงพยาบาล ผู้วิจัยจะทำการเชิญชวนทางโทรศัพท์และแนบ link และ QR code ของแบบสอบถาม ผ่านช่องทางการสนทนาใน application LINE

ผู้วิจัยขอความยินยอมจากผู้ป่วยและผู้ปกครองโดยชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งอยู่หน้าแรกของแบบสอบถามทั้งรูปแบบกระดาษและทางออนไลน์ มีตัวเลือกระหว่าง “รับทราบและยินดีเข้าร่วมการวิจัย” และ “ไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย” โดยหากผู้ร่วมวิจัยหรือผู้ปกครองตอบ “รับทราบและยินดีเข้าร่วมการวิจัย” จะเชื่อมโยงไปยังหน้าแบบทดสอบต่อไป และผู้วิจัยถือว่าการเลือกตัวเลือกนี้เป็น การตอบรับเข้าร่วมโครงการแทนการลงลายมือชื่อในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (implied consent) แต่ถ้าผู้ตอบเลือก “ไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย” จะหยุดการตอบแบบสอบถามทันที และถือว่าการแสดงความรู้สึกว่าไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยที่เชิญชวนไม่ใช่แพทย์เจ้าของไข้และไม่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อป้องกันการบังคับผู้ร่วมวิจัยอย่างไม่สมัครใจ ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ปกครองทราบว่า ข้อมูลของผู้เข้าร่วมจะเป็นความลับ การตัดสินใจจะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมวิจัย ไม่มีผลต่อการรักษาของผู้เข้าร่วมวิจัยในอนาคต

ไม่เข้าร่วมวิจัย ไม่มีผลต่อการรักษาของผู้เข้าร่วมวิจัยในอนาคต ขณะทำแบบสอบถามหากผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความไม่สบายใจสามารถหยุดทำแบบสอบถามได้ทันที หากพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยเคยมีประสบการณ์การกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำในการช่วยเหลือเบื้องต้น

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นโดยจิตแพทย์และแพทย์ประจำบ้าน ที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และได้รับการบันทึกการวินิจฉัยตามระบบ ICD10 รหัส F90
3. อายุ 12 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จนถึงอายุไม่เกิน 18 ปี ณ วันที่เก็บข้อมูล
4. ใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์เป็นประจำมากกว่า 4 วันต่อสัปดาห์

เกณฑ์การคัดออกผู้ร่วมวิจัย (exclusion criteria)

1. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่ก่อให้เกิดข้อจำกัดทางการสื่อสาร เช่น ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา โรคจิต โรคทางอารมณ์ที่อาการไม่คงที่ คือ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ หรือมีอาการทางจิต โดยสังเกตจากพฤติกรรมขณะทำแบบสอบถาม
2. ผู้ป่วยและผู้ปกครองที่อ่านเขียนภาษาไทยไม่คล่อง

เกณฑ์การถอนผู้ร่วมวิจัยยุติการเข้าร่วมการวิจัย (withdrawal or termination criteria)

1. รู้สึกไม่สบายใจ/อึดอัดใจขณะตอบคำถาม
2. ตอบแบบสอบถามไม่ครบ

คำนวณกลุ่มขนาดตัวอย่างจากสูตร Infinite Population Proportion

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

n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนผู้ป่วยสมาธิสั้นที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

ศิริราชพยาบาล ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2563
จำนวน 467 คน

p = จากผลการวิจัยของ Dawson และคณะ ในปี พ.ศ. 2562
ความซุกของการแก่งลังบนโลกไซเบอร์ในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น = 0.6¹⁹

$Z(0.975) = 1.959964$

$\text{Alpha} (\alpha) = 0.05$

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05

จะได้ขนาดตัวอย่าง 207 คน และเพื่อป้องกันการขาดหาย
ของกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากการปฏิเสธจากตัวอย่าง และความ
ไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 ได้ขนาด
ตัวอย่างเป็น 249 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จะคัดเลือกผู้ป่วยทั้งหมดที่เป็น
ไปตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ ระดับการศึกษา
เกรดเฉลี่ย ผู้ปกครอง รายได้ต่อเดือน เวลาเฉลี่ยที่ใช้สื่อสังคม
ออนไลน์ต่อวัน (ชั่วโมง) สื่อสังคมออนไลน์ที่ใช้ โดยให้เลือกตอบ
1) Facebook 2) line 3) YouTube 4) Instagram 5) twitter 6) อื่นๆ
ตอบโดยผู้ป่วย โรคประจำตัวทางกาย โรคประจำตัวทางจิตเวช
ขนาดยา Methylphenidate ยาทางจิตเวชอื่นที่ใช้ร่วม เก็บข้อมูล
ผ่านเวชระเบียน ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานยา Extended-release
methylphenidate (Ritalin LA) 20 มิลลิกรัม เทียบเท่ากับขนาดยา
Methylphenidate 20 มิลลิกรัม และ Controlled-release
methylphenidate (Concerta) 18, 27 และ 36 มิลลิกรัม เทียบ
เท่ากับขนาดยา Methylphenidate 10, 20 และ 30 มิลลิกรัมต่อวัน
ตามลำดับ

2. แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น (Thai ADHD Screening
Scales: THASS) ฉบับผู้ปกครอง เป็นแบบประเมินคัดกรอง
โรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่น อายุตั้งแต่ 3 - 18 ปี มีข้อคำถาม
ทั้งสิ้น 30 ข้อ โดยข้อที่ 1 - 15 จะเป็นการวัดอาการที่ไม่อยู่นิ่ง อาการ
หุนหันพลันแล่น (hyperactivity – impulsivity) คะแนนเต็ม 45
คะแนน และข้อที่ 16 - 30 จะเป็นการวัดอาการขาดสมาธิ
(inattentiveness) คะแนนเต็ม 45 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 90
คะแนน โดยผู้ปกครองเลือกคำตอบแต่ละข้อที่ตรงกับผู้ป่วยจริง
ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา จากนั้นรวมคะแนนดิบ โดย
ทำบ่อยมาก = 3, ทำค่อนข้างบ่อย = 2, นานๆ ทำที = 1, ไม่เคยทำ = 0
นำคะแนนดิบของแต่ละกลุ่มอาการที่ได้ไปเปรียบเทียบกับคะแนน

มาตรฐาน (T-score) แปลผล T-score ≤ 50 อยู่ในเกณฑ์ปกติ
51 - 60 อาจมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้น 61 - 70 เริ่มมี
ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้น ≥ 71 มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็น
โรคสมาธิสั้น โดยในการศึกษานี้ใช้เพื่อประเมินระดับความรุนแรง
ของโรคแทนการประเมินความเสี่ยงของการเป็นโรค ใช้เวลาทำแบบ
คัดกรองประมาณ 10 นาที แบบคัดกรองนี้มีความสอดคล้องภายใน
(internal consistency Cronbach's alpha) 0.96 การทดสอบซ้ำ
(test – retest reliability) 0.80 - 0.90¹⁷

3. แบบสอบถามเรื่องการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ แปล
จากแบบสอบถามของ University of Turku ประเทศฟินแลนด์
ซึ่งดัดแปลงมาจากการศึกษาของ Hinduja และ Patchin ซึ่งศึกษา
เรื่อง cyberbullying ในปี 2009¹⁸ แปลโดย ศ.นพ.ชาญวิทย์
พรหมภักดี โดยปรับบริบทให้เข้ากับสังคมไทย ให้ผู้เข้าร่วมวิจัย
ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-report) ใช้เวลาตอบ
แบบสอบถามประมาณ 15 นาที แบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

3.1 ประสิทธิภาพเรื่องการกลั่นแกล้งในชีวิตจริง
จำนวน 4 ข้อ โดยถามในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาเคยถูกกลั่นแกล้ง
หรือเป็นผู้กลั่นแกล้งทั้งในและนอกโรงเรียนบ่อยแค่ไหน โดยแบ่ง
คำตอบเป็น 4 ตัวเลือก คือ 1) ไม่เคยเลย 2) น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์
3) มากกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ 4) เกือบทุกวัน หากตอบในช่วงของข้อ
2 - 4 จะถือว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีประสบการณ์การกลั่นแกล้งในชีวิตจริง

3.2 ประสิทธิภาพเกี่ยวกับการกลั่นแกล้งบนโลก
ไซเบอร์ ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 7 ข้อ แบ่งผู้เข้าร่วมวิจัย
เป็นกลุ่มของผู้ถูกกลั่นแกล้ง ผู้กลั่นแกล้ง และผู้แชร์ โดยใช้คำถาม
“คุณถูกกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์บ่อยแค่ไหนในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา”
“คุณเป็นผู้กลั่นแกล้งคนอื่นบนโลกไซเบอร์บ่อยแค่ไหนในช่วง
6 เดือนที่ผ่านมา” “คุณเคยแชร์ หรือกดไลค์เวลาคุณเห็นข้อความ
รูปภาพ หรือคลิปของเพื่อนที่กำลังถูกกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์
หรือไม่” ตามลำดับ โดยแบ่งคำตอบเป็น 4 ช่วง คือ 1) ไม่เคยเลย
2) น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ 3) มากกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ 4) เกือบทุกวัน
หากตอบในช่วงของ 2 - 4 จะถือว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีประสบการณ์
การกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์

3.3 แบบสอบถามทั่วไปเกี่ยวกับการกลั่นแกล้ง (ทั้งใน
และนอกโรงเรียน และบนอินเทอร์เน็ต) จำนวน 3 ข้อ โดยถามว่า
“คุณคิดว่าสาเหตุที่คุณถูกกลั่นแกล้งมาจากตัวคุณเอง/ผู้กลั่นแกล้ง”
โดยแบ่งคำตอบเป็น 3 ตัวเลือก 1) ไม่เห็นด้วย 2) เห็นด้วยบางส่วน
3) เห็นด้วยอย่างยิ่ง “คุณเคยบอกคนอื่นเกี่ยวกับการถูกกลั่นแกล้ง
หรือไม่” และบอกใคร โดยแบ่งคำตอบเป็น เคยและไม่เคย

3.4 ผลกระทบของการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียลประกอบด้วย 1) โกรธ 2) ต้องการแก้แค้น 3) ไม่สบายใจ เครียด เศร้า วิตกกังวล 4) นอนไม่หลับ 5) ไม่ไปโรงเรียน 6) เพื่อนเข้าใจผิด/เลิคบ 7) ครอบครัวยุติไม่เข้าใจ/ซ้ำเติม/ตำหนิ โดยให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่

3.5 สภาพแวดล้อมในโรงเรียนจำนวน 7 ข้อ โดยถามเกี่ยวกับความรู้สึกปลอดภัยและความสุขโดยรวมเมื่ออยู่ในโรงเรียน รวมถึงความช่วยเหลือจากครูและครอบครัว โดยแบ่งคำตอบเป็น 4 ตัวเลือก คือ 1) ไม่เลย 2) บางครั้ง 3) บ่อยๆ 4) ตลอดเวลา

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) แสดงข้อมูลเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียลในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น โดยใช้ Pearson chi-square test, Fisher's exact test ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มการกลั่นแกล้งกับปัจจัยที่มีลักษณะเป็นข้อมูลแบบกลุ่ม เช่น เพศ การกลั่นแกล้งบนโลกจริง ผลกระทบ และ Independent t-test

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของประชากร

ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 214 คน แบ่งเป็นเพศชาย 171 คน (79.9%) เพศหญิง 43 คน (20.1%) อายุ (มัธยฐาน) 14 ปี (พิสัยควอไทล์ 13 - 16) ส่วนใหญ่เรียนอยู่ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น 112 คน (52.3%) เกือบเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3.51 - 4.00 จำนวน 51 คน (23.8%) มีโรคประจำตัวทางกาย 56 คน (26.2%) มีโรคร่วมทางจิตเวช 144 คน (67.3%) ขนาดยา Methylphenidate (มัธยฐาน) 30 มิลลิกรัมต่อวัน (พิสัยควอไทล์ 25 - 40) สื่อสังคมออนไลน์ที่ใช้บ่อยที่สุดคือ YouTube 88 คน (41%) คะแนน THASS ของอาการนอนไม่หลับ/หุนหันพลันแล่น รวมกับอาการขาดสมาธิ (H + I score) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง T-score 51 - 60 มี 57 คน (26.6%) (ตารางที่ 1)

ความชุกของการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล

ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยเคยมีประสบการณ์การกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล ร้อยละ 32.7 โดยพบว่าเป็นผู้ถูกลั่นแกล้งมากที่สุด ร้อยละ 22 ตามมาด้วยผู้กลั่นแกล้ง ร้อยละ 18.7 ส่วนที่พบน้อยที่สุดจะเป็นการแสร้งคิดเป็นร้อยละ 3.7 (รูปที่ 1)

ข้อมูลเกี่ยวกับการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล

การกลั่นแกล้งในชีวิตจริง เคยเป็นผู้กลั่นแกล้งผู้อื่น

ในโรงเรียน 74 คน (34.6%) นอกโรงเรียน 28 คน (13.1%) เคยถูกลั่นแกล้งในโรงเรียน 96 คน (44.9%) นอกโรงเรียน 46 คน (21.5%)

รูปแบบการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียลในผู้เข้าร่วมวิจัยสอดคล้องกันทั้งกลุ่มผู้ถูกลั่นแกล้งและผู้กลั่นแกล้ง พบการถูกล้อเลียนชื่อ ตั้งฉายามากที่สุด รองลงมาเป็นการถูกเพิกเฉย ไม่สนใจ ตามมาด้วยการถูกไม่เคารพ ไม่ให้เกียรติ เหยียดหยาม โดยเป็นผู้ถูกลั่นแกล้ง ร้อยละ 30.8, 29.4 และ 29.4 เป็นผู้กลั่นแกล้ง ร้อยละ 19.6, 15.9 และ 12.1 ตามลำดับ

ผู้ที่กลั่นแกล้งผู้เข้าร่วมวิจัยบนโลกโซเชียล ส่วนใหญ่เป็นเพื่อน โดยพบเพื่อนเพศชายมากที่สุด ร้อยละ 44.4 รองลงมาเป็นกลุ่มเพื่อน ร้อยละ 43.5 และเพื่อนเพศหญิง ร้อยละ 21.5 ส่วนที่พบน้อยที่สุด คือ ผู้ใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 9.3

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการกลั่นแกล้งทั้งในและนอกโรงเรียน และบนอินเทอร์เน็ต ผู้เข้าร่วมวิจัยคิดว่าสาเหตุของการกลั่นแกล้งมาจากตนเอง ร้อยละ 28.1 คิดว่าสาเหตุของการกลั่นแกล้งมาจากผู้ที่กลั่นแกล้ง ร้อยละ 58.4 เคยบอกผู้อื่นเกี่ยวกับการถูกลั่นแกล้ง ร้อยละ 48.6 โดยเลือกบอกผู้ปกครองและเพื่อนมากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 42.1

ผลกระทบของการถูกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล พบว่าโกรธมากที่สุด ร้อยละ 39.3% รองลงมาคือไม่สบายใจ เครียด เศร้า วิตกกังวล ร้อยละ 28 และต้องการแก้แค้น ร้อยละ 19.2 (ตารางที่ 2)

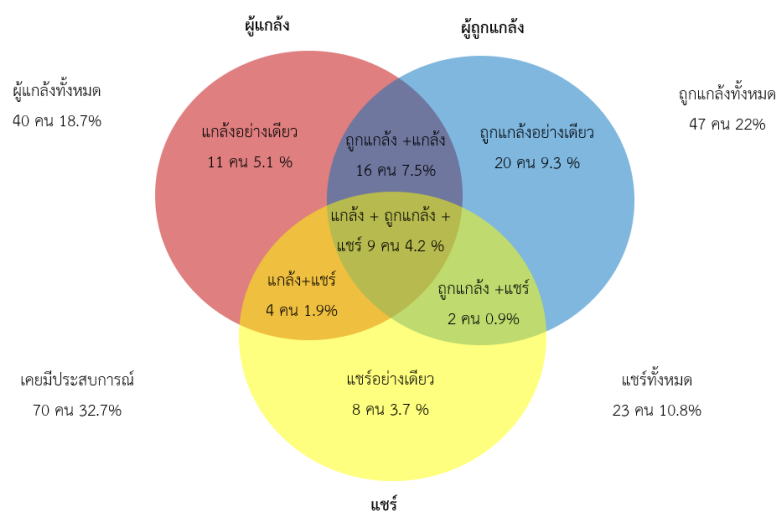
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียลด้วยการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (univariable analysis) พบปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การไม่มีคุณครู/ผู้ใหญ่พยายามหยุดหรือห้ามการกลั่นแกล้ง สัมพันธ์กับการเป็นผู้ถูกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล คะแนน THASS สัมพันธ์กับการเป็นผู้ถูกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล ระดับการศึกษาและขนาดยา Methylphenidate สัมพันธ์กับการเป็นผู้แสร้งบนโลกโซเชียล การกลั่นแกล้งในชีวิตจริงสัมพันธ์กับการเป็นผู้ถูกลั่นแกล้งและผู้ถูกลั่นแกล้ง การเป็นผู้ถูกลั่นแกล้งในชีวิตจริงสัมพันธ์กับการเป็นผู้แสร้งเวลาที่ใช้ในสื่อออนไลน์สัมพันธ์กับการเป็นผู้ถูกลั่นแกล้ง ผู้ถูกลั่นแกล้งและผู้แสร้ง (ตารางที่ 3)

เมื่อนำปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ Multiple Logistic Regression พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเป็นผู้ถูกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล ได้แก่ เวลาที่ใช้ในสื่อออนไลน์ (OR 1.16, $p=0.022$) การถูกลั่นแกล้งนอกโรงเรียน (OR 7.74, $p<0.001$) และการเป็นผู้ถูกลั่นแกล้งในโรงเรียน (OR 7.64,

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n=214)

	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			การศึกษา		
ชาย	171	79.9	ไม่ได้เรียน	3	1.4
หญิง	43	20.1	ประถมศึกษา	20	9.3
อายุ median (Q1 - Q3), 14 (13 - 16)			มัธยมศึกษาตอนต้น	112	52.3
12	28	13.1	มัธยมศึกษาตอนปลาย	50	23.4
13	47	22	ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	13	6.1
14	38	17.8	ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	4	1.9
15	26	12.1	มหาวิทยาลัย	12	5.6
16	25	11.7	เกรดเฉลี่ย		
17	27	12.6	ไม่กรอกข้อมูล	34	15.9
18	23	10.7	น้อยกว่า 1	2	0.9
โรคประจำตัวทางกาย			1.00 - 1.50	9	4.2
ไม่มี	158	73.8	1.51 - 2.00	12	5.6
มี	56	26.2	2.01 - 2.50	27	12.6
โรคประจำตัวทางจิตเวช			2.51 - 3.00	33	15.4
ไม่มี	70	32.7	3.01 - 3.50	46	21.5
มี	144	67.3	3.51 - 4.00	51	23.8
โรคบกพร่องทางการเรียนรู้ (SLD)	95	44.4	สื่อออนไลน์ที่ใช้บ่อย		
โรคทางอารมณ์ (Mood disorder)	27	12.6	YouTube	88	41.1
ออทิสติก (ASD)	22	10.3	Facebook	56	26.2
โรคดื้อต่อต้าน (ODD)	17	7.9	Instagram	18	8.4
พฤติกรรมรุนแรง (Conduct disorder)			Line	17	7.9
อื่น ๆ	17	7.9	Twitter	6	2.8
โรคติ๊ก/ทูเรตต์ (Tic/Tourette's disorder)	10	4.6	อื่นๆ	29	13.6
โรควิตกกังวล (Anxiety disorder)	7	3.3			
ขนาดยา Methylphenidate median (Q1 - Q3), 30 (25 - 40)					



รูปที่ 1 ความชุกของการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการกลั่นแกล้ง

	จำนวน	ร้อยละ
รูปแบบการกลั่นแกล้ง		
เพิกเฉย ไม่สนใจผู้อื่น	34	15.9
ไม่เคารพ ไม่ให้เกียรติ เหยียดหยามผู้อื่น	26	12.1
ล้อเลียนชื่อ ตั้งฉายาให้ผู้อื่น	42	19.6
ปล่อยข่าวลือ รวมถึงการนำเรื่องราว/รูปภาพของผู้อื่น ไปโพสต์/บิดเบือน/แต่งเติม จนทำให้ผู้อื่นเสียหาย/อับอาย	10	4.7
นำรูปภาพของผู้อื่นไปตัดต่อให้ดูตลก/วาบหวี/น่าอับอาย	17	7.9
ข่มขู่ผู้อื่น	13	6.1
ทำให้ผู้อื่นหวาดกลัว รู้สึกไม่ปลอดภัย	11	5.1
รูปแบบการถูกกลั่นแกล้ง		
ถูกเพิกเฉย ไม่สนใจ	63	29.4
คนอื่นไม่เคารพ ไม่ให้เกียรติ เหยียดหยาม	63	29.4
ถูกล้อเลียนชื่อ ตั้งฉายา	66	30.8
ถูกปล่อยข่าวลือเกี่ยวกับคุณ รวมถึงการนำเรื่องราว/รูปของคุณ ไปโพสต์/บิดเบือน/แต่งเติม จนทำให้คนอื่นเข้าใจคุณผิด	22	10.3
ถูกนำรูปภาพไปตัดต่อให้ดูตลก/วาบหวี/น่าอับอาย	24	11.2
ถูกข่มขู่	14	6.5
ถูกทำให้หวาดกลัว รู้สึกไม่ปลอดภัย	27	12.6
บุคคลที่กลั่นแกล้งในโลกโซเชียล		
เพื่อนผู้หญิง	46	21.5
เพื่อนผู้ชาย	95	44.4
ผู้ใหญ่ (หญิง)	20	9.3
ผู้ใหญ่ (ชาย)	26	12.1
กลุ่มเพื่อน	93	43.5
คนที่ไม่รู้จัก	24	11.2

	จำนวน	ร้อยละ
เห็นด้วยว่าสาเหตุของการกลั่นแกล้งมาจากตนเอง	103	28.1
เห็นด้วยว่าสาเหตุของการกลั่นแกล้งมาจากผู้ที่กลั่นแกล้ง	125	58.4
แจ้งผู้อื่นเกี่ยวกับการถูกกลั่นแกล้ง	104	48.6
บุคคลที่ได้รับการแจ้ง		
ผู้ปกครอง	90	42.1
พี่น้อง	38	17.8
เพื่อน	90	42.1
แฟน	16	7.5
ครู	53	24.8
แพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์	51	23.8
การกลั่นแกล้งในชีวิตจริง		
เคยถูกกลั่นแกล้งในโรงเรียน	96	44.9
เคยถูกกลั่นแกล้งนอกโรงเรียน	46	21.5
เคยคนที่กลั่นแกล้งในโรงเรียน	74	34.6
เคยคนที่กลั่นแกล้งนอกโรงเรียน	28	13.1
ผลกระทบของการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล		
โกรธ	84	39.3
ต้องการแก้แค้น	41	19.2
ไม่สบายใจ เครียด เศร้า วิตกกังวล	60	28
นอนไม่หลับ	29	13.6
ไม่ไปโรงเรียน	10	4.7
เพื่อนเข้าใจผิด/เลิกคบ	23	10.7
ครอบครัวไม่เข้าใจ/ซ้ำเติม/ตำหนิ	31	14.5

$p < 0.001$) การถูกกลั่นแกล้งนอกโรงเรียนสัมพันธ์กับการเป็นผู้ถูกกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล (OR 4.12, $p = 0.002$) และการเป็นผู้กลั่นแกล้งในชีวิตจริงทั้งในโรงเรียน (OR 5.34, $p = 0.004$) และนอกโรงเรียน (OR 3.44, $p = 0.029$) สัมพันธ์กับการเป็นผู้แชร์ (ตารางที่ 4)

วิจารณ์

การศึกษานี้ทำการสำรวจความชุกของการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียลในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น ผลการศึกษาพบความชุกในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา แบ่งเป็นผู้กลั่นแกล้ง ร้อยละ 18.7 ถูกกลั่นแกล้ง ร้อยละ 22 ซึ่งหากเปรียบเทียบกับผลการศึกษา

ที่ผ่านมา พบว่าความชุกมีความใกล้เคียงกันกับการศึกษาในต่างประเทศ เช่น การศึกษาโดย Yen และคณะ สำรวจความชุกของการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียลในผู้ป่วยชายวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกในประเทศไต้หวันพบว่าความชุกของผู้กลั่นแกล้ง ร้อยละ 14.3 ผู้ถูกกลั่นแกล้ง ร้อยละ 19.1⁶ ในปี พ.ศ. 2558 Heiman และคณะ ศึกษาการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียลเปรียบเทียบระหว่างนักเรียนที่เป็นโรคสมาธิสั้นและไม่เป็นโรคในโรงเรียนมัธยมที่อิสราเอล พบว่าในนักเรียนที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีความชุกของผู้กลั่นแกล้ง ร้อยละ 16.7 ผู้ถูกกลั่นแกล้ง ร้อยละ 18.7¹⁸ ซึ่งเป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรที่เป็นโรคสมาธิสั้นเหมือนกัน เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาความชุกของการกลั่นแกล้ง

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (univariable analysis)

ปัจจัย	ผู้กลั่นแกล้ง			ผู้ถูกกลั่นแกล้ง			ผู้แชร์		
	ไม่มีประสบการณ์ (n=174) n (%)	มีประสบการณ์ (n=40) n (%)	P-value	ไม่มีประสบการณ์ (n=167) n (%)	มีประสบการณ์ (n=47) n (%)	P-value	ไม่มีประสบการณ์ (n=191) n (%)	มีประสบการณ์ (n=23) n (%)	P-value
เพศ			0.605			0.156			0.787
ชาย	138 (79.3)	33 (82.5)		130 (77.8)	41 (87.2)		153 (80.1)	18 (78.3)	
หญิง	36 (20.7)	7 (17.5)		37 (22.2)	6 (12.8)		38 (19.9)	5 (21.7)	
อายุ			0.793			0.068			0.180
median (Q1 - Q3)	14.00 (13 - 17)	14.00 (13 - 16)		14 (13 - 17)	14 (13 - 16)		14 (13 - 16)	15 (13 - 18)	
การศึกษา			0.172			0.349			0.041
ประถมศึกษา	13 (7.6)	7 (17.5)		13 (7.9)	7 (14.9)		17 (9)	3 (13)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	94 (55)	18 (45)		87 (53)	25 (53.2)		104 (55.3)	8 (34.8)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	53 (31.0)	14 (35.0)		53 (32.2)	14 (29.8)		59 (31.4)	8 (34.8)	
มหาวิทยาลัย/ปวส.	11 (6.4)	1 (2.5)		11 (6.7)	1 (2.1)		8 (4.3)	4 (17.4)	
เกรดเฉลี่ย			0.144			0.969			0.119
<=2.0	17 (11.6)	6 (18.2)		18 (12.6)	5 (13.5)		21 (13.1)	2 (10)	
2.01 - 2.50	22 (15)	5 (15.2)		22 (15.4)	5 (13.5)		25 (15.6)	2 (10)	
2.51 - 3.00	23 (15.6)	10 (30.3)		27 (18.9)	6 (16.2)		25 (15.6)	8 (40)	
3.01 - 3.50	39 (26.5)	7 (21.2)		35 (24.5)	11 (29.7)		43 (26.9)	3 (15)	
3.51 - 4.00	46 (31.3)	5 (15.2)		41 (28.7)	10 (27)		46 (28.8)	5 (25)	
เวลาที่ใช้ในสื่อออนไลน์ทุกชนิด			0.001			0.015			0.018
median (Q1 - Q3)	5 (3 - 8)	8 (4.25 - 10)		5 (3 - 8)	6 (4 - 10)		5 (3 - 8)	8 (5 - 9)	
โรคประจำตัวทางกาย			0.312			0.626			0.130
ไม่มี	131 (75.3)	27 (67.5)		122 (73.1)	36 (76.6)		138 (72.3)	20 (87)	
มี	43 (24.7)	13 (32.5)		45 (26.9)	11 (23.4)		53 (27.7)	3 (13)	
โรคประจำตัวทางจิตเวช			0.975			0.895			0.244
ไม่มี	57 (32.8)	13 (32.5)		55 (32.9)	15 (31.9)		60 (31.4)	10 (43.5)	
มี	117 (67.2)	27 (67.5)		112 (67.1)	32 (68.1)		131 (68.6)	13 (56.5)	
ขนาดยา Methylphenidate			0.981			0.162			0.026
median (Q1 - Q3)	30 (20 - 40)	30 (20 - 40)		30 (20 - 40)	35 (25 - 40)		30 (25 - 40)	25 (10 - 35)	

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (univariable analysis) (ต่อ)

ปัจจัย	ผู้กลั่นแกล้ง			ผู้ถูกกลั่นแกล้ง			ผู้แชร์		
	ไม่มีประสบการณ์	มีประสบการณ์	P-value	ไม่มีประสบการณ์	มีประสบการณ์	P-value	ไม่มีประสบการณ์	มีประสบการณ์	P-value
	(n=174) n (%)	(n=40) n (%)		(n=167) n (%)	(n=47) n (%)		(n=191) n (%)	(n=23) n (%)	
T-score คะแนน THASS									
H score			0.634			0.916			0.365
≤50	70 (40.2)	12 (30)		66 (39.5)	16 (34)		75 (39.3)	7 (30.4)	
51 - 60	66 (37.9)	19 (47.5)		65 (38.9)	20 (42.6)		73 (38.2)	12 (52.2)	
61 - 70	27 (15.5)	6 (15)		25 (15)	8 (17)		29 (15.2)	4 (17.4)	
≥71	11 (6.3)	3 (7.5)		11 (6.6)	3 (6.4)		14 (7.3)	0 (0)	
I score			0.278			0.685			0.873
≤50	45 (25.9)	6 (15)		42 (25.1)	9 (19.1)		45 (23.6)	6 (26.1)	
51 - 60	65 (37.4)	13 (32.5)		62 (37.1)	16 (34)		70 (36.6)	8 (34.8)	
61 - 70	42 (24.1)	14 (35)		42 (25.1)	14 (29.8)		49 (25.7)	7 (30.4)	
≥71	22 (12.6)	7 (17.5)		21 (12.6)	8 (17)		27 (14.1)	2 (8.7)	
H+I score			0.087			0.048			0.356
≤50	52 (29.9)	9 (22.5)		50 (29.9)	11 (23.4)		56 (29.3)	5 (21.7)	
51 - 60	69 (39.7)	11 (27.5)		67 (40.1)	13 (27.7)		70 (36.6)	10 (43.5)	
61 - 70	40 (23)	17 (42.5)		37 (22.2)	20 (42.6)		49 (25.7)	8 (34.8)	
≥71	13 (7.5)	3 (7.5)		13 (7.8)	3 (6.4)		16 (8.4)	0 (0)	
การกลั่นแกล้งในชีวิตจริง									
เคยถูกกลั่นแกล้งในโรงเรียน			<0.001			0.001			0.102
ไม่เคย	106 (60.9)	12 (30)		102 (61.1)	16 (34)		109 (57.1)	9 (39.1)	
เคย	68 (39.1)	28 (70)		65 (38.9)	31 (66)		82 (42.9)	14 (60.9)	
เคยถูกกลั่นแกล้งนอกโรงเรียน			<0.001			<0.001			0.055
ไม่เคย	152 (87.4)	16 (40)		145 (86.8)	23 (48.9)		154 (80.6)	14 (60.9)	
เคย	22 (12.6)	24 (60)		22 (13.2)	24(51.1)		37 (19.4)	9 (39.1)	
เป็นผู้กลั่นแกล้งคนอื่นในโรงเรียน			<0.001			<0.001			<0.001
ไม่เคย	131 (75.3)	9 (22.5)		120 (71.9)	20 (42.6)		135 (70.7)	5 (21.7)	
เคย	43 (24.7)	31 (77.5)		47 (28.1)	27 (57.4)		56 (29.3)	18 (78.3)	
เป็นผู้กลั่นแกล้งคนอื่นนอกโรงเรียน			<0.001			<0.001			<0.001
ไม่เคย	160 (92)	26 (65)		154 (92.2)	32 (68.1)		173 (90.6)	13 (56.5)	
เคย	14 (8)	14 (35)		13 (7.8)	15 (31.9)		18 (9.4)	10 (43.5)	

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (univariable analysis) (ต่อ)

