



Journal of the Psychiatric Association of Thailand

วารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย

ปีที่ 70 ฉบับที่ 1

มกราคม - มีนาคม 2568

บรรณาธิการแถลง

จดหมายถึงบรรณาธิการ

การดูแลและส่งผู้ป่วยจิตเวชต่างชาติข้ามประเทศ

เกษม ต้นติผลาชีวะ

เจ็ดทศวรรษวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย : เหลียวหลังไปแล้วแลหน้า

พิเชฐ อุดมรัตน์

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 อำเภอเบรือ จังหวัดมหาสารคาม

ธนชัย รัตนโรสง, สุริยพร พลชุมแสง, คมเคี้ยว จันทรราช

บทบาทตัวแปรคั่นกลางของความยืดหยุ่นทางจิตใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล

ในนักเรียนมัธยมที่ถูกลั่นแกล้งในประเทศไทย

ชื่นกมล ปุรินทวรกุล, จิรดา ประสาทพรศิริโชค, อัญชลิตา รัตนจารุรักษ์

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการก่อนมีระดูและภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดูในนิสิตแพทย์ ชั้นพรีคลินิก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ณัฐธยานี ขวลิตรชัยกุล, ปองขวัญ ยัมสะอาด

ผลการบำบัดรักษาด้วยแนวพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี ต่อพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดทำทั้ง

สรณิสรี วัฒนเรืองชัย

ผลการพัฒนาระบบการดูแลติดตามผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างเข้มข้นต่อการลดความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยนอก

ที่มารับบริการ ณ แผนกจิตเวช โรงพยาบาลระยอง

อรอุมา ประสงค์สำเร็จ

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการฟอกเลือด

ในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

นิพนธ์ นครน้อย

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเอง ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ใช้แอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์

ในประเทศไทย

ศักย์จุภา ปินชัย, พิชชาพร งามทิพย์วัฒนา

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาครั้งแรกของผู้ป่วยผู้ใหญ่

ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ

กฤตติ หว่านณรงค์, ศิโรจน์ กอเจริญพานิชย์, ทศนีย์ สุริยะไชย

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ในข้าราชการตำรวจ กองบังคับการตำรวจนครบาลแห่งหนึ่ง

ปวันรัตน์ จันทรศิริกิตกุล, วิษณุวัฒน์ เพศยนาวิน, เมธีวัชร ชิตเดชะ, ภูษงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์

คุณภาพการนอนของผู้ป่วยหลังหายจากโรคโควิด 19

ณัฐฐา หนองพันธุ์, เมตตา เลิศเกียรติรัชตะ, มาลี เกตแก้ว



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.ปราณี 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 เหล่าจุสวัสถ์

Asst.Prof.Puchong Laurujisawat, M.D.

รศ.นพ.วรุตม์ อุ่นจิตสกุล

Assoc.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 ในเดือนมีนาคม 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 70 ฉบับที่ 1

มกราคม - มีนาคม 2568

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

A

จดหมายถึงบรรณาธิการ

การดูแลและส่งผู้ป่วยจิตเวชต่างชาติข้ามประเทศ

1

เกษม ดันติผลาชีวะ

เจ็ดทศวรรษวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย : เหลียวหลังไปแล้วแลหน้า

3

พิเชฐ อุดมรัตน์

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4

7

อำเภอเบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

ธนชัย วินไธสง, สุริย์พร พลชุมแสง, คมเคียว จันทรราช

บทบาทตัวแปรคั่นกลางของความยืดหยุ่นทางจิตใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

19

ต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในนักเรียนมัธยมที่ถูกกลั่นแกล้งในประเทศไทย

ชื่อนกมล ปุรินทรวงกุล, จิรดา ประสาทพรศิริโชค, อัญชลิตา รัตนจารุรักษ์

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการก่อนมีระดูและภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู

32

ในนิสิตแพทย์ ชั้นพรีคลินิก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ณัฐธยาน์ ขวลิตชัยกุล, ปองขวัญ ยิ้มสะอาด

ผลการบำบัดรักษาด้วยแนวพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี ต่อพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง

45

และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง

สรณศิริ วัฒนเรืองชัย

ผลการพัฒนาระบบการดูแลติดตามผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างเข้มข้นต่อการลดความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย

54

ในผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ ณ แผนกจิตเวช โรงพยาบาลระยอง

อรอุมา ประสงค์สำเร็จ

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

71

ที่ได้รับการฟอกเลือดในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

นิพนธ์ นครน้อย

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเอง ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

79

ของผู้ใช้แอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ในประเทศไทย

ศักย์จุฑา บินชัย, พิชาพร งามทิพย์วัฒนา

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาครั้งแรกของผู้ป่วยผู้ใหญ่

95

ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ

กฤตินี หวานณรงค์, ศิโรจน์ กอเจริญพานิชย์, ทศนีย์ สุริยะไชย

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ในข้าราชการตำรวจ

108

กองบังคับการตำรวจนครบาลแห่งหนึ่ง

ปวิณรัตน์ จันทร์ตฤทธิกุล, วิชยุตม์ เพศยนาวิน, เมธีวัชร ชิตเดชะ, ภูษงค์ เหล่ารุจิรสวัสดิ์

คุณภาพการนอนของผู้ป่วยหลังหายจากโรคโควิด 19

121

ณัฐฐา นน่อพันธุ์, เมตตา เลิศเกียรติวิเศษ, มาลี เกตแก้ว



Journal of the Psychiatric Association of Thailand

Volume 70 Number 1

January - March 2025

CONTENTS

EDITORIAL

A

LETTER TO EDITOR

Caring and Escorting Foreign Psychiatric Patients Overseas

1

Kasem Tantiphlachiva

Seven Decades of the Journal of the Psychiatric Association of Thailand:

3

Looking Back and Then Looking Forward

Pichet Udomratn

ORIGINAL ARTICLES

Prevalence and Associated Factors to Depression of Junior High School Students
in Borabue District, Mahasarakham Province

7

Tanachai Rinthaisong, Sureepon Polchumsang, Komkiew Chanrat

The Mediating Role of Resilience and Self-Esteem in Depression and Anxiety
among Bullied Secondary School Students in Thailand

19

Chuenkamon Purintaworagul, Jirada Prasartpornsirichoke, Anchalita Ratanajaruraks

The Prevalence and Associated Factors of Premenstrual Syndrome (PMS) and Premenstrual
Dysphoric Disorder (PMDD) among Preclinical Medical Students at Chulalongkorn University

32

Natthaya Chaovalitchaiyakul, Pongkwan Yimsaard

Results of Treatment with Dialectical Behavioral Therapy (DBT) on Self-Injurious Behavior
and Quality of Life of Patients with Borderline Personality Disorder (BPD)

45

Sornsiri Wattanarueangchai

The Development of Intensive Care Program for Depressed Patients in Reducing Suicidal Risk
at Psychiatric OPD, Rayong Hospital

54

Ornuma Prasongsamret

Prevalence and Factors Associated with Depression among End Stage Kidney Disease
Patients in Somdetphraphutthaloetla Hospital

71

Nipon Nakornnoi

Prevalence and Associated Factors of Self-Esteem, Anxiety, and Depression
among Online Dating Application Users in Thailand

79

Sakjuta Binchai, Pitchaporn Ngamthipwatthana

Prevalence and Associated Factors of Non-Responder Depression in The First Treatment
of Adult Patients at Samutprakarn Hospital

95

Krittin Wannarong, Siroj Korcharoenpanich, Tussanee Suriyachai

The Prevalence of Alcohol Drinking and Associated Factors in Police Officers
in One Metropolitan Police Division

108

Pawanrat Chantrikitikul, Vichayut Phetsayanavin, Mayteewat Chiddaycha, Puchong Laurujisawat

Sleep Quality among Post COVID Syndrome Patients

121

Naruttha Norphun, Metta Lertkiatratchata, Malee Katekaew

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีปีใหม่ พ.ศ. 2568 ในปีนี้เป็นปีที่ 70 ของวารสารสมาคมนจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งถือได้ว่าเป็นวารสารวิชาการที่ดำเนินการมาอย่างยาวนานที่สุดฉบับหนึ่งในประเทศไทย นอกจากการครบรอบ 70 ปีแล้ว เดือนกุมภาพันธ์ที่ผ่านมาวารสารสมาคมนจิตแพทย์ฯ ยังได้รับข่าวดีเพิ่มเติมคือ วารสารสมาคมนจิตแพทย์แห่งประเทศไทยผ่านการประเมินคุณภาพวารสารอยู่ในระดับ tier 1 ของฐานข้อมูล TCI อีกครั้ง โดยมีช่วงเวลารับรองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2568 ถึง พ.ศ. 2572

ทั้งนี้ในฐานะบรรณาธิการของวารสารสมาคมนจิตแพทย์ฯ ขอขอบคุณทีมบรรณาธิการทุกท่าน ได้แก่ รศ.พญ.ภาพันท์ ไทยพิสุทธิกุล, ผศ.ดร.นพ.วรภัทร รัตอาภา, รศ.ดร.พญ.ไตรยา เลิศดิลลิตป์, พญ.จิตติพร ศุภสิทธิ์ธำรง และเลขานุการ น.ส.สิริลักษณ์ ไชยสิทธิ์ ที่ร่วมกันดูแลและจัดทำวารสารสมาคมนจิตแพทย์ฯ จนสามารถดำเนินการลุล่วงมาได้ด้วยดีตลอดหลายปีที่ผ่านมา และผ่านการประเมินอยู่ในระดับสูงสุดอีกครั้งหนึ่ง

ทั้งนี้ผมและกองบรรณาธิการ ขอขอบคุณผู้สนับสนุนทุกท่านที่ส่งบทความกับทางวารสารสมาคมนจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาช่วยประเมินบทความในฉบับนี้

ธรรมาถ เจริญบุญ

บรรณาธิการ

การดูแลและส่งผู้ป่วยจิตเวชต่างชาติข้ามประเทศ

เกษม ตันติผลาชีวะ*

*สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ในระหว่างสงครามเวียดนามมีผู้ลี้ภัยหนีออกนอกประเทศกันมาก ส่วนหนึ่งได้รับการอพยพไปอยู่ในประเทศตะวันตกที่เป็นคู่สงคราม บางส่วนก็ตกค้างอยู่ในประเทศไทยอีกหลายปี แม้หลังสงครามยุติในปี พ.ศ. 2518 ผู้ลี้ภัยที่มีการเจ็บป่วยทางจิต ได้รับการรักษาในประเทศไทยก่อนจะได้รับอนุญาตให้เดินทางไปประเทศตะวันตก โดยมีศูนย์อยู่ที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ ผมเองมีส่วนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเหล่านี้ และต้องเขียนรายงาน พร้อมกับการให้ความเห็นเกี่ยวกับอาการว่าสามารถเดินทางไปได้หรือไม่ ความจริงผู้ลี้ภัยที่มาอยู่ในความดูแลของผมมีจากชาติอื่นด้วย เช่น ลาว พม่า เขมร และตะวันออกกลาง ผู้ลี้ภัยเหล่านี้อยู่ในความรับผิดชอบของ United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) และ Intergovernmental Commission for Migration (ICM) ผู้ป่วยจิตเวชต่างชาติส่วนหนึ่งซึ่งไม่ใช่ผู้ลี้ภัย ได้อยู่ในความดูแลของผมในโรงพยาบาลเอกชน บางคนมีอาการมากจนไม่สามารถรับการดูแลในโรงพยาบาลเอกชนได้ จึงต้องส่งต่อมายังโรงพยาบาลจิตเวชของรัฐบาล ซึ่งผมก็มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ตั้งแต่ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลจนส่งกลับบ้านในต่างประเทศ ประสบการณ์เหล่านี้เป็นเรื่องที่ผมเรียนรู้และกลายเป็นอาชีพเสริมของผม จึงอยากรนำมาถ่ายทอดให้คนรุ่นหลังได้รับทราบ เพื่อเปรียบเทียบกับในปัจจุบัน ซึ่งคงต่างกันไปมากแล้ว

ผู้ป่วยรายแรกที่ผมได้เรียนรู้เป็นฝรั่งหนุ่มวัย 30 ปีเศษ ทำงานในองค์กรระหว่างประเทศ ถูกส่งตัวมารักษาในประเทศไทยเพราะไปอาละวาดในประเทศเพื่อนบ้าน ต้องจับกันด้วยความยากลำบากเพราะเขาเป็นคนร่างใหญ่ เป็นนักคาราเต้สายดำ ผมได้รับการติดต่อให้ช่วยรับเขาเข้ารักษาในโรงพยาบาลจิตเวช เพราะโรงพยาบาลเอกชนคงดูแลไม่ไหว และขอให้จัดคนเฝ้าตลอด 24 ชั่วโมง ผมให้การวินิจฉัยว่าเขาเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว ในระยะ

ฟุ้งพล่าน (bipolar disorder, mania) ยาที่ใช้ในตอนนั้นมีเพียง lithium carbonate และ chlorpromazine เท่านั้น ความจริงหากได้ใช้การรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า (ECT) คงจะดีขึ้นเร็วกว่ามาก แต่ก็ไม่สามารถทำได้ เพราะไม่ยอมมีปัญหากฎหมายกับเขา ผู้ป่วยรายนี้จัดเป็นผู้ป่วยที่ดูแลยากมาก มีปัญหาให้แก่วันอาการดีขึ้นไม่เร็วนัก ผู้ป่วยเป็นคนมีเชาวน์ปัญญาสูง คุยด้วยลำบาก ต้องคอยระวังว่าเขาจะมีแผนอะไรมาหลอกเรา จะให้เราลำบากอะไรเขาตอนเผลอหรือเปล่า มีการต่อรองอยู่ตลอดเวลา การรักษาผ่านไป 3 - 4 สัปดาห์ อาการจึงพอสงบลง แต่ก็ไม่ใช่สงบเต็มที่ เพราะหากจะให้อาการสงบเต็มที่คงต้องใช้เวลานาน เอาเป็นว่าอยู่ในขั้นที่ไม่ก่อความรุนแรงและพอควบคุมพฤติกรรมได้ก็พอ และก็ถึงเวลาที่เรามาตัดสินใจว่าจะให้เดินทางได้หรือยังมีระเบียบของสายการบินในการรักษาความปลอดภัยสำหรับผู้โดยสารที่ป่วยทางจิต โดยต้องให้แพทย์รับรองว่าสามารถเดินทางได้ โดยระบุว่าเดินทางโดยลำพังได้หรือว่าต้องมีผู้ร่วมเดินทางไปด้วย ซึ่งอาจเป็นญาติหรืออาจต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ไปดูแลระหว่างเดินทาง เมื่อผมลงความเห็นว่าผู้ป่วยสามารถเดินทางได้โดยต้องมีแพทย์ดูแลระหว่างเดินทาง ผมจึงได้รับการร้องขอให้เป็นผู้ร่วมเดินทาง เพราะมีความคุ้นเคยกับผู้ป่วยและมีความสัมพันธ์กับเขาดีมาตลอด ผมเริ่มวางแผนโดยคิดว่าหลายรูปแบบว่าหากเกิดเหตุการณ์อย่างนั้นอย่างนี้จะต้องใช้มาตรการอะไรบ้าง ซึ่งพอถึงเวลาเดินทางจริงไม่ค่อยเป็นไปได้ตามนั้น ต้องแก้ปัญหาเฉพาะหน้าล้วนๆ เครื่องบินออกเดินทางกลางดึกซึ่งเป็นเวลาปกติของสายยุโรป ผมได้ขึ้นเครื่องบินเป็นคนสุดท้ายเพื่อไม่ให้ต้องคอยอยู่บนเครื่องบินนาน ผมขอที่นั่งท้ายๆ เครื่องบิน เพื่อให้สัมผัสคนน้อยที่สุด พนักงานได้รับการแจ้งให้อำนวยความสะดวกด้วย ระหว่างเดินทางผู้ป่วยสงบดีตามสมควร เพราะดีใจว่าจะได้กลับบ้าน ผมจ่ายยาให้เขากินตามเวลา

Corresponding author: เกשמ ตันติผลาชีวะ

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

E-mail: ktantip@outlook.com

วันรับ : 12 สิงหาคม 2567 วันแก้ไข : 6 มกราคม 2568 วันตอบรับ : 6 มกราคม 2568

หลังกินยาเมื่อก่อนนอนเขายังไม่หลับ ผมก็ไม่กล้าหลับไปด้วย เพราะพยายามเฝ้าดูตลอด จนเขาหลับไปสักพักผมจึงหลับไป เพราะความง่วงเวลาคงผ่านไปหลายชั่วโมง ผมตื่นขึ้นมาไม่พบเขา อยู่ในที่นั้น มองไปข้างหน้าเห็นเขากำลังคุยอยู่กับพนักงานสาวฝรั่ง ผมทอง ดูจะคุยกันสนุกสนาน เห็นมีการแลกเบอร์โทรศัพท์กันด้วย อีกทั้งผู้ป่วยเราก็นำตาล้ออีกต่างหาก หลังอาหารเช้า เขาบอกผมว่าเขาจะไม่ยอมกินยาอีกแล้ว เพราะเข้าเขตบ้านเขาแล้ว ผมบังคับเขาไม่ได้ ซึ่งผมก็จำเป็นต้องยอม และระยะทางอีกไม่ไกลนักก็จะถึงที่หมายเพื่อต่อเครื่องบินแล้ว เครื่องบินลงจอดที่ปารีสเพื่อต่อเครื่องไปรัสเซลล์ ระหว่างรอประตูเปิดซึ่งค่อนข้างล่าช้า ผู้ป่วยก็คุยโหมงโหมง แต่เป็นลักษณะสนุก เรียกเสียงหัวเราะจากคนบนเครื่องบินได้มาก การต่อเครื่องบินเต็มไปด้วยความระทึกใจสำหรับผม เพราะไม่รู้ว่าจะแสดงอะไรอีก ได้แต่นั่งลุ้นอยู่ในใจ และพยายามชวนเขาคุยเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากสิ่งแวดล้อม เพราะโดยปกติผู้ป่วยแบบนี้มักมีอาการคล้อยตามตัวกระตุ้นที่มาสัมผัส เป็นอันว่ายาชนิดที่เตรียมไปไม่ได้ใช้และคงไม่มีโอกาสได้ใช้ด้วย เพราะหากผู้ป่วยอาละวาดจริง ใครจะมาช่วยจับ และเราอยู่บนเครื่องบินซึ่งเป็นเขตอำนาจของประเทศอื่น เราไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หากเกิดผิดพลาดจะมีปัญหาทางกฎหมายได้ จึงต้องใช้การพูดคุยเป็นหลัก ใช้สัมพันธ์ภาพที่ดี และใช้เมตตา นั่นเป็นสิ่งที่ผมเรียนรู้จากประสบการณ์ครั้งแรกในการส่งผู้ป่วย และสามารถนำไปใช้ในการทำงานต่อมา ผู้ป่วยเขาก็มีหัวใจและเขาสัมผัสได้ถึงความหวังดีของเราที่มีต่อเขา ทำให้เขาร่วมมือกับเราเท่าที่ยังทำได้ ภายใต้การบังคับตัวเองของเขา บางทีเขาก็ไม่ได้อยากอาละวาดแต่อาการของโรคพาไป ในที่สุดเครื่องบินก็ถึงที่หมายมีทีมบุคลากรการแพทย์มารับถึงเครื่องบิน คุณพ่อ คุณแม่ และน้องชายเขาก็มา ผมกำลังจะลาจากเขาก็พอดีครอบครัวเขาเข้ามาคุยกับผมและเชิญผมให้ไปพักที่บ้านของเขา ครอบครัวเขามีน้ำใจกับผมมาก ได้ให้การต้อนรับผมเป็นอย่างดี ทำให้ผมรู้สึกซาบซึ้งใจยิ่งนักได้อยู่ในบ้านที่แสนอบอุ่น และยังได้เรียนรู้ภาษาและวัฒนธรรมของเขาด้วย พ่อ แม่ และน้องชายเขาน่ารักมาก จนดูไม่น่าจะเป็นครอบครัวที่มีลูกมีอาการป่วย ผมได้ให้ครอบครัวเขาปรับทุกข์เกี่ยวกับการป่วยของลูกเขา ซึ่งผมมั่นใจว่าผลการรักษาน่าจะดีและหายเป็นปกติได้ และผมยังได้เป็นเพื่อนเล่นมากฮอสกับคุณพ่อของเขาด้วย ผมได้ไปเยี่ยมเขาที่โรงพยาบาล ซึ่งมีลักษณะเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ผู้ป่วยอยู่เป็นห้องส่วนตัว ชายกับหญิงไม่ได้แยกเป็นคนละปีก ผมทราบข้อมูลว่าเขาชอบไปจับผู้ป่วยหญิงห้องข้างๆ ด้วย

หลังกลับจากการส่งผู้ป่วยที่ค่อนข้างยากครั้งนั้น ผมได้รับความรู้สึกใจเรียกให้ไปทำงานอีกหลายครั้ง ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ค่อยยากเหมือนรายแรก ประเทศที่ไปส่งผู้ป่วยบ่อยโดยมากอยู่ในยุโรป เพราะเขามีรัฐสวัสดิการดี ประกันสุขภาพของเขาครอบคลุม หรือหากไม่ครอบคลุมสถานทูตมักออกค่าใช้จ่ายไปก่อนแล้วไปเรียกเก็บจากญาติผู้ป่วยในภายหลัง ผมมักเลือกเดินทางไปในวันศุกร์ ไปส่งผู้ป่วยถึงที่หมายแล้วผมก็พร้อมเครื่องบินกลับเลยไม่ต้องค้าง เพื่อให้กลับมาทำงานทันวันจันทร์ เรียกได้ว่าไปยุโรปแบบไปค่ากลับเข้าเป็นประจำ ถือเป็นการทำงานไม่ใช้การท่องเที่ยวกลับมาแล้วก็เขียนรายงานส่งเพื่อความสมบูรณ์ของการปฏิบัติงาน ระหว่างเดินทางผมมักใช้เวลาคุยกับผู้ป่วยแบบที่เรียกว่าทำจิตบำบัด ผู้ป่วยหญิงรายหนึ่งที่เป็นโรคซึมเศร้าและมีอาการโรคจิตได้เล่าเรื่องชีวิตของเธอแล้วก็ร้องไห้ จบลงด้วยการให้ข้อคิดและกำลังใจ เป็นบริการแถมโดยไม่คิดเงิน ประสบการณ์ที่ผมเรียนรู้จากการปฏิบัติงานข้ามชาติแบบนี้ อาจสรุปได้ว่าการเตรียมตัวก่อนเดินทางควรสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยก่อน พยายามทำความเข้าใจอาการและนิสัยใจคอของเขาให้มากที่สุด ประเมินความเสี่ยงในด้านต่างๆ ว่าอยู่ในระดับต่ำ หากยังสูงอยู่ก็อย่าเพิ่งเดินทาง ระหว่างเดินทางพยายามให้เขาเกิดความรู้สึกว่าเราไปเพื่อเป็นเพื่อนเขา ไม่ใช่ไปควบคุมเขา ยากจนเงินที่เตรียมไปและมีโอกาสใช้คือยากินเท่านั้น ส่วนยาชนิดอาจเตรียมไปแต่ไม่น่าจะมีโอกาสใช้หลังจากที่ผมทำงานนี้อยู่ระยะหนึ่งก็มีการเปลี่ยนแปลงในวิธีการ บางประเทศเลือกที่จะส่งทีมของเขามาจับผู้ป่วยแทนที่จะให้เราไปส่ง มีทั้งแพทย์และพยาบาล ส่วนใหญ่มาพักก่อน 1 - 2 วัน แล้วจึงพาผู้ป่วยกลับ เทียบแล้วค่าใช้จ่ายแพงกว่าใช้บริการของผมอย่างลิบลับ ผมไม่เข้าใจนโยบายของเขาดีนัก บางทีอาจเป็นการพลิกวิกฤติให้เป็นโอกาส (สำหรับคนของเขา) ก็ได้ อย่างน้อยประเทศเราก็ได้นักท่องเที่ยวเพิ่มมา 1 - 2 คน พักระยะสั้นก็ยังดี ส่วนผมไปเองเขาไม่ได้อะไร ผมเอาเงินตราต่างประเทศกลับมาอย่างเดียว

ในปัจจุบันสถานการณ์การส่งผู้ป่วยจิตเวชข้ามประเทศคงเปลี่ยนไปมากแล้ว ที่ผมนำประสบการณ์ของผมมาเล่าก็เพื่อการเรียนรู้ของแพทย์รุ่นหลัง และบันทึกไว้ให้ศึกษาเพื่อเป็นบทเรียนนอกตำราเท่านั้น

เจ็ดทศวรรษวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย: เหลียวหลังไปแล้วแลหน้า Seven Decades of the Journal of the Psychiatric Association of Thailand: Looking Back and Then Looking Forward

พิเชฐ อุดมรัตน์*

*คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ด้วยปีนี้เป็นปีที่ 70 ของวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ตัวผมในฐานะสมาชิกสมาคมจิตแพทย์ฯ ผู้ติดตามอ่านวารสารนี้อยู่เป็นประจำและเคยเป็นอดีตบรรณาธิการ รวมทั้งอดีตนายกสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย จึงได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับวารสารสมาคมฯ เท่าที่ผมรู้ มาให้สมาชิกได้ทราบและเพื่อเป็นหลักฐานทางประวัติศาสตร์ หากจะมีการสืบค้นเกี่ยวกับเรื่องวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ ในอนาคต ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

จุดเริ่มต้น พัฒนาการ และบรรณาธิการของวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ด้วยสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยได้มีวัตถุประสงค์ตั้งแต่แรกที่จะบำรุงและส่งเสริมวิชาการจิตเวชศาสตร์ ด้วยการตีพิมพ์วารสารวิชาการอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2499 สมาคมจิตแพทย์ฯ จึงได้ออกวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 โดยมี พญ.จันทนา สุขวณิช เป็นบรรณาธิการ โดยในระยะแรกวารสารได้จัดพิมพ์ปีละ 2 ฉบับ คือเดือนมกราคม - มิถุนายน และเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม และสำหรับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่สมาชิกสมาคมจิตแพทย์ฯ แต่ประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกวารสาร จะต้องจ่ายเงินเป็นค่าบำรุงปีละ 20 บาท หลังจากนั้นวารสารสมาคมฯ ได้จัดพิมพ์ออกมาอย่างต่อเนื่องและเพิ่มเป็นปีละ 4 ฉบับ มาจนถึงปัจจุบัน แม้บางช่วงจะขาดแคลนบทความทางวิชาการจนไม่สามารถออกตามกำหนดเวลาอยู่บ้าง หรือมีการควบรวมวารสาร 2 ฉบับ ออกมาในเล่มเดียว เพื่อให้วารสารได้ออกมาตามกำหนด แต่อุปสรรคที่กล่าวมาข้างต้นนั้นเกิดขึ้นเพียงช่วงระยะเวลาสั้นๆ ส่วนมากจะเกิดขึ้นในช่วงที่บรรณาธิการ

คนใหม่มาทำงานและได้รับแจ้งจากบรรณาธิการคนก่อนว่าไม่มีบทความใดเหลือค้างไว้

ตลอดระยะเวลา 70 ปีที่ผ่านมา วารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ ได้มีพัฒนาการมาตามลำดับ โดยมีจิตแพทย์ที่อุทิศตนมารับหน้าที่เป็นบรรณาธิการต่อเนื่องกันมาจนถึงปัจจุบันเป็นจำนวนทั้งสิ้น 17 คน เป็นจิตแพทย์ชาย 10 คน และจิตแพทย์หญิง 7 คน โดยบรรณาธิการส่วนใหญ่ (14 คน) เป็นจิตแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล ที่เหลืออีก 3 คน เป็นจิตแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในต่างจังหวัด แบ่งเป็นภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามลำดับ โดยบรรณาธิการที่ปฏิบัติหน้าที่นานที่สุด คือ ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล (พ.ศ. 2549 - 2564) และจิตแพทย์อาวุโสที่เคยเป็นบรรณาธิการเมื่อนับถึงปัจจุบันในปี พ.ศ. 2568 ก็พบว่าได้ถึงแก่กรรมไปหลายคนแล้ว โดยล่าสุด คือ ศ.นพ.อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม ที่เคยเป็นบรรณาธิการเมื่อ พ.ศ. 2519 - 2520 ได้ถึงแก่กรรม เมื่อวันที่ 13 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ด้วยโรคหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน สิริอายุ 81 ปี สามารถดูรายชื่อบรรณาธิการทั้งหมดได้จากบทความเรื่อง 70 ปีของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย : จากอดีตถึงปัจจุบัน¹

เหลียวหลังดูวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ ฉบับพิเศษ

ที่ผ่านมาได้มีการจัดทำวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ ฉบับพิเศษ เนื่องในวาระต่างๆ ดังนี้

1. ได้มีการคาดปึกเป็นสีทองในส่วนมุมบน ฝั่งซ้ายของวารสาร ฉบับที่ 4 ของปี พ.ศ. 2532 และพิมพ์คำว่า “๑๐๐ ปีจิตเวชศาสตร์” โดยบทความส่วนใหญ่ที่ตีพิมพ์ในวารสารฉบับ

Corresponding author: พิชเชฐ อุดมรัตน์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อีเมล: pudomratn74@gmail.com

วันรับ 4 มกราคม 2568 วันแก้ไข 17 กุมภาพันธ์ 2568 วันตอบรับ 22 กุมภาพันธ์ 2568

ดังกล่าว มาจากการประชุมวิชาการประจำปีในปีนั้น เช่น พระราชดำรัสกล่าวเปิดการประชุมโดยสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา เจ้าฟ้ามหาวชิราวุธ รัชสมัยมาตุจฉาธิปไตย สยามบรมราชกุมารี (พระยศในขณะนั้น) เมื่อวันพฤหัสบดีที่ 20 กรกฎาคม พ.ศ. 2532 ณ โรงแรมแชงกรี-ลา กรุงเทพฯ² และบทความเรื่อง “ห้องปฏิบัติการการนอนหลับกับอนาคตของจิตเวชศาสตร์ในประเทศไทย”³

2. ได้มีการเริ่มจัดทำวารสารสมาคมจิตแพทย์ที่เป็นเรื่องในหัวข้อใดหัวข้อหนึ่งโดยเฉพาะ เป็นครั้งแรกในฉบับที่ 1 ของปี พ.ศ. 2534 เป็นฉบับ “นิติจิตเวชศาสตร์” ซึ่งได้รวบรวมบทความจากการบรรยายของวิทยากรในการประชุมวิชาการของวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (ขณะนั้นยังไม่ได้เป็น ราชวิทยาลัยฯ) ร่วมกับภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยมี รศ.นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์ เป็นบรรณาธิการ

ต่อมาในสมัยที่ รศ.นพ.มานิช หล่อตระกูล เป็นบรรณาธิการ ก็ได้จัดทำวารสารสมาคมจิตแพทย์ ฉบับ Suicide และฉบับ Addiction Medicine รวมทั้งฉบับ Schizophrenia ซึ่งได้เชิญ รศ.นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์ มาเป็นบรรณาธิการรับเชิญของฉบับดังกล่าวด้วย นอกจากนี้ในสมัยที่ รศ.นพ.มานิช หล่อตระกูล เป็นบรรณาธิการ ได้จัดให้มีบทบรรณาธิการซึ่งเป็นคนละอย่างกับบรรณาธิการแถลง โดยได้เรียนเชิญจิตแพทย์อาวุโสมาร่วมเขียนบทบรรณาธิการเพื่อตีพิมพ์ลงในวารสารของแต่ละฉบับ

3. เมื่อวารสารสมาคมจิตแพทย์ มีอายุย่างเข้า 45 ปี ในปี พ.ศ. 2543 บรรณาธิการในขณะนั้น คือ รศ.นพ.มานิช หล่อตระกูล จึงจัดทำวารสารของทั้ง 4 ฉบับ ในปี พ.ศ. 2543 ด้วยการคาดมูมปากสีฟ้า พิมพ์คำว่า “ครบรอบ ๔๕ ปี” นอกจากนี้ในคอลัมน์บทบรรณาธิการของวารสารสมาคมจิตแพทย์ แต่ละฉบับในปีดังกล่าว ได้คัดเลือกบทความที่เคยตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์ ฉบับก่อนๆ บางบทความ มาตีพิมพ์ซ้ำใหม่อีกครั้ง เพื่อให้จิตแพทย์รุ่นหลังได้มีโอกาสอ่านบทความเหล่านั้น ดังตารางที่ 1

4. ได้มีการจัดทำวารสารสมาคมจิตแพทย์ เพื่อร่วมเทิดพระเกียรติในหลวงรัชกาลที่ 9 ในโอกาสฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ในปี พ.ศ. 2549 โดยสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ได้จัดทำโครงการ “สุขภาพจิตดีเพราะมีชีวิตตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง” ขึ้นในวารสารฉบับดังกล่าว จึงได้เชิญพระบรมฉายาลักษณ์ไว้บนปก และได้รับพระบรมราชานุญาตนำตราสัญลักษณ์งานฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี มาไว้ที่มุมบนของหน้าปกด้วย พร้อมกับตีพิมพ์บทความพิเศษ 3 เรื่อง จากผู้พิมพ์ 3 คน ดังนี้

- สุขภาพจิตดีเพราะมีชีวิตตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง (ดร.สุเมธ ตันติเวชกุล)⁴

- ชีวิตพอเพียง (ศ.นพ.สมพร บุษราภิจ)⁵

- สุขภาพจิตกับเศรษฐกิจพอเพียง (ศ.นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์)⁶

5. ได้มีการจัดทำวารสารสมาคมจิตแพทย์ เพื่อเป็นเกียรติแก่ ศาสตราจารย์นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว บิดาแห่งวงการจิตเวชศาสตร์ไทย ในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นปีที่ครบ 100 ปีชาตกาลของท่าน โดยสมาคมจิตแพทย์ฯ ได้จัดทำโครงการ “๑๐๐ ปีชาตกาล ศ.นพ.ฝน แสงสิงแก้ว” ขึ้น โดยในวารสารฉบับนี้ได้ตีพิมพ์บทความพิเศษ 2 เรื่อง ดังนี้

- ท่านอาจารย์หมอฝน (ศ.นพ.สมพร บุษราภิจ)⁷

- ศาสตราจารย์นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว: ผู้สร้างและผู้ให้ (พญ.สุพัฒน์ เดชะตึงค์ ณ ออยุธยา)⁸

6. ได้มีการจัดทำวารสารสมาคมจิตแพทย์ ฉบับผนวก (supplementary issue) ขึ้นเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2551 เพื่อรวบรวมคำบรรยายเป็นภาษาอังกฤษของวิทยากรจากประเทศไทย 3 คน และสหรัฐอเมริกาอีก 3 คน ใน Symposium Thai-American Psychiatry Conference (TAP Con) ซึ่งจัดขึ้นเมื่อวันที่ 26 สิงหาคม พ.ศ. 2551 ณ รอยัลพารากอนฮอลล์ สยามพารากอน กรุงเทพฯ ระหว่างสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมจิตแพทย์

ตารางที่ 1 แสดงรายชื่อบทความเดิมที่ถูกคัดเลือกมาตีพิมพ์ซ้ำและรายชื่อผู้พิมพ์บทความนั้น ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2543 เพื่อร่วมฉลองในโอกาสที่วารสารเข้าสู่ปีที่ 45

ปีที่ (ฉบับที่)	ชื่อผู้พิมพ์	ชื่อบทความ
45 (1)	ศาสตราจารย์นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว	ความผูกพันรักใคร่ในครอบครัว
45 (2)	นายแพทย์บุญสว ยะเดียงศิริกุล	สุนทรภู่
45 (3)	แพทย์หญิงสุพัฒน์ เดชะตึงค์ ณ ออยุธยา	จิตแพทย์ทำงานสบายที่สุดจริงหรือ, ลูกรักจะเป็นเด็กดี
45 (4)	นายแพทย์สงัน สุวรรณเลิศ	ผีปอบ, ผีเข้าในทรวงของจิตแพทย์

อเมริกัน โดยมี Prof. Pedro Ruiz นายกสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน นำคณะมาเป็นวิทยากร เป็นการประชุมที่จัดขึ้นเพื่อเป็นกิจกรรมหนึ่ง ที่ร่วมฉลองความสัมพันธ์ทางการทูตระหว่างประเทศไทยกับ สหรัฐอเมริกา ครบรอบ 175 ปี ในปีดังกล่าว สำหรับรายละเอียด ของชื่อผู้สนับสนุนและชื่อบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้ สามารถ ดูได้จากตารางที่ 6 ของเอกสารอ้างอิงหมายเลข 1

7. ต่อมาในปี พ.ศ. 2552 ได้มีการจัดทำวารสารสมาคม จิตแพทย์ฯ ฉบับผนวกขึ้นอีก เนื่องในโอกาสครบ “120 ปี จิตเวชศาสตร์ไทย” โดยมีการตีพิมพ์บทความ ดังนี้

- จิตเวชศาสตร์ไทยในอดีต (ศ.นพ.จำลอง ดิษยวณิช)⁹

- จิตเวชศาสตร์ไทยในอนาคต (ศ.นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์)¹⁰

สำหรับปี พ.ศ. 2568 นี้ ที่วารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ ครบรอบ 70 ปี ทางสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยและวารสาร จะพิจารณาจัดทำวารสารเพื่อเฉลิมฉลองในวาระนี้หรือไม่ก็ฝากไว้ เพื่อพิจารณาด้วย หรือหากจะรอให้ครบ 75 ปี ซึ่งถือว่าเป็น “เพชรสมโภชน์ (Diamond Jubilee)” จึงค่อยฉลองไปอีก 5 ปี ข้างหน้าก็ได้ แต่พบว่าสมาคมจิตแพทย์อินเดีย (Indian Psychiatric Society) ได้มีการฉลองเนื่องในโอกาสที่วารสาร Indian Journal of Psychiatry ครบ 25 ปี หรือที่เรียกว่า รัชดาสมโภชน์ (Silver Jubilee) และครบ 50 ปี หรือที่เรียกว่า สุพรรณสมโภชน์ (Golden Jubilee)¹¹ ด้วย

เหลียวหลังไปดูศักยภาพของสมาคมจิตแพทย์ฯ ในการจัดทำวารสารฉบับภาษาอังกฤษ

นอกจากนี้สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยยังได้ให้ความร่วมมือกับทาง ASEAN Federation for Psychiatry and Mental Health (AFPMH)¹² ในการจัดทำ ASEAN Journal of Psychiatry อีกด้วย ใน 2 วาระด้วยกัน โดย ASEAN Journal of Psychiatry ในครั้งแรกจัดพิมพ์ในราวปี พ.ศ. 2533 ปีละ 3 ฉบับ มีจิตแพทย์สิงคโปร์เป็นบรรณาธิการคนแรก แล้วใช้วิธีหมุนเวียน ผลัดกันเป็นบรรณาธิการทุกๆ 2 ปี บรรณาธิการคนถัดมา คือ จิตแพทย์จากประเทศไทย (ศ.พญ.สุวิทนา อารีพรรค) มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย ตามลำดับ แต่ในบางประเทศกลับพิมพ์วารสารเพียงแค่ฉบับเดียวในเวลา 2 ปี และจัดพิมพ์ออกมา ก่อนหน้าการประชุม AFPMH Congress เพียงไม่กี่วันเพื่อแจกจ่ายให้กับผู้เข้าร่วมประชุม AFPMH Congress เมื่อสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยต้องรับผิดชอบการจัดพิมพ์ ASEAN Journal of Psychiatry ต่อจากประเทศอินโดนีเซีย ที่ประชุมคณะกรรมการ

อำนวยการสมาคมจิตแพทย์ฯ จึงเห็นว่าควรจัดพิมพ์อย่างสม่ำเสมอ โดยออกปีละ 2 ฉบับ คือ ฉบับเดือนมกราคม - มิถุนายน และฉบับเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม ออกในปี พ.ศ. 2550 และ 2551 ตามลำดับ โดยในปี 2551 ยังได้จัดทำฉบับผนวก (supplementary issue) เพิ่มอีก 1 ฉบับ คือ ฉบับที่รวบรวม Abstracts ของผลงานที่นำเสนอในการประชุม AFPMH Congress ครั้งที่ 11 ที่กรุงเทพฯ นอกจากนี้ยังได้สร้างปรากฏการณ์ใหม่ ด้วยการนำวารสาร ASEAN Journal of Psychiatry ไปแขวนไว้บนเว็บไซต์ของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ ซึ่งเป็นที่ทำการของบรรณาธิการวารสารในขณะนั้น (ศ.นพ.มานิต ศรีสุรภานนท์) ทำให้จิตแพทย์ในอาเซียนและทั่วโลก สามารถเปิดอ่านบทความที่สนใจในวารสารได้จากทางอินเทอร์เน็ต (internet)

แลหน้าสู่อนาคต

เมื่อเปรียบเทียบวารสารทางจิตเวชศาสตร์ของประเทศต่างๆ ในทวีปเอเชีย ก็พบว่าวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ ของเราที่มีอายุยืนถึง 70 ปี ในปีนี้นั้น นับว่าเป็นวารสารที่เก่าแก่ฉบับหนึ่ง เพราะวารสารของมาเลเซีย (Malaysian Journal of Psychiatry) เพิ่งมีอายุได้เพียง 34 ปี ส่วนวารสารจิตเวชศาสตร์ที่บริหารจัดการ โดยสมาคมจิตแพทย์อินเดีย (Indian Journal of Psychiatry) มีอายุ 67 ปี ขณะเดียวกันวารสารจิตเวชศาสตร์ที่บริหารจัดการโดย สมาคมจิตแพทย์ญี่ปุ่น (Psychiatry and Clinical Neuroscience, PCN) มีอายุถึง 79 ปี ในปีนี้

เป็นที่น่าสังเกตว่า ทั้ง 3 วารสารของต่างประเทศในทวีปเอเชีย ล้วนแต่ตีพิมพ์บทความเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด โดยของ ญี่ปุ่น (PCN) มีพันธกิจที่ชัดเจนว่าจะเป็ศูนย์กลางวิชาการ (academic hub) ทางทางด้านจิตเวชศาสตร์ และปัจจุบัน PCN ได้ออกวารสารอีกฉบับหนึ่ง เรียกว่า “Psychiatry and Clinical Neuroscience Reports” ซึ่งเป็น open access journal

ขณะเดียวกันวารสารในประเทศไทยเราหลายฉบับ ก็ได้พัฒนาเปลี่ยนเป็นตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษทั้งฉบับ และบางวารสาร ก็เปลี่ยนชื่อตัวเองจากชื่อภาษาไทยเป็นชื่อภาษาอังกฤษ เช่น สงขลานครินทร์เวชสาร ปัจจุบันคือวารสาร Journal of Health Science and Medical Research (JHSMR)

ดูเหมือนว่าวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ ของเราจะเป็นสนามสำหรับตีพิมพ์บทความของนักวิจัยใหม่ โดยเฉพาะผลงานวิจัยของแพทย์ประจำบ้านที่จะสมควรสอบ จึงอาจจะยังมีความ

จำเป็นอยู่ที่จะต้องมีการสำรวจรับนักวิจัยใหม่เหล่านี้ ซึ่งเรื่องนี้คงต้องขึ้นกับนโยบายของคณะกรรมการอำนวยการสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และความต้องการของสมาชิกทุกคนว่าประสงค์จะให้วารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ มีพัฒนาการต่อไปข้างหน้าอย่างไร

นอกจากนี้วารสารในต่างประเทศหลายฉบับมักจะตีพิมพ์คำอุทิศหรือบทความรำลึกถึงผู้เสียชีวิต (obituary) ให้กับจิตแพทย์ที่ถึงแก่กรรม เป็นการให้เกียรติกับสมาชิกของสมาคม

จึงขอเรียนฝากให้บรรณาธิการได้เสนอต่อคณะกรรมการอำนวยการสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาชิกร่วมกันพิจารณาข้อเสนอข้างต้นต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์พิเชฐ อุดมรัตน์

3. Udomratn P. Sleep laboratory and the future of psychiatry in Thailand. *J Psychiatr Assoc Thailand* 1989; 34(4): 305-16.
4. Tantivejakul S. Live life following the sufficiency economy philosophy brings good mental health. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2006; 51(4): 282-8.
5. Bussaratid S. Sufficient life. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2006; 51(4): 289-91.
6. Udomratn P. Mental health and the sufficiency economy philosophy. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2006; 51(4): 292-7.
7. Bussaratid S. Master Dr. Phon Sangsingkeo. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2007; 52(2): 104-6.
8. Dejatiwongse Na Ayudhya S. Professor Dr. Phon Sangsingkeo: The creator and the giver. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2007; 52(2): 107-23.
9. Dissayavanish C. Thai psychiatry in the past. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2009; 54 (Supplement 1): 3S-11S.
10. Udomratn P. Thai psychiatry in the future. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2009; 54 (Supplement 1): 12S-20S.
11. Sathyanarayana Rao TS. Golden Jubilee, 2008. *Indian J Psychiatry* 2007; 49(2): 77.
12. Udomratn P. ASEAN Federation for Psychiatry and Mental Health. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2008; 53(4): 335-41.

เอกสารอ้างอิง

1. Udomratn P. The Psychiatric Association of Thailand during the past 70 Years: From past to present. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2024; 69(1): 1-15.
2. Royal Speech of HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn at the opening ceremony of the 17th annual academic meeting of the psychiatric association of Thailand. *J Psychiatr Assoc Thailand* 1989; 34(4): 261-62.

ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 อำเภอเบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

ธนชัย รินโสง*, สุริย์พร พลชุมแสง*, คมเคียว จันทรราช*

*โรงพยาบาลเบรบือ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า ในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 อำเภอเบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) แบบตัดขวาง (cross-sectional analytic study) โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น The Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) เป็นแบบประเมินตนเอง self-report ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ มีความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดี (Cronbach's alpha coefficient = 0.88) ในกลุ่มนักเรียนชายและหญิง อายุ 15 - 18 ปีบริบูรณ์ ที่ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในปีการศึกษา 2567 ของโรงเรียนมัธยมศึกษาเขตพื้นที่อำเภอเบรบือ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 7 แห่ง ทั้งหมด 960 คน คำนวณขนาดตัวอย่างได้เท่ากับ 220 คน และสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster sampling) สุ่มเลือกโรงเรียน ห้องเรียน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนต่อประชากรของแต่ละโรงเรียน และสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับสลากแบบไม่คืนที่ ตามเลขประจำตัวนักเรียน ให้ได้ตามจำนวนขนาดตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวนร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product - moment correlation coefficient) การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis)

ผลการศึกษา ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในเขตพื้นที่อำเภอเบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ร้อยละ 15.45 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศ ($r = 0.224$) ความพึงพอใจรูปร่าง ($r = -0.439$) รายได้ครอบครัว ($r = -0.226$) การใช้สารเสพติด ($r = -1.460$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ปัจจัยด้านจิตใจคือ ความสูญเสียสิ่งมีค่าในชีวิต ($r = -0.303$) เหตุการณ์สำคัญที่กระทบการดำเนินชีวิต ($r = -0.277$) เคยถูกลวนลามทางเพศ ($r = -0.233$) เคยถูกทำร้ายร่างกาย ($r = -0.288$) พยายามฆ่าตัวตาย ($r = -0.223$) เคยคิดทำร้ายตัวเอง ($r = -0.404$) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ $p < 0.001$ และปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องหรือญาติพี่น้อง ความสัมพันธ์ของบิดา/มารดา มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมากกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ $p < 0.05$ ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 39.60, $p < .001$ ด้านจิตใจทุกตัวแปร ($\beta = -0.427$, $p < 0.01$) รองลงมาคือความพึงพอใจรูปร่าง ($\beta = -0.340$, $p < 0.01$) และเพศ ($\beta = 0.125$, $p < 0.05$) ตามลำดับ โดยสมการทำนายภาวะซึมเศร้าในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ Z (ภาวะซึมเศร้า) $= 0.427$ (ปัจจัยด้านจิตใจ) $- 0.340$ (พึงพอใจรูปร่าง) $+ 0.125$ (เพศ)

สรุป ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในเขตพื้นที่อำเภอเบรบือ จังหวัดมหาสารคาม แสดงให้เห็นถึงขนาดของปัญหาภาวะซึมเศร้าและแนวโน้มการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในบริบทโรงเรียนมัธยมปลาย และพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้า ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม ซึ่งควรให้ความสำคัญกับระบบคัดกรองด้านสุขภาพจิตในโรงเรียนอย่างจริงจัง เพื่อให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนและการส่งต่อสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ใกล้เคียง

คำสำคัญ ภาวะซึมเศร้า แบบประเมินวัยรุ่น ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

Corresponding author: ธนชัย รินโสง

โรงพยาบาลเบรบือ

E-mail: Tanachai1707@gmail.com

วันรับ : 5 สิงหาคม 2567 วันแก้ไข : 8 ตุลาคม 2567 วันตอบรับ : 19 ตุลาคม 2567

Prevalence and Associated Factors to Depression of Junior High School Students in Borabue District, Mahasarakham Province

Tanachai Rinthaisong*, Sureepon Polchumsang*, Komkiew Chanrat*

*Borabue Hospital

ABSTRACT

Objective: To study the prevalence of depression, related factors, and predictors of depression in Grade 4 students, Borabue District, Mahasarakham Province.

Methods: This research is descriptive study (cross-sectional analytic study) using the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A), a self-report consisting of 9 questions with a satisfactory level of internal consistency accuracy (Cronbach's alpha coefficient = 0.88). The sample size was determined to be 220 students using cluster sampling among the group of male and female students aged 15 - 18 years and older who studied at the 4th grade level in the 2024 academic year of 7 secondary schools in the district of Borabue District, Mahasarakham Province. The sample size was determined according to the population of each school. Simple random sampling was carried out by random drawing in accordance with the number of sample sizes. The data were collected manually, and the data were analyzed using basic statistics such as percentage, mean, and standard deviation and Inferential statistics include Pearson Product - moment correlation coefficient, Multiple Regression Analysis

Results: The prevalence of depression among Grade 4 students in Borabue District, Mahasarakham Province was 15.45 percent, and personal factors affecting the level of depression were gender ($r = 0.224$), body preference ($r = -0.439$), Family income ($r = -0.226$), Substance use ($r = -1.460$) were statistically significant at the level of 0.01 physical assault factors were loss of valuable things in life ($r = -0.303$), major events affecting life ($r = -0.277$), sexual harassment ($r = -0.233$), physical assault ($r = -0.288$), suicide attempts ($r = -0.223$), self-harm thoughts ($r = -0.404$) were significantly associated with depression $p < 0.001$ and family and social factors, sibling or relative relationships, parent relationship. There is a very low correlation with significant depression $p < 0.05$ depression predicted 39.60 percent, $p < .001$ in all psychological variables ($\beta = -0.427$, $p < 0.01$), followed by body shape satisfaction ($\beta = -0.340$, $p < 0.01$) and gender ($\beta = 0.125$, $p < 0.05$), respectively. The equation for predicting depression in the form of a standard score is $Z(\text{depression}) = 0.427(\text{psychological factors}) - 0.340(\text{body satisfaction}) + 0.125(\text{gender})$.

Conclusion: Prevalence of depression among Grade 4 students in Borabue District, Mahasarakham Province. It shows the magnitude of depression problems and adolescent suicidality in high school contexts and found factors related to the level of depression, including personal factors. Mental health screening systems in schools should be given serious attention to provide urgent care and referral to public health facilities in nearby areas.

Keywords: depression, PHQ-A, associated factors

Corresponding author: Tanachai Rinthaisong

E-mail: Tanachai1707@gmail.com

Received 5 August 2024 Revised 8 October 2024 Accepted 19 October 2024

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิม สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกเพศทุกวัย ส่งผลกระทบต่อนุคคลมากกว่า 280 ล้านคนทั่วโลก ภาวะซึมเศร้าจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในปัจจุบันและในอนาคต¹ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO)² ประมาณการว่าโรคจิตเวชกว่าครึ่งเริ่มแสดงอาการตั้งแต่อายุ 14 ปี และเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพลำดับสองในเด็กและวัยรุ่นตอนต้นอายุ 5 - 14 ปีทั่วโลก จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2556 ประเทศไทยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในหญิงไทยร้อยละ 12.60 และชายไทย ร้อยละ 5.90³ ช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2565 จำนวนผู้ป่วยซึมเศร้าในไทยเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่า จาก 5 แสน เป็น 1.5 ล้านคน⁴ ภาวะซึมเศร้ายังส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาการฆ่าตัวตายถึง 700,000 รายต่อปี ซึ่งเป็นสาเหตุการตายหลักหนึ่งในสี่ในกลุ่มประชากร อายุ 15 - 29 ปี อีกด้วย⁵ โดยการมีความคิดฆ่าตัวตายเริ่มตั้งแต่ในวัยรุ่นตอนต้น อายุ 11 - 14 ปี มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ 9.30 ซึ่งสูงกว่าวัยรุ่นตอนปลาย อายุ 15 - 19 ปี ที่เสี่ยง ร้อยละ 5.90 และมีงานวิจัยชี้ว่าเด็กที่มีความคิดฆ่าตัวตายในช่วงวัยรุ่นตอนต้น มีแนวโน้มจะลงมือจริงในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย⁶ ตัวเลขความพยายามฆ่าตัวตายที่สูงมากส่งผลกระทบในระยะยาวต่อสุขภาพของผู้ป่วยเป็นอันดับสองในวัย 15 - 19 ปี จึงอาจไม่ใช่การ “คิดสั้น” แต่เป็นความคิดที่สั่งสมมาตั้งแต่ในวัยเด็ก และเป็นอันดับหนึ่งในกลุ่มอายุ 20 - 24 ปี ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาอย่างถูกต้อง จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตอย่างเรื้อรัง กระทั่งต่อศักยภาพในการใช้ชีวิตประจำวัน ความสัมพันธ์การทำงานในระยะยาว ตลอดจนปัญหาที่รุนแรง เช่น การทำร้ายตัวเอง ฆ่าตัวตาย และการติดสารเสพติด⁷

ภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นมักพบว่า เด็กและวัยรุ่นมีความวิตกกังวล ไม่มีความสุข อาจบ่นว่ารู้สึกไม่สบาย โดยพูดถึงหรือแสดงอาการเจ็บป่วยทางกายให้เห็นบ่อย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง เจ็บหน้าอก หายใจไม่อิ่ม คลื่นไส้ หลายคนไปพบแพทย์เพื่อตรวจหาสาเหตุของการเจ็บป่วยทางกาย แต่ก็ไม่พบความผิดปกติทางกายอย่างชัดเจน ปฏิเสธการไปโรงเรียน มีปัญหาที่โรงเรียน แยกตัว หนีออกจากบ้าน หรือหนีออกจากสังคม⁸ โดยภาวะซึมเศร้าที่พบในวัยรุ่นจะบ่งบอกถึงการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ร่างกาย ความคิด การรับรู้พฤติกรรม และความสัมพันธ์ระหว่าง

บุคคลที่ผิดปกติไปจากเดิม ปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะซึมเศร้า⁹ ได้แก่ ประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า ความเครียดทางจิตสังคม สตรีมีเพศที่เพิ่มขึ้น กลุ่มเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น¹⁰ คือ 1) มีประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้าหรือมีประวัติทางพันธุกรรม เช่น โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรควิตกกังวล สมาธิสั้น 2) มีปัญหาทางด้านจิตสังคม ความกดดัน และเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต เช่น การสูญเสีย ออกหัก ใช้สารเสพติด ตั้งครรภ์ ปัญหาการเรียน โดนรังแก ใช้ความรุนแรงในครอบครัว 3) มีโรคเรื้อรังทางกาย เช่น โรคเบาหวาน โรคไต โรคที่ทำให้ร่างกายผิดปกติหรือมีผลต่อภาพลักษณ์ 4) กลุ่มที่มีครอบครัวไม่อบอุ่น มีความขัดแย้งในครอบครัว รวมทั้งการเลี้ยงดูที่ขาดการสอนทักษะการจัดการอารมณ์ตนเอง นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้ามียผลต่อการเรียนรู้ การทำความเข้าใจ การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ สัมพันธภาพ การเข้าสังคมกับเพื่อน ครู รวมถึงสมาชิกในครอบครัว วัยรุ่นเป็นวัยที่มีปัญหาพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเร่งแก้ไข ทั้งนี้เพราะความชุกและอัตราการตายที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาทางด้านจิตเวชอื่นๆ¹¹

จากรายงานสถานการณ์โรคซึมเศร้าในประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2560 ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข¹² พบว่าวัยรุ่นไทยอายุ 10 - 19 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 44 มีอัตราการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 18 และพบว่าวัยรุ่นฆ่าตัวตายเพราะโรคซึมเศร้าประมาณปีละ 4,000 ราย ซึ่งถือเป็นอันดับ 3 ของโลก และจากการสำรวจ⁶ ข้อมูลจากศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์¹³ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (เดือนตุลาคม 2564 - เดือนสิงหาคม 2565) จำแนกการฆ่าตัวตายตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มวัยรุ่นเรียนอายุ 5 - 14 ปี ฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 24 คน กลุ่มวัยรุ่น/นักศึกษาอายุ 15 - 19 ปี ฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 105 คน และอัตราพยายามฆ่าตัวตายเฉพาะกลุ่มอายุจะพบว่ากลุ่มวัยรุ่น/นักศึกษา เป็นกลุ่มที่มีอัตราพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น คิดเป็น 224.34 ต่อแสนประชากร ส่วนใหญ่พบในผู้หญิง ร้อยละ 73.2 เป็นนักเรียน นักศึกษา ร้อยละ 44.6 วิธีการที่ใช้มักจะเป็นการกินยาเกินขนาด ร้อยละ 59.5 รองลงมาคือใช้ของมีคม ร้อยละ 9.3 และผูกคอ ร้อยละ 8.50 และก่อนลงมือพยายามฆ่าตัวตายพบสัญญาณเตือนเพียงร้อยละ 11.90 จากข้อมูลทางสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าย้อนหลัง 2 ปีระหว่าง พ.ศ. 2565 - 2566 ของจังหวัดมหาสารคาม พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้ายาวใหม่ จำนวน 1,249 และ 1,225 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยรายใหม่ต่อแสนประชากรที่ 134.84 และ 132.80

ตามลำดับ และปี พ.ศ. 2567 ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2567 พบผู้ป่วยรายใหม่แล้วถึง 1,139 ราย¹⁴ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเป็นอย่างมาก ในส่วนของโรงพยาบาลบรือซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง (M2) จากการสืบค้นข้อมูลเวชระเบียน พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ปี 2564 - 2566 จำนวน 92, 109 และ 165 ราย ในจำนวนนี้พบเป็นกลุ่มวัยรุ่น จำนวน 12, 12 และ 17 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกับจังหวัดมหาสารคาม และปี พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยวัยรุ่นฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย ทำให้เห็นว่าประชาชนในพื้นที่กำลังประสบปัญหาทางด้านสุขภาพจิต การดำเนินงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลบรือ ในเรื่องของการคัดกรองภาวะซึมเศร้ามักพบปัญหา คือ 1) ส่วนใหญ่จะเน้นการคัดกรองเบื้องต้น ในกลุ่มผู้ป่วยเปราะบางและโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ และผู้สูงอายุ เป็นต้น 2) ในกลุ่มวัยเด็กและวัยรุ่น จะเน้นในเรื่องการประเมินภาวะสุขภาพด้านร่างกายและพัฒนาการมากกว่าการประเมินด้านสุขภาพจิต ตลอดจนยังไม่มีแนวทางการดำเนินการที่ชัดเจน ทั้งที่พบว่าแนวโน้มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตายมีอายุน้อยลงเรื่อยๆ โดยเฉพาะในช่วงวัย 11 - 14 ปี นับเป็นช่วงวิกฤตที่โรคซึมเศร้าในเด็กจะพัฒนาจนกลายเป็นโรคจิตเวชผู้ใหญ่ หรือกระทั่งทำให้พวกเขาไม่ได้เติบโตมาเป็นผู้ใหญ่เลย การติดตามตัวเลขผู้ป่วยซึมเศร้าในวัยนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง 3) การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น จะดำเนินการในลักษณะโครงการเชิงรุกร่วมกับสถานศึกษา ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณในการดำเนินการแต่ละปี และไม่ได้ถูกจัดให้เป็นการบริการขั้นพื้นฐานในคลินิกเมื่อวัยรุ่นพบปัญหาความเครียดหรือความกดดันทางจิตใจ อาจไม่สามารถหาทางออกเพื่อแก้ไขได้ทัน 4) เครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้าเป็นการประเมินระดับภาวะซึมเศร้าในขั้นต้น ส่วนการวินิจฉัยนั้นจำเป็นต้องพบแพทย์เพื่อซักประวัติ ตรวจร่างกาย รวมถึงส่งตรวจเพิ่มเติมที่จำเป็น เพื่อยืนยันการวินิจฉัยที่แน่นอน รวมถึงเพื่อแยกโรคหรือภาวะอื่น เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นจากสาเหตุต่างๆ ได้ เช่น โรคทางจิตเวชอื่นที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย โรคทางกาย เช่น โรคไทรอยด์ โรคแพ้ภูมิตัวเอง หรือเป็นจากยาหรือสารต่างๆ จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในสถานพยาบาลที่มีจิตแพทย์ต่อไป ประเทศไทยเริ่มเก็บข้อมูลที่อายุ 15 ปี จึงนับว่ายังไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาความรุนแรงที่พบ ในประเทศอังกฤษมีการเก็บสถิติผู้ป่วยซึมเศร้าตั้งแต่อายุ 5 ปี¹⁵ ส่วนประเทศสหรัฐอเมริกาเริ่มต้นที่ 6 ปี¹⁶ ปัจจุบันประเทศไทย

มีเครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้าในเด็กที่ออกแบบมาให้ใช้กับเด็กตั้งแต่วัย 7 ปี และมีแบบคัดกรองขนาดกระชับสำหรับวัย 11 - 20 ปี ซึ่งถูกใช้ในโรงเรียนและระบบประเมินสุขภาพจิตออนไลน์อย่างกว้างขวาง การนิยามตัวเลขและกำหนดตัวชี้วัดด้านจิตเวชเด็กที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า จึงควรได้รับการปรับปรุงให้ครอบคลุมอย่างน้อยจนถึงวัย 11 ปี เพื่อให้ระบบสามารถติดตามยับยั้งภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นถึงภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เป็นสิ่งที่สังคมควรให้ความสนใจในการค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการปรับปรุงแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะซึมเศร้า รวมถึงการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นต่อไปโดยให้สอดคล้องกับบริบทที่แท้จริงของชุมชน ตลอดจนการพัฒนากระบวนการป้องกันภาวะซึมเศร้าในระยะแรกให้มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองต่อปัญหาโรคซึมเศร้าที่ทวีความรุนแรงขึ้น ด้วยการเพิ่มการคัดกรองเชิงรุกในหลายพื้นที่ เช่น เพิ่มการคัดกรองโดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในหมู่บ้าน โดยครูในโรงเรียน และแอปพลิเคชันคัดกรองผู้ป่วยออนไลน์ เพื่อเก็บเป็นฐานข้อมูลเฝ้าระวังติดตามผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ตลอดช่วงอายุ และพัฒนาระดับการบริการทางด้านจิตเวชในโรงพยาบาล เพราะการดูแลทางด้านจิตเวชควรเป็นสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้าน เดินทางสะดวก รอคอยไม่นาน และมีทางเลือกให้แก่ผู้มารับบริการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเขตพื้นที่อำเภอบรือ จังหวัดมหาสารคาม เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ปรับปรุงแนวทางการเฝ้าระวัง และป้องกันภาวะซึมเศร้าที่จะนำไปสู่การฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) แบบตัดขวาง (cross-sectional analytic study) เครื่องมือที่ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น The Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) เป็นการประเมินแบบ self-report ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ เพื่อบอกความรุนแรงของอาการของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย มีบางวัน มีมากกว่า 7 วัน และมีแทบทุกวัน คะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 27 คะแนน มีความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดี (Cronbach's alpha coefficient = 0.88) การวิเคราะห์ ROC เทียบกับผลการวินิจฉัยของจิตแพทย์ มีพื้นที่ใต้โค้ง (AUC)

เท่ากับ 0.91 (SD = 0.02, 95%CI 0.88 - 0.94) ความไวร้อยละ 93 และความจำเพาะร้อยละ 77¹⁹ ในกลุ่มนักเรียนชายและหญิง อายุ 15 - 18 ปีบริบูรณ์ ที่ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในปีการศึกษา 2567 ของโรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 7 แห่ง ทั้งหมด 960 คน คำนวณขนาดตัวอย่างได้เท่ากับ 220 คน และใช้การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster sampling) สุ่มเลือกโรงเรียน ห้องเรียน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนต่อประชากรของแต่ละโรงเรียน สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับสลากแบบไม่คืนที่ ตามเลขประจำตัวนักเรียน ให้ได้ตามจำนวนขนาดตัวอย่าง เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 20 พฤษภาคม - 20 กรกฎาคม 2567 การเก็บรวบรวมข้อมูลทำบันทึกถึงผู้อำนวยการโรงเรียนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายทั้ง 7 แห่ง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์โครงการ การพิทักษ์สิทธิ์

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในเขตพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N = 220)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	78	35.50
หญิง	142	64.50
การอยู่อาศัย		
พักอยู่กับบิดา/มารดา	38	17.30
พักอยู่กับญาติ/อยู่คนเดียว	182	82.70
ผลการเรียนปีที่ผ่านมา		
มากกว่า 2.0	212	96.40
น้อยกว่า 2.0	8	3.60
ความพึงพอใจในการเรียน		
พึงพอใจ	211	95.90
ไม่พึงพอใจ	9	4.10
ความพึงพอใจในรูปร่าง		
พึงพอใจ	182	82.70
ไม่พึงพอใจ	38	17.30
การใช้สารเสพติด		
ไม่เคยใช้	213	96.80
เคยใช้	7	3.20
รายได้ครอบครัว		
เพียงพอ	183	83.20
ไม่เพียงพอ	37	16.80

กลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาต ขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งกำหนดการในการเก็บข้อมูลในวัน เวลา และสถานที่ตามกำหนด แจกแบบสอบถามและอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะอยู่ในห้องเดียวกับกลุ่มตัวอย่างตลอดเวลา การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวนร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product - moment correlation coefficient) การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis)

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเพศชายจำนวน 78 คน (ร้อยละ 35.30) เพศหญิง จำนวน 142 คน (ร้อยละ 64.50) การอยู่อาศัยพักอยู่กับญาติ/อยู่คนเดียว จำนวน 38 คน (ร้อยละ 17.30) ผลการเรียนปีที่ผ่านมามีเกรดเฉลี่ยน้อยกว่า 2.0 จำนวน 8 คน (ร้อยละ 3.60) ไม่พึงพอใจในการเรียน จำนวน 9 คน (ร้อยละ 4.10) ไม่พึงพอใจในรูปร่าง จำนวน 38 คน (ร้อยละ 17.30) เคยใช้สารเสพติด จำนวน 7 คน (ร้อยละ 3.20) รายได้ครอบครัวไม่เพียงพอ จำนวน 37 คน (ร้อยละ 16.80)

จำนวนและร้อยละของการพยายามฆ่าตัวตายพบผู้ตอบว่า ใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีช่วงที่มีความคิดอยากตายหรือไม่อยากมีชีวิตอยู่อย่างจริงจัง จำนวน 13 คน (ร้อยละ 5.90) ตลอดชีวิตที่ผ่านมา เคยพยายามที่จะทำให้ตัวเองตายหรือลงมือฆ่าตัวตาย มีจำนวน 12 คน (ร้อยละ 5.50)

ระดับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในเขตพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม พบว่ามีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย จำนวน 98 คน (ร้อยละ 44.50) มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง จำนวน 27 คน (ร้อยละ 12.30) ภาวะซึมเศร้ามาก จำนวน 6 คน (ร้อยละ 2.70) มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.50) ค่าเฉลี่ยระดับปัญหา ($\bar{X}$) = 6.08

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลกับระดับภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในเขตพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

1. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล

ที่มีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้า พบว่าเพศมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = 0.224$) กับระดับความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ความพึงพอใจรูปร่าง รายได้ครอบครัว การใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์ทางตรงข้ามในระดับปานกลาง ($r = -0.439$) ระดับต่ำ ($r = -0.226$) และระดับสมบูรณ์ ($r = -1.460$) กับระดับความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$, $p < 0.001$ และ $p < 0.05$

ปัจจัยรายตัวแปรด้านชีวภาพ ด้านจิตใจ และด้านครอบครัวและสังคมที่มีต่อระดับภาวะซึมเศร้า ปัจจัยด้านชีวภาพ ไม่มีปัจจัยพบความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้า ปัจจัยด้านจิตใจ ทุกปัจจัย คือ ความสูญเสียสิ่งมีค่าในชีวิต ($r = -0.303$) เหตุการณ์

ตารางที่ 2 แสดงระดับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในเขตพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน (N = 220)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	88	40.00
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	98	44.50
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	27	12.30
ภาวะซึมเศร้ามาก	6	2.70
มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง	1	0.50
$\bar{X} = 6.08$, S.D. = 3.82, MIN = 1, MAX = 21		

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ด้านชีวภาพ ด้านจิตใจ และด้านครอบครัวและสังคมที่มีต่อระดับภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในเขตพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

ปัจจัยด้านชีวภาพ ด้านจิตใจ และด้านครอบครัวและสังคม	Pearson correlation (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยส่วนบุคคล			
เพศ	0.224	0.001**	ต่ำ
การอยู่อาศัย	0.001	0.999	ไม่มีความสัมพันธ์
ผลการเรียน	0.010	0.833	ไม่มีความสัมพันธ์
ความพึงพอใจผลการเรียน	-0.830	0.218	ไม่มีความสัมพันธ์
ความพึงพอใจรูปร่าง	-0.439	0.000**	ปานกลาง
การใช้สารเสพติด	-1.460	0.031*	สมบูรณ์
รายได้ครอบครัว	-0.226	0.001**	ต่ำ
ปัจจัยด้านชีวภาพ			
มีญาติสายตรงเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช	-0.079	0.241	ไม่มีความสัมพันธ์
มีญาติสายตรงเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า	-0.026	0.699	ไม่มีความสัมพันธ์
มีญาติสายตรงมีประวัติเคยฆ่าตัวตาย	0.002	0.979	ไม่มีความสัมพันธ์
ปัจจัยด้านจิตใจ			
ความสูญเสียสิ่งมีค่าในชีวิต	-0.303	0.000**	ต่ำ
เหตุการณ์สำคัญที่กระทบการดำเนินชีวิต	-0.277	0.000**	ต่ำ
เคยถูกลวนลามทางเพศ	-0.233	0.000**	ต่ำ
เคยถูกทำร้ายร่างกาย	-0.288	0.000**	ต่ำ
เคยคิดทำร้ายตัวเอง	-0.404	0.000**	ปานกลาง
พยายามฆ่าตัวตาย	-0.223	0.001**	ต่ำ
ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม			
สถานภาพสมรสของบิดา/มารดา	-0.001	0.986	ไม่มีความสัมพันธ์
ความสัมพันธ์ของบิดา/มารดา	-0.152	0.024*	ต่ำมาก
ความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องหรือญาติพี่น้อง	-0.159	0.018*	ต่ำมาก
จำนวนเพื่อนสนิท	-0.080	0.235	ไม่มีความสัมพันธ์
ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน	-0.096	0.155	ไม่มีความสัมพันธ์