ปัจจัย	ผู้กลั่นแกล้ง			ผู้ถูกกลั่นแกล้ง			ผู้แชร์		
	ไม่มีประสบการณ์	มีประสบการณ์	P-value	ไม่มีประสบการณ์	มีประสบการณ์	P-value	ไม่มีประสบการณ์	มีประสบการณ์	P-value
	(n=174) n (%)	(n=40) n (%)		(n=167) n (%)	(n=47) n (%)		(n=191) n (%)	(n=23) n (%)	
สภาพแวดล้อมภายในโรงเรียน			1.000			0.887			0.729
รู้สึกปลอดภัยเมื่ออยู่ที่โรงเรียน									
ไม่	20 (11.5)	4 (10)		19 (11.4)	5 (10.6)		21 (11)	3 (13)	
ใช่	154 (88.5)	36 (90)		148 (88.6)	42 (89.4)		170 (89)	20 (87)	
รู้สึกมีความสุขสนุกสนานเมื่ออยู่ที่โรงเรียน			0.761			0.771			0.701
ไม่	15 (8.6)	4 (10)		16 (9.6)	3 (6.4)		18 (9.4)	1 (4.3)	
ใช่	159 (91.4)	36 (90)		151 (90.4)	44 (93.6)		173 (90.6)	22 (95.7)	
คุณครูเอาใจใส่คุณ			1.000			0.738			0.636
ไม่	11 (6.3)	2 (5)		11 (6.6)	2 (4.3)		11 (5.8)	2 (8.7)	
ใช่	163 (93.7)	38 (95)		156 (93.4)	45 (95.7)		180 (94.2)	21 (91.3)	
คุณได้รับความช่วยเหลือด้านการเรียน			1.000			1.000			1.000
ไม่	15 (8.6)	3 (7.5)							
ใช่	159 (91.4)	37 (92.5)		14 (8.4)	4 (8.5)		16 (8.4)	2 (8.7)	
พ่อแม่/ผู้ปกครอง ให้ความช่วยเหลือคุณ									
เมื่อเวลาที่คุณต้องการ			1.000			1.000			1.000
ไม่	12 (6.9)	3 (7.5)		12 (7.2)	3 (6.4)		14 (7.3)	1 (4.3)	
ใช่	162 (93.1)	37 (92.5)		153 (91.6)	43 (91.5)		175 (91.6)	21 (91.3)	
คุณครู/ผู้ใหญ่ พยายามหยุดหรือห้ามการกลั่นแกล้ง			0.025			0.251			0.773
ไม่	26 (14.9)	12 (30)		27 (16.2)	11 (23.4)		35 (18.3)	3 (13)	
ใช่	148 (85.1)	28 (70)		140 (83.8)	36 (76.6)		156 (81.7)	20 (87)	
นักเรียนพยายามหยุดการกลั่นแกล้ง			0.348			0.787			0.274
ไม่	36 (20.7)	11 (27.5)		36 (21.6)	11 (23.4)		44 (23)	3 (13)	
ใช่	138 (79.3)	29 (72.5)		131 (78.4)	36 (76.6)		147 (77)	20 (87)	

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล เมื่อคำนวณด้วยวิธี Multivariable logistic regression

ปัจจัย	B (S.E.)	OR (95%CI)	P-value
ผู้กลั่นแกล้ง			
เวลาที่ใช้นี้ออนไลน์ทุกชนิด	0.148 (0.064)	(1.02 - 1.32)	0.022
การกลั่นแกล้งในชีวิตจริง			
เคยถูกกลั่นแกล้งในโรงเรียน	-0.239 (0.513)	0.79 (0.29 - 2.15)	0.641
เคยถูกกลั่นแกล้งนอกโรงเรียน	2.046 (0.531)	7.74 (2.74 - 21.90)	<0.001
เป็นผู้กลั่นแกล้งคนอื่นในโรงเรียน	2.033 (0.515)	7.64 (2.78 - 20.97)	<0.001
เป็นผู้กลั่นแกล้งคนอื่นนอกโรงเรียน	0.002 (0.611)	1.00 (0.30 - 3.32)	0.997
สภาพแวดล้อมภายในโรงเรียน			
ไม่มีคุณครู/ผู้ใหญ่ พยายามหยุดหรือห้ามการกลั่นแกล้ง	-1.021 (0.53)	0.36 (0.13 - 1.02)	0.054
ผู้ถูกกลั่นแกล้ง			
เวลาที่ใช้นี้ออนไลน์ทุกชนิด	0.065 (0.055)	1.07 (0.96-1.19)	0.240
คะแนน THASS: T-score H+I			
≤50	Reference	Reference	Reference
51 - 60	-0.336 (0.501)	0.72 (0.27 - 1.91)	0.503
61 - 70	0.66 (0.488)	1.93 (0.74 - 5.03)	0.176
≥71	-0.597 (0.803)	0.55 (0.11 - 2.66)	0.457
การกลั่นแกล้งในชีวิตจริง			
เคยถูกกลั่นแกล้งในโรงเรียน	0.218 (0.434)	1.24 (0.53 - 2.91)	0.615
เคยถูกกลั่นแกล้งนอกโรงเรียน	1.416 (0.459)	4.12 (1.68 - 10.14)	0.002
เป็นผู้กลั่นแกล้งคนอื่นในโรงเรียน	0.476 (0.434)	1.61 (0.69 - 3.76)	0.273
เป็นผู้กลั่นแกล้งคนอื่นนอกโรงเรียน	0.774 (0.548)	2.17 (0.74 - 6.35)	0.158
ผู้แชร์			
การศึกษา			
ประถมศึกษา	Reference	Reference	Reference
มัธยมศึกษาตอนต้น	-0.463 (0.805)	0.63 (0.13 - 3.05)	0.565
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	-0.010 (0.842)	0.99 (0.19 - 5.16)	0.991
มหาวิทยาลัย/ปวส.	1.355 (1.078)	3.88 (0.47 - 32.11)	0.209
เวลาที่ใช้นี้ออนไลน์ทุกชนิด	0.096 (0.078)	1.10 (0.95 - 1.28)	0.216
ขนาดยา Methylphenidate	-0.023 (0.016)	0.98 (0.95 - 1.01)	0.158
การกลั่นแกล้งในชีวิตจริง			
เป็นผู้กลั่นแกล้งคนอื่นในโรงเรียน	1.676 (0.582)	5.34 (1.71 - 16.73)	0.004
เป็นผู้กลั่นแกล้งคนอื่นนอกโรงเรียน	1.236 (0.566)	3.44 (1.14 - 10.44)	0.029

บนโลกโซเชียลของประเทศไทย ในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา และอาชีวศึกษาในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 52.4 เคยมีประสบการณ์ ถูกกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล⁷ พบว่าในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีความชุกน้อยกว่า เนื่องจากกลุ่มประชากรและเครื่องมือที่ใช้วัดแตกต่างกัน โดยงานวิจัยนี้สำรวจในกลุ่มประชากรที่เป็นโรคสมาธิสั้น ที่ได้รับการรักษาส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยา Methylphenidate แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ศึกษาในจำนวนประชากร 2 กลุ่ม ที่ได้ยาและไม่ได้ยาในขนาดใกล้เคียงกัน พบว่าความชุกของการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียลน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม

ผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้นที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา²⁰ ประกอบกับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น การปรับพฤติกรรม สำหรับผู้ปกครอง และการได้รับคำแนะนำเรื่องการลดเวลาหน้าจอ อาจมีส่วนทำให้ผู้ปกครองมีแนวโน้มที่จะช่วยควบคุมการใช้ อินเทอร์เน็ตมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้น ซึ่งการลดเวลา หน้าจอนอกจากจะช่วยลดอาการของโรคสมาธิสั้นยังช่วยส่งเสริม ทักษะการรับมือทางสังคม (social coping skill)²⁵ ลดความหุนหัน พลังงานปัจจัยดังกล่าวข้างต้นจึงอาจส่งผลให้ความชุกในงานวิจัย น้อยลง

ผลการศึกษาวิจัยที่สัมพันธ์กับการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียลมีเดียพบว่า เวลาที่ใช้ในสื่อออนไลน์มีความสัมพันธ์กับการเป็นผู้กลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล โดยเวลาที่ใช้อินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์กับการติดอินเทอร์เน็ต มีการศึกษาก่อนหน้าถึงปัจจัยที่ทำนายการใช้อินเทอร์เน็ตที่มีปัญหา (problematic internet use) พบว่าระดับของความรุนแรงของความสัมพันธ์กับเวลาที่ใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นเนื่องจากไม่สามารถที่จะหยุดตนเองได้²⁶ สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่า ความรุนแรงของการติดอินเทอร์เน็ตสัมพันธ์กับความเสี่ยงของการเป็นผู้กลั่นแกล้ง⁶ โดยในการศึกษาดังกล่าวยังพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับการถูกกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ที่ไม่พบความสัมพันธ์ของอายุและการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล

การศึกษานี้ยังพบว่าการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียลทั้งในและนอกโรงเรียนสัมพันธ์กับการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล เมื่อเกิดการกลั่นแกล้งในชีวิตจริงมากขึ้นก็อาจลุกลามไปสู่การกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียลได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยก่อนหน้านี้พบว่า ความรุนแรงของการถูกการกลั่นแกล้งในชีวิตจริงสัมพันธ์กับการถูกกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล⁶ และมีการศึกษาเปรียบเทียบความชุกระหว่างการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียลและการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ถูกกลั่นแกล้งในชีวิตจริงมีประสบการณ์การถูกกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล ในขณะที่ 2 ใน 3 ของผู้ถูกกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียลมีประสบการณ์ในการถูกกลั่นแกล้งในชีวิตจริง²³

ในการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยเรื่องเพศไม่สัมพันธ์กับการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล เนื่องจากกลุ่มประชากรที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีความชุกของเพศหญิงน้อยกว่าเพศชาย¹⁵ จึงอาจทำให้มีขนาดตัวอย่างเพศหญิงไม่เพียงพอที่จะพบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาวิจัยก่อนหน้านี้ทำในกลุ่มประชากรทั่วไป โดยพบว่าเพศชายสัมพันธ์กับประสบการณ์การกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียลทั้งการเป็นผู้แกล้งและผู้ถูกกลั่นแกล้ง โดยในการศึกษาดังกล่าวยังพบว่ารายได้เฉลี่ยครอบครัวต่ำเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นผู้กลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล³

นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังสำรวจสภาพแวดล้อมภายในโรงเรียน ได้แก่ ความรู้สึกปลอดภัยเมื่ออยู่ที่โรงเรียน ความรู้สึกสนุกสนานเมื่ออยู่ที่โรงเรียน คุณครูเอาใจใส่ ได้รับการช่วยเหลือด้านการเรียน พ่อแม่/ผู้ปกครองให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการคุณครู ผู้ใหญ่ หรือนักเรียนพยายามหยุดการกลั่นแกล้ง ผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมภายในโรงเรียนกับ

การกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล อาจเนื่องจากการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียลเกิดขึ้นได้ทุกที่ ทุกเวลา ถึงแม้สภาพแวดล้อมในโรงเรียนจะปลอดภัย สนุกสนาน และได้รับความช่วยเหลือ ก็ยังสามารถเกิดการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียลได้อยู่ดี

จุดเด่นของงานวิจัยนี้คือ เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่เป็นโรคที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล และยังไม่เคยมีการศึกษากลุ่มประชากรนี้ในประเทศไทยมาก่อน ผู้เข้าร่วมวิจัยครอบคลุมทั้งในกลุ่มผู้กลั่นแกล้ง ผู้ถูกกลั่นแกล้ง และกลุ่มที่แชร์ ทำให้สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียลมาให้ความรู้ คำแนะนำ ในการแก้ปัญหาการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียลได้เพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้น

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้คือ การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (cross-sectional study) ทำให้ไม่สามารถบอกความสัมพันธ์หรือผลได้อย่างชัดเจน ศึกษาในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ซึ่งไม่สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรทั้งหมดได้ กลุ่มประชากรตัวอย่างที่ได้มีโรคร่วมที่พบบ่อยเป็นโรคบกพร่องทางการเรียนรู้ โดยไม่ได้มีการจำแนกประเภทว่าเป็นด้านการอ่าน การสะกดคำ หรือการคำนวณ ซึ่งถึงแม้จะผ่านการเรียนเสริมจากครูการศึกษาพิเศษในทักษะที่บกพร่องแล้ว ก็อาจยังมีอุปสรรคต่อการอ่านเขียนทำให้ความชุกที่ได้ต่ำกว่าความเป็นจริง การเก็บข้อมูลในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกลดน้อยลง ถึงแม้จะเก็บข้อมูลโดยการเชิญชวนทางโทรศัพท์เพิ่มเติมแต่ก็มีผู้ปกครองและผู้ป่วยบางส่วนไม่รับโทรศัพท์และปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย เนื่องจากเป็นช่วงเวลาเดียวกับที่มีปัญหาจราจรทางโทรศัพท์ที่เพิ่มมากขึ้น นอกจากนั้นแล้วผู้ปกครองบางส่วนมีข้อจำกัดในการทำแบบสอบถามออนไลน์ เช่น ไม่มีสมาร์ตโฟน ใช้ application Line ไม่เป็น จึงทำให้จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยไม่เป็นไปตามที่คำนวณไว้ในตอนต้น ข้อเสนอแนะหากมีการศึกษาต่อไปควรทำการศึกษาระยะยาว (longitudinal study) เพื่อติดตามก่อนและหลังผู้ป่วยได้รับการรักษา เพิ่มขนาดกลุ่มประชากรในหลากหลายพื้นที่ และแยกโรคบกพร่องทางการเรียนรู้ในด้านด้านการอ่านและการสะกดคำออก

สรุป

ความชุกของการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียลในผู้ป่วยสมาธิสั้น ร้อยละ 32.7 เป็นผู้กลั่นแกล้ง ร้อยละ 18.7 ผู้ถูกกลั่นแกล้ง

ร้อยละ 22 เป็นผู้แชร์ ร้อยละ 3.7 ปัจจัยที่สัมพันธ์ได้แก่ เวลาที่ใช้ในสื่อออนไลน์และการกลั่นแกล้งในชีวิตจริง จึงควรเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่มีปัจจัยดังกล่าว เพื่อช่วยป้องกันแก้ไขและลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผศ.นพ.สมบุญ หนัสนุช ที่ช่วยให้คำปรึกษาตลอดการทำวิจัย ศ.นพ.ชาญวิทย์ พรนภดล ที่อนุญาตให้ใช้แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น (Thai ADHD Screening Scales: THASS) ฉบับผู้ปกครอง และแบบสอบถามเรื่องการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ฉบับแปล นางชุดิมา แจ้งจิตร และเจ้าหน้าที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นทุกท่าน ที่ช่วยประสานงานเพื่อให้เกิดความสะดวกในการเก็บข้อมูล นางสาวนราทิพย์ สงวนพานิช นักสถิติประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่ให้คำปรึกษาด้านสถิติ ขอขอบคุณผู้ป่วยและผู้ปกครองทุกท่านที่เสียสละเวลาให้ความร่วมมือในการวิจัย งานวิจัยนี้ได้รับทุนพัฒนางานวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ประจำปีงบประมาณ 2564

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

คณะผู้วิจัยไม่มีความขัดแย้งหรือผลประโยชน์ขัดกันที่อาจเกิดเกี่ยวกับงานวิจัยนี้

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

อารดา ธรรมบัณฑิตสาขาสุข: ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ; ชาญวิทย์ พรนภดล: ออกแบบการศึกษา; สมบุญ หนัสนุช: ออกแบบการศึกษา ตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. National Statistical Office. Information and communication technology survey in household 2023: Ministry of Digital Economy and Society; 2024.
2. Chaiyaphan M. Educational administration on the path of new normal. HSSS 2021; 4(1), 6-15
3. Boonleang T. Effects of the COVID situation on Thai education management: alternative education is the main way and the way to survive education in the future. Edupsu 2022; 33(3): 15-29.
4. Kowalski RM, Giumetti GW, Schroeder AN, Lattanner MR. Bullying in the digital age: a critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth. Psychol Bull 2014; 140: 1073-137.
5. Patchin JW, Hinduja S. Bullies move beyond the schoolyard a preliminary look at cyberbullying. Youth Violence Juv Justice 2006; 4: 148-69.
6. Yen CF, Chou WJ, Liu TL, Ko CH, Yang P, Hu HF. Cyberbullying among male adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: prevalence, correlates, and association with poor mental health status. Res Dev Disabil 2014; 35(12): 3543-53.
7. Songsiri N, Musikaphan W. Cyber-bullying among secondary and vocational students in Bangkok. J Popul Soc Stud 2011; 19(2): 235-42.
8. Lanak A, Kiatrungrit K, Hongsanguansri S, Musikaphan W. Association between parental, peer, and teacher attachment, and cyberbullying. J Psychiatr Assoc Thailand 2020; 65(3): 245-62.
9. Patchin JW, Hinduja S. Cyberbullying and self-esteem. J Sch Health 2010; 80(12): 614-21.
10. Arslan S, Savaser S, Hallett V, Balci S. Cyberbullying among primary school students in Turkey: self-reported prevalence and associations with home and school life. Cyberpsychol Behav Soc Netw 2012; 15(10): 527-33.
11. Didden R, Scholte RHJ, Korzilius H, De Moor JMH, Vermeulen A, O'Reilly M, et al. Cyberbullying among students with intellectual and developmental disability in special education settings. Dev Neurorehabil 2009; 12(3): 146-51.
12. Kowalski RM, Fedina C. Cyber bullying in ADHD and Asperger syndrome populations. Res Autism Spectr Disord 2011; 5: 1201-8.
13. Abdelrazek MM, Eltantawy MM. Cyberbullying among normal and attention deficit hyperactivity disorder university students (a psychometric-clinical study). World J Educ 2020; 10(2): 50-8.
14. Visanuyothin T, Pavasuthipaisit C, Wachiradilok P, Arunruang P, Buranasuksakul T. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. J Ment Health Thai 2013; 21: 66-75.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
16. Patros CH, Alderson RM, Kasper LJ, Tarle SJ, Lea SE, Hudec KL. Choice-impulsivity in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a meta-analytic review. Clin Psychol Rev 2016; 43: 162-74.
17. Sibley MH, Evans SW, Serpell ZN. Social cognition and interpersonal impairment in young adolescents with ADHD. J Psychopathol Behav Assess. 2010; 32 (2): 193-202.
18. Heiman T, Olenik-Shemesh D, Eden S. Cyberbullying involvement among students with ADHD: relation to loneliness, self-efficacy and social support. Eur J Spec Needs Educ 2015; 30(1): 15-29.
19. Dawson AE, Wymbs BT, Evans SW, DuPaul GJ. Exploring how adolescents with ADHD use and interact with technology. J Adolesc 2019; 71(1): 119-37.
20. Tural Hesapcioglu S, Kandemir G. Association of methylphenidate use and traditional and cyberbullying in adolescents with ADHD. Pediatr Int 2020; 62: 725-35.
21. Pornnoppadol C, Piyasilp V, Jittorn J, Chanpen S. Manual of screening scales for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in Thai children and adolescents age of 3-18 years-Thai ADHD screening scales. Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; 2013.



22. Hinduja S, Patchin JW. Bullying beyond the schoolyard: preventing and responding to cyberbullying. Thousand Oaks: Corwin Press; 2009.
23. Eyuboglu M, Eyuboglu D, Pala SC, Oktar D, Demirtas Z, Arslantas D, et al. Traditional school bullying and cyberbullying: prevalence, the effect on mental health problems and self-harm behavior. *Psychiatry Res* 2021; 297: 113730.
24. Delgado B, Martinez-Monteagudo MC, Ruiz-Esteban C, Rubio E. Latent class analysis of school refusal behavior and its relationship with cyberbullying during adolescence. *Front Psychol* 2019; 10: 1916.
25. Lissak G. Adverse physiological and psychological effects of screen time on children and adolescents: literature review and case study. *Environ Res* 2018; 164: 149-57.
26. Mottram AJ, Fleming MJ. Extraversion, impulsivity, and online group membership as predictors of problematic internet use. *Cyberpsychol Behav* 2009; 12(3): 319-21.

ผลของการฝึกปฏิบัติวิชาจิตเวชศาสตร์ชั้นคลินิกต่อทัศนคติของนักศึกษาแพทย์เกี่ยวกับวิชาจิตเวชศาสตร์และผู้ป่วยจิตเวช

กัณตพล ยอดมงคล*, ดิเรก เลิศหัตถศิลป์*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการฝึกปฏิบัติวิชาจิตเวชศาสตร์ชั้นคลินิกต่อทัศนคติของนักศึกษาแพทย์เกี่ยวกับวิชาจิตเวชศาสตร์และผู้ป่วยจิตเวช และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

วิธีการศึกษา Prospective Cohort Study ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทัศนคติของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 เกี่ยวกับวิชาจิตเวชศาสตร์และผู้ป่วยจิตเวช และปัจจัยที่เกี่ยวข้องก่อนและหลังเข้ารับการฝึกปฏิบัติวิชาจิตเวชศาสตร์คลินิกเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วยประเมินมุมมองของแพทย์ต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ฉบับนักศึกษาแพทย์ (Mental illness: Clinicians' attitudes scale (Medical student version)) หรือ MICA-2 ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลคะแนนทัศนคติที่เปลี่ยนแปลงไประหว่างก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติด้วยสถิติ Dependent t-test และหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน MICA-2 ฉบับภาษาไทยที่เปลี่ยนแปลงไปกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้สถิติ Multivariable Linear Regression Analysis

ผลการศึกษา มีนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 เข้าร่วมงานวิจัยทั้งสิ้น 116 คน (คิดเป็นร้อยละ 61 ของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 ทั้งหมด) ค่าเฉลี่ยผลคะแนนแบบประเมินมุมมองของแพทย์ต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ฉบับนักศึกษาแพทย์ (MICA-2 ฉบับภาษาไทย) ก่อนและหลังเข้ารับการฝึกปฏิบัติวิชาจิตเวชศาสตร์คลินิกเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ เท่ากับ 44.59 และ 40.73 ตามลำดับ คะแนนลดลง 4.77 คะแนน ($p < 0.001$) ซึ่งหมายถึงนักศึกษาแพทย์มีมุมมองที่ดีขึ้น แต่ในการศึกษานี้ยังไม่พบปัจจัยที่ส่งผลต่อทัศนคติของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป การฝึกปฏิบัติวิชาจิตเวชศาสตร์ชั้นคลินิกเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับทัศนคติของนักศึกษาแพทย์ต่อวิชาจิตเวชศาสตร์และผู้ป่วยจิตเวชที่ดีขึ้น แต่การศึกษานี้ไม่พบปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของนักศึกษาแพทย์ชัดเจน

คำสำคัญ ฝึกปฏิบัติวิชาจิตเวชศาสตร์ ชั้นคลินิก ทัศนคติ นักศึกษาแพทย์ วิชาจิตเวชศาสตร์ ผู้ป่วยจิตเวช

Corresponding author: กัณตพล ยอดมงคล

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

E-mail: kantaphonmedu@gmail.com

วันรับ : 5 กุมภาพันธ์ 2567 วันแก้ไข : 30 สิงหาคม 2567 วันตอบรับ : 16 ตุลาคม 2567

The Impact of a Clinical Psychiatric Clerkship on Medical Students' Attitude Toward Psychiatry and Psychiatric Patients

Kantaphon Yodmongkol*, Tiraya Lerthattasilp*

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Thammasat University

ABSTRACT

Objective: To study the impact of a clinical psychiatric clerkship on medical students' attitude toward psychiatry and psychiatric patients, as well as the related factors.

Methods: A prospective cohort study where researchers collected data on the attitudes of fourth-year medical students towards psychiatry and psychiatric patients, along with related factors, both before and after their participation in clinical training in psychiatric clerkship for a period of 2 weeks at Thammasat University Hospital. This study employed an online questionnaire, comprising information during the psychiatric clinical training and the Thai version of Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale-Medical Student version (MICA-2). The analysis involved examining the change in attitude scores through Dependent t-test statistics, and exploring the relationship between the altered MICA-2 scores and pertinent factors using Multivariable Linear Regression Analysis.

Results: A total of 116 fourth-year medical students participated in the research (equivalent to 61% of all fourth-year medical students). The average scores of MICA-2 Thai version, before and after participating in clinical training in psychiatric medicine for a 2-week period, were 44.59 and 40.73, respectively. This indicates a decrease of 4.77 points ($p < 0.001$), signifying an improvement in the medical students' perspectives. However, this study did not find statistically significant factors influencing the students' attitudes.

Conclusion: The two-week clinical psychiatric clerkship has positively influenced medical students' attitude toward psychiatry and psychiatric patients. However, this study did not find clear factors that influence a significant change in the attitudes of medical students.

Keywords: psychiatric clerkship, clinical, attitude, medical students, psychiatry, psychiatric patients

Corresponding author: Kantaphon Yodmongkol

E-mail: kantaphonmedtu@gmail.com

Received 30 July 2024 Revised 30 August 2024 Accepted 16 October 2024

บทนำ

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาสังเคราะห์ในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น¹ ในขณะที่จำนวนจิตแพทย์ยังคงมีไม่เพียงพอกับความต้องการ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางในสาขาอื่นๆ จึงยังคงมีบทบาทสำคัญในการดูแลปัญหาด้านจิตเวชของผู้ป่วยเบื้องต้น จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวทางจิตเวชมักจะได้รับการมองข้ามปัญหาความเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งนำไปสู่การได้รับการดูแลรักษาที่ล่าช้าและไม่เหมาะสม² ซึ่งอาจมีผลต่อการดูแลรักษาที่ต่างไปจากผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัวทางจิตเวช เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวทางจิตเวชร่วมกับโรคหัวใจขาดเลือดมีโอกาสได้รับการเปิดหลอดเลือดที่อุดตันน้อยกว่า³ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวทางจิตเวชร่วมกับโรคเบาหวานมักได้รับการเข้าพักรักษาภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานในโรงพยาบาลน้อยกว่า⁴ เป็นต้น นอกเหนือจากการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชโดยตรงแล้ว ทักษะของแพทย์ต่อวิชาจิตเวชศาสตร์และผู้ป่วยจิตเวทยังอาจส่งผลกระทบต่อความรู้ข้อมูลด้านสุขภาพจิตของคนในสังคม การมีส่วนร่วมของจิตแพทย์ในการกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพจิต รวมถึงการจัดสรรงบประมาณด้านการบริการสุขภาพจิต⁵

จากความสำคัญของทัศนคติต่อวิชาจิตเวชศาสตร์และผู้ป่วยจิตเวชของแพทย์ข้างต้น ได้มีความพยายามที่จะปรับปรุงทัศนคติให้ดีขึ้น โดยพบว่าทัศนคติดังกล่าวของแพทย์จะมีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดขณะเป็นนักศึกษาแพทย์^{6,7} โดยมีความสัมพันธ์กับเชื้อชาติ⁸⁻¹³ ประวัติโรคจิตเวชของตนเองหรือคนใกล้ชิด^{8,10,13-15} หลายการศึกษาพบว่าการนักศึกษาแพทย์ที่ได้รับการฝึกปฏิบัติจิตเวชศาสตร์ชั้นคลินิกมีทัศนคติต่อวิชาจิตเวชศาสตร์และผู้ป่วยจิตเวชที่ดีขึ้น^{8,10,12,16,17} ขณะที่บางการศึกษาพบว่าไม่เปลี่ยนแปลง^{9,18} การศึกษาของ Lisa Lampe และคณะ ทำการสัมภาษณ์นักศึกษาแพทย์พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้นักศึกษาแพทย์มีทัศนคติที่ดีขึ้นต่อจิตเวชศาสตร์คือ การที่จิตเวชศาสตร์มีหลักฐานเชิงประจักษ์มีความซับซ้อนและเป็นองค์รวม มีมุมมองที่ดีต่อการประกอบอาชีพจิตแพทย์ อาจารย์และแพทย์ประจำบ้านมีความกระตือรือร้นในการสอนและมีบรรยากาศที่ดี รวมทั้งการได้เห็นผู้ป่วยอาการดีขึ้น และสนุกที่ได้ทำงานกับผู้คนหรือได้พูดคุยกับผู้คนจากการสัมภาษณ์ยังพบสิ่งที่ทำให้มีทัศนคติที่แยกลงดังนี้มีประสบการณ์ที่ไม่ดีขณะฝึกปฏิบัติ เช่น มีการเรียนการสอนน้อยหรือไม่ดี อาจารย์ไม่ต้อนรับนักศึกษา มองว่าการเป็นจิตแพทย์ไม่มีความสุข และไม่ชอบลักษณะการทำงานของจิตแพทย์ เช่น เหนื่อยเกินไป ทำหยาบมากเกินไป¹⁹ การศึกษาของ Monica

McParland และคณะ ยังพบอีกว่าการที่นักศึกษาได้รับการส่งเสริมหรือสนับสนุนจากบุคลากรท่านอื่น เช่น พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล นักจิตวิทยา เป็นต้น ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ทัศนคติที่ดีขึ้น¹¹

เนื่องจากการศึกษาผลของการฝึกปฏิบัติวิชาจิตเวชศาสตร์ชั้นคลินิกต่อทัศนคติของนักศึกษาแพทย์เกี่ยวกับวิชาจิตเวชศาสตร์ และผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทยยังมีจำกัด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการฝึกปฏิบัติวิชาจิตเวชศาสตร์ชั้นคลินิกต่อทัศนคติของนักศึกษาแพทย์ไทยเกี่ยวกับวิชาจิตเวชศาสตร์และผู้ป่วยจิตเวชและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการปรับปรุงการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาบัณฑิตแพทย์ให้มีทัศนคติเกี่ยวกับวิชาจิตเวชศาสตร์และผู้ป่วยจิตเวชที่ดีขึ้น และสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ดีขึ้นสืบไป

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 ของคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่ฝึกปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ปีการศึกษา 2565 และ 2566 จำนวนทั้งหมด 190 คน โดยเกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย/ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (inclusion criteria) คือ เป็นนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 ที่ได้ฝึกปฏิบัติวิชาจิตเวชศาสตร์คลินิก ไม่น้อยกว่า 80% ของเวลาปฏิบัติงานที่กำหนดไว้

การเก็บข้อมูล

ผู้ร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามออนไลน์ด้วยความสมัครใจทั้งหมด 2 ครั้ง ภายในวันแรกของการฝึกปฏิบัติ และหลังการฝึกปฏิบัติวิชาจิตเวชศาสตร์คลินิกไม่เกิน 3 วัน (ฝึกปฏิบัติงานเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์) ปกปิดตัวตนของผู้ตอบโดยใช้เป็นรหัสผู้ตอบแบบสอบถาม ระยะเวลาเก็บข้อมูลอยู่ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2565 - 11 ธันวาคม พ.ศ. 2566 (การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาแพทยศาสตร์ รหัส MTU-EC-PS-1-107/65)

แบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูลก่อนเข้ารับการฝึกปฏิบัติวิชาจิตเวชศาสตร์คลินิก ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (ภาคภาษาไทยหรืออังกฤษ) ปัญหาด้านสุขภาพจิต (มีหรือเคยมีโรคทางจิตเวช หรือคนใกล้ชิดมีหรือเคยมีโรคทางจิตเวช)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินมุมมองของแพทย์ต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ฉบับนักศึกษาแพทย์ (Mental illness: Clinicians' attitudes scale (Medical student version)) หรือ MICA-2 ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย คำถามจำนวน 16 คำถาม โดยใช้มาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert rating scale) ตั้งแต่ 1 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 6 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) จากนั้นคิดคะแนนโดยนำคะแนนของทุกข้อคำถามมาบวกกันโดยคะแนนรวมต่ำที่สุดที่เป็นไปได้คือ 16 คะแนน คะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้ คือ 96 คะแนน ไม่มีเกณฑ์จุดตัดคะแนนในการแปลผล แปลผลโดยคะแนนรวมมีค่าต่ำ บ่งบอกถึงแนวโน้มทัศนคติที่เป็นเชิงบวกต่อวิชาจิตเวชศาสตร์และผู้ป่วยจิตเวช และคะแนนรวมยิ่งมีค่าสูง บ่งบอกถึงแนวโน้มทัศนคติที่เป็นเชิงลบต่อวิชาจิตเวชศาสตร์และผู้ป่วยจิตเวช โดยแบบประเมินฉบับภาษาอังกฤษมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.79 และการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) เท่ากับ 0.80 (95% CI: 0.68 - 0.91)²⁰ ส่วนแบบประเมินฉบับภาษาไทย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช รวมทุกข้อคำถามเท่ากับ 0.614²¹

แบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูลหลังเข้ารับฝึกปฏิบัติวิชาจิตเวชศาสตร์คลินิก ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลขณะฝึกปฏิบัติจิตเวชศาสตร์ชั้นคลินิก ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติของนักศึกษาแพทย์ต่อวิชาจิตเวชศาสตร์และผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 คำถาม โดยข้อคำถาม 1 - 6 ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีน้อย มีปานกลาง มีมาก มีมากที่สุด ส่วนข้อคำถาม 7 - 10 เป็นตัวเลือกให้ผู้ตอบเลือกตอบ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามนี้ไปให้อาจารย์จิตแพทย์จำนวน 4 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามด้วยการประเมินค่า The index of item-objective congruence (IOC) โดยมีค่า IOC ทั้งฉบับเท่ากับ 0.80

ส่วนที่ 2 แบบประเมินมุมมองของแพทย์ต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ฉบับนักศึกษาแพทย์ (MICA-2 ฉบับภาษาไทย) เช่นเดียวกับส่วนที่ 2 ของแบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูลก่อนเข้ารับการฝึกปฏิบัติงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติ STATA version 17 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดยวิเคราะห์เฉพาะข้อมูลของนักศึกษาที่ตอบข้อมูลครบ

ทั้ง 2 ครั้ง สำหรับข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาแพทย์ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน MICA-2 ฉบับภาษาไทยที่เปลี่ยนไประหว่างก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติจิตเวชศาสตร์ชั้นคลินิกด้วยสถิติ Dependent t-test และหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน MICA-2 ฉบับภาษาไทยที่เปลี่ยนแปลงไปกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้สถิติ Multivariable Linear Regression Analysis กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 ที่ตอบแบบสอบถาม ก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติวิชาจิตเวชศาสตร์คลินิกครบทั้ง 2 ครั้ง จำนวน 116 คน จากทั้งหมด 190 คน คิดเป็นร้อยละ 61 อายุเฉลี่ย 21.61 ปี (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย) (N=116)	ร้อยละ
อายุ (ปี) : Mean (SD)	21.61 (1.13)	
Min, Max = 20, 28		
เพศ		
ชาย	41	35.34
หญิง	75	64.66
หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต		
ภาคภาษาไทย	90	77.59
ภาคภาษาอังกฤษ	26	22.41
ปัญหาด้านสุขภาพจิตของตนเอง		
มีหรือเคยมีโรคทางจิตเวช	17	14.66
ไม่เคยมีโรคทางจิตเวช	99	85.34
ปัญหาด้านสุขภาพจิตของบุคคลใกล้ชิด		
คนใกล้ชิดมีหรือเคยมีโรคทางจิตเวช	63	54.31
คนใกล้ชิดไม่เคยมีโรคทางจิตเวช	53	45.69