สำคัญที่กระทบการดำเนินชีวิต ($r = -0.277$) เคยถูกลวนลามทางเพศ ($r = -0.233$) เคยถูกทำร้ายร่างกาย ($r = -0.288$) พยายามฆ่าตัวตาย ($r = -0.223$) มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) เคยคิดทำร้ายตัวเอง ($r = -0.404$) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) และปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องหรือญาติพี่น้อง ความสัมพันธ์ของบิดา/มารดา มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมากกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

2. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยรวม ด้านชีวภาพ ด้านจิตใจ และด้านครอบครัวและสังคมที่มีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้า พบว่าปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม มีความสัมพันธ์ทางตรงข้ามในระดับปานกลางถึงสูง ($r = -0.512$)

และระดับสมบรูณ์ ($r = -1.610$) กับระดับความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ และรวมปัจจัยทั้ง 3 ด้าน มีความสัมพันธ์ทางตรงข้ามในระดับต่ำ ($r = -0.363$) กับระดับความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

ปัจจัยทำนายที่มีผลกับระดับภาวะซึมเศร้า ของนักเรียน

มัธยมศึกษาปีที่ 4 ในเขตพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

1. ผลการวิเคราะห์หัตถดอยพหุคูณปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในเขตพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม คือเพศ (X_1) และความพึงพอใจรูปร่าง (X_5) มีผลต่อภาวะซึมเศร้า (Y) นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

ตารางที่ 4 แสดงความผลการวิเคราะห์หัตถดอยพหุคูณปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในเขตพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับภาวะซึมเศร้า		t	Sig
	สัมประสิทธิ์ถดถอย	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน		
ค่าคงที่ (constant)	3.220	.822	3.918	0.000**
เพศ (X_1)	.283	.101	2.813	0.005*
การอยู่อาศัย (X_2)	.050	.130	.385	0.701
ผลการเรียน (X_3)	.222	.262	.848	0.398
ความพึงพอใจผลการเรียน (X_4)	-.080	.252	-.319	0.750
ความพึงพอใจรูปร่าง (X_5)	-.804	.134	-6.025	0.000**
การใช้สารเสพติด (X_6)	-.214	.284	-.753	0.453
รายได้ครอบครัว (X_7)	-.204	.139	-1.463	0.145
$R = 0.487$, $R^2 = 0.237$, $Adj R^2 = 0.212$, $F = 9.424$, $S.E._{est} = 0.726$				

ตารางที่ 5 แสดงความผลการวิเคราะห์หัตถดอยพหุคูณปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม ที่มีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในเขตพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม	ระดับภาวะซึมเศร้า		t	Sig
	สัมประสิทธิ์ถดถอย	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน		
ค่าคงที่ (constant)	3.954	1.347	2.936	0.004*
ด้านชีวภาพ (X_1)	.123	.150	.820	0.413
ด้านจิตใจ (X_2)	-.293	.062	-4.697	0.000**
ด้านครอบครัวและสังคม (X_3)	.067	.060	1.115	0.266
รวมทุกด้าน (X_4)	-.194	.189	-1.028	0.305
$R = 0.517$, $R^2 = 0.267$, $Adj R^2 = 0.253$, $F = 19.574$, $S.E._{est} = 0.687$				

ตารางที่ 6 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณปัจจัยมีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในเขตพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

ตัวแปรพยากรณ์	ระดับภาวะซึมเศร้า		t	Sig
	B	β		
ค่าคงที่ (constant)	5.781		12.787	0.000**
เพศหญิง (X ₁)	0.208	0.125	2.335	0.020
ความพึงพอใจรูปร่าง (X ₂)	-0.714	-0.340	-6.286	0.000
ด้านจิตใจ (X ₃)	-0.278	-0.427	-7.852	0.000

R = 0.629, R² = 0.396, Adj R² = 0.387, F = 47.184, S.E._{est} = 0.622

2. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในเขตพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ที่มีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้า คือ ด้านจิตใจ (X₃) ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า (Y) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

3. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณปัจจัยเพศ ความพึงพอใจรูปร่าง และปัจจัยด้านจิตใจ ที่มีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในเขตพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม พบว่าปัจจัยเพศหญิง (X₁) ความพึงพอใจรูปร่าง (X₂) และปัจจัยด้านจิตใจ (X₃) มีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้า (Y) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ซึ่งได้ค่าคงที่เท่ากับ 5.781 ค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์ปรับปรุง (Adj R²) เท่ากับ 0.387 มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์ (S.E._{est}) เท่ากับ 0.622 สามารถเขียนสมการการพยากรณ์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้าโดยรวมในรูปแบบคะแนนดิบ ได้ดังนี้

สมการในรูปแบบคะแนนดิบ Y (ภาวะซึมเศร้า) = $5.781 + 0.208$ (เพศ) - 0.714 (พึงพอใจในรูปร่าง) - 0.278 (ปัจจัยด้านจิตใจ)

สมการในรูปแบบมาตรฐาน Z (ภาวะซึมเศร้า) = -0.427 (ปัจจัยด้านจิตใจ) - 0.340 (พึงพอใจในรูปร่าง) + 0.125 (เพศ)

วิจารณ์

การศึกษานี้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 เขตพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ร้อยละ 15.45 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Bingqing L. Lixia L. Xiaojuan S.¹⁷ ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ทั้งหมด 96 การศึกษา จาก 29 ประเทศ อาสาสมัคร 528,293 ราย พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าระดับ

ปานกลางถึงรุนแรงที่ร้อยละ 18.9 (95%CI, 14.6% - 24.2%) ในการศึกษาของ จรรยาพร เจียมเจริญกุล และ นิดา ลิ้มสุวรรณ¹⁸ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 14.6 วิมลวรรณ ปัญญาว่อง และคณะ¹⁹ ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย พบว่ามีภาวะซึมเศร้า (คะแนน PHQ-A $\geq$ 10) ร้อยละ 17.5 นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าอีกหลายราย ดังนี้ สุพัตรา สุขขาว และคณะ²⁰ พบความชุกภาวะซึมเศร้าในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 2 ร้อยละ 25.2 วิลาสินี สุรวรรณ²¹ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมปลาย ร้อยละ 41.74 และ ไพรทิพย์ ศิริญพร บุคหงส์ และ เขาวลิต ศรีเสริม²² พบภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ร้อยละ 53.50 ซึ่งความชุกของภาวะซึมเศร้า มีผู้ศึกษาแตกต่างกันอาจเนื่องมาจากการบริบทที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา การเลือกใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และเกณฑ์การตัดสินแตกต่างกัน

ส่วนปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้า พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r = 0.224$) เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ฤทัยรัตน์ ชิตมงคลรัตน์ และคณะ²³ สุพัตรา สุขขาว และคณะ²⁰ และจากการสำรวจสุขภาพจิตความสุชนไทย ปี พ.ศ. 2558 พบว่าเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตสูงกว่าเพศหญิง 31.79 และ 31.17 คะแนนตามลำดับ แตกต่างจากการศึกษาของ นันทยา คงประพันธ์²⁴ ที่พบว่าเพศชายและหญิงมีภาวะซึมเศร้าไม่ต่างกัน กรมสุขภาพจิต⁸ พบว่าโดยเฉลี่ยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 100 คน จะเข้ารับการรักษามากกว่า 28 คนเท่านั้น พบว่าเพศหญิงมีอัตราการป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย แต่เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่า และผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีอัตราการฆ่าตัวตาย

สำเร็จสูงกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า และ 70% ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ปัจจัยความพึงพอใจรูปร่าง พบว่านักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ไม่พึงพอใจรูปร่าง ($r = 0.439$) มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับการศึกษาของ วิลาลินี สุรวรรณ²¹ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 คือความไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนเอง (adjusted OR = 1.97, 95%CI = 1.09 - 3.57) Boutelle และคณะ²⁵ พบว่าโรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นหญิง เช่นเดียวกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Hoare และคณะ²⁶ โรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น รายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r = -0.226$) สอดคล้องกับ นันทยา คงประพันธ์²⁴ นักเรียนที่มีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายจะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยกว่านักเรียนที่รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย 0.113 คะแนน (ร้อยละ 11.30) วิลาลินี สุรวรรณ²¹ ครอบครัวที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า เป็น 2.15 เท่า (95%CI = 1.18 - 3.92, $p < 0.001$) เมื่อเทียบกับนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เพียงพอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จตุพร แสงกุล และ กนกวรรณ โมสิกันนท์²⁷ พบว่านักเรียนที่ครอบครัวมีปัญหาด้านการเงินมีโอกาสพบภาวะซึมเศร้าเป็น 3.1 เท่า เมื่อเทียบกับนักเรียนที่ครอบครัวไม่มีปัญหาทางด้านการเงิน การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r = -1.460$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ บพิธ สนั่นเชื้อ และ อานติ คำมณ²⁸ ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดบึงกาฬ พบว่าการตัดสินใจทางสุขภาพด้านอันตรายของสารเสพติดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในการใช้สารเสพติดกลุ่มกระตุ้นประสาท เช่น ยาบ้า และโคเคน มีความสัมพันธ์กันของการก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าในอัตราที่สูงและรุนแรง ผู้ใช้สารเสพติดที่มีอาการซึมเศร่า หากไม่ได้รับการบำบัดรักษา อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยรายตัวแปรด้านจิตใจ พบว่าทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์ทางตรงข้ามกับระดับความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ดังนั้นความสูญเสียสิ่งมีค่าในชีวิตและเหตุการณ์สำคัญที่กระทบการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ ปาริชาติ เมืองขวา และคณะ²⁹ นักศึกษาที่มีเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น

กับนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพได้ ($\bar{X} = 0.110$, $p < .001$) การศึกษาของ ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และคณะ³⁰ ที่พบว่าเหตุการณ์ชีวิตในเชิงลบมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ($\bar{X} = 0.192$, $p < 0.01$) เช่น ปัจจัยด้านการเงิน วิชาเรียน และข้อจำกัดเกี่ยวกับวิชาที่เรียน เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น โดยส่งผ่านตัวแปรความตึงเครียดทางอารมณ์ ซึ่งจากผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ และส่งผลให้นักศึกษาเกิดภาวะตึงเครียดและซึมเศร้าได้ เคยถูกกลั่นแกล้งทางเพศ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาลินี สุรวรรณ²⁰ พบว่านักเรียนที่มีประวัติเคยถูกคุกคามทางเพศมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 6.65 เท่า (95%CI = 1.66 - 26.65, $P < 0.007$) เมื่อเทียบกับนักเรียนที่ไม่มีประวัติเคยถูกคุกคามทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ประยูรศรี ศรีจันทร์ และคณะ³¹ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือการถูกทารุณกรรมทางร่างกายจิตใจ และทางเพศ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม อธิบายได้ด้วยกรอบแนวคิด Biopsychosocial model (Engel GL, 2013)³² การถูกคุกคามทางเพศเป็นประสบการณ์ด้านลบในชีวิตส่งผลให้เกิดความเครียดความวิตกกังวล ความรู้สึกเศร้าหมอง หดหู่ หากไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลให้ร่างกายมีการหลั่งฮอร์โมน cortisol ที่มากเกินไป ทำให้สารสื่อประสาทในสมองเสียสมดุล ส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ เคยถูกทำร้ายร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ประยูรศรี ศรีจันทร์ และคณะ³¹ พบว่าประวัติถูกทารุณกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.409$, $p < 0.01$) การถูกทารุณกรรมหากไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้าได้ เช่นเดียวกับการถูกคุกคามทางเพศ³² พยายามฆ่าตัวตายและเคยคิดทำร้ายตัวเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา สุทธิเนียม และคณะ³³ ที่พบว่าการครุ่นคิดเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตายและสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ร้อยละ 37.4 และความคิดฆ่าตัวตายได้ ร้อยละ 18.10 และ วิมลวรรณ ปัญญาว่อง และคณะ¹⁹ วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายมีโอกาสที่จะมีภาวะซึมเศร่ามากกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 9.8 เท่า (OR = 9.8, 95%CI = 8.4 - 11.5)

ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม พบว่าความสัมพันธ์ของบิดา/มารดา และความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องหรือญาติพี่น้อง หรือเรียกว่าสัมพันธ์ภายในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ $p < 0.05$ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ นันทยา คงประพันธ์²⁴ ที่พบว่าความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางลบต่อภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่หล่อหลอมให้วัยรุ่นสามารถพัฒนาการเรียนรู้ในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่จะทำให้วัยรุ่นสามารถปรับตัวและเรียนรู้ได้อย่างเหมาะสมในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 39.60 ($R^2 = 0.396$, $F = 47.184$, $p < .001$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในเขตพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม คือ ด้านจิตใจทุกตัวแปร ($\beta = -0.427$, $p < 0.01$) รองลงมา คือ ความพึงพอใจรูปร่าง ($\beta = -0.340$, $p < 0.01$) และเพศ ($\beta = 0.125$, $p < 0.05$) ตามลำดับ โดยสมการทำนายภาวะซึมเศร้าในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ $Z(\text{ภาวะซึมเศร้า}) = 0.427(\text{ปัจจัยด้านจิตใจ}) - 0.340(\text{พึงพอใจในรูปร่าง}) + 0.125(\text{เพศ})$ สรุปผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงขนาดของปัญหาภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในบริบทโรงเรียนมัธยมปลาย ซึ่งควรได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของระบบคัดกรองด้านสุขภาพจิตในโรงเรียน และการส่งต่อสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ใกล้เคียง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการสำรวจสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A) ด้วยตัวเอง เทียบระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งทุกคนสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ควรเพิ่มหรือขยายไปยังกลุ่มวัยรุ่นให้ครอบคลุม เพื่อเป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังติดตามการเปลี่ยนแปลงภาวะซึมเศร้าระยะยาวได้
2. โรงเรียน โดยความร่วมมือของโรงพยาบาล ควรจัดระบบการเฝ้าระวังคัดกรองภาวะซึมเศร้าในโรงเรียนให้กับนักเรียนทุกระดับชั้น และทุกคนปีการศึกษาละ 1 - 2 ครั้ง และแนะนำบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 เพื่อให้คำแนะนำและส่งต่อรับการรักษาที่ถูกต้อง
3. พัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง การสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อน สัมพันธภาพภายในครอบครัว เพื่อลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เสนอให้มีการเก็บข้อมูลในกลุ่มนักเรียนที่แตกต่างกัน เช่น ความแตกต่างระหว่างโรงเรียน หรือระหว่างนักเรียนในเมืองและชนบท หรือนักเรียนสายสามัญกับนักเรียนสายอาชีพ
2. พิจารณาเพิ่มการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์ของนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

สรุป

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในเขตพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ร้อยละ 15.45 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศ ความพึงพอใจรูปร่าง รายได้ครอบครัว การใช้สารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ปัจจัยด้านจิตใจ คือ ความสูญเสียสิ่งมีค่าในชีวิต เหตุการณ์สำคัญที่กระทบการดำเนินชีวิต เคยถูกลวนลามทางเพศ เคยถูกทำร้ายร่างกาย พยายามฆ่าตัวตาย เคยคิดทำร้ายตัวเอง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ $p < 0.001$ และปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม คือ ความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องหรือญาติพี่น้อง ความสัมพันธ์ของบิดา/มารดา มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมากกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ $p < 0.05$

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 39.60, $p < 0.001$ ด้านจิตใจทุกตัวแปร รองลงมา คือ ความพึงพอใจรูปร่าง และเพศ ตามลำดับ โดยสมการทำนายภาวะซึมเศร้าในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ $Z(\text{ภาวะซึมเศร้า}) = 0.427(\text{ปัจจัยด้านจิตใจ}) - 0.340(\text{พึงพอใจในรูปร่าง}) + 0.125(\text{เพศ})$

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์กัมพล เอี่ยมเกื้อกูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือ ที่อนุญาตให้ใช้สถานที่และสนับสนุนทีมในการดำเนินการวิจัย ดำเนินการช่วยเหลือให้งานราบรื่น และนางวงเดือน เพชรสังหาร หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลบรบือ อำนวยความสะดวกในการลงพื้นที่ และผู้อำนวยการโรงเรียนกลุ่มเป้าหมายทั้ง 7 แห่ง ที่อนุญาตให้ใช้พื้นที่ในการเก็บข้อมูล

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

คณะผู้วิจัยไม่มีประโยชน์ขัดกัน

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ธนชัย รินโรสง: ออกแบบการศึกษา ขออนุมัติจริยธรรม การวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์และอภิปรายผล และเขียนนิพนธ์
ต้นฉบับ; สุริย์พร พลชุมแสง: เก็บข้อมูล ลงรหัสข้อมูล วิเคราะห์ และอภิปรายผล และติดต่อประสานการเผยแพร่ผลงาน; คมเคียว จันทร์ราช: เก็บข้อมูล บันทึกข้อมูล และตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychol Med* 2018;48(9):1560-71.
2. Sindhuprama S. Seeing the numbers, can't see the heart: Thai mental health statistics that need to be reviewed [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 5]. Available from: <https://www.the101.world/child-mental-health-missing-out-number/>.
3. World Health Organization. World Health Day 7th April 2017 [Internet]. 2017. [cited 2024 Mar 5] Available from: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/en/>.
4. Sindhuprama S. Health Data Repository (HDC), Ministry of Public Health [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 5]. Available from: <https://kidforkids.org/improve-access-to-mental-health-care/>.
5. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord* 2017;219: 86-92.
6. Department of Mental Health. Guidelines for enhancing suicide prevention measures 2020-2021. Ministry of Public Health; Government of Thailand; 2020.
7. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015. *Lancet* 2016;388 :1545-602.
8. Jones PB. Adult mental health disorders and their age at onset. *Br J Psychiatry Suppl* 2013; 54:5-10.
9. Wartberg L, Kriston L, Thomasius R. Depressive symptoms in adolescents. *Dtsch Arztebl Int* 2018;115(33-34):549-55.
10. Weerapat A. Adolescents at risk of depression and first aid. [Internet]. 2020 [cited 2024 Mar 8]. Available from: <https://mw.iamai.moph.go.th/hrd/download/?did=178933&id=78876&reload=>.
11. World Health Organization. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. Geneva: World Health Organization; 2014.
12. Department of Mental Health. Annual report 2019. Ministry of Public Health; 2020.
13. National Suicide Prevention Center. Suicide rate Khon Kaen Province during the year 2022. [Internet]. 2022 [cited 2024 Mar 9] Available from: https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/s_stat.
14. Medical and Health Data Warehouse System, Ministry of Public Health. [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 9]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/>.
15. Erin H. Mental health of children and young people in England 2019. Department for Education; 2019. [Internet]. 2019 [cited 2024 Mar 5]. Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/>.
16. Child and Adolescent Health Measurement Initiative (2022). "Child and Family Health Measures Content Map, 2020-2021 National Survey of Children's Health (two years combined)". Data Resource Center for Child and Adolescent Health supported by the U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration (HRSA), Maternal and Child Health Bureau (MCHB). Retrieved [10/10/24] from [www.childhealthdata.org].
17. Bingqing Lu, Lixia Lin, Xiaojuan Su. Global burden of depression or depressive symptoms in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2024; 354:553-62.
18. Jiamjaroenkul J, Limsuwan N. Prevalence and associated factors of depression among junior high school students in Muang District, Chiang Mai Province. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2015;60(4):253-63.
19. Panyawong W, Santitadakul R, Pavasuthipaisit C. Prevalence of depression and suicidal risks in Thai adolescents: a survey in schools from 13 Public Health Region. *J Ment Health Thai* 2020;28(2):136-49.
20. Sukhawaha S, Kenbubpha K, Saguanrum K, Pianthong K, Thongbenjamas S, Hasook P. Prevalence of depression and its association with suicide risk in junior high school students of Ubon Ratchathani Province. *J Psychiatr Assoc Thai* 2020;65(1) :15-24.
21. Wilasinee S. Prevalence and related factors of depression among junior high school students in Nam Phong District Khon Kaen Province. *J Psychiatr Assoc Thai* 2021;66(4):403-16.
22. Santapan P, Booshong S, Sriserm C. Depression in adolescents: the role of nurses. *Kuakarun J Nurs*. 2019;26(1):187-99.
23. Chitmongkol R, Muennadon R, Kwaema S. Depression and mental health literacy of adolescents in Muang District, Udon Thani Province. *J Nurs Public Health Educ* 2020;21(2):40-51.
24. Kongprapan N. Factors affecting depression in adolescents case study: Rajamangala University of Technology Suwanbhum. *J Buddhist Soc Sci Anthropol* 2020;5(11):302-15.
25. Boutelle KN, Hannan P, Fulkerson JA, Crow SJ, Stice E. Obesity as a prospective predictor of depression in adolescent females. *Health Psychol* 2010;29(3):293-8.
26. Hoare E, Skouteris H, Fuller-Tyszkiewicz M, Millar L, Allender S. Associations between obesogenic risk factors and depression among adolescents: a systematic review. *Obes Rev* 2014;15(1):40-51.
27. Sangkool J, Mosikanon K. Depression in hearing-impaired high school students in Sodsuksasongkhla School, Thailand. *Songklanagarind Med J* 2016;34(5):281-8.
28. Sananuea B, Kummon A. The relationship between substance literacy and risk behavior in substance use high school students



- in Bueng Kan Province [Internet]. 2024. [cited 2024 Jan 15]. Available from: <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/require/files/post-doc/20240212131954.pdf>.
29. Muangkwa P, Klumgdee K, Chaneng S. Depression in Thai students: an important role for educational institutions. *J Nurs Siam Univ* 2021;21(14):104-16.
30. Watthanasin D, Choopan S, Deachchaiyos P. Social solutions and depression of nursing students. *J Nurs Ministry Public Health* 2019;29(1):1-12.
31. Srijan P, Kaesornsamut P, Thanoi W. Factors correlated with depression among adolescents in foster homes. *Nurs Sci J Thai* 2020;38(1):86-98.
32. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 2013;196(4286):129-36.
33. Sodthineum K, Kongkhum C, Rattapolsan C, Sodthineum U. Relationship model of available factors effects on depression and suicidal ideation of adolescents in higher education. *J Somdet Chaopraya Inst Psychiat* 2022;15(1):1-20.

บทบาทตัวแปรคั่นกลางของความยืดหยุ่นทางจิตใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในนักเรียนมัธยมที่ถูกกลั่นแกล้งในประเทศไทย

ชินกมล ปุริณทวรกฤล*, จิรดา ประสาทพรศิริโชค*, อัญชลิตา รัตนจารุรักษ์**

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การถูกกลั่นแกล้งในโรงเรียนกับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยมีความยืดหยุ่นทางจิตใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นตัวแปรคั่นกลางพหุแบบขนาน

วิธีการศึกษา การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 560 คน จากโรงเรียนรัฐบาลในจังหวัดชลบุรี เก็บข้อมูลในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 โดยใช้แบบสอบถามฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A) แบบคัดกรองความวิตกกังวลในเด็ก (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders: SCARED) แบบวัดความยืดหยุ่นทางจิตใจ (The Connor-Davidson Resilience Scale: CD-RISC) แบบประเมินความภาคภูมิใจในตัวเอง (Rosenberg self-esteem scale: RSES) และแบบสอบถามเรื่องการถูกกลั่นแกล้งในโรงเรียน (Multidimensional Peer-Victimization Scale: MPVS) วิเคราะห์ข้อมูลแบบ mediating analysis แบบ bootstrapping

ผลการศึกษา อาสาสมัคร จำนวน 505 คน มีอายุเฉลี่ย 13.24 ± 0.95 ปี พบว่าร้อยละ 28.9 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไป และร้อยละ 54.1 มีภาวะวิตกกังวล การถูกกลั่นแกล้งในโรงเรียนมีผลทางตรงต่อภาวะซึมเศร้า ($\beta = .137, [.098, .176]$) และวิตกกังวล ($\beta = .429, [.305, .554]$) รวมถึงมีผลทางอ้อมต่อภาวะซึมเศร้า ($\beta = .053, [.028, .080]$) และภาวะวิตกกังวล ($\beta = .121, [.062, .189]$) ผ่านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นตัวแปรคั่นกลาง ขณะที่ความยืดหยุ่นทางจิตใจไม่พบว่ามีความสัมพันธ์เป็นตัวแปรคั่นกลาง

สรุป การถูกกลั่นแกล้งในโรงเรียนมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ผ่านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังนั้นการป้องกันการกลั่นแกล้งในโรงเรียนและการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในนักเรียนที่ถูกกลั่นแกล้งจะช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว

คำสำคัญ การกลั่นแกล้งในโรงเรียน ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ความยืดหยุ่นทางจิตใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ตัวแปรคั่นกลางพหุ

Corresponding author: อัญชลิตา รัตนจารุรักษ์

ฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail: RatanajaruraksMD@gmail.com

วันรับ : 12 พฤศจิกายน 2567 วันแก้ไข : 28 มกราคม 2568 วันตอบรับ : 16 กุมภาพันธ์ 2568

The Mediating Role of Resilience and Self-Esteem in Depression and Anxiety among Bullied Secondary School Students in Thailand

Chuenkamon Purintaworagul*, Jirada Prasartpornsirichoke*, Anchalita Ratanajaruraks**

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

**Academic Affairs Division, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

ABSTRACT

Objective: This study examined the relationship between school bullying, depression and anxiety in Thai junior high school students, with resilience and self-esteem as mediators.

Methods: A cross-sectional study surveyed 560 students from secondary schools in Chonburi, Thailand, using Thai-language questionnaires in June 2024. Instruments included the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A), the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED), the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), and the Multidimensional Peer-Victimization Scale (MPVS). Data were analyzed using Pearson's correlation and bootstrapping to examine mediating effects of resilience and self-esteem.

Results: Among 505 participants with a mean age of 13.24 ± 0.95 years, 28.9% exhibited moderate to severe depression, and 54.1% experienced anxiety. School bullying had a direct effect on depression ($\beta = .137$, [.098, .176]) and anxiety ($\beta = .429$, [.305, .554]), as well as indirect effect on depression ($\beta = .053$, [.028, .080]) and anxiety ($\beta = .121$, [.062, .189]) mediated by self-esteem. Resilience was not found to be a mediating variable.

Conclusion: School bullying has both direct and indirect effects on depression and anxiety in junior high school students through self-esteem. Therefore, preventing bullying and promoting self-esteem can help prevent long-term mental health issues.

Keywords: school bullying, depression, anxiety, resilience, self-esteem, junior high school, multiple mediators

Corresponding author: Anchalita Ratanajaruraks

E-mail: RatanajaruraksMD@gmail.com

Received 12 November 2024 Revised 28 January 2025 Accepted 16 February 2025

บทนำ

การกลั่นแกล้ง (bullying) เป็นรูปแบบหนึ่งของพฤติกรรมความรุนแรง ที่ทำโดยบุคคลคนหนึ่งหรือกลุ่มหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยลักษณะสำคัญคือ เกิดขึ้นในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งมีระดับอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกัน (imbalance of power) มีเจตนาให้เกิดผลกระทบด้านลบ (intentionality) และมีการเกิดขึ้นซ้ำๆ (repetition)^{1,2} ซึ่งการกระทำดังกล่าวเป็นทั้งทางร่างกาย วาจา หรือวิธีอื่นๆ เช่น ล้อเลียน หรือตัดออกจากกลุ่ม² ซึ่งอาจให้คำจำกัดความอย่างย่อว่าการกลั่นแกล้งเป็นพฤติกรรมด้านลบที่ทำซ้ำๆ มีความประสงค์ร้ายต่อบุคคลคนหนึ่งหรือกลุ่มหนึ่งโดยมุ่งเป้าหมายไปที่นักเรียนหรือบุคคลอีกคนหนึ่ง ซึ่งไม่สามารถปกป้องตัวเองจากการกระทำนั้นได้³ จากการรายงานของ UNESCO ในปี ค.ศ. 2023 ระบุว่ามากกว่าร้อยละ 30 ของนักเรียนทั่วโลกประสบปัญหาการถูกกลั่นแกล้ง⁴ ในขณะที่ในประเทศไทยมีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการกลั่นแกล้งในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 ในกรุงเทพมหานครเมื่อปี พ.ศ. 2563 ซึ่งพบว่ามีความชุกของนักเรียนที่ถูกกลั่นแกล้ง ร้อยละ 21.2 และนักเรียนที่เป็นผู้กลั่นแกล้งคนอื่น ร้อยละ 9.1⁵ นอกจากนี้ตามรายงานการสำรวจการรังแกกันในโรงเรียนของ ผศ.ดร.สมบัติ ตาปัญญา ในปี พ.ศ. 2563 ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 23,787 คน พบว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถูกรังแกสูงถึงร้อยละ 40.6 ส่วนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ถูกรังแก ร้อยละ 29.1³

สถานะของเด็กที่เป็นผู้ถูกกลั่นแกล้ง มีความสัมพันธ์กับปัญหาทางพฤติกรรมและปัญหาสุขภาพจิตที่หลากหลายทั้งปัญหาด้านพฤติกรรมแบบเก็บกด (internalizing problems) และแบบแสดงออก (externalizing problems)⁶ โดยเด็กที่ถูกกลั่นแกล้งมีโอกาสที่จะประสบภาวะซึมเศร้ามากกว่าเด็กทั่วไปถึง 2.77 เท่า รวมถึงมีแนวโน้มที่จะทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตายสูงขึ้น^{7,8} มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้น⁹ นอกจากนี้การกลั่นแกล้งในโรงเรียนยังส่งผลต่อผลการเรียน¹⁰ อาการทางกายต่างๆ¹¹ คุณภาพชีวิตและความเชื่อมั่นในตนเองที่ลดลง ทั้งในเด็กที่เป็นผู้กระทำและเป็นเหยื่อ ซึ่งส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาวได้¹² โดยจากการศึกษาก่อนหน้าพบว่าวัยรุ่นเป็นช่วงที่มีการกลั่นแกล้งอยู่ในระดับสูง และเป็นช่วงวัยที่มีความไวต่อประสบการณ์เชิงลบ อีกทั้งยังได้รับอิทธิพลจากเพื่อนอย่างมาก การถูกกลั่นแกล้งจึงอาจทำให้วัยรุ่นรู้สึกอับอาย ถูกละเลยจากสังคมหรือเพื่อน ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการมองตนเอง

ในแง่บวกลดลง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางจิตใจในระยะยาวได้¹³

ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (resilience) คือ ความสามารถในการรับมือกับปัญหาหรือความเครียดต่างๆ จากงานวิจัยระดับนานาชาติที่ผ่านมาพบว่า ความยืดหยุ่นทางจิตใจทำหน้าที่เป็นตัวแปรคั่นกลางระหว่างความสัมพันธ์ของการถูกกลั่นแกล้งกับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล¹⁴ แสดงให้เห็นว่าการมีความยืดหยุ่นทางจิตใจที่สูงจะช่วยลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในเด็กที่ถูกกลั่นแกล้ง^{15,16} ส่วนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) คือการมองเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับประสบการณ์การกลั่นแกล้ง จากงานวิจัยระดับนานาชาติก่อนหน้านี้พบว่าเด็กที่ถูกกลั่นแกล้งจะรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง¹⁷ และพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทำหน้าที่เป็นตัวแปรคั่นกลางที่สำคัญระหว่างประสบการณ์การถูกกลั่นแกล้งและภาวะซึมเศร้าเช่นกัน โดยเด็กที่มีประสบการณ์การถูกกลั่นแกล้งสูงมักมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าที่มีความรุนแรงที่เพิ่มขึ้น¹⁸ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความยืดหยุ่นทางจิตใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่างเป็นปัจจัยที่มีผลไปในทางเดียวกันต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กที่ถูกกลั่นแกล้ง^{15,16,18} กล่าวคือการมีความยืดหยุ่นทางจิตใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองที่สูง จะมีผลต่อภาวะซึมเศร้าที่ลดลงในเด็กที่ถูกกลั่นแกล้ง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ประเทศไทยยังมีความชุกของการกลั่นแกล้งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศต่างๆ ทั่วโลก สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาของการกลั่นแกล้งที่ยังคงมีอยู่ โดยในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเชิงบวก คือความยืดหยุ่นทางจิตใจ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในเด็กไทยที่มีประสบการณ์การถูกกลั่นแกล้งอย่างจำกัด โดยงานวิจัยก่อนหน้านี้มักมุ่งเน้นไปที่การศึกษาเกี่ยวกับความชุก ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับประสบการณ์การกลั่นแกล้งในโรงเรียน โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า แต่ยังขาดการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับบทบาทของตัวแปรคั่นกลางเหล่านี้ แม้ว่าจะมีศักยภาพในการลดผลกระทบทางสุขภาพจิตในเด็กที่เผชิญกับการกลั่นแกล้ง การศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับตัวแปรคั่นกลางจึงมีความสำคัญในการขยายความเข้าใจถึงกลไกเชื่อมโยงระหว่างการถูกกลั่นแกล้ง ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลอย่างครอบคลุมมากขึ้น

จากความสำคัญของปัญหาข้างต้น ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยเชิงบวกที่สามารถลดผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า

และวิตกกังวลในเด็กที่ถูกกลั่นแกล้ง โดยการศึกษาครั้งนี้จัดทำในโรงเรียนรัฐบาลขนาดใหญ่ในจังหวัดชลบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ทางตรงและทางอ้อมของการมีประสบการณ์การถูกกลั่นแกล้งในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล โดยมีความยืดหยุ่นทางจิตใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นตัวแปรคั่นกลางพหุ ความเข้าใจในความสัมพันธ์เหล่านี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางการป้องกันและการแทรกแซง ตลอดจนการกำหนดนโยบายที่มุ่งช่วยเหลือเด็กที่ประสบปัญหาการกลั่นแกล้งอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ทำการศึกษาในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 โรงเรียนรัฐบาลในจังหวัดชลบุรี ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 โดยงานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (IRB no. 0737/66) การศึกษานี้ได้รับการยินยอมโดยผู้ปกครองและเด็กร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม (consent by action) ซึ่งยกเว้นการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในการเข้าร่วมวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรตัวอย่าง คือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 โรงเรียนรัฐบาลในจังหวัดชลบุรี ปีการศึกษา 2567 คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane และอ้างอิงข้อมูลจำนวนประชากรจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ซึ่งมีจำนวนเท่ากับ 4,780 คน โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ใช้ในงานวิจัยที่ยอมรับได้ มีค่าเท่ากับ 5% คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 369 คน อย่างไรก็ตามเพื่อครอบคลุมให้เกิดอัตราการตอบแบบสอบถามอย่างครบถ้วน ผู้วิจัยจึงเก็บขนาดตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 50 ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่ทำการเก็บในงานวิจัยนี้จะเป็นจำนวน 560 คน

ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multistage sampling) โดยจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนได้ตัวอย่างนักเรียนจากโรงเรียนที่ 1 จำนวน 240 คน และโรงเรียนที่ 2 จำนวน 320 คน ดังแสดงในแผนภูมิรูปที่ 1

เกณฑ์คัดเข้าของการศึกษา คือ เด็กที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 ปีการศึกษา 2567 ของโรงเรียนที่ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยเด็กที่ไม่สามารถสื่อสาร อ่าน-เขียนภาษาไทยได้จะถูกคัดออกจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนสำคัญ ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามสำหรับผู้ปกครอง รวม 10 ข้อ โดยผู้ปกครองเป็นผู้ตอบ ประกอบด้วย

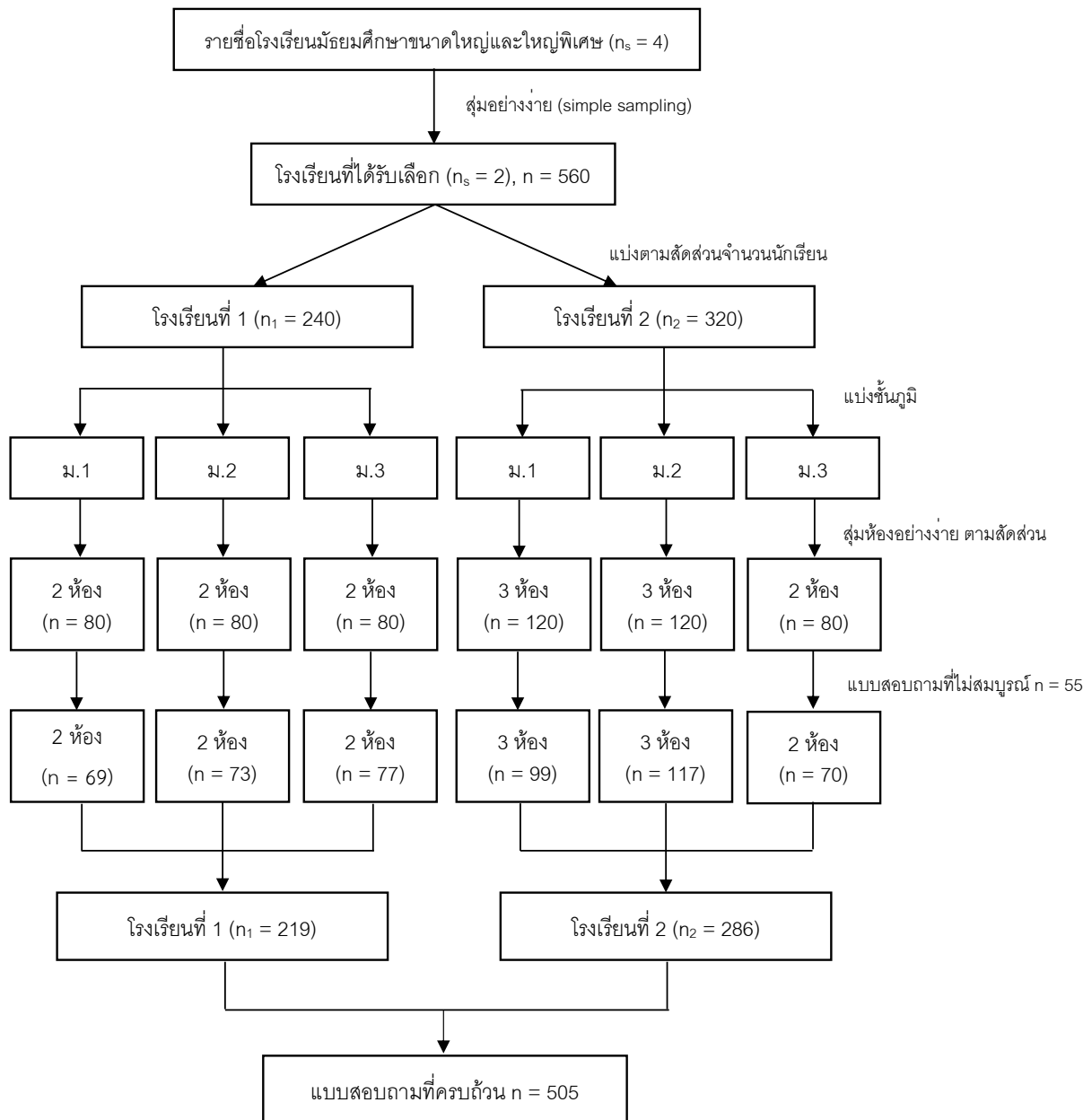
- 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับเด็ก สถานภาพสมรสของบิดามารดา และรายได้ของผู้ปกครอง
- 2) ข้อมูลทั่วไปของเด็ก ได้แก่ ระดับชั้น เชื้อชาติ สัญชาติ โรคประจำตัวทางกาย และโรคประจำตัวทางจิตเวช

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสำหรับเด็ก รวม 91 ข้อ โดยนักเรียนเป็นผู้ตอบ ประกอบด้วย

- 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของนักเรียน จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ เกรดเฉลี่ย (GPA)

- 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ใช้แบบประเมิน The Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) ฉบับภาษาไทย ประกอบไปด้วยข้อคำถามประเมินความรุนแรงของอาการภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 9 ข้อ และข้อคำถามประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง จำนวน 2 ข้อ แบบสอบถามในข้อ 1 - 9 มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่มีเลย = 0 คะแนน มีบางวัน = 1 คะแนน มีมากกว่า 7 วัน = 2 คะแนน มีแทบทุกวัน = 3 คะแนน มีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 27 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผลดังนี้ คะแนนรวม 10 - 14 คะแนน บ่งชี้ว่ามีภาวะซึมเศร้าปานกลาง คะแนนรวม 15 - 19 คะแนน บ่งชี้ว่ามีภาวะซึมเศร้ามาก และคะแนนรวม 20 - 27 คะแนน บ่งชี้ว่ามีภาวะซึมเศร้ารุนแรง โดยแบบสอบถามมีความไวเท่ากับ 0.93 ความจำเพาะเท่ากับ 0.77 และมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.88¹⁹

- 3) แบบคัดกรองความวิตกกังวลในเด็ก ใช้แบบประเมิน Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED) ฉบับภาษาไทย มีจำนวน 41 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่จริง = 0 คะแนน จริงบ้างบางครั้ง = 1 คะแนน จริงบ่อยๆ = 2 คะแนน มีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 82 คะแนน โดยคะแนนรวมมากกว่า 25 คะแนน บ่งบอกว่าอาจมีโรควิตกกังวล (anxiety disorder) แบบสอบถามนี้มีค่าความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า Convergent validity เท่ากับ 0.81 และค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.91²⁰



n_s = จำนวนโรงเรียน

n = จำนวนนักเรียน

n_1 = จำนวนนักเรียนจากโรงเรียนที่ 1

n_2 = จำนวนนักเรียนจากโรงเรียนที่ 2

แผนภูมิรูปที่ 1 แสดงการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multistage sampling)

4) แบบวัดความยืดหยุ่นทางจิตใจ ใช้แบบสอบถาม The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) ฉบับภาษาไทยมีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่จริงทั้งหมด = 0 คะแนน ไม่จริงอย่างมาก = 1 คะแนน ไม่จริงบางครั้ง = 2 คะแนน จริงบ่อยครั้ง = 3 คะแนน จริงเกือบตลอดเวลา = 4 คะแนน มีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 40 คะแนน โดยไม่มีเกณฑ์การแบ่ง

(cut-off point) ทั้งนี้คะแนนรวมที่สูงบ่งชี้ถึงความยืดหยุ่นทางจิตใจในระดับสูง เครื่องมือนี้มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดี โดยตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) พบค่า Comparative Fit Index (CFI) อยู่ในช่วง 0.94 - 0.95 และผู้วิจัยได้ทำการศึกษานำร่องในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 จำนวน 30 คน ได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.87²¹

5) แบบประเมินความภาคภูมิใจในตัวเอง ใช้แบบประเมิน Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) ฉบับภาษาไทย²² มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถามเชิงบวก 6 ข้อ (ข้อที่ 1, 2, 4, 6, 7, 8) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 4 คะแนน เห็นด้วย = 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย = 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบ 4 ข้อ (ข้อที่ 3, 5, 9, 10) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 คะแนน เห็นด้วย = 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย = 3 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 4 คะแนน มีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10 - 40 คะแนน โดยไม่มีเกณฑ์การแบ่ง (cut-off point) คะแนนรวมที่สูงบ่งชี้ถึงความภาคภูมิใจในตัวเองที่สูง แบบประเมินนี้มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดี โดยตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) พบค่า CFI เท่ากับ 0.99 และมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.71²³

6) แบบสอบถามเรื่องการถูกกลั่นแกล้งในโรงเรียน ใช้แบบสอบถาม Multidimensional Peer-Victimization Scale (MPVS)²⁴ จำนวน 16 ข้อ โดยประกอบไปด้วยข้อคำถามด้านการกลั่นแกล้งทางร่างกาย ได้แก่ ข้อที่ 6, 7, 8, 9 ข้อคำถามด้านการกลั่นแกล้งทางวาจา ได้แก่ ข้อที่ 1, 4, 5, 16 ข้อคำถามด้านการบังคับทางสังคม ได้แก่ ข้อที่ 2, 11, 13, 14 และข้อคำถามด้านการทำลายทรัพย์สิน ได้แก่ ข้อที่ 3, 10, 12, 15 ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่เคยเลย = 0 คะแนน เคย 1 ครั้ง = 1 คะแนน เคยมากกว่า 1 ครั้ง = 2 คะแนน มีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 32 คะแนน ซึ่งแต่ละด้านสามารถมีค่าคะแนนอยู่ที่ 0 - 8 คะแนน แบบสอบถามนี้ไม่มีเกณฑ์การแบ่ง (cut-off point) แต่คะแนนรวมที่สูงขึ้นบ่งบอกถึงระดับความรุนแรงของการถูกกลั่นแกล้งที่สูงขึ้น แบบสอบถามได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย ซึ่งได้รับอนุญาตจาก John Wiley & Sons Inc. ผู้ถือลิขสิทธิ์ และผ่านกระบวนการแปลภาษาย้อนกลับ (back translation) โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษา จากนั้นแบบสอบถามฉบับภาษาไทยได้รับการประเมินความเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น จำนวน 5 ท่าน ซึ่งได้ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Index of Item Objective Congruence: IOC) อยู่ที่ 0.94 และทำการศึกษานำร่องในนักเรียนไทยระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 จำนวน 30 คน ได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.91 โดยด้านการกลั่นแกล้งทางร่างกาย การกลั่นแกล้งทางวาจา การบังคับทางสังคม และการทำลายทรัพย์สิน มีค่า

Cronbach's alpha เท่ากับ 0.85, 0.79, 0.70 และ 0.78 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ใช้โปรแกรม SPSS statistics version 29 ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยรายงานผลสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ด้วยความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด-ต่ำสุดของข้อมูล และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลของตัวแปรแบบต่อเนื่อง (continuous data) ใช้สถิติ Pearson's correlation coefficient และตรวจสอบอิทธิพลของตัวแปรคั่นกลางพหุแบบขนาน (parallel multiple mediation model) โดยวิธี mediating analysis แบบ bootstrapping ด้วยโปรแกรม PROCESS macro กำหนดจำนวนตัวอย่างซ้ำแบบสุ่ม (bootstrap samples) 5,000 ครั้ง และช่วงความเชื่อมั่น (confidence intervals) ที่ 95% กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษา

อัตราการตอบกลับแบบสอบถามคิดเป็นร้อยละ 93.57 โดยมีแบบสอบถามที่ครบถ้วนที่นำมาวิเคราะห์สถิติจำนวน 505 ชุด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.4) ค่าอายุเฉลี่ย 13.24 ± 0.95 ปี เกรดเฉลี่ยภาคเรียนล่าสุดเท่ากับ 3.51 ± 0.43 สำหรับผู้ปกครองพบว่ามารดาเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.5) มีอายุเฉลี่ย 43.3 ± 8.0 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพอยู่ร่วมกัน (ร้อยละ 63.0) และจากการสำรวจพบว่านักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไปจำนวน 146 คน (ร้อยละ 28.9) และมีภาวะวิตกกังวล 273 คน (ร้อยละ 54.1) ดังแสดงในตารางที่ 1

ความสัมพันธ์ระหว่างการมีประสบการณ์ถูกกลั่นแกล้ง ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ความยืดหยุ่นทางจิตใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติ Pearson's correlation พบว่าการถูกกลั่นแกล้งมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า ($r = .377, p < .001$) ภาวะวิตกกังวล ($r = .354, p < .001$) ในขณะที่เดียวกับการถูกกลั่นแกล้งยังแสดงความสัมพันธ์เชิงลบระดับต่ำกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($r = -.232, p < .001$) อย่างไรก็ตามไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างการมีประสบการณ์ถูกกลั่นแกล้งกับความยืดหยุ่นทางจิตใจ ($r = -.071, p = .111$) ในด้านของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงลบระดับสูงกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.581, p < .001$)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น (N = 505)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	Mean (SD)	ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	Mean (SD)
ข้อมูลของนักเรียน			ความยืดหยุ่นทางจิตใจ		
เพศ			(CD-RISC)		25.01 (6.29)
ชาย	211 (41.8)		การถูกกลั่นแกล้งในโรงเรียน		11.45 (8.20)
หญิง	285 (56.4)		(MPVS)		
อื่นๆ	9 (1.8)		ด้านร่างกาย		1.78 (2.28)
อายุ (ปี)		13.24 (0.95)	ด้านวาจา		4.53 (2.71)
ระดับชั้น			ด้านการบังคับทางสังคม		2.65 (2.66)
มัธยมศึกษาปีที่ 1	176 (34.9)		ด้านการทำลายทรัพย์สิน		2.50 (2.38)
มัธยมศึกษาปีที่ 2	175 (34.7)		ข้อมูลของผู้ปกครอง		
มัธยมศึกษาปีที่ 3	154 (30.5)		ผู้ตอบแบบสอบถาม		
เกรดเฉลี่ยภาคเรียนล่าสุด		3.51 (0.43)	บิดา	124 (24.6)	
0 - 2.00	1 (0.2)		มารดา	336 (66.5)	
2.01 - 3.00	71 (14.1)		ปู่ย่าตายาย	21 (4.2)	
3.01 - 4.00	433 (85.7)		อื่นๆ	24 (4.8)	
เชื้อชาติ			เพศ		
ไทย	498 (98.6)		ชาย	131 (25.9)	
อื่นๆ	7 (1.4)		หญิง	374 (74.1)	
สัญชาติ			อายุ (ปี)		43.3 (8.0)
ไทย	497 (98.4)		รายได้		
อื่นๆ	8 (1.6)		น้อยกว่า 25,000	183 (36.2)	
ภาวะซึมเศร้า (PHQ-A)			25,001 - 50,000	215 (42.6)	
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-4)	133 (26.3)		50,001 - 75,000	67 (13.3)	
ซึมเศร้าเล็กน้อย (5-9)	226 (44.8)		75,001 - 100,000	21 (4.2)	
ซึมเศร้าปานกลาง (10-14)	104 (20.6)		มากกว่า 100,000	19 (3.8)	
ซึมเศร้ามาก (15-19)	33 (6.5)		สถานภาพ		
ซึมเศร้ารุนแรง (20-27)	9 (1.8)		แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน	318 (63.0)	
ภาวะวิตกกังวล (SCARED)		27.70(13.75)	แยกกันอยู่	23 (4.6)	
ไม่มีโรควิตกกังวล (< 25)	232 (45.9)		หย่าร้าง	137 (27.1)	
อาจมีโรควิตกกังวล (≥ 25)	273 (54.1)		บิดาและ/หรือมารดา	27 (5.3)	
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง		28.45 (4.90)	เสียชีวิต		
(RSES)					

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการถูกลั่นแกล้งในโรงเรียน ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ความยึดหยุ่นในจิตใจ และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง

ปัจจัย	Mean (S.D.)	1	2	3	4	5
การถูกลั่นแกล้งในโรงเรียน	11.45 ± 8.20	1				
ภาวะซึมเศร้า	7.47 ± 4.51	.377 p<.001	1			
ภาวะวิตกกังวล	27.70 ± 13.75	.354 p<.001	.643 p<.001	1		
ความยึดหยุ่นในจิตใจ	25.01 ± 6.29	-.073 p = .102	-.251 p<.001	-.287 p<.001	1	
ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง	28.45 ± 4.90	-.232 p<.001	-.581 p<.001	-.503 p<.001	.486 p<.001	1

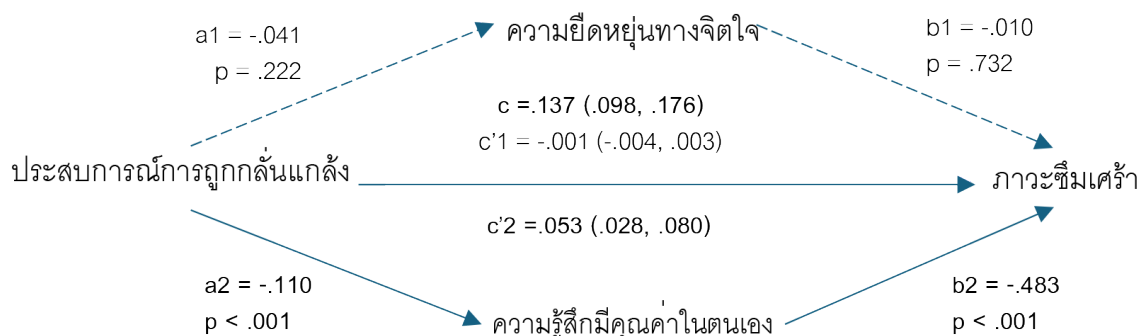
และภาวะวิตกกังวล ($r = -.503, p < .001$) ในขณะที่ความยึดหยุ่นทางจิตใจมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.251, p < .001$) และภาวะวิตกกังวล ($r = -.287, p < .001$)

อิทธิพลการเป็นตัวแปรคั่นกลางของความยึดหยุ่นทางจิตใจ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในเด็กที่มีประสบการณ์การถูกลั่นแกล้ง

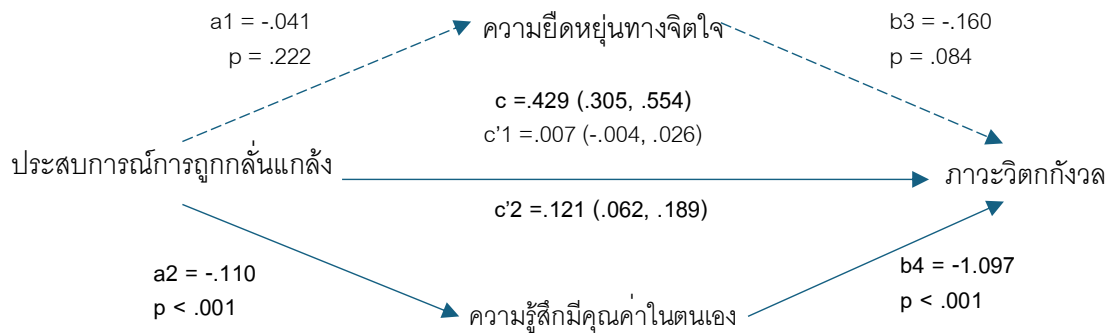
เมื่อควบคุมตัวแปรรบกวนอื่นๆ ได้แก่ เพศหญิงและเพศอื่นๆ การไม่มีสัญชาติไทย เกรดเฉลี่ย การมีโรคประจำตัวทางกาย และทางจิตเวช สถานภาพที่ไม่ได้อาศัยร่วมกับบิดาและ/หรือมารดา และรายได้ของผู้ปกครอง พบว่าประสบการณ์การถูกลั่นแกล้งมีความสัมพันธ์ทางตรงเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะซึมเศร้า ($\beta = .137, 95\%CI = [.098, .176]$) และภาวะวิตกกังวล

($\beta = .429, 95\%CI = [.305, .554]$) โดยยังพบว่าประสบการณ์การถูกลั่นแกล้งมีผลทางอ้อมเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อภาวะซึมเศร้า ($\beta = .053, 95\%CI = [.028, .080]$) และภาวะวิตกกังวล ($\beta = .121, 95\%CI = [.062, .189]$) ผ่านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นตัวแปรคั่นกลาง บ่งชี้ว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีบทบาทในการลดผลกระทบของการถูกลั่นแกล้งต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล **แผนภูมิรูปที่ 2 และ 3**

เมื่อพิจารณาผลรวม (total effect) ระหว่างการมีประสบการณ์การถูกลั่นแกล้งกับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล พบว่ามีขนาดอิทธิพลรวมของการมีประสบการณ์การถูกลั่นแกล้งกับภาวะซึมเศร้า เท่ากับ .190 ($\beta = .190, 95\%CI = [.145, .235]$) และวิตกกังวล เท่ากับ .557 ($\beta = .557, 95\%CI = [.421, .693]$) ดังแสดงใน**ตารางที่ 3** ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์



รูปที่ 2 ผลการศึกษาอิทธิพลคั่นกลางของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความยึดหยุ่นในจิตใจ ต่อความสัมพันธ์ระหว่างการถูกลั่นแกล้งกับภาวะซึมเศร้า



รูปที่ 3 ผลการศึกษาอิทธิพลคั่นกลางของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความยืดหยุ่นในจิตใจต่อความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การถูกกลั่นแกล้งกับภาวะวิตกกังวล

ตัวเลขแสดงค่า ขนาดของ effect size (95%CI)

- a1 = อิทธิพลของประสบการณ์การถูกกลั่นแกล้งต่อความยืดหยุ่นทางจิตใจ
a2 = อิทธิพลของประสบการณ์การถูกกลั่นแกล้งต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
b1 = อิทธิพลของความยืดหยุ่นทางจิตใจต่อภาวะซึมเศร้า
b2 = อิทธิพลของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อภาวะซึมเศร้า
b3 = อิทธิพลของความยืดหยุ่นทางจิตใจต่อภาวะวิตกกังวล
b4 = อิทธิพลของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อภาวะวิตกกังวล
c = อิทธิพลทางตรง (direct effect)
c'1 = อิทธิพลทางอ้อม (indirect effect) ผ่านความยืดหยุ่นทางจิตใจ
c'2 = อิทธิพลทางอ้อม (indirect effect) ผ่านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

เชิงบวก โดยการเปลี่ยนแปลงคะแนนการถูกกลั่นแกล้ง 1 คะแนน จะส่งผลรวมต่อคะแนนภาวะซึมเศร้า 0.190 คะแนน และความวิตกกังวล 0.557 คะแนน ตามลำดับ โดยมีการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นตัวแปรคั่นกลาง

อย่างไรก็ตามผลการวิจัยพบว่าความยืดหยุ่นทางจิตใจไม่มีบทบาทเป็นตัวแปรคั่นกลางในความสัมพันธ์ดังกล่าว เนื่องจากไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างประสบการณ์การถูกกลั่นแกล้งกับความยืดหยุ่นทางจิตใจ ($\beta = -.041, p = .222$) รวมถึงระหว่างความยืดหยุ่นทางจิตใจกับภาวะซึมเศร้า ($\beta = -.010, p = .723$) และภาวะวิตกกังวล ($\beta = -.160, p = .084$) ดังนั้นจึงไม่สามารถสรุปได้ว่าความยืดหยุ่นทางจิตใจมีบทบาทในการลดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในนักเรียนที่ถูกกลั่นแกล้ง **แผนภูมิรูปที่ 2 และ 3**

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การถูกกลั่นแกล้งมีความสัมพันธ์ทางตรงเชิงบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล อีกทั้งยังมีความสัมพันธ์ทางตรงเชิงลบระดับต่ำกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แต่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความยืดหยุ่นทางจิตใจ นอกจากนี้ประสบการณ์การถูกกลั่นแกล้งยังส่งผลทางอ้อมเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล ซึ่งบ่งชี้ว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีบทบาทสำคัญในการลดผลกระทบของการถูกกลั่นแกล้งต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ในขณะที่ความยืดหยุ่นทางจิตใจไม่มีบทบาทเป็นตัวแปรคั่นกลางในความสัมพันธ์ดังกล่าว

การถูกกลั่นแกล้งมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล แสดงให้เห็นว่าอาสาสมัคร

ตารางที่ 3 ศึกษาอิทธิพลคั่นกลางของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความยืดหยุ่นในจิตใจต่อความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การถูกกลั่นแกล้งกับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล

ตัวแปรที่ศึกษา	Direct effect		Total indirect effects		Total effects	
	β	95%CI	β	95%CI	β	95%CI
ประสบการณ์การถูกกลั่นแกล้ง-ภาวะซึมเศร้า	.137	(.098, .176)	.053	(.028, .079)	.190	(.145, .235)
ประสบการณ์การถูกกลั่นแกล้ง-ภาวะวิตกกังวล	.429	(.305, .554)	.127	(.063, .199)	.557	(.421, .693)

ที่รายงานการถูกลั่นแกล้งสูง จะมีความสัมพันธ์กับอาการของภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลที่สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าของ Ye Z et al.²⁵ และ Gong et al.⁹ ที่พบว่าเด็กที่ถูกกลั่นแกล้งมีความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลที่สูงขึ้น

ในส่วนของการศึกษาอิทธิพลการเป็นตัวแปรคั่นกลางของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในเด็กที่มีประสบการณ์ถูกลั่นแกล้ง พบว่าการถูกลั่นแกล้งมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับต่ำกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครที่มีประสบการณ์ถูกลั่นแกล้งในระดับสูง จะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ผลการศึกษานี้สอดคล้องไปกับการศึกษาก่อนหน้า^{17,26} ที่ระบุว่า การถูกลั่นแกล้งส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง นอกจากนี้การศึกษาระยะยาวของ Mitch van Geel et al.²⁷ ยังพบว่าการถูกลั่นแกล้งมีผลระยะยาวต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง โดยผู้ที่ถูกลั่นแกล้งทั้งทางร่างกาย วาจา และการกระทำทางสังคม อาจพัฒนาความรู้สึกเชิงลบเกี่ยวกับตนเอง โดยนำความเชื่อจากภายนอกมาเป็นส่วนหนึ่งของตัวตนของตนเอง (internalization) ทำให้บุคคลเหล่านี้เชื่อว่าตนเองไม่เป็นที่ยอมรับและรู้สึกโดดเดี่ยว ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง^{27,28} นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับสูงกับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครที่มีความรู้สึกมีค่าในตนเองต่ำ มักจะมีการของภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลสูง ซึ่งสอดคล้องไปกับการศึกษาก่อนหน้าของ Lundberg et al.²⁹

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่าการถูกลั่นแกล้งมีอิทธิพลโดยอ้อมทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ผ่านการลดลงของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แสดงให้เห็นว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทำหน้าที่เป็นตัวแปรคั่นกลางในความสัมพันธ์ดังกล่าว โดยผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าของ Zhong et al.¹⁸ และ Balluerka et al.³⁰ ที่พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ที่ถูกลั่นแกล้ง ซึ่งสอดคล้องไปกับทฤษฎี Cognitive Diathesis-Stress และทฤษฎีสิ้นหวัง (hopelessness theory) ที่ระบุว่า การเผชิญกับปัญหา เช่น การถูกลั่นแกล้งในโรงเรียน ส่งผลให้การรับรู้และการคิดเชิงบวกเปลี่ยนแปลงไป เกิดความรู้สึกสิ้นหวังและมีมุมมองเชิงลบต่อตนเอง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีค่าน้อย และนำไปสู่อาการภาวะซึมเศร้าตามมา³¹

ในส่วนของการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่นทางจิตใจกับประสบการณ์การถูกลั่นแกล้ง ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ผลการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างประสบการณ์การถูกลั่นแกล้งกับความยืดหยุ่นทางจิตใจ รวมถึงความยืดหยุ่นทางจิตใจกับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้า^{15,16,32} ที่ระบุว่า การถูกลั่นแกล้งมีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ สาเหตุของความแตกต่างอาจเกิดจากปัจจัยหลายด้านที่เกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางจิตใจในผู้ที่ประสบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการศึกษาก่อนหน้าพบว่าความยืดหยุ่นทางจิตใจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลากหลาย ทั้งทางชีวภาพ เช่น การทำงานของสมองส่วนหน้า (Prefrontal Cortex: PFC) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการจัดการอารมณ์ และการตอบสนองต่อความเครียด ระดับฮอร์โมน cortisol และการกระตุ้น Hypothalamic-Pituitary-Adrenal (HPA) Axis ที่ส่งผลต่อการหลั่งของ stress hormone นอกจากนี้ ปัจจัยทางพันธุกรรม เช่น Val66Met Polymorphism ในยีน BDNF และ 5-HTTLPR ในยีน SLC6A4 ยังมีบทบาทสำคัญต่อระบบประสาทต่อมไร้ท่อ และการตอบสนองต่อความเครียด รวมถึงโครงสร้างและการทำงานของสมอง³³ ในด้านปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ทักษะการแก้ไขปัญหา และทักษะสังคม³⁴ รวมถึงปัจจัยด้านครอบครัว เช่น บรรยากาศเชิงบวกและแรงสนับสนุนจากครอบครัว ตลอดจนปัจจัยทางสังคม เช่น แรงสนับสนุนจากครูและเพื่อน การได้รับความช่วยเหลือทางการศึกษา^{35,36} ล้วนมีผลต่อความยืดหยุ่นทางจิตใจ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่ได้รวบรวมข้อมูลที่ครอบคลุมถึงปัจจัยที่มีผลต่อความยืดหยุ่นทางจิตใจ ซึ่งอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผลการศึกษานี้ไม่สัมพันธ์กัน

จากปัจจัยต่างๆ ข้างต้น ส่งผลต่อการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา โดยเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบความยืดหยุ่นทางจิตใจประกอบด้วยปัจจัยภายใน เช่น ความสามารถในการเผชิญปัญหา การควบคุมอารมณ์ การมีทัศนคติที่ดี รวมถึงปัจจัยภายนอก เช่น แรงสนับสนุนจากเพื่อน ครอบครัว และทรัพยากรชุมชน การศึกษานี้มุ่งเน้นที่ปัจจัยภายใน จึงขาดการศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนภายนอกอื่นๆ ทำให้ผลการศึกษาอาจมีความแตกต่างไปจากงานวิจัยก่อนหน้า ดังนั้นการศึกษานี้จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าความยืดหยุ่นทางจิตใจมีผลเป็นตัวแปรคั่นกลางในความสัมพันธ์ของการถูกลั่นแกล้งกับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ซึ่งแตกต่างไปจากการศึกษาก่อนหน้า^{15,16,32} ที่ระบุว่าความยืดหยุ่นทางจิตใจทำหน้าที่เป็นตัวแปรคั่นกลางในความสัมพันธ์ระหว่างการถูก

กลั่นแกล้งกับภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวล^{15,16} อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาของ Miller et al.³⁷ ที่มีผลการศึกษาที่ผสมผสาน โดยพบว่าความยืดหยุ่นทางจิตใจทำหน้าที่เป็นตัวแปรคั่นกลาง ในความสัมพันธ์ระหว่างการถูกกลั่นแกล้งกับภาวะวิตกกังวล ในเพศหญิง แต่ไม่พบการเป็นตัวแปรคั่นกลางในความสัมพันธ์ ดังกล่าวในเพศชาย ซึ่งอาจเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ควรมีการศึกษา เพิ่มเติมในอนาคต

จุดแข็งของการศึกษานี้ คือ เป็นการศึกษาแรกที่มีการนำแบบสอบถามเรื่องการถูกกลั่นแกล้งในโรงเรียนมาแปลเป็นภาษาไทย โดยมีค่าความเที่ยงตรงและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางจึงไม่สามารถระบุความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้อย่างชัดเจน ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลอยู่ในภาคเรียนแรกของการศึกษา อาจทำให้เด็กนักเรียนบางส่วน โดยเฉพาะกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ยังไม่มีความสนิทสนมกันมาก ซึ่งอาจส่งผลต่อการรายงานประสบการณ์การถูกกลั่นแกล้ง นอกจากนี้เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาซึ่งเป็นแบบสอบถามที่รายงานโดยเด็กเองซึ่งอาจทำให้มีอคติเกิดขึ้น อีกทั้งจำนวนข้อคำถามที่มากเกินไปอาจส่งผลให้ไม่สามารถตรวจสอบความยืดหยุ่นทางจิตใจจากปัจจัยภายนอกและความช่วยเหลือทางสังคมได้อย่างครบถ้วน ซึ่งหากมีข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนนี้อาจช่วยให้เข้าใจบทบาทของความยืดหยุ่นทางจิตใจต่อผลกระทบจากการถูกกลั่นแกล้งได้มากขึ้น และทำให้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่นทางจิตใจ ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลมีความครอบคลุมและละเอียดมากยิ่งขึ้น สุดท้ายการศึกษานี้มุ่งเน้นไปที่กลุ่มผู้ที่มีสถานะเป็นเหยื่อเพียงอย่างเดียว จึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของการเป็นสถานะอื่นในการกลั่นแกล้งกับความยืดหยุ่นทางจิตใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและปัญหาสุขภาพจิตได้ รวมถึงความเป็นไปได้ที่ผู้ที่มีสถานะเป็นเหยื่ออาจมีบทบาทเป็นผู้กระทำ (bully) และผู้เป็นทั้งผู้กระทำและเหยื่อ (bully-victim)

สำหรับการศึกษาในอนาคต การเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางจิตใจจากปัจจัยภายนอกและการสำรวจความช่วยเหลือทางสังคมจากครู เพื่อน หรือผู้ปกครอง โดยใช้เครื่องมือที่ครอบคลุมมากขึ้น อาจทำให้เข้าใจผลของความยืดหยุ่นทางจิตใจที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลได้มากขึ้น การศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสถานะอื่นในการกลั่นแกล้ง ได้แก่ ผู้กระทำ (bully) และผู้เป็นทั้งผู้กระทำและเหยื่อ (bully-victim)

จะช่วยให้เข้าใจถึงผลกระทบที่แตกต่างของการกลั่นแกล้งในแต่ละกลุ่ม นอกจากนี้การขยายการศึกษาไปยังกลุ่มอายุในช่วงวัยประถม ซึ่งเป็นช่วงที่พบปัญหาการกลั่นแกล้งแพร่หลายเช่นกัน จะช่วยให้สามารถศึกษาและเปรียบเทียบผลกระทบจากการถูกกลั่นแกล้งในวัยเด็กกับช่วงวัยรุ่นได้ ซึ่งอาจช่วยให้เข้าใจถึงการพัฒนาและความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากการกลั่นแกล้งตั้งแต่ในวัยเด็ก อีกทั้งการศึกษาระยะยาวอาจช่วยให้เข้าใจความสัมพันธ์ของการกลั่นแกล้งที่มีผลต่อปัญหาซึมเศร้าและวิตกกังวลในประเทศไทยได้มากขึ้น ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการพัฒนาแนวทางการช่วยเหลือและการป้องกันการกลั่นแกล้งในสังคมต่อไป

สรุป

ความชุกของภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไปในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนรัฐบาลในจังหวัดชลบุรี อยู่ที่ร้อยละ 28.9 ส่วนภาวะวิตกกังวลอยู่ที่ร้อยละ 54.1 โดยการมีประสบการณ์การถูกกลั่นแกล้งในโรงเรียนมีความสัมพันธ์ทางตรงกับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น นอกจากนี้ยังมีผลทางอ้อมผ่านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยการถูกกลั่นแกล้งทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ซึ่งส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลสูงขึ้น ดังนั้นการป้องกันการกลั่นแกล้งในโรงเรียน และการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในกลุ่มนักเรียนที่ประสบกับการกลั่นแกล้ง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรดำเนินการในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคล ควรมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะเฉพาะตัวของเด็ก เช่น การค้นหาจุดแข็งและการพัฒนาทักษะชีวิต เช่น การจัดการอารมณ์ การแก้ปัญหา และการเสริมสร้างความมั่นใจในตัวเอง ระดับครอบครัว ควรสนับสนุนการเลี้ยงดูเชิงบวก เพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดี การยอมรับและสนับสนุนเด็กอย่างเหมาะสม ระดับโรงเรียน ควรส่งเสริมการสร้างสภาพแวดล้อมเชิงบวก โดยมีการอบรมครูให้ตระหนักถึงความสำคัญของการสนับสนุนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเด็ก เช่น การชื่นชมในความพยายามของเด็ก การจัดกิจกรรมกลุ่มที่ส่งเสริมความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างนักเรียน และระดับนโยบาย ควรส่งเสริมให้มีการอบรมสำหรับผู้ปกครอง ครู และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่มีผลต่อสุขภาพจิตของเด็ก ซึ่งการดำเนินการเหล่านี้จะช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาวได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ โรงเรียน คุณครู และนักเรียนทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ และขอขอบพระคุณแพทย์หญิงศิริรัตน์ อุฬารัตน์ และคณะ ศาสตราจารย์นายแพทย์ ทินกร วงศ์ปการันย์ และคณะ คุณวิมลวรรณ ปัญญาอ่อน และคณะ รองศาสตราจารย์ ดร.นพพร ว่องสิริมาศ และคณะ ที่อนุเคราะห์แบบสอบถาม ทั้งนี้งานวิจัยนี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากแหล่งทุนใดๆ

ประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

พญ.ชินกมล ปุรินทวรกุล: ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความ; พญ.อัญชลิตา รัตนจารุรักษ์ และ ดร.จิรา ประสาทพรศิริโชค: ให้คำปรึกษาและตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Gladden RM, Vivolo-Kantor AM, Hamburger ME, Lumpkin CD. Bullying surveillance among youths: Uniform definitions for public health and recommended data elements, Version 1.0. Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention and U.S. Department of Education; 2014 [cited 2023 Dec 4]. Available from: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/Bullying-Definitions-FINAL-a.pdf>.
2. Olweus D. Bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program. J Child Psychol Psychiatry 1994;35(7):1171-90.
3. Sombat T. Analysis report on school bullying survey: "Students step up to end bullying in schools and social media." Research report. Bangkok: Rak Thai Foundation and Office of the Basic Education Commission; 2020.
4. Silvia de Ruiter. Prevention of violence and bullying in school [Internet]. Paris: UNESCO Chair Global Health & Education; 2023 [updated 2023 Nov 6; cited 2023 Dec 4]. Available form: <https://unescochair-ghe.org/2023/10/24/6-november-2023-prevention-of-violence-and-bullying-in-school/>.
5. Saowapap S, Putthisri S. Relations between parenting styles and bullying behaviors of 7th – 9th grade students from a secondary school in Bangkok. J Psychiatr Assoc Thailand 2021;65(3):263-78.
6. Husky MM, Delbasty E, Bitfoi A, Carta MG, Goelitz D, Koç C, et al. Bullying involvement and self-reported mental health in elementary school children across Europe. Child Abuse Negl 2020;107:104601.
7. Huang H, Ding Y, Wan X, Liang Y, Zhang Y, Lu G, et al. A meta-analysis of the relationship between bullying and non-suicidal self-injury among children and adolescents. Sci Rep 2022;12(1):17285.
8. Vergara GA, Stewart JG, Cosby EA, Lincoln SH, Auerbach RP. Non-suicidal self-injury and suicide in depressed Adolescents: Impact of peer victimization and bullying. J Affect Disord 2019;245:744-9.
9. Gong Z, Reinhardt JD, Han Z, Ba Z, Lei S. Associations between school bullying and anxiety in children and adolescents from an ethnic autonomous county in China. Psychiatry Res 2022;314:114649.
10. Riffle LN, Kelly KM, Demaray ML, Malecki CE, Santuzzi AM, Rodriguez-Harris DJ, et al. Associations among bullying role behaviors and academic performance over the course of an academic year for boys and girls. J Sch Psychol 2021;86:49-63.
11. Armitage R. Bullying in children: impact on child health. BMJ Paediatr Open 2021;5(1):e000939.
12. Haraldstad K, Kvarme LG, Christophersen KA, Helseth S. Associations between self-efficacy, bullying and health-related quality of life in a school sample of adolescents: a cross-sectional study. BMC Public Health 2019;19(1):757.
13. Dubey VP, Kievišienė J, Rauckienė-Michealsson A, Norkiene S, Razbadauskas A, Agostinis-Sobrinho C. Bullying and health related quality of life among adolescents: A systematic review. Children (Basel) 2022;9(6):766.
14. Hinduja S, Patchin JW. Cultivating youth resilience to prevent bullying and cyberbullying victimization. Child Abuse Negl 2017;73:51-62.
15. Anderson JR, Mayes TL, Fuller A, Hughes JL, Minhajuddin A, Trivedi MH. Experiencing bullying's impact on adolescent depression and anxiety: Mediating role of adolescent resilience. J Affect Disord 2022;310:477-83.
16. Fang D, Lu J, Che Y, Ran H, Peng J, Chen L, et al. School bullying victimization-associated anxiety in Chinese children and adolescents: the mediation of resilience. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2022;16(1):52.
17. Guo X, Zhang Y, Chen Y, Zhang L. School victimization and self-esteem: Reciprocal relationships and the moderating roles of peer support and teacher support. Aggress Behav 2022;48(2):187-96.
18. Zhong M, Huang X, Huebner ES, Tian L. Association between bullying victimization and depressive symptoms in children: The mediating role of self-esteem. J Affect Disord 2021;294:322-8.
19. Panyawong W, Pavasuthipaisit C, Santitadaku R. Validation of the Thai version of the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) in school setting. J Ment Health Thai 2022; 8(1):30-40.
20. Tangjittiporn T, Sottimanon A, Ularntinon S. Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Disorders Thai version. Pediatr Int 2022;64(1):e15093.
21. Vongsirimas N, Thanoi W, Yobas PK. Evaluating psychometric properties of the Connor–Davidson Resilience Scale (10-Item CD-RISC) among university students in Thailand. Nurs Sci J Thai 2017;35(3):25-35.