ข้อมูลขณะฝึกปฏิบัติจิตเวชศาสตร์ชั้นคลินิกที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ในข้อแบบสอบถาม 1 - 6 ซึ่งใช้มาตรวัดของลิเคิร์ท จากคะแนน 1 - 5 คะแนน โดยมากที่สุดเป็น 5 คะแนน พบว่านักศึกษาแพทย์คิดว่าได้รับการได้รับการส่งเสริม/สนับสนุน (encouragement)

จากอาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์เป็นคะแนนเฉลี่ย 4.54 คะแนน คิดว่าได้รับการส่งเสริม/สนับสนุนจากแพทย์ประจำบ้านเฉลี่ย 4.67 คะแนน ได้รับการส่งเสริม/สนับสนุน จากบุคลากรท่านอื่นเฉลี่ย 3.94 คะแนน ได้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยในโดยตรงเฉลี่ย 3.14 คะแนน ได้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยนอกโดยตรงเฉลี่ย 3.34 คะแนน ได้เห็นผู้ป่วยอาการดีขึ้นหลังได้รับการรักษาเฉลี่ย 3.71 คะแนน เห็นว่าวิชาจิตเวชศาสตร์เป็นเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ (evidence-based medicine) เฉลี่ย 4.35 คะแนน

ส่วนในข้อ 7 - 10 ซึ่งให้นักศึกษาเลือกข้อคำตอบ นักศึกษา แพทย์รู้สึกได้รับอิทธิพล (influenced) หรือประทับใจใครมากที่สุด มีผู้ตอบอาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์และแพทย์ประจำบ้าน ในจำนวนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 46.55) โดยประทับใจในเรื่องวิธีการ เข้าถึงคนไข้ในการดูแลรักษา (ร้อยละ 29.5) ทักษะความรู้ความสามารถ (ร้อยละ 22.6) มีความสัมพันธ์อันดีต่อกันในการทำงาน ร่วมกัน (ร้อยละ 16.5) และมุมมองการรักษาคนไข้อย่างเป็น องค์กรรวม (ร้อยละ 15.6) เป็นต้น มีนักศึกษาแพทย์ 10 คน (ร้อยละ 8.62) ที่รู้สึกได้รับอิทธิพลหรือประสบการณ์ที่ไม่ดีขณะฝึกปฏิบัติ วิชาจิตเวชศาสตร์คลินิก โดยมีจำนวน 5 คน (ร้อยละ 4.31) ระบุว่า คนไข้ไม่ไว้วางใจตนเองทำให้ซักประวัติได้ไม่ครบถ้วน มีจำนวน 4 คน (ร้อยละ 3.45) ระบุว่าอาจารย์ใช้คำพูดที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ มีจำนวน 3 คน (ร้อยละ 2.59) ระบุว่าถูกเพื่อนพูดประชดประชัน มีจำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.72) ระบุว่าถูกพยาบาลตำหนิ และมีจำนวน 1 คน ระบุว่าได้รับประสบการณ์ที่ไม่ดีจากแพทย์ประจำบ้าน โดย ไม่ได้อธิบายรายละเอียด (ตารางที่ 2)

โดยกิจกรรมการเรียนการสอนที่นักศึกษาแพทย์คิดว่า ทำให้มุมมองเกี่ยวกับวิชาจิตเวชศาสตร์และผู้ป่วยจิตเวชดีขึ้นมากที่สุด (ตอบได้มากกว่าหนึ่งกิจกรรม) คือ Observation/Teaching OPD 76 คน (ร้อยละ 65.52) การเรียนในห้องเรียนแบบอภิปราย กลุ่ม (whole class topic discussion) 50 คน (ร้อยละ 43.10) Teaching Round 46 คน (ร้อยละ 39.66) Problem Base Learning และ Electroconvulsive Therapy (ECT) กิจกรรมละ 29 คน (ร้อยละ 25.00) Consultation-Liaison Teaching Round และ Emergency Room Round กิจกรรมละ 27 คน (ร้อยละ 23.28) เวรนอกเวลาราชการ 24 คน (ร้อยละ 20.69) Multi-Disciplinary Team Round 20 คน (ร้อยละ 17.24) Ward Work 16 คน (ร้อยละ 13.79) ส่วนกิจกรรมการเรียนการสอนที่นักศึกษาแพทย์คิดว่า ทำให้มุมมองเกี่ยวกับวิชาจิตเวชศาสตร์และผู้ป่วยจิตเวชแย่ลงมากที่สุด (ตอบได้มากกว่าหนึ่งกิจกรรม) คือ Self-Directed Learning

12 คน (ร้อยละ 10.34) Multi-Disciplinary Team Round 7 คน (ร้อยละ 6.03) เวรนอกเวลาราชการ 6 คน (ร้อยละ 5.17) Emergency Room Round , Observation/Teaching OPD และ Consultation-Liaison Teaching Round กิจกรรมละ 4 คน (ร้อยละ 3.45) Ward Work 3 คน (ร้อยละ 2.59) Problem Base Learning และ Whole Class Topic Discussion กิจกรรมละ 2 คน (ร้อยละ 1.72) Teaching Round 1 คน (ร้อยละ 0.86) ซึ่งมีนักศึกษา บางคนระบุว่าต้องการให้ลด Self-Directed Learning แล้วเพิ่ม การสอนหรือดูคนไข้มากขึ้น

ค่าคะแนนเฉลี่ยที่เปลี่ยนแปลงไปของแบบประเมินมุมมองของแพทย์ต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ (MICA-2 ฉบับภาษาไทย) ก่อนและหลังรับการฝึกปฏิบัติวิชาจิตเวชศาสตร์คลินิก (พศ.402) เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนฝึกปฏิบัติวิชาจิตเวชศาสตร์คลินิกเท่ากับ 44.59 (SD 7.24) คะแนน และหลังฝึกปฏิบัติ วิชาจิตเวชศาสตร์คลินิก 40.73 (SD 6.84) คะแนน ตามลำดับ โดยคะแนนลดลง 4.77 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิกที่ $p < 0.001$ ซึ่งคะแนนที่ลดลง หมายถึง นักศึกษาแพทย์มีมุมมองที่ดีขึ้น ต่อความเจ็บป่วยด้านจิตใจ โดยมีข้อคำถามที่คะแนนลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ ข้อที่ 1 ฉันเรียนวิชาจิตเวชศาสตร์ เพราะต้องสอบ และจะไม่อ่านเนื้อหาเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิชานี้ คะแนน ลดลง 0.42 คะแนน ($p = 0.011$) ข้อที่ 8 การเป็นจิตแพทย์นั้น ไม่เหมือนการเป็นแพทย์จริงๆ คะแนนลดลง 0.39 คะแนน ($p = 0.011$) ข้อที่ 13 ถ้าคนที่เจ็บป่วยทางด้านจิตใจไปนั่งเกี่ยวกับ อาการด้านร่างกาย (เช่น เจ็บหน้าอก) ฉันจะมองว่ามันเป็นอาการ ทางจิตของเขาเอง คะแนนลดลง 0.27 คะแนน ($p = 0.043$) และ ข้อที่ 16 หากเพื่อนร่วมงานหรือเพื่อนร่วมชั้นเรียนของฉันบอกฉันว่า เขามีความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ฉันจะยังคงอยากทำงานร่วมกับเขา คะแนนลดลง 0.28 คะแนน ($p = 0.012$) (ตารางที่ 3)

การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multivariable linear regression analysis) หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานและปัจจัยในการฝึกปฏิบัติงาน กับค่าคะแนนของแบบประเมิน MICA-2 ที่เปลี่ยนไป

ไม่พบว่าปัจจัย เพศ อายุ หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้ตอบหรือคนใกล้ชิด การได้รับการ ส่งเสริม/สนับสนุน จากอาจารย์หรือแพทย์ประจำบ้านหรือ

ตารางที่ 2 ข้อมูลขณะฝึกปฏิบัติจิตเวชศาสตร์ชั้นคลินิกที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

หัวข้อ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	หัวข้อ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. ได้รับการส่งเสริม/สนับสนุน (encouragement) จากอาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ (1=ไม่มีเลย ถึง 5=มีมากที่สุด) Mean (SD) : 4.54 (0.64)			3	25	21.55
1 (ไม่มีเลย)	0	0	4	35	30.17
2	0	0	5 (มีมากที่สุด)	36	31.03
3	9	7.76	6. คุณเห็นว่าวิชาจิตเวชศาสตร์เป็นเวชศาสตร์เชิงประจักษ์หรือ Evidence-Based Medicine (EBM) Mean (SD) : 4.35 (0.75)		
4	35	30.17	1 (ไม่มีเลย)	0	0
5 (มีมากที่สุด)	72	62.07	2	2	1.72
2. คุณได้รับการส่งเสริม/สนับสนุน (encouragement) จากแพทย์ประจำบ้าน Mean (SD) : 4.67 (0.51)			3	13	11.21
1 (ไม่มีเลย)	0	0	4	43	37.07
2	0	0	5 (มีมากที่สุด)	58	50.00
3	2	1.72	7.1 คุณรู้สึกได้รับอิทธิพล (influenced) หรือประทับใจใครมากที่สุดขณะฝึกปฏิบัติ โดยมีตัวเลือกเป็น อาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ แพทย์ประจำบ้าน พยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาล เพื่อนนักศึกษาแพทย์ นักจิตวิทยา ผู้ป่วย เป็นต้น		
4	34	29.31	อาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์	54	46.55
5 (มีมากที่สุด)	80	68.97	แพทย์ประจำบ้าน	54	46.55
3. คุณได้รับการส่งเสริม/สนับสนุน (encouragement) จากบุคลากรท่านอื่น เช่น พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล นักจิตวิทยา เป็นต้น Mean (SD) : 3.94 (1.03)			ผู้ป่วย	4	3.46
1 (ไม่มีเลย)	1	0.86	เพื่อนนักศึกษาแพทย์	2	1.72
2	12	10.34	ไม่มี	2	1.72
3	23	19.83	7.2 คุณรู้สึกได้รับอิทธิพล (influenced) หรือประทับใจบุคคลดังกล่าวนในเรื่องใดมากที่สุด โดยมีตัวเลือกเป็น แนวคิดที่น่าสนใจ ทักษะความรู้ความสามารถ วิธีการเข้าถึงคนใช้ในการดูแลรักษา เป็นต้น		
4	37	31.90	วิธีการเข้าถึงคนใช้ในการดูแลรักษา	34	29.57
5 (มีมากที่สุด)	43	37.07	ทักษะความรู้ความสามารถ	26	22.60
4.1 คุณได้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลคนไข้โดยตรง ผู้ป่วยใน Mean (SD) : 3.14 (1.16)			มีความสัมพันธ์อันดีต่อกันในการทำงานร่วมกัน	19	16.52
1 (ไม่มีเลย)	10	8.62	มุมมองการรักษาค้นไขอย่างเป็นองค์รวม	18	15.65
2	23	19.83	ให้ความมั่นใจในความสามารถของนักศึกษาแพทย์	8	6.96
3	41	35.34	แนวคิดที่น่าสนใจ	5	4.35
4	25	21.55	อื่นๆ	5	4.35
5 (มีมากที่สุด)	17	14.66	8. คุณได้รับอิทธิพล (influenced) หรือประทับใจใครมากที่สุด ขณะฝึกปฏิบัติวิชาจิตเวชศาสตร์จากใครหรือไม่ โดยมีตัวเลือกเป็น อาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ แพทย์ประจำบ้าน พยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาล เพื่อนนักศึกษาแพทย์ นักจิตวิทยา ผู้ป่วย เป็นต้น		
4.2 คุณได้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลคนไข้โดยตรง ผู้ป่วยนอก Mean (SD) : 3.34 (1.05)			ผู้ช่วย	5	4.31
1 (ไม่มีเลย)	6	5.17	อาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์	4	3.45
2	16	13.79	เพื่อนนักศึกษาแพทย์	3	2.59
3	44	37.93	พยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาล	2	1.72
4	33	28.45	แพทย์ประจำบ้าน	1	0.86
5 (มีมากที่สุด)	17	14.66	ไม่มี	101	87.07
5. คุณได้เห็นผู้ป่วยอาการดีขึ้นหลังได้รับการรักษา Mean (SD) : 3.71 (1.16)					
1 (ไม่มีเลย)	5	4.32			
2	15	12.93			

ตารางที่ 3 ค่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อของแบบประเมิน MICA-2 ก่อนและหลังรับการฝึกปฏิบัติวิชาจิตเวชศาสตร์คลินิก

ข้อที่	เนื้อหา	คะแนนเฉลี่ย (SD) ก่อนรับการฝึกปฏิบัติ	คะแนนเฉลี่ย (SD) หลังรับการฝึกปฏิบัติ	คะแนนที่เปลี่ยนแปลงไป (P-Value)
1	ฉันเรียนวิชาจิตเวชศาสตร์เพราะต้องสอบ และจะไม่อ่านเนื้อหาเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิชานี้	3.21 (1.37)	2.81 (1.30)	-0.42 (0.011)
2	คนที่มีความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจอย่างรุนแรง ไม่สามารถมีอารมณ์ดีขึ้นได้อย่างเพียงพอที่จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี	2.40 (1.29)	2.21 (1.15)	-0.24 (0.143)
3	วิชาจิตเวชศาสตร์มีความเป็นวิทยาศาสตร์เทียบเท่ากับสาขาอื่นๆ ทางกายภาพ	1.92 (1.08)	1.83 (0.89)	-0.03 (0.774)
4	ถ้าฉันมีความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ฉันจะไม่บอกหรือยอมรับเรื่องนี้กับเพื่อนๆ เลย เพราะฉันกลัวว่าเพื่อนๆ จะปฏิบัติต่อฉันต่างจากคนอื่น	2.86 (1.19)	2.68 (1.16)	-0.15 (0.285)
5	คนที่มีความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจอย่างรุนแรงมักเป็นบุคคลอันตราย	2.65 (1.08)	2.56 (1.03)	-0.12 (0.377)
6	จิตแพทย์รู้เรื่องราวชีวิตของผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ มากกว่าคนในครอบครัวหรือเพื่อนของตัวผู้ป่วยเอง	3.91 (1.26)	3.93 (1.26)	-0.01 (0.947)
7	ถ้าฉันมีความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ฉันจะไม่บอกหรือยอมรับเรื่องนี้กับเพื่อนร่วมงานหรือเพื่อนร่วมชั้นเรียนเลย เพราะฉันกลัวว่าเพื่อนร่วมงานหรือเพื่อนร่วมชั้นเรียนจะปฏิบัติต่อฉันต่างจากคนอื่น	3.28 (1.31)	3.08 (1.13)	-0.23 (0.129)
8	การเป็นจิตแพทย์นั้นไม่เหมือนการเป็นแพทย์จริงๆ	2.00 (1.18)	1.63 (0.91)	-0.39 (0.04)
9	หากจิตแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา แนะนำให้ฉันปฏิบัติต่อคนที่มีความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจด้วยท่าทีไม่เคารพหรือไม่ให้เกียรติ ฉันจะ “ไม่” ทำตามคำแนะนำนั้น	1.97 (1.24)	1.96 (1.35)	-0.05 (0.765)
10	ฉันรู้สึกสบายใจเวลาพูดคุยกับคนที่เจ็บป่วยทางด้านจิตใจพอๆ กับที่รู้สึกเวลาพูดคุยกับคนที่เจ็บป่วยทางด้านร่างกาย	2.97 (1.12)	2.90 (1.32)	-0.12 (0.454)
11	มันเป็นเรื่องสำคัญที่นอกจากแพทย์จะช่วยเหลือคนที่เจ็บป่วยทางด้านจิตใจแล้ว แพทย์ต้องประเมินสุขภาพด้านร่างกายของคนๆ นั้นด้วย	1.37 (0.65)	1.33 (0.59)	-0.03 (0.688)
12	คนทั่วไป “ไม่” จำเป็นต้องได้รับการคุ้มครองจากผลกระทบของคนที่เจ็บป่วยทางด้านจิตใจอย่างรุนแรง	4.99 (1.16)	5.03 (1.16)	-0.10 (0.467)
13	ถ้าคนที่เจ็บป่วยทางด้านจิตใจบ่นเกี่ยวกับอาการด้านร่างกาย (เช่น เจ็บหน้าอก) ฉันจะมองว่ามันเป็นอาการทางจิตของเขาเอง	2.37 (1.00)	2.14 (0.99)	-0.27 (0.043)
14	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป “ไม่” ควรถูกคาดหวังให้ตรวจประเมินคนที่มีการด้านจิตเวชอย่างครบถ้วน เพราะสามารถส่งต่อคนเหล่านี้ไปพบจิตแพทย์ได้	3.39 (1.14)	3.13 (1.27)	-0.18 (0.266)
15	ฉันจะใช้คำเหล่านี้ “บ้า” “โรคจิต” “ไม่เต็ม” เวลาพูดถึงคนที่มีความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจที่ฉันพบเจอในที่ทำงาน	2.62 (1.77)	1.70 (1.14)	-0.17 (0.238)
16	หากเพื่อนร่วมงานหรือเพื่อนร่วมชั้นเรียนของฉันบอกฉันว่าเขามีความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ฉันจะยังคงอยากทำงานร่วมกับเขา	2.68 (1.44)	1.81 (0.78)	-0.28 (0.012)
คะแนนรวม		44.59 (7.24)	40.73 (6.84)	-4.77 (<0.001)

บุคลากรท่านอื่น การได้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง การได้เห็นผู้ป่วยอาการดีขึ้นหลังได้รับการรักษา และการเห็นว่า วิชาจิตเวชศาสตร์เป็นเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ มีความสัมพันธ์กับ คะแนนของแบบประเมิน MICA-2 ที่เปลี่ยนไป อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (ตารางที่ 4)

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.66 ใกล้เคียงกับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 ทั้งหมดในปี การศึกษาเดียวกัน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.26

ผลของการฝึกปฏิบัติวิชาจิตเวชศาสตร์ชั้นคลินิกเป็น ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ในนักศึกษาแพทย์ปีที่ 4 ต่อทัศนคติของ นักศึกษาแพทย์เกี่ยวกับวิชาจิตเวชศาสตร์และผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบประเมิน MICA-2 ฉบับภาษาไทย มีค่า ลดลง 4.77 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญ (จาก 44.59 เป็น 40.73 คะแนน) เมื่อคำนวณค่าอำนาจทางสถิติการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ระหว่างสองกลุ่มแบบเกี่ยวข้อกัน (power for comparing two

dependent population means) พบว่ามีค่า 1.0 จึงเพียงพอต่อการ แปลผล ซึ่งหมายถึงทัศนคติของนักศึกษาแพทย์ที่ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาจากหลากหลายประเทศที่ใช้แบบ ประเมิน MICA 2 ฉบับภาษาอังกฤษ โดย Zaza Lyons และคณะ ศึกษา นักศึกษาแพทย์ออสเตรเลียชั้นปีที่ 4 ก่อนและหลังการเรียน วิชาจิตเวชศาสตร์ พบว่ามีคะแนน 48.2 และ 43.5 คะแนน ตามลำดับ²² Rita VILAR QUEIRÓS และคณะ ศึกษา นักศึกษา แพทย์โปรตุเกสชั้นปีที่ 3 และ 4 ที่ University of Coimbra ก่อน และหลังการเรียนวิชาจิตเวช พบว่ามีคะแนนเฉลี่ย 38.16 และ 36.72 คะแนนตามลำดับ¹⁰ Hendri-Charl Eksteen และคณะ ศึกษา นักศึกษาแพทย์แอฟริกาใต้ชั้นปีที่ 4 ที่ University of Pretoria ก่อนเข้ารับการเรียนวิชาจิตเวชศาสตร์ และนักศึกษาแพทย์ชั้นปี สุดท้ายหลังเข้ารับการเรียนวิชาจิตเวชศาสตร์พบว่ามีคะแนนเฉลี่ย 43.9 และ 42 คะแนนตามลำดับ⁸ แต่มีบางการศึกษาที่ไม่พบ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติของนักศึกษา^{9,18} ซึ่งสาเหตุที่การศึกษานี้ และการศึกษาในอีกหลายประเทศข้างต้นพบว่านักศึกษามีคะแนน ทัศนคติที่ดีขึ้น อาจเป็นผลมาจากนักศึกษาแพทย์ไม่ได้มีคะแนน

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multivariable linear regression analysis) หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานและ ปัจจัยการฝึกปฏิบัติวิชาจิตเวชศาสตร์คลินิก กับค่าคะแนนของแบบประเมิน MICA-2 ฉบับภาษาไทยที่เปลี่ยนไป

ตัวแปรต้น	Coefficient	95% confident interval	P-value
เพศหญิง	1.86	-1.770, 5.487	0.312
อายุ (ปี)	0.55	-1.064, 2.156	0.502
หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตภาคภาษาอังกฤษ	-2.81	-7.133, 1.510	0.200
ผู้ตอบไม่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต	0.04	-4.918, 4.997	0.987
คนใกล้ชิดของผู้ตอบไม่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตของ	-2.24	-5.660, 1.178	0.196
ไม่ได้รับการส่งเสริม/สนับสนุน (encouragement) จากอาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์	-1.24	-4.803, 2.314	0.489
ไม่ได้รับการส่งเสริม/สนับสนุน (encouragement) จากแพทย์ประจำบ้าน	1.28	-2.586, 5.137	0.514
ไม่ได้รับการส่งเสริม/สนับสนุน (encouragement) จากบุคลากรท่านอื่น เช่น พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล นักจิตวิทยา เป็นต้น	-0.06	-2.235, 2.116	0.957
ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง	-0.52	-2.577, 1.540	0.619
ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยนอกโดยตรง	-0.22	-2.363, 1.915	0.835
ไม่ได้เห็นผู้ป่วยอาการดีขึ้นหลังได้รับการรักษา	1.26	-0.364, 2.876	0.127
ไม่เห็นว่ วิชาจิตเวชศาสตร์เป็นเวชศาสตร์เชิงประจักษ์หรือ Evidence-Based Medicine	1.30	-1.364, 3.967	0.335

ทัศนคติที่ดีมากอยู่เดิม เมื่อเข้ารับการฝึกปฏิบัติวิชาจิตเวชศาสตร์ จึงทำให้คะแนนทัศนคติดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งการที่ นักศึกษามีประสบการณ์ที่ดีขณะฝึกปฏิบัติมากกว่าประสบการณ์ ที่ไม่ดี ก็จะช่วยส่งเสริมให้ทัศนคติที่ดีมากขึ้น สอดคล้องกับความ เห็นของ Gábor Gazdag และคณะ¹⁸

เมื่อดูค่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อของแบบประเมิน MICA-2 ฉบับภาษาไทย ที่เปลี่ยนแปลงไป พบว่ามีข้อที่นักศึกษามีทัศนคติ ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งหมด 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1. ฉันเรียน วิชาจิตเวชศาสตร์เพราะต้องสอบ และจะไม่อ่านเนื้อหา เพิ่มเติมเกี่ยวกับวิชานี้ ข้อที่ 8. การเป็นจิตแพทย์นั้นไม่เหมือน การเป็นแพทย์จริงๆ ข้อที่ 13. ถ้าคนที่เจ็บป่วยทางด้านจิตใจบ่น เกี่ยวกับอาการด้านร่างกาย (เช่น เจ็บหน้าอก) ฉันจะมองว่ามันเป็น อาการทางจิตของเขาเอง และข้อที่ 16. หากเพื่อนร่วมงานหรือ เพื่อนร่วมชั้นเรียนของฉันบอกฉันว่าฉันมีความเจ็บป่วยทางด้าน จิตใจ ฉันจะยังคงอยากทำงานร่วมกับเขา ซึ่งสอดคล้องกับการที่ นักศึกษาเห็นว่าวิชาจิตเวชศาสตร์เป็นเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ และ รู้สึกชอบการเรียนรู้ในห้องเรียนแบบอภิปรายกลุ่ม กิจกรรม Teaching Round กิจกรรม Problem Base Learning กิจกรรม ECT กิจกรรม Consultation-Liaison Teaching Round และกิจกรรม Emergency Room Round ซึ่งทำให้นักศึกษาเห็นการทำงานของ อาจารย์จิตแพทย์ การดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นองค์รวม และนักศึกษาแพทย์เองต่างก็ได้แลกเปลี่ยนมุมมองการเรียนรู้ ซึ่งกันและกัน จึงอาจส่งผลให้ค่าคะแนนแบบเฉลี่ยทั้ง 4 ข้อ ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษานี้ยังศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างการฝึก ปฏิบัติวิชาจิตเวชศาสตร์ชั้นคลินิก ที่ส่งผลให้ทัศนคติของนักศึกษา แพทย์ดีขึ้น ซึ่งพบว่าการได้รับการส่งเสริม/สนับสนุน จากอาจารย์ หรือแพทย์ประจำบ้าน หรือบุคลากรท่านอื่น การได้เป็นส่วนหนึ่ง ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง การได้เห็นผู้ป่วยอาการดีขึ้นหลังได้รับ การรักษา การเห็นว่าวิชาจิตเวชศาสตร์เป็นเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ ไม่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเปลี่ยนแปลงทางทัศนคติ ของนักศึกษาแพทย์ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Monica McParland และคณะ ที่สหราชอาณาจักร พบว่าปัจจัยดังกล่าวมีผลให้ทัศนคติ ของนักศึกษาแพทย์ดีขึ้น¹¹ อาจเนื่องด้วยระยะเวลาการฝึกปฏิบัติ วิชาจิตเวชศาสตร์ชั้นคลินิกของการศึกษาดังกล่าวนานถึง 8 สัปดาห์ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษานี้เพียง 2 สัปดาห์ การใช้เครื่องมือวัด ทัศนคติของนักศึกษาที่ต่างกัน (The 30-item Attitudes to Psychiatry Scale เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษานี้ที่ใช้ MICA-2

ฉบับภาษาไทย) จำนวนผู้เข้าร่วมงานวิจัย (379 คน เมื่อเปรียบเทียบกับ การศึกษานี้ 116 คน) ความแตกต่างในลักษณะสังคมวัฒนธรรม ของกลุ่มประชากร และรายละเอียดของหลักสูตรการเรียนการสอน จึงทำให้การศึกษานี้ไม่พบปัจจัยใดที่ส่งผลต่อทัศนคติอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตาม แม้การศึกษานี้ไม่พบปัจจัยที่สัมพันธ์ กับทัศนคติของนักศึกษาแพทย์ที่ดีขึ้น แต่พบจุดที่น่าสนใจคือ นอกเหนือจากทักษะความรู้ความสามารถ นักศึกษายังให้ความสำคัญในเรื่องของวิธีการเข้าถึงคนไข้ในการดูแลรักษา มุมมอง การรักษาคนไข้อย่างเป็นองค์รวม ความสัมพันธ์อันดีต่อกัน ในการทำงานร่วมกัน รวมทั้งการให้ความมั่นใจในความสามารถ ของนักศึกษาแพทย์ (หัวข้อที่ 7.2 ตารางที่ 2) ซึ่งสามารถนำมา ปรับปรุงการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นได้ โดยเสริม การเรียนการสอนในส่วนของวิธีการเข้าถึงผู้ป่วย การดูแลคนไข้ อย่างเป็นองค์รวม ทั้งทางกายจิตใจ และสังคม ความเห็นอกเห็นใจ ผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงาน และสร้างบรรยากาศของการเรียนรู้ที่เอื้อ ให้นักศึกษาแพทย์สามารถฝึกฝน ทำความเข้าใจ และซักถามได้ อย่างมั่นใจและมีความสุข

ข้อจำกัดของการศึกษานี้

การศึกษานี้ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงไม่สามารถบอกได้ แน่ชัดว่าคะแนนที่ลดลงเป็นผลมาจากการฝึกปฏิบัติทั้งหมด หรือไม่ และเนื่องจากเป็นการตอบแบบสอบถามออนไลน์ โดยสมัครใจทั้งหมด 2 ครั้ง จึงมีนักศึกษาแพทย์บางส่วนตอบ เพียงครั้งเดียว จึงทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลบางส่วนมาวิเคราะห์ได้ นอกจากนี้ นักศึกษาในงานวิจัยนี้มีระยะเวลาการฝึกปฏิบัติ วิชาจิตเวชศาสตร์ชั้นคลินิกเพียง 2 สัปดาห์ อาจส่งผลให้ไม่พบปัจจัย ที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของทัศนคติของนักศึกษาแพทย์ เกี่ยวกับวิชาจิตเวชศาสตร์และผู้ป่วยจิตเวช

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้ประโยชน์

งานวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการเรียน การสอน โดยให้นักศึกษาแพทย์ได้เห็นการทำงานของจิตแพทย์ มากขึ้น ได้เห็นวิธีการพูดคุยกับผู้ป่วย การรักษาผู้ป่วยอย่างเป็น องค์รวมและเป็นเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ การทำงานเป็นทีม ร่วมกับสหวิชาชีพ รวมทั้งให้นักศึกษาได้มีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจและมีมุมมอง ที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาเพิ่มเติม

ถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อทัศนคติของนักศึกษาแพทย์เกี่ยวกับวิชาจิตเวชศาสตร์และผู้ป่วยจิตเวชที่ตรงประเด็นขึ้น เพื่อนำไปปรับปรุงการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

สรุป

การฝึกปฏิบัติวิชาจิตเวชศาสตร์ชั้นคลินิกเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับทัศนคติของนักศึกษาแพทย์เกี่ยวกับวิชาจิตเวชศาสตร์และผู้ป่วยจิตเวชที่ดีขึ้น นักศึกษามีทัศนคติต่อการทำงานของจิตแพทย์ดีขึ้น ได้เห็นการทำงานเป็นทีม การดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างเป็นองค์รวม และเป็นเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ ซึ่งการจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษาได้เห็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวสดังกล่าว และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาแพทย์เกิดความมั่นใจและมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นส่วนช่วยให้ได้บัณฑิตแพทย์ที่ดีมีความเห็นอกเห็นใจ มีความเป็นมนุษย์มากขึ้น แต่การศึกษานี้ไม่พบปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของนักศึกษาแพทย์ชัดเจน จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อนำไปปรับปรุงการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนักศึกษาแพทย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่สละเวลาในการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณอาจารย์จิตแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่มีส่วนช่วยให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วง

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน เนื่องจากมีกักปิดตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถาม การตอบแบบสอบถามไม่มีผลต่อการประเมินผลการศึกษาใดๆ ของผู้ตอบแบบสอบถาม และผู้วิจัยไม่ได้รับทุนสนับสนุนใดๆ

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

กัณตพล ยอดมั่งคด: การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการเขียนบทความ; ดิเรก เลิศหัตถศิลป์: การออกแบบการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล และการตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Annual report of patients receiving psychiatric services in Thailand. Department of Mental Health; 2020 [updated 2020; cited 2022 March 1]. Available from: <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/dmh/>.
2. Jones S, Howard L, Thornicroft G. 'Diagnostic overshadowing': worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 118(3): 169-71.
3. Druss BG, Bradford DW, Rosenheck RA, Radford MJ, Krumholz HM. Mental disorders and use of cardiovascular procedures after myocardial infarction. *JAMA* 2000; 283(4): 506-11.
4. Sullivan G, Han X, Moore S, Kotrla K. Disparities in hospitalization for diabetes among persons with and without co-occurring mental disorders. *Psychiatr Serv* 2006; 57(8): 1126-31.
5. Persaud R. Psychiatrists suffer from stigma too. *Psychiatric Bulletin* 2000; 24(8): 284-5.
6. Smith JK, Weaver DB. Capturing medical students' idealism. *Ann Fam Med* 2006; 4(suppl 1): S32-S7.
7. Simon N, Verdoux H. Impact de la formation théorique et clinique sur les attitudes de stigmatisation des étudiants en médecine envers la psychiatrie et la pathologie psychiatrique. *L'Encéphale* 2018; 44(4): 329-36.
8. Eksteen HC, Becker PJ, Lippi G. Stigmatization towards the mentally ill: Perceptions of psychiatrists, pre-clinical and post-clinical rotation medical students. *Int J Soc Psychiatry* 2017; 63(8): 782-91.
9. Attitudes of Thai medical students towards psychiatry a study at Prince of Songkla University [Internet]. 2003. Available from: <http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2553/3717>.
10. Vilar Queirós R, Santos V, Madeira N. Decrease in stigma towards mental illness in Portuguese medical students after a psychiatry course. *Acta Med Port* 2021; 34(7-8): 498-506.
11. McParland M, Noble LM, Livingston G, McManus C. The effect of a psychiatric attachment on students' attitudes to and intention to pursue psychiatry as a career. *Med Educ* 2003; 37(5): 447-54.
12. Reddy JP, Tan SM, Azmi MT, Shaharom MH, Rosdinom R, Maniam T, et al. The effect of a clinical posting in psychiatry on the attitudes of medical students towards psychiatry and mental illness in a Malaysian medical school. *Ann Acad Med Singap* 2005; 34(8): 505-10.
13. Korszun A, Dinos S, Ahmed K, Bhui K. Medical student attitudes about mental illness: Does medical-school education reduce stigma? *Acad Psychiatry* 2012; 36(3): 197-204.
14. Poreddi V, Thimmaiah R, Math SB. Attitudes toward people with mental illness among medical students. *J Neurosci Rural Pract* 2015; 6(3): 349-54.
15. Angermeyer MC, Matschinger H, Corrigan PW. Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophr Res* 2004; 69(2-3): 175-82.
16. Khajeddin N, Riahi F, Salehi Veysi M, Hoseyni H, Izadi Mazidi S. Do medical students' attitudes toward psychiatry and their intention to pursue psychiatry as a career change during psychiatric attachment? *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2012; 6(1): 53-61.