22. Wongpakaran T, Wongpakaran N. A Comparison of reliability and construct validity between the original and revised versions of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Psychiatry Investig* 2012;9(1):54-8.
23. Limsuwan N, Rujirungsijareon N. Factors associated with stress levels in secondary school students under Bangkok Metropolitan Administration. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2021;66(1):53-68.
24. Mynard H, Joseph S. Development of the multidimensional peer-victimization scale. *Aggress Behav* 2000;26(2):169-78.
25. Ye Z, Wu D, He X, Ma Q, Peng J, Mao G, et al. Meta-analysis of the relationship between bullying and depressive symptoms in children and adolescents. *BMC Psychiatry* 2023;23(1):215.
26. Guo X, Wu S, Dong W, Zhang Y, Su Y, Chen C. The effect of bullying victimization on adolescent non-suicidal self-injury: The mediating roles of alexithymia and self-esteem. *Psychol Res Behav Manag* 2024;17:783-97.
27. van Geel M, Goemans A, Zwaanswijk W, Gini G, Vedder P. Does peer victimization predict low self-esteem, or does low self-esteem predict peer victimization? Meta-analyses on longitudinal studies. *Dev Rev* 2018;49:31-40.
28. Crocker J, Park LE. The costly pursuit of self-esteem. *Psychol Bull* 2004;130(3):392-414.
29. Lundberg T, Årestedt K, Forinder U, Olsson M, Fürst CJ, Alvariza A. Higher Self-Esteem Associated With Less Symptoms of Anxiety and Depression Among Young Adults After the Loss of a Parent to Cancer-A Longitudinal Study. *J Palliat Care* 2022;37(2):113-9.
30. Balluerka N, Aliri J, Goñi-Balentiaga O, Gorostiaga A. Association between bullying victimization, anxiety and depression in childhood and adolescence: The mediating effect of self-esteem. *Revista de Psicodidáctica (English ed)* 2023;28(1):26-34.
31. Morris MC, Ciesla JA, Garber J. A prospective study of the cognitive-stress model of depressive symptoms in adolescents. *J Abnorm Psychol* 2008;117(4):719-34.
32. Lin M, Wolke D, Schneider S, Margraf J. Bullying History and Mental Health In University Students: The Mediator Roles of Social Support, Personal Resilience, and Self-Efficacy. *Front Psychiatry* 2019;10:960.
33. Ioannidis K, Askelund AD, Kievit RA, van Harmelen AL. The complex neurobiology of resilient functioning after childhood maltreatment. *BMC Med* 2020;18(1):32.
34. Mesman E, Vreeker A, Hillegers M. Resilience and mental health in children and adolescents: an update of the recent literature and future directions. *Curr Opin Psychiatry* 2021;34(6):586-92.
35. Yang Y, Ma X, Kelifa MO, Li X, Chen Z, Wang P. The relationship between childhood abuse and depression among adolescents: The mediating role of school connectedness and psychological resilience. *Child Abuse Negl* 2022;131:105760.
36. Ringdal R, Bjørnsen HN, Espnes GA, Bradley Eilertsen ME, Moksnes UK. Bullying, social support and adolescents' mental health: Results from a follow-up study. *Scand J Public Health* 2021;49(3):309-16.
37. Miller L, Butera NM, Ellsberg M, Baird S. Polyvictimization and Adolescent Health and Well-Being in Ethiopia: The Mediating Role of Resilience. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20(18):6755.

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการก่อนมีระดูและภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดูในนิสิตแพทย์ ชั้นพรีคลินิก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ณัฐธยาน์ ขวลิตชัยกุล*, ปองขวัญ ยิ้มสอาด*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มอาการก่อนมีระดู (PMS) และภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู (PMDD) ในนิสิตแพทย์ ชั้นพรีคลินิก คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีการศึกษา การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) เก็บข้อมูลจากนิสิตแพทย์ ที่กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นปีที่ 1 - 3 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 224 ราย ตั้งแต่เดือนกันยายน - เดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม 4 ชุด คือ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านพฤติกรรมการใช้ชีวิต แบบสอบถาม Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) ฉบับภาษาไทย และแบบสอบถามวัดความรู้สึกเครียด (10-Item Perceived Stress Scale-10: T-PSS-10) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test, Fisher's exact test, Independent t-test และ Logistic regression analysis กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา ความชุกของ PMS และ PMDD เท่ากับร้อยละ 36.6 และร้อยละ 4.46 ตามลำดับ และเมื่อวิเคราะห์ด้วย Logistic regression analysis พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ PMS อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เกรดเฉลี่ยสะสม (adjusted odds ratio (aOR) = 0.33, 95%CI = 0.11 - 0.95, $p = 0.039$) ประวัติ PMS หรือ PMDD ในครอบครัว (aOR = 3.16, 95%CI = 1.11 - 9.04, $p = 0.032$) และคะแนนรวมของแบบสอบถามวัดความรู้สึกเครียด (aOR = 1.17, 95%CI = 1.08 - 1.27, $p < 0.001$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ PMDD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การลาหรือขาดเรียนช่วงใกล้มีรอบเดือน (aOR = 22.74, 95%CI = 2.04 - 253.75, $p = 0.011$) การบริโภคผลิตภัณฑ์เบเกอรี่ (aOR = 0.02, 95%CI = 0.002 - 0.27, $p = 0.003$) และคะแนนรวมของแบบสอบถามวัดความรู้สึกเครียด (aOR = 1.29, 95%CI = 1.05 - 1.58, $p = 0.016$)

สรุป จากการศึกษพบว่าประมาณหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างมีกลุ่มอาการ PMS และเกือบร้อยละ 5 มีภาวะ PMDD โดยพบว่าคะแนนรวมที่เพิ่มขึ้นของแบบสอบถามวัดความรู้สึกเครียดเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีกลุ่มอาการ PMS และภาวะ PMDD ดังนั้นควรมีการคัดกรองและให้การดูแลด้านสุขภาพจิต รวมถึงการจัดการความเครียดแก่นิสิตแพทย์ ชั้นพรีคลินิก

คำสำคัญ นิสิตแพทย์ กลุ่มอาการก่อนมีระดู ภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู

Corresponding author: ณัฐธยาน์ ขวลิตชัยกุล

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail: Natthayac@gmail.com

วันรับ : 1 กันยายน 2567 วันแก้ไข : 26 พฤศจิกายน 2567 วันตอบรับ : 6 ธันวาคม 2567

The Prevalence and Associated Factors of Premenstrual Syndrome (PMS) and Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) among Preclinical Medical Students at Chulalongkorn University

Natthaya Chaovalitchaiyakul*, Pongkwan Yimsaard*

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence and associated factors of moderate to severe premenstrual syndrome (PMS) and premenstrual dysphoric disorder (PMDD) among pre-clinical medical student at Chulalongkorn university.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted in 224 pre-clinical medical students at Chulalongkorn university during September 2024 to October 2024. Participants were asked to complete the self-administered questionnaires consisting of personal and menstrual-related information, Lifestyles information, Premenstrual Symptoms screening tool (PSST) - Thai version and 10-Item Perceived Stress Scale-10 (T-PSS-10) - Thai version. The data were analyzed using descriptive and inferential statistics such as Chi-square, Fisher's exact test, independent t-test and logistic regression analysis.

Results: The study included 224 participants. The prevalence of moderate to severe PMS and PMDD were 36.6% and 4.46%, respectively. According to logistic regression analysis, GPAX (adjusted odds ratio (aOR) = 0.33, 95%CI = 0.11 - 0.95, $p = 0.039$), family history of PMS or PMDD (aOR = 3.16, 95%CI = 1.11 - 9.04, $p = 0.032$) and a total score of the Perceived Stress Scale, Thai version (T-PSS-10) (aOR = 1.17, 95%CI = 1.08 - 1.27, $p < 0.001$) were significantly associated with moderate to severe PMS. While class absenteeism (aOR = 22.74, 95%CI = 2.04 - 253.75, $p = 0.011$), consumption of bakery products (aOR = 0.020, 95%CI = 0.002 - 0.27, $p = 0.003$) and a total score of T-PSS-10 (aOR = 1.29, 95%CI = 1.05 - 1.58, $p = 0.016$) were significantly associated with PMDD.

Conclusion: Our study found that approximately one-third of the sample experience PMS and nearly 5% had PMDD. Increased total score on the Perceived Stress Scale were associated with both PMS and PMDD. Therefore, screening and mental health promotion including stress management, should be provided for preclinical medical students.

Keywords: medical student, premenstrual syndrome, premenstrual dysphoric disorder

Corresponding author: Natthaya Chaovalitchaiyakul

E-mail: Natthayac@gmail.com

Received 1 September 2024 Revised 26 November 2024 Accepted 6 December 2024

บทนำ

กลุ่มอาการก่อนมีระดู หรือ Premenstrual Syndrome (PMS) และภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู หรือ Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) เป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในหญิงวัยเจริญพันธุ์ สามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ช่วงวัยรุ่น และมักมีอาการรุนแรงที่สุดในช่วงอายุ 20 - 29 ปี¹ โดยมักจะเกิดในช่วงท้ายของรอบเดือน (luteal phase) หรือประมาณ 1 สัปดาห์ก่อนมีรอบเดือน และอาการมักจะดีขึ้นภายใน 3 - 4 วัน หลังจากประจำเดือนมา โดยอาการที่พบในกลุ่มอาการ PMS และภาวะ PMDD มีได้ทั้งอาการทางร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม อาการที่พบได้บ่อยคือ ความโกรธ หงุดหงิด วิตกกังวล อารมณ์แปรปรวน เจ็บเต้านม ท้องอืด ปวดท้อง และความอยากอาหารที่เพิ่มขึ้น²⁻⁴ ความซุกซนของของกลุ่มอาการ PMS อยู่ที่ประมาณร้อยละ 47.8⁵ ส่วนภาวะ PMDD นั้น แม้จะมีความซุกซนน้อยกว่า (ร้อยละ 1.8 - 5.8) แต่มีความรุนแรงมากกว่าและมีอาการทางด้านอารมณ์ที่เด่นชัดกว่า เช่น อารมณ์แปรปรวนอย่างมาก รู้สึกเศร้า หดหู่ มีความคิดตำหนิตัวเอง หดความสนใจในการทำกิจกรรมปกติ สมาธิแยลง โดยอาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากโรคทางจิตเวชอื่น โรคทางกาย การใช้ยา ฮอร์โมน หรือสารเสพติด² อาการที่เกิดขึ้นนั้นสามารถส่งผลกระทบต่อการทำงานของชีวิตของผู้ป่วยและทำให้เกิดการสูญเสียประสิทธิภาพทั้งในด้านการทำงาน การเรียน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ตลอดจนการใช้ชีวิตประจำวัน^{2,6,7} นอกจากนี้ยังพบว่าผู้หญิงที่มีภาวะ PMDD จะมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้น⁸

สาเหตุของการเกิดกลุ่มอาการ PMS และภาวะ PMDD นั้นยังไม่ทราบแน่ชัด โดยในปัจจุบันมีหลายทฤษฎีที่ได้รับการกล่าวถึง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของความผิดปกติของฮอร์โมน ปัจจัยทางพันธุกรรม และความผิดปกติของสารสื่อประสาท แม้ว่าจะยังไม่มีสาเหตุที่อธิบายภาวะดังกล่าวได้อย่างชัดเจน พบว่ามีการศึกษาหลายการศึกษาที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการ PMS และภาวะ PMDD ในสตรีวัยเจริญพันธุ์ โดยพบว่ามีปัจจัยหลายประการที่สามารถเพิ่มความถี่ของการเกิดกลุ่มอาการ PMS และภาวะ PMDD ได้แก่ ความเครียดจากการเรียนหรือการทำงาน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน การบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลและโซเดียมสูง น้ำหนักตัวที่มากเกินไป อายุที่เริ่มมีประจำเดือนเร็วกว่าปกติ ความไม่สม่ำเสมอ ระยะเวลา และปริมาณของรอบเดือนที่ผิดปกติ รวมถึงประวัติกลุ่มอาการก่อนมีระดูในมารดา ส่วนปัจจัยที่ลดความเสี่ยงของการเกิด

กลุ่มอาการ PMS และภาวะ PMDD คือ การบริโภคผลไม้และการออกกำลังกาย^{4,9-14} สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยาคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม หรือ Oral Contraceptive Pills (OCPs) กับกลุ่มอาการ PMS และภาวะ PMDD นั้น ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน มีการศึกษาที่พบว่าการใช้ OCPs เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดกลุ่มอาการ PMS¹⁵ แต่ในขณะเดียวกันก็มีการศึกษาแบบ Network meta-analysis ที่พบว่าการใช้ OCPs ช่วยลดอาการด้านร่างกายและพฤติกรรมของกลุ่มอาการ PMS และภาวะ PMDD แต่ไม่ช่วยลดอาการด้านอารมณ์¹⁶

นิสิตแพทย์เป็นกลุ่มประชากรที่ต้องเผชิญกับความเครียดจากสถานการณ์ต่างๆ ทั้งการเรียน ความสัมพันธ์ และความรับผิดชอบในชีวิต งานวิจัยจากต่างประเทศพบว่าระดับการรับรู้ความรู้สึกเครียดในนิสิตแพทย์สูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป ซึ่งคาดว่าเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ การสร้างความสัมพันธ์ใหม่ และความเครียดจากการสอบ¹⁷ นอกจากนี้ยังพบว่าระดับความเครียดในนิสิตแพทย์ชั้นพรีคลินิกสูงกว่าระดับชั้นคลินิก โดยนิสิตแพทย์ชั้นพรีคลินิกเพศหญิงมักประสบความเครียดจากความสัมพันธ์ในครอบครัว ความกดดันจากการเรียน และความสัมพันธ์กับเพื่อน¹⁸ ความเครียดเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของนิสิตแพทย์ และอาจทำให้เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการ PMS และภาวะ PMDD

จากการศึกษาแบบภาคตัดขวางในปี ค.ศ. 2012 พบว่าความถี่ของกลุ่มอาการ PMS ในนิสิตแพทย์ชั้นพรีคลินิกในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยอยู่ที่ร้อยละ 39.8¹⁹ นอกจากนี้ข้อมูลจากการศึกษาแบบภาคตัดขวางในกลุ่มนิสิตแพทย์ต่างประเทศพบว่าคะแนน Premenstrual Severity Scale (PMSS) มีความสัมพันธ์กับคะแนน perceived stress scale โดยเมื่อระดับความรุนแรงของความเครียดเพิ่มขึ้นจะทำให้คะแนนของ PMSS เพิ่มขึ้นด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าคะแนน PMSS ที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับการขาดเรียนที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน²⁰ ส่วนการศึกษาแบบภาคตัดขวางในนิสิตแพทย์จากต่างประเทศพบว่ากลุ่มอาการ PMS ส่งผลกระทบต่อทั้งในด้านประสิทธิภาพในการเรียนที่ลดลง สมาธิที่ลดลง การขาดเรียนที่เพิ่มมากขึ้น การสอบตก ความผิดพลาดในการทำงาน การแยกตัวจากสังคมที่เพิ่มขึ้น และปัญหาความสัมพันธ์³ จากการศึกษาในต่างประเทศพบความถี่ของภาวะ PMDD ในนิสิตแพทย์อยู่ที่ระหว่างร้อยละ 3.8 - 6.09^{7,26} โดยภาวะ PMDD ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการเรียน การทำงาน และการเข้าสังคม นอกจากนี้ยังพบว่า

นิสิตแพทย์ที่มีภาวะ PMDD มีคุณภาพชีวิตที่แย่กว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะดังกล่าว⁷ ด้วยเหตุนี้การศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการ PMS และภาวะ PMDD ในนิสิตแพทย์ชั้นพรีคลินิก ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่นิสิตต้องเผชิญกับความเครียดจากการเรียนและความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้น จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับการพัฒนามาตรการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของนิสิตแพทย์ในช่วงพรีคลินิกอย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับกลุ่มอาการ PMS และภาวะ PMDD ในนิสิตแพทย์ในประเทศไทยมีค่อนข้างจำกัด แม้จะมีหลักฐานทางวิชาการบ่งชี้ว่ากลุ่มอาการ PMS และภาวะ PMDD ส่งผลกระทบต่อผู้ที่มีการมีอาการในหลายมิติและเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ดังนั้น การศึกษานี้จึงได้จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาความทุกข์ของกลุ่มอาการ PMS และภาวะ PMDD ในนิสิตแพทย์ และมีวัตถุประสงค์รองเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการ PMS และภาวะ PMDD ในนิสิตแพทย์ และคาดว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและดูแลสุขภาพจิต ตลอดจนการคัดกรองภาวะดังกล่าวในกลุ่มนิสิตแพทย์ต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) โดยศึกษาในนิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพศหญิง ที่กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นปีที่ 1-3 ในระหว่างเดือนกันยายน-เดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (IRB no. 0298/66) และขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษา คือ นิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพศหญิง ที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 1-3 โดยการคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรคำนวณของ Krejcie and Morgan (1970)²¹ เนื่องจากทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน (จำนวนนิสิตแพทย์เพศหญิง ชั้นปีที่ 1-3) คือ 449 คน โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 และความทุกข์ของการเกิดกลุ่มอาการก่อนมีระดู

ในนิสิตแพทย์เท่ากับ 0.39 โดยอ้างอิงจากงานวิจัยของ Sothornwit J, et al.¹⁹ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 203 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อให้ครอบคลุมอัตราการตอบแบบสอบถาม ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ 224 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตามความสะดวก (convenience sampling) โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดงานวิจัยและแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมวิจัยในช่วงท้ายของแต่ละคาบเรียน จนได้ผู้เข้าร่วมวิจัยครบจำนวน 224 คน

สาเหตุที่การศึกษานี้เลือกศึกษานิสิตแพทย์ชั้นพรีคลินิกเนื่องจากนิสิตแพทย์ชั้นพรีคลินิกและชั้นคลินิกมีลักษณะการเรียนการทำงานและความรับผิดชอบที่แตกต่างกันอย่างชัดเจนโดยนิสิตชั้นพรีคลินิกมักมีรูปแบบการเรียนที่เน้นการศึกษาทฤษฎีและใช้เวลาส่วนใหญ่ในห้องเรียน ในขณะที่นิสิตชั้นคลินิกมีภาระงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจริง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อปัจจัยด้านความเครียดและลักษณะการใช้ชีวิตที่แตกต่างกันไป

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า ได้แก่ นิสิตเพศหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 1-3 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่สามารถสื่อสาร พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ นิสิตแพทย์ที่อยู่ในช่วงพักการศึกษา มีปัญหาด้านการสื่อสาร การได้ยิน การมองเห็น จนไม่สามารถให้ความร่วมมือในการวิจัยได้

เครื่องมือ

แบบสอบถาม โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองทั้งหมด ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ชั้นปี เกรดเฉลี่ยสะสม การเข้าชั้น รายได้เฉลี่ย ความเพียงพอของรายได้ การลา/ขาดเรียน การลา/ขาดสอบ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว ทากาย โรคประจำตัวทางจิตเวช ยาที่ใช้เป็นประจำ ประวัติรอบเดือน วิธีการคุมกำเนิด และประวัติกลุ่มอาการก่อนมีระดูหรือภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดูในรอบครัว

2. แบบสอบถามข้อมูลด้านพฤติกรรมการใช้ชีวิต ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการออกกำลังกาย และปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียด

3. แบบสอบถามเกี่ยวกับกลุ่มอาการก่อนมีประจำเดือน (Premenstrual Symptoms Screening Tool; PSST) พัฒนาโดย M. Steiner และคณะ แบบสอบถามนี้จัดกลุ่มอาการตามเกณฑ์ของ DSM-IV แบบสอบถาม PSST ได้รับการทดสอบแล้วว่าเป็นเครื่องมือที่ใช้งานง่ายและมีประสิทธิภาพในการคัดกรองกลุ่มอาการ PMS และภาวะ PMDD โดยฉบับภาษาไทย แปลและตรวจสอบโดย มณีรัตน์ไชยานนท์ และคณะ²² และได้ถูกนำไปใช้ในการศึกษากลุ่มอาการ PMS และภาวะ PMDD ในประเทศไทยมาก่อนหน้านี้^{12,22} ในการศึกษานี้คำนวณค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) พบค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.908

แบบสอบถาม PSST ประกอบด้วย 2 ส่วน จำนวน 19 ข้อ โดยส่วนที่ 1 จำนวน 14 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นในช่วงก่อนมีรอบเดือน (premenstrual symptoms) และส่วนที่ 2 จำนวน 5 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้น (functional items) ในการศึกษานี้ใช้แบบสอบถาม PSST ในการวินิจฉัย PMS และ PMDD โดยแบ่ง 3 กลุ่ม คือ 1) ไม่มี PMS หรือมี PMS ระดับน้อย 2) PMS ระดับปานกลางถึงรุนแรง (moderate to severe PMS) และ 3) PMDD โดยการแปลผลคะแนนสำหรับการวินิจฉัยนั้นอ้างอิงตามการศึกษาของ M. Steiner และคณะ²³

การแปลผลคะแนน

1. การวินิจฉัยกลุ่มอาการ PMS ระดับปานกลางถึงรุนแรง (moderate to severe PMS) ต้องมีอาการในส่วนที่ 1 อย่างน้อย 1 อาการ ใน 4 ข้อแรก ที่มีอาการระดับปานกลางถึงรุนแรง และมีอาการรวมอย่างน้อย 4 จาก 14 ข้อ ที่มีระดับปานกลางถึงรุนแรง และในส่วนที่ 2 มีอาการอย่างน้อย 1 อาการ จาก 5 ข้อ ที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรง

2. การวินิจฉัยภาวะ PMDD ต้องมีอาการในส่วนที่ 1 อย่างน้อย 1 อาการ ใน 4 ข้อแรก ที่มีอาการในระดับรุนแรง และมีอาการรวมอย่างน้อย 4 จาก 14 ข้อ ที่มีระดับปานกลางถึงรุนแรง และในส่วนที่ 2 มีอาการ อย่างน้อย 1 อาการ จาก 5 ข้อ ที่มีอาการรุนแรง

3. กลุ่มที่ไม่มีกลุ่มอาการ PMS หรือมีกลุ่มอาการ PMS ระดับน้อย คือ กลุ่มที่ไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย Moderate to severe PMS และ PMDD และมีอาการในระดับต่ำกว่าเกณฑ์

4. แบบสอบถามวัดความรู้สึกเครียด (10-Item Perceived Stress Scale-10; T-PSS-10) ฉบับภาษาไทย แปลโดย

ณัททัย วงศ์ปการันย์ และคณะ ปี 2553²⁴ ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม Perceived Stress Scale (PSS) ของ Cohen Kamarak และคณะ²⁵ ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ โดยแต่ละข้อแบ่งคะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (likert rating scale) คะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 40 คะแนน แปลผลเป็นการรับรู้ว่ามี ความเครียดในระดับต่ำ (1 - 13 คะแนน) การรับรู้ว่ามี ความเครียดในระดับปานกลาง (14 - 26 คะแนน) และการรับรู้ว่ามี ความเครียดในระดับสูง (27 - 40 คะแนน) ในการศึกษาครั้งนี้คำนวณค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) พบค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.651

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่ออธิบายความชุกของกลุ่มอาการ PMS ระดับปานกลางถึงรุนแรง และภาวะ PMDD ตลอดจนลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการมีกลุ่มอาการ PMS ระดับปานกลางถึงรุนแรง และภาวะ PMDD ใช้ Chi-square test, Fisher's exact test และ Independent t-test สำหรับการวิเคราะห์ Logistic regression analysis ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จากการวิเคราะห์ในขั้นต้น จะถูกนำมาใช้ในการวิเคราะห์ Logistic regression เพื่อประเมินความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านั้นกับกลุ่มอาการ PMS ระดับปานกลางถึงรุนแรง และภาวะ PMDD ต่อไป โดยการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยใช้โปรแกรม SPSS version 29.0

ผลการศึกษา

จากกลุ่มตัวอย่างนิสิตหญิงจำนวน 224 คน พบว่าความชุกของ PMS ระดับปานกลางถึงรุนแรง และ PMDD เท่ากับ ร้อยละ 36.6 และร้อยละ 4.46 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 19.30 ± 0.99 ปี โดยร้อยละ 36.2 ของกลุ่มตัวอย่างกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 2 และร้อยละ 34.4 กำลังศึกษาในระดับชั้นปีที่ 3 เกณฑ์เฉลี่ยสะสมของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 3.54 ± 0.38 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยลาหรือขาดเรียนช่วงใกล้มีรอบเดือน (ร้อยละ 92.9) และมีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 89.3)

ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย (Body Mass Index; BMI) ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 20.15 ± 2.65 กิโลกรัม/เมตร² โดยร้อยละ 63.8 ของกลุ่มตัวอย่างมีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 86.2) ไม่มีโรคประจำตัวทางจิตเวช (ร้อยละ 95.1) และไม่มียาที่ใช้ประจำ (ร้อยละ 88.8) ข้อมูลทั่วไปอื่นๆ ของกลุ่มตัวอย่างแสดงในตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างมีประจำเดือนครั้งแรกที่อายุเฉลี่ยเท่ากับ 12.28 ± 1.22 ปี ระยะห่างระหว่างรอบเดือนเฉลี่ยเท่ากับ 30.10 ± 5.68 วัน จำนวนวันที่มีประจำเดือนเฉลี่ยเท่ากับ 5.50 ± 1.23 วัน และใช้ผ้าอนามัยเฉลี่ยเท่ากับ 3.09 ± 1.28 แผ่น/วัน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรอบเดือนสม่ำเสมอ (ร้อยละ 66.1) ไม่ได้คุมกำเนิด (ร้อยละ 96.4) และไม่มีประวัติกลุ่มอาการก่อนมีประจำเดือนหรือภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีประจำเดือนในรอบครัว (ร้อยละ 82.1) (ตารางที่ 1)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92) มีการบริโภคอาหารกลุ่มที่มีน้ำตาลสูง โดยพบว่าไอศกรีมเป็นอาหารที่บริโภคมากที่สุด (ร้อยละ 84.4) ตามด้วยช็อกโกแลต (ร้อยละ 76.3) และลูกอม (ร้อยละ 51.3) ตามลำดับ ส่วนการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงพบกว่าร้อยละ 91.5 ของกลุ่มตัวอย่างบริโภคอาหารกลุ่มนี้ โดยเนื้อสัตว์แปรรูปเป็นอาหารที่บริโภคมากที่สุด (ร้อยละ 78.6) ตามด้วยขนมขบเคี้ยว (ร้อยละ 63.4) และขนมปังสำเร็จรูป (ร้อยละ 50.9) ตามลำดับ นอกจากนี้ ร้อยละ 85.7 ของกลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคอาหารประเภทผลิตภัณฑ์เบเกอรี่ ในส่วนของผลไม้ในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการบริโภคผลไม้ (ร้อยละ 91.1)

พฤติกรรมในการดำรงชีวิต พบว่าชาเป็นเครื่องดื่มที่กลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคมากที่สุด (ร้อยละ 66) ตามด้วยกาแฟ (ร้อยละ 47.8) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 81.7) และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่สูบบุหรี่ ในส่วนของพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าร้อยละ 34.8 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ออกกำลังกาย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดเกี่ยวกับการเรียน (ร้อยละ 81.3) และจากการประเมินด้วยแบบสอบถามการรับรู้ความรู้สึกเครียด (T-PSS-10) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความเครียดในระดับปานกลาง (ร้อยละ 71.0) ดังแสดงในตารางที่ 1

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับกลุ่มอาการ PMS ระดับปานกลางถึงรุนแรง

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ PMS ระดับปานกลางถึงรุนแรงกับปัจจัยต่างๆ พบว่าการลาหรือขาดเรียนช่วงใกล้มีรอบเดือน การมีประวัติโรคประจำตัวทางจิตเวช การมีประวัติ PMS หรือ PMDD ในครอบครัว การดื่มกาแฟ การดื่มชา

ความเครียดเรื่องความสัมพันธ์กับเพื่อนและระดับการรับรู้ความรู้สึกเครียด มีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการ PMS อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2 นอกจากนี้พบว่ากลุ่มที่มีกลุ่มอาการ PMS ระดับปานกลางถึงรุนแรง มีเกรดเฉลี่ยสะสมน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการ PMS (Mean: 3.41 ± 0.42 เทียบกับ 3.61 ± 0.33 , $p = 0.004$) และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมการรับรู้ความรู้สึกเครียดมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการ PMS (Mean: 20.21 ± 5.41 เทียบกับ 15.99 ± 5.46 , $p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

เมื่อวิเคราะห์ด้วย Logistic regression analysis พบว่าการมีประวัติ PMS หรือ PMDD ในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการ PMS ที่มากขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปัจจัยดังกล่าว (OR = 3.16, 95%CI = 1.11 - 9.04, $p = 0.032$) นอกจากนี้การเพิ่มขึ้นของคะแนนรวมการรับรู้ความรู้สึกเครียดก็จะเพิ่มโอกาสในการมีกลุ่มอาการ PMS เช่นกัน (OR = 1.17, 95%CI = 1.08 - 1.27, $p < 0.001$) ในทางตรงกันข้ามการเพิ่มขึ้นของเกรดเฉลี่ยสัมพันธ์กับโอกาสการมีกลุ่มอาการ PMS ที่ลดลง (OR = 0.33, 95%CI = 0.11 - 0.95, $p = 0.039$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะ PMDD

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะ PMDD กับปัจจัยต่างๆ พบว่าการลาหรือขาดเรียนช่วงใกล้มีรอบเดือน การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง การบริโภคผลิตภัณฑ์เบเกอรี่ การดื่มกาแฟ การออกกำลังกาย และการมีความเครียดเรื่องความสัมพันธ์กับเพื่อน มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ PMDD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2 นอกจากนี้พบว่ากลุ่มที่มีภาวะ PMDD มีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมการรับรู้ความรู้สึกเครียดมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะ PMDD (Mean: 23.20 ± 4.05 เทียบกับ 17.27 ± 5.74 , $p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

เมื่อวิเคราะห์ด้วย Logistic regression analysis พบว่าการลาหรือขาดเรียนช่วงใกล้มีรอบเดือนและการเพิ่มขึ้นของคะแนนรวมการรับรู้ความรู้สึกเครียดมีความสัมพันธ์กับโอกาสการเกิดภาวะ PMDD ที่มากขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปัจจัยดังกล่าว (OR = 22.74, 95%CI = 2.04 - 253.75, $p = 0.011$ และ OR = 1.29, 95%CI = 1.05 - 1.58, $p = 0.016$, ตามลำดับ) ในขณะที่การบริโภคผลิตภัณฑ์เบเกอรี่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะ PMDD ที่ลดลง (OR = 0.02, 95%CI = 0.002 - 0.27, $p = 0.003$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 224)

ปัจจัย	Mean $\pm$ SD หรือ n (%)
อายุ (ปี)	19.30 $\pm$ 0.99
ระดับชั้นที่กำลังศึกษา	
ชั้นปีที่ 1	66 (29.50)
ชั้นปีที่ 2	81 (36.20)
ชั้นปีที่ 3	77 (34.40)
เกรดเฉลี่ยสะสม (n = 158) ^a	3.54 $\pm$ 0.38
จำนวนเงินที่ได้รับต่อเดือน	10,969.64 $\pm$ 4,854.26
มีความเพียงพอของเงินที่ได้รับ	208 (89.30)
ไม่เคยลา/ขาดเรียนช่วงใกล้มีรอบเดือน	208 (92.90)
ไม่เคยลา/ขาดสอบช่วงใกล้มีรอบเดือน	222 (99.10)
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	52.31 $\pm$ 7.59
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	161.05 $\pm$ 5.17
BMI (kg/m ²)	20.15 $\pm$ 2.65
<18.5 (underweight)	55 (24.90)
18.5 - 22.99 (normal)	143 (63.80)
23 - 24.99 (overweight)	16 (7.10)
25 - 29.99 (level 1 obesity)	8 (3.60)
$\geq$ 30 (level 2 obesity)	2 (0.90)
ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย	193 (86.20)
ไม่มีโรคประจำตัวทางจิตเวช	213 (95.10)
ไม่มียาที่ใช้ประจำ	199 (88.80)
ประวัติประจำเดือน	
อายุที่เริ่มมีรอบเดือนครั้งแรก (ปี)	12.28 $\pm$ 1.22
รอบเดือนสม่ำเสมอ	148 (66.10)
ระยะห่างระหว่างรอบเดือน (วัน)	30.10 $\pm$ 5.68
จำนวนวันที่มีรอบเดือน (วัน)	5.50 $\pm$ 1.23
จำนวนผ้าอนามัยที่ใช้ต่อวัน (แผ่น/วัน)	3.09 $\pm$ 1.28
ไม่ได้คุมกำเนิด	216 (96.40)
มีประวัติ PMS หรือ PMDD ในครอบครัว	40 (17.90)
การบริโภคอาหาร	
บริโภคอาหารที่มีน้ำตาลสูง	206 (92.0)
ช็อกโกแลต (แท่ง/สัปดาห์) (n = 171)	1.78 $\pm$ 1.15
ลูกอม (เม็ด/สัปดาห์) (n = 115)	5.45 $\pm$ 6.22
ไอศกรีม (แท่ง/สัปดาห์) (n = 189)	2.17 $\pm$ 1.49

ปัจจัย	Mean $\pm$ SD หรือ n (%)
บริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง	205 (91.50)
ขนมขบเคี้ยว (ห่อ/สัปดาห์) (n = 142)	1.98 $\pm$ 1.48
บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป (ห่อ/สัปดาห์) (n = 113)	1.50 $\pm$ 0.89
เนื้อสัตว์แปรรูป (ครึ่ง/สัปดาห์) (n = 176)	2.34 $\pm$ 1.42
บริโภคผลิตภัณฑ์เบเกอรี่ (ชิ้น/สัปดาห์) (n = 192)	2.92 $\pm$ 1.90
บริโภคไข่แดง (ฟอง/สัปดาห์) (n = 205)	4.66 $\pm$ 3.18
บริโภคผลไม้ (ลูก/สัปดาห์) (n = 204)	3.07 $\pm$ 1.86
ดื่มกาแฟ (แก้ว/สัปดาห์) (n = 107)	1.18 $\pm$ 0.45
ดื่มชา (แก้ว/สัปดาห์) (n = 148)	1.26 $\pm$ 0.85
ดื่มเครื่องดื่มชนิดอื่น (แก้ว/สัปดาห์) (n = 44)	1.27 $\pm$ 0.90
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	41 (18.30)
พฤติกรรมออกกำลังกาย	
ไม่ออกกำลังกาย	78 (34.80)
ออกกำลังกาย <150 นาที/สัปดาห์	107 (47.80)
ออกกำลังกาย $\geq$ 150 นาที/สัปดาห์	39 (17.40)
มีความเครียดเกี่ยวกับการเรียน	182 (81.30)
มีความเครียดเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว	42 (18.80)
มีความเครียดเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับเพื่อน	38 (17.00)
คะแนนระดับการรับรู้ความรู้สึกเครียด	17.53 $\pm$ 5.80
0 - 13 คะแนน (low perceived stress)	54 (24.10)
14 - 26 คะแนน (moderate perceived stress)	159 (71.00)
27 - 40 คะแนน (high perceived stress)	11 (4.90)

^a สำหรับเกรดเฉลี่ยสะสมคิดจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 2 และ 3 จำนวน 158 คน เนื่องจากช่วงที่เก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 1 ยังไม่ได้สอบ

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าความชุกของกลุ่มอาการ PMS ระดับปานกลางถึงรุนแรง (moderate to severe PMS) ในนิสิตแพทย์ ชั้นปีที่ 1 - 3 คิดเป็นร้อยละ 36.6 และความชุกของภาวะ PMDD ในนิสิตแพทย์เพศหญิง ชั้นปีที่ 1 - 3 คิดเป็นร้อยละ 4.46 โดยความชุกที่ได้จากการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในนิสิตแพทย์

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการก่อนมีระดู (PMS) และภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู (PMDD) โดยใช้ Chi-square test และ Fisher's exact test

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (n = 224)	กลุ่มที่ไม่มี PMS (n = 142)		กลุ่มที่มี PMS (n = 82)		X ²	p-value	กลุ่มที่ไม่มี PMDD (n = 214)		กลุ่มที่มี PMDD (n = 10)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา					0.632	0.728					2.658	0.277 ^a
ปี 1	40	28.2	26	31.7			64	29.9	2	20.0		
ปี 2	54	38.0	27	32.9			79	36.9	2	20.0		
ปี 3	48	33.8	29	35.4			71	33.2	6	60.0		
มีรายได้เพียงพอ	129	90.8	71	86.6	0.986	0.372	192	89.7	8	80.0	0.943	0.291 ^a
เคยลาหรือขาดเรียนช่วงใกล้มีรอบเดือน	6	4.2	10	12.2	4.978	0.032*	13	6.1	3	30.0	8.245	0.027 ^{a*}
Body Mass Index (kg/m ²)					0.478	0.783					0.953	0.785 ^a
<18.5 (underweight)	33	23.2	22	26.8			52	24.3	3	30.0		
18.5 - 22.99 (normal)	93	65.5	50	61.0			126	63.6	7	70.0		
23 - 24.99 (overweight)	16	11.3	10	12.2			26	12.1	0	0.0		
มีโรคประจำตัวทางกาย	16	11.3	15	18.3	2.151	0.162	30	14.0	1	10.0	0.141	1.000 ^a
มีโรคประจำตัวทางจิตเวช	1	0.7	10	12.2	14.699	<0.001**	10	4.5	1	10.0	0.581	0.402 ^a
มีรอบเดือนสม่ำเสมอ	46	32.4	30	36.6	0.407	0.559	72	33.6	4	40.0	0.172	0.737 ^a
มีการคุมกำเนิด	5	3.5	3	3.7	0.003	1.000	8	3.7	0	0.0	0.388	1.000 ^a
มีประวัติ PMS/PMDD ในครอบครัว	16	11.3	24	29.3	11.483	0.001*	38	17.8	2	20.0	0.033	0.694 ^a
บริโภคอาหารที่มีน้ำตาลสูง	133	93.7	73	89.0	1.513	0.307	198	92.5	8	80.0	2.028	0.187 ^a
บริโภคอาหารที่มีไขมันสูง	132	93.0	73	89.0	1.036	0.327	198	92.5	7	70.0	6.243	0.043 ^{a*}
บริโภคผลิตภัณฑ์เบเกอรี่	124	87.3	68	82.9	0.821	0.429	186	86.9	6	60.0	5.652	0.039 ^{a*}
บริโภคไข่แดง	129	90.8	76	92.7	0.226	0.805	196	91.6	9	90.0	0.031	1.000 ^a
ดื่มกาแฟ	59	41.5	48	58.5	6.012	0.018*	98	45.8	9	90.0	7.483	0.008 ^{a*}
ดื่มชา	85	59.9	63	76.8	6.678	0.013*	140	65.4	8	80.0	0.906	0.501 ^a
ดื่มเครื่องดื่มชนิดอื่น	26	18.3	18	22.0	0.437	0.601	7	3.9	3	6.8	0.711	0.417 ^a
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	24	16.9	17	20.7	0.510	0.591	38	17.8	3	30.0	0.958	0.396 ^a
บริโภคผลไม้	132	93.0	72	87.8	1.697	0.227	195	91.1	9	90.0	0.015	1.000 ^a

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการก่อนมีระดู (PMS) และภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู (PMDD) โดยใช้ Chi-square test และ Fisher's exact test (ต่อ)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (n = 224)	กลุ่มที่ไม่มี PMS (n = 142)		กลุ่มที่มี PMS (n = 82)		X ²	p-value	กลุ่มที่ไม่มี PMDD (n = 214)		กลุ่มที่มี PMDD (n = 10)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การออกกำลังกาย					3.612	0.170					8.145	0.033 ^{a*}
ไม่ออกกำลังกาย	54	38.0	24	29.3			75	35.0	3	30.0		
<150 นาที/สัปดาห์	68	47.9	39	47.6			105	49.1	2	20.0		
≥150 นาที/สัปดาห์	20	14.1	19	23.2			34	15.9	5	50.0		
มีความเครียดเรื่องเพื่อน	13	9.2	25	30.5	16.794	<0.001 ^{**}	33	15.4	5	50.0	8.110	0.014 ^{a*}
มีความเครียดเรื่องการเรียนรู้	111	78.2	71	86.6	2.417	0.155	172	80.4	10	100.0	2.416	0.215 ^a
มีความเครียดเรื่องครอบครัว	22	15.5	20	24.4	2.701	0.112	39	18.2	3	30.0	0.870	0.402 ^a
ระดับการรับรู้ความรู้สึกเครียด (T-PSS-10)					16.61	<0.001 ^{**}					3.609	0.103 ^a
Low perceived stress	46	32.4	8	9.8			54	25.2	0	0.0		
Moderate perceived stress	92	64.8	67	81.7			150	70.1	9	90.0		
High perceived stress	4	2.8	7	8.5			10	4.7	1	10.0		

*P < 0.05, **P < 0.01, ^aFisher's exact test

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการก่อนมีระดู (PMS) และภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู (PMDD) โดยใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (n = 233)	กลุ่มที่ไม่มี PMS (n = 142)		กลุ่มที่มี PMS (n = 82)		t-test	p-value	กลุ่มที่ไม่มี PMDD (n = 214)		กลุ่มที่มี PMDD (n = 10)		t-test	p-value
	mean	SD	mean	SD			mean	SD	mean	SD		
อายุ (ปี)	19.33	0.98	19.26	1.02	0.538	0.591	19.29	0.983	19.70	1.16	1.113	0.293
จำนวนเงินที่ได้รับต่อเดือน	10878.17	5218.34	11128.05	4175.04	0.393	0.695	10977.57	4928.04	10800.0	3011.09	0.176	0.910
อายุที่มีรอบเดือนครั้งแรก (ปี)	12.37	1.28	12.12	1.10	1.549	0.123	12.29	1.236	12.20	0.79	0.323	0.753
จำนวนวันที่มีรอบเดือน (วัน)	5.46	1.201	5.56	1.278	0.595	0.552	5.50	1.225	5.30	1.337	0.475	0.607
จำนวนผ้าอนามัยที่ใช้ต่อวัน	2.97	0.87	3.29	1.78	1.62	0.054	3.08	1.296	3.30	0.949	0.705	0.496
เกรดเฉลี่ยสะสม (GPAX) (n = 158) ^b	3.61	0.33	3.41	0.42	2.961	0.004 ^{**}	3.54	0.36	3.47	0.63	12.021	0.770
คะแนนรวมการรับรู้ความรู้สึกเครียด (T-PSS-10)	15.99	5.46	20.21	5.41	5.598	< 0.001 ^{**}	17.27	5.74	23.20	4.05	3.231	< 0.001 ^{**}

**P < 0.01, ^bสำหรับเกรดเฉลี่ยสะสมคิดจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 2 และ 3 จำนวน 158 คน เนื่องจากช่วงที่เก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 1 ยังไม่ได้สอบ

ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายกลุ่มอาการก่อนมีระดู (PMS) ในนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 1 - 3 ด้วย Logistic regression analysis

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (n = 224)	Adjusted OR	95% CI	p-value
ประวัติกลุ่มอาการก่อนมีระดูหรือภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดูในรอบครัว	3.16	1.11 - 9.04	0.032*
คะแนนรวมของแบบสอบถามวัดความรู้สึกเครียด	1.17	1.08 - 1.27	<0.001**
เกรดเฉลี่ยสะสม (GPAX) (n = 158) ^b	0.33	0.11 - 0.95	0.039*

*P < 0.05, **P < 0.01, ^bสำหรับเกรดเฉลี่ยสะสมคิดจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 2 และ 3 จำนวน 158 คน เนื่องจากช่วงที่เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 1 ยังไม่ได้สอบ

ตารางที่ 5 ปัจจัยทำนายภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู (PMDD) ในนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 1 - 3 ด้วย Logistic regression analysis

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (n = 224)	Adjusted OR	95% CI	p-value
การลา/ขาดเรียนช่วงใกล้มีรอบเดือน	22.74	2.04 - 253.75	0.011*
การบริโภคผลิตภัณฑ์เบเกอรี่	0.02	0.002 - 0.27	0.003*
คะแนนรวมของแบบสอบถามวัดความรู้สึกเครียด	1.29	1.05 - 1.58	0.016*

*P < 0.05, **P < 0.01

ทั้งในและต่างประเทศก่อนหน้านี้ที่รายงานความชุกของกลุ่มอาการ PMS ระดับปานกลางถึงรุนแรง (moderate to severe PMS) อยู่ระหว่างร้อยละ 15.13 - 39.8 และภาวะ PMDD อยู่ระหว่างร้อยละ 3.8 - 6.09^{4,7,19,26,27} จากผลการศึกษานี้ที่พบว่ากว่าหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างมีกลุ่มอาการ PMS ระดับปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งให้เห็นความสำคัญของการคัดกรองอาการและการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการ PMS และภาวะ PMDD ในกลุ่มนิสิตแพทย์หญิง เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพจิตในสถานศึกษาที่มีประสิทธิภาพต่อไป

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการ PMS ระดับปานกลางถึงรุนแรง พบว่าการมีประวัติกลุ่มอาการ PMS หรือมีภาวะ PMDD ในครอบครัวสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการ PMS ในกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งก็สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้^{10,27-29} ถึงแม้ว่าประวัติครอบครัวจะเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ข้อมูลจากการศึกษานี้อาจจะใช้เป็นแนวทางการให้คำปรึกษาหรือสุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) เพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะนี้กับกลุ่มตัวอย่างได้ นอกจากนี้การศึกษานี้พบว่าการมีโรคทางจิตเวชสัมพันธ์กับการมีกลุ่มอาการ PMS ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าโรคทางจิตเวชบางโรค เช่น โรคซึมเศร้า นั้น มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการ PMS³⁰ เช่นกัน โดยอาจจะอธิบายผ่านสมมติฐานที่ว่า การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทเช่น Serotonin ซึ่งพบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อาจจะมียาที่ช่วยในการเกิด

กลุ่มอาการ PMS¹

สำหรับปัจจัยด้านประจำเดือน ในการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความสม่ำเสมอของรอบเดือน อายุที่มีรอบเดือนครั้งแรก จำนวนวันที่มีรอบเดือน และจำนวนผ้าอนามัยที่ใช้ต่อวันกับกลุ่มอาการ PMS และภาวะ PMDD ซึ่งสอดคล้องกับผลของการศึกษาก่อนหน้านี้^{23,31}

จากปัจจัยด้านการศึกษาพบว่า การลา/ขาดเรียนช่วงใกล้มีรอบเดือน มีความสัมพันธ์กับภาวะ PMDD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า การลาหรือขาดเรียนช่วงใกล้มีรอบเดือนเพิ่มโอกาสในการมีภาวะ PMDD ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tadakawa M. และคณะ³² นอกจากนี้ยังพบว่า เกรดเฉลี่ยสะสมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับการมีกลุ่มอาการ PMS ระดับปานกลางถึงรุนแรงในกลุ่มตัวอย่าง โดยพบว่า เกรดเฉลี่ยสะสมที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับโอกาสการเกิดกลุ่มอาการ PMS ระดับปานกลางถึงรุนแรงที่ลดลง โดยผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาแบบ Cross-sectional ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนิสิตหญิงในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ อายุ 18 - 25 ปี ซึ่งพบว่าความบกพร่องทางด้านผลการเรียนมีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการ PMS²⁸ โดยอาจจะอธิบายได้จากอาการทางกายของ PMS ส่งผลให้มีอารมณ์ทางลบเพิ่มขึ้นและความสามารถในการรู้คิดแยลง นอกจากนี้ในช่วง Luteal Phase จะมีเลือดไปเลี้ยงสมองในส่วน Prefrontal Cortex น้อยลง ซึ่งอาจจะส่งผลต่อความสามารถในการรู้คิด³³

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยทางด้านความเครียด การศึกษาที่พบว่าระดับคะแนนรวมการรับรู้ความรู้สึกเครียดสัมพันธ์กับการมีกลุ่มอาการ PMS ระดับปานกลางถึงรุนแรง และภาวะ PMDD ของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอธิบายได้จากการศึกษาที่พบว่าผู้ที่มีการ PMDD จะมีการทำงานของแกน Hypothalamic-Pituitary-Adrenal (HPA axis) เปลี่ยนแปลงไป และมีระดับ cortisol สูงขึ้น สอดคล้องกับการที่มีความเครียดอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้ระดับ cortisol เพิ่มขึ้น³⁴ นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่าการมีความเครียดเรื่องเพื่อนมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการ PMS ระดับปานกลางถึงรุนแรง และภาวะ PMDD จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square อีกด้วย อย่างไรก็ตามเนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างความเครียดและการเกิดกลุ่มอาการ PMS หรือภาวะ PMDD ได้อย่างชัดเจน

สำหรับปัจจัยด้านพฤติกรรมในการดำรงชีวิตจากการศึกษานี้พบว่า การบริโภคผลิตภัณฑ์เบเกอรี่สัมพันธ์กับโอกาสการเกิดภาวะ PMDD ที่ลดลงนั้น คำอธิบายถึงผลการศึกษานี้ที่เกิดขึ้นนี้อาจจะอธิบายได้จากการศึกษาของ Wurtmann JJ และคณะ³⁵ ที่พบว่า การรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง จะเพิ่มระดับของ tryptophan ผ่านการการหลั่งของ insulin ทำให้เกิดการเพิ่มขึ้น serotonin ซึ่งอาจจะส่งผลให้เกิดอารมณ์ที่ดีขึ้นด้วยเหตุนี้จึงอาจจะเป็นเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะ PMDD มีการบริโภคอาหารกลุ่มนี้เพื่อจัดการกับอาการทางอารมณ์และจิตใจที่เกี่ยวข้องกับภาวะ PMDD มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะ PMDD อย่างไรก็ตามผลการศึกษาในครั้งนี้อาจจะแตกต่างจากผลการศึกษาอื่นๆ ในอดีต ที่มักพบผลกระทบเชิงลบของกลุ่มอาการประเภทนี้กับภาวะ PMDD โดยความแตกต่างนี้อาจจะอธิบายได้ด้วยปัจจัยหลายประการ เช่น ปริมาณที่บริโภค ความแตกต่างทางสภาพแวดล้อมและวิถีชีวิต รวมไปถึงปัจจัยทางชีวภาพส่วนบุคคล เป็นต้น

จากการศึกษานี้พบว่าการตีความความสัมพันธ์กับการมีกลุ่มอาการ PMS ระดับปานกลางถึงรุนแรง และภาวะ PMDD ในกลุ่มตัวอย่างจากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square อย่างไรก็ตาม เมื่อทำการวิเคราะห์ด้วย Logistic regression analysis ที่มีการควบคุมปัจจัยอื่นๆ รวมด้วยนั้น การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการตีความแพ้ง่ายกับการมีกลุ่มอาการ PMS ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยบางงานวิจัย

ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการตีความแพ้ง่ายกับกลุ่มอาการ PMS หรือภาวะ PMDD เช่นกัน^{36,37} อย่างไรก็ตามพบว่าการศึกษาถึงผลของเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนกับกลุ่มอาการ PMS นั้น ยังไม่มีข้อสรุปที่แน่นอน เนื่องจากในบางการศึกษาก็มีรายงานว่า การลดลงของปริมาณการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนสัมพันธ์กับการลดลงของความรุนแรงและระยะเวลาของกลุ่มอาการ PMS³⁸ ซึ่งอาจจะอธิบายได้จากความแตกต่างของกลุ่มประชากร ระเบียบวิธีการวิจัย การกำหนดค่าจำกัดความของเครื่องดื่มคาเฟอีน และระดับของการบริโภคเครื่องดื่มคาเฟอีนที่แตกต่างกัน

จุดเด่นของการศึกษานี้คือการใช้เครื่องมือที่ได้รับการยอมรับและมีความน่าเชื่อถือ ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับกลุ่มอาการก่อนมีประจำเดือน (Premenstrual Symptoms Screening Tool; PSST) ฉบับภาษาไทย ซึ่งส่งผลให้ผลจากการศึกษานี้สามารถเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่ใช้เครื่องมือเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ อันดับแรก คือ Recall bias ของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ข้อมูลบางประเภท เช่น ข้อมูลการบริโภคอาหารที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงเวลา จึงอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลได้ อันดับที่สอง คือ การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ Cross-sectional study จึงไม่สามารถใช้ในการบอกความสัมพันธ์เชิงเหตุผล (causal relationship) ของปัจจัยต่างๆ ได้ และอันดับที่สาม คือ การศึกษานี้ทำในนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 1 - 3 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดังนั้นผลการศึกษานี้จึงไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรอื่น อย่างไรก็ตามข้อมูลบางอย่างในการศึกษานี้ สามารถนำไปใช้ในการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยง ช่วยเหลือและป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในกลุ่มอาการก่อนมีประจำเดือนและภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีประจำเดือน

สำหรับการศึกษาในอนาคตควรทำการศึกษาแบบระยะยาว (longitudinal study) เพื่อให้สามารถบอกความสัมพันธ์เชิงเหตุผลของปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อกลุ่มอาการ PMS และภาวะ PMDD ได้อย่างชัดเจนมากขึ้น นอกจากนี้ควรประเมินปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อภาวะดังกล่าว เช่น ภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวล เป็นต้น รวมถึงอาจใช้แบบสอบถามมาตรฐานในการประเมินการบริโภคอาหาร เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านโภชนาการ รวมทั้งการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมมากขึ้น เช่น กลุ่มนิสิตแพทย์ชั้นคลินิก เพื่อให้สามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มประชากรที่กว้างขวางมากขึ้น

สรุป

ความทุกข์ของกลุ่มอาการก่อนมีระดูและภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู ในนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 1 - 3 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คือ ร้อยละ 36.6 และ 4.46 ตามลำดับ โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการ PMS ระดับปานกลางถึงรุนแรง ได้แก่ ประวัติกลุ่มอาการก่อนมีระดูหรือภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดูในครอบครัว คะแนนรวมการรับรู้ความรู้สึกเครียดที่เพิ่มขึ้น และเกรดเฉลี่ยสะสมที่ลดลง ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะ PMDD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การลาหรือขาดเรียนช่วงใกล้มีรอบเดือน คะแนนรวมการรับรู้ความรู้สึกเครียดที่เพิ่มขึ้น และการบริโภคผลิตภัณฑ์เบเกอรี่ ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการคัดกรองภาวะอาการก่อนมีระดูและภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู ในกลุ่มนิสิตแพทย์แพทยศาสตร์ชั้นปีที่ 1-3 ตลอดจนการพัฒนามาตรการต่างๆ เพื่อจะป้องกันและบรรเทาอาการจากภาวะดังกล่าว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยงานวิจัยนี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากหน่วยงานใดทั้งสิ้น

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ผู้วิจัยไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใดๆ ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อมในการดำเนินการวิจัย

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ณัฐฐา ห่อพันธุ: เป็นผู้กำหนดหัวข้อ ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความ; ปองขวัญ ยิ้มสอาด: เป็นผู้ออกแบบการศึกษา ให้คำปรึกษา ตรวจสอบและแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Hantsoo L, Rangaswamy S, Voegtline K, Salimgaraev R, Zhaunova L, Payne JL. Premenstrual symptoms across the lifespan in an international sample: data from a mobile application. *Arch Womens Ment Health* 2022;25(5):903-10.
2. Roomruangwong C. The psychiatric aspects in female. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn university 2021.
3. Attieh E, Maalouf S, Richa S, Kesrouani A. Premenstrual syndrome among Lebanese medical students and residents. *Int J Gynaecol Obstet* 2013;121(2):184-5.
4. Shah RS, Christian DS. Association of socio-demographic, dietary and lifestyle factors with premenstrual syndrome (PMS) among undergraduate medical students of a tertiary care institute in Ahmedabad, Gujarat. *J Family Med Prim Care* 2020;9(11):5719-24.
5. Direkvand-Moghadam A, Sayehmiri K, Delpisheh A, Kaikhavandi S. Epidemiology of premenstrual syndrome (PMS) - a systematic review and meta-analysis study. *J Clin Diagn Res* 2014;8(2):106-9.
6. Rezende APR, Alvarenga FR, Ramos M, Franken DL, Dias da Costa JS, Pattussi MP, et al. Prevalence of premenstrual syndrome and associated factors among academics of a university in midwest Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2022;44(2):133-41.
7. Thakrar P, Bhukar K, Oswal R. Premenstrual dysphoric disorder: Prevalence, quality of life and disability due to illness among medical and paramedical students. *J Affect Disord Rep* 2021.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental Disorders, Fifth edition (DSM-5). 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing 2013.
9. Geta TG, Woldeamanuel GG, Dassa TT. Prevalence and associated factors of premenstrual syndrome among women of the reproductive age group in Ethiopia: systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2020;15(11):e0241702.
10. Nowakowski S, Haynes P, Parry B. Premenstrual Dysphoric Disorder. In: Fink G, editor. *Encyclopedia of Stress*. 2nd ed. Cambridge: Academic Press; 2007;173-9.
11. Salamat S, Ismail KMK, O' Brien S. Premenstrual syndrome. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine* 2008;18(2):29-32.
12. Dumrongpiwat N, Roomruangwong C. Prevalence and associated factors of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder among psychiatric outpatients with mood and anxiety disorders. *Chula Med Bull* 2020;2(1):15-25.
13. Fernández MDM, Saulyte J, Inskip HM, Takkouche B. Premenstrual syndrome and alcohol consumption: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2018; 8(3):e019490.
14. Hashim MS, Obaideen AA, Jahrami HA, Radwan H, Hamad HJ, Owais AA, et al. Premenstrual syndrome is associated with dietary and lifestyle behaviors among university students: a cross-sectional study from Sharjah, UAE. *Nutrients* 2019;11(8):1939.
15. Akoku DA, Vukugah TA, Tihnje MA, Nzubepie IB. Oral contraceptive use and premenstrual syndrome among sexually active female university students in Cameroon. *Pan Afr Med J* 2020;36:333.
16. de Wit AE, de Vries YA, de Boer MK, Scheper C, Fokkema A, et al. Efficacy of combined oral contraceptive for depressive symptoms and overall symptomatology in premenstrual syndrome: pairwise and network meta-analysis of randomized trials. *Am J Obstet Gynecol* 2021;225(6):624-33.
17. Heinen I, Bullinger M, Kocalevent RD. Perceived stress in first year medical students - associations with personal resources and emotional distress. *BMC Med Educ* 2017;17(1):4.

18. Vyas KS, Stratton TD, Soares NS. Sources of medical student stress. *Educ Health (Abingdon)* 2017;30(3):232-5.
19. Sothornwit J, Chongsomchai C, Kaewrudee S, Chumworathayi B, Soontrapa S. Prevalence of premenstrual syndrome (PMS) and its impact among Thai pre-clinical medical students. *Srinagarind Med J* 2012;27.
20. Alshdaifat E, Absy N, Sindiani A, AlOsta N, Hijazi H, Amarin Z, et al. Premenstrual syndrome and its association with perceived stress: the experience of medical students in Jordan. *Int J Womens Health* 2022;14:777-85.
21. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas* 1970;30(3):607-10.
22. Chayachinda C, Rattanachaiyanont M, Phattharayuttawat S, Kooptiwot S. Premenstrual syndrome in Thai nurses. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2008;29(3):199-205.
23. Steiner M, Macdougall M, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Arch Womens Ment Health* 2003;6(3):203-9.
24. Wongpakaran N, Wongpakaran T. The Thai version of the PSS-10: an investigation of its psychometric properties. *Biopsychosoc Med* 2010;4:6.
25. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983;24:385-96.
26. Jha RK, Jha M. Prevalence of premenstrual dysphoric disorder among female students of a medical college in Nepal: a descriptive cross-sectional study. *JNMA J Nepal Med Assoc* 2022;60:72-6.
27. Suboohi S, Pario S, Nasim G, Abbasi S, Siddiqui SH. Assessment of premenstrual syndrome In medical students and its association with progression of academic years. *Journal of Bahria University Medical and Dental College* 2019;9(3):210-3.
28. Tolossa FW, Bekele ML. Prevalence, impacts and medical managements of premenstrual syndrome among female students: cross-sectional study in college of health sciences, Mekelle University, Mekelle, Northern Ethiopia. *BMC Womens Health* 2014;14:52.
29. Hsiao MC, Hsiao CC, Liu CY. Premenstrual symptoms and premenstrual exacerbation in patients with psychiatric. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004;58(2):186-90.
30. Thaweesuksiri M, Waleeprakhon P. Premenstrual dysphoric disorder in major depression patients at the outpatient psychiatric department of Ramathibodi hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2013;58(2):165-74.
31. Adewuya AO, Loto OM, Adewumi TA. Premenstrual dysphoric disorder amongst Nigerian university students: prevalence, comorbid conditions, and correlates. *Arch Womens Ment Health* 2008;11:13-8.
32. Tadakawa M, Takeda T, Monma Y, Koga S, Yaegashi N. The prevalence and risk factors of school absenteeism due to premenstrual disorders in Japanese high school students-a school-based cross-sectional study. *Biopsychosoc Med* 2016;10:13.
33. Aoki M, Suzuki M, Suzuki S, Takao H, Okayama H. Cognitive function evaluation in premenstrual syndrome during the follicular and luteal phases using near-infrared spectroscopy. *Comprehensive psychoneuroendocrinology* 2022;10:100117.
34. Beddig T, Reinhard I, Kuehner C. Stress, mood, and cortisol during daily life in women with Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD). *Psychoneuroendocrinology* 2019;109:104372.
35. Wurtman JJ, Brzezinski A, Wurtman RJ, LaFerrere B. Effect of nutrient intake on premenstrual depression. *Am J Obstet Gynecol* 1989;161(5):1228-3
36. Purdue-Smithe AC, Manson JE, Hankinson S, Bertone-Johnson ER. A prospective study of caffeine and coffee intake and premenstrual syndrome. *Am J Clin Nutr* 2016;104(2):499-507.
37. Henkaew W, Jaisit J. Factors related to premenstrual syndrome among female nursing students. *J Royal Thai Army Nurses* 2018;19:299-310.
38. Seedhom AE, Mohammed ES, Mahfouz EM. Life style factors associated with premenstrual syndrome among El-Minia university students, Egypt. *Int Sch Res Notices* 2013; 2013: 617

ผลการบำบัดรักษาด้วยแนวพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี ต่อพฤติกรรม การทำร้ายตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวน ชนิดก้ำกึ่ง

สรณสิริ วัฒนเรืองชัย*

*โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการบำบัดแนวพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (dialectical behavioral therapy หรือ DBT) ต่อพฤติกรรม
การทำร้ายตัวเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (borderline personality disorder
หรือ BPD)

วิธีการศึกษา การศึกษาแบบ Retrospective study (1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 – 30 กันยายน พ.ศ. 2566) ในผู้ป่วยที่มีภาวะ
บุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง จำนวน 30 คน โดยเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย
ภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) ด้วยเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 2) มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง หรือ
Non-Suicidal Self Injury (NSSI) 3) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 4) ได้รับการบำบัดด้วยวิธี DBT ครบจำนวน 12 ครั้ง ตามเกณฑ์
ที่กำหนด 5) มีผลการประเมินพฤติกรรมทำร้ายตนเองและคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังเข้ารับการบำบัด โดยเก็บรวบรวม
แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมิน Self-Harm Inventory แบบประเมินคุณภาพชีวิต
จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่มีการบันทึกไว้ในเวชระเบียนระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการบำบัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา
และ Paired t-test

ผลการศึกษา ผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) มีคะแนนพฤติกรรมการทำร้ายตนเองหลังการบำบัดรักษา
ด้วยแนวพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (DBT) ลดลง และมีคะแนนคุณภาพชีวิตดีขึ้นทุกด้าน ($p = 0.001$)

สรุป การศึกษาวิจัยนี้แสดงถึงผลของการบำบัดรักษาด้วยแนวพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (DBT) ส่งผลต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเอง
ที่ลดลง และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) จึงกล่าวได้ว่าการศึกษานี้เป็นอีก
แนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ การบำบัดแนวพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี ผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง พฤติกรรมการทำร้ายตัวเอง
คุณภาพชีวิต

Corresponding author: สรณสิริ วัฒนเรืองชัย

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

E-mail: som_wat@hotmail.com

วันรับ 18 ตุลาคม 2567 วันแก้ไข 20 ธันวาคม 2567 วันตอบรับ 28 ธันวาคม 2567

Results of Treatment with Dialectical Behavioral Therapy (DBT) on Self-Injurious Behavior and Quality of Life of Patients with Borderline Personality Disorder (BPD)

Sornsiri Wattanarueangchai*

*Somdet Phra Phuttartala Hospital

ABSTRACT

Objective: To study the effects of dialectical behavioral therapy (DBT) on self-harm behavior and quality of life of patients with borderline personality disorder (BPD).