17. AlAdawi S, Dorvlo A, Bhaya C, Martin R, Al-Naamani A, Al-Hussaini Ad, et al. Withering before the sowing? A survey of Oman's tomorrow's doctors' interest in psychiatry. *Educ Health (Abingdon)* 2008; 21: 117.
18. Gazdag G, Zsargó E, Vukov P, Ungvari GS, Tolna J. Change of medical student attitudes toward psychiatry: the impact of the psychiatric clerkship. *Psychiatr Hung* 2009; 24(4): 248-54.
19. Lampe L, Coulston C, Walter G, Malhi G. Familiarity breeds respect: Attitudes of medical students towards psychiatry following a clinical attachment. *Australas Psychiatry* 2010; 18: 348-53.
20. Kassam A, Glozier N, Leese M, Henderson C, Thornicroft G. Development and responsiveness of a scale to measure clinicians' attitudes to people with mental illness (medical student version). *Acta Psychiatr Scand* 2010; 122(2): 153-61.
21. Seera G, Nimmawitt N, Vanitchpongphan S, Ratta-apha W. The Thai Version of Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale (Medical student version) MICA-2. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2020; 65(3): 219-32.
22. Lyons Z, Janca A. Impact of a psychiatry clerkship on stigma, attitudes towards psychiatry, and psychiatry as a career choice. *BMC Med Educ* 2015;15:34.

ภาวะเครียดและซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุทัยธานี

ปัญญชัชวาล พรหมนุรักษ์*

*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลอุทัยธานี

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้า และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียดและซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุทัยธานี

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามระดับความรู้สึกเครียดต่อปัจจัยพื้นฐานด้านต่างๆ ที่มีผลต่อความเครียดในปัจจุบัน แบบประเมินความเครียด SPST-20 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 เก็บข้อมูลในเจ้าหน้าที่ที่กำลังปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอุทัยธานี ระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 755 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.3 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะเครียดและซึมเศร้าด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้า และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียดและซึมเศร้าด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression)

ผลการศึกษา พบความชุกของภาวะเครียดที่มีผลต่อการใช้ชีวิตของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเท่ากับร้อยละ 39.3 และภาวะซึมเศร้าร้อยละ 21.4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะงานและภาระงาน ปัจจัยด้านสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ปัจจัยด้านภาระค่าใช้จ่ายส่วนตัว และปัจจัยด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการในการทำงาน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีปัจจัยเดียว คือ ปัจจัยด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต นอกจากนี้ความเครียดระดับสูงสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj. OR 14.3, 95%CI 8.6-23.8, $p=0.001$)

สรุป ภาวะเครียดและซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุทัยธานีอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง โดยมีสาเหตุเกี่ยวเนื่องทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากงาน ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องจึงควรพิจารณาวางแผนเฝ้าระวัง ส่งเสริม ป้องกันภาวะเครียดและซึมเศร้า รวมทั้งให้ความช่วยเหลือด้านปัญหาสุขภาพจิตแก่เจ้าหน้าที่ทุกคนอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ ความเครียด โรคซึมเศร้า บุคลากรทางการแพทย์

Corresponding author: ปัญญชัชวาล พรหมนุรักษ์

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลอุทัยธานี

E-mail: panchat_p@hotmail.com

วันรับ : 28 กุมภาพันธ์ 2567 วันแก้ไข : 2 กันยายน 2567 วันตอบรับ : 16 กันยายน 2567

Stress and Depression among Hospital Personnel at Uthaithani Hospital

Panchat Promnurak*

**Department of Psychiatry and Drugs, Uthaithani Hospital*

ABSTRACT

Objective: This study aims to describe the prevalence of stress and depression among hospital personnel at Uthaithani Hospital and to identify factors associated with these mental health conditions. Additionally, the study explores the interrelationship between stress and depression within this cohort.

Methods: We conducted a cross-sectional descriptive study involving 755 healthcare workers, representing 92.3% of the staff at Uthaithani Hospital, during the period from October to December 2023. The assessment tools included a demographic questionnaire, a questionnaire evaluating stress related to various fundamental factors, the Suan Prung Stress Test (SPST-20) and the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) for depression. Descriptive statistics were applied to summarize the prevalence and levels of stress and depression. Multiple logistic regression analysis was utilized to determine the factors associated with these conditions and to explore their interrelationship.

Results: The study revealed that 39.3% of respondents experienced stress significantly affecting their daily lives, and 21.4% reported symptoms of depression. Significant factors associated with stress included job characteristics and workload, work-life balance, personal financial burden and compensation and benefits. Depression was notably associated with physical and mental health factors. Furthermore, high levels of stress were significantly correlated with depression (Adj. OR 14.3, 95%CI 8.6-23.8, $p=0.001$)

Conclusion: The prevalence of stress and depression among healthcare professionals at Uthaithani Hospital is markedly high, with contributing factors encompassing both personal and occupational elements. It is imperative for relevant stakeholders to devise and implement effective monitoring, prevention and support strategies to address these mental health issues. Continuous provision of mental health support and interventions is essential to mitigate the impact of stress and depression on staff well-being.

Keywords: stress, depression, hospital personnel

Corresponding author: Panchat Promnurak

E-mail: panchat_p@hotmail.com

Received 28 February 2024 Revised 2 September 2024 Accepted 16 September 2024

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะทางจิตเวชที่สำคัญ และพบได้บ่อยในทุกเพศทุกวัยในประชากรทั่วโลก หากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม อาการของโรคจะคงอยู่นานเป็นเดือนหรืออาจเรื้อรังเป็นปี สามารถกลับมาเป็นซ้ำได้บ่อยแม้ว่าจะรักษาหายดีแล้วก็ตาม ส่งผลให้ชีวิตครอบครัวมีปัญหา การปรับตัวทางสังคมแย่ลง ซึ่งผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้ารุนแรงนั้น สามารถจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าคนทั่วไป 20 เท่า¹ นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าสามารถพยากรณ์การขาดงานของกลุ่มประชากรวัยทำงานเนื่องจากความเจ็บป่วยและพิการได้² จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2558 ระบุว่าผู้ทุกข์ทรมานจากภาวะซึมเศร้ามากกว่า 300 ล้านคนทั่วโลก หรือร้อยละ 4.4 ของประชากร โดยพบในผู้หญิงร้อยละ 5.1 ผู้ชายร้อยละ 3.6 และพบคนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จทั่วโลกมากถึง 800,000 คนต่อปี อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง ร้อยละ 78³ จากการสำรวจความชุกของโรคซึมเศร้าในประเทศไทยปี พ.ศ. 2551 พบคนไทยป่วยด้วยโรคซึมเศร้าประมาณ 1.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 2.7 ของประชากรไทยวัยผู้ใหญ่โดยผู้หญิงเสี่ยงป่วยมากกว่าผู้ชาย 1.7 เท่า พบมากในวัยทำงานช่วงอายุ 25 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 65⁴

บุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่ให้บริการทางสุขภาพแก่ประชาชน แต่ด้วยลักษณะงานที่พักผ่อนไม่เป็นเวลาจากการอยู่เวรเป็นกะ และเผชิญความเร่งด่วนที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิกฤตชีวิตคน จนเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้ปฏิบัติงานได้ จากรายงานการสำรวจภาวะซึมเศร้าของบุคลากรทางการแพทย์มากกว่า 1 แสนคนในประเทศฝรั่งเศสปี พ.ศ. 2564 ซึ่งสำรวจสถานบริการทางสุขภาพทั้งของภาครัฐบาลและภาคเอกชน พบความชุกของภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ประมาณร้อยละ 30 โดยพบปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า คือ ปัจจัยเกี่ยวกับวิชาชีพ ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลทั่วไป และปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ⁴ ขณะที่รายงานการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ประเทศเกาหลี ผ่านฐานข้อมูลลูกจ้างเกือบ 14 ล้านคน ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามสิทธิรักษาในระบบประกันสุขภาพ พบว่าปัญหาสุขภาพจิตในบุคลากรทางการแพทย์มีความชุกสูงกว่าประชากรวัยทำงานในกลุ่มอาชีพอื่นๆ โดยเฉพาะโรคทางอารมณ์ (mood disorders) โรควิตกกังวล (anxiety disorders) และโรคนอนไม่หลับ (sleep disorder)⁵

สำหรับประเทศไทยยังไม่เคยมีการสำรวจระดับความชุกของปัญหาสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์อย่างเป็นระบบในระดับชาติ

แต่มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าของบุคลากรทางการแพทย์ในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่างๆ โดยพบความชุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่าประชากรทั่วไป เช่น การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 417 คน จาก 12 เขตสุขภาพ ในช่วงแรกที่มีการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านแบบสอบถามออนไลน์ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 21⁶ การศึกษาภาวะเครียดและซึมเศร้าในบุคลากรโรงพยาบาลรัฐบาลระดับจังหวัดในภูมิภาคต่างๆ ช่วงปี พ.ศ. 2561 - 2565 พบความชุกภาวะซึมเศร้าของบุคลากรโรงพยาบาลอยู่ที่ร้อยละ 13 - 34⁷⁻¹⁰ การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ใช้ทุนอยู่ที่ร้อยละ 21 - 47¹¹⁻¹⁴ ขณะที่มียารายงานความชุกของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลอยู่ที่ร้อยละ 17 - 33¹⁵⁻¹⁶ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มต่างๆ โดยพบภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยอยู่ที่ร้อยละ 5 - 27¹⁷⁻²¹

โรงพยาบาลอุทัยธานีมีบริบทเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 350 เตียง และเป็นโรงพยาบาลรัฐบาลขนาดใหญ่แห่งเดียวของจังหวัดอุทัยธานี ที่ต้องรับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลประจำอำเภอทั้ง 7 แห่งในจังหวัด จากข้อมูลของแผนกเวชระเบียนพบว่า ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยได้รับการส่งตัวเข้ามารักษาทั้งสิ้น 25,408 ราย และเพิ่มเป็น 57,513 ราย ในปี 2566 ซึ่งจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากกว่า 2 เท่าใน 3 ปีนี้ ทำให้มีภาระงานเพิ่มขึ้นสวนทางกับจำนวนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่ไม่เพิ่มขึ้น หรือเพิ่มขึ้นทดแทนไม่มากพอเมื่อเทียบกับผู้ที่ลาออกและเกษียณอายุราชการในแต่ละปี จึงอาจทำให้เกิดความเครียดสะสมสูงในเจ้าหน้าที่ระดับที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิต จากการศึกษาค้นคว้าและโรคซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งของประเทศไทย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ลักษณะงาน ภาระงาน รวมทั้งปัจจัยด้านสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน⁸ แต่ยังไม่เคยมีการประเมินความชุกของภาวะเครียดและซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุทัยธานีมาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความชุกภาวะเครียดและซึมเศร้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้า รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียดและซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุทัยธานี เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนป้องกัน แก้ไขปัญหาภาวะเครียดและซึมเศร้าที่อาจพบได้ในบุคลากรโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และเพิ่มอัตราการคงอยู่ของบุคลากรต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกภาวะเครียดและซึมเศร้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้า และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียดและซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุทัยธานี

วิธีการศึกษา

รูปแบบของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุทัยธานีที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล และสมัครใจให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามในระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถามแบบตอบเอง โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา ตำแหน่งงานหน้าที่รับผิดชอบ ลักษณะการทำงาน ระยะเวลาการทำงานในองค์กร หน่วยงานที่ปฏิบัติงานจริง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระดับความรู้สึกเครียดต่อปัจจัยพื้นฐานด้านต่างๆ ที่มีผลต่อความเครียดในปัจจุบัน 10 ด้าน ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ได้แก่ ด้านลักษณะงานและภาระงาน ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการในการทำงาน ด้านความมั่นคงและโอกาสก้าวหน้าของงาน ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานด้านภาระค่าใช้จ่ายส่วนตัว ด้านภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวหรือคนรัก ด้านสัมพันธ์ภาพกับผู้ร่วมงานและหัวหน้างาน ด้านสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวหรือคนรัก ด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ด้านสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน โดยให้เลือกตอบตามความรู้สึกเครียดแบ่งเป็น 5 ระดับ ตามการส่งผลต่อความรู้สึกเครียดในปัจจุบัน ได้แก่ ไม่รู้สึกเครียด รู้สึกเครียดเล็กน้อย รู้สึกเครียดปานกลาง รู้สึกเครียดมาก รู้สึกเครียดมากที่สุด ทั้งนี้เพื่อให้การนำเสนอข้อมูลมีความชัดเจนขึ้นในการวิเคราะห์ทางสถิติ ผู้วิจัยวิเคราะห์โดยนำคำตอบว่า ไม่รู้สึกเครียดกับเครียดเล็กน้อยรวมกันเป็น “ไม่มีผล” ต่อความเครียด และรู้สึกเครียดปานกลาง เครียดมาก เครียดมากที่สุดรวมกันเป็น “มีผล” ต่อความเครียด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียดสวนปรุง-20 (Suan Prung Stress Test-20, SPST-20) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา 20 ข้อคำถาม เมื่อคิดคะแนนรวมจะแบ่งความเครียดเป็น 4 ระดับ คือ คะแนน 0 - 23 คือ ความเครียดน้อย, คะแนน 24 - 41 คือ ความเครียดปานกลาง, คะแนน 42 - 61 คือ ความเครียดสูง, คะแนน 62 ขึ้นไป คือ ความเครียดรุนแรง โดยผู้ที่คะแนนรวมตั้งแต่ 42 ขึ้นไปถือว่ามีความเครียด (stress) ประกอบด้วยกลุ่มที่มีคะแนนความเครียดระดับสูงและรุนแรง ซึ่งถือว่าเป็นความเครียดที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ โดยแบบวัดประเมินนี้มีความแม่นยำตรงตามสภาพมากกว่า 0.27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่ออิงตามค่า Electromyography (EMG) ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95% โดยมีค่า Cronbach alpha reliability coefficient มากกว่า 0.7²²

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) ฉบับภาษาไทย ใช้ง่ายเพราะให้ผู้ถูกประเมินตอบด้วยตนเอง (self-administration) จึงนิยมใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าอย่างแพร่หลาย ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ โดยในแต่ละข้อมาจากข้อต่างๆ ในเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าใน DSM-IV มีให้เลือกตอบว่า ไม่เลย (0 คะแนน), มีบางวันไม่บ่อย (1 คะแนน), มีค่อนข้างบ่อย (2 คะแนน) และมีเกือบทุกวัน (3 คะแนน) ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในระยะเวลาลองสัปดาห์ที่ผ่านมาตามคะแนนรวมเป็น 4 ระดับ ได้แก่ คะแนนน้อยกว่า 9 คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า, คะแนน 9 - 12 คือ มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับน้อย, คะแนน 13 - 18 คือ มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง, คะแนน 19 ขึ้นไป คือ มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ซึ่งผู้ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 9 ขึ้นไปถือว่ามีความเครียด โดยมีความไว (sensitivity) ร้อยละ 84 และมีความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 77²³

คำนิยาม

เพื่อให้การนำเสนอข้อมูลมีความกระชับและชัดเจนขึ้น ผู้วิจัยได้แบ่งหน่วยงานทั้งหมด 56 หน่วยงาน เป็น 3 กลุ่มงานตามภาระหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการทางสาธารณสุข ดังนี้

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง หน่วยงานซึ่งเน้นให้บริการทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างครอบคลุมทั้งผู้ป่วยและผู้ที่ยังไม่ป่วย ได้แก่ เวชกรรมสังคม สุขศึกษา อาชีวเวชกรรม

เภสัชกรรม IC แพทย์แผนไทย กายภาพบำบัด โภชนาการ และสังคมสงเคราะห์

กลุ่มงานบำบัดรักษา หมายถึง หน่วยงานซึ่งเน้นการให้บริการทางสาธารณสุขให้ผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ องค์กรแพทย์ กลุ่มการพยาบาล OPD IPD (ตึกผู้ป่วยใน) วิสัญญี ER OR LR ICU ไตเทียม เครื่องมือพิเศษ รังสีวินิจฉัย และพยาธิวิทยาคลินิก

กลุ่มงานสนับสนุน หมายถึง หน่วยงานซึ่งเน้นการสนับสนุนการให้บริการทางสาธารณสุข ได้แก่ งานอำนวยการ งานทรัพยากรบุคคล งานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การเงินประกันบัญชี พัสดุ จ่ายกลาง ช่าง สนาบ ยานพาหนะ บำบัดน้ำเสีย ชักฟอกห้องบัตร โสตทัศนศึกษา และศูนย์คอมพิวเตอร์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้วิธีขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และรวบรวมแบบสอบถามกลับ โดยประชาสัมพันธ์ข้อมูลโครงการวิจัยในการประชุมประจำเดือนของโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการพร้อมตอบข้อซักถามกับหัวหน้างานทุกหน่วยงาน ในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองใช้เวลาประมาณ 5 - 10 นาที โดยไม่มีการลงนามในเอกสาร ทั้งนี้มีค่าชี้แจงอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาแนบไว้กับแบบสอบถามแล้ว กรณีที่ไม่สะดวกใจสามารถยุติการทำแบบสอบถามได้ตลอดเวลา หากสมัครใจให้ข้อมูลแล้วผู้วิจัยขออนุญาตเผยแพร่เป็นงานวิจัย และสามารถทราบผลประเมินของแบบสอบถามพร้อมคำแนะนำเบื้องต้นเมื่อพบภาวะเครียดหรือซึมเศร้า ผ่านทางเว็บไซต์หรือ QR code ที่แจ้งไว้ในแบบสอบถาม หรือแจ้งชื่อ-นามสกุล เบอร์โทรศัพท์ เพื่อให้ทีมวิจัยติดต่อแจ้งผลวิเคราะห์ในภายหลังได้ โดยข้อมูลทั้งหมดถูกคำนวณทางสถิติแล้วรายงานผลเป็นภาพรวม รายละเอียดข้อมูลมี 4 ส่วน คือ ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรู้สึกเครียดต่อปัจจัยพื้นฐานต่างๆ ที่มีผลต่อความเครียด ข้อมูลจากแบบประเมินภาวะเครียด และข้อมูลจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรม STATA Version 17.0 โดยวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะเครียดและซึมเศร้าด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ และการแจกแจงความถี่ ส่วนการวิเคราะห์

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเครียดและซึมเศร้า รวมทั้งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียดและซึมเศร้า ด้วยการควบคุมตัวแปรอื่นๆ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression) แสดงผลด้วย Adjusted odds ratio (Adj. OR) และ 95% Confidence interval กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p < 0.05$)

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุทัยธานี เดือนกันยายน 2566 เอกสารรับรองเลขที่ UTH-IRB 17/2566

ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุทัยธานีทุกหน่วยงานสนใจร่วมตอบแบบสอบถามวิจัยทั้งสิ้น 755 ราย จากทั้งหมด 815 ราย คิดเป็นอัตราตอบกลับ ร้อยละ 92.3 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.6) อายุ 41 - 50 ปี (ร้อยละ 29.7) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 50.1) การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 59.7) ตำแหน่งข้าราชการ (ร้อยละ 49.0) มีหน้าที่เป็นผู้ปฏิบัติงาน (ร้อยละ 91.7) ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการหรือทำงานเป็นกะ (ร้อยละ 60.5) ระยะเวลาทำงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 53.9) และปฏิบัติงานอยู่ในกลุ่มบำบัดรักษาผู้ป่วย (ร้อยละ 66.0) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ความชุกของภาวะเครียดและซึมเศร้า พบว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุทัยธานีมีภาวะเครียด 297 ราย (ร้อยละ 39.3) และมีภาวะซึมเศร้า 162 ราย (ร้อยละ 21.4) โดยพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 51.4 มีความเครียดระดับสูงและระดับรุนแรง ร้อยละ 39.3 มีความเครียดระดับน้อย ร้อยละ 9.3 ขณะที่พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 78.5 รองลงมามีอาการของภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 16.1 รองลงมามีอาการของภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 4.8 และมีอาการของภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 0.5 รายละเอียดดังแผนภูมิภาพที่ 1

ความสัมพันธ์ของข้อมูลพื้นฐานทั่วไปกับภาวะเครียดและซึมเศร้า ไม่พบว่าปัจจัยของข้อมูลพื้นฐานทั่วไปสัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ความสัมพันธ์ของปัจจัยปัญหาต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้า พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะงาน

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย (n=755)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	ชาย	138 (18.3)
	หญิง	617 (81.7)
อายุ	น้อยกว่า 30 ปี	146 (19.3)
	30 - 40 ปี	219 (29.0)
	41 - 50 ปี	224 (29.7)
	มากกว่า 50 ปี	166 (22.0)
สถานภาพ	โสด	301 (39.8)
	คู่	378 (50.1)
	หม้าย หรือหย่าร้าง	76 (10.1)
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	304 (40.3)
	ปริญญาตรีขึ้นไป	451 (59.7)
ตำแหน่งงาน	ลูกจ้างชั่วคราว	106 (14.0)
	ลูกจ้างประจำ	41 (5.4)
	ข้าราชการ	370 (49.0)
	พนักงานกระทรวง	196 (26.0)
	พนักงานราชการ	42 (5.6)
หน้าที่รับผิดชอบ	ผู้ปฏิบัติงาน	692 (91.7)
	ผู้บริหาร หรือหัวหน้างาน	63 (8.3)
ลักษณะการทำงาน	เฉพาะเวลาราชการ	298 (39.5)
	ทำนอกเวลา หรือเป็นกะ	457 (60.5)
ระยะเวลาทำงานในองค์กร	<5 ปี	217 (28.7)
	5 - 10 ปี	131 (17.4)
	>10 ปี	407 (53.9)
กลุ่มงาน	ส่งเสริมสุขภาพ	123 (16.3)
	บำบัดรักษา	498 (66.0)
	สนับสนุน	134 (17.7)

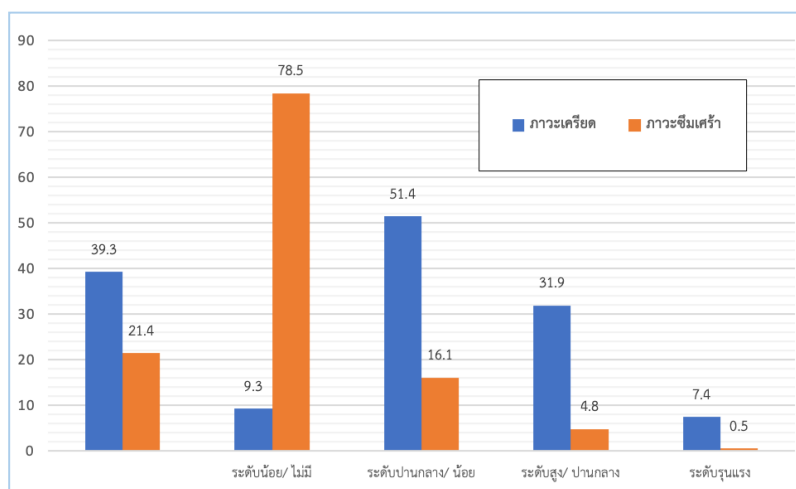
และภาระงาน (Adj. OR 2.6, 95%CI 1.5-4.5, p=0.001), ปัจจัยด้านสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน (Adj. OR 2.6, 95%CI 1.3-5.4, p=0.010) ปัจจัยด้านภาระค่าใช้จ่ายส่วนตัว (Adj. OR 2.0, 95%CI 1.0-3.9, p=0.034) และปัจจัยด้านค่าตอบแทน และสวัสดิการในการทำงาน (Adj. OR 1.9, 95%CI 1.2-3.0, p=0.010) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิต (Adj. OR 4.3, 95%CI 2.0-9.2, p=0.001) ดังตารางที่ 3

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียดและซึมเศร้า พบว่าความเครียดระดับสูงสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj. OR 14.3, 95%CI 8.6-23.8, p=0.001) ดังตารางที่ 4

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุทัยธานีส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 51.4 เมื่อพิจารณาความชุกของภาวะเครียดที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันหรือความเครียดระดับสูงและรุนแรง พบได้มากถึงร้อยละ 39.3 ซึ่งมากกว่าการศึกษาของ ศิริวิมล กันตา และคณะ⁸ ที่พบภาวะเครียดสูงและรุนแรงในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่านร้อยละ 31.4 และมากกว่า โกคิน ศักดิ์รินทร์กุล และคณะ²⁴ ซึ่งพบภาวะเครียดสูงและรุนแรงในเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ที่ร้อยละ 32.2 โดยทุกการศึกษาใช้แบบประเมินความเครียด SPST-20 ในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลซึ่งมีลักษณะพื้นฐานของประชากรทั่วไปใกล้เคียงกัน ผลที่ได้จึงสะท้อนภาพรวมความรุนแรงของปัญหาภาวะความเครียดสูงในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลรัฐบาลในประเทศไทย ที่เผชิญสภาวะกดดันจากปัจจัยปัญหาต่างๆ

แผนภูมิที่ 1 แสดงร้อยละของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่มีภาวะเครียดและซึมเศร้า จำแนกตามระดับความรุนแรง



ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปกับภาวะเครียดและซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล (n=755)

ข้อมูลทั่วไป; n (%)		Stress 297 (39.3)	No stress 458 (60.7)	Adjusted OR (95% CI)	p-value	Depression 162 (21.4)	No Depression 593 (78.6)	Adjusted OR (95% CI)	p-value
เพศ	ชาย	61 (44.2)	77 (55.8)	1.2 (0.8 - 2.0)	0.348	27 (19.6)	111 (80.4)	0.7 (0.4 - 1.2)	0.164
	หญิง	236 (38.2)	381 (61.8)	1		85 (11.3)	482 (78.1)	1	
อายุ	น้อยกว่า 30 ปี	62 (42.5)	84 (57.5)	1.2 (0.6 - 2.6)	0.594	32 (21.9)	114 (78.1)	0.9 (0.4 - 2.2)	0.891
	30 - 40 ปี	90 (41.1)	129 (58.9)	1.1 (0.6 - 1.9)	0.865	50 (22.8)	169 (77.2)	0.8 (0.4 - 1.6)	0.495
	41 - 50 ปี	95 (42.4)	129 (57.6)	1.2 (0.7 - 1.9)	0.588	52 (23.2)	172 (76.8)	0.9 (0.5 - 1.7)	0.804
	มากกว่า 50 ปี	50 (30.1)	116 (69.9)	1		28 (16.9)	138 (83.1)	1	
สถานภาพ	โสด	131 (43.5)	170 (56.5)	0.9 (0.5 - 1.7)	0.722	67 (22.3)	234 (77.7)	0.7 (0.3 - 1.3)	0.228
	คู่	134 (35.5)	244 (64.5)	0.7 (0.4 - 1.2)	0.220	74 (19.6)	304 (80.4)	0.6 (0.3 - 1.1)	0.127
	หม้าย หรือหย่าร้าง	32 (42.1)	44 (57.9)	1		21 (27.6)	55 (72.4)	1	
การศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	117 (38.5)	187 (61.5)	0.8 (0.5 - 1.3)	0.428	72 (23.7)	232 (76.3)	1.2 (0.7 - 2.0)	0.600
	ปริญญาตรีขึ้นไป	180 (39.9)	271 (60.1)	1		90 (20.0)	361 (80.0)	1	
ตำแหน่งงาน	ลูกจ้างชั่วคราว	41 (38.7)	65 (61.3)	0.7 (0.3 - 1.7)	0.451	22 (20.8)	84 (79.2)	1.0 (0.4 - 2.9)	0.930
	ลูกจ้างประจำ	10 (24.4)	31 (75.6)	0.5 (0.2 - 1.3)	0.158	5 (12.2)	36 (87.8)	0.6 (0.2 - 2.3)	0.484
	ข้าราชการ	142 (38.4)	228 (61.6)	0.5 (0.2 - 1.0)	0.064	73 (19.7)	297 (80.3)	0.9 (0.4 - 2.3)	0.854
	พนักงานกระทรวง	84 (42.9)	112 (57.1)	0.8 (0.4 - 1.7)	0.527	53 (27.0)	143 (73.0)	1.3 (0.5 - 3.1)	0.600
	พนักงานราชการ	20 (47.6)	22 (52.4)	1		9 (21.4)	33 (78.6)	1 (0.5 - 3.1)	0.600
หน้าที่รับผิดชอบ	ผู้ปฏิบัติงาน	276 (39.9)	416 (60.1)	1.1 (0.6 - 2.2)	0.743	162 (22.2)	593 (77.8)	1.6 (0.7 - 3.8)	0.286
	ผู้บริหาร หรือหัวหน้างาน	21 (33.3)	42 (66.7)	1		8 (12.7)	55 (87.3)	1	
ลักษณะงาน	ทำนอกเวลา หรือเป็นกะ	192 (42.0)	265 (58.0)	1.2 (0.8 - 1.7)	0.340	106 (23.2)	351 (76.8)	1.3 (0.8 - 2.0)	0.252
	เฉพาะเวลาราชการ	105 (35.2)	193 (64.8)	1		56 (18.8)	242 (81.2)	1	
ระยะเวลาทำงาน	<5 ปี	92 (42.4)	125 (57.6)	1.0 (0.6 - 1.8)	0.896	48 (22.1)	169 (77.9)	1.2 (0.6 - 2.2)	0.619
	5 - 10 ปี	47 (35.9)	84 (64.1)	0.7 (0.4 - 1.1)	0.131	32 (22.4)	99 (75.6)	1.3 (0.7 - 2.2)	0.450
	>10 ปี	158 (38.8)	249 (61.2)	1		82 (20.1)	325 (79.9)	1	
กลุ่มงาน	ส่งเสริมสุขภาพ	47 (38.2)	76 (61.8)	1.0 (0.6 - 1.9)	0.925	24 (19.5)	99 (80.5)	0.7 (0.3 - 1.3)	0.216
	บำบัดรักษา	195 (39.2)	303 (60.8)	1.1 (0.7 - 1.8)	0.758	104 (20.9)	394 (79.1)	0.7 (0.4 - 1.2)	0.144
	สนับสนุน	55 (41.1)	79 (58.9)	1		34 (25.4)	100 (74.6)	1	

*วิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression) โดยการควบคุมตัวแปรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่างๆ กับภาวะเครียดและซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล (n=755)

ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกเครียด; n (%)		Stress	No stress	Adjusted OR	p-value	Depression	No Depression	Adjusted OR	p-value
		297 (39.3)	458 (60.7)	(95% CI)		162 (21.4)	593 (78.6)	(95% CI)	
ด้านลักษณะงาน และภาระงาน	มี ^า	86 (71.7)	34 (28.3)	2.6 (1.5 - 4.5)	0.001*	41 (34.2)	79 (65.8)	1.2 (0.7 - 2.2)	0.549
	ไม่มี ^บ	211 (33.2)	424 (66.8)	1		121 (19.0)	514 (81.0)	1	
ด้านค่าตอบแทน สวัสดิการในการทำงาน	มี ^า	111 (67.3)	54 (32.7)	1.9 (1.2 - 3.0)	0.010*	57 (34.5)	108 (65.5)	1.4 (0.8 - 2.3)	0.200
	ไม่มี ^บ	186 (31.5)	404 (68.5)	1		105 (17.8)	485 (82.2)	1	
ด้านความมั่นคง โอกาสก้าวหน้าของงาน	มี ^า	58 (65.9)	30 (34.1)	0.9 (0.5 - 1.7)	0.780	30 (34.1)	58 (65.9)	0.9 (0.5 - 1.6)	0.652
	ไม่มี ^บ	239 (35.8)	428 (64.2)	1		132 (19.8)	535 (80.2)	1	
ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน	มี ^า	62 (66.7)	32 (33.3)	1.5 (0.9 - 2.8)	0.147	33 (35.5)	60 (64.5)	1.1 (0.6 - 2.0)	0.870
	ไม่มี ^บ	235 (35.5)	427 (64.5)	1		129 (19.5)	533 (80.5)	1	
ด้านภาระค่าใช้จ่ายส่วนตัว	มี ^า	95 (70.4)	40 (29.6)	2.0 (1.1 - 3.9)	0.034*	53 (39.3)	82 (60.7)	1.6 (0.8 - 3.1)	0.179
	ไม่มี ^บ	202 (32.6)	418 (67.4)	1		109 (17.6)	511 (82.4)	1	
ด้านภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวหรือคนรัก	มี ^า	80 (71.4)	32 (28.6)	1.5 (0.8 - 3.1)	0.216	43 (38.4)	69 (61.6)	0.9 (0.5 - 1.9)	0.827
	ไม่มี ^บ	217 (33.7)	426 (66.3)	1		119 (18.5)	524 (81.5)	1	
ด้านสัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน หัวหน้างาน	มี ^า	43 (75.4)	14 (24.6)	1.9 (0.9 - 4.1)	0.111	25 (43.9)	32 (56.1)	1.8 (0.8 - 3.7)	0.138
	ไม่มี ^บ	254 (36.4)	444 (63.6)	1		137 (19.6)	561 (80.4)	1	
ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวหรือคนรัก	มี ^า	26 (76.5)	8 (23.5)	1.6 (0.6 - 4.3)	0.388	16 (47.1)	18 (52.9)	1.1 (0.4 - 2.9)	0.778
	ไม่มี ^บ	271 (37.6)	450 (62.4)	1		146 (20.2)	575 (79.8)	1	
ด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิต	มี ^า	40 (85.1)	7 (14.9)	2.2 (0.9 - 5.7)	0.091	31 (66.0)	16 (34.0)	4.3 (2.0 - 9.3)	0.001*
	ไม่มี ^บ	257 (36.3)	451 (67.7)	1		131 (18.5)	577 (81.5)	1	
ด้านสมดุลระหว่างชีวิต และการทำงาน	มี	57 (80.3)	14 (19.7)	2.6 (1.3 - 5.4)	0.010*	35 (49.3)	36 (50.7)	1.8 (0.9 - 3.5)	0.106
	ไม่มี	240 (35.1)	444 (64.9)	1		127 (18.6)	557 (81.4)	1	

*วิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression) โดยการควบคุมตัวแปรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

^า มี หมายถึง ปัจจัยนี้มีผลต่อความรู้สึกเครียดปานกลาง เครียดมาก หรือมากที่สุด

^บ ไม่มี หมายถึง ปัจจัยนี้ไม่มีผลต่อความรู้สึกเครียด หรือมีผลต่อความรู้สึกเครียดเล็กน้อย

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียดและซึมเศร้า

ระดับความเครียด; n (%)	Depression 162 (21.4)	No Depression 593 (78.6)	Adjusted OR	(95% CI)	p-value
ระดับความเครียดสูง	137 (46.1)	160 (53.9)	14.3	(8.6 - 23.8)	<0.001*
ระดับความเครียดปกติ	25 (5.5)	433 (94.5)	1		

*วิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression) โดยการควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ในระบบบริการสาธารณสุขไทยคล้ายกัน สิ่งที่แตกต่างในการศึกษานี้คือ มีอัตราการให้ความร่วมมือตอบกลับมากกว่าร้อยละ 90 จากเจ้าหน้าที่ทั้งโรงพยาบาลอุทัยธานี ครอบคลุมทุกหน่วยงานในทุกระดับ ถือเป็นตัวแทนบุคลากรทั้งหมดที่อาจมีปัญหาลากหลายและมีแนวทางจัดการปัญหาที่ต่างกัน จึงมีโอกาสพบความเครียดสูงกว่าการศึกษานี้ที่อัตราการตอบกลับน้อยกว่าร้อยละ 50

ผลจากการวิเคราะห์ความถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression) พบว่ามีปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอยู่ 4 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะงานและภาระงาน และปัจจัยด้านสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ซึ่งมีอัตราการเกิดภาวะเครียดมากกว่าปัจจัยอื่น 2.6 เท่า เนื่องจากโรงพยาบาลอุทัยธานีเป็นโรงพยาบาลรัฐบาลขนาดใหญ่แห่งเดียวที่รับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลประจำอำเภอทั้ง 7 แห่งในจังหวัด โดยจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นทุกปีไม่สอดคล้องกับบุคลากรที่มี ขณะที่สมดุลชีวิตกับการทำงานเป็นการรักษาคุณภาพของการทำงานกับการใช้ชีวิตส่วนตัวที่บุคคลต้องการให้เกิดขึ้น หากสามารถบริหารเวลาในแผนการดำเนินชีวิตให้เกิดสมดุลได้ จะทำให้การดำเนินชีวิตและการงานราบรื่นทำงานสำเร็จตามระยะเวลาที่กำหนด ส่งผลให้เกิดความสุขในชีวิตและการทำงาน²⁵ แต่หากชีวิตด้านการงานเข้าไปมีอิทธิพลต่อชีวิตส่วนตัวของบุคคลมากเกินไป เช่น บุคลากรที่มีภาระงานมากหรือต้องใช้เวลาทำงานมากจนมีเวลาให้กิจกรรมอื่นในชีวิตลดลง หรือเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าในการทำงานจนมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว²⁶ อาจทำให้บุคลากรรู้สึกสูญเสียสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน ความพึงพอใจในชีวิตลดลงจนส่งผลต่อสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวิมล กันตา และคณะ⁸ ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัจจัยด้านงานและภาระงาน รวมทั้งสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน และการศึกษาของ วีรวรรณ เหล่าวิทวัส²⁷ ที่พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยปริมาณงาน ภาวะกดดันจากงาน ขาดแรงจูงใจในงาน และขาดเวลาผ่อนคลายตามต้องการ นอกจากนี้พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดในการศึกษานี้รองลงมา ได้แก่ ปัจจัยด้านภาระค่าใช้จ่ายส่วนตัว รวมทั้งค่าตอบแทนและสวัสดิการในการทำงาน ซึ่งมีอัตราการเกิดภาวะเครียดมากกว่าปัจจัยอื่นประมาณ 2 เท่า เนื่องจากเมื่อบุคลากรมีสถานะทางเศรษฐกิจไม่ดี มีรายได้ไม่น้อยกว่าที่ สอนทางกับค่าครองชีพที่สูงขึ้นเรื่อยๆ ย่อมดำเนินชีวิตลำบากจนก่อให้เกิดภาวะเครียดสอดคล้องกับการศึกษาของ บัญชา จันลิน²⁸ ที่พบว่าการมีรายได้ไม่เพียงพอเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิรฎกกาญจน์ จันทรา และคณะ²⁹ ที่พบว่าปัจจัยด้านสถานะทางการเงินมีความสัมพันธ์ต่อระดับความเครียดของบุคลากรโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในการสำรวจระดับจิตเวชของประชาชนคนไทยระดับชาติ ปี 2551 พบคนไทยช่วงอายุ 15 - 59 ปี มีความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 2.51 ซึ่งน้อยมากเมื่อเทียบกับการศึกษานี้ที่พบว่า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมีความชุกของภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ร้อยละ 21.4 เพราะกลุ่มประชากรในการศึกษานี้แตกต่างกันอย่างมาก คือ ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนส่วนบุคคลทั่วประเทศ เทียบกับเจ้าหน้าที่ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลอุทัยธานี โดยผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวิมล กันตา และคณะ⁸ ที่พบความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่านร้อยละ 20.7 และมากกว่า อมรรัตน์ ตันติพิทยพงศ์¹⁰ ซึ่งพบความชุกภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.3 ในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ขณะที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและรุนแรงของบุคลากรอยู่ในระดับต่ำที่ร้อยละ 5.3 สอดคล้องกับอีกสองการศึกษาที่ร้อยละ 3.2⁸ และร้อยละ 2.4¹⁰ ตามลำดับจากการศึกษาในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลรัฐบาลระดับจังหวัด

เหมือนกันแต่กลับไม่พบภาวะซึมเศร้า หรือพบในระดับเล็กน้อย เป็นส่วนใหญ่ ทั้งที่โรงพยาบาลอุทัยธานีพบความชุกความเครียด ระดับสูงและรุนแรงในเจ้าหน้าที่เกือบร้อยละ 40 อาจเป็นเพราะ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความรู้สึกกลัวการสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคม จึงพยายามปกปิดความเจ็บป่วยทางใจไว้ โดยการตอบแบบ ประเมินภาวะซึมเศร้าให้ดูปกติตามความคาดหวังหรือคติในสังคม (social desirability bias) ดังที่มีการศึกษาทัศนคติในแง่ลบหรือ การเป็นตราบาปของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากประชากรในประเทศ ฟินแลนด์และแคนาดา พบว่าเกือบร้อยละ 50 ของประชาชนทั่วไป เข้าใจว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นคนอ่อนแอ คาดเดาอาการป่วยได้ยาก และเป็นการเจ็บป่วยที่เหมาะสมต่อสถานการณ์ชีวิตของผู้ป่วยแล้ว เกือบ 1 ใน 4 เชื่อว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นบุคคลอันตราย³⁰⁻³¹ นอกจากนี้การศึกษาในประเทศไทยพบว่า ระดับการศึกษาที่สูง เป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับระดับความเป็นตราบาปที่สูงขึ้นต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในประชากรไทย โดยพบ perceived stigma สูง³² คือ การรับรู้ว่าคุณค่าอื่น ๆ คิดหรือรู้สึกกับโรคซึมเศร้า อย่างไร สอดคล้องกับบุคลากรโรงพยาบาลที่มีตำแหน่งเป็น ข้าราชการประมาณร้อยละ 50 มีการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี อยู่ที่ร้อยละ 60 ต้องสวมบทบาทหลายอย่างพร้อมกัน เช่น หัวหน้าครอบครัว หัวหน้างาน ลูกน้อง ลูก เป็นต้น เมื่อรู้สึกว่า มี ฐานะทางสังคมแล้วอาจต้องการรักษาสถานภาพตนเองให้ดูดี จึงไม่สามารถยอมรับว่าตนป่วยด้วยโรคซึมเศร้าได้ เช่นเดียวกับ ข้อสรุปนิสัยของคนไทยในสังคมที่มักให้ความสำคัญกับเรื่อง สถานภาพ ไม่ชอบการแสดงออก มีความสุภาพอ่อนโยน และอยู่ ภายใต้อารมณ์นิยมปฏิบัติ³³ ทั้งนี้ความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 21.4 อาจเกิดได้จากหลายปัจจัย จากการวิเคราะห์ข้อมูล ของการศึกษานี้พบว่าภาวะเครียดหรือการมีความเครียดระดับสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยพบอัตราการเกิด ภาวะซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่ที่มีความเครียดระดับสูงมากกว่า เจ้าหน้าที่ที่มีความเครียดระดับปกติ 14.3 เท่า มีค่าช่วงความเชื่อมั่น ที่ 95% อยู่ระหว่าง 8.6 และ 23.8 สอดคล้องกับการศึกษา ในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่าน⁸ แพทย์ฝึกหัดโรงพยาบาลตำรวจ¹² และในนักศึกษาแพทย์ประเทศมาเลเซีย³⁴ ที่พบว่าความเครียด ระดับสูงสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุทัยธานีส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง วยทำงาน สอดคล้องกับการสำรวจจะบาติวิทยาสุขภาพจิตของ คนไทยที่พบว่าเพศหญิงเสี่ยงป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามากกว่าชาย และ พบมากในวัยทำงาน¹

ในการศึกษานี้พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่ทำให้เกิด ภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ซึ่งมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าปัจจัยอื่น 4.3 เท่า ต่างจากการศึกษาของ ศิริวิมล กันตา และคณะ⁸ ที่พบว่าตำแหน่งลูกจ้าง และปัจจัยด้านพฤติกรรมภาวะผู้นำของ หัวหน้างานสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สาเหตุที่ปัจจัยด้านสุขภาพกายและ สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอาจเป็นเพราะความเจ็บป่วย ลดความปกติสุขในการดำเนินชีวิตและการทำงาน จนส่งผลต่อ ความรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรนนท์ บุญนา³⁵ ที่ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อการ เกิดภาวะซึมเศร้าของพนักงานบริษัทแห่งหนึ่ง พบว่าพนักงาน ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำหรือมีความรู้สึกในด้านลบจะมี ภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า โรคร่วมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืดภูมิแพ้ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และข้อเสื่อมข้ออักเสบ มีความ สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³⁶⁻³⁸ จุดแข็งของการศึกษานี้ คือ มีผู้สมัครใจเข้าร่วมวิจัยจากทุกหน่วย งานมากถึงร้อยละ 92.3 จึงอาจถือเป็นตัวแทนเจ้าหน้าที่ทั้งโรง พยาบาลได้ ทำให้มีความน่าเชื่อถือในการอ้างอิงผลการศึกษากับ เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานต่างๆ ของโรงพยาบาลรัฐบาลอื่นที่มีบริบท ใกล้เคียงกัน มีการสร้างแบบสอบถามขึ้นใหม่จากการทบทวน วรรณกรรมก่อนหน้านี้โดยให้เลือกระดับความรุนแรงของความรู้สึก เครียดต่อปัจจัยด้านต่างๆ ทำให้ได้ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานด้านต่างๆ ที่ส่งผลต่อความเครียดที่ชัดเจนครอบคลุมขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษาค้างนี้ คือ ความชุกของภาวะ เครียดและซึมเศร้านี้เป็นเพียงการวัดจากการตอบแบบประเมินที่ ใช้สำหรับคัดกรองเท่านั้น จึงควรพบจิตแพทย์เพื่อการประเมินและ ให้การวินิจฉัยโรคที่แน่นอนอีกครั้ง

ข้อเสนอแนะ

การนำไปใช้ในเวชปฏิบัติ

จากการศึกษานี้พบความชุกของผู้มีภาวะซึมเศร้าและ เครียดจนส่งผลกระทบต่อชีวิตค่อนข้างมาก จึงควรมีการ ประชาสัมพันธ์สร้างความตระหนักรู้ถึงความรุนแรงของปัญหา ในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกคน นอกจากนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรจัดทำแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยส่งเสริมการคัดกรองภาวะ เครียดและซึมเศร้าในบุคลากรทุกคนอย่างสม่ำเสมอทุกปีเพื่อเข้าสู่

ระบบการรักษา ซึ่งการศึกษานี้เป็นข้อมูลสะท้อนกลับให้ผู้บริหารในการวางแผนส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอย่างยั่งยืน เช่น มีโครงการลดตราใบ (stigma) ในผู้รับการรักษาโรคซึมเศร้า และมีโครงการที่ส่งเสริมการออกกำลังกาย ลดน้ำหนัก ลดละเลิกบุหรี่ และสุรา³⁹ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและจิต ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของภาวะซึมเศร้า

การศึกษาต่อเนื่องในอนาคต

ควรมีการศึกษาในระดับประเทศเพื่อให้เห็นภาพรวมของปัญหาสุขภาพจิตของคนทำงานในระบบสาธารณสุขไทย โดยอาจมีการร่วมมือกันแบบพหุสถาบัน (multicenter study) ในสถานบริการทางสุขภาพทุกระดับ ทั้งหน่วยงานทางราชการและภาคเอกชน นอกจากนี้ควรมีการศึกษาไปข้างหน้าเพื่อติดตามแนวโน้มของภาวะเครียดและซึมเศร้า รวมทั้งศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มที่มีภาวะเครียดและซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไป เพื่อให้ทราบสาเหตุปัจจัยอื่นเพิ่มเติม และหาแนวทางแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

สรุป

การศึกษากภาวะเครียดและซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุตยธานีปี 2566 พบว่าเจ้าหน้าที่ที่มีความเครียดระดับสูงและรุนแรงที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิต 297 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.3 และมีภาวะซึมเศร้า 162 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.4 โดยพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 51.4 รองลงมาที่มีความเครียดระดับสูง ร้อยละ 31.9 รองลงมาที่มีความเครียดระดับน้อย ร้อยละ 9.3 และมีความเครียดระดับรุนแรง ร้อยละ 7.4 ขณะที่พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 78.5 รองลงมามีอาการของภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 16.1 รองลงมามีอาการของภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 4.8 และมีอาการของภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 0.5 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าเป็นปัจจัยด้านลักษณะงานและการะงาน ปัจจัยด้านสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ปัจจัยด้านภาระค่าใช้จ่ายส่วนตัว และปัจจัยด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการในการทำงาน ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะเครียดและซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่ที่มีความเครียดระดับสูงมากกว่าเจ้าหน้าที่ที่มีระดับความเครียดปกติ 14.3 เท่า

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุตยธานีทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุตยธานีที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และขอขอบคุณ แพทย์หญิงปนัดดา ศรีวิชิต รวมถึงทุกท่านที่ให้คำปรึกษาและสนับสนุนตลอดการทำวิจัย

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

การศึกษานี้ไม่ได้ขอรับเงินทุน และไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับหน่วยงานใด

เอกสารอ้างอิง

1. Kongsuk T. Prevalence of major depressive disorders in Thai people: A national epidemiology survey 2008. Bangkok: Department of Mental Health; 2008.
2. Lexis MA, Jansen NW, van Amelsvoort LG, van den Brandt PA, Kant I. Depressive complaints as a predictor of sickness absence among the working population. J Occup Environ Med 2009; 51:887-95.
3. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Geneva: WHO; 2017.
4. Fond G, Fernandes S, Lucas G, Greenberg N, Boyer L. Depression in healthcare workers: Results from the nationwide AMADEUS survey. Int J Nurs Stud 2022; 135:104328.
5. Kim MS, Kim T, Lee D, Yook JH, Hong YC, Lee SY, et al. Mental disorders among workers in the healthcare industry: 2014 national health insurance data. Ann Occup Environ Med 2018; 30:31.
6. Komwong D, Prasanthanakul J, Phanassathit M, Wongwan T. Work-related factors and mental health outcomes among healthcare workers during COVID-19 pandemic. JHSR 2022;16(1):54-68.
7. Yothaburee S, Anekwit N, Yurayat P. Prevalence and factors associated of mental health among personnel in Mahasarakham hospital. Mahasarakham Hospital Journal 2022;19(3):149-64.
8. Kuntar S, Pongseeda N, Saowaluk K. Stress and depressive disorder in hospital personnel at Nan Hospital. J Psychiatr Assoc Thailand 2022;67(3):256-66.
9. Sangsirilak A, Sangsirilak S. Stress and depressed mood in healthcare workers during COVID-19 outbreak. J Psychiatr Assoc Thailand 2020;65(4):400-8.
10. Tanthitippong A. Prevalence and predicting factors of depression and stress from work in Vachira Phuket Hospital's employees. Reg11med 2019;33(1):203-16.
11. Thichapha T, Lerthattasilp T. Prevalence of depression among resident physicians during the COVID-19 pandemic. J Psychiatr Assoc Thailand 2020;66(3):337-50.
12. Nganvivattavorn S, Khulasittijinda N. Stress and depression as a medical intern, Police General Hospital. J Psychiatr Assoc Thailand 2020;65(4):373-84.

13. Thamrongvisava S, Pitanupong J. The prevalence and associated factors of burnout syndrome among residents in training at Faculty of Medicine, Songklanagarind Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2018;63(4):309-20.
14. Kaewporndawan T, Chaiudomsom C. The prevalence and associated factors of depression among residents in training at Faculty of Medicine, Siriraj Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2014;59(1):41-50.
15. Junsatitanon P. Depression and sleep quality among nurses in tertiary hospital in Bangkok [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2019.
16. Thongtao J, Patjanasontorn N, Kuchaiyasit C, Paholpak S. The prevalence of depression among the nurses of Srinagarind Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2009;54(1):37-54.
17. Suwannon P. Depression among parents of children and adolescent psychiatric patients at Songkhla Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2020;65(3):289-300.
18. Phitsanu W, Charernboon T. Depression and caregiver burden among caregivers of patients with Schizophrenia at Thammasat University Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2019;64(4):317-36.
19. Winatpathama C, Sittironnarit G, Charoensak S. Prevalence of depression and its associated factors among caregivers of elderly psychiatric. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2019;64(3):283-96.
20. Thaneerat T, Panitangkool Y, Doungyot T, Tooreerach U, Kimsao P. Prevalence of depression, anxiety, and associated factors in caregivers of geriatric psychiatric patients. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2016;61(4):319-30.
21. Ondee P, Panitrat R, Pondthavornkamol K, Senanarong V, Harvath TA, Nittayasudhi D. Factors predicting depression among caregivers of persons with dementia. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2013;17(2):167-80.
22. Mahatnirunkul S, Pumpaisanchai W, Tapanya P. The construction of Suan Prung Stress Test for Thai Population. *Bulletin of Suanprung* 1997;13(3):1-20.
23. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008; 8:46.
24. Sakarinkhul P, Jirapornchareon W. Comparison of stress between patient-care personnel and other personnel at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. *LPHJ* 2006;2(3):190-7.
25. Dex S, Bond S. Measuring work-life balance and its covariates. *Work Employ Soc* 2005;19(3):627-37.
26. Bayraktar M, Salman M. The impact of family life on work efficiency: a study of employed women from different occupational statuses in a metropolitan area in Turkey. *Int J Consum Stud* 2003;27(1):80-6.
27. Laowittawas W. Mental health outcomes from working with Coronavirus disease 2019 (COVID-19) among healthcare workers in Khon Kaen Province. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office* 2022;4(2):131-46.
28. Jansin B. Factors associated with stress and depression in COVID-19 pandemic among primary health care workers at primary care unit, Uthumphon Phisai District, Sisaket Province. *MJSBH* 2022; 37(2):465-76.
29. Chantra N, Wongwattana S, Seeno N, Pilasang N, Sadakorn M, Sritep K, et al. Factors related to stress level among hospital personnel in governmental hospital in Samut Prakan. In: *Proceedings of 57th Kasetsart University Annual Conference: Education, Economics and Business Administration, Humanities and Social Sciences*; 2019 Jan 29 - Feb 1; Kasetsart University, Bangkok. Bangkok: Kasetsart University; 2019. p.406-13.
30. Aromaa E, Tolvanen A, Tuulari J, Wahlbeck K. Predictors of stigmatizing attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. *Nord J Psychiatry* 2011;65(2):125-32.
31. Wang J, Lai D. The relationship between mental health literacy, personal contacts and personal stigma against depression. *J Affect Disord* 2008;110(1-2):191-6.
32. Tangjitboonsanga N, Charnsil C. Attitude toward depression in Thai population. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2020;65(1):75-88.
33. Channarong C. The habit analysis of Thai people through "Media activities to sustain the human race". *JCOSCI* 2017;5(2):141-9.
34. Sherina M, Rampal L, Kaneson N. Psychological stress among undergraduate medical students. *Med J Malaysia* 2004; 59:207-11.
35. Bunnawa C. Prevalence of depression and related factors among enterprise employees aged 50-60 years, CAT Telecom Public Company Limited in Bangkok. Bangkok: Chulalongkorn University; 2012.
36. Cramer H, Lauche R, Adams J, Frawley J, Broom A, Sibbritt D. Is depression associated with unhealthy behaviors among middle-aged and older women with hypertension or heart disease? *Womens Health Issues* 2020;30(1):35-40.
37. Lotfaliany M, Bowe SJ, Kowal P, Orellana L, Berk M, Mohebbi M. Depression and chronic diseases: Co-occurrence and communality of risk factors. *J Affect Disord* 2018; 241:461-8.
38. Rodic D, Meyer AH, Meinschmidt G. The association between depressive symptoms and physical diseases in Switzerland: A cross-sectional general population study. *Front Public Health* 2015; 3:47.
39. Fond G, Lucas G, Boyer L. Untreated major depression in healthcare workers: Results from the nationwide AMADEUS survey. *J Clin Nurs* 2023; 32:7765-72.

ผลของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด ในโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

เจริญศักดิ์ อ่ำกลิ่น*, เกษราภรณ์ เคนบุปผา**

*กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพุทธโสธร

**สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดแบบรายบุคคล (individual MBCT) ต่ออาการซึมเศร้า ความหมกมุ่นครุ่นคิดต่อเหตุการณ์และสติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าเมื่อติดตามในระยะเวลา 3 เดือน

วิธีการศึกษา ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) การวิจัยเชิงปริมาณถึงทดลองแบบกลุ่มเดี่ยว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลพุทธโสธร จำนวน 18 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัด Individual MBCT 6 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ แบบประเมินอาการซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม แบบประเมินความหมกมุ่นครุ่นคิดต่อสถานการณ์ แบบประเมินสติ โดยวัดผลลัพธ์ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ระยะติดตามผล 3 เดือน และติดตามการกำเริบซ้ำของโรคซึมเศร้าภายใน 3 เดือน ผู้บำบัดเป็นจิตแพทย์ที่ผ่านการอบรมโปรแกรม MBCT วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ One-way repeated measures ANOVA และ Bonferroni method 2) การวิจัยเชิงคุณภาพ สุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 5 คน ในระยะติดตาม 3 เดือน มาสัมภาษณ์แบบกลุ่มทางออนไลน์ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้แบบ Thematic analysis

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง 18 คน แบ่งเป็นหญิง 14 คน และชาย 4 คน อายุเฉลี่ย 33.78 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 33.50)ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 1 ปีเป็นส่วนใหญ่ ระยะเวลาป่วยนานสูงสุด 7 ปี มีการกำเริบมากที่สุด 5 ครั้ง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกคนได้รับการรักษาโรคซึมเศร้า 1 คน นอกจากการวิจัยเนื่องจากโรคซึมเศร้ากำเริบ ผลการวิจัยเชิงปริมาณพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) 4.53 คะแนน ความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์เฉลี่ยของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) 11.18 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยสติของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) 5.77 คะแนน ระยะติดตามผล 3 เดือน 17 คน ไม่มีการกำเริบซ้ำของโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยเชิงคุณภาพจากการสุ่มตัวอย่างสัมภาษณ์แบบกลุ่มออนไลน์ 5 ราย พบว่าผู้ป่วยมีการตระหนักรู้และความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ปฏิกริยาของร่างกาย และพฤติกรรมของตัวเอง มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเชิงบวก และรายงานผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ระดับความเครียดของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยเข้าใจกลไกการจัดการความเครียดและอารมณ์ของตนเอง และปรับตัวเข้ากับสังคมดีขึ้น

สรุป โปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดแบบรายบุคคลอาจมีประสิทธิภาพในป้องกันการกำเริบซ้ำของโรคซึมเศร้าที่ระยะเวลา 3 เดือน ลดอาการซึมเศร้าและความหมกมุ่นครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ เพิ่มการมีสติและการตระหนักรู้ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าได้ อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุมเพิ่มเติมเพื่อยืนยันประสิทธิภาพผลของโปรแกรม

คำสำคัญ การบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด รายบุคคล ซึมเศร้า กำเริบ หมกมุ่นครุ่นคิด สติ

Corresponding author: เกษราภรณ์ เคนบุปผา

สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

E-mail: kedsaraporn@bcnsp.ac.th

วันรับ : 3 พฤษภาคม 2567 วันแก้ไข : 25 กรกฎาคม 2567 วันตอบรับ : 10 สิงหาคม 2567

The Effects of Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression in Buddhasothorn Hospital, Chachoengsao Province

Charoensak Umklin*, Kedsaraporn Kenbubpha**

*Psychiatric Department, Buddhasothorn Hospital

**Psychiatric and Mental Health Nursing, Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

ABSTRACT

Objective: To study the effects of an individual Mindfulness-Based Cognitive Therapy (Individual MBCT) program on depression symptoms, ruminative thought, and mindfulness in patients with depression, as well as to prevent relapse within a 3-month follow-up period.

Methods: A mixed-method research design was used, comprising two parts: 1) A quantitative quasi-experimental single-group study with 18 depressive patients receiving treatment at the psychiatric clinic of Buddhasothorn Hospital. The intervention consisted of six 1-hour Individual MBCT sessions over six weeks. Outcomes were measured using the 9-item depression symptom questionnaire, Ruminative Response Scale (Thai version), and Mindfulness Assessment Scale before and after the intervention, at the 3-month follow-up, and tracking depression relapse within three months. The therapist was a psychiatrist trained in MBCT. Data were analyzed using One-way repeated measures ANOVA and the Bonferroni method. 2) A qualitative study involving online group interviews with 5 depressive patients at the 3-month follow-up, analyzed using thematic analysis.

Results: Results of the 18 participants (14 women and 4 men, mean age 33.78 years, SD = 33.50), most had been depressed for 1 year, with the longest duration being 7 years, and up to 5 relapses. All participants were on antidepressants, with one dropping out due to a relapse. Quantitative results showed significant reductions in depression scores (mean decrease of 4.53 points, $p < .01$), rumination (mean decrease of 11.18 points, $p < .01$), and significant increases in mindfulness scores (mean increase of 5.77 points, $p < .01$). At the 3-month follow-up, 17 patients had no relapse. Qualitative results from the group interviews indicated improved awareness and understanding of the relationship between thoughts, emotions, bodily reactions, and behaviors, positive behavioral changes, reduced stress, better understanding of stress and emotion management mechanisms, and improved social adaptation.

Conclusion: The Individual MBCT program may be effective in preventing depression relapse over a 3-month period, reducing depression symptoms and rumination, and increasing mindfulness and awareness in depressive patients. It can be used in conjunction with antidepressants. However, controlled studies are needed to confirm the program's efficacy.

Keywords: Mindfulness-Based Cognitive Therapy, individual, depression, relapse, rumination, mindfulness

Corresponding author: Kedsaraporn Kenbubpha

E-mail: kedsaraporn@bcnsp.ac.th

Received 3 May 2024 Revised 25 July 2024 Accepted 10 August 2024

บทนำ

โรคซึมเศร้าจัดอยู่ในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อจิตใจและสังคม ทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ สมองและการตัดสินใจลดลง ตลอดจนมีปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่น¹ ความทุกข์ในชีวิตของโรคซึมเศร้าประมาณร้อยละ 16² โดยโรคซึมเศร้ากำลังเป็นปัญหาหลักที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพทั่วโลก³ หลังจากป่วยเป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรก ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 มีโอกาสกลับมาป่วยเป็นโรคซึมเศร้าซ้ำอีกครั้งเมื่อติดตามในระยะ 2 ปี⁴ และความเสี่ยงของการกลับมาเป็นซ้ำจะมากขึ้นสัมพันธ์ระยะเวลา⁵ สำหรับประเทศไทยจากรายงานของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต พบว่ามีผู้ป่วยกลุ่มอารมณ์ซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำร้อยละ 18.3⁶ และมีรายงานวิจัยอื่นๆ ในประเทศพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 51.9⁷ และ 88.2⁸ จากรายงานผลการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการ มีจำนวน 1,135, 1,120 และ 1,338 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นในแต่ละปี⁹ ทำให้มีโอกาสมากขึ้นที่จะได้สูงจากการดำเนินโรค และจากงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้านั้นทำได้โดยการให้ยา กลุ่มยาต้านเศร้า การทำจิตบำบัด การรักษาด้วยไฟฟ้า (ในรายที่มีอาการรุนแรง) การทำจิตบำบัดทำได้หลายรูปแบบ เช่น การให้คำปรึกษาแก้ไข ปัญหาสังคมจิตใจ และการเรียนรู้ทักษะจัดการกับความเครียด การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นต้น¹⁰ โดยจากการศึกษาพบว่า การทำจิตบำบัดนั้นสามารถช่วยลดอาการของโรคซึมเศร้า และเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร่วมกับการรักษาด้วยยา¹¹ ปัจจุบันได้มีการพัฒนา รูปแบบการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการตระหนักรู้ความคิด (Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT) เป็นการบูรณาการ มาจากโปรแกรมการลดความเครียดด้วยพื้นฐานสติ (Mindfulness-Based Stress Reduction Program: MBSR) ร่วมกับโปรแกรม การปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) ซึ่งโปรแกรม MBCT มุ่งเน้นการตระหนักรู้ความคิดและ อารมณ์ด้านลบ รวมถึงการตอบสนองของร่างกายด้วยการฝึกสติ เพื่อปรับเปลี่ยนการตอบสนองเดิมแบบอัตโนมัติตามความเคยชินเดิม โดยไม่เน้นการเปลี่ยนความเชื่อที่มีต่อความคิดนั้น¹³ จากการ ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของต่างประเทศพบว่าโปรแกรม MBCT มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสติความตระหนักรู้ ความครุ่นคิด ความวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้าในทางที่ดีขึ้น และมี

ผลต่อการบำบัดรักษา รวมถึงป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการ เกิดขึ้นครั้งใหม่ของโรคซึมเศร้า¹⁴ โดยรูปแบบการบำบัด MBCT เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม แต่พบว่าการนำมาใช้บำบัดในรูปแบบ ของรายบุคคล โดยมีผลการวิจัยในต่างประเทศ เปรียบเทียบ การบำบัดด้วย MBCT ระหว่างการบำบัดแบบกลุ่มและรายบุคคล ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าให้ผลไม่แตกต่างกัน²⁰ ในการลด อาการซึมเศร้าและวิตกกังวล รวมถึงอาการทางร่างกาย แต่ยังไม่ พบรายงานผลการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

สำหรับรายงานผลการวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดโรคซึมเศร้า ด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในประเทศไทยได้มีการศึกษา โดย เกษราภรณ์ เคนบุผา และคณะ¹⁵ โดยพัฒนาและทดสอบ ผลโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ ความคิดขึ้น เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มี อาการหายทุเลาและใช้ชีวิตในชุมชน โดยการใช้กรอบแนวคิดของ Segal, Williams¹⁶, Segal ZV, Williams MG¹⁷ ซึ่งเป็นการบำบัด แบบกลุ่ม จำนวน 8 ครั้ง ใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 60 - 120 นาที โดยบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้าวลดลง และมีความหมกหมุ่น ครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ลดลง รวมทั้งไม่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ในระยะติดตามผล 6 เดือนหลังการทดลอง การศึกษาอื่นๆ ที่มี การใช้พื้นฐานการเจริญสติในการบำบัดในประเทศไทย ได้แก่ การศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 40 คน ในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลทั่วไป พบว่ากลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมมีอาการซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸ และการศึกษาผลของ โปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐานภายใต้ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่ม ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 30 คน ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนา จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังได้รับ โปรแกรมดังกล่าวมีอาการซึมเศร้าวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)¹⁹ การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ แผนกจิตเวชโรงพยาบาลพุทธโสธรนั้น มีผู้ป่วยที่ต้องได้รับ ทำจิตบำบัดเช่นกัน และจากการที่ผู้วิจัยเล็งเห็นประสิทธิภาพของ โปรแกรม MBCT ในการรักษาคนไข้ แต่มีข้อจำกัดในด้านสถานที่ สำหรับใช้ในการทำกลุ่ม และพบว่ามีผู้ป่วยบางรายที่ไม่สมัครใจ หรือไม่เหมาะกับการบำบัดแบบกลุ่ม ประกอบกับผลการวิจัย ในต่างประเทศที่พบว่าการบำบัดด้วย MBCT แบบกลุ่มและราย

บุคคลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ให้ผลไม่แตกต่างกันในการลดอาการซึมเศร้า²⁰ จึงมีแนวคิดในการใช้ MBCT ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้รูปแบบบำบัดรายบุคคล และปรับเวลาให้มีความกระชับมากขึ้นให้เหมาะกับการบำบัดรายบุคคล เพื่อศึกษาผลจากโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วย MBCT รายบุคคลซึ่งยังมีการศึกษาอยู่น้อย ทั้งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้า การหมกหมุ่นครุ่นคิด สติ และผลต่อการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า และเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ในการศึกษาวิจัยอื่นๆ ต่อไป จึงเป็นที่มาของการทำการวิจัยครั้งนี้ โดยสมมติฐานในการทำงานวิจัยคือการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดแบบรายบุคคล สามารถลดอาการซึมเศร้า การหมกหมุ่นครุ่นคิด และเพิ่มการมีสติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ และอาจป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าเมื่อติดตามหลังบำบัด 3 เดือน

วิธีการศึกษา

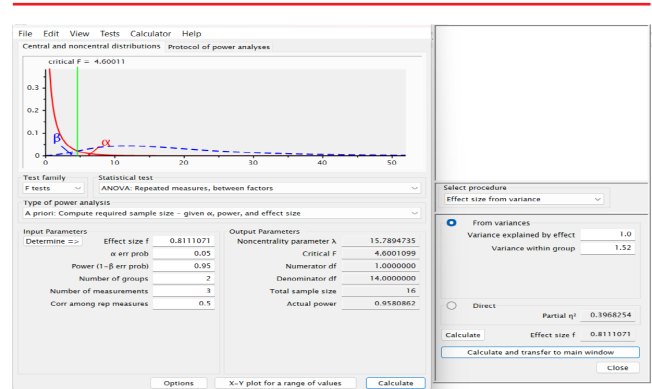
ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods) โดยเริ่มจากการวิจัยเชิงปริมาณกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว (a quasi-experimental design) และการวิจัยเชิงคุณภาพโดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมดังกล่าวเพื่อสนทนากลุ่มทางออนไลน์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้วิจัย (ผู้วิจัยหลักและผู้วิจัยคนที่ 2) เพื่อประเมินผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว ดำเนินการบำบัดตามโปรแกรม MBCT ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา ระยะเวลาศึกษาวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2566 - 28 กุมภาพันธ์ 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจากจิตแพทย์ โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (DSM-V)

กลุ่มตัวอย่างและการคำนวณขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER²³ โดยใช้ผลการวิจัยจากการศึกษาของ เกษราภรณ์ เคนบุปผา และคณะ¹⁵ กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติความน่าเชื่อถือที่ร้อยละ 95 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ร้อยละ 95 แทนค่าในโปรแกรม G*POWER ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 แสดงการคำนวณขนาดตัวอย่าง

ได้ประมาณการตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 16 คน แต่เพื่อป้องกันการออกจากการศึกษา (drop out) ก่อนกำหนด งานวิจัยนี้จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 ได้ประมาณการตัวอย่างทั้งหมด 18 คน จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (systematic random sampling) จากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่การวิจัย เรียงตามลำดับรหัสผู้ป่วยของโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา ในช่วงเวลาทำการวิจัย แล้วคัดเลือกโดยใช้ช่วงของการเลือกตัวอย่างที่คำนวณจากจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกับการวิจัย (72 คน)หารด้วยขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (18 คน) คำนวณได้เท่ากับ 4 ดังนั้นจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่การวิจัยข้างต้น ทุกๆ 4 คน จะถูกเลือกเป็นตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

การศึกษาเชิงคุณภาพใช้วิธีการสุ่มอย่างแบบง่าย (simple random sampling) จากกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย 17 คน ประมาณร้อยละ 33.33 ได้กลุ่มตัวอย่าง 6 คน แต่เนื่องจากในวันนัดสัมภาษณ์แบบกลุ่มทางออนไลน์ ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้ 1 คน จึงเหลือตัวอย่างจำนวน 5 คน สัมภาษณ์แบบกลุ่มทางออนไลน์

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria)

1. มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป และมีประวัติได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าโดยจิตแพทย์ ตามเกณฑ์วินิจฉัยจำแนกโรคทางจิตเวช (DSM-5)
2. เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก
3. มีผลการประเมินด้วย 9Q ในระดับไม่มี ($9Q \leq 7$ คะแนน) หรือเล็กน้อย ($9Q = 7 - 12$ คะแนน) หรือปานกลาง ($9Q = 13 - 18$ คะแนน)
4. สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (exclusion criteria)

1. มีโรคร่วมหรือภาวะทางจิตเวชที่อาจส่งผลกระทบต่ออาการซึมเศร้า เช่น ภาวะสมองเสื่อม โรคจิต ใช้สารเสพติด มีความคิดอยากตายระดับรุนแรง เป็นต้น
2. มีประวัติป่วยเป็นโรคความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดสองขั้ว ปัจจุบันอยู่ในช่วงซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของจิตแพทย์
3. มีปัญหาในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมบำบัด เช่น บุคลิกภาพผิดปกติ เป็นต้น
4. มีปัญหาในการตอบแบบสอบถาม และทดสอบโดยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ได้คะแนน ≤ 22
5. ไม่อยู่ในระหว่างการบำบัดด้วยโปรแกรมอื่น เช่น โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมสำหรับผู้มีภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

เกณฑ์ให้ยุติจากการวิจัย (termination criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรม MBCT ครบทุกกิจกรรม (น้อยกว่าร้อยละ 80)
2. ระหว่างดำเนินกิจกรรมที่ 1 - 6 ของโปรแกรม MBCT กลุ่มตัวอย่างมีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า
3. ขอลถอนตัวออกจากโครงการวิจัยโดยความสมัครใจ
4. แพทย์ปรับเพิ่มยาต้านอาการซึมเศร้าเพราะมีอาการรุนแรง

คุณสมบัติผู้บำบัด

ผู้บำบัดในการวิจัยนี้เป็นจิตแพทย์มีประสบการณ์ทำงาน 15 ปี ผ่านการฝึกอบรมทักษะการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดโดยผู้เชี่ยวชาญ และมีการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยซึมเศร้าก่อนเริ่มการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย ประวัติการรักษาโรคซึมเศร้า และประวัติการฝึกสติและสมาธิ เป็นต้น

- 1.2 แบบประเมินอาการของโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) พัฒนาโดย ธรณินทร์ กองสุข และคณะ²⁴ มีค่า Cronbach's Alpha รายข้ออยู่ระหว่าง 0.784 - 0.821 ผลการเปรียบเทียบกับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.719 ($P < 0.001$) ค่าความไว ค่าความจำเพาะ และค่า Likelihood Ratio เท่ากับร้อยละ 85, 72 และ 3.04 (95%CI=2.16 - 4.26) ตามลำดับ สรุป 9Q มีความเที่ยงในระดับดีมากและมีความจำเพาะค่อนข้างสูง เมื่อเทียบกับเครื่องมือมาตรฐานระดับสากล (HRSD-17)

- 1.3 แบบวัดความคิดครุ่นคิดต่อสถานการณ์ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลและทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือในคนไทย โดยวารินทร์ ถาน้อย, รุ่งภา ภาณิตร์ธน์ และ กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล²⁵ ได้มีการแปลมาจากแบบวัดความคิดครุ่นคิดต่อสถานการณ์ (ruminative response scale) ของ Nolen-Hoeksema & Morrow²⁶ โดยแปลเป็นภาษาไทยโดยวิธี back translation ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 22 ข้อ คุณสมบัติของเครื่องมือพบว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI=0.95) และความเชื่อมั่นระดับดี ($\alpha=0.90$) ความคิดครุ่นคิดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความตึงเครียดทางอารมณ์ ($r=.736, p < .01$) และพฤติกรรมเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ($r=.46, p < .01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การแปลผลประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ คำถามกว้างๆ 5 ข้อ การสะท้อน (reflect) 5 ข้อ และอาการซึมเศร้า (depression) 12 ข้อ ตัวอย่างคำถาม เช่น มักคิดถึงความล้มเหลวหรือข้อผิดพลาดของตนเองตลอดเวลา เป็นแบบประเมินค่า Likert scale 4 ระดับ ที่มีตัวเลือกตั้งแต่ 1 คือ แทบจะไม่เคยเลย จนถึง 4 คือ เกือบจะตลอดเวลา ค่าคะแนนความเป็นไปได้อยู่ระหว่าง 22 - 88 ค่าคะแนนสูงหมายความว่ามีความครุ่นคิดมาก

- 1.4 แบบประเมินสติ (Mindfulness Assessment Scale : MAS) พัฒนาโดย อรรพรรณ ศิลปกิจ²⁷ คำถาม 15 ข้อ มีการทดสอบในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายได้แก่บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย ผู้มีประสบการณ์การอบรมวิปัสสนาเบื้องต้น และผู้ดูแลผู้ป่วย มีค่า Cronbach's alpha ทั้งฉบับ และรายด้านระหว่าง 0.67 - 0.82 MAS สัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับแบบประเมิน Hospital Anxiety Depression Scale MAS มีความตรงร่วมสมัยกับแบบประเมิน Philadelphia Mindfulness Scale ในส่วนตระหนักรู้อย่างมีนัยสำคัญ ตัวอย่างคำถาม เช่น ประเมินสติ

จากประสบการณ์ของท่านในแต่ละวันของ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา การแปลผลคะแนน คะแนนมาก หมายถึง การมีสติอยู่กับตนเองมาก คะแนนน้อย หมายถึง การมีสติอยู่กับตนเองน้อย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คำว่า รู้ ในที่นี้ก็คือ รู้สึกตัว รู้ว่าเกิดอะไรขึ้นในร่างกายหรือจิตใจของตนเอง

1.5 เกณฑ์การวินิจฉัย major depressive disorder ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (DSM-V) ใช้ในการประเมินการกลับมาเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าโดยจิตแพทย์

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดรายบุคคลที่ใช้ในครั้งนี้ คณะนักวิจัยปรับปรุงมาจากโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการหายหุเลาและใช้ชีวิตในชุมชนของ เกษราภรณ์ เคนบุผา และคณะ¹⁵ ซึ่งคณะผู้วิจัยได้ปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน และอาจารย์พยาบาลจิตเวช 1 คน โดยใช้หลักการประเมินความสอดคล้องของเนื้อหาให้มีค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) อย่างน้อย 0.78 ขึ้นไป ตามคำแนะนำของ Lynn²¹ และ Polit & Back²² พบว่ามีค่า 0.87 ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง บำบัดครั้งละ 60 - 90 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ โดยโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดรายบุคคลในโรงพยาบาลพุทธโสธร ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) ความตระหนักรู้กับความคิดที่เกิดขึ้น 2) การตระหนักรู้โลกของความคิด 3) การจัดการจิตใจที่ฟุ้งซ่าน 4) การตระหนักรู้และการปล่อยวาง 5) ความคิดไม่ใช่ความจริง 6) การดูแลตนเองอย่างดีที่สุด โดยในระหว่างสัปดาห์ที่ 1 - 5 จะมีการบ้านให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไปฝึกทักษะเกี่ยวกับการเจริญสติและการตระหนักรู้ถึงอารมณ์และความคิดร่วมด้วย ดังแสดงในรูปที่ 1

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัย โดยขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา เลขที่ BSH-TRB 015/2566 ลงวันที่ 28 เมษายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการซึมเศร้า ความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ ระดับความมีสติที่ได้จากการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 3 เดือน ด้วยสถิติ One-way repeated measures ANOVA) และ สถิติ Bonferroni method เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยแบบรายคู่ การวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีวิเคราะห์แบบ Thematic analysis โดยผู้วิจัยถอดข้อความจากแถบเสียงบันทึก การสนทนากลุ่มแบบคำต่อคำ นำมาวิเคราะห์แก่นสาระโดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์มาจากแนวคิดการวิเคราะห์เชิงคุณภาพของ Braun & Clarks²⁸ และ Creswell & Plano Clark²⁹

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตารางที่ 1 นำเสนอข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 ปี พบว่าเพศหญิงมากที่สุด 14 คน (ร้อยละ 77.8) อายุเฉลี่ย 33.78 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=33.50) มีอายุระหว่าง 20 - 30 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 58.8) เป็นโสดจำนวน 11 คน (ร้อยละ 61.1) การศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 15 คน (ร้อยละ 83.34) มีอาชีพเป็นนักเรียน/นักศึกษา จำนวน 7 คน (ร้อยละ 38.9) นับถือศาสนาพุทธ 17 คน (ร้อยละ 94.4) และนับถือศาสนาอิสลาม 1 คน ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางกาย 14 คน (ร้อยละ 77.8) ไม่เคยมีประสบการณ์การฝึกสมาธิ 9 คน (ร้อยละ 50) คนที่มีประสบการณ์การฝึกสมาธินานๆ ครั้ง 1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์ 8 คน ระยะเวลาในการฝึกสมาธิ 10 - 20 นาที (ร้อยละ 38.9)

ตารางที่ 2 ข้อมูลประวัติการรักษาโรคซึมเศร้าและการบำบัดด้วยโปรแกรม MBCT พบว่าระยะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 1 ปี มากที่สุด 11 คน ปวณานสูงสุด 7 ปี จำนวน 1 คน โดยเป็นเพศหญิงอายุ 42 ปี กลุ่มตัวอย่างมีการกำเริบมากที่สุด 5 ครั้ง ไม่เคยรับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคซึมเศร้า จำนวน 17 คน มี 1 คนที่เคยนอนโรงพยาบาลเนื่องจากป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและทำร้ายตัวเอง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกคนได้รับยารักษาโรคซึมเศร้า แยกเป็นกลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) ได้แก่ Fluoxetine 2 คน, Sertraline 6 คน, Escitalopam 6 คน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	14 (77.8)
อายุ	
อายุเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 33.78 ปี	(13.50)
ช่วงอายุ 22 - 63 ปี	
สถานภาพสมรส	
โสด	11 (61.1)
ระดับการศึกษา	
มัธยมศึกษา	1 (5.6)
ปริญญาตรี	15 (83.3)
อื่นๆ	2 (11.1)
อาชีพ	
พนักงานบริษัท	1 (5.6)
ข้าราชการ/บ้านานาญ	6 (33.3)
นักเรียน/นักศึกษา	7 (38.9)
อื่นๆ	4 (22.2)
ศาสนา	
พุทธ	17 (94.4)
อิสลาม	1 (5.6)
ประวัติความเจ็บป่วยทางกาย	
ไม่มีโรคประจำตัว	14 (77.8)
ประสบการณ์การฝึกสมาธิ	
เคย	9 (50.0)
ความถี่ของการฝึกสมาธิ	
ไม่เคย	9 (50.0)
นานๆ ครั้ง (1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์)	8 (44.4)
ต่อเนื่องสม่ำเสมอ (>5 ครั้ง/สัปดาห์)	1 (5.6)
ระยะเวลาการฝึกสมาธิ/ครั้ง	
ไม่เคย	9 (50)
10 - 20 นาที	7 (38.9)
21 - 30 นาที	2 (11.1)

กลุ่ม Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitors (SNRI) ได้แก่ Venlafexine 1 คน กลุ่มอื่นๆ ได้แก่ Agomelatine 1 คน โดยมีผู้ที่ได้รับยาาร่วมกัน 2 กลุ่ม 1 คน (Escitalopam และ Venlafexine) และมี 1 คนได้รับยา Quetiapine (ใช้ในข้อบ่งชี้เรื่องอาการซึมเศร้า) ยาเสริมอื่นๆ ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ คือ ยากลุ่มคลายกังวล และ

ยานอนหลับ ได้แก่ Lorazepam Clonazepam, Clorazepate dipotassium, Trazodone (ใช้ในข้อบ่งชี้เรื่องการนอน) ในระหว่างบำบัดจิตสังคมด้วยโปรแกรม MBCT พบว่าผู้ป่วยขอหยุดการรักษาด้วยยา 2 ราย รายแรกหยุดระหว่างเข้ากิจกรรมบำบัดครั้งที่ 5 โดยให้เหตุผลว่าอารมณ์ดีขึ้นและใช้วิธีการของการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในการจัดการอารมณ์ของตนเองได้ดี รายที่ 2 ขอหยุดการรักษาด้วยยาเมื่อติดตามหลังจบกิจกรรม 12 สัปดาห์ โดยให้เหตุผลเช่นเดียวกัน ซึ่งจิตแพทย์ได้ทำการประเมินอาการแล้วอนุญาตให้หยุดยา และแนะนำการสังเกตอาการซึมเศร้าและนัดตรวจติดตามต่อเนื่อง และมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 1 ราย ออกจากการวิจัยหลังบำบัดด้วยโปรแกรม MBCT 1 ครั้ง เนื่องจากอาการแย่ลงด้วยความเครียดในครอบครัว และมีความคิดอยากฆ่าตัวตายรุนแรงจนได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ถือว่ายุติจากการศึกษาและไม่ได้นำมาวิเคราะห์ผลการบำบัดด้วยโปรแกรม MBCT

ตารางที่ 3 นำเสนอผลการเปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้า ความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ การมีสติของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันทีและระยะติดตามผลภายใน 3 เดือน พบว่ามีค่าเฉลี่ยของอาการซึมเศร้า ความหมกหมุ่นครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ และการมีสติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ตารางที่ 4 นำเสนอผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยรายคู่ของอาการซึมเศร้า ความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ และการมีสติของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 3 เดือน พบว่ามีค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ที่ 4.53 และ 3.47 คะแนน ค่าเฉลี่ยความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ที่ 11.18 และ 9.35 คะแนน และค่าเฉลี่ยการมีสติของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ที่ 5.77 และ 4.53 คะแนน รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทั้ง 17 คน ที่ผ่านการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดร่วมกับการใช้ยาต้านอาการซึมเศร้าเมื่อติดตามผล 3 เดือน หลังการทดลองพบว่าไม่มีการกำเริบซ้ำของโรคซึมเศร้า

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพ

จากการสนทนากลุ่มทางออนไลน์ด้วย LINE application ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 5 คน ได้ข้อมูลใน 3 หัวข้อหลัก ได้แก่

1) การรับรู้และมีความเข้าใจ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการรับรู้ที่เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับความคิด อารมณ์ ความรู้สึกทางร่างกาย และ

ตารางที่ 2 ข้อมูลประวัติการรักษาโรคซึมเศร้า

ลำดับ	เพศ	อายุ (ปี)	ระยะเวลาป่วยซึมเศร้า (ปี)	อาการกำเริบ (ครั้ง)	การนอนรักษาดัวในโรงพยาบาล (ครั้ง)	พฤติกรรมฆ่าตัวตาย (ครั้ง)	รายการยาที่ได้รับเมื่อเริ่มโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด
1	หญิง	42	7	5	ไม่เคย	ไม่เคย	Fluoxetine 20 mg./day, Risperidone 0.5 mg./day, Lorazepam 1 mg./days, Clorazepate dipotassium 5 mg./day
2	หญิง	36	1	1	ไม่เคย	ไม่เคย	Sertraline 50 mg./day, lorazepam 1mg./day, Clorazepate dipotassium 5 mg./day
3	หญิง	53	1	ไม่เคย	ไม่เคย	ไม่เคย	Agomelatine 25 mg./day
4	หญิง	63	1	2	ไม่เคย	ไม่เคย	Escitalopam 10 mg./day, Venlafexine 75 mg./day, Clorazepate dipotassium 5 mg./day, Lorazepam 1 mg./day
5	ชาย	47	6	1	ไม่เคย	ไม่เคย	Escitalopam 10 mg./day
6	หญิง	52	3	2	ไม่เคย	ไม่เคย	Venlafexine 75 mg./day, Lorazepam 1 mg./day, Clonazepam 0.5 mg./day
7	หญิง	25	1	1	ไม่เคย	ไม่เคย	Escitalopam 20 mg./day
8	หญิง	25	2	2	ไม่เคย	ไม่เคย	Escitalopam 10 mg./day
9	หญิง	44	2	1	ไม่เคย	ไม่เคย	Sertraline 50 mg./day, Lorazepam 1 mg./day
10	หญิง	24	1	1	ไม่เคย	ไม่เคย	Quetiapine 25 mg./day, Clorazepate dipotassium 5 mg./day
11	หญิง	23	5	2	1	1	Escitalopam 15 mg./day, Lorazepam 1 mg./day
12	หญิง	22	1	ไม่เคย	ไม่เคย	ไม่เคย	Escitalopam 5 mg./day
13	หญิง	23	3	1	ไม่เคย	ไม่เคย	Venlafexine 75 mg./day, Clorazepate dipotassium 5 mg./day
14	หญิง	22	1	ไม่เคย	ไม่เคย	ไม่เคย	Sertraline 25 mg./day
15	ชาย	22	1	ไม่เคย	ไม่เคย	ไม่เคย	Sertraline 100 mg./day, Lorazepam 1 mg./day, Trazodone 50 mg./day
16	ชาย	22	1	ไม่เคย	ไม่เคย	ไม่เคย	Sertraline 25 mg./day
17	ชาย	23	1	ไม่เคย	ไม่เคย	ไม่เคย	Sertraline 25 mg./day
18	หญิง	40	1	1	ไม่เคย	ไม่เคย	Fluoxetine 20 mg./day, Lorazepam 1 mg./day

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้า ความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ การมีสติของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล 3 เดือน

ตัวแปร	Baseline Mean (SD)	Week 6 Mean (SD)	Week 18 Mean (SD)	SS	df	MS	F	p-value
อาการซึมเศร้า	9.47 (2.27)	4.94 (3.13)	6.00 (2.89)	190.86	1.61	118.75	54.08	<0.001*
ความครุ่นคิด ต่อเหตุการณ์	53.41 (14.22)	42.24 (14.09)	44.06 (11.77)	1222.39	1.65	739.27	27.00	<0.001*
การมีสติ	45.76 (5.78)	51.53 (5.50)	50.29 (3.98)	313.22	1.90	164.80	15.37	<0.001*

*p<.05 รายงานผลโดยใช้ค่า Greenhouse-Geiser, SS=Sum of Square, df=Degree of Freedom, MS=Mean Square

*SD=Standard Deviation

ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยรายคู่ของตัวแปรของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการทดสอบแบบบอนเฟอร์โรนี

ตัวแปร	Mean Difference	95% CI	Standard Error	p-value
อาการซึมเศร้า (9Q)				
ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง	4.53	3.13, 5.93	0.52	<0.001
ก่อนการทดลอง ติดตามผล 3 เดือน	3.47	2.15, 4.79	0.49	<0.001
หลังการทดลอง ติดตามผล 3 เดือน	-1.06	-1.93, -0.02	0.33	0.02
ความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ (RRS)				
ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง	11.18	7.24, 15.12	1.47	<0.001
ก่อนการทดลอง ติดตามผล 3 เดือน	9.35	4.09, 14.62	1.97	<0.001
หลังการทดลอง ติดตามผล 3 เดือน	-1.82	-5.55, 1.90	1.39	.63
การมีสติ (MAS)				
ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง	-5.77	-8.70, -2.83	1.10	<0.001
ก่อนการทดลอง ติดตามผล 3 เดือน	-4.53	-7.73, -1.33	1.20	<0.01
หลังการทดลอง ติดตามผล 3 เดือน	1.24	-1.38, 3.85	.98	.68

*9Q=แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม; RRS=Ruminative Response Scale; MAS=Mindfulness Assessment Scale

พฤติกรรมผ่านการฝึกเจริญสติตระหนักรู้ความคิด (MBCT) ทำให้พวกกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจถึงความคิด อารมณ์ ปฏิกริยาของร่างกายและพฤติกรรมของตัวเองมีความเกี่ยวข้องกัน ทำให้เกิดความเข้าใจลึกซึ้งเกี่ยวกับการทำงานของจิตใจและความสัมพันธ์ภายในของตัวเอง ถ้อยคำจากบทสนทนา เช่น “รับรู้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อโกรธ เช่น หายใจเร็วขึ้น ตัวสั่น เหงื่อออก”, “สามารถสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงในอารมณ์ ความคิด และ

พฤติกรรมของตนเอง”, “สามารถรับรู้ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองในแต่ละขณะได้ดีขึ้น”, “การรู้ตัวได้เร็วขึ้น จะช่วยให้สามารถจัดการกับอารมณ์ได้ดีขึ้น”, “ดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเองสามารถทำได้โดยการฝึกสติขณะทำกิจกรรมต่างๆ”

2) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การฝึกการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งอาจรวมถึงการเปลี่ยนแปลง

ในวิธีที่พวกเขาตอบสนองต่อสิ่งที่กระตุ้น จัดการกับความเครียด หรือการเข้าสู่สถานการณ์ที่ท้าทาย การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นผลมาจากการรับรู้และเข้าใจที่เพิ่มขึ้นผ่านการฝึกเจริญสติตระหนักรู้ ความคิด ถ้อยคำจากบทสนทนา เช่น “การมีสติ รู้เท่าทันอารมณ์ของตัวเองและหยุดการกระทำที่ไม่ดี”, “มีสติอยู่กับปัจจุบันมากขึ้น”, “โฟกัสกับตัวเองมากขึ้น ทำให้ทำงานได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น”, “มีสติในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ขับรถ”, “เมื่อรู้สึกว้าวุ่นใจจะดาวน์หรือมีกำลังจะไม่ดี ให้รีบลุกออกมาจากสถานการณ์นั้น แล้วตั้งสติ”, “ฝึกสติก่อนนอนเพื่อให้หลับได้เร็วขึ้น”, “ไม่คิดฟุ้งซ่านก่อนนอน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องงาน เรื่องส่วนตัว หรือเรื่องครอบครัว”

3) ผลลัพธ์ที่ดี ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายงานผลลัพธ์ที่ดีที่มาจาก การเข้าร่วมกับโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการเรียนรู้เรื่องอารมณ์ของตัวเอง ระดับความเครียดลดลง เข้าใจกลไกการจัดการความเครียดและอารมณ์ของตัวเอง และปรับตัวเข้ากับสังคมดีขึ้น โดยที่ตัวเอง ครอบครัวและเพื่อนร่วมงานสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ถ้อยคำจากบทสนทนาเช่น “อาการทางร่างกายเหล่านี้จะลดลงเมื่อฝึกบ่อยขึ้น แต่ก็ยังมีอยู่บ้าง”, “การฝึกสติสามารถช่วยลดความเครียดและความโกรธได้”, “การมีสติช่วยให้เราสามารถจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้ดีขึ้น”, “รู้สึกดีขึ้น ไม่ได้รู้สึกแย่เหมือนก่อน”, “ความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้น เปิดใจคุยกันมากขึ้น”, “พัฒนาความคิด อารมณ์ และสติให้ดีขึ้น”, “คุณภาพชีวิตของเราและคนรอบข้างดีขึ้น”, “เคยขาดสติและใจร้อนแต่เมื่อได้ฝึกสติและการรับรู้ของตนเองแล้ว ทำให้มีสติมากขึ้น”

วิจารณ์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดแบบรายบุคคลจำนวน 6 ครั้ง บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง นานประมาณครั้งละ 60 - 90 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ โดยจิตแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมตามโปรแกรม MBCT เป็นผู้บำบัดในคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธโสธร โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับยาต้านอาการซึมเศร้าและได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมดังกล่าวร่วมด้วย พบว่าอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวลต่อเหตุการณ์ลดลง ส่วนการมีสติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นหลังการบำบัดตามโปรแกรมดังกล่าว ในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและระยะ

ติดตาม 3 เดือน แสดงถึงผลของการบำบัดต่ออาการของโรคซึมเศร้าที่ดีขึ้น ซึ่งพบว่ามีผู้ป่วยขอหยุดการรักษาด้วยยา 2 ราย ดังกล่าวไว้ในผลการศึกษา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้ง 17 คน ไม่มีการกำเริบซ้ำของโรคซึมเศร้าหลังติดตาม 3 เดือน ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศถึงผลของโปรแกรม MBCT ต่อการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสติความตระหนักรู้ ความครุ่นคิด ความวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้าดีขึ้น รวมถึงป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า¹⁴ และยังสอดคล้องกับการศึกษาภายในประเทศของ เกษราภรณ์ เคนบุปผา และคณะ¹⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรม MBCT แบบกลุ่ม มีอาการซึมเศร้าลดลงและมีความหมกหมุ่นครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ลดลง รวมทั้งไม่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในระยะติดตามผล 6 เดือนหลังการทดลอง ยกเว้นผลระดับของสติในการวิจัยของ เกษราภรณ์ เคนบุปผา และคณะ¹⁵ ที่ไม่มีความแตกต่างกันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยใช้เครื่องมือการประเมินสติแตกต่างกัน โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือประเมินสติที่พัฒนาจากแนวคิดศาสนาพุทธ โดย อรรถพร ศิลปกิจ²⁷ ในขณะที่งานวิจัยของ เกษราภรณ์ เคนบุปผา และคณะ¹⁵ ใช้แบบประเมินสติที่แปลมาจากต่างประเทศ¹⁵ ซึ่งมีความต่างกันเกี่ยวกับแนวคิด และบริบทที่แตกต่างกันเกี่ยวกับเรื่องสติ อย่างไรก็ตามการวิจัยมีความแตกต่างกันในรูปแบบของการบำบัด

เมื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยกับงานวิจัย MBCT รายบุคคลในต่างประเทศ²⁰ พบว่ามีผลสอดคล้องกันในด้านของอาการซึมเศร้าที่ดีขึ้น ส่วนผลอื่นๆ ได้แก่ การลดความหมกหมุ่นครุ่นคิด เพิ่มการมีสติ และไม่พบการกำเริบซ้ำของโรคซึมเศร้าหลังติดตาม 3 เดือน ยังไม่พบงานวิจัย MBCT รายบุคคลที่สามารถเทียบเคียงได้ชัดเจน ผลการวิจัยในครั้งนี้จึงเป็นข้อมูลสำหรับการบำบัด MBCT แบบรายบุคคลในการวิจัยอื่นๆ ต่อไป

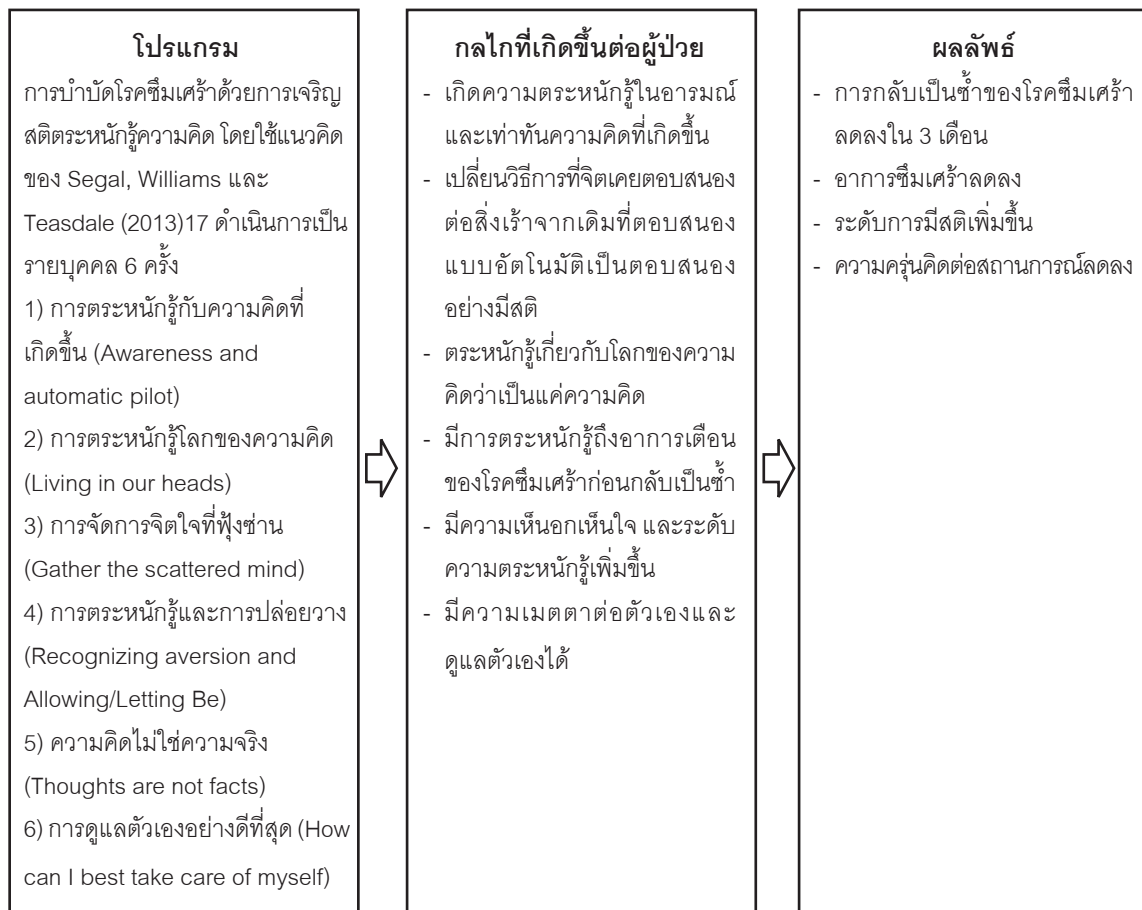
จากการติดตามพบว่าในระยะ 3 เดือน หลังจบการบำบัด ผู้ป่วยมีคะแนนของอาการโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น การครุ่นคิดเพิ่มขึ้น และการมีสติลดลง เมื่อเทียบกับคะแนนหลังครบการบำบัดจากการวิเคราะห์สาเหตุอาจเกิดจากการขาดการปฏิบัติตามโปรแกรม MBCT อย่างต่อเนื่องหลังครบการบำบัด