Methods: Retrospective study (October 1, 2021 to September 30, 2023) in 30 patients with BPD, selected specifically according to inclusion criteria, received 12 sessions of DBT. The data were collected by collecting general data records, in-depth interview data records, self-harm inventory assessments, and quality of life assessments from electronic databases recorded in medical records during patient treatment. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

Results: Patients with BPD had decreased self-injurious behavior scores after DBT treatment and increased overall quality of life scores ($p = 0.001$).

Conclusion: This research study shows the results of DBT treatment, resulting in reduced self-injurious behavior and better quality of life for patients with BPD. Therefore, it can be said that this study is another guideline for the care of patients with self-harm behaviors that can be applied to maximize the benefits of patients in the future.

Keywords: dialectical behavioral therapy, patients with borderline personality disorder, self-harm behavior, quality of life

Corresponding author: Sornsiri Wattanarueangchai

E-mail: sorn_wat@hotmail.com

Received: 18 October 2024 Revised: 20 December 2024 Accepted: 28 December 2024

บทนำ

ภาวะบุคลิกภาพแปรปรวน (personality disorder) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีลักษณะของรูปแบบ ความคิด พฤติกรรม เบี่ยงเบนไปจากรูปแบบพฤติกรรมทั่วไปในสังคม วัฒนธรรมของผู้ป่วยนั้นๆ โดยที่ผู้ป่วยไม่รู้ตัว และไม่มีความรู้สึกวิตกกังวลว่าบุคลิกภาพที่ผิดปกติที่สร้างขึ้นสร้างความทุกข์และปัญหาแก่ผู้รอบตัว (ego-syntonic) ซึ่งแตกต่างจากโรคจิตเวชอื่นๆ เช่น กลุ่มโรคซึมเศร้า กลุ่มโรคจิตเภท ที่ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าการเหล่านั้นเป็นปัญหา (ego-dystonic) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีปัญหาด้วยภาวะบุคลิกภาพผิดปกติจึงมักปฏิเสธการมารับการปรึกษาทางจิตเวช นอกจากนี้ยังมีลักษณะที่ต้องทำให้ผู้อื่นหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวเป็นคนปรับเข้าหาตนเอง (alloplastic) แทนที่จะมุ่งแก้ไขปรับปรุงตนเองเป็นหลัก (autoplasic)²

ภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (borderline personality disorder หรือ BPD) จัดอยู่ในกลุ่มโรคบุคลิกภาพแปรปรวน กลุ่ม B ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 ลักษณะอาการสำคัญ คือ มีความไม่มั่นคงในสัมพันธภาพกับผู้อื่น ความไม่มั่นคงในอารมณ์ของตนเอง ความสับสนในเอกลักษณ์ของตนเอง และมีความหุนหันพลันแล่น โดยเริ่มมีอาการตั้งแต่วัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น แสดงอาการในหลายๆ สถานการณ์¹

สาเหตุการเกิดโรคยังไม่สามารถระบุได้อย่างแน่ชัด คาดว่าอาจมีปัญหาด้านพันธุกรรม สมอ หรือมีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก จากการศึกษาวรรณกรรมพบว่าภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง มีรากฐานมาจากการเติบโตในครอบครัวที่เต็มไปด้วยปัญหา อาทิ การหย่าร้าง การทะเลาะกัน การถูกทอดทิ้ง การขาดความรักและการเอาใจใส่ การเติบโตมาด้วยความเครียดภายในครอบครัวล้วนเพิ่มความเสี่ยงของการเจ็บป่วยภาวะนี้ การค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ ที่พบว่าร้อยละ 80 ของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่งประสบปัญหาการละเลยทางอารมณ์และการล่วงละเมิดทางร่างกายหรือทางเพศในช่วงวัยเด็ก³

ข้อมูลจากแผนกจิตเวชพบว่า ภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) มักได้รับการวินิจฉัยผิดพลาด (pitfall diagnosis) ไปเป็นโรคซึมเศร้า (depressive disorder) อยู่หลายครั้ง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม ผลการรักษาไม่ดีขึ้น มีปัญหาในการคงสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal problem) ยากลำบากต่อการสร้างความสัมพันธ์ที่ระยะยาวกับบุคคลใกล้ชิดได้ ส่งผลต่อเนื่องไปถึงปัญหาด้านอื่นๆ เช่น เป็นเหตุ

ให้ต้องเปลี่ยนงานบ่อยครั้ง บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลเกิดความเครียดสะสม รวมทั้งยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเวชตามมาได้เช่นเดียวกัน ปัญหาผู้ป่วยที่พบบ่อยคือเรื่องการจัดการอารมณ์ นำมาซึ่งพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁴

ปัจจุบันการรักษาภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) ยังไม่มียาใดเป็นยาจำเพาะที่ช่วยให้หายจากโรคนี้ ยาที่ใช้กับผู้ป่วยมักเป็นการพิจารณาตามอาการเป็นหลัก ซึ่งประกอบด้วย ยารักษาอาการทางจิต (antipsychotic) ยาต้านโคลิเนอร์จิก (anticholinergic drug) ยาต้านเศร้า (antidepressant) ยาควบคุมอารมณ์ (mood stabilizer) และยากกลุ่มเบนโซไดอะซีน (benzodiazepine) นอกจากการรักษาด้วยยาแล้วยังพบการศึกษาแนวทางการบำบัดที่มีประสิทธิผล ได้แก่ แนวพฤติกรรมบำบัด วิภาษวิธี (DBT), Mentalization Based Treatment (MBT), Transference-Focused Psychotherapy (TFP), Schema-Focused Therapy (SFT) เป็นต้น โดยการบำบัดแบบ DBT เป็นรูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาในการจัดการด้านอารมณ์ ซึ่งได้รับความนิยมแพร่หลายในประเทศสหรัฐอเมริกาและอีกหลายประเทศทั่วโลก⁵ พฤติกรรมบำบัดดังกล่าวได้รับการยอมรับและจัดให้เป็นแนวทางในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านบุคลิกภาพที่ผิดปกติ เช่น ภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) รวมทั้งกลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายตนเอง⁶

DBT เป็นเครื่องมือ (tools) ในการบำบัดที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดทักษะ (skills) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่มีความสุขและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าขึ้น (live is worth living) การบำบัดแบบ DBT จะมุ่งเน้นที่การฝึกทักษะ (skills) เป็นสำคัญ ทั้งนี้มาจากข้อสันนิษฐานว่าบุคคลได้ลงมือกระทำสิ่งที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อรับมือต่อสถานการณ์ต่างๆ ในขณะนั้นแล้ว แต่เนื่องจากขาดทักษะในการจัดการจึงทำให้เกิดปัญหาขึ้น ดังนั้น DBT จึงเป็นการบำบัดที่ฝึกทักษะให้กับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถรับมือและจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นบนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงได้

พื้นฐานของทฤษฎีของ DBT (developing the synthesis of acceptance and change) ที่กล่าวไว้โดย Marsha Linehan ซึ่งเป็นบุคคลแรกที่เป็นผู้คิดค้นวิธีการบำบัดดังกล่าว มีดังนี้

1. บุคคลมีความพยายามในการรับมือกับสถานการณ์ให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ณ ขณะนั้น
2. บุคคลมีความต้องการที่จะปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น และมีชีวิตที่มีความสุขมากขึ้น

3. บุคคลพยายามทำสิ่งต่างๆ ให้ดีขึ้นกว่าเดิมเท่าที่สามารถทำได้ แต่ความพยายามดังกล่าวอาจจะไม่สามารถช่วยแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้ทั้งหมด

4. บุคคลอาจจะไม่ใช่ต้นเหตุของปัญหาทั้งหมด แต่จำเป็นต้องเผชิญและแก้ไขปัญหานั้น

5. พฤติกรรมใหม่สามารถเกิดขึ้นได้เมื่อมีการฝึกฝนเพื่อที่จะรับมือต่อสถานการณ์นั้น

6. ทุกอย่างมีเหตุและผลในการเกิดขึ้น ถึงแม้ว่าบุคคลจะไม่สามารถรู้ถึงเหตุเหล่านั้นได้ก็ตาม

7. การมุ่งหาสาเหตุและพยายามแก้ไขปัญหานั้น เป็นสิ่งที่ดีกว่าการตัดสินผู้อื่นหรือตำหนิตัวตน

แนวคิดของการบำบัดแบบ DBT เน้นให้เกิดความสมดุลในการยอมรับปัญหาและสิ่งที่เป็นอย่าง (accept) ควบคู่ไปกับความพยายามเพื่อการเปลี่ยนแปลง (change) ไปสู่เป้าหมายที่ดีขึ้นโดยผ่านทักษะการบำบัดที่ชัดเจน

DBT Skills

ทักษะในการบำบัดแบบ DBT กำเนิดขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาคือ 4 ด้าน ดังนี้

1. Inability to control their thought and attention
2. Difficulty to regulate their emotion
3. Incapacity of managing distress
4. Unable to communicate effectively

ปัญหาทั้ง 4 ด้านดังกล่าว นำไปสู่ 4 ทักษะ ซึ่งจัดอยู่ในหมวดหมู่ของทักษะการยอมรับ (acceptance skills) และทักษะเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (change skills) ดังนี้

1. ทักษะการใช้สติ (mindfulness skills)
2. ทักษะการควบคุมอารมณ์ (emotional regulation skills)
3. ทักษะการอดทนต่อความทุกข์ (distress tolerance skills)
4. ทักษะประสิทธิภาพทางสังคม (interpersonal skills)

จากรูปแบบดังกล่าว ผู้บำบัดจะเป็นผู้ระบุว่าปัญหาของผู้ป่วยนั้น เกิดจากการขาดทักษะในด้านใดและช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาทักษะในด้านนั้นๆ ให้ดีขึ้นได้⁵ และแม้ว่าจะเป็นโรคที่ต้องรักษานานหลายปี แต่ผู้ป่วยสามารถมีอาการลดลง มีความมั่นคงทางอารมณ์ และสัมพันธ์กับบุคคลสำคัญรอบตัวมีความแข็งแรงมากขึ้น โดยมีการศึกษาพบว่า ร้อยละ 99

ของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) มีอาการด้านต่างๆ ดีขึ้น หลังการรักษาต่อเนื่อง 2 ปี¹⁰

อัตราความชุกประชากรทั่วไปพบโรคนี้ได้ประมาณร้อยละ 5.9 โดยแบ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 6.2 ซึ่งมากกว่าเพศชายที่ร้อยละ 5.68 อัตราร้อยละการเข้ารับบริการของโรคนี้ในคลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ปีงบประมาณ 2564, 2565, 2566 พบร้อยละ 47.40, 59.91 และ 65.16 ตามลำดับ โดยพบสูงสุดเป็นอันดับ 2 รองจากโรคซึมเศร้า นอกจากนี้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกยังพบอีกว่า ร้อยละ 49 ของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินด้วยปัญหาพฤติกรรมทำร้ายตัวเองและต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นในแต่ละปีอย่างต่อเนื่อง⁷ โดยความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมการทำร้ายตนเองซ้ำ พบสูงในระยะ 6-12 เดือนแรก หลังการพยายามทำร้ายตนเอง ระยะเวลาดังกล่าวจึงเป็นช่วงเวลาสำคัญที่ผู้ดูแลรักษาควรเฝ้าระวังและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีประวัติพยายามทำร้ายตนเองหรือมีประวัติโรคทางจิตเวช⁹

จากข้อมูลทางวิชาการดังกล่าวข้างต้น ความรุนแรงของภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) ส่งผลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แม้จะมีแนวทางเบื้องต้นถึงการดูแลผู้ป่วยภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) ที่มีประสิทธิภาพแล้วก็ตาม แต่ยังพบว่าผู้ป่วยยังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และผู้วิจัยยังพบว่าการศึกษาในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่งยังมีน้อยมากในประเทศไทย รวมทั้งในจังหวัดสมุทรสงครามยังไม่มีผู้ใดทำการรักษา จึงเล็งเห็นว่าการศึกษานโยบายการบำบัดรักษา (DBT) ในพื้นที่จังหวัดสมุทรสงคราม จะส่งผลต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองของผู้ป่วยที่ลดลง ทำให้เกิดความสมดุลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไปได้

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) เพื่อศึกษาผลการบำบัดแนวพฤติกรรมบำบัด (DBT) ต่อพฤติกรรมการทำร้ายตัวเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคแบบ ICD-10 เข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวชและยาเสพติด แผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 – 30 กันยายน พ.ศ. 2566 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) ด้วยเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10
2. มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง หรือ Non-Suicidal Self-Injury (NSSI)
3. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
4. ได้รับการบำบัดด้วยแนวพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (DBT) ครบจำนวน 12 ครั้ง ตามเกณฑ์ที่กำหนด
5. มีผลการประเมินพฤติกรรมทำร้ายตัวเองและคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังเข้ารับการบำบัด

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ใช้กลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท (ไม่นับรวมยาที่ใช้รักษาทางจิตเวช) เช่น มีภาวะ substance use disorder ภายใน 1 เดือนล่าสุด
2. ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความจำหรือบกพร่องทางสติปัญญา เช่น Neurocognitive disorder, Intellectual disabilities
3. ข้อมูลไม่ครบถ้วน เช่น เข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดไม่ครบตามที่กำหนด ย้ายถิ่นฐาน หรือเสียชีวิต

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป (demographic data) ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์
2. แบบบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการตรวจทางจิตเวช ที่มีการบันทึกไว้ในเวชระเบียนระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัด
3. แบบประเมิน Self-Harm Inventory (SHI) จาก Cornell University เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากการทบทวนแบบประเมิน

การทำร้ายตนเองจาก 41 รายการ โดย Sansone, Sansone, and Wiederman ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ ใช้สำหรับประเมินผล การบำบัด โดยให้ผู้ป่วยประเมินตนเองก่อนและหลังการเข้ารับการบำบัด โดยตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่” ผ่านการวิเคราะห์ค่าความแม่นยำอยู่ที่ร้อยละ 84

ได้รับการรับรอง 5 ครั้งขึ้นไป¹² แปลผลตามค่าคะแนนต่ำ-สูง โดยค่าคะแนนต่ำ หมายถึง การลดลงของการทำร้ายตนเอง และค่าคะแนนสูง หมายถึง การเพิ่มขึ้นของคะแนนทำร้ายตนเอง การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของความหมายทางภาษาและความเหมาะสมของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่ามีค่า Index of Item-Objective Congruence (IOC) ภาพรวมของแบบประเมินอยู่ที่ 0.95 ซึ่งถือว่ามีความเที่ยงตรงสูงทั้งทางภาษาและเนื้อหา

4. แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life Brief – Thai, WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ วัดคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีข้อคำถามทางบวก 23 ข้อ การตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ ไม่เลย หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ เล็กน้อย หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อยหรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย ปานกลาง หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ ระดับกลางๆ หรือไม่ได้รู้สึกในเรื่องนั้นๆ น้อยหรือมาก มาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มาก และมากที่สุด หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มากที่สุด มีเกณฑ์ในการแปลผลดังนี้ คะแนน 26 – 60 คะแนน คือ คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61 – 95 คะแนน คือ คุณภาพชีวิตกลางๆ คะแนน 96 – 130 คะแนน คือ คุณภาพชีวิตที่ดี โดย WHOQOL-BREF-THAI มีค่าความเชื่อมั่นค่อนข้างสูง ($\alpha = 0.84$)¹¹

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS Statistics Data Editor Version 26 โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูล

การสัมภาษณ์ และการตรวจทางจิตเวชใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เปรียบเทียบคะแนนการทำร้ายตนเอง คะแนนคุณภาพชีวิต ระยะก่อนและหลังการบำบัดตามแนวพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (DBT) โดยใช้สถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า (รหัสโครงการ 009/2567) โดยผู้วิจัยใช้กระบวนการสร้างสัมพันธภาพในการรักษา (therapeutic relationship) ความไว้วางใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเปิดเผยข้อมูล โดยหากรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่สะดวกใจสามารถหยุดยั้งการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษาใดๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่างที่แจ้งวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย รวมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย เห็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการตรวจทางจิตเวช

การวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) จำนวน 30 คน อายุระหว่าง 20 – 30 ปี (56.7%) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (96.7%) มีผู้ดูแล (73.3%) แบ่งออกเป็น คู่สมรส (30%) เครือญาติ (26.7%) บิดาหรือมารดา (16.6%) สถานภาพสมรส (43.3%) มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (53.4%) ผู้ป่วยมีอาชีพอิสระ (46.7%) ผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้าน (86.7%) ผู้ป่วยมีรายได้ต่อเดือน 5,000 – 10,000 บาท (53.3%) และพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (60.1%) ผู้ป่วยทานยาประจำเป็นยาจิตเวชกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepine) ร่วมกับยาควบคุมอารมณ์ (mood stabilizer) (56.7%) การนอนโรงพยาบาลจำนวน 4 ครั้ง (30%) สิ่งที่น่าสนใจซึ่งผู้วิจัยค้นพบคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง มีผู้ดูแลเป็นคู่สมรส และผู้ป่วยทานยาจิตเวชทุกราย เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเข้ารับการรักษา (ตารางที่ 1)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการตรวจทางจิตเวช

1. อาการสำคัญและประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบันและการเจ็บป่วยในอดีต

พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองก่อนอายุ 15 ปี ชนิดของพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่พบบ่อยที่สุด คือ การกรีด (cutting) รองลงมาคือการทานยาเกินขนาด (drug overdose) โดยยาที่พบบ่อยคือยาแก้ปวด ได้แก่ Paracetamol, ยาแก้แพ้ ได้แก่ Chlorpheniramine (cpm) และยากลุ่มคลายกังวล-ช่วยนอนหลับ (Benzodiazepine ได้แก่ Lorazepam, Diazepam เป็นต้น) เคยรับการวินิจฉัย Depressive disorder (major depressive disorder และ dysthymia) รองลงมาได้แก่ Anxiety disorder (panic disorder, agoraphobia) จะเห็นได้ว่าเป็นกลุ่มโรคทางอารมณ์ทั้งหมดและพบความไม่สม่ำเสมอในการรักษา ซึ่งผู้ป่วยไม่ได้คิดว่าตนเองเจ็บป่วยทางจิตเวช

2. ประวัติส่วนตัว (การคลอดและการเจริญเติบโต ชีวิต และการอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็ก การศึกษา การทำงาน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น การเจริญทางเพศ การสมรส บุคลิกลักษณะของผู้ป่วย ในสายตาของผู้ป่วยเองและผู้อื่น วิธีการรับมือกับปัญหาหรือความเครียดในอดีต ฯลฯ)

พบว่าผู้ป่วยปกครองปล่อยปละละเลย (neglect) คบเพื่อนไม่ได้นาน มีประวัติการถูกเพื่อนปฏิเสธให้เข้ากลุ่ม เนื่องจากผู้ป่วยมีลักษณะเอาแต่ใจ อารมณ์หงุดหงิดง่าย มีความต้องการให้ผู้อื่นเห็นอกเห็นใจตนเองสูง ครอบครัวย่ำแย่ มีคนในครอบครัวต้องคดีความจากการใช้ความรุนแรงในการแก้ปัญหา ความสัมพันธ์กับคู่รักเป็นลักษณะรักๆ เลิกๆ เปลี่ยนคู่บ่อย ถูกล่วงละเมิดทางเพศ (sexual harassment) ในวัยเด็ก

3. ประวัติครอบครัว (ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว ระดับเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ในครอบครัว รายละเอียดเกี่ยวกับบุคคลสำคัญ ฯลฯ)

ประวัติการเลี้ยงดูในวัยเด็กที่เกี่ยวข้องที่พบบ่อย ได้แก่ ถูกต่อว่าหรือใช้คำพูดสะเทือนใจ (childhood verbal abuse) ถูกผู้ป่วยทุบตี (childhood physical abuse) อื่นๆ ได้แก่ พบเห็นบิดา-มารดาทุบตีกัน (childhood emotional abuse) บิดา-มารดาแยกทางกัน (broken family) มีความรู้สึกอิจฉาพี่น้อง (sibling rivalry) ขาดบุคคลที่น่าสงสัยสอน รู้สึกว่าแปลกหรือไร้ซึ่งการมีตัวตนในครอบครัว มีบุคคลในครอบครัวมีโรคทางจิตเวช (โดยเฉพาะโรคทางอารมณ์)

4. การตรวจสุขภาพจิต (ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การรับรู้การเจ็บป่วย แรงจูงใจในการรักษา ฯลฯ)

พบว่าผู้ป่วยปฏิเสธว่าเป็นอาการเจ็บป่วยหรือเป็นปัญหาต่อการใช้ชีวิตประจำวัน คิดว่าเป็นอุปนิสัยใจร้อน ขี้หงุดหงิดรำคาญใจง่าย เชื่อว่าหายได้เองโดยไม่ต้องเข้ารับการรักษา

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (M = 23.0 SD = $\pm$ 4.7, Max = 33, Min = 17)	
- ต่ำกว่า 20 ปี	9 (30.0 %)
- 20 – 30 ปี	17 (56.7 %)
- 30 ปีขึ้นไป	4 (13.3 %)
เพศ	
- ชาย	1 (3.3 %)
- หญิง	29 (96.7 %)
ผู้ดูแล	
- บิดาหรือมารดา	5 (16.6 %)
- เครือญาติ	8 (26.7 %)
- คู่สมรส	9 (30.0 %)
- ไม่มีผู้ดูแล	8 (26.7 %)
สถานภาพทางการสมรส	
- โสด	13 (43.3 %)
- สมรส	10 (33.3 %)
- หย่า	5 (16.7 %)
- แยกกันอยู่	2 (6.7 %)
การศึกษา	
- ประถมศึกษา	10 (33.4 %)
- มัธยมศึกษาตอนต้น	7 (23.3 %)
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	6 (20 %)
- ปวส.	3 (10.0 %)
- ปริญญาตรี	4 (13.3 %)
อาชีพ	
- ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5 (16.6 %)
- รับจ้าง/อาชีพอิสระ	14 (46.7 %)
- แม่บ้าน/พอบ้าน	3 (10.0 %)
- พนักงานบริษัท/โรงงาน	7 (23.4 %)
-ว่างงาน	1 (3.3 %)
รายได้ต่อเดือน (บาท)	
- น้อยกว่า 5,000	1 (3.3 %)
- 5,000 – 10,000	16 (53.3 %)
- 10,001 – 20,000	10 (33.4 %)
- 20,001 – 30,000	3 (10.0 %)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง	จำนวน (ร้อยละ)
ลักษณะที่อยู่อาศัย	
- บ้านเดี่ยว	18 (60.0 %)
- ตึกแถว	5 (16.7 %)
- อพาร์ทเมนต์/หอพัก	5 (16.7 %)
- อื่นๆ (เต็นท์/คนงาน)	2 (6.6 %)
โรคประจำตัว	
- โรคเบาหวาน	1 (3.3 %)
- โรคความดันโลหิตสูง	1 (3.3 %)
- อื่นๆ (โรคภูมิแพ้)	10 (33.3 %)
- ไม่มี	18 (60.1 %)
ยาที่ทานประจำ : ยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepine) ร่วมกับยากลุ่มยาดังต่อไปนี้	
- ยารักษาอาการทางจิต (antipsychotic)	3 (10%)
- ยากลุ่มแอนตี้โคลิเนอร์จิก (anticholinergic drug)	1 (3.3%)
- ยาด้านเศร้า (antidepressant)	9 (30%)
- ยาควบคุมอารมณ์ (mood stabilizer)	17 (56.7 %)
การนอนโรงพยาบาล	
- 1 ครั้ง	4 (13.3 %)
- 2 ครั้ง	8 (26.7 %)
- 3 ครั้ง	7 (23.3 %)
- 4 ครั้ง	9 (30.0 %)
- มากกว่า 5 ครั้ง	2 (6.7 %)

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) ก่อนและหลังการบำบัดรักษาด้วยแนวพฤติกรรมบำบัดวิถี (DBT)

การวิจัยพบว่า การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการทำร้ายตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) ก่อนและหลังการบำบัดรักษาด้วยแนวพฤติกรรมบำบัดวิถี (DBT) พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) ก่อนและหลังการบำบัดรักษาด้วย

แนวพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (DBT) พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ทั้งนี้ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการบำบัดรักษาด้วยแนวพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (DBT) ส่งผลดีต่อพฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่ลดลงและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) (ตารางที่ 2)

วิจารณ์

จากผลการวิจัยพบว่าการบำบัดแบบ DBT ส่งผลดีต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่ลดลง และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) กล่าวคือปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งของภาวะ BPD คือการเกิดภาวะ Chronic emotional dysregulation ภาวะดังกล่าวประกอบขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีปัญหา 2 ด้านหลักๆ คือ 1) มีภาวะอ่อนไหวหรือเปราะบางทางอารมณ์ (emotional sensitivity) การตอบสนองทางอารมณ์ไม่เหมาะสม และ 2) พักอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม (invalidating environment) เช่น ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองทางอารมณ์จากผู้ดูแลตั้งแต่วัยเด็ก (lack of appropriate response from parents) ผลก็คือ ผู้ป่วยจะไม่เคยได้เรียนรู้ประสบการณ์การแสดงออกทางอารมณ์ (expressed emotion) อย่างถูกต้องเหมาะสม เกิดเป็นความสับสนทั้งภายในและภายนอก ร่างกาย (internal and external confusion) ทำให้ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ (chronic emotional dysregulation) ในที่สุด โดยการบำบัดแบบ DBT จะมุ่งเน้นให้ผู้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะ (skills) เป็นสำคัญ ผู้ป่วยได้ลงมือกระทำสิ่งที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้เพื่อรับมือต่อสถานการณ์ต่างๆ ในขณะนั้นให้เกิดความสมดุลในการยอมรับปัญหาและสิ่งที่เป็นอยู่ (accept) ควบคู่ไปกับ

ความพยายามเพื่อการเปลี่ยนแปลง (change) ไปสู่เป้าหมายที่ดีขึ้น โดยผ่านทักษะการบำบัดที่ชัดเจน⁵ สิ่งที่น่าสนใจซึ่งผู้วิจัยค้นพบคือ ผู้ป่วยทานยาจิตเวชทุกรายมีผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเข้ารับการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาเมื่อติดตามผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) แม้ว่าจะเป็นโรคที่ต้องรักษานานหลายปี แต่ผู้ป่วยสามารถมีอาการลดลง มีความมั่นคงทางอารมณ์ และสัมพันธ์ภาพกับคนสำคัญรอบตัวมีความแข็งแรงมากขึ้น โดยมีการศึกษาพบว่าร้อยละ 99 ของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) มีอาการต่างๆ ดีขึ้น หลังการรักษาต่อเนื่อง 2 ปี¹⁰ อย่างไรก็ตามจากการวิจัยยังพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองก่อนอายุ 15 ปี ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจในการศึกษาในอนาคตถึงปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลให้เด็กและวัยรุ่นมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองก่อนอายุ 15 ปี ในจังหวัดสมุทรสงคราม จึงอาจถือเป็นโอกาสในการทำงานเชิงรุก โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมความเข้าใจ พัฒนาการความรู้ และทักษะการเฝ้าระวังการเกิดโรคทางจิตเวชกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ปกครอง หน่วยงานภาครัฐ เพื่อที่จะสามารถป้องกันหรือลดโอกาสการเกิดภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) ในวัยผู้ใหญ่ได้

จุดแข็ง (strength) ผลงานวิจัยนี้ ให้ข้อมูลเชิงลึกที่หลากหลายครอบคลุมให้เห็นถึง case formulation ของผู้ป่วยภาวะ BPD บุคคลนั้นๆ นอกจากนี้ยังเป็นผลงานที่เหมาะสมกับประชากรในจังหวัดสมุทรสงครามโดยเฉพาะ เนื่องจากเก็บข้อมูลจากประชากรในจังหวัดสมุทรสงครามโดยตรง ซึ่งมีความเหมาะสมทั้งบริบททางสังคมและวัฒนธรรม

ข้อจำกัด (limitation) พบความไม่สม่ำเสมอในการเข้ารับการรักษา ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษา

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) ก่อนและหลังการบำบัดรักษาด้วยแนวพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (DBT)

การเปรียบเทียบคะแนน	ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
	คะแนนก่อน (n = 30)	คะแนนหลัง (n = 30)	(p = 0.05)
พฤติกรรมการทำร้ายตนเอง	16.53 $\pm$ 2.22	12.03 $\pm$ 2.23	<0.001
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย	16.10 $\pm$ 1.84	25.27 $\pm$ 3.34	<0.001
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	13.90 $\pm$ 1.95	23.87 $\pm$ 3.39	<0.001
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม	5.63 $\pm$ 1.52	12.00 $\pm$ 2.19	<0.001
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	15.70 $\pm$ 3.03	24.33 $\pm$ 4.55	<0.001
ผลรวมคะแนนคุณภาพชีวิต	51.43 $\pm$ 4.24.33	80.97 $\pm$ 7.23	<0.001

สรุป

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงผลของการบำบัดรักษาด้วยแนวปฏิบัติกรมบำบัดวิภาษวิธี (DBT) ส่งผลต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่ลดลง และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) จึงกล่าวได้ว่าการศึกษานี้เป็นอีกแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด รวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช และยาเสพติด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ที่ให้ความอนุเคราะห์และความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนสำเร็จลุล่วง ขอขอบคุณผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือมาเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ขอขอบคุณเจ้าของงานวิชาการงานวิจัยทั้งที่ผู้วิจัยได้อ้างอิงถึง ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ได้กล่าวถึงที่มีส่วนสำคัญในการทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ผู้วิจัยขอแจ้งว่าไม่ได้มีความขัดแย้งทางผลประโยชน์

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

สรณิสริ วัฒนเรืองชัย: การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ และการตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Yudofsky SC. Fatal flaws: navigating destructive relationships with people with disorders of personality and character. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2005.
3. Otto B, Kokkelink L, Brüne M. Borderline personality disorder in a "Life History Theory" perspective: Evidence for a fast "Pace-of-Life-Syndrome". Front Psychol 2021;12:715153.
4. Kongsakon R, Thomyangkoon P, Kanchanatawan B, Janenawasin S. Health-related quality of life in Thai bipolar disorder. J Med Assoc Thai 2008;91(6):913-8.

5. Rattanasumawong W. The basic of dialectical behavior therapy. Bangkok: Phramongkutkiao Hospital; 2018.
6. Boonyingsathit I. Cognitive behavioral therapy for patients with borderline personality disorder, internship clinical psychologist, Suanprung Hospital. TH J CLI PSY 2019;50(2): 46-66.
7. Somdet Phraphutthalertla Hospital. Report on the performance of the Psychiatric and Drug Addiction Department, Somdet Phraphutthalertla Hospital (2021-2023): Patients with borderline personality disorder. Samut Songkhram: Somdet Phraphutthalertla Hospital; 2022.
8. Department of Mental Health, Mental Health Center 7 Khon Kaen. Borderline personality disorder [Internet]. Khon Kaen: Mental Health Center 7 Khon Kaen; 2020 [cited 2022 May 31]. Available from: <https://mhc7.dmh.go.th/03/03/2020/8930>.
9. Chaiprakarn W, Kaewkitikul K, Lotrakul M. Suicide reattempts and suicide deaths in patients attending the Emergency Room of Chiang Rai Prachanukroh Hospital with self-harm problems: A survival analysis, Psychiatric Unit, Chiang Rai Prachanukroh Hospital. J Psychiatr Assoc Thailand 2022;67(4): 365-75.
10. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among borderline patients and axis II comparison subjects: A 16-year prospective follow-up study. Am J Psychiatry 2012;169(5):476-83.
11. Department of Mental Health. World Health Organization Quality of Life Brief Set, Thai version (WHOQOL-BREF-THAI) [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2002 [cited 2024 May 31]. Available from: https://catalog.dmh.go.th/dataset/5a01b5a4-dfec-4d04-b81b-71e441a98de0/resource/5b208f50-458c-42b5-83b9-4d6e6f71035a/download/-_whoqol.pdf.
12. Sansone RA, Sansone LA. Measuring self-harm behavior with the self-harm inventory. Psychiatry (Edgmont). 2010;7(4):16-20.

ผลการพัฒนาระบบการดูแลติดตามผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างเข้มข้นต่อการลดความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ ณ แผนกจิตเวช โรงพยาบาลระยอง

อรอุมา ประสงค์สำเร็จ*

*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลระยอง

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลติดตามผู้ป่วยซึมเศร้าเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างเข้มข้นเพื่อลดอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการพยายามฆ่าตัวตาย สาเหตุและปัจจัยปกป้องในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายซึ่งเข้ารับการรักษา ณ แผนกจิตเวช โรงพยาบาลระยอง

วิธีการศึกษา การศึกษาใช้การทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด ได้แก่ แบบประเมินซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย 2q9q8q ของกรมสุขภาพจิต แบบบันทึกข้อมูลแรกรับ แบบบันทึกจบเมื่อสิ้นสุดโครงการ 12 สัปดาห์ และแบบบันทึกข้อมูลการให้การดูแลรักษาติดตามอย่างเข้มข้น วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (exact probability test, student t-test และ multivariable logistic regression)

ผลการศึกษา ผู้ป่วยซึมเศร้าเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทั้งหมด 348 ราย พบกลุ่มศึกษาที่ได้รับการติดตามผ่านทางโทรศัพท์หรือวิดีโอคอลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ จำนวน 172 ราย (ร้อยละ 49.42) นอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตายจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.91 น้อยกว่ากลุ่มควบคุม จำนวน 176 ราย (ร้อยละ 50.58) นอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.25 แต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.200) จากการวิเคราะห์ปัจจัยพบค่าคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8q) เพียงปัจจัยเดียวที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบผู้ป่วยซึมเศร้า นอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตายมีคะแนนเท่ากับ 33.25 ± 14.67 เทียบกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนเท่ากับ 17.23 ± 13.86 โดยเมื่อคะแนน 8q เพิ่มขึ้นทุกหนึ่งคะแนนจะเพิ่มความเสี่ยง 1.05 เท่า ($aOR = 1.05$, 95%CI = 1.02 – 1.09, p -value = 0.003) สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์ (ร้อยละ 65.23) ปัจจัยปกป้องที่ช่วยยับยั้งการคิดฆ่าตัวตายที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ มีห่วง เช่น ลูก พ่อแม่ และคนที่รัก (ร้อยละ 57.47)

สรุป การพัฒนาระบบการดูแลติดตามผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างเข้มข้นไม่สามารถลดอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการ ณ แผนกจิตเวช โรงพยาบาลระยองได้ แต่สามารถแก้ไขข้อจำกัดและต่อยอดงานวิจัยในอนาคต และนำปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย เช่น คะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8q) รวมทั้งสาเหตุและปัจจัยปกป้อง เพื่อประเมินและวางแผนทางในการดูแลติดตามต่อไป

คำสำคัญ ภาวะซึมเศร้า การพยายามฆ่าตัวตาย ระบบการดูแลติดตามผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างเข้มข้น

Corresponding author: อรอุมา ประสงค์สำเร็จ

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลระยอง

E-mail: onauma.p1975@gmail.com

วันรับ : 18 ตุลาคม 2567 วันแก้ไข : 20 ธันวาคม 2567 วันตอบรับ : 28 ธันวาคม 2567

The Development of Intensive Care Program for Depressed Patients in Reducing Suicidal Risk at Psychiatric OPD, Rayong Hospital

Ornuma Prasongsamret*

**Department of Psychiatry and Addiction, Rayong Hospital*

ABSTRACT

Objective: To study the results of developing an intensive care and monitoring system for depressed patients at risk of suicide to reduce the rate of hospital admissions due to suicide attempts in depressed patients. This includes examining factors associated with suicide attempts, as well as causes and protective factors in patients with depression who are at risk of suicide attempts and receiving treatment at the Psychiatric Department of Rayong Hospital.

Methods: Randomized control trial by systematic sampling. To use Questionnaires 2Q9Q8Q Case record forms at the first and last visit (12 weeks from first visit) and Case record forms for follow up of Intensive Care Program. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics.

Results: A total of 348 depressed patients were at risk of suicide. The study group was followed up via telephone or video call via the LINE application, 172 patients (49.42%) were hospitalized with suicide attempts, 5 patients or 2.91 percent, which was less than the control group of 176 patients (50.58%) who were hospitalized with suicide attempts, 11 patients or 6.25 percent, but no statistical significance was found (p -value = 0.200). From the factor analysis, it was found that the 8Q suicide risk score was only one factor that was significantly associated with suicide attempts. It was found that depressed patients admitted to the hospital with suicide attempts had scores of 33.25 ± 14.67 compared to the control group with scores of 17.23 ± 13.86 . When the 8Q score increased by 1 point, the risk increased 1.05 times ($aOR = 1.05$, 95%CI = 1.02 – 1.09, p -value = 0.003). The most common cause of suicidal thoughts was relationship problems (65.23%), while the most frequently reported protective factor preventing suicidal thoughts was having a commitment, such as to children, parents, or loved ones (57.47%).

Conclusion: The development of an intensive care and monitoring system for depressed patients could not reduce the rate of hospital admissions due to suicide attempts in depressed patients receiving services at the psychiatric department of Rayong Hospital, but it can solve limitations and expand future research. Factors found to be associated with suicide attempts, such as the 8q suicide risk score, along with causes and protective factors, will be used to guide future follow-up care strategies.

Keywords: depression, suicidal attempted, The Development of Intensive Care Program for Depressed Patients

Corresponding author: Ornuma Prasongsamret

E-mail: onuma.p1975@gmail.com

Received 18 October 2024 Revised 20 December 2024 Accepted 28 December 2024

บทนำ

หลักการและเหตุผล (rational)

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก พบร้อยละ 5 ของวัยผู้ใหญ่รู้สึกทุกข์ทรมานจากโรคซึมเศร้า และร้อยละ 5.7 ในกลุ่มที่อายุมากกว่า 60 ปี ประมาณว่าประชากร 280 ล้านคนในโลกป่วยเป็นซึมเศร้าก่อให้เกิดความสูญเสียรุนแรงมากขึ้น ตั้งแต่ทำให้การทำงานหรือการเรียนรวมทั้งความสัมพันธ์ในครอบครัวแย่ลง จนถึงเลวร้ายสุดคือการนำไปสู่การฆ่าตัวตาย¹ โรคซึมเศร้าจัดเป็นโรคที่พบบ่อยพบความชุกตลอดชีวิต (lifetime prevalence) ประมาณร้อยละ 15 และอาจมากถึงร้อยละ 25 ในเพศหญิง² จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวโน้มการฆ่าตัวตายในประเทศไทยที่ผ่านมาเปลี่ยนแปลงตามสภาวะเศรษฐกิจของประเทศ³ โดย พ.ศ. 2542 มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดเป็นประวัติการณ์ที่ 8.6 ต่อแสนประชากร จากวิกฤตการณ์ทางการเงินในเอเชีย พ.ศ. 2540⁴ เนื่องจากปัญหาการว่างงานเพิ่มสูงขึ้นมาก ทำให้อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในเพศชายทั้งในประเทศญี่ปุ่น เกาหลีใต้ ฮองกง และประเทศไทย⁵ จากวิกฤติดังกล่าวส่งผลให้เกิดความตระหนักครั้งสำคัญต่อปัญหาการฆ่าตัวตายในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย⁶ ทำให้เกิดการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย รวมถึงจัดให้มีการบริหารจัดการโดยสร้างระบบบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังและการศึกษาวิจัยในแง่มุมต่าง⁷ และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา อัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มลดลงต่อเนื่อง⁸ จนถึงปัจจุบันแนวโน้มการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นอีกครั้งเนื่องจากสภาวะเศรษฐกิจโลกชะลอตัวอย่างรุนแรง อันเนื่องมาจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19; โควิด-19)^{9,10} ซึ่งพบครั้งแรกในนครอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562^{11,12} หลังจากนั้นเกิดการระบาดไปทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศในวันที่ 30 มกราคม 2563 และประกาศให้เป็นโรคระบาดทั่วในวันที่ 11 มีนาคม 2563 ประเทศไทยก็ได้รับผลกระทบของภาวะวิกฤตทั้งภายในและภายนอกประเทศที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการเจริญเติบโตทางโครงสร้างพื้นฐาน เทคโนโลยี ค่านิยมแบบวัตถุนิยม และสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ล้วนส่งผลกระทบต่ออารมณ์และพฤติกรรมของคนในสังคม จากการศึกษาข้อมูลการฆ่าตัวตายพบว่า การแขวนคอ เป็นวิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด¹³ และเพศชายพบฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง¹⁴ เพราะเพศชายมักใช้วิธีการที่รุนแรงกว่าคือ การแขวนคอ ในขณะที่

เพศหญิงมักใช้วิธีการกินยาเกินขนาดหรือสารเคมี¹⁵ ปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน¹⁶⁻¹⁸ สภาพร่างกายที่มีโรคประจำตัว สภาพจิตใจที่เครียดเก็บกด ปัญหาเครียด สภาพครอบครัวและสังคมที่แตกแยกต่างคนต่างอยู่ ขาดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน สภาพเศรษฐกิจที่มีหนี้สิน ขาดที่พึ่งทางการเงิน และสภาพวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมที่ไม่มีทางออก ขาดแหล่งข้อมูลที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง^{19,20} ลักษณะไม่ชอบเข้าสังคม²¹ ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชโดยเฉพาะโรคผิดปกติทางอารมณ์²² เช่น โรคซึมเศร้า โรคไบโพลาร์²³ ปัญหาติดแอลกอฮอล์เรื้อรัง¹⁴ และมีความเสี่ยงการพยายามฆ่าตัวตายตามแบบประเพณีการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม²⁴ เป็นต้น ส่วนปัจจัยปกป้องที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายนั้น ได้แก่ การมีทักษะการแก้ไขปัญหา และการมีบุคคลหรือหน่วยงานช่วยเหลือเมื่อมีเรื่องทุกข์ใจหรือไม่สบายใจ²⁵ ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกได้ออกเอกสารคำแนะนำที่ครอบคลุมสำหรับการดำเนินการที่ป้องกันการฆ่าตัวตายเพื่อนำไปใช้ในแต่ละประเทศ โดยมี 4 กลยุทธ์ที่สำคัญ ดังนี้ 1) จำกัดการเข้าถึงวิธีการฆ่าตัวตาย เช่น ยาฆ่าแมลง อาวุธปืนที่มีอันตรายสูง 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับการรายงานการฆ่าตัวตายอย่างมีความรับผิดชอบ 3) ส่งเสริมทักษะชีวิตด้านสังคมและอารมณ์ในวัยรุ่น 4) การระบุกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่เริ่มต้นการประเมินการจัดการ และการติดตามการเคลื่อนไหวของทุกคนที่ได้รับผลกระทบจากความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย²⁶ สำหรับจังหวัดระยองจากฐานข้อมูล HDC ปี พ.ศ. 2563, 2564 และ 2565 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า 6,319, 7,100 และ 7,983 คน ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปีเช่นเดียวกัน ดังนั้นการรักษาโรคซึมเศร้าจึงจำเป็น โดยการรักษาโรคซึมเศร้ามีการรักษาหลัก²⁷ ดังนี้ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วย ECT การทำจิตบำบัด ได้แก่ Interpersonal Therapy, Cognitive Behavior Therapy, Short Term Psychodynamic Therapy และการรักษาอื่นๆ เช่น Light Therapy จะเห็นได้ว่าการทำจิตบำบัด Cognitive Behavioral Therapy เป็นการรักษานิดหนึ่งที่ได้ผลดีในโรคซึมเศร้า สำหรับโรงพยาบาลระยองยังมีข้อจำกัดในเรื่องเวลาสำหรับการทำจิตบำบัดเนื่องจากการมีผู้เข้ารับบริการจำนวนมากส่งผลต่อเวลาการให้บริการที่อาจต้องเร่งรีบ รวมทั้งความไม่สะดวกของผู้ป่วยเองในการเดินทางมาโรงพยาบาล ทำให้ไม่สามารถนัดผู้ป่วยมาบ่อยครั้งได้ ที่ผ่านมาพบว่าผู้มารับบริการบางท่านเมื่อกลับไปอาจมีการทำร้ายตนเองกลับมา ซึ่งจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลระยองในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยได้รับ

การวินิจฉัยมีภาวะซึมเศร้าหรือเป็นโรคซึมเศร้า 1,722 คน โดยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช 5,721 ครั้ง พบว่ามี 16 คน (ร้อยละ 0.9) ที่มีการพยายามฆ่าตัวตายภายใน 3 เดือน หลังมารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าน่าจะเป็นข้อมูลที่น้อยกว่าความเป็นจริง เนื่องจากเป็นรายงานจากเคสที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลระยะของการพยายามฆ่าตัวตายและเป็นการรายงานข้อมูลจากเวชระเบียนที่บันทึกตามรหัส ICD 10 (จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย 55 คน) แต่ไม่มีข้อมูลในกรณีที่มาตัวตายแล้วไปรับบริการที่อื่นหรือไม่ได้ไปรักษาที่ไหน หรือแม้แต่อาจมีบางรายที่มาตัวตายสำเร็จ

ผู้วิจัยจึงเกิดแนวคิดวางแผนการพัฒนาระบบการดูแลติดตามผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างเข้มข้นเพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตาย แต่ยังไม่ค่อยมีงานวิจัยที่ศึกษาการติดตามหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโดยจิตแพทย์แล้วผลเป็นอย่างไร ซึ่งจากประสบการณ์ในการทำงานผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีการพยายามทำร้ายตนเองมาอนโรงพยาบาลหลังมารับการรักษาที่หน่วยบริการผู้ป่วยนอกจิตเวชแล้วก็ตาม โดยเฉพาะช่วงปัจจุบันที่จำนวนผู้มารับรักษาด้วยซึมเศร้ามากขึ้น ผู้วิจัยจึงค้นหาข้อมูลงานวิจัยต่างประเทศพบว่าการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าของ Peter AG และคณะ โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า จำนวน 377 คน มีอายุระหว่าง 18 - 60 ปี พบความเสี่ยงของการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 10.1²⁸ และงานวิจัยของ Lakshmi Vijayakumar และคณะ ศึกษาการติดตามการให้คำแนะนำแบบสั้น และการประสานส่งต่อศูนย์ช่วยเหลือในสถานที่ใกล้เคียงที่ผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายอาศัยอยู่เพื่อเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง โดยศึกษาในผู้ป่วยอาสาสมัคร จำนวน 680 คน ที่มารับการรักษาด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย แบ่งเป็น 2 กลุ่มที่ใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มหนึ่งได้รับการติดตามให้คำแนะนำอย่างสั้นและประสานส่งต่อสัปดาห์ที่ 1, 2, 4, 7, 11 และ 4, 6, 12 และ 18 เดือน หลังออกจากโรงพยาบาล จำนวน 320 คน และอีกกลุ่มเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 360 คน ติดตามที่ 6 และ 18 เดือน เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบสอบถามเช่นเดียวกับกลุ่มศึกษา พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ สถานะภาพสมรส การศึกษา การทำงาน และศาสนา และพบว่ากลุ่มศึกษามีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ²⁹ ดังนั้นการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานๆ และดูแล

อย่างใกล้ชิดน่าจะเป็นผลดีต่อผู้ป่วย ทางผู้วิจัยจึงคิดออกแบบระบบติดตามให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ หรือวิดีโอคอลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อลดเวลาหรือความไม่สะดวกของผู้ป่วยในการเดินทางมาโรงพยาบาล ช่วยในการติดตามการดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่องและเข้มข้นมากขึ้น โดยใช้ทักษะการรับฟัง, แสดงความเข้าใจ, ให้คำปรึกษา, CBT, crisis management, ประสานนัดเข้าพบแพทย์ถ้ามีความจำเป็น โดยติดตามต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือนภายหลังการเข้ารับการรักษา เนื่องจากโรคซึมเศร้านั้นเมื่อได้รับการรักษาก็จะมีระยะเวลาดำเนินโรคประมาณ 3 เดือน เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาก็จะมีระยะเวลาดำเนินโรค 6 - 13 เดือน³⁰ และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระยะของ จังหวัดระยอง และสำหรับข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยจะนำไปใช้ในการต่อยอดและวางระบบดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายภายในจังหวัดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษามลการพัฒนาระบบการดูแลติดตามผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างเข้มข้น ในการลดอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้า ซึ่งเข้ารับการรักษา ณ แผนกจิตเวช โรงพยาบาลระยะของ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า
3. เพื่อศึกษาสาเหตุและปัจจัยปกป้องในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย (study design) Randomized Controlled Trial โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบ Systematic sampling โดยกำหนดหมายเลขอาสาสมัครตามหมายเลขการเปิดบัตร (visit number) ในแต่ละวันต่อไปเรื่อยๆจนน้อยไปหามาก และกำหนดหมายเลขอาสาสมัครหมายเลขที่เป็นกลุ่มควบคุม กำหนดหมายเลขอาสาสมัครหมายเลขคู่เป็นกลุ่มทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากไม่มีรายงานการวิจัยที่วัดผลแนวปฏิบัติเช่นเดียวกับการศึกษานี้ จึงอ้างอิงงานวิจัยที่ใกล้เคียงของ Peter AG และคณะ พบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ OPD จิตเวช แล้วพบมีการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 10.1²⁸ เมื่อให้ Intervention (CBT/crisis management/other) แล้วคาดว่าจะลดเหตุการณ์ของ

การพยายามฆ่าตัวตายลงได้ 1 ใน 4 เหลือร้อยละ 2.5 จึงนำไปคำนวณขนาดตัวอย่างของ Randomized controlled trial for binary data โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปจากสูตร ดังนี้

$$n_{trt} = \left[\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{pq(1+\frac{1}{r})} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1 q_1 + \frac{p_2 q_2}{r}}}{\Delta} \right]^2$$

$$p_1 = P(outcome|treatment), q_1 = 1 - p_1$$

$$p_2 = P(outcome|control), q_2 = 1 - p_2$$

$$\bar{p} = \frac{p_1 + p_2 r}{1+r}, \bar{q} = 1 - \bar{p}, r = \frac{n_{con}}{n_{trt}}$$

โดย ค่า P(control) = 0.1, ค่า P(treatment) = 0.025 กำหนดค่า alpha = 0.05, ค่า beta = 0.2 สัดส่วน control/treatment = 1:1 ได้ขนาดตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 163 คน รวมทั้งหมดอย่างน้อย 326 คน

การคัดเลือกผู้รับการวิจัย (อาสาสมัคร) ที่เข้าร่วมในโครงการวิจัย กำหนดเกณฑ์คัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมงานวิจัย ดังนี้ กลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้า อายุ 18 ปีขึ้นไป มีคะแนน 9Q มากกว่าหรือเท่ากับ 7 และมีคะแนน 8Q มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ผู้ป่วยยินยอมที่จะให้ความร่วมมือในการทำวิจัย โดยมีการเซ็นใบแสดงความยินยอมที่จะเข้าร่วมงานวิจัย ผู้ป่วยที่มีภาวะรับรู้ความเป็นจริงปกติสามารถให้ข้อมูลได้ ไม่มีปัญหาด้านการอ่าน เขียน และสื่อสารเข้าใจได้ และผู้ป่วยมีอุปสรรค ได้แก่ โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ เกณฑ์การถอนอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย (withdrawn/discontinuation criteria) ได้แก่ อาสาสมัครมีพฤติกรรมคุกคามที่วิจัยจนทำให้เกิดอาการกลัว เช่น พฤติกรรมคุกคามทางเพศหรือพฤติกรรมอื่นใดที่ทำให้ทีมวิจัยรู้สึกไม่ปลอดภัย ไม่มีเกณฑ์ยุติโครงการวิจัย (termination criteria) มีกลุ่มควบคุมจำนวนเท่ากับหรือใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง

วิธีดำเนินการวิจัย (study procedure)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด ได้แก่

1. แบบประเมินซึมเศร้าและความคิดอยากฆ่าตัวตาย 2q9q8q ของกรมสุขภาพจิต โดยทีมพยาบาลหรือนักจิตวิทยา
2. แบบบันทึกข้อมูลแรกเริ่มและแบบบันทึกจบเมื่อสิ้นสุดโครงการที่ 12 สัปดาห์ (ได้จากสัมภาษณ์หรือแบบบันทึกข้อมูลการดูแลติดตาม และเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลระยอง) โดยทีมพยาบาลหรือนักจิตวิทยา

3. แบบบันทึกข้อมูลการให้การดูแลรักษาติดตามอย่างเข้มข้น จำนวน 5 ครั้ง โดยนักจิตวิทยา 2 ท่าน

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการตามข้อกำหนดของโครงร่างการวิจัยตาม GCP และตามข้อกำหนดของระเบียบกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การศึกษานี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระยอง เมื่อวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2566 หมายเลขอ้างอิง RYH 012/2566

กลุ่มศึกษา (study group) ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามเกณฑ์คัดเลือก อาสาสมัครเข้าร่วมงานวิจัยจะได้รับการดูแลติดตามอย่างเข้มข้น โดยจะมีนักจิตวิทยาโทรศัพท์หรือวีดิโอคอลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ติดตามอาการในช่วงสัปดาห์ที่ 1, 2, 4, 6 และ 10 หลังมาพบแพทย์ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระยอง จำนวน 5 ครั้ง ตามเอกสารติดตามการรักษา รวมถึงแนวทางการให้คำปรึกษา จิตบำบัดโดยใช้เทคนิค CBT ที่ออกแบบโดยผู้วิจัย โดยแต่ละครั้งมีแนวทางการให้คำปรึกษาเหมือนกันทุกครั้งอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง หลังรับการรักษา โดยติดตามในด้านอารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม กรณียังมีความคิดอยากตายหรือฆ่าตัวตายจะถามถึงสาเหตุและปัจจัยปกป้องที่ยังไม่ลงมือทำ กรณีมีการพยายามทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายแล้ว จะถามถึงสาเหตุและวิธีการ รวมทั้งการรักษาหรือการนอนโรงพยาบาลหรือไม่อย่างไร พร้อมทั้งให้คำปรึกษา รับฟังปัญหา หาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน หรือปรับมุมมองใหม่ในการมองที่ต่างจากเดิม พร้อมทั้งเสนอแนะให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ประจำตัวก่อนนัด หรือกรณีฉุกเฉินสามารถมาเข้ารับการรักษา ณ ห้องฉุกเฉิน และประสานนัดพบแพทย์ต่อไป โดยจะทำการนัดหมายให้กรณีหลังให้คำปรึกษาแล้วผู้ป่วยยังมีความคิดฆ่าตัวตายและกลัวว่าจะควบคุมตัวเองไม่ได้ หรือผู้ป่วยร้องขอทุกครั้งที่มีการติดตาม ตามแบบบันทึกการดูแลติดตามอย่างเข้มข้น การดูแลติดตามเป็นระยะอย่างเข้มข้นโดยนักจิตวิทยา 2 ท่าน แต่ละท่านให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์หรือวีดิโอคอลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดอบรมพร้อมเอกสารประกอบแนวปฏิบัติในการให้คำปรึกษาสำหรับงานวิจัยนี้แก่นักจิตวิทยาทั้ง 2 ท่าน และออกแบบแบบบันทึกการให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ นักจิตวิทยาทั้ง 2 ท่าน สามารถปฏิบัติได้ใกล้เคียงกัน มีเกณฑ์เดียวกันในการตัดสินใจการคงอยู่หรือคัดออกอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย หรือถ้าอาสาสมัครเสียชีวิตระหว่างงานวิจัย สามารถสอบถามสาเหตุการเสียชีวิตจากญาติของอาสาสมัครแทน โดยนักจิตวิทยาต้องสอบผ่าน license สำหรับ

ปฏิบัติงานนักจิตคลินิกหรือมีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 5 ปี กลุ่มควบคุม (control group) ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามตามระบบปกติของกลุ่มงาน โดยแพทย์นัดหมายติดตามตามความเหมาะสม และผู้ป่วยที่อาการไม่ดีขึ้นหรือแย่ลงสามารถมาพบแพทย์ก่อนนัดตามระบบปกติของกลุ่มงานจิตเวช โดยแพทย์จะไม่ทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มใด และถึงแม้แพทย์จะนัดทุก 2 สัปดาห์ จะไม่มีผลต่อการตัดสินใจเปลี่ยนกลุ่มของผู้ป่วย โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินแรกเริ่มโดยพยาบาลหรือนักจิตวิทยา โดยใช้แบบสอบถามแรกเริ่มและได้รับการประเมินสิ้นสุด โดยใช้แบบสอบถามสิ้นสุดที่ 12 สัปดาห์ อาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่ม จะถูกสัมภาษณ์โดยพยาบาลจำนวน 5 คน และนักจิตวิทยา (ที่ไม่ใช่คนที่ให้คำปรึกษาติดตาม) เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป (อาจขอข้อมูลเพิ่มเติมจากเวชระเบียนบางส่วน) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ เศรษฐฐานะ โรคประจำตัว ประวัติสารเสพติด ประวัติการพยายามทำร้ายตนเอง วินิจฉัยโรคครั้งนี้ ยาที่ใช้รักษา ค่าคะแนนจากแบบประเมิน 2q9q8q สอบถามปัญหาหรือสาเหตุที่อาจทำให้ซึมเศร้า กรณีมีความคิดอยากตายหรือฆ่าตัวตายเกิดจากสาเหตุ ปัญหาอะไร มีปัจจัยปกป้องใดที่ช่วยยั้งใจไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลแรกเริ่มในวันที่ผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยภาวะซึมเศร้าครั้งแรกที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลระยอง และทำแบบบันทึกข้อมูลจบเมื่อได้รับการรักษาครบ 12 สัปดาห์ (ครั้งสุดท้ายอาจเป็นการสัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์หรือวิดีโอคอลผ่านแอปพลิเคชันไลน์) โดยพยาบาลทั้ง 5 คน และนักจิตวิทยา (ที่ไม่ใช่คนที่ให้คำปรึกษาติดตาม) จะได้รับการอบรมเกี่ยวกับการแบ่งกลุ่มตัวอย่างและการบันทึกตามแบบบันทึกข้อมูลแรกเริ่มและแบบบันทึกข้อมูลจบเมื่อได้รับการรักษาครบ 12 สัปดาห์ เพื่อให้สามารถเข้าใจข้อคำถามในแบบบันทึกข้อมูลได้ตรงกัน และผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม จะได้รับเอกสารคำแนะนำเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและได้รับเอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมงานวิจัย (รูปที่ 1)

ผู้วิจัยเป็นผู้ควบคุมดูแลการติดตามและแก้ไขปัญหา ระหว่างดำเนินการวิจัยตลอดจนเก็บข้อมูล โดยรวบรวมแบบสอบถามจากทั้งทีมพยาบาลและนักจิตวิทยา กรณีไม่สามารถเก็บตัวอย่างได้ครบตามจำนวนจะเก็บตัวอย่างเพิ่มเติมให้ครบตามจำนวน และบันทึกข้อมูลนำไปวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล

ระยะเวลาการเก็บข้อมูล ทั้งหมด 16 เดือน เริ่มตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567

การวัดผลการวิจัย (outcome measurement)

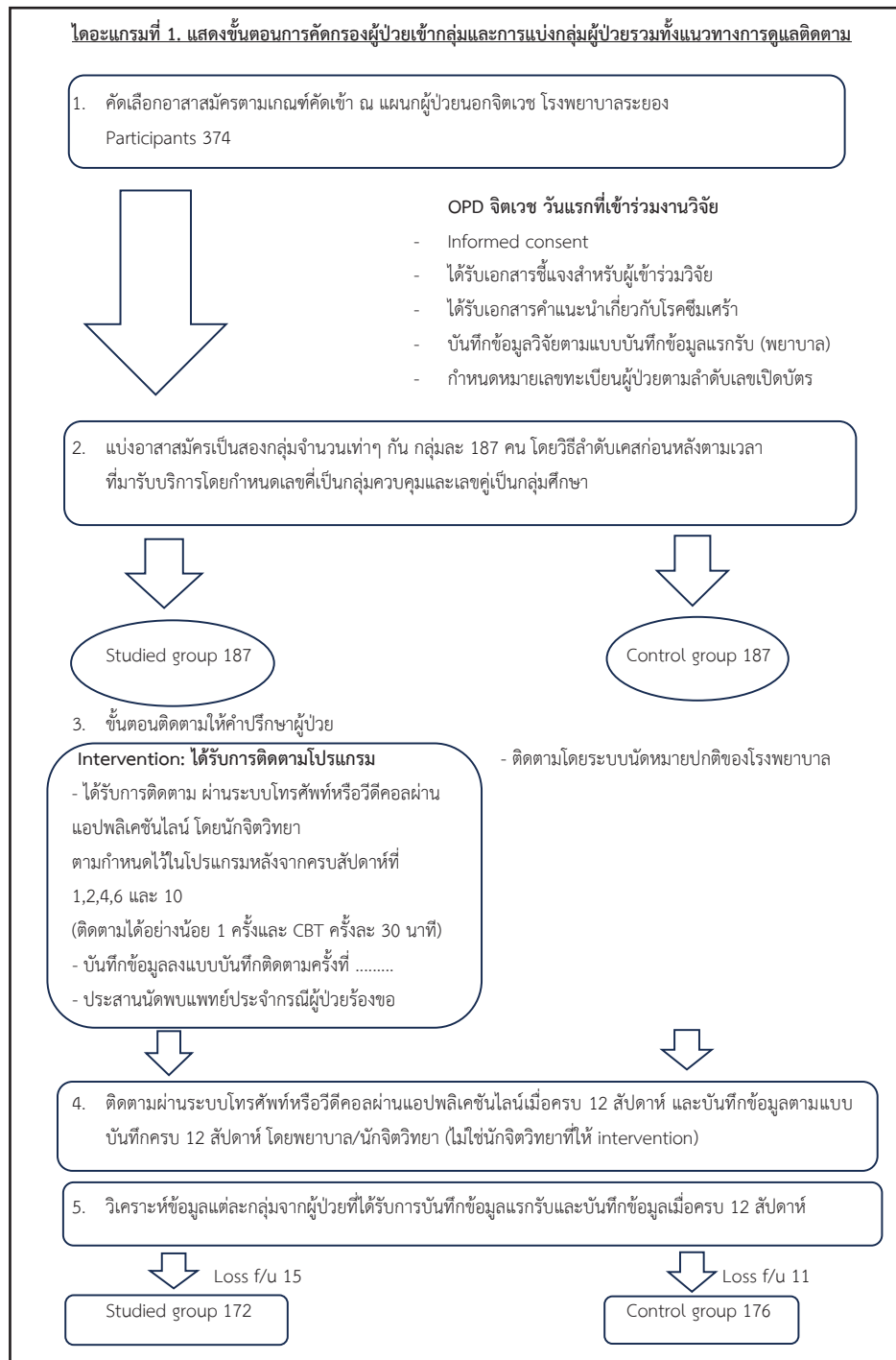
เปรียบเทียบอัตราการฆ่าตัวตายทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้ร้อยละ ได้แก่ จำนวนคนที่ทำร้ายตนเองจนต้องนอนโรงพยาบาลเป็นตัวตั้ง (นับเป็นจำนวนคน) โดยใช้แบบบันทึกติดตามเมื่อครบ 12 สัปดาห์ ในข้อคำถามมีการพยายามฆ่าตัวตายในช่วง 12 สัปดาห์ที่ผ่านมา และมีประวัตินอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย ร่วมกับการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในว่ามี การนอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย และหารด้วยจำนวนคนทั้งหมดของแต่ละกลุ่ม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ผลการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธี Per Protocol Analysis โดยกลุ่มทดลองวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มที่มีข้อมูลแรกเริ่ม ได้รับการติดตามอย่างน้อย 1 ครั้ง (ได้รับ CBT อย่างน้อย 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที) และได้รับการติดตามเมื่อครบ 12 สัปดาห์วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา รายงานค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย และสัดส่วนความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Fisher's exact probability test และ Student t-test ขึ้นกับลักษณะของข้อมูล วิเคราะห์ปัจจัยที่อาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ เศรษฐฐานะ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการพยายามทำร้ายตนเอง การวินิจฉัยโรค ยาจิตเวชที่ได้รับ แพทย์ผู้รักษา ค่าคะแนนซึมเศร้า (9q) ระดับของภาวะซึมเศร้า (9q level) ค่าคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8q) และระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8q level) โดยใช้สถิติ Fisher's exact probability test และวิเคราะห์ปัจจัยด้วยวิธี Multivariable analysis โดยเลือกปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ มาวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multivariable logistic regression

ผลการศึกษา

กลุ่มอาสาสมัครเข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 374 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มเท่าๆ กัน ได้แก่ กลุ่มศึกษาคือผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการติดตาม จำนวน 187 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 187 ราย พบกลุ่มศึกษาที่ไม่สามารถติดตามได้ จำนวน 15 ราย กลุ่มควบคุมที่ไม่สามารถติดตามได้ จำนวน 11 ราย ดังนั้นกลุ่มประชากรที่ศึกษาทั้งหมดมีจำนวน 348 ราย ได้แก่ กลุ่มศึกษาคือผู้ป่วยซึมเศร้า



รูปที่ 1 แสดงขั้นตอนในการคัดผู้ป่วยเข้ากลุ่มและการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยรวมทั้งแนวทางการดูแลติดตาม

ที่ได้รับการติดตาม จำนวน 172 ราย (ร้อยละ 49.42) ซึ่งสามารถติดตามได้ตั้งแต่ 1 - 5 ครั้ง โดยพบว่าติดตามได้ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป จำนวน 123 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.51 และกลุ่มควบคุม (กลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ไม่ได้รับการติดตาม) จำนวน 176 ราย (ร้อยละ 50.58) ดังรูปที่ 1 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.05) อายุ 18 - 34 ปี (ร้อยละ 58.91) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 43.68) มากกว่าโสด (ร้อยละ 42.53) เล็กน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาระบาดวิทยาของ

ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดระยอง ที่ศึกษาโดย ประยุกต์ เสรีเสถียร และคณะ³¹ ระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 38.22) อาชีพพนักงานบริษัทเอกชน/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/รับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 56.05) สถานะทางการเงินรายรับพอๆ กับรายจ่าย (ร้อยละ 46.84) มากกว่ารายรับน้อยกว่ารายจ่ายเล็กน้อย (ร้อยละ 45.11) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 62.07) ไม่เคยใช้/เคยใช้สารเสพติด

แต่หยุดมานานมากกว่า 1 ปี (ร้อยละ 87.07) เคยพยายามทำร้ายตนเองในชีวิตที่ผ่านมาอย่างน้อย 1 ครั้ง (ร้อยละ 95.98) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 80.75) ใช้วิธีกินยาเกินขนาด/กินสารกำจัดศัตรูพืช/ยาฆ่าแมลง/กินน้ำยาทำความสะอาดที่ใช้ภายในครัวเรือน (ร้อยละ 49.71) เช่นเดียวกับงานวิจัยของ เอกชัย เพ็ชรพรประภาส ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มาด้วยการพยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลบางพลี²⁴ รองลงมาคือ ใช้มีดหรือวัตถุมีคมแทงตนเอง/กรีดข้อมือ (ร้อยละ 35.92) และผูกคอต (ร้อยละ 21.84) ตามลำดับ ได้รับการยาต้านเศร้า เช่น กลุ่มยา SSRI, SNRI, NASSA, TCA (ร้อยละ 51.15) และยาต้านเศร้าร่วมกับ atypical antipsychotic/mood stabilizer/หรือยาอื่นๆ (ร้อยละ 47.71) ตามลำดับ มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (ร้อยละ 48.28) มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายระดับรุนแรง (ร้อยละ 44.83) จากการเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการติดตามจำนวน 172 ราย (ร้อยละ 49.42) และกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าไม่ได้รับการติดตามหรือกลุ่มควบคุม จำนวน 176 ราย (ร้อยละ 50.58) พบว่าข้อมูลพื้นฐานมีลักษณะใกล้เคียงกันยกเว้นปัจจัยเรื่องอายุเฉลี่ย พบว่ากลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการติดตามจะมีอายุเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (p-value = 0.015) กลุ่มควบคุมใช้วิธีฆ่าตัวตายในอดีตโดยวิธีกินยาเกินขนาด/กินสารกำจัดศัตรูพืช/ยาฆ่าแมลง/กินน้ำยาทำความสะอาดที่ใช้ภายในครัวเรือน มากกว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการติดตาม (p-value = 0.014) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

จากการศึกษาเมื่อติดตามครบ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการติดตาม จำนวน 172 ราย (ร้อยละ 49.42) นอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.91 และกลุ่มควบคุม จำนวน 176 ราย (ร้อยละ 50.58) นอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.25 จะเห็นได้ว่ากลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการติดตามมีอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตายน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.200) และเมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนนซึมเศร้าพบว่า กลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการติดตามมีค่าคะแนนซึมเศร้า (9q) เฉลี่ยลดลงเท่ากับ 6.35 ± 7.55 คะแนน มีค่าคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8q) เฉลี่ยลดลง 8.13 ± 15.02 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนซึมเศร้า (9q) เฉลี่ยลดลงเท่ากับ 6.66 ± 7.18 คะแนน ค่าคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย

(8q) เฉลี่ยลดลงเท่ากับ 7.55 ± 15.37 คะแนน ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ทางสถิติไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน (p-value = 0.695 และ 0.718)

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยพื้นฐานที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการวิเคราะห์ Fisher's exact พบว่ามี 4 ปัจจัย ได้แก่ อายุเฉลี่ย ระดับการศึกษา ค่าคะแนนความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย (8q) เฉลี่ยและระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8q level) ที่มีความสัมพันธ์ต่อการนอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2 และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยดังกล่าวด้วยการถดถอยโลจิสติกส์ (multivariable logistic regression analysis) พบว่ามีปัจจัยเพียงข้อเดียว ได้แก่ ค่าคะแนนความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย (8q) เฉลี่ย (aOR = 1.05, 95%CI = 1.02 - 1.09, p-value = 0.003) ที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายถึงเมื่อคะแนน 8q เพิ่มขึ้นทุก 1 คะแนน จะเพิ่มความเสี่ยงของการพยายามฆ่าตัวตายเป็น 1.05 เท่า ดังตารางที่ 3

นอกจากนี้จากตารางที่ 1 พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าคิดฆ่าตัวตาย ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์ 227 ราย (ร้อยละ 65.23) ปัญหาการเรียน/การงาน 62 ราย (ร้อยละ 17.82) ปัญหาเศรษฐกิจ 52 ราย (ร้อยละ 14.94) แนวความคิด เช่น รู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกไร้ค่า เป็นภาระว่างเปล่า ไม่รู้ว่าจะเกิดมาทำไม อยู่เพื่อใคร 39 ราย (ร้อยละ 11.21) ปัญหาสุขภาพ 24 ราย (ร้อยละ 6.90) อื่นๆ เช่น ปัญหาสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต/ปัญหาถูกทารุณ/ทอดทิ้งในวัยเด็ก/ปัญหาครอบครัว/ถูกตีตราว่าป่วยเป็นโรคจิตเวช/ปัญหาคดี/เหนื่อยต้องดูแลคนอื่น (ร้อยละ 7.47) ตามลำดับ พบปัจจัยปกป้องที่ช่วยยับยั้งการคิดฆ่าตัวตาย ได้แก่ มีห่วง เช่น ลูก พ่อแม่ สัตว์เลี้ยง คนที่รัก 211 ราย (ร้อยละ 60.63) กำลังใจจากครอบครัว/คนรัก/เพื่อน 83 ราย (ร้อยละ 23.85) การปรับมุมมองใหม่ของผู้ป่วย ต้องการให้ชีวิตดีขึ้น มองเห็นคนที่ลำบากกว่า ยังสู้อยากทำให้ชีวิตดีขึ้น 37 ราย (ร้อยละ 10.63) อื่นๆ เช่น กลัวบาป ใช้ธรรมะ/กลัวเจ็บ/มีความหวังว่ารักษาแล้วจะหาย กินยาต่อเนื่อง/งานยุ่ง ไม่มีเวลาคิด/ปัญหาคลี่คลาย/กลัวไม่ได้กลับไปเล่นกีฬาที่ชอบ (ร้อยละ 4.30) ตามลำดับ

วิจารณ์

จากผลการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลติดตามผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างเข้มข้นนั้น ไม่สามารถลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าซึ่งเข้ารับการรักษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มประชากรที่เข้ารับการรักษาและกลุ่มควบคุม

ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวนประชากรที่มี ภาวะซึมเศร้าได้รับการ ติดตามโดยนักจิตวิทยา (N = 172) จำนวน (ร้อยละ)	จำนวนประชากรกลุ่ม ควบคุมไม่ได้รับการ ติดตามโดยนักจิตวิทยา (N = 176) จำนวน (ร้อยละ)	จำนวนประชากร ทั้งหมด (N = 348) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
จำนวนประชากร	172 (49.42)	176 (50.58)	348 (100.00)	
เพศ				0.476
ชาย	32 (18.60)	27 (15.34)	59 (16.95)	
หญิง	140 (81.40)	149 (84.66)	289 (83.05)	
ช่วงอายุ				0.076
18 - 25 ปี	61 (35.47)	45 (25.57)	106 (30.46)	
25 - 34 ปี	49 (28.49)	50 (28.41)	99 (28.45)	
35 - 44 ปี	33 (19.19)	32 (18.18)	65 (18.68)	
45 - 54 ปี	12 (6.98)	29 (16.48)	41 (11.78)	
55 - 64 ปี	12 (6.98)	15 (8.52)	27 (7.76)	
ตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป	5 (2.91)	5 (2.84)	10 (2.87)	
สถานภาพสมรส				0.495
โสด	78 (45.35)	70 (39.77)	148 (42.53)	
สมรส	73 (42.44)	79 (44.89)	152 (43.68)	
หม้าย/หย่า/แยก	21 (12.21)	27 (15.34)	48 (13.79)	
ระดับการศึกษา				0.462
ต่ำกว่าระดับมัธยมปลาย	63 (36.63)	70 (39.77)	133 (38.22)	
มัธยมปลายหรือเทียบเท่า	45 (26.16)	47 (26.70)	92 (26.44)	
ปวส.	29 (16.86)	18 (10.23)	47 (13.51)	
ปริญญาตรี	34 (19.77)	39 (22.16)	73 (20.98)	
สูงกว่าปริญญาตรี	1 (0.58)	2 (1.14)	3 (0.86)	
อาชีพ				0.835
ข้าราชการ/พนักงานราชการ/พนักงานกระทรวงฯ	9 (5.23)	13 (7.39)	22 (6.32)	
พนักงานบริษัทเอกชน/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/รับจ้างทั่วไป	81 (47.01)	67 (38.10)	148 (56.05)	
เจ้าของธุรกิจ/อาชีพอิสระ/ค้าขาย/เกษตรกร	40 (23.24)	41 (23.29)	81 (23.28)	
นักเรียน/นักศึกษา/แม่บ้านดูแลสามีและบุตร/ผู้สูงอายุ/นักบวช	33 (19.18)	34 (19.32)	67 (19.25)	
ว่างงาน/ตกงาน	13 (7.56)	17 (9.66)	30 (8.62)	
สถานะการเงิน				0.573
รายรับมากกว่ารายจ่าย ไม่มีหนี้สิน/มีแต่บริหารได้	12 (6.98)	16 (9.09)	28 (8.05)	
รายรับพอๆ กับรายจ่ายพอใช้	78 (45.35)	85 (48.30)	163 (46.84)	
รายรับน้อยกว่ารายจ่าย เป็นหนี้สิน	82 (47.67)	75 (42.61)	157 (45.11)	
โรคประจำตัว				0.645
ไม่มี	112 (65.12)	104 (59.09)	216 (62.07)	
มีโรคประจำตัวทางกาย	52 (30.23)	63 (35.80)	115 (33.05)	

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มประชากรที่เข้ารับการรักษาและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวนประชากรที่มี ภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการ ติดตามโดยนักจิตวิทยา (N = 172) จำนวน (ร้อยละ)	จำนวนประชากรกลุ่ม ควบคุมไม่ได้รับการ ติดตามโดยนักจิตวิทยา (N = 176) จำนวน (ร้อยละ)	จำนวนประชากร ทั้งหมด (N = 348) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
มีโรคประจำตัวทางจิต	7 (4.07)	7 (3.98)	14 (4.02)	
มีโรคประจำตัวทางกายและทางจิต	1 (0.58)	2 (1.14)	3 (0.86)	
ประวัติการใช้สารเสพติด				0.969
บุหรี่/เหล้า	9 (5.23)	5 (2.84)	14 (4.02)	
กัญชา/กระท่อม/ยาบ้า/ยาไอซ์/ยาเค/ฝิ่น เฮโรอีน มอร์ฟีน ทามอล	17 (8.14)	14 (9.66)	31 (8.91)	
ไม่เคยใช้/เคยใช้แต่หยุดมานานมากกว่า 1 ปี	149 (86.63)	154 (87.50)	303 (87.07)	
ประวัติการพยายามทำร้ายตนเอง				0.645
ไม่เคยพยายามทำร้ายตนเอง	8 (4.65)	6 (3.41)	14 (4.02)	
เคยพยายามทำร้ายตนเอง 1 ครั้ง	76 (44.19)	87 (49.43)	163 (46.84)	
เคยพยายามทำร้ายตนเอง 2 ครั้ง	42 (24.42)	35 (19.89)	77 (22.13)	
เคยพยายามทำร้ายตนเองตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป	46 (26.74)	48 (27.27)	94 (27.01)	
วิธีการที่เคยใช้ฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเอง				
กินยาเกินขนาด/กินสารกำจัดศัตรูพืช/ยาฆ่าแมลง/ กินน้ำยาทำความสะอาดที่ใช้ภายในครัวเรือน	74 (43.03)	99 (56.24)	164 (49.71)	0.014
ผูกคอต	37 (21.51)	39 (22.16)	76 (21.84)	0.897
กระโดดจากที่สูง/กระโดดน้ำ/เดินลงทะเล/โดดรถ/ วิ่งให้รถชน	36 (20.93)	26 (14.77)	62 (17.82)	0.161
ใช้มีดหรือวัตถุมีคมแทงตนเอง/กรีดข้อมือ	70 (40.69)	55 (31.25)	125 (35.92)	0.074
ชก/ใช้ศีรษะโขกกำแพง พื้น	27 (15.70)	21 (11.93)	48 (13.79)	0.352
อื่นๆ เช่น รถม้วน/นั่งปิดประตูรถตากแดด/ไฟฟ้าช็อต/ อาวุธปืน/อดอาหาร	7 (4.07)	7 (3.98)	14 (4.02)	1.000
วินิจฉัยโรค (กลุ่มโรค ICD 10)				0.053
กลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวน (F310, F312, F313, F314, F315, F316, F319)	12 (6.98)	4 (2.27)	16 (4.60)	
กลุ่มโรคซึมเศร้า (F320, F321, F322, F323, F329, F331, F341, F348, F39)	135 (78.49)	146 (82.95)	281 (80.75)	
กลุ่มโรควิตกกังวลย้ำคิดย้ำทำ (F410, F411, F412, F419, F420, F450)	9 (5.23)	16 (9.09)	25 (7.18)	
กลุ่มโรคความผิดปกติการปรับตัวต่อความเครียด (F430, F431, F432, F4321, F433)	16 (9.30)	10 (5.68)	26 (7.47)	
ยาจิตเวช				0.437
ไม่ได้รับยาด้านเศร้า	3 (1.74)	1 (0.57)	4 (1.15)	
ได้รับยาด้านเศร้า เช่น กลุ่มยา SSRI/SNRI/NASSA/TCA	84 (48.83)	94 (53.41)	178 (51.15)	
ได้รับยาด้านเศร้าร่วมกับ atypical antipsychotic/mood stabilizer/หรือยาอื่นๆ	85 (49.42)	81 (46.02)	166 (47.71)	

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มประชากรที่เข้ารับการรักษาและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวนประชากรที่มี ภาวะซึมเศร้าได้รับการ ติดตามโดยนักจิตวิทยา (N = 172) จำนวน (ร้อยละ)	จำนวนประชากรกลุ่ม ควบคุมไม่ได้รับการ ติดตามโดยนักจิตวิทยา (N = 176) จำนวน (ร้อยละ)	จำนวนประชากร ทั้งหมด (N = 348) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
แพทย์				0.692
คนที่ 1	65 (37.79)	67 (38.07)	132 (37.93)	
คนที่ 2	7 (4.07)	8 (4.55)	15 (4.31)	
คนที่ 3	34 (19.77)	35 (19.89)	69 (19.83)	
คนที่ 4	18 (10.47)	26 (14.77)	44 (12.64)	
คนที่ 5	48 (27.91)	40 (22.73)	88 (25.29)	
ระดับของภาวะซึมเศร้า (9q level)				0.555
มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย	43 (25.00)	39 (22.16)	82 (23.56)	
มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	44 (25.58)	54 (30.68)	99 (28.16)	
มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	85 (49.42)	83 (47.16)	168 (48.28)	
ระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8q level)				0.394
มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายเล็กน้อย	61 (35.47)	67 (38.07)	128 (36.78)	
มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายปานกลาง	28 (16.28)	36 (20.45)	64 (18.39)	
มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายรุนแรง	83 (48.26)	73 (41.48)	156 (44.83)	
สาเหตุ				
ปัญหาความสัมพันธ์	113 (65.70)	114 (64.77)	227 (65.23)	0.910
ปัญหาการเรียน/การทำงาน	34 (19.77)	28 (15.91)	62 (17.82)	0.401
ปัญหาเศรษฐกิจ	20 (11.63)	32 (18.18)	52 (14.94)	0.099
ปัญหาสุขภาพ	12 (6.98)	12 (6.82)	24 (6.90)	1.000
แนวความคิด เช่น รู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกไร้ค่า เป็นภาระว่างเปล่า ไม่รู้ว่าจะเกิดมาทำไม อยู่เพื่อใคร	21 (12.21)	18 (10.23)	39 (11.21)	0.612
อื่นๆ เช่น ปัญหาสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต/ปัญหาถูก ทารุณ/ทอดทิ้งในวัยเด็ก/ปัญหาครอบครัว/ถูกตีตราว่าป่วย เป็นโรคจิตเวช/ปัญหาคดี/เหนื่อยต้องดูแลคนอื่น	11 (6.40)	15 (8.53)	26 (7.47)	0.542
ปัจจัยปกป้อง				
ไม่มี	5 (2.91)	4 (2.27)	9 (2.59)	0.748
มีกำลังใจจากครอบครัว/คนรัก/เพื่อน	46 (26.74)	37 (21.02)	83 (23.85)	0.258
มีห่วงเช่นลูก พ่อแม่ คนที่รัก สัตว์เลี้ยง	104 (59.88)	108 (61.36)	211 (60.63)	0.913
อื่นๆ เช่น กลัวบาป ใช้ธรรมะ/กลัวเจ็บ/มีความหวังว่า รักษาแล้วจะหาย กินยาต่อเนื่อง/งานยุ่ง ไม่มีเวลาคิด/ ปัญหาคลั่งคลาย/กลัวไม่ได้กลับไปเล่นกีฬาที่ชอบ	4 (2.32)	11 (6.26)	15 (4.30)	0.111
ปรับมุมมองใหม่ ต้องการให้ชีวิตดีขึ้น มองเห็นคนที่ลำบาก กว่ายังสู้ยากทำให้ชีวิตดีขึ้น	18 (10.47)	19 (10.80)	37 (10.63)	1.000

*p-value < 0.05, วิเคราะห์ด้วย Fisher's exact probability test

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานและการนอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายเมื่อได้รับการรักษาครบ 12 สัปดาห์

	จำนวนผู้ป่วยไม่ได้ นอนโรงพยาบาลด้วย การพยายามฆ่าตัวตาย N = 332 (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยนอน โรงพยาบาลด้วย การพยายามฆ่าตัวตาย N = 16 (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยที่ศึกษา ทั้งหมดผู้ป่วย N = 348 (ร้อยละ)	p-value
เพศ				0.741
ชาย	56 (16.87)	3 (18.75)	59 (16.95)	
หญิง	276 (83.13)	13 (81.25)	289 (83.05)	
อายุ				
อายุเฉลี่ย mean (SD)	34.71 (13.40)	27.75 (9.15)	34.40 (13.30)	0.041*
ช่วงอายุ				0.312
18 - 25 ปี	98 (29.52)	8 (50.00)	106 (30.46)	
25 - 34 ปี	93 (28.01)	6 (37.50)	99 (28.45)	
35 - 44 ปี	64 (19.28)	1 (6.25)	65 (18.68)	
45 - 54 ปี	41 (13.48)	0 (0.00)	41 (11.78)	
55 - 64 ปี	26 (7.83)	2 (2.94)	27 (7.76)	
ตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป	10 (3.01)	0 (0.00)	10 (2.87)	
สถานภาพสมรส				0.829
โสด	141 (42.47)	7 (43.75)	148 (42.53)	
สมรส	144 (43.37)	8 (50.00)	152 (43.68)	
หม้าย/หย่า/แยก	47 (14.54)	1 (6.25)	48 (13.79)	
ระดับการศึกษา				0.032*
ต่ำกว่าระดับมัธยมปลาย	123 (37.05)	10 (62.50)	133 (38.22)	
มัธยมปลายหรือเทียบเท่า	86 (25.90)	6 (37.50)	92 (26.44)	
ปวส.	47 (14.16)	0 (0.00)	47 (13.51)	
ปริญญาตรี	73 (21.99)	0 (0.00)	73 (20.98)	
สูงกว่าปริญญาตรี	3 (0.90)	0 (0.00)	3 (0.86)	
อาชีพ				0.363
ข้าราชการ/พนักงานราชการ/พนักงานกระทรวงฯ	21 (6.33)	1 (6.25)	22 (6.32)	
พนักงานบริษัทเอกชน/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/รับจ้างทั่วไป	140 (42.17)	8 (50.00)	148 (42.53)	
เจ้าของธุรกิจ /อาชีพอิสระ/ค้าขาย/เกษตรกรรม	78 (23.49)	3 (18.75)	81 (23.28)	
นักเรียน/นักศึกษา/แม่บ้านดูแลสามีและบุตร/ผู้สูงอายุ/นักบวช	66 (19.88)	1 (6.25)	67 (19.25)	
ว่างงาน/ตกงาน	27 (8.13)	3 (18.75)	30 (8.62)	
เศรษฐกิจสถานะ				1.000
รายรับมากกว่ารายจ่าย ไม่มีหนี้สิน/มีแต่บริหารได้	27 (8.13)	1 (6.25)	28 (8.05)	
รายรับพอๆ กับรายจ่าย พอใช้	155 (46.69)	8 (50.00)	163 (46.84)	
รายรับน้อยกว่ารายจ่าย เป็นหนี้สิน	150 (45.18)	7 (43.75)	157 (45.11)	

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานและการนอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายเมื่อได้รับการรักษาครบ 12 สัปดาห์ (ต่อ)

	จำนวนผู้ป่วยไม่ได้ นอนโรงพยาบาลด้วย การพยายามฆ่าตัวตาย N = 332 (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยนอน โรงพยาบาลด้วย การพยายามฆ่าตัวตาย N = 16 (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยที่ศึกษา ทั้งหมดผู้ป่วย N = 348 (ร้อยละ)	p-value
โรคประจำตัว				0.247
ไม่มี	202 (60.84)	14 (87.50)	216 (62.07)	
มีโรคประจำตัวทางกาย	113 (34.04)	2 (12.50)	115 (33.05)	
มีโรคประจำตัวทางจิต	14 (4.221)	0 (0.00)	14 (4.02)	
มีโรคประจำตัวทางกายและทางจิต	3 (0.90)	0 (0.00)	3 (0.86)	
ประวัติการใช้สารเสพติด				0.828
บุหรื/เหล้า	14 (4.22)	1 (6.25)	15 (4.31)	
กัญชา/กระพ้อม/ยาบ้า/ยาไอซ์/ยาเค/ฝิ่น เฮโรอีน มอร์ฟีน ทามอล	29 (8.73)	1 (6.25)	30 (8.62)	
ไม่เคยใช้/เคยใช้แต่หยุดมานานมากกว่า 1 ปี	289 (87.05)	14 (87.50)	303 (87.07)	
ประวัติการพยายามทำร้ายตนเอง				0.050
ไม่เคยพยายามทำร้ายตนเอง	14 (4.22)	0 (0.00)	14 (4.02)	
เคยพยายามทำร้ายตนเอง 1 ครั้ง	160 (48.19)	3 (18.75)	163 (46.84)	
เคยพยายามทำร้ายตนเอง 2 ครั้ง	70 (21.08)	7 (43.75)	77 (22.13)	
เคยพยายามทำร้ายตนเองตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป	88 (26.51)	6 (37.50)	94 (27.01)	
วินิจฉัยโรค (กลุ่มโรค ICD 10)				0.227
กลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวน (F310, F312, F313, F314, F315, F316, F319)	14 (4.22)	2 (12.50)	16 (4.60)	
กลุ่มโรคซึมเศร้า (F320, F321, F322, F323, F329, F331, F341, F348, F39)	267 (80.42)	14 (87.50)	281 (80.75)	
กลุ่มโรควิตกกังวลย้ำคิดย้ำทำ (F410, F411, F412, F419, F420, F450)	25 (7.53)	0 (0.00)	25 (7.18)	
กลุ่มโรคความผิดปกติการปรับตัวต่อความเครียด (F430, F431, F432, F4321, F433)	26 (7.83)	0 (0.00)	26 (7.47)	
ยาจิตเวช				0.679
ไม่ได้รับยาต้านเศร้า	4 (1.20)	0 (0.00)	4 (1.15)	
ได้รับยาต้านเศร้า เช่น กลุ่มยา SSRI/SNRI/NASSA/TCA	171 (51.51)	7 (43.75)	178 (51.15)	
ได้รับยาต้านเศร้าวรร่วมกับ atypical antipsychotic/ mood stabilizer/หรือยาอื่นๆ	157 (47.29)	9 (56.25)	166 (47.70)	
แพทย์				0.142
คนที่ 1	122 (36.75)	10 (62.50)	132 (37.93)	
คนที่ 2	14 (4.22)	1 (6.25)	15 (4.31)	
คนที่ 3	68 (20.48)	1 (6.25)	69 (19.83)	
คนที่ 4	44 (13.25)	0 (0.00)	44 (12.64)	
คนที่ 5	84 (25.30)	4 (25.00)	88 (25.29)	

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานและการนอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายเมื่อได้รับการรักษาครบ 12 สัปดาห์ (ต่อ)

	จำนวนผู้ป่วยไม่ได้ นอนโรงพยาบาลด้วย การพยายามฆ่าตัวตาย N = 332 (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยนอน โรงพยาบาลด้วย การพยายามฆ่าตัวตาย N = 16 (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยที่ศึกษา ทั้งหมดผู้ป่วย N = 348 (ร้อยละ)	p-value
ค่าคะแนนซึมเศร้า (9q)				
เฉลี่ย mean (SD)	17.39 (5.70)	18.87 (5.77)	17.46 (5.70)	0.311
ระดับของภาวะซึมเศร้า (9q level)				0.475
มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย	80 (24.10)	2 (12.50)	82 (23.56)	
มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	94 (28.31)	4 (25.00)	98 (28.16)	
มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	158 (47.59)	10 (62.50)	168 (48.28)	
ค่าคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8q)				
เฉลี่ย mean (SD)	17.23 (13.86)	33.25 (14.67)	17.97 (14.28)	<0.001*
ระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8q level)				0.001*
มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายเล็กน้อย	128 (38.55)	0 (0.00)	128 (36.78)	
มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายปานกลาง	61 (18.37)	3 (18.75)	64 (18.39)	
มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายรุนแรง	143 (43.07)	13 (81.25)	156 (44.83)	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05 โดยการวิเคราะห์ Fisher's exact และ Student t-test

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการนอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้าครบ 12 สัปดาห์ ด้วยวิธี Multivariable logistic regression

ปัจจัยพื้นฐาน	ผู้ป่วยซึมเศร้า ไม่มีกรนอน โรงพยาบาลด้วยการ พยายามฆ่าตัวตาย (N = 332)	ผู้ป่วยซึมเศร้า นอนโรงพยาบาล ด้วยการพยายาม ฆ่าตัวตาย (N = 16)	Odds ratio	95% Confidence Interval	p-value
อายุเฉลี่ย mean $\pm$ SD	34.71 $\pm$ 13.40	27.75 $\pm$ 9.15	0.95	0.90-1.01	0.084
ระดับการศึกษา			0.63	0.20-1.98	0.428
ต่ำกว่าระดับมัธยมปลาย	123 (37.05)	10 (62.50)			
มัธยมปลายหรือเทียบเท่า	86 (25.90)	6 (37.50)			
ปวส.	47 (14.16)	0 (0.00)			
ปริญญาตรี	73 (21.99)	0 (0.00)			
สูงกว่าปริญญาตรี	3 (0.90)	0 (0.00)			
ค่าคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8q)	17.23 $\pm$ 13.86	33.25 $\pm$ 14.67	1.05	1.02-1.09	0.003*
เฉลี่ย mean $\pm$ SD					

N = จำนวนผู้ป่วยในกลุ่ม, SD = Standard Deviation, *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลระยอง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเกิดได้จากโปรแกรมการติดตามกำหนดไว้ให้ติดตาม 5 ครั้ง แต่จากงานวิจัยนี้ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ครบเนื่องจากการติดตามผ่านสื่อนั้น พบว่าผู้ป่วยหลายรายติดงานหรือมีความกลัวในเรื่องการโจรกรรมข้อมูลบุคคลไม่รับโทรศัพท์ จึงไม่สามารถติดตามได้ครบ 5 ครั้ง ได้ทุกคนตามที่กำหนดไว้ในโปรแกรมและการติดตามระยะเวลานั้นเพียง 12 สัปดาห์ซึ่งต่างจากงานวิจัยของ Lakshmi Vijayakumar และคณะ ที่ศึกษาการติดตามการให้คำแนะนำแบบสั้นและการประสานส่งต่อศูนย์ช่วยเหลือในสถานที่ใกล้เคียงที่ผู้พยายามทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย จำนวน 680 คนนั้น พบว่ากลุ่มศึกษามีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ²⁹ แต่อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มประชากรที่ศึกษานั้นเป็นคนที่ติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลซึ่งความรุนแรงของโรคจำนวนมากกว่า และติดตามนาน 18 เดือน ซึ่งนานกว่า

เมื่อติดตามครบ 12 สัปดาห์ พบว่าค่าคะแนนซึมเศร้า (9q) เฉลี่ย และค่าคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8q) เฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่ม ลดลงโดยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งอธิบายจากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีสาเหตุและปัจจัยปกป้องไม่แตกต่างกัน โดยพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าส่วนใหญ่ที่คิดฆ่าตัวตายพบมีปัจจัยกระตุ้น เช่น ปัญหาความสัมพันธ์ ปัญหาการเรียน/การทำงาน ปัญหาเศรษฐกิจ มีปัจจัยที่ทำให้เสี่ยง เช่น ปัญหาถูกทารุณ/ทอดทิ้งในวัยเด็ก และผู้ป่วยที่มีปัจจัยปกป้อง เช่น มีห่วงเช่น ลูก พ่อแม่ คนที่รัก กำลังใจจากครอบครัว จะช่วยยับยั้งการพยายามฆ่าตัวตายตามลำดับ และปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ ซึ่งสอดคล้องกับ O' Connor ทฤษฎี 4P ของ Professor Rory³² ซึ่งทฤษฎีนี้ช่วยให้เข้าใจปัจจัยต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย โดยแบ่งออกเป็น 4 หมวดหมู่ ได้แก่ ปัจจัยที่ทำให้มีความเสี่ยง (predisposing factors) ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) ปัจจัยที่ทำให้เกิด (perpetuating factors) และปัจจัยปกป้อง (protective factors) ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่ยากในการควบคุม³³ และมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เพราะฉะนั้นถึงแม้จะมีการติดตามตามโปรแกรมแต่ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดวิกฤตชีวิต³⁴ ช่วงเวลาใดก็ได้ตลอดชีวิตของผู้ป่วย

นอกจากนี้ เมื่อศึกษาปัจจัยพื้นฐานที่สัมพันธ์ต่อการนอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย พบว่ามีปัจจัยเพียงข้อเดียวที่มีความสัมพันธ์กับการนอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ค่าคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8q) เช่นเดียวกับการศึกษาของ เอกชัย

เพชรพรประภาส และคณะ²⁴ โดยพบว่าค่าคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8q) เฉลี่ยของผู้ป่วยซึมเศร้าที่นอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตายเท่ากับ 33.25 ± 14.67 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีการนอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตายเท่ากับ 17.23 ± 13.86 โดยเมื่อค่าคะแนน 8q เพิ่มขึ้นทุก 1 คะแนน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการนอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย 1.05 เท่า (aOR = 1.05, 95%CI = 1.02 - 1.09, p-value = 0.003) จึงใช้ค่าคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8q) เฉลี่ยเป็นเกณฑ์การวางแผนทางในการประเมินและดูแลติดตามผู้ป่วยต่อไปได้³⁵

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ วันเวลาในการติดตามของนักจิตวิทยา ผู้ติดตามที่จำกัดการติดตามเฉพาะวันเวลาราชการ ถึงแม้จะมีการนัดเวลากับผู้ป่วยล่วงหน้าก็ตาม ความกลัวและความกังวลใจต่อการถูกโจรกรรมข้อมูลของผู้ป่วย ถึงแม้จะมีการแจ้งเบอร์ที่ใช้ในการติดตามตั้งแต่วันที่ตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัย ปัจจัยต่างๆ ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญระหว่างการติดตามยากต่อการควบคุมและการเกิดการฆ่าตัวตายซ้ำพบน้อยรวมทั้งประชากรกลุ่มควบคุมเป็นการปฏิบัติเป็นประจำ (routine practice) ตามแนวทางทั่วไป ไม่ใช้การจัดกระทำตัวแปรอื่นที่เป็นตัวแปรอิสระ (active control group) จึงส่งผลต่อการพัฒนาระบบการดูแลติดตามผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างเข้มข้นนั้น ไม่สามารถลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้

ข้อเสนอแนะ จากผลการวิจัยจะนำโปรแกรมการดูแลติดตามผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างเข้มข้นไปใช้ในการวางแผนทางในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า ที่มีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายต่อไป เพราะถึงแม้จากงานวิจัยนี้เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติจะไม่สามารถลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายได้จากสาเหตุหลายปัจจัย ทั้งจากการกำหนดวิธีการศึกษาและปัจจัยภายนอกที่ยากต่อการควบคุม แต่ในทางคลินิกนั้นการลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายได้แม้คนเดียวนับว่าเป็นผล (impact) ที่มีคุณค่าอย่างมาก จึงเห็นว่างานวิจัยนี้มีประโยชน์สามารถนำไปพัฒนาต่อยอดงานวิจัยในอนาคตได้ โดยแก้ไขข้อจำกัดจากงานวิจัยนี้ เช่น กำหนดวิธีการศึกษาให้รัดกุมมากขึ้น และนำปัจจัยที่พบว่าสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยซึมเศร้ารวมทั้งสาเหตุและปัจจัยปกป้องไปใช้ออกแบบแนวทางในการประเมินและดูแลรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าต่อไปได้แก่ การจัดตั้งคลินิกเฉพาะโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการ

ฆ่าตัวตายที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระยอง เพื่อสามารถมีเวลาในการประเมินบันทึกข้อมูล และติดตามผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง โดยกำหนดระยะเวลาติดตามผู้ป่วยให้มีความถี่มากขึ้น และระยะเวลายาวนานขึ้น เช่น ทุก 1 - 2 สัปดาห์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ จากนั้นติดตามทุก 4 สัปดาห์ จนครบ 18 เดือน (หรือมากกว่าในรายที่ยังไม่หายเป็นปกติ) และกำหนดแนวทางในการติดตามดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจากงานวิจัย ได้แก่ ค่าคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8q) เป็นเกณฑ์ กรณีผู้ป่วยซึมเศร้าที่คะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8q) ตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป สามารถนัดเข้าคลินิกเฉพาะโรคซึมเศร้า ซึ่งการรักษาโรคซึมเศร้าโดยให้การรักษาทั้งยาและจิตบำบัด³⁶ รวมทั้งมีการติดตามผ่านโทรศัพท์หรือวิดีโอคอลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยประเมินตามข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละราย และสามารถปรับให้เหมาะสมกับบริบทสถานพยาบาลแต่ละแห่งได้

สรุป

การพัฒนาระบบการดูแลติดตามผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างเข้มข้นนั้น ไม่สามารถลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าซึ่งเข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลระยอง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบการลดลงของค่าคะแนนภาวะซึมเศร้า (9q) เฉลี่ยและค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย (8q) เฉลี่ยที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน จากการวิเคราะห์พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพียงปัจจัยเดียว คือ ค่าคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8q) เฉลี่ยและสาเหตุที่พบบ่อย 3 ลำดับแรกที่ทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าคิดฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง คือ ปัญหาความสัมพันธ์ ปัญหาการเรียน/การทำงานและปัญหาเศรษฐกิจตามลำดับ โดยพบว่าปัจจัยปกป้องที่ช่วยผู้ป่วยซึมเศร้าให้สามารถยับยั้งความคิดฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองที่พบบ่อย 3 ลำดับแรก คือ การมีห่วง เช่น ลูก พ่อแม่ สัตว์เลี้ยง คนที่รัก กำลังใจจากครอบครัว/คนรัก/เพื่อน และการปรับมุมมองใหม่ของผู้ป่วยต้องการให้ชีวิตดีขึ้น ตามลำดับ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลระยองทุกท่าน ในการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามที่

กำหนดให้ ช่วยเหลือในการสัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลตามแบบสอบถามที่ผู้นิพนธ์ออกแบบขึ้น ผศ. (พิเศษ) ดร.ภญ. รุ่งทิพ หมีนพา ที่ช่วยให้คำแนะนำเรื่องงานวิจัย โดยเฉพาะเรื่องการใช้สถิติในการวิเคราะห์ตัวแปรต่างๆ รศ.พญ.วิจิตร นวลละออง ที่ช่วยให้คำปรึกษาตลอดระยะเวลาวิจัย และ นายแพทย์วรพล อมรวิทย์ นายแพทย์ชำนาญการ แพทย์เฉพาะทางสาขาระบาดวิทยา กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลระยอง ช่วยให้คำแนะนำในการเขียนงานวิจัย งานวิจัยฉบับนี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากแหล่งทุนใด

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ผู้วิจัยไม่มีประโยชน์ขัดกันใดๆ ผลการวิจัยนี้เกิดจากความคิดและการดำเนินการวิจัยอย่างอิสระของผู้วิจัยเท่านั้น

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

อรอุมา ประสงค์สำเร็จ ออกแบบการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความตลอดจนการแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Benjet C, Bruffaerts R, et al. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychol Med* 2018;48(9): 1560-71.
2. Sadock BJ, Sadock VJ. Concise textbook of clinical psychiatry derived from Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
3. Limsontikul C. Suicide rates in Thailand 2008. *J Ment Health Thai* 2009;17(1): 52-5.
4. Rungreangkulkij SR, Kotnara I, Thamnoi R, Yodklang O, Anusak B. Experience of suicide attempt: gender differences. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2013;58(3): 245-56.
5. Chang SS, Gunnell D, Sterne JAC, Lu TH, Cheng ATA. Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia: a time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Soc Sci Med* 2009;68(7): 1322-31.
6. Lotrakul M. Suicide in Thailand during the period 1998-2003. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006;60(1): 90-5.
7. Penglia Y, Tippunya S, Puksorn K, Likasitdamrongkul W, Thanee S, Luprasong S. Application of community participatory programs for suicide prevention: a case study at Jarim sub-district, Tha-Pla district, Uttaradit province. *J Ment Health Thai* 2018;26(3):184-96.
8. Yingseeree O, Yingseeree S. The factors associated with committed suicide in Hang Chat district by psychological autopsy during

- 2008 and application to community prevention. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2010;55(4): 297-304.
9. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. [cited 2021 Jan 30]. Available from: [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).
 10. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 [Internet]. [cited 2021 Jan 11]. Available from: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
 11. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing - 5 May 2023 [Internet]. [cited 2024 Jan 01]. Available from: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing---5-may-2023>.
 12. Coronavirus declared global health emergency by WHO. 2020 Jan 30 [Internet]. [cited 2021 Jan 11]; Available from: <https://www.bbc.com/news/world-51318246>.
 13. Wongwilai P. Factors related to suicidal behavior at Sansai hospital Chiang Mai province. *Academic Psychiatry and Psychology Journal* 2021;37(2): 94-107.
 14. Khamma A. Risk factors associated with suicide :a case - control study in Sukhothai province. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2013;58(1): 3-16.
 15. Lotrakul M. Suicide trends in Thailand categorized by age and gender. *J Psychiatr Assoc Thailand* 1998;43: 2-13.
 16. Sukhawaha S, Arunpongpaisal S. Risk factor and suicide theory associated with suicide in adolescents: a narrative reviews. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2017;62: 359-78.
 17. Ekasawin S. Multiple suicides among psychiatric adolescents. *J Ment Health Thai* 2004;12: 54-63.
 18. Parra-Urbe I, Blasco-Fontecilla H, Garcia-Parés G, Martínez-Naval L, Valero-Coppin O, Cebrià-Meca A, et al. Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: a survival analysis. *BMC Psychiatry* 2017;17: 163.
 19. Rukkhajeeul S. Depression and suicidal behaviors among Naresuan University students. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2013;58(4): 359-70.
 20. Worapani P, Bamrerraj S, Su-khaws S. To study the factors influencing suicide attempts in patients of Kongklailas hospital. *Community health development quarterly Khon Kaen University* 2013;1(1): 69-78.
 21. Kamondham S, Kaewdee R. The factors associated with committed suicide in Muang District, Lampang Province by psychological autopsy from october, 2010 to september 2013. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2018;63(1): 47-54.
 22. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiat* 2008;192(2): 98-105.
 23. Leejongpermpoon J, Kongsuk T, Sriruenthong W, Pangchuntr W, Kenbubpha K, Yingyeun R, et al. P-1432 - The suicidality in thai population: a national survey. *Eur Psychiatry* 2012;27: 1.
 24. Petpornprapas E. Depression: prevalence and associated factors of suicidal attempts at Bangplee hospital, Samutprakarn province. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2020;65(2): 167-78.
 25. Khummeeseenon P, Khummeeseenon P, Chokrussameehirun J, Srichanla E, Khamchompu S, Saokaew W. Risk and protective factors of people who attempted suicide in the 7th health district of Thailand. *J Suicide Prev Thai* 2020;1(1): 25-40.
 26. Organization WH. Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries [Internet]. World Health Organization; 2021 [cited 2021 Feb 11]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/341726>
 27. Lotrakul M, Lotrakul M, Sukanit P, editors. *Ramathibodi's Essential of Psychiatry*. 3rd edition. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital 2010. (in Thai). [cited 2021 Feb 11]; Available from: https://www.academia.edu/249010/Lotrakul_M_Sukanit_P_editors_Ramathibodi_s_Essential_of_Psychiatry_3rd_edition_Bangkok_Faculty_of_Medicine_Ramathibodi_Hospital_2010_in_Thai
 28. Peter AG, Molina ML, Cardoso T de A, Mondin TC, Silva RA da, Jansen K, et al. Incidence and risk factors for suicide attempts in patients diagnosed with major depressive disorder. *Psychol Res Behav Manag* 2020 ;13: 1147-57.
 29. Vijayakumar L, Umamaheswari C, Shujaath Ali ZS, Devaraj P, Kesavan K. Intervention for suicide attempters: a randomized controlled study. *Indian J Psychiatry* 2011;53(3): 244-8.
 30. Paholpak S. Mood disorder. Khon Kaen: Siriphan offset; 1999
 31. Serisathien P, Ucharatana W, Boonchome, An epidemiological study of suicidal attempt patients in governmental hospitals at Rayong province. *J Psychiatr Assoc Thailand* 1998;43(1): 14-21.
 32. Warren M, O'Connor C, Lee JE, Burton J, Walton D, Keathley J, et al. Predispose, precipitate, perpetuate, and protect: how diet and the gut influence mental health in emerging adulthood. *Front Nutr* 2024;11: 1339269.
 33. Krychiw JK, Ward-Ciesielski EF. Factors related to suicide's unpredictability: a qualitative study of adults with lived experience of suicide attempts. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2019;14(1): 1650585.
 34. Howarth EJ, O'Connor DB, Panagioti M, Hodkinson A, Wilding S, Johnson J. Are stressful life events prospectively associated with increased suicidal ideation and behaviour: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2020;266: 731-42.
 35. Riera-Serra P, Navarra-Ventura G, Castro A, Gili M, Salazar-Cedillo A, Ricci-Cabello I, et al. Clinical predictors of suicidal ideation, suicide attempts and suicide death in depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2024;274(7): 1543-63.
 36. Sher L, Oquendo MA. Suicide: An overview for clinicians. *Med Clin North Am* 2023;107(1): 119-30.

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการฟอกเลือดในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

นิพนธ์ นครน้อย*

*โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

วิธีการศึกษา การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จำนวน 72 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน

ผลการศึกษา ผู้ป่วยจำนวนทั้งหมด 72 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.8) มีอายุเฉลี่ย 53.3 สถานภาพสมรสแบ่งเป็นโสด ร้อยละ 36.1 แต่งงาน ร้อยละ 38.9 หย่าร้าง ร้อยละ 15.3 และหม้าย ร้อยละ 9.7 ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยส่วนใหญ่คือชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 54.2) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 72.2) และเป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 62.5) มีการสนับสนุนทางการเงิน ร้อยละ 65.3 ค่ามัธยฐานรายได้ของผู้ป่วยอยู่ที่ 0 บาท ระยะเวลาการฟอกเลือดมีค่ามัธยฐานที่ 2 ปี โดยความถี่ในการฟอกเลือดมีค่ามัธยฐานที่ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ และปริมาณยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานเฉลี่ยต่อวันคือ 14.3 เม็ด จากการศึกษานี้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วย ร้อยละ 15.3 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือการขาดการสนับสนุนทางการเงิน (odds ratio = 6.902, 95% CI = 1.635 - 29.135) ผลการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ สิทธิการรักษา ผู้ดูแล ความขัดแย้งในครอบครัว โรคประจำตัว รายได้ ระยะเวลาการฟอกเลือด ความถี่ในการฟอกเลือด และปริมาณยาที่รับประทานต่อวันกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว

สรุป ผลการศึกษพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ร้อยละ 15.3 และการขาดการสนับสนุนทางการเงินเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ ภาวะซึมเศร้า ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ปัจจัยเสี่ยง

Corresponding author: นิพนธ์ นครน้อย

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

Email: researchnipon@gmail.com

วันรับ 7 ตุลาคม 2567 วันแก้ไข 15 ตุลาคม 2567 วันตอบรับ 7 มกราคม 2568

Prevalence and Factors Associated with Depression among End Stage Kidney Disease Patients in Somdetphraphutthaloetla Hospital

Nipon Nakornnoi*

*Somdetphraphutthaloetla Hospital

ABSTRACT

Objectives: To study the prevalence of depression in end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis and the factors associated with depression in this patient group.

Methods: A cross-sectional descriptive study in 72 end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis at Somdetphraphutthaloetla Hospital. Data were collected using two questionnaires: a general information questionnaire and the 9-question depression screening (9Q). Descriptive and inferential statistics were used for data analysis.

Results: Of the total 72 patients, the majority were female (52.8%) with a mean age of 53.3 years. Their marital status was single (36.1%), married (38.9%), and divorced (15.3%). The highest educational level attained by most patients was primary school (54.2%). Most patients were unemployed (72.2%) and had universal health coverage (62.5%). 65.3% received financial support. The median income of the patients was 0 baht. The median duration of dialysis was 2 years. The median hemodialysis frequency was 2 sessions per week. The average number of medications taken per day was 14.3 pills. The prevalence of depression was 15.3% in this patient group. Lack of financial support was significantly associated with depression (odds ratio = 6.902, 95% CI = 1.635 - 29.135). No significant associations were found between depression and gender, age, marital status, education level, occupation, healthcare coverage, caregiver, family conflicts, underlying diseases, income, dialysis duration, dialysis frequency, and number of medications.

Conclusion: The study found a 15.3% prevalence of depression in end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis. Lack of financial support was a significant risk factor for depression.

Keywords: depression, end-stage kidney disease, hemodialysis, risk factors

Corresponding author: Nipon Nakornnoi

Email: researchnipon@gmail.com

Received: 7 October 2024 Revised: 15 October 2024 Accepted: 7 January 2025

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease; ESRD) หมายถึง ภาวะที่อัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate; eGFR) น้อยกว่า 15 ml/min/1.73m² ทำให้ร่างกายไม่สามารถขับของเสียออกจากร่างกายได้อย่างเพียงพอ ผู้ป่วยจะมีการ เช่น บวม หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อาการหอบจากการคั่งของกรดในกระแสเลือด หากมีอาการมากและไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้เกิดอาการซึมและชักได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต เพื่อขจัดของเสียที่คั่งอยู่ในร่างกาย ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางหน้าท้อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต¹

ผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายมีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาทางสุขภาพจิต เนื่องจากต้องเผชิญกับความเครียดและความกดดันจากโรคเรื้อรังที่รุนแรง การสูญเสียหน้าที่ของร่างกาย การพึ่งพาการรักษาทดแทนไตตลอดชีวิต ความยากลำบากในการดำรงชีวิต การสูญเสียบทบาทและการมีส่วนร่วมในสังคม ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตใจ โดยภาวะทางจิตเวชที่พบบ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและภาวะเครียดจากการศึกษาของ Min-Jeong Lee และคณะ² พบความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายร้อยละ 28.3 โดยภาวะที่พบบ่อยที่สุดคือ ภาวะวิตกกังวล (anxiety disorder) ร้อยละ 20 รองลงมาคือภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 16.8 ภาวะเครียด/ภาวะการปรับตัวผิดปกติ (stress/adjustment disorder) ร้อยละ 2.5

ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายชนิดรวมถึงโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จากการศึกษาก่อนหน้าพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมนั้นมีความหลากหลาย โดยพบตั้งแต่ร้อยละ 20 - 47³⁻⁶ สำหรับประเทศไทยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ในช่วงร้อยละ 17.6 - 69.2⁷⁻⁹ ทั้งนี้ความแตกต่างของความชุกอาจเกิดจากเกณฑ์การประเมิน ประชากรศึกษา และสถานที่ศึกษา

การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าโดยใช้เกณฑ์ของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) ซึ่งเป็นคู่มือการวินิจฉัยและสถิติความผิดปกติที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลโดยประเภทของกลุ่มอาการโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 TR¹⁰ ได้แก่ โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (persistent depressive disorder) โรคซึมเศร้าจากความผิดปกติของอารมณ์ (disruptive mood dysregulation

disorder) ภาวะซึมเศร้าก่อนมีประจำเดือน (premenstrual dysphoric disorder) โรคซึมเศร้าที่เกิดจากการใช้ยา/สารเสพติด (substance/medication induced depressive disorder) โรคซึมเศร้าที่เกิดร่วมกับโรคทางกายอื่นๆ (depressive disorder due to another medical condition) โรคซึมเศร้าที่ไม่ได้ระบุรายละเอียด (unspecified depressive disorder) โดยภาวะที่รุนแรงที่สุดในกลุ่มอาการข้างต้นคือโรคซึมเศร้า (major depressive disorder)

การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าตามมาตรฐานจะต้องอาศัยการสัมภาษณ์และประเมินอย่างละเอียดโดยจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ อย่างไรก็ตามด้วยข้อจำกัดทางด้านทรัพยากรและเวลา จึงได้มีแบบสอบถามประเมินตนเองที่ใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยได้รับการวิจัยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง¹¹ ได้แก่ แบบทดสอบ Patient Health Questionnaires (PHQ-9) แบบทดสอบ Beck Depression Inventory (BDI) แบบทดสอบ Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CESD) และแบบทดสอบ Quick Inventory of Depressive Symptomatology Self-Report (QIDS-SR) โดยมีการศึกษาของ ธรณินทร์ กองสุข และคณะ¹² ได้ทำการศึกษาแบบประเมิน 9Q ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้า 9 ข้อ มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 86.15 ค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 83.12 และมีความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ระบบเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าซึ่งได้เริ่มดำเนินงานเมื่อปี พ.ศ. 2549 โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีการพัฒนาและนำมาใช้ในการคัดกรองโรคซึมเศร้าเพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเมื่อเปรียบเทียบกับเครื่องมือที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ PHQ9 ภาษาไทย ความแตกต่างที่ชัดเจนคือ PHQ9 ภาษาไทยเป็นแบบประเมินด้วยตัวเอง ส่วนแบบประเมิน 9Q เป็นแบบสัมภาษณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยฟอกเลือด ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เช่น เพศหญิง¹³⁻¹⁵ อายุ^{13,16} โรคประจำตัว¹³ ปัจจัยด้านการรักษา เช่น ระยะเวลาการฟอกเลือด¹⁷ และปัจจัยด้านสังคม เช่น สถานภาพสมรส¹⁶ รายได้ การว่างงาน^{13,14} และการสนับสนุนทางสังคม¹⁸ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิต การควบคุมโรคประจำตัว และเพิ่มอัตราการเสียชีวิต¹⁹ การคัดกรองและวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในเบื้องต้นจึงมีความสำคัญในการเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดอัตราการเสียชีวิต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) โดยประชากรที่ศึกษา (study population) ได้แก่ ผู้ป่วยภาวะไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ในช่วงวันที่ 1 - 31 สิงหาคม 2567 จำนวนทั้งหมด 72 คน ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria) คือ อายุมากกว่า 18 ปี และเป็นผู้ป่วยภาวะไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ส่วนเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้หรือให้ข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปซึ่งประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ สิทธิการรักษา ผู้ดูแล ความขัดแย้งในครอบครัว การสนับสนุนทางการเงิน โรคประจำตัว รายได้ ระยะเวลาการฟอกเลือด ความถี่ในการฟอกเลือด และปริมาณยาที่รับประทานต่อวัน และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) เป็นแบบสอบถามที่ให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก คือ ไม่มีอาการเลยให้ค่าคะแนน = 0 เป็นบางวันให้ค่าคะแนน = 1 เป็นบ่อยให้ค่าคะแนน = 2 และทุกวันให้ค่าคะแนน = 3 มีค่าคะแนนรวมสูงสุด 27 คะแนน จุดตัดของคะแนนคือตั้งแต่ 7 ขึ้นไป โดยแบ่งระดับความรุนแรงเป็นระดับเล็กน้อย (ช่วงคะแนน 7 - 12) ระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 13 - 17) ระดับรุนแรง (ช่วงคะแนน 18 ขึ้นไป) โดยเลือกแบบประเมิน 9Q เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่แนะนำให้ใช้จากแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้า สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ฉบับปรับปรุงปี 2560 โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

วิธีการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการ

สัมภาษณ์ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จำนวนทั้งหมด 72 คน หลังจากผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยและขอความยินยอมจากผู้ป่วย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล (case record form) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการอธิบายลักษณะประชากร นำเสนอข้อมูลเป็นความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หากข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ถ้าข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ นำเสนอด้วยค่ามัธยฐานและค่าต่ำสุด-สูงสุด และใช้สถิติเชิงอนุมานในการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวของไต โดยในส่วนของข้อมูลที่เป็นตัวแปรต่อเนื่อง (continuous variables) ใช้ Student's t-test หรือ Mann-Whitney U test ส่วนข้อมูลที่เป็นตัวแปรจัดกลุ่ม (categorical variable) ใช้ Chi-squared test หรือ Fisher's exact test ใช้สถิติ Logistic regression ในการหาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า นำเสนอออกมาเป็น odds ratio และช่วงความเชื่อมั่น (95% confidence interval) โดยระดับนัยสำคัญทางสถิติเมื่อค่า p-value น้อยกว่า 0.05

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เลขที่ 007/2567

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยภาวะไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จำนวน 72 ราย มีอายุเฉลี่ย 53.3 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 52.8 สถานภาพสมรสแบ่งเป็นโสด ร้อยละ 36.1 แต่งงาน ร้อยละ 38.9 หย่าร้าง ร้อยละ 15.3 และหม้าย ร้อยละ 9.7 ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยส่วนใหญ่คือชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 54.2 รองลงมาคือมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 36.1 ในด้านอาชีพ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 72.2 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 62.5 รองลงมาคือสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 29.2 และสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 8.3 สำหรับผู้ดูแล ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 51.4 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความขัดแย้งในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 91.7 ในด้านการสนับสนุนทางการเงิน ร้อยละ 65.3 ของผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางการเงิน ค่ามัธยฐานรายได้ของผู้ป่วยอยู่ที่ 0 บาท ระยะเวลาการฟอกเลือดมีค่ามัธยฐานที่ 2 ปี โดยความถี่ในการฟอกเลือดมีค่ามัธยฐานที่ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ และปริมาณยา

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้า

ปัจจัย	รวม (N = 72)	มีภาวะซึมเศร้า (9Q ≥ 7) (N = 11)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (9Q < 7) (N = 61)	p-value
เพศ				0.433
ชาย	34 (47.2)	4 (36.4)	30 (49.2)	
หญิง	38 (52.8)	7 (63.6)	31 (50.8)	
อายุ (ปี)	53.3 ± 16.5	51.0 ± 14.8	54.6 ± 15.6	0.487
สถานภาพสมรส				0.722
โสด	26 (36.1)	3 (27.2)	23 (37.7)	
แต่งงาน	28 (38.9)	4 (36.4)	24 (39.3)	
หย่าร้าง	11 (15.3)	2 (18.2)	9 (14.8)	
หม้าย	7 (9.7)	2 (18.2)	5 (8.2)	
ระดับการศึกษาสูงสุด				0.997
ประถมศึกษา	39 (54.2)	6 (54.5)	33 (54.1)	
มัธยมศึกษา	26 (36.1)	4 (36.4)	22 (36.1)	
อุดมศึกษา	7 (9.7)	1 (9.1)	6 (9.8)	
ไม่ได้รับการศึกษา	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
อาชีพ				0.262
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	52 (72.2)	8 (72.7)	44 (72.1)	
รับราชการ	2 (2.8)	0 (0)	2 (3.3)	
พนักงานบริษัท	2 (2.8)	0 (0)	2 (3.3)	
ค้าขาย	5 (6.9)	0 (0)	5 (8.2)	
รับจ้าง	9 (12.5)	2 (18.2)	7 (11.5)	
เกษตรกร	1 (1.4)	0 (0)	1 (1.6)	
ขายสลากกินแบ่งรัฐบาล	1 (1.4)	1 (9.1)	0 (0)	
สิทธิการรักษา				0.408
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	45 (62.5)	5 (45.5)	40 (65.6)	
ประกันสังคม	21 (29.2)	5 (45.5)	16 (26.2)	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6 (8.3)	1 (9.0)	5 (8.2)	
ผู้ดูแล				0.279
มี	35 (48.6)	7 (63.6)	28 (45.9)	
ไม่มี	37 (51.4)	4 (36.4)	33 (54.1)	
ความขัดแย้งในครอบครัว				0.849
มี	6 (8.3)	1 (9.1)	5 (8.2)	
ไม่มี	66 (91.7)	10 (90.9)	56 (91.8)	
การสนับสนุนทางการเงิน				0.012*
มี	47 (65.3)	3 (27.3)	44 (72.1)	
ไม่มี	25 (34.7)	8 (72.7)	17 (27.9)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้า (ต่อ)

ปัจจัย	รวม (N = 72)	มีภาวะซึมเศร้า (9Q ≥ 7) (N = 11)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (9Q < 7) (N = 61)	p-value
โรคประจำตัว				
เบาหวาน	19 (26.3)	3 (27.3)	16 (26.2)	1.000
ความดันโลหิตสูง	65 (90.3)	9 (81.8)	56 (91.8)	0.289
หัวใจ	9 (12.5)	1 (9.1)	8 (13.1)	1.000
หลอดเลือดสมอง	1 (1.4)	1 (9.1)	0 (0)	0.153
มะเร็ง	1 (1.4)	0 (0)	1 (1.6)	1.000
ไทรอยด์	3 (4.2)	1 (9.1)	2 (3.3)	0.397
ไขมันในเลือดสูง	23 (31.9)	2 (18.2)	21 (34.4)	0.484
ไวรัสตับอักเสบบี	5 (6.9)	0 (0)	5 (8.2)	1.000
เกาต์	5 (6.9)	2 (18.2)	3 (4.9)	0.165
รายได้ (บาท)	0 (0 - 40000)	0 (0 - 20000)	0 (0 - 40000)	0.501
ระยะเวลาการฟอกเลือด (ปี)	2 (0.5 - 24)	3 (1 - 24)	4 (0.5 - 20)	0.826
ความถี่ในการฟอกเลือด (ครั้งต่อสัปดาห์)	2 (1 - 3)	2 (2 - 3)	2 (1 - 3)	0.102
ปริมาณยาที่รับประทานต่อวัน (เม็ด)	14.3 ± 7.0	11.9 ± 4.8	14.7 ± 7.2	0.244

หมายเหตุ ข้อมูลนำเสนอเป็นจำนวน (เปอร์เซ็นต์) ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด - สูงสุด)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ที่ผู้ป่วยต้องรับประทานเฉลี่ยต่อวันคือ 14.3 เม็ด (ตารางที่ 1) โดยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 15.3

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าโดยใช้การทดสอบทางสถิติพบว่า การสนับสนุนทางการเงินมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.012) อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ สิทธิการรักษา ผู้ดูแล ความขัดแย้งในครอบครัว โรคประจำตัว รายได้ ระยะเวลาการฟอกเลือด ความถี่ในการฟอกเลือด และปริมาณยาที่รับประทานต่อวันกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

จากการวิเคราะห์ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางการเงินในกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือด

ด้วยเครื่องไตเทียม โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาค (binary logistic regression) พบว่าการสนับสนุนทางการเงินมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.009) โดยมีค่า odds ratio เท่ากับ 6.902 และช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% confidence interval) อยู่ระหว่าง 1.635 - 29.135 (ตารางที่ 2)

วิจารณ์

การศึกษานี้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ร้อยละ 15.3 ซึ่งต่ำกว่าความชุกทั่วโลกที่ร้อยละ 31.9 ตามการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Adejumo และคณะ³ อย่างไรก็ตามค่าความชุกดังกล่าวใกล้เคียงกับการศึกษาของ Plookrak และคณะ⁷ ในประเทศไทย ซึ่งเป็นการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์หัตถถอยโลจิสติกแบบทวิภาคแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางการเงินกับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัย	odds ratio	95% confidence interval	p-value
การสนับสนุนทางการเงิน	6.902	1.635 - 29.135	0.009*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลศูนย์พระนครศรีอยุธยา จำนวนทั้งหมด 91 ราย โดยใช้แบบประเมิน PHQ-9 พบความชุก ร้อยละ 17.6 และ Sribunruang²⁰ ซึ่งทำการศึกษาในโรงพยาบาล ดารารัศมี จังหวัดเชียงใหม่ ในผู้ป่วยพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 76 ราย โดยใช้แบบประเมิน Beck Depression Inventory IA (BDI-IA) พบความชุกร้อยละ 23.7 ในขณะที่การศึกษาของ Sithinamsuwan²¹ และคณะ ซึ่งทำการศึกษาผู้ป่วยพอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 60 ราย โดยใช้ แบบประเมิน Thai Depression Inventory (TDI) พบมีความชุก เพียงร้อยละ 6.7 ความแตกต่างของความชุกที่รายงานอาจเกิดจาก ความแตกต่างของเครื่องมือคัดกรองที่ใช้ ซึ่งมีความไวและ ความจำเพาะในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมในแต่ละพื้นที่ยังมีผล ต่อการรับรู้และแสดงออกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย ส่งผลให้ ความชุกที่รายงานในแต่ละการศึกษามีความแตกต่างกัน

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าปัจจัยด้านการสนับสนุนทางการเงินมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ได้รับการพอกเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่ง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Al-Jabi และคณะ¹³ และ Alkubati และคณะ¹⁴ โดยทั้งสองการศึกษาพบว่า รายได้ ภาวะการว่างงาน และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรดังกล่าว อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ ไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา การมีผู้ดูแล ความขัดแย้ง ในครอบครัว โรคประจำตัว ระยะเวลาการพอกเลือด ความถี่ ในการพอกเลือดและปริมาณยาที่รับประทานกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Wannatong และคณะ²² ในประเทศไทย อย่างไรก็ตามก็ผลดังกล่าวขัดแย้งกับการศึกษาของ Al-Jabi และคณะ¹³ ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุมาก เพศหญิง ภาวะการว่างงาน และการมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค กับภาวะ ซึมเศร้า ความแตกต่างของผลการศึกษาดังกล่าวอาจเกิดจาก หลายปัจจัย ได้แก่ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน เครื่องมือ ที่ใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า รวมถึงบริบททางสังคม วัฒนธรรม

ระบบสุขภาพ และการเข้าถึงบริการในแต่ละประเทศ ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของ Bautovich และคณะ²³ ที่พบว่าปัจจัยด้านสังคม และวัฒนธรรมมีผลต่อความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไต

ข้อจำกัดของการศึกษาคือขนาดกลุ่มตัวอย่างเล็ก และ เป็นการศึกษแบบตัดขวาง ซึ่งอาจมีผลต่อการตีความข้อมูล และ การสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ นอกจากนี้การศึกษานี้ใช้ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9Q ซึ่งเป็นเพียงเครื่องมือคัดกรอง เบื้องต้นเท่านั้น หากผู้ป่วยมีผลคัดกรองเป็นภาวะซึมเศร้าควรได้รับ การประเมินและวินิจฉัยอย่างละเอียดจากจิตแพทย์ เพื่อยืนยัน ภาวะซึมเศร้าอย่างแม่นยำ

สำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคต การเพิ่มจำนวนกลุ่ม ตัวอย่างโดยใช้รูปแบบการวิจัยพหุสถาบัน (multicenter study) จะช่วยให้ผลลัพธ์มีความแม่นยำและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การศึกษานี้ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางการเงินในเชิงลึก เช่น แหล่งที่มาของรายได้ สัดส่วนรายได้ต่อค่าใช้จ่าย และ ภาระหนี้สิน จะช่วยให้เข้าใจบริบทของผู้ป่วยได้อย่างรอบด้านยิ่งขึ้น ควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่ ให้ ความสำคัญกับทั้งมิติด้านการเงิน และการสนับสนุนทางสังคม อย่างเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

สรุป

การศึกษานี้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ร้อยละ 15.3 และ การขาดการสนับสนุนทางการเงินเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อ ภาวะซึมเศร้า

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากภายนอก

ผลประโยชน์ขัดกัน

ผู้วิจัยขอรับรองว่าไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

เอกสารอ้างอิง

1. KDIGO. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease [Internet]. Brussels: Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO); 2013 [cited 2023 Apr 10]. Available from: <https://kdigo.org/guidelines/ckd-evaluation-and-management/>.
2. Lee MJ, Lee E, Park B, Park I. Mental illness in patients with end-stage kidney disease in South Korea: a nationwide cohort study. *Kidney Res Clin Pract* 2022; 41(2): 231-41.
3. Adejumo OA, Edeki IR, Sunday OD, Falade J, Yisau OE, Ige OO, et al. Global prevalence of depression in chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. *J Nephrol* 2024; 37(9): 2455-72.
4. Li Y, Zhu B, Shen J, Miao L. Depression in maintenance hemodialysis patients: what do we need to know? *Heliyon* 2023; 9(9): e19383.
5. Liu J, Huang Z, Huang J, Duan M, Zhang Y, Wang L. Prevalence and association of depression with uremia in dialysis population: a retrospective cohort analysis. *Medicine (Baltimore)* 2020; 99(24): e20401.
6. Saglimbene V, Natale P, Palmer S, Ruospo M, Gargano L, Craig JC, et al. Depression and all-cause and cardiovascular mortality in patients on haemodialysis: a multinational cohort study. *Nephrol Dial Transplant* 2017; 32(2): 377-84.
7. Plookrak S. The prevalence and associated factors of depression in ESRD on hemodialysis in Phra Nakhon Si Ayutthaya hospital. *JPMAT* 2018; 8(1): 72-80.
8. Noree S, Bowolthumpiti A, Nochaiwong S, Jantarakolica K. Prevalence and the correlation between depression and health related quality of life among hemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Songklanagarind Med J* 2017; 35(4): 301-12.
9. Thokaew S. Depression in hemodialysis patients in Nakhon Pathom province [Master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn university; 2003.
10. American Psychiatric Association. Depressive disorder [Internet]. APA dictionary of psychology. 2024 [cited 2024 Oct 17]. Available from: <https://dictionary.apa.org/depressive-disorder>.
11. A-hamad Saleh-arong F, Satirapoj B. Depression in chronic kidney disease. *J Nephrol Soc Thai* 2022; 27(4): 31-40.
12. Kongsuk T, Arunpongpaissal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai central dialect. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2018; 63(4): 321-34.
13. Al-Jabi SW, Sous A, Jorf F, Zyoud SH. Depression among end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis: a cross-sectional study from Palestine. *Ren Replace Ther* 2021; 7: 12.
14. Alkubati SA, Al-Sayaghi KM, Salameh B, Halboup AM, Ahmed WAM, Alkuwaisi MJ, et al. Prevalence of depression and its associated factors among hemodialysis patients in Hodeida city, Yemen. *J Multidiscip Healthc* 2024; 17: 689-99.
15. Gerogianni G, Lianos E, Kouzoupis A, Apostolou T, Grapsa E. The role of socio-demographic factors in depression and anxiety of patients on hemodialysis: an observational cross-sectional study. *Int Urol Nephrol* 2018; 50(1): 143-54.
16. Sakiqi J, Vasilopoulos G, Koutelekos I, Moysidis K, Babatsikou F. Depression among hemodialysis patients: related factors and the impact of insomnia and fatigue. *Cureus* 2022; 14(5): e25254.
17. Elkheir HK, Zein MA, Balla SA, Hajahmed MA, Awadelkarim MA. Prevalence and risk factors of depressive symptoms among dialysis patients with end-stage renal disease in Khartoum, Sudan: a cross-sectional study. *J Family Med Prim Care* 2020; 9(7): 3639-43.
18. Wang Y, Qiu Y, Ren L, Luo Y, Xia Q, Guo Q, et al. Social support, family resilience and psychological resilience among maintenance hemodialysis patients: a longitudinal study. *BMC Psychiatry* 2024; 24: 76.
19. Fan L, Samak MJ, Tighiouart H, Drew DA, Kantor AL, Lou KV, et al. Depression and all-cause mortality in hemodialysis patients. *Am J Nephrol* 2014; 40(1): 12-8.
20. Sibunruang C. Health status and depression among patients with end stage renal disease receiving hemodialysis therapy. *Rajanukul Institute Journal* 2017; 32(2): 55-63.
21. Sithinamsuwan P, Niyasom S, Nidhinandana S, Supasyndh O. Dementia and depression in end-stage renal disease: comparison between hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis. *J Med Assoc Thai* 2005; 88: 141-7.
22. Wannatong K. The prevalence of depression and related factors among end-stage renal disease patients in a hemodialysis unit at Sakonnakhon hospital. *JMHT* 2022; 30(2): 137-46.
23. Bautovich A, Katz I, Smith M, Loo CK, Harvey SB. Depression and chronic kidney disease: a review for clinicians. *Aust N Z J Psychiatry* 2018; 52(6): 530-41.

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเอง ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของผู้ใช้แอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ในประเทศไทย

ศักย์จุฑา บินชัย*, พิชชาพร งามทิพย์วัฒนา*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเอง ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ใช้แอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ในประเทศไทย

วิธีการศึกษา การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ในกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้งานแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ในประเทศไทย 280 คนที่มีประสบการณ์การใช้แอปพลิเคชันในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา และมีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ สุ่มตรวจสอบข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการใช้งานแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ และประเมินปัญหาสุขภาพจิตโดยใช้แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES-TR-10) แบบประเมินภาวะวิตกกังวลทั่วไป Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) และแบบสอบถามประเมินภาวะซึมเศร้า Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Pearson's chi-squared test, Mann-Whitney U test, และ Multivariable logistic regression

ผลการศึกษา พบความชุกของกลุ่มตัวอย่างที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ร้อยละ 20.4 มีภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 25.7 และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 41.8 โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเอง ได้แก่ รายได้ต่อเดือน (Adjusted OR 7.26, 95%CI 1.32 - 39.85) ความรู้สึกพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเองในปัจจุบัน (Adjusted OR 4.81, 95%CI 2.13 - 10.86) การเปรียบเทียบรูปลักษณ์กับบุคคลอื่น (Adjusted OR 5.36, 95%CI 2.10 - 13.69) และมุมมองของการใช้งานต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง (Adjusted OR 4.45, 95%CI 1.86 - 10.63) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล ได้แก่ เพศ (Adjusted OR 5.56, 95%CI 1.37 - 22.54) รายได้ต่อเดือน (Adjusted OR 3.71, 95%CI 1.44 - 9.52) ความรู้สึกพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเองในปัจจุบัน (Adjusted OR 4.64, 95%CI 2.29 - 9.42) และการเปรียบเทียบรูปลักษณ์กับบุคคลอื่น (Adjusted OR 3.92, 95%CI 1.86 - 8.24) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศ (Adjusted OR 3.80, 95%CI 1.02 - 14.18) รายได้ต่อเดือน (Adjusted OR 3.94, 95%CI 1.06 - 14.70) ความรู้สึกพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเองในปัจจุบัน (Adjusted OR 3.37, 95%CI 1.75 - 6.49) และการเปรียบเทียบรูปลักษณ์กับบุคคลอื่น (Adjusted OR 3.07, 95%CI 1.65 - 5.71)

สรุป พบความชุกของปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ใช้งานแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ในประเทศไทยที่สูง เมื่อเทียบกับความชุกของปัญหาดังกล่าวในประชากรทั่วไป ปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์ ได้แก่ การไม่ระบุเพศ รายได้ต่อเดือนต่ำ ความรู้สึกไม่พึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเองในปัจจุบัน การเปรียบเทียบรูปลักษณ์กับบุคคลอื่นบ่อยครั้ง และมุมมองของผลกระทบจากการใช้งานในเชิงลบต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ เพื่อลดอุบัติการณ์ของปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้น

คำสำคัญ แอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ การเห็นคุณค่าในตนเอง วิตกกังวล ซึมเศร้า

Corresponding author: พิชชาพร งามทิพย์วัฒนา

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Email: pngamthip@gmail.com

วันรับ 6 มกราคม 2568 วันแก้ไข 12 กุมภาพันธ์ 2568 วันตอบรับ 20 กุมภาพันธ์ 2568

Prevalence and Associated Factors of Self-Esteem, Anxiety, and Depression among Online Dating Application Users in Thailand

Sakjuta Binchai*, Pitchaporn Ngamthipwatthana*

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

ABSTRACT

Objective: This study aimed to investigate the prevalence and factors associated with self-esteem, anxiety, and depression among users of online dating applications in Thailand.

Methods: A cross-sectional descriptive study. The sample consists of 280 users of online dating applications in Thailand who have had experience using these applications in the past 3 months and are 18 years and older. The study period is from November 1, 2023, to May 31, 2024. An online questionnaire is utilized to collect data on personal factors, characteristics of online dating application usage, as well as to assess mental health issues using the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES-TR-10), the Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) scale, and the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) in its Thai version. Statistical data is analyzed using descriptive and inferential statistics including Pearson's chi-squared test, Mann-Whitney U test, and Multivariable logistic regression.