การศึกษานี้มีการติดตามผลของโปรแกรมด้วยการสนทนากลุ่มทางออนไลน์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 5 คน หลังได้รับโปรแกรมในระยะติดตามผล 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ถอดบทเรียนว่าเกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตได้

ด้วยตนเองคือ การรับรู้และเข้าใจในความสัมพันธ์กันระหว่าง ความคิด อารมณ์ ปฏิกริยาของร่างกาย และพฤติกรรมของตนเอง จนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อสิ่งที่กระตุ้น ในทางที่ดีขึ้น และจากการสังเกตของบุคคลใกล้ชิด เช่น คนใน ครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงานคือ ความเครียดและอารมณ์ของตนเอง ดีขึ้น ปรับตัวเข้ากับสังคมได้ดีขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิด ผลลัพธ์ที่ดีต่ออาการของโรคซึมเศร้าของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพในต่างประเทศ พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังได้รับการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด ตระหนักรู้ ในอารมณ์ ความคิด ปฏิกริยาของร่างกาย และพฤติกรรม เมื่อมี เหตุการณ์เข้ามากระทบ สังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงของตัวเองและมีวิธีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบเปลี่ยนแปลงไป³⁰ ซึ่งส่งผลต่อการกลับมาทำร้ายซ้ำของโรคซึมเศร้า รวมทั้งผล การศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาทางกายที่ไม่มีสาเหตุ³¹ และผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว³² ก็มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงหลัง ได้รับการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้คล้ายคลึงกัน

ดังนั้นทำจิตบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ ความคิดรายบุคคล จึงเป็นทางเลือกในการรักษาโรคซึมเศร้าที่ สามารถใช้ร่วมกับการใช้ยาต้านเศร้า สำหรับการป้องกันการกำเริบซ้ำ โดยโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ ความคิดรายบุคคลนั้น ยังคงต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในอนาคต เพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างแพร่หลายต่อไป

ข้อจำกัดของงานวิจัยมีอยู่หลายส่วน ได้แก่ งานวิจัยนี้ ไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่สามารถพิสูจน์ประสิทธิภาพของ โปรแกรมการบำบัดที่มีการปรับปรุงได้อย่างชัดเจน และยังไม่ สามารถนำไปใช้ทั่วไปได้ เนื่องจากผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอาจเกิดตามเวลา ตามการดำเนินโรค หรืออาจเป็นผลจากการปรับยาต้านเศร้า ก่อนหรือขณะร่วมโปรแกรม จึงมีข้อเสนอแนะให้มีการศึกษา เพิ่มเติมแบบมีกลุ่มควบคุม นอกจากนี้การติดตามเรื่องการกลับเป็นซ้ำ ของโรคซึมเศร้าในงานวิจัยนี้ใช้ระยะเวลาค่อนข้างสั้นคือ 3 เดือน ด้วยข้อจำกัดด้านระยะเวลาการทําวิจัย จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมนี้จะสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า



รูปที่ 2 แสดงโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด

ในระยะยาวได้หรือไม่ จึงควรมีการกำหนดให้มีการติดตามที่นานขึ้น ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ในส่วนของเกณฑ์คัดออกจากการวิจัย เช่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น มีความคิดฆ่าตัวตายรุนแรงจะถูก คัดออก ส่งผลต่อแนวโน้มของผลการวิจัยนี้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม คือ ควรมีการจัดโปรแกรมทบทวน สำหรับผู้ป่วยหลังจบโปรแกรมการบำบัด 3 - 6 เดือน เพื่อความ ต่อเนื่องในการดูแลตนเองตามโปรแกรมบำบัด และคู่มือการบำบัด ที่ได้ปรับปรุงมาจากเดิมยังมีภาษาที่ต้องปรับให้เหมาะสมกับ รูปแบบการบำบัดรายบุคคลมากขึ้น

สรุป

โปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติ ตระหนักรู้ความคิดแบบรายบุคคล สามารถลดอาการซึมเศร้า และความหมกหมุ่นครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ เพิ่มการมีสติและ การตระหนักรู้ และอาจมีประสิทธิผลในการป้องกันการกำเริบซ้ำ ของโรคซึมเศร้าที่ระยะเวลา 3 เดือน สามารถใช้ร่วมกับการรักษา ด้วยยาต้านเศร้าได้

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รศ.ดร.นพ.รัชวัลย์ ศิลปกิจ ที่ให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงโปรแกรม MBCT แบบรายบุคคล ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลทั่วไป รวมทั้งขอขอบพระคุณ ศ.ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา และ ดร.ญาดา ธงธรรมรัตน์ สำหรับ คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงโปรแกรกดังกล่าว งานวิจัยชิ้นนี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากแหล่งใดๆ

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนของคณะผู้วิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้อง

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (Authors' contributions)

เจริญศักดิ์ อ่ำกลิ่น: หัวหน้าโครงการวิจัยและ ร่วมออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ร่วมวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ร่วมเขียน บทความ; เกษราภรณ์ เคนบุปผา: ผู้ริเริ่มการออกแบบ การศึกษา ร่วมเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิง ปริมาณและเชิงคุณภาพ การเขียนบทความ และการตรวจสอบ แก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. Epidemiol Psychiatr Soc 2009;18(1):23-33.
3. World Health Organization. Depression [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2024 Sep 29]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
4. Kessing LV, Hansen MG, Andersen PK, Angst J. The predictive effect of episodes on the risk of recurrence in depressive and bipolar disorders - a life-long perspective. Acta Psychiatr Scand 2004;109(5):339-44.
5. Kennedy N, Abbott R, Paykel ES. Remission and recurrence of depression in the maintenance era: Long-term outcome in a Cambridge cohort. Psychol Med 2003;33(5):827-38.
6. Thiamkaew K, Phuaphanprasert B, Mahatnirunkul S, Pannarunothai S. Depression care cost in Thai public service settings. J Ment Health Thai 2007;15:19-21.
7. Srisopa P, Uthis P. Predictors factors of recurrence among patients with depressive disorder in Eastern region. JPNMH 2010;24(2):138-54.
8. Prompakdee T, Udomratn P. Natural course and outcome of depressive disorder Patients in Songklanagarind Hospital: Ten years of follow-up. J Psychiatr Assoc Thailand 2008;53:81-97.
9. Buddhasothorn Hospital. Annual performance report. Chachoengsao: Buddhasothorn Hospital; 2022.
10. Prasimahabodi Psychiatric Hospital. Depressed We can talk [Internet]. Ubon Ratchathani: Prasimahabodi Psychiatric Hospital; 2017 [cited 2024 Sep 29]. Available from: https://www.thaidepression.com/www/who_depress/km_depress.pdf.
11. Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC, Amsterdam JD, Salomon RM, O'Reardon JP, et al. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. Arch Gen Psychiatry 2005;62(4):417-22.
12. Segal ZV, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Guilford Publications; 2018.
13. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York, NY, US: Guilford Press; 2003.
14. Van der Velden AM, Kuyken W, Wattar U, Crane C, Pallesen KJ, Dahlgaard J, et al. A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. Clin Psychol Rev 2015;37:26-39.
15. Kenbubpha K, Pianthong K, Saganurum K, Sukhawaha S. Mindfulness-based cognitive therapy for depressive disorder: Testing efficacy of the program. JPNMH 2023; 37(3):31-52.
16. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York: The Guilford Press; 2002.

17. Segal ZV, Williams MG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. 2 ed. New York: The Guilford Press; 2013.
18. Areekit P, Lueboonthavatchai O. The effect of cognitive behavioral therapy and mindfulness on depressive disorder patients. JPNMH 2012;26(3):71-80.
19. Thongphosri B. The effect of mindfulness-based therapy and counseling: MBTC Program on the level of depression in patients with major depressive disorder under Coronavirus disease situation 2019 Phana District, Amnatcharoen Province. J Health Sci BCNSP 2022;6(2):49-60.
20. Schroevers MJ, Tovote KA, Snippe E, Fleer J. Group and individual mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) are both effective: A pilot randomized controlled trial in depressed people with a somatic disease. Mindfulness 2016;7:133-46.
21. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. Nurs Res 1986;35(6):382-6.
22. Polit DF, Beck CT. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Res Nurs Health 2006;29(5):489-97.
23. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods 2007;39(2):175-91.
24. Kongsuk T, Leejongpermpoon J, Kenbubpha K, Sukhawaha S, YingYeun R. Reliability and validity of the 9 Questions for Assessment of Depressive Symptom comparison with the Hamilton Rating Scale for Depression. The 9th International Mental Health Conference; August 18-20, 2010; Prince Palace Hotel Mahanak.Bangkok; 2010.
25. Thanoi W, Panitrat R, Phancharoenworakul K. The Adolescent Ruminative iResponse Scale (Thai version): Psychometric Properties. J Nurs Sci 2011;29(2):29-38.
26. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. J Pers Soc Psychol 1991;61(1):115-21.
27. Silpakit O. The invention of the mindfulness assessment scales. J Ment Health Thai 2015;23(2):72-90.
28. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol 2006;3(2):77-101.
29. Creswell J, Plano Clark V. Designing and conducting mixed methods research. CA: Sage: Thousand Oaks; 2007.
30. Williams K, Hartley S, Anderson IM, Birtwell K, Dowson M, Elliott R, et al. An ongoing process of reconnection: A qualitative exploration of mindfulness-based cognitive therapy for adults in remission from depression. Psychol Psychother 2022;95(1):173-90.
31. van Ravesteijn HJ, Suijkerbuijk YB, Langbroek JA, Muskens E, Lucassen PL, van Weel C, et al. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for patients with medically unexplained symptoms: Process of change. J Psychosom Res 2014;77(1):27-33.
32. Hanssen I, Boele M, van der Horst N, van Bennekom ML, Regeer E, Speckens A. The process of change of mindfulness-based cognitive therapy for people with bipolar disorder: A qualitative study. Mindfulness 2021;12(4):863-72.

การศึกษาแบบ retrospective cohort ของความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายโดยใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มารักษาที่โรงพยาบาลเชิงรายนะครินทร์ ระหว่างปี พ.ศ. 2555 - 2564

วันรัตน์ ชัยปราการ*, ดารารรณ วงศ์พรหมเมศร์*, มาโนช หล่อตระกูล**

*กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลเชิงรายนะครินทร์

**ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการพยายามฆ่าตัวตาย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ อายุ ชนิดของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้ อัตราการเสียชีวิต เพศและช่วงวัยที่เสียชีวิต ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชแต่ละชนิด ภาวะแทรกซ้อนจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และระยะเวลาตั้งแต่วันที่มาโรงพยาบาลไปจนถึงวันที่เสียชีวิตในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเชิงรายนะครินทร์ ระหว่างปี พ.ศ. 2555 - 2564

วิธีการศึกษา การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบ retrospective cohort ในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายและมารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชิงรายนะครินทร์ เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและฐานข้อมูลของโรงพยาบาล โดยใช้รหัส ICD-10 ที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเอง (X60-X84) รวมถึงทะเบียนมรณบัตรของสำนักทะเบียนราษฎร

ผลการศึกษา ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด 2,639 คน มารับการรักษา 2,800 ครั้ง ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายโดยการใช้น้ำยาเคมีกำจัดศัตรูพืชทั้งหมด 987 ครั้ง (ร้อยละ 35.2) โดยมีอายุเฉลี่ย 39.1 ± 16.9 ปี เพศ ชาย:หญิง = 2.1:1 สารที่ใช้บ่อยที่สุดคือพาราควอต 648 ครั้ง (ร้อยละ 65.7) รองลงมาคือไกลโฟเซต 66 ครั้ง (ร้อยละ 6.7) และออร์กาโนฟอสเฟต 49 ครั้ง (ร้อยละ 5.0) ผู้ป่วยที่ใช้พาราควอตมีอัตราการเสียชีวิตสูงสุด (ร้อยละ 53.5) ส่วนใหญ่เสียชีวิตใน 4 วันแรกหลังกินสาร และร้อยละ 39.7 เสียชีวิตหลังจากออกจากโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ภาวะไตวายเฉียบพลัน และภาวะไตวายเฉียบพลัน การประกาศห้ามใช้พาราควอตในปี พ.ศ. 2563 ส่งผลให้การเสียชีวิตจากการใช้น้ำยาลดลงจาก 34 รายใน พ.ศ. 2563 เหลือ 13 รายใน พ.ศ. 2564

สรุป การใช้น้ำยาเคมีกำจัดศัตรูพืชในการพยายามฆ่าตัวตายพบสูงในชุมชนเกษตรกรรม โดยเฉพาะพาราควอตที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง การห้ามใช้พาราควอตอาจเป็นมาตรการสำคัญที่ช่วยลดการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในพื้นที่เกษตรกรรมของจังหวัดเชียงราย

คำสำคัญ สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พาราควอต การพยายามฆ่าตัวตาย ชุมชนเกษตรกรรม

Corresponding author: มาโนช หล่อตระกูล

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: manote.lot@mahidol.edu

วันรับ : 30 กรกฎาคม 2567 วันแก้ไข : 17 กันยายน 2567 วันตอบรับ : 16 ตุลาคม 2567

A Retrospective Cohort Study of the Prevalence of Attempted Suicide by Pesticide Poisoning and Related Factors among Patients Presenting to Chiangrai Prachanukroh Hospital during 2012 - 2021

Wimolrat Chaiprakarn*, Darawan Wongprommate*, Manote Lotrakul**

*Psychiatric Unit, Chiangrai Prachanukroh Hospital

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

ABSTRACT

Objective: To investigate the prevalence of pesticide use in suicide attempts and the factors associated with pesticide use, including gender, age, types of commonly used pesticides, mortality rates, gender and age groups of those who died, the risk of death from different types of pesticides, complications from pesticide use, and the duration from hospital admission to death among patients attempting suicide treated at Chiangrai Prachanukroh Hospital from 2012 to 2021

Methods: This research is a retrospective cohort study of patients who attempted suicide and attended the emergency room of Chiangrai Prachanukroh Hospital. Data were collected from medical records and hospital databases using ICD-10 codes related to self-harm (X60-X84), including death certificates from the Registrar's Office.

Results: A total of 2,639 patients who attempted suicide were treated in 2,800 hospital visits. Of these, 987 visits (35.2%) involved suicide attempts using pesticides. The average age was 39.1 ± 16.9 years, with a male-to-female ratio of 2.1:1. The most commonly used pesticide was paraquat (65.7%), followed by glyphosate (6.7%) and organophosphates (5.0%). Patients who used paraquat had the highest mortality rate (53.5%), with most deaths occurring within the first four days and 39.7% of deaths occurring after hospital discharge. The main complications were acute respiratory failure, acute liver failure, and acute renal failure. The ban on paraquat in 2020 resulted in a significant decrease in deaths from this pesticide, from 34 in 2020 to 13 in 2021.

Conclusion: The use of pesticides for suicide attempts is prevalent in agricultural communities, particularly with paraquat, which has a high mortality rate. Banning the use of paraquat may be a crucial measure in reducing suicide-related deaths in the agricultural areas of Chiang Rai province.

Keywords: pesticides, paraquat, attempted suicide, agricultural community

Corresponding author: Manote Lotrakul

E-mail: manote.lot@mahidol.edu

Received 30 July 2024 Revised 17 September 2024 Accepted 16 October 2024

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลกประมาณการว่ามีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่า 700,000 คนต่อปี¹ ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม วิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตายมีความแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาคและกลุ่มประชากร โดยปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ มีบทบาทสำคัญในการกำหนดรูปแบบและความชุกของการฆ่าตัวตาย

ในผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทั่วโลกพบว่าเป็นจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชร้อยละ 14 - 20 หรือประมาณ 110,000 - 168,000 รายต่อปี² ปัญหานี้พบสูงในชุมชนเกษตรกรรม เนื่องจากสารเคมีเหล่านี้มีใช้แพร่หลายและเข้าถึงได้ง่าย โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา³⁻⁵ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้เพื่อฆ่าตัวตายนั้นมีความรุนแรงแตกต่างกัน สารบางชนิด เช่น พาราควอต (paraquat) พบอัตราการตายสูงมาก⁶ สารบางตัวแม้ไม่อันตรายถึงแก่ชีวิต แต่ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาวของผู้ที่รอดชีวิต

สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มที่มีปริมาณการใช้มากต่อปีในประเทศไทยในช่วงเวลาที่ศึกษา จำแนกเป็นกลุ่มใหญ่ ได้แก่ 1) สารกำจัดแมลง (insecticide) ที่ใช้บ่อย ได้แก่ กลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต (organophosphate) กลุ่มคาร์บาเมต (carbamate) และกลุ่มไพรีทรอยด์ (pyrethroid) 2) สารกำจัดวัชพืช (herbicides) ได้แก่ พาราควอต และไกลโฟเสต (glyphosate) 3) สารกำจัดเชื้อรา (fungicides) ได้แก่ ไดไทโอคาร์บาเมต (dithiocarbamate) แมนโคเซบ (mancozeb) และคาร์เบนดาซิม (carbendazim)⁷

จังหวัดเชียงรายเป็นจังหวัดที่ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม การปลูกพืชเชิงพาณิชย์ เช่น ข้าว ข้าวโพด และยางพารา มีความสำคัญต่อเศรษฐกิจของจังหวัด⁸ การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการเพาะปลูกเป็นสิ่งที่พบได้ทั่วไปในจังหวัด จังหวัดเชียงรายมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศ โดยในปีงบประมาณ 2566 พบอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 13.9 ต่อประชากรแสนคน⁹ วิธีการฆ่าตัวตายนี้นี้ที่พบสูงคือการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช¹⁰

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิของจังหวัด ได้ให้การดูแลผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายโดยใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจำนวนมากในแต่ละปี การศึกษาลักษณะทางประชากรศาสตร์ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้บ่อยเพื่อฆ่าตัวตาย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะช่วยให้เข้าใจปัญหาในพื้นที่เกษตรกรรม เพื่อพัฒนาการป้องกันและ

แนวทางการรักษาสำหรับผู้วยที่ได้รับพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อไป วัตถุประสงค์การศึกษานี้ได้แก่ เพื่อศึกษาความชุกของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการพยายามฆ่าตัวตาย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ อายุ เดือนที่กระทำ ชนิดของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้ อัตราการเสียชีวิต เพศ และช่วงวัยที่เสียชีวิต ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชแต่ละชนิด ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตตามเพศ และช่วงวัย ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลภาวะแทรกซ้อนจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชแต่ละกลุ่ม และระยะเวลาตั้งแต่วันที่มาโรงพยาบาลไปจนถึงวันที่เสียชีวิต ในผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล เชียงรายประชานุเคราะห์ ระหว่างปี พ.ศ. 2555 - 2564

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบ retrospective cohort ในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายซึ่งมารักษาที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์ ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์แล้ว (EC CRH 083/66 In) ประชากรเป้าหมายในการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง และมารักษาที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินของโรงพยาบาล ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2555 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564

ผู้วิจัยทำการสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าตั้งใจทำร้ายตนเอง (รหัส ICD-10 X60-X84) และมารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินในช่วงเวลาที่กำหนด จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ร่วมกับศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนแบบเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง รง 506.S บันทึกการให้คำปรึกษาของกลุ่มงานจิตเวช และรายงานชันสูตรศพในรายที่เสียชีวิต ข้อมูลการเสียชีวิตของผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาลได้จากทะเบียนมรณบัตรงานทะเบียนราษฎร เทศบาลนครเชียงราย ผู้ป่วยที่คัดออกจากการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่พบว่าอุบัติเหตุเกิดจากหยาบสารถัดหรือไม่ได้ตั้งใจจะฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง

ปัจจัยในการศึกษา ได้แก่ ข้อมูลด้านเพศ อายุ เดือนที่กระทำ วิธีการที่ใช้ ชนิดของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้ ตามที่พบบ่อย ได้แก่ พาราควอต ไกลโฟเสต ออร์กาโนฟอสเฟต คาร์บาเมต และสารอื่นๆ เช่น ไพรีทรอยด์ ยาฆ่าหญ้า (butachlor) ยาเบื่อหนู เป็นต้น ระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล การเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย และระยะเวลาดังตั้งแต่วันที่มาโรงพยาบาลไปจนถึงเสียชีวิต

ภาวะแทรกซ้อนจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้ข้อมูลจากรหัสในเวชระเบียนผู้ป่วย โดยดูภาวะรุนแรงที่พบบ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่ ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (รหัส ICD-10, J96.0-J96.2) ภาวะตับวายเฉียบพลัน (K72.0) และภาวะไตวายเฉียบพลัน (N17.0-N17.9)

การวิเคราะห์ใช้โปรแกรม SPSS version 18 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ข้อมูลต่อเนื่องใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลแจกแจงการใช้การแจกแจงความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้ Chi-square test ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเสียชีวิตได้วิเคราะห์ต่อด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (binary logistic regression analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 วิเคราะห์การรอดชีพโดยใช้ Kaplan-Meier survival curve และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ใช้พาราควอตกับกลุ่มผู้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอื่น โดยใช้สถิติ Log-Rank test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายในการศึกษานี้มีทั้งหมด 2,639 คน มารับการรักษา 2,800 ครั้ง เป็นเพศชาย 1,394 ครั้ง (ร้อยละ 49.8) เพศหญิง 1,406 ครั้ง (ร้อยละ 50.2) อายุเฉลี่ย 33.5 ± 16.2 ปี ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายโดยการใช้น้ำยาเคมีกำจัดศัตรูพืชทั้งหมด 987 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 35.2 ของการพยายาม

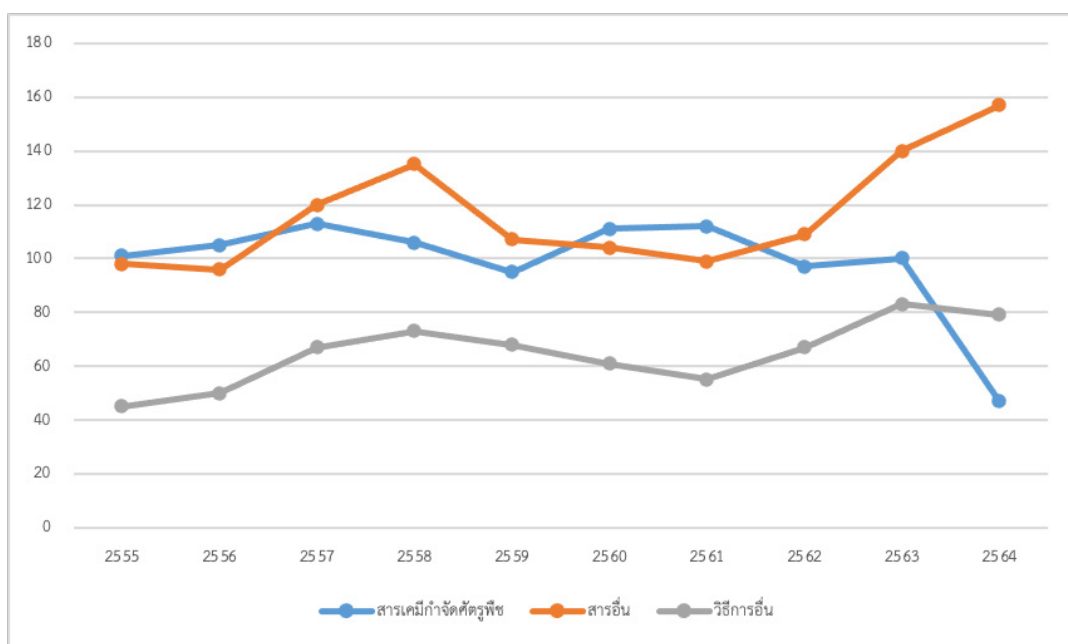
ฆ่าตัวตายทั้งหมด โดยในจำนวนนี้มี 30 ครั้งที่ใช้ร่วมกับวิธีอื่น เช่น กินยา กรีดแขน วิธีการที่พบรองลงมาได้แก่ การกินยาเกินขนาด (ร้อยละ 26.9) และกินสารอันตราย (ร้อยละ 13.9) ดังตารางที่ 1

ภาพที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายโดยการกินสารอันตรายและวิธีอื่นๆ ตั้งแต่ พ.ศ. 2555 - 2564 พบว่าระหว่าง พ.ศ. 2555 - 2562 มีผู้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเฉลี่ย 105 ครั้ง และการใช้ใน พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2564 เท่ากับ 100 และ 47 ครั้งตามลำดับ โดยจำนวนผู้ใช้พาราควอตในการพยายามฆ่าตัวตาย

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายโดยการกินสารอันตรายและวิธีอื่นๆ กับการเสียชีวิตจากแต่ละวิธี

	จำนวน (ครั้ง) (ร้อยละ)*	เสียชีวิต (ราย) (ร้อยละ)**
กินสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	987 (35.3)	393 (39.8)
กินยาเกินขนาด	754 (26.9)	10 (1.3)
กินสารอันตราย	390 (13.9)	16 (4.1)
ใช้ของมีคม/ของแข็ง	297 (10.6)	1 (0.3)
แขวนคอ	250 (8.9)	51 (20.4)
วิธีอื่น หลายวิธี	122 (4.4)	8 (6.6)
รวม	2800 (100)	479 (17.1)

*ร้อยละของวิธีการพยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด, **ร้อยละของการใช้วิธีการฆ่าตัวตายนั้นๆ



ภาพที่ 1 จำนวนผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายโดยการกินสารเคมีกำจัดศัตรูพืช สารอื่น และใช้วิธีการอื่น ตั้งแต่ พ.ศ. 2555 - 2564

ใน พ.ศ. 2562 - 2564 เท่ากับ 62, 63 และ 32 ครั้งตามลำดับ และมีผู้เสียชีวิตจากพาราควอตใน พ.ศ. 2562 - 2564 เท่ากับ 37, 34 และ 13 ราย ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ใช้วิถีกินสารอันตรายอื่นๆ ใน พ.ศ. 2562 - 2564 เท่ากับ 109, 140 และ 157 ครั้ง ตามลำดับ

ผู้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นเพศชาย 672 ครั้ง เพศหญิง 315 ครั้ง (ชาย:หญิง = 2.1:1) อายุเฉลี่ย 39.1 ± 16.9 ปี สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่พบใช้บ่อยที่สุดได้แก่ พาราควอต 648 ครั้ง (ร้อยละ 65.7) รองลงมาได้แก่ ไกลโฟเสต 66 ครั้ง (ร้อยละ 6.7) โดยออร์กาโนฟอสเฟตพบ 49 ครั้ง (ร้อยละ 5.0) (ตารางที่ 2) การเสียชีวิตจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชพบ 393 ราย (ร้อยละ 39.8) เป็นเพศชาย 296 ราย (ร้อยละ 75.3) อายุมากกว่า 34 ปี 259 ราย (ร้อยละ 65.9) โดยพบว่าเพศชายมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าเพศหญิง 1.7 เท่า (odds ratio 1.7, 95%CI: 1.3 - 2.3) และผู้มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้มีอายุน้อยกว่า 35 ปี 2.0 เท่า (odds ratio 2.0, 95%CI: 1.5 - 2.6)

ตารางที่ 2 สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย (n=987) และผู้เสียชีวิต (n=393)

	จำนวน (ครั้ง)	เสียชีวิต (ราย) (ร้อยละ)
พาราควอต	648	347 (53.5)
ไกลโฟเสต	66	5 (7.6)
คาร์บาเมต	65	19 (29.2)
ออร์กาโนฟอสเฟต	49	10 (20.4)
สารกำจัดศัตรูพืชอื่นๆ	159	12 (7.5)

ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 3.2 วัน (SD=3.5) โดยไม่มีความแตกต่างระหว่างผู้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทั้ง 4 ชนิด ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะอยู่โรงพยาบาล 237 ราย และพบผู้ป่วย 156 ราย (ร้อยละ 39.7) เสียชีวิตหลังจากออกจากโรงพยาบาล สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ทำให้เสียชีวิตสูงสุดได้แก่ พาราควอต (ร้อยละ 53.5) โดยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 209 ราย และเสียชีวิตหลังจากออกจากโรงพยาบาล 138 ราย

ตารางที่ 3 แสดงภาวะแทรกซ้อนจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยรวมออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตเข้าด้วยกันเนื่องจากกลไกการออกฤทธิ์และลักษณะอาการทางคลินิกคล้ายคลึงกัน¹¹ พบว่าผู้ที่เสียชีวิตจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทั้ง 3 ชนิด มีภาวะ

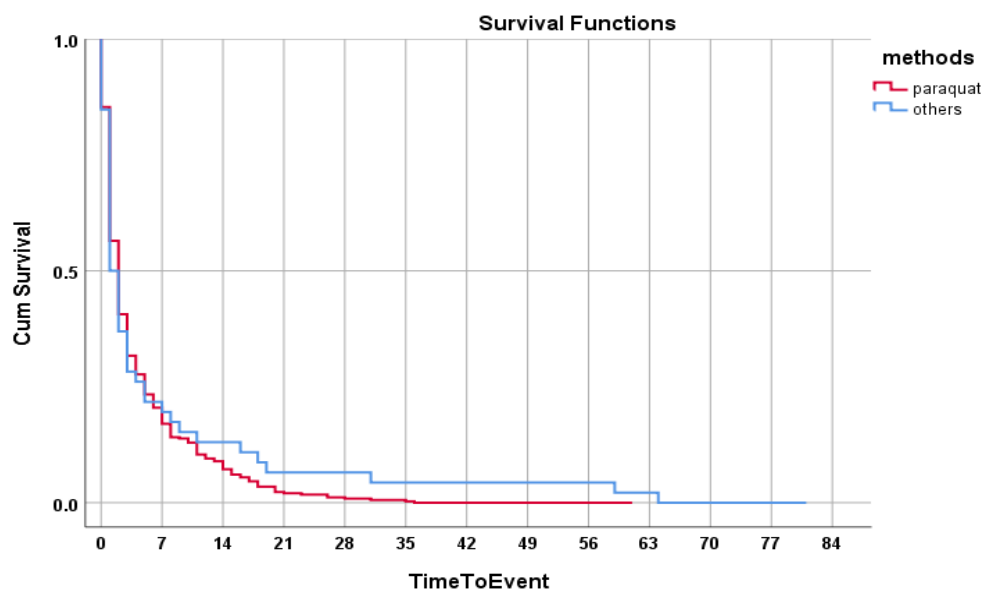
การหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ภาวะตับวายเฉียบพลัน และภาวะไตวายเฉียบพลันสูงกว่าที่พบในผู้ที่ไม่เสียชีวิต ยกเว้นไกลโฟเสตที่ไม่พบภาวะตับวายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อนำตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติมาวิเคราะห์ต่อด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี พบว่าผู้ที่เสียชีวิตจากพาราควอต มีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ภาวะตับวายเฉียบพลัน และภาวะไตวายเฉียบพลันสูงกว่าที่พบในผู้ที่ไม่เสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหากมีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน 9.2 เท่า (aOR 9.2, 95%CI: 4.8 - 17.2) ภาวะตับวายเฉียบพลัน 3.2 เท่า (aOR 3.2, 95%CI: 1.6 - 6.5) และภาวะไตวายเฉียบพลัน 5.8 เท่า (aOR 5.8, 95%CI: 3.9 - 8.7) ของผู้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ผู้ที่ใช้ออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตพบความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหากมีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน 17.6 เท่า (aOR 17.6, 95%CI: 3.8 - 81.0) ของผู้ไม่มีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ขณะที่ผู้ใช้ไกลโฟเสตไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการเสียชีวิตกับการมีภาวะแทรกซ้อนทั้ง 3 ประการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระยะเวลาตั้งแต่วันที่มาโรงพยาบาลไปจนถึงวันที่เสียชีวิต ในผู้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทั้งหมดพบตั้งแต่ 1 วัน ไปจนถึง 81 วัน ระยะเวลาที่ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยรอดชีวิต หรือค่ามัธยฐานการรอดชีพ (median survival time) เท่ากับ 3.0 วัน (95%CI: 2.7 - 3.3) โดยวันที่ 1 พบเสียชีวิต 58 ราย และวันต่อมาเสียชีวิต 116, 61, 35 และ 15 ราย ตามลำดับ ในช่วงเวลา 4 วันแรกหลังกินสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ผู้ป่วยเสียชีวิต 270 ราย จาก 393 ราย (ร้อยละ 68.7) โดยผู้ป่วยที่เสียชีวิตช่วง 4 วันแรก มีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและภาวะไตวายเฉียบพลันสูงกว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตหลังวันที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) **ภาพที่ 2** แสดง survival curve ของการเสียชีวิตจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ด้วยวิธีสถิติของ Kaplan-Meier ผู้ใช้พาราควอตมีค่ามัธยฐานการรอดชีพ 3.0 วัน (95%CI: 2.7 - 3.3) ส่วนผู้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอื่นมีค่ามัธยฐานการรอดชีพ 2.0 วัน (95%CI: 1.4 - 2.6) ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (log-rank test: $p = 0.2$)