Results: The prevalence of the sample with low self-esteem was 20.4%, anxiety was 25.7%, and depression was 41.8%. Factors associated with self-esteem included monthly income (Adjusted OR 7.26, 95%CI 1.32 - 39.85), body satisfaction (Adjusted OR 4.81, 95%CI 2.13 - 10.86), social comparison (Adjusted OR 5.36, 95%CI 2.10 - 13.69), and self-reported impact on self-esteem (Adjusted OR 4.45, 95%CI 1.86 - 10.63). Factors associated with anxiety included gender (Adjusted OR 5.56, 95%CI 1.37 - 22.54), monthly income (Adjusted OR 3.71, 95%CI 1.44 - 9.52), body satisfaction (Adjusted OR 4.64, 95%CI 2.29 - 9.42), and social comparison (Adjusted OR 3.92, 95%CI 1.86 - 8.24). Additionally, factors associated with depression included gender (Adjusted OR 3.83, 95%CI 1.03 - 14.28), monthly income (Adjusted OR 3.32, 95%CI 1.17 - 9.40), body satisfaction (Adjusted OR 3.39, 95%CI 1.76 - 6.52), and social comparison (Adjusted OR 3.01, 95%CI 1.63 - 5.55).

Conclusion: There is a high prevalence of mental health issues, including low self-esteem, anxiety, and depression among users of online dating applications in Thailand, compared to the prevalence of these issues in the general population. Important associated factors include the absence of gender identification, low monthly income, body dissatisfaction, frequent social comparisons, and self-reported negative impact on self-esteem. Therefore, relevant parties should consider strategies for monitoring and preventing these associated factors to reduce the incidence of potential mental health issues in the future.

Keywords: dating application, self-esteem, anxiety, depression

Corresponding author: Pitchaporn Ngamthipwatthana

Email: pngamthip@gmail.com

Received: 6 January 2025 Revised: 12 February 2025 Accepted: 20 February 2025

บทนำ

ในปัจจุบันเป็นยุคแห่งดิจิทัลที่มีความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการสื่อสารผ่านอินเทอร์เน็ต ซึ่งการเข้าถึงนั้นสามารถทำได้ง่ายผ่านแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนที่กลายเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งเปิดทางให้ผู้คนสามารถทำความรู้จักหรือสร้างความสัมพันธ์กับผู้คนใหม่ๆ ได้อย่างสะดวกและรวดเร็วมากขึ้น ผ่านทางแอปพลิเคชันเครือข่ายสังคมออนไลน์ที่หลากหลาย โดยเฉพาะแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ซึ่งปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบแอปพลิเคชันเหล่านี้ให้สามารถใส่รูปภาพโปรไฟล์ ระบุข้อความที่แสดงถึงตัวตน ระบุคุณสมบัติเฉพาะของกลุ่มเป้าหมายที่ผู้ใช้งานสนใจได้ไม่ว่าจะเป็นเพศ อายุ ส่วนสูง แนวทางการใช้ชีวิต ความสัมพันธ์ที่มองหา รวมถึงแม้กระทั่งขอบเขตที่อยู่ของผู้ใช้งานใกล้เคียง ตอบโจทย์ในการสร้างความสัมพันธ์ที่สะดวกรวดเร็วและเป็นปัจเจกบุคคลมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน โดยพบว่ามีผู้ใช้งานมากถึง 381 ล้านคนทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2566¹ และเพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ที่ผ่านมาที่ทุกคนต้องเว้นระยะห่างจากกัน ทำให้ผู้คนพยายามหาทางเลือกที่จะคลายความเหงา และหาที่พึ่งทางใจผ่านความสัมพันธ์ทางออนไลน์ ซึ่งพบว่าการใช้งานในประเทศไทยนั้นเพิ่มขึ้นไปในทิศทางเดียวกันถึงร้อยละ 56.8 ของประชากรทั้งหมด โดยเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 10 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง²

แม้ว่าแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์จะทำให้เกิดเครือข่ายความสัมพันธ์ที่กว้างขวาง แต่กลับดูประหลาดบางอย่างที่ว่าจะแตกต่างกันอยู่เสมอเนื่องจากหลายปัจจัย โดยพบว่าเกือบครึ่งของผู้ใช้งานมองหาคู่ความสัมพันธ์แบบไม่ผูกมัด (casual dating) และส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 90 ที่มีการสร้างความสัมพันธ์มากกว่าหนึ่งคนในเวลาเดียวกัน³ อีกทั้งการใช้งานในแอปพลิเคชันส่วนใหญ่นั้นมีรูปแบบการใช้งานที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้งานน้อย (passive use) เพื่อเริ่มต้นความสัมพันธ์ โดยใช้เพียงการปัดซ้ายหรือขวา (swipe) เพื่อตัดสินใจเลือกผู้ใช้งานที่แอปพลิเคชันจับคู่ให้ในปริมาณที่ไม่จำกัด ทำให้ผู้ใช้งานเสมือนมีอำนาจในการประเมินและเลือกเพื่อให้ได้ตามความต้องการของตน แต่ในทางกลับกันผู้ใช้งานก็เป็นฝ่ายถูกประเมินด้วยเช่นเดียวกัน ซึ่งแอปพลิเคชันส่วนใหญ่เน้นประเมินจากรูปภาพของผู้ใช้งาน มีเพียงข้อมูลความสนใจที่แสดงตัวตนสั้นๆ ประกอบเท่านั้น^{4,5} โดยการเริ่มความสัมพันธ์นั้นจะเกิดในกรณีที่ผู้ใช้งานต่างฝ่ายต่างเลือกกันและกัน ในท้ายที่สุดหากผู้ใช้งานไม่ได้เป็นผู้ถูกเลือก อาจเป็นผู้ถูกเลือก แต่เมื่อเริ่มความ

สัมพันธ์อาจถูกปฏิเสธจากการหายไปอย่างกะทันหันของคู่สนทนาที่เรียกว่า ปรากฏการณ์ผีหลอก (ghosting)^{6,7} หรือบางรายอาจถูกหลอกให้รักจากการที่อีกฝ่ายสร้างตัวตนปลอมขึ้นมา (catfishing)⁸ ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดพิศวาสอาชญากรรม (romantic scam) ที่มีเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน ส่งผลให้ผู้ใช้งานเสียทั้งความรู้สึก ทรัพย์สิน ถูกคุกคามหรือลวงละเมิดทางเพศ^{9,10} ปัจจุบันมีหลายการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าการใช้งานแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์มีความสัมพันธ์กับการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ (self-objectification)¹¹ ความไม่พึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเอง (body dissatisfaction)^{12,13} ซึ่งส่งผลต่อความเคารพและมองเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) และนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพจิตต่างๆ ที่ตามมาได้ อาทิ ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า^{14,15}

ปัจจุบันในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในด้านผลกระทบต่อพฤติกรรมทางเพศ แต่ยังขาดงานวิจัยที่ศึกษาผลกระทบในด้านสุขภาพจิต ทางคณะผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเอง ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของผู้ใช้งานแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ และคาดว่าผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจในการใช้แอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์รวมถึงกลุ่มผู้ใช้งานในปัจจุบัน ให้ตระหนักและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพทางจิตมากขึ้น อีกทั้งเป็นพื้นฐานในการทำความเข้าใจปัญหาสุขภาพจิตจากการใช้งานแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์แก่บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนำไปต่อยอดในการพัฒนาแนวทางการป้องกันและดูแลสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ใช้แอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ในประเทศไทยต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเอง ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ใช้งานแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลขอ้างอิง COA. No. MURA2023/694 รับรองวันที่ 13 กันยายน พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ใช้งานแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ในประเทศไทย กำหนดกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า

ได้แก่ ผู้ที่เคยมีประสบการณ์ในการใช้แอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา และมีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สามารถอ่านและทำความเข้าใจภาษาไทยได้ดี และยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 280 คน โดยใช้สูตรของ Cochran

$$n = \frac{P(1-P)Z^2}{d^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

P = จากผลการศึกษาคความชุกของภาวะวิตกกังวล ในผู้ใช้งานแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ของ Holtzhausen = 0.24¹⁴

Z = ระดับความเชื่อมั่น 95% = 1.96

d = สัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้ 0.05

เครื่องมือที่ใช้

แบบสอบถามงานวิจัยออนไลน์โดยใช้เครื่องมือ Google forms ในการเก็บข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ ความพึงพอใจทางเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สถานภาพทางสังคม ประวัติโรคซึมเศร้าหรือโรคจิตเวชที่วินิจฉัยโดยแพทย์ก่อนที่จะเริ่มใช้งาน น้ำหนักและส่วนสูง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลการใช้งานแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วยจุดประสงค์ในการใช้งาน สถานะความสัมพันธ์ในปัจจุบัน แอปพลิเคชันที่เลือกใช้งาน ระยะเวลาในการใช้งาน ความถี่ในการใช้งาน ระยะเวลาในการใช้งานต่อวัน สถานที่ใช้งาน ประวัติการนัดพบเจอกันแบบเผชิญหน้าระหว่างการใช้งาน ประวัติการสร้างความสัมพันธ์ที่จริงจัง (serious relationships) จากการใช้งาน ประสบการณ์ที่ไม่พึงพอใจจากการใช้งาน ความพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเอง การเปรียบเทียบบุคลิกกับบุคคลอื่น มุมมองของการใช้งานต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES-TR-10) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย ศาตราจารย์นายแพทย์ทินกร วงศ์ปาริณย์ และคณะ¹⁶ เป็นแบบสอบถามที่สามารถทำได้ด้วยตนเอง มีค่าความเที่ยงตรงแบบแอลฟาของแบบวัดทั้งฉบับ (cronbach's alpha coefficient)

เท่ากับ 0.86 มีมาตรวัดแบบ Likert ตั้งแต่ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” จนถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” มีจำนวน 10 ข้อ ครึ่งหนึ่งเป็นข้อความเชิงบวก (ข้อ 1, 3, 4, 7, 10) อีกครึ่งหนึ่งเป็นข้อความเชิงลบ (ข้อ 2, 5, 6, 8, 9) ซึ่งมีการกลับค่าคะแนน (reverse item) การให้คะแนนมีตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 30 คะแนน โดยที่คะแนนสูงบ่งบอกระดับการเห็นคุณค่าในตนเองสูง หากคะแนนต่ำกว่า 15 คะแนน แสดงถึงการมีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามประเมินภาวะวิตกกังวลทั่วไป Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) ของ Robert L. และคณะ¹⁷ ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิง ธนาดี ประชาสันต์ เป็นแบบสอบถามที่สามารถทำได้ด้วยตนเอง มีค่าความเที่ยงตรงแบบแอลฟาของแบบวัดทั้งฉบับ (cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87 มีมาตรวัดแบบ Likert ตั้งแต่ “ไม่เลย” จนถึง “เกือบทุกวัน” มีจำนวน 7 ข้อ การให้คะแนนมีตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน คะแนนรวมทั้งห้มดอยอยู่ในช่วง 0 - 21 คะแนน ซึ่งหากมีคะแนนตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไป แสดงถึงการมีภาวะวิตกกังวล

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามประเมินภาวะซึมเศร้า หรือ Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย ซึ่งพัฒนาโดย ศาตราจารย์นายแพทย์มานิช หล่อตระกูล และคณะ¹⁸ เป็นแบบสอบถามที่สามารถทำได้ด้วยตนเอง มีค่าความเที่ยงตรงแบบแอลฟาของแบบวัดทั้งฉบับ (cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.79 มีมาตรวัดเป็นแบบ Likert ตั้งแต่ “ไม่เลย” จนถึง “มีเกือบทุกวัน” มีจำนวน 9 ข้อ การให้คะแนนมีตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน คะแนนรวมทั้งห้มดอยอยู่ในช่วง 0 - 27 คะแนน ซึ่งหากมีคะแนนตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป แสดงถึงการมีภาวะซึมเศร้า

เก็บรวบรวมข้อมูล

ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์ข้อมูลงานวิจัยและกระจายแบบสอบถามผ่านช่องทางโซเชียลมีเดียต่างๆ ได้แก่ กลุ่ม Line open chat และกลุ่ม Facebook โดยใช้คำค้นหาได้แก่ “หาคู่” “หาแฟน” “โสด” พร้อมแนบโปสเตอร์ที่แสดงคิวอาร์โค้ดหรือลิงก์ของแบบสอบถามออนไลน์ Google form

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพแสดงเป็นจำนวนร้อยละ ข้อมูลเชิงปริมาณแสดงเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐานเมื่อข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ส่วนข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติแสดงเป็นค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่มโดยใช้สถิติ Pearson's chi-squared test ทดสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ซึ่งหากข้อมูลมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะนำไปทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติ Multivariable logistic regression เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ในการใช้งานแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์กับการเห็นคุณค่าในตนเอง ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า โดยคัดเลือกตัวแปรอิสระที่อาจเป็นตัวแปรกวน (confounding factor) มาวิเคราะห์นำเสนอเป็นค่า Adjusted odds ratio โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และช่วงความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 (95% confidence interval)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างผู้ใช้งานแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ตอบแบบสอบถาม จำนวน 280 ราย พบว่ามีอายุเฉลี่ย 29 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 178 ราย (ร้อยละ 63.6) มีผู้ไม่ประสงค์ระบุเพศ 17 ราย (ร้อยละ 6.1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในต่างเพศ (heterosexual) ร้อยละ 56.1 ความพึงพอใจในเพศเดียวกัน (homosexual) ร้อยละ 26.4 ความพึงพอใจทั้งสองเพศ (bisexual) ร้อยละ 13.2 มีเพียงร้อยละ 4.3 ที่ไม่ประสงค์ระบุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) สูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 50.4 BMI เฉลี่ย 23.03 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 67.1 ประกอบอาชีพที่มีรายได้เป็นของตนเอง ร้อยละ 78.9 และส่วนใหญ่ร้อยละ 44.3 มีรายได้ 30,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างมีโรคซึมเศร้าหรือ/และโรควิตกกังวลก่อนเริ่มใช้งานแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ร้อยละ 20.0 ดังตารางที่ 1

ข้อมูลการใช้งานแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานะความสัมพันธ์ในปัจจุบันเป็นโสด ร้อยละ 47.9 และส่วนใหญ่มีจุดประสงค์ในการใช้งานเพื่อหาคู่ แฟน หรือคนรู้ใจ ร้อยละ 80.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้งานไม่เกิน 2 แอปพลิเคชัน ร้อยละ 81.1 และใช้งานมานานมากกว่า 6 เดือน ร้อยละ 55.4 กลุ่มตัวอย่างมีความถี่การใช้งานบ่อยครั้ง

หรือเป็นประจำ ร้อยละ 49.6 แต่ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการใช้งานในแต่ละวันไม่เกิน 30 นาที ร้อยละ 61.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์การนัดเจอแบบเผชิญหน้ากับคนในแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ ร้อยละ 65.4 แต่พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยประสบความสำเร็จในการสานความสัมพันธ์ที่จริงจัง (serious relationship) ร้อยละ 60.0 อีกทั้งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับประสบการณ์ที่ไม่พึงพอใจจากการใช้งานในหลายรูปแบบ ได้แก่ การหายไปอย่างกะทันหัน (ghosting) ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง ถูกคุกคามทางเพศ (sexual harassment) ถูกหลอกทำให้เสียทรัพย์สิน (romantic scam) และถูกล่วงละเมิดทางเพศ (sexual violence) ร้อยละ 73.6, 42.5, 26.4, 15.4 และ 3.6 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้งานไม่พึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเองในปัจจุบัน ร้อยละ 29.6 มีการเปรียบเทียบรูปลักษณ์กับบุคคลอื่นบ่อยครั้งหรือเป็นประจำ ร้อยละ 46.1 และมีมุมมองของผลกระทบจากการใช้งานในเชิงลบต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง ร้อยละ 34.3 ดังตารางที่ 1

ความชุกของการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มีภาวะวิตกกังวล และมีภาวะซึมเศร้า

พบความชุกของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจำนวน 57 ราย (ร้อยละ 20.4) กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะวิตกกังวล 72 ราย (ร้อยละ 25.7) และกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า 117 ราย (ร้อยละ 41.8) ดังตารางที่ 1

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเอง

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาชีพ ($p = 0.029$) รายได้ต่อเดือน ($p = 0.001$) ประวัติโรคซึมเศร้าหรือ/และโรควิตกกังวลก่อนเริ่มใช้งานแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ ($p < 0.001$) การประสบความสำเร็จในการสานความสัมพันธ์ที่จริงจัง ($p = 0.018$) การมีประสบการณ์ถูกล่วงละเมิดทางเพศจากการใช้งาน ($p < 0.001$) ความรู้สึกพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเองในปัจจุบัน ($p < 0.001$) การเปรียบเทียบรูปลักษณ์กับบุคคลอื่น ($p < 0.001$) มุมมองของการใช้งานต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 1

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เพิ่มเติมโดยควบคุมปัจจัยข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้งานแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ ได้แก่ อายุ เพศ ความพึงพอใจหรือรสนิยมทางเพศ พบว่าปัจจัยที่ยังคงสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้

ตารางที่ 1 แสดงความชุกของการเห็นคุณค่าในตนเอง ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า และแสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง (N = 280) จำนวน (ร้อยละ)	ระดับการเห็น คุณค่า ในตนเองต่ำ (N = 57) จำนวน (ร้อยละ)	ระดับการเห็น คุณค่า ในตนเองปกติ หรือสูง (N = 223) จำนวน (ร้อยละ)	P-value	ไม่มีภาวะ วิตกกังวล (N = 208) จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะ วิตกกังวล (N = 72) จำนวน (ร้อยละ)	P-value	ไม่มีภาวะ ซึมเศร้า (N = 163) จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะ ซึมเศร้า (N = 117) จำนวน (ร้อยละ)	P-value
เพศ										
1. ชาย	85 (30.4)	22 (38.6)	63 (28.3)	0.317	65 (31.3)	20 (27.8)	0.388	51 (31.3)	34 (29.1)	0.611
2. หญิง	178 (63.6)	32 (56.1)	146 (65.5)		133 (63.9)	45 (62.5)		104 (63.8)	74 (63.2)	
3. ไม่ต้องการระบุ	17 (6.1)	3 (5.3)	14 (6.3)		10 (4.8)	7 (9.7)		8 (4.9)	9 (7.7)	
ความพึงพอใจหรือรสนิยมทางเพศ										
1. ต่างเพศ (heterosexual)	157 (56.1)	29 (50.9)	128 (57.4)	0.817	120 (57.7)	37 (51.4)	0.552	94 (57.7)	63 (53.8)	0.413
2. เพศเดียวกัน (homosexual)	74 (26.4)	16 (28.1)	58 (26.0)		55 (26.4)	19 (26.4)		44 (27.0)	30 (25.6)	
3. ทั้งสองเพศ (bisexual)	37 (13.2)	9 (15.8)	28 (12.6)		24 (11.5)	13 (18.1)		17 (10.4)	20 (17.1)	
4. ไม่ต้องการระบุ	12 (4.3)	3 (5.3)	9 (4.0)		9 (4.3)	3 (4.2)		8 (4.9)	4 (3.4)	
อายุ										
ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์)	29.00 (26.00 - 33.00)	29.00 (25.00 - 32.50)	29.00 (26.00 - 33.00)	0.728	30.00 (26.25 - 33.00)	28.00 (23.00 - 31.00)	0.004 [*]	30.00 (27.00 - 34.00)	28.00 (24.00 - 32.00)	0.015 [*]
ระดับการศึกษา										
1. ต่ำกว่าปริญญาตรี	12 (4.3)	2 (3.5)	10 (4.5)	0.499	7 (3.4)	5 (6.9)	0.081	6 (3.7)	6 (5.1)	0.074
2. ปริญญาตรี	188 (67.1)	42 (73.7)	146 (65.5)		135 (64.9)	53 (73.6)		102 (62.6)	86 (73.5)	
3. สูงกว่าปริญญาตรี	80 (28.6)	13 (22.8)	67 (30.0)		66 (31.7)	14 (19.4)		55 (33.7)	25 (21.4)	
อาชีพ										
1. อาชีพที่ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง	59 (21.1)	18 (31.6)	41 (18.4)	0.029 [*]	36 (17.3)	23 (31.9)	0.009 [*]	25 (15.3)	34 (29.1)	0.005 [*]
2. อาชีพที่มีรายได้เป็นของตนเอง	221 (78.9)	39 (68.4)	182 (81.6)		172 (82.7)	49 (68.1)		138 (84.7)	83 (70.9)	

ตารางที่ 1 แสดงความชุกของการเห็นคุณค่าในตนเอง ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า และแสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง (N = 280) จำนวน (ร้อยละ)	ระดับการเห็น	ระดับการเห็น	P-value	ไม่มีภาวะ	มีภาวะ	P-value	ไม่มีภาวะ	มีภาวะ	P-value
		คุณค่า	คุณค่า		วิตกกังวล	วิตกกังวล		ซึมเศร้า	ซึมเศร้า	
		ในตนเองต่ำ (N = 57) จำนวน (ร้อยละ)	ในตนเองปกติ หรือสูง (N = 223) จำนวน (ร้อยละ)		(N = 208) จำนวน (ร้อยละ)	(N = 72) จำนวน (ร้อยละ)		(N = 163) จำนวน (ร้อยละ)	(N = 117) จำนวน (ร้อยละ)	
รายได้ต่อเดือน										
1. น้อยกว่า 10,000 บาท	36 (12.9)	11 (19.3)	25 (11.2)	0.001*	22 (10.6)	14 (19.4)	<0.001*	12 (7.4)	24 (20.5)	0.002*
2. 10,000 – 19,999 บาท	62 (22.1)	17 (29.8)	45 (20.2)		40 (19.2)	22 (30.6)		35 (21.5)	27 (23.1)	
3. 20,000 – 29,999 บาท	58 (20.7)	17 (29.8)	41 (18.4)		38 (18.3)	20 (27.8)		31 (19.0)	27 (23.1)	
4. 30,000 ขึ้นไป	124 (44.3)	12 (21.1)	112 (50.2)		108 (51.9)	16 (22.2)		85 (52.1)	39 (33.3)	
ประวัติโรคซึมเศร้า หรือโรควิตกกังวลที่วินิจฉัยโดยแพทย์ช่วงเริ่มใช้งานแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์										
1. ไม่มี	224 (80.0)	34 (59.6)	190 (85.2)	<0.001*	174 (83.7)	50 (69.4)	0.009*	143 (87.7)	81 (69.2)	<0.001*
2. มีโรคซึมเศร้า หรือ/และโรควิตกกังวล	56 (20.0)	23 (40.4)	33 (14.8)		34 (16.3)	22 (30.6)		20 (12.3)	36 (30.8)	
ดัชนีมวลกาย (BMI)										
1. ต่ำกว่าเกณฑ์ (< 18.50)	28 (10.0)	6 (10.5)	22 (9.9)	0.368	21 (10.1)	7 (9.7)	0.890	14 (8.6)	14 (12.0)	0.345
2. ตามเกณฑ์ (18.50 – 22.99)	111 (39.6)	18 (31.6)	93 (41.7)		84 (40.4)	27 (37.5)		70 (42.9)	41 (35.0)	
3. สูงกว่าเกณฑ์ (≥ 23.00)	141 (50.4)	33 (57.9)	108 (48.4)		103 (49.5)	38 (52.8)		79 (48.5)	62 (53.0)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์)	23.03 (20.03 - 26.30)	23.92 (20.54 - 28.88)	22.76 (19.98 - 26.04)	0.087	22.97 (20.04 - 26.10)	23.07 (20.06 - 28.10)	0.673	22.95 (19.98 - 25.71)	23.15 (20.19 - 27.39)	0.418
จุดประสงค์ในการใช้แอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์										
1. หาคู่ แฟน หรือคนรู้จัก	225 (80.4)	43 (75.4)	182 (81.6)	0.295	171 (82.2)	54 (75.0)	0.184	131 (80.4)	94 (80.3)	0.996
2. หาเพื่อนหรือคนรู้จัก	98 (35.0)	22 (38.6)	76 (34.1)	0.524	74 (35.6)	24 (33.3)	0.731	55 (33.7)	43 (36.8)	0.603
3. หาเพื่อนหรือประสบการณ์ทางเพศ	53 (18.9)	12 (21.1)	41 (18.4)	0.646	36 (17.3)	17 (23.6)	0.239	31 (19.0)	22 (18.8)	0.964
4. แก้เบื่อ แก้เหงา หรือฆ่าเวลา	140 (50.0)	29 (50.9)	111 (49.8)	0.882	97 (46.6)	43 (59.7)	0.056	75 (46.0)	65 (55.6)	0.115

ตารางที่ 1 แสดงความชุกของการเห็นคุณค่าในตนเอง ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า และแสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง (N = 280) จำนวน (ร้อยละ)	ระดับการเห็น คุณค่า ในตนเองต่ำ (N = 57) จำนวน (ร้อยละ)	ระดับการเห็น คุณค่า ในตนเองปกติ หรือสูง (N = 223) จำนวน (ร้อยละ)	P-value	ไม่มีภาวะ วิตกกังวล (N = 208) จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะ วิตกกังวล (N = 72) จำนวน (ร้อยละ)	P-value	ไม่มีภาวะ ซึมเศร้า (N = 163) จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะ ซึมเศร้า (N = 117) จำนวน (ร้อยละ)	P-value
สถานะความสัมพันธ์ในปัจจุบัน										
1. โสด	134 (47.9)	29 (50.9)	105 (47.1)	0.371	100 (48.1)	34 (47.2)	0.142	73 (44.8)	61 (52.1)	0.477
2. มีความสัมพันธ์ที่ไม่จริงจัง	88 (31.4)	20 (35.1)	68 (30.5)		60 (28.8)	28 (38.9)		54 (33.1)	34 (29.1)	
3. มีความสัมพันธ์ที่จริงจัง	58 (20.7)	8 (14.0)	50 (22.4)		48 (23.1)	10 (13.9)		36 (22.1)	22 (18.8)	
จำนวนแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ที่เลือกใช้										
1. ไม่เกิน 2 แอปพลิเคชัน	227 (81.1)	44 (77.2)	183 (82.1)	0.402	172 (82.7)	55 (76.4)	0.239	134 (82.2)	93 (79.5)	0.566
2. มากกว่า 2 แอปพลิเคชัน	53 (18.9)	13 (22.8)	40 (17.9)		36 (17.3)	17 (23.6)		29 (17.8)	24 (20.5)	
ระยะเวลาในการใช้งานแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์จนถึงปัจจุบัน										
1. ไม่เกิน 6 เดือน	125 (44.6)	23 (40.4)	102 (45.7)	0.465	95 (45.7)	30 (41.7)	0.556	74 (45.4)	51 (43.6)	0.764
2. มากกว่า 6 เดือน	155 (55.4)	34 (59.6)	121 (54.3)		113 (54.3)	42 (58.3)		89 (54.6)	66 (56.4)	
ความถี่ในการใช้งานแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์										
1. นานๆ ครั้ง	141 (50.4)	29 (50.9)	112 (50.2)	0.930	107 (51.4)	34 (47.2)	0.537	78 (47.9)	63 (53.8)	0.323
2. บ่อยครั้งหรือเป็นประจำ	139 (49.6)	28 (49.1)	111 (49.8)		101 (48.6)	38 (52.8)		85 (52.1)	54 (46.2)	
ระยะเวลาในการใช้งานแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์เฉลี่ยในแต่ละวัน										
1. 30 นาที หรือน้อยกว่า	171 (61.1)	32 (56.1)	139 (62.3)	0.300	132 (63.5)	39 (54.2)	0.216	103 (63.2)	68 (58.1)	0.381
2. มากกว่า 30 นาที แต่ไม่เกิน 1 ชั่วโมง	64 (22.9)	12 (21.1)	52 (23.3)		47 (22.6)	17 (23.6)		38 (23.3)	26 (22.2)	
3. มากกว่า 1 ชั่วโมง	45 (16.1)	13 (22.8)	32 (14.3)		29 (13.9)	16 (22.2)		22 (13.5)	23 (19.7)	
ประสบการณ์การนัดเจอแบบเผชิญหน้ากับคนในแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์										
1. ไม่เคย	97 (34.6)	25 (43.9)	72 (32.2)	0.101	70 (33.7)	27 (37.5)	0.554	48 (29.4)	49 (41.9)	0.031*
2. เคย	183 (65.4)	32 (56.1)	151 (67.7)		138 (66.3)	45 (62.5)		115 (70.6)	68 (58.1)	

ตารางที่ 1 แสดงความชุกของการเห็นคุณค่าในตนเอง ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า และแสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง (N = 280) จำนวน (ร้อยละ)	ระดับการเห็น คุณค่าใน ตนเองต่ำ (N = 57) จำนวน (ร้อยละ)	ระดับการเห็น คุณค่า ในตนเองปกติ หรือสูง (N = 223) จำนวน (ร้อยละ)	P-value	ไม่มีภาวะ วิตกกังวล (N = 208) จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะ วิตกกังวล (N = 72) จำนวน (ร้อยละ)	P-value	ไม่มีภาวะ ซึมเศร้า (N = 163) จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะ ซึมเศร้า (N = 117) จำนวน (ร้อยละ)	P-value
การประสบความสำเร็จในการสานความสัมพันธ์ที่จริงจัง (serious relationship)										
1. ไม่เคย	168 (60.0)	42 (73.7)	126 (56.5)	0.018*	122 (58.7)	46 (63.9)	0.435	90 (55.2)	78 (66.7)	0.054
2. เคย	112 (40.0)	15 (26.3)	97 (43.5)		86 (41.3)	26 (36.1)		73 (44.8)	39 (33.3)	
ประสบการณ์ที่ไม่พึงพอใจจากการใช้งานแอปพลิเคชันออนไลน์										
1. การหายไปอย่างกะทันหันหรือไม่ ตอบกลับการสื่อสารใดๆ เลย (ghosting)	206 (73.6)	43 (75.4)	163 (73.1)	0.720	152 (73.1)	54 (75.0)	0.750	116 (71.2)	90 (76.9)	0.281
2. การพบว่าข้อมูลของคนที่คุณด้วยไม่ ตรงกับความเป็นจริง	119 (42.5)	26 (45.6)	93 (41.7)	0.594	88 (42.3)	31 (43.1)	0.912	70 (42.9)	49 (41.9)	0.859
3. การคุกคามทางเพศ (sexual harassment)	74 (26.4)	18 (31.6)	56 (25.1)	0.323	52 (25.0)	22 (30.6)	0.357	40 (24.5)	34 (29.1)	0.398
4. การล่วงละเมิดทางเพศ (sexual violence)	10 (3.6)	7 (12.3)	3 (1.3)	<0.001*	4 (1.9)	6 (8.3)	0.012*	3 (1.8)	7 (6.0)	0.065
5. ถูกหลอกทำให้เสียทรัพย์สิน (romantic scam)	43 (15.4)	12 (21.1)	31 (13.9)	0.181	34 (16.3)	9 (12.5)	0.435	24 (14.7)	19 (16.2)	0.729
ความรู้สึกพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของคุณในปัจจุบัน										
1. ไม่พึงพอใจ	83 (29.6)	40 (70.2)	43 (19.3)	<0.001*	39 (18.8)	44 (61.1)	<0.001*	24 (14.7)	59 (50.4)	<0.001*
2. พึงพอใจ	197 (70.4)	17 (29.8)	180 (80.7)		169 (81.3)	28 (38.9)		139 (85.3)	58 (49.6)	
การเปรียบเทียบรูปร่าง หน้าตา น้ำหนัก หรือส่วนสูงของคุณกับบุคคลอื่นที่พบเจอ										
1. ไม่เคยเลยหรือนานๆ ครั้ง	151 (53.9)	9 (15.8)	142 (63.7)	<0.001*	132 (63.5)	19 (26.4)	<0.001*	111 (68.1)	40 (34.2)	<0.001*
2. บ่อยครั้งหรือเป็นประจำ	129 (46.1)	48 (84.2)	81 (36.3)		76 (36.5)	53 (73.6)		52 (31.9)	77 (65.8)	
มุมมองในการใช้งานแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง										
1. ส่งผลในเชิงลบเป็นส่วนใหญ่	96 (34.3)	38 (66.7)	58 (26.0)	<0.001*	62 (29.8)	34 (47.2)	0.007*	39 (23.9)	57 (48.7)	<0.001*

ต่อเนื่อง ความรู้สึกพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเองในปัจจุบัน การเปรียบเทียบบุคลิกกับบุคคลอื่น และมุมมองของการใช้งาน ต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยผู้ใช้งานที่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท, 10,000 - 19,999 บาท และ 20,000 - 29,999 บาท มีโอกาสมองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำมากกว่า 7.26, 7.51 และ 4.56 เท่า ตามลำดับ เมื่อเทียบกับผู้ใช้งานที่มีรายได้ 30,000 บาทขึ้นไป นอกจากนี้ผู้ใช้งานที่ไม่พึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเอง ในปัจจุบัน มีโอกาสมองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำมากกว่า 4.81 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ใช้งานที่พึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเอง ในปัจจุบัน อีกทั้งผู้ใช้งานที่มีการเปรียบเทียบบุคลิกกับบุคคลอื่น บ่อยครั้งหรือเป็นประจำ มีโอกาสมองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มากกว่า 5.36 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ใช้งานที่ไม่เคยเปรียบเทียบหรือ

เปรียบเทียบนานๆ ครั้ง รวมไปถึงผู้ใช้งานที่มีมุมมองของผลกระทบ จากการใช้งานในเชิงลบต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง มีโอกาสมองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำมากกว่า 4.45 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ใช้งาน ที่มีมุมมองในเชิงบวกหรือไม่ส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง ดังตารางที่ 2

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับกับภาวะวิตกกังวล

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ได้แก่ อายุ ($p = 0.004$) อาชีพ ($p = 0.009$) รายได้ต่อเดือน ($p < 0.001$) ประวัติโรคซึมเศร้าหรือ/และโรคจิตกังกังวลก่อนเริ่มใช้ งานแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ ($p = 0.009$) การมีประสบการณ์ ถูกล่วงละเมิดทางเพศจากการใช้งาน ($p = 0.012$) ความรู้สึกพึงพอใจ

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองหลังจากวิเคราะห์ทางสถิติแบบ Multivariable logistic regression

ปัจจัย	Adjusted OR	95%CI	P-value
เพศ			
1. ชาย	1		
2. หญิง	1.02	0.34 - 3.01	0.969
3. ไม่ต้องการระบุ	1.22	0.21 - 6.90	0.820
ความพึงพอใจหรือรสนิยมทางเพศ			
1. ต่างเพศ (heterosexual)	1		
2. เพศเดียวกัน (homosexual)	0.46	0.15 - 1.42	0.179
3. ทั้งสองเพศ (bisexual)	0.63	0.20 - 2.03	0.638
4. ไม่ต้องการระบุ	0.96	0.08 - 10.69	0.974
อายุ	1.05	0.98 - 1.13	0.150
อาชีพที่ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง	0.88	0.25 - 3.06	0.847
รายได้ต่อเดือน			
1. น้อยกว่า 10,000 บาท	7.26	1.32 - 39.85	0.022*
2. 10,000 - 19,999 บาท	7.51	2.21 - 25.55	0.001*
3 20,000 - 29,999 บาท	4.56	1.50 - 13.90	0.007 *
4. 30,000 ขึ้นไป	1		
มีประวัติโรคซึมเศร้า หรือโรคจิตกังกังวลที่วินิจฉัยโดยแพทย์ช่วงเริ่มใช้งาน	2.12	0.89 - 5.04	0.089
ไม่เคยประสบความสำเร็จในการสานความสัมพันธ์ที่จริงจัง	1.76	0.75 - 4.10	0.191
มีประสบการณ์ที่ไม่พึงพอใจจากการใช้งาน			
การล่วงละเมิดทางเพศ (sexual violence)	1.36	0.19 - 9.56	0.752
มีความรู้สึกไม่พึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเองในปัจจุบัน	4.81	2.13 - 10.86	<0.001*
มีการเปรียบเทียบบุคลิกกับบุคคลอื่นบ่อยครั้งหรือเป็นประจำ	5.36	2.10 - 13.69	<0.001*
มีมุมมองว่าการใช้งานส่งผลเชิงลบต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง	4.45	1.86 - 10.63	<0.001*

ในรูปร่างหน้าตาของตนเองในปัจจุบัน ($p < 0.001$) การเปรียบเทียบรูปลักษณ์กับบุคคลอื่น ($p < 0.001$) มุมมองของการใช้งานต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง ($p = 0.007$) ดังตารางที่ 1

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เพิ่มเติมโดยควบคุมปัจจัยข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้งานแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ได้แก่ อายุ เพศ ความพึงพอใจหรือรสนิยมทางเพศ พบว่าปัจจัยที่ยังคงสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ รายได้ต่อเดือน ความรู้สึกพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเองในปัจจุบัน และการเปรียบเทียบรูปลักษณ์กับบุคคลอื่น โดยผู้ใช้งานที่ไม่ต้องการระบุเพศ มีโอกาสพบภาวะวิตกกังวลมากกว่า 5.56 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ใช้งานที่ระบุว่าเป็นเพศชาย และผู้ใช้งานที่มีรายได้ต่อเดือน 10,000 - 19,999 บาท และ 20,000 - 29,999 บาท มีโอกาสพบภาวะวิตกกังวลมากกว่า 3.71 เท่า และ 2.77 เท่า ตามลำดับ

เมื่อเทียบกับผู้ใช้งานที่มีรายได้ 30,000 บาทขึ้นไป นอกจากนี้ผู้ใช้งานที่ไม่พึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเองในปัจจุบัน มีโอกาสพบภาวะวิตกกังวลมากกว่า 4.64 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ใช้งานที่พึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเองในปัจจุบัน อีกทั้งผู้ใช้งานที่มีการเปรียบเทียบรูปลักษณ์กับบุคคลอื่นบ่อยครั้งหรือเป็นประจำ มีโอกาสพบภาวะวิตกกังวลมากกว่า 3.92 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ใช้งานที่ไม่เคยเปรียบเทียบหรือเปรียบเทียบนานๆ ครั้ง ดังตารางที่ 3

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($p = 0.015$) อาชีพ ($p = 0.005$) รายได้ต่อเดือน ($p = 0.002$) ประวัติโรคซึมเศร้าหรือ/และโรควิตกกังวลก่อนเริ่มใช้งาน แอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ ($p < 0.001$) ประสบการณ์การนัดเจอ

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลหลังจากวิเคราะห์ทางสถิติแบบ Multivariable logistic regression

ปัจจัย	Adjusted OR	95%CI	P-value
เพศ			
1. ชาย	1		
2. หญิง	1.63	0.65 - 4.06	0.289
3. ไม่ต้องการระบุ	5.56	1.37 - 22.54	0.016*
ความพึงพอใจหรือรสนิยมทางเพศ			
1. ต่างเพศ (heterosexual)	1		
2. เพศเดียวกัน (homosexual)	0.68	0.26 - 1.77	0.440
3. ทั้งสองเพศ (bisexual)	0.90	0.36 - 2.28	0.837
4. ไม่ต้องการระบุ	0.63	0.11 - 3.63	0.609
อายุ	0.98	0.91 - 1.04	0.558
อาชีพที่ไม่ได้มีรายได้เป็นของตนเอง	0.93	0.34 - 2.55	0.891
รายได้ต่อเดือน			
1. น้อยกว่า 10,000 บาท	2.97	0.74 - 11.83	0.122
2. 10,000 - 19,999 บาท	3.71	1.44 - 9.52	0.006*
3. 20,000 - 29,999 บาท	2.77	1.14 - 6.72	0.024*
4. 30,000 ขึ้นไป	1		
มีประวัติโรคซึมเศร้า หรือโรควิตกกังวลที่วินิจฉัยโดยแพทย์ช่วงเริ่มใช้งาน	1.23	0.56 - 2.67	0.594
มีประสบการณ์ที่ไม่พึงพอใจจากการใช้งาน			
การล่วงละเมิดทางเพศ (sexual violence)	0.95	0.18 - 4.84	0.954
มีความรู้สึกไม่พึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเองในปัจจุบัน	4.64	2.29 - 9.42	<0.001*
มีการเปรียบเทียบรูปลักษณ์กับบุคคลอื่นบ่อยครั้งหรือเป็นประจำ	3.92	1.86 - 8.24	<0.001*
มีมุมมองว่าการใช้งานส่งผลเชิงลบต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง	1.20	0.57 - 2.52	0.614

แบบเผชิญหน้ากับคนในแอปพลิเคชัน ($p = 0.031$) ความรู้สึกพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเองในปัจจุบัน ($p < 0.001$) การเปรียบเทียบรูปลักษณ์กับบุคคลอื่น ($p < 0.001$) มุมมองของการใช้งานต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 1

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เพิ่มเติมโดยควบคุมปัจจัยข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้งานแอปพลิเคชันหาข้อมูลได้แก่ อายุ เพศ ความพึงพอใจหรือรสนิยมทางเพศ พบว่าปัจจัยที่ยังคงสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ รายได้ต่อเดือน ความรู้สึกพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเองในปัจจุบัน และการเปรียบเทียบรูปลักษณ์กับบุคคลอื่น โดยผู้ใช้งานที่ไม่ต้องการระบุเพศมีโอกาสพบภาวะซึมเศร้ามากกว่า 3.83 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ใช้งานที่ระบุว่าเป็นเพศชาย และผู้ใช้งานที่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท มีโอกาสพบภาวะซึมเศร้ามากกว่า 3.32 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ใช้งานที่มีรายได้ 30,000 บาทขึ้นไป นอกจากนี้

ผู้ใช้งานที่ไม่พึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเองในปัจจุบัน มีโอกาสพบภาวะซึมเศร้ามากกว่า 3.39 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ใช้งานที่พึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเองในปัจจุบัน รวมไปถึงผู้ใช้งานที่มีการเปรียบเทียบรูปลักษณ์กับบุคคลอื่นบ่อยครั้งหรือเป็นประจำ มีโอกาสพบภาวะซึมเศร้ามากกว่า 3.01 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ใช้งานที่ไม่เคยเปรียบเทียบหรือเปรียบเทียบนานๆ ครั้ง ดังตารางที่ 4

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกที่ศึกษาความทุกข์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเอง ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของผู้ใช้งานแอปพลิเคชันหาข้อมูลในประเทศไทย จากผลการศึกษาพบว่าผู้ใช้งานแอปพลิเคชันหาข้อมูลในประเทศไทยพบความทุกข์ของการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ร้อยละ 20.4 และภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 25.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังจากวิเคราะห์ทางสถิติแบบ Multivariable logistic regression

ปัจจัย	Adjusted OR	95%CI	P-value
เพศ			
1. ชาย	1		
2. หญิง	1.56	0.69 - 3.50	0.285
3. ไม่ต้องการระบุ	3.80	1.02 - 14.18	0.047*
ความพึงพอใจหรือรสนิยมทางเพศ			
1. ต่างเพศ (heterosexual)	1		
2. เพศเดียวกัน (homosexual)	0.75	0.32 - 1.76	0.510
3. ทั้งสองเพศ (bisexual)	1.00	0.42 - 2.39	0.999
4. ไม่ต้องการระบุ	0.38	0.08 - 1.86	0.230
อายุ	0.99	0.93 - 1.04	0.611
อาชีพที่ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง	0.81	0.30 - 2.19	0.678
รายได้ต่อเดือน			
1. น้อยกว่า 10,000 บาท	3.94	1.06 - 14.70	0.041*
2. 10,000 – 19,999 บาท	1.55	0.68 - 3.52	0.293
3. 20,000 – 29,999 บาท	1.57	0.73 - 3.38	0.247
4. 30,000 ขึ้นไป	1		
มีประวัติโรคซึมเศร้า หรือโรควิตกกังวลที่วินิจฉัยโดยแพทย์ช่วงเริ่มใช้งาน	1.92	0.94 - 3.94	0.076
ไม่เคยมีประสบการณ์การนัดเจอแบบเผชิญหน้ากับคนในแอปพลิเคชันหาข้อมูล	1.69	0.90 - 3.19	0.106
มีความรู้สึกไม่พึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเองในปัจจุบัน	3.37	1.75 - 6.49	<0.001*
มีการเปรียบเทียบรูปลักษณ์กับบุคคลอื่นบ่อยครั้งหรือเป็นประจำ	3.07	1.65 - 5.71	<0.001*
มีมุมมองว่าการใช้งานส่งผลเชิงลบต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง	1.89	0.99 - 3.60	0.052

ในต่างประเทศ¹⁴ แต่พบว่ามีผลของความชุกของภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 41.8 ซึ่งมีรายงานสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศของ Holtzhausen¹⁴ ซึ่งพบเพียงร้อยละ 19.4 อีกทั้งมีรายงานสูงกว่าเมื่อเทียบกับรายงานในประชากรไทยทั่วไปของ WHO ที่พบเพียงร้อยละ 4.4¹⁹ และในกลุ่มประชากรอื่นที่มีการติดต่อสังคมออนไลน์ที่พบเพียงร้อยละ 9 - 23.9²⁰⁻²² ซึ่งอาจอธิบายจากหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นจำนวนการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในผู้ใช้งานแอปพลิเคชันออนไลน์ที่ยังมีไม่มากในปัจจุบัน รวมไปถึงกลุ่มตัวอย่าง วิธีการศึกษา เครื่องมือที่ใช้วัด อีกทั้งช่วงเวลาในการศึกษา เนื่องจากการศึกษาก่อนหน้าส่วนใหญ่ศึกษาในช่วงก่อนมีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในขณะที่การศึกษานี้ศึกษาในช่วงหลังการระบาดที่อาจส่งผลให้ผู้คนต้องพยายามปรับตัวกับการสร้างปฏิสัมพันธ์ในรูปแบบใหม่ ผ่านความสัมพันธ์ทางออนไลน์เพื่อช่วยคลายความเหงาและหาที่พึ่งทางใจ จึงส่งผลให้มีความชุกที่เพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน

เมื่อนำผลมาวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ของการเห็นคุณค่าในตนเอง ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยต่างๆ โดยควบคุมตัวแปรซึ่งอาจเป็นตัวแปรกวนแล้ว พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเอง ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเองในปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเอง ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า การเปรียบเทียบรูปลักษณ์กับบุคคลอื่นมีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเอง ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า มุมมองของการใช้งานต่อการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเอง

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าการใช้ที่ผู้ใช้งานไม่ระบุเพศของตนเองนั้นสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสามารถอธิบายได้จากทฤษฎีความเครียดของชนกลุ่มน้อย (minority stress model) ของ Festinger²³ ที่พบว่าการมีสถานะของคนกลุ่มน้อย ซึ่งรวมถึงการรับรู้ทัศนคติทางเพศหรืออัตลักษณ์ทางเพศของตนเองที่แตกต่างจากบรรทัดฐานของสังคมที่ส่วนใหญ่ยังมองเรื่องเพศเป็นแบบเพศทวิลักษณ์ (gender binary) คือมีเพียงชายและหญิง ทำให้คนกลุ่มนี้รู้สึกแปลกแยก ถูกสังคมมองในแง่ลบ ส่งผลให้มองอัตลักษณ์ทางเพศของตนในแง่ลบตามมา จนอาจเกิดความกังวลในการถูกปฏิเสธจากการเริ่ม

ความสัมพันธ์แบบเผชิญหน้ากับคนในสังคม และเลือกที่จะปกปิดอัตลักษณ์ทางเพศ จึงเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้กลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศเลือกที่จะสร้างความสัมพันธ์ผ่านการใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์ ซึ่งรวมถึงแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ที่เปิดกว้างโดยมีความหลากหลายของสังคมที่รวบรวมกลุ่มคนที่มีอัตลักษณ์ความสนใจคล้ายกันไว้ด้วยกัน โดยหลายการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่ามีผลของความชุกในการใช้งาน และระยะเวลาในการใช้งานเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศ เมื่อเทียบกับกลุ่มเพศตาม gender binary^{24,25} จากข้อมูลแสดงถึงการพึ่งพิงเครือข่ายสังคมออนไลน์ของกลุ่มคนหลากหลายทางเพศที่สูงกว่า ซึ่งพบว่ามีผลความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Klinger²⁶ ที่พบว่าการใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์ของกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศ ทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว (isolation) และไม่เพียงพอ (inadequacy) สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า

การศึกษานี้ยังพบว่ารายได้ต่อเดือนที่น้อย เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nazari²⁷ ที่พบว่าผู้ใช้โซเชียลมีเดียออนไลน์ที่มีรายได้น้อยมีความสัมพันธ์กับการมีคะแนน Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) ที่สูงกว่า ซึ่งหมายถึงการมีปัญหาสุขภาพจิตที่แย่กว่าเมื่อเทียบกับผู้ใช้โซเชียลมีเดียที่มีรายได้มากกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาของ Holtzhausen¹⁴ ที่พบว่าผู้ใช้แอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ที่ว่างงานหรือไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่า 2.36 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ใช้โซเชียลมีเดียที่มีรายได้สูงกว่า

นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้สึกไม่พึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเองในปัจจุบัน และการเปรียบเทียบรูปลักษณ์กับบุคคลอื่นบ่อยครั้งหรือเป็นประจำมีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาในผู้ที่ใช้งานโซเชียลมีเดียที่พบว่าการใช้แอปพลิเคชันโซเชียลมีเดียในปัจจุบัน โดยเฉพาะแอปพลิเคชันที่ให้ความสำคัญในการโพสรูปภาพเพื่อแสดงความเป็นตัวตน เช่น Instagram, Snapchat ส่งผลให้เกิดค่านิยมที่ให้ความสำคัญกับรูปลักษณ์มากขึ้น ซึ่งสัมพันธ์กับมุมมองต่อภาพลักษณ์ของผู้ใช้งานในเชิงลบ^{12,28} รวมถึงแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ที่ส่วนใหญ่มีการให้อำนาจผู้ใช้งานในการประเมินและถูกประเมินจากภาพของผู้ใช้งานเป็นหลัก และมีพื้นที่สำหรับข้อความแนะนำตนเองเพียงสั้นๆ โดยพบว่าผู้ใช้งานส่วนใหญ่

นิยมโพสตรูปภาพที่ผ่านการปรับแต่งจนพึงพอใจก่อนโพสตรูปภาพเหล่านั้น ซึ่งบ่งชี้ถึงความไม่พึงพอใจในรูปลักษณ์ตามธรรมชาติของตนและประเมินตนเองเสมือนวัตถุ (self-objectification)²⁹ ใช้รูปลักษณ์ตัดสินคุณค่าของตนเอง โดยพยายามปรับให้ตนเองมีรูปลักษณ์ที่คนในสังคมยอมรับหรือมีการตอบสนองในเชิงบวก เช่น กดถูกใจ พิมพ์ข้อความชื่นชม มีการตอบรับจากผู้ใช้งานที่ถูกใจซึ่งกันและกัน (match) จนละเลยคุณค่าในด้านอื่นๆ ของตน³⁰ อีกทั้งเมื่อผู้ใช้งานได้เห็นรูปภาพที่ถูกปรับแต่งเหล่านั้นบ่อยครั้ง ร่วมกับการเปรียบเทียบรูปลักษณ์ของตนกับคนอื่น นำมาสู่การเฝ้าสำรวจรูปลักษณ์ตนเองบ่อยครั้ง ทำให้มีโอกาสเห็นข้อจำกัดทางด้านรูปลักษณ์ของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้รู้สึกไม่พึงพอใจในรูปลักษณ์ของตนเองมากขึ้น^{13,28} ซึ่งสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Malz³¹ และยังสัมพันธ์กับการเกิดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Barnes³¹ และการศึกษาของ Choi³³

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าผู้ใช้งานแอปพลิเคชันที่มีมุมมองว่าการใช้งานแอปพลิเคชันส่งผลเชิงลบต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งบ่งชี้ว่าผลจากการประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองที่เป็นมุมมองของแต่ละบุคคลนั้น มีความเที่ยงตรงและสอดคล้องกับการประเมินที่เป็นรูปธรรมในการศึกษานี้

อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตคือ ไม่พบว่าระดับการศึกษา อาชีพ ดัชนีมวลกาย ประวัติโรคซึมเศร้าหรือ/และโรควิตกกังวล ก่อนเริ่มใช้งาน จุดประสงค์ในการใช้งาน สถานะความสัมพันธ์ในปัจจุบัน จำนวนแอปพลิเคชันที่ใช้งาน ระยะเวลาและความถี่ในการใช้งาน การประสบความสำเร็จในการสานความสัมพันธ์ที่จริงจัง และประสบการณ์ที่ไม่พึงพอใจจากการใช้งาน ได้แก่ การหายไปอย่างกะทันหัน (ghosting) ข้อมูลของคนที่คุ้ยด้วยไม่ตรงกับความเป็นจริง การถูกหลอกทำให้เสียทรัพย์สิน การถูกคุกคามทางเพศและการถูกล่วงละเมิดทางเพศ สัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเอง ภาวะวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าแต่อย่างใด

จุดแข็งของการศึกษานี้ คือ เป็นการศึกษาแรกที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ใช้แอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ในประเทศไทย และมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่หลากหลายจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีการวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงสถิติเพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่มีการวิเคราะห์แบบ Univariable และ

Multivariable จนได้ผลการศึกษามีนัยสำคัญทางสถิติที่มีค่า Adjusted odds ratio ที่สูงในหลายปัจจัย

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ เป็นการศึกษาแบบ Cross-sectional quantitative study ที่ไม่สามารถแสดงทิศทางการความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเอง ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้ และยังขาดการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณสมบัติเฉพาะของรูปแบบการใช้งานในแต่ละแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ จึงเป็นข้อเสนอในการทำการศึกษานในอนาคตที่เป็น longitudinal study และขยายการศึกษาปัจจัยที่เป็นคุณสมบัติเฉพาะของรูปแบบการใช้งานของแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ เพื่อจะได้เข้าใจความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้ง รวมไปถึงศึกษาเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ใช้งานที่มีความเปราะบาง เช่น วัยรุ่น หรือบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ เพื่อจะได้องค์ความรู้ที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

สรุป

ความชุกของปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ใช้งานแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ในประเทศไทย พบมากถึงร้อยละ 20.4, 25.7 และ 41.8 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับความชุกของปัญหาดังกล่าวในประชากรทั่วไป โดยปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ได้แก่ รายได้ต่อเดือนต่ำ ความรู้สึกไม่พึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเองในปัจจุบัน การเปรียบเทียบรูปลักษณ์กับบุคคลอื่นบ่อยครั้ง และมุมมองของผลกระทบจากการใช้งานในเชิงลบต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล ได้แก่ การไม่ระบุเพศ รายได้ต่อเดือนต่ำ ความรู้สึกไม่พึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเองในปัจจุบัน และการเปรียบเทียบรูปลักษณ์ของตนเองกับบุคคลอื่นบ่อยครั้ง และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การไม่ระบุเพศ รายได้ต่อเดือนต่ำ ความรู้สึกไม่พึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเองในปัจจุบัน และการเปรียบเทียบรูปลักษณ์ของตนเองกับบุคคลอื่นบ่อยครั้ง อย่างไรก็ตามผู้พัฒนาแอปพลิเคชันสามารถนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการปรับแต่งคุณสมบัติหรือรูปแบบของแอปพลิเคชันเพื่อบรรเทาผลกระทบดังกล่าว เช่น ลดความสำคัญของเนื้อหาที่เป็นรูปภาพ มีรูปแบบการใช้งานที่มีปฏิสัมพันธ์มากขึ้น จำกัดจำนวนการเลือกจับคู่ในแต่ละวัน รวมถึงจำกัดการใช้งานของเยาวชน เป็นต้น นอกจากนี้สามารถนำข้อมูลไปให้ความรู้ และสร้างความตระหนักแก่กลุ่มที่สนใจและกลุ่มผู้ใช้งาน

ในปัจจุบัน เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นตามมาในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสะดวกจากอาจารย์ในภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในแนวทางการศึกษาวิจัย และคุณสุดาวรรณ จุลเกตุ เจ้าหน้าที่วิจัยภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดลที่ช่วยประสานงานด้านเอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย รวมถึงผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกท่านที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถาม เพื่อให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในงานวิจัยครั้งนี้ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ งานวิจัยนี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุน

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ไม่มี

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ศักรย์จุฑา บินชัย: แนวคิด การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ และการตรวจสอบแก้ไขบทความ; พิชชาพร งามทิพย์วัฒนา: ที่ปรึกษาโครงการวิจัย การเก็บข้อมูล และการตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Dixon SJ. Online dating worldwide - Statistics & Facts [Internet]. New York (NY): Statista; 2024 [cited 2024 December 2]. Available from: <https://www.statista.com/topics/7443/online-dating>.
2. GMO Research. Online dating in Asia: Should it be taken seriously? [Internet]. Tokyo: GMO Research; 2021 [cited 2023 May 20]. Available from: <https://gmo-research.com/news-events/articles/online-dating-asia-should-it-be-taken-seriously>.
3. Healthy framework. Online dating by the numbers: Number of dating prospects at the same time [Internet]. Healthy framework; 2021 [cited 2023 May 20]. Available from: <https://healthyframework.com/dating/advice/online-dating-statistics>.
4. Thomas MF, Binder A, Stevic A, Matthes J. 99+matches but a spark ain't one: Adverse psychological effects of excessive swiping on dating apps. *Telemat Inform* 2023;78:101949.
5. Sadagheyani HE, Tatari F. Investigating the role of social media on mental health. *Ment Health Soc Incl* 2021;25(1):41-51.
6. Konings F, Sumter S, Vandenbosch L. It's not you, it's me: Experiences with ghosting on mobile dating applications and Belgian emerging adults' self-esteem. *Sex Cult* 2023;27(4):1328-51.
7. Timmermans E, Hermans AM, Oprea SJ. Gone with the wind: Exploring mobile daters' ghosting experiences. *J Soc Pers Relat* 2021;38(2):783-801.
8. Lauckner C, Truszczynski N, Lambert D, Kottamasu V, Meherally S, Schipani-McLaughlin AM, et al. "Catfishing," cyberbullying, and coercion: An exploration of the risks associated with dating app use among rural sexual minority males. *J Gay Lesbian Ment Health* 2019;23(3):289-306.
9. Kacprzak-Wachniew K, Pilarska N, Sołtys M. Experiences of the mobile dating applications users: a cluster analysis. *Int J Pedagog Innov New Technol* 2023;10:52-65.
10. Echevarria SG, Peterson R, Woerner J. College students' experiences of dating app facilitated sexual violence and associations with mental health symptoms and well-being. *J Sex Res* 2023 Oct;60(8):1193-205.
11. Strubel J, Petrie TA. Love me Tinder: Body image and psychosocial functioning among men and women. *Body Image* 2017 Jun;21:34-38.
12. Vandenbosch L, Fardouly J, Tiggemann M. Social media and body image: Recent trends and future directions. *Curr Opin Psychol* 2022;45:101289.
13. Butkowski CP, Dixon TL, Weeks K. Body surveillance on Instagram: Examining the role of selfie feedback investment in young adult women's body image concerns. *Sex Roles* 2019;81(5-6):385-97.
14. Holtzhausen N, Fitzgerald K, Thakur I, Ashley J, Rolfe M, Pit SW. Swipe-based dating applications use and its association with mental health outcomes: a cross-sectional study. *BMC Psychol* 2020 Mar 4;8(1):22.
15. Bowman Z, Drummond M, Church J, Kay J, Petersen MJ. Dating apps and their relationship with body image, mental health and wellbeing: A systematic review. *Comput Hum Behav Rep* 2025;165:108515.
16. Wongpakaran T, Wongpakaran N. A comparison of reliability and construct validity between the original and revised versions of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Psychiatry Investig* 2012 Mar;9(1):54-8.
17. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med Res* 2006;166(10):1092-7.
18. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008;8:46.
19. Kongsuk T, Supanya S, Kenbubpha K, Phimtra S, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J, et al. Services for depression and suicide in Thailand. *WHO South East Asia J Public Health* 2017;6(1):34-38.
20. Jindawattanawong P, Kesakomol K, Srisuwan P. Prevalence and the relationship between social media addiction with depression and anxiety among older Adults at family medicine clinic in Phramongkutklao Hospital, Bangkok, Thailand. *TJPHS* 2022;5(3):81-97.
21. Vongsuphakphan P, Phanpanuch P, Udomsuk L, Paopan N, Phattarawachrawi J. The relationship between social media use with depression and anxiety among medical students at Ubon Ratchathani University. *JPMC* 2022;39(1):24-32.

22. Doungraksa S. Association between smartphone addiction and mental health among high school student in Bangkok, Thailand: a cross-sectional study [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn university; 2019.
23. Festinger L. A Theory of Social Comparison Processes. *Hum Relat* 1954;7:117-140.
24. Badal HJ, Stryker JE, DeLuca N, Purcell DW. Swipe right: dating website and app use among men who have sex with men. *AIDS Behav* 2018; 22, 1265–72.
25. Hahn HA, You DS, Sferra M, Hubbard M, Thamotharan S, Fields SA. Is it too soon to meet? Examining differences in geosocial networking app use and sexual risk behavior of emerging adults. *Sex Cult* 2018;22:1–21.
26. Klinger D, Plener PL, Marboe G, et al. Exploring the relationship between media use and depressive symptoms among gender diverse youth: findings of the Mental Health Days Study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2024;18(1):104.
27. Nazari A, Hosseinnia M, Torkian S, Garmaroudi G. Social media and mental health in students: a cross-sectional study during the Covid-19 pandemic. *BMC Psychiatry* 2023;23(1):458.
28. Watson R. Appearance-focused social media use, unrealistic beauty ideals, and body image dissatisfaction. *J Gend Stud* 2022;12(1):114–29.
29. Fredrickson BL, Roberts TA. Objectification Theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychol Women Q* 1997;21(2):173-206.
30. Fioravanti G, Bocci BS, Ceragioli G, Casale S. How the exposure to beauty ideals on social networking sites influences body image: A systematic review of experimental studies. *Adolesc Res Rev* 2022;7(3):419–58.
31. Malz E. The relationship between online dating, self-esteem and body image [dissertation]. Enschede, Netherland: University of Twente; 2020.
32. Barnes M, Abhyankar P, Dimova E, Best C. Associations between body dissatisfaction and self-reported anxiety and depression in otherwise healthy men: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2020;15(2):e0229268.
33. Choi E, Choi I. The associations between body dissatisfaction, body figure, self-esteem, and depressed mood in adolescents in the United States and Korea: A moderated mediation analysis. *J Adolesc* 2016;53:249-59.

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาครั้งแรกของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ

กฤติน หว่านณรงค์*, ศิโรจน์ กอเจริญพาณิชย์*, ทศนีย์ สุริยะไชย*

*หน่วยงานจิตเวช โรงพยาบาลสมุทรปราการ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ตอบสนองต่อการรักษาครั้งแรกของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสมุทรปราการ

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาโดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่รายใหม่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรกโดยจิตแพทย์ ในแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาลสมุทรปราการ ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือนเมษายน 2567 และได้มาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (PHQ-9) สำหรับการประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าทั้งก่อนและระหว่างการรักษา เพื่อติดตามการตอบสนองต่อการรักษา โดยกลุ่มที่ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาคือกลุ่มที่มีคะแนนลดลงน้อยกว่า ร้อยละ 50 จากคะแนนเดิมก่อนการรักษา แม้ว่าจะได้รับขนาดยาต้านเศร้าตัวแรกที่เพียงพอต่อการรักษาแล้วภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ สถิติที่ได้ใช้สำหรับการดูความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อการรักษาคือ Pearson's chi-square test, Fisher's exact test, Independent t-test และ Logistic regression model

ผลการศึกษา งานวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 159 คน มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษา 99 คน (ร้อยละ 62.26) และมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา 60 คน (ร้อยละ 37.74) โดยกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้า พบเพศหญิงสูงกว่า ($p\text{-value} = 0.011$) อายุเฉลี่ยที่น้อยกว่า ($p\text{-value} = 0.010$) ความเรื้อรังของตัวกระตุ้นปัญหาที่มากกว่า ($p\text{-value} < 0.001$) ประวัติการนอนในโรงพยาบาลด้วยวินิจฉัยหลักโรคซึมเศร้าที่มากกว่า ($p\text{-value} = 0.032$) จำนวนครั้งที่มาติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอกในช่วง 6 เดือนแรก ที่มากกว่า ($p\text{-value} < 0.001$) มีรูปแบบการสั่งยาบางชนิดที่มากกว่า คือ ยากลุ่ม second-generation antipsychotics และ ยากลุ่ม mood stabilizer ($p\text{-value} = 0.008$ และ $p\text{-value} < 0.001$ ตามลำดับ) อีกทั้งความร่วมมือในการรับประทานยาที่น้อยกว่า ($p\text{-value} = 0.003$) ใน Logistic regression model ยังพบความสัมพันธ์ของปัจจัยโรคร่วมกลุ่มวิตกกังวลและสถานภาพสมรสที่มีคู่สมรส มีผลต่อการไม่ตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้า ($p\text{-value} = 0.033$ และ $p\text{-value} = 0.039$ ตามลำดับ)

สรุป ความชุกของการไม่ตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้าในงานวิจัยนี้พบได้ ร้อยละ 37.74 และปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการไม่ตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้าในครั้งแรก คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส โรคร่วมกลุ่มวิตกกังวล ความเรื้อรังของตัวกระตุ้นปัญหา ประวัติการนอนในโรงพยาบาล จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ความร่วมมือในการรับประทานยา และรูปแบบการสั่งยาบางชนิด ซึ่งมีหลายๆ ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ด้วยการหาแนวทางป้องกัน และพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ ซึมเศร้า ผู้ใหญ่ ตอบสนอง การรักษา

Corresponding author: กฤติน หว่านณรงค์

หน่วยงานจิตเวช โรงพยาบาลสมุทรปราการ

E-mail: krittin.tae@gmail.com

วันรับ : 9 ธันวาคม 2567 วันแก้ไข : 13 มกราคม 2568 วันตอบรับ : 22 มกราคม 2568

Prevalence and Associated Factors of Non-Responder Depression in The First Treatment of Adult Patients at Samutprakarn Hospital

Krittin Wannarong*, Siroj Korcharoenpanich*, Tussanee Suriyachai*

*Department of Psychiatry, Samutprakarn Hospital

ABSTRACT

Objective: To investigate the prevalence of non-responder depression and the association between the factors and the non-responder depression in the first treatment of adult patients at Samutprakarn Hospital

Methods: This is a retrospective descriptive study which collected data from adult patients aged ≥ 18 years who were newly diagnosed with major depressive disorder by psychiatrists in the outpatient psychiatric and substance abuse clinic at Samutprakarn Hospital. The study covered the period from October 2022 to April 2024 and included patients who continued to follow up with treatment consistently. The 9-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9) was used to assess the severity of depression both before and during treatment to monitor the response to treatment. The non-responder group was defined as patients whose scores decreased by less than 50 % from their baseline scores, despite receiving an adequate dose of the initial antidepressant within a 12-week period. Pearson's Chi-square test, Fisher's Exact test, Independent t-test and Logistic regression model were used to determine the association between different clinical variables.

Results: This study included a total of 159 participants. Among them, 99 patients (62.24%) with depression responded to treatment, while 60 patients (37.74%) did not. In the non-responsive group, higher proportions of female were observed (p -value = 0.011), along with a younger age (p -value = 0.010), greater chronicity of stressors (p -value < 0.001), higher history of hospital admissions for depression as the primary diagnosis (p -value = 0.032), more outpatient follow-up visits during the first six months (p -value < 0.001), and more medication prescriptions including second-generation antipsychotics and mood stabilizers (p -value = 0.008 and p -value < 0.001 respectively). In addition, the group showed lower medication adherence (p -value = 0.003). In the logistic regression model, comorbid anxiety disorders and being married were associated with non-responsive group (p -value = 0.033 and p -value = 0.039 respectively)

Conclusion: The prevalence of non-responder depression in this study was 37.74%. Factors associated with non-response to initial treatment for depression included age, gender, marital status, comorbid anxiety disorders, history of hospital admissions, frequency of outpatient visits, medical adherence, and certain prescribed medications. Many of these factors are modifiable and can be addressed through preventive measures and improvements in the healthcare system to enhance the effectiveness of care for the patients.

Keywords: depress, adult, response, treatment

Corresponding author: Krittin Wannarong

E-mail: krittin.tae@gmail.com

Received 9 December 2024 Revised 13 January 2025 Accepted 22 January 2025

บทนำ

โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้ค่อนข้างมาก โดยในช่วงปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบภาวะซึมเศร้าในคนไทยสูงถึงร้อยละ 8.2¹ และเมื่อพิจารณาจากการวัดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years; DALYs) ในปี พ.ศ. 2562 พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียมากเป็นอันดับที่ 13 และทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years of Life Loss; YLDs) สูงเป็นอันดับที่ 2² อันเนื่องจากสมรรถภาพในการใช้ชีวิตประจำวันถดถอย คุณภาพชีวิตที่ลดลง และยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางกายอื่นๆ ซึ่งนำไปสู่โอกาสการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลให้ต้นทุนค่าบริการทางการแพทย์ในระบบสาธารณสุขเพิ่มสูงขึ้นตามมาอีกด้วย³

เป้าหมายการรักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบันคือทำให้อาการของตัวโรคสงบ อาการไม่กลับมามีกำเริบซ้ำ จนผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ กลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีเหมือนเดิม รวมทั้งผู้ป่วยให้ความร่วมมือกับการรักษาเป็นอย่างดี สำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นมีทั้งในรูปแบบการรักษาด้วยยาและการทำจิตบำบัด ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของตัวโรค⁴ ในช่วงเริ่มต้นของการรักษาโรคซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรงระดับปานกลางขึ้นไปนั้นพบว่ารูปแบบการรักษาด้วยยามีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าต่างๆ ได้ดีกว่าการทำจิตบำบัด อีกทั้งการประเมินการตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร่ายังอ้างอิงจากการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยยา โดยกลุ่มที่ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาหมายถึง กลุ่มที่มีอาการโดยรวมจากการทำแบบประเมินโรคซึมเศร่าลดลงน้อยกว่าร้อยละ 50 จากคะแนนเดิมก่อนการรักษา (baseline) แม้ว่าจะได้รับขนาดยาต้านเศร้าตัวแรกที่เพียงพอต่อการรักษาแล้วภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษาจนตัวโรคสงบเพียงร้อยละ 30 ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาสูงถึงร้อยละ 50 บางส่วนก็นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าที่ต่อเนื่องการรักษา ซึ่งมีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าที่ต่อเนื่องการรักษา เช่น อายุที่มากขึ้น เพศหญิง โรคร่วมทางกาย โรคร่วมทางจิตเวช (กลุ่มโรควิตกกังวล กลุ่มโรคจิตเภท โรคบุคลิกภาพที่ผิดปกติ โรคสมาธิสั้น) ประวัติการใช้สารเสพติด ความรุนแรงของตัวโรคซึมเศร้าระยะเวลาของการดำเนินโรคที่นาน เป็นต้น⁵⁻⁸ บางงานวิจัยพบว่าเหตุการณ์สะเทือนขวัญในช่วงวัยเด็ก (ช่วงอายุ ≤ 7 ปี ทั้งรูปแบบการล่วงละเมิดทางร่างกาย อารมณ์ หรือทางเพศ) เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ไม่

ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านเศร้าในช่วง 8 สัปดาห์แรกของการรักษา⁹ แต่อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยที่ศึกษารูปแบบการใช้ยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่า การใช้ยาด้านเศร่าร่วมกับการให้ยากกลุ่ม Second-Generation Antipsychotics (SGAs) ช่วยลดระยะเวลาและจำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาลในแผนกจิตเวช¹⁰

การพิจารณาเรื่องการตอบสนองต่อการรักษาครั้งแรกในโรคซึมเศร่านั้นมีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษาครั้งแรกจะมีอัตราการหายจากอาการซึมเศร้าที่สูงกว่า และการกำเริบซ้ำของตัวโรคที่น้อยกว่า⁷ แต่อย่างไรก็ตามงานวิจัยส่วนใหญ่มักเป็นการศึกษาในต่างประเทศ และมักศึกษาในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรงหรือต่อเนื่องการรักษาค่อนข้างมากแล้ว งานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ตอบสนองต่อการรักษาครั้งแรกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยยังมีค่อนข้างน้อย งานวิจัยนี้จึงได้จัดทำขึ้นเพื่อสำรวจความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ตอบสนองต่อการรักษาครั้งแรกของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสมุทรปราการ เพื่อเป็นข้อมูลให้บุคลากรทางการแพทย์ได้เข้าใจถึงปัจจัย สาเหตุที่เกี่ยวข้อง และนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เหมือนเดิมตั้งแต่วินิจฉัยครั้งแรกของการรักษาและเพื่อป้องกันผู้ป่วยไปสู่ภาวะซึมเศร้าที่ต่อเนื่องการรักษา

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาโดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective descriptive study) เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ตอบสนองต่อการรักษาครั้งแรกของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสมุทรปราการ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำจดหมายขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยวิธีการทบทวนเวชระเบียนแทนการจัดทำใบขอความยินยอม (inform consent) จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยโดยตรง งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมุทรปราการ (หมายเลขรับรอง Sq05367)

ลักษณะตัวอย่างหรือประชากรที่ทำการศึกษา

ก. ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่รายใหม่ที่ถูกรับวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรก ในแผนกผู้ป่วยนอกหน่วยจิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาลสมุทรปราการ ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 จนถึงเดือนเมษายน 2567

ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าและมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีจำนวนทั้งสิ้น 240 คน

ข. การเลือกตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้าร่วมการศึกษา มีดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. ผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรก ในโรงพยาบาลสมุทรปราการโดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-5-TR และลงรหัสโรคตามระบบ ICD-10 คือ F32.0 - F32.9 ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 จนถึงเดือนเมษายน 2567
3. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าเกณฑ์คัดออกจากการศึกษา มีดังนี้
 1. การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าที่ไม่ได้เกิดจากการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์
 2. เคยมีประวัติการวินิจฉัยและรักษาโรคซึมเศร้าจากที่อื่นมาก่อน
 3. ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าเลย
 4. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว หรือโรคสมองเสื่อมมาก่อนที่จะวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
 5. ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy; ECT) มาก่อน
 6. เวชระเบียนของผู้ป่วยไม่สมบูรณ์ เช่น ไม่ได้ประเมินคะแนน PHQ-9 ในครั้งแรกของการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า หรือไม่ได้ประเมินคะแนน PHQ-9 หลังจากที่ได้รับการรักษาโรคซึมเศร้าแล้ว

ค. ขนาดตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ที่เข้ากับเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก ที่กล่าวมาแล้วในข้างต้น และการหาขนาดตัวอย่างที่เพียงพอต่อการวิเคราะห์ข้อมูลนั้นได้คำนวณตามสูตรของ Krejcie และ Morgan¹¹ โดยใช้ค่าระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อนยอมรับได้ไม่เกินร้อยละ 5 และสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 (อ้างอิงจากงานวิจัยของ Lam และคณะ⁷ ที่พบความชุกของการไม่ตอบสนองต่อการรักษาครั้งแรกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 50) ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 147 คน ซึ่งงานวิจัยนี้ได้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 159 คน เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาลสมุทรปราการ และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้ารายใหม่ทั้งหมด โดยดูจากการวินิจฉัยในระบบ ICD-10 (รหัส F32.0 - F32.9) ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 จนถึงเดือนเมษายน 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นส่วนจัดทำขึ้นเพื่อคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ประกอบไปด้วย

- ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา การประกอบอาชีพ
- ข้อมูลพื้นฐานทางคลินิก ได้แก่ โรคประจำตัวทางกาย โรคร่วมทางจิตเวช (กลุ่มโรควิตกกังวล โรคบุคลิกภาพผิดปกติ โรคที่มีความผิดปกติทางพัฒนาการ) ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว
- ข้อมูลปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย ได้แก่ ประวัติเหตุการณ์สะเทือนขวัญในอดีต (ทั้งทางด้านร่างกาย ทางอารมณ์ ทางเพศ และถูกทอดทิ้ง) ความเรื้อรังของตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดปัญหาในชีวิตอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิกของโรคซึมเศร้า ประกอบไปด้วย

- ระยะเวลาการดำเนินโรคซึมเศร้าก่อนเข้ารับการรักษา (เดือน)
- ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าก่อนเข้ารับการรักษา โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (PHQ-9) โดยเครื่องมือนี้ประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้า 9 ข้อ ให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก คือ ไม่มีอาการเลยให้ค่าคะแนน = 0 เป็นบางวันให้ค่าคะแนน = 1 เป็นบ่อยให้ค่าคะแนน = 2 และเป็นทุกวันให้ค่าคะแนน = 3 มีค่าคะแนนรวมสูงสุด 27 คะแนน จุดตัดของคะแนนคือตั้งแต่ 7 ขึ้นไป และแบ่งระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ดังนี้ น้อยกว่า 7 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า 7 - 12 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 13 - 18 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง ตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป

หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง โดยเครื่องมือนี้มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 86.15 ค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 83.12 ค่าความถูกต้องร้อยละ 83.29 ค่า Positive likelihood ratio เท่ากับ 5.10¹² โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินเอง (self-reported) ผ่านการให้คำแนะนำจากพยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา หรือจิตแพทย์

- ประวัติการนอนในโรงพยาบาลด้วยวินิจฉัยหลัก (primary diagnosis) เป็นโรคซึมเศร้า (รหัส F32.0 - F32.9) จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคซึมเศร้าที่แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยจิตเวชและยาเสพติดในช่วง 6 เดือนแรก นับตั้งแต่วินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า
- การเปลี่ยนวินิจฉัยโรคในภายหลัง เช่น โรคอารมณ์สองขั้ว กลุ่มโรคจิตเภท โรคสมองเสื่อม เป็นต้น

ส่วนที่ 3 รูปแบบการรักษาของโรคซึมเศร้าและการตอบสนองต่อการรักษา ประกอบไปด้วย

- การทำจิตบำบัดสังคม ประกอบไปด้วย ประวัติการทำจิตบำบัด จำนวนครั้งที่ทำจิตบำบัด ประวัติการให้คำแนะนำปรึกษา และจำนวนครั้งที่ให้คำแนะนำปรึกษา
- รูปแบบการรักษาด้วยยาในโรคซึมเศร้า ประกอบไปด้วย การใช้ยาต้านเศร้าตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป การใช้ยากลุ่ม Second-Generation Antipsychotics (SGAs) ร่วมด้วย การใช้ยากลุ่ม mood stabilizers ร่วมด้วย และการใช้ยากลุ่ม Benzodiazepines (BZDs) ร่วมด้วย
- ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
- การตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้า โดยพิจารณาจากการบันทึกค่าคะแนน PHQ-9 ในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยมาติดตามภาวะซึมเศร้า โดยมีวิธีการประเมินดังนี้ 1) กลุ่มที่ตอบสนองต่อการรักษาอย่างดี คือ กลุ่มที่มีอาการโดยรวมจากแบบประเมินอาการลดลงตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไปจากคะแนนเดิมก่อนการรักษา (baseline) จากการรักษาด้วยยาต้านเศร้าตัวแรกด้วยขนาดยาที่เหมาะสมกับการรักษา (therapeutic dose) ภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ 2) กลุ่มที่ตอบสนองต่อการรักษาได้ไม่เต็มที่ คือ กลุ่มที่มีอาการโดยรวมจากแบบประเมินอาการลดลงน้อยกว่าร้อยละ 50 จากคะแนนเดิมก่อนการรักษา (baseline) แม้ว่าจะได้รับ

ขนาดยาต้านเศร้าตัวแรกที่เพียงพอต่อการรักษาแล้วภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์^{7,8} โดยขนาดยาต้านเศร้าที่เพียงพอต่อการรักษาแล้วได้คำนวณออกมาเป็นดังนี้ Fluoxetine ขนาด 50 มิลลิกรัมต่อวัน, Sertraline ขนาด 123.125 มิลลิกรัมต่อวัน, Escitalopram ขนาด 22.5 มิลลิกรัมต่อวัน, Venlafaxine ขนาด 186.875 มิลลิกรัมต่อวัน, Mirtazapine ขนาด 63.6 มิลลิกรัม, Agomelatine 66.5 มิลลิกรัมต่อวัน^{7,13}

การวิเคราะห์ข้อมูล

จัดเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS Version 25.0 การวิเคราะห์ข้อมูลได้ใช้สถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) แบ่งออกเป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม (categorical variable) เช่น เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัวร่วม รูปแบบการรักษา ความร่วมมือในการรับประทานยา เป็นต้น ได้ใช้สถิติเป็นรูปแบบความถี่และเปอร์เซ็นต์ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ (continuous variable) เช่น อายุ รายได้ ระยะเวลาในการดำเนินโรค เป็นต้น ได้ใช้สถิติเป็นค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลที่มีการกระจายแบบเท่ากันทั้ง 2 ข้าง (normal distribution)

2. สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) โดยใช้สถิติ Pearson's chi-square test หรือ Fisher's exact test เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่มกับการตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้า และใช้สถิติ Independent t-test ในการเปรียบเทียบปัจจัยที่เป็นข้อมูลที่เป็นเชิงปริมาณกับการตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ได้ใช้สถิติการถดถอยโลจิสติก (logistic regression model) สำหรับการแสดงข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดกับการตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้า โดยได้แสดงค่า Unstandardized Coefficient Beta (Unstandardized B) ที่บ่งบอกถึงค่าความชันของตัวแปรอิสระที่มีผลต่อตัวแปรตาม แสดงค่า Standard Error of The Coefficient (S.E.) ค่า Odd ratios รวมถึงค่า P-value ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดให้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value น้อยกว่า 0.05 ร่วมกับแสดงค่าของ 95% Confidence Interval (95%CI) เพื่อเพิ่มความแม่นยำ

ผลการศึกษา

จากกลุ่มประชากรตัวอย่างที่ทำการศึกษาในงานวิจัยนี้จำนวน 159 คน พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษา

99 คน (ร้อยละ 62.26) และมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา 60 คน (ร้อยละ 37.74) จากตารางที่ 1 ที่แสดงข้อมูลพื้นฐานทั่วไปและทางคลินิกของผู้ป่วย พบว่าเพศหญิง 114 คน (ร้อยละ 71.7) เพศชาย 45 คน (ร้อยละ 28.3) อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างประมาณ 34.96 ± 15.045 ปี โดยกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษามีอายุเฉลี่ยที่น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.010, mean difference = -5.898, 95%CI = -10.347 - -1.450) และมีเพศหญิงสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.011) นอกจากนี้ปัจจัยความเรื้อรังของตัวกระตุ้นปัญหาพบในกลุ่มที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษามากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ในขณะที่ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพการประกอบอาชีพ โรคประจำตัวทางกาย โรคร่วมทางจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด ปัจจัยด้านจิตสังคมด้านอื่นๆ นั้น ไม่มีความแตกต่างในกลุ่มประชากรตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่ม

จากตารางที่ 2 ที่แสดงข้อมูลทางคลินิกของโรคซึมเศร้า ทั้งก่อนและหลังรักษาระหว่างสองกลุ่ม พบว่าปัจจัยที่มีความต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ตอบสนองและไม่ตอบสนองต่อการรักษา คือ ประวัติการนอนในโรงพยาบาลด้วยวินิจฉัยหลักโรคซึมเศร้า จำนวนครั้งที่มาติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอก ในช่วง 6 เดือนแรกนับตั้งแต่เริ่มการรักษา รูปแบบการสั่งยา และความร่วมมือในการรับประทานยา โดยกลุ่มที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษามีประวัติการนอนในโรงพยาบาลด้วยวินิจฉัยหลักโรคซึมเศร้า ที่มากกว่า (p -value = 0.032) มีจำนวนครั้งที่มาติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอกในช่วง 6 เดือนแรกนับตั้งแต่เริ่มการรักษาที่มากกว่า (p -value < 0.001, mean difference = 1.242, 95%CI = 0.691 - 1.794) มีรูปแบบการสั่งยาด้านเศร้าร่วมกับยากกลุ่ม Second-generation antipsychotics ที่มากกว่า (p -value = 0.008) ยาด้านเศร้าร่วมกับยากกลุ่ม mood stabilizer ที่มากกว่า (p -value < 0.001) และยังให้ความร่วมมือในการรับประทานยาน้อยกว่า (p -value = 0.003) ในขณะที่ข้อมูลทางคลินิกของโรคซึมเศร้า (ระยะเวลาการดำเนินโรค ค่าคะแนน PHQ-9 ระดับความรุนแรงของตัวโรค) ก่อนการรักษา ปัจจัยการทำจิตบำบัดสังคมและจำนวนครั้งที่ทำ การเปลี่ยนวินิจฉัยโรคเป็นโรคอื่นในภายหลังนั้นไม่มีความแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม

จากตารางที่ 3 ที่ได้ใช้สถิติการถดถอยโลจิสติก (logistic regression) เพื่อดูปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการตอบสนองต่อการรักษา ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่สัมพันธ์

กับการตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้าคือ ความเรื้อรังของตัวกระตุ้นปัญหา (odd ratios = 0.102, p -value < 0.001, 95%CI = 0.039 - 0.267) โรคร่วมกลุ่มวิตกกังวล (odd ratios = 0.119, p -value = 0.033, 95%CI = 0.017 - 0.840) สถานภาพสมรสที่มีคู่สมรส (odd ratios = 0.341, p -value = 0.039, 95%CI = 0.123 - 0.946) ที่ทำให้ตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้ามลดลง ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีอายุที่มากขึ้นตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้าที่มากกว่า (odd ratios = 1.045, p -value = 0.033, 95%CI = 1.004 - 1.088)

วิจารณ์

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ตอบสนองต่อการรักษาครั้งแรกของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยพบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่รายใหม่ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรกทั้งหมด 159 คน มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา 60 คน คิดเป็นความชุกของการไม่ตอบสนองต่อการรักษาครั้งแรกของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 37.74 และพบปัจจัยที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่ตอบสนองต่อการรักษา กับกลุ่มที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้า คือ อายุ เพศ ความเรื้อรังของตัวกระตุ้นปัญหา ประวัติการนอนในโรงพยาบาลด้วยวินิจฉัยหลักโรคซึมเศร้า จำนวนครั้งที่มาติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอกในช่วง 6 เดือนแรกนับตั้งแต่เริ่มการรักษา รูปแบบการสั่งยาบางชนิด (ยาด้านเศร้าร่วมกับยากกลุ่ม second-generation antipsychotics และยาด้านเศร้าร่วมกับยากกลุ่ม mood stabilizer) และความร่วมมือในการรับประทานยา เมื่อพิจารณาในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis) พบว่าปัจจัยที่ยังมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้าคือ อายุและความเรื้อรังของตัวกระตุ้นปัญหา และยังพบปัจจัยเพิ่มเติมที่มีความสัมพันธ์ต่อการตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้าคือ สถานภาพสมรสและโรคร่วมกลุ่มวิตกกังวล ในทางกลับกันปัจจัยอื่นๆ ที่เคยกล่าวมาข้างต้นนั้น ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติกับการตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้า

จากปัจจัยด้านอายุ พบกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้ามีอายุเฉลี่ยที่น้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lam และคณะ⁷ ที่พบว่าในช่วงเริ่มต้นของการรักษาโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่ามีแนวโน้มจะไม่ตอบสนองต่อการรักษาที่มากกว่า และบางงานวิจัย^{14,15} ก็พบว่าการเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานทางคลินิกระหว่างผู้ป่วยที่ตอบสนองและไม่ตอบสนองต่อการรักษา

ปัจจัย	N (%) หรือ Mean $\pm$ SD ผู้ป่วยทั้งหมด N = 159	N (%) หรือ Mean $\pm$ SD Responders N = 99	N (%) หรือ Mean $\pm$ SD Non-responders N = 60	χ^2	Mean difference (95%CI)	p-value
อายุ (ปี)	34.96 $\pm$ 15.045	37.18 $\pm$ 16.292	31.28 $\pm$ 11.969		-5.898 (-10.347, -1.450)	0.010*
เพศ				6.429		0.011*
หญิง	114 (71.7)	64 (64.6)	50 (83.3)			
ชาย	45 (28.3)	35 (35.4)	10 (16.7)			
สถานภาพสมรส				3.517		0.061
คู่	52 (32.7)	27 (27.3)	25 (41.7)			
ไม่มีคู่ (โสด, เสียชีวิต, หย่าร้าง)	107 (67.3)	72 (72.7)	35 (58.3)			
ระดับการศึกษา				0.261		0.610
ตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป	44 (27.7)	26 (26.3)	18 (30.0)			
สถานภาพการประกอบอาชีพ				0.228		0.633
มีการประกอบอาชีพ	86 (54.1)	55 (55.6)	31 (51.7)			
โรคประจำตัวทางกาย						
โรคระบบประสาท	9 (5.7)	4 (4.0)	5 (8.3)			0.299 ^a
โรคตา-หูคอจมูก	28 (17.6)	22 (22.2)	6 (10.0)	3.846		0.050
โรคหัวใจและหลอดเลือด	24 (15.1)	18 (18.2)	6 (10.0)	1.951		0.162
โรคระบบหายใจ	3 (1.9)	1 (1.0)	2 (3.3)			0.557 ^a
โรคระบบทางเดินอาหาร	14 (8.8)	11 (11.1)	3 (5.0)	1.738		0.187
โรคระบบทางเดินปัสสาวะ	4 (2.5)	4 (4.0)	0 (0.0)			0.298 ^a
โรคเบาหวาน	7 (4.4)	6 (6.1)	1 (1.7)			0.256 ^a
โรคไขข้อในเลือดสูง	21 (13.2)	16 (16.2)	5 (8.3)	1.997		0.158
โรคต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ	4 (2.5)	3 (3.0)	1 (1.7)			1.000 ^a
กลุ่มโรคมะเร็ง	4 (2.5)	3 (3.0)	1 (1.7)			1.000 ^a
อาการปวดเรื้อรัง	20 (12.6)	12 (12.1)	8 (13.3)	0.050		0.823
โรคร่วมทางจิตเวช						
โรควิตกกังวล	9 (5.7)	3 (3.0)	6 (10.0)			0.082 ^a
โรคบุคลิกภาพผิดปกติ	41 (25.8)	29 (29.3)	12 (20.0)	1.686		0.194
โรคความผิดปกติทางพัฒนาการ	3 (1.9)	2 (2.0)	1 (1.7)			1.000 ^a
ประวัติการใช้สารเสพติดที่ผ่านมา	47 (29.6)	27 (27.3)	20 (33.3)	0.659		0.417
ปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย						
ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว	30 (18.9)	19 (19.2)	11 (18.3)	0.018		0.893
การประสบเหตุการณ์สะเทือนขวัญ	21 (13.2)	15 (15.2)	6 (10.0)	0.865		0.352
ความเรื้อรังของตัวกระตุ้นปัญหา	79 (49.7)	30 (30.3)	49 (81.7)	39.426		< 0.001*

หมายเหตุ : *p-value < 0.05; ^a Fisher's exact test

ตัวย่อ : N, number; SD, standard deviation; χ^2 , Chi-square; CI, confidence interval; PHQ-9, Patient Health Questionnaire-9

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทางคลินิกของโรคซึมเศร้าทั้งก่อนและหลังรักษาระหว่างผู้ป่วยที่ตอบสนองและไม่ตอบสนองต่อการรักษา

ปัจจัย	N (%) หรือ Mean $\pm$ SD ผู้ป่วยทั้งหมด N = 159	N (%) หรือ Mean $\pm$ SD Responders N = 99	N (%) หรือ Mean $\pm$ SD Non-responders N = 60	χ^2	Mean difference (95%CI)	p-value
ระยะเวลาการดำเนินโรค (เดือน)	6.417 $\pm$ 5.968	6.437 $\pm$ 6.302	6.383 $\pm$ 5.424		-0.0535 (-1.988, 1.881)	0.956
ค่าคะแนน PHQ-9 ก่อนการรักษา	13.85 $\pm$ 4.906	14.08 $\pm$ 5.240	13.47 $\pm$ 4.312		-0.614 (-2.202, 0.973)	0.446
ระดับความรุนแรงของโรคก่อน การรักษา				4.750		0.191
- PHQ-9 < 7 (แต่วินิจฉัยโรคซึมเศร้า)	13 (8.2)	10 (10.1)	3 (5.0)			
- PHQ-9 = 7 - 12 (เล็กน้อย)	48 (30.2)	28 (28.3)	20 (33.3)			
- PHQ-9 = 13 - 18 (ปานกลาง)	72 (45.3)	41 (41.4)	31 (51.7)			
- PHQ-9 > 18 (รุนแรง)	26 (16.4)	20 (20.2)	6 (10.0)			
ความถูกต้องของการวินิจฉัย						
เปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคอื่นในภายหลัง	7 (4.4)	3 (3.0)	4 (6.7)			0.427 ^a
ประวัติการนอนในโรงพยาบาล ด้วยวินิจฉัยหลักโรคซึมเศร้า	14 (8.8)	5 (5.1)	9 (15)	4.606		0.032*
จำนวนครั้งที่มาติดตามที่แผนก ผู้ป่วยนอกในช่วงหกเดือนแรก	4.56 $\pm$ 1.652	4.09 $\pm$ 1.270	5.33 $\pm$ 1.910		1.242 (0.691, 1.794)	< 0.001*
การทำจิตบำบัดสังคม						
การทำจิตบำบัด (psychotherapy)	5 (3.1)	1 (1.0)	4 (6.7)			0.068 ^a
จำนวนครั้งที่ทำจิตบำบัด						0.123 ^a
- 0 ครั้ง	154 (96.9)	98 (99.0)	56 (93.3)			
- 1 - 5 ครั้ง	3 (1.9)	1 (1.0)	2 (3.3)			
- ตั้งแต่ 6 ครั้งขึ้นไป	2 (1.3)	0 (0.0)	2 (3.3)			
การให้คำปรึกษา (counseling)	41 (25.8)	21 (21.2)	20 (33.3)	2.868		0.090
จำนวนครั้งที่ให้คำปรึกษา						0.107 ^a
- 0 ครั้ง	118 (74.2)	78 (78.8)	40 (66.7)			
- 1 - 5 ครั้ง	40 (25.2)	20 (20.2)	20 (33.3)			
- ตั้งแต่ 6 ครั้งขึ้นไป	1 (0.6)	1 (1.0)	0 (0.0)			
รูปแบบการสั่งยา						
ยาด้านเศร้าตั้งแต่สองกลุ่มขึ้นไป	15 (9.4)	6 (6.1)	9 (15.0)	3.494		0.062
ยาด้านเศร้าร่วมกับยากกลุ่ม SGAs	42 (26.4)	19 (19.2)	23 (38.3)	7.042		0.008*
ยาด้านเศร้าร่วมกับยากกลุ่ม	15 (9.4)	3 (3.0)	12 (20.0)	12.592		<0.001*
Mood stabilizer						
ยาด้านเศร้าร่วมกับยากกลุ่ม BZDs	132 (83.0)	80 (80.8)	52 (86.7)	0.910		0.340
ความร่วมมือในการรับประทานยา	90 (56.6)	65 (65.7)	25 (41.7)	8.753		0.003*

หมายเหตุ : *p-value < 0.05; ^a Fisher's exact test

ตัวย่อ : N, number; SD, standard deviation; χ^2 , Chi-square; CI, confidence interval; SGAs, second-generation antipsychotics; BZDs, benzodiazepines

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการตอบสนองต่อการรักษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติก (logistic regression)

ปัจจัย	Unstandardized B	S.E.	Odd ratios	p-value	95%CI
(Constant)	1.625	1.000	5.080	0.104	
ความเรื้อรังของตัวกระตุ้นปัญหา	-2.286	0.493	0.102	<0.001*	0.039, 0.267
อายุ	0.044	0.021	1.045	0.033*	1.004, 1.088
โรคร่วมกลุ่มวิตกกังวล	-2.127	0.996	0.119	0.033*	0.017, 0.840
สถานภาพสมรส (มีคู่สมรส)	-1.075	0.520	0.341	0.039*	0.123, 0.946

หมายเหตุ : *p-value < 0.05

ตัวย่อ : S.E., the standard error of the coefficient; CI, confidence interval

อายุที่น้อยกว่ามีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางพันธุกรรมอย่างมาก และอาจนำไปสู่การเปลี่ยนนิยาม เช่น โรคอารมณ์สองขั้ว และโรคจิตเภทได้ในภายหลังได้ อีกทั้งอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในแต่ละช่วงอายุก็มีความแตกต่างกัน จึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ปัจจัยด้านอายุมีผลต่อการตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้า แต่อย่างไรก็ตามผลของงานวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับบางงานวิจัย^{6,16} ที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ติดต่อการรักษามีอายุน้อย ในตอนเริ่มป่วยที่มากกว่า และการเป็นโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่อายุมากมีแนวโน้มที่จะไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านเศร้า และมีโอกาสสูงในการกำเริบของโรคซ้ำ

ปัจจัยด้านเพศและปัจจัยโรคร่วมกลุ่มวิตกกังวลในงานวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้^{6,7} ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้าพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากในเพศหญิงมีรูปแบบอาการบางอย่างที่แตกต่างจากที่พบในเพศชาย โดยมักมีรูปแบบที่ไม่ตรงไปตรงมา (atypical feature) ที่มักไม่ตอบสนองต่อยาต้านเศร้าบางกลุ่ม อีกทั้งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในเพศหญิงมักพบวินิจฉัยร่วมกับโรคในกลุ่มวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย^{17,18} โดยการพบโรคในกลุ่มวิตกกังวลร่วมด้วยนั้นส่งผลให้การตอบสนองต่อยาต้านเศร้าทุกกลุ่มแย่งและแนวโน้มนำการกำเริบของโรคก็สูงขึ้นอีกด้วย¹⁹ อีกทั้งยังเชื่อว่าฮอร์โมนเพศหญิง โดยเฉพาะฮอร์โมน estrogen มีบทบาทสำคัญต่อทั้งพยาธิกำเนิดและการรักษาโรคซึมเศร้า¹⁷ โดยฮอร์โมน estrogen มีบทบาทอย่างมากต่อการทำงานของสารสื่อประสาท serotonin ดังที่สังเกตเห็นในช่วงก่อนมีประจำเดือน ช่วงหลังคลอด หรือช่วงหมดประจำเดือนที่ระดับฮอร์โมนตัวนี้ลดต่ำลง และเป็นช่วงเวลาที่ยพบโรคซึมเศร้าได้บ่อย^{17,20} นอกจากนี้ในแง่ของเภสัชจลนศาสตร์ยังพบว่าในเพศหญิงมีการทำงานของ CYP2D6 และ CYP3A4 ที่มากกว่าในเพศชาย ทำให้ระดับยาต้านเศร้าบางชนิดลดลง^{17,21}

ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสในงานวิจัยนี้พบว่า การมีคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้าที่ลดลง ซึ่งดูไม่สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้^{22,23} ที่พบว่าการมีคู่สมรสนั้นเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าและช่วยให้การตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้าดีขึ้น แต่มีงานวิจัยของ Reimherr และคณะ²⁴ ที่พบว่าปัญหาการปรับตัวกับคู่สมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มีอาการซึมเศร้ามารบกวน และงานวิจัยของ Franz และคณะ²⁵ ที่พบว่าปัญหาความสัมพันธ์กับคู่สมรสทั้งในด้านการสื่อสารและด้านอารมณ์ที่ไม่พอใจซึ่งกันและกัน มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทหารผ่านศึก

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความเรื้อรังของตัวกระตุ้นปัญหา กับการตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้านั้น สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้^{26,27} ที่พบว่าอาการที่หลงเหลืออยู่ของโรคซึมเศร้ามารวมไปถึงการกำเริบซ้ำของตัวโรคนี้ สัมพันธ์กับการเผชิญหน้าในสถานการณ์ที่ตึงเครียดเป็นระยะเวลานานๆ โดยสาเหตุอาจมาจากที่ความเรื้อรังของการเผชิญหน้ากับความเครียดนั้นส่งผลให้เซลล์ในร่างกายถูกทำลาย เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีและระบบการทำงานในร่างกาย เช่น สาร neurosteroids ระบบ Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis เป็นต้น

จำนวนครั้งที่มาติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอกในงานวิจัยนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้^{6,28} ที่พบว่ากลุ่มที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้า มีจำนวนครั้งที่ใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่มากกว่ากลุ่มที่ตอบสนองต่อการรักษา อาจเนื่องมาจากมีความเรื้อรังของตัวโรคและมีมุมมองต่อการรักษาที่ดี ที่ไม่ได้รู้สึกว่าเป็นตราบาป (stigma) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้า มีประวัติการนอนในโรงพยาบาลด้วยวินิจฉัยหลักโรคซึมเศร้ามามากกว่ากลุ่มที่ตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับ

งานวิจัยก่อนหน้านี้^{6,29} ที่พบว่าความรุนแรงของตัวโรคจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลมีความเกี่ยวข้องกับปริมาณของสมองที่ลดลง โดยเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับความคิด การตัดสินใจ และการควบคุมอารมณ์ ซึ่งจะมีผลต่อการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา

รูปแบบการสั่งยาบางชนิด (ยาด้านเศร้าร่วมกับยาในกลุ่ม second-generation antipsychotics และยาด้านเศร้าร่วมกับยาในกลุ่ม mood stabilizer) ในกลุ่มที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาสูงกว่ากลุ่มที่ตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้^{6,30} ที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มของการใช้ยาที่ซับซ้อนกว่า ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มขนาดของยาให้สูงขึ้นหรือเพิ่มตัวยาอีกชนิดเข้าไป ในงานวิจัยของ Lam และคณะ⁷ ได้แนะนำการเพิ่มยาในกลุ่ม second-generation antipsychotics (ยาขนานแรกหรือขนานที่สอง) หรือยา lithium (ยาขนานที่สอง) ให้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษาได้ไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งต่างก็มีประสิทธิภาพในการรักษา^{31,32} แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาพร้อมกับปัจจัยอื่นๆ กลับไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยด้านความร่วมมือในการรับประทานยาเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้าดีขึ้น โดยงานวิจัยของ Wu และคณะ³³ พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการรับประทานยา หรือหยุดยาเร็วกว่ากำหนดมีการกำเริบซ้ำของโรคซึมเศร้า อัตราการนอนโรงพยาบาลและการเข้ารับบริการทางห้องฉุกเฉินสูงขึ้น และยังส่งผลให้ต้นทุนค่าบริการทางการแพทย์สูงขึ้นไปด้วย และในงานวิจัยของ Hunot และคณะ³⁴ พบว่าสาเหตุที่ส่งผลต่อการให้ความร่วมมือในการรับประทานยา คือ ความกังวลเรื่องผลข้างเคียงของยา หรือสนใจทางเลือกสำหรับการรักษาอื่นๆ มากกว่า ดังนั้นการสำรวจความเข้าใจและความพึงพอใจของผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างมากเพื่อนำไปสู่การวางแผนการรักษาร่วมกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยด้านโรคประจำตัวทางกายในงานวิจัยนี้ไม่ได้มีความสัมพันธ์ต่อการตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้า ซึ่งดูไม่สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้^{6,7,35,36} ที่พบว่ากลุ่มที่มีโรคร่วมทางกาย (รวมถึงอาการปวดเรื้อรัง) มีการตอบสนองต่อการรักษาที่ต่ำกว่า และมีการกำเริบของภาวะซึมเศร้าที่มากกว่า สาเหตุส่วนหนึ่งอาจมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในงานวิจัยนี้มีอายุเฉลี่ยที่ไม่มากนัก (อายุเฉลี่ย 34.96 ปี) และพบโรคประจำตัวในระบบต่างๆ ค่อนข้างน้อย ในส่วนปัจจัยด้านการใช้สารเสพติด

ในช่วงที่ผ่านมาก็ไม่พบความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มตอบสนองกับกลุ่มที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้³⁷ แต่อย่างไรก็ตามงานวิจัยของ Brenner และคณะ³⁸ กลับพบว่าการใช้สารเสพติดก่อนการรักษา หรือเมื่อรักษาด้วยยาด้านเศร้าไปแล้วก็ยังใช้สารเสพติดอยู่ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา โดยปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผลลัพธ์งานวิจัยแตกต่างกันอาจมาจากสัดส่วนเพศหญิงต่อเพศชายที่แตกต่างกัน โดยในงานวิจัยนี้พบสัดส่วนเพศหญิงต่อเพศชายที่มากกว่า ซึ่งแนวโน้มการเกิดโรคซึมเศราร่วมกับการใช้สารเสพติดพบในเพศชายมากกว่า¹⁷ จึงทำให้ไม่พบความแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่มในงานวิจัยนี้

ปัจจัยด้านการประสบเหตุการณ์สะเทือนขวัญในงานวิจัยนี้ไม่ได้มีความสัมพันธ์ต่อการตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้า ซึ่งดูไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Williams และคณะ⁹ ที่พบว่าเหตุการณ์สะเทือนขวัญในช่วงวัยเด็ก (ช่วงอายุ ≤ 7 ปี ทั้งรูปแบบการล่วงละเมิดทางร่างกาย อารมณ์ หรือทางเพศ) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำมาสู่การไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาด้านเศร้าในช่วง 8 สัปดาห์แรกของการรักษา สาเหตุที่ผลงานวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกันอาจมาจากงานวิจัยนี้ไม่ได้แบ่งช่วงอายุที่ประสบเหตุการณ์สะเทือนขวัญ แต่เป็นการเก็บโดยรวมที่ประสบเหตุการณ์สะเทือนขวัญในอดีตเท่านั้น จึงทำให้ไม่พบความแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่มในงานวิจัยนี้

ปัจจัยด้านระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร่าก่อนการรักษาในงานวิจัยนี้ไม่ได้มีความสัมพันธ์ต่อการตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้า ซึ่งดูไม่สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้^{6,7} ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคซึมเศร้าที่มากกว่า จะมีแนวโน้มที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาที่สูงกว่า สาเหตุที่ผลงานวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกันอาจมาจากที่งานวิจัยนี้ได้ใช้ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าตามแบบประเมิน PHQ-9 (ค่าความไวเท่ากับร้อยละ 86.15)¹² แทนเกณฑ์ของ DSM-5-TR หรือ ระบบ ICD-10 อีกทั้งผู้ป่วยยังเป็นผู้ประเมินเอง (self-reported) จึงทำให้มีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่มีค่าคะแนน PHQ-9 น้อยกว่า 7 คะแนน แต่ยังคงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าโดยจิตแพทย์ที่ยึดตามเกณฑ์ของ DSM-5-TR

การรักษาด้วยจิตบำบัดสังคมในงานวิจัยนี้ไม่ได้มีความสัมพันธ์ต่อการตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้า ซึ่งดูไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Guidi และคณะ³⁹ ที่พบว่าการทำจิตบำบัดในช่วงแรกของการรักษาโรคซึมเศร้า (ทั้งแบบการทำ

จิตบำบัดอย่างเดียวหรือการทำจิตบำบัดร่วมกับการให้ยา) มีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงการกำเริบซ้ำของโรคซึมเศร้า สาเหตุส่วนหนึ่งอาจมาจากการที่การทำจิตบำบัดในโรงพยาบาลค่อนข้างน้อยและมีแนวโน้มทำจิตบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากกว่า

ข้อจำกัดในการศึกษานี้มีอยู่หลายประการด้วยกัน ข้อจำกัดแรกคือจำนวนขนาดตัวอย่าง ที่อาจจะยังมีขนาดที่ไม่มากพอที่จะเห็นความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่นๆ กับการตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้า ข้อจำกัดที่สองคือลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ที่ทางผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ที่อาจเกิดอคติจากการเลือกตัวอย่าง (selection bias) ได้ อีกทั้งผู้วิจัยได้เก็บกลุ่มตัวอย่างแค่ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ จึงไม่อาจสรุปเป็นตัวแทนที่ดีในระดับประเทศหรือกล่าวสรุปเป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมดได้ ข้อจำกัดที่สามคือบางปัจจัยเป็นข้อมูลในเชิงลักษณะภาคตัดขวางกับการตอบสนองการรักษาโรคซึมเศร้า เช่น การทำจิตบำบัดสังคม รูปแบบการส่งยา เป็นต้น จึงไม่สามารถอธิบายความเป็นเหตุเป็นผลต่อการตอบสนองการรักษาโรคซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน ข้อจำกัดสุดท้ายคือไม่ได้ศึกษาบางปัจจัยในการศึกษานี้ ไม่ว่าจะเป็นระดับรายได้ ลักษณะถิ่นที่อยู่อาศัย หรือการช่วยเหลือทางสังคม ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้าเช่นกัน^{6,23}

ผลของการศึกษานี้ช่วยให้เข้าใจและตระหนักถึงกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการไม่ตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้าในครั้งแรกของโรงพยาบาลสมุทรปราการมากยิ่งขึ้น และนำไปสู่การพัฒนาระบบการบริการและการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในอนาคต ตั้งแต่การส่งเสริมป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า (การให้ความรู้เรื่องจัดการอารมณ์และการรับมือกับปัญหา) ในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยง และการคัดกรองโรคซึมเศร้าในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงให้เข้าสู่ระบบการรักษามากยิ่งขึ้น รวมไปถึงพัฒนาระบบการบริการดูแลรักษาเพื่อป้องกันผู้ป่วยไปสู่ภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) โดยเฉพาะเรื่องการรับประทายยา ด้านเครือข่ายต่อเนื่อง การให้คำปรึกษาหรือจิตบำบัดที่เน้นให้ผู้ป่วยรับมือกับปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น อีกทั้งมีการเฝ้าระวังติดตามอย่างใกล้ชิดหลังเข้าสู่กระบวนการรักษา ทั้งนี้การศึกษาเพิ่มเติมในอนาคตอาจต้องเก็บในกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มมากขึ้นรวมถึงมีความหลากหลายของประชากร เพื่อสามารถสรุปเป็นข้อมูลทั่วไปของการรักษาโรคซึมเศร้าทั้งหมดได้ อีกทั้งต้องพัฒนารูปแบบงาน

วิจัยแบบไปข้างหน้า (prospective study) เพื่อศึกษาเหตุปัจจัยที่มีการตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้าได้ดียิ่งขึ้น

สรุป

ความชุกของการไม่ตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้าในงานวิจัยนี้พบได้ร้อยละ 37.74 และปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการไม่ตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้าในครั้งแรก คือ อายุที่น้อย เพศหญิง สถานภาพการมีคู่สมรส โรคร่วมกลุ่มวิตกกังวล ความเรื้อรังของตัวกระตุ้นปัญหา ประวัติการนอนในโรงพยาบาลและจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกด้วยโรคซึมเศร้า ที่มากกว่า ความไม่ร่วมมือในการรับประทายยา อีกทั้งยังมีรูปแบบการส่งยาบางชนิด (ยากกลุ่ม second-generation antipsychotics หรือยากกลุ่ม mood stabilizer) ที่มากกว่า ซึ่งมีหลายปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ด้วยการหาแนวทางป้องกันและพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้มีประสิทธิภาพ สำหรับงานวิจัยในอนาคตที่ได้เก็บกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่กว่า มีความหลากหลายของประชากรที่มากกว่า และมีรูปแบบงานวิจัยอธิบายเหตุปัจจัยที่มีผลต่อการตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้าได้ดีกว่านี้ คาดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการรักษาโรคซึมเศร้าในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ ที่อนุมัติโครงการวิจัย หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสมุทรปราการ ที่สนับสนุนการวิจัย ทีมเจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยเฉพาะทีมพยาบาลวิชาชีพและทีมนักจิตวิทยาคลินิก ที่ช่วยเก็บข้อมูลแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม ตั้งแต่เริ่มการรักษาจนถึงการนัดติดตามการรักษา และขอขอบคุณ อาจารย์นายแพทย์ เมธีวัชร ชิตเดชะ ที่ให้คำแนะนำเรื่องสถิติแก่ผู้วิจัย

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีความขัดแย้งทางผลประโยชน์

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

กฤติน หว่านณรงค์: ออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ และยังตรวจสอบแก้ไขบทความ; คุณศิริจันทร์ กอเจริญพาณิชย์ และ คุณทัศนีย์ สุริยะชัย มีส่วนช่วยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแผนก

จิตเวช โรงพยาบาลสมุทรปราการ ในช่วงเดือนตุลาคม 2565
ถึงเดือนเมษายน 2567

เอกสารอ้างอิง

1. Chutha W, Makkhlai K, Sriuengrat D, Jayana R. The prevalence and trends of mental health problems during the COVID-19 pandemic in Thailand, 2020 - 2022. *J Ment Health Thai* 2023; 31(3): 227-39.
2. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *Lancet Psychiatry* 2022; 9(2): 137-50.
3. Culpepper L. Understanding the burden of depression. *J Clin Psychiatry* 2011; 72(6): 19.
4. Tourjman SV, Buck G, Jutras-Aswad D, Khullar A, McInerney S, Saraf G, et al. Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) task force report: a systematic review and recommendations of cannabis use in bipolar disorder and major depressive disorder. *Can J Psychiatry* 2023; 68(5): 299-311.
5. Gaynes BN, Lux L, Gartlehner G, Asher G, Forman-Hoffman V, Green J, et al. Defining treatment-resistant depression. *Depress Anxiety* 2020; 37(2): 134-45.
6. Huang SS, Chen HH, Wang J, Chen WJ, Chen HC, Kuo PH. Investigation of early and lifetime clinical features and comorbidities for the risk of developing treatment-resistant depression in a 13-year nationwide cohort study. *BMC Psychiatry* 2020; 20(1): 541.
7. Lam RW, Kennedy SH, Adams C, Bahji A, Beaulieu S, Bhat V, et al. Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) 2023 update on clinical guidelines for management of major depressive disorder in adults. *Can J Psychiatry* 2024; 69(9): 641-87.
8. Trivedi MH, Morris DW, Grannemann BD, Mahadi S. Symptom clusters as predictors of late response to antidepressant treatment. *J Clin Psychiatry* 2005; 66(8): 1064-70.
9. Williams LM, Debatista C, Duchemin AM, Schatzberg AF, Nemeroff CB. Childhood trauma predicts antidepressant response in adults with major depression: data from the randomized international study to predict optimized treatment for depression. *Transl Psychiatry* 2016; 6(5): 799.
10. Lin CY, Tsai GE, Wang HS, Wu YH, Chiou CC, Wu VY, et al. Effectiveness of aripiprazole, olanzapine, quetiapine, and risperidone augmentation treatment for major depressive disorder: a nationwide population-based study. *J Clin Psychiatry* 2014; 75(9): 924-31.
11. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970; 30: 607-10.
12. Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai central dialect. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2018; 63(4): 321-34.
13. Hayasaka Y, Purgato M, Magni LR, Ogawa Y, Takeshima N, Cipriani A, et al. Dose equivalents of antidepressants: evidence-based recommendations from randomized controlled trials. *J Affect Disord* 2015; 180: 179-84.
14. Rice F, Riglin L, Lomax T, Souter E, Potter R, Smith DJ, et al. Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles. *J Affect Disord* 2019; 243: 175-81.
15. Verduijn J, Milaneschi Y, Peyrot WJ, Hottenga JJ, Abdellaoui A, Geus EJC, et al. Using clinical characteristics to identify which patients with major depressive disorder have a higher genetic load for three psychiatric disorders. *Biol Psychiatry* 2017; 81(4): 316-24.
16. Deng Y, McQuoid DR, Potter GG, Steffens DC, Albert K, Riddle M, et al. Predictors of recurrence in remitted late-life depression. *Depress Anxiety* 2018; 35(7): 658-67.
17. Roomruangwong C. The psychiatric aspects in female. 1st ed. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University; 2021.
18. Keers R, Aitchison KJ. Gender differences in antidepressant drug response. *Int Rev Psychiatry* 2010; 22(5): 485-500.
19. Andreescu C, Lenze EJ, Dew MA, Begley AE, Mulsant BH, Dombrovski AY, et al. Effect of comorbid anxiety on treatment response and relapse risk in late-life depression: controlled study. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 344-9.
20. Boland R, Verduin M, Ruiz P, Shah A, Sadock B. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. 12th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2022.
21. Sramek JJ, Murphy MF, Cutler NR. Sex differences in the psychopharmacological treatment of depression. *Dialogues Clin Neurosci* 2016; 18(4): 447-57.
22. Perlis RH, Alpert J, Nierenberg AA, Mischoulon D, Yeung A, Rosenbaum JF, et al. Clinical and sociodemographic predictors of response to augmentation, or dose increase among depressed outpatients resistant to fluoxetine 20 mg/day. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108(6): 432-8.
23. Carter GC, Cantrell RA, Zarotsky V, Haynes VS, Phillips G, Alatorre CI, et al. Comprehensive review of factors implicated in the heterogeneity of response in depression. *Depress Anxiety* 2012; 29(4): 340-54.
24. Reimherr FW, Strong RE, Marchant BK, Hedges DW, Wender PH. Factors affecting return of symptoms 1 year after treatment in a 62-week controlled study of fluoxetine in major depression. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 16-23.
25. Franz MR, Kaiser AP, Phillips RJ, Lee LO, Lawrence AE, Taft CT, et al. Associations of warzone veteran mental health with partner mental health and family functioning: family foundations study. *Depress Anxiety* 2020; 37(11): 1068-78.
26. Harkness KL, Theriault JE, Stewart JG, Bagby RM. Acute and chronic stress exposure predicts 1-year recurrence in adult outpatients with residual depression symptoms following response to treatment. *Depress Anxiety* 2014; 31(1): 1-8.
27. Wolkowitz OM, Epel ES, Reus VI, Mellon SH. Depression gets old fast: do stress and depression accelerate cell aging. *Depress Anxiety* 2010; 27(4): 327-38.
28. Boerema AM, Kleiboer A, Beekman ATF, Zoonen K, Dijkshoorn

- H, Cuijpers P. Determinants of help-seeking behavior in depression: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2016; 16: 78.
29. Lemke H, Romankiewicz L, Förster K, Meinert S, Waltemate L, Fingas SM, et al. Association of disease course and brain structural alterations in major depressive disorder. *Depress Anxiety* 2022; 39(5): 441-51.
30. Sousa RT, Zanetti MV, Brunoni AR, Machado-Vieira R. Challenging treatment-resistant major depressive disorder: a roadmap for improved therapeutics. *Curr Neuropsychopharmacol* 2015; 13(5): 616-35.
31. Spielmans GI, Berman MI, Linardatos E, Rosenlicht NZ, Perry A, Tsai AC. Adjunctive atypical antipsychotic treatment for major depressive disorder: a meta-analysis of depression, quality of life, and safety outcomes. *Focus* 2016; 14(2): 244-65.
32. Nelson JC, Baumann P, Delucchi K, Joffe R, Katona C. A systematic review and meta-analysis of lithium augmentation of tricyclic and second generation antidepressants in major depression. *J Affect Disord* 2014; 168: 269-75.
33. Wu CH, Farley JF, Gaynes BN. The association between antidepressant dosage titration and medication adherence among patients with depression. *Depress Anxiety* 2012; 29(6): 506-14.
34. Hunot VM, Horne R, Leese MN, Churchill RC. A cohort study of adherence to antidepressants in primary care: the influence of antidepressant concerns and treatment preferences. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2007; 9(2): 91-9.
35. Iosifescu DV, Bankier B, Fava M. Impact of medical comorbid disease on antidepressant treatment of major depressive disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2004; 6(3): 193-201.
36. Roughan WH, Campos AI, García-Marín LM, Cuéllar-Partida G, Lupton MK, Hickie IB, et al. Comorbid chronic pain and depression: shared risk factors and differential antidepressant effectiveness. *Front Psychiatry* 2021; 12: 643609.
37. Davis LL, Pilkinton P, Wisniewski SR, Trivedi MH, Gaynes BN, Howland RH, et al. Effect of concurrent substance use disorder on the effectiveness of single and combination antidepressant medications for the treatment of major depression: an exploratory analysis of a single-blind randomized trial. *Depress Anxiety* 2012; 29(2): 111-22.
38. Brenner P, Brandt L, Li G, DiBernardo A, Bodén R, Reutfors J. Substance use disorders and risk for treatment resistant depression: a population-based, nested case-control study. *Addiction* 2020; 115(4): 768-77.
39. Guidi J, Fava GA. Sequential combination of pharmacotherapy and psychotherapy in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2021; 78(3): 261-9.

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ในข้าราชการตำรวจกองบังคับการตำรวจนครบาลแห่งหนึ่ง

ปวันรัตน์ จันทรศิริกิตติกุล*, วิษณุตม์ เพศยนาวิน*, เมธีวัชร ชิตเดชะ*, ภูษงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ ศึกษาความชุกของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ในข้าราชการตำรวจกองบังคับการตำรวจนครบาลแห่งหนึ่ง

วิธีการศึกษา การศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ในข้าราชการตำรวจกองบังคับการตำรวจนครบาลแห่งหนึ่ง ซึ่งได้รับการสุ่มเลือก จำนวน 339 ราย คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างตามความสะดวก เก็บข้อมูลในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2567 โดยใช้การเก็บข้อมูลทางระบบออนไลน์ผ่าน Google form เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และแบบประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ ดื่มแบบเสี่ยง ดื่มแบบอันตราย และดื่มแบบเสี่ยงติด สถิติวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย (ร้อยละ 94.7) อายุเฉลี่ย 40.4 ปี ความชุกของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์พบร้อยละ 88.2 เป็นการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ แบบเสี่ยง แบบอันตราย และแบบเสี่ยงติด ร้อยละ 45.7, 31.6, 8.3 และ 14.4 ตามลำดับ อายุเฉลี่ยเมื่อดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกคือ 20.5 ปี เหตุผลของการดื่ม คือ สังสรรค์ เพื่อเข้าสังคม และดื่มตามเพื่อน นิยมดื่มเบียร์มากที่สุด นิยมดื่มที่บ้านของตนเองและร้านอาหาร โดยดื่มกับเพื่อนร่วมงานในช่วงเวลาค่ำ และส่วนใหญ่มีประวัติสูบบุหรี่หรือร่วมกับการดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและเสี่ยงติด ได้แก่ ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี การมีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน และมีระดับความเครียดปานกลางถึงสูง

สรุป ตำรวจเป็นอาชีพที่รับผิดชอบด้านความปลอดภัยและสวัสดิภาพของประชาชน จากการศึกษาพบว่าข้าราชการตำรวจที่สังกัดนครบาลแห่งหนึ่งมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าครึ่งหนึ่ง โดยลักษณะส่วนใหญ่ดื่มเพื่อสังสรรค์กับผู้ร่วมงาน ในช่วงเวลาค่ำหลังเลิกงาน หากข้าราชการตำรวจนครบาลได้รับความช่วยเหลือปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ด้านการศึกษา การเงินที่ไม่เพียงพอ และปัญหาความเครียดที่สูงมาก รู้สึกภาระงานมากเกินไป อาจช่วยบรรเทาปัญหาการเสพติดแอลกอฮอล์ได้

คำสำคัญ ความชุก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ข้าราชการตำรวจ ปัจจัยที่สัมพันธ์

Corresponding author: ภูษงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail: doctorpuchong@gmail.com

วันรับ : 8 ตุลาคม 2567 วันแก้ไข : 27 พฤศจิกายน 2567 วันตอบรับ : 6 ธันวาคม 2567

The Prevalence of Alcohol Drinking and Associated Factors in Police Officers in One Metropolitan Police Division

Pawanrat Chantrikitikul*, Vichayut Phetsayanavin*, Mayteewat Chiddaycha*, Puchong Laurujisawat*

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

ABSTRACT

Objectives: To study the prevalence of alcohol drinking behavior among police officers in one metropolitan police division and to explore factors associated with problematic drinking behavior.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on police officers in one metropolitan police division. Total 339 sampled participants were recruited by convenience sampling. Data collection was carried out through the Google Forms platform from October 1st 2023 to April 30th 2024. The self-rated questionnaires included demographic data, drinking behavior, and The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT). Descriptive statistics and binary logistic regression were used for data analysis.

Results: Most participants were male (94.7%) and with an average age of 40.4 years. The prevalence of alcohol drinking among police officers was 88.2%. The percentages of low-risk, hazardous, harmful, and high-risk alcohol drinking pattern were 45.7%, 31.6%, 8.3%, and 14.4%, respectively. The mean age of first exposure to alcohol was 20.5 years. The primary reasons for drinking were socializing and peer influence. The most popular type of alcohol was beer, and common drinking venues were their own homes and restaurants, mainly in the evening. Most of them also had a history of smoking. Factors associated with harmful and high-risk for dependence drinking behavior included having less than a bachelor's degree, insufficient income for expenses, current smoking, and moderate-to-high perceived stress.

Conclusion: Police officers are professionals responsible for public safety and well-being. This study revealed that more than half of the police officers in a metropolitan division consume alcohol, primarily during social gatherings with colleagues after work. Factors associated with problematic alcohol consumption included below undergraduate degree, financial difficulties, smoking, and occupational stress due to excessive workload. Addressing these factors may help reduce the prevalence of alcohol dependency within this population.

Keywords: prevalence, alcohol, police officer, associated factors

Corresponding author: Puchong Laurujisawat

E-mail: doctorpuchong@gmail.com

Received 8 October 2024 Revised 27 November 2024 Accepted 6 December 2024

บทนำ

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อสุขภาพของประชากร โดยทำให้เกิดโรคและการเจ็บป่วยกว่า 200 โรค ทั้งโรคไม่ติดต่อและโรคติดต่อ รวมถึงก่อให้เกิดการบาดเจ็บต่างๆ การทำร้ายร่างกายและอุบัติเหตุ เป็นต้น จากข้อมูลภาวะโรคและการบาดเจ็บจากผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับโลก ปี ค.ศ. 2019 พบว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งของประชากรกลุ่มอายุ 20 - 39 ปี โดยมีคนเสียชีวิตด้วยโรคและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 2.6 ล้านคนต่อปี¹ จากผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตคนไทยระดับชาติปี พ.ศ. 2566 พบว่าคนไทย 1.3 ล้านคน เข้าข่ายเป็นโรคติดสุรา โดย 1.2 ล้านคน มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีอันตราย และ 2.7 แสนคน มีพฤติกรรมติดแอลกอฮอล์ พบปัญหาสูงสุดในกลุ่มวัยรุ่น โดยผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 11 เท่า²

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพจิต โดยเฉพาะผู้ที่เข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol use disorder) และผู้ที่ดื่มแบบบินจ์ (binge)²³⁻²⁵ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศที่ศึกษาความสัมพันธ์ของปัญหาสุขภาพจิตในประชากรทั่วไปที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่า โรคร่วมที่สัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ โรควิตกกังวล²⁶ โรคซึมเศร้า²⁶ โรคอารมณ์สองขั้ว²⁷ และโรคเครียดหลังประสบเหตุการณ์ร้ายแรง²⁸ จากการศึกษาของ Margaret A. Austin และคณะ ที่ศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยในเม็กซิโก พบว่านักศึกษาที่มีภาวะวิตกกังวลหรือซึมเศร้าร่วมด้วย มีการเพิ่มของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละสัปดาห์มีการใช้แบบอันตราย (hazardous use) มากขึ้น เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีภาวะวิตกกังวลหรือซึมเศร้า²⁹

รายงานจาก Institute for Alcohol Studies³⁰ พบว่าร้อยละ 19 ของคนที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย ซึ่งเป็นผลจากการใช้แอลกอฮอล์ และการศึกษาของ Ray Alsuhaibani และคณะ พบว่าการที่มีสุขภาพจิตแย่ลงสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อจัดการกับความเครียดและการจัดการกับอาการของภาวะสุขภาพจิต³¹ นอกจากนี้แอลกอฮอล์กับภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันทั้งสองทาง โดยพบความชุกของภาวะวิตกกังวลหรือซึมเศร้า 1.5 - 3 เท่า ในคนที่ดื่มแอลกอฮอล์³²

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่าตำรวจเป็นอาชีพที่มีพฤติกรรมการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าประชากรทั่วไป⁴ ด้วยสาเหตุจากความเครียดจากการทำงาน รายได้ที่ไม่เหมาะสม การเลื่อนตำแหน่งที่ค่อนข้างยาก วัฒนธรรมองค์กรที่เป็นลักษณะการทำงานภายใต้อำนาจที่เป็นลำดับชั้น ในขณะเดียวกันตำรวจต้องทำงานเพื่อรักษาความสงบสุขให้ความปลอดภัย ปราบปรามอาชญากรรม ให้ความมั่นคงกับประชาชน และทำงานภายใต้การบังคับใช้กฎหมาย นับได้ว่าอาชีพตำรวจเป็นอาชีพที่มีความเสี่ยงสูง ต้องรับแรงกดดันและมีความเครียดสูง ยิ่งส่งเสริมให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า^{5,6} โรควิตกกังวล ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ตำรวจมีแนวโน้มมีพฤติกรรมการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าอาชีพอื่น

ผู้วิจัยเห็นว่าปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาที่สำคัญซึ่งส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ดังที่กล่าวข้างต้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ายังมีการศึกษาความชุกและปัจจัยในการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁶ ในข้าราชการตำรวจในประเทศไทยค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญในปัญหาดังกล่าวที่อาจจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ครอบครัว และสังคม ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต จึงเป็นที่มาของการศึกษานี้ เพื่อที่การศึกษานี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน ดำเนินโครงการและกิจกรรมต่างๆ เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยโดยเฉพาะกลุ่มข้าราชการตำรวจ ในการลดหรือหยุดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้สามารถป้องกันและแก้ไขได้ตรงจุด ช่วยลดหรือบรรเทาปัญหาที่เกิดในสังคมไทย เสริมสร้างความแข็งแกร่ง และพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้มีคุณภาพ ซึ่งเป็นรากฐานในการพัฒนาประเทศ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ในข้าราชการตำรวจกองบังคับการตำรวจนครบาลแห่งหนึ่ง

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) โดยศึกษาในข้าราชการตำรวจ สังกัดกองบังคับการแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยทำการเก็บข้อมูลในวันที่ 1 ตุลาคม 2566 - 30 เมษายน 2567 งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม

การวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (COA No. 1164/2023, IRB No. 0479/66)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ข้าราชการตำรวจสังกัดกองบังคับการนครบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,419 คน ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (convenience sampling) จัดทำแบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์ผ่าน Google form และกระจายแบบสอบถามผ่านช่องทางออนไลน์ที่เป็นของเจ้าหน้าที่ตำรวจโดยประสานงานผ่านเจ้าหน้าที่ธุรการจากทุกสถานีตำรวจที่อยู่ในสังกัดกองบังคับการนครบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ที่ทำการศึกษา

โดยขนาดประชากรคำนวณจากการประมาณความชุกของพฤติกรรมการดื่มแบบอันตรายและเสี่ยงติดในตำรวจ จากงานวิจัยก่อนหน้าของ ศรีญา เพ็ญสุข¹⁰ พบว่าความชุกของพฤติกรรมการดื่มแบบอันตรายและเสี่ยงติดเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 38 การกำหนดขนาดตัวอย่างอาศัยการคำนวณขนาดตัวอย่าง จากสูตร Finite Population Proportion⁷⁻⁹

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

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนสมาชิกทั้งหมดในประชากรเป้าหมาย = 1,419

p = ความชุกของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและแบบเสี่ยงติด = 0.38¹⁰

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ = 0.05

α = 0.05

แทนค่าในสูตรจะได้ n = 291 คน

กำหนดการคลาดเคลื่อน ร้อยละ 10 ของจำนวนทั้งหมดที่ต้องการ ดังนั้นขนาดของประชากรทั้งหมด 291+29 เท่ากับ อย่างน้อย 320 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา

1. เป็นตำรวจผู้ที่ได้รับบรรจุเป็นข้าราชการประจำสถานีตำรวจ สังกัดกองบังคับการตำรวจนครบาลที่ทำการศึกษามาอย่างน้อย 1 ปี

2. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

3. สามารถเข้าใจการสื่อสารภาษาไทย โดยวิธีฟัง พูด อ่าน เขียนได้

4. ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการศึกษา

1. ข้าราชการประจำสถานีตำรวจที่อยู่ระหว่างการลาพักร้อนลากิจ และลาศึกษาต่อ

2. ข้าราชการกองบังคับการนครบาล ฝ่ายอำนวยการที่ไม่ได้ปฏิบัติงานที่สถานีตำรวจ

เครื่องมือที่ใช้

แบบสอบถาม 6 ชนิด ได้แก่

แบบสอบถามที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว

แบบสอบถามที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานของตำรวจ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับลักษณะการทำงาน ประสิทธิภาพของงาน ภาระงาน ยศและการเลื่อนขั้น รายได้ อายุการทำงาน จำนวนชั่วโมงในการทำงาน

แบบสอบถามที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสถานที่ดื่ม ผู้ร่วมดื่ม ความถี่ในการดื่ม ชนิดเครื่องดื่ม หน่วยภาชนะ ปริมาณที่ดื่ม จำนวนคนที่ดื่ม อายุที่เริ่มดื่ม เหตุผลในการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ร่วมกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์¹¹

แบบสอบถามที่ 4 แบบประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ฉบับประเมินด้วยตนเอง (Alcohol Use Disorder Identification Test หรือ AUDIT) แปลโดย สวัสดิ์ อัมมพันธ์กรชัย จำนวน 10 ข้อ โดย 0 - 7 คะแนน หมายถึง การดื่มแบบความเสี่ยงต่ำ (low risk drinking) 8 - 15 คะแนน หมายถึง การดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking) 16 - 19 คะแนน หมายถึง การดื่มแบบอันตราย (harmful use) คะแนนตั้งแต่ 20 คะแนนขึ้นไป หมายถึง การดื่มแบบติด (alcohol dependence)^{12,13}

แบบสอบถามที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ เป็นแบบสอบถามชนิดตอบเอง มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นทั้งฉบับอยู่ในระดับสูง (α = 0.79)¹⁴

โดย 0 - 8 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้า 9 - 14 คะแนน หมายถึง มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 15 - 19 คะแนน หมายถึง มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง คะแนนตั้งแต่ 20 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีอาการของภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง¹⁵

แบบสอบถามที่ 6 แบบวัดความรู้สึกเครียด (Thai Perceived Stress Scale-10 (T-PSS-10)) พัฒนาโดย ณหทัย วงศ์ปการันย์ และคณะ¹⁶ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับอยู่ในระดับสูง มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นทั้งฉบับอยู่ในระดับสูง ($\alpha = 0.85$) โดยคะแนน 0 - 13 คะแนน หมายถึง มีความเครียดระดับต่ำ 14 - 26 คะแนน หมายถึง มีความเครียดระดับปานกลาง 27 - 40 คะแนน หมายถึง มีความเครียดระดับสูง¹⁷

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลไปยัง กองบังคับการตำรวจนครบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร และ สถานีตำรวจที่อยู่ภายใต้สังกัดกองบังคับการตำรวจนครบาล ที่เป็น กลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล ติดต่อเจ้าหน้าที่ธุรการสถานีตำรวจแต่ละแห่ง เพื่อขอเข้าพบและชี้แจงรายละเอียดการวิจัย โดยการเก็บ รวบรวมข้อมูลแบบสอบถามผ่านทาง Google form มีการชี้แจงให้ผู้ร่วมวิจัยสามารถตรวจสอบรายละเอียดโครงการวิจัยรวมถึง สามารถสอบถามข้อมูลเบื้องต้น ก่อนตัดสินใจแสดงความยินยอม ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยการเก็บแบบสอบถามจะเป็นรูปแบบ ให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้เข้าร่วม วิจัยสามารถตอบได้อย่างอิสระโดยไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล หรือ หน่วยงานปฏิบัติงานในแบบสอบถาม ผู้ร่วมวิจัยสามารถเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการศึกษาโดยไม่ต้องแจ้ง รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูล จะทำในภาพรวม จึงไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของผู้ตอบ แบบสอบถาม และการศึกษานี้มีผู้ยินยอมเข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 339 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

คำนวณสถิติด้วยโปรแกรม SPSS version 22 วิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าจำนวนและ ร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยการวิเคราะห์ ถดถอยโลจิสติก (binary logistic regression) โดยตัวแปรที่มี นัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.2$ ใน Univariable analysis จะถูกนำเข้า

ในการวิเคราะห์ Multivariable analysis กำหนดค่านัยสำคัญ ทางสถิติเมื่อ $p < 0.05$ นำเสนอด้วย Odds ratio และ 95% Confidence Interval

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 339 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 94.7) มีอายุเฉลี่ย 40.4 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 20 - 35 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 53.4 อีกทั้งระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบ ระดับปริญญาตรีและสูงกว่า ร้อยละ 66.4 โดยมีรายได้ต่อเดือน อยู่ในช่วงระหว่าง 15,000 - 35,000 บาท ร้อยละ 47.8 กลุ่มตัวอย่าง เกือบครึ่งมีสถานะทางการเงินเป็นมีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ (ร้อยละ 46.3) โดยมีโรคประจำตัว ร้อยละ 27.7 ซึ่งโรคประจำตัวที่ พบมากที่สุด คือ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 17.4 รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ร้อยละ 16.2 และ 8.6 ตามลำดับ ส่วนโรคประจำตัวทางจิตเวชพบร้อยละ 2.1 และมีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 27.4 (ตารางที่ 1)

ข้อมูลเกี่ยวกับการทำงาน

กลุ่มตัวอย่างสังกัดฝ่ายงานจราจรมากที่สุด ร้อยละ 31.6 รองลงมาคือฝ่ายปราบปรามป้องกันและสอบสวน ร้อยละ 29.2 และ 16.8 ตามลำดับ มีลักษณะการทำงานหลักส่วนใหญ่เป็นลงพื้นที่ ร้อยละ 62.2 ระดับชั้นยศ ชั้นประทวนเป็นสิบตำรวจโทมากที่สุด ร้อยละ 14.5 ชั้นสัญญาบัตรเป็นร้อยตำรวจตรีมากที่สุด ร้อยละ 13.6 มีอายุราชการเฉลี่ย 17.1 ± 13.0 ปี โดยมีอายุราชการในช่วง 1 - 15 ปี มากที่สุด ร้อยละ 54 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งรู้สึกมี ภาระงานมากเกินไป (ร้อยละ 57.8) และรู้สึกได้รับการสนับสนุน จากผู้ร่วมปฏิบัติงานและจากผู้บังคับบัญชาในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.6 และ 59.9 ตามลำดับ ส่วนใหญ่คิดว่ามีรายได้ ไม่เหมาะสมกับภาระงาน ร้อยละ 77.3 โดยมีความพึงพอใจต่อ อาชีพข้าราชการตำรวจ ร้อยละ 55.7 (ตารางที่ 1)

ภาวะซึมเศร้าและความเครียด

กลุ่มตัวอย่างพบว่ามีความเครียด PHQ-9 เฉลี่ย 5.6 ± 4.9 คะแนน โดยมีระดับภาวะซึมเศร้าเป็นไม่มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 72.3 รองลงมาคือระดับน้อยและระดับปานกลาง ร้อยละ 21.5 และ 5.6 ตามลำดับ ส่วนคะแนนความเครียดจาก T-PSS เฉลี่ย 15.2 ± 5.1 คะแนน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.5 (ตารางที่ 1)

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

ความชุกการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีร้อยละ 88.2 โดยสถานที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่พบมากที่สุดคือบ้านตนเอง ร้อยละ 67.3 รองลงมาคือร้านอาหารและบ้านผู้อื่น ร้อยละ 60.5 และ 36.6 ตามลำดับ โดยมีผู้ร่วมดื่มเป็นเพื่อนร่วมงานมากที่สุด ร้อยละ 72.6 มีความถี่การดื่มเป็นทุกเดือนมากที่สุด ร้อยละ 41.1 ส่วนชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่มส่วนใหญ่เป็นเบียร์ ร้อยละ 81.4 รองลงมาคือสุราสี/สุราแดง ร้อยละ 44.5 โดยมีเหตุที่ดื่มมากที่สุดคือเข้าสังคม/สังสรรค์ ร้อยละ 90.6 รองลงมาคือเพื่อนชวนดื่ม/ดื่มตามเพื่อน และเพื่อผ่อนคลาย ร้อยละ 19.5 และ 4.1 ตามลำดับ มีช่วงเวลาที่ดื่มเป็นช่วงค่ำมากที่สุด ร้อยละ 76.4 อีกทั้งอายุที่เริ่มต้นดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ย 20.4 ± 5.5 ปี และมีการสูบบุหรี่ร่วมกับการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 29.5 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์พบว่ามีคะแนน AUDIT เฉลี่ย 10.2 ± 8.4 คะแนน โดยอยู่ในระดับแบบเสี่ยงต่ำ (low risk drink) มากที่สุด ร้อยละ 45.7 รองลงมาคือแบบเสี่ยง (hazardous drink) แบบเสี่ยงติด (alcohol dependence) และแบบอันตราย (harmful drink) พบร้อยละ 31.6, 14.4 และ 8.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและเสี่ยงติด

จากการวิเคราะห์ด้วย Univariate analysis พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานะทางการเงิน โรคประจำตัวทางกาย การสูบบุหรี่ ในปัจจุบัน ฝ่ายงานที่สังกัด อายุราชการ และระดับความเครียด และเมื่อทำการวิเคราะห์ด้วย Multivariable analysis เพื่อควบคุมปัจจัยต่างๆ ให้คงที่ โดยมีปัจจัยที่ควบคุม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานะทางการเงิน โรคประจำตัวทางกาย การสูบบุหรี่ ในปัจจุบัน ฝ่ายงานที่สังกัด ระดับชั้นยศ อายุราชการ ภาระงาน ได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา ความพึงพอใจต่ออาชีพข้าราชการ ตำรวจ และระดับความเครียด จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและเสี่ยงติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การจบการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรีสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและเสี่ยงติดเมื่อเทียบกับผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ OR = 2.26 (95%CI: 1.21 - 4.21) ผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายสัมพันธ์กับมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

ในระดับอันตรายและเสี่ยงติดเมื่อเทียบกับผู้ที่มีรายได้เพียงพอและมีเงินเก็บ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ OR = 2.91 (95%CI: 1.12 - 7.53) ผู้ที่มีการสูบบุหรี่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับอันตรายและเสี่ยงติดเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ OR = 4.53 (95%CI: 2.32 - 8.84) และผู้ที่มีความเครียดระดับปานกลางถึงสูง สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตรายและเสี่ยงติดเมื่อเทียบกับผู้ที่มีความเครียดระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ OR = 2.85 (95%CI: 1.35 - 6.0) (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเจ้าหน้าที่ตำรวจ จำนวน 339 คน พบว่ามีความชุกของผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง ร้อยละ 31.6 ผู้ดื่มแบบอันตราย ร้อยละ 8.3 และผู้ดื่มแบบเสี่ยงติด ร้อยละ 14.4 ซึ่งความชุกของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในการศึกษาค้นครั้งนี้มีค่าใกล้เคียงกับงานวิจัยในต่างประเทศปี 2564 ของ Patricia Irizar⁵ ที่ศึกษาความชุกของผู้ดื่มแบบเสี่ยงและผู้ดื่มแบบอันตราย รวมถึงความเครียดจากการทำงาน ปัญหาสุขภาพจิตในตำรวจประเทศอังกฤษ ผลการศึกษาพบความชุกของผู้ดื่มแบบเสี่ยง ร้อยละ 32.6 ผู้ดื่มแบบอันตราย ร้อยละ 3.0 นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าตำรวจที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น เครียดวิตกกังวล ซึมเศร้า มีแนวโน้มที่จะดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายเป็น 2 เท่า ของตำรวจที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต

ในส่วนของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและเสี่ยงติดพบว่า ผู้ที่จบการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรีสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและเสี่ยงติด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาแบบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ของ นันทิยา วัฒนา และคณะ¹⁹ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ชายวัยผู้ใหญ่ พบว่าการสูบบุหรี่ การมี การศึกษาต่ำ การมีครอบครัวที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีเพื่อนบ้านที่ดื่มแอลกอฮอล์ มีภาวะซึมเศร้า และมีแรงจูงใจในการดื่มเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย

การสูบบุหรี่ในผู้ที่มีอันตรายจากการดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่พบว่า ร้อยละ 46.8 สูบบุหรี่และยังมีการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องกับ Yun-Tse Lee และคณะ²⁰ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายในวัยรุ่นได้หวั่น ผลการศึกษาพบว่าการสูบบุหรี่ในปัจจุบันของวัยรุ่นสัมพันธ์

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และข้อมูลเกี่ยวกับการทำงาน

ข้อมูล	จำนวน หรือ mean	ร้อยละ หรือ $\pm$ SD	ข้อมูล	จำนวน หรือ mean	ร้อยละ หรือ $\pm$ SD
เพศ			ฝ่ายงานที่สังกัด		
ชาย	321	94.7	จรรยา	107	31.6
หญิง	18	5.3	ปราบปรามป้องกัน	99	29.2
อายุ (ปี)			สอบสวน	57	16.8
20 - 35	174	51.3	อำนวยความสะดวก	47	13.9
36 - 50	36	10.6	สืบสวน	29	8.6
>50	129	38.1	ลักษณะการทำงานหลัก		
Min - Max = 20 - 68			ลงพื้นที่	211	62.2
สถานภาพสมรส			ภายในสำนักงาน	128	128
โสด	131	38.6	ระดับชั้นยศ		
สมรส	181	53.4	ชั้นประทวน		
แยกหย่า/หม้าย	27	8.0	สิบตำรวจตรี	46	13.6
ระดับการศึกษา			สิบตำรวจโท	49	14.5
ต่ำกว่าปริญญาตรี	114	33.6	สิบตำรวจเอก	45	13.3
ปริญญาตรีและสูงกว่า	225	66.4	จ่าสิบตำรวจ	14	4.1
รายได้ต่อเดือน (บาท)			ดาบตำรวจ	32	9.4
<15,000	65	19.2	ชั้นสัญญาบัตร		
15,000 - 35,000	162	47.8	ร้อยตำรวจตรี	46	13.6
35,001 - 60,000	108	31.8	ร้อยตำรวจโท	32	9.4
>60,000	4	1.2	ร้อยตำรวจเอก	38	11.2
Min - Max = 1,400 - 350,000			พันตำรวจตรี	15	4.4
สถานะทางการเงิน			พันตำรวจโท	15	4.4
มีรายได้เพียงพอและมีเงินเก็บ	74	21.8	พันตำรวจเอก	1	0.3
มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ	157	46.3	พลตำรวจ	6	1.8
มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	108	31.9	อายุราชการ (ปี)		
โรคประจำตัวทางกาย			1 - 15	183	54.0
ไม่มี	245	72.3	16 - 30	82	24.2
มี	94	27.7	31 - 52	74	21.8
ไขมันในเลือดสูง	59	17.4	Min - Max = 1 - 52		
ความดันโลหิตสูง	55	16.2	ภาระงาน		
เบาหวาน	29	8.6	มากเกินไป	196	57.8
อื่นๆ (เกาต์, ภูมิแพ้, โรคตับ, ต่อมลูกหมาก, โรคไต)	27	8.0	ปานกลาง	142	41.9
มีโรคประจำตัวทางจิตเวช			น้อยเกินไป	1	0.3
	7	2.1			

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และข้อมูลเกี่ยวกับการทำงาน (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน หรือ mean	ร้อยละ หรือ $\pm$ SD	ข้อมูล	จำนวน หรือ mean	ร้อยละ หรือ $\pm$ SD
การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน			ได้รับการสนับสนุนจากผู้ร่วมปฏิบัติงาน		
ไม่สูบ	246	72.6	ไม่ได้รับ	69	20.3
สูบ	93	27.4	ได้รับปานกลาง	185	54.6
ระดับภาวะซึมเศร้า จากคะแนน PHQ-9			ได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	245	72.3	ได้รับอย่างมาก	85	25.1
ระดับน้อย	73	21.5	ได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา		
ระดับปานกลาง	19	5.6	ไม่ได้รับ	60	17.7
ระดับรุนแรง	2	0.6	ได้รับปานกลาง	203	59.9
Min - Max = 0 - 22			ได้รับอย่างมาก	76	22.4
ระดับความเครียด จากคะแนน T-PSS			รายได้เหมาะสมกับภาระงาน		
มีความเครียดระดับต่ำ	109	32.1	ไม่เหมาะสม	262	77.3
มีความเครียดระดับปานกลาง	222	65.5	เหมาะสม	77	22.7
มีความเครียดระดับสูง	8	2.4	ความพึงพอใจต่ออาชีพราชการตำรวจ		
Min - Max = 0 - 29			พึงพอใจ	189	55.7
			เฉยๆ	123	36.3
			ไม่พึงพอใจ	27	8.0

PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9, T-PSS: Thai-Perceived Stress Scale

กับอายุที่เพิ่มขึ้นของวัยรุ่น และการสูบบุหรี่ยังสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย ซึ่งจากการวิเคราะห์การถดถอย พบคุณแบบขั้นตอนของกลุ่มตัวอย่างในตำรวจ พบว่าปัจจัยเรื่อง การสูบบุหรี่สัมพันธ์กับการเกิดอันตรายจากการดื่มแอลกอฮอล์ ได้ด้วยเช่นกัน ดังนั้นในผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ควรได้รับการ ประเมินในเรื่องพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย เพื่อเป็นการ ป้องกันปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้

ในส่วนปัจจัยจากความเครียดอยู่ในระดับกลางถึงสูง คิดเป็น ร้อยละ 83.1 และพบว่าปัจจัยด้านความเครียดมีความสัมพันธ์ กับความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .006 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jonathan Handmout และคณะ ที่ศึกษาพบความสัมพันธ์ของการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์และความเครียดภายในองค์กรตำรวจประเทศอังกฤษ²¹ รวมถึงการศึกษาของ Michael J Kyron และคณะ ที่ศึกษาใน ออสเตรเลียพบว่า มีระดับความเป็นอยู่ต่ำ (low wellbeing) ร้อยละ 30 และมีความทุกข์ด้านจิตใจสูง (high psychological distress) คิดเป็นร้อยละ 21 มีความเสี่ยงที่จะมีความผิดปกติที่เกิดหลัง ความเครียดที่สะท้อนใจ (post-traumatic stress disorder) คิดเป็น

ร้อยละ 10²² ซึ่งความสอดคล้องกันนี้ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากปัจจัยที่ มีส่วนเกี่ยวข้องกับความเครียด เช่น เรื่องรายได้และสภาพการทำงาน จะเห็นได้ว่าใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ ที่ทั้งหมดเป็น ข้าราชการตำรวจที่ปฏิบัติงานภายใต้แรงกดดัน ร้อยละ 55.7 รู้สึกว่า ภาระงานมากเกินไป ร้อยละ 76.3 รู้สึกว่ารายได้ไม่เหมาะสมกับ ภาระงาน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดในเรื่องต่างๆ ที่มาก ตามไปด้วยเช่นกัน จากการศึกษาในกลุ่มตำรวจด้วยการวิเคราะห์ ถดถอยพบคุณแบบขั้นตอน พบว่าความเครียดและการมีรายได้ ไม่เพียงพอกับรายจ่าย²³ สัมพันธ์กับการเกิดอันตรายจากการดื่ม แอลกอฮอล์ดังที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่าปัจจัยในเรื่อง ความเครียดมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติจากการดื่ม แอลกอฮอล์ ดังนั้นในผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ควรได้รับการประเมินในเรื่องความเครียดร่วมด้วย รวมถึงควรมีการส่งเสริมการจัดการความเครียดของข้าราชการตำรวจ อย่างเหมาะสม และช่วยลดภาระทางการเงินของข้าราชการตำรวจ เพื่อลดปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

จากการศึกษานี้พบว่าการมีภาวะซึมเศร้าไม่สัมพันธ์กับ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและเสี่ยงติดอย่างมี

ตารางที่ 2 การดื่มแอลกอฮอล์

ข้อมูล	จำนวน หรือ mean	ร้อยละ หรือ SD
ดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	299	88.2
สถานที่ดื่มแอลกอฮอล์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
บ้านตนเอง	228	67.3
ร้านอาหาร	205	60.5
บ้านผู้อื่น	124	36.6
ร้านเหล้า/ผับ/คาราโอเกะ	123	36.3
สถานที่ทำงาน	22	6.5
ศูนย์ผดุง/รถเข็น	7	2.1
สถานที่ประกอบศาสนา เช่น วัด	3	0.9
ผู้ร่วมดื่ม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เพื่อนร่วมงาน	246	72.6
คนเดียว	125	36.9
เพื่อนผู้ชาย	110	32.4
ญาติ	94	27.7
เพื่อนผู้ชายและเพื่อนผู้หญิง	87	25.7
สามี/ภรรยา/ลูก	37	10.9
เพื่อนผู้หญิง	29	8.6
คนแปลกหน้า	21	6.2
ความถี่การดื่ม		
ทุกวัน	13	4.4
เกือบทุกวัน	43	14.4
วันเว้นวัน	29	9.7
ทุกสัปดาห์	91	30.4
ทุกเดือน	123	41.1
ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เบียร์	276	81.4
สุราสี/สุราแดง	151	44.5
ไวน์/แชมเปญ	56	16.5
สุราขาว/สุรากลั่นผสม	14	4.1
ไวน์คูลเลอร์/สุราผสมน้ำผลไม้/เหล้าปั่น	14	4.1
ยาดอง/สุราจีน/วอดก้า	14	4.1
สุราแช่พื้นบ้าน	7	2.1

ข้อมูล	จำนวน หรือ mean	ร้อยละ หรือ SD
จำนวนคนที่ดื่มด้วย (คน)	4.4	± 3.1
Min - Max = 0 - 30		
เหตุผลที่ดื่ม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เข้าสังคม/สังสรรค์	307	90.6
เพื่อนชวนดื่ม/ดื่มตามเพื่อน	66	19.5
เพื่อผ่อนคลาย	14	4.1
อยากทดลอง	10	2.9
เพื่อให้ผ่อนคลาย	4	1.2
มีเวลารว่าง	4	1.2
ช่วงเวลาการดื่ม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เช้า	8	2.4
กลางวัน	7	2.1
เย็น	157	46.3
ค่ำ	259	76.4
อายุที่เริ่มต้นดื่มแอลกอฮอล์ (ปี)	20.4	±5.5
Min - Max = 6 - 50		
มีการสูบบุหรี่ร่วมกับการดื่มแอลกอฮอล์	100	29.5
คะแนน AUDIT	10.2	±8.4
Min - Max = 0 - 40		
ระดับของการดื่มแอลกอฮอล์จาก AUDIT		
แบบเสี่ยงต่ำ (low-risk drink)	155	45.7
แบบเสี่ยง (hazardous drink)	107	31.6
แบบอันตราย (harmful drink)	28	8.3
แบบเสี่ยงติด (alcohol dependence)	49	14.4

นัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้¹⁸ อาจเป็นเพราะกลุ่มประชากรที่ศึกษาต่างกัน และในการศึกษานี้ใช้การประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยตัดที่ระดับปานกลางขึ้นไป ซึ่งต่างจากงานวิจัยอื่นที่ตัดที่ระดับต่ำขึ้นไป

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เก็บข้อมูลโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างตามความสะดวก และศึกษาเฉพาะข้าราชการตำรวจนครบาลแห่งหนึ่ง จึงอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของตำรวจทั้งหมด การสำรวจ

ตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยทั่วไป ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยทางสุขภาพจิต ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยการใช้การวิเคราะห์ Binary logistic regression

ปัจจัย	Low risk/ Hazardous N (%)	Harmful/ Dependence n (%)	Crude OR (95%CI)	p-value	Adjusted OR (95%CI)	p-value
เพศ						
ชาย ^a	244 (93.1)	77 (100)	1.00	-		
หญิง	18 (6.9)	0 (0)	0.00	0.998		
อายุ (ปี)						
20 - 35 ^a	141 (53.8)	33 (42.9)	1.00	-	1.00	
36 - 50	32 (12.2)	4 (5.2)	0.53 (0.18-1.62)	0.267	0.46 (0.06-3.49)	0.453
>50	89 (34.0)	40 (51.9)	1.92 (1.13-3.27)	0.016*	3.36 (0.38-29.69)	0.276
สถานภาพสมรส						
โสด ^a	104 (39.7)	27 (35.1)	1.00	-		
สมรส	139 (53.1)	42 (54.5)	1.16 (0.67-2.01)	0.586		
แยก/หย่า/หม้าย	19 (7.3)	8 (10.4)	1.62 (0.64-4.10)	0.307		
ระดับการศึกษา						
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า ^a	186 (71.0)	39 (50.6)	1.00		1.00	
ต่ำกว่าปริญญาตรี	76 (29.0)	38 (49.4)	2.38 (1.42-4.01)	0.001*	2.26 (1.21-4.21)	0.010*
รายได้ต่อเดือน (บาท)						
<15,000 ^a	48 (18.3)	17 (22.1)	1.00	-		
15,000 - 35,000	126 (48.1)	36 (46.8)	0.81 (0.42-1.57)	0.527		
35,001 - 60,000	85 (32.4)	23 (29.9)	0.76 (0.37-1.57)	0.464		
>60,000	3 (1.1)	1 (1.3)	0.94 (0.09-9.67)	0.959		
สถานะทางการเงิน						
มีรายได้เพียงพอและมีเงินเก็บ ^a	66 (25.2)	8 (10.4)	1.00	-	1.00	
มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ	123 (46.9)	34 (44.2)	2.28 (1.00-5.21)	0.051	1.57 (0.63-3.95)	0.334
มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	73 (27.9)	35 (45.5)	3.96 (1.71-9.14)	0.001*	2.91 (1.12-7.53)	0.028*
โรคประจำตัวทางกาย						
ไม่มี ^a	197 (75.2)	48 (62.3)	1.00	-	1.00	
มี	65 (24.8)	29 (37.7)	1.83 (1.07-3.14)	0.028*	1.78 (0.85-3.71)	0.126
โรคประจำตัวทางจิตเวช						
ไม่มี ^a	257 (98.1)	75 (97.4)	1.00	-		
มี	5 (1.9)	2 (2.6)	1.37 (0.26-7.21)	0.710		
การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน						
ไม่สูบ ^a	205 (78.2)	41 (53.2)	1.00	-	1.00	
สูบ	57 (21.8)	36 (46.8)	3.16 (1.85-5.39)	<0.001*	4.53 (2.32-8.84)	<0.001*
ฝ่ายงานที่สังกัด						
จรรยา ^a	83 (31.7)	24 (31.2)	1.00	-	1.00	
ปราบปรามป้องกัน	80 (30.5)	19 (24.7)	0.82 (0.42-1.61)	0.568	1.09 (0.50-2.41)	0.826
สืบสวน	24 (9.2)	5 (6.5)	0.72 (0.25-2.09)	0.546	0.83 (0.21-3.26)	0.793
สอบสวน	35 (13.4)	22 (28.6)	2.17 (1.08-4.38)	0.030*	2.23 (0.98-5.12)	0.057

ตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยทั่วไป ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยทางสุขภาพจิต ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยการวิเคราะห์ Binary logistic regression (ต่อ)

ปัจจัย	Low risk/ Hazardous N (%)	Harmful/ Dependence n (%)	Crude OR (95%CI)	p-value	Adjusted OR (95%CI)	p-value
อำนาจการ	40 (15.3)	7 (28.6)	0.61 (0.24-1.52)	0.286	0.59 (0.21-1.72)	0.336
ลักษณะการทำงานหลัก						
ภายในสำนักงาน ^a	103 (39.3)	25 (32.5)	1.00	-		
ลงพื้นที่	159 (60.7)	52 (67.5)	1.35 (0.79-2.31)	0.277		
ระดับชั้นยศ						
ชั้นประทวน ^a	150 (57.3)	36 (46.8)	1.00	-	1.00	
ชั้นสัญญาบัตร	112 (42.7)	41 (53.2)	1.53 (0.92-2.54)	0.105	0.66 (0.24-1.81)	0.415
อายุราชการ (ปี)						
1 - 15 ^a	149 (56.9)	34 (44.2)	1.00	-	1.00	
16 - 30	62 (23.7)	20 (26.0)	1.41 (0.76-2.65)	0.279	0.85 (0.12-5.98)	0.867
31 - 52	51 (19.5)	23 (29.9)	1.98 (1.07-3.66)	0.031*	1.26 (0.17-9.18)	0.817
ภาระงาน						
มากเกินไป ^a	146 (55.7)	50 (64.9)	1.00	-	1.00	
ปานกลาง/น้อยเกินไป	116 (44.3)	27 (35.1)	0.68 (0.40-1.15)	0.152	0.95 (0.49-1.82)	0.870
ได้รับการสนับสนุนจากผู้ร่วมปฏิบัติงาน						
ไม่ได้รับการสนับสนุน ^a	50 (19.1)	19 (24.7)	1.00	-		
ได้รับการสนับสนุนปานกลาง	143 (54.6)	42 (54.5)	0.77 (0.41-1.45)	0.423		
ได้รับการสนับสนุนอย่างมาก	69 (26.3)	16 (20.8)	0.61 (0.29-1.30)	0.202		
ได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา						
ไม่ได้รับการสนับสนุน ^a	43 (16.4)	17 (22.1)	1.00	-	1.00	
ได้รับการสนับสนุนปานกลาง	156 (59.5)	47 (61.0)	0.76 (0.40-1.46)	0.412	1.10 (0.50-2.41)	0.810
ได้รับการสนับสนุนอย่างมาก	63 (24.0)	13 (16.9)	0.52 (0.23-1.19)	0.120	1.28 (0.47-3.50)	0.628
รายได้เหมาะสมกับภาระงาน						
ไม่เหมาะสม ^a	200 (76.3)	62 (80.5)	1.00	-		
เหมาะสม	62 (23.7)	15 (19.5)	0.78 (0.42-1.47)	0.442		
ความพึงพอใจต่ออาชีพข้าราชการตำรวจ						
พึงพอใจ ^a	149 (56.9)	40 (51.9)	1.00	-	1.00	
เฉยๆ	96 (36.6)	27 (35.1)	1.05 (0.60-1.82)	0.869	0.88 (0.41-1.86)	0.733
ไม่พึงพอใจ	17 (6.5)	10 (13.0)	2.19 (0.93-5.16)	0.072	2.33 (0.75-7.27)	0.143
ระดับความเครียด จาก T-PSS						
มีความเครียดระดับต่ำ ^a	96 (36.6)	13 (16.9)	1.00	-	1.00	
มีความเครียดระดับปานกลาง-สูง	166 (63.4)	64 (83.1)	2.85 (1.49-5.43)	0.002*	2.85 (1.35-6.00)	0.006*
ระดับภาวะซึมเศร้า จาก PHQ-9						
ไม่มี - ระดับน้อย ^a	248 (94.7)	70 (90.9)	1.00	-		
ระดับปานกลาง - รุนแรง	14 (5.3)	7 (9.1)	1.77 (0.69-4.56)	0.236		

*p < 0.05, ^a reference group, CI: confidence interval, OR: Odd ratio, PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9, T-PSS: Thai-Perceived Stress Scale

เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวางจึงไม่สามารถบอกทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้ การศึกษาครั้งถัดไปควรแบ่งความหลากหลายของประชากร รวมถึงควรมีการศึกษาระยะยาวเพื่อค้นหาปัจจัยอื่นที่สัมพันธ์มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้พบข้อมูลความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตรายและเสี่ยงติดค่อนข้างสูง ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้ ควรเผยแพร่ความรู้แก่ตำรวจเกี่ยวกับการพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยง และควรได้รับการประเมินเพื่อรับการรักษาอย่างเหมาะสม ส่งเสริมการงดสูบบุหรี่ ส่งเสริมทักษะการจัดการความเครียด ทักษะการจัดการด้านการเงิน องค์กรควรมีการป้องกันและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้บุคลากรลดพฤติกรรมที่อันตรายต่อสุขภาพทั้งกายและใจ สามารถปฏิบัติตามหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

ความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในตำรวจนครบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบร้อยละ 88.2 ส่วนใหญ่เป็นการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ โดยมักดื่มเพื่อเข้าสังคมสังสรรค์กับผู้ร่วมงานในช่วงเวลาพักผ่อนหลังเลิกงาน การมีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญา สถานะทางการเงิน การสูบบุหรี่ และความเครียด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตรายและเสี่ยงติด ดังนั้นควรมีนโยบายเชิงป้องกันในระดับองค์กรเพื่อลดการเกิดปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้บังคับบัญชาตำรวจนครบาลที่อนุเคราะห์การเก็บข้อมูล และข้าราชการตำรวจทุกท่านที่ให้ความกรุณาตอบแบบสอบถาม ศ.ดร.พญ.สาวิตรี อัษณางค์กรชัย ที่ได้อนุเคราะห์ให้ใช้แบบสอบถาม AUDIT ฉบับภาษาไทย ศ.นพ.มานิช หล่อตระกูล ที่ได้อนุเคราะห์ให้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย และ ศ.พญ.ณัทพัย วงศ์ปการันย์ ที่ได้อนุเคราะห์ให้ใช้แบบประเมินวัดความรู้สึกเครียด (T-PSS-10)

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

พญ.ปวันรัตน์ จันทรศิริกิตกุล: การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ; นพ.วิษณุ เพศยานวีน: การออกแบบการศึกษา ดำเนินการจริยธรรมวิจัย การเก็บข้อมูล; อ.นพ.เมธีวัชร ชิตเดชะ: การตรวจสอบและแก้ไขการออกแบบการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล การตรวจสอบแก้ไขบทความ; ผศ.นพ.ภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์: ที่ปรึกษาโครงการวิจัย การตรวจสอบและแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. Chutha W, Makkhlai K. Epidemiology of alcohol use disorders in Thailand [Internet]. Mental health knowledge base; 2023 [cited 2024 Aug 1]. Available from: <https://dmh-elibrary.org/items/show/1689>.
3. Tongsamsee P. Alcohol use and victims: The 9th national alcohol conference: Centre for alcohol studies 2016; 1: 179.
4. Irizar P, Puddephatt JA, Gage SH, Fallon V, Goodwin L. The prevalence of hazardous and harmful alcohol use across trauma-exposed occupations: A meta-analysis and meta-regression. Drug Alcohol Depend 2021; 226: 2-17.
5. Irizar P, Gage SH, Field M, Fallon V, Goodwin L. The prevalence of hazardous and harmful drinking in the UK Police Service, and their co-occurrence with job strain and mental health problems. Epidemiol Psychiatr Sci 2021; 30: e51: 2-12.
6. Sundet M, Kajombo C, Mulima G, Bogstrand ST, Varela C, Young S, Christophersen AS, Gjerde H. Prevalence of alcohol use among road traffic crash victims presenting to a Malawian central hospital: A cross-sectional study. Traffic Inj Prev 2020; 21(8): 527-32.
7. Daniel WW. Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences. 6th ed. John Wiley & Sons, Inc.; 1995.
8. Rutterford C, Copas A, Eldridge S. Methods for sample size determination in cluster randomized trials. Int J Epidemiol 2015; 44(3): 1051-67.
9. Ngamjarus C. Sample size calculation for health science research. 1st ed. Khon Kaen, Thailand: Khon Kaen University Printing House; 2021.
10. Phengsuk S, Sirisook V. Drinking behavior and tendency of disobedience to the laws/disciplines concerning alcohol consumption among policemen in Bangkok. J.PH.PL. 2015;1(2): 91-104.
11. Vichitkunakorn P, Geater A, Assanangkornchai S. Context-specific quantity frequency (CSQF) level analysis. 1st ed. Centre for Alcohol Studies. Leo Design and Print; 2019.
12. The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care, 2nd edition 2001.[Internet].2009 [cited 2023 Aug 26]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/5/WHO_MSD_MSB_01.6a_tha.pdf.

13. Assanangkornchai S. Pattern of alcohol drinking and alcohol use disorder in Thailand. *J Psychiatr Assoc of Thai* 2009; 54(1): 139-52.
14. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC psychiatry*. 2008; 8(1): 1-7.
15. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine* 2001; 16(9): 606-13.
16. Cohen S, Williamson G. Perceived stress in a probability sample of the United States. In: Spacapan S, Oskamp S, editors. *The Social Psychology of Health: Claremont Symposium on Applied Social Psychology*. Newbury Park, CA: Sage; 1988: 31-67.
17. Wongpakaran N, Wongpakaran T. The Thai version of the PSS-10: An investigation of its psychometric properties. *Biopsychosoc Med* 2010 ; 4(1): 6.
18. Chawanun C. Prevalence and Associated Factors of Depression Awareness in Patients with Alcohol use Disorder at Maharajnakorn Chiang Mai Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2017; 62(1): 28-34.
19. Nhat TV, Uthis P, Watthayu N. Risk factors of hazardous alcohol use among adult males: A systematic review. *NPT* 2024; 11(2): 124-140.
20. Lee YT, Huang YH, Tsai FJ, Liu HC, Sun FJ, Tsai YJ, Liu SI. Prevalence and psychosocial risk factors associated with current cigarette smoking and hazardous alcohol drinking among adolescents in Taiwan. *J Formos Med Assoc* 2021; 120(1): 265-274.
21. Houdmont, J., & Jachens, L. English police officers' alcohol consumption and links with organisational job stressors. *The Police Journal* 2022; 95(4): 674-690.
22. Kyron MJ, Rikkers W, Bartlett J, Renehan E, Hafekost K, Baigent M P, et al. Mental health and wellbeing of Australian police and emergency services employees. *Arch Environ Occup Health* 2022; 77(4): 282-292.
23. Paljärvi T, Koskenvuo M, Poikolainen K, Kauhanen J, Sillanmäki L, Mäkelä P. Binge drinking and depressive symptoms: a 5-year population-based cohort study. *Addiction*. 2009; 104: 1168-78.
24. Lee YY, Wang P, Abdin E, Chang S, Shafie S, Sambasivam R, et al. Prevalence of binge drinking and its association with mental health conditions and quality of life in Singapore. *Addict Behav*. 2020; 100:106114.
25. Nazareth I, Walker C, Ridolfi A, Aluoja A, Bellon J, Geerlings M, et al. Heavy episodic drinking in Europe: a cross section study in primary care in six European countries. *Alcohol Alcohol*. 2011; 46: 600-6.
26. Puddephatt J-A, Irizar P, Jones A, Gage SH, Goodwin L. Associations of common mental disorder with alcohol use in the adult general population: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2022; 117: 1543-1572.
27. Pilling S, Whittington C, Taylor C, Kendrick T. Identification and care pathways for common mental health disorders: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2011; 342:d2868.
28. National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Health, Clinical Excellence, British Psychological Society, Royal College of Psychiatrists. *Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care*. London, UK: RCPsych Publications; 2011.
29. Austin MA, Villarosa-Hurlocker MC. Drinking patterns of college students with comorbid depression and anxiety symptoms: the moderating role of gender. *J Subst Abuse* 2021; 26(6):650-6.
30. Institute for Alcohol Studies. *Alcohol and Mental Health: Policy and Practice in England* [Internet]. 2018 [cited 2024 Aug 1]. Available from: <http://www.ias.org.uk/uploads/pdf/IAS%20reports/rp31042018.pdf>.
31. Alsuhaibani R, Smith DC, Lowrie R, Aljhani S, Paudyal V. Scope, quality and inclusivity of international clinical guidelines on mental health and substance abuse in relation to dual diagnosis, social and community outcomes: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2021; 21: 209-32.
32. Lai HMX, Cleary M, Sitharthan T, Hunt GE. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 2015; 154: 1-13.

คุณภาพการนอนของผู้ป่วยหลังหายจากโรคโควิด 19

ณัฐฐา นน่อพันธุ์*, เมตตา เลิศเกียรติรัชตะ*, มาลี เกตแก้ว*

*โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนในผู้ป่วยโรคโควิด 19 หลังการหายจากโรค

วิธีการศึกษา วิจัยรูปแบบการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยหลังหายจากโรคโควิด 19 จำนวน 480 คน วิเคราะห์ข้อมูลเดิมที่เคยเก็บมาของวิจัยก่อนหน้านี้ ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย (PSQI) และแบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า (Thai HADS) นำเสนอข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคุณภาพการนอนโดยใช้ Logistic regression ในรูปแบบ Bivariable analysis และ Multivariable analysis

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพการนอนไม่ดีร้อยละ 36.5 คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของคุณภาพการนอนเท่ากับ 5.09 คะแนนระยะเวลาเฉลี่ยในการนอนหลับแต่ละคืน เท่ากับ 6.8 ชั่วโมง และประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยรวมร้อยละ 89 และคุณภาพของการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการมีโรคประจำตัวทางจิตเวช และการพบอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป ผู้ป่วยโรคโควิด 19 ภายหลังการหายส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนที่ดี การมีโรคประจำตัวทางจิตเวช มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามีผลต่อคุณภาพการนอน

คำสำคัญ โควิด 19 ลงโควิด คุณภาพการนอน

Corresponding author: ณัฐฐา นน่อพันธุ์

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

E-mail: n.naruttha@gmail.com

วันรับ : 9 ตุลาคม 2567 วันแก้ไข : 6 มกราคม 2568 วันตอบรับ : 23 มกราคม 2568



Sleep Quality among Post COVID Syndrome Patients

Naruttha Norphun*, Metta Lertkiatratthata*, Malee Katekaew*

*Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital

ABSTRACT

Objective: To study the quality of sleep in patients with COVID-19 after recovery.

Methods: A retrospective study was done in 480 patients who had recovered from COVID-19. Analyze previously collected data from earlier research, which consists of interviews and is accompanied by a questionnaire including general information, the Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), and the Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS). Data were analyzed using descriptive analysis for general information. Logistic regression in both bivariative and multivariate analyses was applied to find the association between sleep quality and various factors.

Results: 36.5% of the participant had poor sleep quality. The overall average sleep quality score was 5.09. The average sleep duration per night was 6.8 hours, and the overall sleep efficiency was 89%. Sleep quality was significantly associated with the presence of psychiatric comorbidities and experiencing anxiety and depressive symptom, with a statistical significance level of 0.05.

Conclusion: Most patients who recovered from COVID-19 had good sleep quality. The presence of psychiatric comorbidities and experiencing anxiety and depressive symptom significantly affected sleep quality.

Keywords: COVID-19, long COVID, sleep quality

Corresponding author: Naruttha Norphun

E-mail: n.naruttha@gmail.com

Received 9 October 2024 Revised 6 January 2025 Accepted 23 January 2025

บทนำ

โรคโควิด 19 เป็นโรคระบาดใหญ่ (pandemic) ระดับโลกที่เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตความเป็นอยู่ประชาชนและระบบบริการสุขภาพอย่างมาก โดยในประเทศไทยพบว่าจังหวัดที่พบผู้ติดเชื้อสูงสุดในช่วงระบาด คือ กรุงเทพมหานคร รองลงมาคือ 4 จังหวัดภาคใต้ ได้แก่ สงขลา ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส¹ ซึ่งขณะที่มีการติดเชื้อรุนแรงส่งผลต่อปัญหาสุขภาพอย่างรุนแรง และภาวะหลังหายจากโรคโควิด 19 เรียกว่า ลอนโควิด (long COVID) ที่เกิดภายหลังการติดเชื้อเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ขึ้นไป² อาการจะเกิดขึ้นในหลายระบบ เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาทรวมถึงอาการทางจิตเวช โดยพบความชุกของปัญหาการนอนสูงถึงร้อยละ 25.9³ นอกจากนี้ยังพบปัญหาจิตเวชอื่นๆ เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคย้ำคิดย้ำทำ โรคนอนไม่หลับ โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post-Traumatic Stress Disorder: PTSD) จากการศึกษาก่อนหน้านี้ของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์⁴ ที่ศึกษาถึงปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยภายหลังจากการหายจากโรคโควิด 19 ในช่วงที่มีการระบาดอย่างรุนแรง พบปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ นอนไม่หลับ ซึมเศร้า วิตกกังวล และ PTSD ร้อยละ 36.5, 14.6, 14.2 และ 6.3 ตามลำดับ นอกจากนี้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประสบปัญหาสุขภาพจิตอย่างน้อยหนึ่งชนิดขึ้นไปหลังการหายจากโรคโควิด 19 ได้แก่ อายุและความรุนแรงขณะป่วยเป็นโรคโควิด 19 แต่อย่างไรก็ตามยังไม่ได้มีการนำเสนอข้อมูลในด้านปัญหาการนอน ซึ่งพบสูงถึง 1 ใน 3 ของผู้ป่วย

การศึกษาเรื่องการรบกวนการนอนหลังหายจากโรคโควิด 19 ในประเทศไทย พบความชุกของปัญหาการนอน ร้อยละ 49.4 - 56.3^{5,6} ส่วนต่างประเทศพบความชุกตั้งแต่ร้อยละ 5.4 - 62.9⁷⁻⁹ นอกจากนี้พบความชุกหลังหายจากโรคโควิด 19 และภายหลังหนึ่งเดือน ร้อยละ 68.3 และ 83.6 ตามลำดับ¹⁰ ปัญหาคุณภาพการนอนที่พบได้บ่อย คือ นอนไม่หลับหลังเข้านอน การตื่นช่วงระหว่างคืน ตื่นเร็วกว่าที่ต้องการ⁵ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนไม่หลับ ได้แก่ เพศหญิง ความรุนแรงระหว่างการเป็นโรคโควิด 19 และอายุน้อยกว่า 50 ปี^{11,12} นอกจากนี้พบปัญหาการนอนภายหลังการหายจากโรคโควิด 19 ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ ถึง 12 เดือน แต่อย่างไรก็ตามสามารถพบได้ภายหลัง 12 เดือน^{13,14} ดังนั้นการศึกษานี้จึงต้องการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพการนอนในผู้ป่วยหลังหายจากโรคโควิด 19 เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง

โดยนำข้อมูลเดิม⁴ มาวิเคราะห์เฉพาะด้านปัญหาการนอน เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบการให้ความช่วยเหลือดูแลรักษาทางด้านจิตใจ รวมถึงการป้องกันและวางแผนดูแลปัญหาการนอนและสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคตได้

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้รูปแบบย้อนหลัง (retrospective study) โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาครั้งก่อน⁴ โดยไม่มีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติม ซึ่งเป็นการศึกษาเดิมเป็นแบบตัดขวางในผู้ป่วยโควิด 19 ในจังหวัดสงขลา ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส เก็บข้อมูลเดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2565 โดยเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังโรคระดับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดละ 10 - 12 คน ที่ผู้วิจัยอบรมโดยตรง และเตรียมให้การช่วยเหลือโดยให้ผู้ช่วยวิจัยเมื่อเกิดภาวะทางสุขภาพจิตขณะสัมภาษณ์ โดยให้การช่วยเหลือตามสภาพปัญหา

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต เลขที่หนังสือรับรอง SKPH.CO.A 4/2566 วันที่ 19 มิถุนายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ป่วยหลังจากได้รับการยืนยันการวินิจฉัยโรคโควิด 19 อย่างน้อย 14 วัน อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป อ่านและเขียนภาษาไทยได้ ผู้ป่วยสะสมใน 4 จังหวัด ตั้งแต่ 1 เมษายน - 18 ตุลาคม 2564 จำนวน 136,370 คน¹ คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Yamane¹⁵ กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 399 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียของข้อมูลจึงเพิ่มอีกร้อยละ 20 โดยกระจายเป็นสัดส่วนเท่ากันตาม 4 จังหวัด และแบ่งความรุนแรงของโรคเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 40 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 480 คน และสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบมีชั้นภูมิคือ 4 จังหวัด สุ่มครั้งแรกคือสุ่มระดับอำเภอ ได้แก่ อำเภอรอนดง จังหวัดสงขลา, อำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี, อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา และอำเภอเมืองนราธิวาส จังหวัดนราธิวาส จากนั้นแบ่งกลุ่มตามความรุนแรงเป็น 3 กลุ่มในแต่ละอำเภอ ได้แก่ กลุ่มที่ไม่มีอาการหรือมีเล็กน้อย กลุ่มที่มีอาการปานกลาง และกลุ่มที่มีอาการรุนแรง และหน่วยตัวอย่างขั้นสุดท้าย

โดยผู้วิจัยอย่างเป็นระบบ กลุ่มละ 40 คน รวมเป็น 120 คน ต่อจังหวัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคโควิด 19 ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา ภูมิลำเนา ความรุนแรงขณะป่วยเป็นโรคโควิด 19 และโรคประจำตัวทางจิตเวช โดยความรุนแรงของการติดเชื้อโควิด 19 แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามประกาศแนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข¹⁶ ได้แก่

1) ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย หมายถึง ไม่มีอาการหรืออาการน้อย เช่น เจ็บคอ ไม่ได้กลิ่น รสชาติ ไอ มีน้ำมูก มีผื่น ถ่ายเหลว ตาแดง อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป ไม่หายใจลำบาก ไม่มีปอดอักเสบ ไม่เหนื่อย และหายใจปกติ 2) อาการปานกลาง หมายถึง มีอาการไม่รุนแรง เช่น แน่นหน้าอก หายใจลำบาก เวียนศีรษะ ไอแล้วเหนื่อย อ่อนเพลีย และถ่ายเหลว 3 ครั้งต่อวัน หรือมากกว่า หรือมีอาการแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว และ 3) อาการรุนแรง หมายถึง มีอาการหนัก เช่น หอบเหนื่อยหนักมาก แน่นหน้าอก หายใจเจ็บ อ่อนเพลีย ตอบสนองช้า ไม่รู้สึกตัว ปอดบวมที่มี hypoxic (ระดับออกซิเจนในเลือดน้อยกว่าร้อยละ 96) หรือมีภาวะลดลงของค่าออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 3 ของค่าที่วัดได้ครั้งแรกขณะออกแรง หรือภาพรังสีทรวงอก มี progression ของ pulmonary infiltration

2. แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย (Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย 2) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ 3) ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน 4) ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย 5) การรบกวนการนอนหลับ 6) การใช้ยานอนหลับ และ 7) ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน เป็นการประเมินตนเองถึงคุณภาพการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คะแนนของแต่ละข้อและองค์ประกอบแบ่งเป็น 4 ระดับ แปลผลคะแนนรวมทั้ง 7 องค์ประกอบ ดังนี้ คะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 หมายถึง มีคุณภาพการนอนที่ดี และคะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี แบบประเมินมีค่าความสอดคล้องภายในระดับดีมาก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.837 และค่า Intraclass Correlation Coefficient เท่ากับ 0.89^{17,18}

3. แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ฉบับภาษาไทย (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale: Thai HADS) ใช้วัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ประกอบด้วย ข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับวัดอาการวิตกกังวล 7 ข้อในข้อเลขคี่ และวัดอาการซึมเศร้า 7 ข้อในข้อเลขคู่ ให้คะแนนแต่ละข้อ 0 - 3 คะแนน แปลผลคะแนนกลุ่มอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าแยกกัน โดย 0 - 7 คะแนน ไม่มีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้า 8 - 10 คะแนน มีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้าแต่ยังไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ชัดเจน และ 11 - 21 คะแนน มีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้าที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช¹⁹

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและคุณภาพการนอนด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนและปัจจัยต่างๆ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic regression) ในรูปแบบ Bivariable analysis และ Multivariable analysis สถิติทดสอบจะใช้ค่านัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.5) อายุระหว่าง 45 - 59 ปี (ร้อยละ 33.8) ศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 64.0) และไม่มีโรคประจำตัวทางจิตเวช (ร้อยละ 95.8) รายละเอียดดังตารางที่ 1

การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนในผู้ป่วยหลังหายจากโรคโควิด 19 รายตัวแปรพบว่าปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่สัมพันธ์ ได้แก่ การมีโรคประจำตัวจิตเวช (crude OR = 3.42, 95%CI = 1.34 - 8.73) ความรุนแรงขณะเป็นโรคโควิด 19 ระดับปานกลาง (crude OR = 1.77, 95%CI = 1.10 - 2.83) และระดับรุนแรง (crude OR = 2.01, 95%CI = 1.29 - 3.30) มีอาการวิตกกังวล (crude OR = 9.28, 95%CI = 4.97 - 17.33) และมีอาการซึมเศร้า (crude OR = 4.50, 95%CI = 2.62 - 7.73) รายละเอียดดังตารางที่ 2

เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมาทำนายปัจจัยเสี่ยง โดยใช้ Logistic regression ในรูปแบบ Multivariable analysis พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพการนอนที่แย่ลง ได้แก่ การมีโรคประจำตัวทางจิตเวช (adj. OR 3.06, 95%CI: 1.10 - 8.52)

การมีอาการวิตกกังวลร่วม (adj. OR 6.80, 95%CI: 3.52 - 13.15) และการมีอาการซึมเศร้าร่วม (adj. OR 2.56, 95%CI: 1.38 - 4.75) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ผลคะแนน PSQI พบว่ามีคะแนนเฉลี่ย (Mean $\pm$ SD) 5.09 ± 3.22 คะแนน ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ 25.7 นาที (SD = 27.1, median = 20, IQR = 10 - 30) ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน (Mean $\pm$ SD) เท่ากับ 6.84 ± 1.54 ชั่วโมง และประสิทธิภาพของการนอนหลับ ร้อยละ 89 เมื่อพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบของคุณภาพการนอนทั้ง 7 ด้าน พบว่าส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับดี องค์ประกอบที่ไม่พบปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพการนอน ได้แก่ องค์ประกอบด้านระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน (องค์ประกอบที่ 3) ประสิทธิภาพของการนอนหลับ (องค์ประกอบที่ 4) และการใช้ยานอนหลับเพื่อช่วยในการนอนหลับ (องค์ประกอบที่ 6) ส่วนองค์ประกอบที่มีปัญหาคุณภาพ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มที่มีปัญหาการนอน และกลุ่มที่ไม่มีปัญหาการนอน (n = 480)

ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง	มีปัญหาการนอน (n = 175) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีปัญหาการนอน (n = 305) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	43 (24.6)	65 (21.3)
หญิง	132 (75.4)	240 (78.7)
อายุ		
18 - 29 ปี	24 (13.7)	45 (14.8)
30 - 34 ปี	51 (29.1)	94 (30.8)
45 - 59 ปี	54 (30.9)	108 (35.4)
60 ปีขึ้นไป	46 (26.3)	58 (19.0)
ศาสนา		
พุทธ	60 (34.3)	113 (37.0)
อิสลาม	115 (65.7)	192 (63.0)
โรคประจำตัวทางจิตเวช		
ไม่มี	162 (92.6)	298 (97.7)
มี	13 (7.4)	7 (2.3)
ความรุนแรงขณะเป็นโรคโควิด 19		
รุนแรง	69 (39.4)	91 (29.8)
ปานกลาง	63 (36.0)	97 (31.8)
น้อย	43 (24.6)	117 (38.4)

การนอนระดับเล็กน้อย ได้แก่ องค์ประกอบด้านคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย (องค์ประกอบที่ 1) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (องค์ประกอบที่ 2) การรบกวนการนอนหลับ (องค์ประกอบที่ 5) และผลกระทบต่อการทำงานในเวลากลางวัน (องค์ประกอบที่ 7) ดังแสดงในตารางที่ 4

วิจารณ์

ผลจากการศึกษาพบว่าคุณภาพการนอนของผู้ป่วยหลังหายจากโรคโควิด 19 โดยใช้แบบสอบถาม PSQI พบว่า

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลังหายจากโรคโควิด 19

	Crude OR	95%CI	p-value
เพศ			
ชาย	1		
หญิง	0.83	0.53 - 1.29	0.41
อายุ			
18 - 29 ปี	1		
30 - 34 ปี	1.02	0.56 - 1.86	0.96
45 - 59 ปี	0.94	0.52 - 1.70	0.83
60 ปีขึ้นไป	1.49	0.79 - 2.79	0.22
ศาสนา			
พุทธ	1		
อิสลาม	1.13	0.76 - 1.67	0.54
โรคประจำตัวทางจิตเวช			
ไม่มี	1		
มี	3.42	1.34 - 8.73	0.01*
ความรุนแรงขณะเป็นโรคโควิด 19			
น้อย	1		
ปานกลาง	1.77	1.10 - 2.83	<0.01*
รุนแรง	2.01	1.29 - 3.30	0.02*
มีอาการวิตกกังวล			
ไม่มี	1		
มี	9.28	4.97 - 17.33	<0.01*
มีอาการซึมเศร้า			
ไม่มี	1		
มี	4.50	2.62 - 7.73	<0.01*

OR = odd ratio, 95%CI = 95% Confidential interval, * = p-value < .05

อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่อย่างไรก็ตามพบคุณภาพการนอนไม่ดีถึงร้อยละ 36.4 ใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบร้อยละ 40²⁰ ซึ่งศึกษาด้วยแบบวัด PSQI เช่นกัน และพบความชุกที่ต่ำกว่าการศึกษานี้ โดยศึกษาผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ มีคุณภาพการนอนไม่ดีร้อยละ 26.4²¹ นอกจากนี้มีการศึกษาที่รวบรวมความชุกของปัญหาการนอนของผู้ป่วย

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลังหายจากโรคโควิด 19 ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic regression) ในรูปแบบ Bivariable analysis และ Multivariable analysis

	Adjusted OR	95%CI	p-value
มีโรคประจำตัวทางจิตเวช			
ไม่มี	1		
มี	3.06	1.10 - 8.52	0.03*
ความรุนแรงขณะเป็นโรคโควิด 19			
น้อย	1		
ปานกลาง	0.76	0.45 - 1.31	0.32
รุนแรง	1.06	0.64 - 1.75	0.82
มีอาการวิตกกังวล			
ไม่มี	1		
มี	6.80	3.52 - 13.15	<0.01*
มีอาการซึมเศร้า			
ไม่มี	1		
มี	2.56	1.38 - 4.75	<0.01*

OR = odd ratio, 95%CI = 95% Confidential interval, * = p-value <.05

หลังหายจากโควิด 19 พบได้ตั้งแต่ร้อยละ 6 - 70 และพบได้หลังหายจากอาการของโรค หรือผลตรวจเชื้อเป็นลบที่ระยะ 2 - 48 สัปดาห์¹¹ และเมื่อเปรียบเทียบกับในประชากรทั่วไปที่พบความชุกต่ำกว่าร้อยละ 17.6 - 19.0^{22,23} ซึ่งเป็นไปได้ว่าการติดเชื้อโรคส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนโดยตรง แม้ว่าอาการระบบทางเดินหายใจและระบบอื่นๆ จะหายดีแล้วก็ตาม¹¹ นอกจากนี้การศึกษานี้ที่ใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพการนอนต่างกัน เช่น Insomnia Sleep Index (ISI) และ Athens Insomnia Scale (AIS) พบคุณภาพการนอนแตกต่างกันร้อยละ 27 - 60^{24,25} ดังนั้นความชุกของปัญหาคุณภาพการนอนที่พบในแต่ละการศึกษานี้ขึ้นอยู่กับแบบประเมินที่แตกต่างกัน รวมถึงการศึกษานี้ไม่ได้ระบุระยะเวลาภายหลังการหายว่าต้องเก็บข้อมูลภายหลังการวินิจฉัยโรคโควิด 19 นานเท่าไร ซึ่งมีการศึกษาว่าภายหลังการติดเชื้อ 3 และ 6 เดือน พบคุณภาพการนอนแย่มาก ร้อยละ 43.9 และ 39.4 ตามลำดับ²⁶ โดยระยะเวลาหลังติดเชื้ออาจเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพการนอนทำให้มีความแตกต่างของความชุกเป็นผลกระทบทางสังคม ความเครียด ความกังวล รวมถึงในช่วงที่มีการระบาดมีความตื่นตระหนกอย่างมาก^{2,20}

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่คุณภาพการนอนแตกต่างกัน พบว่ากลุ่มที่มีโรคประจำตัวทางจิตเวชมีแนวโน้มที่มีคุณภาพการนอนแย่กว่า²⁷ ซึ่งการติดเชื้อไปกระตุ้นให้ระบบประสาทมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น กลุ่มที่มีโรคจิตเวชอยู่เดิมมีปัญหาของสารสื่อประสาทและโครงสร้างของสมองอยู่แล้ว¹¹ ภายหลังการติดเชื้อจึงพบปัญหาการนอนที่มากขึ้นได้ นอกจากนี้คุณภาพการนอนที่ไม่ดีสามารถพบได้ในกลุ่มอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล²⁸ ซึ่งการศึกษานี้พบว่ามีความสัมพันธ์ที่มีอาการวิตกกังวลและ

ตารางที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพการนอนของกลุ่มตัวอย่างหลังการหายจากโรคโควิด 19 ตามองค์ประกอบแต่ละด้าน

องค์ประกอบของปัญหาคุณภาพการนอนหลัก	จำนวน (ร้อยละ)			
	ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก
องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย	150 (31.2)	258 (53.8)	65 (13.5)	7 (1.5)
องค์ประกอบที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ	136 (28.3)	212 (44.2)	105 (21.9)	27 (5.6)
องค์ประกอบที่ 3 ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน	272 (56.7)	125 (26.0)	54 (11.3)	29 (6.0)
องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพของการนอนหลับ	317 (66.0)	76 (15.9)	45 (9.4)	42 (8.7)
องค์ประกอบที่ 5 การรบกวนการนอนหลับ	37 (7.7)	348 (72.5)	93 (19.4)	2 (0.4)
องค์ประกอบที่ 6 การใช้ยานอนหลับ เพื่อช่วยในการนอนหลับ	443 (92.3)	22 (4.6)	10 (2.1)	5 (1.0)
องค์ประกอบที่ 7 ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน	210 (43.8)	224 (46.7)	40 (8.3)	6 (1.2)

ซึ่งมีผลต่อคุณภาพการนอน โดยอาจเป็นผลกระทบที่มีสาเหตุมาจากปัจจัยด้านชีวภาพและด้านจิตสังคม²⁹ พบความชุกของการนอนไม่หลับในผู้ที่มีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 60 - 75²³ และพบว่าผู้ป่วยหลังหายจากโรคโควิด 19 มีอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า และเครียด สูงกว่าประชากรทั่วไป 2.7 (OR 2.7, 95%CI 1.1 - 6.6), 4.5 (OR 4.5, 95%CI 2.3 - 8.9) และ 2.3 (OR 2.3, 95%CI 1.1 - 5.3) ตามลำดับ³⁰ นอกจากนี้ระดับความรุนแรงของโรคโควิด 19 พบว่าในผู้ที่มีอาการรุนแรงในช่วงที่มีการติดเชื้อพบคุณภาพการนอนที่แย่กว่าในผู้ที่มีความรุนแรงระดับน้อย สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศโคลัมเบีย (crude OR 1.70)¹² เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพที่เกิดจากผลกระทบของการอักเสบในระบบประสาทส่วนกลาง นอกจากนี้การส่งผลโดยตรงของการติดเชื้อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบหลอดเลือดและภูมิคุ้มกันต่อตัวเอง³¹ รวมถึงเป็นผลของปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่ส่งผลกระทบโดยตรง³² แต่อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Logistic regression ในรูปแบบ Multivariate analysis ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว

ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ศาสนาอิสลามมีคุณภาพการนอนไม่แตกต่างจากศาสนาพุทธ อาจจะสะท้อนถึงรูปแบบแนวความคิดการดำเนินชีวิต การเปิดใจยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น การสร้างจิตใจแข็งแกร่งทนสงบ การผ่อนคลายและรูปแบบการแก้ปัญหาที่ความใกล้เคียงกัน³³ รวมถึงลักษณะของประชากรที่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน ส่วนปัจจัยเรื่องเพศ ไม่พบความแตกต่างเช่นกัน โดยเป็นได้ว่าบริบทในปัจุบันของทุกเพศที่สามารถเข้าถึงทรัพยากรต่างๆ ได้อย่างเท่าเทียมกัน ทำให้คุณภาพการนอนที่พบไม่ได้มีความแตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่ได้ควบคุมกลุ่มตัวอย่างระหว่างเพศที่มีจำนวนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ที่อาจมีปัจจัยอื่นๆ เป็นข้อแตกต่างที่สามารถศึกษาเพิ่มเติมและอาจเป็นข้อจำกัดของการศึกษานี้ ส่วนปัจจัยด้านอายุไม่ได้มีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงวัย แต่อย่างไรก็ตามเมื่อเทียบในกลุ่มที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พบสัดส่วนกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนแย่สูงกว่าคือ ร้อยละ 25.7 (กลุ่มอายุต่ำกว่า 60 ปี พบร้อยละ 19.0) โดยพบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพการนอนไม่ดีหลังหายจากโรคโควิด 19 สูงถึง 3.7 เท่า³⁴ ซึ่งในผู้สูงอายุพบว่าการเปลี่ยนแปลงเสื่อมถอยของการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนที่แย่ลง³⁵

ค่าคะแนนคุณภาพการนอนกลุ่มตัวอย่างคือ 5.09 คะแนน ซึ่งมีคะแนนต่ำกว่าการศึกษาในประเทศยังการ³⁶ ที่มีคะแนน PSQI

ในผู้ป่วยที่มีอาการโรคโควิด 19 เท่ากับ 7.46 คะแนน โดยในประชากรทั่วไปพบคะแนนเฉลี่ยที่ต่ำกว่าคือ 4.32 คะแนน²² ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน 6.8 ชั่วโมง และประสิทธิภาพของการนอนหลับร้อยละ 89 แสดงให้เห็นว่าคุณภาพการนอนยังอยู่ในระดับปกติ²⁹ เมื่อพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบของคุณภาพการนอนที่พบปัญหาสูงสุด คือ องค์ประกอบด้านระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ซึ่งเป็นการนอนไม่หลับแบบมีความยากลำบากในการนอนหลับ (difficult initiating sleep) ใช้ระยะเวลาในการนอนตั้งแต่เข้านอนจนถึงหลับ (sleep latency) นานมากกว่าปกติ สัมพันธ์กับอาการวิตกกังวล^{29,37} และองค์ประกอบด้านการรบกวนการนอนหลับ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการนอนไม่หลับและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ³⁸ เป็นไปได้ว่าภายหลังการติดเชื้อโควิด 19 ทำให้มีการรบกวนการนอนระหว่างคืนเกิดความลำบากในการนอนอย่างต่อเนื่อง (difficulty maintaining sleep)²⁹ นอกจากนี้อาการทางระบบประสาทและจิตเวชในผู้ป่วยภายหลังหายจากโรค สามารถบ่งบอกได้ถึงปัจจัยทางชีวภาพและจิตสังคมที่ซับซ้อน ส่วนองค์ประกอบการนอนพบปัญหาน้อยสุดคือ การใช้ยานอนหลับ สอดคล้องกับการศึกษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์¹⁸ ที่พบว่าการมีโรคประจำตัวนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กับการใช้ยานอนหลับ

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ ได้แก่ การศึกษาในครั้งนี้เป็นรูปแบบย้อนหลังที่ใช้ข้อมูลเดิมจากการศึกษาภาคตัดขวาง โดยเป็นการศึกษาแค่ช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง ไม่สามารถสะท้อนถึงคุณภาพการนอนในระยะยาว ควรมีการศึกษาเพิ่มเติม ติดตามอาการในระยะยาว เพื่อให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนกับระยะเวลาภายหลังการหายจากโรคโควิด 19 การกำหนดระยะเวลาหลังการหายป่วยว่าภายหลังการติดเชื้อหรือหายป่วยดีแล้วนานเท่าไร ข้อมูลการได้รับวัคซีนหรือไม่และได้รับจำนวนเท่าใด ที่อาจส่งผลต่อความรุนแรงของโรคโควิด 19 รวมถึงอาการต่างๆ หลังหายป่วยได้ และการใช้เครื่องมือประเมินสุขภาพจิตเป็นเพียงแค่เครื่องมือสำหรับคัดกรองประเมินเบื้องต้น ไม่ใช่อุปกรณ์สำหรับการวินิจฉัยโรคโดยจิตแพทย์ตามแนวทางการวินิจฉัย ซึ่งในรายที่พบปัญหาการนอนควรได้รับการประเมินเพิ่มเติม รวมถึงการคัดเลือกรูปแบบตัวอย่างที่มีการควบคุมจำนวนแต่ละจังหวัด โดยไม่ได้ควบคุมเพศและอายุอาจส่งผลการวิเคราะห์ผล นอกจากนี้การเก็บข้อมูลในรูปแบบภาคตัดขวางอาจไม่สามารถบอกได้ว่าปัญหาการนอนรวมถึงอาการทางจิตเวชอื่นๆ เกิดขึ้นภายหลังการเป็นโรคโควิด 19 หรือเป็นอาการจิตเวชเดิมที่มีอยู่ก่อนหน้า ซึ่งอาจส่งผลการสรุปข้อมูลของวิจัยนี้

จุดแข็งของการศึกษานี้ คือ การที่ผู้ช่วยวิจัยได้รับการอบรมจากผู้วิจัยโดยตรง ทำให้ได้คุณภาพและเป็นมาตรฐานเดียวกัน ลดความคลาดเคลื่อนในการรายงานและบันทึกข้อมูล การควบคุมจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามความรุนแรงระหว่างเป็นโรคโควิด 19 นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้เป็นมาจากกลุ่มตัวอย่าง เป็นข้อมูลที่เกิดขึ้นภายใน 1 เดือนซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพการนอนหลับหลังจากการหายจากโรคโควิด 19 ได้ระดับหนึ่ง ผลจากการศึกษานี้มีประโยชน์ในการวางแผนการประเมินดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 หลังจากการหายติดเชื้อ รวมถึงเป็นข้อมูลสำหรับอ้างอิงเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับหลังจากหายจากโรคโควิด 19 และโรคระบาดอื่นๆ ที่เกิดขึ้นในอนาคตโดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ได้อีกด้วย

สรุป

ผู้ที่หายจากโรคโควิด 19 ส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนดี พบผู้ที่มีปัญหาการนอนร้อยละ 36.5 ดังนั้นทุกรายควรได้รับการประเมินเกี่ยวกับคุณภาพการนอน และปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อไป แม้ว่าอาการของโรคโควิด 19 จะหายดีแล้ว การดูแลรักษาจำเป็นต้องดูแลแบบองค์รวมพิจารณาถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอน และยิ่งจำเป็นต้องดูแลอย่างใกล้ชิดในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ผู้ที่มีโรคจิตเวชอยู่เดิม รวมถึงการพบอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต ผู้ช่วยวิจัย เจ้าหน้าที่ทีมเยี่ยมเยียนจิตระดับโรงพยาบาลชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชนและทีมเก็บข้อมูลในพื้นที่ ที่ให้ความอนุเคราะห์การช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล งานวิจัยนี้ไม่ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากแหล่งทุนใดๆ

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ผู้วิจัยขอแจ้งว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใดๆ ในการทำวิจัยนี้

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ณัฐฐา หน่อพันธุ์: ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล อบรม

เครื่องมือวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ และตรวจสอบแก้ไขบทความ; เมตตา เลิศเกียรติวิษุฒะ: ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล อบรมเครื่องมือวิจัย; มาลี เกตแก้ว: ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล อบรมเครื่องมือวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Disease Control. COVID-19 situation report [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2021 [cited 2021 Oct 18]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard>.
2. Tantipasawasin P, Tantipasawasin S. The post-COVID condition (long COVID). CHJ 2022; 47(1): 67-84.
3. Almas T, Malik J, Alsubai AK, Jawad Zaidi SM, Iqbal R, Khan K, et al. Post-acute COVID-19 syndrome and its prolonged effects: an updated systematic review. Ann Med Surg 2022; 80: 103995.
4. Norphun N, Lertkiatratthata M, Katekaew M. Prevalence and associated factors of mental health problems among COVID-19 patients in 4 southern border provinces of Thailand. J Ment Health Thai 2023; 31(1): 12-21.
5. Jitpanya C, Maninet S, Saengkham P. Prevalence and predictors of fatigue among Thai women after COVID-19 infection. Iran J Nurs Midwifery Res 2024; 29(5): 563-7.
6. Phu DH, Maneerattanasak S, Shohaimi S, Trang LTT, Nam TT, Kuning M, et al. Prevalence and factors associated with long COVID and mental health status among recovered COVID-19 patients in southern Thailand. PLoS One 2023; 18(7): e0289382.
7. Jahrami HA, Alhaj OA, Humood AM, Alenezi AF, Fekih-Romdhane F, AlRasheed MM, et al. Sleep disturbances during the COVID-19 pandemic: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. Sleep Med Rev 2022; 62: 101591.
8. Taquet M, Geddes JR, Husain M, Luciano S, Harrison PJ. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. Lancet Psychiatry 2021; 8(5): 416-27.
9. Jennings G, Monaghan A, Xue F, Mockler D, Romero-Ortuño R. A systematic review of persistent symptoms and residual abnormal functioning following acute covid-19: ongoing symptomatic phase vs. post-covid-19 syndrome. J Clin Med 2021; 10(24): 5913.
10. Tański W, Tomasiewicz A, Jankowska-Polańska B. Sleep disturbances as a consequence of long COVID-19: insights from actigraphy and clinimetric examinations-an uncontrolled prospective observational pilot study. J Clin Med 2024; 13(3): 839.
11. Duong-Quy S, Tran V, Quan T, Nguyen VN, Budikayanti A, Tedjasukmana R, et al. Sleep disturbance in post COVID-19 conditions: prevalence and quality of life. Front Neurol 2023; 13: 1095606.
12. Linh TTD, Ho DKN, Nguyen NN, Hu CJ, Yang CH, Wu D. Global prevalence of post-COVID-19 sleep disturbances in adults at different follow-up time points: a systematic review and meta-analysis. Sleep Med Rev 2023; 71: 101833.

13. Alkodaymi MS, Omrani OA, Fawzy NA, Shaar BA, Almamlouk R, Riaz M, et al. Prevalence of post-acute COVID-19 syndrome symptoms at different follow-up periods: a systematic review and meta-analysis. *Clin Microbiol Infect* 2022; 28(5): 657-66.
14. Moy FM, Hair NN, Lim ERJ, Bulgiba A. Long COVID and its associated factors among COVID survivors in the community from a middle-income country-an online cross-sectional study. *PLoS One* 2022; 17(8): e0273364.
15. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper & Row; 1973.
16. Department of Medical Services. Medical practice guideline, diagnosis, management and prevention of hospital-based COVID-19 infection [Internet]. Nonthaburi: Department of Medical Services; 2021 [cited 2021 Oct 18]. Available from: https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=85
17. Jirapramukpitak T, Tanchaiswad W. Sleep disturbances among nurses of Songklanagarind Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 1997;42(3):123-32.
18. Sitasuwan T, Bussaratid S, Ruttanaumpawan P, Chotinaiwattarakul W. Reliability and validity of the Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *J Med Assoc Thai* 2014; 97 Suppl 3: S57-67.
19. Nilchaikovit T, Lortrakul M, Phisansuthidet U. Development of Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale in cancer patients. *J Psychiatr Assoc Thailand* 1996;41(1):18-30.
20. Mazza MG, De Lorenzo R, Conte C, Poletti S, Vai B, Bollettini I, et al. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: role of inflammatory and clinical predictors. *Brain Behav Immun* 2020; 89: 594-600.
21. Xu F, Wang X, Yang Y, Zhang K, Shi Y, Xia L, et al. Depression and insomnia in COVID-19 survivors: a cross-sectional survey from Chinese rehabilitation centers in Anhui province. *Sleep Med* 2022; 91: 161-5.
22. Chen P, Lam MI, Si TL, Zhang L, Balbuena L, Su Z, et al. The prevalence of poor sleep quality in the general population in China: a meta-analysis of epidemiological studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2024; 274(7): 1-14.
23. Franzen P, Buysse D. Sleep disturbances and depression: risk relationships for subsequent depression and therapeutic implications. *Dialogues Clin Neurosci* 2008; 10(4): 473-81.
24. Samushiya M, Kryzhanovsky S, Ragimova A, Berishvili T, Chorbinskaya S, Ivannikova E. Psychoemotional disorders and sleep impairments in patients with COVID-19. *Neurosci Behav Physiol* 2022; 52(2): 231-5.
25. Pedrozo-Pupo JC, Caballero-Domínguez CC, Campo-Arias A. Prevalence and variables associated with insomnia among COVID-19 survivors in Colombia. *Acta Biomed* 2022; 93(1): e2022019.
26. Putenis K, Strautmene S, Mičule M, Kočāne E, Karelis G. The impact of SARS-CoV-2 infection on sleep, daytime sleepiness, and depression-longitudinal cohort study. *Medicina (Kaunas)* 2024; 60(8): 1352.
27. van Dee V, Janssen EAM, Blom RM, Cahn W, van Mierlo HC, Mihaescu R, et al. Psychiatric symptoms and COVID-19: results of a national case register. *Tijdschr Psychiatr* 2022; 64(9): 558-65.
28. Flórez F, Javier N, Lapeyre-Rivera A, Gamonal B, Cabanillas-Lazo M, Velásquez-Rimachi V, et al. Prevalence and incidence of neuropsychiatric disorders in post hospitalized COVID-19 patients in South America: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry* 2023; 14: 1163989.
29. Narongsak T, Sanguanvichaikul T, Trisithvanij V. Sleep and sleep hygiene: review article. *J Somdet Chaopraya Inst Psychiat* 2020; 14(2): 69-85.
30. Giao H, Nguyen H, Vo YL, Le N, Thi Ngoc Han N. Assessment of insomnia and associated factors among patients who have recovered from COVID-19 in Vietnam. *Patient Prefer Adherence* 2022; 16: 1637-47.
31. Semyachkina-Glushkovskaya O, Mamedova A, Vinnik V, Klimova M, Saranceva E, Ageev V, et al. Brain mechanisms of COVID-19-sleep disorders. *Int J Mol Sci* 2021; 22(13): 6917.
32. Butler M, Pollak TA, Rooney AG, Michael BD, Nicholson TR. Neuropsychiatric complications of covid-19. *BMJ* 2020; 371: m3871.
33. Vanaleesin S, Chanchong W, Kongsuwan V. Mental health promotion experiences based in Islamic principles among Thai muslim university students, who encounter with unrest situation. *JPNMH* 2015; 29(1): 44-56.
34. Facci L, Barbalho T, Souza R, Duarte A, Almondes K. The context of COVID-19 affected the long-term sleep quality of older adults more than SARS-CoV-2 infection. *Front Psychiatry* 2024; 15: 1305945.
35. Pires GN, Ishikura IA, Xavier SD, Petrella C, Piovezan RD, Xerfan EMS, et al. Sleep in older adults and its possible relations with COVID-19. *Front Aging Neurosci* 2021; 13: 647875.
36. Percze AR, Nagy A, Polivka L, Barczy E, Czaller I, Kovats Z, et al. Fatigue, sleepiness and sleep quality are SARS-CoV-2 variant independent in patients with long COVID symptoms. *Inflammopharmacology* 2023; 31(6): 2819-25.
37. Nagy S, Pickett SM, Hedge M, Mesa J, Mechal R. The relationship between anxiety symptoms and sleep quality: mediating and moderating factors of pre-sleep arousal and anxiety sensitivity. *Sleep* 2020; 43: A64-5.
38. Bjorvatn B, Rortveit G, Rebord I, Waage S, Emberland K, Forthun I. Self-reported short and long sleep duration, sleep debt and insomnia are associated with several types of infections: results from the Norwegian practice-based research network in general practice - PraksisNett. *Sleep Med X* 2023; 5: 100074.