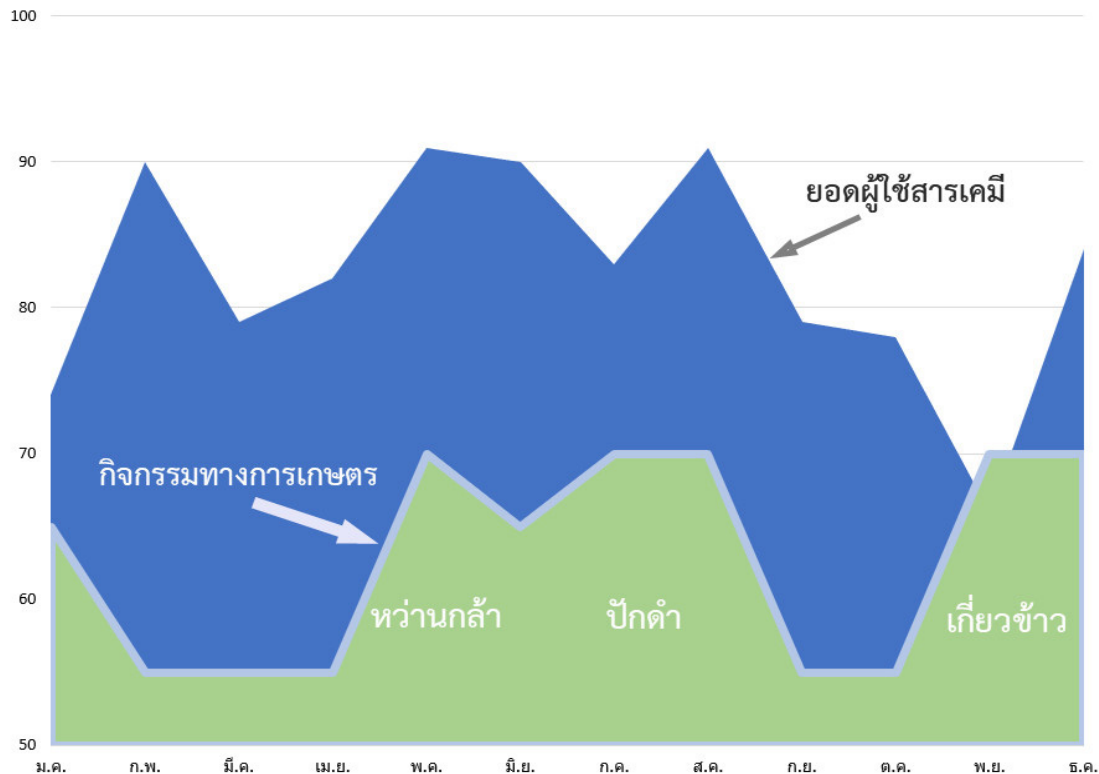
ภาพที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยมาตัวตายโดยใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในแต่ละเดือนและกิจกรรมทางการเกษตรในแต่ละช่วงเวลา เดือนที่ผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลพบสูงในเดือนพฤษภาคม (91 ครั้ง) มิถุนายน (90 ครั้ง) และสิงหาคม (91 ครั้ง) และพบต่ำในเดือนพฤศจิกายน (66 ครั้ง) และมกราคม (74 ครั้ง) ในช่วงเดือนช่วงเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม พบผู้ป่วยมารักษาที่

ตารางที่ 3 ภาวะแทรกซ้อนจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

			ไม่เสียชีวิต (ร้อยละ)	เสียชีวิต (ร้อยละ)	P
พาราควอต (n=596)	ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน	ไม่มี	268 (95.0)	226 (72.0)	<0.001
		มี	14 (5.0)	88 (28.0)	
	ภาวะตับวายเฉียบพลัน	ไม่มี	270 (95.7)	242 (77.1)	<0.001
		มี	12 (4.3)	72 (22.9)	
	ภาวะไตวายเฉียบพลัน	ไม่มี	219 (77.7)	109 (34.7)	<0.001
		มี	63 (22.3)	205 (65.3)	
ไกลโฟเซต (n=66)	ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน	ไม่มี	59 (96.7)	2 (40.0)	<0.001
		มี	2 (3.3)	3 (60.0)	
	ภาวะตับวายเฉียบพลัน	ไม่มี	60 (98.4)	5 (100.0)	0.773
		มี	1 (1.6)	0 (0)	
	ภาวะไตวายเฉียบพลัน	ไม่มี	60 (98.4)	3 (60.0)	<0.001
		มี	1 (1.6)	2 (40.0)	
ออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมต (n=113)	ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน	ไม่มี	53 (62.4)	2 (7.1)	<0.001
		มี	32 (37.6)	26 (92.9)	
	ภาวะตับวายเฉียบพลัน	ไม่มี	84 (98.8)	25 (89.3)	0.018
		มี	1 (1.2)	3 (10.7)	
	ภาวะไตวายเฉียบพลัน	ไม่มี	83 (97.6)	22 (78.6)	0.001
		มี	2 (2.4)	6 (21.4)	



ภาพที่ 2 กราฟ survival function วิธี Kaplan-Meier เปรียบเทียบระหว่างผู้ใช้พาราควอตกับผู้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอื่น แกน X คือระยะเวลาติดตามข้อมูล (วัน) ตั้งแต่วันที่มาโรงพยาบาลไปจนถึงวันที่เสียชีวิต แกน Y คือสัดส่วนผู้ยังมีชีวิตอยู่ในแต่ละช่วงเวลาเทียบกับผู้ที่เสียชีวิตทั้งหมด (log-rank test: p=0.2)



ภาพที่ 3 จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายโดยใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในแต่ละเดือนและกิจกรรมทางการเกษตรตามช่วงเวลา (แกน X คือ เดือน แกน Y พื้นที่สีน้ำเงินคือยอดเฉลี่ยของผู้กระทำในแต่ละเดือน พื้นที่สีเขียวคือกิจกรรมทางการเกษตรในแต่ละช่วงเวลา)

โรงพยาบาลเฉลี่ยเดือนละ 88.7 ครั้ง (SD=3.9) ขณะที่ช่วงเวลาที่อื่นของปีพบผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลเฉลี่ยเดือนละ 79.0 ครั้ง (SD=7.1) ซึ่งจากสถิติ t-test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.03$)

วิจารณ์

ผลการศึกษาวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของการฆ่าตัวตายในชุมชนเกษตรกรรมที่เกษตรกรสามารถเข้าถึงสารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้ง่าย โดยพบการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการพยายามฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 35.2 ของการพยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด สอดคล้องกับการศึกษาของ Gunnell และคณะ³ ซึ่งระบุว่า การกินสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นวิธีฆ่าตัวตายหลักที่พบในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะในเอเชียใต้และตะวันออกเฉียงใต้ เนื่องจากมีการใช้สารเหล่านี้อย่างแพร่หลายในภาคการเกษตรและเข้าถึงสารได้ง่าย การศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายในศรีลังกาพบมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (ร้อยละ 45.5) และยา (ร้อยละ 45.5) พอๆ กัน¹² การศึกษาในอินเดียพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะเป็นพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชนั้นส่วนใหญ่เป็นจากการจงใจใช้เพื่อฆ่าตัวตาย โดยพบอัตราการเสียชีวิตตั้งแต่ร้อยละ 7 ถึงร้อยละ 70⁴

รายงานพฤติกรรมฆ่าตัวตายในประเทศไทยพบการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพื่อฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในร้อยละ 22.6¹³ และ 34.4¹⁴ หรือจากการเก็บข้อมูลจากแบบ ร.506DS ของผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซึ่งเป็นการประเมินขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลเช่นกันแต่อาจไม่ทุกรายพบอัตราการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพื่อฆ่าตัวตาย ร้อยละ 27.6¹⁵ และ 29.8¹⁶ ในขณะที่การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยซึ่งมายังห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินของโรงพยาบาลทุกราย จึงบอกอุบัติการณ์ของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพื่อฆ่าตัวตายได้ครอบคลุมกว่าการศึกษาที่ผ่านมา

ผู้พยายามฆ่าตัวตายโดยการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชพบเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2.1 เท่า และอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ซึ่งแตกต่างจากผู้ที่ยาฆ่าตัวตายโดยการกินสารอื่น เช่น การศึกษาผู้ที่กินยาพาราเซตามอลเกินขนาดที่พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น¹⁷⁻¹⁹ การศึกษาในไต้หวันพบเพศชายมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพื่อฆ่าตัวตายสูงเช่นกัน โดยพบเพศชายมากกว่าหญิง 2.0 เท่า²⁰ ในด้านความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในการศึกษานี้ก็พบสูงในเพศชายและอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางเช่นกัน สอดคล้อง

กับรายงานการศึกษาส่วนใหญ่ซึ่งพบว่าเพศชายมีแนวโน้มจะใช้วิธีการที่รุนแรงและอันตรายถึงแก่ชีวิตมากกว่า²¹ ในภูมิภาคที่เป็นชุมชนการเกษตร สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจะมีเก็บอยู่ในบริเวณบ้านเข้าถึงง่าย โดยเฉพาะเพศชายซึ่งมักเป็นผู้เกี่ยวข้องกับการเก็บหรือใช้สารทางการเกษตร จึงทำให้มีแนวโน้มใช้สารเหล่านี้ซึ่งเป็นที่รับรู้ว่ามีผลรุนแรงกว่าการกินยาเกินขนาดหรือการกินยาฆ่าความสะอาดในครัวเรือน ในด้านอายุการศึกษานี้พบว่าอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง แตกต่างจากประเทศศรีลังกาที่พบผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 30 ปี^{22,23} และประเทศไต้หวันและประเทศเกาหลีที่พบผู้ป่วยในผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป^{20,24} ซึ่งอาจเป็นจากช่วงวัยของประชากรในชนบทของแต่ละประเทศนั้นแตกต่างกัน²⁵

สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้มากที่สุดในการศึกษานี้คือ พาราควอตโดยพบร้อยละ 65.7 และออร์กาโนฟอสเฟตพบร้อยละ 5.0 การศึกษาผู้ฆ่าตัวตายในประเทศไต้หวันพบการใช้พาราควอตสูงที่สุดเช่นกัน (ร้อยละ 34.7) ตามด้วยออร์กาโนฟอสเฟต (ร้อยละ 13.6) และไกลโฟเสต (ร้อยละ 11.1)²⁰ ขณะที่การศึกษาในศรีลังกาพบการใช้ออร์กาโนฟอสเฟตเพื่อฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 75 และการใช้พาราควอตร้อยละ 5.4¹² ในประเทศเนปาลก็พบใช้ออร์กาโนฟอสเฟตสูงเช่นกัน²⁶ ซึ่งอาจเป็นจากลักษณะทางการเกษตรที่ต่างกันในแต่ละภูมิภาค ทำให้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่พบป่วยในครัวเรือนมีแตกต่างกัน²⁷

พาราควอตเป็นสารกำจัดวัชพืชที่มีความเป็นพิษสูงมากในการศึกษานี้พบผู้เสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 53.5 อัตราการเสียชีวิตจากการกินพาราควอตแตกต่างกันในแต่ละการศึกษาตามแต่ลักษณะของพื้นที่ ความยากง่ายในการเข้าถึงสถานพยาบาล ตลอดจนความพร้อมของสถานพยาบาล พบว่าแม้ในศูนย์การรักษาที่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ อัตราการเสียชีวิตยังสูงมากกว่าร้อยละ 50²⁸ โดยการเสียชีวิตในช่วง 1 - 4 วันแรก มักพบในผู้ได้รับพาราควอตปริมาณมาก ทำให้เกิดภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบโดยเฉพาะกับปอดและไต²⁸ ขณะที่การเสียชีวิตในระยะหลังๆ เช่น 3 สัปดาห์ เป็นจากการเกิดพังผืดในปอดและระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ²⁹

ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของพาราควอตในการศึกษานี้ได้แก่ ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (ร้อยละ 15.7) ภาวะตับวายเฉียบพลัน (ร้อยละ 15.7) และภาวะไตวายเฉียบพลัน (ร้อยละ 41.1) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Tajai และ Kornjirakasemsan ที่พบร้อยละ 16.1, 12.4 และ 43.3 ตามลำดับ³⁰ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim และคณะ ที่พบผู้ป่วยมีภาวะไตวายเฉียบพลัน

ร้อยละ 51.4³¹ ทั้งนี้การเกิดภาวะไตวายมีความสำคัญต่อการเสียชีวิตในระยะต้นเนื่องจากพาราควอตส่วนใหญ่จะถูกกรองและขจัดทิ้งทางไต³¹

ในผู้ใช้ออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมต การศึกษานี้พบการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ร้อยละ 51 และอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 44.8 หากมีภาวะดังกล่าว ในขณะที่การศึกษาของ Tsao และคณะ พบการเกิดภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ร้อยละ 40.2 และอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 51.2³² สาเหตุหลักของการเสียชีวิตเป็นจากผลของสารนี้ต่อ cholinergic synapse ในกล้ามเนื้อ ทำให้กดศูนย์ควบคุมการหายใจ ร่วมกับการปิดกั้นประสาทสั่งการกล้ามเนื้อส่วนปลาย (peripheral neuromuscular block) ทำให้กล้ามเนื้อหายใจอัมพาต (respiratory paralysis)^{11,32}

ผู้ป่วยที่กินสารเคมีกำจัดศัตรูพืชส่วนใหญ่จะเสียชีวิตภายใน 4 วัน โดยมีค่ามัธยฐานการรอดชีพ 3 วัน และไม่มีผลแตกต่างระหว่างสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้แต่ละชนิด สาเหตุหลักของการเสียชีวิตในช่วงแรกเป็นจากภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และภาวะไตวายเฉียบพลันสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ^{11,28,29}

ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างอุบัติการณ์กับช่วงเวลาของการศึกษาในประเทศอินโดนีเซียพบอุบัติการณ์สูงในช่วงฤดูร้อน³³ แต่การศึกษานี้ไม่พบลักษณะสัมพันธ์กับฤดูกาลที่ชัดเจน ช่วงเวลาที่พบอุบัติการณ์สูงคือช่วงเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม ซึ่งเป็นช่วงฤดูการเพาะปลูกมีการหว่านกล้าและปักดำ เป็นระยะเวลาที่เกษตรกรมักใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช³⁴ การมีกิจกรรมการเกษตรอาจทำให้ผู้มีความเสี่ยงอยู่ใกล้สารเคมีทางการเกษตรจึงมีแนวโน้มของการใช้สารเหล่านี้หากมีความกดดันจนอยากทำร้ายตนเอง

จากการที่พาราควอตมีความเป็นพิษสูง เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อทั้งเกษตรกรและผู้บริโภค ทำให้หลายประเทศห้ามการใช้พาราควอตโดยเฉพาะประเทศในโซนเอเชีย เช่น ศรีลังกา ไต้หวัน เกาหลี และพบว่าหลังการประกาศห้ามใช้จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายลดลงชัดเจน³⁵⁻³⁹ ประเทศไทยได้ประกาศให้พาราควอตเป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ 4 ห้ามมิให้มีการผลิต การนำเข้า การส่งออก และการมีไว้ในครอบครองตั้งแต่มีกฎหมาย 2563⁴⁰ ในการศึกษาพบว่าใน พ.ศ. 2564 จำนวนผู้ใช้ออร์กาโนฟอสเฟตเพื่อฆ่าตัวตายลดลงอย่างชัดเจน โดยยอดผู้เสียชีวิตจากการใช้พาราควอตลดลงจาก 34 รายในปีก่อนหน้านี้เหลือ 13 ราย (ลดลงร้อยละ 38) และจำนวนผู้ใช้วัชพืชอันตรายอื่นๆ นอกจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นเล็กน้อย สอดคล้องกับ

บางรายงานกล่าวว่าอาจพบการพยายามฆ่าตัวตายโดยวิธีอื่นเพิ่มขึ้น^{37,38} อย่างไรก็ตามบางการศึกษาก็ไม่พบว่ามีเพิ่มขึ้นของวิธีอื่นอย่างชัดเจน³⁹ การที่ยังพบมีการใช้พาราควอตหลังประกาศห้าม คล้ายคลึงกับข้อสังเกตในการศึกษาอื่น^{38,41} อาจเนื่องจากเกษตรกรยังใช้สารไม่หมดเหลืออยู่ในครัวเรือน หรือร้านค้ายังมีการแอบจำหน่ายสารที่เหลืออยู่

การศึกษานี้เก็บข้อมูลผู้ป่วยทุกคนที่มารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ด้วยปัญหาพยายามฆ่าตัวตาย อันเป็นลักษณะของผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ ต่างจากการศึกษาอื่นที่มักเป็นการศึกษากับผู้ป่วยในซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอาการมาก ในด้านการเสียชีวิตนั้นผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร จึงแสดงถึงการเสียชีวิตจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผู้ป่วยได้ครบถ้วนทุกราย โดยพบว่าผู้ป่วยถึง 156 ราย (ร้อยละ 39.7) ที่พบเสียชีวิตหลังจากออกจากโรงพยาบาล ในขณะที่การศึกษาอื่น³⁹ มีข้อมูลเฉพาะขณะผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล โดยมีผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 3 ไม่สมัครใจรักษา ออกจากโรงพยาบาลโดยที่อาการไม่ดีขึ้น อัตราการเสียชีวิตจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจึงต่ำกว่าความเป็นจริงระดับหนึ่ง^{30,39}

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของปัญหาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพื่อฆ่าตัวตายในพื้นที่เกษตรกรรม โดยเฉพาะการใช้พาราควอต ซึ่งพบการเสียชีวิตสูงมาก พบว่าหลังการประกาศห้ามใช้พาราควอต อัตราการเสียชีวิตจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชลดลงอย่างชัดเจน การศึกษาเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพื่อฆ่าตัวตายมีความเห็นตรงกันว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายโดยการกินสารอันตรายนั้นส่วนใหญ่จะเป็นจากการรู้สึกกดดันจากปัจจัยกระตุ้นแบบเฉียบพลัน เช่น การทะเลาะเบาะแว้ง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายแบบหุนหันพลันแล่นตามมา^{3,4,41} ปัจจัยสำคัญจึงอยู่ที่ความคุ้นเคยในการรับรู้ถึงวิธีการฆ่าตัวตาย (cognitive availability) และการเข้าถึงสารพิษได้ง่าย²⁰ ชุมชนเกษตรกรรมซึ่งมีสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในบริเวณครัวเรือนหรือหาซื้อได้ไม่ยาก จึงมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าชุมชนเขตเมือง ที่มักใช้วิธีกินสารอื่นซึ่งอันตรายน้อยกว่า

หลังการห้ามใช้พาราควอต พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายของประเทศลดลงมาก สอดคล้องกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญเรื่องการฆ่าตัวตายว่าการควบคุมการเข้าถึงวิธีการฆ่าตัวตายที่รุนแรงเป็นการป้องกันที่มีประสิทธิผลสูง^{3,4,43} โดยเฉพาะ

การห้ามใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่อันตรายสูง^{3,4,36,39} ดังนั้นอัตรา การเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายของประชากรในจังหวัดเชียงราย ในช่วงเวลา 5 ปี หลังจากการห้ามใช้พาราควอตน่าจะลดลงระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตามหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังต้องดำเนินการป้องกันการเสียชีวิตจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอื่นๆต่อไป ซึ่งประกอบด้วยการควบคุมการเข้าถึงสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่อันตรายสูง ทั้งในด้านการเก็บสื่อสารกรณีมีในครัวเรือนและมีการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย^{4,10} และเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ผู้ป่วยใช้บ่อยในแต่ละพื้นที่

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ ได้แก่ ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีจำนวนหนึ่งที่ใช้วิธีการไม่รุนแรง ทุเลาเอง หรือรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่นหรือผู้ที่ใช้วิธีการรุนแรงอาจเสียชีวิตในสถานเกิดเหตุ การศึกษานี้จึงไม่แสดงถึงอุบัติการณ์การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของพื้นที่ ประการที่สองการศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียน จึงขาดความครบถ้วนของข้อมูลในระดับหนึ่ง ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถเก็บข้อมูลสำคัญในการกินสารพิษได้ครบทุกด้าน เช่น ปริมาณการกินสาร ระยะเวลาก่อนมาโรงพยาบาล ตลอดจนปัจจัยแทรกซ้อนทั้งหมดที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งร่วมกัน เพื่อลดปัญหาความคลาดเคลื่อนของการเก็บข้อมูล นอกจากนี้ผลการศึกษาลังมาตรการห้ามใช้พาราควอตเพียงปีเดียวแม้จะพบมีการลดลง แต่ก็ยังไม่อาจสรุปได้ว่าเป็นมาตรการสำคัญที่ช่วยลดการเสียชีวิต จึงควรมีการศึกษาต่อในระยะยาว เช่น 3 - 5 ปี ต่อไป

สรุป

ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูง ร้อยละ 35.3 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง โดยใช้พาราควอตสูงสุด และอัตราการเสียชีวิตจากพาราควอตสูง ร้อยละ 53.5 ส่วนใหญ่เสียชีวิตใน 4 วันแรก และร้อยละ 40 เสียชีวิตหลังจากออกจากโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เสียชีวิตคือภาวะการหายใจล้มเหลวและภาวะไตวาย ยอดผู้เสียชีวิตจากการใช้พาราควอตในปีหลังการประกาศห้ามใช้พาราควอตลดลงร้อยละ 38 การประกาศห้ามใช้พาราควอตจึงอาจเป็นมาตรการสำคัญในการลดการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายดังเช่นที่พบในประเทศต่างๆ ก่อนหน้านี้

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

คณะผู้วิจัยไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ งานทะเบียนราษฎร เทศบาลนครเชียงราย ที่ให้การสนับสนุนข้อมูลผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยไม่มีแหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

วิลรัตน์ ชัยปราการ: การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การตรวจสอบแก้ไขบทความ; มานิช หล่อตระกูล: การออกแบบการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ การตรวจสอบแก้ไขบทความ; ดาราวรรณ วงศ์พรหมเมศรี: การตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO mortality database [EB/OL] [Internet]. [cited 2024 May 13]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
2. Mew EJ, Padmanathan P, Konradsen F, Eddleston M, Chang SS, Phillips MR, et al. The global burden of fatal self-poisoning with pesticides 2006-15: systematic review. *J Affect Disord* 2017;219:93-104.
3. Gunnell D, Eddleston M. Suicide by intentional ingestion of pesticides: a continuing tragedy in developing countries. *Int J Epidemiol* 2003;32:902-9.
4. Bonvoisin T, Utyasheva L, Knipe D, Gunnell D, Eddleston M. Suicide by pesticide poisoning in India: a review of pesticide regulations and their impact on suicide trends. *BMC Public Health* 2020;20:251.
5. World Health Organization. Preventing suicide: A resource for pesticide registrars and regulators [Internet]. Geneva: World Health Organization and Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2019. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516389>.
6. Dinis-Oliveira RJ, Duarte JA, Sánchez-Navarro A, Remião F, Bastos ML, Carvalho F. Paraquat poisonings: mechanisms of lung toxicity, clinical features, and treatment. *Crit Rev Toxicol* 2008;38:13-71.
7. Laohaudomchok W, Nankongnab N, Siriruttanapruk S, Klaimala P, Lianchamroon W, Ousap P, et al. Pesticide use in Thailand: Current situation, health risks, and gaps in research and policy. *Hum Ecol Risk Assess Int J* 2021;27:1147-69.
8. Chiang Rai Provincial Agriculture and Cooperative Office. Basic information about Chiang Rai Province: used to support government inspections and traveling cabinet for the month of April 2024 [Internet]. [cited 2024 May 9]. Available from: <https://www.opsmoac.go.th/chiangrai-dwl-files-442991791952>.
9. National Center for Suicide Prevention. Report on the suicide situation in Thailand, fiscal year 2023 [Internet]. [cited 2024 May 9]. Available from: <https://suicide.dmh.go.th/books/view.asp?id=27>.
10. Chaiprakarn W, Kanjanakaroon R, Pongkaew W, Lotrakul M. Characteristics of attempted suicide patients presenting to Chiang Rai Prachanukroh hospital during 2012-2016. *Chiang Mai Medical Journal* 2019;1:57-67.
11. Eddleston M, Buckley NA, Eyer P, Dawson AH. Management of acute organophosphorus pesticide poisoning. *Lancet* 2008;371:597-607.
12. Wedamulla A, Pongpanich S. Incidence of suicide attempts and its associated factors at the provincial general hospital Badulla, Sri Lanka. *J Health Res* 2010, 24(supp/2): 77-81.
13. Pratipatpong T. A study of 270 suicidal attempt patients in Nakhonpathom Hospital. *Reg 9-7 Med J* 2008;27:259-66.
14. Luealai P, Yeabkai Y. Suicide Behavior among People in Srinakhon District, Sukhothai Province. *Journal of Disease Prevention and Control: DPC, 2 Phitsanulok* 2020;7:54-81.
15. Suteeprasert T, Tangtekakul S, Bunsiriluck S, Sricharn P, Thongnak T. The rate of suicide and factors associated with suicidal behaviors: a case study of Suphanburi Province. *Srinakharinwirot Res Dev J Humanit Soc Sci* 2024;16:1-12.
16. Suphan M. The phenomenon of attempt to commit suicide in Sriprachan District : A case study of the people who attempted suicide in Sriprachan district, Suphanburi province. *J Environ Community Health* 2020;5:106-13.
17. Masan H, Lotrakul M, Sudawan J. Characteristics of patients with paracetamol overdose and principal risk factor for severe hepatotoxicity. *J Psychiatr Assoc Thai* 2019;64:127-38.
18. Narongchai P, Narongchai S. Paracetamol overdose in suicidal attempt patients. *J Med Assoc Thai* 2004;87:423-6.
19. Suppavitiporn S, Suppavitiporn S. Attempted suicide by acetaminophen ingestion. *Chulalongkorn Med J* 2003;47:713-25.
20. Tu CY, Yen TH, Chang CM, Chen HY, Yen YC, Guo MC, et al. Characteristics and psychopathology of 1,086 patients who self-poisoned using pesticides in Taiwan (2012-2019): A comparison across pesticide groups. *J Affect Disord* 2022;300:17-26.
21. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F, et al. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bull World Health Organ* 2008;86:726-32.
22. Buckley NA, Fahim M, Raubenheimer J, Gawarammana IB, Eddleston M, Roberts MS, et al. Case fatality of agricultural pesticides after self-poisoning in Sri Lanka: a prospective cohort study. *Lancet Glob Health* 2021;9:e854-62.
23. Van Der Hoek W, Konradsen F. Risk factors for acute pesticide poisoning in Sri Lanka. *Trop Med Int Health* 2005;10:589-96.
24. Lee JW, Hwang IW, Kim JW, Moon HJ, Kim KH, Park S, et al. Common pesticides used in suicide attempts following the 2012 paraquat ban in Korea. *J Korean Med Sci* 2015;30:1517-21.
25. Chang ShuSen CS, Lu TsungHsueh LT, Eddleston M, Konradsen F, Sterne JAC, Lin JinJia LJ, et al. Factors associated with the decline in suicide by pesticide poisoning in Taiwan: a time trend analysis, 1987-2010. *Clin Toxicol Phila* 2012;50:471-80.



26. Agrawaal KK, Karki P. Clinico-epidemiological study on pesticide poisoning in a tertiary care hospital in eastern Nepal. *J Nepal Med Assoc* 2014;52:972-6.
27. Eddleston M. Patterns and problems of deliberate self-poisoning in the developing world. *QJM* 2000;93:715-31.
28. Gawarammana IB, Buckley NA. Medical management of paraquat ingestion. *Br J Clin Pharmacol* 2011;72:745-57.
29. Liu HL, Chen WL, Yang MC, Lin HM, Chou CC, Chang CF, et al. Prediction of early mortality in patients with paraquat intoxication. *J Acute Med* 2013;3:6-10.
30. Tajai P, Kornjirakasemsan A. Predicting mortality in paraquat poisoning through clinical findings, with a focus on pulmonary and cardiovascular system disorders. *J Pharm Policy Pract* 2023;16:123.
31. Kim Sji, Gil HW, Yang JO, Lee EY, Hong SY. The clinical features of acute kidney injury in patients with acute paraquat intoxication. *Nephrol Dial Transplant* 2009;24:1226-32.
32. Tsao TCY, Juang YC, Lan RS, Shieh WB, Lee CH. Respiratory failure of acute organophosphate and carbamate poisoning. *Chest* 1990;98:631-6.
33. Delirrad M, Majidi M, Boushehri B. Clinical features and prognosis of paraquat poisoning: a review of 41 cases. *Int J Clin Exp Med* 2015;8:8122.
34. Thai farmers are at risk of becoming sick from pesticide-pesticide poisoning. In 2018, nearly 10,000 people were found to be sick. [Internet]. Hfocus.org. [cited 2024 Jul 30]. Available from: <http://www.hfocus.org/content/2019/06/17297>
35. Chang SS, Lin CY, Lee MB, Shen LJ, Gunnell D, Eddleston M. The early impact of paraquat ban on suicide in Taiwan. *Clin Toxicol* 2022;60:131-5.
36. Cha ES, Chang SS, Gunnell D, Eddleston M, Khang YH, Lee WJ. Impact of paraquat regulation on suicide in South Korea. *Int J Epidemiol* 2016;45:470-9.
37. Myung W, Lee GH, Won HH, Fava M, Mischoulon D, Nyer M, et al. Paraquat prohibition and change in the suicide rate and methods in South Korea. *PLoS One* 2015;10:e0128980.
38. Weerasinghe M, Pearson M, Konradsen F, Agampodi S, Sumith JA, Jayamanne S, et al. Emerging pesticides responsible for suicide in rural Sri Lanka following the 2008–2014 pesticide bans. *BMC Public Health* 2020;20:780.
39. Indira M, Chowallur MJ, Aryamol MK, Lin CY, Chang SS, Sooraj M, et al. Effect of pesticide ban on suicide trend – a 20-year study from a tertiary care center in Central Kerala from 2001 to 2020. *Clin Toxicol (Phila)* 2022;60:1214-9.
40. Nakhokwik Y, Popradit A, Pakvilai N, Wiangnon J, Wanasiri A. The model of suitable agricultural after stopping paraquat and glyphosate used in special management zone at Phu Kao - Phu Phan Kham National Park. *J Leg Entity Manag Local Innov* 2021;7:33-47.
41. Roberts DM, Karunaratna A, Buckley NA, Manuweera G, Sheriff MR, Eddleston M. Influence of pesticide regulation on acute poisoning deaths in Sri Lanka. *Bull World Health Organ* 2003;81:789-98.
42. Sabzghabaee AM, Eizadi-Mood N, Montazeri K, Yaraghi A, Golabi M. Fatality in paraquat poisoning. *Singap Med J* 2010;51:496-500.
43. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry* 2016;3:646-59.

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

ปีที่ 32 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2567

สารบัญ	หน้า
บรรณาธิการแถลง	A
บทบรรณาธิการ	A1
นิพนธ์ต้นฉบับ	
การมีสุขภาวะที่ดีและครบถ้วนอย่างยั่งยืนของผู้สูงอายุไทย พิเชฐ อดมรัตน์	283
การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช รักสุตา กิจอรุณชัย, สมชาย ดันศิริสิทธิกุล	294
หลักสูตรการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ให้คำปรึกษาในระบบศาล วิษชุดา จันทราษฏร์	307
การศึกษาผลกระทบของการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ที่มีต่อการกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์ และอิทธิพลของตัวแปรส่งผ่านในคนไทยวัยผู้ใหญ่ วรตม์ โชติพิทยสุนนท์, พจ ธรรมพีร	319
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในอำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ พัชรินทร์ บุญเสริม, นุสรรา เผ่าหัวสระ	331
ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับของบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเป็นกะ ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พันธุ์รัช ผลิตโกมล, ศรวิทย์ โอสสถิลป์	341
อุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุจราจร ธวัชิต เกรียงตันติวงศ์, นพพร ดันติรังสี, ไกรวุฒิ เอี่ยมสุขวัฒน์, วลี รัตนวัตร, นันทิยา ภูงาม, รุ่งนภา สีหาญ	353
มุมมองเชิงระบบนิเวศต่อความรุนแรงที่มีผลกระทบในวงกว้างในประเทศไทย : การวิเคราะห์พหุกรณี มานิกา วิเศษสาธิต, ปิยพงศ์ แซ่ตั้ง, เสวียน แก้ววงษา	367
บทความปริทัศน์	
ผลกระทบสื่อผ่านจอในเด็กปฐมวัยและบทบาทของพยาบาล พนิดา ศิริอำพันธ์กุล, ภูติส รักษัตระกุล, วิลาสินี เสถียร, ศลิษา ถาวรชน, เสาวลักษณ์ สามิลา, อรทัย หวังพงษ์, อาริรัตน์ สุขเกษม	

ดัชนีวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 - 4 ประจำปี 2567

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

สารบัญวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย