



Journal of the Psychiatric Association of Thailand

วารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย

ปีที่ 70 ฉบับที่ 2

เมษายน - มิถุนายน 2568

บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความเครียดและลักษณะการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

โรงพยาบาลนครนายก

มักนียา จำปาพันธุ์

พหุปัญญาของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลรามารับดี

พงศ์พิชรา จรรยาพรพงศ์, มนัท สูงประสิทธิ์

ความชุกและลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่มีโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาน

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

กาญจนนาพร ชันคำนัน๊ะ, สุวรรณ พุทธิศรี, มหชฎา ทองปาน, บุรณาด รุ่งลักษณะศรี, วราภรณ์ ไอสถานนท์

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรง ในเยาวชนผู้เข้าสู่กระบวนการยุติธรรมของศาลเยาวชนและครอบครัวกลาง กรุงเทพมหานคร

สมลวรรณ สนั่นแดง, มนัท สูงประสิทธิ์, มหชฎา ทองปาน, ศิริโชค หงษ์สงวนศรี, สุวรรณ พุทธิศรี, พลิศรา รสนมโชติ, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, นิชวรรณ จงรักภรณ์กิจ

การศึกษาความเป็นไปได้และผลของโปรแกรมกลุ่มฝึกทักษะทางสังคมในวัยรุ่นออทิสติกที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

รุจยา จันทร์วงศ์, จิรดา ประสาทพรศิริโชค, ชุติมนนท์ ปัญญาคำ, จุฑามาศ มงคลอำนาจ, ณัทธรร พัทธรัตน์เสถียร

การพัฒนาแบบประเมินแรงจูงใจในการเล่นเกมส์สำหรับเด็กและเยาวชน

กมลวรรณ บุญประสพวิทยา, ชาญวิทย์ พรนภดล, วัลลา อัจฉริยะสิงห์, สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข

รูปแบบและแนวโน้มอาการของโรคจิตในกรุงเทพมหานคร: การศึกษาเพื่อพัฒนาการบริการดูแลระยะแรกเริ่มที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

สุทธา สุปัญญา

การศึกษาปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการของผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดกระบี่ ประเทศไทย

สรินยุพร หิมกร

คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคมะเร็ง: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง ณ โรงพยาบาลขอนแก่น

วิลาสินี พิเศษ, รสนนภา เจริญบุญ



นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในบุคลากรทางการแพทย์ภายหลังการระบาดของโควิด-19

ดุชนีย์ สกุลเวสสะ

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของชาวกะเหรี่ยงในจังหวัดตาก เขตชายแดนไทย-เมียนมาร์
นิชาดา นิมมาวิชญ์, วรภัทร รัตอากาศ

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชนอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์

หทัยกาญจน์ เสียงเพราะ

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และปัญหาการติดพนัน ในกลุ่มผู้ลงทุน
คริปโทเคอร์เรนซีในประเทศไทย

กัญญาดา ศรีวัชรวัฒน์, พิชาพร งามทิพย์วัฒนา, ดาวชมพู นาคะวิโร

ผลการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในเครือข่ายโรงพยาบาลสุรินทร์
ยุทรนศักดิ์ ทองดี

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนที่คลินิกวัยทอง
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ณิชาร สิริศิวานารถ, ณภัทร์ ศิรินันทนกุล, นลินา ออประยูร

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะปวดศีรษะในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า
นฤกร ธิติทรัพย์, ปิยะวัฒน์ เด่นดำรงกุล

การศึกษาแบบภาคตัดขวางของความสัมพันธ์ระหว่างทักษะทางการเงินและสุขภาพจิตในบุคลากรสังกัด
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

อังคณา จีรเรืองตระกูล, กมลเนตร วรณเสวก, ธนยศ สุมาลัยโรจน์

การพัฒนาและการทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ Mild Behavioral Impairment Checklist
ในคลินิกจิตเวชและคลินิกความจำ

นิธินาญน์ จำปาแดง, ภาพันธ์ ไทยพิสุทธิกุล, สันชัย กุลชาติ, พิษณุวดี จิตตะโรภาส



รายชื่อคณะกรรมการอำนวยการ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2565-2568

นายกสมาคม

ศ.นพ.ชวณันท์ ชาญศิลป์

President

Prof.Chawanun Charnsil, M.D.

อุปนายก

ผศ.พญ.วรลักษณ์ เธียรโมกข์

Vice-President

Asst.Prof.Voralaksana Theeramoke, M.D.

เลขาธิการ

นพ.สุทธา สุปัญญา

Secretary-General

Suttha Supanya, M.D.

เหรัญญิก

ผศ.พญ.ปราณี เมื่อน้อย

Treasurer

Asst.Prof.Pranee Mounghoi, M.D.

ปฏิคม

พ.อ.พลังสันต์ จงรักษ์

Chairman for Social Affairs

Col.Palangsana Chongrak, M.D.

ประธานวิชาการ

รศ.นพ.พิชัย อภิรัฐสกุล

Chairman for Academic Affairs

Assoc.Prof.Pichai Ittasakul, M.D.

ประธานวารสาร

รศ.นพ.ธรรมนาถ เจริญบุญ

Chairman for Journal

Assoc.Prof.Thammanard Charernboon, M.D.

ฝ่ายวิเทศสัมพันธ์

ผศ.พญ.กมลพร วรณฤทธิ

Chairman for International Affairs

Asst.Prof.Kamonporn Wannarit, M.D.

นายทะเบียน

ร.อ.ปิยะวัฒน์ เด่นดำรงกุล

Registrar

Ft.Lt.Piyawat Dendumrongkul, M.D.

กรรมการกลาง

ผศ.นพ.ปรากฏ ทยียงกูร

Committee Members

Asst.Prof.Prakarn Thomyangkoon, M.D.

ผศ.นพ.ภูซังค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์

Asst.Prof.Puchong Laurujisawat, M.D.

รศ.นพ.วรุฒม์ 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 Limsirratana, 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 Suwana Arunpongpaisal, MD, MSc
Khon Kaen University

บรรณาธิการ

รศ.ดร.นพ.ธรรมนาถ เจริญบุญ
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Editor-in-Chief

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

รองบรรณาธิการ

รศ.พญ.ภาพันท์ ไทยพิสุทธิกุล
มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร.นพ.วรภัทร รัตอาภา
มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.พญ.ติรยา เลิศหัตถศิลป์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

พญ.ฐิติพร ศุภสิทธิ์อำรง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Associate Editor

Associate Professor Papan Thaipisuttikul, MD
Mahidol University

Assistant Professor Woraphat Ratta-apha, MD, PhD
Mahidol University

Associate Professor Tiraya Lerthattasilp, MD, PhD
Thammasat University

Thitiporn Supasitthumrong, MD
Chulalongkorn University

กองบรรณาธิการฝ่ายจัดการ

น.ส.สิริลักษณ์ ไชยสิทธิ์

Managing Staffs

Miss Siriluck Chaiyasit



วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 70 ฉบับที่ 2

เมษายน - มิถุนายน 2568

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

A

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความเครียดและลักษณะการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครนายก มัทนียา จำปาพันธุ์	130
พหุปัญญาของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลรามธิบดี พงศ์พัชรา จรรย์พรพงศ์, มนต์ สูงประสิทธิ์	144
ความชุกและลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กาญจนาวร ชันคำนันท์, สุวรรณี พุทธิศรี, มชฐา ทองปาน, บุรนาถ รุ่งลักษณะมีศรี, วรามิศร์ โอสถานนท์	158
การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรง ในเยาวชนผู้เข้าสู่กระบวนการยุติธรรมของศาลเยาวชนและครอบครัวกลาง กรุงเทพมหานคร ธมลวรรณ สนั่นแดง, มนต์ สูงประสิทธิ์, มชฐา ทองปาน, ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, สุวรรณี พุทธิศรี, พลิศรา ธรรมโชติ, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, ณิชาวรรณ จงรักษณกิจ	168
การศึกษาความเป็นไปได้และผลของโปรแกรมกลุ่มฝึกทักษะทางสังคมในวัยรุ่นออทิสติก ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รุจยา จันทรวงศ์, จิรดา ประสาทพรศิริโชค, ชุตติมณฑน์ ปัญญาคำ, จุฑามาศ มงคลอำนาจ, ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร	178
การพัฒนาแบบประเมินแรงจูงใจในการเล่นเกมส์สำหรับเด็กและเยาวชน กมลวรรณ บุญประสพวิทยา, ชาญวิทย์ พรนภดล, วัลลภ อัจฉริยะสิงห์, สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข	190
รูปแบบและแนวโน้มอาการของโรคจิตในกรุงเทพมหานคร: การศึกษาเพื่อพัฒนาการบริการดูแล ระยะแรกเริ่มที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา สุทธา สุปัญญา	206
การศึกษาปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการของผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดกระบี่ ประเทศไทย สรินญพร หิมกร	215
คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง ณ โรงพยาบาลขอนแก่น วิลาสินี พิเศษ, ธรรมนาถ เจริญบุญ	231

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในบุคลากรทางการแพทย์ภายหลังการระบาดของโควิด-19	241
<i>ดุษฎี สกุลเวสสะ</i>	
ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของชาวกะเหรี่ยงในจังหวัดตาก เขตชายแดนไทย-เมียนมาร์	250
<i>นิชาดา นิมมาวิชญ์, วรภัทร รัตอาภา</i>	
การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชนอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์	262
<i>หทัยกาญจน์ เสียงเพราะ</i>	
ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และปัญหาการติดพนันในกลุ่มผู้ลงทุนคริปโตเคอร์เรนซีในประเทศไทย	274
<i>ทิพญาดา ศรีวีรวัฒน์, พิชาพร งามทิพย์วัฒนา, ดาวชมพู นาคะวิโร</i>	
ผลการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในเครือข่ายโรงพยาบาลสุรินทร์	286
<i>ยุทธรศักดิ์ ทองดี</i>	
ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนที่คลินิกวัยทองโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	297
<i>ณิชากร สิริศิวานารถ, ณภัทร์ ศิรินิมนवलกุล, นลินา ออประยูร</i>	
ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะปวดศีรษะในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า	306
<i>นฤภร ธิติทรัพย์, ปิยะวัฒน์ เด่นดำรงกุล</i>	
การศึกษาแบบภาคตัดขวางของความสัมพันธ์ระหว่างทักษะทางการเงินและสุขภาพจิตในบุคลากรสังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	317
<i>อังคณา จิรเรืองตระกูล, กมลเนตร วรรณเสวก, ธนยศ สุมาลย์โรจน์</i>	
การพัฒนาและการทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ Mild Behavioral Impairment Checklist ในคลินิกจิตเวชและคลินิกความจำ	327
<i>นิธิญาณ จำปาแดง, ภาพันท์ ไทยพิสุทธิกุล, สันชัย กุลชาติ, พิชญวดี จิตตะโรภาส</i>	



Journal of the Psychiatric Association of Thailand

Volume 70 Number 2

April - June 2025

CONTENTS

EDITORIAL

A

ORIGINAL ARTICLES

- Parental Stress and Parenting Patterns among Parents of Children and Adolescents with Psychiatric Disorders at Nakhon Nayok Hospital 130
Matthaneeya Jumpapan
- Multiple Intelligences of Children and Adolescents with Specific Learning Disorders at the Child and Adolescent Psychiatry Clinic, Ramathibodi Hospital 144
Pongpatchara Junyapornpong, Manus Soongprasit
- Prevalence and Common Characteristics of Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder and Co-occurring Depressive Disorder at Yuwaprasart Waithayopatham Hospital 158
Kanjanaporn Kankumnanta, Suwannee Putthisri, Masatha Thongpan, Buranat Runglaksameesri, Waramis Osathanond
- The Relationship between Family Function and Conduct Disorder among Juvenile Delinquent in Central Juvenile and Family Court, Bangkok 168
Thamonwan Sondang, Manus Soongprasit, Masatha Thongpan, Sirichai Hongsanguansri, Suwannee Putthisri, Palisara Thommachot, Komsan Kiatrungrit, Nitchawan Jongrakthanakij
- The Feasibility and Effects of a Social Skills Group Training Program for Adolescents with Autism Spectrum Disorder Receiving Outpatient Care at King Chulalongkorn Memorial Hospital 178
Rutjaya Juntarawong, Jirada Prasartpornsirichoke, Chutimon Panyakham, Jutamas Mongkonamnad, Nuttorn Pityaratstian
- The Development of Gaming Motivation Assessment (GAME-M) for Children and Youths 190
Kamonwan Boonprasopwittaya, Chanvit Pornnoppadol, Wanlop Atsariyasing, Somboon Hataiyusuk
- Trends in Psychotic Experiences in Bangkok: Informing the Planned Early Intervention Service at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry 206
Suttha Supanya
- A Study on Precipitating Factors in Patients with Schizophrenia in Krabi Province, Thailand 215
Sarinyaporn Himakorn
- Quality of Life and Associated Factors in Patients with Major Depressive Disorder: A Cross-Sectional Study at Khon Kaen Hospital 231
Wilasinee Phitsanu, Thammanard Chareernboon



Prevalence and Associated Factors of Depression and Anxiety Among Healthcare Workers Following the COVID-19 Pandemic <i>Dussadee Sakunwetsa</i>	241
Prevalence of Depression and Related Factors of The Karen People in Tak Province, Thai-Myanmar Border Region <i>Neshda Nimmawitt, Woraphat Ratta-apha</i>	250
Development of a Depression Surveillance Model in the Community, Sangkha District, Surin Province <i>Hataigan Seangpro</i>	262
Prevalence and Associated Factors of Depression, Anxiety and Gambling Problem among Cryptocurrency Investors in Thailand <i>Tipyada Sriwachirawat, Pitchaporn Ngamthipwatthana, Daochompu Nakawiro</i>	274
The Therapeutic Outcomes of Alcohol Withdrawal Syndrome Treatment for Inpatient at Hospitals Affiliated with Surin Hospital <i>Yoottanajak tongdee</i>	286
The Prevalence and Associated Factors of Sleep Disturbance in Menopause at Menopause Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital <i>Nichakorn Sirisivanart, Naphat Sirinimnualkul, Nalina Orprayoon</i>	297
The Prevalence and Factors Associated with Headache in Patients After Electroconvulsive Therapy <i>Naruephon Thitisap, Piyawat Dendumrongkul</i>	306
The Cross-Sectional Study of the Relationship between Financial Literacy and Mental Health among Employees and Health Professionals in the Faculty of Medicine Siriraj Hospital <i>Angkana Jiraruangtrakul, Kamonnet Wannasewok, Thanayot Sumalrot</i>	317
Development and Validation of Mild Behavioral Impairment Checklist-Thai Version in The Psychiatric Clinic and The Memory Clinic <i>Nitiya Champadang, Papan Thaipisuttikul, Sunchai Kuladee, Pitchayawadee Chittaropas</i>	327



บรรณาธิการแถลง

วารสารสมาคมนจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ฉบับที่ 2 ของปี พ.ศ. 2568 นี้ ได้ทำสถิติใหม่นั้นคือ มีบทความตีพิมพ์มากถึง 18 เรื่อง ในฉบับเดียว ซึ่งหากรวมกับฉบับที่ 1 อีก 12 เรื่อง จะทำให้ครึ่งปีแรกมีบทความมากถึง 30 เรื่อง ซึ่งคิดเป็นกว่า 3 ใน 4 ของบทความในปี พ.ศ. 2566 และ 2567 ซึ่งมีบทความทั้งปี 38 เรื่อง

ทั้งนี้ผมและกองบรรณาธิการ ขอขอบคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ส่งบทความกับทางวารสารสมาคมนจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาช่วยประเมินบทความในฉบับนี้

ธรรมนาท เจริญบุญ

บรรณาธิการ

ความเครียดและลักษณะการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครนายก

มัทธิยา จำปาพันธุ์*

*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลนครนายก

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความเครียด ลักษณะการเลี้ยงดูเด็ก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียด ในผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครนายก

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลผู้ปกครองของผู้ป่วยนอก อายุ 6 - 18 ปี คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครนายก ในช่วงเดือนมิถุนายน - ธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 96 ราย เก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ปกครองและครอบครัว ข้อมูลการรักษา และใช้แบบประเมินความเครียดผู้ปกครองและแบบประเมินการเลี้ยงดู Alabama parenting questionnaire ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ T-test, Pearson's correlation และ Multiple linear regression

ผลการศึกษา ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 55.2 เป็นผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 60.4 มีระดับความเครียดเฉลี่ย 41.1 คะแนน หมวดการเลี้ยงดูที่เข้าเกณฑ์เป็นปัญหามากที่สุดคือการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ ร้อยละ 56.1 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในผู้ปกครองคือการมีโรคประจำตัว ($p\text{-value} = 0.026$) และลักษณะการเลี้ยงดูเชิงลบมีความสัมพันธ์แบบแปรผันตรง ในขณะที่การเลี้ยงดูเชิงบวกมีความสัมพันธ์แบบแปรผกผันกับระดับความเครียดในผู้ปกครอง การวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร พบการเลี้ยงดูเชิงบวกหมวดบทบาทการเป็นพ่อแม่ที่ดี ($p\text{-value} = 0.010$) และการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ ($p\text{-value} = 0.011$) แปรผกผันกับระดับความเครียดของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป ผู้ปกครองที่มารับบริการในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นควรได้รับการประเมินความเครียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีโรคประจำตัว เพราะความเครียดของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับลักษณะการเลี้ยงดูเด็ก

คำสำคัญ เด็ก วัยรุ่น สุขภาพจิต การเลี้ยงดู

Corresponding author: มัทธิยา จำปาพันธุ์

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลนครนายก

E-mail: enoopimka@hotmail.com,

วันรับ 30 ธันวาคม 2567 วันแก้ไข 28 กุมภาพันธ์ 2568 วันตอบรับ 4 มีนาคม 2568

Parental Stress and Parenting Patterns among Parents of Children and Adolescents with Psychiatric Disorders at Nakhon Nayok Hospital

Matthaneeya Jumpapan*

*Department of Mental Health and Addiction, Nakhon Nayok Hospital

ABSTRACT

Objective: To study the level of stress, parenting patterns, and factors associated with stress among parents of children and adolescent psychiatric patients at Nakhon Nayok Hospital.

Methods: This is a cross-sectional descriptive survey. Data were collected from parents of outpatients aged 6 - 18 at the child and adolescent psychiatry clinic, Nakhon Nayok Hospital, between June and December 2023. A total of 96 parents participated. Data on demographics of parents and their children as well as their family and treatment history were collected. The parental stress scale and the Alabama parenting questionnaire (Thai version) were used to assess stress levels and parenting patterns. Data was analyzed using t-tests, Pearson's correlation, and multiple linear regression.

Results: Most of the parents were mothers (55.2%), and 60.4% were parents of children and adolescents diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). The average parental stress score was 41.1 points. The most common parenting problem was parental involvement (56.1%). Factors associated with parental stress included having an underlying illness ($p = 0.026$). Moreover, negative parenting patterns were positively correlated with stress, whereas positive parenting patterns were inversely correlated with stress levels. In the multiple analysis, positive parenting patterns, particularly positive parenting practices ($p = 0.010$) and parental involvement ($p = 0.011$), were significantly associated with lower parental stress.

Conclusion: Parents attending the child and adolescent psychiatry clinic should be screened for stress, especially those with underlying illnesses, as parental stress is associated with parenting patterns.

Keywords: children, adolescents, mental health, parenting

Corresponding author: Matthaneeya Jumpapan

E-mail: enoopimka@hotmail.com,

Received: 30 December 2024 Revised: 28 February 2025 Accepted: 4 March 2025

บทนำ

โรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเป็นโรคที่มีความผิดปกติมาจากหลาย ๆ ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางด้านชีวภาพ เช่น ความผิดปกติของการทำงานของสมอง ปัจจัยทางด้านจิตใจ เช่น พัฒนาการด้านจิตใจหรือความคิดที่เติบโตไม่สมวัย ปัจจัยทางด้านสังคม เช่น รูปแบบการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมของพ่อแม่ ความเครียดจากการปรับตัวกับการเรียน ครู หรือเพื่อนที่โรงเรียน เป็นต้น ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อกันและกัน จนทำให้เกิดอาการที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมีความยากลำบากในการดำรงชีวิตหรือมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง เกิดเป็นโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในที่สุด^{1,2}

ความเครียดของผู้ปกครอง หมายถึง สถานการณ์ที่ผู้ปกครองต้องเผชิญกับความท้าทายหรือปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหรือเลี้ยงดูเด็ก รวมถึงการรับมือกับเด็กในหลายด้าน เช่น การเงิน การศึกษา และการสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ปกครองเอง ความเครียดของผู้ปกครองสามารถเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยทางด้านเด็ก ได้แก่ ช่วงอายุของเด็ก เพศของเด็ก พันธุกรรม ปัญหาพฤติกรรม และโรคประจำตัวของเด็ก ปัจจัยทางด้านผู้ปกครอง ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ สุขภาพจิต และโรคประจำตัวของผู้ปกครอง ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิตสมรส แรงสนับสนุนในสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อในการเลี้ยงดูเด็ก และลักษณะรูปแบบในการดำรงชีวิต เป็นต้น³⁻⁹

ในปี พ.ศ. 2561 - 2565 ทั่วโลกได้เผชิญกับวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ทำให้ลักษณะรูปแบบการดำรงชีวิตของเด็กและผู้ปกครองต้องเปลี่ยนแปลง จากลักษณะรูปแบบการดำรงชีวิตตามปกติมาเป็นรูปแบบใหม่ (new normal) ที่หลีกเลี่ยงการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอย่างใกล้ชิด เรียกว่าการรักษาระยะห่างทางสังคม (social isolation) เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 เด็กและผู้ปกครองมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะการเรียนและการทำงานเป็นรูปแบบออนไลน์ที่สามารถทำอยู่ที่บ้านได้¹⁰ จึงทำให้ผู้ปกครองหลายคนต้องเลี้ยงดูช่วยเหลือเรื่องการเรียนรู้และการทำการบ้านส่งโรงเรียนของเด็กในรูปแบบออนไลน์ ควบคู่ไปกับการที่ตนเองต้องประกอบอาชีพอยู่ที่บ้านด้วยกันกับเด็กเป็นระยะเวลาอันประจวบกับสภาวะเศรษฐกิจที่เสื่อมถอยในช่วงนั้นทำให้เกิดปัญหาการว่างงาน¹¹ มีความกังวลการติดเชื้อจากคนใกล้ชิด มีการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลสำคัญในครอบครัวจากโรคโควิด-19 รวมทั้งผู้ปกครองและเด็กไม่สามารถผ่อนคลายทางจิตใจหรือมี

กิจกรรมทางกาย (physical activity) นอกบ้านได้เหมือนเดิม ขาดกำลังใจหรือการสนับสนุนทางสังคม สิ่งเหล่านี้ได้ส่งผลให้เกิดความเครียดในผู้ปกครองที่เพิ่มขึ้นมากกว่าในช่วงก่อนเกิดวิกฤตโควิด^{3,12} การศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ปกครองมีความเครียดมากถึงร้อยละ 55¹³ และมีความชุกของโรคซึมเศร้าวิตกกังวล ปัญหาการนอนหลับ การใช้ยาเสพติดต่างๆ เพื่อบรรเทาความทุกข์ทางจิตใจในผู้ปกครองที่มากขึ้น¹⁴ ส่งผลให้เกิดปัญหาในครอบครัวและปัญหาในการเลี้ยงดูเด็กมากมาย เช่น ผู้ปกครองไม่สามารถให้ความรักความอบอุ่น และเอาใจใส่ดูแลตอบสนองความต้องการของลูกได้อย่างเหมาะสมและทันที่^{15,16} ปล่อยปละละเลยไม่สนใจบุตร มีการทะเลาะเบาะแว้งกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่มากขึ้น เด็กเห็นพฤติกรรมที่ผู้ปกครองแสดงความก้าวร้าวต่อกันและกัน คุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ปกครองที่เปลี่ยนไปในเชิงลบ มีรายงานการเลี้ยงดูแบบเข้มงวด (authoritarian style) หรือการเลี้ยงดูแบบตามใจ (indulgent style) ที่มากขึ้น มีการกำกับวินัยเด็กไม่สม่ำเสมอ ซึ่งสัมพันธ์กับการใช้หน้าจอ (screen time) ของเด็กที่เพิ่มสูงขึ้น หรือใช้รูปแบบการลงโทษควบคุมที่รุนแรงมากขึ้น ปัญหาในครอบครัวและลักษณะการเลี้ยงดูเด็กในรูปแบบที่กล่าวมานี้ ส่งผลทำให้ความชุกของโรควิตกกังวล ซึมเศร้า พฤติกรรมการทำร้ายตนเอง (NSSI) ปัญหาการทารุณกรรมเด็กและการใช้ความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มขึ้นมากในช่วงเวลานั้น^{10,12,16-30}

แม้ว่าปัจจุบันประเทศไทยจะมีมาตรการผ่อนปรนให้ประชาชนสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับสภาวะปกติเหมือนช่วงก่อนเกิดวิกฤตโควิด-19 แล้วก็ตาม แต่ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาความเครียดของผู้ปกครอง และลักษณะการเลี้ยงดูเด็กภายหลังจากที่วิกฤตโควิด-19 ได้ผ่านพ้นไปนั้นเป็นอย่างไร โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ปกครองที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญที่ต้องการดำเนินการศึกษาวิจัยในคลินิก เพื่อสำรวจระดับความเครียดของผู้ปกครอง ลักษณะการเลี้ยงดู และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ปกครอง เพื่อนำความรู้ที่ได้มาช่วยเหลือผู้ปกครองกับครอบครัวให้เลี้ยงดูเด็กในคลินิกอย่างมีคุณภาพ เพื่อให้เกิดผลดีต่อเด็กและวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาต่อไปในอนาคต

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) เก็บข้อมูลในผู้ป่วยและ

ผู้ปกครองของผู้ป่วย อายุ 6 - 18 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช เด็กและวัยรุ่นแบบผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลนครนายก มีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ปกครองของผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น อายุ 6 - 18 ปี ที่เข้ารับบริการที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลนครนายก และสามารถอ่านเขียนหรือเข้าใจภาษาไทย เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ปกครองของผู้ป่วยในหรือรับการรักษาที่แผนกอื่นๆ นอกจากแผนกจิตเวช โรงพยาบาลนครนายก และไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม หรือมีการขอยกเลิกข้อมูลภายหลัง

คำนวณขนาดตัวอย่างอ้างอิงจากงานวิจัยของ Elizabeth L. Adams (2021)¹³ ซึ่งมาใช้ในการคำนวณสูตรประชากรตัวอย่าง (infinite population proportion)³¹ ดังนี้

$$n = \frac{z^2 \cdot 1 - \frac{\infty}{2} p(1-p)}{d^2}$$

$$Z = 1.96, P = 0.55, d = 0.1, \alpha = 0.05$$

ดังนั้น ได้จำนวนประชากรในการศึกษาครั้งนี้้อย่างต่ำ 96 คน

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนครนายก เลขที่อนุมัติ REC no. 05/2566

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ฉบับ ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ปกครอง โดยผู้ปกครองเป็นผู้กรอกข้อมูล ข้อมูลของเด็กประกอบด้วย เพศ อายุ สิทธิการรักษา โรคประจำตัวทางกาย ผลการเรียน และข้อมูลของผู้ปกครองและครอบครัวประกอบด้วย ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กในปัจจุบัน การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ผู้ปกครองประกอบอาชีพ ระยะเวลาที่ได้กอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว วันจันทร์ - วันศุกร์ และวันเสาร์ - วันอาทิตย์ รายได้และหนี้สินของครอบครัว ผู้ใช้สารเสพติดในครอบครัว ผลกระทบจากวิกฤติโควิด-19 ในปัจจุบัน โดยใช้คำถามว่า "ในปัจจุบัน ท่านยังคงได้รับผลกระทบจากวิกฤติโควิด-19 ในด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัวหรือไม่" และให้ผู้ปกครองเขียนเครื่องหมายถูกลงในช่องสี่เหลี่ยมว่าได้รับผลกระทบ หรือไม่ได้รับผลกระทบ

2. แบบสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย โดยผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูลจากใบเวชระเบียน ประกอบไปด้วย ระยะเวลาตั้งแต่เริ่ม

วินิจฉัย การวินิจฉัยโรคหลัก ความรุนแรงของโรค (อ้างอิงการวินิจฉัยตาม DSM-5 จากการวินิจฉัยของแพทย์ที่มีการบันทึกในแฟ้มประวัติหรือเวชระเบียน) ชนิดของยาที่ใช้รักษา และชนิดของการรักษาด้วยการบำบัด

3. แบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง Alabama Parenting Questionnaire (APQ) ฉบับภาษาไทย แบ่งเป็น 6 หมวดหลัก 42 ข้อย่อย ลักษณะของคำตอบในแต่ละข้อคำถามเป็นแบบลิเคิร์ตสเกล 5 ระดับ คิดคะแนนดังนี้ ไม่เคย = 1 คะแนน, แทบจะไม่เคย = 2 คะแนน, บางครั้ง = 3 คะแนน, บ่อย = 4 คะแนน, บ่อยมาก = 5 คะแนน โดยมีหมวดหลัก ดังนี้ 1) บทบาทการเป็นพ่อแม่ที่ดี (positive parenting practices; PP) 6 ข้อ (problem cutoff ≤ 21 คะแนน) 2) การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ (parental involvement; PI) 10 ข้อ (problem cutoff ≤ 35 คะแนน) 3) การขาดการดูแลสั่งสอนของพ่อแม่ (poor parental monitoring/supervision; PM) 10 ข้อ (problem cutoff ≥ 18 คะแนน) 4) การใช้กฎระเบียบแบบไม่เคร่งครัด (inconsistent discipline; ID) 6 ข้อ (problem cutoff ≥ 18 คะแนน) 5) การลงโทษทางร่างกาย (corporal punishment; CP) 3 ข้อ (problem cutoff ≥ 7 คะแนน) 6) การใช้กฎระเบียบแบบอื่นๆ (other discipline; OD) 7 ข้อ (ไม่คิดคะแนนเนื่องจากเป็นข้อคำถามเพิ่มเติมที่วัดการใช้กฎระเบียบและการลงโทษที่เฉพาะเจาะจงที่นอกเหนือไปจากหมวดอื่น) โดยหมวดที่ 1 และ 2 เป็นการประเมินการเลี้ยงดูทางบวก (positives parenting) และหมวดที่ 3 - 5 เป็นการประเมินการเลี้ยงดูทางลบ (negative parenting) เครื่องมือได้รับการทดสอบว่ามีความเชื่อมั่นที่ดีในหมวด PP, PI, PM และ ID Cronbach's alpha coefficient > 0.76

4. แบบสอบถามความเครียดของผู้ดูแล (parental stress scale) พัฒนาโดยแบร์รี่และโจนส์ (Berry & Jones, 1995) ซึ่งขึ้นฤติคงศักดิ์ตระกูล และ จุฑามาต พายจะโปะ ได้แปลเป็นภาษาไทย²⁷ ข้อคำถามมีจำนวน 18 ข้อ โดยข้อคำถามด้านบวกมีจำนวน 8 ข้อ คือ 1, 2, 5, 6, 7, 8, 17 และ 18 เนื้อหาประกอบด้วย ประโยชน์ทางด้านอารมณ์ (emotional benefits) การเพิ่มคุณค่าในตัวเอง (self-enrichment) และการพัฒนาตนเอง (personal development) ข้อคำถามด้านลบมีจำนวน 10 ข้อ คือข้อ 3, 4, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 และ 16 เนื้อหาประกอบด้วย ความต้องการแหล่งสนับสนุน (demands on resources) โอกาสเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายและข้อจำกัด (opportunity costs and restrictions) ลักษณะของคำตอบในแต่ละข้อคำถามเป็นแบบลิเคิร์ตสเกล 5 ระดับ เครื่องมือได้รับการทดสอบว่ามีความเชื่อมั่นที่ดี Cronbach's alpha coefficient = 0.89 และ

ค่าความตรง (validity) = 0.94 เกณฑ์ในการให้คะแนน กำหนด ดังนี้

ข้อคำถามด้านบวก	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	คิดเป็น 5 คะแนน
	ไม่เห็นด้วยมาก	คิดเป็น 4 คะแนน
	ปานกลาง	คิดเป็น 3 คะแนน
	เห็นด้วยมาก	คิดเป็น 2 คะแนน
	เห็นด้วยมากที่สุด	คิดเป็น 1 คะแนน
ข้อคำถามด้านลบ	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	คิดเป็น 1 คะแนน
	ไม่เห็นด้วยมาก	คิดเป็น 2 คะแนน
	ปานกลาง	คิดเป็น 3 คะแนน
	เห็นด้วยมาก	คิดเป็น 4 คะแนน
	เห็นด้วยมากที่สุด	คิดเป็น 5 คะแนน

คิดคะแนนโดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน คะแนนรวม พิสัย 18 - 90 โดยคะแนนมาก หมายถึง ผู้ดูแลมีความเครียด ในการดูแลเด็ก

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรม SPSS Version 22 โดยข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ข้อมูลเชิงปริมาณนำเสนอเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ นำเสนอเป็นจำนวนและร้อยละ การวิเคราะห์ ข้อมูลหาปัจจัยของเด็ก ผู้ปกครอง และครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ กับความเครียดของผู้ปกครอง โดยใช้สถิติ Independent sample t-test หาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของผู้ปกครองกับ หมวดต่างๆ ในแบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง โดยการ วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) และวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (multivariable analysis) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงดูในรูปแบบต่างๆ กับ ความเครียดของผู้ปกครอง โดยควบคุมปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเป็น ปัจจัยกวนระหว่างความสัมพันธ์ดังกล่าวด้วยการวิเคราะห์แบบ ถดถอยพหุคูณ (multiple linear regression) กำหนดระดับ นัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ข้อมูลของเด็ก ผู้ปกครอง และครอบครัว

จากแบบสอบถามทั้งหมด 120 ชุด พบว่ามีผู้ปกครองที่ ยินยอมตอบแบบสอบถามและเข้าข่ายเกณฑ์คัดเข้า จำนวนทั้งสิ้น

96 ราย เป็นผู้ปกครองของผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการรักษา ข้อมูลของเด็กประกอบด้วย เพศชาย 65 คน (ร้อยละ 67.7) เพศหญิง 31 คน (ร้อยละ 32.3) มีอายุเฉลี่ย 11.2 ± 3.6 ปี (6 - 18 ปี) อายุตั้งแต่ 6 - 12 ปี มีจำนวน 64 คน (ร้อยละ 66.7) อายุตั้งแต่ 13 - 18 ปี มีจำนวน 32 คน (ร้อยละ 33.3) ส่วนใหญ่ สิทธิการรักษาบัตรทอง (ร้อยละ 86.5) มีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 82.3) เกรดเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.01 - 4.00 (ร้อยละ 29.2) ข้อมูลของผู้ปกครองและครอบครัว พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ เป็นแม่ (ร้อยละ 64.6) การศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 44.8) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 31.3) อาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 41.7) ส่วนใหญ่รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 5,000 - 10,000 บาท (ร้อยละ 31.3) ระยะเวลาทำงานเฉลี่ยวันละ 8.8 ± 4.0 ชั่วโมง (0 - 24 ชั่วโมง) เด็กมีเวลาอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว วันจันทร์ - วันศุกร์ เฉลี่ยวันละ 8.3 ± 7.5 (2 - 24 ชั่วโมง) และเด็ก มีเวลาอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัววันเสาร์ - วันอาทิตย์ เฉลี่ยวันละ 16.9 ± 11.8 ชั่วโมง (1 - 24 ชั่วโมง) พบว่าในครอบครัวมีผู้ใช้ สารเสพติด ร้อยละ 19.8 ส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบจากวิกฤติ โควิด-19 ในปัจจุบัน (ร้อยละ 51.0) ดังแสดงในตารางที่ 1

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาดังแต่เริ่มวินิจฉัย เฉลี่ย 14.8 ± 15.0 เดือน (1 เดือน - 5 ปี) ส่วนใหญ่วินิจฉัยโรคหลัก เป็น Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) ร้อยละ 60.4 รองลงมาคือโรคซึมเศร้า ร้อยละ 14.6 ระดับความรุนแรง ของโรคเป็น moderate (ร้อยละ 80.2) ชนิดของยาที่ใช้รักษา ส่วนใหญ่คือ stimulant (ร้อยละ 58.3) และพบชนิดของการรักษา ด้วยการบำบัดปรับพฤติกรรม behavioural modification (ร้อยละ 69.8) ดังแสดงในตารางที่ 1

ผลคะแนนในหมวดต่างๆ จากแบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง Alabama Parenting Questionnaire (APQ) ฉบับภาษาไทย

พบว่าจำนวนผู้ปกครองในหมวดการเลี้ยงดูต่างๆ ที่มี คะแนนเข้าเกณฑ์เป็นปัญหามากที่สุดคือ การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ (parental involvement, PI) ร้อยละ 56.1 รองลงมาคือการลงโทษ ทางร่างกาย (corporal punishment; CP) ร้อยละ 46.6 การขาด การดูแลสั่งสอนของพ่อแม่ (poor parental monitoring/supervision; PM) ร้อยละ 44.2 การใช้กฎระเบียบแบบไม่ เกรงครัต ร้อยละ 35.4 และบทบาทการเป็นพ่อแม่ที่ดี ร้อยละ 27.6 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลของเด็ก ผู้ปกครอง และครอบครัว

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)	ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
ข้อมูลเด็ก		อาชีพหลักของผู้ปกครอง	
เพศของเด็ก		ข้าราชการ	4 (4.2%)
ชาย	65 (67.7%)	ค้าขาย	20 (20.8%)
หญิง	31 (32.3%)	เกษตรกร	8 (8.3%)
ช่วงอายุของเด็ก		รับจ้าง	40 (41.7%)
ช่วงอายุ 6 – 12 ปี	64 (66.7%)	อื่นๆ	19 (19.8%)
ช่วงอายุ 13 – 18 ปี	32 (33.3%)	รายได้ของครอบครัว (รายเดือน)	
สิทธิการรักษา		< 5,000 บาท	11 (11.5%)
ข้าราชการ/เบิกจ่ายตรง	8 (8.3%)	5,000 – 10,000 บาท	30 (31.3%)
บัตรทอง	83 (86.5%)	10,001 – 15,000 บาท	18 (18.8%)
เงินสด	1 (1.0%)	15,001 – 20,000 บาท	12 (12.5%)
บัตรผู้พิการ	1 (1.0%)	> 20,000 บาท	20 (20.8%)
โรคประจำตัวทางกายของเด็ก		หนี้สินของครอบครัว	
ไม่มี	79 (82.3%)	มี	58 (60.4%)
มี	9 (9.4%)	ไม่มี	36 (37.5%)
ผลการเรียน (เกรดเฉลี่ย)		ในครอบครัวมีผู้ใช้สารเสพติด	
1.01 – 2.00	14 (14.6%)	มี	19 (19.8%)
2.01 – 3.00	24 (25.0%)	ไม่มี	76 (79.2%)
3.01 – 4.00	28 (29.2%)	ผู้ปกครองได้รับผลกระทบจากโควิด-19 ในปัจจุบัน	
ยังไม่ได้เกรดเฉลี่ย	12 (12.5%)	ไม่ได้รับผลกระทบ	27 (28.1%)
ข้อมูลผู้ปกครองและครอบครัว		ได้รับผลกระทบ	49 (51.0%)
ผู้ปกครองในปัจจุบัน		ข้อมูลการเจ็บป่วย	
พ่อ	7 (7.3%)	ระยะเวลาการรักษาตั้งแต่เริ่มได้รับการวินิจฉัย	14.8 ± 15.0
แม่	53 (55.2%)	(เดือน) (Mean ± SD) (Min - Max)	(1 เดือน – 5 ปี)
พ่อ/แม่เลี้ยง	2 (2.1%)	การวินิจฉัยโรคหลัก	
ปู่ ย่า ตา ยาย	33 (34.4%)	attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)	58 (60.4%)
ลุง ป้า น้า อา	1 (1.0%)	major depressive disorder (MDD)	14 (14.6%)
การศึกษาของผู้ปกครอง		multiple substance use disorder	6 (6.2%)
ไม่ได้ศึกษา	2 (2.1%)	oppositional defiance disorder (ODD)	5 (5.2%)
ประถมศึกษา	23 (24.0%)	learning disabilities (LD)	3 (3.1%)
มัธยมศึกษา	43 (44.8%)	intellectual disability (ID)	2 (2.1%)
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	21 (21.9%)	autistic spectrum disorder (ASD)	2 (2.1%)
ปริญญาโท	1 (1.0%)	other	2 (2.1%)
ปริญญาเอก	1 (1.0%)	obsessive compulsive disorder (OCD)	1 (1.0%)
โรคประจำตัวของผู้ปกครอง		generalized anxiety disorder (GAD)	1 (1.0%)
มี	30 (31.3%)	adjustment disorder with depressed mood	1 (1.0%)
ไม่มี	65 (67.7%)	social anxiety disorder	1 (1.0%)

ตารางที่ 1 ข้อมูลของเด็ก ผู้ปกครอง และครอบครัว (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)	ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
ความรุนแรงของโรค		ชนิดของการรักษาด้วยการทำจิตบำบัด	
mild	2 (2.1%)	supportive psychotherapy	17 (17.7%)
moderate	77 (80.2%)	cognitive behavioural therapy	8 (8.3%)
severe	13 (13.5%)	family counselling	43 (44.8%)
ชนิดของยาที่ใช้รักษา		crisis intervention	14 (14.6%)
stimulant	56 (58.3%)	behavioural modification	67 (69.8%)
selective serotonin reuptake inhibitor	19 (19.8%)	motivation interview	3 (3.1%)
antipsychotic	14 (14.6%)	social skill training	14 (14.6%)
benzodiazepine	15 (15.6%)		

ตารางที่ 2 ผลคะแนนในหมวดต่างๆ จากแบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง Alabama Parenting Questionnaire (APQ) ฉบับภาษาไทย

หมวด	Mean	SD	จำนวน (ร้อยละ) ที่เข้าเกณฑ์เป็นปัญหา
parental involvement; PI	34.3	6.2	46 (56.1)
corporal punishment; CP	5.8	2.4	41 (46.6)
poor parental monitoring/ supervision; PM	18.6	7.5	38 (44.2)
inconsistent discipline; ID	15.7	3.5	29 (35.4)
positive parenting practices; PP	22.7	4.3	24 (27.6)
other discipline; OD	14.6	3.7	

ผลคะแนนความเครียดของผู้ปกครองจากแบบสอบถาม ความเครียดของผู้ดูแล (parental stress scale)

พบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ปกครองรวมเท่ากับ 41.1 คะแนน (คะแนนรวมพิสัยระหว่าง 18 - 90) โดยพบคะแนนความเครียดต่ำสุดเท่ากับ 20 คะแนน คะแนนความเครียดสูงสุดเท่ากับ 63 คะแนน ค่าคะแนนมัธยฐานเท่ากับ 40 คะแนน และค่าคะแนนฐานนิยมเท่ากับ 40 คะแนน

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของคะแนนความเครียดของผู้ปกครองกับปัจจัยในตัวเด็ก ผู้ปกครอง ครอบครัว และสังคม โดยวิธี Independent sample t-test

ในการศึกษานี้พบปัจจัยในตัวเด็ก ผู้ปกครอง ครอบครัว และสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ปกครองในคลินิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือการที่ผู้ปกครองมีโรคประจำตัว (p-value = 0.026) ดังแสดงในตารางที่ 3

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความเครียดของผู้ปกครองและคะแนนในหมวดต่างๆ ของแบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครองโดยวิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันหรือ Pearson's correlation coefficient

ในการศึกษานี้พบความสัมพันธ์ของความเครียดของผู้ปกครองในลักษณะแปรผันตรงกับลักษณะการเลี้ยงดูบุตรแบบขาดการดูแลสั่งสอนของพ่อแม่ (poor parental monitoring/ supervision; PM) การใช้กฎระเบียบแบบไม่เคร่งครัด (inconsistent discipline; ID) และการลงโทษทางร่างกาย (corporal punishment; CP) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.006, < 0.001, < 0.001 ตามลำดับ) แต่พบความสัมพันธ์ของความเครียดของผู้ปกครองในลักษณะแปรผกผันกับบทบาทการเป็นพ่อแม่ที่ดี (positive parenting practices; PP) และการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ (parental involvement; PI) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001, < 0.001 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของคะแนนความเครียดของผู้ปกครองกับปัจจัยในตัวเด็ก ผู้ปกครอง และครอบครัว โดยวิธี Independent sample t-test

ปัจจัย	N	Mean	SD	t	p-value
เพศของเด็ก				-0.970	0.335
ชาย	58	40.3	10.1		
หญิง	28	42.4	8.9		
ช่วงอายุของเด็ก				0.373	0.710
ช่วงอายุ 6 – 12 ปี	57	41.3	9.5		
ช่วงอายุ 13 – 18 ปี	29	40.4	10.4		
โรคประจำตัวทางกายของเด็ก				-1.763	0.082
มี	8	46.7	7.6		
ไม่มี	71	40.6	9.5		
โรคประจำตัวของผู้ดูแลหลัก				-2.266	0.026*
มี	26	44.6	9.2		
ไม่มี	59	39.5	9.6		
หนี้สินของครอบครัว				-1.051	0.296
มี	52	41.9	10.1		
ไม่มี	33	39.7	9.5		
ในครอบครัวมีผู้ใช้สารเสพติด				-1.762	0.082
มี	16	44.9	9.9		
ไม่มี	69	40.2	8.3		
เด็กเคยนอนโรงพยาบาลด้วยอาการป่วยทางจิตเวช				-0.253	0.801
เคย	8	41.9	10.0		
ไม่เคย	73	41.0	9.5		
ผู้ปกครองได้รับผลกระทบจากโควิด-19 ในปัจจุบัน				-1.572	0.120
ไม่ได้รับผลกระทบ	27	43.3	9.1		
ได้รับผลกระทบ	49	39.7	10.0		

*p < 0.05

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความเครียดของผู้ปกครองและคะแนนในหมวดต่างๆ ของแบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครองโดยควบคุมปัจจัยในตัวเด็ก ผู้ปกครอง ครอบครัว และสังคม โดยใช้วิธีการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (multiple linear regression)

เมื่อทำการศึกษาโดยควบคุมตัวแปรตัวอื่นๆ ที่เป็นปัจจัยในตัวเด็ก ผู้ปกครอง ครอบครัว และสังคม ที่อาจส่งผลกระทบต่อความเครียดในตัวผู้ปกครอง ทั้งที่พบในเชิงทฤษฎีจากการศึกษาอื่นๆ และที่พบจากในการศึกษานี้ ได้แก่ เพศของเด็ก ช่วงอายุของเด็ก โรคประจำตัวทางกายของเด็ก การศึกษาของผู้ปกครอง โรคประจำตัวของผู้ปกครอง รายได้ของครอบครัว ผลกระทบจาก

สถานการณ์โควิด-19 ในปัจจุบัน กลับพบว่าค่าคะแนนความเครียดของผู้ปกครองในคลินิกสัมพันธ์กับเฉพาะค่าคะแนนการเลี้ยงดูในหมวดบทบาทการเป็นพ่อแม่ที่ดี (positive parenting practices; PP) และการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ (parental involvement; PI) ที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่านั้น (p-value = 0.010, 0.011 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 5

วิจารณ์

การศึกษานี้ทำการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ซึ่งเป็นช่วงภายหลังจากการประกาศยกเลิกการปิดประเทศ (lockdown) เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาด

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความเครียดของผู้ปกครอง และแบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง ฉบับภาษาไทยในหมวดต่างๆ โดยวิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันหรือ Pearson's correlation coefficient

ปัจจัย	Pearson Correlation	p-value
PSS กับ positive parenting practices	-0.351	0.001*
PSS กับ parental involvement	-0.441	< 0.001*
PSS กับ poor parental monitoring/supervision	0.302	0.006*
PSS กับ inconsistent discipline	0.432	< 0.001*
PSS กับ corporal punishment	0.379	< 0.001*
PSS กับ other discipline	0.326	0.004*

*p < 0.05

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความเครียดของผู้ปกครองและคะแนนการเลี้ยงดูในหมวดต่างๆ ของผู้ปกครองโดยควบคุม ปัจจัยในตัวเด็ก ผู้ปกครอง และครอบครัว วิเคราะห์สถิติโดยใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (multiple linear regression)

หมวดการเลี้ยงดู	b	SE	Beta	t	p-value
positive parenting practices; PP	-0.887	0.326	-0.388	-2.722	0.010*
parental involvement; PI	-0.622	0.234	-0.385	-2.652	0.011*
poor parental monitoring/supervision; PM	0.253	0.176	0.213	1.438	0.158
inconsistent discipline; ID	0.589	0.473	0.201	1.246	0.220
corporal punishment; CP	0.034	0.566	0.009	0.061	0.952

*p < 0.05

ของโควิด-19 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2565) พบความชุกของผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเด็กป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นมากที่สุด ร้อยละ 60.4 รองลงมาคือโรคซึมเศร้า ร้อยละ 14.6 ความชุกและสัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้ ใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้าในคลินิกช่วงเดือน มกราคม - เมษายน พ.ศ. 2565 ซึ่งยังมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 อยู่ โดยพบความชุกของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมากที่สุด ร้อยละ 56.3 รองลงมาคือโรคซึมเศร้า ร้อยละ 20.0³⁴ เนื่องจากระยะเวลาการรักษาโรคทางจิตเวชในเด็กนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ชนิดของโรค ความรุนแรงของอาการ การตอบสนองต่อการรักษาของแต่ละบุคคล ปัจจัยสนับสนุนทางด้านครอบครัวและสังคม เป็นต้น จึงทำให้การรักษาโรคทางจิตเวชในเด็กมักต้องการการรักษาและการติดตามผลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว จึงทำให้สัดส่วนความชุกที่ได้นั้นมีความใกล้เคียงกัน

เมื่อวัดระดับความเครียดของผู้ปกครองในคลินิกพบว่า ค่าเฉลี่ยความเครียดในผู้ปกครองเป็น 41.1 คะแนน แตกต่างจากการศึกษาของจินณพัทธ์⁴ ที่ศึกษาความเครียดในผู้ดูแลเด็กในช่วงที่มีสถานการณ์โควิด-19 ที่พบค่าเฉลี่ยสูงถึง 67.58 แต่ใกล้เคียงกับ

การศึกษาในประเทศไทยในช่วงก่อนสถานการณ์โควิด-19 ของกมลนันท์³⁵ ที่พบค่าเฉลี่ยความเครียดในผู้ดูแลเด็กเป็น 40.83 เนื่องจากภายหลังการประกาศยกเลิกสถานการณ์โควิด-19 ในปี พ.ศ. 2565 เด็กและผู้ปกครองสามารถกลับไปใช้รูปแบบการดำรงชีวิตในลักษณะเดิมเหมือนในช่วงก่อนสถานการณ์โควิด-19 และยังสามารถสนับสนุนชดเชยผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมจากทางภาครัฐและเอกชน จึงทำให้ความเครียดของผู้ปกครองลดลงจนกลับมาใกล้เคียงกับการศึกษาในช่วงก่อนสถานการณ์โควิด-19 งานวิจัยนี้ยังพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือการที่ผู้ปกครองมีโรคประจำตัว สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าผู้ปกครองของเด็กที่มีโรคทางจิตเวชจะมีความเครียดสูง และถ้าผู้ปกครองมีโรคประจำตัวของตนเองร่วมด้วย ก็จะพบระดับความเครียดที่มากกว่าผู้ปกครองของเด็กทั่วไป หรือผู้ปกครองของเด็กที่มีโรคทางจิตเวชที่ไม่มีโรคประจำตัว^{5,36-40}

เมื่อประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครองในคลินิก โดยใช้แบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง Alabama Parenting

Questionnaire (APQ) ฉบับภาษาไทย พบว่าจำนวนผู้ปกครองในหมวดที่มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ที่เป็นปัญหามากที่สุด 3 อันดับแรกคือการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ (parental involvement; PI) รองลงมาคือการลงโทษทางร่างกาย (corporal punishment; CP) และการขาดการดูแลสั่งสอนของพ่อแม่ (poor parental monitoring/supervision; PM) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศว่าเป็นลักษณะการเลี้ยงดูที่พบได้บ่อยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น โดยผู้ปกครองที่ขาดการดูแลสั่งสอนเด็ก ขาดการมีส่วนร่วมกับเด็กอย่างเพียงพอหรือปล่อยปละละเลยเด็ก มีเวลาในการเลี้ยงดูน้อย ไม่สม่ำเสมอ⁴¹⁻⁴³ มีทัศนคติการเลี้ยงดูเด็กที่ไม่เหมาะสมกับพัฒนาการของเด็กในแต่ละช่วงวัย ขาดการดูแลเอาใจใส่ตอบสนองต่อความต้องการของเด็กทั้งทางด้านร่างกายหรือจิตใจ มีอารมณ์ผูกพันกับเด็กน้อยหรือผิดปกติ⁴⁴ มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกันเองระหว่างผู้ปกครองหรือผู้ปกครองกับเด็กที่ยังเรื้อรัง^{45,46} และใช้การกำกับดูแลพฤติกรรมหรือการลงโทษที่รุนแรงไม่เหมาะสม (harsh punishment) หรือใช้การลงโทษทางร่างกาย เช่น การตบ ตี หรือทำร้ายร่างกาย สิ่งเหล่านี้ทำให้ครอบครัวมีระบบการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ปกติ (dysfunctional family system) ส่งผลกระทบต่อเด็กที่อาศัยอยู่ในครอบครัว ทำให้เกิดความเครียดและความเสี่ยงของการเกิดโรคทางกายหรือโรคทางจิตเวชที่เพิ่มสูงขึ้น⁴⁰⁻⁴⁴ กว่าเด็กกลุ่มอื่นที่ผู้ปกครองเอาใจใส่ดูแลสั่งสอนเด็กอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ และใช้การปรับพฤติกรรมเชิงบวกในการกำกับดูแลพฤติกรรมเด็ก^{36,37,47}

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนความเครียดของผู้ปกครองกับค่าคะแนนการเลี้ยงดูในแต่ละหมวดของผู้ปกครองในคลินิกพบว่า ความเครียดของผู้ปกครองในคลินิกมีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงดูทุกหมวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ปกครองที่มีความเครียดจะมีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงดูในหมวดเชิงบวก (positive parenting practice กับ parental involvement) ที่ลดลง แต่จะมีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงดูในหมวดเชิงลบ (poor parental monitoring/supervision, inconsistency discipline, corporal punishment) ที่มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของเอพิธนา³² ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนในแบบทดสอบ PHQ9 ของผู้ปกครอง กับค่าคะแนนในแต่ละหมวดการเลี้ยงดูของผู้ปกครองที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษานี้ อย่างไรก็ตาม เมื่อทำการศึกษาความสัมพันธ์โดยควบคุมปัจจัยในตัวเด็ก ผู้ปกครอง ครอบครัว และสังคม พบว่ามีเพียง positive parenting practice และ parental involvement

ซึ่งเป็นการเลี้ยงดูในหมวดเชิงบวกที่ยังคงมีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับระดับความเครียดของผู้ปกครองในคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ^{7,48-53} ที่พบว่าผู้ปกครองที่มีความเครียดจะมีการเลี้ยงดูในเชิงบวกที่ลดลง ทั้งในเรื่องของการมีบทบาทการเป็นพ่อแม่ที่ดี และการเข้ามามีส่วนร่วมของพ่อแม่ เนื่องจากผู้ปกครองที่เครียดมักจะหมกหมุ่นกับการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตของตนเอง จึงมีการรับรู้หรือมีส่วนร่วมกับเด็กที่น้อยลง รวมถึงมีการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กอย่างไม่เหมาะสม⁸ ทั้งทางด้าน การสื่อสารและการแสดงออกทางพฤติกรรม เช่น ขาดการสื่อสารเชิงบวก หรือการเสริมแรงทางบวก (positive reinforcement) โดยการแสดงพฤติกรรมชื่นชม ชมเชย ให้รางวัลเมื่อเด็กประพฤติดีหรือทำบางสิ่งบางอย่างได้ดี ผู้ปกครองที่มีความเครียดยังมีลักษณะการควบคุมอารมณ์และการตัดสินใจของตนเองที่ไม่ดี จึงมีแนวโน้มการเลี้ยงดูและการกำกับวินัยเด็กในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น ผู้ปกครองที่มีความวิตกกังวล (anxiety) มักจะเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับเด็กมากจนเกินไป (overinvolvement) หรือใช้ลักษณะการเลี้ยงดูแบบเผด็จการ (authoritarian style) ในขณะที่ผู้ปกครองที่มีความเศร้า (depression) มักจะเลี้ยงดูแบบเห็นห่าง (uninvolved) ปล่อยปละละเลย (neglect) หรือผ่อนปรนตามใจเด็กมากจนเกินไป (permissive style)⁵⁴ ทำให้เด็กมีอารมณ์ผูกพันกับผู้ปกครองที่มีความเครียดในแบบที่ไม่มั่นคง (insecure attachment)^{36,55-57} จึงพบปัญหาพฤติกรรมหรือปัญหาสุขภาพจิตในเด็กกลุ่มนี้⁵⁸⁻⁶⁰ มากกว่าเด็กในกลุ่มที่ผู้ปกครองมีสุขภาพจิตดีหรือมีการควบคุมอารมณ์ที่ดี ซึ่งจะมีการเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ให้ความอบอุ่นทางจิตใจแก่เด็ก และตอบสนองต่อความความรู้สึกของเด็กได้อย่างถูกต้องเหมาะสมทันท่วงที มีการกำกับวินัยอย่างเหมาะสมสม่ำเสมอ (authoritative style) ทำให้เด็กกลุ่มนี้มีอารมณ์ผูกพันกับผู้ปกครองในแบบที่มั่นคง (secure attachment) และเมื่อควบคุมปัจจัยกวนต่างๆ ในการศึกษาพบว่า การเลี้ยงดูในหมวดเชิงลบ (poor parental monitoring/supervision, inconsistency discipline, corporal punishment) ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ปกครองในคลินิก ซึ่งอธิบายได้จากการศึกษาอื่นที่พบว่าผู้ปกครองที่มีความเครียดอาจยังคงใช้วิธีการเลี้ยงดูเด็กที่ดีหรือพยายามทำหน้าที่อย่างดีที่สุดแม้ในช่วงเวลาที่ตนเองเครียดเนื่องจากมีปัจจัยด้านบวกอื่นๆ ของผู้ปกครอง เช่น มีบุคลิกภาพหรือความสามารถในการจัดการกับอารมณ์และรับมือกับความเครียดที่ดี มีความรู้และทักษะการเลี้ยงดูเด็กที่ดี ได้รับการ

ช่วยเหลือสนับสนุนการเลี้ยงดูจากบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวหรือสังคม เป็นต้น⁶¹⁻⁶⁵

จากผลการศึกษาทำให้ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของความเครียดในผู้ปกครองที่สัมพันธ์กับคุณภาพของการเลี้ยงดูเด็กในคลินิก จึงเกิดการทบทวนวรรณกรรมถึงวิธีการป้องกันและช่วยเหลือผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กให้มีความเครียดที่ลดลง หรือมีสุขภาพจิตที่เป็นปกติ โดยเพิ่มการตระหนัก คัดกรอง และใส่ใจต่อปัญหาสุขภาพจิตในผู้ปกครองให้มากขึ้น ดังนี้

1. การป้องกันเชิงปฐมภูมิ (primary prevention)^{5,65-67} โดยส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมก่อนการเลี้ยงดูเด็ก ดังนี้

1.1 ร่างกาย: ส่งเสริมให้ผู้ปกครองดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ แนะนำให้ผู้ปกครองที่มีโรคประจำตัวเข้ารับการรักษาอย่างถูกวิธี ไม่ละเลยการดูแลสุขภาพของตนเอง

1.2 จิตใจ: ส่งเสริมให้ผู้ปกครองสามารถดูแลสุขภาพจิตใจของตนเองได้ ดังนี้

1.2.1 ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเรื่องการดูแลสุขภาพจิตของตนเองและสมาชิกในครอบครัว โดยปฏิบัติตามคำแนะนำตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต เช่น คู่มือความรู้สุขภาพจิตครอบครัว การดูแลสุขภาพจิตครอบครัว คู่มือสุขภาพใจเพื่อผู้ปกครอง เป็นต้น เพื่อให้ผู้ปกครองมีวิธีสังเกตตัวเองและจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตหรือครอบครัวอย่างถูกวิธี

1.2.2 ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเรื่องบทบาทการเป็นพ่อแม่ที่ดีโดยเน้นย้ำความสำคัญของการมีส่วนร่วมกับเด็ก ส่งเสริมผู้ดูแลเด็กในครอบครัวทุกคนให้ใช้วิธีการเลี้ยงดูอบรมสั่งสอนเด็กเชิงบวก ที่ถูกต้องตามพัฒนาการเด็กในแต่ละช่วงวัย เน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและมีการสื่อสารที่ดีกับเด็ก ใช้กฎระเบียบและกำกับดูแลพฤติกรรมของเด็กอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในหลายๆ ช่องทาง เช่น การให้ความรู้จากทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกเอง การใช้แผ่นพับให้ความรู้แจกให้แก่ผู้ปกครอง หรือแนะนำผู้ปกครองเรียนรู้จากสื่อออนไลน์ เช่น <https://www.pandwdevelopment.co.th> มีการดูแลกำกับติดตามการทำหน้าที่ของครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองให้มีแนวทางในการดูแลเด็กไปในทิศทางเดียวกันในทุกครั้งของการมาติดตามนัด

1.2.3 ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเรื่องสาเหตุและวิธีการรักษาโรคทางจิตเวชเด็ก วิธีการดูแลเด็กที่ถูกต้องขณะอยู่ที่บ้าน

เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองสอบถามได้จนเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ไม่เกิดความวิตกกังวลก่อนจะกลับไปดูแลเด็กด้วยตนเองต่อที่บ้าน

1.3 สังคม: ส่งเสริมให้ผู้ปกครองได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีในการเลี้ยงดู ไม่ว่าจะเป็นกำลังใจจากครอบครัวและชุมชน การมีงานหรือรายได้ทางเศรษฐกิจที่มั่นคงมากเพียงพอ ส่งเสริมการเข้าร่วมกลุ่มหรือองค์กรทางสังคมที่สนับสนุน และช่วยเหลือผู้ปกครองที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษ เพื่อช่วยให้ผู้ปกครองมีแรงใจและมีเวลาในการเลี้ยงดู หรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ กับเด็กมากขึ้น

2. การป้องกันเชิงทุติยภูมิ (secondary prevention) โดยทำการคัดกรองภาวะความเครียดหรือภาวะหมดไฟของผู้ปกครองในคลินิก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ปกครองที่มีความเสี่ยง เช่น มีประวัติโรคประจำตัว ต้องเลี้ยงดูเด็กที่มีพื้นอารมณ์เลี้ยงยาก หรือขาดปัจจัยสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ โดยใช้แบบประเมินต่างๆ ที่มีในเมืองไทย เช่น แบบประเมินภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ (parental burnout assessment: PBA) ฉบับภาษาไทย Parental stress scale ฉบับภาษาไทย ดัชนีชี้วัดความเครียดผู้ปกครองของเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 12 ปี หรือแบบประเมินความเครียดในผู้ใหญ่ของกรมสุขภาพจิตที่มีในเมืองไทย เช่น ST5, SPST-20, TMHI-55 เป็นต้น เมื่อพบผู้ปกครองที่มีความเครียดสูง ทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกจะทำการแนะนำให้คำปรึกษา และติดตามแนวโน้มภาวะความเครียดของผู้ปกครองอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ

3. การป้องกันเชิงตติยภูมิ (tertiary prevention) ทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกทำการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิตในผู้ปกครองที่มีการเจ็บป่วยโรคทางจิตเวช ให้มีอาการของโรคลดลงหรือหายขาดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีศักยภาพมากเพียงพอที่จะดูแลลูกได้อย่างมีคุณภาพ โดยมีการติดตามคุณภาพการทำหน้าที่ของครอบครัว (family function) และลักษณะการเลี้ยงดู (parenting pattern) เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ เมื่อมาติดตามนัดการรักษา

ข้อจำกัดงานวิจัย

1. การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จึงอาจไม่สามารถระบุถึงสาเหตุ (cause) ของความเครียดในผู้ปกครองได้ และการศึกษานี้ใช้วิธีการ recall ข้อมูลจากผู้ปกครอง ซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนได้ (recall bias)

2. งานวิจัยนี้ทำการศึกษาข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยนอกจิตเวช

เด็กและวัยรุ่น ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนครนายกเท่านั้น ไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของข้อมูลผู้ป่วยในพื้นที่อื่นๆ ได้

3. ผู้ตอบแบบสอบถามในงานวิจัยนี้เป็นผู้ปกครองทั้งหมด ซึ่งมุมมองหรือข้อคำตอบที่ได้เป็นเพียงมุมมองจากผู้ปกครองเท่านั้น ไม่ใช่จากเด็ก ซึ่งอาจตอบไม่ตรงกับสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นในครอบครัว การศึกษาในอนาคตจึงควรเพิ่มแบบประเมินการเลี้ยงดูที่ได้ข้อมูลจากเด็กด้วย ซึ่งจะช่วยให้การวัดผลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวนั้นๆ มีความแม่นยำมากขึ้น

4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในงานวิจัยนี้เป็นแบบสอบถามและแบบประเมินที่ให้ผู้ปกครองอ่านและตอบเอง ดังนั้นผู้ปกครองต้องสามารถอ่านเขียนได้ และมีความเข้าใจเนื้อหาภาษาไทย รวมทั้งในแบบประเมินมีจำนวนข้อค่อนข้างมาก ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการตอบ อาจทำให้ผู้ปกครองเกิดความเบื่อหน่ายหรือตอบไม่ครบทุกคำถามได้

5. นอกจากนี้อาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับความคิดของผู้ปกครองที่ไม่ได้เก็บข้อมูลในงานวิจัย เช่น เพศ และอายุของผู้ปกครอง จำนวนเด็กในครอบครัว ประเภทของครอบครัว ปัญหาพฤติกรรมของเด็ก ลักษณะการสื่อสารในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

สรุป

ระดับความเครียดของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับการมีโรคประจำตัวของผู้ปกครองและลักษณะการเลี้ยงดูเชิงบวกในระดับต่ำ ผู้ปกครองในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นควรได้รับการประเมินความเครียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีประวัติโรคประจำตัว เพราะพบว่าความเครียดในผู้ปกครองจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพในการเลี้ยงดูเด็ก

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผศ.ดร.พญ.ธนาวดี ประชาสันต์ ผู้ให้คำปรึกษาทางวิจัย พญ.เอพิณา คำออน, คุณชนันต์ คังศักดิ์ตระกูล และ คุณจุฑามาศ พายะโปะ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้ความอนุเคราะห์แบบสอบถามในงานวิจัย คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลนครนายก ที่อนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วย เจ้าหน้าที่แผนกจิตเวชทุกท่านที่อำนวยความสะดวกขณะเก็บงานวิจัย และ คุณวิภาดา จันทา ผู้ให้คำแนะนำเรื่องระเบียบวิจัย และสถิติ ทำให้งานวิจัยสามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ขัดกันและไม่ได้รับทุนในการวิจัย

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

กัญญา จำปาพันธุ์: ออกแบบ ศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015. p. 918, 1090, 1117-8.
2. Lotrakul M, Sukanit P. Ramathibodi's Essential of Psychiatry. 4th ed. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital 2015. p. 16, 22-6.
3. Chutha W, Makkhlai K. Related factors of mental health problems during COVID-19 pandemic 2020 - 2023. J Ment Health Thai 2024; 32(1): 60-72.
4. Yodkraisri J. Factors affecting quality of life in caregivers of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) at child and adolescent psychiatric clinic, Queen Sirikit National Institute of Child Health (QSNICH). J Psychiatr Assoc Thailand 2022; 67(1): 7-20.
5. Janprasert N, Limsuwan N. Family functioning and caregiver stress in attention-deficit/ hyperactivity disorder (ADHD) comparing to non-chronic physical illness. J Psychiatr Assoc Thailand 2024; 69(2): 160-8.
6. Algarvio S, Leal I, Maroco J. Parental stress scale: validation study with a Portuguese population of parents of children from 3 to 10 years old. J Child Health Care 2018; 22(4): 563-76.
7. Ward KP, Lee SJ. Mothers' and fathers' parenting stress, responsiveness, and child wellbeing among low-income families. Child Youth Serv Rev 2020; 116: 105-218.
8. Wattanatchariya K, Narkpongphun A, Kawilapat S. The relationship between parental adverse childhood experiences and parenting behaviors. Acta Psychol (Amst) 2024; 243: 104-66.
9. Cooper CE, Mclanahan SS, Meadows SO, Brooks-Gunn J. Family structure transitions and maternal parenting stress. J Marriage Fam 2009; 71(3): 558-74.
10. Seguin D, Kuenzel E, Morton JB, Duerden EG. School's out: parenting stress and screen time use in school-age children during the COVID-19 pandemic. J Affect Disord Rep 2021; 6: 100-217.
11. Hogberg B, Rataj BA. Effects of parental job loss on psychotropic drug use in children: long-term effects, timing, and cumulative exposure. Adv Life Course Res 2024; 60: 100607.
12. Rodriguez CM, Lee SJ, Ward KP, Pu DF. The perfect storm: hidden risk of child maltreatment during the COVID-19 pandemic. Child Maltreat 2021; 26(2): 139-51.

13. Adams EL, Smith D, Caccavale LJ, Bean MK. Parents are stressed! patterns of parent stress across COVID-19. *Public Mental Health* 2012; 12: 626-56.
14. Shields M, Tonmyr L, Gonzalez A, Atkinson L, Blair DL, Hovdestad W, et al. Depression, parenting and the COVID-19 pandemic in Canada: results from three nationally representative cross-sectional surveys. *BMJ Open* 2023; 13(8): e063991.
15. Alrashidi N, Ahmed FA, Abdelmonem HH, Almowafy AA, Abed El-Fatah OA, Elalem OM, et al. Children patients with COVID-19: how can parental and peer support lessen the psychological burden of isolation. *Nurs Open* 2023; 10(11): 7118-29.
16. Schmitz LM, Coman C, Stanciu C, Bucur V, Tiru LG, Bularca MC. Changes in parenting behaviour in the time of COVID-19: a mixed method approach 2024; 19(4): e0302125.
17. McGoron L, Trentacosta CJ, Aikins JW, Beeghly M, Beatty JR, Domoff SE, et al. Risk, emotional support, child abuse potential, and parenting during the first year of the COVID-19 pandemic. *Child Maltreat* 2024; 29(3): 463-73.
18. Bjelland M, Soenens B, Bere E, Kovács É, Lien N, Maes L, et al. Associations between parental rules, style of communication and children's screen time. *BMC Public Health* 2015; 15: 1002.
19. Choi EJ, Seguin D, Hmidan A, Duerden EG. Associations among screen time, sleep, mental health and cognitive functioning in school-aged children during the COVID-19 pandemic, November 2020 through to August 2022. *Heliyon* 2024; 10(17): e36889.
20. Oliveira TDO, Costa DS, Soares AA, De Paula JJ, Kestelman I, Silva AG, et al. Children's behavioural problems, screen time, and sleep problems association with negative and positive parenting strategies during the COVID-19 outbreak in Brazil. *Child Abuse Negl* 2022; 130: 105345.
21. Hails KA, Petts RA, Hostutler CA, Simoni M, Greene R, Snider TC, et al. COVID-19 distress, negative parenting, and child behavioral problems: the moderating role of parent adverse childhood experiences. *Child Abuse Negl* 2022; 130: 105450.
22. Yaffe Y. Parental worry about COVID-19 in preschool children's mothers during the pandemic waves: the role of maternal negative feelings and parenting styles. *Matern Child Health J* 2023; 27(4): 632-40.
23. Lee SJ, Ward KP, Lee JY, Rodriguez CM. Parental social isolation and child maltreatment risk during the COVID-19 pandemic. *J Fam Violence* 2022; 37(5): 813-24.
24. Freisthler B, Wolf JP, Chadwick C, Renick K. Daily stress and use of aggressive discipline by parents during the COVID-19 pandemic. *J Fam Violence* 2022; 37(7): 1101-9.
25. Johnson SL, Rieder A, Green EP, Finnegan A, Chase RM, Zayzay J, et al. Parenting in a conflict-affected setting: discipline practices, parent-child interactions, and parenting stress in Liberia. *J Fam Psychol* 2023; 37(3): 283-94.
26. Bobakova DF, Chovan S, Laer SV. Perceived stress of mothers, harsh discipline, and early childhood mental health: insights from a cross-sectional study in marginalized Roma communities. *Int J Public Health* 2024; 69: 1606721.
27. Hmidan A, Seguin D, Duerden EG. Media screen time use and mental health in school aged children during the pandemic. *BMC Psychol* 2023; 11(1): 202.
28. Abdoli M, Khoshgoftar M, Jadidi H, Daniali SS, Kelishadi R. Screen time and child behavioral disorders during COVID-19 pandemic: a systematic review. *Int J Prev Med* 2024; 15: 9.
29. De Luca L, Nocentini A, Tassi F, Menesini E. Non-suicidal self-injury trajectories among adolescents during the COVID-19 pandemic: the role of parenting dimensions and stress reactions. *J Affect Disord* 2024; 365: 162-70.
30. Kaubisch LT, Reck C, Tettenborn AV, Woll CFJ. The COVID-19 pandemic as a traumatic event and the associated psychological impact on families: a systematic review. *J Affect Disord* 2022; 319: 27-39.
31. Wayne WD. *Biostatistics: a foundation of analysis in the health sciences*. 6th ed. New York: John Wiley & sons; 1995.
32. Khamon A, Charnsil C, Srisurapaoanont M, Suradom C. Development and validation of the Thai version of the Alabama parenting questionnaire (APQ). *J Ment Health Thai* 2019; 27: 107-20.
33. Kongsaktrakul C, Payjapoh C. Psychological properties and dimensions of the parental stress scale, Thai version. The Research of Faculty of Medicine Ramathibodi, Mahidol University; 2015.
34. Jumpapan M. The study of prevalence and factors associated with medication nonadherence in child and adolescent psychiatric department, Nakorn Nayok hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2023; 68(1): 14-26
35. Klongdee K, Nintachan P, Sangon S. Factors related to parenting stress in caregivers of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatr Nurs Ment Health* 2016; 30(1): 52-68.
36. Kamis C. The long-term impact of parental mental health on children's distress trajectories in adulthood. *Soc Ment Health* 2021; 11(1): 54-68.
37. Harries CI, Smith DM, Gregg L, Wittkowski A. Parenting and serious mental illness (SMI): a systematic review and metasynthesis. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2023; 26(2): 303-42.
38. Laugesen B, Groenkjaer M. Parenting experiences of living with a child with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review of qualitative evidence. *JBI Database System Rev Implement Rep* 2015; 11: 169-234.
39. Modesto-Lowe V, Danforth JS, Brooks D. ADHD: does parenting style matter?. *Clin Pediatr (Phila)* 2008; 47(9): 865-72.
40. Liu X, Lin X, Heath MA, Zhou Q, Ding W, Qin S. Longitudinal linkages between parenting stress and oppositional defiant disorder (ODD) symptoms among Chinese children with ODD. *J Fam Psychol* 2018; 32(8): 1078-86.
41. Pine AE, Baumann MG, Modugno G, Compas BE. Parental involvement in adolescent psychological interventions: a meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2024; 27(3): 1-20.
42. Liu Y, Song Y, Wu Y, Lu H, Gao Y, Tang J, et al. Association between parental educational involvement and adolescent depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychol* 2024; 12(1): 538.
43. Seeger FR, Neukel C, Williams K, Wenigmann M, Fleck L, Georg AK, et al. Parental mental illness, borderline personality disorder, and parenting behavior: the moderating role of social support. *Curr Psychiatry Rep* 2022; 24(11): 591-601.

44. England MJ, Sim LJ. Depression in parents, parenting, and children: opportunities to improve identification, treatment, and prevention. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009.
45. Aitken M, Perquier F, Haltigan JD, Wang L, Andrade BF, Battaglia M, et al. Individual and family level associations between child psychopathology and parenting. *Dev Psychopathol* 2024; 36(2): 944-52.
46. Tung I, Brammer WA, Li JJ, Lee SS. Parenting behavior mediates the intergenerational association of parent and child offspring ADHD symptoms. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2015; 44(5): 787-99.
47. Daley D, Van Der Oord S, Ferrin M, Danckaerts M, Doepfner M, Cortese S, et al. Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014; 53(8): 835-47.
48. Wang H, Hu X, Han ZR. Parental stress, involvement, and family quality of life in mothers and fathers of children with autism spectrum disorder in mainland China: a dyadic analysis. *Res Dev Disabil* 2020; 107: 103791.
49. Goodrum NM, Carroll J, Dubrow I, Armistead LP, Masyn K, Schulte M, et al. Parenting stress predicts longitudinal change in parental involvement among mothers living with HIV. *J Fam Psychol* 2022; 36(5): 725-35.
50. Cheng S, Deng M. Psychological stress and parenting styles predict parental involvement for children with intellectual disabilities during the COVID-19. *J Child Fam Stud* 2023; 32(1): 122-31.
51. Dizdarevic A, Memisevic H, Osmanovic A, Mujezinovic A. Family quality of life: perceptions of parents of children with developmental disabilities in Bosnia and Herzegovina. *Int J Dev Disabil* 2020; 68(3): 274-80.
52. Schiltz HK, McVey AJ, Magnus B, Dolan BK, Willar KS, Pleiss S, et al. Examining the links between challenging behaviors in youth with ASD and parental stress, mental health, and involvement: applying an adaptation of the family stress model to families of youth with ASD. *J Autism Dev Disord* 2018; 48(4): 1169-80.
53. Liu K, Zhang Q. Parent-child perception differences in home-based parental involvement and children's mental health in China: the effects of peer support and teacher emotional support. *Psych J* 2023; 12(2): 280-96.
54. Gau SS, Chang JP. Maternal parenting styles and mother-child relationship among adolescents with and without persistent attention deficit hyperactivity disorder. *Res Dev Disabil* 2013; 34(5): 1581-94.
55. Kim DH, Kang NR, Kwack YS. Differences in parenting stress, parenting attitudes, and parents' mental health according to parental adult attachment style. *Soa Chongsomyon Chongsin Uihak* 2019; 30(1): 17-25.
56. Tucker MC, Rodriguez CM, Baker LR. Personal and couple level risk factors: maternal and paternal parent-child aggression risk. *Child Abuse Negl* 2017; 69: 213-22.
57. Argent SE, Kalebic N, Rice F, Taylor P. Offspring outcomes when a parent experiences one or more major psychiatric disorder(s): a clinical review. *Evid Based Ment Health* 2020; 23(3): 113-21.
58. Guilfoyle SM, Gray WN, Herzer-Maddux M, Hommel KA. Parenting stress predicts depressive symptoms in adolescents with inflammatory bowel disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2014; 26(9): 964-71.
59. Pimentel MJ, Santos SV, Santos V, Vale MC. Mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder: relationship among parenting stress, parental practices and child behaviour. *Atten Defic Hyperact Disord* 2011; 3(1): 61-8.
60. Yap MB, Pilkington PD, Ryan SM, Jorm AF. Parental factors associated with depression and anxiety in young people: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2014; 156: 8-23.
61. Lamb ME. The role of the father in child development. 4th ed. New Jersey: John Wiley & Sons Inc; 2004.
62. Graziano PA, Garcia A. Parenting stress and child adjustment in early childhood: a longitudinal analysis of the role of parenting style. *J Fam Psychol* 2016; 30(3): 290-9.
63. Kochanska G, Kim S. Determinants of parenting: a longitudinal study of maternal parenting and child adjustment. *Child Dev* 2013; 84(5): 1465-79.
64. Bornstein MH. Handbook of parenting. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2002.
65. Affleck G, Tennen H, Gershman K. Parents' reactions to children's chronic illness: an analysis of emotional and behavioral responses. *Child Dev* 1985; 56(4): 876-85.
66. Zwi M, Jones H, Thorgaard C, York A, Dennis JA. Parent training interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 2011(12): CD003018.
67. Seehapanya K, Wonganuchit C. The effect of a parent management training program on parents' mental health, family relationships, positive parenting, and behaviors of children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2023; 69(2): 146-59.
68. Bikic A, Nielsen JS, Dalsgaard S, Swain J, Fonagy P, Leckman JF. Protocol for a randomized controlled trial comparing the circle of security-parenting (COS-P) with treatment as usual in child mental health services. *PLoS One* 2022; 17(4): e0265676.

พหุปัญญาของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลรามาริบัติ

พงศ์พัชรา จรจรยพรพงศ์*, มนต์ สุภประสิทธิ์*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพหุปัญญาด้านต่างๆ ของผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับโรคร่วม คะแนนเชาวน์ปัญญา ด้านและระดับความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ และพหุปัญญาด้านต่างๆ

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยบกพร่องทางการเรียนรู้ในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 101 คน วัดพหุปัญญาโดยใช้แบบสอบถาม คู่มือการคัดกรองและพัฒนาพหุปัญญา ของสำนักการเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ โดยผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการศึกษา พบพหุปัญญาด้านร่างกายและการเคลื่อนไหวมากที่สุด ร้อยละ 53.5 รองลงมาคือด้านธรรมชาติวิทยา ร้อยละ 47.5 พบพหุปัญญาด้านดนตรีน้อยที่สุด ร้อยละ 18.8 พบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มประชากรที่มีโรคซึมเศร้าเป็นโรคร่วมและพหุปัญญาด้านภาษา ($p = 0.013$) ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ด้านต่างๆ ความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ คะแนนเชาวน์ปัญญา ปัจจัยทางลักษณะประชากร และพหุปัญญาด้านต่างๆ

สรุป การศึกษาพหุปัญญาด้านร่างกายและการเคลื่อนไหวและด้านธรรมชาติวิทยา เป็นลักษณะเด่นในกลุ่มผู้ป่วยบกพร่องทางการเรียนรู้ พบพหุปัญญาด้านดนตรีน้อยที่สุด พบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มประชากรที่มีโรคซึมเศร้าเป็นโรคร่วมและพหุปัญญาด้านภาษา ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเชาวน์ปัญญาและพหุปัญญาด้านต่างๆ

คำสำคัญ พหุปัญญา ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ เชาวน์ปัญญา

Corresponding author: พงศ์พัชรา จรจรยพรพงศ์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: aisutaeny@gmail.com

วันรับ 25 ธันวาคม 2567 วันแก้ไข 22 กุมภาพันธ์ 2568 วันตอบรับ 27 กุมภาพันธ์ 2568

Multiple Intelligences of Children and Adolescents with Specific Learning Disorders at the Child and Adolescent Psychiatry Clinic, Ramathibodi Hospital

Pongpatchara Junyapornpong*, Manus Soongprasit*

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

ABSTRACT

Objective: This study aimed to explore the different types of multiple intelligences in individuals with specific learning disorders and to examine the relationship between factors related to comorbid conditions, intelligence quotient (IQ) scores, the severity level and types of specific learning disorders, and the multiple intelligences in different areas.

Methods: A cross-sectional study was conducted, collecting data from 101 patients with specific learning disorders at the Child and Adolescent Psychiatry Clinic, Ramathibodi Hospital. Multiple intelligences were assessed using the Multiple Intelligences Screening and Development Manual from the Office of the Education Council, Ministry of Education, with parents as respondents.

Results: The study found that the most prominent types of intelligence in individuals with specific learning disorders were bodilykinesthetic (53.5%) and naturalistic intelligence (47.5%). The least prominent type of intelligence was musical intelligence (18.8%). A significant relationship was found between verballinguistic intelligence and a co-occurring diagnosis of depression ($p = 0.013$). No significant correlation was found between type of specific learning disorders, severity of specific learning disorders, intelligence quotient (IQ), demographic characteristics, and the different types of multiple intelligences.

Conclusion: The study found that bodilykinesthetic and naturalistic intelligences were the most pronounced in individuals with specific learning disorders, while musical intelligence was the least. A relationship was observed between verballinguistic intelligence and co-occurring depression. No significant correlation was found between IQ scores and multiple intelligences.

Keywords: multiple intelligences, specific learning disorders, intelligence quotient

Corresponding author: Pongpatchara Junyapornpong

E-mail aisutaeny@gmail.com

Received: 25 December 2024 Revised: 22 February 2025 Accepted: 27 February 2025

บทนำ

ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้เกิดจากความผิดปกติของการพัฒนาของสมองส่วนที่รับผิดชอบด้านการอ่าน การเขียน หรือการคิดคำนวณทางคณิตศาสตร์ โดยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยนี้ อาจมีการบกพร่องของทักษะด้านใดด้านหนึ่งเพียงด้านเดียว หรือมีความบกพร่องในทักษะมากกว่าหนึ่งด้านขึ้นไปก็ได้^{1,2} โดยภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้เป็นหนึ่งในโรคกลุ่มที่มีความผิดปกติของพัฒนาการทางระบบประสาท ที่พบได้บ่อยในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ในระบบการศึกษา³ จากการศึกษาในประเทศไทยที่ศึกษากลุ่มประชากรจากนักเรียน จำนวน 1,057 คน จาก 6 โรงเรียนในกรุงเทพมหานคร พบว่ามีนักเรียนที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ถึงร้อยละ 21.76⁴ ซึ่งการศึกษาพบว่าภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้สัมพันธ์กับความล้มเหลวทางการศึกษา^{5,6} ส่งผลทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในตนเอง และก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วยและผู้ปกครอง⁷

การวัดผลการศึกษาในโรงเรียนให้ความสำคัญกับวิชาที่ใช้ทักษะในการคิดคำนวณและทักษะทางด้านภาษาเป็นหลัก โดยวิชาที่ใช้ทักษะอื่นๆ เช่น ศิลปะ หรือดนตรี ไม่ได้ถูกให้ความสำคัญมากนักและไม่ได้ถูกกำหนดให้เป็นวิชาหลัก ทำให้นักเรียนที่ไม่ถนัดในทักษะการคิดคำนวณและทักษะทางด้านภาษามีผลการเรียนที่ต่ำกว่าจำนวนมาก ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้^{8,9} อย่างไรก็ตาม ยังมีสติปัญญาด้านอื่นๆ ที่ไม่ได้มีการวัดผล โดยทฤษฎีพหุปัญญาคิดค้นขึ้นโดย โฮวาร์ด การ์ดเนอร์ เชื่อว่าพหุปัญญาของมนุษย์มีอยู่อย่างน้อย 9 ชนิด ได้แก่¹⁰

พหุปัญญาด้านตรรกะและคณิตศาสตร์ หมายถึง ความสามารถในการใช้ตัวเลข ตั้งปัญหา แก้ปัญหาหรือสร้างสมมติฐาน และทดสอบสมมติฐานด้วยการคิดเชิงสาเหตุ

พหุปัญญาด้านมิติสัมพันธ์ หมายถึง ความสามารถในการมองเห็นภาพสามมิติ ทิศทาง และความไวในการสังเกตสิ่งรอบตัว รวมถึงสามารถระบุลักษณะของสิ่งเหล่านั้นและเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งต่างๆ ได้

พหุปัญญาด้านร่างกายและการเคลื่อนไหว หมายถึง ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างคล่องแคล่ว สามารถใช้การเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความสอดคล้องกันระหว่างจิตใจและร่างกาย

พหุปัญญาด้านดนตรี หมายถึง ความสามารถในการรับรู้และตอบสนองต่อท่วงทำนองเสียงอย่างรวดเร็วและสามารถให้

และสร้างองค์ประกอบหลักของดนตรี เช่น เสียงสูง เสียงต่ำ จังหวะ ความเร็วของเสียง

พหุปัญญาด้านการเข้าใจระหว่างบุคคล หมายถึง ความสามารถในการสร้างและรักษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีความไวในการสังเกตการแสดงออกทางสีหน้าหรือท่าทางของผู้อื่น และสามารถเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึก ความคิดและเจตนาของผู้อื่น

พหุปัญญาด้านการเข้าใจตนเอง หมายถึง ความสามารถในการมองเห็นและเข้าใจตนเอง เข้าใจความคิด อารมณ์และความต้องการของตัวเอง และสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนได้

พหุปัญญาด้านธรรมชาติวิทยา หมายถึง ความสามารถที่จะเข้าใจในธรรมชาติ การเปลี่ยนแปลงของธรรมชาติ และความเกี่ยวข้องกับพืชและสัตว์

พหุปัญญาด้านการดำรงอยู่ของชีวิต หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจความจริงของโลกและชีวิต การดำรงอยู่ของมนุษย์ และคุณค่าของมนุษย์ต่อโลกและจักรวาล

โดยมนุษย์แต่ละคนจะมีพหุปัญญาแต่ละด้านที่แตกต่างกันออกไป¹⁰⁻¹³ การศึกษาพบว่า การค้นพบพหุปัญญาของเด็กและวัยรุ่นส่งผลให้ครูผู้สอนสามารถพัฒนาการเรียนรู้อื่นๆ ให้ผู้เรียนสามารถประสบความสำเร็จในการเรียนได้¹⁰ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่านักเรียนที่ค้นพบพหุปัญญาของตนเองได้ทราบสิ่งที่ตนถนัด จะมีแรงจูงใจและทัศนคติที่อยากจะทำประสบความสำเร็จในชีวิตมากขึ้น¹⁴ ปัจจุบันในประเทศไทยมีการสำรวจพหุปัญญาด้านต่างๆ ของนักเรียนในโรงเรียน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการเรียนการสอน แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีการศึกษาที่สำรวจพหุปัญญาของเด็กและวัยรุ่นที่มีการวินิจฉัยว่ามีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ในประเทศไทย ส่วนในต่างประเทศมีการศึกษาที่ทำในเชิงลักษณะการนำเสนอแนวคิดเท่านั้น⁹

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อค้นหาพหุปัญญาด้านต่างๆ ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ และมีวัตถุประสงค์รองเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับโรคร่วม ค่ะแนชเชอาน์ปัญญา ด้านและระดับความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ และพหุปัญญาด้านต่างๆ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วย อายุ 7 - 18 ปี ที่รักษาอยู่ในคลินิกผู้ป่วยนอก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามารักษ์ที่วัดพหุปัญญาด้านต่างๆ โดยให้ผู้ปกครองตอบแบบสอบถามคู่มือคัดกรองและพัฒนาพหุปัญญา ของสำนักการเลขาธิการ

กระทรวงศึกษาธิการ ผลลัพธ์ที่ได้คือพหุปัญญาด้านต่างๆ ของเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ช่วยและผู้ปกครองทราบถึงพหุปัญญาที่ผู้ช่วยมี ผู้ช่วยมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองมากขึ้น และมีโอกาสในการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพต่อไปในภายภาคหน้า ทั้งในระดับบุคคลและระดับการพัฒนานโยบายการศึกษา

วิธีการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ทำการศึกษาโดยการเก็บข้อมูลจากผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น อายุ 7 - 18 ปี ที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ที่เข้ามารับการรักษานในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ในวันจันทร์ อังคาร และพฤหัสบดี ช่วงเวลา 8.00 - 14.00 น. วันที่ 15 กรกฎาคม - 15 พฤศจิกายน 2567

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมการศึกษา

- ผู้ปกครองของผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 7 - 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ที่รักษาอยู่ในคลินิกผู้ป่วยนอก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้วินิจฉัยโดยใช้ผลทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (วัดผลโดยใช้แบบทดสอบ WRAT-Thai) ควบคู่กับการประเมินโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น
- ผู้ที่ทำการยินยอมเข้าร่วมการศึกษาโดยการลงนาม

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา

- ผู้ที่ทำการปฏิเสธหรือขอถอนตัวออกจากการศึกษา
- ผู้ที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน
- ผู้ปกครองของผู้ป่วยบกพร่องทางการเรียนรู้ ที่ตัวผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยที่มีผลต่อระดับสติปัญญา เช่น โรคลมชัก โรคสมองอักเสบ โรคทางพันธุกรรมที่ส่งผลกระทบต่อความผิดปกติของสมอง
- ผู้ปกครองของผู้ป่วยที่พิการด้วยสาเหตุอื่นเพิ่มเติมจากมีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ใช้แบบสอบถามจากคู่มือการคัดกรองและพัฒนาพหุปัญญา ของสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่มีการพัฒนาและตีพิมพ์ในวารสารต่างประเทศ¹⁰ โดยทำการทดสอบการใช้นักเรียนในโรงเรียนไทย ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่มีการเผยแพร่และอนุญาต

ให้บุคคลทั่วไปใช้ได้ โดยผู้วิจัยได้มีการติดต่อไปยังสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ เพื่อขออนุญาตในการใช้แบบสอบถาม และได้รับอนุญาตให้สามารถใช้ได้ โดยแจ้งว่าไม่จำเป็นต้องทำหนังสืออนุญาต เนื่องจากแบบสอบถามมีการเผยแพร่ทางอินเทอร์เน็ตและอนุญาตให้บุคคลทั่วไปสามารถนำไปใช้ได้อยู่แล้ว การให้คะแนนแบบสอบถาม ผู้ปกครองเป็นผู้ให้คะแนนโดยใช้การสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย ข้อคำถามในการวัดพหุปัญญามีทั้งหมด 45 ข้อ วัดพหุปัญญา 9 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ แปลผลคะแนนแยกตามด้านของพหุปัญญา แต่ละด้านจะมีคะแนนเต็ม 10 คะแนน คะแนนตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป หมายถึงผู้ช่วยมีพหุปัญญาในด้านนั้น

ข้อมูลประชากร ค่าคะแนนเชาวน์ปัญญา (วัดผลโดยใช้แบบทดสอบ WISC-V) ผลทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (วัดผลโดยใช้แบบทดสอบ WRAT-Thai) และโรคร่วมที่พบในกลุ่มประชากร (comorbidities) ได้ข้อมูลจากเวชระเบียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ด้านต่างๆ ความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ ปัจจัยทางลักษณะประชากร และพหุปัญญาด้านต่างๆ ใช้การทดสอบไคสแควร์ของเพียร์สันและการทดสอบของฟิชเชอร์ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างโรคร่วมที่พบในกลุ่มประชากร คะแนนเชาวน์ปัญญา และพหุปัญญาด้านต่างๆ ใช้การทดสอบไคสแควร์ของเพียร์สัน การทดสอบของฟิชเชอร์ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล วันที่ 12 กรกฎาคม 2567 (COA. No. MURA2024/487) โดยผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกรายจะได้รับเอกสารชี้แจงในการเป็นผู้เข้าร่วมการศึกษา และแสดงความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา โดยการลงนามในเอกสารก่อนตอบแบบสอบถาม

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากร

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรในการศึกษาคั้งนี้ คือ เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ที่รักษาอยู่ในแผนก

ผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น จำนวน 101 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.4 เพศหญิง ร้อยละ 38.6 ค่าเฉลี่ยอายุของประชากร อยู่ที่ 12.11 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.353 ส่วนใหญ่เป็นนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 45.5 รองลงมาเป็นนักเรียนชั้น ประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 38.6 ประชากรส่วนใหญ่เรียน ในลักษณะห้องเรียนปกติ คิดเป็นร้อยละ 83.2 ประเภทของ โรงเรียนเป็นโรงเรียนเอกชน ร้อยละ 61.4 โรงเรียนรัฐบาล ร้อยละ 38.6 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 71.3 พบมากโรคสมาธิสั้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 74.3 ดังแสดงใน ตารางที่ 1

พหุปัญญา (multiple intelligences) ของกลุ่มประชากร

พหุปัญญาที่พบมากที่สุด คือ พหุปัญญาด้านร่างกายและการเคลื่อนไหว จำนวน 54 คน (ร้อยละ 53.5) รองลงมาคือ ด้านธรรมชาติวิทยา จำนวน 48 คน (ร้อยละ 47.5) พบพหุปัญญา ด้านดนตรีน้อยที่สุด 19 คน (ร้อยละ 18.8) ดังแสดงใน ตารางที่ 2

ระดับเชาว์ปัญญา (IQ: intelligence quotient) ของกลุ่มประชากร

พบค่าคะแนนเฉลี่ยของดัชนีด้านความเร็วในกระบวนการ ทำการมากที่สุด (98.15 คะแนน) รองลงมาคือค่าคะแนนเฉลี่ยของ ดัชนีด้านความจำปฏิบัติการ (96.57 คะแนน) ในขณะที่ค่าคะแนน เฉลี่ยของดัชนีด้านความเข้าใจภาษาต่ำที่สุด (85.93 คะแนน) ดังแสดงใน ตารางที่ 3

การวัดระดับเชาว์ปัญญาแปลผลคะแนนเป็นดัชนี ต่างๆ 6 ด้าน ได้แก่ ดัชนีด้านความเข้าใจภาษา (VCI: verbal comprehension index) ดัชนีด้านความสามารถเชิงมิติสัมพันธ์ (VSI: visual spatial index) ดัชนีด้านการใช้เหตุผลโดยไม่ใช้ภาษา (FRI: fluid reasoning index) ดัชนีด้านความจำปฏิบัติการ (WMI: working memory index) ดัชนีด้านความเร็วในกระบวนการทำการ (PSI: processing speed index) และคะแนนเชาว์ปัญญารวม (FSIQ : full scale intelligence quotient)

ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้แยกตามด้านต่างๆ และความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้

พบว่าประชากรทั้งหมดมีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ ด้านการเขียนและสะกดคำมากที่สุด พบภาวะบกพร่องทาง การเรียนรู้ด้านการอ่านและด้านคณิตศาสตร์ ดังแสดงใน ตารางที่ 4

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากร (n = 101)

ปัจจัยทางลักษณะประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	62	61.4
หญิง	39	38.6
การศึกษา		
ประถมศึกษาตอนต้น	3	3
ประถมศึกษาตอนปลาย	39	38.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	46	45.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	13	12.9
ลักษณะห้องเรียน*		
ห้องเรียนปกติ	84	83.2
ห้องเรียนเรียนร่วม	1	1
กศน.	7	6.9
ห้องเรียนการศึกษาพิเศษ	6	5.9
home school	3	3
ประเภทโรงเรียน		
เอกชน	62	61.4
รัฐบาล	39	38.6
ผู้ตอบแบบสอบถาม		
มารดา	72	71.3
บิดา	7	6.9
เจ้าหน้าที่บ้านพัก	4	4.0
ญาติสายตรง	15	14.9
ไม่ระบุตัวตน	3	2.9
comorbidities		
ADHD	75	74.3
Tics	4	3.9
Depression	11	10.9
Anxiety disorder	9	8.9
ไม่มีโรคร่วม	2	2.0

หมายเหตุ * ห้องเรียนเรียนร่วม (mainstreaming) หมายถึง ห้องเรียนที่มีการจัดการศึกษาให้แก่เด็กที่มีความต้องการพิเศษเรียนร่วมกับเด็กปกติ; กศน. หมายถึง การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย; ห้องเรียน การศึกษาพิเศษ หมายถึง ห้องเรียนที่มีการจัดการศึกษาให้แก่เด็กที่มีความต้องการพิเศษ เช่น มีภาวะออทิสติก สมาธิสั้น หรือบกพร่องทางการเรียนรู้; home school หมายถึง การจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน โดยครอบครัว

ตารางที่ 2 แสดงพหุปัญญา (multiple intelligences) ของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ (n = 101)

พหุปัญญาด้านต่างๆ	พบพหุปัญญา (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ด้านภาษา	24	22.6	6.4	1.474
ด้านตรรกะและคณิตศาสตร์	23	21.7	6.5	1.507
ด้านมิติสัมพันธ์	40	39.6	7.2	1.464
ด้านร่างกายและการเคลื่อนไหว	54	53.5	7.5	1.654
ด้านดนตรี	19	18.8	6.3	1.425
ด้านการเข้าใจระหว่างบุคคล	37	36.6	7.2	1.592
ด้านการเข้าใจตนเอง	37	36.6	7.0	1.331
ด้านธรรมชาติวิทยา	48	47.5	7.4	1.539
ด้านการดำรงอยู่ของชีวิต	23	22.8	6.7	1.544

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนเชาว์ปัญญา (IQ: intelligence quotient) และดัชนีด้านต่างๆ (n = 101)

Intelligence quotient indexes	Minimum	Maximum	Mean	Standard deviation
Verbal comprehension index	45	122	85.93	16.721
Visual spatial index	61	136	96.42	16.380
Fluid reasoning index	69	129	94.04	15.858
Working memory index	59	132	96.57	15.197
Processing speed index	72	122	98.15	19.636
Full scale intelligence quotient	70	124	91.60	15.150

ตารางที่ 4 แสดงภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้แยกตามด้านต่างๆ และความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ โดยใช้ผลจากแบบทดสอบ WRAT-Thai (n = 101)

ความรุนแรง	ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้แยกตามด้านต่างๆ		
	ด้านการอ่าน (ร้อยละ)	ด้านการเขียนและสะกดคำ (ร้อยละ)	ด้านคณิตศาสตร์ (ร้อยละ)
ไม่บกพร่อง	11 (10.9)	0 (0)	31 (30.7)
บกพร่องน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ชั้นเรียน	37 (36.6)	41 (39.6)	28 (27.7)
บกพร่องมากกว่า 2 ชั้นเรียน	53 (52.5)	60 (59.4)	42 (41.6)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้แต่ละด้านและพหุปัญญาด้านต่างๆ

ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้แต่ละด้านและพหุปัญญาด้านต่างๆ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05 และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้แต่ละด้านและพหุปัญญาด้านต่างๆ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างโรคร่วมที่พบในกลุ่มประชากร คะแนนเชาว์ปัญญาแยกตามดัชนี ปัจจัยทางลักษณะประชากรและพหุปัญญาด้านต่างๆ

พบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มประชากรที่มีโรคซึมเศร้า เป็นโรคร่วมและพหุปัญญาด้านภาษา (p = 0.008) พบความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีด้านการเข้าใจเหตุผลโดยไม่ใช้ภาษาและพหุปัญญาด้านร่างกายและการเคลื่อนไหว (p = 0.025) พบความ

สัมพันธ์ระหว่างดัชนีด้านความเร็วในกระบวนการทำการและ พหุปัญญาด้านร่างกายและการเคลื่อนไหว ($p = 0.013$) พบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเชาวน์ปัญญารวมและพหุปัญญา ด้านร่างกายและการเคลื่อนไหว ($p = 0.009$) ไม่พบความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยทางลักษณะประชากรและพหุปัญญาต่างๆ ดังแสดงในตารางภาคผนวก 1

จากผลการศึกษาข้างต้น ได้นำผลลัพธ์ที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติก โดยใช้โรคซึมเศร้าเป็นตัวแปรต้น และพหุปัญญาด้านภาษาเป็นตัวแปรตาม และใช้ดัชนีด้านการใช้ เหตุผลโดยไม่ใช้ภาษา ดัชนีด้านความเร็วในกระบวนการทำการ คะแนนเชาวน์ปัญญารวม เป็นตัวแปรต้น และพหุปัญญา ด้านร่างกายและการเคลื่อนไหวเป็นตัวแปรตาม

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติก

พบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มประชากรที่มีโรคซึมเศร้า เป็นโรคร่วมและพหุปัญญาด้านภาษา ($p = 0.013$) ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีด้านการใช้เหตุผลโดยไม่ใช้ภาษา ดัชนีด้าน ความเร็วในกระบวนการทำการ คะแนนเชาวน์ปัญญารวมและ พหุปัญญาด้านร่างกายและการเคลื่อนไหว ($p = 0.258, 0.123,$ และ 0.198 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 5

วิจารณ์

การศึกษานี้จัดทำในรูปแบบการศึกษาแบบตัดขวาง มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาพหุปัญญาของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มี ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ จำนวน 101 คน ผลการศึกษาพบ พหุปัญญาด้านร่างกายและการเคลื่อนไหวมากที่สุดจำนวน 54 คน (ร้อยละ 53.5) รองลงมาเป็นด้านธรรมชาติวิทยา จำนวน 48 คน

(ร้อยละ 47.5) พบพหุปัญญาด้านดนตรีน้อยที่สุด 19 คน (ร้อยละ 18.8) และพบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มประชากรที่มีโรคซึมเศร้า เป็นโรคร่วมและพหุปัญญาด้านภาษา

จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกที่ศึกษาพหุปัญญาของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ จึงยังไม่มีการศึกษาที่มีลักษณะกลุ่มประชากรแบบเดียวกันที่นำมาเทียบเคียงผลได้ โดยผลการศึกษาพบ พหุปัญญาด้านร่างกายและการเคลื่อนไหวมากที่สุด และพบ พหุปัญญาธรรมชาติวิทยามากเป็นอันดับที่สอง การศึกษาที่พบ พหุปัญญาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับการศึกษานี้เป็นการศึกษา ในเด็กปกติ ได้แก่ การศึกษาของ พันัส จันทร์เปล่ง และคณะ¹³ ศึกษาพหุปัญญาของนักเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ในประเทศไทย จำนวน 460 คน พบพหุปัญญาด้านร่างกายและการเคลื่อนไหวมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40.4 ของนักเรียนทั้งหมด พบพหุปัญญาด้านการเข้าใจระหว่างบุคคล 33.2 มากเป็น อันดับสอง พบพหุปัญญาด้านธรรมชาติวิทยา ร้อยละ 32.8 มากเป็นอันดับสาม ซึ่งการศึกษาให้ครูเป็นผู้สังเกตและให้คะแนน พหุปัญญา เป็นรูปแบบที่ผู้อื่นเป็นผู้ให้คะแนน (others-report) เหมือนการศึกษานี้ และทำในกลุ่มประชากรช่วงอายุเดียวกันคือ ช่วงประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงช่วงมัธยมศึกษาปีที่ 6 โดยกลุ่มประชากร ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงประถมศึกษาตอนปลาย ถึงมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งตรงกับลักษณะประชากรของการศึกษานี้เช่นกัน การศึกษา ของ Sabriye Sener และคณะ¹⁵ ศึกษาพหุปัญญาในกลุ่มประชากร ที่เป็นนักเรียน อายุ 11 – 14 ปี โดยใช้แบบสอบถาม Multiple intelligence inventory โดยนักเรียนเป็นผู้ให้คะแนนแบบสอบถาม (self-report) พบพหุปัญญาด้านธรรมชาติวิทยามากที่สุด พบพหุปัญญาด้านมิติสัมพันธ์และด้านร่างกายและการเคลื่อนไหว

ตารางที่ 5 แสดงการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติก

	Odds ratio	(95% CI)	p-value
พหุปัญญาด้านร่างกายและการเคลื่อนไหว			
fluid reasoning index	0.499621	(0.150098, 1.663057)	0.258
processing speed index	0.255591	(0.045094, 1.448675)	0.123
full scale intelligence quotient	0.474264	(0.152157, 1.478251)	0.198
Constant	2.869215	(1.462829, 5.627722)	0.002
พหุปัญญาด้านภาษา			
Depression	5.152941	(1.405894, 18.88677)	0.013
Constant	0.232877	(0.137372, 0.394779)	0

มากเป็นอันดับที่สองและสาม (ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.0341, 4.000 และ 3.9205 ตามลำดับ) การศึกษาของ Adrain Furnham¹⁰ ในประชากรอายุเฉลี่ย 15.46 ปี พบว่ามารดาให้คะแนนพหุปัญญาด้านร่างกายและการเคลื่อนไหวในระดับสูงที่สุด เมื่อเทียบกับพหุปัญญาด้านอื่นในลูกที่เป็นเพศชาย (ค่าคะแนนเฉลี่ย 103.5) รองลงมาเป็นพหุปัญญาด้านการเข้าใจตนเอง (ค่าคะแนนเฉลี่ย 103.4) แต่การเรียนนี้ไม่มีการวัดพหุปัญญาด้านธรรมชาติวิทยา เนื่องจากเป็นพหุปัญญาที่มีการค้นพบโดย ไฮวาร์ด การ์ดเนอร์ ในช่วงหลังนอกจากการศึกษาในเด็กปกติ ยังมีการศึกษาในเด็กที่มีผลการเรียนโดดเด่น ได้แก่ การศึกษาของ Daniel Hernández-Torrano และคณะ¹⁶ เกี่ยวกับพหุปัญญาของนักเรียน อายุ 11 - 16 ปี ที่ครูผู้สอนรายงานว่าผลการเรียนดี ใช้แบบสอบถาม Screening Scales for the Evaluation of Multiple Intelligences (SSEMI) โดยผู้ให้คะแนนพหุปัญญาเป็นผู้ปกครอง พบพหุปัญญาด้านการเข้าใจผู้อื่น ด้านธรรมชาติวิทยา และด้านภาษามากกว่าด้านอื่น (ค่าคะแนนเฉลี่ย 13.4, 12.2 และ 12.0 ตามลำดับ) พบพหุปัญญาด้านร่างกายและการเคลื่อนไหวน้อยที่สุด (ค่าคะแนนเฉลี่ย 10.8) การศึกษาของ Taina Makkonen¹⁴ เกี่ยวกับพหุปัญญาของนักเรียนที่เป็นอัจฉริยะด้านฟิสิกส์และคณิตศาสตร์ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 164 คน ใช้แบบสอบถาม Multiple Intelligences Profiling Questionnaire III (MIPQ III) โดยผู้ให้คะแนนเป็นตัวนักเรียนเอง พบพหุปัญญาด้านธรรมชาติวิทยา ด้านการดำรงอยู่ของชีวิต ด้านตรรกะและคณิตศาสตร์มากกว่าด้านอื่น (ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.01, 3.80 และ 3.73 ตามลำดับ) และพบพหุปัญญาด้านร่างกายและการเคลื่อนไหวมากเป็นอันดับที่สี่ (ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.60) ซึ่งผลพหุปัญญาที่แตกต่างกันของแต่ละการศึกษาอาจเป็นจากช่วงอายุของกลุ่มประชากรที่ต่างกัน ผู้ให้คะแนนแบบสอบถามต่างกัน เช่น self-report หรือ others-report และศักยภาพทางการเรียนของกลุ่มประชากรต่างกัน เช่น ผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ นักเรียนปกติ นักเรียนที่มีผลการเรียนดี หรือนักเรียนที่เป็นอัจฉริยะ

การศึกษานี้พบพหุปัญญาด้านดนตรีน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 18.8 ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาของ Saransh Jain และคณะ¹⁷ ในกลุ่มประชากร อายุ 9 - 12 ปี จากโรงเรียนระดับประถมศึกษาจำนวน 3 แห่ง จำนวน 1,259 คน พบว่ามีนักเรียนที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้จำนวน 77 คน และจากการทดสอบ auditory processing test battery พบว่า นักเรียนที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้มีความผิดปกติของสมองในการ

ประมวลผลของการได้ยิน และการศึกษาของ Elena Flaughnacco และคณะ¹⁸ ในกลุ่มประชากร อายุ 8 - 11 ปี ที่มีความผิดปกติทางด้านกรอ่าน (dyslexia) จำนวน 225 คน พบความสัมพันธ์เชิงลบที่แข็งแกร่งระหว่างภาวะ dyslexia และ rhythm reproduction ซึ่งคือความสามารถในการแยกแยะและจดจำเสียงสูงต่ำที่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าผู้ช่วยบกพร่องทางการเรียนรู้มีปัญหาเกี่ยวกับความสามารถด้านเสียง และอาจส่งผลต่อความสามารถด้านดนตรีที่ลดลง แต่ไม่ได้หมายความว่านักเรียนที่บกพร่องทางการเรียนรู้ทั้งหมดจะไม่สามารถเรียนรู้เกี่ยวกับดนตรีได้ เนื่องจากภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้เกิดจากความผิดปกติของสมองจากหลากหลายกลไก โดยผู้ช่วยอาจมีความผิดปกติของสมองเพียงบางส่วนหรือหลายส่วนก็ได้ ทำให้แต่ละบุคคลมีระดับความรุนแรงของโรคที่ไม่เท่ากัน¹⁹ มีการศึกษาที่พบว่านักเรียนที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้มีความสนใจในการเรียนดนตรีที่มากขึ้น ซึ่งนักเรียนกลุ่มดังกล่าวมีความยากลำบากในการเรียนทฤษฎีดนตรีมากกว่านักเรียนปกติ และต้องใช้เวลาในการทบทวนบทเรียนที่มากกว่านักเรียนปกติ²⁰ โดยมีการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดรักษาเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ พบว่าการใช้ดนตรีควบคู่กับการฝึกการอ่านช่วยให้เด็กมีทักษะในการอ่านที่ดีขึ้น²¹

การศึกษานี้พบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มประชากรที่มีโรคซึมเศร้าเป็นโรคร่วมและพหุปัญญาด้านภาษา จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาของ Alexander M. Penney และคณะ²² ในกลุ่มประชากรที่เป็นนักศึกษามหาวิทยาลัย อายุเฉลี่ย 20.46 ปี พบความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางภาษาและภาวะหมกมุ่นครุ่นคิด (rumination) การศึกษาของ Zhiqi You และคณะ²³ ในประชากรที่เป็นนักศึกษามหาวิทยาลัย อายุ 17 - 25 ปี ที่พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างภาวะหมกมุ่นครุ่นคิดและภาวะซึมเศร้า แสดงให้เห็นว่าความฉลาดทางภาษามีความสัมพันธ์กับภาวะหมกมุ่นครุ่นคิด และพบว่าภาวะหมกมุ่นครุ่นคิดมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า ดังนั้น ความฉลาดทางภาษาอาจส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น โดยในประชากรเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ พบการศึกษาของ Paola Bonifacci และคณะ²⁴ ศึกษาภาวะหมกมุ่นครุ่นคิดในเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ อายุเฉลี่ย 10.08 ปี เปรียบเทียบกับเด็กปกติอายุเฉลี่ย 9.88 ปี พบว่าเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้มีภาวะหมกมุ่นครุ่นคิดในระดับที่รุนแรงกว่าเด็กปกติ การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างโรคร่วมอื่นๆ และพหุปัญญาด้านต่างๆ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง

โรคร่วมและพหุปัญญาในกลุ่มเด็กบกพร่องทางการเรียนรู้ ในการศึกษากลุ่มเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นแต่ไม่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ พบความสัมพันธ์ระหว่างโรคสมาธิสั้นและพหุปัญญาด้านคณิตศาสตร์ ด้านการเข้าใจระหว่างบุคคล และด้านการเข้าใจตนเอง²⁵ ซึ่งผลที่แตกต่างกันอาจเกิดจากการศึกษาในกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน

การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเชาวน์ปัญญา (IQ: intelligence quotient) และพหุปัญญาด้านต่างๆ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเชาวน์ปัญญาและพหุปัญญาในกลุ่มเด็กบกพร่องทางการเรียนรู้ ทั้งนี้พบการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเชาวน์ปัญญาและทักษะต่างๆ ในกลุ่มเด็กปกติ ได้แก่ การศึกษาการศึกษาในกลุ่มประชากรเด็ก อายุ 10 - 18 ปี²⁶ จำนวน 1,115 คน ที่เป็นนักกีฬาสมัครเล่นมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างระยะเวลาที่นักกีฬาฝึกซ้อมมีและดัชนีการใช้เหตุผลโดยไม่ใช้ภาษา (FRI: fluid reasoning index) โดยการวัดดัชนีการใช้เหตุผลโดยไม่ใช้ภาษา ใช้แบบทดสอบ Culture-Free intelligence test ในขณะที่การศึกษานี้ใช้แบบทดสอบ WISC-V นอกจากนี้การศึกษาดังกล่าวอาจมีอคติจากการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (selection bias) เนื่องจากเลือกจากกลุ่มประชากรที่มีการฝึกฝนกีฬาแล้วเป็นระยะเวลาหนึ่ง อาจทำให้โอกาสในการพบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษามีมากขึ้น จึงอาจเป็นเหตุทำให้ผลที่ได้ออกมาแตกต่างกับผลการศึกษาอื่น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาประชากรเด็ก อายุ 8 - 12 ปี จำนวน 129 คน²⁷ พบความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถภาพทางกายและดัชนีการใช้เหตุผลโดยไม่ใช้ภาษา โดยการวัดดัชนีการใช้เหตุผลโดยไม่ใช้ภาษาใช้แบบทดสอบ WISC-V เหมือนการศึกษานี้ แต่การศึกษามีเกณฑ์การคัดออกคือ การที่เด็กได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคทางระบบประสาทหรือโรคทางจิตเวช ทำให้กลุ่มประชากรต่างกับประชากรในการศึกษานี้ อาจเป็นสาเหตุให้ผลออกมาแตกต่างกัน

การศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้แต่ละด้านและพหุปัญญาด้านต่างๆ และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้แต่ละด้านและพหุปัญญาด้านต่างๆ จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาที่สำรวจความสัมพันธ์ระหว่างภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้และพหุปัญญาด้านต่างๆ และการศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกที่ศึกษาพหุปัญญาของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้

การศึกษานี้ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้ปกครองที่มีลูกเป็นเพศชาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาในนักเรียนปกติอายุเฉลี่ย 11.16 ปี จำนวน 573 คน²⁸ พบพหุปัญญาด้านธรรมชาติวิทยา ด้านร่างกายและการเคลื่อนไหว ด้านคณิตศาสตร์สูง ในนักเรียนเพศชาย และพบพหุปัญญาด้านการเข้าใจระหว่างบุคคล การเข้าใจตนเองและภาษาสูง ในนักเรียนเพศหญิง ซึ่งการศึกษาดังกล่าวให้ผลสอดคล้องกับการศึกษานี้ที่พบพหุปัญญาด้านร่างกายและการเคลื่อนไหว และธรรมชาติวิทยาในระดับที่สูง โดยในการศึกษานี้ไม่พบพหุปัญญาด้านคณิตศาสตร์ในระดับที่สูงเหมือนจากการทบทวนวรรณกรรม อาจเนื่องมาจากกลุ่มประชากรของการศึกษานี้มีผู้ป่วยบกพร่องทางการเรียนรู้ด้านคณิตศาสตร์รวมอยู่ด้วย

จุดแข็งและข้อจำกัด

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกที่ค้นหาพหุปัญญาของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ ซึ่งการช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองทราบถึงพหุปัญญาที่ผู้ป่วยมี อาจทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองมากขึ้น และผู้ปกครองมีโอกาสนในการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพต่อไปในภายภาคหน้า แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดเรื่องจำนวนประชากร เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยบกพร่องทางการเรียนรู้ที่เข้ามารับการรักษามีจำนวนจำกัด และบางส่วนไม่ได้มาตามนัด (loss to follow up) นอกจากนี้การศึกษานี้ยังมีอคติจากการเลือกกลุ่มประชากร (selection bias) จากการเก็บข้อมูลจากประชากรที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาล และผู้ป่วยเฉพาะที่มาตามนัด ผลการศึกษาอาจไม่สามารถใช้แทนประชากรที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ทั้งหมดได้ ผู้ป่วยเฉพาะที่มาตามนัดและเข้าร่วมในการศึกษาอาจมีความแตกต่างจากกลุ่มประชากรที่ไม่ได้มาตามนัดในแง่มุมมองของความใส่ใจจากผู้ปกครอง รูปแบบการเลี้ยงดู รวมถึงความรุนแรงของอาการ เช่น ผู้ป่วยที่รักษาแล้วอาการดีขึ้นอาจไม่ได้มาติดตามอาการ นอกจากนี้การศึกษานี้ไม่ได้เก็บข้อมูลเรื่องเศรษฐกิจของครอบครัว ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่าเศรษฐกิจส่งผลต่อการค้นพบพหุปัญญา²⁹

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาพหุปัญญาในกลุ่มประชากรที่มีจำนวนมากขึ้น และในกลุ่มผู้ป่วยบกพร่องทางการเรียนรู้ที่เป็นกลุ่มประชากรในชุมชน (community sample) ควรมีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยทางด้านครอบครัวเพิ่มเติม

สรุป

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเรื่องพหุปัญญาของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้เป็นครั้งแรก ผลการศึกษาพบว่าพหุปัญญาด้านร่างกายและการเคลื่อนไหวเป็นพหุปัญญาที่พบมากที่สุดในกลุ่มประชากร รองลงมาคือพหุปัญญาด้านธรรมชาติวิทยา พบพหุปัญญาด้านดนตรีน้อยที่สุด พบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มประชากรที่มีโรคซึมเศร้าเป็นโรคร่วมและพหุปัญญาด้านภาษา ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างด้านของภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ ความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้และพหุปัญญาด้านต่างๆ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเชาวน์ปัญญาและพหุปัญญาด้านต่างๆ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ รศ.นพ.มนต์ สูงประสิทธิ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ให้คำปรึกษาและให้ความช่วยเหลือในทุกขั้นตอนขอขอบพระคุณ คุณเพียงใจ ทองพวง นักพัฒนาการเด็ก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล และขอขอบพระคุณ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล สำหรับการให้คำปรึกษาและการอนุเคราะห์เงินการศึกษาสำหรับสำเร็จลุล่วงด้วยดี การศึกษานี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุน

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

คณะผู้ศึกษาไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

วงศ์พัชรา จรรยาพรพงศ์: การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ การตรวจสอบแก้ไขบทความ; มนต์ สูงประสิทธิ์: การออกแบบการศึกษา ให้คำปรึกษาระหว่างดำเนินการศึกษา และการตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Commodari E, Rosa VLL, Sagone E, Indiana ML. Interpersonal adaptation, self-efficacy, and metacognitive skills in Italian adolescents with specific learning disorders: a cross-sectional study. *Eur J Investig Health Psychol Educ* 2022; 12: 1034-49.
2. Kasani SR, Tafti MA, Mahdi SM, Farahi M, Ebrahimabad MJA. Visual working memory performance based on fixations and saccades in children with and without specific learning disorder: an eye-tracking study. *Cogn Brain Behav* 2018; 22: 233-45.
3. Nemati S, Pourtaieb N, BadriGargari R, Hashemi T, Deetjen R, Shojaeian N. The effectiveness of acceptance and commitment training program on the level of academic stress and academic burnout in students with specific learning disability. *Adv Neurodev Disord* 2023; 7: 502-11.
4. Suvarnakich K, Rohitsuk W, Phattharayuttawat S, Ariyanuchitkul S, Patoommas P. Academic problems in primary schools in Bangkok. *J Psychiatr Assoc Thailand* 1999; 44: 55-64.
5. Ajmal M, Hussain J. Comparative analysis of literacy skills, writing and numeracy attained by the students of formal and non-formal schools at primary level in Islamabad capital territory. *BER* 2022; 44: 23-38.
6. Apinuntavech S, Seree P, Yongyuan B. Mental health problem in grade 4th-6th students with a different academic achievement in school mental health project of Bangkok metropolitan area. *SWU Education Journals* 2017; 1: 46-58.
7. Nisu S, Kongan W, Arsan C, Roekwiang A, Piampuech R. Quality of life and self-esteem in children with specific learning disorder after receiving treatment. *J Med Assoc Thai* 2022; 105: 87-93.
8. Ibayrak ZS, Kadak MT, Hatice, Gurbuz HGA, Dogangun B. Emotion recognition skill in specific learning disorder and attention-deficit hyperactivity disorder. *Alpha Psychiatry* 2022; 23: 268-73.
9. Hearne D, Stone S. Multiple intelligences and underachievement: lessons from Individuals with learning disabilities. *J Learn Disabil* 1995; 28: 439-48.
10. Chanpleng P, Wisuttranukul A, Khwanrat J, Poopan S, Pattrawiwat K, Kijtorntam W, et al. Development of the multiple intelligences promotion model for Thai learners. *EU-JER* 2023; 12: 663-71.
11. Furnham A, Fukomoto S. Japanese parents' estimates of their own and their children's multiple intelligences: cultural modesty and moderate differentiation. *JPA* 2008; 50: 63-76.
12. Hasanuddin, Dewi SS, Siregar ES, Tarigan K. Exploration of the description and relationship of each learning style and multiple intelligences of high school students. *JPSP* 2022; 6: 1439-48.
13. Shearer CB, Karanian JM. The neuroscience of intelligence: empirical support for the theory of multiple intelligences. *Trends Neurosci Educ* 2017; 6: 211-23.
14. Makkonen T, Lavonen J, Tirri K. Self-evaluated multiple intelligences of gifted upper-secondary-school physics students in Finland. *Roeper Rev* 2022; 44: 19-34.
15. Sener S, Cokcaliskan A. An investigation between multiple intelligences and learning styles. *JETS* 2018; 6: 125-32.
16. Hernandez-Torrano D, Ferrandiz C, Ferrando M, Prieto L, Fernandez MDC. The theory of multiple intelligences in the identification of high-ability students. *Annals of Psychology* 2014; 30: 192-200.
17. Jaina S, Kotharib S, Kumar RH, Jaine C. The relationship between auditory and cognitive processing abilities in children with specific learning disorders. *ASHA* 2024; 33: 824-36.
18. Flaugnacco E, Lopez L, Terribili C, Zoia S, Buda S, Tilli S, et al. Rhythm perception and production predict reading abilities in developmental dyslexia. *fnhum* 2014; 8: 1-14.



19. Books: Kaplan HI, Sadock BJ, Ruitz P. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. 11th ed. Baltimore: Wolters & Kluwer; 2015.
20. Alessandra P, Enrico G. Specific learning disorders in vocational music training: screening tools and qualitative study among students of AFAM institutes. PSICOL CLIN SVILUPP 2023; 27: 205-25.
21. Cancer A, Bonacina S, Lorusso ML, Lanzi PL, Antonietti A. Rhythmic reading training (RRT) a computer-assisted intervention program for dyslexia. CCIS 2016; 604: 249–58.
22. Penney AM, Miedema VC, Mazmanian D. Intelligence and emotional disorders: Is the worrying and ruminating mind a more intelligent mind. ISSID 2015; 74: 90-3.
23. You Z, You R, Zheng J, Wang X, Zhang F, Li X, et al. The role of sense of control and rumination in the association between childhood trauma and depression. Curr Psychol 2024; 43: 27875–85.
24. Bonifacci P, Tobia V, Marra V, Desideri L, Baiocco R, Ottaviani C. Rumination and emotional profile in children with specific learning disorders and their parents. Int J Environ Res Public Health 2020; 17: 1-14.
25. Najafi M, Akoucheqian S, Ghaderi A, Mahaki B, Rezaei M. Multiple intelligences profiles of children with attention deficit and hyperactivity disorder in comparison with nonattention deficit and hyperactivity disorder. Adv Biomed Res 2017;6:148-55.
26. Feraco T, Meneghetti C. Sport practice, fluid reasoning, and soft skills in 10- to 18-year-olds. Front Hum Neurosci 2022; 16: 1-8.
27. Bazalo B, Morales-Sanchez V, Pérez-Romero N, Contreras-Osorio F, Campos-Jara C, Hernandez-Mendo A, et al. Associations between fluid intelligence and physical fitness in school children. Healthcare 2024; 12: 1-10.
28. Garcia-Botero L, Aguilar-Barreto AJ, Rincon-Alvarez GA. Relationship between multiple intelligences and gender. Mundo Fesc 2021; 11: 366-74.
29. Rodriguez-Manasse GA, Aguilar-Barreto AJ, Rincon-Alvarez GA. Multiple intelligences in students from vulnerable socioeconomic contexts. Perspectivas 2022; 7: 220-8.

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างโรคร่วมที่พบในกลุ่มประชากร คะแนนชาววิญญูญาแยกตามดัชนี บัจจัยทางลักษณะประชากร และพหุปัญญาด้านต่างๆ

	พหุปัญญาที่พบ								
	ด้านภาษา	ด้านตรรกะและคณิตศาสตร์	ด้านมิติสัมพันธ์	ด้านร่างกายและการเคลื่อนไหว	ด้านดนตรี	ด้านการเข้าใจระหว่างบุคคล	ด้านการเข้าใจตนเอง	ด้านธรรมชาติวิทยา	ด้านการดำรงอยู่ของชีวิต
บัจจัยที่ศึกษา									
เพศ									
ชาย	22.60%	27.40%	43.50%	51.60%	16.10%	33.90%	40.30%	51.60%	21.00%
หญิง	23.10%	15.40%	33.30%	56.40%	23.10%	41.00%	30.80%	41.00%	25.60%
p-value	0.954	0.160	0.307	0.638	0.384	0.467	0.332	0.300	0.586
ลักษณะห้องเรียน									
ห้องเรียนปกติ	23.80%	27.40%	41.70%	19.00%	19.00%	35.70%	33.30%	46.40%	20.20%
ห้องเรียนเรียนร่วม	100.00%	0.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	0.00%
กศน.	14.30%	0.00%	14.30%	0.00%	0.00%	14.30%	57.10%	71.40%	42.90%
ห้องเรียนการศึกษาพิเศษ	16.70%	0.00%	14.30%	33.30%	33.30%	66.70%	66.70%	33.30%	33.30%
Home school	0.00%	0.00%	50.00%	0.00%	0.00%	33.30%	0.00%	33.30%	33.30%
p-value	0.487*	0.310*	0.212*	0.146*	0.146*	0.192*	0.099*	0.526*	0.540*
โรคร่วม									
ADHD									
ไม่เป็น	23.10%	23.10%	50.00%	61.50%	7.70%	50.00%	30.80%	50.00%	23.10%
เป็น	22.70%	22.70%	36.00%	50.70%	22.70%	32.00%	38.70%	46.70%	22.70%
p-value	0.966	0.966	0.208	0.338	0.092*	0.101	0.471	0.769	0.966
Tics									
ไม่เป็น	23.70%	21.60%	40.20%	53.60%	18.60%	36.10%	35.10%	47.40%	22.70%
เป็น	0.00%	50.00%	25.00%	50.00%	25.00%	50.00%	75.00%	50.00%	25.00%
p-value	0.268*	0.185*	0.542*	0.887*	0.747*	0.571*	0.104*	0.919*	0.914*
Depression									
ไม่เป็น	18.90%	21.10%	38.90%	53.30%	20.00%	34.40%	37.80%	48.90%	22.20%

ภาคผนวก 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างโรคร่วมที่พบในกลุ่มประชากร คะแนนเซาวิปัญญาแยกตามดัชนี ปัจจัยทางลักษณะประชากร และพหุปัญญาด้านต่างๆ (ต่อ)

	พหุปัญญาที่พบ								
	ด้านภาษา	ด้านตรรกะและคณิตศาสตร์	ด้านมิติสัมพันธ์	ด้านร่างกายและการเคลื่อนไหว	ด้านดนตรี	ด้านการเข้าใจระหว่างบุคคล	ด้านการเข้าใจตนเอง	ด้านธรรมชาติวิทยา	ด้านการดำรงอยู่ของชีวิต
เป็น	54.50%	36.40%	45.50%	54.50%	9.10%	54.50%	27.30%	36.40%	27.30%
p-value	0.008*	0.266*	0.749*	0.939	0.685*	0.204*	0.742*	0.432	0.710*
Anxiety disorder									
ไม่เป็น	22.80%	20.70%	39.10%	53.30%	18.50%	37.00%	37.00%	46.70%	23.90%
เป็น	22.20%	44.40%	44.40%	55.60%	22.20%	33.30%	33.30%	55.60%	11.10%
p-value	1.000*	0.204*	0.737*	1.000*	0.676*	1.000*	1.000*	0.733*	0.680*
ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้แต่ละด้าน									
ด้านการอ่าน									
ไม่บกพร่อง	9.10%	18.20%	27.30%	45.50%	27.30%	18.20%	36.40%	36.40%	18.20%
บกพร่องน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ชั้นเรียน	27.00%	16.20%	37.80%	54.10%	24.30%	37.80%	45.90%	43.20%	27.00%
บกพร่องมากกว่า 2 ชั้นเรียน	22.60%	28.30%	43.40%	54.70%	13.20%	39.60%	30.20%	52.80%	20.80%
p-value	0.460*	0.376*	0.587*	0.851	0.310*	0.398*	0.312*	0.492	0.728*
ด้านการเขียนและสะกดคำ									
ไม่บกพร่อง	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
บกพร่องน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ชั้นเรียน	25.00%	22.50%	42.50%	57.50%	17.50%	32.50%	42.50%	45.00%	17.50%
บกพร่องมากกว่า 2 ชั้นเรียน	21.70%	21.70%	39.60%	50.00%	18.30%	40.00%	33.30%	48.30%	26.70%
p-value	0.799*	0.180*	0.658*	0.491*	0.112*	0.558*	0.484*	0.543*	0.486*
ด้านคณิตศาสตร์									
ไม่บกพร่อง	19.40%	45.20%	54.80%	16.10%	22.60%	35.50%	38.70%	22.60%	9.10%
บกพร่องน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ชั้นเรียน	28.60%	39.30%	64.30%	17.90%	42.90%	39.30%	57.10%	25.00%	27.00%
บกพร่องมากกว่า 2 ชั้นเรียน	21.40%	35.70%	45.20%	21.40%	42.90%	35.70%	47.60%	21.40%	22.60%
p-value	0.676	0.716	0.289	0.839	0.149	0.943	0.367	0.940	0.460

ภาคผนวก 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างโรคร่วมที่พบในกลุ่มประชากร คะแนนเชาว์ปัญญาแยกตามดัชนี ปัจจัยทางลักษณะประชากร และพหุปัญญาด้านต่างๆ (ต่อ)

	พหุปัญญาที่พบ								
	ด้านภาษา	ด้านตรรกะและ คณิตศาสตร์	ด้านมิติสัมพันธ์	ด้านร่างกายและ การเคลื่อนไหว	ด้านดนตรี	ด้านการเข้าใจ ระหว่างบุคคล	ด้านการเข้าใจ ตนเอง	ด้านธรรมชาติ วิทยา	ด้านการดำรง อยู่ของชีวิต
คะแนนเชาว์ปัญญา									
Verbal comprehension index (≥ 80 คะแนน)	21.90%	12.50%	40.60%	46.90%	12.50%	31.30%	31.30%	43.80%	18.80%
p-value	1.000*	0.094	0.886	0.366	0.269	0.444	0.444	0.605	0.512
Visual spatial index (≥ 80 คะแนน)	21.40%	21.40%	42.90%	42.90%	7.10%	42.90%	21.40%	57.10%	14.30%
p-value	1.000*	1.000*	0.789	0.391	0.459*	0.603	0.203	0.437	0.514
Fluid reasoning index (≥ 80 คะแนน)	23.10%	19.20%	42.30%	34.60%	23.10%	46.20%	42.30%	46.20%	23.10%
p-value	0.966	0.617	0.744	0.025	0.565*	0.242	0.486	0.871	0.966
Working memory index (≥ 80 คะแนน)	18.80%	6.30%	31.30%	37.50%	25.00%	37.50%	37.50%	43.80%	6.30%
p-value	1.000*	0.110*	0.456	0.163	0.495*	0.938	0.938	0.742	0.110*
Processing speed index (≥ 80 คะแนน)	9.10%	18.20%	27.30%	18.20%	18.20%	27.30%	18.20%	54.50%	36.40%
p-value	0.448*	1.000*	0.519*	0.013	1.000*	0.742*	0.320*	0.621	0.266
Full scale intelligence quotient (≥ 80 คะแนน)	18.80%	12.50%	37.50%	34.40%	15.60%	34.40%	31.30%	37.50%	15.60%
p-value	0.512	0.094	0.768	0.009	0.577	0.748	0.444	0.169	0.243

หมายเหตุ * หมายถึง ใช้ค่า p-value จาก Fisher's Exact test; หากไม่มีเครื่องหมาย * ใช้ค่า p-value จาก Pearson Chi-Square test

ความชุกและลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นนอกโฮสติงที่มีโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

กาญจนาพร ชันคำนันต์*, สุวรรณิ พุทธิศรี*, มษฐา ทองปาน*, บุรณาด รุ่งลักษณะมีศรี**, วรามิศร์ โอสถานนท์**

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นนอกโฮสติง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช และศึกษาลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยนอกโฮสติงที่มีโรคซึมเศร้า

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนในช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2566 กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มศึกษา คือ ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นนอกโฮสติงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคซึมเศร้าเป็นโรคร่วม จำนวนทั้งหมด 69 คน และกลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นนอกโฮสติงที่ไม่มีโรคซึมเศร้าหรือโรคทางจิตเวชอื่นร่วม จำนวน 71 คน ซึ่งสุ่มเลือกโดยวิธี Simple random sampling เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ Logistic regression เพื่อศึกษาแนวโน้มของปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า

ผลการศึกษา ความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ร้อยละ 1.37 ลักษณะของผู้ป่วยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุที่มากขึ้น (odds ratio (OR) = 2.05, p = 0.002) การมีประวัติโรคทางอารมณ์ในครอบครัว (OR = 55.08, p = 0.035) และการมีปัจจัยกระตุ้นความเครียด (OR = 73.61, p = 0.001)

สรุป ความชุกของโรคซึมเศร้าที่พบร่วมในผู้ป่วยเด็กนอกโฮสติงอยู่ที่ร้อยละ 1.37 ลักษณะของผู้ป่วยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเกิดโรคซึมเศร้า โรคซึมเศร้าร่วมในผู้ป่วยนอกโฮสติง ได้แก่ อายุที่มากขึ้น การมีประวัติโรคทางอารมณ์ในครอบครัว และการมีปัจจัยกระตุ้นความเครียด ดังนั้นการติดตามในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงข้างต้นเพื่อวางแผนป้องกันให้การวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว

คำสำคัญ โฮสติง โรคซึมเศร้า ความชุก ปัจจัยเสี่ยง เด็กและวัยรุ่น

Corresponding author: สุวรรณิ พุทธิศรี

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

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

วันรับ 12 ธันวาคม 2567 วันแก้ไข 16 มีนาคม 2568 วันตอบรับ 19 มีนาคม 2568

Prevalence and Common Characteristics of Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder and Co-occurring Depressive Disorder at Yuwaprasart Waithayopathum Hospital

Kanjaporn Kankumnanta*, Suwannee Putthisri*, Masatha Thongpan*, Buranat Runglaksameesri**, Waramis Osathanond**

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

**Yuwaprasart Waithayopathum Hospital

ABSTRACT

Objective: This study aimed to investigate the prevalence and common characteristics of depressive disorder among children and adolescents with autism spectrum disorder (ASD) who received treatment at Yuwaprasart Waithayopathum hospital, a specialized psychiatric facility.

Methods: A descriptive study was conducted through retrospective medical record reviews from 2017 to 2023. Participants included 69 patients diagnosed with ASD and comorbid depressive disorder and 71 control patients with ASD but no comorbid psychiatric conditions. Data were collected using a structured record review form and analyzed using descriptive statistics and logistic regression to identify factors associated with depression.

Results: The prevalence of depressive disorder in the ASD patient sample was 1.37%. Significant factors associated with depression included older age (OR = 2.05, $p = 0.002$), a family history of mood disorders (OR = 55.08, $p = 0.035$), and exposure to stressors (OR = 73.61, $p = 0.001$).

Conclusion: The prevalence of depressive disorder in the ASD patient sample was 1.37%. Significant factors associated with depression included older age, a family history of mood disorders, and exposure to stressors. Therefore, monitoring groups with the aforementioned risk factors to plan prevention, provide early diagnosis, and initiate treatment at the onset of symptoms will benefit both patients and their families.

Keywords: autism spectrum disorder, depressive disorder, prevalence, risk factor, child and adolescent

Corresponding author: Suwannee Putthisri

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

Received: 12 December 2024 Revised: 16 March 2025 Accepted: 19 March 2025

บทนำ

กลุ่มอาการออทิสติก (autism spectrum disorder) คือกลุ่มโรคพัฒนาการผิดปกติ ที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านการใช้ภาษาสื่อสารและด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social communication and social interaction deficit) ร่วมกับความผิดปกติของพฤติกรรมหรือความสนใจที่มีลักษณะแคบจำกัดหรือเป็นแบบแผนซ้ำๆ ไม่ยืดหยุ่น (restricted and repetitive behavior) และมักพบโรคร่วมทางจิตเวชร่วมด้วย¹ โดยโรคซึมเศร้า (depression) เป็นโรคร่วมที่พบได้บ่อยในช่วงวัยรุ่น² ทำให้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ทั้งในด้านอารมณ์ สังคม และพฤติกรรม³ แต่เนื่องจากผู้ป่วยออทิสติกมีความบกพร่องด้านการสื่อสารและทักษะทางสังคม และโรคซึมเศร้าที่พบร่วมจะมีอาการบางอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับอาการหลัก (core symptom) ของออทิสติก เช่น พฤติกรรมแยกตัวจากสังคม อารมณ์เพิกเฉย ฯลฯ ซึ่งทำให้ยากต่อการวินิจฉัยว่าเป็นจากโรคออทิสติกหรือจากโรคซึมเศร้าที่พบร่วม โดยในปัจจุบันยังไม่มีเครื่องมือเฉพาะที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าที่พบร่วมในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นออทิสติก จึงต้องอาศัยข้อมูลหลายด้านร่วมกับอาการทางคลินิกเพื่อช่วยในการวินิจฉัย¹

ความชุกและลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นออทิสติกมีความสำคัญในการช่วยวินิจฉัยโรคซึมเศร้า รวมทั้งช่วยในการประเมินและวางแผนการรักษา โดยการศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยออทิสติกมีค่าแปรผันที่กว้างเนื่องจากความแตกต่างของระเบียบวิธีการวิจัย⁴ โดยพบว่ามีค่าความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยออทิสติกในต่างประเทศอยู่ในช่วง 11 - 13%^{5,6} และจากการศึกษาความชุกในประเทศไทยของพรทิพย์และคณะ โดยการทบทวนเวชระเบียนพบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติก ร้อยละ 8.6 มีระดับคะแนนเข้าเกณฑ์โรคซึมเศร้า⁷ ส่วนการศึกษาลักษณะทั่วไปและปัจจัยเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่ผ่านมายังมีค่อนข้างน้อยจากการทบทวนงานวิจัยของ Pezzimenti และคณะ และ DeFilippi พบว่า ลักษณะของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่มีสัมพันธ์กับโรคภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุช่วงวัยรุ่น ระดับพัฒนาการทางภาษาที่ดี ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ต่ำ การมีโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ การขาดความช่วยเหลือทางสังคม การมีความเครียดและความบาดเจ็บทางจิตใจในชีวิต^{1,4}

เนื่องจากในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความชุกและลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่มี

โรคซึมเศร้า ในการศึกษาที่ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาโดยการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ที่ให้บริการแก้ไขปัญหาด้านพัฒนาการและบำบัดรักษาผู้ป่วยออทิสติก เพื่อสร้างความตระหนักในการเฝ้าระวัง ค้นหาโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติก และนำไปสู่การช่วยวินิจฉัยและวางแผนการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกตั้งแต่นั้นมา

วิธีการศึกษา

ประชากรที่ศึกษา

ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นกลุ่มออทิสติกที่มีอายุตั้งแต่ 6 - 18 ปี ที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โดยค้นหาจากฐานข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลังตาม ICD-10 รหัส F.84 (กลุ่มโรค Pervasive developmental disorder) ทั้งหมดในช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวนทั้งสิ้น 5,019 คน ประกอบด้วยกลุ่มเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าเป็นโรคร่วม ICD-10 รหัส F.32 (กลุ่มโรค Depressive episode) จำนวน 69 คน และกลุ่มเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่ไม่มีโรคซึมเศร้าเป็นโรคร่วม จำนวน 4,950 คน

เนื่องจากการศึกษานี้ต้องการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้าและไม่มีโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ผู้วิจัยต้องการศึกษาในข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และใช้การเปรียบเทียบประชากรกลุ่มควบคุมในอัตราส่วน 1:1

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นกลุ่มออทิสติกที่มีอายุตั้งแต่ 6 - 18 ปี รับการรักษา ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ในช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยได้รับการวินิจฉัยออทิสติกตาม DSM-5 criteria จากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น มีการลงรหัสในฐานข้อมูล ICD-10 รหัส F.84

เกณฑ์การคัดออก รหัสกลุ่มโรค ICD ไม่ตรงกับการบันทึกการวินิจฉัยตาม DSM-5 criteria ของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น จากประชากรที่เข้าเกณฑ์ถูกนำมาคัดเลือกเป็น 2 กลุ่มเพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ประกอบด้วย

กลุ่มศึกษา ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นกลุ่มออทิสติกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าเป็นโรคร่วมทั้งหมด โดยการวินิจฉัย

โรคซึมเศร้า เป็นการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นตามเกณฑ์การวินิจฉัย Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fifth Edition (DSM-5) มีการลงรหัสในฐานข้อมูล ICD-10 รหัส F.32 เป็นโรคหลักหรือโรคร่วม จำนวนทั้งหมด 71 คน ตัดออกจำนวน 2 คน (เนื่องจากรหัสกลุ่มโรค ICD ไม่ตรงกับการบันทึกการวินิจฉัยตาม DSM-5 criteria) ทำให้คงเหลือประชากรศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 69 คน

กลุ่มควบคุม ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นกลุ่มออทิสติกที่ไม่มีโรคซึมเศร้าและโรคทางจิตเวชอื่นๆ เป็นโรคร่วม จำนวนทั้งสิ้น 71 คน โดยการสุ่มแบบ Simple random sampling จากเวชระเบียนย้อนหลังในช่วงระยะเวลาเดียวกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลประชากรทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยนำเสนอเป็นค่าความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่ามัธยฐาน (median) และใช้สถิติเชิงอนุมาน Pearson's chi-square test และ T-test เปรียบเทียบหาความแตกต่างและความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม นอกจากนี้ใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยโลจิสติก (binary logistic regression) เพื่อศึกษาแนวโน้มของปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติก โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ วันที่ 1 พฤษภาคม 2567 (รหัสโครงการวิจัย 003/67)

ผลการศึกษา

จำนวนผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้าเป็นโรคร่วม มีจำนวนทั้งสิ้น 69 คน คิดเป็นร้อยละ 1.37 และพบว่ามีความเครียด 1 ประเด็น คิดเป็นร้อยละ 69.12 โดยชนิดของความเครียด ประกอบด้วย ด้านเพื่อน ครอบครัว และการเรียน คิดเป็นร้อยละ 47.83, 33.33 และ 24.64 ตามลำดับ มีผู้ป่วยจำนวน 3 คน ที่มีชนิดของความเครียดในด้านอื่นๆ ได้แก่ เครียดทุกเรื่องเล็กน้อย และไม่ชอบเพื่อนของแม่ โรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นส่วนใหญ่ คือ Major depressive disorder ร้อยละ 60.87 โดยโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ ที่พบบ่อยคือ โรคสมาธิสั้น (attention

deficit hyperactivity disorder) โรควิตกกังวล (anxiety disorder) ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (intellectual disability) และโรคจิต (psychotic disorder) คิดเป็นร้อยละ 36.23, 15.95, 5.8 และ 4.35 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (suicidality) ร้อยละ 66.67 ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยากกลุ่ม antidepressant 1 ชนิด ร้อยละ 88.41 (ตารางที่ 1) ซึ่งเป็นยากกลุ่ม SSRI ทั้งหมด ยาที่ใช้ในการรักษาได้แก่ sertraline fluoxetine และ escitalopram

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปในกลุ่มศึกษาจำนวน 69 คน กับกลุ่มควบคุมจำนวน 71 คน พบว่าในกลุ่มศึกษามีอัตราส่วนของเพศหญิงต่อเพศชายมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ 30:39 และ 11:60 ตามลำดับ ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบอายุ ณ ช่วงเวลาที่ศึกษา พบว่ากลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยอายุ 17.46 ปี และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยอายุ 10.41 ปี ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของอายุขณะที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในกลุ่มศึกษา คือ 13.58 ปี รูปแบบการศึกษาของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มศึกษาส่วนมากมีร้อยละของรูปแบบการศึกษาปกติ มากกว่ากลุ่มควบคุม ($p\text{-value} < 0.001$) ความสามารถในการเรียนและพัฒนาการทางภาษาพบว่า ในกลุ่มศึกษามีร้อยละของการเรียนตามเกณฑ์ และมีพัฒนาการทางภาษาที่ดีมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.002$ และ 0.006 ตามลำดับ) ในด้านการพักอาศัย พบว่ากลุ่มศึกษามีสัดส่วนของการอยู่กับพ่อหรือแม่เพียงลำพัง เทียบกับการอยู่กับพ่อและแม่มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.019$) และพบว่ากลุ่มศึกษามีร้อยละของการมีประวัติโรคทางอารมณ์ในครอบครัว และมีปัจจัยกระตุ้นความเครียดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 2)

จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก โดยตัวแปร X ได้แก่ เพศ อายุ รูปแบบการศึกษา ความสามารถในการเรียน พัฒนาการทางด้านภาษา การพักอาศัย ประวัติโรคทางอารมณ์ในครอบครัว และการมีปัจจัยกระตุ้นความเครียด ตัวแปร Y คือ การได้รับวินิจฉัยโรคซึมเศร้าเป็นโรคร่วม พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่เข้ารับการรักษาคือ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ได้แก่ อายุ การมีประวัติโรคทางอารมณ์ในครอบครัว และการมีปัจจัยกระตุ้นความเครียด มีความสัมพันธ์กับการมีโรคซึมเศร้าเป็นโรคร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า Odds ratio เท่ากับ 2.05 (CI 1.31 - 3.21,

p-value = 0.002), 55.08 (CI 1.33 - 2283.17, p-value = 0.035) และ 73.61 (CI 5.08 - 933.79, p-value = 0.001) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยออทิสติกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอุรวประสาทวโทยโปถัมภ์มีค่าร้อยละ 1.37

ตารางที่ 1 ลักษณะของโรคซึมเศร้าในกลุ่มออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้า

ลักษณะของโรคซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
มีปัจจัยกระตุ้นความเครียด (N = 68)		
ไม่มี	7	10.29
1 ประเด็น	47	69.12
2 ประเด็น	13	19.12
3 ประเด็น	1	1.47
ชนิดของความเครียด		
เพื่อน	33	47.83
ครอบครัว	23	33.33
การเรียน	17	24.64
อื่นๆ	3	4.35
อายุที่ได้รับการวินิจฉัยซึมเศร้า (mean, SD)	13.58 (2.26)	
ความคิดฆ่าตัวตาย (N = 69)	46	66.67
การวินิจฉัยโรค (N = 69)		
Major depression	42	60.87
Depression NOS*	21	30.43
Dysthymia	4	5.8
Bipolar depression	2	2.9
CDI score** (N = 33) (mean, SD)	29.7 (8.02)	
โรคร่วมทางจิตเวช		
ADHD***	25	36.23
Anxiety	11	15.95
Intellectual disability	4	5.8
Psychotic	3	4.35
รักษาโดยใช้ยาต้านเศร้า (N = 69)		
ไม่ได้ใช้	7	10.14
ใช้ยา 1 ชนิด	61	88.41
ใช้ยามากกว่า 1 ชนิด	1	1.45

*Depression NOS = depression disorder not otherwise specified; **CDI score = children's depression inventory score; ***ADHD = attention deficit hyperactivity disorder

ซึ่งถือว่าต่ำกว่าความชุกที่พบในงานวิจัยก่อนหน้านี้ โดยจากการศึกษาของ Lai และ Hudson ที่ทำการศึกษาแบบ systematic และ meta-analysis รายงานความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยออทิสติกที่ร้อยละ 11 และ 12.3 ตามลำดับ^{5,6} และจากการศึกษาความชุกในประเทศไทยของพรทิพย์ โดยการทบทวนเวชระเบียนพบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติก ร้อยละ 8.6 มีระดับคะแนนเข้าเกณฑ์โรคซึมเศร้า⁷ การที่ค่าความชุกต่ำกว่านั้นอาจเนื่องมาจากการศึกษาที่ใช้เกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้าโดยจิตแพทย์ ไม่ใช่จากแบบคัดกรองเหมือนการศึกษาอื่น^{1,4} อย่างไรก็ตาม ค่าความชุกของการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM criteria ที่มีค่าความชุกอยู่ที่ร้อยละ 1.4⁸

จากการศึกษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้าเป็นโรคร่วม พบว่าการมีปัจจัยกระตุ้นความเครียดในกลุ่มศึกษานี้มีปัจจัยกระตุ้นความเครียดถึงร้อยละ 89.71 โดยมีปัญหาความเครียดจากเพื่อน (ร้อยละ 47.83) ครอบครัว (ร้อยละ 33.33) และการเรียน (ร้อยละ 24.64) สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ชี้ว่า การมีความเครียดและประสบการณ์ทางอารมณ์ในชีวิตประจำวันมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นการเกิดภาวะซึมเศร้า^{1,4,9} เช่นเดียวกับโรคซึมเศร้าในกลุ่มประชากรเด็กและวัยรุ่นทั่วไปสามารถถูกกระตุ้นได้จากประสบการณ์ความเครียดและความบาดเจ็บทางจิตใจในชีวิตได้ 60 - 70%¹⁰

จากการศึกษานี้พบว่าการมีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (suicidality) ในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้าเป็นโรคร่วมพบได้ถึงร้อยละ 66.67 สอดคล้องกับการศึกษาในอดีตที่พบว่า ความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (suicidality) ในเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้าเป็นโรคร่วม มีความชุกมากกว่าในกลุ่มประชากรทั่วไปที่เป็นโรคซึมเศร้าซึ่งพบได้ ร้อยละ 16.7^{11,12} ร้อยละ 62.33 ของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้ามีโรคทางจิตเวชอื่นๆ ที่พบร่วม สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่สามารถพบโรคร่วมทางจิตเวชได้ ร้อยละ 40 - 90¹³

การรักษาโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกพบว่า ร้อยละ 89.86 ได้รับการรักษาด้วยยา ซึ่งเป็นจำนวนมากกว่าการรักษาโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นทั่วไปที่ได้รับการรักษาด้วยยา ร้อยละ 70^{14,15} ซึ่งมักจะแนะนำให้รักษาแบบผสมผสานอันประกอบไปด้วยการให้การปรึกษาและความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาประคับประคองด้านจิตใจ การรักษาโรคที่พบร่วม การรักษาด้วยยาและจิตบำบัด ทั้งนี้การพิจารณาการรักษาขึ้นอยู่กับระดับ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปและลักษณะร่วมของกลุ่มออทิสติก และกลุ่มออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้า

ข้อมูลประชากรทั่วไป	ไม่มีโรคซึมเศราร่วม (N = 71)	มีโรคซึมเศราร่วม (N = 69)	p
เพศ			< 0.001*
ชาย	60 (84.5)	39 (56.5)	
หญิง	11 (15.5)	30 (43.5)	
อายุ (mean, SD)	10.41 (3.62)	17.46 (3.19)	< 0.001*
รูปแบบการศึกษา			< 0.001*
แผนการศึกษาเฉพาะบุคคล	14 (19.7)	3 (4.3)	
การศึกษาปกติ	47 (65.8)	64 (92.8)	
ไม่ได้เรียน	10 (14.5)	2 (2.9)	
ความสามารถในการเรียน			.002*
เรียนตามเกณฑ์	52 (75.4)	66 (95.7)	
ต่ำกว่าเกณฑ์	7 (10.1)	1 (1.4)	
ไม่ได้เรียน	10 (14.5)	2 (2.9)	
พัฒนาการทางภาษา			.006*
มีภาษาพูดก่อนหรือเท่ากับอายุ 5 ปี	59 (83.1)	67 (97.1)	
มีภาษาพูดหลังอายุ 5 ปี	12 (16.9)	2 (2.9)	
โรคร่วมทางกาย	14 (19.7)	7 (10.1)	0.113
การพักอาศัย			.019*
พ่อและแม่	53 (74.6)	37 (53.6)	
พ่อหรือแม่	14 (19.7)	28 (40.6)	
อื่นๆ	4 (5.6)	4 (5.8)	
ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว			
โรคทางอารมณ์	2 (2.9)	22 (33.8)	< 0.001*
การฆ่าตัวตาย	0	3 (4.6)	.111
โรคจิตเภท	2 (2.9)	4 (6.3)	.427
การใช้สารเสพติด	4 (5.8)	3 (4.6)	1.000
พัฒนาการล่าช้า	19 (27.5)	11 (16.9)	.141
โรคทางจิตเวชอื่นๆ	5 (7.2)	1 (1.5)	.209
รายได้ครอบครัว (median, IQR)	30000 (250000)	30000 (44500)	.862
มีปัจจัยกระตุ้นความเครียด	3 (4.2)	61 (89.7)	< 0.001*
CGIS** (mean, SD)	3.07 (0.43)	3.17 (0.65)	0.328

*p-value < 0.05; **CGIS = clinical global impression severity of illness

ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าซึ่งได้แก่ กรณีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อาการไม่รุนแรงอาจให้การรักษาแบบประคับประคอง ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปานกลางถึงรุนแรง ควรให้การรักษาด้วยยาหรือใช้ยาร่วมกับจิตบำบัด^{16,17} ในกรณีของผู้ป่วยออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้าเป็นโรคร่วม การให้ยากลุ่ม SSRI (selective

serotonin reuptake inhibitors) พบว่าเป็นแนวทางการรักษาหลักในกลุ่มนี้ จุดประสงค์ของการให้ยาดังกล่าวอาจไม่เพียงมุ่งหวังผลในการรักษาโรคซึมเศร้าเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการลดพฤติกรรมซ้ำๆ (repetitive behaviors)⁴ ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของออทิสติก นอกจากนี้ การทำจิตบำบัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังค่อนข้างท้าทาย

ตารางที่ 3 ลักษณะร่วมที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในเด็กออทิสติก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติก (binary logistic regression)

ตัวแปร	Odds ratio	Standard error	(95% CI)	p-value
เพศ	8.11	10.81	(0.60, 11.06)	0.116
อายุ	2.05	0.47	(1.31, 3.23)	0.002*
รูปแบบการศึกษา	0.13	0.20	(0.01, 2.56)	0.180
ความสามารถในการเรียน	0.09	0.26	(0.00, 27.48)	0.406
พัฒนาการทางด้านภาษา	2.79	4.32	(0.13, 58.09)	0.507
การพักอาศัย	14.11	21.64	(0.70, 285.39)	0.085
ประวัติโรคทางอารมณ์ในครอบครัว	55.08	104.67	(1.33, 2283.17)	0.035*
มีปัจจัยกระตุ้นความเครียด	73.61	95.41	(5.08, 933.79)	0.001*

*p-value < 0.05

เนื่องจากข้อจำกัดด้านการสื่อสารและการตอบสนองต่อการบำบัด ดังนั้นจึงพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีอัตราการใช้ยาที่สูงเมื่อเทียบกับแนวทางรักษาแบบทั่วไป

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้าและไม่มีโรคซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้ามีปัจจัยกระตุ้นความเครียดสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยออทิสติกที่ไม่มีโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) บ่งชี้ว่าการมีปัจจัยกระตุ้นความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการพัฒนาอาการซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยออทิสติก อันเกิดจากการที่ผู้ป่วยออทิสติกไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคม ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่มั่นคงกับเพื่อนหรือคนรอบข้างได้ ทำให้เกิดความเครียดสะสมและนำไปสู่โรคซึมเศร้าได้^{1,4,18-20}

การเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปและลักษณะร่วมของผู้ป่วยออทิสติกที่มีและไม่มีโรคซึมเศร้านั้น พบว่าในกลุ่มที่มีโรคซึมเศร้ามียุทธศาสตร์ของเพศหญิงสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ชี้ว่าเพศหญิงมักมีความเสี่ยงในการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชายในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไป^{16,21,22} รวมถึงผู้ป่วยออทิสติกที่อยู่ในระดับ high function²⁰

จากผลการศึกษาพบว่า อายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.58 ปี สอดคล้องกับการศึกษาโรคซึมเศร้าในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นทั่วไปที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในช่วงเข้าสู่วัยรุ่นตอนต้น^{16,23} และพบว่ากลุ่มผู้ป่วยออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้ามียุทธศาสตร์สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

ก่อนหน้านี้ที่ระบุว่า ความเสี่ยงของการเกิดโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยออทิสติกเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะผู้ป่วยออทิสติกวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ที่มีการทำงานสูง (high-functioning ASD) เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มีความรับรู้ทางสังคมที่ชัดเจนขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกแปลกแยก เครียด และส่งผลให้มีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าสูงขึ้น จากการศึกษาของ DeFilippis พบว่าเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มวัยรุ่นมากกว่าในเด็ก¹ นอกจากนี้การศึกษาของ Myriam de-la-Iglesia กล่าวว่า การรับรู้ถึงความแตกต่างและข้อบกพร่องของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยออทิสติกที่มีอายุสูงขึ้น เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า²⁴

พัฒนาการทางภาษาและรูปแบบในการเรียนจากการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้ามียุทธศาสตร์ในการเรียนรู้และพัฒนาการทางภาษาที่ดีกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Greenlee ที่พบว่าผู้ป่วยออทิสติกที่มีระดับสติปัญญาที่สูง มักจะตระหนักถึงข้อจำกัดทางสังคมของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความเครียดและความรู้สึกโดดเดี่ยวที่นำไปสู่โรคซึมเศร้า ในกลุ่มผู้ป่วยออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้ามียุทธศาสตร์พัฒนาการทางภาษาที่ดีกว่า เนื่องจากการสื่อสารที่ดีขึ้นและความสามารถในการรับรู้ทางสังคมที่สูงขึ้น แต่อาจไม่เพียงพอต่อการปรับตัวต่อสถานการณ์ทางสังคม ทำให้เกิดความคาดหวังในตัวเองและในสังคมสูงขึ้นตามลำดับ²⁰ เมื่อผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถทำตามความคาดหวังนั้นได้ ก็จะเกิดความเครียดและรู้สึกไม่พึงพอใจในตนเอง ส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าตามมา²⁴

ในด้านการพักอาศัยพบว่าผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม (social support) มากกว่า ($p < 0.001$) อันอาจเกิดจากความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่มั่นคงหรือมีปัญหาภายในครอบครัว ส่งผลต่อปัจจัยกระตุ้นให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งจากผลการศึกษานี้พบว่าปัจจัยกระตุ้นความเครียดจากปัญหาด้านครอบครัวถึงร้อยละ 33 ในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยออทิสติกในวัยผู้ใหญ่ที่มีการช่วยเหลือและการยอมรับทางสังคมที่ดีจะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ ขณะเดียวกันการช่วยเหลือและการยอมรับทางสังคมที่ต่ำ มีความเกี่ยวข้องกับเพิ่มขึ้นของอาการซึมเศร้า ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ตลอดช่วงชีวิต²⁵

ผลการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้าเป็นโรคร่วม มีประวัติโรคจิตเวชทางอารมณ์ในครอบครัวมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ghaziuddin พบว่า 77% ของผู้ป่วยออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้ามีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ซึ่งอาจมาจากปัจจัยทางพันธุกรรม หรือปัจจัยของบริบทแวดล้อมในครอบครัวที่มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยออทิสติก¹⁹ เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วไป และการศึกษาของ Magnuson ยังพบว่ากรณีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในครอบครัว นอกจากจะเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กออทิสติกแล้ว ยังมีโอกาสที่จะพัฒนาอาการทางจิตเวชอื่นๆ ได้สูงกว่าเด็กที่ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว¹⁸

เมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติก พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่เข้ารับการรักษาน ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ได้แก่ อายุปัจจุบัน การมีประวัติโรคทางอารมณ์ในครอบครัว (family mood history) และการมีความเครียด (stressor) มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Odds ratio เท่ากับ 2.05 (p -value = 0.002), 55.08 (p -value = 0.035) และ 73.61 (p -value = 0.001) ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างจากกลุ่มประชากรทั่วไป

ในขณะที่ความสามารถทางสติปัญญาที่สูง (high cognitive function) ได้แก่ ความสามารถในการเรียนรู้ที่ดี และระดับพัฒนาการทางด้านภาษาที่ดี มักถูกกล่าวถึงว่าเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยออทิสติก แต่ในการศึกษานี้เมื่อทำการวิเคราะห์ทางสถิติ กลับไม่พบความสัมพันธ์

ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างรูปแบบการศึกษา ความสามารถในการเรียน และพัฒนาการทางภาษากับการเกิดโรคซึมเศร้า (ตารางที่ 3) ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Myriam de-la-Iglesia ที่ชี้ให้เห็นว่าเด็กออทิสติกที่มีความสามารถทางสติปัญญาสูง (high-functioning ASD) มักมีความเสี่ยงสูงกว่าในการเกิดโรคซึมเศร้า²⁴ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากจำนวนประชากรที่ไม่มากพอทำให้อำนาจในการประเมินความสัมพันธ์มีขีดจำกัด และการเก็บข้อมูลเรื่องระดับความสามารถทางสติปัญญา เป็นเพียงการเก็บจากรูปแบบการศึกษาความสามารถในการเรียนและพัฒนาการทางภาษา โดยไม่ได้ใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐานในการประเมินระดับสติปัญญา

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาจากเวชระเบียนย้อนหลัง ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในด้านความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลเป็นการศึกษานี้เน้นเฉพาะผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านออทิสติก ทำให้กลุ่มตัวอย่างอาจไม่ใช่ตัวแทนกลุ่มเด็กและวัยรุ่นออทิสติกทั้งหมด และจำนวนประชากรศึกษามีไม่มากพอ ทำให้อำนาจในการประเมินความสัมพันธ์มีขีดจำกัด นอกจากนี้การสุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมในการศึกษานี้ไม่ได้มีการจับคู่ (matching) ตัวแปรในด้านของเพศหรืออายุ เนื่องจากว่าเป็นตัวแปรที่สนใจในการศึกษาจึงอาจส่งผลให้มีความแตกต่างอย่างมากระหว่างกลุ่มประชากรรวมทั้งการศึกษานี้ไม่ได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ เช่น สภาพเศรษฐกิจ สังคม และการสนับสนุนจากครอบครัวในระยะยาว ซึ่งอาจมีผลต่อความชุกและลักษณะของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยออทิสติก การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสังเกต (observational study) ซึ่งสามารถระบุความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ และการเกิดโรคซึมเศร้า แต่ไม่สามารถสรุปเชิงสาเหตุได้อย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

การวิจัยในอนาคตควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมประชากรออทิสติกที่หลากหลาย ควรศึกษาข้อมูลในระยะยาว และควรมีเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้แพทย์ผู้ดูแลเกิดความตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยออทิสติก โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงทำให้สามารถติดตามกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ได้อย่างใกล้ชิด รวมถึง

วางแผนการป้องกันและดูแลรักษาที่เหมาะสม อันจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยออทิสติกในทุกช่วงวัย และเสริมสร้างประสิทธิภาพในการให้บริการทางการแพทย์ในระยะยาว

สรุป

การศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลโดยการทบทวนวรรณกรรมย้อนหลัง เกี่ยวกับความชุกและลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ ผลการศึกษาพบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างมีค่า 1.37 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าความชุกของโรคซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างต่ำกว่าการศึกษาในต่างประเทศอย่างมีนัยสำคัญ โดยอาจสะท้อนความแตกต่างทางบริบทหรือข้อจำกัดทางระเบียบวิธี ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า คือ อายุที่มากขึ้น ประวัติโรคทางอารมณ์ในครอบครัว และการมีปัจจัยกระตุ้นความเครียด การวิจัยนี้จึงเน้นย้ำถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังและการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยออทิสติก โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง เพื่อให้สามารถวินิจฉัยและรักษาโรคซึมเศร้าได้อย่างทันท่วงที และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ ที่อนุญาตให้คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่จำเป็นในงานวิจัย เจ้าหน้าที่เวชระเบียนที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี เจ้าหน้าที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล สำหรับการให้คำปรึกษาด้านวิจัย และด้านการติดต่อประสานงาน งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบคุณงานวิจัยที่ผู้วิจัยได้อ้างอิงถึง ทั้งนี้การศึกษานี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากแหล่งใด

ผลประโยชน์ขัดกัน

คณะผู้วิจัยไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

กาญจนาพร ชันคำนันต์: การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ และการตรวจสอบแก้ไขบทความ; สุวรรณิ พุทธิศรี: การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การตรวจสอบแก้ไขบทความ; มชฐา ทองปาน: การออกแบบการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล การตรวจสอบแก้ไข

บทความ; บุรณาด รุ่งลักษมีศรี: การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล; วรามิศร์ โอสถานนท์: การเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Defillippis M. Depression in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Children (Basel)* 2018; 5(9): 112.
2. Bitsko RH, Holbrook JR, Ghandour RM, Blumberg SJ, Visser SN, Perou R, et al. Epidemiology and impact of health care provider-diagnosed anxiety and depression among US children. *J Dev Behav Pediatr* 2018; 39(5): 395-403.
3. Hossain MM, Khan N, Sultana A, Ma P, Mckyer EL, Ahmed HU, et al. Prevalence of comorbid psychiatric disorders among people with autism spectrum disorder: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatry Res* 2020; 287: 112922.
4. Pezzimenti F, Han GT, Vasa RA, Gotham K. Depression in youth with autism spectrum disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2019; 28(3): 397-409.
5. Lai MC, Kasseh C, Besney R, Bonato S, Hull L, Mandy W, et al. Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2019; 6(10): 819-29.
6. Hudson CC, Hall L, Harkness KL. Prevalence of depressive disorders in individuals with autism spectrum disorder: a meta-analysis. *J Abnorm Child Psychol* 2019; 47(1): 165-75.
7. Thammawong P, Srikosai S, Wongkhiao P. The development of a psychosocial nursing program for autistic adolescents with depression. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2021; 35(2): 113-34.
8. Simonoff E, Pickles A, Charman T, Chandler S, Loucas T, Baird G. Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47(8):921-9.
9. Taylor JL, Gotham KO. Cumulative life events, traumatic experiences, and psychiatric symptomatology in transition-aged youth with autism spectrum disorder. *J Neurodev Disord* 2016; 8(1): 28.
10. Bhatia SK, Bhatia SC. Childhood and adolescent depression. *Am Fam Physician* 2007; 75(1): 73-80.
11. Cassidy S, Rodgers J. Understanding and prevention of suicide in autism. *Lancet Psychiatry* 2017;4(6):e11.
12. Cassidy S, Bradley P, Robinson J, Allison C, McHugh M, Baron-Cohen S. Suicidal ideation and suicide plans or attempts in adults with Asperger's syndrome attending a specialist diagnostic clinic: a clinical cohort study. *Lancet Psychiatry* 2014;1(2):142-7.
13. Birmaher B, Brent D, AACAP Work Group on Quality Issues, Bernet W, Bukstein O, Walter H, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46(11): 1503-26.
14. Houghton R, Liu C, Bolognani F. Psychiatric comorbidities and psychotropic medication use in autism: a matched cohort study with ADHD and general population comparator groups in the United Kingdom. *Autism Res* 2018;11(12):1690-700.

15. Kaur N, Doege C, Kostev K. Prevalence of antidepressant prescription in adolescents newly diagnosed with depression in Germany. *Children (Basel)* 2024;11(10):1382.
16. Walter HJ, Abright AR, Bukstein OG, Diamond J, Keable H, Ripperger-Suhler J, et al. Clinical practice guideline for the assessment and treatment of children and adolescents with major and persistent depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2023; 62(5): 479-502.
17. Royal College of Pediatricians of Thailand, Child and Adolescent Psychiatric Association of Thailand, Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute. Clinical practice guideline for adolescents with depression. Bangkok: 2018.
18. Maughan B, Collishaw S, Stringaris A. Depression in childhood and adolescence. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013; 22(1): 35-40.
19. Ghaziuddin M, Greden J. Depression in children with autism/pervasive developmental disorders: a case-control family history study. *J Autism Dev Disord* 1998; 28(2): 111-5.
20. Greenlee JL, Mosley AS, Shui AM, Veenstra-VanderWeele J, Gotham KO. Medical and behavioral correlates of depression history in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Pediatrics* 2016; 137(Suppl 2): S105-14.
21. Maughan B, Collishaw S, Stringaris A. Depression in childhood and adolescence. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22(1):35-40.
22. Kapornai K, Vetro A. Depression in children. *Curr Opin Psychiatry* 2008; 21(1): 1-7.
23. Lewinsohn PM, Clarke GN, Seeley JR, Rohde P. Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33(6): 809-18.
24. De-la-Iglesia M, Olivar JS. Risk factors for depression in children and adolescents with high functioning autism spectrum disorders. *ScientificWorldJournal* 2015; 2015:127853.
25. Hedley D, Uljarevic M, Foley KR, Richdale A, Trollor JN. Risk and protective factors underlying depression and suicidal ideation in autism spectrum disorder. *Depress Anxiety* 2018; 35(7): 648-57.

ภาคผนวก 1 ตารางเปรียบเทียบการรักษาด้วยยา นอกเหนือจากยาด้านเศร้าในกลุ่มออทิสติก และกลุ่มออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้า

ประเภทของยา	ไม่มีโรคซึมเศร้าวร่วม (N=71)	มีโรคซึมเศร้าวร่วม (N=69)	p
Antipsychotic	48 (67.6)	45 (65.2)	.765
Anticonvulsant	10 (14.1)	6 (8.7)	.316
Psychostimulant	10 (14.1)	16 (23.2)	.166
Benzodiazepine	4 (5.6)	12 (17.4)	.029*

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะ พฤติกรรมเกรงรุนแรง ในเยาวชนผู้เข้าสู่กระบวนการยุติธรรมของ ศาลเยาวชนและครอบครัวกลาง กรุงเทพมหานคร

สมลวรรณ สมแดง*, มนต์ สุงประสิทธิ์*, มชฐา ทองปาน*, ศิริไชย หงษ์สงวนศรี*, สุวรรณี พุทธิศรี*, พลิศรา ธรรมโชติ*,
คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์*, ณิชวรรณ จงรักษ์ธนิก*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรง

วิธีการศึกษา เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลแบบภาคตัดขวาง ซึ่งประกอบด้วยเยาวชนผู้เข้าสู่กระบวนการยุติธรรมของศาลเยาวชนและครอบครัวกลาง กรุงเทพมหานคร จำนวน 129 คน

ผลการศึกษา พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรง โดยในกลุ่มที่มีภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรงมีคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวทุกด้านสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรง (mean difference = -3.621, p-value 0.003) ซึ่งหมายความว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวในกลุ่มที่มีภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรงน้อยกว่า โดยเฉพาะด้านการสื่อสารที่เป็นปัญหาและการเผชิญความยากลำบาก นอกจากนี้มีการวิเคราะห์ตัวกลาง (mediation analysis) พบว่าสมาธิสั้นไม่มีผลโดยตรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรง (coefficient 0.915, p-value = 0.113) แต่สมาธิสั้นมีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี (coefficient 4.20, p-value = 0.017) และการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดีนำไปสู่ภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรง (coefficient 0.149, p-value < 0.001)

สรุป การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของการทำหน้าที่ของครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยส่งผ่านจากภาวะสมาธิสั้นไปสู่ภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรง ในกลุ่มเยาวชนผู้เข้าสู่กระบวนการยุติธรรมของศาลเยาวชนและครอบครัวกลาง การทำงานกับครอบครัวจะมีส่วนช่วยลดพฤติกรรมเกรงรุนแรงในกลุ่มเยาวชนผู้เข้าสู่กระบวนการยุติธรรม

คำสำคัญ ภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรง การทำหน้าที่ของครอบครัว เยาวชนผู้กระทำความผิด การวิเคราะห์ตัวกลาง

Corresponding author: มชฐา ทองปาน

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: masatha.tho@mahidol.ac.th

วันรับ 17 ธันวาคม 2567 วันแก้ไข 1 เมษายน 2568 วันตอบรับ 2 เมษายน 2568

The Relationship between Family Function and Conduct Disorder among Juvenile Delinquent in Central Juvenile and Family Court, Bangkok

Thamonwan Sondang*, Manus Soongprasit*, Masatha Thongpan*, Sirichai Hongsanguansri*, Suwannee Putthisri*, Palisara Thommachot*, Komsan Kiatrungrit*, Nitchawan Jongrakthanakij*

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

ABSTRACT

Objective: This study aimed to investigate the relationship between family function and conduct disorder among juvenile delinquents.

Method: A cross-sectional study was conducted on 129 juvenile delinquents referred to the Central Juvenile and Family Court of Bangkok. Family function and conduct disorder were assessed using validated measures.

Results: The findings revealed a significant association between family function and conduct disorder. Adolescents with conduct disorder exhibited higher scores in all aspects of family function (higher scores means lower functions) compared to those without. Communication problems and difficulties in coping were particularly salient within families of juvenile delinquents with conduct disorder. Moreover, mediation analysis indicated that while ADHD was not directly associated with conduct disorder, it was indirectly influenced through poor family function.

Conclusion: This study emphasizes the significant role of family function as a mediating factor between ADHD and conduct disorder among juvenile delinquents. Interventions targeting family function may prove beneficial for adolescents exhibiting conduct disorder.

Keywords: conduct disorder, family function, juvenile delinquent, mediation analysis

Corresponding author: Masatha Thongpan

E-mail: masatha.tho@mahidol.ac.th

Received: 17 December 2024 Revised: 1 April 2025 Accepted: 2 April 2025

บทนำ

ในประเทศไทยทุกๆ ปีจะมีเด็กและวัยรุ่นทำความผิด และถูกตั้งข้อหาในคดีอาญา จากรายงานสถิติคดีรายปีของกรมพินิจ และคุ้มครองเด็กและเยาวชน ปี 2567 พบว่าจำนวนเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดถูกดำเนินคดีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ปัจจัยหนึ่งที่บ่งชี้ต่อการกระทำผิดของเด็กคือ ภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรง (conduct disorder) โดยภาวะดังกล่าวตาม DSM-5 อาการหลักคือมีความประพฤติผิดปกติที่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้อื่น และละเมิดกฎกติกาทางสังคมเกิดขึ้นซ้ำๆ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งก่อให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคม การเรียน หรือการงาน¹ ภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรงมักจะพบบ่อยในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่เข้าสู่กระบวนการยุติธรรม² และพฤติกรรมดังกล่าวยังมีผลต่อพยากรณ์ของโรคในวัยผู้ใหญ่ มีการศึกษาระยะยาวพบว่าเด็กและวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมนี้ อาจเริ่มต้นด้วยการกระทำผิดเล็กน้อย แต่เพิ่มความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ และนำไปสู่พฤติกรรมต่อต้านสังคม (antisocial behavior) ในวัยผู้ใหญ่³ นอกจากนี้พฤติกรรมเกรง เช่น ก้าวร้าว โทกหนี่โรงเรียน ยังเป็นตัวทำนายการกระทำผิดกฎหมายได้เช่นกัน ผู้วิจัยจึงเลือกที่จะศึกษาภาวะพฤติกรรมดังกล่าวในเยาวชนผู้เข้าสู่กระบวนการยุติธรรมของศาลเยาวชนและครอบครัวกลาง กรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นข้อมูลในการดูแลเยาวชนกลุ่มนี้

จากการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรงและการก่ออาชญากรรมในเยาวชน พบว่าสิ่งที่ส่งผลอย่างมากคือลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว ได้แก่ การอบรมเลี้ยงดู การกระทำทารุณเด็ก ความขัดแย้งในครอบครัว บิดามารดาที่มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม รวมไปถึงขนาดของครอบครัว ส่งผลต่อการกระทำผิดของเด็กและเยาวชน⁴ นับว่าครอบครัวถือเป็นสถาบันแรกของเด็ก หากมีคุณภาพ ความอบอุ่นและเข้มแข็ง จะเป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้เด็กเติบโตอย่างมีคุณภาพ การทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญ นอกเหนือจากโครงสร้างของครอบครัวและการเลี้ยงดู ซึ่งการทำหน้าที่ของครอบครัว (family function) หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กันและปฏิบัติภารกิจหน้าที่อย่างเหมาะสม McMaster⁵ ได้แบ่งหน้าที่ของครอบครัวออกเป็น 6 ด้าน แต่ละด้านมีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กัน ได้แก่ การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม⁶ ปัจจุบันมีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว และใช้เป็นเครื่องมือติดตามหลังทำการบำบัดครอบครัว

ซึ่งแบบประเมิน SCORE-15 ฉบับภาษาไทย ที่มีการประเมิน 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ จุดแข็งและการปรับตัว (strengths and adaptability) การเผชิญความยากลำบาก (overwhelming by difficulties) และการสื่อสารที่เป็นปัญหา (disrupted communication) มีความเหมาะสมในการใช้งานทางคลินิก การประเมิน 3 ด้านนี้จะช่วยให้เข้าใจความสามารถของครอบครัว ในการสนับสนุนสมาชิก และรับมือกับปัญหาซึ่งส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมและสุขภาพจิตของเยาวชน^{7,8} นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับมุมมองต่อตนเองและการเห็นคุณค่าในตัวเอง การให้คำปรึกษาครอบครัว จึงเป็นหนึ่งในการดูแลสุขภาพเด็กและเยาวชนผู้กระทำผิดอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถป้องกันการกระทำผิดซ้ำได้⁹ เช่นเดียวกับการศึกษาในระยะยาว และการศึกษาแบบตัดขวางหลายรายงานที่พบว่าปัจจัยเกี่ยวกับครอบครัวทั้งบุคลิกของผู้เลี้ยงดู (caregiver characteristics) และลักษณะของครอบครัว (family-level characteristics) สัมพันธ์กับภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรงและการกระทำผิดกฎหมาย (delinquency)^{3,6} ทั้งนี้มีการศึกษาผลกระทบของการทำหน้าที่ของครอบครัวและการเลี้ยงดูต่อพฤติกรรมเกรง ในต่างประเทศ โดยพบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดีเป็นตัวแปรคั่นกลางทำให้เด็กที่มีภาวะทางจิตเวชในกระบวนการศาลเพิ่มความเสี่ยงในการใช้สารเสพติดและมีพฤติกรรมเกรงรุนแรง¹⁰ อย่างไรก็ตาม ยังไม่เคยมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรงในเยาวชนผู้เข้าสู่กระบวนการยุติธรรมของศาลเยาวชนและครอบครัวในประเทศไทย

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นไปที่ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรง โดยรวบรวมข้อมูลจากเยาวชนผู้เข้าสู่กระบวนการยุติธรรมของศาลเยาวชนและครอบครัวกลาง กรุงเทพมหานคร และประเมินความชุกของภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรง โดยใช้แบบวัดภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรง รวมถึงการทำหน้าที่ของครอบครัวและใช้แบบสอบถาม SCORE-15 ฉบับภาษาไทยกับสมาชิกในครอบครัวที่มีอายุ 12 ปีขึ้นไป ซึ่งสามารถใช้ได้เอง ผลลัพธ์ที่ได้จากความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับพฤติกรรมเกรงรุนแรง อาจนำไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวในทุกด้าน เพื่อป้องกันการกระทำผิดซ้ำของเยาวชน นอกจากนี้ความรู้ที่ได้จะช่วยทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเยาวชนกลุ่มนี้ เห็นความสำคัญของการทำหน้าที่ของครอบครัวมากขึ้น

วิธีการศึกษา

ประชากรเป้าหมาย

เยาวชนที่เข้าสู่กระบวนการยุติธรรมของศาลเยาวชนและครอบครัวกลาง อายุระหว่าง 12 - 18 ปี สามารถอ่านออกเขียนได้ในระดับที่พอสื่อสารเข้าใจได้ และเยาวชนหรือญาติต้องให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยการลงนาม โดยมีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามระหว่างเดือนเมษายน - พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ทั้งนี้ เยาวชนผู้เข้าสู่กระบวนการยุติธรรมทุกคนจะต้องมารายงานตัวที่ ทีมสหวิชาชีพของศาลเยาวชนและครอบครัวกลาง เยาวชนที่มีคุณสมบัติตรงเกณฑ์คัดเลือก ทีมผู้วิจัยจะติดต่อเพื่อเก็บข้อมูล โดยมีการชี้แจงขั้นตอนการเก็บข้อมูล การแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และการเก็บข้อมูลเป็นความลับให้แก่เยาวชนรับทราบ และเข้าใจ ทีมผู้วิจัยจะเป็นผู้แจกจ่ายแบบสอบถามให้แก่ผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและเป็นผู้เก็บเอกสารกลับมาเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือทั้งหมดในการศึกษานี้เป็นการวัดผลจากผู้เข้าร่วมวิจัยเอง (self-report) โดยมีเครื่องมือดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลพื้นฐาน ออกแบบโดยทีมผู้วิจัย ซึ่งเก็บข้อมูลเพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานความผิด ผู้ปกครองหลัก สถานภาพสมรส ของบิดามารดา รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน

2. แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว SCORE-15 ฉบับภาษาไทย (15-item Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation; SCORE-15) มีจำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นโดย Peter Stratton ที่พัฒนามาจากแบบ Score-40 สำหรับฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลและพัฒนาโดย นิดา ลิ้มสุวรรณ และ ธนาวดี ประชาสันต์ มีค่าความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ที่ 0.87 ประกอบด้วย 3 ด้านหลัก ได้แก่ จุดแข็งและการปรับตัว การเผชิญความยากลำบาก และการสื่อสารที่เป็นปัญหา ค่าคะแนนประเมินจะอยู่ในช่วงระหว่าง 15 - 75 คะแนน โดยค่าคะแนนต่ำจะบ่งชี้ว่ามีการทำหน้าที่ในครอบครัวได้ดี⁷

3. แบบประเมินพฤติกรรมเกร (conduct behavior) มีจำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ แบบสอบถามนี้ดัดแปลงเกณฑ์วินิจฉัย DSM-5 โดยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เกณฑ์วินิจฉัยคือ มีอาการทางพฤติกรรมที่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้อื่นหรือละเมิดกฎกติกาทางสังคมเกิดขึ้นซ้ำๆ อย่างต่อเนื่อง

ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา อย่างน้อย 3 ข้อจาก 15 ข้อ ซึ่งในงานวิจัยนี้ใช้การคัดกรองจากแบบสอบถามตามเกณฑ์ข้างต้นเป็นหลัก¹

4. ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย (Patient Health Questionnaire for Adolescents; PHQ-A) มีจำนวนคำถาม 9 ข้อ พัฒนาขึ้นโดยสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ มีค่าความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ที่ 0.88 งานวิจัยนี้ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าตัดที่มากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน¹¹

5. แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ฉบับภาษาไทย Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener V1.1 มีจำนวนคำถาม 6 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ Dr. Kessler พัฒนาร่วมกับองค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2005 เพื่อช่วยแพทย์ในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย สนทรรศ และคณะ ค่าดัชนีความแม่นยำเชิงเนื้อหา (content validation index-CVI) ของแบบสอบถาม ASRS ฉบับภาษาไทย มีค่าอยู่ระหว่าง 0.83 - 1.00 ค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 93 ค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 71 ค่าอำนาจการทำนายเชิงบวก (positive predictive value: PPV) เท่ากับ 0.62 และค่าอำนาจการทำนายเชิงลบ (negative predictive value: NPV) เท่ากับ 0.96 มีค่า internal consistency อยู่ที่ 0.80 โดยเกณฑ์ผลบวกตัดที่คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 4¹²

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่างๆ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน เพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว และภาวะพฤติกรรมเกรรุนแรง โดยใช้ Independent T-test และดูความสัมพันธ์ระหว่างภาวะพฤติกรรมเกรรุนแรงกับปัจจัยต่างๆ โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ของเพียร์สัน การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก และยังใช้การวิเคราะห์ตัวกลาง (mediation analysis) ซึ่งเป็นรูปแบบการวิเคราะห์ทางสถิติชนิดหนึ่งที่มีข้อมูลตั้งแต่ 3 ปัจจัยขึ้นไป โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์จากตัวแปรต้นเหตุไปสู่ผลลัพธ์ว่า ความสัมพันธ์ดังกล่าวผ่านกลไกโดยตัวแปรตัวกลางหรือไม่ ในงานวิจัยนี้ใช้ภาวะสมาธิสั้นเป็นตัวแปรตั้งต้น การทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นตัวแปรตัวกลาง และภาวะพฤติกรรมเกรรุนแรงเป็นผลลัพธ์¹³

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2567 (COA. No. MURA2024/130) โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายจะได้รับเอกสารชี้แจงการวิจัย และแสดงความสมัครใจก่อนตอบแบบสอบถาม

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

เด็กและวัยรุ่นที่เข้าสู่กระบวนการยุติธรรมของศาลเยาวชนและครอบครัวกลาง กรุงเทพมหานคร จำนวน 129 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 95.35 และเพศหญิง ร้อยละ 4.65 อายุเฉลี่ย 16.5 ปี มีการศึกษาาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 35.16 การศึกษาาระดับ ปวช. จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 23.44 นอกจากนี้พบว่าฐานความผิดส่วนใหญ่ คือ ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 50.79

รองลงมาเป็นฐานความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 ในจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีผู้กระทำผิดร่วมในฐานความผิดต่างๆ รวม 64 คน คิดเป็นร้อยละ 49.61 เด็กและวัยรุ่นส่วนใหญ่อยู่กับบิดาและมารดา ร้อยละ 66.67 และบิดามารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 53.49 รายได้รวมของครอบครัวอยู่ในช่วง 15,000 - 30,000 บาท และน้อยกว่า 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 45.16 และ 44.35 ตามลำดับ ในส่วนของภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรง มีจำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 57.81 ภาวะสมาธิสั้น 17 คน คิดเป็นร้อยละ 13.18 และภาวะซึมเศร้า 34 คน คิดเป็นร้อยละ 26.56 ดังตารางที่ 1

จากการศึกษาพบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวในเยาวชนที่เข้าสู่กระบวนการยุติธรรม มีคะแนนรวมเฉลี่ย 33.23 จากคะแนนเต็ม 75 โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การเผชิญความยากลำบาก มีค่าเฉลี่ย 12.67 คะแนน รองลงมาคือ การสื่อสารที่เป็นปัญหา จุดแข็งและการปรับตัว ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 10.44 และ 10.09 คะแนนตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงค่าจำนวนและร้อยละของข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	123	95.35
2. อายุ (ปี)		
ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
16.5814	1.499515	
3. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	0.78
ประถมศึกษา	17	13.28
มัธยมศึกษาตอนต้น	45	35.16
มัธยมศึกษาตอนปลาย	16	12.50
ปวช.	30	23.44
การศึกษานอกระบบ	19	14.84
4. ฐานความผิด		
ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย	64	50.79
ความผิดเกี่ยวกับเพศ	17	13.49
ความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน	21	16.67
ความผิดเกี่ยวกับอาวุธและวัตถุระเบิด	16	12.70
ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ	6	4.76
ความผิดอื่นๆ	2	1.59

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5. ผู้ปกครองหลัก		
บิดาและมารดา	86	66.67
บิดาหรือมารดา	35	27.13
ญาติพี่น้อง/คนรู้จักอื่นๆ	8	6.20
6. สถานภาพสมรสของบิดามารดา		
อยู่ด้วยกัน	69	53.49
แยกกันอยู่หรือหย่าร้าง	52	40.31
บิดาหรือมารดาเสียชีวิต	8	6.20
7. รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 15,000	55	44.35
15,000 – 30,000	56	45.16
30,001 – 50,000	10	8.06
มากกว่า 50,000	3	2.42
8. มีภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรง		
	74	57.81
9. มีภาวะสมาธิสั้น		
	17	13.18
10. มีภาวะซึมเศร้า		
	34	26.56

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัวแต่ละมิติ

การทำหน้าที่ของครอบครัว*	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
จุดแข็งและการปรับตัว	10.09	2.99
การเผชิญความยากลำบาก	12.67	2.95
การสื่อสารที่เป็นปัญหา	10.44	2.67
คะแนนรวมการทำหน้าที่ของครอบครัว	33.23	6.89

*คะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวที่สูงกว่า บ่งชี้ถึงการทำหน้าที่ของครอบครัวที่แย่กว่า

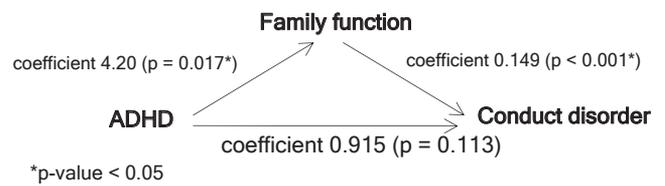
การวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรเดียว (univariate analysis) และ การวิเคราะห์คั่นกลาง (mediation analysis)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Independent sample T-test พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะพฤติกรรมเกรงุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.003 นั่นคือการทำหน้าที่ของครอบครัวในกลุ่มที่ไม่มีภาวะพฤติกรรมเกรงุนแรง มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มคนที่มีภาวะพฤติกรรมเกรงุนแรง (mean difference = -3.621) หมายความว่า กลุ่มคนที่ไม่มีภาวะพฤติกรรมเกรงุนแรง มีการทำหน้าที่ของครอบครัวดีกว่ากลุ่มคนที่มีภาวะพฤติกรรมเกรงุนแรง ดังแสดงในตารางที่ 4

ต่อมาทำการวิเคราะห์เพิ่มเติมในแต่ละด้านของการทำหน้าที่ของครอบครัว และพบว่ากลุ่มคนที่มีภาวะพฤติกรรมเกรงุนแรง มีการทำหน้าที่ของครอบครัวด้อยกว่าในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการสื่อสารที่เป็นปัญหาและการเผชิญความยากลำบาก ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.001 และ 0.010 ตามลำดับ ในขณะที่เดียวกันด้านจุดแข็งและการปรับตัวไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะพฤติกรรมเกรงุนแรง ($p = 0.144$) ดังแสดงในตารางที่ 3

เมื่อมีการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเกรงุนแรงกับปัจจัยอื่นๆ พบว่าตัวแปรอื่นที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพฤติกรรมเกรงุนแรงนั้นคือ อาการสมาธิสั้น ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.028$) ดังแสดงในตารางที่ 4 จึงนำตัวแปรสามตัวแปร ได้แก่ สมาธิสั้น การทำหน้าที่ของครอบครัว และภาวะพฤติกรรมเกรงุนแรง มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างกัน โดยใช้การวิเคราะห์คั่นกลาง (mediation analysis) ได้ผลดังรูปที่ 1

จากการวิเคราะห์คั่นกลางพบว่า สมาธิสั้นไม่มีผลโดยตรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะพฤติกรรมเกรงุนแรง ($p = 0.113$) แต่มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี ($p = 0.017$) และการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดีนำไปสู่ภาวะพฤติกรรมเกรงุนแรง ($p < 0.001$)



รูปที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์คั่นกลาง (mediation analysis)

วิจารณ์

การศึกษานี้มีจุดประสงค์เพื่อวิเคราะห์การทำหน้าที่ของครอบครัว และหาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ดังกล่าวกับภาวะพฤติกรรมเกรงุนแรง ในกลุ่มเยาวชนผู้เข้าสู่กระบวนการยุติธรรมของศาลเยาวชนและครอบครัวกลาง จำนวน 129 คน โดยพบว่าในกลุ่มเยาวชนผู้กระทำผิดมีภาวะพฤติกรรมเกรงุนแรง ความชุก ร้อยละ 57.81 ซึ่งไม่ได้มีความแตกต่างจากที่พบในประเทศอื่น² เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัว พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวในกลุ่มที่มีภาวะพฤติกรรมเกรงุนแรง มีคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวทุกด้านสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะพฤติกรรมเกรงุนแรง หมายความว่า เยาวชนที่มีการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดีจะพบภาวะพฤติกรรมเกรงุนแรงมากกว่า อย่างไรก็ตาม ค่าความแตกต่างของการทำหน้าที่ของครอบครัวระหว่างสองกลุ่มอยู่ที่ -3.621 จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน ซึ่งแม้มีความแตกต่างทางสถิติแต่อาจแตกต่างในทางคลินิกไม่มากนัก และเมื่อวิเคราะห์ในแต่ละด้านของการทำหน้าที่ของครอบครัว พบว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมเกรงุนแรงมีด้านการสื่อสารที่เป็นปัญหาและการเผชิญความยากลำบาก แย่กว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะพฤติกรรมเกรงุนแรง ทั้งนี้จากทฤษฎีการควบคุมทางสังคมอธิบายไว้ว่าครอบครัวที่มีความผูกพัน ความใกล้ชิด และระเบียบวินัย จะสามารถควบคุมพฤติกรรมเกรงุนแรงได้ดีกว่า จึงสนับสนุนข้อค้นพบในการศึกษานี้ว่าครอบครัวที่มีการสื่อสารที่ดีและมี

ความสามารถในการจัดการปัญหา จะสามารถควบคุมวุ่นวายให้อยู่ในระเบียบวินัยได้¹⁴

เมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาพฤติกรรมในการศึกษาอื่นๆ พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน การศึกษาของ ณิชชา จันทร์ประเสริฐ และ นิดา ลิ้มสุวรรณ¹⁵ พบว่า

การทำหน้าที่ของครอบครัวในกลุ่มผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นแยกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคทางกายหรือในเด็กที่มีภาวะออทิสซึม¹⁶ ก็มีปัญหาพฤติกรรมมากกว่าในกลุ่มที่มีการทำหน้าที่ของครอบครัวไม่ดี นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่สนับสนุนว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดีมีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาการสมาธิสั้น¹⁷ ซึ่งเน้นย้ำ

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวแต่ละด้านกับภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรง

Family function	Value			p-value
	Mean	SD	(95% CI)	
1. Strength and adaptability				
No conduct	9.611	3.152	(8.750, 10.471)	0.144
Conduct	10.391	2.827	(9.736, 11.046)	
Difference	-0.780		(-1.832, 0.270)	
2. Overwhelming by difficulties				
No conduct	11.886	2.846	(11.102, 12.671)	0.010*
Conduct	13.243	2.927	(12.565, 13.921)	
Difference	-1.356		(-2.387, -0.325)	
3. Communication				
No conduct	9.480	2.437	(8.802, 10.159)	< 0.001*
Conduct	11.109	2.653	(10.490, 11.728)	
Difference	-1.628		(-2.550, -0.706)	

*p-value < 0.05

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะพฤติกรรมเกรงกับปัจจัยต่างๆ

ปัจจัย	ภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรง		รวม	p-value
	ไม่มี	มี		
1. ฐานความผิด				
ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย	22	41	63	0.622
ความผิดเกี่ยวกับเพศ	10	7	17	
ความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน	9	12	21	
ความผิดเกี่ยวกับอาวุธและวัตถุระเบิด	7	9	16	
ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ	3	3	6	
ความผิดอื่นๆ	1	1	2	
รวม	52	73	125	
2. ภาวะซึมเศร้า				
ไม่มี	41	52	93	0.555
มี	13	21	34	
รวม	54	73	127	

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะพฤติกรรมเกรี้ยวกับปัจจัยต่างๆ (ต่อ)

ปัจจัย	ภาวะพฤติกรรมเกรี้ยวรุนแรง		รวม	p-value
	ไม่มี	มี		
3. ผู้ปกครองหลัก				
บิดาและมารดา	36	49	85	0.961
	42.35	57.65	100	
บิดาหรือมารดา	15	20	35	
	42.86	57.14	100	
ญาติพี่น้อง/คนรู้จักอื่นๆ	3	5	8	
	37.50	62.50	100	
รวม	54	74	128	
	42.19	57.81	100	
4. สถานภาพสมรสของบิดามารดา				
อยู่ด้วยกัน	31	37	68	0.235
	45.59	54.41	100	
แยกกันอยู่หรือหย่าร้าง	18	34	52	
	34.62	65.38	100	
บิดาหรือมารดาเสียชีวิต	5	3	8	
	62.50	37.50	100	
รวม	54	74	128	
	42.19	57.81	100	
5. รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (บาท)				
น้อยกว่า 15,000	24	31	55	0.850
	43.64	56.36	100	
15,000 – 30,000	24	31	55	
	43.64	56.36	100	
30,001 – 50,000	3	7	10	
	30.00	70.00	100	
มากกว่า 50,000	1	2	3	
	33.33	66.67	100	
รวม	52	71	123	
	42.28	57.72	100	

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะพฤติกรรมเกรงกับปัจจัยต่างๆ (ต่อ)

ปัจจัย	ภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรง		รวม	p-value
	ไม่มี	มี		
6. สมာธิสั้น				
ไม่มี	51	60	111	0.028*
	45.95	54.05	100	
มี	3	14	17	0.003*
	17.65	82.35	100	
รวม	54	74	128	0.003*
	42.19	57.81	100	
7. การทำหน้าที่ของครอบครัว				
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean diff.	0.003*
	31.076 (6.905)	34.698 (6.541)	-3.621	

*p-value < 0.05

ความสำคัญของการทำหน้าที่ของครอบครัวในการควบคุมปัญหาด้านพฤติกรรมภายนอก (externalizing behavior) ไม่เฉพาะแค่ในภาวะใดภาวะหนึ่งอีกด้วย

มีรายงานก่อนหน้านี้ว่าสมาธิสั้นมีผลต่อภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรง¹⁸ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างสมาธิสั้นและภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรง แต่เมื่อวิเคราะห์คั่นกลางพบว่า สมาธิสั้นมีผลโดยอ้อมต่อภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรงผ่านทางการทำหน้าที่ของครอบครัว ซึ่งแสดงให้เห็นว่าภาวะสมาธิสั้นเพียงปัจจัยเดียวไม่น่าจะนำไปสู่ภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรง แต่การทำหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดีส่งผลร่วมกับภาวะสมาธิสั้น ทำให้เกิดภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรงได้ ซึ่งการศึกษานี้เป็นการขยายผลการศึกษาในอดีตที่พบความสัมพันธ์ระหว่างสมาธิสั้นกับภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรง¹⁸ แต่ไม่ได้มีการวัดการทำหน้าที่ของครอบครัวร่วมด้วย ดังนั้นการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการทำหน้าที่ของครอบครัวในฐานะตัวแปรคั่นกลางระหว่างสมาธิสั้นและภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรงดังกล่าว

จุดแข็งของการศึกษานี้เป็นข้อมูลแรกในประเทศไทยที่ทำกับประชากรกลุ่มเยาวชนผู้เข้าสู่กระบวนการยุติธรรมของศาลเยาวชนและครอบครัวกลาง กรุงเทพมหานคร ซึ่งข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากการศึกษาสามารถสะท้อนภาพของกลุ่มประชากรนี้ในประเทศไทย เนื่องจากผู้วิจัยติดต่อขอเก็บข้อมูลจากเยาวชนทุกคนในกระบวนการของศาลที่มีคุณสมบัติตรงเกณฑ์คัดเข้า

และสามารถเทียบลักษณะประชากรได้กับข้อมูลทั่วประเทศ ในรายงานสถิติคดีปี 2567 ของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน¹⁹ โดยการศึกษาเน้นไปที่ความสำคัญของการทำหน้าที่ของครอบครัว นอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นการทำหน้าที่เป็นตัวแปรคั่นกลางระหว่างภาวะสมาธิสั้นและภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้^{4-6,20} และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory)²¹ ช่วยอธิบายความซับซ้อนของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ได้ชัดเจนมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ เรื่องการไม่ได้เก็บข้อมูลในเรื่องของลักษณะของครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน ความฉลาดทางเชาว์ปัญญา และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ที่อาจเป็นปัจจัยรบกวนของภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรง⁴ ทั้งนี้แบบสอบถามที่ใช้เป็น self-report อาจมีข้อจำกัดเรื่องความน่าเชื่อถือ เนื่องจากผู้ถูกสอบถามอาจไม่ตอบตามความเป็นจริง นอกจากนี้ยังเป็นการศึกษาแบบตัดขวาง เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามในระยะเวลาเดียวกัน จึงควรมีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวในระยะยาว เพื่อสนับสนุนสมมติฐานที่ได้ตั้งในอนาคตต่อไป

สรุป

การศึกษานี้เน้นย้ำความสำคัญของการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผลต่อภาวะพฤติกรรมเกรงรุนแรง ในกลุ่มเยาวชนผู้เข้าสู่กระบวนการยุติธรรมของศาลเยาวชนและครอบครัวกลาง ซึ่งองค์ความรู้นี้จะสามารถนำไปใช้ในการพัฒนานโยบายเพื่อดูแล

ประชากรกลุ่มนี้ในแง่การส่งเสริมทักษะการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยเฉพาะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการเผชิญปัญหา ในครอบครัว การบำบัดครอบครัวในกระบวนการยุติธรรมได้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์และครอบครัวกลาง กรุงเทพมหานคร ที่อนุญาตให้คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูล และเข้าถึง ข้อมูลที่จำเป็นในงานวิจัย นักจิตวิทยาที่ศาลที่ให้ความอนุเคราะห์ ในการเก็บข้อมูลและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี เจ้าหน้าที่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล สำหรับการให้คำปรึกษาด้านวิจัยงานวิจัย สำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบคุณงานวิจัยที่ผู้วิจัยได้อ้างอิงถึง ทั้งนี้ การศึกษานี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากแหล่งใด

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

คณะผู้วิจัยไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ธมลวรรณ สนแดง: การออกแบบการศึกษา การเก็บ ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ และการตรวจสอบ แก้ไขบทความ; มชฐา ทองปาน: การออกแบบการศึกษา การเก็บ ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการตรวจสอบแก้ไขบทความ; มนต์ สูงประสิทธิ์, ศิริไชย หงษ์สงวนศรี: ติดต่อประสานงานโครงการ; สุวรรณี พุทธิศรี, พลิตรา ธรรมโชติ, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, ณัฏฐวรรณ จงรักภักดี: ออกแบบแบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูล และช่วยวิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed, text rev. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2022.
2. Xie Q, Bi T, Luo W, Li X, Yang B, Kou H. The prevalence and risk factors of conduct disorder among juvenile delinquents in China. *Humanit Soc Sci Commun* 2024;11(1):278.
3. Henggeler SW, Sheidow AJ. Conduct disorder and delinquency. *J Marital Fam Ther* 2003;29(4):505-22.
4. Murray J, Farrington DP. Risk factors for conduct disorder and delinquency: key findings from longitudinal studies. *Can J Psychiatry* 2010;55(10):633-42.
5. Epstein NB, Bishop DS, Baldwin LM. McMaster model of family functioning: a view of the normal family. In: Walsh F, editor. *Normal family processes*. New York: Guilford Press; 1982.
6. Loeber R, Stouthamer-Loeber M. Family factors as correlates and predictors of juvenile conduct problems and delinquency. *Crime Justice* 1986;7:29-149.
7. Limsuwan N, Prachason T. Psychometric properties of the SCORE-15 Thai version and its relationship with mental health index. *J Fam Ther* 2022;44(2):299-312.
8. Carr A, Stratton P. The score family assessment questionnaire: a decade of progress. *Fam Process* 2017;56(2):285-301.
9. Rohany N, Ahmad Zamani Z, Khairudin R, Wan Sulaiman WS. Family functioning, self-esteem, self-concept and cognitive distortion among juvenile delinquents. *Soc Sci* 2011;6:155-63.
10. Folk JB, Brown LK, Marshall BDL, Ramos LMC, Gopalakrishnan L, Koinis-Mitchell D, et al. The prospective impact of family functioning and parenting practices on court-involved youth's substance use and delinquent behavior. *J Youth Adolesc* 2020;49(1):238-51.
11. Levis B, Benedetti A, Thombs BD. Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *BMJ* 2019;365:l1476.
12. Bussaratit S. Reliability and validity study of adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) screener v1.1 Thai version. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2016;61(2):145-54.
13. Boonrampai K, Supannachaiyamat R. Mediation analysis. *J Health Sci Thai* 2024;33(1):3-4.
14. Sogar C. The influence of family process and structure on delinquency in adolescence—an examination of theory and research. *J Hum Behav Soc Environ* 2017;27(3):206-14.
15. Janprasert N, Limsuwan N. Family functioning and caregiver stress in Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD) comparing to non-chronic physical illness. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2024;69(2):160-8.
16. Sikora D, Moran E, Orlich F, Hall TA, Kovacs EA, Delahaye J. The relationship between family functioning and behavior problems in children with autism spectrum disorders. *Res Autism Spectr Disord* 2013;7(2):307-15.
17. Choksomngam Y, Jiraporncharoen W, Pinyopornpanish K, Narkpongphun A, Ongprasert K, Angkurawaranon C. Associations between family functioning and symptoms of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): a cross-sectional study. *Healthcare (Basel)* 2022;10(8):1502.
18. Mannuzza S, Klein RG, Abikoff H, Moulton lii JL. Significance of childhood conduct problems to later development of conduct disorder among children with ADHD: a prospective follow-up study. *J Abnorm Child Psychol* 2004;32(5):565-73.
19. Department of Juvenile Observation and Protection. Annual case statistics report: fiscal year 2024. Bangkok: Department of Juvenile Observation and Protection; 2024.
20. Woolfenden SR, Williams K, Peat JK. Family and parenting interventions for conduct disorder and delinquency: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Arch Dis Child* 2002;86(4):251-6.
21. Bandura A, Walters RH. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1977.

การศึกษาความเป็นไปได้และผลของโปรแกรมกลุ่มฝึกทักษะทางสังคมในวัยรุ่นออทิสติกที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

รุจยา จันทรวงษ์*, จิรดา ประสาทพรศิริโชค*, ชุตินณท์ บัญญาคำ**, จุฑามาศ มงคลอำนาจ***, ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ศูนย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ แก่ไขความพิการบนใบหน้าและศีรษะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

***หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ฝ่ายจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาโปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมรูปแบบกลุ่มและศึกษาความเป็นไปได้ รวมถึงผลของโปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมรูปแบบกลุ่ม ในผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติก อายุ 11 - 18 ปี ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาวิจัยนำร่องเพื่อพัฒนาโปรแกรมกลุ่มฝึกทักษะทางสังคมในวัยรุ่นออทิสติก อายุ 11 - 18 ปี จากการผสมผสานระหว่างการฝึกทักษะทางสังคมด้วยหลักการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกจัดการอารมณ์ด้วยหลักการบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติ ศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม - 30 กันยายน 2567 โดยโปรแกรมใช้ระยะเวลา 90 นาที/ครั้ง/สัปดาห์ ติดต่อกัน 8 สัปดาห์

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมจากอัตราการเข้าร่วมโปรแกรม และคะแนนความพึงพอใจของอาสาสมัคร ผู้ปกครองและผู้ฝึกสอน และประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมด้วยแบบประเมินทักษะทางสังคม Social Skill Questionnaire (SSQ) ซึ่งประเมินผล 3 ครั้ง ได้แก่ ช่วงก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 วิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติ Friedman's two-way analysis of variance by rank test

ผลการศึกษา อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมด 14 คน อายุเฉลี่ย 13.5 ปี อัตราเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้งอยู่ในช่วง 78.6% - 100% มีอาสาสมัคร 1 คน ออกจากโปรแกรมระหว่างการฝึกศึกษา คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยต่อโปรแกรมจากอาสาสมัคร ผู้ปกครอง และผู้ฝึกสอน อยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อเทียบการเปลี่ยนแปลงของค่ามัธยฐานคะแนนทักษะทางสังคม ก่อนเข้าร่วมกับหลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 พบว่าคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.002$) โดยผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความเห็นว่าทักษะทางสังคมของอาสาสมัครที่พัฒนามากที่สุดหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ การรับรู้ และควบคุมอารมณ์ การสื่อสารด้วยภาษาท่าทาง และการเข้าหาเพื่อน

สรุป โปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมรูปแบบกลุ่มสำหรับวัยรุ่นออทิสติกมีความเป็นไปได้ และอาจมีผลช่วยเพิ่มทักษะทางสังคมให้กับวัยรุ่นออทิสติกในระยะสั้นได้จริง

คำสำคัญ โปรแกรมกลุ่มฝึกทักษะทางสังคม วัยรุ่น ออทิสติก ทักษะทางสังคม

Corresponding author: ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail: Nuttom.P@chula.ac.th

วันรับ 12 พฤศจิกายน 2567 วันแก้ไข 6 มกราคม 2568 วันตอบรับ 6 มกราคม 2568

The Feasibility and Effects of a Social Skills Group Training Program for Adolescents with Autism Spectrum Disorder Receiving Outpatient Care at King Chulalongkorn Memorial Hospital

Rutjaya Juntarawong*, Jirada Prasartpornsirichoke*, Chutimon Panyakham**, Jutamas Mongkonamnad***, Nuttorn Pityaratstian*

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

**Princess Sirindhorn Craniofacial Center, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Redcross Society

***Unit of Child and Adolescent Psychiatry, Department of Psychiatry, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Redcross Society

ABSTRACT

Objective: To evaluate the feasibility and effects of a social skills group training program for adolescents with autism spectrum disorder (ASD) receiving outpatient care at King Chulalongkorn Memorial Hospital.

Methods: This pilot study enrolled adolescents with ASD aged 11 - 18 years old in a social skills group training program called "Chulalongkorn's Best Friend Forever (CU-BFF)". The program was developed by integrating cognitive behavior therapy (CBT) and mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and consisted of eight weekly 90-minute sessions from March 1st to September 30th, 2024. Feasibility was evaluated by attendance rate and satisfaction scale from participants, parents, and instructors. The effects were measured using the Social Skill Questionnaire (SSQ) at baseline, mid-program (4th week), and post-program (8th week). Friedman's two-way analysis of variance by rank test was used to analyze the data.

Results: There were 14 participants enrolled in the program. The median age of participants was 13.5 years. 13 out of 14 participants (92.7%) remained at the end of the program. The session attendance rates ranged from 78.6% - 100%. High levels of average satisfaction scale from participants, parents, and instructors. The median SSQ score significantly increased from baseline to mid-program and post-program ($P = 0.002$), indicating an improvement in social skills among the participants in short-term follow-up. Most parents also reported remarkable improvement in participants' emotional regulation, non-verbal communication, and peer engagement skills after the program.

Conclusion: A social skills group training program for adolescents with autism spectrum disorder (CU-BFF program) is feasible and may improve social skills in adolescents with autism spectrum disorder in short-term follow-up

Keywords: social skills training program, adolescents, autism spectrum disorder, social skills

Corresponding author: Nuttorn Pityaratstian

E-mail: Nuttorn.P@chula.ac.th

Received: 12 November 2024 Revised: 6 January 2025 Accepted: 6 January 2025

บทนำ

ออทิสติก (autism spectrum disorder; ASD) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของพัฒนาการระบบประสาท (neurodevelopmental disorder) โดยอาการหลักประกอบด้วย ความบกพร่องทางด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การสื่อสารทั้งการใช้ภาษาพูดและภาษากาย และพฤติกรรมหรือความสนใจที่จำกัดหรือเป็นรูปแบบเดิมซ้ำๆ โดยจากข้อมูลทางระบาดวิทยา The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) พบว่าความชุกของโรคออทิสติกในเด็กทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปี 2012 ที่พบประมาณ 1 ต่อ 69 คน เป็น 1 ต่อ 36 คน ในปี 2020¹ โดยพบในเด็กผู้ชายมากกว่าเด็กผู้หญิงประมาณ 4 เท่า ระดับความบกพร่องของทักษะทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่บ่งบอก ความรุนแรงของโรคออทิสติก โดยทักษะทางสังคมในบริบทนี้ หมายถึงความสามารถของบุคคลในการสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์ กับผู้อื่น เพื่อปรับตัวให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคม²⁻⁴ ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการออทิสติกมักจะแสดงอาการบกพร่องทักษะ ทางสังคมชัดเจนมากขึ้นในช่วงที่เข้าสู่วัยรุ่น เนื่องจากความต้องการ ทางสังคมที่เพิ่มขึ้นตามวัยจนเกินขีดความสามารถของผู้ป่วย⁵ นอกจากนี้ การศึกษาก่อนหน้านี้ยังพบว่าระบบประสาทของผู้ป่วย ออทิสติกมีการเชื่อมโยงของวงจรรับรู้และการตีความอารมณ์ ที่บกพร่อง⁶ จึงทำให้ไม่สามารถตอบสนองทางอารมณ์ได้อย่าง เหมาะสม ร่วมกับช่วงวัยรุ่นที่มีอารมณ์แปรปรวนและสมองส่วน ควบคุมอารมณ์ยังพัฒนาได้ไม่สมบูรณ์⁷ จึงส่งผลต่อการพัฒนา ทักษะทางสังคมด้วยในอีกทางหนึ่ง

ความบกพร่องทางทักษะทางสังคมส่งผลต่อการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและปัญหาทางอารมณ์ของผู้ป่วย เช่น ภาวะเครียด ซึมเศร้า วิตกกังวล ซึ่งส่งผลต่อเนื่องไปยังปัญหา พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การทำร้ายตัวเอง หรือการแยกตัว ออกจากสังคม^{8,9} โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นออทิสติกที่มีสติปัญญา ระดับปกติมักพบอัตราของโรคร่วมทางจิตเวชสูงกว่ากลุ่มที่มี สติปัญญาต่ำกว่าระดับปกติ¹⁰ ซึ่งโรคร่วมทางจิตเวชในกลุ่มวัยรุ่น ออทิสติกจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันทั้งด้านการเรียน และความสัมพัทธ์กับผู้อื่นมากขึ้น ดังนั้นแล้วการพัฒนาทักษะ ทางสังคมในกลุ่มวัยรุ่นออทิสติกจะส่งผลดีต่อสุขภาพทางจิตสังคม รวมถึงความสำเร็จในการเรียนและการทำงาน¹¹ และจากที่กล่าว ข้างต้นว่าการควบคุมและตอบสนองทางอารมณ์ที่บกพร่อง ในผู้ป่วยออทิสติกวัยรุ่นเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาทักษะทางสังคม ดังนั้นการเสริมทักษะในการควบคุมอารมณ์จึงเป็นส่วนสำคัญ

ที่ทำให้การพัฒนาทักษะทางสังคมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ผลเพิ่ม มากขึ้น

การศึกษาวิจัยในต่างประเทศก่อนหน้านี้นี้พบว่าโปรแกรม ฝึกทักษะทางสังคมรูปแบบกลุ่มสำหรับเด็กและวัยรุ่นออทิสติก มีผลช่วยเพิ่มทักษะทางสังคมของผู้เข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ไม่ว่าจะเป็นการประเมินโดยผู้ปกครอง หรือโดยผู้เข้าร่วมเอง นอกจากนี้ในบางการศึกษายังพบว่า โปรแกรมกลุ่มฝึกทักษะทางสังคมส่งผลให้อาการผิดปกติทาง อารมณ์และพฤติกรรมมีแนวโน้มลดลงอีกด้วย ตัวอย่างคู่มือ โปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมในวัยรุ่นออทิสติกที่ถูกนำไปใช้ใน หลายประเทศ เช่น Program for the Education and Enrichment of Relational Skills (PEERS)¹² และ KONTAKT¹³ เป็นต้น สำหรับ ประเทศไทยก็มีการศึกษาความเป็นไปได้และประสิทธิผล ของโปรแกรมฝึกทักษะทางสังคม PEERS ฉบับภาษาไทยในเด็ก วัยรุ่นไทยที่เป็นโรคออทิสติก¹⁴ ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรม การปรับตัว โดยเฉพาะทักษะด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านสังคม และด้านการใช้ชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และ การวิเคราะห์เชิงอภิमान (systematic review and meta-analysis) พบว่าองค์ประกอบร่วมของแต่ละโปรแกรมที่มีผลช่วยเพิ่มทักษะ ทางสังคม¹⁵ ได้แก่ โครงสร้างของโปรแกรมที่เป็นรูปแบบชัดเจน การสอนเนื้อหาอย่างเป็นรูปธรรม การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองหรือ เพื่อนในโปรแกรม และการบ้านที่ให้นำไปฝึกใช้ในสถานการณ์จริง ทฤษฎีส่วนใหญ่ที่ใช้ในโปรแกรม ได้แก่ หลักการบำบัดทางความ คิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy; CBT) และการประยุกต์ใช้พฤติกรรมบำบัดในการปรับพฤติกรรม (applied behavior analysis; ABA) สำหรับเนื้อหาที่พบร่วมกันในแต่ละ งานวิจัย เช่น ทักษะในการสนทนา การสื่อสารแบบอวัจนภาษา การเลือกคบเพื่อน การรับมือกับการกลั่นแกล้ง และการแก้ปัญหา เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีโปรแกรมฝึกการควบคุมอารมณ์ในผู้ป่วย ออทิสติกวัยรุ่นอย่าง The Emotional Awareness and Skill Enhancement (EASE) program¹⁶ ซึ่งใช้ทฤษฎีการบำบัด ความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติ (mindfulness based cognitive therapy; MBCT) ร่วมกับการลดความเครียดด้วยการรับรู้สติ (mindfulness based stress reduction; MBSR) โดยเน้นที่การรับรู้ อารมณ์โดยไม่ตัดสิน ซึ่งพบว่าผลของโปรแกรมช่วยลดความบกพร่อง ในการควบคุมอารมณ์ของผู้เข้าร่วมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶

สำหรับในประเทศไทยยังไม่เคยมีโปรแกรมที่ผสมผสานระหว่างการฝึกทักษะทางสังคมด้วยองค์ประกอบร่วมดังกล่าวข้างต้นกับการฝึกการควบคุมอารมณ์มาก่อน คณะผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมรูปแบบกลุ่มสำหรับวัยรุ่นออทิสติกโดยนำองค์ประกอบร่วมที่ได้ผลจากการศึกษาก่อนหน้ามาผนวกกับการฝึกการควบคุมอารมณ์ และทำการศึกษานำร่องเพื่อหาความเป็นไปได้ (feasibility pilot study) และผลของโปรแกรมในกลุ่มวัยรุ่นออทิสติกที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยใช้ชื่อโปรแกรมว่า “Chulalongkorn’s Best Friend Forever” หรือ “CU-BFF” ซึ่งเป็นโปรแกรมรูปแบบเฉพาะที่ช่วยเพิ่มทักษะทางสังคมให้กับเด็กวัยรุ่นออทิสติก

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยนำร่องมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมรูปแบบกลุ่มและศึกษาความเป็นไปได้ รวมถึงผลของโปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมรูปแบบกลุ่มในวัยรุ่นออทิสติกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยทำการศึกษาดังตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม - 30 กันยายน 2567 และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หมายเลขอ้างอิง 0308/2024

การวิจัยนำร่องนี้กำหนดขนาดตัวอย่างจำนวน 12 คน โดยใช้วิธีการกำหนดขนาดตัวอย่างอย่างง่าย (rule of thumb) ซึ่งอ้างอิงจากการศึกษาของ Julious SA¹ ที่แนะนำว่าขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 12 คน สำหรับงานวิจัยนำร่องแบบทดลองเพียงพอที่จะอธิบายผลความเป็นไปได้ ค่าเฉลี่ยและความแปรปรวนของการวิจัย ทั้งนี้คณะผู้วิจัยได้ทำการวิจัยแบบกึ่งทดลองที่ไม่มีกลุ่มควบคุม (quasi-experimental study) เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมโดยเปรียบเทียบช่วงก่อน (baseline) ระหว่าง (สัปดาห์ที่ 4) และหลัง (สัปดาห์ที่ 8) ทำโปรแกรมกลุ่มฝึกทักษะสังคม (intervention)

คณะผู้วิจัยเข้าถึงอาสาสมัครโดยการประชาสัมพันธ์งานวิจัยภายในหน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นกับอาจารย์จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น แพทย์ประจำบ้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และนักจิตวิทยาคลินิก ที่มีผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกอยู่ในความดูแล เพื่อแนะนำโครงการวิจัยกับอาสาสมัคร และประชาสัมพันธ์ผ่านโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และแผนกกุมารพัฒนาการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย (inclusion criteria) ได้แก่ 1) มีอายุระหว่าง 11 - 18 ปี 2) กำลังศึกษาในระบบโรงเรียน โดยระดับชั้นเรียนจริงต่างจากระดับชั้นเรียนที่ควรจะเป็นตามอายุไม่เกิน 2 ปี 3) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคออทิสติก (autism spectrum disorder) ตามเกณฑ์วินิจฉัยของ DSM-V (Code: F84.0) หรือมีอาการสงสัยว่าเข้าได้กับโรคออทิสติกที่ได้รับการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการรับรอง (certified) เช่น จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น หรือกุมารแพทย์ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 5) สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้คล่อง 6) สามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมกับวัยได้ 7) ไม่มีควมบกพร่องทางการได้ยิน ทางการมองเห็น หรือความพิการทางร่างกาย 8) ผู้ปกครองที่มีส่วนร่วมในโปรแกรมฝึกทักษะสังคมสามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย (exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีประวัติโรคทางจิตเวชที่รุนแรง ได้แก่ โรคจิตเภท (schizophrenia) โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) โรคซึมเศร้ารุนแรงที่มีความคิดฆ่าตัวตาย หรือกลุ่มโรคทางจิตเภทอื่นๆ (other psychotic disorders) 2) อยู่ในระหว่างการฝึกทักษะทางสังคมรูปแบบกลุ่มในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา หรือเคยเข้าร่วมโปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมภายในระยะเวลา 6 เดือน และเกณฑ์การถอนอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย (withdrawal criteria) ได้แก่ 1) ผู้เข้าร่วมวิจัยขอออกจากโครงการวิจัยก่อนการวิจัยจะสิ้นสุด 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยขาดการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มติดต่อกันอย่างน้อย 2 ครั้ง

หลังจากอาสาสมัครและผู้ปกครองให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (informed consent) ผู้ปกครองจะได้เข้าร่วมกลุ่ม Line official account โครงการ CU-BFF เพื่อแจ้งเกี่ยวกับการนัดหมายเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและแจ้งเกี่ยวกับกิจกรรมที่ฝึกแต่ละครั้ง รวมถึงจุดแข็งและข้อจำกัดของเด็กที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาเพิ่มเป็นรายบุคคลหลังจบกิจกรรมแต่ละสัปดาห์ ร่วมกับเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยออกแบบเอง ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยรุ่น เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษาในโรงเรียน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคออทิสติก โรคร่วม การรักษาที่ผ่านมา และข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ผู้ปกครองอยู่กับเด็กวัยรุ่น (จำนวนวัน/สัปดาห์) โดยผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

1. โปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมแบบกลุ่มในวัยรุ่นออทิสติก (CU-BFF)

โปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมแบบกลุ่มในวัยรุ่นออทิสติก (CU-BFF) พัฒนาขึ้นโดยคณะผู้วิจัย มีกระบวนการระบุหลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะงานทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์หือภิมานของโปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมรูปแบบกลุ่มในเด็กและวัยรุ่นออทิสติก ที่รวบรวมงานวิจัยประเภท RCT ทั้งหมด 19 งานวิจัย การระบุแนวคิดทฤษฎีหลักที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมจากองค์ประกอบร่วมที่มีผลเพิ่มทักษะทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy: CBT)¹⁸ ซึ่งประกอบด้วย การให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) การทำกิจกรรมเพื่อบำบัดความคิดและพฤติกรรม การให้ผู้เข้าร่วมให้ข้อมูลย้อนกลับหลังจบกิจกรรม การมอบหมายการบ้าน การตระหนักถึงอารมณ์และความคิด การเล่นบทบาทสมมติ (role play) และการฝึกซ้อมพฤติกรรม (behavioral rehearsal) การปรับพฤติกรรมด้วยทฤษฎีพฤติกรรมบำบัด (applied behavioral analysis: ABA) ซึ่งจะมีการสอนและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรม การเสริมแรงเชิงบวก และเสริมโอกาสเพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้จริง การบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติ (mindfulness based cognitive therapy: MBCT) และการลดความเครียดด้วยการรับรู้สติ (mindfulness based stress reduction: MBSR) จากโปรแกรมฝึกการควบคุมอารมณ์ (emotional awareness and skills enhancement: EASE program)

คณะผู้วิจัยได้ออกแบบคู่มือโปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมรูปแบบกลุ่มที่บูรณาการกระบวนการบำบัดต่างๆ ข้างต้น โดยโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม (session) ครั้งละ 90 นาที จัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 8 ครั้ง โดยหัวข้อกิจกรรมและเป้าหมายของกิจกรรมได้แสดงไว้ในตารางที่ 1 ทั้งนี้ ในกิจกรรมจะมีผู้ฝึกสอนหลัก จำนวน 2 คน ประกอบด้วยผู้วิจัยและนักจิตวิทยาคลินิกหนึ่งท่าน ซึ่งอยู่ในทีมผู้วิจัยที่ผ่านการศึกษาคำแนะนำคู่มือโปรแกรมและฝึกอบรมร่วมกันแล้ว ทั้งนี้ การทำกิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้ง ผู้ฝึกสอนจะเป็นคนเดิมทุกครั้ง รวมถึงในคู่มือโปรแกรมจะมีใบรายการแสดงลำดับขั้นตอนและองค์ประกอบของการทำกลุ่มแต่ละครั้ง ให้ผู้ฝึกสอนดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามลำดับและตรวจสอบร่วมกัน เพื่อให้มาตรฐานในการฝึกทักษะทางสังคมแต่ละครั้งใกล้เคียงกันมากที่สุด

โครงสร้างของโปรแกรมกลุ่มแต่ละครั้งประกอบด้วย

- 1) การทักทายและการทบทวน (5 นาที) ในกิจกรรมกลุ่มครั้งแรกเป็นการแนะนำตัวทำความรู้จักกับเพื่อน ส่วนกิจกรรมกลุ่มครั้งถัดไปเป็นการทบทวนการเรียนรู้และการบ้านของครั้งก่อน
- 2) การสอนบทเรียน (20 - 25 นาที) สอนเกี่ยวกับทักษะทางสังคมในแต่ละหัวข้อ และผู้ฝึกสอนสาธิตในเชิงรูปธรรม
- 3) การทำกิจกรรมกลุ่มตามหัวข้อ (40 - 45 นาที) ซึ่งประกอบด้วยการเล่นบทบาทสมมติ การฝึกซ้อมพฤติกรรม และการใช้เกมส์สร้างปฏิสัมพันธ์ที่สอดคล้องกับเนื้อหาในหัวข้อนั้นๆ
- 4) การสะท้อนความคิดและการให้ข้อมูลย้อนกลับในกลุ่ม (5 - 10 นาที) ให้ผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็น สิ่งที่ได้เรียนรู้ และสิ่งที่ต้องการพัฒนา
- 5) การสรุปและมอบหมายการบ้าน (5 นาที) ผู้ฝึกสอนสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรม และมอบหมายการบ้านสำหรับกลับไปฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง รวมถึงมีการเก็บคะแนนจากการส่งการบ้าน การเข้าร่วมกิจกรรม และการทำตามกฎในกลุ่ม โดยอาสาสมัครที่ได้คะแนนสูงสุดสามอันดับแรกจะได้รับรางวัลจากผู้ฝึกสอนหลังสิ้นสุดโปรแกรม

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำคู่มือโปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมไปตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและโครงสร้าง ตามเกณฑ์ Index of Item Objective Congruence (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นอาจารย์จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.0

2. ผลลัพธ์ที่ต้องการศึกษา

2.1 ความเป็นไปได้ของโปรแกรม (feasibility) ประเมิน

ด้วยการเก็บข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลคุณภาพ ดังนี้

- 1) อัตราของอาสาสมัครที่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้จริง (recruitment rate) และระยะเวลาตั้งแต่เปิดรับอาสาสมัคร จนกระทั่งได้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมครบตามจำนวนที่กำหนด
- 2) อัตราของอาสาสมัครที่เข้าร่วมในกิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้ง
- 3) จำนวนอาสาสมัครที่ออกจากโครงการระหว่างการฝึกศึกษาและสาเหตุที่ออกจากโครงการ
- 4) อัตราของอาสาสมัครที่ทำการบ้านที่ได้รับมอบหมายสำเร็จ ประเมินโดยผู้ฝึกสอน
- 5) คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยของอาสาสมัคร ผู้ปกครอง และผู้ฝึกสอนต่อโปรแกรม วัดจากแบบประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมโปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมรูปแบบกลุ่มที่ผู้วิจัยออกแบบเอง ซึ่งประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ประเมิน ตอนที่ 2 เป็นการวัดระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมตามการวัดเจตคติ

แบบ Five Likert-scale ซึ่งเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า กำหนดให้ระดับความพึงพอใจแบ่งเป็น 5 ระดับ โดย 5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด และ 1 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด รวมข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยความพึงพอใจต่อ 4 ด้านหลัก ได้แก่ 1) ด้านกระบวนการและการดำเนินกิจกรรม 2) ด้านสถานที่/ระยะเวลา/ประชาสัมพันธ์ 3) ด้านประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกทักษะ 4) ด้านการนำความรู้และทักษะไปใช้ แปลผลเป็นค่าเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจ ตอนที่ 3 เป็นข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับโปรแกรม โดยให้อาสาสมัครผู้ปกครอง และผู้ฝึกสอน ทำแบบประเมินหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมที่ 8 สัปดาห์

2.2 ผลด้านทักษะทางสังคมของวัยรุ่นออทิสติก ประเมินผลโดยใช้แบบประเมิน Social Skill Questionnaire (SSQ) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดทักษะทางสังคมที่เหมาะสมสำหรับเด็กและวัยรุ่นอายุตั้งแต่ 8 - 18 ปี¹⁹ โดยมีทั้งรูปแบบที่ประเมินโดยพ่อแม่ ครู และตนเอง ซึ่งในงานวิจัยนี้ใช้รูปแบบที่ให้เด็กและวัยรุ่นประเมินตนเอง (SSQ for pupils)²⁰ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ซึ่งปัจจัยทางทักษะสังคมหลักที่ประเมินจากข้อคำถาม ได้แก่ การจัดการหรือหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง (conflict resolution/avoidance) การแสดงความเห็นอกเห็นใจและความอบอุ่น (empathy and warmth) และการมีส่วนร่วมทางสังคม (social involvement) โดยให้ประเมินว่าแต่ละข้อตรงกับพฤติกรรมของตนเองจริงมากน้อยเพียงใด และรายงานเป็นคะแนน 0 - 2 คะแนน (0 คือไม่จริง, 1 คือ เป็นจริงบางครั้ง, 2 คือ เป็นจริงส่วนใหญ่) ค่าความเชื่อมั่นภายในของแบบประเมินสำหรับเด็กประเมินตนเองฉบับภาษาอังกฤษอยู่ในระดับดี (cronbach's alpha = 0.85) และความเที่ยงตรงของเนื้อหาอยู่ในระดับดี ถูกนำไปใช้เพื่อทดสอบทักษะทางสังคมกับการรักษาหลากหลายรูปแบบในวัยรุ่นโรคออทิสติก²¹ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการแปลแบบสอบถาม SSQ จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย โดยได้รับการอนุญาตจากผู้พัฒนาแบบสอบถาม แล้วจึงแปลข้อคำถามเป็นภาษาไทยแบบ Backward translation และทดสอบเครื่องมือหาความตรงของเนื้อหา ประเมินโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.87 (0.73 - 1.00) และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในกลุ่มเด็กและออทิสติก อายุ 11 - 18 ปี ได้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.89 แล้วจึงนำแบบประเมิน SSQ ฉบับภาษาไทยที่ได้ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยประเมินช่วงก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมที่ 4 สัปดาห์ และหลังสิ้นสุดโปรแกรม นอกจากนี้

ยังมีการประเมินความคิดเห็นของผู้ปกครองต่อการเปลี่ยนแปลงทักษะทางสังคมของวัยรุ่นตามหัวข้อกิจกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยแบบประเมินที่ผู้วิจัยออกแบบเอง โดยข้อคำถามมีทั้งหมด 8 หัวข้อ ตามชื่อกิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้ง และให้ผู้ปกครองแสดงความคิดเห็นว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีทักษะสังคมในแต่ละด้านเป็นอย่างไรหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยให้เลือกคำตอบจาก 3 ตัวเลือก ได้แก่ แย่ลง ไม่แตกต่าง และดีขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้วิเคราะห์ (data analysis and statistics)

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 29 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) กับข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ ได้แก่ ลักษณะทั่วไปของวัยรุ่นและผู้ปกครอง แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมและข้อมูลอื่นๆ ในผลการวิจัยหลักที่ช่วยประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรมดังกล่าวไว้ในวิธีการวิจัย โดยแปลผลในรูปแบบร้อยละ ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนทักษะทางสังคมจาก Social Skill Questionnaire (SSQ) ในอาสาสมัครที่ 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ก่อนเข้าร่วม หลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 รายงานผลในรูปแบบค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ค่าเฉลี่ย (mean rank) โดยใช้สถิติ Friedman's two-way analysis of variance by rank test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value น้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา

จากการประชาสัมพันธ์และเชิญชวนอาสาสมัครทั้งหมด 20 คน มีผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 16 คน โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 2 เดือนในการรวบรวม ทั้งนี้อาสาสมัคร 1 คน เรียนในรูปแบบของ Home school ไม่ได้เรียนในโรงเรียนตามระบบการศึกษาปกติ จึงไม่เข้ากับเกณฑ์คัดเลือกโครงการวิจัย และอีก 1 คน มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาซึ่งเข้าได้กับเกณฑ์การคัดออกจากโครงการวิจัย จึงมีผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 14 คน ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 อายุเฉลี่ยของอาสาสมัคร คือ 13.5 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 9 คน (69.2%) อาสาสมัคร 7 คน มีโรคร่วมทางจิตเวช ดังปรากฏในตารางที่ 1 และผู้ปกครองที่ดูแลหลักทั้งหมดเป็นเพศหญิง โดยโปรแกรมจัดทุกวันอาทิตย์ ตั้งแต่เวลา 10.00 - 11.30 น. เป็นเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์หลังจบกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 ของโปรแกรม มีอาสาสมัครที่ขอออกจากโครงการวิจัย 1 คน (dropout rate 7.1%)

เนื่องจากต้องเดินทางไปเรียนพิเศษอีกที่ในช่วงบ่าย ซึ่งระยะทางค่อนข้างไกลจากโรงพยาบาล อัตราการเข้าร่วมโปรแกรมเฉลี่ย 92.7% (78.6% - 100%) โดยส่วนใหญ่เข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างน้อย 6 ใน 8 ครั้ง ผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมครบ 8 ครั้ง มีจำนวน 6 คน เข้าร่วม 7 ครั้ง จำนวน 4 คน และเข้าร่วม 6 ครั้ง จำนวน 3 คน สาเหตุที่อาสาสมัครไม่ได้เข้าร่วมต่อเนื่อง ได้แก่ เป็นไข้หวัดใหญ่ ไปสอบ และไปเรียน อย่างไรก็ตาม ไม่มีอาสาสมัครที่ขาดการเข้าร่วมกิจกรรม 2 ครั้งแบบติดต่อกัน อาสาสมัครทุกคนส่งการบ้านครบทุกครั้ง คิดเป็น 100% โดยมีคนที่ทำการบ้านได้ครบถ้วน 11 คน (84.6%) และคนที่ทำได้ไม่ครบถ้วน 2 คน (15.4%)

ในส่วนของการประเมินระดับความพึงพอใจในด้านกระบวนการดำเนินการดำเนินกิจกรรมและประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการพบว่าผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุด โดยคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยอยู่ที่ 4.2 และ 4.0 ตามลำดับ และกิจกรรมที่ได้รับประโยชน์มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) การเรียนและเล่นไปด้วยกัน 2) การรับมือกับการกลั่นแกล้งและความขัดแย้ง และ 3) การแนะนำตัวและทำความรู้จักเพื่อนใหม่ โดยให้เหตุผลว่าได้เรียนรู้วิธีการคุยกับเพื่อนใหม่ ฝึกทักษะการทำงานร่วมกับเพื่อน

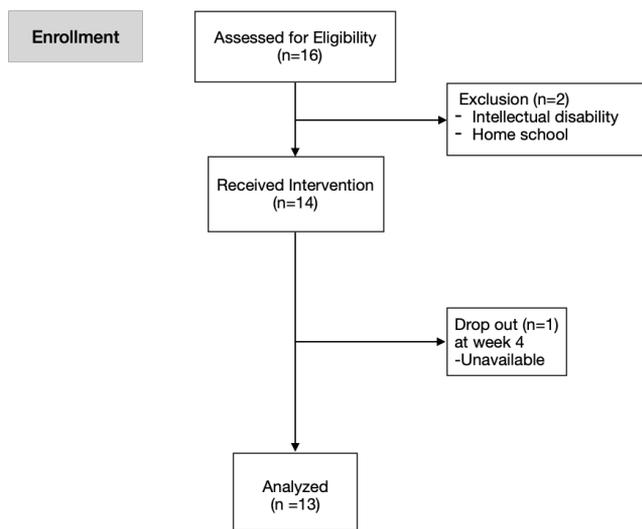
การเล่นตามกฎกติกา และฝึกรับมือเวลาที่ถูกลั่นแกล้ง ในส่วนข้อเสนอแนะพบว่าส่วนใหญ่ต้องการกิจกรรมที่สนุกและได้ฝึกทำจริงมากขึ้น สำหรับการประเมินจากผู้ปกครองพบว่า 84.6% มีระดับความพึงพอใจมากถึงมากที่สุด ทักษะทางสังคมที่อาสาสมัครพัฒนามากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ 1) การสื่อสารด้วยภาษาท่าทาง 2) การรับรู้และควบคุมอารมณ์ และ 3) การเข้าหาเพื่อน โดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เช่น ต้องการให้จัดโปรแกรมต่อเนื่องเพิ่มเติมจาก 8 สัปดาห์ เพื่อให้มีการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง เสนอให้จัดโปรแกรมที่มีผู้เข้าร่วมเป็นเด็กที่มีพัฒนาการปกติร่วมด้วย และเสนอให้จัดกิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้ปกครองเพื่อให้สามารถสอนทักษะทางสังคมกับเด็กได้ ส่วนความพึงพอใจเฉลี่ยจากผู้ฝึกสอนทั้งสองคนจากกิจกรรมทั้ง 8 ครั้ง เท่ากับ 4.2 ซึ่งอยู่ในระดับที่พึงพอใจมาก

เมื่อพิจารณาผลของโปรแกรมกลุ่มฝึกทักษะทางสังคม CU-BFF ต่อทักษะทางสังคมของอาสาสมัครพบว่าค่ามัธยฐานของคะแนน SSQ ในกลุ่มอาสาสมัครที่ประเมินก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 เป็น 39, 45 และ 47 คะแนนตามลำดับ โดยค่ามัธยฐานของคะแนน SSQ ที่ประเมินใน 3 ระยะ แตกต่างกัน

ตารางที่ 1 รายละเอียดกิจกรรม กระบวนการ และเป้าหมายของกิจกรรมในโปรแกรม CU-BFF

ครั้งที่	หัวข้อกิจกรรม	กระบวนการและเป้าหมาย
1	การแนะนำตัว (Nice to meet you)	สามารถแนะนำตัวกับเพื่อนใหม่ แลกเปลี่ยนข้อมูล หาสิ่งที่สนใจร่วมกันกับเพื่อนได้ ผ่านกิจกรรมกลุ่มย่อย
2	การสื่อสารด้วยคำพูด (Verbal communication)	สามารถสนทนาได้ตอบกับเพื่อนได้อย่างเหมาะสม และเป็นผู้ฟังที่ดี ผ่านกิจกรรมกลุ่มและเกมส์
3	การสื่อสารด้วยท่าทาง (Non-verbal communication)	เข้าใจความหมายของการแสดงสีหน้า ท่าทาง และน้ำเสียงทั้งของตนเองและคนอื่น และตอบสนองได้อย่างเหมาะสม
4	การรับรู้และควบคุมอารมณ์ (Emotion regulation skills)	รับรู้อารมณ์ของตนเองโดยใช้สีต่างๆ แทนอารมณ์แต่ละประเภท และฝึกควบคุมอารมณ์โดยใช้หลักการ MBCT ที่เน้นการรับรู้อารมณ์ การฝึกการหายใจ การเปลี่ยนความคิด และการเบี่ยงเบนความสนใจ
5	การเข้าหาเพื่อน (Becoming friend)	เข้าใจความหมายของเพื่อน การเข้าหากลุ่มเพื่อน การสื่อสารกับเพื่อนทั้งในชีวิตจริงและใน social media อย่างเหมาะสม โดยระหว่างฝึกมีการใช้ป้ายคำใบ้สำหรับเชื่อมประโยค (cue cards) เป็นเครื่องมือช่วย
6	การเล่นและเรียนรู้ไปด้วยกัน (Play & learn together)	ฝึกทำงานร่วมกับเพื่อนและแสดงความเห็นของตนเองผ่านการทำงานกลุ่ม เพื่อคิดค้น "สิ่งประดิษฐ์ช่วยลดน้ำท่วม" และการเล่นเกมตามกฎกติกา ยอมรับผลแพ้ชนะ ผ่านการเล่นเกมส์กระดานเป็นกลุ่มย่อย
7	การรับมือกับการกลั่นแกล้ง และความขัดแย้ง (Teasing or Bullying)	แยกแยะระหว่างการหยอแหย่และการกลั่นแกล้งได้ สามารถควบคุมอารมณ์ รับมือได้อย่างเหมาะสม
8	การทบทวนสิ่งที่เรียน (Goodbye party)	สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้จากกิจกรรม นำไปฝึกใช้ และสรุปสิ่งที่ได้เรียน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.002$) ดังแสดงในตารางที่ 2 โดยเมื่อเทียบคะแนน SSQ ที่ก่อนเข้าร่วมกับสัปดาห์ที่ 4 ($P = 0.032$) และที่ก่อนเข้าร่วมกับสัปดาห์ที่ 8 ($P = 0.003$) พบว่าค่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่เมื่อเทียบค่าในสัปดาห์ที่ 4 กับสัปดาห์ที่ 8 พบว่า ค่าเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความคิดเห็นจากผู้ปกครองพบว่าผู้ปกครอง 63.6% - 81.8% รายงานว่า ทักษะทางสังคมของอาสาสมัครในแต่ละหัวข้อกิจกรรมดีขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยเฉพาะทักษะด้านการใช้ภาษา ทักษะ การควบคุมอารมณ์ และการเข้าหากลุ่มเพื่อน ดังแสดงในตารางที่ 4



แผนภาพที่ 1 แสดงขั้นตอนของการดำเนินวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัคร

วิจารณ์

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยนำร่องเพื่อศึกษาความเป็นไปได้และผลของโปรแกรมกลุ่มฝึกทักษะทางสังคม CU-BFF ในวัยรุ่นนอกทิสติก อายุ 11 - 18 ปี มีอาสาสมัครเข้าร่วมทั้งหมด 14 คน และมี 1 คน ออกจากการวิจัยหลังสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 จากอัตราการเข้าร่วมโปรแกรมที่ค่อนข้างสูง (92.7%) และอัตราของอาสาสมัครที่ออกจากโปรแกรมเข้าร่วมกับอาสาสมัครและผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด แสดงถึงความเป็นไปได้ของโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bahareh Afsharnejad ในปี 2020²² และการศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมกลุ่มฝึกทักษะสังคม PEERS ในประเทศไทยปี 2021¹⁴ ซึ่งพบว่า มีอัตราการเข้าร่วมที่สูง (> 80%) และอาสาสมัครกับผู้ปกครองมีระดับความพึงพอใจสูงเช่นเดียวกัน โดยเหตุผลที่

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร (n = 14)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี) (min-max 11 - 18)	13.5 (12 - 14) ^a
เพศ	
ชาย	10 (71.4)
หญิง	4 (28.6)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษาปีที่ 6	3 (21.4)
มัธยมศึกษาตอนต้น	8 (57.1)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3 (21.4)
ผู้ปกครอง	
อายุ (ปี) (min-max 38 - 53)	48 (46.25 - 50.00) ^a
เพศหญิง	14 (100.0)
ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง	
ระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า	1 (7.1)
มหาวิทยาลัย	13 (92.9)
รายได้เฉลี่ยของผู้ปกครอง (ต่อเดือน)	
10,000 - 50,000 บาท	5 (35.7)
> 50,000 บาท	9 (64.3)
ระยะเวลาที่ผู้ปกครองอยู่กับอาสาสมัคร (วันต่อสัปดาห์)	7 (7.0 - 7.0) ^a
จำนวนปีตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยออทิสติก (ปี) (min-max 1 - 12)	6 (3.00 - 9.73) ^a
โรคร่วมทางจิตเวช	
ไม่มีโรคร่วม	7 (50.0)
โรคสมาธิสั้น	2 (14.3)
โรคซึมเศร้า	2 (14.3)
โรควิตกกังวล	2 (14.3)
โรคกล้ามเนื้อกระตุก	1 (7.1)
การรักษาที่ผ่านมา	
การใช้ยา	12 (85.7)
การทำจิตบำบัดและพฤติกรรมบำบัด	14 (100.0)
รายบุคคล	
ดนตรีบำบัด	1 (7.1)

a คือ ค่ามัธยฐาน (IQR)

อาสาสมัครพึงพอใจในโปรแกรม CU-BFF ได้แก่ กิจกรรมสนุก ได้ฝึกทักษะร่วมกับเพื่อนในกลุ่ม และสามารถนำไปใช้ได้จริงกับคนในครอบครัวและเพื่อนที่โรงเรียน ในขณะที่เดียวกันผู้ปกครองส่วนใหญ่พึงพอใจที่เห็นการพัฒนาทักษะทางสังคมของอาสาสมัครหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม สำหรับผู้ฝึกสอนมองว่าการมีคู่มือ

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนน SSQ ก่อนเข้าร่วม หลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

	Median (IQR)	Mean rank	p-value	Multiple comparisons
SSQ at baseline	39 (34 - 42)	1.23	0.002*	Baseline Vs Week 4*
SSQ at 4 th week	45 (40 - 48)	2.23		Baseline Vs Week 8*
SSQ at 8 th week	47 (39 - 51)	2.54		

*p-value < 0.05

ตารางที่ 4 แสดงอัตราผู้ปกครองที่แสดงความคิดเห็นต่อการเปลี่ยนแปลงทักษะทางสังคมของอาสาสมัครระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

กิจกรรม	จำนวนผู้ปกครองที่แสดงความคิดเห็นต่อการเปลี่ยนแปลงทักษะทางสังคมของอาสาสมัครเมื่อเทียบระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (ร้อยละ)	
	ไม่แตกต่าง	ดีขึ้น
1) การแนะนำตัวและทำความรู้จักเพื่อนใหม่	4 (30.8)	9 (69.2)
2) การสื่อสารด้วยคำพูด	4 (30.8)	9 (69.2)
3) การสื่อสารด้วยภาษาท่าทาง	3 (23.1)	10 (76.9)
4) การรับรู้และควบคุมอารมณ์อย่างเหมาะสม	3 (23.1)	10 (76.9)
5) การเข้าหาเพื่อน	3 (23.1)	10 (76.9)
6) การเรียนและเล่นไปด้วยกัน	4 (30.8)	9 (69.2)
7) การรับมือกับการกลั่นแกล้งและความขัดแย้ง	4 (30.8)	9 (69.2)
8) การสรุปและทบทวนบทเรียน	8 (61.5)	5 (38.5)

โปรแกรมที่มีโครงสร้างชัดเจนช่วยให้ดำเนินกิจกรรมกลุ่มได้ง่ายขึ้น และการนัดหมายผ่านทาง LINE official account เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ปกครองและอาสาสมัครมาเข้าร่วมโปรแกรมได้ต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการทำการบ้านสำเร็จของอาสาสมัครในงานวิจัยนี้สูงกว่าการศึกษาของไทยก่อนหน้านี้¹⁴ อาจเป็นผลจากการเสริมแรงเชิงบวกที่ให้อาสาสมัครเก็บคะแนนจากการทำการบ้านและการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อแลกรางวัลตอนสิ้นสุดโปรแกรม

ผลของโปรแกรมกลุ่มฝึกทักษะทางสังคม พบว่าเมื่อเทียบค่ามัธยฐานของคะแนน SSQ ในอาสาสมัครระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกับสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 พบว่าคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tommy Mackay และคณะ²¹ ในปี 2007 ที่พบว่าคะแนน SSQ เพิ่มขึ้นหลังฝึกโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Reichow B และคณะ²³ ในปี 2020 ที่พบว่าโปรแกรมฝึกทักษะสังคมรูปแบบกลุ่มมีผลเพิ่มทักษะทางสังคมของเด็กและวัยรุ่นออทิสติก อายุ 6 - 21 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาสาสมัคร

ให้ความเห็นว่ากิจกรรมที่ได้รับประโยชน์มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) การเรียนและเล่นไปด้วยกัน 2) การรับมือกับการกลั่นแกล้งและความขัดแย้ง 3) การแนะนำตัว โดยให้เหตุผลว่าการทำงานกลุ่มร่วมกับเพื่อนที่จำลองสถานการณ์จริงทำให้กล้าแสดงความคิดเห็นของตัวเอง และยอมรับความคิดเห็นของคนอื่นมากขึ้น สามารถนำไปใช้ในชีวิตจริงได้ ส่วนผู้ฝึกสอนมีความเห็นว่าการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการกลั่นแกล้งทำให้อาสาสมัครรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เพราะเพื่อนที่เคยเจอปัญหาแบบเดียวกัน รวมถึงได้แลกเปลี่ยนวิธีการรับมือที่ได้ผลและไม่ได้ผล สอดคล้องกับการศึกษาของ Trew S.²⁴ ในปี 2024 ที่พบว่าวัยรุ่นออทิสติกส่วนใหญ่รู้สึกว่าตนเองแตกต่างและขาดการเชื่อมโยงกับคนอื่น ส่งผลให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ตามมา ซึ่งการสนับสนุนให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มเพื่อนหรือครอบครัวจะช่วยพัฒนาความเชื่อมโยงนั้น และคณะผู้วิจัยมองว่ากระบวนการกลุ่มดังกล่าวสอดคล้องกับพัฒนาการด้านสติปัญญาของวัยรุ่น ที่มีการประมวลผลข้อมูลจากความคิดที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และจากการสัมผัสประสบการณ์จริง (intuitive thinking) มากกว่า

การคิดวิเคราะห์ตามหลักการและเหตุผล (analytic thinking)²⁵ และการที่อาสาสมัครได้ฝึกทำจริงในกลุ่มย่อยขนาดเล็ก ช่วยให้เห็น การเปลี่ยนแปลงของตนเองผ่านการสะท้อนจากเพื่อนและผู้ฝึกสอนอย่างเข้มข้นก็สอดคล้องกับการศึกษาของ Dawson และคณะ²⁶ ในปี 2011 ที่พบว่าโปรแกรมการสอนที่มีโครงสร้างชัดเจนในสิ่งแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติทั้งการสอน การแสดงทักษะ เป็นตัวอย่าง และกิจกรรมที่ให้ฝึกทำจะช่วยสนับสนุนให้เกิด การนำทักษะไปใช้และการคงอยู่ของทักษะนั้นๆ นอกจากนี้ การบ้านที่ได้รับมอบหมายก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยส่งเสริม การเรียนรู้ในวัยรุ่นออทิสติกสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพ ของไทย โดย ตะวัน กาญจนโชติ และคณะ²⁷ ในปี 2024

อย่างไรก็ตาม เมื่อเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนน SSQ ระหว่างสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 พบว่าไม่มีนัยสำคัญ ทางสถิติ เนื่องจากทักษะในกิจกรรมตั้งแต่ครั้งที่ 5 เป็นต้นไป การขอเข้ากลุ่มเพื่อนหรือการรับมือกับกรรลันแกลิ่งและ ความขัดแย้ง เป็นทักษะที่มีความซับซ้อน อาสาสมัครอาจจะต้อง ฝึกใช้จริงมากขึ้นเพื่อให้เกิดความมั่นใจและทำได้ต่อเนื่อง รวมถึง ทักษะเหล่านี้อาจมีปัจจัยรบกวนจากบริบทและคนอื่นๆ ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Koenig et al.²⁸ ปี 2009 คณะผู้วิจัย มองว่าหากมีการติดตามประเมินคะแนน SSQ หลังจบโปรแกรม ครั้งที่ 8 ไปแล้วระยะหนึ่ง อาจช่วยทดสอบผลของโปรแกรมเกี่ยวกับ ทักษะเหล่านี้ได้ชัดเจนมากขึ้น

ในขณะที่ผู้ปกครองสังเกตว่าทักษะทางสังคมที่มีจำนวน อาสาสมัครพัฒนามากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) การสื่อสารด้วย ภาษาท่าทาง 2) การรับรู้และควบคุมอารมณ์ 3) การเข้าหาเพื่อน โดยผู้ปกครองส่วนใหญ่สังเกตว่าอาสาสมัครเข้าใจสีหน้าอารมณ์ ของคนอื่นมากขึ้น และจัดการอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้น สอดคล้อง กับการศึกษาของ Janine P. Stichter และคณะ ในปี 2010²⁹ ที่ผู้ปกครองรายงานว่าวัยรุ่นพัฒนาเรื่องการควบคุมอารมณ์และ การแสดงออกทางสีหน้าได้มากขึ้น แต่ผลแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้าในประเทศไทยปี 2021¹⁴ ซึ่งผู้ปกครองรายงานว่า ทักษะที่วัยรุ่นพัฒนาที่ดีที่สุด ได้แก่ การแลกเปลี่ยนข้อมูลและการสนทนาโต้ตอบ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรม CU-BFF เน้นการฝึกทักษะการรับรู้และควบคุมอารมณ์ที่ใช้สื่อการสอน แบบรูปภาพ มีเครื่องมือที่นำไปใช้ได้ง่ายตามหลัก MBCT และ ส่วนใหญ่เข้าไปฝึกกับผู้ปกครองที่บ้าน ทำให้ผู้ปกครองสังเกต การเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจน ในขณะที่เดียวกันหลังจบกิจกรรม แต่ละครั้ง ผู้ฝึกสอนได้ให้ข้อมูลย้อนกลับของอาสาสมัครและ

คำแนะนำในการฝึกทักษะแบบรายบุคคลกับผู้ปกครองผ่านทาง Line official account ช่วยให้ผู้ปกครองเข้าใจและมั่นใจ ในการฝึกมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Laugeson EA 2012³⁰ ที่พบว่าความร่วมมือของผู้ปกครองในโปรแกรมกลุ่มเป็นปัจจัย สำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิผลต่อทักษะทางสังคมของวัยรุ่น นอกจากนี้ผู้ปกครองยังเสนอให้มีการจัดกิจกรรมกลุ่มฝึกอบรม สำหรับผู้ปกครองของวัยรุ่นออทิสติกเพิ่มเติม สอดคล้องกับ การศึกษาในประเทศไทยปี 2024²⁷ ที่พบว่าผู้ปกครองต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับข้อจำกัดของโรคออทิสติก และวิธีการสอนทักษะ ทางสังคมให้กับเด็ก

ในส่วนของผู้ฝึกสอนพบอุปสรรคระหว่างการดำเนิน กิจกรรมกลุ่มและมีการแก้ไข ดังนี้ 1) การที่อาสาสมัครในกลุ่มย่อย มีลักษณะไม่ค่อยพูดทั้งหมด ทำให้กิจกรรมกลุ่มดำเนินต่อยาก แก้ไขด้วยการจัดกลุ่มย่อยให้คนในกลุ่มมีลักษณะที่หลากหลาย และให้คนที่มีส่วนร่วมในกลุ่มมากช่วยกระตุ้นคนที่ไม่ค่อย มีส่วนร่วม เพื่อให้อาสาสมัครทุกคนรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม 2) หากให้อาสาสมัครพูดคุยแบบอิสระ บางคนมักจะพูดเรื่องเดิม ที่ตนสนใจซ้ำๆ ทำให้ไม่สามารถสนทนาโต้ตอบกับคนอื่นได้ แก้ไข โดยการสร้างสถานการณ์สมมติเพื่อให้มีกรอบในการพูดคุย ให้ป้ายคำใบ้หรือประโยคเชื่อมโยงในการพูดคุยกับกลุ่มเพื่อน (cue cards) ในช่วงแรก แล้วค่อยๆ นำป้ายคำเหล่านั้นออก และให้ฝึกพูด ด้วยตนเอง ทำให้อาสาสมัครมีความมั่นใจในการพูดคุยโต้ตอบกับ เพื่อนมากขึ้น 3) ความเบื่อของอาสาสมัครระหว่างการสอนบทเรียน แก้ไขด้วยการสอนในรูปแบบสื่อสารทั้งสองทาง (interactive) มากขึ้น และสอดแทรกเกมส์ที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาที่สอน เช่น การเล่นเกมทายชื่ออารมณ์จากการแสดงสีหน้าท่าทางของเพื่อน ทำให้อาสาสมัครสนุกกับการเรียนรู้มากยิ่งขึ้น

แม้ว่างานวิจัยนี้จะมีจุดแข็งในเรื่องโปรแกรมกลุ่มที่มี โครงสร้างชัดเจน เนื้อหาบทเรียนมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบว่ามีผลเพิ่มทักษะทางสังคมในวัยรุ่นออทิสติก ปรับเนื้อหาและ กระบวนการให้เข้ากับพัฒนาการตามวัย กระบวนการที่ผสมผสาน ระหว่างการฝึกทักษะสังคมและการควบคุมอารมณ์ โดยประยุกต์ ใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ร่วมกับการบำบัด ความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติ (MBCT) และการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง แต่ก็ยังมีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ ขนาดกลุ่ม ตัวอย่างที่เล็ก รวมถึงมีการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในช่วง ระหว่างการวิจัย ทำให้อาสาสมัครบางส่วนไม่สามารถเข้าร่วม กิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของ

ผลการศึกษา อีกทั้งรูปแบบการวิจัยที่ไม่มีกลุ่มควบคุม ไม่มีกระบวนการสุ่มและการปกปิดจัดสรรกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดอคติในการวัด (measurement bias) และมีปัจจัยรบกวนภายในและภายนอกที่ไม่ได้ควบคุม (confounding bias) รวมถึงการประเมินผลเป็นการประเมินแบบอัตวิสัย โดยให้วัยรุ่นประเมินตนเองเท่านั้น ไม่ได้มีการประเมินจากผู้ปกครองหรือผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ยังไม่สามารถบอกถึงประสิทธิผลของโปรแกรมได้อย่างชัดเจน และเนื่องจากเป็นการประเมินผลในระยะสั้นภายใน 8 สัปดาห์ จึงไม่สามารถประเมินผลระยะยาวของโปรแกรมได้ หากมีการศึกษาต่อในอนาคต ควรศึกษาในรูปแบบ Randomized Control Trial ที่มีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น รวมถึงเพิ่มเครื่องมือการประเมินผลแบบวัตถุวิสัยที่มีโครงสร้างชัดเจน และมีการติดตามประเมินทักษะทางสังคมในระยะยาวของวัยรุ่นร่วมด้วย เพื่อให้ผลการศึกษามีความเที่ยงตรงและมีความน่าเชื่อถือเพิ่มมากขึ้น

สรุป

โปรแกรมกลุ่มฝึกทักษะทางสังคม (CU-BFF) มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงในการให้ความรู้และฝึกทักษะทางสังคมให้กับวัยรุ่นออทิสติกช่วงอายุ 11 - 18 ปี และมีผลช่วยเพิ่มทักษะทางสังคมในระยะสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามงานวิจัยยังเป็นเพียงงานวิจัยนำร่อง (pilot study) และควรมีการศึกษาวิจัยสุ่มเพื่อให้ประสิทธิผลของโปรแกรมมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

ภาคผนวก

ตารางผนวกที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบคะแนน SSQ ในช่วงก่อนเข้าร่วม หลังเข้าร่วมสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

Sample1 Vs Sample2	Test statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig. ^a
SSQ baseline Vs SSQ at 4 th wk	-1.000	0.392	-2.550	0.011	0.032
SSQ baseline Vs SSQ at 8 th wk	-1.308	0.392	-3.334	<0.001	0.003
SSQ at 4 th wk Vs SSQ at 8 th wk	-0.308	0.392	-0.784	0.433	1.000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is 0.05

a. significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาสาสมัครและผู้ปกครองทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดการวิจัย ขอขอบพระคุณ คุณรุจิรา หมอกเจริญ นักจิตวิทยาคลินิก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่ช่วยรวบรวมข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับความสามารถทางสังคมของอาสาสมัครที่เข้าร่วมโปรแกรม ขอขอบพระคุณ คุณพูลสิน เฉลิมวัฒน์ หัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่อนุญาตให้ใช้สถานที่ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม และขอขอบพระคุณบุคลากรแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่ช่วยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลของอาสาสมัครที่สนใจเข้าร่วมโปรแกรม งานวิจัยนี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากแหล่งใด

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

พญ.รุจยา จันทรวงค์ กำหนดหัวข้อ ออกแบบการศึกษา ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความ; คุณชุตติมณชน ปัญญาคำ และ คุณจุฑามาศ มงคลอำนาจ ร่วมออกแบบการศึกษาและดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม; รศ.นพ.ณัฏฐ์ พิทยรัตน์เสถียร และ ดร.จิรดา ประสาทพรศิริโชค ออกแบบการศึกษา ให้คำปรึกษา ตรวจสอบและแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Maenner MJ, Warren Z, Williams AR, Amoakohene E, Bakian AV, Bilder DA, et al. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 Years - autism and developmental disabilities monitoring network, 11 Sites, United States 2020. *MMWR Surveill Summ* 2023;72(2):1-14.
2. Little SG, Swangler J, Akin-Little A. Defining social skills. In: *Handbook of social behavior and skills in children. Autism and child psychopathology series.* Cham, Switzerland: Springer International Publishing/Springer Nature; 2017. p. 9-17.
3. Gresham FM, Elliott SN. Assessment and classification of children's social skills. A review of methods and issues. *Sch Psychol Rev* 1984;13(3):292-301.
4. Ladd GW. Children's peer relations and social competence: A Century of Progress. New Haven: Yale University Press; 2005. p. 113-144.
5. Picci G, Scherf KS. A Two-Hit Model of Autism: Adolescence as the Second Hit. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2015;3(3):349-71.
6. Nomi JS, Molnar-Szakacs I, Uddin LQ. Insular function in autism: Update and future directions in neuroimaging and interventions. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2019; 89:412-26.
7. Silvers JA, McRae K, Gabrieli JD, Gross JJ, Remy KA, Ochsner KN. Age-related differences in emotional reactivity, regulation, and rejection sensitivity in adolescence. *Emotion* 2012;12(6):1235-47.
8. Shattuck PT, Orsmond GI, Wagner M, Cooper BP. Participation in social activities among adolescents with an autism spectrum disorder. *PLoS One* 2011;6(11):e27176.
9. Renno P, Wood JJ. Discriminant and convergent validity of the anxiety construct in children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2013;43(9):2135-46.
10. Wolff N, Stroth S, Kamp-Becker I, Roepke S, Roessner V. Autism Spectrum Disorder and IQ - A Complex Interplay. *Front Psychiatry* 2022;13:856084.
11. Hansen K, Lloyd J, Stough C. Emotional intelligence and clinical disorders. In: 2009; 219-37.
12. Laugeson EA, Frankel F, Gantman A, Dillon AR, Mogil C. Evidence-based social skills training for adolescents with autism spectrum disorders: the UCLA PEERS program. *J Autism Dev Disord* 2012;42(6):1025-36.
13. Herbrecht E, Poustka F, Birnkammer S, Duketis E, Schlitt S, Schmötzer G, et al. Pilot evaluation of the Frankfurt social skills training for children and adolescents with autism spectrum disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009;18(6):327-35.
14. Boon-yasidhi V. Social skills training using the Thai version of UCLA PEERS® in Thai adolescents with autism spectrum disorder. *Siriraj Med J* 2021;73(7):471-7.
15. Moody CT, Laugeson EA. Social skills training in autism spectrum disorder across the lifespan. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2020;29(2):359-71.
16. Conner CM, White SW, Beck KB, Golt J, Smith IC, Mazefsky CA. Improving emotion regulation ability in autism: the emotional awareness and skills enhancement (EASE) program. *Autism* 2019;23(5):1273-87.
17. Julious SA. Sample size of 12 per group rule of thumb for a pilot study. *Pharm Stat* 2005;4(4):287-9.
18. Laugeson EA, Park MN. Using a CBT approach to teach social skills to adolescents with autism spectrum disorder and other social challenges: the PEERS® method. *J Rational-Emotive Cogn-Behav Ther* 2014;32(1):84-97.
19. Spence SH, Liddle B. Self-report measures of social competence for children: an evaluation of the Matson evaluation of social skills for youngsters and the list of social situation problems. *Behav Assess* 1990;12(3):317-36.
20. Spence SH. Research and technical supplement. Social skills training enhancing social competence with children and adolescents. NFER Nelson Publishing; 1995. p. 1-11.
21. Mackay T, Knott F, Dunlop AW. Developing social interaction and understanding in individuals with autism spectrum disorder: a groupwork intervention. *J Intellect Dev Disabil* 2007;32(4):279-90.
22. Afsharnejad B, Falkmer M, Black MH, Alach T, Lenhard F, Fridell A, et al. Cross-Cultural adaptation to Australia of the KONTAKT® Social Skills Group Training Program for youth with autism spectrum disorder: a feasibility study. *J Autism Dev Disord* 2020;50(12):4297-316.
23. Reichow B, Steiner AM, Volkmar F. Social skills groups for people aged 6 to 21 with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst Rev* 2012;7:266-315.
24. Trew S. The experience of autism from the perspective of autistic adolescents. *Disabil Soc* 2024;1-31.
25. Kuhn D. Reasoning. In: Bergman L, editor. *The Oxford handbook of developmental psychology.* Vol. 1. New York, NY: Oxford University Press; 2013. p. 744-64.
26. Dawson G, Burner K. Behavioral interventions in children and adolescents with autism spectrum disorder: a review of recent findings. *Curr Opin Pediatr* 2011;23(6):616-20.
27. Tawankanjanachot N, Truesdale M, Orachon P, Kidd L. Social skills interventions for Thai adolescents with autism spectrum disorder: a qualitative study of the perceptions and experiences of Thai adolescents, their caregivers, and healthcare professionals. *Int J Ment Health Syst* 2024;18(1):1-19.
28. Koenig K, De Los Reyes A, Cicchetti D, Scahill L, Klin A. Group intervention to promote social skills in school-age children with pervasive developmental disorders: reconsidering efficacy. *J Autism Dev Disord* 2009;39(8):1163-72.
29. Stichter JP, Herzog MJ, Visovsky K, Schmidt C, Randolph J, Schultz T, et al. Social competence intervention for youth with Asperger syndrome and high-functioning autism: an initial investigation. *J Autism Dev Disord* 2010;40(9):1067-79.
30. Laugeson EA, Frankel F, Mogil C, Dillon AR. Parent-assisted social skills training to improve friendships in teens with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2009;39(4):596-606.

การพัฒนาแบบประเมินแรงจูงใจในการเล่นเกมนำสำหรับเด็กและเยาวชน

กมลวรรณ บุญประสพวิทยา*, ชาญวิทย์ พรนภดล**, วัลลภ อัจฉริยะสิงห์**, สมบูรณ์ หนัทย้อยสุข**

*บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

**ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแบบประเมินแรงจูงใจในการเล่นเกมนำสำหรับเด็กและเยาวชน และศึกษาความเชื่อถือได้ (reliability) โดยการตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ศึกษาความแม่นยำตรง (validity) ทั้งความแม่นยำตรงด้านเนื้อหา (content validity) และความแม่นยำตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ของแบบประเมินดังกล่าว

วิธีการศึกษา ผู้วิจัยพัฒนาข้อคำถามของแบบประเมินแรงจูงใจในการเล่นเกมนำสำหรับเด็กและเยาวชน 24 ข้อ ทดสอบความเชื่อถือได้ โดยการตรวจสอบความสอดคล้องภายใน ด้วยการหาค่า Cronbach's alpha coefficient ทดสอบความแม่นยำตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ด้วยการหาค่าดัชนีความแม่นยำตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) จากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ทดสอบความแม่นยำตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ด้วยการวิเคราะห์หาค่าประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis: EFA) วิเคราะห์หาค่าประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis: CFA) และแบ่งกลุ่มระดับของแรงจูงใจในการเล่นเกมนำด้วยการวิเคราะห์โมเดลแฝง (latent profile analysis: LPA)

ผลการศึกษา จากการศึกษาความแม่นยำตรงเชิงเนื้อหา พบว่าได้ค่าดัชนีความแม่นยำตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (content validity index for scale: S-CVI) มากกว่า 0.90 และดัชนีความแม่นยำตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (content validity for items: I-CVI) มากกว่า 0.80 ต่อมา นำแบบประเมินที่สร้างขึ้นไปเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กและเยาวชน อายุ 6 - 25 ปี จาก 15 จังหวัด จำนวน 1,154 คน ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นและหลายชั้นตอน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2566 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจพบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (loading factors) อยู่ระหว่าง 0.52 - 0.87 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (CFI = 0.90, TLI = 0.98, RMSEA = 0.07, SRMR = 0.07) แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านอารมณ์ (emotion) ด้านความสามารถและความเป็นประโยชน์ (competence and usefulness) ด้านความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) ด้านการพัฒนาทักษะและการเข้าสังคม (skill development and socialization) ค่า Cronbach's alpha ในแต่ละด้านเท่ากับ 0.86, 0.91, 0.88 และ 0.79 ตามลำดับ ค่า Cronbach's alpha ทั้งฉบับเท่ากับ 0.94 ระดับของแรงจูงใจในการเล่นเกมนำ จำแนกได้เป็น 4 ระดับ (น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด)

สรุป แบบประเมินแรงจูงใจในการเล่นเกมนำสำหรับเด็กและเยาวชนมีความเชื่อถือได้ (reliability) โดยความสอดคล้องภายในทั้งฉบับอยู่ในระดับดีมาก ในขณะที่ความแม่นยำตรงด้านเนื้อหา (content validity) อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ โครงสร้างของแบบประเมินจำนวน 24 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แสดงถึงแบบประเมินมีความแม่นยำตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ที่ดี แรงจูงใจในการเล่นเกมนำสามารถจำแนกออกได้เป็น 4 ระดับ คือ แรงจูงใจในการเล่นเกมนำน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ผลจากการประเมินสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทต่างๆ เช่น การวิจัยด้านจิตวิทยาและพฤติกรรม การศึกษา การพัฒนาเกม การส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

คำสำคัญ แบบประเมิน แรงจูงใจในการเล่นเกม เกม คุณภาพของเครื่องมือ เด็กและเยาวชน

Corresponding author: กมลวรรณ บุญประสพวิทยา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: kamonwan.bop@student.mahidol.ac.th

วันรับ 24 มีนาคม 2568 วันแก้ไข 24 พฤษภาคม 2568 วันตอบรับ 25 พฤษภาคม 2568

The Development of Gaming Motivation Assessment (GAME-M) for Children and Youths

Kamonwan Boonprasopwittaya*, Chanvit Pornnoppadol**, Wanlop Atsariyasing**, Somboon Hataiyusuk**

*Faculty of Graduate Studies, Mahidol University

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

ABSTRACT

Objectives: To develop and validate the Gaming Motivation Assessment (GAME-M) with a good level of reliability through internal consistency, as well as assess its validity, including content validity and construct validity.

Methods: Developed 24 questions of the Gaming Motivation Assessment (GAME-M). The content validity of the GAME-M was assessed using the content validity index (CVI). Construct was evaluated through exploratory factor analysis (EFA) and confirmatory factor analysis (CFA), and reliability was assessed using Cronbach's alpha coefficient. Latent profile analysis (LPA) was conducted to categorize levels of gaming motivation.

Results: From the content validity, it was found that the content validity index for scale (S-CVI) was greater than 0.90, and the content validity for items (I-CVI) was greater than 0.80. Stratified and multistage random sampling was used to recruit Thai children and youth aged 6 - 25 years old. After obtaining informed consent from all participants 1,154 completed the questionnaire. Data collection took place from July to December 2023. The results showed that the exploratory factor analysis (EFA) revealed factor loadings between 0.52 - 0.87. Confirmatory factor analysis (CFA) supported a 4-factor structure (emotion, competence and usefulness, autonomy, skill development and socialization) with an adequate fit to the data (CFI = 0.90, TLI = 0.98, RMSEA = 0.07, SRMR = 0.07). Cronbach's alpha coefficients for each factor were 0.86, 0.91, 0.88, and 0.79, respectively, with an overall Cronbach's alpha coefficient for the GAME-M of 0.94. Latent profile analysis (LPA) classified gaming motivation into four levels: low, moderate, high, and very high.

Conclusion: The Gaming Motivation Assessment (GAME-M) demonstrated high reliability, as indicated by excellent internal consistency. The content validity was within an acceptable range. The 24-item scale, comprising four components, showed a structure that aligns well with empirical data, indicating good construct validity. The results suggest that the assessment tool can be applied in various contexts such as psychological and behavioral research, education, game development, and mental health promotion and prevention.

Keywords: assessment, gaming motivation, game, psychometric validation, children and youths

Corresponding author: Kamonwan Boonprasopwittaya

E-mail: kamonwan.bop@student.mahidol.ac.th

Received: 24 March 2025 Revised: 24 May 2025 Accepted: 25 May 2025

บทนำ

การเล่นเกมนับเป็นกิจกรรมที่ให้ความสนุกสนาน ความบันเทิง นอกจากนี้ยังสามารถใช้ในการเรียนรู้และฝึกทักษะต่างๆ เช่น การคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ การแก้ปัญหา การจดจำ การประมวลผล เสริมสร้างทักษะการทำงานเป็นทีม รวมไปถึงเกมเป็นกิจกรรมที่สามารถต่อยอดเพื่อสร้างรายได้และเปิดโอกาสสู่การประกอบอาชีพ อย่างไรก็ตามการเล่นเกมที่มากเกินไปส่งผลให้เกิดปัญหาตามมา จากการสำรวจสถานการณ์เด็กกับภัยออนไลน์ปี 2563 พบว่าเด็กไทย ร้อยละ 3 มีจำนวนชั่วโมงการเล่นเกมออนไลน์ 8 - 10 ชั่วโมงต่อวัน และร้อยละ 5 มีจำนวนชั่วโมงการเล่นเกมออนไลน์มากกว่า 10 ชั่วโมงต่อวัน¹ ในขณะที่การศึกษาระดับของการติดเกมโดยใช้แบบทดสอบการติดเกมพบว่า ร้อยละ 14.4 เป็นกลุ่มผู้เล่นที่เสี่ยงติดเกม และร้อยละ 5.9 เป็นกลุ่มผู้เล่นที่ติดเกม²

การเล่นเกมนับเป็นกิจกรรมที่มากเกินไปอาจทำให้ผู้เล่นเกิดพฤติกรรมเสพติดการเล่นเกม ทั้งนี้สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) บรรจุกาฬการติดเกมลงในคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5) ในชื่อ Internet Gaming Disorder เป็นภาวะที่บุคคลมีพฤติกรรมการเล่นเกมอินเทอร์เน็ตอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่ความทุกข์ทรมานและความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน³ ในขณะที่องค์การอนามัยโลกบรรจุกาฬการติดเกมลงในบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 11 (International Classification of Diseases: ICD-11) ในชื่อ Gaming disorder เป็นความผิดปกติของพฤติกรรมการเล่นเกมโดยมีแบบแผนพฤติกรรมการเล่นเกมคงอยู่ต่อเนื่อง มีความบกพร่องในการควบคุมการเล่นให้มีความสนใจในการเล่นมากกว่ากิจกรรมอื่น และยังคงเล่นเกมต่อไปหรือเล่นเกมมากขึ้นเรื่อยๆ ที่เกิดผลเสีย เช่น ความบกพร่องในหน้าที่ส่วนบุคคล ครอบครัว สังคม การเรียน การทำงานหรือด้านอื่นๆ ตามมา⁴

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมการเล่นเกมนั้นสามารถเกิดจากหลายสาเหตุ ทั้งปัจจัยความก้าวหน้าของภาคธุรกิจและเทคโนโลยี ตลอดจนอุตสาหกรรมเกมที่เติบโตขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้เล่นเข้าถึงเกมได้ง่ายขึ้น โดยพบว่าในปี 2564 จำนวนผู้เล่นเกมมีอัตราเพิ่มขึ้นจากปี 2563 ถึงร้อยละ 5.4 และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁵ นอกจากนี้ปัจจัยการเติบโตของอีสปอร์ต (e-sport) ซึ่งเป็นกิจกรรมการแข่งขันด้วยการวางแผน

และต่อสู้ผ่านเกมคอมพิวเตอร์ เด็กและวัยรุ่นจำนวนมากไม่เพียงแต่มีความต้องการแข่งขันและมีความท้าทายในการเป็นนักกีฬาอีสปอร์ต (e-sport) รวมถึงมีความพึงพอใจที่จะหลีกเลี่ยงหนีจากโลกแห่งความจริงเป็นตัวขับเคลื่อนให้มีการใช้งานอีสปอร์ต (e-sport) อย่างต่อเนื่อง⁶ ในขณะที่ปัจจัยจากสภาพแวดล้อม เช่น อิทธิพลและความพึงพอใจจากกลุ่มเพื่อนที่มีต่อตัวผู้เล่น⁷ การถูกกลั่นแกล้งรังแกจากเพื่อนที่โรงเรียน⁸ การถูกทารุณกรรมจากบุคคลในครอบครัว⁹ หรือรู้สึกวิตกกังวล ซึมเศร้าจากสถานการณ์ต่างๆ ในครอบครัว เด็กและวัยรุ่นก็อาจใช้การเล่นเกมเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาหรือเป็นวิธีการปรับตัวรับมือกับโลกในชีวิตจริง¹⁰ หรือเพื่อรับมืออารมณ์ทางลบ¹¹ ส่วนปัจจัยจากครอบครัว เช่น สัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างพ่อแม่^{12,13} ความบกพร่องในการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการควบคุมพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์¹⁴ ตลอดจนครอบครัวมีการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม¹⁰ นอกจากนี้ปัจจัยจากตัวผู้เล่น เช่น การควบคุมตนเองและการเห็นคุณค่าในตนเอง^{15,16} ความเหงาและภาวะซึมเศร้า^{17,18} ภาวะชนสามาริสัน^{19,20} ต่างมีความสัมพันธ์กับภาวะติดเกม มีส่วนส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมการเล่นเกมที่รุนแรงจิตใจของผู้เล่นแต่ละคนในการเล่นเกมน่าจะแตกต่างกันไปตามบริบทส่วนบุคคล

แรงจูงใจเป็นกระบวนการภายในของบุคคลเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลกระทำอย่างมีเป้าหมายหรือตอบสนองต่อการขาดบางสิ่งบางอย่าง แรงจูงใจมีบทบาทต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การใช้ชีวิตในสังคม การเรียน การทำงาน และเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่นำไปสู่การทำความเข้าใจพฤติกรรมการเล่นโดยเฉพาะการเสพติดการเล่นเกม ในอดีตมีผู้สนใจและนำปัจจัยเรื่องแรงจูงใจมาอธิบายพฤติกรรมเสพติดการเล่นเกม โดยศึกษาและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวัดแรงจูงใจในการเล่นเกมน เช่น Online Gaming Motivation Scale, Gaming Motivation Scale (GAMS),²¹ Videogaming Motives Questionnaire (VMQ)²² และ Motives for Online Gaming Questionnaire (MOGQ)²³ ซึ่งมีแปลเป็นภาษาต่างๆ เพื่อนำไปใช้ในหลายประเทศ²⁴⁻²⁶ ทั้งนี้บางการวิจัยมีข้อจำกัด เช่น ไม่ได้ศึกษาคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาอย่างครอบคลุม กลุ่มตัวอย่างน้อย จำนวนข้อคำถามมาก มีการสุ่มอย่างง่าย จึงอาจขาดความเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร ในขณะที่บางการวิจัยพัฒนาเครื่องมือวัดแรงจูงใจในการเล่นเกมนอกจากทฤษฎี แต่ขาดการศึกษาข้อมูลเชิงลึกจากผู้เล่นเกม ซึ่งอาจทำให้ได้ผลการศึกษาแรงจูงใจที่ไม่สอดคล้องกับบริบทของผู้เล่นเกมอย่างแท้จริง

การประเมินแรงจูงใจในการเล่นเกมนำไปสู่การเข้าใจกระบวนการคิด ความรู้สึกที่เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมในการเล่น เกม ข้อมูลที่ได้จากการประเมินสามารถนำมากำหนดแนวทางการป้องกันปัญหาการติดเกม การจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เล่นเกม ตลอดจนการศึกษาวัยรุ่นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเล่นเกมนอนาครต อย่างไรก็ตามในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาแรงจูงใจในการเล่นเกมนอนาครตในลักษณะของการพัฒนาแบบประเมิน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาแรงจูงใจในการเล่นเกมนอนาครตของเด็กและเยาวชนไทย โดยมุ่งเน้นศึกษาในกลุ่มผู้เล่นที่มีอายุตั้งแต่ 6 - 25 ปี เนื่องจากการสำรวจสถานการณ์เด็กกับภัยออนไลน์ พบเป็นช่วงอายุที่มีการเล่นเกมสูงถึงร้อยละ 76¹ นอกจากนี้การใช้ไอซีทีของเด็กและเยาวชน ยังพบว่าเป็นช่วงอายุที่มีกิจกรรมในการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อการดาวน์โหลดหรือสตรีมมิ่งรูปภาพ หนังสือ วิดีโอ เพลง รวมไปถึงการสตรีมเกมและการเล่นเกมสูงถึงร้อยละ 85.2²⁷

ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาแบบประเมินแรงจูงใจในการเล่นเกมนอนาครตขึ้นมาใหม่ เพื่อให้ข้อคำถามมีความทันสมัย กระชับและเข้าใจง่าย มีวิธีการศึกษาและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นระบบ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ทั้งนี้แบบประเมินจะถูกพัฒนาจากมุมมองของผู้เล่นเกมชาวไทย เพื่อที่จะค้นหาความต้องการ แรงผลักดัน และเหตุผลที่แท้จริงในการเล่นเกมนอนาครตไปถึงมุมมองของผู้พัฒนาเกม ซึ่งจะมีแนวคิดในการออกแบบเกมเพื่อตอบสนองต่อแรงจูงใจของผู้เล่นเกม ผู้วิจัยมุ่งเน้นพัฒนาแบบประเมินให้มีความเชื่อถือได้ (reliability) โดยการตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ความแม่นยำตรง (validity) ทั้งเชิงเนื้อหาและเชิงโครงสร้างอยู่ในเกณฑ์ดีและเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแบบประเมินแรงจูงใจในการเล่นเกมนอนาครตสำหรับเด็กและเยาวชน และศึกษาความเชื่อถือได้ (reliability) โดยการตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ศึกษาความแม่นยำตรง (validity) ทั้งความแม่นยำตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และความแม่นยำตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ของแบบประเมินดังกล่าว

วิธีการศึกษา

การพัฒนาแบบประเมิน

ผู้วิจัยแบ่งการศึกษานออกเป็น 2 ระยะ

ระยะที่ 1 การพัฒนาแบบประเมินแรงจูงใจในการเล่นเกมนอนาครต ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อสนทนากลุ่ม (focus group) ในผู้เล่นเกม 8 คน และสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ในผู้พัฒนาเกม 1 คน นำคำตอบ เหตุผล และแรงจูงใจที่ได้มาจัดกลุ่ม โดยพิจารณาความเชื่อมโยงของเนื้อหาและความสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี พัฒนารอบแนวคิดการวิจัย สร้างและปรับปรุงข้อคำถาม จากนั้นนำแบบประเมินที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความแม่นยำตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 4 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาเด็กพิเศษ 1 ท่าน เป็นผู้ประเมิน โดยพิจารณาจากความสอดคล้องของสิ่งที่ต้องการวัด (relevance) ความชัดเจนของคำถาม (clarity) และความเข้าใจง่ายของภาษาที่ใช้ (simplicity) ผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และนำแบบประเมินฉบับปรับปรุงให้ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านประเมินเป็นครั้งที่ 2 พบว่าได้ค่าดัชนีความแม่นยำตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (content validity index for scale: S-CVI) มากกว่า 0.90 และดัชนีความแม่นยำตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (content validity for items: I-CVI) มากกว่า 0.80 นอกจากนี้เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้อง ชัดเจน และเข้าใจง่ายมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงปรับแก้ข้อคำถาม 11 ข้อ (เช่น ข้อ 3 “ฉันเล่นเกมเพราะเกมช่วยให้ฉันลืมความทุกข์ในชีวิต” ปรับแก้เป็น “ฉันเล่นเกมเพื่อให้ลืมความทุกข์” ข้อ 4 “ฉันเล่นเกมเพราะชอบที่โลกในเกมน่าอยู่กว่าโลกจริง” ปรับแก้เป็น “ฉันเล่นเกมเพราะโลกในเกมน่าอยู่กว่าโลกจริง” ข้อ 5 “ฉันเล่นเกมเพราะเกมทำให้ฉันสนุกเพลิดเพลิน” ปรับแก้เป็น “ฉันเล่นเกมเพื่อความสนุกเพลิดเพลิน”) อย่างไรก็ตามยังคงจำนวนข้อคำถามไว้ที่ 24 ข้อ แบ่งเป็น 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านความต้องการหลีกเลี่ยง (escape) ด้านความเพลิดเพลิน (enjoyment) ด้านความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) ด้านการเข้าสังคม (socialization) และด้านความเป็นประโยชน์ (usefulness)

ระยะที่ 2 การเก็บข้อมูลเพื่อทดสอบค่าคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยา

หลังจากได้รับเอกสารแสดงความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างแล้ว ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างเด็กและเยาวชน อายุ 6 - 25 ปี จาก 16 จังหวัดทั่วประเทศ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมการเล่นแบบประเมินโรคติดเกม (GAME-S)²⁸ และแบบประเมินแรงจูงใจในการเล่นเกมนอนาครตสำหรับเด็กและเยาวชน (GAME-M) ที่พัฒนาขึ้นมาใหม่

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล รหัสโครงการวิจัย 240/2565 (IRB3)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ เด็กและเยาวชนที่มีอายุตั้งแต่ 6 - 25 ปี ในประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กและเยาวชนที่มีอายุตั้งแต่ 6 - 25 ปี ซึ่งได้มาจากจังหวัดต่างๆ ครอบคลุม 4 ภาค ของประเทศและกรุงเทพมหานคร โดยการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากวิธีของ Taro Yamane

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

N = จำนวนเด็กและเยาวชน อายุ 6 - 25 ปี ในประเทศไทย จำนวนทั้งสิ้น 16,130,809 คน²⁹

e = ค่าความคาดเคลื่อนที่สามารถยอมรับได้ กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 3% จะใช้ค่า 0.03

ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 1,111 คน ชดเชยความคลาดเคลื่อนของวิธีการศึกษา ความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล และการขาดหายไปของกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากการปฏิเสธ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 ดังนั้นจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างสุดท้าย 1,360 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นและหลายขั้นตอน โดยกำหนดจำนวนจังหวัดตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละภาค จะได้จำนวนจังหวัด คือ กรุงเทพมหานคร ภาคกลาง 3 จังหวัด ภาคเหนือ 3 จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 6 จังหวัด และภาคใต้ 3 จังหวัด รวมเป็น 16 จังหวัด คำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละจังหวัด จากนั้นในแต่ละภาคสุ่มเลือกจังหวัดแบบเฉพาะเจาะจงจากรายชื่อจังหวัดที่มีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น เพื่อความสะดวกในการส่งต่อ กรณีทำแบบสอบถามและการสัมภาษณ์แล้ว พบว่าผู้เข้าร่วมงานวิจัยมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะติดเกม

เมื่อได้รายชื่อจังหวัดและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละจังหวัดแล้ว จังหวัดทั้ง 16 จังหวัด จะถูกสุ่มอย่างง่ายเพื่อคัดเลือก 1 อำเภอ รวมทั้งสิ้น 30 อำเภอ แต่ละอำเภอจะถูกสุ่มอย่างง่ายเพื่อคัดเลือกตำบลที่อยู่ในเขตเทศบาล 1 ตำบล และตำบลที่อยู่นอกเขตเทศบาล 1 ตำบล รวมทั้งสิ้น 60 ตำบล โดย

แต่ละตำบลจะเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 6 - 25 ปี อายุละ 2 คน โดยแบ่งเป็นเพศชายและเพศหญิงอย่างละ 1 คน รวมจังหวัดละ 80 คน

ในการเก็บข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (inclusion criteria) คือ เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 6 - 25 ปี ที่มีการเล่นเกมอย่างสม่ำเสมอ (อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์) ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา โดยสามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ดี สำหรับเกณฑ์การคัดออกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (exclusion criteria) คือ ไม่ได้ใช้ภาษาไทยเป็นหลักในการสื่อสาร

เครื่องมือที่ใช้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมการเล่นเกมที่ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการศึกษา ชั้นเรียน เกรดเฉลี่ย การออกจากโรงเรียน สาเหตุที่ออกจากโรงเรียน ผู้ที่ดูแลมากที่สุด การมีโทรศัพท์มือถือเป็นของตนเอง ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ใช้ในการเล่นเกมนในสัปดาห์ที่ผ่านมา สถานที่เล่นเกม อุปกรณ์ที่ใช้เล่นเกม ค่าใช้จ่ายในการเล่นเกมหรือซื้อไอเท็มในเกม คนที่เล่นเกมด้วยและเกมที่ชอบเล่นมากที่สุด

2. แบบประเมินโรคติดเกม Gaming Disorder Scale (GAME-S)²⁸ ฉบับตนเอง มีข้อคำถาม 9 ข้อ อ้างอิงเกณฑ์การวินิจฉัยโรคติดเกมจากบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 11 (International Classification of Diseases: ICD-11) ใช้ประเมินอาการของโรคติดเกม 3 ด้าน คือ ด้านการไม่สามารถควบคุมตัวเองไม่ให้เล่นเกมได้ ด้านการให้ความสำคัญกับการเล่นเกมเหนือกิจกรรมใดๆ รวมไปถึงกิจกรรมหลักในแต่ละวัน และด้านการยังคงเล่นเกมอย่างต่อเนื่องแม้จะได้รับผลกระทบในเชิงลบแล้วก็ตาม การให้คะแนนคำตอบแบ่งเป็นระดับความรุนแรง 4 ระดับ คือ ใช่เลย (3 คะแนน) น่าจะใช่ (2 คะแนน) ไม่น่าใช่ (1 คะแนน) และไม่ใช่เลย (0 คะแนน) แบบประเมินโรคติดเกมฉบับตนเองมีค่าความคงที่ภายใน Cronbach's alpha เท่ากับ 0.92 และค่า Loading factor ของแบบประเมินฉบับตนเองมีค่าเท่ากับ 0.65 - 0.81

3. แบบประเมินแรงจูงใจในการเล่นเกมนสำหรับเด็กและเยาวชน (GAME-M) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นใหม่ มีข้อคำถาม 24 ข้อ ประเมินแรงจูงใจในการเล่นเกมน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความต้องการหลีกเลี่ยง (escape) ความเพลิดเพลิน (enjoyment) ความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) ความสามารถ (competence) การเข้าสังคม (socialization) และความเป็นประโยชน์ (usefulness)

โดยมีข้อคำถามด้านละ 4 ข้อ ทุกช่วงวัยจะใช้ข้อคำถามชุดคำถามเดียวกันและมีการให้คะแนนเป็นแบบเดียวกัน คือ แบบประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ใช่เลย (3 คะแนน) น่าจะใช่ (2 คะแนน) ไม่น่าใช่ (1 คะแนน) และไม่ใช่เลย (0 คะแนน) ผู้เข้าร่วมงานวิจัยเป็นผู้ตอบแบบประเมินเอง กรณีที่ผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่เป็นเด็กเล็กที่มีผู้ช่วยวิจัยจะอธิบายขยายความเพิ่มเติมให้เด็กฟัง เพื่อความเข้าใจในข้อคำถามมากยิ่งขึ้นและให้เด็กเลือกคำตอบที่ตรงที่สุด

สถิติที่ใช้

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้

1. โปรแกรม SPSS Version 20 for Windows วิเคราะห์ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อบรรยายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2. โปรแกรม RStudio version 4.2.3 วิเคราะห์

2.1 ความเชื่อถือได้ (reliability) จากความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยการหาค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบประเมินรายด้านและทั้งฉบับ

2.2 ความมั่นคงเชิงโครงสร้าง (construct validity) จากการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) แบ่งเป็น

2.2.1 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis) เบื้องต้นตรวจสอบความสัมพันธ์ของข้อมูลและความเหมาะสมที่จะนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบโดยพิจารณาจากค่า Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test ค่า Bartlett's statistic และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation) ต่อมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจด้วยการสกัดองค์ประกอบ วิธี Parallel Analysis ร่วมกับ Principal Component Analysis พิจารณา scree test และค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (loading factors) ที่ได้จากการหมุนแกนองค์ประกอบแบบ Promax

2.2.2 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดล โดยพิจารณาจากค่าดัชนีความกลมกลืนเชิงเปรียบเทียบ (comparative fit index: CFI) ค่าดัชนี Tucker-Lewis (tucker-lewis index: TLI) ค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ (root mean error of approximation: RMSEA) และดัชนีรากมาตรฐานของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือ (standardized root mean square residual: SRMR)

3. โปรแกรม Mplus version 7 วิเคราะห์โมเดลแฝง (latent profile analysis: LPA) เพื่อแบ่งกลุ่มระดับของแรงจูงใจในการเล่นเกมน พิจารณาความสอดคล้องของโมเดล (model

goodness of fit test) จากค่าสถิติ ได้แก่ Log-Likelihood (LL) ค่าดัชนี Akaike Information Criteria (AIC) ค่าดัชนี Bayesian Information Criterion (BIC) ค่าดัชนี Entropy และค่านัยสำคัญทางสถิติของการทดสอบ Bootstrap Likelihood Ratio Test (BLRT)

ผลการศึกษา

จากกลุ่มตัวอย่างเด็กและเยาวชนอายุ 6 - 25 ปี ที่คำนวณไว้จำนวน 1,360 คน จาก 16 จังหวัดทั่วประเทศ อย่างไรก็ตาม เมื่อลงพื้นที่เก็บข้อมูลจริงได้กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยและเข้าเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 1,235 คน (ร้อยละ 90.8) จาก 15 จังหวัด เนื่องจากมี 1 จังหวัด ที่มีข้อจำกัดในด้านความพร้อมของทีมเก็บข้อมูล ทั้งนี้จังหวัดที่ขาดไปนั้นมีลักษณะประชากรที่ใกล้เคียงกับจังหวัดที่เก็บข้อมูลมาได้ทั้งหมดนั้นมีจำนวนเพียงพอ เนื่องจากผู้วิจัยได้คำนวณขนาดตัวอย่างชดเชยไว้แล้ว ในกรณีที่มีข้อมูลไม่สมบูรณ์หรือการขาดหายไปของกลุ่มตัวอย่าง

สำหรับข้อมูลที่จะนำไปศึกษาคุณภาพของแบบประเมินแรงจูงใจในการเล่นเกมนสำหรับเด็กและเยาวชน (GAME-M) เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามและจัดการค่าสุดโต่งหรือค่าผิดปกติ (outliers) จะได้แบบสอบถามที่มีข้อมูลสมบูรณ์ จำนวน 1,154 ฉบับ (ร้อยละ 93.4) เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 50 เพศหญิง ร้อยละ 49.8 อายุเฉลี่ย 15 ปี 4 เดือน ยังคงเรียนหนังสืออยู่ ร้อยละ 82.7 เป็นระดับปริญญาตรี ร้อยละ 17.7 ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกับประถมศึกษาตอนต้น ประถมศึกษาตอนปลาย และมัธยมศึกษาตอนต้น คือ ร้อยละ 17.5 กลุ่มตัวอย่างที่ได้เกรดเฉลี่ย 3.00 - 3.50 ร้อยละ 32.4 รองลงมาคือ เกรดเฉลี่ย 3.51 - 4.00 ร้อยละ 31.7 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เรียนหนังสือแล้ว ร้อยละ 17.3 ส่วนใหญ่มีเหตุผลที่ออกจากโรงเรียนคือ จบหลักสูตร ร้อยละ 73.4 รองลงมาคือออกมาหางานทำ ร้อยละ 10.7 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 45.7 จะมีผู้ดูแลหลักที่เป็นพ่อและแม่เท่าๆ กัน รองลงมาเป็นผู้ดูแลหลักคือแม่ ร้อยละ 29.8 ส่วนใหญ่มีโทรศัพท์มือถือเป็นของตัวเอง ร้อยละ 86.3 ใช้เวลาในการเล่นเกมนเฉลี่ยวันละ 1 ชั่วโมง 45 นาที สถานที่ที่เล่นเกมน้อยที่สุดคือ บ้าน ร้อยละ 89.2 อุปกรณ์ที่ใช้เล่นเกมนส่วนใหญ่จะเป็นโทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 84.5 ค่าใช้จ่ายในการเล่นเกมนหรือซื้อไอเท็มต่างๆ ในเกม เฉลี่ย 586.9 บาทต่อเดือน คนที่เล่นเกมนด้วยบ่อยๆ เป็นเพื่อนในชีวิตจริง ร้อยละ 42.9 รองลงมาคือ เล่นคนเดียว ร้อยละ 21.5 เกมที่ชอบเล่นมากที่สุด อันดับที่ 1

คือ ROV ร้อยละ 41.7 รองลงมาคือ Free fire ร้อยละ 32.1 และ Minecraft ร้อยละ 16 (ตารางที่ 1)

คุณภาพของแบบประเมินแรงจูงใจในการเล่นเกมนสำหรับเด็ก และเยาวชน (GAME-M)

ค่าความแม่นยำ (validity)

การวิเคราะห์ความแม่นยำเชิงโครงสร้าง (construct validity) เบื้องต้นผู้วิจัยตรวจสอบ 1) ค่า Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test = 0.934 2) ค่า Bartlett's statistic พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ และ 3) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation) โดยใช้สถิติ Polychoric correlation matrix พบว่า ทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงบวก โดยมีขนาดความสัมพันธ์ตั้งแต่ 0.092 - 0.901

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ/S.D.
เพศ (n = 1,235)	ชาย	618 50.0
	หญิง	615 49.8
	อื่นๆ	2 0.2
อายุ (n = 1,235)	Range = 6 - 25 ปี	15 ปี 4 เดือน 5 ปี 8 เดือน
	6 - 12 ปี	439 35.5
	13 - 18 ปี	391 31.7
	19 - 25 ปี	405 32.8
สถานภาพการศึกษา (n = 1,235)	เรียนอยู่	1,021 82.7
	ไม่ได้เรียนแล้ว	214 17.3
ชั้นเรียน (n = 1,021)	อนุบาล	30 2.9
	ประถมศึกษาตอนต้น	179 17.5
	ประถมศึกษาตอนปลาย	179 17.5
	มัธยมศึกษาตอนต้น	179 17.5
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	151 14.8
	ปวช.	38 3.7
	ปวส./อนุปริญญา	29 2.8
	ปริญญาตรี	181 17.7
	ไม่ระบุ	55 5.4
เกรดเฉลี่ย (n = 1,235)	0.00 - 2.00	27 2.2
	2.01 - 2.50	152 12.3
	2.51 - 3.00	265 21.5
	3.01 - 3.50	400 32.4
	3.51 - 4.00	391 31.7
ไม่ได้เรียนแล้ว ออกจากการเรียนตั้งแต่ (n = 214)	ประถมศึกษาตอนปลาย	3 1.4
	มัธยมศึกษาตอนต้น	17 7.9
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	21 9.8
	ปวช.	5 2.3
	ปวส./อนุปริญญา	9 4.2
	ปริญญาตรี	8 3.7
	ไม่ระบุ	151 70.6

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ/S.D.
เหตุผลที่ออกจากการเรียน (n = 214)	จบหลักสูตรแล้ว	618	50.0
	ออกมาหางานทำ	157	73.4
	ออกมาดูแลบุตร/ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วย ในครอบครัว	23	10.7
	ไม่มีความสุขในการเรียน	3	1.4
	ครอบครัวไม่ให้เรียนต่อ	3	1.4
	สอบไม่ผ่าน	1	0.5
	ออกมาแต่งงาน	1	0.5
	อื่นๆ	1	0.5
	missing	1	0.5
	ผู้ดูแลมากที่สุด (n = 1,235)	พ่อและแม่เท่าๆ กัน	565
แม่		368	29.8
พ่อ		66	5.3
พี่		19	1.5
ปู่ ย่า ตา ยาย		141	11.4
ลุง ป้า น้า อา		58	4.7
แม่และญาติฝั่งแม่		4	0.3
ตัวเอง		5	0.4
อื่นๆ		6	0.5
ไม่ระบุ		3	0.2
การมีโทรศัพท์มือถือเป็นของตนเอง (n = 1,235)	มี	1,066	86.3
	ไม่มี	169	13.7
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ใช้ในการเล่นเกมนของคุณ ในสัปดาห์ที่ผ่านมา (n = 1,235)	Range = 0.01 - 18.21	1.45	2.3
	ชั่วโมง: นาที/วัน	ชั่วโมง/วัน	ชั่วโมง/วัน
อุปกรณ์ที่ใช้เล่นเกมบ่อยๆ (n = 1,235)	โทรศัพท์มือถือ	1,044	84.5
	แท็บเล็ต	80	6.5
	คอมพิวเตอร์	61	4.9
	ไม่ระบุ	50	4.0
ค่าใช้จ่ายในการเล่นเกมหรือซื้อไอเท็มต่างๆ ในเกม (n = 1,235)	Range = 8 - 8,000 บาท/เดือน	586.9 บาท/เดือน	1,044 บาท/เดือน
สถานที่เล่นเกมบ่อยๆ (n = 1,235)	บ้านหรือหอพัก	1,102	89.2
	บ้านเพื่อน	3	0.2
	สถานศึกษา	47	3.8
	บ้านและสถานศึกษา	6	0.5
	บ้านและที่ทำงาน	2	0.2
	เล่นทุกที่	11	0.9
	ที่ทำงาน	5	0.4
	ไม่ระบุ	59	4.8

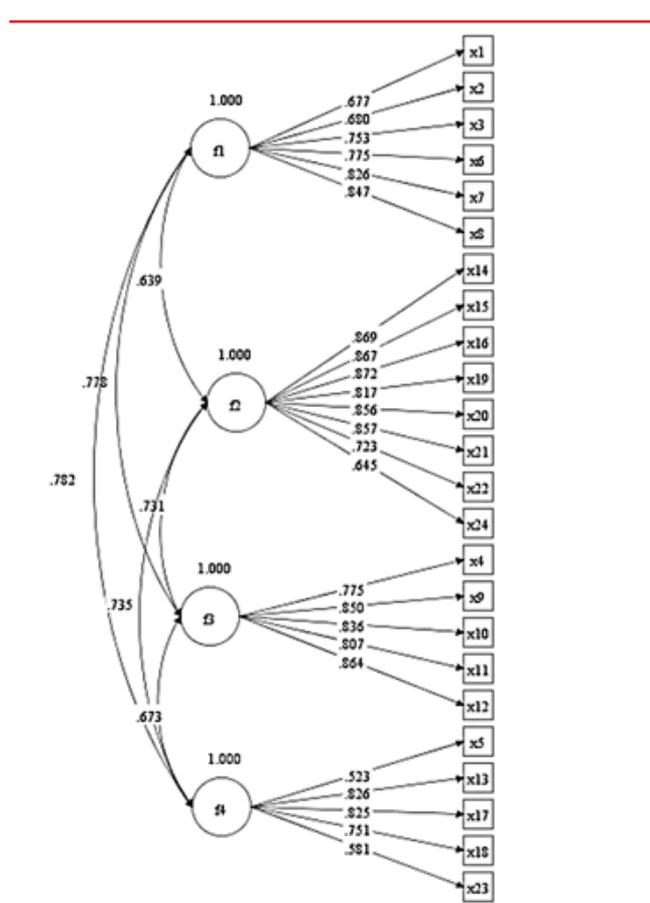
ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ/S.D.	
คนที่เล่นเกมด้วยบ่อยๆ (n = 1,235)	เพื่อนในชีวิตจริง	530	42.9
	เล่นคนเดียว	265	21.5
	เพื่อนออนไลน์	138	11.2
	คนในครอบครัว	96	7.8
	คนแปลกหน้า	5	0.4
	ไม่ระบุ	201	16.3
	เกมที่ชอบเล่นมากที่สุด (n = 1,235)	อันดับที่ 1 (n = 1,078) ROV	449
อันดับที่ 2 (n = 754) Free fire		242	32.1
อันดับที่ 3 (n = 593) Minecraft		95	16.0

แสดงถึงข้อมูลที่ได้มีความสัมพันธ์อย่างเพียงพอ และเหมาะสมที่จะนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis: EFA) การสกัดองค์ประกอบโดยวิธี Parallel Analysis ร่วมกับ Principal Component Analysis เพื่อจำแนกองค์ประกอบของแบบประเมินทั้ง 24 ข้อ พบว่าสามารถสกัดองค์ประกอบที่มีค่า eigenvalue มากกว่า 1 ได้ 4 องค์ประกอบ เมื่อพิจารณา scree test พบว่าค่า eigenvalue จากข้อมูลจริงมีเพียง 4 ค่า ที่มากกว่าค่า eigenvalue ดังนั้นจาก parallel analysis พบว่าข้อมูลชุดนี้ควรประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ เมื่อหมุนแกนองค์ประกอบแบบ Promax (ตารางที่ 2) จะจัดกลุ่มข้อคำถามได้ 4 องค์ประกอบ โดยมีการเปลี่ยนกลุ่มของข้อคำถามไปจากองค์ประกอบเดิม ผู้วิจัยตั้งชื่อองค์ประกอบใหม่ คือ ด้านอารมณ์ (emotion) ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 6, 7, 8 ด้านความสามารถและความเป็นประโยชน์ (competence and usefulness) ได้แก่ ข้อ 14, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 24 ด้านความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) ได้แก่ ข้อ 4, 9, 10, 11, 12 ด้านการพัฒนาทักษะและการเข้าสังคม (skill development and socialization) ได้แก่ ข้อ 5, 13, 17, 18, 23

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis: CFA) จากค่าดัชนีความกลมกลืน เชิงเปรียบเทียบ (CFI) = 0.982 ค่าดัชนี Tucker-Lewis (TLI) = 0.979 ค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ (RMSEA) = 0.071 ดัชนีรากมาตรฐานของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือ (SRMR) = 0.070 แสดงถึงโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สำหรับค่าน้ำหนักปัจจัย (แผนภูมิที่ 1) อยู่ในช่วง 0.523 - 0.872 แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับองค์ประกอบอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้



แผนภูมิที่ 1 แบบจำลองการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบประเมินแรงจูงใจในการเล่นเกมน สำหรับเด็กและเยาวชน

ค่าความเชื่อถือได้ (reliability)

ใช้การวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยการหาค่า Cronbach's alpha coefficient พบว่าด้านอารมณ์ (emotion) ด้านความสามารถและความเป็นประโยชน์ (competence and usefulness) ด้านความเป็นตัวของตัวเอง

(autonomy) และด้านการพัฒนาทักษะและการเข้าสังคม (skill development and socialization) มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.856, 0.910, 0.882 และ 0.785 ตามลำดับ แสดงถึงแบบประเมินมีความเชื่อถือได้และความสอดคล้องภายในของแต่ละองค์ประกอบอยู่ในระดับดีมาก ยกเว้นด้านการพัฒนาทักษะและการเข้าสังคม ซึ่งมีความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับค่อนข้างดี ในขณะที่แบบประเมินทั้งฉบับมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.941 แสดงถึงแบบประเมินทั้งฉบับมีความเชื่อถือได้และความสอดคล้องภายในทั้งฉบับอยู่ในระดับดีมาก

การแบ่งกลุ่มระดับของแรงจูงใจในการเล่นเกม

การวิเคราะห์โมเดลแฝง (latent profile analysis : LPA) เพื่อหาจุดตัดในการจำแนกกลุ่มคะแนนแรงจูงใจในการเล่นเกม และเกณฑ์การแปลผล โดยจะพิจารณาความสอดคล้องของโมเดล (Model goodness of fit test) จากค่าสถิติได้แก่ Log-Likelihood (LL) ค่าดัชนี Akaike Information Criterion (AIC) ค่าดัชนี Bayesian Information Criterion (BIC) ซึ่งจะต้องพิจารณาเลือกตัวแบบที่ให้ค่าต่ำสุด³⁰ ร่วมกับค่าดัชนี Entropy ซึ่งควรมีค่าเข้าใกล้ 0.80 เพื่อยืนยันว่าโมเดลที่เลือกสามารถแยกกลุ่มได้อย่างเหมาะสม³¹

ตารางที่ 2 ค่า Loading factor และ Cronbach's alpha coefficient ของข้อคำถามแบบประเมินแรงจูงใจในการเล่นเกมสำหรับเด็กและเยาวชน (GAME-M)

ชื่อองค์ประกอบ	ข้อที่	Loading Factors				Cronbach's alpha coefficient		
		Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4			
อารมณ์ (emotion)	1	0.677				0.856		
	2	0.680						
	3	0.753						
	6	0.775						
	7	0.826						
	8	0.847						
	ความสามารถและความเป็นประโยชน์ (competence and usefulness)	24		0.645				0.910
		22		0.723				
19			0.817					
20			0.856					
21			0.857					
15			0.867					
14			0.869					
16			0.872					
ความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy)	4			0.775		0.882		
	11			0.807				
	10			0.836				
	9			0.850				
	12			0.864				
การพัฒนาทักษะและการเข้าสังคม (skill development and socialization)	5				0.523	0.785		
	23				0.581			
	18				0.751			
	17				0.825			
	13				0.826			
GAME-M ทั้งฉบับ						0.941		

รวมไปถึงพิจารณาค่านัยสำคัญทางสถิติของการทดสอบ Bootstrap Likelihood Ratio Test (BLRT) ซึ่งควรจะ < 0.05

จากค่าสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโมเดลที่มีความสอดคล้องกับข้อมูลมากที่สุด คือ โมเดลที่แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม (ตารางที่ 3) และเมื่อจำแนกกลุ่มระดับของแรงจูงใจในการเล่นเกมนั้น โดยให้ผลรวมของคะแนนดิบ สามารถแบ่งกลุ่มระดับของแรงจูงใจในการเล่นเกมนั้นเป็น 4 ระดับ (แรงจูงใจในการเล่นเกมน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด)

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการเล่นเกมนั้นกับการติดเกม

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวมของแบบประเมินแรงจูงใจในการเล่นเกมนั้นสำหรับเด็กและเยาวชน (Game-M) กับคะแนนรวมจากแบบประเมินโรคติดเกม (Game-S) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (pearson's correlation coefficient) พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.622 แสดงถึงคะแนนรวมของแรงจูงใจในการเล่นเกมนั้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคะแนนรวมของการติดเกมในระดับปานกลาง ดังนั้นหากแรงจูงใจในการเล่นเกมนั้นเพิ่มมากขึ้นจะสัมพันธ์กับการติดเกมที่มากขึ้นด้วย

เมื่อวิเคราะห์คะแนนระดับของแรงจูงใจในการเล่นเกมนั้นกับกลุ่มการติดเกม พบว่าแรงจูงใจในการเล่นเกมนั้นมีความสัมพันธ์กับการติดเกมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนแรงจูงใจในการเล่นเกมน้อยที่สุด จะมีแนวโน้มติดเกมมากกว่าแรงจูงใจในการเล่นเกมนั้นระดับอื่นๆ

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแรงจูงใจในการเล่นเกมนั้นกับกลุ่มการติดเกมพบว่า ข้อ 1 - 22 และ 24 มีความสัมพันธ์กับการติดเกมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ ข้อ 23 ไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเกม (ตารางที่ 4)

วิจารณ์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ในการพัฒนาแบบประเมินแรงจูงใจในการเล่นเกมนั้นสำหรับเด็กและเยาวชน โดยมีการศึกษาความเชื่อถือได้ (reliability) และความแม่นยำ (validity)

ผลการศึกษานี้ครั้งนี้ จากการศึกษาค่าความแม่นยำตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ของข้อคำถาม 24 ข้อ โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ด้วยวิธีการสกัดองค์ประกอบพิจารณาจากค่า eigenvalue และ scree test พบว่าข้อมูลชุดนี้ควรประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ทำให้แบบประเมินมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างองค์ประกอบจากเดิม คือแรงจูงใจในการเล่นเกมนั้นจาก 6 ด้านเหลือเพียง 4 ด้าน โดยที่แต่ละด้าน มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (loading factors) อยู่ระหว่าง 0.52 - 0.87 สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ Stevens³² ซึ่งอธิบายว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบควรจะได้ไม่น้อยกว่า 0.4 และเมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่ง 4 องค์ประกอบดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งชื่อใหม่ ได้แก่ ด้านอารมณ์ (emotion) ด้านความสามารถและความเป็นประโยชน์ (competence and usefulness) ด้านความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) ด้านการพัฒนาทักษะและการเข้าสังคม (skill development and socialization) ทั้งนี้จำนวนองค์ประกอบที่ลดลงอาจมาจากข้อคำถามบางข้ออาจมีคำถามที่ไม่สามารถวัดตัวแปรที่แตกต่างกันชัดเจน หรือองค์ประกอบบางด้านอาจมีความสัมพันธ์สูงกับอีกด้านหนึ่ง จึงไม่สามารถแยกออกมาเป็นองค์ประกอบเฉพาะตัวได้

จากการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของ GAME-M ทั้งฉบับ พบว่าค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.94 แสดงถึงมีความเชื่อถือได้และความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ Cronbach³³ อธิบายถึงความเชื่อถือได้ของเครื่องมือมาตรฐาน

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์จุดตัดของคะแนนแรงจูงใจในการเล่นเกมนั้นและเกณฑ์การแปลผล

Classes	LogLike	AIC	BIC	Entropy	BLRT_p	จำนวน กลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ)	คะแนนดิบ	ระดับแรงจูงใจ ในการเล่นเกมนั้น
4	-4781.93	9579.87	9620.28	0.69	< 0.01	กลุ่มที่ 1 = 247 (21.4)	≤ 18	น้อย
						กลุ่มที่ 2 = 327 (28.3)	19 - 33	ปานกลาง
						กลุ่มที่ 3 = 416 (36.1)	34 - 50	มาก
						กลุ่มที่ 4 = 164 (14.2)	≥ 51	มากที่สุด

ควรจะได้ค่า Cronbach's alpha coefficient ไม่น้อยกว่า 0.90 อย่างไรก็ตามหากพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบ พบว่าด้านอารมณ์ (emotion) ด้านความสามารถและความเป็นประโยชน์ (competence and usefulness) และด้านความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) นั้น มีความเชื่อถือได้และความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดีมาก ในขณะที่ด้านการพัฒนาทักษะและการเข้าสังคม (skill development

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อความถามแรงจูงใจในการเล่นเกมนอกกลุ่มการติตเกม

ข้อความถาม	p-value
1. ฉันเล่นเกมเพราะเบื่อ ไม่มีอะไรทำ	< 0.001
2. ฉันเล่นเกมเพื่อคลายเครียด	< 0.001
3. ฉันเล่นเกมเพื่อให้ลืมความทุกข์	< 0.001
4. ฉันเล่นเกมเพราะโลกในเกมน่าอยู่กว่าโลกจริง	< 0.001
5. ฉันเล่นเกมเพื่อความสนุกเพลิดเพลิน	0.002
6. ฉันเล่นเกมเพราะเกมทำให้ฉันรู้สึกดี	< 0.001
7. ฉันเล่นเกมเพื่อความมั่นใจและสนใจ	< 0.001
8. ฉันเล่นเกมเพราะเกมช่วยให้ฉันสบายใจขึ้น	< 0.001
9. ฉันเล่นเกมเพราะได้ "ทำ" ในสิ่งที่ "ทำ" ไม่ได้ในชีวิตจริง	< 0.001
10. ฉันเล่นเกมเพราะได้ "เป็น" ในสิ่งที่ "เป็น" ไม่ได้ในชีวิตจริง	< 0.001
11. ฉันเล่นเกมเพราะได้เลือกสวมบทบาทเป็นตัวละครที่หลากหลาย	< 0.001
12. ฉันเล่นเกมเพราะได้เลือกทำสิ่งต่างๆ ตามใจตัวเอง	< 0.001
13. ฉันเล่นเกมเพราะอยากได้แรงค์ (rank) ได้เลเวล (level) ที่สูงขึ้น	< 0.001
14. ฉันเล่นเกมเพราะการเล่นเกมน่าสนใจที่ฉันทำได้ดี	< 0.001
15. ฉันเล่นเกมเพราะชอบที่จะได้รับการยอมรับจากคนอื่น	< 0.001
16. ฉันเล่นเกมเพราะเกมทำให้ฉันรู้สึกว่าตนเองมีดี	< 0.001
17. ฉันเล่นเกมเพราะได้รู้จักเพื่อนใหม่	< 0.001
18. ฉันเล่นเกมเพราะได้คุยและเล่นสนุกกับเพื่อนๆ	< 0.001
19. ฉันเล่นเกมเพราะฉันเป็นส่วนหนึ่งของทีมที่เพื่อนขาดไม่ได้	< 0.001
20. ฉันเล่นเกมเพราะผูกพันกับเพื่อนในเกม	< 0.001
21. ฉันเล่นเกมเพราะเกมเป็นสิ่งที่มีความหมายกับฉันมาก	< 0.001
22. ฉันเล่นเกมเพราะอยากเป็นนักกีฬาอีสปอร์ต (e-sport)	< 0.001
23. ฉันเล่นเกมเพราะได้ฝึกทักษะในด้านต่างๆ (เช่น การวางแผน สมารถไหวพริบ การแก้ปัญหา ภาษา)	0.060
24. ฉันเล่นเกมเพราะฉันหาเงินจากการเล่นเกมได้ (เช่น ขายไอเท็ม ขายไอดี รับจ้างเล่นเกม แคสเกม สตรีมมิ่ง)	< 0.001

and socialization) กลับมีความเชื่อถือได้และสอดคล้องภายในอยู่ในระดับค่อนข้างดี แสดงให้เห็นว่าในองค์ประกอบนี้จำเป็นที่จะต้องมีการปรับปรุงข้อความถามเพิ่มเติม เพื่อให้กลุ่มคำถามในองค์ประกอบนี้มีความสอดคล้องภายในมากยิ่งขึ้น

เมื่อพิจารณาแต่ละองค์ประกอบพบว่า ในองค์ประกอบด้านอารมณ์สอดคล้องกับ Myrseth และคณะ³⁴ Demetrovics และคณะ²³ De Grove, Cauberghe & Van Looy³⁵ พบแรงจูงใจในการเล่นเกมนอกกลุ่มการติตเกมเพื่อต้องการเสริมแรงทั้งทางบวกและทางลบต่อตนเอง ทั้งนี้แต่ละการศึกษาอาจมีการใช้ term ของแรงจูงใจที่แตกต่างกัน แต่ยังคงอธิบายแรงจูงใจที่มาจากด้านอารมณ์ เช่น การเล่นเกมเพื่อหลีกเลี่ยงจากความเครียด หลีกเลี่ยงปัญหา รับมือกับความทุกข์ ความก้าวร้าว การปรับอารมณ์ ตลอดจนเล่นเกมเพื่อความผ่อนคลายหรือฆ่าเวลา สำหรับองค์ประกอบด้านความสามารถและความเป็นประโยชน์ ซึ่งเป็นแรงจูงใจที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ว่าตนเองมีความรู้ความสามารถ ความเชี่ยวชาญ ความสำเร็จ การก้าวไปสู่ระดับที่สูงขึ้น การรับรู้ถึงประโยชน์ของการเล่นเกมที่สามารถต่อยอดในด้านอื่นๆ และองค์ประกอบด้านความเป็นตัวของตัวเอง เป็นแรงจูงใจที่เกิดจากการรับรู้พฤติกรรมความต้องการของตนเอง และมีความเป็นอิสระที่จะตัดสินใจได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับ Ryan & Deci³⁶ อธิบายว่าความต้องการมีความสามารถ (competence) และความต้องการอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเอง (autonomy) เป็นความต้องการพื้นฐานทางจิตวิทยาที่มีผลต่อแรงจูงใจภายในตามทฤษฎี Cognitive evaluation theory ในขณะที่องค์ประกอบด้านการพัฒนาทักษะและการเข้าสังคมสอดคล้องกับ Demetrovics และคณะ²³ ศึกษาพบประเภทของแรงจูงใจในการเล่นเกมนอกกลุ่มการติตเกมเพื่อพัฒนาทักษะการประสานงาน (coordination) สมารถหรือทักษะอื่นๆ เช่นเดียวกับ Bartle³⁷ พบประเภทผู้เล่นเกมที่เป็น socializers มักจะสนใจผู้คน ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เล่น และมองว่าการสร้างความสัมพันธ์และเครือข่ายเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการเล่นเกมนอกกลุ่มการติตเกม

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างข้อความถามแรงจูงใจในการเล่นเกมนอกกลุ่มการติตเกม พบว่าข้อความถาม 23 ข้อ (ข้อ 1 - 22 และ 24 มีความสัมพันธ์กับการติตเกมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัย เช่น Demetrovics และคณะ,²³ Yee³⁸ ซึ่งได้อธิบายให้เห็นว่าข้อความถามแรงจูงใจที่เป็นการหลีกเลี่ยงหรือปรารถนาที่จะหลีกเลี่ยงจากความเป็นจริงเพื่อเลี่ยงอารมณ์เชิงลบ การควบคุมความเครียด ความโกรธ มีความสัมพันธ์กับการของโรคติตเกม (gaming disorder symptoms) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่งานวิจัยของ Allen & Anderson³⁹ พบว่า

ความต้องการความเป็นอิสระในชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์สูงกับความรุนแรงของภาวะติดเกม โดยที่เกมสามารถตอบสนองความต้องการเป็นอิสระของตัวผู้เล่น ซึ่งสามารถควบคุมและจัดการสิ่งต่างๆ ภายในเกมได้ในขณะที่ Lopez-Fernandez และคณะ²² พบว่าแรงจูงใจด้าน social interaction มีความสัมพันธ์กันอย่างมากกับ disordered gaming Gentile และคณะ⁴⁰ อธิบายถึงคะแนน social interaction ที่สูงภายในเกมอาจสะท้อนถึงความสามารถทางสังคมที่ต่ำในชีวิตจริง และการเล่นเกมเป็นการชดเชยคุณลักษณะนี้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิด disordered gaming ได้

ในข้อคำถามแรงจูงใจที่ต้องการหาเงินหรือหารายได้จากการเล่นเกม งานวิจัยของ King & Wong-Padoongpatt⁴¹ พบว่ากลุ่มคนทำงานจะมีแรงจูงใจที่เกี่ยวกับการหาเงิน (financial motive) สูงกว่ากลุ่มนักศึกษา แต่กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาจะมีแรงจูงใจที่เกี่ยวกับการหาเงินสัมพันธ์กับภาวะติดเกมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในข้อคำถามแรงจูงใจในการต่อยอดทางอาชีพ โดยเฉพาะแรงจูงใจในการอยากเป็นนักกีฬาอีสปอร์ต (e-sport) งานวิจัยของ Montag และคณะ⁴² พบว่ากลุ่มผู้เล่นเกมแบบ pro-player ซึ่งมีความอยากเป็นนักกีฬาอีสปอร์ต (e-sport) จะมีระดับความรุนแรงของโรคติดเกมมากกว่าผู้เล่นทั่วไปที่ไม่ได้อยากเป็นนักกีฬาอีสปอร์ต (e-sport) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chung และคณะ⁴³ ที่พบว่าการเล่นเกมที่มากเกินไปที่ไม่ได้อยากเป็นนักกีฬาอีสปอร์ต (e-sport) จะทำให้ความชุกของโรคติดเกมมีมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม ในข้อ 23 ซึ่งเป็นข้อคำถามแรงจูงใจเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะต่างๆ กลับพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเกม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้เล่นที่ติดเกมอาจไม่ได้มีความต้องการเล่นเกมเพื่อที่จะพัฒนาทักษะใดๆ หรือในทางกลับกันผู้เล่นที่มีแรงจูงใจเพื่อพัฒนาทักษะมักจะมีการใช้เกมอย่างสร้างสรรค์ มีเป้าหมาย และมีขอบเขตที่ชัดเจน ผู้เล่นที่มีแรงจูงใจประเภทนี้สามารถที่จะควบคุมกำกับตนเอง (self-regulation) ได้ดีกว่าผู้เล่นที่มีแรงจูงใจประเภทอื่น โดยเฉพาะแรงจูงใจที่ถูกขับเคลื่อนด้วยอารมณ์ ซึ่งอาจนำไปสู่พฤติกรรมเล่นเกมที่มากเกินไปและเกิดภาวะติดเกมได้ กล่าวคือข้อคำถามข้อนี้เป็นแรงจูงใจที่ช่วยเสริมพฤติกรรมเชิงบวก ซึ่งเป็นการวัดปรากฏการณ์ที่แตกต่างออกไปจากแรงจูงใจประเภทอื่น ดังนั้นอาจจำเป็นต้องทบทวนวิธีการตั้งข้อคำถามใหม่หรือปรับปรุงข้อคำถาม โดยการระบุทักษะรายด้านให้มีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น ทักษะการคิดวิเคราะห์ ทักษะด้านความจำ ทักษะด้านภาษา เป็นต้น

ในภาพรวมงานวิจัยที่ศึกษาในประเด็นของการติดเกม มักจะนำเสนอในแง่ผลกระทบทางลบที่เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าการเล่นเกมในรูปแบบของการเป็นนักกีฬาอีสปอร์ต (e-sport) จะมีส่วนในการพัฒนาทักษะความสามารถด้านต่างๆ ในทางตรงข้ามเมื่อการเล่นเกมเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นจนมีแนวโน้มเป็นโรคติดเกม ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อผู้เล่นอาจไม่สอดคล้องกับการเป็นนักกีฬาอีสปอร์ต (e-sport) ซึ่งจะต้องอาศัยวินัยในการฝึกฝน มีทักษะต่างๆ เช่น การสื่อสาร การคิดวิเคราะห์ การใช้ไหวพริบและการวางแผน ตลอดจนการควบคุมตนเองที่ดี อย่างไรก็ตาม Banyai และคณะ⁴⁴ พบว่ากีฬาอีสปอร์ต (e-sport) ทำให้เด็กรุ่นใหม่สนใจเล่นเกมมากขึ้น ทั้งในรูปแบบกิจกรรมยามว่างและหนทางอาชีพในอนาคต

จุดเด่นของแบบประเมินแรงจูงใจในการเล่นเกมนำสำหรับเด็กและเยาวชน (GAME-M) คือ ผู้วิจัยดำเนินการสร้างแบบประเมินตั้งแต่การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงการใช้กระบวนการกลุ่มในผู้เล่นเกมหลากหลายวัย และการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้พัฒนาเกม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สอดคล้องกับบริบทผู้เล่นชาวไทย มีการตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินด้วยวิธีการที่เป็นระบบ เป็นแบบประเมินฉบับแรกของไทยที่ใช้สำหรับประเมินแรงจูงใจในการเล่นเกมนอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นและหลายขั้นตอน ครอบคลุมทุกภูมิภาคของประเทศ ได้กลุ่มตัวอย่างทุกช่วงอายุตั้งแต่ 6 - 25 ปี จำนวนเท่าๆ กัน จึงมีความเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร ผลการศึกษาสามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้

ข้อจำกัดของการศึกษา คือ ผู้วิจัยศึกษาแรงจูงใจในผู้เล่นเกมทุกประเภท ไม่ได้ตรวจสอบแรงจูงใจในการเล่นเกมที่แบ่งตามประเภทของเกม การพัฒนาเครื่องมือขึ้นมีเพียงฉบับเดียวและใช้ประเมินตั้งแต่ อายุ 6 - 25 ปี อาจส่งผลถึงการตีความของผู้ตอบแบบประเมินเนื่องจากมีช่วงวัยที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามในการเก็บข้อมูลจากผู้ตอบแบบประเมินในครั้งนี้ โดยเฉพาะวัยอนุบาล ประถมศึกษาตอนต้นและรวมไปถึงวัยอื่นๆ ที่มีข้อสงสัย ผู้เก็บข้อมูลจะอธิบายขยายความเพิ่มเติมให้ฟังเพื่อความเข้าใจ ข้อคำถามมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ข้อคำถามของแบบประเมินมีจำนวนค่อนข้างมาก (24 ข้อ) ซึ่งอาจส่งผลต่อความตั้งใจ สมาธิ ความร่วมมือ และการประเมินตนเองของผู้ตอบแบบประเมิน รวมไปถึงแบบประเมินฉบับนี้ศึกษาความเชื่อถือได้ (reliability) จากค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ศึกษาความแม่นยำตรงด้านเนื้อหา (content validity) และความแม่นยำตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) แต่ยังไม่มีการศึกษาคุณสมบัติของแบบวัดทางจิตวิทยา

ในองค์ประกอบอื่น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถของเครื่องมือในการวัดคุณลักษณะของแรงจูงใจหรือพฤติกรรมทางจิตวิทยาได้อย่างครอบคลุม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการกำหนดกลุ่มประเภทของเกมให้ชัดเจนเนื่องจากแต่ละเกมมีความแตกต่างกันไปตามมุมมองของผู้เล่น ผู้พัฒนาเกมผู้เชี่ยวชาญหรือผู้วิจัยของงานวิจัยเรื่องนั้นๆ ซึ่งเกมมีความหลากหลายและมีประเภทย่อยจำนวนมาก อาจส่งผลให้ผู้เล่นเกมแต่ละประเภทมีแรงจูงใจในการเล่นเกมที่แตกต่างกัน

จากการวิเคราะห์เพิ่มเติมถึงความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการเล่นของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน พบว่าอายุที่ต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยของแรงจูงใจในการเล่นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังนั้นการพัฒนาแบบประเมินในอนาคตก็ควรที่จะพัฒนาแบบประเมินให้มีฉบับย่อยคือ ฉบับสำหรับอายุ 6 - 12 ปี, 13 - 18 ปี และ 19 - 25 ปี เพื่อความสะดวกในการนำไปใช้งานให้เหมาะสมกับช่วงอายุมากยิ่งขึ้น รวมไปถึงควรมีการพัฒนาข้อคำถามให้เหมาะสมกับช่วงอายุนั้นๆ โดยมีการใช้เนื้อหาและรูปแบบของภาษาที่สอดคล้องกับระดับการพัฒนาภาษาและความเข้าใจของกลุ่มอายุ

นอกจากนี้ควรศึกษาคุณภาพของเครื่องมือให้ครอบคลุม เช่น การทดสอบความเชื่อถือได้ (reliability) ด้วยวิธีการหาความคงที่ (stability) หรือการวัดซ้ำ (test-retest reliability) การทดสอบความแม่นยำตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ด้วยวิธีการศึกษาความตรงเชิงสอดคล้อง (convergent validity) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกับทฤษฎีอย่างละเอียดมากยิ่งขึ้น

สรุป

แบบประเมินแรงจูงใจในการเล่นสำหรับเด็กและเยาวชนมีความเชื่อถือได้ (reliability) โดยความสอดคล้องภายในทั้งฉบับอยู่ในระดับดีมาก ในขณะที่ความแม่นยำตรงด้านเนื้อหา (content validity) อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ โครงสร้างของแบบประเมินจำนวน 24 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แสดงถึงแบบประเมินมีความแม่นยำตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ที่ดี แรงจูงใจในการเล่นสามารถจำแนกออกได้เป็น 4 ระดับ คือแรงจูงใจในการเล่นน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์บางส่วนสำหรับนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา ประจำปี 2566 และการวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดีด้วยความกรุณาช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ศ.นพ.ชาญวิทย์ พรนภดล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก, ผศ.นพ.วัลลภ อัจฉริยะสิงห์, ผศ.นพ.สมบุญ หนัทยอยู่สุข อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมตลอดจนได้รับคำแนะนำจาก รศ.พญ.สุพร อภินันทเวช ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ เพื่อให้การวิจัยสมบูรณ์ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณ รศ.นพ.ศิริไชย หงส์สงวนศิริ, รศ.พญ.ทิฆัมพร หอสิริ, ผศ.นพ.คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์ และ ผศ.ดร.พัชรินทร์ เสรี ที่ให้ความกรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพ และให้คำแนะนำในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณคุณธนาทิพย์ สงวนพานิชย์ ที่ให้คำปรึกษาในกระบวนการทางสถิติ คุณศิริินดา จันทรพิชญ์, คุณณัฐพร กังสวิวัฒน์ ที่คอยช่วยเหลือประสานงานจนสำเร็จลุล่วง ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

ผลประโยชน์ขัดกัน

ไม่มี

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

กมลวรรณ บุญประแสวิทยา: มีส่วนในการออกแบบการศึกษา ทบทวนวรรณกรรม ดำเนินกระบวนการวิจัย เรียบเรียงและปรับปรุงวิทยานิพนธ์ และการเขียนบทความตามคำแนะนำ; ชาญวิทย์ พรนภดล: มีส่วนในการออกแบบการศึกษา ให้คำปรึกษาแนะนำในทุกกระบวนการวิจัย สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบและให้คำแนะนำในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ และการเขียนบทความ; วัลลภ อัจฉริยะสิงห์: มีส่วนในการให้คำปรึกษาการคัดเลือก และการปรับปรุงข้อคำถามของเครื่องมือวิจัย สนับสนุนการหากรกลุ่มตัวอย่างและการเก็บข้อมูล; สมบุญ หนัทยอยู่สุข: มีส่วนในการให้คำปรึกษาแนะนำในการคัดเลือก และปรับปรุงข้อคำถามของเครื่องมือวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Child Online Protection Action Thailand. Situation survey of Thai children and online dangers 2020. Bangkok: Child Online Protection Action Thailand; 2020.
2. Pornnoppadol C, Ladawan na Ayudhaya S, Phoasavasdi C,

- Surapongphiwattana T. Development of Game Addiction Protection Scale (GAME-P). *J Psychiatr Assoc Thailand* 2017;62:3-16.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
 4. World Health Organization. Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. Geneva: World Health Organization; 2024.
 5. Newzoo. Global Games Market Report: The VR & Metaverse Edition 2021 [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 9]. Available from: <https://newzoo.com/insights/trend-reports/newzoo-global-games-market-report-2021-free-version/>.
 6. Weiss T, Schiele S. Virtual worlds in competitive contexts: Analyzing eSports consumer needs. *Electron Mark* 2013;23(4):307-16.
 7. Jin Y, Qin L, Zhang H, Zhang R, editors. Social factors associated with video game addiction among teenagers: School, family and peers. In: Proceedings of the 2021 4th International Conference on Humanities Education and Social Sciences (ICHESS 2021); 2021; Atlantis Press.
 8. Karatoprak S, Dönmez YE. The relationship between peer bullying and online game addiction. *Psychiatry Clin Psychopharmacol* 2019;29(Suppl 1):60.
 9. Quancai L, Meng C, Kunjie C. Social control and self-control: factors linking exposure to domestic violence and adolescents' Internet gaming addiction. *Front Psychiatry* 2023;14:1245563.
 10. Bussone S, Trentini C, Tambelli R, Carola V. Early-life interpersonal and affective risk factors for pathological gaming. *Front Psychiatry* 2020;11:423.
 11. Wong ILK, Lam MPS. Gaming behavior and addiction among Hong Kong adolescents. *Asian J Gambl Issues Public Health* 2016;6:6.
 12. Schneider LA, King DL, Delfabbro PH. Family factors in adolescent problematic Internet gaming: A systematic review. *J Behav Addict* 2017;6:321-33.
 13. Ko C-H, Wang P-W, Liu T-L, Yen C-F, Chen C-S, Yen J-Y. Bidirectional associations between family factors and Internet addiction among adolescents in a prospective investigation. *Psychiatry Clin Neurosci* 2015;69:192-200.
 14. Bonnaire C, Phan O. Relationships between parental attitudes, family functioning and Internet gaming disorder in adolescents attending school. *Psychiatry Res* 2017;255:104-10.
 15. Mehroof M, Griffiths MD. Online gaming addiction: The role of sensation seeking, self-control, neuroticism, aggression, state anxiety, and trait anxiety. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2010;13:313-6.
 16. Chang E, Kim B. School and individual factors on game addiction: A multilevel analysis. *Int J Psychol* 2020;55:822-31.
 17. Li L, Niu Z, Griffiths MD, Wang W, Chang C, Mei S. A network perspective on the relationship between gaming disorder, depression, alexithymia, boredom, and loneliness among a sample of Chinese university students. *Technol Soc* 2021;67:101740.
 18. Wang J-L, Sheng J-R, Wang H-Z. The association between mobile game addiction and depression, social anxiety, and loneliness. *Front Public Health* 2019;7:1-6.
 19. Koncz P, Demetrovics Z, Takacs ZK, Griffiths MD, Nagy T, Király O. The emerging evidence on the association between symptoms of ADHD and gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2023;106:102343.
 20. Mathews CL, Morrell HER, Molle JE. Video game addiction, ADHD symptomatology, and video game reinforcement. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2019;45:67-76.
 21. Lafrenière M-A, Verner-Filion J, Vallerand R. Development and validation of the Gaming Motivation Scale (GAMS). *Pers Individ Dif* 2012;53:827-31.
 22. López-Fernández FJ, Mezquita L, Griffiths MD, Ortet G, Ibáñez MI. The development and validation of the Videogaming Motives Questionnaire (VMQ). *PLOS ONE* 2020;15:e0240726.
 23. Demetrovics Z, Urbán R, Nagygyörgy K, Farkas J, Zilahy D, Mervó B, et al. Why do you play? The development of the motives for online gaming questionnaire (MOGQ). *Behav Res Methods* 2011;43:814-25.
 24. Kim BN, Kang HS. Korean validation of the Motives for Online Gaming Questionnaire: Focusing on its factor structure and incremental validity. *Addict Behav* 2021;122:107019.
 25. Evren C, Evren B, Dalbudak E, Topcu Bulut M, Kutlu N. Psychometric validation of the Turkish Motives for Online Gaming Questionnaire (MOGQ) across university students and video game players. *ADDICTA Turk J Addict* 2020;7(2):81-9.
 26. Wu AM, Lai MH, Yu S, Lau JT, Lei MW. Motives for Online Gaming Questionnaire: Its psychometric properties and correlation with Internet gaming disorder symptoms among Chinese people. *J Behav Addict* 2017;6(1):11-20.
 27. Economic Statistics Division, National Statistical Office of Thailand (NSO). The use of ICT for child and youth. Bangkok: NSO; 2020.
 28. Sangkhaphan T, Pornnoppadol C, Hataiyusuk S. The development of Gaming Disorder Scale (GAME-S). *J Psychiatr Assoc Thailand* 2023;68(1):51-60.
 29. Department of Provincial Administration. The Bureau of Registration Administration (BORA). Official statistics registration systems (monthly) [Internet]. 2024 Mar 21 [cited 2025 May 9]. Available from: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/mainpage>.
 30. Boonsuk N, Jitthavech J. Criterion and test statistic for selecting multiple linear regression models without full model. *Sci Eng Connect* 2014;37:227-38.
 31. Tein JY, Coxé S, Cham H. Statistical power to detect the correct number of classes in latent profile analysis. *Struct Equ Modeling* 2013;20:640-57.
 32. Stevens J. Applied multivariate statistics for the social sciences. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2002.
 33. Cronbach LJ. Essentials of psychological testing. New York: Harper & Row; 1990.
 34. Myrseth H, Notelaers G, Strand L, Borud EK, Olsen OK. Introduction of a new instrument to measure motivation for gaming: the electronic gaming motives questionnaire. *Addiction* 2017;112:1658-68.



35. De Grove F, Cauberghe V, Van Looy J. Development and validation of an instrument for measuring individual motives for playing digital games. *Media Psychol* 2016;19:101-25.
36. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol* 2000;55:68.
37. Bartle RA. *Designing virtual worlds*. Indianapolis: New Riders; 2004.
38. Yee N. Motivations for play in online games. *Cyberpsychol Behav* 2006;9:772-5.
39. Allen JJ, Anderson CA. Satisfaction and frustration of basic psychological needs in the real world and in video games predict internet gaming disorder scores and well-being. *Comput Human Behav* 2018;84:220-9.
40. Gentile DA, Choo H, Liau A, Sim T, Li D, Fung D, et al. Pathological video game use among youths: a two-year longitudinal study. *Pediatrics* 2011;127:e319-29.
41. King A, Wong-Padoongpatt G. Do gamers play for money? A moderated mediation of gaming motives, relative deprivation, and upward mobility. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:15384.
42. Montag C, Schivinski B, Kannen C, Pontes HM. Investigating gaming disorder and individual differences in gaming motives among professional and non-professional gamers: An empirical study. *Addict Behav* 2022;134:107416.
43. Chung T, Sum S, Chan M, Lai E, Cheng N. Will esports result in a higher prevalence of problematic gaming? A review of the global situation. *J Behav Addict* 2019;8:384-94.
44. Bányai F, Zsila Á, Griffiths MD, Demetrovics Z, Király O. Career as a professional gamer: Gaming motives as predictors of career plans to become a professional esports player. *Front Psychol* 2020;11:1-9.

รูปแบบและแนวโน้มอาการของโรคจิตในกรุงเทพมหานคร: การศึกษาเพื่อพัฒนาการบริการดูแลระยะแรกเริ่มที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

สุทธา สุปัญญา*

*สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของอาการคล้ายโรคจิตในกรุงเทพมหานครเมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่น วิเคราะห์การกระจายทางเศรษฐกิจและสังคม และระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาการบริการดูแลระยะแรกเริ่มสำหรับผู้มีอาการของโรคจิตที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยเปรียบเทียบกับผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตแห่งชาติปี 2556

วิธีการศึกษา ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตแห่งชาติปี 2566 โดยเปรียบเทียบความชุกของอาการคล้ายโรคจิตระหว่างกรุงเทพมหานคร (n = 643) และภูมิภาคอื่น (n = 3,517) การวิเคราะห์หลักมุ่งเน้นข้อมูลของกรุงเทพมหานคร ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการคล้ายโรคจิตกับตัวแปรทางเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงการใช้สารเสพติด ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบหลายตัวแปร และเปรียบเทียบกับข้อมูลในปี 2556

ผลการศึกษา ความชุกของอาการคล้ายโรคจิตในกรุงเทพมหานคร อยู่ที่ 2.9% (95% confidence interval (95% CI): 1.3 - 4.5) เมื่อเทียบกับ 3.0% (95% CI: 2.2 - 3.8) ในภูมิภาคอื่น โดยความชุกในกรุงเทพมหานคร ลดลงอย่างมีนัยสำคัญจาก 5.9% ในปี 2556 ปัจจัยที่สำคัญซึ่งสัมพันธ์กับอาการคล้ายโรคจิต ได้แก่ การศึกษาระดับสูง (adjusted odds ratio (aOR) 1.89, 95% CI: 1.15 - 3.12) การว่างงาน (aOR 1.76, 95% CI: 1.08 - 2.87) สถานภาพโสด (aOR 1.67, 95% CI: 1.12 - 2.49) และการใช้สารเสพติด (aOR 2.34, 95% CI: 1.42 - 3.86)

สรุป แม้ว่าความชุกของอาการคล้ายโรคจิตในกรุงเทพมหานคร จะลดลงอย่างมีนัยสำคัญจากข้อมูลของปี 2556 และไม่มี ความแตกต่างเมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่น แต่ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมหลายประการยังคงมีความสัมพันธ์ที่สำคัญกับอาการ คล้ายโรคจิต การลดลงของความชุกอาจสะท้อนถึงความก้าวหน้าของระบบบริการสุขภาพจิตและการตระหนักรู้ของสังคม อย่างไรก็ตาม การพัฒนาการบริการดูแลระยะแรกเริ่มยังคงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับระดับการศึกษา สถานะการจ้างงาน สถานภาพสมรส และการใช้สารเสพติด เพื่อสร้างความสำเร็จต่อเนื่องในการลดความชุกโดยรวม

คำสำคัญ อาการคล้ายโรคจิต กรุงเทพมหานคร ระบาดวิทยา การบริการดูแลระยะแรกเริ่ม ความเป็นเมือง ปัจจัยทางเศรษฐกิจ และสังคม

Corresponding author: สุทธา สุปัญญา

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

E-mail: Suttha.supanya@hotmail.com

วันรับ 27 พฤศจิกายน 2567 วันแก้ไข 27 กุมภาพันธ์ 2568 วันตอบรับ 7 เมษายน 2568

Trends in Psychotic Experiences in Bangkok: Informing the Planned Early Intervention Service at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Suttha Supanya*

*Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

ABSTRACT

Objective: To examine the prevalence of psychotic experiences (PE) in Bangkok compared to other regions, analyse their socioeconomic distribution, and identify associated factors to inform the development of early intervention services for psychosis at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, with comparison to the 2013 Thai National Mental Health Survey findings.

Methods: Data from the 2023 Thai National Mental Health Survey were analysed to compare PE prevalence between Bangkok ($n = 643$) and other regions ($n = 3,517$). The primary analyses focused on Bangkok data, examining associations between PE and socioeconomic variables using multivariate logistic regression and then comparing the results to the prevalence in the 2013 survey.

Results: The prevalence of psychotic experiences in Bangkok was 2.9% (95% confidence interval (95% CI): 1.3 - 4.5), compared to 3.0% (95% CI: 2.2 - 3.8) in other regions, representing a significant decrease from the 5.9% prevalence reported in 2013. Important factors associated with PE included higher education (adjusted odds ratio (aOR) 1.89, 95% CI: 1.15 - 3.12), unemployment (aOR 1.76, 95% CI: 1.08 - 2.87), unmarried status (aOR 1.67, 95% CI: 1.12 - 2.49), and substance use (aOR 2.34, 95% CI: 1.42 - 3.86).

Conclusion: While the prevalence of PE has significantly decreased since 2013 and shows no urban-rural difference, several socioeconomic factors maintain significant associations with PE. The reduction in prevalence may reflect improvements in mental health services and public awareness. However, these findings suggest that early intervention services should continue to address educational level, employment status, marital status, and substance use in their development approach while building upon the apparent successes in reducing overall prevalence.

Keywords: psychotic experiences, Bangkok, epidemiology, early intervention service for psychosis, urbanicity, socioeconomic factors

Corresponding author: Suttha Supanya

E-mail: Suttha.supanya@hotmail.com

Received: 27 November 2024 Revised: 27 February 2025 Accepted: 7 April 2025

INTRODUCTION

Psychotic experiences (PE) are subclinical psychotic phenomena that occur in the general population, resembling symptoms of psychotic disorders but with less severity and impact.¹ Global studies over the past two decades have consistently shown that PE are relatively common, with prevalence ranging from 5 - 8% in general populations,^{2,3} and may serve as important indicators of risk for subsequent mental health problems.^{4,5}

Bangkok, Thailand's capital and largest urban centre, with a population exceeding 8 million, presents unique challenges and opportunities for mental health service delivery. Urban environments have been consistently associated with increased risk of both PE and psychotic disorders, potentially due to factors such as social fragmentation, environmental stress, and socioeconomic inequalities.⁶

Established in 1889, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry is still Bangkok's only major tertiary psychiatric facility. With 500 beds and a comprehensive mental health workforce, including 18 psychiatrists, 166 nurses, and various allied health professionals, it serves 36 districts in Bangkok and neighbouring provinces. The institute cares for approximately 470 psychiatric outpatients daily and maintains an active teaching and research program.

Early intervention in psychosis has emerged as a crucial approach in modern psychiatric care.⁷ International evidence suggests that PE may represent an important target for early intervention, as individuals reporting these experiences show an increased risk of developing clinical psychotic and other psychiatric disorders.⁸⁻¹¹ Therefore, understanding the epidemiology of PE is essential for planning and implementing early intervention services.

While many previous Thai studies have examined psychiatric epidemiology,¹²⁻¹⁴ detailed studies of PE in urban settings, particularly Bangkok, remain limited. The 2013 Thai National Mental Health Survey reported a general PE prevalence of 5.6%, but regional variations and socioeconomic patterns were not extensively

analysed.¹⁵

The primary objective of this study was to compare the prevalence of psychotic experiences between Bangkok and other regions of Thailand, examine the sociodemographic and economic patterns of PE in Bangkok's general population, and identify factors associated with PE occurrence in urban settings. These epidemiological insights would inform evidence-based development of mental health services in Bangkok and, by extension, in urban Thailand. Moreover, the data could also help to support the planned development of early intervention services at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry.

METHODS

This cross-sectional study analysed data from the 2023 Thai National Mental Health Survey, focusing specifically on Bangkok compared to other regions. The target population comprised Thai residents aged 18 years and above who could communicate in Thai. The study sample included 643 participants from Bangkok and 3,517 from other regions.

Participant selection employed multi-stage sampling, proceeding from district to sub-district to community levels within Bangkok, with final participant selection using the Kish Grid method, in line with the 2013 Thai National Mental Health Survey¹² that strictly follow the methods of the World Health Organization's (WHO) World Mental Health (WMH) Survey.¹⁶ The primary assessment tool was the Thai version of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (WHO-CIDI) version 3.0,^{17,18} which included the Psychosis Screener (PS) section,^{19,20} substance use screening, and service utilisation assessment. The detailed methodology of the Thai National Mental Health Surveys has been described elsewhere.¹²

The variables of interest in this study included demographic factors, i.e., gender and age, and socioeconomic factors, i.e., education, categorised as below bachelor's degree vs. bachelor's degree or higher; marital status, as married vs unmarried; employment

status, as employed vs unemployed; and substance use, as present vs. absent.

The survey was conducted between January and December 2023 by trained interviewers, through face-to-face interviews at participants' residences. Quality control included random verification of 10% of all interviews.

Statistical analysis included descriptive statistics with standard errors and 95% confidence intervals for prevalence estimates. Chi-square tests were used for between-group comparisons, and multiple logistic regression analysis examined associations between socioeconomic factors and PE. Results were presented as odds ratios with 95% confidence intervals and p-values. The analysis adjusted for potential confounding factors in multivariate models.

This study received approval from the Ethics Committee of the Department of Mental Health, Ministry of Public Health (approval number DMH.IRB.COA

044/2565). All participants provided written informed consent before participation.

RESULTS

Significant demographic and socioeconomic differences were observed from 643 participants from Bangkok and 3,517 from other regions (Table 1). Bangkok showed a higher proportion of individuals with a bachelor's degree or higher education (19.9% vs 10.1%, $p < 0.001$), unmarried status (44.0% vs 35.2%, $p = 0.018$), and substance use (4.7% vs 3.1%, $p = 0.034$) compared to other regions.

The prevalence of psychotic experiences showed distinct patterns between Bangkok and other regions (Table 2). The lifetime prevalence in Bangkok was 2.9% (95% CI = 1.3 - 4.5), comparable to 3.0% (95% CI = 2.2 - 3.8) in other regions. Hallucinations were more commonly reported than delusions nationally.

TABLE 1 Demographic and socioeconomic characteristics of participants in Bangkok compared to other regions

Characteristics	Bangkok (n = 643) (%)	Other regions (n = 3,517) (%)	p-value
Gender			
Male	32.0 (46)	37.5 (54)	0.324
Female	68.0 (52.1)	62.5 (47.9)	
Age (years)			
18 - 24	2.2 (33.8)	4.3 (66.2)	0.042*
25 - 40	16.9 (53.7)	14.6 (46.3)	
41 - 59	39.0 (49.5)	39.8 (50.5)	
≥ 60	41.9 (50.4)	41.3 (49.6)	
Education			
Below bachelor's	80.1 (47.1)	89.9 (52.9)	< 0.001*
Bachelor's or higher	19.9 (66.3)	10.1 (33.7)	
Marital status			
Married	56.0 (46.4)	64.8 (50.6)	0.018*
Unmarried	44.0 (51.8)	35.2 (48.2)	
Employment			
Employed	73.5 (49.4)	75.3 (50.6)	0.245
Unemployed	26.5 (51.8)	24.7 (48.2)	
Substance use			
Present	4.7 (60.3)	3.1 (39.7)	0.034*
Absent	95.3 (49.6)	96.9 (50.4)	

*Statistically significant at $p < 0.05$

TABLE 2 Prevalence of psychotic experiences in Bangkok compared to other regions

Type of experience	Bangkok: n = 643 (95% CI)	Other regions: n = 3,517 (95% CI)	p-value
Lifetime prevalence			
Any psychotic experience	2.9 (1.3 - 4.5)	3.0 (2.2 - 3.8)	0.856
Hallucinations	2.9 (1.3 - 4.5)	2.5 (1.9 - 3.1)	0.624
Delusions	0.2 (0.0 - 0.4)	0.8 (0.4 - 1.2)	0.042*
Both	0.2 (0.0 - 0.4)	0.3 (0.1 - 0.5)	0.548
12-month prevalence			
Any psychotic experience	0.9 (0.1 - 1.7)	1.1 (0.5 - 1.7)	0.724
Hallucinations	0.9 (0.1 - 1.7)	1.0 (0.6 - 1.4)	0.812
Delusions	0.1 (0.0 - 0.3)	0.2 (0.0 - 0.4)	0.386
Both	0.1 (0.0 - 0.3)	0.2 (0.0 - 0.4)	0.442

*Statistically significant at $p < 0.05$

Multivariate analysis using Bangkok as the reference group revealed no significant differences in psychotic experiences between Bangkok and other regions (aOR 1.09, 95% CI: 0.76 - 1.56). Several socioeconomic factors showed substantial associations with psychotic experiences. Higher education (aOR 1.89, 95% CI: 1.15 - 3.12), unemployment (aOR 1.76, 95% CI: 1.08 - 2.87), unmarried status (aOR 1.67, 95% CI: 1.12 - 2.49), and substance use (aOR 2.34, 95% CI: 1.42 - 3.86) were independently associated with increased odds of experiencing psychotic experience. These associations remained significant after adjusting for gender, age, and other socio-demographic characteristics of interest and substance use (Table 3).

DISCUSSION

This study provides the first detailed analysis of psychotic experiences in Bangkok compared to other regions of Thailand. Understanding prevalence and associated factors can inform early intervention service development in several ways. The identified prevalence of 2.9% indicates that approximately one in every 35 adults in Bangkok may experience psychotic symptoms, providing crucial data for service capacity planning and resource allocation. The socioeconomic patterns observed, particularly the associations with higher

education, unemployment, and substance use, enable evidence-based development of targeted intervention strategies for specific high-risk populations.

The comparable lifetime prevalence of psychotic experiences between Bangkok (2.9%) and other regions (3.0%) represents a notable decrease from the 5.9% national prevalence reported in the 2013 Thai National Mental Health Survey.¹⁵ When comparing these findings, it is important to note the methodological consistency between the two surveys. Both studies employed identical WHO-WMH Survey protocols and assessment tools (the Thai version of the WHO-CIDI 3.0), with similar sampling methods, interviewer training programs, and quality control procedures.¹² This methodological continuity strengthens the validity of the observed reduction, suggesting that the decrease may likely reflect fundamental changes rather than measurement differences, even if the systematic bias in individual interviewers and recalling PE is inevitable. The reduction could be attributed to improved mental health services and intervention strategies, enhanced public mental health awareness leading to earlier help-seeking, or broader improvements in mental health infrastructure over the past decade.

Interestingly, both the current and 2013 surveys challenge the assumption that urban environments necessarily lead to higher rates of psychotic experiences

TABLE 3 Factors associated with psychotic experiences in Bangkok: Results from multivariate logistic regression analysis

Factor	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI) [†]	p-value*
Region			
Bangkok	1.00	1.00	0.856
Other regions	1.03 (0.72 - 1.47)	1.09 (0.76 - 1.56)	
Education			
Below bachelor's	1.00	1.00	0.012*
Bachelor's or higher	1.58 (1.12 - 2.24)	1.89 (1.15 - 3.12)	
Employment			
Employed	1.00	1.00	0.024*
Unemployed	1.52 (1.08 - 2.14)	1.76 (1.08 - 2.87)	
Marital status			
Married	1.00	1.00	0.015*
Unmarried	1.45 (1.06 - 1.98)	1.67 (1.12 - 2.49)	
Substance use			
Absent	1.00	1.00	0.001*
Present	2.12 (1.38 - 3.26)	2.34 (1.42 - 3.86)	

*Statistically significant at $p < 0.05$ † adjusted for gender, age group, education, employment, marital status and substance use

despite robust evidence from numerous epidemiological studies establishing urbanicity as a significant risk factor for both psychotic experiences and schizophrenia.²¹⁻²⁶

Several factors might explain this consistent finding in the Thai context; first, the definition of urbanicity might differ from Western studies, as many rural areas in Thailand have undergone rapid development and urbanisation, while inequalities remain the same.^{27,28} Second, protective sociocultural factors in the Thai culture, such as maintaining family structures and community ties despite urbanisation, might buffer against the typically observed urban risk effects.^{29,30} Third, Thailand's traditionally high mobility between urban and rural areas might blur the distinctions typically observed in Western studies, where urban-rural divisions are more static.³¹

The socioeconomic associations identified in this study require careful interpretation regarding causality. The cross-sectional design means that observed

relationships could be bidirectional. For instance, the strong association between higher education and psychotic experiences (aOR 1.89) presents an interesting contrast to other findings. This might reflect better mental health literacy and reporting among educated individuals³²⁻³⁴ and, consequently, better recognition and reporting of psychotic experiences. Second, the competitive nature of Bangkok's professional environment might create stressors for the educated workforce that can be interpreted as threats and potentially contribute to the emergence of psychotic experiences and seeking help.³⁴⁻³⁶ Similarly, while unemployment shows increased risk (aOR 1.76), aligning with established evidence outcomes,³⁷⁻⁴¹ the relationship could be bidirectional; unemployment might contribute to psychotic experiences through increased stress, or psychotic experiences might impact employment opportunities.

The relationship with substance use (aOR 2.34) presents similar complexity in causality. While consistent

with global evidence,⁴²⁻⁴⁵ the higher prevalence of substance use in Bangkok (4.7% vs 3.1%) could represent either a risk factor for or a consequence of psychotic experiences. This highlights the importance of integrated assessment and treatment approaches in urban mental health services.^{7,46}

These findings suggest several key strategies for developing urban mental health services. In educational settings, particularly universities where higher rates of psychotic experiences were observed, early detection programs could be integrated into existing student health services. These could include systematic screening protocols, mental health literacy programs, and clear referral pathways to specialised care. For the working-age population, given the significant association with unemployment, vocational support should be a core component of mental health services - encompassing both preventive workplace mental health programs and rehabilitation services. The strong association with substance use necessitates integrated substance use assessment and treatment capabilities within mental health services, moving beyond traditional parallel service models to truly integrated care pathways.

These findings particularly support the development of specialised early intervention services for psychosis at centres with adequate resources and infrastructure. Such services require specific components for success, i.e., dedicated multidisciplinary teams (including psychiatrists, psychologists, occupational therapists, and case managers), standardised assessment protocols, evidence-based psychosocial interventions, and precise care pathways from detection to specialised care. Implementation should emphasise accessibility and acceptability through flexible service delivery models, including extended operating hours, multiple entry points, mobile outreach capabilities, and culturally sensitive engagement strategies, considering Bangkok's diverse population.

While this study was initially aimed to inform the development of early intervention services at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, Bangkok's major tertiary

psychiatric facility, its findings have broader implications for mental health service development across Thailand. The epidemiological patterns and associated factors identified here can inform service planning at various levels of care, from tertiary hospitals to community mental health centres. This broader applicability is particularly valuable given the population-based sampling approach, which provides insights representative of the general urban population rather than clinical samples. However, as noted, implementation strategies may need to be tailored based on each facility's available resources, local demographics, and existing service infrastructure. Centres with adequate resources might implement comprehensive early intervention services, while others could adopt specific components or develop staged implementation plans based on available capacity.

The study has several strengths, including its large sample size, comprehensive assessment tools, and detailed analysis of socioeconomic factors. However, limitations should be noted. The cross-sectional design prevents causal inference, as discussed above, and self-reported psychotic experiences may be subject to recall and reporting biases. Additionally, the study did not assess the severity or impact of psychotic experiences, which could provide valuable information for service planning.

CONCLUSION

This study provides compelling evidence for establishing early intervention services at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. While the prevalence of psychotic experiences in Bangkok represents a marked decrease from 2013, suggesting possible improvements in mental health infrastructure and intervention strategies over the past decade, the identified risk patterns and socioeconomic associations present unique challenges that necessitate specialised urban mental health services. The significant associations between psychotic experiences and higher education, unemployment, unmarried status, and substance use point to specific vulnerable groups that require targeted intervention approaches.

The findings suggest that early intervention services at Somdet Chaopraya should be tailored to Bangkok's unique urban context, with particular attention to educated young professionals, the unemployed, and those with substance use issues. Given the institute's position as Bangkok's only major tertiary psychiatric facility, services should emphasise accessibility through flexible operating hours, multiple entry points, including community outreach, and integration with the existing Bangkok Metropolitan Administrative primary care and social services.

Furthermore, preventive strategies should include early detection programs in educational institutions and workplaces, collaborative partnerships with substance use treatment services, and community education about early warning signs. Establishing such comprehensive early intervention services at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry is not just warranted but essential for addressing the complex needs of Bangkok's urban population. The institute's existing infrastructure and expertise, combined with these evidence-based insights, provide a strong foundation for developing services that could serve as a model for other urban centres in Thailand. Future research should focus on evaluating the implementation and effectiveness of these services, particularly their impact on reducing the progression of psychotic experiences to more severe mental health conditions in Bangkok's unique socio-cultural context.

Acknowledgements

The author thanks the 2023 Thai National Mental Health Survey Working Group, the data collection teams, and the participants for their contributions. Special thanks to Ms. Thitima Narongsak for assistance with formatting and editing. The Department of Mental Health funded the survey with partial support from the Thai Health Promotion Foundation. The analysis and manuscript preparation received no financial support.

Conflict of Interest

None

REFERENCES

1. Supanya S, The Thailand National Mental Health Survey Working Group, Morgan C, Reininghaus U, editors. Prevalence of Psychotic Experiences and Traumatic Events in the 2013 Thai National Mental Health Survey (SU59). *Schizophr Bull* 2017;43:S182.
2. Staines L, Healy C, Murphy F, Byrne J, Murphy J, Kelleher I, et al. Incidence and persistence of psychotic experiences in the general population: systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 2023; 49(4):1007-21.
3. Linscott RJ, van Os J. An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychol Med* 2013;43(6):1133-49.
4. McGrath JJ, Saha S, Al-Hamzawi A, et al. Psychotic experiences in the general population: a cross-national analysis based on 31,261 respondents from 18 countries. *JAMA Psychiatry* 2015;72(7):697-705.
5. Supanya S, Morgan C, Reininghaus U, editors. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of psychotic experience in countries outside of North America, Europe and Australasia (S145). 5th Biennial Schizophrenia International Research Society Conference; 2016; Firenze Fiera Congress Centre, Florence, Italy: NPJ Schizophrenia 2016; 2 (16009):53.
6. Jaya ES, Wusten C, Alizadeh BZ, van Amelsvoort T, Bartels-Velthuis AA, van Beveren NJ, et al. Comparing psychotic experiences in low-and-middle-income-countries and high-income-countries with a focus on measurement invariance. *Psychol Med* 2022;52:1509-16.
7. Beyer M, Brick TR, Kühn S. Urbanicity and psychotic experiences: social adversities, isolation and exposure to natural environments predict psychosis. *J Environ Psychol* 2024;96:1-14.
8. Williams R, Ostinelli EG, Agorinya J, Minichino A, De Crescenzo F, Maughan D, et al. Comparing interventions for early psychosis: a systematic review and component network meta-analysis. *EClinicalMedicine* 2024;70:102537.
9. Andreou C, Eickhoff S, Heide M, de Bock R, Obleser J, Borgwardt S. Predictors of transition in patients with clinical high risk for psychosis: an umbrella review. *Transl Psychiatry* 2023;13:286.
10. Radez J, Waite F, Izon E, Johns L. Identifying individuals at risk of developing psychosis: A systematic review of the literature in primary care services. *Early Interv Psychiatry* 2023;17:429-46.
11. Shadowen N, Meehan Z, Webb C, Fowles T, Beveridge R. Early intervention in youth psychosis: Novel approaches to understanding change. *Psychiatry Res* 2023;326:115269.
12. Poletti M, Pelizza L, Preti A, Raballo A. Clinical High-Risk for Psychosis (CHR-P) circa 2024: Synoptic analysis and synthesis of contemporary treatment guidelines. *Asian J Psychiatr* 2024;100:104142.
13. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chuta W, Assanangkornchai S, Supanya S. Thai national mental health survey 2013: methodology and procedure. *J Ment Health Thai* 2016;24:1-14.
14. Sooksompong S, Kwansanit P, Supanya S, Chutha W, Kittirattanapaiboon P, Udomittipong D, et al. The Thai national Mental Health Survey 2013: Prevalence of Mental Disorders in Megacities: Bangkok. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2016;61:75-88.

15. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chuta W, Tanaree A, Kwansanit P, Assanangkornchai S, et al. Prevalence of mental disorders and mental health problems: Results from Thai National Mental Health Survey 2013. Nonthaburi, Thailand.: The Department of Mental health, Ministry of Public Health, Royal Thai government; 2017.
16. Kessler RC, Ustun TB. The World Mental Health (WMH) survey initiative version of the World Health Organization (WHO) composite international diagnostic interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004;13:93-121.
17. Cooper L, Peters L, Andrews G. Validity of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) psychosis module in a psychiatric setting. *J Psychiatr Res* 1998;32:361-8.
18. Heeringa SG, Wells JE, Hubbard F, Mneimneh ZN, Chiu WT, Sampson NA, et al. Sample designs and sampling procedures. 1st ed. New York: Cambridge University Press; 2008.
19. Hanssen MSS, Bijl RV, Vollebergh W, van Os J. Self-reported psychotic experiences in the general population: A valid screening tool for DSM-III-R psychotic disorders? *Acta Psychiatr Scand* 2003;107:369-77.
20. Degenhardt L, Hall W, Korten A, Jablensky A. Use of a brief screening instrument for psychosis: results of an ROC analysis. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales; 2005.
21. Pederson CB, Mortensen PB. Evidence of a dose-response relationship between urbanicity during upbringing and schizophrenia risk. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:1039-46.
22. Heinz A, Deserno L, Reininghaus U. Urbanicity, social adversity and psychosis. *World Psychiatry* 2013;12:187-97.
23. DeVylder JE, Kelleher I, Lalane M, Oh H, Link BG, Koyanagi A. Association of Urbanicity with Psychosis in Low- and Middle-Income Countries. *JAMA Psychiatry* 2018;75:678-86.
24. Pries LK, Guloksuz S, Ten Have M, de Graaf R, van Dorsselaer S, Gunther N, et al. Evidence That Environmental and Familial Risks for Psychosis Additively Impact a Multidimensional Subthreshold Psychosis Syndrome. *Schizophr Bull* 2018;44:710-9.
25. Del-Ben CM, Shuhama R, Loureiro CM, Ragazzi TCC, Zanatta DP, Tenan SHG, et al. Urbanicity and risk of first-episode psychosis: incidence study in Brazil. *Br J Psychiatry* 2019;215:726-9.
26. Pignon B, Szoke A, Ku B, Melchior M, Schurhoff F. Urbanicity and psychotic disorders: Facts and hypotheses. *Dialogues Clin Neurosci* 2023;25:122-38.
27. Kittipong R. The urban-rural income inequality in Thailand: 1996-2011. *The Economic Science* 2012;60:25-43.
28. Fang Z, Sakellariou C. Evolution of urban-rural living standards inequality in Thailand: 1990-2006. *Asian Econ J* 2013;27:285-306.
29. Suavansri P, Pichayayothin N, Espinosa PR, Areekit P, Nilchantuk C, Jones TS, et al. Well-being in Thailand: A Culturally driven grounded inquiry exploration of a complex construct. *ARQOL* 2022;17:3327-47.
30. Zhan C, Mao Z, Zhao X, Shi J. Association between parents' relationship, emotion-regulation strategies, and psychotic-like experiences in adolescents. *Children* 2022;9:815.
31. Pholpirul P. Labour migration and the economic sustainability in Thailand. *J Curr Southeast Asian Aff* 2012;31:59-83.
32. O'Keeffe D, Turner N, Foley S, Lawlor E, Kinsella A, O'Callaghan E, et al. The relationship between mental health literacy regarding schizophrenia and psychiatric stigma in the Republic of Ireland. *J Ment Health* 2016;25:100-8.
33. Sutton M, O'Keeffe D, Frawley T, Madigan K, Fanning F, Lawlor E, et al. Feasibility of a psychosis information intervention to improve mental health literacy for professional groups in contact with young people. *Early Interv Psychiatry* 2018;12:234-9.
34. Skrobinska L, Newman-Taylor K, Carnelley K. Psychosis and help-seeking behaviour-a systematic review of the literature. *Psychol Psychother* 2024;97:583-605.
35. Reininghaus U, Kempton MJ, Valmaggia L, Craig TK, Garety P, Onyejiaka A, et al. Stress sensitivity, aberrant salience, and threat anticipation in early psychosis: An experience sampling study. *Schizophr Bull* 2016;42:712-22.
36. Ayesa-Arriola R, Miguel-Corredera M, de La Foz VO G, Neergaard KD, Correa-Ghisays P, Setién-Suero E, et al. Education and long-term outcomes in first episode psychosis: 10-year follow-up study of the PAFIP cohort. *Psychol Med* 2023;53:66-77.
37. Chan SKW, Chan HYV, Pang HH, Hui CLM, Suen YN, Chang WC, et al. Ten-year trajectory and outcomes of negative symptoms of patients with first-episode schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res* 2020;220:85-91.
38. Neill E, Tan EJ, Toh WL, Selvendra A, Morgan VA, Rossell SL, et al. Examining which factors influence age of onset in males and females with schizophrenia. *Schizophr Res* 2020;223:265-70.
39. Arayeshgari M, Roshanaei G, Ghaleiha A, Poorolajal J, Tapak L. Investigating factors associated with the number of rehospitalisations among patients with schizophrenia disorder using penalised count regression models. *BMC Med Res Methodol* 2022;22:170.
40. Lin D, Kim H, Wada K, Aboumrad M, Powell E, Zwain G, et al. Unemployment, homelessness, and other societal outcomes in patients with schizophrenia: a real-world retrospective cohort study of the United States Veterans Health Administration database. *BMC Psychiatry* 2022;22:458.
41. Butter S, Shevlin M, McBride O, Bentall RP, Hyland P, Leavey G, et al. Functioning, symptom expression and risk along the psychosis continuum. *Psychol Med* 2023;53:7407-17.
42. Rognli EB, Bramness JG, Skurtveit S, Bukten A. Substance use and sociodemographic background as risk factors for lifetime psychotic experiences in a non-clinical sample. *J Subst Abuse Treat* 2017;74:42-7.
43. Hielscher E, DeVlyder J, Hasking P, Connell M, Martin G, Scott JG. Mediators of the association between psychotic experiences and future non-suicidal self-injury and suicide attempts: results from a three-wave, prospective adolescent cohort study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2020;30:1351-65.
44. Matheson SL, Laurie M, Laurens KR. Substance use and psychotic-like experiences in young people: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2023;53:305-19.
45. Paquin V, Malla AK, Iyer SN, Lepage M, Joober R, Shah JL. Combinations and temporal associations among precursor symptoms before a first episode of psychosis. *Schizophr Bull* 2024;50:860-70.
46. Barlati S, Nibbio G, Vita A. Evidence-based psychosocial interventions in schizophrenia: a critical review. *Curr Opin Psychiatry* 2024;37:131-9.

การศึกษาปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการของผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดกระบี่ ประเทศไทย

สรินญพร หิมกร*

*กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลกระบี่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยที่มีอาการชัดเจน/กำเริบก่อน 5 ปีที่แล้ว กับผู้ป่วยที่มีอาการชัดเจน/กำเริบครั้งสุดท้ายในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา เพื่อนำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดกระบี่ มีอาการสงบได้นานขึ้น

วิธีการศึกษา เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลกระบี่ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาแจกแจงเป็นร้อยละ สถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Chi-square และ Odds ratio (OR) การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว ตัวแปรที่มีค่า p-value < 0.25 นำมาวิเคราะห์ Multiple logistic regression, Adjusted Odds ratio และ 95% Confidence Interval

ผลการศึกษา ผู้ป่วยที่ไม่เคยใช้แอมเฟตามีนมีโอกาสที่จะมีอาการครั้งสุดท้ายเกิน 5 ปีมาแล้ว มากกว่าผู้ที่ใช้และหยุดไปแล้ว 3.00 เท่า (adjusted OR = 3.004) ผู้ป่วยที่อยู่ปอเนาะหรือเรือนจำมีโอกาสมีอาการครั้งสุดท้ายเกิน 5 ปีน้อยที่สุด (มีอาการในช่วง 5 ปี) ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสที่จะมีอาการครั้งสุดท้ายเกิน 5 ปีมาแล้ว มากกว่าผู้ที่ไม่ มี 2.49 เท่า (adjusted OR = 2.49) โดยสิ่งกระตุ้นที่อาการครั้งล่าสุดอันดับแรกคือสารเสพติดในผู้ป่วยที่มีอาการ 2 ครั้งขึ้นไป ที่ครั้งล่าสุดถูกกระตุ้นจากสารเสพติด เมื่อเทียบกับครั้งก่อนหน้า มีทั้งใช้สารชนิดเดิม เพิ่มชนิดสาร ลดจำนวนลง เปลี่ยนสารไปเลย หรือบางรายที่ครั้งก่อนหน้าไม่ได้สัมพันธ์กับสารเสพติดเลย และยังพบว่าบางรายที่ครั้งก่อนหน้าเคยถูกกระตุ้นสารเสพติดแต่ครั้งนี้ไม่ใช้สารเสพติดแล้ว ผู้ที่มีอาชีพรับจ้างมีโอกาสที่จะมีอาการสงบมากกว่าผู้ที่อยู่ในปอเนาะหรือเรือนจำ (adjusted OR = 13.41)

สรุป ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีอาการครั้งสุดท้ายเกิน 5 ปี ได้แก่ การไม่เคยใช้แอมเฟตามีน การมีโรคประจำตัว และการประกอบอาชีพรับจ้าง โดยผู้ที่มีโรคประจำตัวอาจให้ความสำคัญกับสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้มีการรักษาอย่างต่อเนื่องและช่วยให้อาการสงบ ส่วนผู้ที่ประกอบอาชีพรับจ้างมีแนวโน้มที่อาการจะสงบมากกว่ากลุ่มอื่น ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีงานทำอาจช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดีและส่งผลกระทบต่อสงบ ในทางกลับกันพบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในปอเนาะหรือเรือนจำมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาสูงกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งอาจเกิดจากการกำเริบแล้วก่อคดี หรือบางรายมีความเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด ทำให้ต้องเข้าสู่กระบวนการบำบัดหรือถูกควบคุมตัว อย่างไรก็ตาม ปอเนาะและเรือนจำก็เป็นช่องทางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษา หากมีการพัฒนาระบบการดูแลร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้มากขึ้น

คำสำคัญ โรคจิตเภท สิ่งกระตุ้นให้มีอาการทางจิต การใช้สารเสพติด

Corresponding author: สรินญพร หิมกร

กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลกระบี่

E-Mail: Minkko@hotmail.com

วันรับ 7 พฤศจิกายน 2567 วันแก้ไข 21 กุมภาพันธ์ 2568 วันตอบรับ 25 กุมภาพันธ์ 2568

A Study on Precipitating Factors in Patients with Schizophrenia in Krabi Province, Thailand

Sarinyaporn Himakorn*

*Psychiatric Department, Krabi Hospital

ABSTRACT

Objective: The objectives of this study are to analyze precipitating factors of schizophrenia at Krabi Hospital and compare related factors between patients with symptom-free periods exceeding five years and those with recent symptoms. The findings will help improve schizophrenia care in Krabi Province, promoting long-term stability.

Methods: Data were collected from schizophrenia patients receiving treatment at the psychiatry department of Krabi Hospital and analyzed using descriptive statistics, presented as percentages. For inferential statistics, Chi-square tests and Odds Ratios (OR) were applied. Single-variable analyses were conducted to identify variables with a P-value < 0.25 for further analysis using multiple logistic regression, with adjusted odds ratios and 95% confidence intervals.

Results: Patients who have never used amphetamines are 3.004 times more likely (adjusted OR = 3.004) than former users to have had their last episode over five years ago. Those in prisons or Islamic boarding schools (Pondoks) are the least likely to remain episode-free for over five years, with symptoms recurring within the past five years. Patients with underlying medical conditions are 2.49 times more likely (adjusted OR = 2.49) than those without to have had their last episode over five years ago. Substance use is the most common trigger for recent schizophrenia episodes. In patients who have experienced two or more episodes, where the most recent episode was triggered by substance use, some continued using the same substance, increased or reduced usage, switched substances, or had no substance use in the previous episode. Some who were previously triggered by substance use abstained in the latest episode. Individuals in daily wage labor have significantly higher odds of symptom remission than those in Pondoks or prisons (adjusted OR = 13.41).

Conclusion: Factors associated with the absence of symptoms for more than five years include never using amphetamines, having underlying conditions, and working in labor-related jobs. Those with medical conditions may prioritize health, ensuring consistent treatment and prolonged remission. Similarly, employed individuals are more likely to maintain remission. Promoting employment may enhance mental well-being and stability. Conversely, those in Pondoks or prisons face a higher risk of symptoms within five years, often due to relapse, criminal offenses, or substance use, leading to rehabilitation or incarceration. However, these institutions can also facilitate treatment access. Strengthening healthcare collaboration with them could improve patient care.

Keywords: schizophrenia, relapse, substance used

Corresponding author: Sarinyaporn Himakorn

E-Mail: Minkko@hotmail.com

Received: 7 November 2024 Revised: 21 February 2025 Accepted: 25 February 2025

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความสำคัญมากโรคหนึ่งในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นโรคที่ทำให้เกิดความสูญเสียเป็นอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นต่อตัวผู้ที่เจ็บป่วยเองหรือส่งผลกระทบต่อผู้ใกล้ชิดผู้ดูแล หรือแม้กระทั่งมีผลกระทบต่อสังคม โดยผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนั้นจะมีความผิดปกติทั้งทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล¹⁻⁴ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งสามารถที่จะหายและกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติสามารถหยุดยาได้ ในขณะที่บางรายถึงแม้จะอาการสงบดีแต่มีความจำเป็นต้องรับประทานยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำ ส่วนอีกจำนวนหนึ่งนั้นบางรายยังมีอาการหลงเหลือไม่มาก และบางรายมีอาการหลงเหลือที่ชัดเจนไม่สามารถดูแลตนเองได้ การกำเริบของโรคจิตเภทนั้น คือการที่ผู้ป่วยกลับมีอาการขึ้นมาอีกหลังจากที่อาการสงบไปแล้ว^{5,6} และการที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบนั้นอาจทำให้ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลรวมถึงมีค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นไปด้วย^{7,8} ตามรายงานของ WHO พบว่าปัจจุบันมีผู้ป่วยจิตเภททั่วโลกมากกว่า 20 ล้านคน⁹

จากข้อมูลของสำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ พบว่าโรคจิตเภทติดอันดับจำนวนปีสุขภาพที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพของประชากรไทย (YLDs) พ.ศ. 2562 เป็นอันดับที่ 7 ในเพศชาย ค่า YLDs ต่อ 1,000 ประชากรเท่ากับ 60 คิดเป็นร้อยละ 2.9 ในเพศหญิงเป็นอันดับที่ 10 ค่า YLDs ต่อ 1,000 ประชากร เท่ากับ 62 คิดเป็นร้อยละ 2.6 และโรคจิตเภทติดอันดับ 1 ใน 10 ของอันดับการสูญเสียภาวะปีสุขภาพ (disability-adjusted life year: DALY) ของประชากรไทย อายุ 15 - 29 ปี พ.ศ. 2562 โดยเป็นอันดับที่ 10 ในเพศชาย ค่า DALYs ต่อ 1,000 ประชากร เท่ากับ 15 คิดเป็นร้อยละ 1.3 ในเพศหญิงเป็นอันดับที่ 9 ค่า DALYs ต่อ 1,000 ประชากร เท่ากับ 11 คิดเป็นร้อยละ 1.7¹⁰ ซึ่งถือว่ามีผลสำคัญ

ในจังหวัดกระบี่ ผู้ป่วยจิตเภทจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกระบี่เป็นหลัก เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลเดียวที่มีจิตแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่อาการคงที่และไม่สะดวกเดินทางสามารถรับยาต่อเนื่องและรับการประเมินจากแพทย์ทั่วไปที่โรงพยาบาลชุมชน โดยยังคงต้องพบจิตแพทย์ปีละอย่างน้อย 1 ครั้ง ผู้ป่วยที่รับยาต่อจากโรงพยาบาลอื่นก็จะมีอาการคงที่ให้พบจิตแพทย์เช่นกัน อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ป่วยบางรายที่ไม่ได้รับการประเมินซ้ำ เนื่องจากไม่ได้ถูกบรรจุในระบบนัดพบจิตแพทย์ อีกทั้งการระบาดของโควิด

ทำให้การส่งต่อถูกระงับสำหรับผู้ป่วยที่อาการคงที่ โดยสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชกำเริบมีหลายปัจจัย เช่น การขาดยา การใช้สารเสพติด ความเครียด หรือการปรับลดยา เป็นต้น

การให้การรักษาผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลกระบี่ มีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มาปรึกษาด้วยโรคจิตเภทมากกว่า 1,000 คน ต่อปี อย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2563 มีจำนวน 1,236 คน 3,209 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 1,186 คน 3,358 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน 1,331 คน 3,133 ครั้ง และในปี พ.ศ. 2566 มีจำนวน 1,101 คน 2,553 ครั้ง ในปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม 2566 - 30 เมษายน 2567) 649 คน 1,128 ครั้ง โดยส่วนใหญ่เป็นผู้มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดกระบี่ ซึ่งในแต่ละปีมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มีอาการกำเริบ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 - 2567 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กำเริบจำนวน 7, 17, 47, 39, 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.57, 1.43, 3.53, 3.54, และ 1.54 ตามลำดับ โดยในช่วงปี พ.ศ. 2565 - 2566 ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเพิ่มขึ้น โดยพบว่าส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดการรักษาในช่วงโควิดระบาดแล้วมีการกำเริบในภายหลัง อีกสาเหตุหนึ่งที่พบมากก็คือถูกระงับให้เกิดอาการจากการใช้สารเสพติดที่แพร่หลายมากขึ้น โดยเฉพาะในภาคใต้ซึ่งรวมถึงจังหวัดกระบี่ด้วย ไม่ว่าจะเป็นปัญหาการใช้กระท่อม กัญชาที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก ซึ่งเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงของกฎหมายเรื่องสารเสพติด ผู้ป่วยหลายรายได้แจ้งว่าที่ใช้สารเสพติดเพราะการแก้กฎหมายทำให้เข้าใจว่าสามารถใช้ได้โดยไม่เป็นอันตราย ทั้งที่สารเสพติดดังกล่าวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบขึ้นได้

งานวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาสภาพการณ์ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มาปรึกษาที่โรงพยาบาลกระบี่ เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นที่จะนำมาใช้ในแง่ของการป้องกัน ทั้งระดับปฐมภูมิ (primary prevention) ทติยภูมิ (secondary prevention) และตติยภูมิ (tertiary prevention) การวิเคราะห์สาเหตุการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดกระบี่ โดยเก็บข้อมูลในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มาปรึกษาตรวจรักษาที่งานจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระบี่ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบสาเหตุกระตุ้นให้เกิดอาการของโรคจิตเภท และปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยที่มีอาการชัดเจนหรือกำเริบก่อน 5 ปีที่แล้ว เทียบกับผู้ป่วยที่มีอาการชัดเจนหรือกำเริบครั้งสุดท้ายในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา เพื่อได้ทราบว่ามีปัจจัยที่แตกต่างหรือไม่ว่าอย่างไร โดยในช่วง 5 ปีแรกหลังมีอาการจะเป็นช่วงที่เสี่ยงสูงที่สุดในการกำเริบ^{11,12} การเลือกใช้ระยะเวลา 5 ปีในการศึกษาจึงเหมาะสมในการทำความเข้าใจการฟื้นฟูของผู้ป่วยจิตเภทและการป้องกันการกำเริบในอนาคต รวมถึงเก็บข้อมูล

ปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อการเกิดอาการ รวมทั้งในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมด้วย จะมีการทบทวนข้อมูลว่าอาการของโรคจิตเภทที่เกิดขึ้นถูกกระตุ้นจากการใช้สารเสพติดหรือไม่ และหากมีอาการมากขึ้น 2 ครั้งขึ้นไป ก็จะทำการเปรียบเทียบว่าสารที่กระตุ้นให้เกิดอาการยังคงใช้สารเดิมหรือไม่ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผน หาแนวทางป้องกันการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดกระบี่ให้ดีขึ้นในอนาคต ซึ่งก่อนหน้านี้นักก็มีการศึกษาปัจจัยกระตุ้นการมีอาการของโรคจิตเภทในประเทศไทยแต่เนื่องจากในบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ จึงคิดว่าหากมีข้อมูลเพิ่มเติมในจังหวัดกระบี่เพิ่มขึ้นมาจะสามารถนำมาประยุกต์เพื่อเป็นแนวทางการป้องกันรักษาโรคจิตเภทในประเทศไทยได้

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาที่ผ่านมาในโรคจิตเภทและโรคในกลุ่มอาการจิตเภทนั้นเกิดการกำเริบของโรคได้บ่อย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาอยู่ก็ตาม โดยอัตราการกำเริบของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการศึกษาทั่วโลกพบว่ามีมากถึงร้อยละ 50 - 92 และคาดว่าจะอยู่ที่ร้อยละ 3.5 ต่อเดือน ในผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตชนิดออกฤทธิ์นาน^{13,14} และการศึกษาที่พบว่าอัตราการกำเริบของโรคภายในปีแรกหลังเริ่มมีอาการจิตเภท คาดว่าจะอยู่ที่ประมาณร้อยละ 34 - 37¹⁵ ในขณะที่ความเสี่ยงตลอดชีวิตของการกำเริบของโรคสูงถึงร้อยละ 57.4 - 70¹⁶ โดยไม่คำนึงถึงตัวยาที่นำมาใช้ในการรักษา¹⁷ โดยปกติแล้วหลังจากที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการในระยะ 2 - 5 ปีแรก มีความสำคัญมากในการพยากรณ์โรคและการประเมินความสามารถของสมองที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว ซึ่งพบว่าอัตราการกำเริบของโรคทางจิตอยู่ที่ร้อยละ 31 หลังจาก 1 ปี และร้อยละ 43 หลังจากการรักษา 2 ปี¹⁸ และจากการศึกษาทบทวนในระยะยาวพบว่าในผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตครั้งแรกติดตามไป มีความสุขของการกำเริบโดยมีอาการทางบวกเป็นร้อยละ 28 ภายใน 1 ปี และร้อยละ 43 ใน 1.5 - 2 ปี และร้อยละ 54 ภายในระยะการติดตามผล 3 ปี¹⁹ ในผู้ป่วยที่มีการกำเริบจะมีความสามารถในการทำงานลดลงและคุณภาพชีวิตแย่กว่าผู้ป่วยที่ไม่มีการกำเริบ และหากมีการกำเริบที่บ่อยครั้งมากขึ้นก็จะส่งผลให้ภาวะทางจิตสังคมแย่ลง²⁰ ความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาเรื้อรังโดยความผิดปกติที่มีความบกพร่องทางการทำงานขั้นรุนแรงก็จะสูงขึ้น²¹ ซึ่งก็ตรงกับงานวิจัยที่ว่าอาการกำเริบจะส่งผลให้เกิดความพิการในการทำงานทางด้านสังคมและการประกอบอาชีพเพิ่มขึ้น²² รวมถึงการกำเริบเป็นซ้ำที่บ่อยก็มีผลต่อ

ความสามารถในการทำงานของสมองในการสั่งการให้ทำสิ่งต่างๆ นอกจากนี้การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ความบกพร่องทางสติปัญญาและการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี นำไปสู่ความเป็นภาระที่หนักหนาต่อผู้ป่วยเองและต่อครอบครัว²³⁻²⁵ อีกหนึ่งงานทบทวนงานวิจัยก็พบว่าการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง การใช้สารเสพติดทัศนคติในด้านลบของผู้ดูแล เพิ่มความเสี่ยงการเป็นซ้ำในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรก²⁶

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบในโรคจิตเภทมีหลายปัจจัย พบว่าการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง ระยะเวลาการรักษา น้อยกว่า 5 ปี และการเจอภาวะกดดันในชีวิต มีความสัมพันธ์ต่อการกำเริบของผู้ป่วย²³ โดยมีการศึกษาติดตามผู้ป่วยหลังจากมีอาการทางจิตครั้งแรกเป็นระยะเวลา 5 ปี พบว่าอัตราการกำเริบของโรคจะสูงมากเมื่อหยุดการรักษา แม้ว่าจะเกิดอาการทางจิตเพียงแค่ครั้งเดียว และเมื่อเกิดการกำเริบผู้ป่วยจะมีอาการกลับมาคล้ายกับตอนเริ่มแรกอย่างรวดเร็ว ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะตอบสนองต่อยาต้านโรคจิตที่นำมาใช้ใหม่ โดยระยะเวลาที่จะตอบสนองแตกต่างกันไป แต่ก็พบว่าอัตราความล้มเหลวในการรักษามีมากถึง 1 ใน 6 ราย^{27,28} โดยปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกำเริบของโรคจิตเภทหลังจากที่มีอาการครั้งแรก ได้แก่ การขาดความรู้เรื่องโรคและยาที่ใช้ในการรักษา การคิดบวกจนเกินไปไม่คิดว่าจะเกิดการกำเริบ และการไม่เห็นความสำคัญของการรักษานั้นมีผลให้เกิดการกำเริบอย่างมาก²⁹ จากการทบทวนวรรณกรรมของ สิ้นเงิน สุขสมปอง และคณะ พบว่าการไม่ร่วมมือในการรักษา การไม่กินยา การใช้สารเสพติดอายุ และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการกำเริบเป็นซ้ำ³⁰ และการใช้สารเสพติดนั้นก็มีผลต่อการกำเริบของโรคจิตเภท โดยพบว่าสารเสพติดจะไปลดประสิทธิภาพในการรักษาของยาต้านโรคจิตและเพิ่มความเสี่ยงในการรักษาไม่ต่อเนื่อง³¹ ซึ่งในประเทศไทยก็มีการศึกษาถึงสาเหตุการกำเริบของโรคจิตเภทอยู่หลายการศึกษาเช่นกัน จากการศึกษาของ กนกรัตน์ ชัยนุ และคณะ พบว่ารายได้ การรับรู้เกี่ยวกับโรค ความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัว การประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน และการใช้ยาต้านโรคจิตไม่ต่อเนื่อง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำภายใน 1 ปี³² กนกวรรณ บุญเสริม ได้ศึกษาในมุมมองของผู้ป่วยถึงปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยกลับเป็นซ้ำ พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ตนเองต่อการเจ็บป่วยและมีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกำเริบ ผู้ป่วยมีทัศนคติทั้งในด้านบวกและด้านลบต่อการรับประทานยา ส่วนในเรื่องความสัมพันธ์พบว่าการทะเลาะ

วิวัฒนาการที่รุนแรงในครอบครัวและการใช้สารเสพติดหลายชนิด เป็นสาเหตุที่ทำให้อาการกำเริบ การประกอบอาชีพมีรายได้เป็นของตนเอง และการมีกิจกรรมร่วมกับคนในครอบครัวและชุมชน จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกภาคภูมิใจมากที่สุด³³ ในงานวิจัยของ ณัฐติกา ชูรัตน์ ก็พบว่าสาเหตุในการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทก็คือ การขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและยาทางจิตเวช รวมถึงสถานบริการด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วย การไม่ตระหนักถึงความจำเป็นในการรับประทานยา การใช้สารเสพติด ความเครียด การที่ญาติหวาดกลัว เบื่อหน่าย ท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ³⁴ ซึ่งผลการศึกษาก็ไม่ได้ต่างกัน นิศากร โพธิมาศ อธิบายว่าปัจจัยที่สามารถอธิบายการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตคือ อายุที่เริ่มป่วย ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และอิทธิพลร่วมระหว่างประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว³⁵

วิธีการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลกระบี่ในปี พ.ศ. 2567 โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มารับการรักษาตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 ย้อนหลังไปจนครบตามจำนวนที่ต้องการ จากเวชระเบียนที่บันทึกไว้ก่อนหน้านั้น ซึ่งประวัติของผู้ป่วยในเวชระเบียนจะเป็นข้อมูลที่ละเอียดเชื่อถือได้ เนื่องจากผู้วิจัยจะมีการซักประวัติอย่างละเอียดในผู้ป่วยจิตเภททุกรายที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลกระบี่และได้รับการตรวจรักษาด้วยผู้วิจัย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการครั้งแรกหรือมีอาการกำเริบที่โรงพยาบาลอื่น ก็จะมีการซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติ และมีการบันทึกไว้

โดยปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการในโรงพยาบาลกระบี่นั้นพบว่าสาเหตุจากการขาดยา การใช้สารเสพติด ความเครียด การอดนอน และบางรายก็ไม่สามารถระบุสาเหตุกระตุ้นที่ชัดเจนได้ จึงได้ทำการเปรียบเทียบสาเหตุกระตุ้นให้เกิดอาการในแต่ละปี ย้อนหลังไป โดยปัจจัยที่นำมาวิเคราะห์ 21 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา การศึกษา อาชีพ สถานะการเงิน โรคประจำตัว ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว ความต่อเนื่องในการกินยา/ฉีดยา อาศัยกับ ผู้จัดยา ผู้พามาโรงพยาบาล การใช้สื่อออนไลน์ การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย ประวัติการอยู่เรือนจำ มุมมองสุขภาพ สุรา บุหรี่ สารเสพติดอื่นๆ

เกณฑ์การมีอาการของโรคชัดเจน/การกำเริบ (active phase) อิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทตามระบบ DSM-5³⁶

ซึ่งหมายถึงระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ A ตาม DSM-5 ของโรคจิตเภท อย่างน้อย 1 เดือน (อาจน้อยกว่านี้หากการรักษาได้ผล) ได้แก่ มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป โดยอย่างน้อยต้องมีอาการในข้อ 1 - 3 อยู่ 1 อาการ

- (1) อาการหลงผิด
- (2) อาการประสาทหลอน
- (3) การพูดอย่างไม่มีระเบียบแบบแผน
- (4) พฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผนที่คนในสังคมหรือวัฒนธรรมของผู้ป่วยไม่ทำกัน การเคลื่อนไหวมากเกินไป น้อยเกินไป หรือแปลกประหลาด (catatonic behavior)
- (5) อาการด้านลบ เช่น สิ้นน้ำเสียงเฉยเมยผิดปกติ แยกตัวจากคนอื่น

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (sample size calculation)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคำนวณสูตรของ ทอร์นไดก์³⁷ ดังนี้ สูตร $n = 10K + 50$

โดยที่ n หมายถึง ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

K หมายถึง จำนวนตัวแปรอิสระที่ต้องการศึกษา สำหรับการศึกษานี้มีตัวแปรอิสระที่ต้องการศึกษาจำนวน 21 ตัวแปร ดังนั้นจึงต้องเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน $(21 \times 10) + 50 = 260$ ราย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (inclusion criteria)

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลกระบี่ ตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2567 ย้อนหลังไปจนครบตามจำนวนที่ต้องการ และมีอายุมากกว่า 18 ปี

เกณฑ์การคัดออกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (exclusion criteria)

ผู้ที่ไม่ได้รับการซักประวัติตามแบบฟอร์มซักประวัติ แผนกจิตเวช และยังไม่ได้รับการยืนยันการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท เช่น ผู้ป่วยที่ขอรับยาทางไปรษณีย์ และผู้ป่วยมีโรคอื่นร่วมที่ทำให้ไม่สามารถประเมินว่าเป็นอาการกำเริบจากโรคจิตเภทได้ เช่น ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะสมองขาดเลือด ภาวะสับสนจากเหตุทางกาย (delirium) เป็นต้น

กระบวนการวิจัย

เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนที่บันทึกไว้ก่อนหน้านี้ ตามแบบบันทึกข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2567 ย้อนหลังไปจนครบตามจำนวนที่ต้องการ ซึ่งมีข้อมูลครบถ้วนจากการซักประวัติสอบถามข้อมูลผู้ป่วยและบันทึกไว้โดยเจ้าหน้าที่หน่วยงานจิตเวช และในช่วงปลายปี พ.ศ. 2566 ถึงต้นปี พ.ศ. 2567 ผู้ทำวิจัยได้มีการทบทวน สรุปล และบันทึกประวัติของผู้ป่วยอย่างละเอียดทุกราย เนื่องจากทางโรงพยาบาลได้เปลี่ยนระบบบันทึกประวัติผู้ป่วยจากการใช้ OPD card กระดาษ เป็นโปรแกรม HosXP

การกำหนดชื่อกลุ่มผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่มีอาการชัดเจนหรือกำเริบก่อน 5 ปีที่แล้ว ต่อไปจะเรียกว่า กลุ่มที่อาการสงบ

ผู้ป่วยที่มีอาการชัดเจน/กำเริบครั้งสุดท้ายในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ต่อไปจะเรียกว่า กลุ่มที่มีอาการ

การวัดผล/การวิเคราะห์ผลการวิจัย (outcome measurement/ data analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงเป็นความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ สถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Chi-square และ Odds ratio (OR) การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว ตัวแปรที่มีค่า p-value < 0.25 นำมาวิเคราะห์ Multiple logistic regression, Adjusted Odds ratio และ 95% Confidence Interval

การขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม

ขอการอนุมัติจากคณะกรรมการให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี รหัสอนุมัติโครงการ คือ REC 67-0075

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยเป็นเพศชาย ร้อยละ 70.8 เพศหญิง ร้อยละ 29.2 มีอายุตั้งแต่ 17 - 78 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 58.5 อยู่ในช่วงอายุ 31- 50 ปี นับถือศาสนาอิสลามมากที่สุด ร้อยละ 55.4 รองลงมาคือศาสนาพุทธ ร้อยละ 43.5 ภูมิลำเนา ร้อยละ 80 อยู่ในจังหวัดกระบี่ โดยอยู่อำเภอเมืองครึ่งหนึ่ง อยู่ต่างอำเภอครึ่งหนึ่ง ส่วนอีกร้อยละ 20 อยู่ต่างจังหวัด มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.2 (ซึ่งโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือไขมันในเลือดสูง รองลงมาคือโรคเบาหวาน ระยะก่อนเป็นเบาหวาน โรคความดัน โรคเก๊าท์ และอื่นๆ เช่น

ไทรอยด์ เลือดจาง หอบหืด เส้นเลือดหัวใจตีบ ภูมิแพ้ โรคไตเรื้อรัง ต้อหิน เป็นต้น) มีโรคจิตเวชในครอบครัวทั้งหมด ร้อยละ 42.7 (โดยเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 23.1 โรคอื่นที่ไม่ใช่จิตเภท ร้อยละ 10.4 และไม่ทราบวินิจฉัย ร้อยละ 9.2) ผู้ป่วยที่มีประวัติหรือกำลังอยู่ในเรือนจำ ร้อยละ 7.7 ความเกี่ยวข้องกับยาเสพติดในชีวิต กาแฟ ใช้อยู่ ร้อยละ 41.5 ใช้และหยุดเกิน 3 เดือน ร้อยละ 76.9 บุหรี่ ยาเส้น ใช้อยู่ ร้อยละ 27.7 ใช้และหยุดเกิน 3 เดือน ร้อยละ 5.4 สารที่กระตุ้นอาการโรคจิตได้ ได้แก่ สารระเหย ใช้อยู่ ร้อยละ 0.4 ใช้และหยุดเกิน 3 เดือน ร้อยละ 0.8 สารที่กระตุ้นให้เกิดอาการโรคจิตได้ ได้แก่ ยาบ้า ใช้อยู่ ร้อยละ 4.2 ใช้และหยุดเกิน 3 เดือน ร้อยละ 30.8 กระท่อม ใช้อยู่ ร้อยละ 6.5 ใช้และหยุดเกิน 3 เดือน ร้อยละ 23.5 กัญชา ใช้อยู่ ร้อยละ 3.1 ใช้และหยุดเกิน 3 เดือน ร้อยละ 23.8 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้อยู่ ร้อยละ 3.5 ใช้และหยุดเกิน 3 เดือน ร้อยละ 6.2

ข้อมูลเกี่ยวกับศักยภาพ/อาการปัจจุบันของผู้ป่วย

กลุ่มประชากรที่ศึกษามีจำนวนผู้ที่เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มากที่สุด รองลงมาเป็นจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) อันดับ 3 จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โดยก็ยังพบว่าไม่มีผู้ไม่ได้เรียนหนังสือเลยคิดเป็น ร้อยละ 0.8 แต่ก็มีผู้ที่เรียนจบระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) คิดเป็นร้อยละ 3.8 จบระดับปริญญาตรีขึ้นไปรวมคิดเป็น ร้อยละ 6.6

อาการปัจจุบันของกลุ่มประชากรที่ศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.9 มีอาการดีกลับเป็นปกติ มีบางส่วนที่มีอาการเล็กน้อยสามารถทำงานดูแลตนเองได้ แต่ก็มีส่วนหนึ่งที่จำเป็นต้องมีคนดูแลคิดเป็นร้อยละ 14.2 โดยเมื่อพิจารณาจากการทำงานในกลุ่มประชากรที่นำมาศึกษานั้นทำอาชีพเกษตรกร มีทั้งทำของตนเองและรับจ้าง แต่ก็มีส่วนมากที่ไม่ประกอบอาชีพใด ทั้งตอนมีอาการ ร้อยละ 29.6 และในปัจจุบัน 28.8 มีเพียง 2 คน ที่ตอนมีอาการไม่ทำงานแต่ปัจจุบันทำงาน กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการว่างงาน ร้อยละ 28.8 และเมื่อรวมกับผู้ที่อยู่ในปอเนาะ ร้อยละ 14.2 เรือนจำ ร้อยละ 3.5 รวมทั้งหมดที่ไม่ได้ทำงานเป็นร้อยละ 46.5 โดยพบว่าสถานะทางการเงินของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีรายได้ไม่พอต่อการใช้จ่าย ร้อยละ 8.8

ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีผู้พามาโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนในครอบครัวรวมแล้วคิดเป็นร้อยละ 41.9 (โดยบุคคล

ในครอบครัวที่มาจากโรงพยาบาลกับผู้ป่วยอันดับแรกคือพ่อแม่ซึ่งเท่ากับที่ญาติพามา รองมาเป็นแฟน/คู่สมรส รองลงมาก็คือลูก) ผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยตัวเอง ร้อยละ 36.6 เจ้าหน้าที่ป้อนะพามาพบแพทย์ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 14.2 เจ้าหน้าที่เรือนจำพามาพบแพทย์ ร้อยละ 3.5 ผู้ป่วยส่วนหนึ่งให้คนมารับยาแทนคิดเป็นร้อยละ 2.7 มากับเพื่อน ร้อยละ 1.2 ซึ่งก็ทำให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทนั้นสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีเพื่อนที่คอยดูแลซึ่งกันและกันได้ ซึ่งในที่นี่ก็มีผู้ป่วยที่มากับเพื่อนที่รู้จักกันตอนมานั่งรอตรวจจิตเวช แต่ก็พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สถานภาพโสด ร้อยละ 55.77 และผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 55.4 ดูแลจัดยาตนเอง

การอยู่อาศัยตอนมีอาการ ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับครอบครัวเป็นอันดับหนึ่ง ร้อยละ 85 รองลงมาก็คืออยู่คนเดียว ร้อยละ 8.5 อยู่ป้อนะ ร้อยละ 5.8 อยู่กับเพื่อน ร้อยละ 0.8

การอยู่อาศัยในปัจจุบัน ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 75.4 รองลงมาก็คือป้อนะ ร้อยละ 14.6 อยู่คนเดียว ร้อยละ 6.5 อยู่เรือนจำ ร้อยละ 3.1 อยู่กับเพื่อน ร้อยละ 0.4

เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่อยู่ด้วยในช่วงที่มีอาการกับการเป็นอยู่ในปัจจุบันแบบคนต่อคน มีหลายคนที่มีการเปลี่ยนแปลงคิดเป็นร้อยละ 15.4 ส่วนใหญ่จะเป็นการย้ายจากการอยู่กับครอบครัวไปสู่ป้อนะหรือเรือนจำ โดยผู้ป่วยที่จากเดิมไม่ได้อยู่ป้อนะและย้ายไปอยู่ป้อนะ ร้อยละ 8.1 (โดยคนที่อยู่กับพ่อแม่แล้วย้ายไปอยู่ป้อนะมีมากที่สุด รองลงมาก็คืออยู่คนเดียวแล้วย้ายไปอยู่ป้อนะ ที่เหลืออยู่กับแฟน อยู่กับพ่อแม่ อยู่กับพ่อแม่และญาติ) แต่ก็มีผู้ป่วยที่อยู่ป้อนะตอนมีอาการชัดเจนย้ายออกมาอยู่กับญาติ ร้อยละ 0.4 ผู้ป่วยที่จากเดิมไม่ได้อยู่เรือนจำและย้ายไปอยู่เรือนจำ ร้อยละ 3.1 ผู้ป่วยที่เคยอยู่คนเดียวมีการเปลี่ยนแปลงโดยอยู่กับลูก ร้อยละ 0.4 และอยู่กับแฟน/คู่สมรส ร้อยละ 0.4 ผู้ป่วยที่เคยอยู่กับเพื่อนย้ายมาอยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 0.4 ผู้ป่วยที่เคยอยู่กับแฟนและมีบุคคลในบ้านเพิ่มเข้ามา ร้อยละ 1.2 โดยมีลูกหรือญาติเพิ่มเข้ามา อีกส่วนหนึ่งอยู่กับคนในครอบครัวแต่มีการเปลี่ยนแปลงผู้ที่เข้ามาอยู่ด้วย โดยร้อยละ 0.4 เคยอยู่กับแฟนและญาติแต่ปัจจุบันอยู่แต่กับญาติ ร้อยละ 0.4 อยู่กับพ่อแม่และญาติ เปลี่ยนเป็นอยู่กับแฟนและญาติ ร้อยละ 0.4 เคยอยู่กับพ่อแม่แต่เปลี่ยนไปอยู่กับญาติ ร้อยละ 0.4 จากอยู่กับญาติเปลี่ยนมาอยู่กับพ่อแม่ซึ่งพบว่าไม่มีผู้ใดเปลี่ยนจากการอยู่กับผู้อื่นมาอยู่คนเดียว

ข้อมูลปัจจัยสนับสนุน

ประวัติกินยา/รักษาต่อเนื่อง ในผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยมีปัญหา ตอนนี้อยู่ร่วมมือในการรักษาดีคิดเป็นร้อยละ 58.1 ผู้ป่วยที่รับ

การรักษาต่อเนื่องดีมาตลอดมีร้อยละ 38.5 และผู้ที่ปัจจุบันยังมีปัญหาการกินยา/รักษา ร้อยละ 3.5 ผู้ป่วยที่มีการออกกำลังกายมีร้อยละ 60 แต่มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 38.5 ที่มีวิธีจัดการความเครียดโดยมุมมองของสุขภาพที่ผู้ป่วยมองตนเองนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าสุขภาพดี ร้อยละ 64.2 คิดว่าปานกลาง ร้อยละ 23.1 ผู้ป่วยคิดว่ามีสุขภาพกายไม่ดี ร้อยละ 8.5 และผู้ป่วยไม่มา/ตอบไม่รู้เรื่อง ร้อยละ 4.2 ส่วนมุมมองสุขภาพจิตผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าสุขภาพดี ร้อยละ 72.7 คิดว่าปานกลาง ร้อยละ 11.5 คิดว่าสุขภาพจิตไม่ดี ร้อยละ 7.7 และผู้ป่วยไม่มา/ตอบไม่รู้เรื่อง ร้อยละ 4.2

ข้อมูลการใช้สื่อออนไลน์ส่วนใหญ่ ไม่ใช่ ร้อยละ 69.2 น้อยกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 8.5 ใช้ 1 - 3 ชั่วโมง ร้อยละ 18.5 ใช้ 3 - 6 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 2.3 ใช้มากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 1.5

ข้อมูลเกี่ยวกับอาการทางจิต/ปัจจัยกระตุ้น

อาการครั้งที่ชัดเจนสุดทำก่อนหน้า (ปี) พบว่ามีอาการชัดเจนครั้งสุดท้ายภายในปีนี้ 19 คน คิดเป็นร้อยละ 7.3 ภายใน 1 - 5 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 39.2 และอาการชัดเจนครั้งสุดท้ายก่อน 5 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 53.5 โดยจำนวนครั้งของการมีอาการ ผู้ที่มีอาการชัดเจน 1 ครั้ง ร้อยละ 14.2 มีอาการ 2 ครั้ง ร้อยละ 20.4 มีอาการ 3 - 5 ครั้ง ร้อยละ 41.5 มีอาการ 6 - 10 ครั้ง ร้อยละ 3.8 มีอาการ 12 ครั้ง ร้อยละ 0.4 มีอาการครั้งเดียวแต่เป็นเรื้อรังไม่กลับเป็นปกติ แต่ไม่มีอาการกำเริบเป็นรอบๆ ชัดเจน ร้อยละ 4.6 มีอาการกำเริบมากกว่า 2 ครั้ง ไม่ทราบจำนวนครั้งที่แน่นอน โดยแต่ละครั้งอาการกลับเป็นปกติ ร้อยละ 7.7 มีอาการกำเริบมากกว่า 2 ครั้ง ไม่ทราบจำนวนครั้งที่แน่นอนและเมื่อกำเริบแล้วอาการไม่หายสนิท ร้อยละ 7.3

ซึ่งระยะห่างของอาการชัดเจนครั้งล่าสุดกับครั้งก่อนหน้า ในผู้ป่วยที่มีอาการชัดเจนมากกว่า 2 ครั้ง ทั้งหมด 211 คน พบว่าระยะห่างระหว่างอาการชัดเจนครั้งสุดท้ายและครั้งก่อนหน้า มีตั้งแต่ไม่ถึง 1 ปี ไปจนถึง 20 ปีขึ้นไป โดยมากที่สุดที่ 1 ปี ร้อยละ 15.6 รองลงมาก็คือ 2 ปี ร้อยละ 11.8 รองลงมาก็คือ 3 ปี ร้อยละ 10.4 แต่ก็มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่ทราบประวัติอาการที่ชัดเจนครั้งสุดท้าย ร้อยละ 10.4

ปัจจัยกระตุ้นที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการครั้งล่าสุด มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด ร้อยละ 31.2 (โดยกระตุ้นจากสารเสพติดไม่มีสาเหตุกระตุ้นร่วม ร้อยละ 14.2) จากผู้ป่วยขาดยา ร้อยละ 37.3 (โดยกระตุ้นจากการขาดยาอย่างเดียว ร้อยละ 24.6 ขาดยาและสารเสพติด ร้อยละ 11.2 จากขาดยาและอื่นๆ

ร้อยละ 1.5) รองลงมาคือคนไข้ลดยาเอง ร้อยละ 13.8 ส่วนปัจจัยกระตุ้นอื่นๆ เช่น ภาวะเครียด แพทย์ลดยาลงเนื่องจากผลข้างเคียง แพทย์หยุดยาเนื่องจากเดิมไม่ได้วินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท อดนอน ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่ทราบสาเหตุกระตุ้นที่ชัดเจนมีถึงร้อยละ 18.5 โดยมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่เดิมไม่ได้วินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตจากสารเสพติด โรคซึมเศร้า แต่เปลี่ยนการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทในครั้งนี้ ร้อยละ 6.5

ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการในครั้งสุดท้ายเปรียบเทียบกับครั้งก่อนหน้า ผู้ป่วยที่มีอาการเกิน 2 ครั้ง มีทั้งหมด 211 คน (ร้อยละ 81.2) โดยข้อมูลการกำเริบของผู้ป่วยเปรียบเทียบการมีอาการครั้งสุดท้ายเทียบกับครั้งก่อนหน้านั้น พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการโดยมีปัจจัยกระตุ้นที่ซ้ำเดิม 119 มีร้อยละ 56.2 (ซึ่งแบ่งเป็นผู้ป่วยที่เกิดอาการจากปัจจัยกระตุ้นที่เหมือนเดิมกับครั้งก่อนหน้า ร้อยละ 42.7 กับมีอาการจากปัจจัยกระตุ้นเดิมและมีตัวกระตุ้นอื่นที่แตกต่างไปด้วย ร้อยละ 13.74) และในผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งก็พบว่า ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการในครั้งสุดท้ายแตกต่างกับครั้งก่อนหน้า ร้อยละ 43.8

เมื่อพิจารณารวมทั้งผู้ที่มีปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการที่เหมือนกันและมีปัจจัยกระตุ้นที่ซ้ำกันในครั้งสุดท้ายและครั้งก่อนหน้ารวมทั้ง 119 คน พบว่าปัจจัยกระตุ้นสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่พบมากที่สุดคือ การขาดยาจำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 63 อันดับรองลงมาคือสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด 54 คน คิดเป็นร้อยละ 45 ความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด (ที่สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการในโรคจิตเภท) ผู้ป่วยที่มีอาการสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดในครั้งล่าสุดมีจำนวนร้อยละ 31.15 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยมีความสัมพันธ์กับการใช้แอมเฟตามีน ร้อยละ 65.4 กัญชา ร้อยละ 40.3 กระท่อม ร้อยละ 64.4 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 12.3 สารระเหย ร้อยละ 1.2

ความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยที่มีอาการชัดเจนมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง

พบว่าในจำนวนผู้ป่วย 211 คน ที่มีอาการมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง ใน 2 ครั้งสุดท้าย พบว่าผู้ป่วยจำนวน 123 คน ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดจำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 58.3 ผู้ที่มีอาการโดยถูกกระตุ้นจากการใช้สารเสพติดในครั้งสุดท้ายและก่อนครั้งสุดท้ายทั้ง 2 ครั้ง จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 24.2 ผู้ป่วยที่ครั้งล่าสุดถูกกระตุ้นด้วยการใช้สารเสพติดแต่ครั้งก่อนหน้าไม่ใช่ มีจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 5.2 และผู้ที่ครั้งก่อนหน้า

ถูกกระตุ้นให้มีอาการจากสารเสพติดแต่ครั้งนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 11.4 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่นั้นการกำเริบ 2 ครั้งสุดท้าย ไม่ได้สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด ถึงแม้ว่าผู้ป่วยที่มีอาการจะสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดทั้ง 2 ครั้ง ก็มีจำนวนไม่น้อย ในขณะที่ผู้ป่วยที่ครั้งก่อนมีอาการโดยไม่สัมพันธ์กับสารเสพติด แต่ครั้งสุดท้ายมีปัจจัยกระตุ้นจากการใช้สารเสพติดเข้ามาเมื่อถึงร้อยละ 5.2 ในขณะที่เดียวกัน ผู้ป่วยที่ครั้งก่อนหน้ามีปัญหาการใช้สารเสพติด แต่ครั้งล่าสุดไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดมีจำนวนไม่น้อยเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 11.4 แสดงให้เห็นว่าถึงแม้ผู้ป่วยจะเคยถูกกระตุ้นจากการใช้สารเสพติด แต่เมื่อหยุดใช้สารเสพติดแล้วก็ยังจำเป็นต้องคอยระวังในการกำเริบซ้ำเช่นกัน ในขณะที่บางคนไม่ได้ถูกกระตุ้นจากการใช้สารเสพติดมาก่อน ก็มีโอกาสที่จะใช้สารเสพติดและกระตุ้นให้เกิดอาการได้ และในผู้ป่วยที่มีอาการมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง และทั้ง 2 ครั้ง สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด 51 คน พบว่ามีความหลากหลาย ทั้งผู้ที่ใช้สารเสพติดมากขึ้นและลดชนิดของสารเสพติดลง ผู้ป่วยใช้สารเสพติดชนิดเดิม 38 คน คิดเป็นร้อยละ 74.5 และ 13 คน ใช้สารแตกต่างจากเดิมคิดเป็นร้อยละ 25.5 โดยมีทั้งผู้ที่ใช้จำนวนชนิดของสารเสพติดมากขึ้นเท่าเดิม และลดลง โดยบางคนใช้สารเดิมแต่มีการปรับลดหรือเพิ่มสารอื่น บางคนเปลี่ยนเป็นชนิดใหม่ไม่ได้ใช้สารเดิม

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท

เมื่อจำแนกผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีอาการล่าสุดไม่เกิน 5 ปี (กลุ่มที่มีอาการ) จำนวน 121 คน และผู้ป่วยที่มีอาการล่าสุดเกิน 5 ปี (กลุ่มที่อาการสงบ) จำนวน 139 คน นำมาวิเคราะห์ทางสถิติตามแต่ละตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา การศึกษา อาชีพ สถานะการเงิน โรคประจำตัว ประวัติโรคจิตเวช ในครอบครัว ความต่อเนื่องในการกินยา/ฉีดยา อาศัยกับ ผู้จัดยา ผู้พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล การใช้สื่อออนไลน์ การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย ประวัติการอยู่เรือนจำ มุมมองสุขภาพ สุรา บุหรี่ สารเสพติดอื่นๆ พบว่าตัวแปรที่มีผลต่อการมีอาการครั้งสุดท้ายเกิน 5 ปี ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีนัยสำคัญทางสถิติ มีอยู่ 3 ตัวแปร (ตารางที่ 2) ได้แก่ การใช้แอมเฟตามีน อาชีพขณะมีอาการ และการมีโรคประจำตัว ผู้ป่วยที่ไม่เคยใช้แอมเฟตามีน มีโอกาสที่มีอาการสงบ มากกว่าผู้ที่เคยใช้แอมเฟตามีนและหยุดใช้ไปแล้วอย่างน้อย 3 เดือน 3 เท่า ผู้ที่อยู่ปอเนาะหรือเรือนจำ มีโอกาสที่จะมีอาการสงบน้อยที่สุด โดยผู้ที่ทำอาชีพรับจ้างมีโอกาส

ตารางที่ 1 แสดงตัวแปรที่เกี่ยวข้อง

ตัวแปร	มีอาการชัดเจนล่าสุด ไม่เกิน 5 ปี		มีอาการชัดเจนล่าสุด เกิน 5 ปี		OR	95% CI	p-value
เพศ							0.005
ชาย	96	52.2	88	47.8	ref		
หญิง	25	32.9	51	67.1	2.22	1.27 - 3.89	
อายุ							< .001
< 25	10	90.9	1	9.1	ref		
25 - 50	89	51.4	84	48.6	9.44	1.18 - 75.33	.034
> 51	22	28.9	54	71.1	24.54	2.96 - 203.38	.003
สถานภาพ							.230
โสด	73	50.3	72	49.7	ref		
คู่อยู่ด้วยกัน	22	36.1	39	63.9	1.797	.971 - 3.327	
คู่แยกกันอยู่	4	36.4	7	63.6	1.774	.498 - 6.324	
หม้าย	22	51.2	21	48.8	.968	.490 - 1.912	
ศาสนา							.667
พุทธ	50	44.2	63	55.8	ref		
อิสลาม	69	47.9	75	52.1	.863	.526 - 1.415	
คริสต์	2	66.7	1	33.3	.397	.35 - 4.503	
อื่นๆ	-		-				
การศึกษา							.031
ต่ำกว่า ป.6	13	30.2	30	69.8	ref		
สูงกว่า ป.6 - ม.3	69	53.5	60	46.5	.377	.180 - .787	.009
สูงกว่า ม.3 - ม.6 ปวช./ปวส.	34	47.9	37	52.1	.472	.212 - 1.050	.066
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	5	29.4	12	70.6	1.040	.304 - 3.557	.950
ภูมิลำเนา							.138
กระบี่	92	44.2	116	55.8	ref		
ที่อื่นๆ	29	55.8	23	44.2	.629	.341 - 1.160	
ประวัติการอยู่เรือนจำ							.012
เคย	15	75.0	5	25.0	ref		
ไม่เคย	106	44.2	134	55.8	3.792	1.336 - 10.769	
ผู้มาโรงพยาบาลกับผู้ป่วย							< .001
รับยาแทน	5	71.4	2	28.6	ref		
คนเดียว	30	31.6	65	68.4	5.417	0.99 - 29.53	.051
คู่/พ่อแม่/ลูก/ครอบครัว/เพื่อน	50	44.6	62	55.4	3.10	0.58 - 16.66	.187
จนท.ปอเนาะ/เรือนจำ	36	78.3	10	21.7	0.694	0.12 - 4.13	.689
อาศัยกับ (ตอนมีอาการ)							.018
ปอเนาะ/เรือนจำ	13	86.7	2	13.3	ref		
คนเดียว	8	36.4	14	63.6	11.375	2.03 - 63.753	.006
คู่/พ่อแม่/ลูก/ครอบครัว/เพื่อน	100	44.8	123	55.2	7.995	1.763 - 36.26	.007
อาศัยกับปัจจุบัน							< .001
ปอเนาะ/เรือนจำ	36	78.3	10	21.7	ref		

ตารางที่ 1 แสดงตัวแปรที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ตัวแปร	มีอาการชัดเจนล่าสุด ไม่เกิน 5 ปี		มีอาการชัดเจนล่าสุด เกิน 5 ปี		OR	95% CI	p-value
คนเดียว	4	23.5	13	76.5	11.05	2.94 - 41.531	
คู่/พ่อแม่/ลูก/ครอบครัว/เพื่อน	81	41.1	116	58.9	4.81	2.25 - 10.28	
รักษา/กินยาต่อเนื่อง							< .73
ต่อเนื่องมาตลอด	44	44.0	56	56.0	ref		
มีปัญหา	5	55.6	4	44.4	.629	.159 - 2.48	
เคยมีปัญหาปัจจุบันร่วมมือ	72	47.7	79	52.3	.862	.519 - 1.433	
ผู้ดูแลจิตยา (ตอนมีอาการ)							< .001
คนอื่น	49	65.3	26	34.7	ref		
ผู้ป่วย	58	38.4	93	61.6	3.022	1.696 - 5.385	
ผู้ดูแลจิตยาปัจจุบัน							< .001
เจ้าหน้าที่ปอเนาะ/เรือนจำ	33	76.7	10	23.3	ref		
ผู้ป่วย	48	33.3	96	66.7	6.600	3.002 - 14.510	< .001
คนในครอบครัว/ญาติ	40	54.8	33	45.2	2.723	1.170 - 6.334	.020
การจัดการความเครียด							.517
ไม่มี	77	48.1	83	51.9	ref		
มี	44	44.0	56	56.0	1.181	.715 - 1.951	
อาชีพ (ตอนมีอาการ)							.037
อยู่ปอเนาะ/เรือนจำ/บวช/เรียน	13	86.7	2	13.3	ref		
ข้าราชการ/กิจการของตัวเองหรือครอบครัว	51	44.3	64	55.7	8.157	1.76 - 37.801	.007
รับจ้าง	20	38.5	32	61.5	10.4	2.121 - 51.0	.004
ไม่ทำงาน	37	47.4	41	52.6	7.2	1.52 - 34.06	.013
อาชีพปัจจุบัน							< .001
อยู่ปอเนาะ/เรือนจำ/บวช/เรียน	36	76.6	11	23.4	ref		
ข้าราชการ/กิจการของตัวเองหรือครอบครัว	41	41.8	57	58.2	5.407	2.345 - 12.46	< .001
รับจ้าง	13	31.7	28	68.3	8.376	3.13 - 22.42	< .001
ไม่ทำงาน	31	41.3	44	58.7	5.469	2.31 - 12.94	< .001
สถานะทางการเงิน							.480
ไม่พอต่อการใช้จ่าย	8	34.8	15	65.2	ref		
พอใช้ไม่มีหนี้สิน	56	48.7	59	51.3	.562	.22 - 1.43	
เหลือใช้มีเงินเก็บ	57	46.7	65	53.3	.619	.22 - 1.57	
โรคประจำตัว							< .001
ไม่มี	68	59.6	46	40.4	ref		
มี	53	36.3	93	63.7	2.594	1.567 - 4.29	
ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว							.336
ไม่มี	70	47.0	79	53.0	ref		
มีจิตเภท	28	46.7	32	53.3	1.013	.555 - 1.846	
มีโรคอื่น	9	33.3	18	66.7	1.772	.748 - 4.198	
มีไม่ทราบวินิจฉัย	14	58.3	10	41.7	0.633	.264 - 1.515	

ตารางที่ 1 แสดงตัวแปรที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ตัวแปร	มีอาการชัดเจนล่าสุด ไม่เกิน 5 ปี		มีอาการชัดเจนล่าสุด เกิน 5 ปี		OR	95% CI	p-value
การใช้สื่อออนไลน์							.272
ไม่ใช้	86	47.8	94	52.2	ref		
ใช้ < 3 ชม./วัน	33	47.1	37	52.9	1.026	.590 - 1.783	
ใช้ > 3 ชม./วัน	2	20.0	8	80.0	3.66	.756 - 17.711	
มุมมองสุขภาพกาย							.327
ไม่ดี	12	54.4	10	45.5	ref		
ปานกลาง	23	38.3	37	61.7	1.930	.719 - 5.182	
ดี	79	47.3	88	52.7	1.337	.548 - 3.263	
ผู้ป่วยไม่มา/พูดไม่รู้เรื่อง	7	63.6	4	36.4	.686	.155 - 3.036	
มุมมองสุขภาพจิต							.046
ไม่ดี	15	75.0	5	25.0	ref		
ปานกลาง	17	42.5	23	57.5	4.059	1.234 - 13.349	.021
ดี	82	43.4	107	56.6	3.915	1.367 - 11.211	.011
ผู้ป่วยไม่มา/พูดไม่รู้เรื่อง	7	63.6	4	36.4	1.714	.349 - 8.421	.507
การออกกำลังกาย							.509
ไม่ออก	51	49.0	53	51.0	ref		
ออกกำลังกาย	70	44.9	86	55.1	1.182	.719 - 1.944	
การใช้สุรา							.858
ไม่เคยใช้	108	46.2	126	53.8	ref		
ปัจจุบันยังใช้	5	55.6	4	44.4	.686	.180 - 2.62	
เคยใช้และหยุดเกิน 3 เดือน	8	47.1	9	52.9	.916	.36 - 2.59	
การใช้นูรี							.202
ไม่เคยใช้	75	43.1	99	56.9	ref		
ปัจจุบันยังใช้	37	51.4	35	48.6	.717	.413 - 1.24	
เคยใช้และหยุดเกิน 3 เดือน	9	64.3	5	35.7	.421	.135 - 1.3	
การใช้แอมเฟตามีน							< .001
เคยใช้และหยุดเกิน 3 เดือน	54	67.5	26	32.5	ref		
ไม่เคยใช้	59	34.9	110	65.1	3.872	2.201 - 6.81	< .001
ปัจจุบันยังใช้	8	72.7	3	27.3	.779	.191 - 3.18	.728
การใช้กระท่อม							.004
เคยใช้และหยุดเกิน 3 เดือน	35	57.4	26	42.6	ref		
ไม่เคยใช้	73	40.1	109	59.9	2.010	1.117 - 3.62	.020
ปัจจุบันยังใช้	13	76.5	4	23.5	.414	.12 - 1.42	.160
การใช้กัญชา							.118
ไม่เคยใช้	82	43.2	108	56.8	ref		
ปัจจุบันยังใช้	6	75.0	2	25.0	.253	.050 - 1.286	
เคยใช้และหยุดเกิน 3 เดือน	33	53.2	29	46.8	.667	.375 - 1.186	

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท

	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	p-value
การใช้แอมเฟตามีน			.010
เคยใช้และหยุดเกิน 3 เดือน	ref	ref	
ไม่เคยใช้	3.872 (2.20 - 6.81)	3.004 (1.37 - 6.60)	.006
ปัจจุบันยังใช้	0.779 (.191 - 3.18)	0.584 (.100 - 3.39)	(.549)
อาชีพ (ตอนมีอาการ)			.036
อยู่ปอเนาะ/เรือนจำ/บวช/เรียน	ref	ref	
ข้าราชการ/กิจการของตนเองหรือครอบครัว	8.16 (1.76 - 37.80)	7.69 (.765 - 77.30)	(.083)
รับจ้าง	10.40 (2.12 - 51.0)	13.41 (1.22 - 147.42)	.034
ไม่ทำงาน	7.20 (1.52 - 34.06)	3.65 (0.37 - 38.33)	(.265)
โรคประจำตัว			.010
ไม่มี	ref	ref	
มี	2.59 (1.57 - 4.29)	2.49 (1.24 - 4.75)	

ที่จะมีอาการสงบมากกว่าผู้ที่อยู่ปอเนาะหรือเรือนจำ 13.41 เท่า ผู้ที่รับราชการ มีกิจการของตนเองหรือครอบครัว มีอาการสงบมากกว่าผู้ที่อยู่ปอเนาะหรือเรือนจำ 7.69 เท่า และผู้ที่ไม่ทำงาน มีโอกาสที่จะมีอาการสงบมากกว่าผู้ที่อยู่ปอเนาะหรือเรือนจำ 3.65 เท่า ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสที่จะมีอาการสงบมากกว่าผู้ที่มีโรคประจำตัว 2.49 เท่า

จากการวิเคราะห์ทางสถิติ

การใช้แอมเฟตามีน (p-value = .010): ผู้ที่ไม่เคยใช้แอมเฟตามีนมีโอกาสสงบของอาการมากกว่ากลุ่มที่เคยใช้และหยุดเกิน 3 เดือน (adjusted OR = 3.004, 95% CI: 1.37 - 6.60, P = .006) ผู้ที่ยังใช้แอมเฟตามีนในปัจจุบันไม่มีความแตกต่างทางสถิติกับกลุ่มอ้างอิง (adjusted OR = 0.584, 95% CI: .100 - 3.39, P = .549)

อาชีพตอนมีอาการ (p-value = .036): ผู้ที่มีอาชีพรับจ้างมีโอกาสสงบของอาการสูงที่สุด (adjusted OR = 13.41, 95% CI: 1.22 - 147.42, P = .034) ข้าราชการ/กิจการของตนเองหรือครอบครัว มีแนวโน้มที่จะสัมพันธ์กับอาการสงบ แต่ไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR = 7.69, 95% CI: .765 - 77.30, P = .083) ผู้ที่ไม่ทำงานไม่มีความสัมพันธ์ที่ชัดเจนกับอาการสงบ (adjusted OR = 3.65, 95% CI: 0.37 - 38.33, P = .265)

โรคประจำตัว (p-value = .010): ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสที่อาการสงบมากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่โรคประจำตัว (adjusted OR = 2.49, 95% CI: 1.24 - 4.75)

วิจารณ์

ผู้ป่วยนับถือศาสนาอิสลามมากที่สุด ร้อยละ 55.4 ถือว่ามีการนับถือศาสนาอิสลามค่อนข้างมากเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไปในจังหวัดที่นับถือศาสนาพุทธเป็นอันดับหนึ่ง ร้อยละ 61.7 รองลงมาเป็นศาสนาอิสลาม ร้อยละ 38.1³⁸ ผู้ป่วยร้อยละ 80 ภูมิลำเนาจังหวัดกระบี่ โดยอยู่อำเภอเมืองครึ่งหนึ่ง อยู่ต่างอำเภอครึ่งหนึ่ง ส่วนอีกร้อยละ 20 อยู่ต่างจังหวัด ซึ่งโรงพยาบาลกระบี่อยู่ในเขตอำเภอเมืองแต่เป็นโรงพยาบาลเดียวที่มีจิตแพทย์ ดังนั้นผู้ป่วยจากต่างอำเภอจึงเข้ามารับการรักษา

ในแง่การศึกษาเมื่อนำข้อมูลสถิติประชากรจังหวัดกระบี่ปี พ.ศ. 2566 ไตรมาส 1 จากประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป³⁹ ทั้งหมด 251,348 คน ไม่มีการศึกษา 3,706 คน คิดเป็นร้อยละ 1.5 ซึ่งก็มากกว่าประชากรที่นำมาศึกษา แต่จบระดับอุดมศึกษา 56,462 คน คิดเป็นร้อยละ 22.5 เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยคือ ร้อยละ 10.4 ก็อาจเป็นไปได้ว่าเกิดจากความเจ็บป่วยและมีความถดถอย

เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการว่างงานของประชากรในจังหวัดกระบี่ปี พ.ศ. 2567 ไตรมาส 1 มีอัตราการว่างงาน ร้อยละ 1.3⁴⁰ เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างพบว่า ในกลุ่มตัวอย่างมีอัตราการว่างงาน ร้อยละ 28.8 และเมื่อรวมกับผู้ที่อยู่ในปอเนาะ ร้อยละ 14.2 เรือนจำ ร้อยละ 3.5 รวมทั้งหมดที่ไม่ได้ทำงานเป็นร้อยละ 46.5 ซึ่งถือว่ามีจำนวนค่อนข้างมาก แต่ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยก็สามารถทำงานและเรียนจบสูงได้ ดังนั้นหากได้มีการดูแลกระตุ้นผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้เหมาะสมตั้งแต่ระยะแรกเริ่มแล้ว น่าจะช่วยให้ปัญหาเศรษฐกิจสังคมของจังหวัดได้ด้วย

จากข้อมูลคนที่พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล/การจิตยา/สถานภาพ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีผู้พามาโรงพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนในครอบครัว ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มารับการรักษาด้วยตัวเอง และขณะเดียวกันก็พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ดูแลจัดการกินเอง ซึ่งให้เห็นว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองในการรับการรักษาดูแลและแสดงถึงความสามารถในการดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่ง ส่วนผู้ที่พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลในอัตราส่วนที่รองลงมาคือเจ้าหน้าที่ป้อนะพามาพบแพทย์ นั่นก็แสดงให้เห็นว่าสถานบำบัดสารเสพติดในจังหวัดกระบี่ก็มีส่วนอย่างมากในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมไปถึงเรื่องจำเป็นบทบาทในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เช่นกัน ผู้ป่วยบางส่วนให้คนมารับยาแทนหรือมากับเพื่อน ซึ่งก็ทำให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทนั้นสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีเพื่อนที่คอยดูแลซึ่งกันและกันได้ ซึ่งในนี้ก็มีผู้ป่วยที่มากับเพื่อนที่รู้จักกันตอนมานั่งรอตรวจจิตเวช แต่ก็พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด

การอยู่อาศัย พบว่าทั้งตอนมีอาการและในปัจจุบันผู้ป่วยอาศัยอยู่กับครอบครัวมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบกับคนที่อยู่ด้วยในช่วงที่มีอาการกับการเป็นอยู่ในปัจจุบันแบบคนต่อคน พบว่าการมีอาการของโรคจิตเภทนั้นอาจมีผลต่อการอยู่อาศัยของผู้ป่วยได้ มีหลายคนที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่อาศัยด้วยคิดเป็นร้อยละ 15.4 ส่วนใหญ่จะเป็นการย้ายจากการอยู่กับครอบครัวไปสู่อาศัยหรือเรือนจำ โดยพบว่าไม่มีผู้ใดเปลี่ยนจากการอยู่กับผู้อื่นมาอยู่คนเดียว

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยมีปัญหาในการรักษาต่อเนื่องแต่ตอนนี้ร่วมมือในการรักษาดี ส่วนระยะห่างระหว่างอาการครั้งสุดท้ายและครั้งก่อนหน้า มีตั้งแต่ไม่ถึง 1 ปี ไปจนถึง 20 ปีขึ้นไป โดยมากที่สุดที่ 1 ปี ซึ่งมีผลต่อการเฝ้าระวังอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยต่อไป โดยปัจจัยกระตุ้นในผู้ป่วยทั้งหมด (ที่มีอาการครั้งแรกและมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป) อันดับแรกคือการขาดยา รองมากที่สุดคือการใช้สารเสพติด โดยสารเสพติดอันดับแรกคือแอมเฟตามีน รองลงมาคือกระท่อม กัญชา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสารระเหย และในผู้ป่วยที่มีอาการมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง และทั้ง 2 ครั้งสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด มีทั้งผู้ใช้จำนวนชนิดของสารเสพติดมากขึ้น เท่าเดิม และลดลง โดยบางคนใช้สารเดิมแต่มีการปรับลดหรือเพิ่มสารอื่น บางคนเปลี่ยนเป็นชนิดใหม่ไม่ได้ใช้สารเดิม แสดงว่าหากจะป้องกันการกำเริบจากการใช้สารเสพติดนั้น ก็จะต้องระมัดระวังสารเสพติดทุกชนิดไม่เพียงมุ่งเน้นแค่สารเดิม

จากการวิเคราะห์ทางสถิติ

ผู้ป่วยที่ไม่เคยใช้แอมเฟตามีนมีโอกาสที่จะมีอาการครั้งสุดท้ายเกิน 5 ปีมาแล้ว มากกว่าผู้ใช้แอมเฟตามีนและหยุดไปแล้วถึง 3 เท่า อาจจะเป็นเพราะการเสพแอมเฟตามีนเองก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้โรคจิตเภทกำเริบ ร่วมกับผู้ใช้สารเสพติด น่าจะมีการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ใช้สารเสพติดด้วย ซึ่งในหลายงานวิจัยก็พบว่าการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการมีอาการของโรคจิตเภท⁴¹

ส่วนผู้ที่มามีอาชีพรับจ้างมีโอกาสที่จะมีอาการครั้งสุดท้ายเกิน 5 ปี มากกว่าผู้ที่อยู่ป้อนะหรือเรือนจำ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่เข้าไปอยู่ในป้อนะหรือเรือนจำนั้น ส่วนหนึ่งอาจเพราะผู้ที่ประกอบอาชีพรับจ้างน่าจะสามารถดูแลตนเองได้ อาการไม่ได้มากเท่าอยู่ในป้อนะหรือเรือนจำ รวมไปถึงความคิดตัดสินใจต่างๆ ในเบื้องต้นอาจไม่ค่อยดีนักจึงทำเหตุผิดกฎหมายได้ง่าย โดยงานวิจัยที่ผ่านมาก็พบว่าการมีงานทำหรือการประกอบอาชีพที่เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดอาการของโรคจิตเภทได้^{42,43} และเมื่อวิเคราะห์ถึงการมีโรคประจำตัวอื่นนั้นนั้นอาจทำให้ผู้ป่วยใส่ใจกับโรคทางกายหรือการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ทำให้ได้รับการรักษาทางจิตเวชร่วมไปด้วย ซึ่งในมุมมองคนทั่วไปไม่น้อยก็ยังไม่รู้ลึกว่าโรคทางจิตเวชเป็นสิ่งสำคัญ หรืออาจจะเป็นเพราะว่าเมื่อป่วยทางกายแล้วก็ห่วงสุขภาพมากขึ้นก็เป็นได้ แต่ก็ม้งานวิจัยที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีโรคประจำตัวมักมีอาการกำเริบบ่อยขึ้นจากการใช้ยา ความเครียด การละเลยการดูแลสุขภาพ^{44,45} หากผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง มีวิธีจัดการความเครียดที่ดี มีอาการออกกำลังกาย รวมถึงการใช้สื่อออนไลน์อย่างเหมาะสมก็เป็นปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนไม่ให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบซ้ำ และเมื่อผู้ป่วยมีความคิดมุมมองสุขภาพของตนเองในทางที่ดี ก็น่าจะบ่งบอกถึงสภาวะจิตใจของผู้ป่วยได้บ้างซึ่งอาจเป็นการแสดงถึงภาวะเศร้าได้ ซึ่งหากผู้ป่วยมีมุมมองด้านสุขภาพที่ไม่ดีแพทย์ผู้รักษาอาจต้องประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยอย่างรอบคอบมากขึ้น

ข้อจำกัดในงานวิจัยนี้ ถึงแม้งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาในปัจจุบัน แต่ก็เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากประวัติที่ได้ซักไว้ก่อนละเอียดในเวชระเบียนของผู้ป่วยแต่ละครั้งที่มารับบริการที่โรงพยาบาล แต่เวชระเบียนอาจเก็บประวัติไว้ไม่ได้ทั้งหมด ข้อมูลที่ได้จึงเป็นข้อมูลจากการซักประวัติผู้ป่วยและผู้พามาโรงพยาบาลในครั้งหลัง ดังนั้นข้อมูลในบางส่วนอาจไม่แม่นยำ เช่น เรื่องเกี่ยวกับระยะเวลา รวมถึง

ประวัติการใช้สารเสพติดนั้น ก็เป็นการเก็บข้อมูลเพียงว่าผู้ป่วยเคยใช้ไม่เคยใช้ หยุดใช้ แต่ก็ไม่ได้ลงรายละเอียดเรื่องของปริมาณและความถี่ในการใช้ ซึ่งแต่ละคนก็มีความแตกต่างกันและอาจสัมพันธ์กับการมีอาการของโรคได้

ข้อเสนอแนะ หากมีการศึกษาแบบไปข้างหน้าก็จะมีความแม่นยำเรื่องระยะเวลามากขึ้น รวมถึงในอนาคตหากมีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพันธุกรรมและการใช้สารเสพติดแต่ละชนิดกับโรคจิตเภทก็จะเป็นประโยชน์อย่างมาก

สรุป

ตัวแปรที่มีผลต่ออาการที่สงบของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ผู้ที่ไม่เคยใช้แอมเฟตามีนและการมีโรคประจำตัว ส่วนผู้ที่อยู่ปอเนาะหรือเรือนจำมีโอกาสที่จะมีอาการชัดเจนในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาสูง ดังนั้นสิ่งที่ช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดอาการคือการป้องกันการใช้แอมเฟตามีน ส่วนผู้ที่มีโรคประจำตัวมีแนวโน้มที่จะไม่มีอาการมานานเกิน 5 ปี มากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว อาจเป็นเพราะบุคคลกลุ่มนี้ให้ความสำคัญกับสุขภาพมากกว่า ส่งผลให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องตระหนักถึงความสำคัญของโรคจิตเภทมากขึ้น ก็อาจช่วยให้การรักษามีความต่อเนื่องเช่นเดียวกับโรคทางกาย ซึ่งจะเพิ่มโอกาสให้โรคอยู่ในภาวะสงบ ในขณะที่เคยกันพบว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในปอเนาะหรือเรือนจำมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น โดยในหลายกรณีพบว่าผู้ป่วยมีอาการกำเริบจนถูกจับกุมเข้าสู่เรือนจำหรือญาตินำเข้ารับการรักษาในปอเนาะ โดยเฉพาะผู้ป่วยในปอเนาะมักเป็นกลุ่มที่เข้ารับการรักษาด้วยสารเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลพบว่าผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยมีอาการกำเริบจากการใช้สารเสพติด อีกมุมหนึ่งปอเนาะและเรือนจำอาจเป็นสถานที่ที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาได้ หากมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกับหน่วยงานเหล่านี้ก็จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ประกอบอาชีพรับจ้างมีโอกาสที่อาการจะสงบสูงกว่ามาก ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้มีงานทำอาจช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดี และส่งผลให้โรคอยู่ในภาวะสงบได้

การขาดยาและการใช้สารเสพติดก็เป็นปัจจัยอันดับต้นๆ ในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการ การป้องกันไม่ให้เกิดอาการซ้ำเป็นสิ่งสำคัญสำหรับโรคจิตเภท โดยมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่เดิมไม่ได้วินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตจากสารเสพติดโรคซึมเศร้า แต่เปลี่ยนการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทในครั้งล่าสุด

ร้อยละ 6.5 ถือว่าเป็นจำนวนไม่น้อย ดังนั้นก็จำเป็นต้องระวังในผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ ด้วย และการระมัดระวังการเป็นซ้ำในผู้ป่วยที่เคยมีอาการมาก่อนนั้น สาเหตุของการกำเริบก็อาจแตกต่างกันไปจากเดิมได้ ในแง่ของการใช้สารเสพติดถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดในครั้งนี้นี้แต่ก็มีความจำเป็นในการระมัดระวังการใช้สารเสพติดเช่นกัน เพราะผู้ป่วยก็สามารถไปใช้สารเสพติดได้ รวมถึงผู้ป่วยที่เคยถูกกระตุ้นจากการใช้สารเสพติดมาก่อนก็ไม่ได้มีความจำเป็นว่าผู้ป่วยจะต้องมีอาการจากถูกกระตุ้นด้วยสารเสพติดเสมอไป รวมถึงชนิดของสารเสพติดที่ใช้ก็อาจไม่ซ้ำเดิมได้

จากข้อมูลที่ได้หากนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลเข้าถึงผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาฟื้นฟูอย่างถูกต้องเหมาะสม เช่น เข้มงวดการดูแลในช่วงที่ผู้ป่วยเพิ่งมีอาการ การป้องกันปราบปรามสารเสพติดในชุมชน ก็จะเป็นผลดีต่อตัวผู้ป่วยเอง ต่อชุมชนและประเทศชาติต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้เนื่องมาจาก ผู้วิจัยได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลจิตเวชและนักจิตวิทยา กลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลกระบี่ ที่ได้ซักประวัติผู้ป่วยอย่างละเอียดครบถ้วนมาโดยตลอด ทำให้มีข้อมูลสำคัญที่นำมาใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้รับคำปรึกษาและข้อเสนอแนะจาก อ.ศศ.ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ ได้รับการสนับสนุนและกำลังใจจากบิดามารดา พี่ชาย และผู้ใกล้ชิดกัลยาณมิตรทุกท่าน ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้ สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยฉบับนี้คงเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้สนใจศึกษาต่อไป ผู้วิจัยไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากที่ใด

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ไม่มีผลประโยชน์ขัดกันในงานวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Integrating mental health into primary care: A global perspective. Geneva: World Health Organization; 2008.
2. Kazadi N, Moosa M, Jeenah F. Factors associated with relapse in schizophrenia. S Afr J Psychiatry 2008; 14(2):52-6.
3. Adebisi MO, Mosaku SK, Irinoye OO, Oyelade OO. Socio-demographic and clinical factors associated with relapse in mental illness. Int J Africa Nurs Sci 2018; 8:149-53.
4. Almond S, Knapp M, Francois C, Toumi M, Brugha T. Relapse

- in schizophrenia: Costs, clinical outcomes and quality of life. *Br J Psychiatry* 2004; 184(4):346–51.
5. Chaurotia V, Verma K, Baniya B. A study of psychosocial factors related to relapse in schizophrenia. *IOSR-JDMS* 2016; 15(4):26–34.
 6. Kane JM. Treatment strategies to prevent relapse and encourage remission. *J Clin Psychiatry* 2007; 68:27–30.
 7. Capdevielle D, Boulenger J, Villebrun D, Ritchie K. Schizophrenic patients' length of stay: Mental health care implications and medicoeconomic consequences. *L'Encephale* 2009; 35(4):394–9.
 8. Papakostas S, Dar A, Ratna L. Sociodemographic factors and medication administration factors affecting re-hospitalization in patients with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatric Q* 2020.
 9. World Health Organization. Schizophrenia [Internet]. 2019 [cited 2024 January 19]. Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.
 10. Office of International Health Policy Development, Thailand Disability-Adjusted Life Years (DALYs) Development Program. Loss of health years: Disability-Adjusted Life Years (DALYs). Report on the burden of disease and injury among the Thai population, 2019. Nonthaburi: Office of International Health Policy Development, Thailand Disability-Adjusted Life Years (DALYs) Development Program; 2023.
 11. Harrow M, Grossman LS, Jobe TH, Herbener ES. Do patients with schizophrenia ever show periods of recovery? A 15-year multi-follow-up study. *Schizophr Bull* 2005; 31(3):723–34.
 12. Robinson D, et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:241–7.
 13. Csernansky JG, Schuchart EK. Relapse and rehospitalisation rates in patients with schizophrenia. *CNS Drugs* 2002; 16(7):473–84.
 14. Weret ZS, Mukherjee R. Prevalence of relapse and associated factors in patients with schizophrenia at Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia: Institution-based cross-sectional study. *IJIMS* 2014; 2(1):184–92.
 15. Addington DE, Patten SB, McKenzie E, Addington J. Relationship between relapse and hospitalization in first-episode psychosis. *Psychiatr Serv* 2013; 64(8):796–9.
 16. Moges S, Belete T, Mekonen T, Menberu M. Lifetime relapse and its associated factors among people with schizophrenia spectrum disorders who are on follow-up at comprehensive specialized hospitals in Amhara region, Ethiopia: A cross-sectional study. *Int J Ment Health Syst* 2021.
 17. Wiersma D, Nienhuis FJ, Slooff CJ, Giel R. Natural course of schizophrenic disorders: A 15-year follow-up of a Dutch incidence cohort. *Schizophr Bull* 1998; 24(1):75–8.
 18. Bergé D, Mané A, Salgado P, Cortizo R, Garnier C, Gomez L, et al. Predictors of relapse and functioning in first-episode psychosis: A two-year follow-up study. *Psychiatr Serv* 2016; 67(2):227–33.
 19. Alvarez-Jimenez M, Priede A, Hetrick S, Bendall S, Killackey E, Parker A, et al. Risk factors for relapse following treatment for first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophr Res* 2012; 139(1–3):116–28.
 20. Lin D, Joshi K, Keenan A, Shepherd J, Bailey H, Berry M, Wright J, MEAKIN S, Benson C, Kim E. Associations between relapses and psychosocial outcomes in patients with schizophrenia in real-world settings in the United States. *Front Psychiatry* 2021; 12:695672.
 21. Porcelli S, Bianchini O, De Girolamo G, Aguglia E, Crea L, Serretti A. Clinical factors related to schizophrenia relapse. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2016; 20(2):54–69.
 22. Galletly C, Castle D, Dark F, Humberstone V, Jablensky A, Killackey E, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2016; 50(5):1–117.
 23. Hong J, Windmeijer F, Novick D, Haro JM, Brown J. The cost of relapse in patients with schizophrenia in the European SOHO (Schizophrenia Outpatient Health Outcomes) study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2009; 33(5):835–41.
 24. Pompili M, Amador XF, Girardi P, Harkavy-Friedman J, Harrow M, Kaplan K, et al. Suicide risk in schizophrenia: Learning from the past to change the future. *Ann Gen Psychiatry* 2007; 6(1):10.
 25. Pigott TA, Carson WH, Saha AR, Torbeyns AR, Stock EG, Ingenito GG. Aripiprazole for the prevention of relapse in stabilized patients with chronic schizophrenia: A placebo-controlled 26-week study. *J Clin Psychiatry* 2003.
 26. Alvarez-Jimenez M, Priede A, Hetrick SE, Bendall S, Killackey E, Parker AG, et al. Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophr Res* 2012; 139:116–28.
 27. Robinson D, Woerner MG, Alvir JM, Bilder R, Goldman R, Geisler S, et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:241–7.
 28. Emsley R, Chiliza B, Asmal L, Harvey BH. The nature of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2013; 13:50. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/50>.
 29. Yu H, Sun YJ, Qin MN, Ren JX, Yu K, Song J, Zhou YQ, Liu L. Perception of risk of relapse among patients with first episode and recurrent schizophrenia: A descriptive phenomenological study. *BMC Psychiatry* 2023; 23(1):582.
 30. Singgern S, Udomittipong D, Lopserkit P. Factors associated with recurrence in first-episode schizophrenic patients. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2016; 61(4):331–40.
 31. Dyer T. Schizophrenia and substance abuse [Internet]. 2018 [cited 2024 Jan 19]. Available from: <https://www.drugrehab.com/co-occurring-disorder/schizophrenia/>
 32. Kanokrat Chai-nu, Kittiya Thongsuk, Mingkwan Phuhongthong. Factors affecting recurrent symptoms in chronic schizophrenia patients in Ban Phai District, Khon Kaen Province. *J Khon Kaen Prov Public Health Off* 2019; 1(1):15–24.
 33. Kanokwun Boonsaem. Factors associated with readmission of schizophrenia patients: Patients' perspectives. *J Psychiatr Nurs Ment Health Songkhla Rajanagarindra Psychiatr Hosp* 2016; 30(1):123–38.
 34. Nattika Churat. The study of causes and ways to prevent a recurrence of schizophrenic patients in the community of Pi-leng District Health Care Promoting Hospitals which are experiencing



- unrest in the Southern provinces of Thailand. *J Humit Soc Sci Narathiwat Univ* 2016; 3(1):24-36.
35. Nissakorn Photimath, Pattharaporn Thungpankham, Chawapornphan Chanprasit, Waranuch Kittasamband. A cross-sectional study on factors predicting recurrence of psychiatric symptoms in schizophrenia patients. *Pac Rim Int J Nurs Res* 2020;24(4):448-59.
 36. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013. p. 155-88.
 37. Boonjai Srisathitnarakun. *Research methodology in nursing*. 5th ed. Bangkok: Faculty of Nursing, Chulalongkorn University; 2010.
 38. Krabi Provincial Statistical Office. *Krabi province statistics report* [Internet]. [cited 2024 Jan 19]. Available from: <https://krabi.nso.go.th/images/3%201.pdf>.
 39. National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. *Krabi province statistics report*; 2023. p. 26.
 40. National Statistical Office. *Statistical table for the labor force survey project, 2nd quarter 2024 (provincial level)*. Bangkok: National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society; 2024. p. 134. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2024/20240815083839_27229.pdf.
 41. Rivelli A, Fitzpatrick V, Nelson M, et al. Real-world predictors of relapse in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder in a large health system. *Schizophr* 10 2024;28.
 42. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment: a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39(5):337-49.
 43. Tsang HW, Pearson V. Work-related social skills training for people with schizophrenia in Hong Kong. *Schizophr Bull* 2001; 27(1):139-48.
 44. Koehler D, Lee M. Comorbidity of schizophrenia and cardiovascular diseases: A review. *Int J Psychiatry Med* 2015; 50(4):340-52.
 45. Fenton WS, McGlashan TH. Medical comorbidity in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1991; 52(11):453-59.

คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง ณ โรงพยาบาลขอนแก่น

วิลาสินี พิเศษ*, ธรรมนาถ เจริญบุญ**, ***

*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลขอนแก่น

**ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

***ภาควิชาโรคประสาทวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อาการ และระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

วิธีการศึกษา การศึกษาแบบภาคตัดขวางในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 หรือ ICD-10 ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลขอนแก่น ช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้วย Multivariable linear regression analysis

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง 100 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.0) อายุเฉลี่ย 33.6 ปี กลุ่มตัวอย่าง 45 ราย (ร้อยละ 45.0) มีภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรงส่วนใหญ่ 75 ราย (ร้อยละ 75.0) มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ สถานภาพสมรส ศาสนา สถานภาพทางการเงิน การมีโรคประจำตัวทางกาย การใช้สารเสพติดเป็นประจำ การมีสมาชิกในครอบครัวป่วยทางจิตเวช และระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า

สรุป สถานภาพสมรส ศาสนา สถานภาพทางการเงิน การมีโรคประจำตัวทางกาย การใช้สารเสพติดเป็นประจำ การมีสมาชิกในครอบครัวป่วยทางจิตเวช ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

คำสำคัญ คุณภาพชีวิต โรคซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้า

Corresponding author: วิลาสินี พิเศษ

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลขอนแก่น

E-mail: w.phitsanuu@gmail.com

วันรับ 21 พฤศจิกายน 2567 วันแก้ไข 11 มีนาคม 2568 วันตอบรับ 21 พฤษภาคม 2568

Quality of Life and Associated Factors in Patients with Major Depressive Disorder: A Cross-Sectional Study at Khon Kaen Hospital

Wilasinee Phitsanu*, Thammanard Charernboon**, ***

*Department of Psychiatry, Khon Kaen Hospital

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

***Department of Clinical Epidemiology, Faculty of Medicine, Thammasat University

ABSTRACT

Objective: To study the quality of life among patients with Major Depressive Disorder (MDD) and the association between demographic data, severity of depression, and quality of life.

Methods: A cross-sectional study was conducted in patients with MDD diagnosed based on the DSM-5 or ICD-10 criteria who attended the outpatient clinic at the Department of Psychiatry, Khon Kaen Hospital, between November 2023 and January 2024. Participants were assessed using a demographic data form, the PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), and the WHOQOL-BREF-THAI (World Health Organization Quality of Life Brief - Thai). Data were analyzed using multivariable linear regression analysis.

Results: There were 100 patients in this study, mostly female (75.0%), with a mean age of 33.6 years. Forty-five participants (45%) had moderate to severe depression, and most (75 patients, 75.0%) had a moderate quality of life. Marital status, religion, financial status, underlying medical conditions, substance use, family history of psychiatric illness, and severity of depression were significantly associated with quality of life ($p < 0.05$).

Conclusion: Marital status, religion, and financial status were significantly associated with quality of life. Additionally, underlying medical conditions, substance use, and family history of psychiatric illness also played a significant role ($p < 0.05$). The severity of depression had a strong negative impact on quality of life. Furthermore, higher depression scores on the PHQ-9 were associated with lower quality of life in patients with depression.

Keywords: quality of life, major depressive disorder, depression

Corresponding author: Wilasinee Phitsanu

E-mail: w.phitsanuu@gmail.com

Received: 21 November 2024 Revised: 11 March 2025 Accepted: 21 May 2025

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม โดยมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย เช่น ความผิดปกติทางพันธุกรรม ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง ปัญหาทางด้านจิตใจและสังคม ซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นภาวะที่มีผลกระทบต่ออารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-5 ผู้ป่วยต้องมีอาการอย่างน้อย 5 ใน 9 ข้อ ติดต่อกันเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ ซึ่งอาการหลักที่พบ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้าเกือบตลอดเวลา และสูญเสียความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมที่เคยชอบ นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักผิดปกติ ปัญหาด้านการนอน ความรู้สึกไร้ค่า หรือมีความคิดเกี่ยวกับความตาย ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน อย่างมีนัยสำคัญ¹ พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของความพิการทั่วโลก² นอกจากนี้โรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย³

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิตว่าหมายถึง การรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในชีวิตของตน ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและความหมายของระบบในสังคมที่พวกเขาอาศัยอยู่ และสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นแนวความคิดที่กว้าง เติบโตด้วยความซับซ้อน ครอบคลุมในประเด็นสุขภาพ ร่างกายของแต่ละคน สภาพจิตใจ ระดับของความอิสระสัมพันธ์ทางสังคม ความเชื่อ และความสัมพันธ์ที่มีต่อสภาพแวดล้อม⁴ โดยพบว่าคุณภาพชีวิตเป็นองค์ประกอบสำคัญของผลลัพธ์และการฟื้นตัวของโรคทางจิตเวช เนื่องจากความผิดปกติของโรคเหล่านี้ลดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁵⁻⁸ การศึกษาล่าสุดหลายชิ้นระบุว่าคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าต่ำกว่าประชากรทั่วไป นอกจากนี้โรคซึมเศร่ายังมีผลกระทบต่อด้านลบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย ทั้งด้านสุขภาพกายและจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม ความสัมพันธ์ทางการสมรส การประกอบอาชีพ และความนับถือตนเอง⁶⁻⁸

มีการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง^{6,9} ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า ได้แก่ เพศ⁹⁻¹² อายุ^{10,11,13} การศึกษา^{9-12,14} ศาสนา¹⁰ เชื้อชาติ^{11,14} สถานภาพสมรส^{10,11,15} อาชีพ^{9,12,14} รายได้^{9,10,12,14} ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า^{6-9,11,12,16-19}

อายุที่เริ่มป่วย¹³ ระยะเวลาที่ป่วย¹³ ผลข้างเคียงของยา⁷ การสนับสนุนทางสังคม^{9,13} ปัจจัยด้านครอบครัว^{9,14} ที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อม^{9,10,13} ภาวะโรคร่วมทางกาย^{11,12,14,20} การใช้สารเสพติด¹⁴ และความรู้สึกเป็นตราบาปจากโรค^{7,13} ในประเทศไทย เคยมีการศึกษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76¹⁵ และมีโอกาสศึกษาในไทยซึ่งศึกษาประชากรโรคซึมเศร้าในกรุงเทพมหานคร พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร่ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและผู้ป่วยโรคซึมเศร่ารุนแรงชนิดเรื้อรังไม่แตกต่างกัน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร่ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน คือ ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และการมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร่ารุนแรงชนิดเรื้อรังคือ การมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการป่วย และระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า²¹

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง โดยมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในประเทศไทยยังมีการศึกษาในเรื่องนี้ค่อนข้างน้อย โดยมีการศึกษาเฉพาะในภาคกลาง และในการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่เคยมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า และปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งลักษณะสิ่งแวดล้อม^{9,10,13} อาชีพ^{9,12} รายได้^{9,10,12} ที่แตกต่างกันของทั้ง 2 ภูมิภาค อาจส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแตกต่างกันได้ ด้วยเหตุนี้การศึกษานี้จึงเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจังหวัดขนาดใหญ่ในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเหมาะสมในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในเขตภูมิภาคนี้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และมีวัตถุประสงค์รองคือศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยมีผลการรักษาและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เก็บข้อมูลที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลขอนแก่น ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการ

จริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น วันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 เลขที่โครงการวิจัย KEF 66033

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ซึ่งกำลังได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวช โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 หรือ ICD-10 มีอายุ 18 - 60 ปี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และมีความสามารถในการเข้าใจและตอบแบบสอบถาม มีเกณฑ์คัดออกคือ ผู้ป่วยที่มีโรคทางกายรุนแรง หรือมีโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ

ขนาดตัวอย่าง (sample size) คำนวณจากสูตร estimating an infinite population mean ดังต่อไปนี้

$$n = \frac{Z^2 \sigma^2}{d^2}$$

n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

Z คือ ค่าสัมประสิทธิ์ได้โค้งปกติมาตรฐาน ที่ความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% มีค่าเท่ากับ 1.96

σ คือ SD (ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) มีค่าเท่ากับ 14 เมื่ออ้างอิงจากวรรณกรรม¹⁵

d คือ สัดส่วนความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 2.8 (กำหนด $d = 20\%$ ของค่า SD)

จะได้จำนวนประชากรที่ต้องการอย่างน้อย 97 ราย และทำการเก็บเพิ่มอีก 3 ราย เพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบ ดังนั้นจึงต้องการผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งสิ้น 100 ราย ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาทุกรายจะได้รับการแจ้งรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของการศึกษา และให้ความยินยอมในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ สถานภาพทางการเงิน ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา ที่อยู่อาศัย โรคประจำตัว ทารก ระยะเวลาที่ป่วย การใช้สารเสพติด ความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ในโรคซึมเศร้า ทศนคติว่าโรคซึมเศร้ารักษาหายได้ ผลข้างเคียงของยา ความรู้สึกถูกตีตราจากโรค บั๊จจัยด้านสังคม บั๊จจัยด้านครอบครัว การมีสมาชิกครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเวช ประวัติการติดนัดพบแพทย์

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ใช้แบบประเมิน Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย ประเมิน

ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามี 9 ข้อ โดยคะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อมี 4 ระดับ คือ ไม่มีเลยได้ 0 คะแนน, มีบางวันไม่บ่อยได้ 1 คะแนน, มีค่อนข้างบ่อยได้ 2 คะแนน, มีเกือบทุกวันได้ 3 คะแนน โดยมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 27 คะแนน ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงตามคะแนน รวมได้เป็น 4 ระดับ ได้แก่ น้อยกว่า 7 คะแนน คือ ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร่าระดับน้อยมาก 7 - 12 คะแนน คือ มีอาการของโรคซึมเศร่าระดับน้อย 13 - 18 คะแนน คือ มีอาการของโรคซึมเศร่าระดับปานกลาง และตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป คือ มีอาการของโรคซึมเศร่าระดับรุนแรง แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ซึ่งจากการศึกษาในผู้ป่วยไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ พบว่าแบบประเมิน PHQ-9 มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 84 ความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 77 ค่าการทำนายเชิงบวก (positive predictive value) ร้อยละ 21 ค่าการทำนายเชิงลบ (negative predictive value) ร้อยละ 99 ค่า positive likelihood ratio 3.71 และมี area under the curve (AUC) 0.89 (95% CI 0.85 - 0.92)²²

ส่วนที่ 3 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84 และค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.65 ประกอบด้วย 26 ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกมี 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบมี 3 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เลย = 1 คะแนน, เล็กน้อย = 2 คะแนน, ปานกลาง = 3 คะแนน, มาก = 4 คะแนน, มากที่สุด = 5 คะแนน และเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามทางลบ ได้แก่ ไม่เลย = 5 คะแนน, เล็กน้อย = 4 คะแนน, ปานกลาง = 3 คะแนน, มาก = 2 คะแนน, มากที่สุด = 1 คะแนน สำหรับการแปลผล คะแนนรวม 26 - 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 61 - 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง และ 96 - 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และยังสามารถแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม²³

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรม SPSS version 16.0 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อรายงานในรูปแบบของค่าเฉลี่ย ความถี่ และร้อยละ การวิเคราะห์บั๊จจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทำโดยวิธี Multivariable linear regression analysis โดยใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 100 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.0) สถานภาพโสด (ร้อยละ 62.0) อายุเฉลี่ย 33.59 ปี การศึกษาระดับ ปวช. หรือมัธยม (ร้อยละ 34.0)ปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 34.0) ศาสนาพุทธ (ร้อยละ 91.0) อาชีพรับจ้างหรือเกษตรกร (ร้อยละ 35.0) รายได้ทั้งครอบครัวต่อเดือน 10,001 - 30,000 บาท (ร้อยละ 32.0) การเงินไม่พอใช้หรือมีหนี้สิน (ร้อยละ 50.0) ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา (ร้อยละ 71.0) อาศัยอยู่ในเมือง (ร้อยละ 68.0) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 83.0) ระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 2.87 ปี ไม่ใช้สารเสพติด (ร้อยละ 90.0) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง (ร้อยละ 70.0) ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม (ร้อยละ 77.0) ไม่เคยผิติดพบแพทย์ (ร้อยละ 61.0) (ตารางที่ 1)

ผลการศึกษากวาระซึมเศร้าในผู้ป่วยจากแบบประเมิน PHQ-9 พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ปานกลาง และรุนแรง ร้อยละ 37.0, 27.0 และ 18.0 ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยร้อยละ 18.0 ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และผลการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจากแบบประเมิน WHOQOL-BREF-THAI พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (ร้อยละ 75.0) รองลงมาคือมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (ร้อยละ 17.0) และมี 8 ราย ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี (ร้อยละ 8.0) (ตารางที่ 2)

หากพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตโดยจำแนกตามองค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.0, 63.0, 71.0 และ 67.0 ตามลำดับ) (ตารางที่ 3)

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยใช้ Multivariable linear regression analysis พบว่า ผู้ที่มีคู่หรือแต่งงานแล้วมีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น 9.82 คะแนนเมื่อเทียบกับผู้ไม่มีคู่ (coefficients = 9.82, $p = 0.001$, 95% CI = 4.05, 15.58) ส่วนปัจจัยที่มีโอกาสทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ได้แก่ การนับถือศาสนาอื่น ๆ และการไม่นับถือศาสนา (coefficients = -8.24, $p = 0.028$, 95% CI = -15.58, -0.91) สถานภาพทางการเงินไม่พอใช้หรือมีหนี้สิน (coefficients = -12.95, $p = 0.009$, 95% CI = -22.56, -3.34) การมีโรคประจำตัวทางกาย (coefficients = -13.18, $p < 0.001$, 95% CI = -19.14, -7.22) การใช้สารเสพติดเป็นประจำ (coefficients = -10.68, $p = 0.003$, 95%

CI = -17.71, -3.64) การมีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคทางจิตเวช (coefficients = -6.40, $p = 0.024$, 95% CI = -11.94, -0.86) นอกจากนี้คะแนน PHQ-9 ก็เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ (coefficients = -1.62, $p < 0.001$, 95% CI = -2.07, -1.16) กล่าวคือเมื่อคะแนนโรคซึมเศร้าสูงขึ้น 1 คะแนน จะส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตลดลง 1.62 คะแนน (ตารางที่ 4)

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง 75 ราย (ร้อยละ 75.0) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศในปี พ.ศ. 2562 ที่ประเทศอียิปต์ โดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHO-QOL-BREF) พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง⁹ และการศึกษาของประเทศเซอร์เบีย ในปี พ.ศ. 2558 พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง⁶ เช่นเดียวกับการศึกษาของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2554 ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง¹⁵ แต่มีความแตกต่างกับผลการศึกษาในปี พ.ศ. 2556 ณ ประเทศจีนที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี²⁴ ทั้งนี้จากการศึกษาดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มาพบแพทย์ครั้งแรกและมีภาวะซึมเศร้าสูง ซึ่งนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี จึงอาจทำให้ผลการศึกษาดังกล่าวต่างจากการศึกษานี้

เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบ 4 ด้าน พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.0, 63.0, 71.0 และ 67.0 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินเดีย⁵ เซอร์เบีย⁶ ไต้หวัน⁷ เติร์กเมนิสถาน¹³ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยเฉลี่ยแยกตามองค์ประกอบอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 4 ด้าน และแตกต่างจากผลการศึกษาในประเทศอียิปต์ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและด้านจิตใจอยู่ในระดับไม่ดี⁹ ทั้งนี้พบว่าการศึกษาดังกล่าว ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวทางกายที่รุนแรงและส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ร่วมกับมีความรู้สึกไม่พอใจในชีวิต ไม่มั่นใจในตนเอง รู้สึกผิด และไม่สามารถรับมือกับแรงกดดันที่ต้องเจอในชีวิต ซึ่งส่งผลให้อาการซึมเศร้าแย่ลงและคุณภาพชีวิตลดลงได้

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (n = 100)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)	ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		โรคประจำตัวทางกาย	
อายุ (ปี; mean ± SD)	33.59 ± 12.53, min = 18, max = 60	ไม่มี	83 (83.0)
ชาย	25 (25.0)	มี	17 (17.0)
หญิง	75 (75.0)	ระยะเวลาที่ป่วย (ปี; mean ± SD)	2.87 ± 2.64, min = 0.17, max = 12
สถานภาพสมรส		ใช้สารเสพติดเป็นประจำ	
โสด	62 (62.0)	ไม่ใช่	90 (90.0)
สมรส	31 (31.0)	สุรา	3 (3.0)
หย่าร้าง/หม้าย	7 (7.0)	บุหรี่	7 (7.0)
ระดับการศึกษา		ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	
ประถม	10 (10.0)	น้อย	11 (11.0)
ปวช. หรือมัธยม	34 (34.0)	ปานกลาง	70 (70.0)
ปวส. หรืออนุปริญญา	22 (22.0)	มาก	19 (19.0)
ปริญญาตรีขึ้นไป	34 (34.0)	ได้รับผลข้างเคียงจากยาที่ใช้รักษาโรคซึมเศร้า	
ศาสนา		ไม่ใช่	71 (71.0)
พุทธ	91 (91.0)	ใช่	29 (29.0)
อื่นๆ และไม่นับถือศาสนา	9 (9.0)	รู้สึกเป็นตราบาปจากโรค	
อาชีพ		ไม่ใช่	70 (70.0)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	20 (20.0)	ใช่	30 (30.0)
รับจ้าง/เกษตรกร	35 (35.0)	โรคซึมเศร้าทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับสังคมรอบข้าง	
ราชการ	7 (7.0)	ไม่ใช่	59 (59.0)
นักเรียน/นักศึกษา	12 (12.0)	ใช่	41 (41.0)
อื่นๆ	26 (26.0)	ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม	
รายได้ทั้งครอบครัวต่อเดือน (บาท)		ไม่ใช่	23 (23.0)
ต่ำกว่า 5,000 บาท	13 (13.0)	ใช่	77 (77.0)
5,000 - 10,000 บาท	29 (29.0)	ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว	
10,001 - 30,000 บาท	32 (32.0)	ดี	41 (41.0)
มากกว่า 30,000 บาท	26 (26.0)	ปานกลาง	49 (49.0)
สถานภาพทางการเงิน		ไม่ดี	10 (10.0)
มีเงินเหลือ	8 (8.0)	มีปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว	
พอใช้	42 (42.0)	ไม่ใช่	64 (64.0)
ไม่พอใช้หรือมีหนี้สิน	50 (50.0)	ใช่	36 (36.0)
ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา		สมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคทางจิตเวช	
ไม่มี	71 (71.0)	ไม่ใช่	83 (83.0)
มี	29 (29.0)	ใช่	17 (17.0)
ที่อยู่อาศัย		การเคยผิदनัดพบแพทย์	
ในเมือง	68 (68.0)	ไม่เคย	61 (61.0)
ชนบท	32 (32.0)	เคย	39 (39.0)

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ สถานภาพสมรส ศาสนา สถานภาพทางการเงิน การมีโรคประจำตัวทางกาย การใช้สารเสพติดเป็นประจำ การมีสมาชิกครอบครัวป่วยทางจิตเวช และระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีสถานภาพสมรสคู่มือคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาในไทย ปี พ.ศ. 2554 และในประเทศเกาหลีปี พ.ศ. 2552 ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่มือคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ยังโสด แยกกันอยู่ หรือเป็นหม้าย เนื่องจากการมีคู่สมรสที่ดีจะให้ความรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ ลดการเกิดซึมเศร้าและเพิ่มการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้^{10,19} การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่นับถือศาสนาหรือนับถือศาสนาอื่น เช่น คริสต์ อิสลาม ซึ่งงานวิจัยนี้ส่วนใหญ่ไม่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 91 จึงอาจไม่สามารถบอก

ความสัมพันธ์ได้ชัดเจน โดยมีการศึกษาในประเทศเกาหลี ที่พบว่าผู้ที่นับถือศาสนาจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่ไม่นับถือศาสนาโดยเฉลี่ย¹⁰ มีการศึกษาในประเทศอียิปต์ปี พ.ศ. 2552 เรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึมเศร้า ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความเชื่อทางจิตวิญญาณหรือศาสนามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁹ และมีการศึกษาของประเทศอินเดียในปี พ.ศ. 2532 เรื่องศาสนาและสุขภาพจิตที่แสดงให้เห็นว่าศาสนามีอิทธิพลอย่างมากในด้านจิตเวช ซึ่งการมีศาสนาอาจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น²⁵

ส่วนปัจจัยด้านสถานภาพทางการเงิน การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีหนี้สินหรือการเงินไม่พอใช้จะมีคุณภาพชีวิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศเกาหลี ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้มากกว่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า¹⁰ มีการศึกษาในเรื่องนี้ที่ประเทศอียิปต์ ก็พบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ดีบ่งบอกถึงความมั่นคงทางการเงิน และผู้ที่รู้สึกรายได้ไม่เพียงพอจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า⁹ และการศึกษาในประเทศไนจีเรียปี พ.ศ. 2560 เรื่องปัจจัยกำหนดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก็พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกัน²⁶ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีโรคประจำตัวทางกายสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีสุขภาพทางกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²¹ และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอเมริกา ปี พ.ศ. 2561 ที่พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีโรคประจำตัวทางกายมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย และผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีโรคประจำตัวทางกายมีอัตราการหายของโรคซึมเศร้าต่ำกว่าผู้ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย²⁰ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศอินเดีย ปี พ.ศ. 2554 ที่พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้ามีสุขภาพกายที่ไม่ดีส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากสุขภาพทางกายที่ไม่ดีส่งผลให้สุขภาพจิตแย่ลงและมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงร่วมด้วย²⁷

ตารางที่ 2 ผลการประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบทดสอบ PHQ-9 และ WHOQOL-BREF-THAI (n = 100)

ผลการประเมิน	จำนวน (ร้อยละ)
PHQ-9: Mean (SD) (min 0, max 27)	12.38 (5.91)
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 - 6 คะแนน)	18 (18.0)
ซึมเศร้าเล็กน้อย (7 - 12 คะแนน)	37 (37.0)
ซึมเศร้าปานกลาง (13 - 18 คะแนน)	27 (27.0)
ซึมเศร้ารุนแรง (19 - 27 คะแนน)	18 (18.0)
รวม	100 (100.0)
WHOQOL-BREF-THAI: Mean (SD) (min 45, max 109)	74.90 (14.22)
คุณภาพชีวิตดี (96 - 130 คะแนน)	8 (8.0)
คุณภาพชีวิตปานกลาง (61 - 95 คะแนน)	75 (75.0)
คุณภาพชีวิตไม่ดี (26 - 60 คะแนน)	17 (17.0)
รวม	100 (100.0)

ตารางที่ 3 ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างแยกตามองค์ประกอบ 4 ด้าน (n = 100)

องค์ประกอบของ คุณภาพชีวิต	คุณภาพชีวิตไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	คุณภาพชีวิตปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	คุณภาพชีวิตดี จำนวน (ร้อยละ)
สุขภาพ	16 (16.0)	76 (76.0)	8 (8.0)
จิตใจ	31 (31.0)	63 (63.0)	6 (6.0)
สัมพันธภาพทางสังคม	21 (21.0)	71 (71.0)	8 (8.0)
สิ่งแวดล้อม	21 (21.0)	67 (67.0)	12 (12.0)

ตารางที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับคะแนนคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) ด้วยวิธี Multivariable linear regression analysis

ปัจจัย	Coefficient (95% CI)	p-value
เพศ: หญิง	1.13 (-3.74, 6.01)	0.643
อายุ (ปี)	0.08 (-0.19, 0.36)	0.544
สถานภาพสมรส		
โสด	reference	reference
สมรส	9.82 (4.05, 15.58)	0.001
หย่าร้าง/หม้าย	-0.29 (-9.50, 8.92)	0.950
ระดับการศึกษา		
ประถม	reference	reference
ปวช. หรือมัธยม	6.75 (-3.06, 16.57)	0.174
ปวส. หรืออนุปริญญา	7.57 (-2.81, 17.97)	0.150
ปริญญาตรีขึ้นไป	4.19 (-6.11, 14.49)	0.420
ศาสนาอื่นๆ (นอกเหนือจากพุทธ)	-8.24 (-15.58, -0.91)	0.028
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	reference	reference
รับจ้าง/เกษตรกร	-1.25 (-7.44, 4.93)	0.687
ราชการ	5.01 (-6.32, 16.35)	0.380
นักเรียน/นักศึกษา	2.76 (-5.00, 10.53)	0.480
อื่นๆ	1.61 (-5.21, 8.44)	0.639
รายได้ทั้งครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	reference	reference
5,000 - 10,000 บาท	-2.11 (-10.14, 5.91)	0.600
10,001 - 30,000 บาท	2.04 (-5.78, 9.87)	0.603
มากกว่า 30,000 บาท	0.65 (-7.89, 9.19)	0.880
สถานภาพทางการเงิน		
มีเงินเหลือ	reference	reference
พอใช้	-2.46 (-11.10, 6.16)	0.570
ไม่พอใช้หรือมีหนี้สิน	-12.95 (-22.56, -3.34)	0.009

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดประจำ ได้แก่ สุรา และบุหรี่ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอเมริกา ปี พ.ศ. 2563 ที่พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่ใช้สารเสพติดต่อเนื่องมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่ไม่ใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴ และมีอีกการศึกษาในประเทศอเมริกา ปี พ.ศ. 2561 ที่พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีโรคจากการใช้สารเสพติดร่วมด้วย จะมีอัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาลจากโรคทางจิตเวชที่สูงกว่า และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มากกว่า²⁸

ปัจจัย	Coefficient (95% CI)	p-value
มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา	-3.04 (-8.98, 2.89)	0.310
ที่อยู่อาศัยในชนบท	-2.31 (-7.15, 2.52)	0.344
มีโรคประจำตัวทางกาย	-13.18 (-19.14, -7.22)	< 0.001
ระยะเวลาที่ป่วย (ปี)	0.75 (-0.13, 1.64)	0.095
ใช้สารเสพติดเป็นประจำ	-10.68 (-17.71, -3.64)	0.003
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า		
น้อย	reference	reference
ปานกลาง	-1.75 (-8.98, 5.47)	0.630
มาก	-5.21 (-14.56, 4.13)	0.269
คิดว่าได้รับผลข้างเคียงจากยาที่ใช้รักษาโรคซึมเศร้า	0.90 (-3.95, 5.75)	0.712
รู้สึกเป็นตราบาปจากโรค	-5.63 (-11.26, 0.01)	0.051
คิดว่าโรคซึมเศร้าทำให้มีปัญหากับสังคมรอบข้าง	1.25 (-4.28, 6.78)	0.654
คิดว่าได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม	-0.56 (-6.03, 4.90)	0.837
ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว		
ดี	reference	reference
ปานกลาง	1.00 (-3.29, 5.30)	0.642
ไม่ดี	6.62 (-1.62, 14.86)	0.114
มีปัญหากับครอบครัว	-2.85 (-8.11, 2.41)	0.283
มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคทางจิตเวช	-6.40 (-11.94, -0.86)	0.024
เคยผิณฑพบแพทย์	3.00 (-1.25, 7.26)	0.163
คะแนน PHQ-9	-1.62 (-2.07, -1.16)	< 0.001

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าการมีสมาชิกครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเวช มีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าการมีปัญหาครอบครัวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²¹ และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอียิปต์ ปี พ.ศ. 2562 ที่พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึมเศร้ามากที่สุดคือปัจจัยด้านครอบครัว โดยผู้ป่วยซึมเศร้าที่กังวลเกี่ยวกับครอบครัวจะมีคุณภาพชีวิตลดลง การสูญเสียความสัมพันธ์อันใกล้ชิดกับครอบครัวส่งผลต่อจิตใจของผู้ป่วยมากที่สุด ความขัดแย้งและความรุนแรงภายในครอบครัว

ส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก โดยเฉพาะการเผชิญเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิตและความยากจน ซึ่งผู้ที่มีภาวะทางจิตเวชมีปัญหาสุขภาพจิตที่อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัวได้ และนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ลดลงในผู้ป่วยซึมเศร้า⁹

จากการศึกษาพบว่าระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ลดลงในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากปัจจัยทางด้านจิตใจเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญหนึ่งในการประเมินคุณภาพชีวิต ดังนั้นการศึกษานี้จึงเป็นการชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของสุขภาพจิตที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต การศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย เรื่องการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรังในปี พ.ศ. 2543 ซึ่งพบว่าระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²¹ และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาในหลายประเทศ^{6-9,11,12,14,16-19} ที่พบว่าระดับความซึมเศร้าที่สูงขึ้นทำให้คุณภาพชีวิตลดลง จากข้อมูลจึงกล่าวได้ว่าบุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักถึงระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ข้อจำกัดของการศึกษา จุดแข็ง และข้อเสนอแนะ

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้มีจำนวนทั้งสิ้น 100 ราย ซึ่งมีจำนวนที่ค่อนข้างน้อย ดังนั้นอาจมีผลต่อผลการศึกษานำไปให้ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เช่น เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ไม่พบความสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นประชากรในเขตตัวเมือง ดังนั้นอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปใช้กับกลุ่มประชากรในชนบท และบางคำถามในแบบสอบถาม เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา เป็นคำถามที่ไม่ได้เจาะจงว่าเป็นค่าใช้จ่ายด้านใด ผู้ตอบอาจรวมค่าใช้จ่ายทุกอย่าง เช่น ค่ายา ค่าเดินทาง ในการมารักษา จึงอาจเข้าใจไม่ตรงกันในแต่ละคน

จุดแข็งในการศึกษาครั้งนี้คือการเก็บข้อมูลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อน แต่ในการศึกษาค้างต่อไปควรทำการศึกษาแบบ multicenter ทั้งนี้เพื่อเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างและความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจะทำให้ผลการศึกษาชัดเจนขึ้น และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งในเขตตัวเมืองและชนบท

สรุป

สถานภาพสมรส ศาสนา สถานภาพทางการเงิน การมีโรคประจำตัวทางกาย การใช้สารเสพติดเป็นประจำ การมีสมาชิกในครอบครัวป่วยทางจิตเวช และระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อให้ตัวโรคเข้าสู่ระยะสงบโดยเร็วจึงเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้ควรให้ความสำคัญกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยทั้งด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด และคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลขอนแก่น และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคน ที่ช่วยให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี สุดท้ายนี้ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกท่านที่สละเวลาในการทำแบบสอบถาม

ทุนสนับสนุนการศึกษา

ไม่ได้รับทุนสนับสนุน

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

วิลาสินี พิเศษ: การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ และการตรวจสอบแก้ไขบทความ; ธรรมนาถ เจริญบุญ: การออกแบบการศึกษา ให้คำปรึกษา ระหว่างเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Friedrich MJ. Depression is the leading cause of disability around the world. JAMA 2017;317:1517.
3. Lépine JP, Briley M. The increasing burden of depression. Neuropsychiatr Dis Treat 2011;7:3-7.
4. Trevittaya P. Concepts of quality of life. J Assoc Med Sci 2016;49:171-84.



5. Garg R, Kaur H. Quality of life among patients with depression: impact of self-stigma. *Indian J Soc Psychiatry* 2020;36:125-9.
6. Matovic S, Jankovic S. Quality of life among patients with depression. *Serb J Exp Clin Res* 2015;16:151-6.
7. Yen CF, Chen CC, Lee Y, Tang TC, Ko CH, Yen JY. Association between quality of life and self-stigma, insight, and adverse effects of medication in patients with depressive disorders. *Depress Anxiety* 2009;26:1033-9.
8. Trompenaars FJ, Masthoff ED, Van Heck GL, Hodiamont PP, De Vries J. Relationship between mood related disorders and quality of life in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Depress Anxiety* 2006;23:353-63.
9. Mounir Hassan H, Abu Bakr Osman O, Mohamed Mourad G, Ezz El Din Prince H. Quality of life among patients with depression. *Egypt J Health Care* 2019;10:589-604.
10. Kang E, Rhee YE, Kim S, Lee J, Yun YH. Quality of life and depression in the general Korean population: normative data and associations of the 12-item Short Form Health Survey (SF-12) and the McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL) with depression (Patient Health Questionnaire-9) and socioeconomic status. *Appl Res Qual Life* 2021;16:1673-87.
11. Brenes GA. Anxiety, depression, and quality of life in primary care patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2007;9:437-43.
12. Cho Y, Lee JK, Kim DH, Park JH, Choi M, Kim HJ, et al. Factors associated with quality of life in patients with depression: a nationwide population-based study. *PLoS One* 2019;14:1-12.
13. Shumye S, Belayneh Z, Mengistu N. Health related quality of life and its correlates among people with depression attending outpatient department in Ethiopia: a cross sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2019;17:169.
14. Rhee TG, Steffens DC. Major depressive disorder and impaired health-related quality of life among US older adults. *Int J Geriatr Psychiatry* 2020;35:1189-97.
15. Khunarak U. Factors affecting quality of life in outpatients with depressive disorder at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2011;25:42-54.
16. Papakostas GI, Petersen T, Mahal Y, Mischoulon D, Nierenberg AA, Fava M. Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26:13-7.
17. Berlim MT, Fleck MP. Quality of life and major depression. In: Ritsner MS, Awad AG, editors. *Quality of life impairment in schizophrenia, mood and anxiety disorders: new perspectives on research and treatment*. Dordrecht: Springer Netherlands; 2007. p. 241-52.
18. Hohls JK, König HH, Quirke E, Hajek A. Anxiety, depression and quality of life: a systematic review of evidence from longitudinal observational studies. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:1-26.
19. IsHak WW, Mirocha J, Christensen S, Wu F, Kwock R, Behjat J, et al. Patient-reported outcomes of quality of life, functioning, and depressive symptom severity in major depressive disorder comorbid with panic disorder before and after SSRI treatment in the STAR*D trial. *Depress Anxiety* 2014;31:707-16.
20. IsHak WW, Steiner AJ, Klimowicz A, Kauzor K, Dang J, Vanle B, et al. Major depression comorbid with medical conditions: analysis of quality of life, functioning, and depressive symptom severity. *Psychopharmacol Bull* 2018;48:8-25.
21. Srichairattanakool A. A comparative study of quality of life between acute and chronic major depression [master's thesis]. [Bangkok]: Chulalongkorn University; 2009.
22. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008;8:46.
23. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med* 1998;28:551-8.
24. Zeng Q, Xu Y, Chun Wang W. Quality of life in outpatients with depression in China. *J Affect Disord* 2013;150:513-21.
25. Agarwal AK. Religion and mental health. *Indian J Psychiatry* 1989;31:185-6.
26. John DF, Audu MD, Armiya'u AY, Philip TF, Go'ar SG, Taru MY, et al. Sociodemographic determinants of quality of life among patients with major depressive disorders. *Jos J Med* 2017;11:1-11.
27. Jaiswal P, Dalal P, Tripathi A, Singh S, Jain S. Relationship of depression, disability and quality of life in depressive patients: a case control study. *J Fam Med* 2015;2: 1027.
28. Greene M, Yan T, Chang E, Hartry A, Yermilov I, Broder M. Differences in treatment outcomes among patients with major depressive disorder with and without comorbid substance abuse. *Value Health* 2018;21:S78.

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ในบุคลากรทางการแพทย์ภายหลังการระบาดของโควิด-19

บุษย์ สกกุลเวสสะ*

*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ภายหลังการระบาดใหญ่ของโรคโควิด-19

วิธีการศึกษา การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน - 30 สิงหาคม 2567 ในบุคลากรทางการแพทย์ 283 ราย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) และแบบประเมินภาวะวิตกกังวล (GAD-7) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลทั่วไป และใช้ Pearson Chi-square, Kruskal-Wallis test และ Spearman rank correlation ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.2) มาจากวิชาชีพพยาบาล (ร้อยละ 62.9) แพทย์ (ร้อยละ 12.7) สหวิชาชีพอื่นๆ (ร้อยละ 24.4) พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 19.8 ภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 9.5 ภาวะวิตกกังวลแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างวิชาชีพ ($P = 0.001$ และ $P = 0.011$) โดยแพทย์เป็นกลุ่มที่มีความชุกของภาวะวิตกกังวลสูงสุด (ร้อยละ 30.56) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ได้แก่ จำนวนครั้งที่ติดเชื้อโควิด-19 ($r_s = 0.141, P = 0.018$ และ $r_s = 0.133, P = 0.025$) และภาระงานรายสัปดาห์ ($r_s = 0.189, P = 0.001$ และ $r_s = 0.174, P = 0.003$)

สรุป ภายหลังการระบาดใหญ่ของโรคโควิด-19 พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 19.8 มีภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 30.56 ของแพทย์มีภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาระงานรายสัปดาห์และการติดเชื้อซ้ำ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการปรับโครงสร้างภาระงานและการสนับสนุนด้านสุขภาพจิต ควรมีมาตรการลดภาระงานและจัดระบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพ เช่น การให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาและช่องทางช่วยเหลือที่เข้าถึงได้ง่าย

คำสำคัญ ซึมเศร้า วิตกกังวล บุคลากรทางการแพทย์ โควิด-19

Corresponding author: บุษย์ สกกุลเวสสะ

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

E-mail: buddybest94@gmail.com

วันรับ 6 พฤศจิกายน 2567 วันแก้ไข 14 พฤษภาคม 2568 วันตอบรับ 14 พฤษภาคม 2568

Prevalence and Associated Factors of Depression and Anxiety Among Healthcare Workers Following the COVID-19 Pandemic

Dussadee Sakunwetsa*

*Department of Psychiatry and Drug Dependence, Sunpasitthiprasong Hospital

ABSTRACT

Objective: This study aimed to assess the prevalence and associated factors of depression and anxiety among healthcare professionals at Sunpasitthiprasong Hospital in the aftermath of the COVID-19 pandemic.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted between June 1 and August 30, 2024, involving 283 healthcare workers, including physicians, nurses, and allied health professionals. Participants were selected through stratified random sampling. The study employed the Thai Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) to evaluate depression and the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) to assess anxiety. Descriptive statistics were used for general demographic analysis, while Pearson Chi-square, Kruskal-Wallis test, and Spearman rank correlation were applied to examine relationships, with statistical significance set at 0.05.

Results: The majority of participants were female (86.2%), with 62.9% from the nursing profession, 12.7% from the medical profession, and 24.4% from other allied health fields. The prevalence of depression was 19.8%, while anxiety was observed in 9.5% of participants. Significant differences in anxiety levels were found across professions ($P = 0.001$ and $P = 0.011$), with physicians exhibiting the highest prevalence (30.56%). Two key factors showed a positive correlation with both depression and anxiety: the number of COVID-19 infections ($r_s = 0.141$, $P = 0.018$ and $r_s = 0.133$, $P = 0.025$) and weekly workload ($r_s = 0.189$, $P = 0.001$ and $r_s = 0.174$, $P = 0.003$).

Conclusion: In the post-pandemic period, 19.8% of healthcare workers experienced depression, while 30.56% of physicians reported anxiety. Depression was positively associated with weekly workload and recurrent COVID-19 infections, highlighting the necessity for workload management and structured mental health support systems. To address these concerns, policies should be implemented to reduce workload and establish accessible psychological support, including professional counseling and readily available mental health assistance channels.

Keywords: depression, anxiety, healthcare workers, COVID-19

Corresponding author: Dussadee Sakunwetsa

E-mail: buddybest94@gmail.com

Received: 6 November 2024 Revised: 14 May 2025 Accepted: 14 May 2025

บทนำ

โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อทางระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง กำเนิดขึ้นตั้งแต่ปี 2019 โดยเริ่มต้นจากประเทศจีน¹ ต่อมาได้เกิดระบาดใหญ่ไปทั่วโลกจนองค์การอนามัยโลกออกมาประกาศภาวะฉุกเฉินทั่วโลก โรคดังกล่าวส่งผลต่อระบบสาธารณสุขทั่วโลกเป็นวงกว้าง รวมถึงกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพจิต และระบบบริการสุขภาพ²⁻⁴ ทั้งนี้ตั้งแต่ปี 2020 พบผู้ติดเชื้อยืนยันทั่วโลกกว่า 76 ล้านราย พบผู้เสียชีวิตกว่า 1.6 ล้านราย

บุคลากรทางการแพทย์เป็นกลุ่มด่านหน้าที่ต้องเผชิญกับโรคโควิด-19 ทั้งทางตรงและทางอ้อม ช่วงการระบาดใหญ่ส่งผลให้ภาระงานเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยติดเชื้อเพิ่มสูงอย่างไม่เคยมีมาก่อน อุปกรณ์ทางการแพทย์ขาดแคลน สังคมเกิดความสับสน และวิถีการทำงานเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน ส่งผลให้เกิดผลกระทบทางจิตใจ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล^{5,6} แม้ว่าองค์การอนามัยโลกจะลดระดับการเตือนภัยโรคโควิด-19 แต่ผลกระทบทางจิตสังคมระยะยาวยังคงส่งผลต่อบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องเผชิญกับภาระงานและความเครียดในช่วงการระบาดใหญ่ที่ผ่านมา

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งใน^{5,6} และต่างประเทศ⁷⁻¹¹ พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นศึกษาภาวะซึมเศร้าหรือภาวะวิตกกังวลในช่วงระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศไทยนั้นยังมีจำกัด โดยเฉพาะการศึกษาในระยะหลังการระบาดใหญ่ของโรคโควิด-19 อาทิเช่น ในปี 2020 Nader Salari และคณะ⁷ ได้ทำการศึกษาระบบ Systematic review, Meta analysis และ Meta regression ซึ่งรวบรวมงานวิจัยได้ทั้งหมด 29 ฉบับ มีประชากรรวมในการศึกษาดังกล่าว 22,380 ราย โดยครอบคลุมระยะเวลาในการรวบรวมงานวิจัยอยู่ระหว่างเดือนธันวาคม 2019 ถึงเดือนมิถุนายน 2020 ซึ่งช่วงเวลานั้นคือการระบาดใหญ่ระลอกที่ 1 การศึกษาดังกล่าวพบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในช่วงการระบาดใหญ่ของโรคโควิด-19 มีความสุขของภาวะซึมเศร้าถึง ร้อยละ 24.3 (95% CI: 18.2-31.6) ในขณะที่ภาวะวิตกกังวลพบความทุกข์ที่ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 25.8

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ได้แก่ ระยะเวลาการทำงานที่ยาวนาน แรงกดดันจากการดูแลผู้ป่วยหนัก ประสบการณ์การทำงานที่น้อย และทำงานในแผนกที่มีความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU)⁷ เป็นต้น โรงพยาบาล

สรรพสิทธิประสงค์ซึ่งมีจำนวนเตียงหอผู้ป่วยหนัก (ICU) มากที่สุดในประเทศไทย¹² จึงมีความเป็นไปได้ที่จะยังพบภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในบุคลากรทางการแพทย์ แม้การระบาดใหญ่ของโรคโควิด-19 จะผ่านไปแล้วก็ตาม การศึกษานี้จึงมีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะหลังช่วงการระบาดใหญ่ของโรคโควิด-19

วิธีการศึกษา

ระเบียบวิธีการและประชากร

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ในบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ (แพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพ) ทั้งหมด 1,049 ราย มีอาสาสมัครเข้าร่วมการศึกษา 283 ราย เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน - 30 สิงหาคม 2567 งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ (เลขที่ 019/2567)

ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบ Stratified random sampling โดยจัดแบ่งตามสถานที่ปฏิบัติงานและสัดส่วนของบุคลากรในแต่ละแผนก อาสาสมัครแต่ละชั้นภูมิถูกคัดเลือกตามอัตราส่วนบุคลากร โดยเมื่อค่าเบี่ยงเบนไว้ $\pm 5\%$ แบบสอบถามถูกแจกให้บุคลากรแต่ละแผนกโดยใช้ Convenience sampling และเพื่ออัตราการตอบกลับไว้ ร้อยละ 5

เกณฑ์การคัดเข้า คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหรือแผนกผู้ป่วยนอก โดยต้องมีลักษณะการปฏิบัติงานที่ให้บริการผู้ป่วยโดยตรง และเคยมีประสบการณ์ปฏิบัติงานในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

เกณฑ์การคัดออก คือ บุคลากรที่อยู่ระหว่างการลาทุกประเภท บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเด็กสรรพสิทธิประสงค์ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง คลินิกพิเศษศูนย์การค้าอบลสแควร์ และหน่วยบริการ Sunpasit Drive Thru รวมถึงบุคลากรสายสนับสนุนที่ไม่ได้ปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วยโดยตรง เช่น บุคลากร back office

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ คือ แบบสอบถามที่ผู้ตอบกรอกด้วยตนเอง (self-administered questionnaires) ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นส่วนที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อดูลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรในการศึกษา ข้อมูล

ในส่วนนี้ประกอบด้วย อายุ เพศ รายได้ ประวัติโรคทางจิตเวช ประวัติโรคทางกาย ประวัติการได้รับวัคซีน ประวัติการติดเชื้อโควิด-19 ประวัติสารเสพติด หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน และภาระการอยู่เวร

ส่วนที่ 2 ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบสอบถามประเมินภาวะซึมเศร้า Thai Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ซึ่ง มาโนช หล่อตระกูล และคณะ¹³ ได้ทำการศึกษาไว้ โดยหากใช้ค่า cut-off score ≥ 9 จะพบว่ามีความไว (sensitivity) ร้อยละ 84 ความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 77

ส่วนที่ 3 ประเมินความวิตกกังวลโดยใช้แบบสอบถามประเมินภาวะวิตกกังวล Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) โดยเกณฑ์คะแนน cut-off point ตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไป บ่งชี้ว่ามีภาวะวิตกกังวล แบบประเมินนี้ได้รับการทดสอบจาก

Spitzer และคณะ¹⁴ ว่ามีความถูกต้อง (validity) และความแม่นยำ (reliability) สูงในคัดกรองความวิตกกังวล ด้วยความไว (sensitivity) ร้อยละ 89 และความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 82

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากสูตร

$$n > \frac{Z^2 P (1 - P)}{e^2}$$

- โดยที่ e = Precision (โดยทั่วไปประมาณ 1%-10%)
(e มักจะตั้งไว้ไม่เกิน 20 % ของ P)
- Z = 1.96 at 95% CI , Z² = 3.84
1.64 at 90% CI , Z² = 2.69
- P = the proportion in population or the true proportion

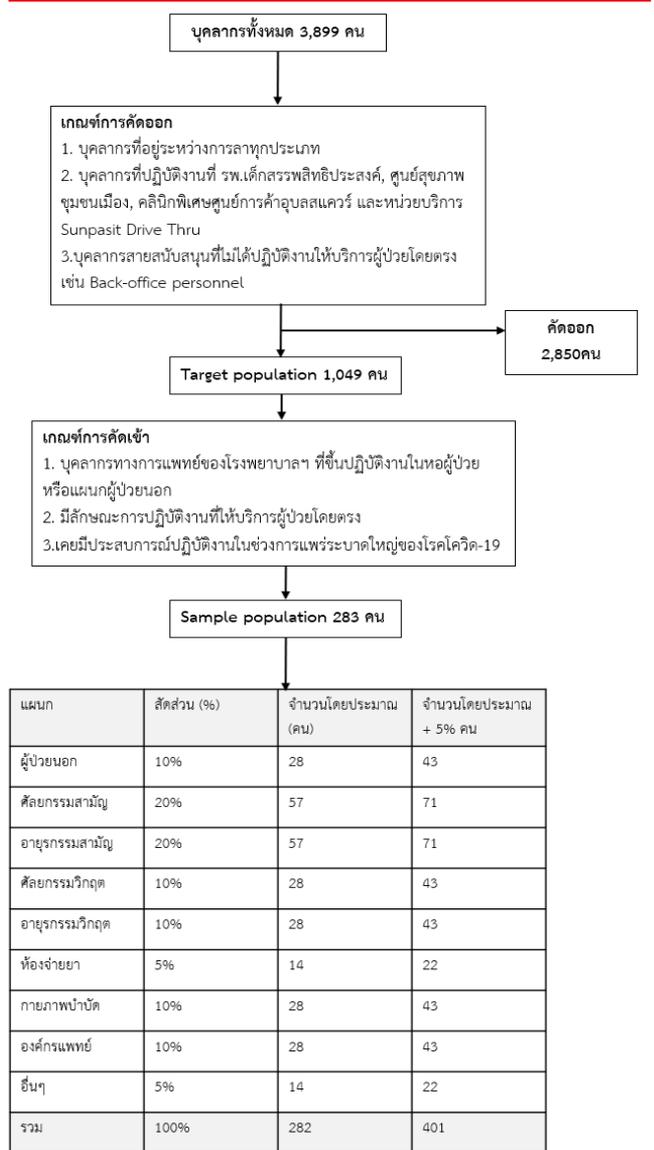
โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (ค่า e) ไว้ที่ 0.05 สำหรับค่า P นำมาจากความชุกของภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 24.3) จากงานวิจัยของ Nader Salari และคณะ⁷ ซึ่งเป็น Systematic review, Meta analysis และ Meta regression ผลการคำนวณ จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 283 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วย IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อแสดงลักษณะทั่วไปของข้อมูล สถิติเชิงวิเคราะห์ใช้ Pearson Chi-square เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มวิชาชีพของภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล Kolmogorov-Smirnov test ใช้ทดสอบการแจกแจงของข้อมูล พบว่าไม่เป็นการแจกแจงปกติ (P < 0.001) Kruskal-Wallis test ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน PHQ-9 และ GAD-7 กับตัวแปรที่เกี่ยวข้อง Spearman rank correlation ใช้ในการวิเคราะห์แนวโน้มของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($\alpha = 0.05$)

ผลการศึกษา

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 30 สิงหาคม 2567 มีอาสาสมัครเข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 283 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.2) มีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี (ร้อยละ 42.4) สถานะสมรส (ร้อยละ 53.0) เป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 62.9) ไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว (ร้อยละ 87.6) รายได้เฉลี่ย 20,001 - 40,000 บาท (ร้อยละ 49.4) มีภาระหนี้สินมากกว่า



รูปภาพที่ 1 แสดงระเบียบวิธีวิจัยและการสุ่มตัวอย่างประชากร

1,000,001 บาท (ร้อยละ 60.4) สถานที่ปฏิบัติงาน ได้แก่ แผนกผู้ป่วยในสามัญสหายอายุรกรรม (ร้อยละ 19.4) แผนกผู้ป่วยในวิกฤต

สหายอายุรกรรม (ร้อยละ 14.8) และแผนกผู้ป่วยในสามัญสหายศัลยกรรม (ร้อยละ 14.5) ดังแสดงในตารางที่ 1 ผลการศึกษาพบว่า

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มประชากรตัวอย่าง (N = 283)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ) หรือค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ) หรือค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
เพศ		ภาระหนี้สิน	
ชาย	39 (13.8)	ไม่มี	44 (15.6)
หญิง	244 (86.2)	< 1,000,000 บาท	68 (24)
อายุ (ปี)	ค่าเฉลี่ย 38.54 (9.162)	> 1,000,001 บาท	171 (60.4)
≤ 30 ปี	60 (21.2)	สถานที่ปฏิบัติงาน	
31 - 40 ปี	120 (42.4)	แผนกผู้ป่วยนอก	26 (9.2)
41 - 50 ปี	72 (25.4)	แผนกผู้ป่วยในสามัญสหายศัลยกรรม	41 (14.5)
51 - 60 ปี	29 (10.2)	แผนกผู้ป่วยในสามัญสหายอายุรกรรม	55 (19.4)
> 60 ปี	2 (0.8)	แผนกผู้ป่วยในวิกฤตสหายศัลยกรรม	25 (8.8)
สถานะ		แผนกผู้ป่วยในวิกฤตสหายอายุรกรรม	42 (14.8)
โสด	121 (42.8)	ห้องจ่ายยา	22 (7.8)
สมรส	150 (53.0)	หน่วยกายบำบัด	33 (11.7)
หม้าย	9 (3.2)	องค์กรแพทย์	36 (12.7)
หย่าร้าง	3 (1.1)	อื่นๆ	3 (1.1)
วิชาชีพ		ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน	
แพทย์	36 (12.7)	< 5 ปี	53 (18.8)
พยาบาลวิชาชีพ	178 (62.9)	5 ปี ขึ้นไป	230 (81.2)
ผู้ช่วยพยาบาล	4 (1.4)	โรคประจำตัวทางกาย	
เภสัชกร	17 (6)	มี	89 (31.4)
เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม	7 (2.5)	ไม่มี	194 (68.6)
นักกายภาพบำบัด	24 (8.5)	โรคประจำตัวทางจิตเวช	
นักโภชนาการ	10 (3.5)	มี	4 (1.4)
นักสังคมสงเคราะห์	3 (1.1)	ไม่มี	279 (98.6)
เวชปฏิบัติส่วนตัว/เอกชน		ประวัติการได้รับวัคซีนโควิด-19	
ทำ	35 (12.4)	เคย	278 (98.2)
ไม่ทำ	248 (87.6)	ไม่เคย	5 (1.8)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		ประวัติการติดเชื้อโควิด-19	
< 20,000 บาท	30 (10.7)	ไม่เคย	49 (17.3)
20,001 - 40,000 บาท	140 (49.4)	เคย 1 ครั้ง	153 (54.1)
> 40,001 บาท	113 (39.9)	เคย 2 ครั้ง	68 (24)
		เคย 3 ครั้ง	12 (4.2)
		เคยมากกว่า 3 ครั้ง	1 (0.4)

บุคลากรทางการแพทย์ มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 19.8 (56 คน) และภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 9.5 (27 คน) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในบุคลากรทางการแพทย์

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ) หรือค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
ภาวะซึมเศร้า (PHQ-9)	
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (< 9 คะแนน)	227 (80.2)
มีภาวะซึมเศร้า (≥ 9 คะแนน)	56 (19.8)
ค่าเฉลี่ย	3.8 (4.030)
ภาวะวิตกกังวล (GAD-7)	
ไม่มีภาวะวิตกกังวล (< 10 คะแนน)	256 (90.5)
มีภาวะวิตกกังวล (≥ 10 คะแนน)	27 (9.5)
ค่าเฉลี่ย	2.57 (3.249)

หมายเหตุ จำนวนมีหน่วยเป็น คน (ร้อยละ), ค่าเฉลี่ย หมายถึง ค่าเฉลี่ย (mean) ของคะแนนแบบทดสอบ PHQ-9 (0 - 27 คะแนน) หรือ GAD-7 (0 - 21 คะแนน)

เมื่อวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าโดยแยกตามรายวิชาชีพ พบว่าสามกลุ่มแรกที่มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ได้แก่ เจ้าพนักงานเภสัชกรรม (ร้อยละ 75) ผู้ช่วยพยาบาล (ร้อยละ 33.3) และพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 21.9) อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มวิชาชีพกับภาวะซึมเศร้าโดยใช้ Chi-square test พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.564$) ในขณะที่เมื่อนำรายวิชาชีพมาวิเคราะห์หาความแตกต่างระหว่างกลุ่มวิชาชีพกับค่าคะแนน PHQ-9 โดย Kruskal-Wallis test ก็พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($P = 0.194$) กลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวลสูงสุดสามอันดับแรก ได้แก่ เจ้าพนักงานเภสัชกรรม (ร้อยละ 40) ผู้ช่วยพยาบาล (ร้อยละ 33.3) และแพทย์ (ร้อยละ 30.56) ผลการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้ามีอยู่ในทุกกลุ่มวิชาชีพ ขณะที่นักโภชนาการเป็นกลุ่มเดียวที่ไม่มีภาวะวิตกกังวล เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มวิชาชีพกับภาวะวิตกกังวลโดยใช้ Chi-square test พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.001$) ในขณะที่เมื่อนำรายวิชาชีพมาวิเคราะห์หาความแตกต่างระหว่างกลุ่มวิชาชีพกับค่าคะแนน GAD-7 โดย Kruskal-Wallis test ก็พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($P = 0.011$) ดังแสดงตามตารางที่ 3

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับค่าคะแนนของภาวะซึมเศร้าโดยใช้ Spearman rank correlation พบว่าจำนวนครั้งของการติดเชื้อโควิด-19 และภาระงานรายสัปดาห์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับค่าคะแนน PHQ-9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.141, 0.189 P = 0.018, 0.001$) ค่าคะแนน GAD-7 พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับจำนวนครั้งของการติดเชื้อโควิด-19 และภาระงานรายสัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกัน ($r_s = 0.133, 0.174 P = 0.025, 0.003$) สำหรับปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับค่าคะแนน GAD-7 ($r_s = -0.160 P = 0.007$) เพียงอย่างเดียว และจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคโควิด-19 พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับค่าคะแนน PHQ-9 และ GAD-7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงตามตารางที่ 4

วิจารณ์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ภายหลังการระบาดใหญ่ของโรคโควิด-19 ผลการศึกษพบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 19.8 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาในช่วงการระบาดใหญ่ระลอกที่ 3 ของ ศรีนัย วีระเมธาศัย (2021)⁶ ที่พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 13.04 ในบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสระบุรี ซึ่งนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ บัญญา จันสิน (2022)⁵ พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในบุคลากรทางสาธารณสุขในอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ อยู่ที่ร้อยละ 16.3

สำหรับภาวะวิตกกังวล การวิจัยนี้พบว่ามีภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 9.5 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ โดย ดาวรุ่ง คำวงศ์ และคณะ²⁷ ทำการศึกษาแบบ Cross-sectional study ในบุคลากรทางการแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 417 คน จากทั่วประเทศ พบภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 7.2

สำหรับปัจจัยด้านเศรษฐศาสตร์งานวิจัยนี้พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีรายได้ค่อนข้างจำกัด ซึ่งมีรายได้ 20,001 - 40,000 บาทต่อเดือน ในขณะที่มีหนี้สินมากพอสมควร โดยส่วนใหญ่มีหนี้สินมากกว่า 1,000,001 บาท แม้ว่าการวิจัยนี้จะไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างรายได้และหนี้สินกับภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่ารายได้ของบุคลากรทางการแพทย์ในภาครัฐมีโครงสร้างที่คงที่และมีความแปรปรวนต่ำ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ไม่พบความแตกต่างในการวิเคราะห์ทางสถิติ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยของ Boyer

และคณะ (2008)¹⁵ ระบุว่าภาวะเศรษฐกิจเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้งานวิจัยในประเทศไทยยังพบว่าสุขภาพทางการเงินที่ดีมีความสัมพันธ์กับความสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์¹⁶⁻¹⁸ ดังนั้นปัจจัยทางเศรษฐศาสตร์ยังคงเป็นเรื่องที่ควรติดตามต่อไป

ผลการศึกษาพบว่าแพทย์เป็นกลุ่มวิชาชีพที่มีภาวะวิตกกังวลสูงสุด (ร้อยละ 30.56) และแตกต่างจากวิชาชีพอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) การค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศ¹⁹⁻²³ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 แพทย์ต้องเผชิญกับแรงกดดันทางจิตใจสูง ทั้งจากภาระงานหนัก

ตารางที่ 3 ความชุกของภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลแยกตามวิชาชีพ รวมถึงการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย Kruskal-Wallis test และการวิเคราะห์โดยใช้ Pearson Chi-square

ตัวแปร	คะแนน	Kruskal- Wallis test	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)	Chi-square
PHQ-9	ค่าเฉลี่ย (SD)	p-value	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (< 9 คะแนน)	มีภาวะซึมเศร้า (≥ 9 คะแนน)	p-value
แยกตามวิชาชีพ					
แพทย์	3.97 (3.485)	0.194	29 (80.6)	7 (19.4)	0.564
พยาบาลวิชาชีพ	3.93 (4.334)		139 (78.1)	39 (21.9)	
ผู้ช่วยพยาบาล	3.00 (6.000)		3 (66.7)	1 (33.3)	
เภสัชกร	4.71 (2.889)		15 (86.7)	2 (13.3)	
เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	5.14 (5.14)		4 (25)	3 (75)	
นักกายภาพบำบัด	2.54 (3.176)		21 (85.8)	3 (14.2)	
นักโภชนาการ	3.40 (3.239)		9 (88.9)	1 (11.1)	
GAD-7					
แยกตามวิชาชีพ					
แพทย์	4.28 (4.124)	0.011*	25 (69.44)	11 (30.56)	0.001*
พยาบาลวิชาชีพ	2.21 (2.938)		167 (93.82)	11 (6.18)	
ผู้ช่วยพยาบาล	2.50 (5.000)		3 (66.67)	1 (33.33)	
เภสัชกร	3.71 (3.721)		16 (94.11)	1 (5.89)	
เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	4.86 (4.880)		5 (60)	2 (40)	
นักกายภาพบำบัด	2.29 (2.510)		23 (95.83)	1 (4.17)	
นักโภชนาการ	1.40 (2.011)		10 (100)	0 (0)	

หมายเหตุ จำนวนมีหน่วยเป็น คน (ร้อยละ), ค่าเฉลี่ย หมายถึง ค่าเฉลี่ย (mean) ของคะแนนแบบทดสอบ PHQ-9 (0 - 27 คะแนน) หรือ GAD-7 (0 - 21 คะแนน), * ค่านัยสำคัญทางสถิติ (p-value) < 0.05

ตารางที่ 4 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับค่าคะแนน PHQ-9, GAD-7 โดย Spearman rank correlation

ปัจจัย	PHQ9 score	p-value	GAD 7 score	p-value
	ค่า correlation (rs)		ค่า correlation (rs)	
อายุ	- 0.107	0.72	- 0.160	0.007*
จำนวนครั้งของการติดโควิด	0.141	0.018*	0.133	0.025*
ภาระงานรายสัปดาห์	0.189	0.001*	0.174	0.003*
จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคโควิด-19	0.046	0.440	0.028	0.64

หมายเหตุ ค่า correlation (rs) เป็นบวก หมายถึง ความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งสองตัวมีทิศทางเดียวกัน, ค่า correlation (rs) เป็นลบ หมายถึง ความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งสองตัวมีทิศทางตรงข้ามกัน, * ค่านัยสำคัญทางสถิติ (p-value) = 0.05

การขาดแคลนอุปกรณ์ทางการแพทย์ จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น และการแยกตัวออกจากครอบครัว สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่อาจส่งผลต่อระดับความวิตกกังวลของกลุ่มแพทย์มากกว่าวิชาชีพอื่น

ผลของภาวะทางสุขภาพจิตที่เกิดตามหลังการติดเชื้อโควิด-19 นั้น เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญเช่นกัน การวิจัยครั้งนี้พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ติดเชื้อโควิด-19 เป็นจำนวนบ่อยครั้งนั้น มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับค่าคะแนน PHQ-9 และ GAD-7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีการวิจัยที่พบว่า การติดเชื้อโควิด-19 นั้นไม่ได้มีผลต่อสุขภาพทางกายเพียงอย่างเดียว แต่ยังคงส่งผลถึงมิติอื่นของผู้ที่เจ็บป่วยด้วย อาทิเช่น การต้องถูกกักตัวเป็นเวลานาน การต้องหยุดงานหรือลางานเป็นเวลานาน การที่ต้องแยกตัวจากสังคม รวมถึงการเผชิญกับวิกฤตเศรษฐกิจของโลกในช่วงนั้น ล้วนเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะกรณีติดเชื้อซ้ำมากกว่า 1 ครั้ง²⁴⁻²⁶

ข้อเสนอแนะ

1. เชีงนโยบาย โรงพยาบาลควรให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์โดยควรกำหนดภาระงานให้เหมาะสม จัดให้มีระบบสื่อสารที่ชัดเจน และเปิดช่องทางรับฟังความคิดเห็นของบุคลากรทุกระดับ นอกจากนี้ควรมีระบบให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตที่สะดวก รวดเร็ว และรักษาความลับ
2. เชีงปฏิบัติ ควรส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถตระหนักถึงความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีแนวทางดูแลจิตใจตนเองเบื้องต้น หลีกเลี่ยงการใช้สุราและยาเสพติดในการจัดการความเครียด รวมถึงทราบช่องทางทางการขอความช่วยเหลือ
3. เชีงวิจัย ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะวิตกกังวลในกลุ่มแพทย์โดยเฉพาะ นอกจากนี้ การศึกษาวิจัยในอนาคตควรเลือกเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรง (reliability test) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้ผลการศึกษามีความแม่นยำยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) ผลการศึกษาสามารถบอกความชุกได้ ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง แต่อาจมีข้อจำกัดในการบอกถึงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุโดยตรง (causal relationship) และการวิจัยนี้ยังมีข้อจำกัดในบางวิชาชีพที่ได้จำนวนตัวอย่างค่อนข้างน้อย ได้แก่

ผู้ช่วยพยาบาลและเจ้าพนักงานเภสัชกรรม จึงอาจจะเป็นข้อจำกัดในการอนุมานถึงประชากรในวิชาชีพกลุ่มนี้ทั้งหมด (generalizability)

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ค่า P นำมาจากความชุกของภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 24.3) จากงานวิจัยของ Nader Salari และคณะ⁷ มาเป็นตัวแทนค่าความชุกของของบุคลากรทางการแพทย์ในต่างประเทศ อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างทางวัฒนธรรม อาจเป็นตัวแปรกวนในการวิเคราะห์

แบบทดสอบ PHQ-9 และ GAD-7 เคยผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability test) ในประชากรทั่วไป แต่ยังไม่มีการตรวจสอบเฉพาะในบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งอาจส่งผลต่อความแม่นยำของเครื่องมือ

นอกจากนี้ การศึกษานี้มีข้อจำกัดในบางกลุ่มวิชาชีพ เช่น นักโภชนาการ ผู้ช่วยพยาบาล และเจ้าพนักงานเภสัชกรรม ซึ่งมีขนาดกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างเล็ก อาจส่งผลต่อ Generalizability, Confounding factors และ Sample size bias ในการแปลผลทางสถิติ

สรุป

ภายหลังการระบาดใหญ่ของโรคโควิด-19 พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 19.8 มีภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 30.56 ของแพทย์มีภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาระงานรายสัปดาห์และการติดเชื้อซ้ำ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการปรับโครงสร้างภาระงานและการสนับสนุนด้านสุขภาพจิต ควรมีมาตรการลดภาระงานและจัดระบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพ เช่น การให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาและช่องทางช่วยเหลือที่เข้าถึงได้ง่าย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่เป็นแรงบันดาลใจในการทำวิจัยในครั้งนี้ อีกทั้งได้รับความร่วมมือเสียสละเวลาร่วมทำแบบสอบถามจนสำเร็จลุล่วง

ทุนสนับสนุนการศึกษา

ไม่ได้รับทุนสนับสนุน

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

เอกสารอ้างอิง

- Ochani R, Asad A, Yasmin F, Shaikh S, Khalid H, Batra S, et al. COVID-19 pandemic: from origins to outcomes. A comprehensive review of viral pathogenesis, clinical manifestations, diagnostic evaluation, and management. *Infez Med* 2021; 29(1): 20-36.
- Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey MJ, Chatterjee S, et al. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndr* 2020; 14(5): 779-88.
- Al-Qudimat AR, Singh K, Mustafa E, Nashwan AJ, Al-Zoubi RM, Yassin A, et al. Psychosocial impact of COVID-19 pandemic: experience of healthcare workers in Qatar. *Front Public Health* 2023; 11: 1283925.
- Hossain MM, Tasnim S, Sultana A, Faizah F, Mazumder H, Zou L, et al. Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. *F1000Res* 2020; 9: 636.
- Jansin B. Factor associated with Stress and Depression in COVID-19 pandemic among primary health care workers at primary care unit, Uthumphon Phisai District, Sisaket Province. *MJSBH* 2022; 37: 465-76.
- Weerametachai S. Prevalence and factor associated with stress, depression and burnout among healthcare workers during 3rd wave COVID 2019 pandemic in Saraburi hospital. *JPMAT* 2022; 12: 65-81.
- Salari N, Khazaie H, Hosseinian-Far A, Khaledi-Paveh B, Kazemian M, Mohammadi M, et al. The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression. *Hum Resour Health* 2020; 18: 83.
- Sahebi A, Nejati-Zarnaqi B, Moayedi S, Yousefi K, Torres M, Golitaleb M. The prevalence of anxiety and depression among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: An umbrella review of meta-analyses. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2021; 107: 110299.
- Greenberg N, Weston D, Hall C, Caulfield T, Williamson V, Fong K. Mental health of staff working in intensive care during Covid-19. *Occup Med (Lond)* 2021; 71(2): 62-7.
- Chatzittofis A, Karanikola M, Michailidou K, Constantinidou A. Impact of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Healthcare Workers. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18: 631.
- Li Y, Scherer N, Felix L, Kuper H. Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2021; 16(3): e0259013.
- Sunpasitthiprasong Hospital. Information about the hospital [Internet]. Sunpasitthiprasong Hospital, Ministry of Public Health; 2023 [Cited date – 2024 June 16]. Available from: <https://www.sunpasit.go.th/history.php>.
- Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008; 8: 46.
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 2006; 166(10): 1092-7.
- Boyer L, Fond G, Devictor B, Samuelian JC, Lancon C, Rouillon, et al. Reflection on the psychiatric financial allocation in France. *Encephale* 2016; 42(4): 379-81.
- Pairath Bumrungsuntorn. Factors associated with happiness level in health personnel of Contracting Unit for primary Care in Wangchan district, Rayong Province. *HRD.NR* 2018; 4: 22-35.
- Wittaya Pala-ard, Noppadol Lerngvijit. Predictors pleasure in work of health personnel in Satun. *KKU Res J HS (GS)* 2018; 3: 20-28.
- Somphote Boonwan, Sompoch Ratorian, Warangkana Chankong. Factors correlated with happiness in work of health personnel of Kanchanaburi province. *AJCPH* 2021; 3: 139-51.
- Lung FW, Lu, YC, Chang YY, Shu BC. Mental symptoms in different health professionals during the SARS attack: a Follow-up study. *Psychiatr Q* 2009; 80(2): 107-16.
- Wu P, Fang Y, Guan Z, Fan B, Kong J, Yao Z, et al. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatry* 2009; 54(5): 302-11.
- Riedel B, Horen SR, Reynolds A, Hamidian Jahromi A. Mental Health Disorders in Nurses During the COVID-19 Pandemic: Implications and Coping Strategies. *Front Public Health* 2021; 9: 636721.
- Turan O, Demirci NY, Güntülü AK, Akçay Ş, Aktürk ÜA, Bilaçeroğlu S et al. Anxiety and depression levels of healthcare workers during Covid-19 pandemic. *Afr Health Sci* 2022; 22(2): 532-40.
- Appiani FJ, Rodríguez Cairoli F, Sarotto L, Yaryour C, Basile ME, Duarte JM. Prevalence of stress, burnout syndrome, anxiety and depression among physicians of a teaching hospital during the COVID-19 pandemic. *Arch Argent Pediatr* 2021; 119(5): 317-24.
- McKeown B, Poerio GL, Strawson WH, Martinon LM, Riby LM, Jefferies E, et al. The impact of social isolation and changes in work patterns on ongoing thought during the first COVID-19 lockdown in the United Kingdom. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2021; 118(40): e2109543118.
- Shevlin M, McBride O, Murphy J, Miller JG, Hartman TK, Levita L, et al. Anxiety, depression, traumatic stress and COVID-19-related anxiety in the UK general population during the COVID-19 pandemic. *BJPsych Open* 2020; 6(6): e90.
- Repon MAU, Pakhe SA, Quaiyum S, Das R, Daria S, Islam MR. Effect of COVID-19 pandemic on mental health among Bangladeshi healthcare professionals: a cross-sectional study. *Sci Prog* 2021; 104(2): e0259013.
- Komwong D, Prasanthanakul J, Phanasathit M, Wongwan T. Work-related factors and mental health outcomes among healthcare workers during COVID-19 pandemic. *JHSR* 2022; 16: 54-68.

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของชาวกะเหรี่ยงในจังหวัดตาก เขตชายแดนไทย-เมียนมาร์

นิชาดา นิยมวิชัย*, วรภัทร รัตอาภา**

*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลแม่สอด

**ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ ในปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มชาติพันธุ์ชาวกะเหรี่ยงยังมีข้อมูลจำกัด ทั้งในแง่ของระบาดวิทยา และข้อมูลอื่นที่จะใช้สนับสนุนในการดูแลรักษาผู้ป่วย การศึกษานี้มีเป้าหมายเพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มประชากรชาวกะเหรี่ยงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดตากฝั่งตะวันตกของประเทศไทย

วิธีการศึกษา งานวิจัยนี้ทำการศึกษาในกลุ่มประชากรชาวกะเหรี่ยงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่ 5 อำเภอของจังหวัดตากฝั่งตะวันตกตามแนวชายแดนพม่า การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประเมินตนเอง 2 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งรวมถึงผลกระทบจากสงครามและการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-19 และ 2) แบบประเมิน PHQ-9 ฉบับภาษาไทย สำหรับประเมินภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา มีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 578 คน อายุเฉลี่ย 38 ปี (SD = 12.03) โดยร้อยละ 66.8 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 13.5 รายงานว่ามีโรคทางกายเรื้อรัง ขณะที่ร้อยละ 2.9 รายงานว่ามีโรคประจำตัวทางจิตเวช พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 23.3 และจากการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในชาวกะเหรี่ยง ได้แก่ เขตอำเภอที่อยู่ (p < 0.001) เพศ (p = 0.034) อาชีพ (p < 0.001) การมีโรคประจำตัวทางจิตเวช (p < 0.001) ผลกระทบจากสงคราม (p = 0.005) และกลวิธีในการจัดการความเครียด (p = 0.02)

สรุป การศึกษานี้พบว่าอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในประชากรชาวกะเหรี่ยงในพื้นที่ตะวันตกของจังหวัดตาก มีอัตราสูงกว่าประชากรชาวกะเหรี่ยงในภาคเหนือของไทยเป็นสองเท่า โดยปัจจัยที่สัมพันธ์ ได้แก่ เขตอำเภอที่อยู่ เพศ อาชีพ การมีโรคประจำตัวทางจิตเวช ผลกระทบจากสงคราม และกลวิธีในการจัดการความเครียด ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาป้องกันแบบมุ่งเป้าในอนาคต เช่น การคัดกรองภาวะซึมเศร้าอย่างสม่ำเสมอสำหรับกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และการให้ความรู้เกี่ยวกับกลไกการจัดการความเครียดที่เหมาะสม

คำสำคัญ ภาวะซึมเศร้า ชาวกะเหรี่ยง กลุ่มชาติพันธุ์

Corresponding author: นิชาดา นิยมวิชัย

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลแม่สอด

E-mail: nim.sunnyday.palm@gmail.com

วันรับ 5 กุมภาพันธ์ 2568 วันแก้ไข 2 เมษายน 2568 วันตอบรับ 10 เมษายน 2568

Prevalence of Depression and Related Factors of The Karen People in Tak Province, Thai-Myanmar Border Region

Neshda Nimmawitt*, Woraphat Ratta-apha**

*Department of Psychiatry, Maesot Hospital

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

ABSTRACT

Objective: There is limited information on the epidemiology and available support systems among the Karen tribal people. This study investigated the prevalence of depression and its associated factors among the Karen population residing in the western region of Tak Province, Thailand.

Methods: The study was conducted among Karen individuals aged over 18 years, living in the five districts of Tak Province on the western side along the Myanmar border. This cross-sectional study collected data using self-rating questionnaires: 1) general information, which included the effects of war and the COVID-19 pandemic, and 2) the Thai version of the PHQ-9 to assess depression. Responses were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, and logistic regression to identify significant factors associated with depression.

Results: A total of 578 participants had an average age of 38 years (SD = 12.03), and 66.8% of them were female. Approximately 13.5% of participants reported chronic physical illnesses, while 2.9% reported chronic mental health conditions. The prevalence of depression was 23.3%. Logistic regression analysis revealed that the depression-associated factors included district ($p < 0.001$), sex ($p = 0.034$), occupation ($p < 0.001$), mental health conditions ($p < 0.001$), the impact of war ($p = 0.005$), and stress management ($p = 0.02$).

Conclusion: This study found the depression prevalence in the Karen population in western region of Tak Province to be twice as high as in northern Thailand. Six factors district, sex, occupation, pre-existing mental disorders, war experience, and coping style were associated with depressive symptoms. These factors provide valuable insights for developing future targeted interventions, such as routine screening for high-risk groups and promoting adaptive coping strategies through psychoeducation to prevent and treat depression in the Karen population.

Keywords: depression, Karen people, ethnic minorities

Corresponding author: Neshda Nimmawitt

E-mail: nim.sunnyday.palm@gmail.com

Received: 5 February 2025 Revised: 2 April 2025 Accepted: 10 April 2025

INTRODUCTION

Depression is a significant global mental health issue, affecting the physical and mental well-being as well as the overall quality of life for individuals.¹ Depression is prevalent across populations of all ethnicities and regions worldwide, with numerous studies exploring its prevalence and associated factors in various large population groups. However, research on depression in minority ethnic groups remains limited, particularly among indigenous populations.² A study on Aboriginal Australians found a higher lifetime prevalence of depression compared to the general population.³ Similarly, research in India reported a greater prevalence of major depression among older adults in the scheduled tribe population.⁴ In Thailand, studies on depression prevalence among hill tribe populations in the northern region have shown varying results: 39.1%⁵, 12%⁶, and 11.49%.⁷ Identified risk factors included being female, substance abuse, living with a relative, and experiencing stress.^{5,6} Given the limited number of studies, further research is essential to better understand depression in these populations and to develop targeted mental health interventions.

For an overview of the research area, Tak Province is located in the western part of Thailand, divided into the eastern and western regions by the Thanon Thongchai Mountain Range. The western side shares borders with Myanmar the western part have a more diverse population, including Thai, Burmese, and various hill tribes, such as the Karen, Hmong, Lahu, Akha, Lisu, and Yao. The western region of Tak Province comprises five districts: Maesot, Phopphra, Umphang, Maeramat, and Thasongyang. Maesot plays a pivotal role in the region's economic landscape. The Maeramat and Phopphra districts are predominantly agricultural, whereas the Thasongyang and Umphang districts are more remote, characterized by mountainous terrain. In some villages, access to roads and electricity is still limited. As a border region, Western Tak faces numerous complex challenges, including illegal border crossings, statelessness, illegal gambling, mass online fraud, drug trafficking, and the effects of urbanization.

The long-standing conflict between the Karen ethnic group and the Myanmar government escalated again following the 2021 military coup in Myanmar, leading to increased violence and displacement along the border. Furthermore, during the study period, the COVID-19 pandemic severely impacted the region, particularly in 2021 - 2022, with major outbreaks in Mae Sot and surrounding areas. The crisis exacerbated economic hardship, disrupted border trade, and worsened mental health issues.

The Karen community has been deeply affected by these challenges, leading to an increase in mental health issues, particularly depression. However, cultural and linguistic barriers between the Karen and Thai populations limit a comprehensive understanding of depression within the Karen community. Previous research on Karen individuals who migrated to the United States found that they perceive depression as involving emotional distress, cognitive impairment, and relationship difficulties.⁸ Nevertheless, there remains a lack of research on the perspectives and understanding of depression among the Karen people.

This researcher has been working in the western area of Tak Province for several years and has observed a significant prevalence of depression among the Karen people. However, there has been very little investigation into depressive symptoms among the Karen population. In recent years, studies conducted in Chiang Rai Province on both the Karen and other hill tribes have reported a high prevalence of depressive symptoms.⁴⁻⁷ However, no specific study has examined depressive symptoms among the Karen population in Tak Province. Therefore, this study aimed to 1) determine the prevalence of depressive symptoms among the Karen population in Tak Province, 2) identify factors associated with these symptoms, and 3) compare the findings with data from other population groups. By addressing these research questions, this study sought to enhance our understanding of depressive symptoms among the Karen and contributing to more effective mental health interventions tailored to this population.

METHODS

The study proposal was approved by the Ethics Committee for Biomedical Research of Maesot General Hospital (No. MSHP 20/2565) on April 20, 2022. This cross-sectional study was conducted across five districts in western Tak Province along the Thailand-Myanmar border: Maesot, Maeramat, Phopphra, Thasongyang, and Umphang. Data collection took place from June to November 2022.

The sample sized was calculated based on the standard formula for a cross-sectional design; $n = [Z^2_{1-\alpha/2} * P * (1-P)] / d^2$, where Z is the value from the standard normal distribution corresponding to the desired confidence level ($Z = 1.96$ for 95% CI), P is the expected true proportion, and d is the desired precision. According to the study conducted by Chomchoei et al., the prevalence of depression was reported to be 12%.⁶ Based on $Z = 1.96$, $P = 0.12$, $1-P = 0.88$, and $d = 0.03$, at least 451 participants were needed for the analysis. The inclusion criteria included people who identified themselves as Karen, were older than 18 years, and lived in the five districts mentioned above. The participants were selected using stratified random sampling based on districts. Multicollinearity among independent variables was assessed using Variance Inflation Factor (VIF), and no significant multicollinearity was detected.

A total of 578 participants were included. After providing informed consent, participants completed the Thai questionnaire independently. For those who were not fluent in Thai, a translator conducted interviews in Karen. The questionnaire was not translated into Karen, as many in the Karen community rely on oral communication because of limited literacy in the Karen script. To promote consistency, all interviews were conducted by native Karen speakers fluent in both Karen and Thai. The same group of translators was used throughout the study to minimize variability in interpretation. The interviews were conducted with verbal permission after the participants received adequate information about the study.

The questionnaire consisted of two parts: a self-designed demographic questionnaire and the Thai version

of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9).

A self-designed demographic questionnaire was developed for the participants based on a literature review. In this part, seventeen questions were used to collect the general information of the respondents: age, gender, marital status, occupation, etc. While collecting basic demographic information, two significant events occurred during the research period: the COVID-19 pandemic and the conflict between the Karen people and the Burmese government. Consequently, questions were included to assess the impact of these events and their relationship with depression. The second part of the questionnaire assessed depressive symptoms using the Thai version of the PHQ-9, a widely used screening tool. The Thai version of the questionnaire was tested for both reliability and validity, yielding a Cronbach's alpha value of 0.79.⁹ The suitability of the PHQ-9 for screening in primary care has been demonstrated. The PHQ-9 consists of nine questions based on the DSM-IV diagnostic criteria for depressive disorders. Each question is scored on a scale of 0 (not at all) to 3 (nearly every day). The total score ranges from 0 to 27. According to Kroenke et al., depressive symptom severity is categorized as follows: 5 - 9 points indicate mild depression, 10 - 14 points indicate moderate depression, 15 - 19 points indicate moderately severe depression, and scores exceeding 20 indicate severe depression.¹⁰

In this study, participants were divided into two groups: one group exhibiting symptoms of depression ($\text{PHQ-9} \geq 5$) and the other group without depression ($\text{PHQ-9} < 5$). The adoption of a cutoff of five points mirrors the methodology employed in prior research conducted on the Karen population in Chiang Rai Province.⁶

Statistics analysis

Data were analyzed using descriptive statistics. Categorical variables, including age group, district, gender, marital status, etc., were summarized using frequency and percentage. Only one continuous variable, age, was described using mean and standard deviation. Then each categorical variable was classified into

depression (PHQ-9 \geq 5) and non-depression (PHQ-9 $<$ 5) groups. Chi-square was used to compare depression group and non-depression group in each categorical variable. Logistic regression analyses were employed to identify the factors associated with depression at a significance level of $\alpha = 0.05$, included the 95% confidence interval (95% CI) to enhance accuracy. The data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences 21 (SPSS 21).

RESULTS

Demographic data

A total of 578 respondents participated in the survey. The average age of the respondents was 38 years (SD = 12.03). This study found that 386 (66.8%) of the respondents were female, 432 (74.4%) were married, and 551 (95.3%) lived with their family. Approximately 78 (13.5%) of participants reported having chronic physical illnesses, while 17 (2.9%) had a history of mental health disorders. Additionally, 279 (48.3%) of the respondents had previously COVID-19 infected, and 169 (29.2%) had experienced the impact of war. Notably, Phobphra Maesot, and Thasongyang had the highest proportion of war-affected participants (Fig 1). Further details of the general characteristics of the respondents are presented in Table 1.

Prevalence of depression

Applying a cutoff score of 5 points on the PHQ-9, the prevalence of depression was 23.3%. This is further detailed based on the severity levels listed in Table 2. The mean PHQ-9 was 3.08 (SD = 3.018, minimum 0, maximum 17).

From the Chi square analysis, ten factors were identified as associated with depression (Table 3). Subsequently, through logistic regression analysis incorporating all ten factors, it was revealed that six factors remained significantly associated with depression. These factors include district, sex, occupation, mental disorders, the impact of war, and coping style for stress, as illustrated in Table 4.

DISCUSSION

Prevalence of depression

From the research findings, the prevalence of depression among the Karen people residing in the border districts of western Tak Province was 23.3%. According to a 2017 World Health Organization (WHO) report, the proportion of the global population with depression in 2015 was estimated to be 4.4%.¹¹ Compared to two previous studies on the prevalence of depression among the Karen population in other areas of Thailand, this study found a

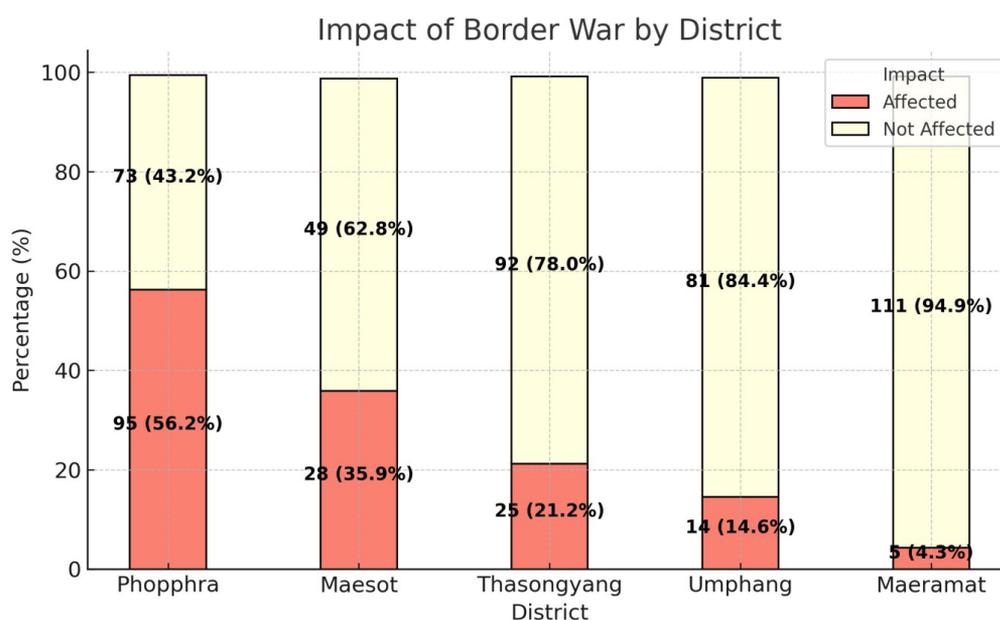


Fig 1. Distribution of border war-affected individuals by district

Table 1 General characteristics of the respondents.

Factors	N = 578 (%)
Age group (mean 38, SD 12.03)	
18 - 30	191 (33)
31 - 40	161 (27.9)
41 - 50	131 (22.7)
> 50	95 (16.4)
District	
Maesot	78 (13.5)
Maeramat	117 (20.2)
Phopphra	169 (29.2)
Thasongyang	118 (20.4)
Umphang	96 (16.6)
Gender	
Male	192 (33.2)
Female	386 (66.8)
Marital status	
Single	101 (17.5)
Married	432 (74.7)
Divorced/widowed	45 (7.8)
Living with...	
Family	551 (95.3)
Alone	20 (3.5)
Other(s)	7 (1.2)
Occupation	
Agriculture	250 (43.3)
Personal business	270 (46.7)
Government officer	24 (4.2)
Unemployed	34 (5.9)
Annual income	
Less than one hundred thousand baht	438 (75.8)
One hundred thousand baht and above	140 (24.2)
Debt	
None	324 (56.1)
Any	254 (43.9)
Education	
Illiterate	230 (39.8)
Below or equivalent to compulsory education*	200 (34.6)
Higher than compulsory education*	148 (25.6)

Factors	N = 578 (%)
Medical conditions	
None	500 (86.5)
Any	78 (13.5)
Mental conditions	
None	561 (97.1)
Any	17 (2.9)
Substance use	
Never	409 (70.8)
Ever	169 (29.2)
Perspective on family relationships	
Not good	8 (1.4)
Good	570 (98.6)
Perspective on relationships with people other than family members (e.g., friends, colleagues, neighbors)	
Not good	5 (0.9)
Good	573 (99.1)
Contracted COVID-19	
Never	299 (51.7)
Ever	279 (48.3)
Affected by the border war	
No	409 (70.8)
Yes	169 (29.2)
Coping style when having stress	
Ventilates to others	413 (71.5)
Figure out by oneself	165 (28.5)

* The education system provides nine years of compulsory education, divided into six years of primary school, followed by three years of lower secondary education.

Table 2 The distribution of respondents based on the severity of depression.

Severity of depression (PHQ-9 score) (Mean 3.08, SD 3.018, Min 0, Max 17)	N = 578 (%)
minimal (0 - 4)	443 (76.6)
mild 5 - 9	110 (19)
moderate 10 - 14	21 (3.6)
moderately severe 15 - 19	4 (0.7)
severe > 19	0 (0)

Table 3 Factors associated with depression: Chi-square analysis

Factors	Depression		OR	95%CI		p-value
	No (n = 443 (76.6%))	Yes (n = 135 (23.3%))		lower	upper	
Age group (mean 38, SD 12.03)						
18 - 30	143 (32.3%)	48 (35.6%)	.993	.563	1.750	.981
31 - 40	129 (29.1%)	32 (23.7%)	.734	.401	1.342	.315
41 - 50	100 (22.6%)	31 (23%)	.917	.497	1.694	.782
> 50	71 (16%)	24 (17.8%)	ref			
District						
Maesot	51 (11.5%)	27 (20%)	6.731	2.737	16.552	< 0.001**
Maeramat	100 (22.6%)	17 (12.6%)	2.161	.857	5.453	0.103
Phoppbra	122 (27.5%)	47 (34.8%)	4.898	2.115	11.343	< 0.001**
Thasongyang	81 (18.3%)	37 (27.4%)	5.808	2.453	13.753	< 0.001**
Umphang	89 (20.1%)	7 (5.2%)	ref			
Gender						
Female	285 (64.3%)	101 (74.8%)	1.647	1.066	2.543	0.024*
Male	158 (35.7%)	34 (25.2%)	ref			
Marital status						
Married	75 (16.9%)	26 (19.3%)	2.087	1.264	.765	.361
Divorced/widowed	29 (6.5%)	16 (11.9%)	3.860	2.011	1.048	.036*
Single	339 (76.5%)	93 (68.9%)	ref			
Living with...						
Alone	11 (2.5%)	9 (6.7%)	2.817	1.142	6.953	.025*
Other(s)	5 (1.1%)	2 (1.5%)	1.377	.264	7.186	.704
Family	427 (96.4%)	124 (91.9%)	ref			
Occupation						
Personal business	180 (40.6%)	90 (66.7%)	2.878	1.870	4.430	< 0.001**
Government officer	23 (5.2%)	1 (0.7%)	.250	.033	1.910	.182
Unemployed	27 (6.1%)	7 (5.2%)	1.492	.606	3.677	.384
Agriculture	213 (48.1%)	37 (27.4%)	ref			
Annual income						
One hundred thousand baht and above	121 (27.3%)	19 (14.1%)	.436	.257	.739	0.002**
Less than one hundred thousand baht	322 (72.7%)	116 (85.9%)	ref			
Debt						
Yes	204 (46%)	50 (37%)	.689	.464	1.024	0.065
No	239 (54%)	85 (63%)	ref			
Education						
Illiterate	169 (38.1%)	61 (45.2%)	1.42	0.864	2.332	0.166
Below or equivalent to compulsory education	156 (35.2%)	44 (32.6%)	1.109	.658	1.870	0.697
Higher than compulsory education	118 (26.6%)	30 (22.2%)	ref			

Table 3 Factors associated with depression: Chi-square analysis (Con)

Factors	Depression		OR	95%CI		p-value
	No (n = 443 (76.6%))	Yes (n = 135 (23.3%))		lower	upper	
Medical conditions						
Yes	61 (13.8%)	17 (12.6%)	.902	.507	1.605	0.726
None	382 (86.2%)	118 (87.4%)	ref			
Mental disorders						
Yes	6 (1.4%)	11 (8.1%)	6.461	2.343	17.820	< 0.001**
No	437 (98.6%)	124 (91.9%)	ref			
Substance use						
Use	130 (29.3%)	39 (28.9%)	.978	.640	1.496	0.919
Never	313 (70.7%)	96 (71.1%)	ref			
Perspective on family relationships						
Not good	4 (0.9%)	4 (3%)	3.351	.827	13.584	0.090*
Good	439 (99.1%)	131 (97%)	ref			
Perspective on relationships with people other than family members (e.g., friends, colleagues, neighbors)						
Not good	5 (1.1%)	0 (0%)	NA			
Good	438 (98.9%)	135 (100%)	ref			
contracted COVID-19						
Yes	204 (46%)	75 (55.6%)	1.464	.994	2.158	0.054
No	239 (54%)	60 (44.4%)	ref			
Affected by the border war						
Yes	111 (25.1%)	58 (43%)	2.253	1.506	3.371	< 0.001
No	332 (74.9%)	77 (57%)	ref			
Coping style when having stress						
Figure out by oneself	117 (26.4%)	48 (35.6%)	1.537	1.019	2.318	0.040
Ventilates to others	326 (73.6%)	87 (64.4%)	ref			
Total (overall prevalence)						
	443 (76.6%)	135 (23.3%)				

ref = reference; OR = odds ratio, CI = confidence interval

prevalence rate more than twice as high. In 2020, Chomchoei et al. conducted a study on depression prevalence among the hill tribe population in Chiang Rai province. The study included 2,552 individuals aged over 30 years, of whom 408 were Karen.⁶ Their study found an overall depression prevalence of 12%, using the same PHQ-9 cutoff point of 5. Similarly, in 2021, Trongsakul studied depression among elderly Karen individuals in Chiang Rai province, with a total of 174 participants, and reported a prevalence of 11.49%, although a specific

PHQ-9 cutoff was not specified.⁷ Notably, both studies focused on older age groups than the present study. It is possible that older individuals may have lower rates of depression.

However, some studies have examined depression prevalence in other ethnic groups, reporting varying rates. For example, in northern Thailand, Singkhorn et al. studied hill tribe excluding Karen participants aged over 40 and found a 39.1% prevalence using the PHQ-9 without a specified cutoff.⁵ In Vietnam, research on the elderly in

Table 4 Factors associated with depression: Logistic regression model

Factors	Adjusted OR	95% CI		p-value
		lower	upper	
District				
Maesot	6.009	2.293	15.747	< 0.001**
Maeramat	1.955	.718	5.323	.190
Phopphra	3.924	1.536	10.022	< 0.001**
Thasongyang	5.241	2.114	12.998	< 0.001**
Umphang	ref			
Gender				
Female	1.675	1.041	2.694	.034*
Male	ref			
Occupation				
Personal business	2.347	1.465	3.760	< 0.001**
Government officer	.236	.027	2.049	.190
Unemployed	.912	.340	2.445	.855
Agriculture	ref			
Mental disorders				
Yes	13.198	4.086	42.629	< 0.001**
No	ref			
Affected by the border war				
Yes	1.998	1.234	3.235	.005*
No	ref			
Coping style when having stress				
Figure out by oneself	1.885	1.107	3.210	.020*
Ventilates to others	ref			

*p < 0.05, **p < 0.01

the central highlands using the Geriatric Depression Scale reported a prevalence of 25.5%.¹² Similarly, in western China (Yunnan, Guizhou, Sichuan, and Xinjiang), a study on individuals aged over 50 using the GDS-15 found a prevalence of 10.6%.¹³ Comparing these studies is challenging due to differences in ethnic groups and assessment tools.

In terms of using the PHQ-9, several studies have opted for different diagnostic principles to identify depressive states and have used different cutoff points. A meta-analysis conducted in South Korea compared the algorithmic and sum methods of scoring PHQ-9, revealing that the sum method is more effective.¹⁴ In this study, the

sum scoring method was also employed. Regarding the cutoff points, most studies typically used PHQ-9 cutoff points of nine or ten. However, this study chose a cut-off point of five. This decision served two purposes: first, to compare the results with research conducted on the Karen people in the northern region of the country in different contexts, and second, to examine the relationships of various factors with low-level depressive symptoms in the hope of finding preventive measures.

Factors associated with depression

From the research findings, six factors were identified as associated with depressive symptoms. These

factors include district, sex, occupation, existing mental disorders, experiencing an impact of war, and coping style for stress.

Regarding the first factor, in terms of geographical area, it was observed that compared to Umphang, which had the lowest prevalence rate, Maesot, Thasongyang, and Phopphra had significantly higher prevalence rates. Notably, these three districts were most affected by the consequences of the war. However, further investigation is required to explore the specific factors contributing to the variations among these districts.

The second factor concerned sex, with females having a 1.6 times higher prevalence of depressive symptoms than males. This aligned with WHO data from 2017, which found females more prone to depression.¹¹ The exact reasons remain uncertain but are believed to involve biological, psychological, and sociocultural factors. Hormones such as estrogen and progesterone play a role in regulating mood-related systems,¹⁵ and women are more likely to engage in emotion-focused and ruminative coping strategies, which may elevate their risk of depression.¹⁶ Additionally, women were more likely than men to develop depression following stressful life events.¹⁷ The third factor pertained to occupation. The study indicated that individuals in business-related occupations, including freelancers, entrepreneurs, and office workers, exhibited a higher correlation with elevated depressive symptom scores than those in the agricultural sector. A systematic review of the work environment and depression conducted by Theorell et al. In 2015 demonstrated that professions characterized by a lack of decision-making latitude, job strain, and prolonged exposure to bullying were more likely to be associated with depression.¹⁸ In particular, individuals with business professions might have a higher likelihood of encountering these factors than those involved in agricultural work, so it could contribute to the higher incidence of depression. However, a study comparing psychological distress between agricultural and non-agricultural professionals in rural areas of China did not find significant differences (31.13% and 30.01%, respectively).¹⁹ Nevertheless,

research specifically investigating depression in the agricultural profession remained limited.²⁰

The fourth factor involved preexisting mental health conditions. Data from this study indicated that individuals with mental health conditions, including depressive, bipolar, anxiety, and psychotic disorders, might be more prone to experiencing depressive symptoms than the general population. Notably, mental health conditions other than depression might also contribute to a higher likelihood of experiencing depressive symptoms. The prevalence of depression in individuals with generalized anxiety disorder, panic disorder, and posttraumatic stress disorder ranged from approximately 40% to 50%.²¹ The pooled prevalence of comorbid depression in schizophrenia was 28.6%.²² And, around one-fifth of patients with schizophrenia have significant depression during the phase of clinical remission.²³

The fifth factor was the impact of war, which was significantly correlated with a higher likelihood of depression. Previous studies on the prevalence of depression and posttraumatic stress disorder (PTSD) among war survivors had consistently shown elevated levels of depression.²⁴ Furthermore, a systematic review found that even more than five years after the war, displaced individuals still exhibited higher rates of depression, PTSD, and anxiety, about 20% on average, compared to the general population.²⁵

The final factor related to stress-coping strategies. Individuals who chose to solve problems independently exhibited a higher prevalence of depression than those who ventilated or sought advice from others, with an odds ratio of 1.537. This aligned with studies on coping styles, including a 2014 study by Roohafza, which found that active coping strategies, particularly positive reinterpretation and family social support, served as protective factors against depression and anxiety. Conversely, avoidance was identified as a significant factor in the development of depression.²⁶ Additionally, a 2018 meta-analysis by Heerde focused on the role of help-seeking behavior and social support in psychosocial outcomes, revealing that engaging in help-seeking

behavior within social networks contributed to adaptive coping mechanisms.²⁷

Limitations and strengths

To our knowledge, this is the first study on the prevalence and associated factors of depression among the Karen people in Tak Province. The researcher's prolonged engagement in this area provided a comprehensive understanding of regional issues and contexts, facilitating the widespread distribution of surveys throughout the community. However, the context of war and the COVID-19 pandemic contributed to heightened stress levels during data collection. Therefore, caution should be exercised when generalizing these findings under normal circumstances. Moreover, the possibility of reverse causality should be considered when interpreting the associations found in this study. For example, while pre-existing mental disorder, and coping style were identified as risk factors for depression, it is also possible that individuals experiencing depression are more likely to develop other mental disorders or reduced social interactions and adopt different coping strategies. Additionally, the use of lower cut-off points for the PHQ-9 score might contribute to higher observed depression rates, as discussed earlier, overgeneralization should be considered when comparing our findings with other studies. This could be a direction for future studies investigating whether these factors change at higher levels of depressive symptoms. Our findings indicated several practical implications. Targeted interventions were needed for high-risk groups, including women, vulnerable occupations, and war-affected communities, to address specific mental health needs. Routine screening should have been integrated for individuals with pre-existing disorders, while trauma-informed care and PTSD support were essential for those with war experiences. Lastly, promoting adaptive coping strategies through psychoeducation could have strengthened resilience. For policymakers, these findings highlight the need for increased funding, workforce support, culturally and linguistically tailored mental health education, and

region-specific policies to improve mental health care accessibility and effectiveness.

CONCLUSIONS

In conclusion, this study revealed a high prevalence of depression among the Karen people in western Tak Province, with rates more than twice those found in northern Thailand. Six factors district, sex, occupation, pre-existing mental disorders, war experience, and coping style were associated with depressive symptoms. This study provided valuable insights into the nature of depression among the Karen population. Future research should explore long-term mental health outcomes and the effectiveness of community-based mental health programs in mitigating depression among this population.

Acknowledgement

I would like to express my sincere appreciation to Dr. Saowalak Hunnankul from the Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, for her invaluable guidance on statistical analysis. This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Conflict of Interest

None

Authors' Contributions

Neshda Nimmawitt: Conceptualization, Data curation, Formal analysis, Investigation, Methodology, Project administration, Resources, Validation, Visualization, Roles/Writing - original draft.; Woraphat Ratta-apha: Conceptualization, Methodology, Validation, Supervision, Writing - review & editing.

References

1. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJL, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLOS Med* 2013;10(11):e1001547.
2. Tarricone I, Stivanello E, Poggi F, Castorini V, Marseglia MV, Fantini MP, et al. Ethnic variation in the prevalence of depression

- and anxiety in primary care: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res* 2012;195(3):91-106.
3. Gubhaju L, McNamara BJ, Banks E, Joshy G, Raphael B, Williamson A, et al. The overall health and risk factor profile of Australian Aboriginal and Torres Strait Islander participants from the 45 and up study. *BMC Public Health* 2013;13:661.
 4. Rashmi R, Srivastava S, Muhammad T, Kumar M, Paul R. Indigenous population and major depressive disorder in later life: A study based on the data from Longitudinal Ageing Study in India. *BMC Public Health* 2022;22(1):2258.
 5. Singkhorn O, Apidechkul T, Pitchalard K, Moonpanane K, Hamtanon P, Sunsern R, et al. Prevalence of and factors associated with depression in the hill tribe population aged 40 years and older in northern Thailand. *Int J Ment Health Syst* 2021;15(1):62.
 6. Chomchoei C, Apidechkul T, Keawdoungek V, Wongfu C, Khunthason S, Kullawong N, et al. Prevalence of and factors associated with depression among hill tribe individuals aged 30 years and over in Thailand. *Heliyon* 2020;6(6):e04273.
 7. Trongsakul S. Prevalence and associated factors of depression among Karen hilltribe elderly population in Thailand. *Malays J Med Health Sci* 2021;17:166-9.
 8. Zuniga C. "They smile but it's not real": Karen refugees' perceptions of depression. *Social Work Theses* 2019; 145.
 9. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008;8:46.
 10. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16(9):606-13.
 11. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-20172-eng.pdf?sequence=1>. 2017.
 12. Hoang Lan N, Thi Thu Thuy N. Depression among ethnic minority elderly in the Central Highlands, Vietnam. *Health Psychol Open* 2020;7(2):2055102920967236.
 13. Liu X, Zhao W, Hu F, Hao Q, Hou L, Sun X, et al. Comorbid anxiety and depression, depression, and anxiety in comparison in multi-ethnic community of west China: Prevalence, metabolic profile, and related factors. *J Affect Disord* 2022;298:381-7.
 14. Shin C, Kim Y, Park S, Yoon S, Ko Y-H, Kim Y-K, et al. Prevalence and associated factors of depression in the general population of Korea: Results from the Korea National Health and Nutrition Examination Survey, 2014. *J Korean Med Sci* 2017;32(11):1861-9.
 15. Whitney W, Carey EG, Olson S, Cynthia MC, Sanjay A. Neurobiological underpinnings of the estrogen-mood relationship. *Curr Psychiatry Rev* 2012;8(3):247-56.
 16. Cholankeril R, Xiang E, Badr H. Gender differences in coping and psychological adaptation during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20(2).
 17. McLeod GFH, Horwood LJ, Fergusson DM, Boden JM. Life-stress and reactivity by gender in a longitudinal birth cohort at 30 and 35 years. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016;51(10):1385-94.
 18. Theorell T, Hammarström A, Aronsson G, Träskman Bendz L, Grape T, Hogstedt C, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health* 2015;15(1):738.
 19. Feng D, Ji L, Xu L. Effect of subjective economic status on psychological distress among farmers and non-farmers of rural China. *Aust J Rural Health* 2015;23(4):215-20.
 20. Hagen BNM, Albright A, Sargeant J, Winder CB, Harper SL, O'Sullivan TL, et al. Research trends in farmers' mental health: A scoping review of mental health outcomes and interventions among farming populations worldwide. *PLOS ONE* 2019;14(12):e0225661.
 21. Kalin NH. The critical relationship between anxiety and depression. *Am J Psychiatry* 2020;177(5):365-7.
 22. Li W, Yang Y, An F-R, Zhang L, Ungvari GS, Jackson T, et al. Prevalence of comorbid depression in schizophrenia: A meta-analysis of observational studies. *J Affect Disord* 2020;273:524-31.
 23. B NS, Grover S. Depression in schizophrenia: Prevalence and its impact on quality of life, disability, and functioning. *Asian J Psychiatr* 2020;54:102425.
 24. Morina N, Stam K, Pollet TV, Priebe S. Prevalence of depression and posttraumatic stress disorder in adult civilian survivors of war who stay in war-afflicted regions: A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *J Affect Disord* 2018;239:328-38.
 25. Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: A systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights* 2015;15(1):29.
 26. Roohafza HR, Afshar H, Keshteli AH, Mohammadi N, Feizi A, Taslimi M, et al. What's the role of perceived social support and coping styles in depression and anxiety? *J Res Med Sci* 2014;19(10):944-9.
 27. Heerde JA, Hemphill SA. Examination of associations between informal help-seeking behavior, social support, and adolescent psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Dev Rev* 2018;47:44-62.

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชนอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์

หทัยกาญจน์ เสียงเพราะ*

*กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลสังขะ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพจิตและประเมินผลการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชนอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์

วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยและพัฒนา ดำเนินการ 4 ระยะ คือ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติการ 3) การสังเกตการณ์ และ 4) การสะท้อนกลับ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ให้บริการที่เป็นคณะกรรมการสุขภาพจิตอำเภอ 14 คน แกนนำในชุมชนพื้นที่เสี่ยงที่เคยมีผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ 2 แห่ง จำนวน 100 คน และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง 40 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย ข้อคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q, 9Q, และ 8Q แบบประเมินความรู้ และแบบประเมินความพึงพอใจที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ McNemar-Bowker test และ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่าระบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าขาดการติดตามคัดกรองอย่างใกล้ชิดและขาดการบริการเชิงรุก และระบบสนับสนุนการดูแลในชุมชนอย่างเป็นระบบ จึงพัฒนา รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายชุมชน การค้นหาผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และการติดตามดูแลต่อเนื่อง ภายหลังการพัฒนา แกนนำชุมชนมีความรู้ระดับดี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32 เป็นร้อยละ 72 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 42.86$, p-value < 0.001) และมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.58 คะแนน (95% CI: 0.49 - 0.67, p < 0.001) โดยผู้รับบริการที่เข้าร่วมโครงการเป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.50 มีอายุเฉลี่ย 55.47 ปี (SD = 5.99) มีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 31.24$, p-value < 0.001) โดยร้อยละ 72.50 ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังการพัฒนา และมีคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงเฉลี่ย 3.72 คะแนน (95% CI: 3.12 - 4.32, p-value < 0.001) ทั้งแกนนำชุมชนและผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลเพิ่มขึ้นในระดับมาก (3.67 ± 0.61 , 3.63 ± 0.80 ตามลำดับ) โดยคะแนนเพิ่มขึ้น 0.38 คะแนน (95% CI: 0.31 - 0.45, p-value = 0.001) และ 0.44 คะแนน (95% CI: 0.12 - 0.76, p-value < 0.001) ตามลำดับ

สรุป รูปแบบการเฝ้าระวังที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ควรมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในระยะยาว โดยต้องปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

คำสำคัญ ภาวะซึมเศร้า เครือข่ายสุขภาพจิต รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า

Corresponding author: หทัยกาญจน์ เสียงเพราะ

โรงพยาบาลสังขะ

E-mail: Joy394949@gmail.com

วันรับ 5 ธันวาคม 2567 วันแก้ไข 18 กุมภาพันธ์ 2568 วันตอบรับ 25 กุมภาพันธ์ 2568

Development of a Depression Surveillance Model in the Community, Sangkha District, Surin Province

Hataigan Seangpro*

*Medical Division, Sangkha Hospital

ABSTRACT

Objective: To study the situation of depression case and evaluate a Depression Surveillance Model in the Community, Sangkha District, Surin province

Methods: This research and development study was conducted in 4 phases: 1) planning 2) action 3) observation and 4) reflection. The sample consisted of 3 groups: 14 service providers who were members of the district mental health committee, 100 community leaders from 2 high-risk areas with previous successful suicide cases, and 40 patients with mild to moderate depression. Research instruments included focus group discussion questions, depression screening tools (2Q, 9Q, 8Q), knowledge assessment forms, and satisfaction evaluation forms validated by experts. Data were analyzed using the McNemar-Bowker test and Paired t-test.

Results: The depression surveillance system lacked close monitoring and screening, proactive services, and systematic community care support. Therefore, a community depression surveillance model was developed, consisting of 3 main components: community network development, mental health case finding, and continuous care. After development, community leaders' knowledge at a good level significantly increased from 32% to 72% ($\chi^2 = 42.86$, p -value < 0.001), with a mean knowledge score increased by 0.58 points (95% CI: 0.49 to 0.67, $p < 0.001$). Among participating patients who were mostly female (72.50%) with a mean age of 55.47 years (SD = 5.99), depression levels decreased significantly ($\chi^2 = 31.24$, p -value < 0.001), with 72.50% showing no depression after development and mean depression scores decreased by 3.72 points (95% CI: 3.12 to 4.32, p -value < 0.001). Both community leaders and patients reported increased satisfaction to high level (3.67 ± 0.61 , 3.63 ± 0.80 respectively) with mean scores increased by 0.38 points (95% CI: 0.31 to 0.45, p -value = 0.001) and 0.44 points (95% CI: 0.12 to 0.76, p -value < 0.001) respectively.

Conclusion: The developed surveillance model can effectively be used to care for patients with depression in the community. However, long-term continuous monitoring and evaluation should be conducted, with model adaptation to suit each area's context.

Keywords: depression, district mental health committee, depression surveillance model

Corresponding author: Hataigan Seangpro

E-mail: Joy394949@gmail.com

Received: 5 December 2024 Revised: 18 February 2025 Accepted: 25 February 2025

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตคนไทยยังคงเป็นปัญหาที่ใหญ่และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน ในปี 2565 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มสูงขึ้นเป็น 7.97 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย 6.3 ของกรมสุขภาพจิตติดต่อกันเป็นปีที่ 5 และสูงที่สุดในรอบ 22 ปี ท่ามกลางสถานการณ์ที่แย่งต่อเนื่องคนไทยกลับยังเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพจิตได้ยาก เนื่องจากระบบในปัจจุบันกำหนดให้ผู้ป่วยทั้งหมดต้องได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์หรือแพทย์ก่อน จึงจะเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา¹ โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าเป็นภัยเงียบด้านสุขภาพ² โรคซึมเศร้าไม่ใช่อารมณ์เศร้า หดหู่ ท้อแท้ทั่วไป แต่เป็นโรคสมองที่มีความบกพร่องของสารสื่อประสาท³ ผู้ป่วยจะเศร้า ท้อแท้ หดหู่สิ้นหวังอย่างรุนแรง เบื่อหน่าย หมดความสนใจในการทำงานหรือกิจกรรมที่ทำอย่างมาก จะเกิดขึ้นตลอดวันติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ถ้าไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องจะคงอยู่นานเรื้อรังเป็นปี⁴ กลับซ้ำได้บ่อย หากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือทันเวลาจะถึงขั้นฆ่าตัวตายสำเร็จที่มีมากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า⁵ ปัจจุบันนโยบายสุขภาพจิตในระดับโลกให้ความสำคัญไปที่การปรับเปลี่ยนระบบดูแลด้านสุขภาพจิต จากเดิมที่ให้บริการในโรงพยาบาลไปสู่การให้บริการในชุมชน⁶ สอดคล้องกับประเทศไทยที่พยายามสร้างระบบบริการด้านสุขภาพจิตในชุมชน โดยให้ความสำคัญกับทั้งบริการในโรงพยาบาลและบริการในชุมชน โดยการสร้างเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน⁷ การดูแลสุขภาพจิตจึงมีแนวโน้มที่จะขยายพื้นที่ดูแลนอกโรงพยาบาล⁸ เริ่มตั้งแต่กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์และทีมผู้เชี่ยวชาญได้พัฒนาเครื่องมือเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าที่ประกอบด้วย 1) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2) คำถาม (2Q) ใช้ในการค้นหาผู้มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 2) แบบประเมินอาการซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า 3) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ที่วัดระดับความรุนแรงของความเสียหายการฆ่าตัวตาย 4) แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ (CPG-MDD-GP) เน้นการวินิจฉัยโรค การรักษาด้วยยาต้านเศร้าที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น 5) โปรแกรมระบบสารสนเทศการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัดเป็นฐานข้อมูลการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าของหน่วยบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ และ 6) หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

ทั้งแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อสร้างความมั่นใจและเพิ่มความเชี่ยวชาญในการจัดการเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในพื้นที่⁹ นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ประชาชนดูแลจิตใจตนเองได้¹ การมีภาคีเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนที่เข้าถึงได้ง่ายและใกล้บ้านเพื่อช่วยดูแลอาการเจ็บป่วยทางใจ¹⁰ ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคลากรสุขภาพที่สำคัญในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน¹¹ ทำให้การไปพบแพทย์เป็นทางเลือกสุดท้ายและสงวนไว้ให้กับคนที่มีความรุนแรงเท่านั้น เพราะการมีทีมสหวิชาชีพที่เข้มแข็งและภาคีเครือข่ายสุขภาพจิตเพียงพอ จึงเป็นกุญแจสำคัญของการสร้างตาข่ายรองรับจิตใจของประชาชน ก่อนที่พวกเขาจะกลายเป็นคนใช้เงินสิ้นระบบของโรงพยาบาล¹

โรงพยาบาลสังขะเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 239 เตียง บริการคลินิกจิตดีทุกวันราชการ ให้บริการประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพจิตด้วยเครื่องมือในกลุ่มโรคจิตเภท วิตกกังวล ซึมเศร้า พัฒนาการผิดปกติ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ติดสุรา บุหรี่ และสารเสพติด มีการส่งต่อข้อมูล ประสานงานกับเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีเป้าหมายอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี มากกว่าร้อยละ 85 และร้อยละ 68 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ผลการดำเนินงานปี 2564 - 2566 มีอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับ 3.83, 3.83 และ 9.94 ต่อแสนประชากร (เป้าหมาย ≤ 8 ต่อแสนประชากร) ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 90) ร้อยละ 100, 97.96 และ 94.64 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 74) ร้อยละ 55.02, 79.01 และ 87.03 ตามลำดับ ซึ่งจะพบว่าอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จยังไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันปัญหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายสำเร็จที่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพจิต ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชนอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ ในครั้งนี้ เพื่อสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังคัดกรองสุขภาพจิตประชาชน ด้วยเครื่องมือคัดกรองของกรมสุขภาพจิตที่ง่ายสะดวกต่อการใช้และคัดกรองโดยบุคคลที่ใกล้ชิดเพื่อให้เกิดความไว้วางใจเมื่อพบความผิดปกติ จะได้รับการส่งต่อและรักษาอย่างเหมาะสมและทันเวลา ไม่เกิดปัญหาลุกลามจนกลายเป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียจากการฆ่าตัวตายสำเร็จอีกต่อไปได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชนอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ดังต่อไปนี้

1. **กลุ่มผู้ให้บริการ** ประกอบด้วย แพทย์สุขภาพจิตชุมชน โรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม เกษัชกร โรงพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 14 คน กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ เป็นคณะกรรมการสุขภาพจิตอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ อย่างน้อย 1 ปี อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ อย่างน้อย 1 ปี และยินดีเข้าร่วมงานวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ มีแผนย้ายสถานที่ปฏิบัติงานไปอยู่ที่อื่นในช่วงเก็บรวบรวมข้อมูล

2. **กลุ่มแกนนำในชุมชนพื้นที่เสี่ยง** ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำเยาวชน พื้นที่เสี่ยง 2 พื้นที่ ที่เคยมีผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ พื้นที่ละ 50 คน รวมจำนวน 100 คน กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย และอาศัยในพื้นที่ที่เคยมีผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ อย่างน้อย 1 ปี

3. **ผู้รับบริการ** ในพื้นที่เสี่ยง 2 พื้นที่ ที่เคยมีผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก

1. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
2. เป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงสูง 4 กลุ่ม ได้แก่
 - 1) เป็นผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง คือ เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง มะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด
 - 2) เป็นหญิงหลังคลอด
 - 3) เป็นผู้มีปัญหาสุรา/ยาเสพติด
 - 4) ผู้สูงอายุ
3. ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน 2Q พบ 1 ข้อขึ้นไป และ 9Q พบคะแนน 7 - 18 (ระดับน้อยถึงปานกลาง)
4. เข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก คือ

1. เป็นผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรังที่มีอาการรุนแรง เป็นผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง
2. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง เช่น หลง ประสาทหลอน หวาดระแวง ควบคุมตนเองไม่ได้
3. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารหรือให้ข้อมูลได้

เกณฑ์การถอนผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอด เช่น มีอาการทรุดลง จำหน่ายหรือย้ายก่อนสิ้นสุดการดูแล โดยผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับตามมาตรฐาน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ผู้รับบริการจากการใช้โปรแกรม G* power version 3.1¹² ทดสอบแบบทางเดียว โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ 0.90 และขนาดอิทธิพลของตัวแปร (effect size) เท่ากับ 0.50 ได้ขนาดตัวอย่าง 36 คน แต่เพื่อป้องกันข้อมูลขาดหาย จึงกำหนดขนาดตัวอย่างผู้รับบริการเพิ่มอีก 10% รวมเป็นจำนวน 40 คน เมื่อได้รายชื่อประชากรตามเกณฑ์คัดเลือกและคัดออก หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สร้างตัวเลขสุ่ม (computer-generated random numbers) โดยสุ่มเลือกจากพื้นที่เสี่ยง 2 พื้นที่ พื้นที่ละ 20 คน จนได้ตัวอย่างครบ 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ในผู้ให้บริการและแกนนำชุมชน เกี่ยวกับรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชนอำเภอสังขะ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่

- 1) ท่านคิดว่าสถานการณ์และปัญหาภาวะซึมเศร้าในชุมชนของท่านเป็นอย่างไร และมีวิธีการค้นหา คัดกรองอย่างไร
- 2) ในการดำเนินงานเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชน ท่านพบปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง และมีวิธีการแก้ไขอย่างไร
- 3) ท่านคิดว่าควรพัฒนาระบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชนอย่างไร และควรมีการประสานความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการและแกนนำชุมชนอย่างไร
- 4) ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างไร และคิดว่าควรพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลืออย่างไร

2. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) เพื่อคัดกรองโรคซึมเศร้าสำหรับตอบด้วยตนเองในแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) โดยคำตอบมี 2 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มี ให้ 0 คะแนน, มี ให้ 1 คะแนน ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใด ๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า”

3. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เพื่อช่วยการวินิจฉัยและใช้ประเมินจำแนกความรุนแรงโรคซึมเศร้า เป็นการประเมินเพื่อการบ่งชี้ที่ชัดเจนขึ้นว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่ และอาการรุนแรงมากน้อยเพียงใด จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นจากโรคซึมเศร้าภายใน 2 สัปดาห์ โดยคำตอบมี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มีเลย ให้ 0 คะแนน, มีเป็นบางวัน ให้ 1 คะแนน, เป็นบ่อย ให้ 2 คะแนน และเป็นทุกวัน ให้ 3 คะแนน เกณฑ์การแปลผล เกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต (2558)¹³ ดังนี้

น้อยกว่า 7 คะแนน หมายถึง ไม่มีโรคซึมเศร้า

7 - 12 คะแนน หมายถึง มีโรคซึมเศร้าระดับน้อย

13 - 18 คะแนน หมายถึง มีโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง

19 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

หมายเหตุ คะแนน 9Q ≥ 7 ให้ประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคซึมเศร้า

4. แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) คำถามในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา รวมถึง คำตอบมี 2 ตัวเลือก เกณฑ์การแปลผลใช้เกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต (2558)¹³ ดังนี้

0 ไม่มีโรคซึมเศร้า

1 - 8 แนวโน้มฆ่าตัวตายเล็กน้อย

9 - 16 แนวโน้มฆ่าตัวตายระดับปานกลาง

≥ 17 แนวโน้มฆ่าตัวตายรุนแรง

หมายเหตุ มีคะแนน ตั้งแต่ 1 ขึ้นไป ให้รายงานแพทย์ และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

5. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและจิตเวช เป็นแบบสอบถาม 10 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน โดยกำหนดให้ตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ ดังนั้น คะแนนที่เป็นไปได้ของความรู้ความเข้าใจ คือ 10 คะแนน ผ่านการตรวจสอบหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.66 - 1.00 มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.764 โดยมีเกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 8 - 10 หมายถึง มีความรู้มาก

คะแนน 6 - 7 หมายถึง มีความรู้ปานกลาง

คะแนน 0 - 5 หมายถึง มีความรู้น้อย

6. แบบสอบถามความพึงพอใจ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทั้งโดยรวมและรายด้าน ผ่านการตรวจสอบหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.66 - 1.00 มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.932 โดยการแปลผลได้นำค่าสูงสุดลบด้วยค่าต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนช่วงที่ตั้งไว้ จึงได้เกณฑ์การแปลผล ดังนี้

คะแนน 4.21 - 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

คะแนน 3.41 - 4.20 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก

คะแนน 2.61 - 3.40 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

คะแนน 1.81 - 2.60 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย

คะแนน 1.00 - 1.80 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยด้านความตรงของเนื้อหา (content validity) พิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ ภาสัชกร และพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางจิตเวช ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.80

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ผู้วิจัยดำเนินการภายหลังการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยและการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยมีขั้นตอน 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (planning) เป็นการจัดกิจกรรมสนทนากลุ่มบุคคลากรผู้ให้บริการ เพื่อทบทวนวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน โดยแบ่งการสนทนากลุ่มเป็น 2 กลุ่ม

กลุ่มผู้ให้บริการ จำนวน 14 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 7 คน ประกอบด้วย แพทย์สุขภาพจิตชุมชน พยาบาลจิตเวช พยาบาลวิชาชีพ ภาสัชกร และพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กลุ่มแกนนำในชุมชน จำนวน 100 คน แบ่งเป็น 12 - 13 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 8 - 9 คน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำเยาวชน จากนั้นผู้วิจัยสรุปสถานการณ์และประเด็นปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง (structure) ด้านกระบวนการ (process) และด้านผลลัพธ์ (output) จากนั้นผู้วิจัยสรุปสถานการณ์และประเด็นปัญหา

ระยะที่ 2 ขั้นการปฏิบัติการ (action) การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชนอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ โดยมีกิจกรรมดังต่อไปนี้

1) ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดทฤษฎี เอกสารตำรางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า การสร้างรูปแบบ และการพัฒนาคุณภาพการดูแล ประมวลข้อมูลทั้งจากแนวคิด ทฤษฎี และจากผลการศึกษานำมาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา

2) กำหนดทีมเกี่ยวข้อง และบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย ทีมเฝ้าระวังในชุมชน ทีมการพยาบาล และแพทย์ที่ปรึกษา

3) กำหนดรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชน โดยผู้วิจัยจัดประชุมระดมสมองร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ปัญหาและโอกาสพัฒนา ตั้งแต่การคัดกรอง การเข้าถึง การประเมินการดูแล จนจำหน่าย ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 อบรมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายชุมชน (community network) ได้แก่ อาสาสมัครหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และนักเรียนในโรงเรียน ในประเด็นสุขภาพจิตศึกษา ดังนี้ (1) การคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2) เข้าถึงบริการสุขภาพและช่องทางการส่งต่อ (3) สัญญาณเตือนความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (4) โรคจิตเวชและโรคซึมเศร้า และ (5) ฝึกตรวจเช็คสุขภาพจิตในภาวะวิกฤติ ผ่าน Mental health check in โดยการสแกน QR CODE ซึ่งใช้เวลาเรียนไม่เกิน 2 ชั่วโมง สลับกับกิจกรรมสนทนาและตอบคำถาม ใช้เวลา 20 นาที พักเบรก 10 นาที เวลารวมไม่เกิน 2 ชั่วโมง 30 นาที

กิจกรรมที่ 2 ค้นหาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต (screening) โดยแจกโปสเตอร์ Mental health check in ในชุมชนที่มีปัญหาฆ่าตัวตายสำเร็จทั้ง 2 แห่ง โดยกำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 1 คน รับผิดชอบ 10 ครัวเรือน ค้นหากลุ่มเสี่ยงเพื่อเข้าไปสอบถามประเมินสุขภาพจิตด้วย 2 คำถาม (2Q) ทุก 1 เดือน ส่งต่อข้อมูลผู้ผิดปกติทางกลุ่มไลน์ “กลุ่มรายงานสุขภาพจิตชุมชน” ส่งให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลงพื้นที่ประเมิน 9 คำถาม (9Q) หากมีภาวะซึมเศร้าส่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผ่านช่องทางด่วนคลินิกจิตเวช

กิจกรรมที่ 3 การติดตามดูแลต่อเนื่อง (continuous care) สำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยกำหนดพี่เลี้ยง 3 คน ดังนี้ พี่เลี้ยงคนที่ 1 ได้แก่ บุคลากรในครอบครัว พี่เลี้ยงคนที่ 2 ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข พี่เลี้ยงคนที่ 3 ได้แก่ ทีมบุคลากรสาธารณสุข ออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยระยะแรกทุก 2 สัปดาห์ จนกระทั่งเห็นว่าอาการในระยะเฉียบพลันเริ่มทุเลาหรือเริ่มตอบสนองต่อการรักษา เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการ

4) ผู้วิจัยดำเนินการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชนพื้นที่เสี่ยง

ระยะที่ 3 ขั้นการสังเกตการณ์ (observation) ดำเนินการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดได้แก่ ระดับความรู้ของแกนนำชุมชน โดยใช้แบบประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรม ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน 9Q และความพึงพอใจของแกนนำชุมชนและผู้ป่วยต่อรูปแบบการดูแล นอกจากนี้ยังรวบรวมปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากการดำเนินงาน ผ่านการสังเกตและบันทึกระหว่างการติดตามเยี่ยม เพื่อนำมาปรับปรุงการดำเนินกิจกรรมให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในขั้นตอนการสะท้อนกลับ

ระยะที่ 4 ขั้นการสะท้อนกลับ (reflection) การสนทนากลุ่มที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติและกลุ่มแกนนำในชุมชนกลุ่มเสี่ยง เพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานในรูปแบบการถอดบทเรียนของกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ และประเมินผลและประสานหน่วยงานภาคีเครือข่าย องค์กรที่เกี่ยวข้อง ส่งต่อข้อมูลสะท้อนกลับ ผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ

สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา

1) ตัวแปร Categorical variables วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ได้แก่ เพศ สถานภาพ สมรส อาชีพ การศึกษา รายได้ ภาวะหนี้สิน ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า (น้อย ปานกลาง ดี) และระดับภาวะซึมเศร้า (ไม่มี น้อย ปานกลาง)

2) ตัวแปร Continuous variables วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้แก่ อายุ คะแนน ความรู้ คะแนนภาวะซึมเศร้า และคะแนนความพึงพอใจ

2. สถิติเชิงอนุมาน

1) เปรียบเทียบสัดส่วนของตัวแปร Categorical variables ก่อน-หลังการพัฒนา ใช้ McNemar-Bowker test ได้แก่

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการพัฒนา และระดับภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการพัฒนา 2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปร Continuous variables ก่อน-หลังการพัฒนา ใช้ Paired t-test ได้แก่ คะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนา โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม โดยการถอดเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ (verbatim transcription) จัดระเบียบข้อมูลโดยการให้รหัส (coding) แยกประเด็นตามวัตถุประสงค์การวิจัย วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยจัดกลุ่มข้อมูลที่มีความหมายคล้ายคลึงกันไว้ในประเด็นเดียวกัน

ข้อพิจารณาจริยธรรม

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เอกสารรับรองเลขที่ 44/2567 กลุ่มตัวอย่างทุกรายยินยอมเข้าร่วมวิจัย และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์และสภาพปัญหาทางการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน

จากการสนทนากลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการเพื่อทบทวนวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาทางการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน สรุปได้ดังนี้

1. บุคลากรส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ มีการรับรู้ศักยภาพตนเองในระดับสูง ในด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินและการส่งต่อ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การระบุปัญหาสุขภาพจิต การเสริมพลังและสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนการรับรู้ศักยภาพตนเองในระดับปานกลาง ได้แก่ การประเมินสภาพจิต การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต การจำแนกโรคทางจิต กลุ่มยาจิตเวช การบริหารยา และการจัดการผลข้างเคียง โดยแนวทางการพัฒนาศักยภาพมาจากการเรียนรู้ระหว่างกาให้บริการสุขภาพจิตทางไกล จากการสังเกตและขอคำแนะนำจากจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวช

2. รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน พบว่า (1) ไม่มีแนวทางการดูแลสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง ไม่มีการติดตามคัดกรองภาวะซึมเศร้าอย่างใกล้ชิด ปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนถูกมองข้าม

และดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง (2) ขาดระบบการติดตามการรักษา เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ารุนแรง หรือพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ขาดรูปแบบการบริการเชิงรุกในชุมชน ไม่มีระบบการสนับสนุนและการจัดบริการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนอย่างเป็นระบบ และชุมชนยังขาดความรู้การดูแลกลุ่มนี้

3. การพัฒนาศักยภาพและสร้างความมั่นใจในการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การรับการตรวจรักษาจนถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน มีเครือข่ายค้นหาผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ไม่รับประทานยาต่อเนื่อง และไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ต้องการความร่วมมือและการสนับสนุนจาก อสม. และผู้นำชุมชน ร่วมกันสนับสนุนและประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองของความต้อการทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ ด้านการฝึกอาชีพ และการอบรมเพิ่มความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของแกนนำในชุมชน

วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ McNemar-Bowker test พบว่าแกนนำชุมชนก่อนการพัฒนา มีความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 32 หลังจากการอบรมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายชุมชน พบว่า แกนนำชุมชนส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 72 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 42.86$, $p\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 1) และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วย Paired-t test พบว่าหลังพัฒนาแกนนำชุมชนมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean diff = 0.58, 95% CI 0.49 - 0.67, $p\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 2)

3. ผลการทดสอบความเป็นไปได้ของรูปแบบ

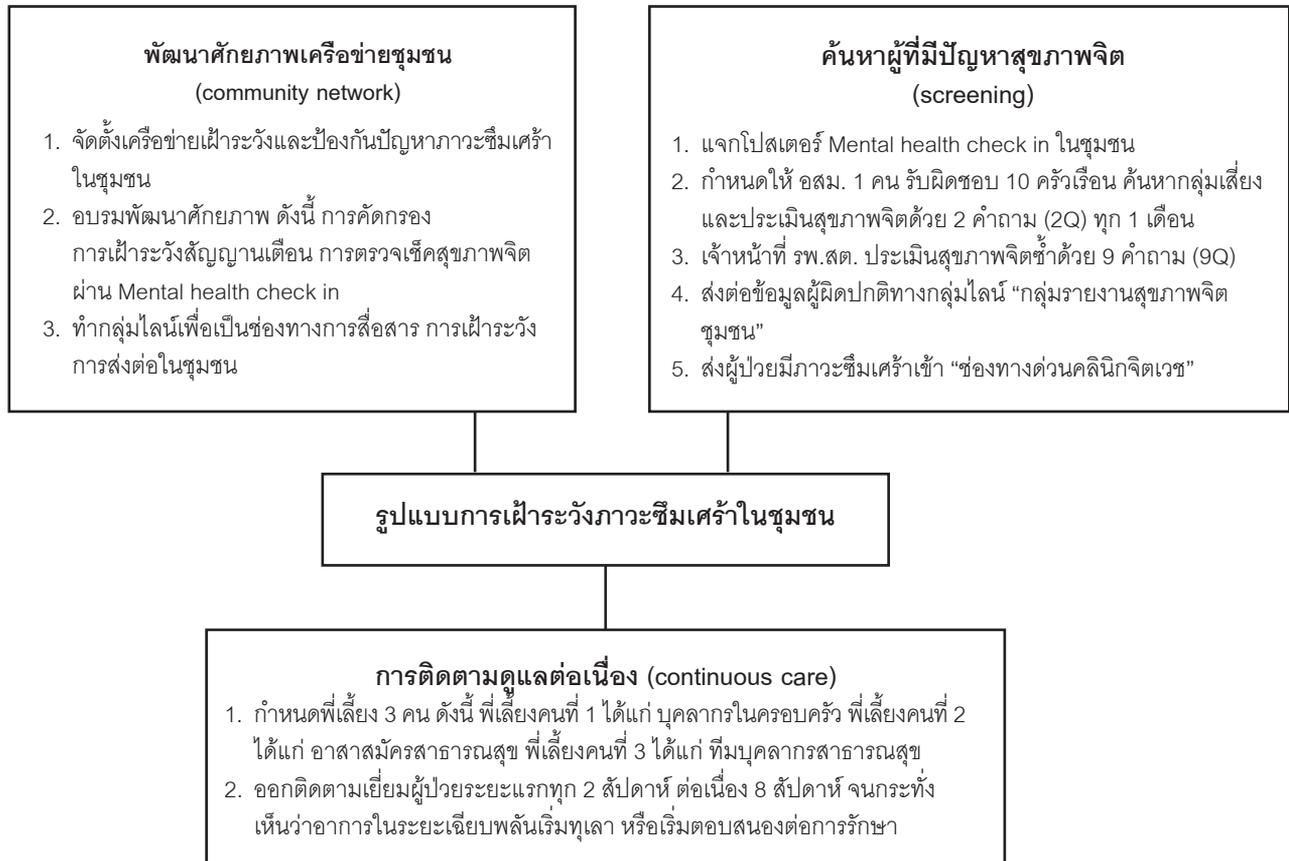
ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลางที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการทดสอบรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชน จำนวน 40 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.50 และเพศชาย ร้อยละ 27.50 มีอายุเฉลี่ย 55.47 ปี (SD = 5.99) โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 47 - 59 ปี ร้อยละ 80 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 90 มีผู้ดูแล ร้อยละ 75 ค่าขาย/รับจ้าง ร้อยละ 92.50 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 80 รายได้เพียงพอและไม่เพียงพอในสัดส่วนที่เท่ากันคือ ร้อยละ 50 มีภาวะหนี้สิน ร้อยละ 80

ด้านแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียด ส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ร้อยละ 80 (ตารางที่ 3)

ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าก่อนการพัฒนาผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 85 รองลงมามีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 15 หลังการพัฒนาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 72.50 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยลดลงเหลือร้อยละ 17.50 และระดับปานกลางลดลงเหลือร้อยละ 10

1) ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง

การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง



ภาพที่ 1 รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชน

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของแกนนำในชุมชนก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับความรู้ (n = 100)	ก่อนพัฒนา n (%)	หลังพัฒนา n (%)	McNemar-Bowker test	p-value
ระดับดี (ร้อยละ 80 - 100)	32 (32.00)	72 (72.00)	42.86	< 0.001
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79)	14 (14.00)	17 (17.00)		
ระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60)	32 (54.00)	11 (11.00)		

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของแกนนำในชุมชน

ระดับความรู้ (n = 100)	Mean ± SD	Mean diff	95% for Mean diff	t	p-value
ก่อนพัฒนา	7.06 ± 1.40	0.58	0.49 - 0.67	-4.32	< 0.001
หลังพัฒนา	7.64 ± 1.29				

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วย

ข้อมูล	จำนวน (n = 40)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	27.50
หญิง	29	72.50
อายุ (Mean ± SD)		
47 - 59	32	80.00
≥ 60 ปี	8	20.00
สถานภาพสมรส		
โสด	1	2.50
คู่	36	90.00
หย่า/หม้าย	3	7.50
ผู้ดูแล		
ไม่มี	10	25.00
มี	30	100.00
อาชีพ		
ค้าขาย/รับจ้าง	37	92.50
เกษตรกรรวม	3	7.50
การศึกษา		
ประถมศึกษา	32	80.00
มัธยมศึกษา	8	20.00
รายได้		
เพียงพอ	20	50.00
ไม่เพียงพอ	20	50.00
ภาวะหนี้สิน		
ไม่มี	8	20.00
มี	32	80.00
แหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียด		
ไม่มี	6	15.00
ครอบครัว	32	80.00
เพื่อน	2	5.00

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบสัดส่วนด้วยสถิติ McNemar-Bowker test พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 31.24$, p-value < 0.001) (ตารางที่ 4) และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าด้วย Paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 9.07 ± 2.94 เป็น 5.35 ± 3.74 คะแนน โดยมีคะแนนลดลงเฉลี่ย 3.72 คะแนน (95% CI: 3.12 - 4.32, p-value < 0.001) (ตารางที่ 5)

2) ความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต

การเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าคะแนนความพึงพอใจของแกนนำในชุมชนเพิ่มขึ้นจาก 3.29 ± 0.74 เป็น 3.67 ± 0.60 คะแนน (ระดับปานกลางเป็นระดับมาก) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.38 คะแนน (95% CI: 0.31 - 0.45) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) สำหรับผู้ป่วยมีคะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจาก 3.19 ± 0.82 เป็น 3.63 ± 0.80 คะแนน (ระดับปานกลางเป็นระดับมาก) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.44 คะแนน (95% CI: 0.12 - 0.76) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) (ตารางที่ 6)

วิจารณ์

1. การพัฒนาด้านศักยภาพเครือข่ายชุมชน (community network)

การอบรมพัฒนาศักยภาพสามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าทำให้แกนนำชุมชนมีความรู้เพิ่มขึ้น โดยเพิ่มจากระดับดี ร้อยละ 32 ก่อนการพัฒนา เป็นระดับดี ร้อยละ 72 หลังการพัฒนา สอดคล้องกับการศึกษาของ สมบัติ ธิยาพันธ์ และคณะ ที่พบว่าการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต ช่วยเพิ่มความรู้และทักษะที่จำเป็น ทำให้การดูแลสุขภาพจิตในชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศรีไพร ทองนิมิต¹⁴ ที่พบว่าการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและ

ตารางที่ 4 ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนา

ภาวะซึมเศร้า (n = 40)	ก่อนพัฒนา n (%)	หลังพัฒนา n (%)	McNemar-Bowker test	p-value
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (< 7 คะแนน)	-	29 (72.50)	31.24	< 0.001
ระดับน้อย (7 - 12 คะแนน)	34 (85.00)	7 (17.50)		
ระดับปานกลาง (13 - 18 คะแนน)	6 (15.00)	4 (10.00)		

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนา

ภาวะซึมเศร้า (n = 40)	Mean ± SD	Mean diff	95% for Mean diff	t	p-value
ก่อนพัฒนา	9.07 ± 2.94	3.72	3.12 - 4.32	11.78	< 0.001
หลังพัฒนา	5.35 ± 3.74				

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตก่อนและหลังการพัฒนา

ความพึงพอใจ	Mean ± SD	Mean diff	95% for Mean diff	t	p-value
แกนนำในชุมชน (n = 100)					
ก่อนพัฒนา	3.29 ± 0.74	0.38	0.31 - 0.45	-3.56	0.001
หลังพัฒนา	3.67 ± 0.6				
ผู้ป่วย (n = 40)					
ก่อนพัฒนา	3.19 ± 0.82	0.44	0.12 - 0.76	-6.33	0.001
หลังพัฒนา	3.63 ± 0.80				

เครือข่ายผ่านกระบวนการเรียนรู้เทคนิคต่างๆ ช่วยให้การเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้ามีประสิทธิภาพมากขึ้น¹⁵ อย่างไรก็ตาม ควรมีการติดตามประเมินผลการนำความรู้และทักษะไปใช้อย่างต่อเนื่อง และควรจัดตั้งคณะทำงานที่ชัดเจนจากหลายภาคส่วนในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน อสม. กลุ่มจิตอาสา และตัวแทนประชาชน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานที่เข้าใจง่าย และมีการยกย่องเชิดชูเกียรติผู้ปฏิบัติงานดีเด่น รวมถึงการใช้เทคโนโลยี (กลุ่มไลน์) ช่วยในการสื่อสารและส่งต่อข้อมูลที่รวดเร็ว และช่วยเพิ่มความรู้และทักษะให้แกนนำชุมชนในการดูแลผู้ป่วย แต่ยังมีข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยีของผู้สูงอายุหรือผู้ที่ไม่คุ้นเคยกับสมาร์ทโฟน การนำไปใช้จึงควรมีระบบการสื่อสารสำรองนอกเหนือจากกลุ่มไลน์ รวมถึงมีการอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่อง และมีคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของแกนนำชุมชน

2. การพัฒนาด้านการค้นหาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต (screening)

การศึกษานี้มีการสร้างระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้เป็นปัจจุบัน โดยนำเอาข้อมูลประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป มาเป็นเป้าหมายในการคัดกรอง และจัดลำดับความสำคัญกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง 7 กลุ่ม¹⁶ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง 2) หญิง

ตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด 3) ผู้ที่มีปัญหาสุรา/ยาเสพติด 4) ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุ 5) ผู้ที่มาด้วยอาการซึมเศร้าชัดเจน 6) ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้ 7) ผู้ที่มีการสูญเสียคนรักหรือทรัพย์สินจำนวนมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ พีรสันต์ บันก้อง ที่พบว่าการจัดระบบข้อมูลที่เป็นระบบช่วยให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 64.2 เป็นร้อยละ 92.5¹⁷ มีการกำหนดพยาบาลรับผิดชอบ ติดตามการรักษา จัดทำปฏิทินการคัดกรองประจำปี และแผนการออกคัดกรองเชิงรุกในชุมชน มีการประชุมติดตามความก้าวหน้าทุกเดือน และบูรณาการงานเข้ากับงานประจำของ อสม. สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิลา จิรวิทรานต์กุล ที่พบว่าการมีระบบเฝ้าระวังและติดตามที่ชัดเจนช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น¹⁸ แต่มีข้อจำกัดคือ อสม. มีภาระงานเพิ่มขึ้น และมีปัญหาการเข้าถึงบางครัวเรือนที่ไม่สะดวกให้เข้าเยี่ยม และมีข้อจำกัดในการส่งต่อผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกล การนำไปใช้จึงควรมีการจัดทำฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงที่เป็นระบบ มีการประเมินภาระงานของ อสม. อย่างสม่ำเสมอ และควรมีแผนรองรับกรณีพบผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่นเดียวกับการศึกษาของ ธนัทพร บัณฑิตพันธ์ และ สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง ที่พบว่าควรมีการประเมินความพร้อมและภาระงานของผู้ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ และควรมีระบบรองรับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและยั่งยืน¹⁹

3. การพัฒนาด้านการติดตามดูแลต่อเนื่อง (continuous care)

การศึกษานี้ติดตามดูแลต่อเนื่องโดยกำหนดพี่เลี้ยง 3 ระดับ ได้แก่ บุคลากรในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และทีมบุคลากรสาธารณสุข ออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์ ต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลง โดยก่อนพัฒนามีผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมดมีระดับน้อย ร้อยละ 85 และระดับปานกลาง ร้อยละ 15 หลังพัฒนาผู้รับบริการไม่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 72.5 มีเพียงร้อยละ 27.5 เท่านั้นที่ยังคงมีภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ เชื้อมทอง และคณะ ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและครอบครัว ช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ²⁰ แต่การศึกษานี้ผู้รับบริการเป็นผู้ที่ได้รับการคัดกรอง พบว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงปานกลาง อาจไม่ครอบคลุมถึงผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ซึ่งอาจต้องการการดูแลเฉพาะที่แตกต่างไป และควรมีการติดตามผลลัพธ์ระยะยาว ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่รุนแรงขึ้น

การศึกษานี้ยังได้รับการยอมรับและความพึงพอใจต่อรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชน ทั้งจากแกนนำชุมชนและผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้านการให้คำปรึกษา การส่งต่อ และการติดตามดูแลต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนัชพร ปักษาพันธ์ และ สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง ที่พบว่าการพัฒนาแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในระดับสูงทั้งจากผู้ให้และผู้รับบริการ¹⁹ แต่การประเมินความพึงพอใจเป็นการประเมินในระยะสั้น อาจไม่สะท้อนความพึงพอใจในระยะยาว ควรมีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว สร้างระบบพี่เลี้ยงที่เข้มแข็งโดยการคัดเลือกผู้ที่มีจิตอาสาและความรับผิดชอบสูง²¹ จัดอบรมให้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย มีการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างพี่เลี้ยงอย่างสม่ำเสมอ สร้างขวัญกำลังใจโดยการยกย่องชมเชยและมอบรางวัล¹⁰ และพัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน แต่การศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านเวลาของพี่เลี้ยงแต่ละระดับ อาจมีปัญหาการประสานงานระหว่างพี่เลี้ยงทั้ง 3 ระดับ และบางครอบครัวอาจไม่มีผู้ดูแลที่พร้อมเป็นพี่เลี้ยง การนำไปใช้จึงควรมีการประชุมพี่เลี้ยงทั้ง 3 ระดับอย่างสม่ำเสมอ มีระบบสำรองกรณี

พี่เลี้ยงไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และควรมีการประเมินประสิทธิภาพของระบบพี่เลี้ยงเป็นระยะ

สรุป

การดูแลสุขภาพจิตในชุมชนยังขาดการเฝ้าระวังและติดตามคัดกรองภาวะซึมเศร้าอย่างใกล้ชิด รวมถึงขาดการบริการเชิงรุกและระบบสนับสนุนการดูแลในชุมชนอย่างเป็นทางการรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชนที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายชุมชน การค้นหาผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และการติดตามดูแลต่อเนื่อง มีประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน ทั้งการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน การค้นหาผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และการติดตามดูแลต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลง และได้รับความพึงพอใจจากทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ อย่างไรก็ตาม ควรมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในระยะยาว และอาจต้องปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลสังขะ หรือโรงพยาบาลชุมชน ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลาง เพื่อการติดตามและส่งต่อข้อมูลระหว่างชุมชน รพ.สต. และโรงพยาบาล รวมทั้งจัดอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะให้แกนนำชุมชนอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
2. ส่งเสริมสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่าย ให้มีการจัดตั้งเครือข่ายการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนที่ประกอบด้วยพี่เลี้ยง 3 ระดับ ได้แก่ บุคลากรในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และทีมบุคลากรสาธารณสุข โดยพัฒนาช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เช่น กลุ่มไลน์ (LINE) หอกระจายข่าว หรือการประชุมประจำเดือน และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ เพื่อถอดบทเรียนความสำเร็จและปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่
3. หน่วยงานเครือข่ายระดับอำเภอ ทั้งหน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ผู้นำชุมชน มีส่วนร่วมในการขยายรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชนให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในเขตรับผิดชอบ โดยจัดทำแผนปฏิบัติการ และจัดสรรงบประมาณ สนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานที่ชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังขะ ทีมสหวิชาชีพ แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วยทุกท่าน หวังว่าผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนต่อไป ซึ่งการวิจัยนี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากแหล่งทุนใดๆ

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ผู้วิจัยขอรับรองว่าไม่มีผลประโยชน์ขัดกันใดๆ

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (author's contributions)

นางสาวหทัยกาญจน์ เสียงเพระ ดำเนินการออกแบบการวิจัย รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และตีความผลการวิจัย เขียนต้นฉบับ และตรวจทานเนื้อหาฉบับสุดท้าย รวมถึงรับผิดชอบต่อความถูกต้องและความสมบูรณ์ของเนื้อหาทั้งหมด

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Mental Health. Report on suicide statistics of Thailand 2022 [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2023 [cited 2024 Jul 20]. Available from: <https://www.dmh.go.th/report/suicide/stat/>.
2. Department of Mental Health. Guidelines for depression surveillance at provincial level, 4th revised edition [Internet]: Ministry of public health; 2017 [cited 20 July 2024]. Available from: <https://www.thaidepression.com/2020/web/index.php?r=news%2Fview&id=209>.
3. Shorey S, Ng ED, Wong CH. Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Psychol* 2022;61(2):287-305.
4. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Manual for community care of high-risk chronic psychiatric patients for primary care service unit personnel. Bangkok: Saengchan Printing Limited Partnership; 2017.
5. Department of Mental Health. Depression screening form [Internet]: Ministry of Public Health; [cited 20 July 2024]. Available from: [https://www.dmh.go.th/test/download/files/2Q 9Q 8Q \(1\).pdf](https://www.dmh.go.th/test/download/files/2Q 9Q 8Q (1).pdf).
6. Costantini L, Pasquarella C, Odone A, Colucci ME, Costanza A, Serafini G, et al. Screening for depression in primary care with Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9): A systematic review. *J Affect. Disord* 2021;279:473-83.
7. Ukosachan C. Imbalance mental health care system and social exclusion. *J Soc Work & Soc Adm* 2023;31(1):156-81.
8. Pongnantakunkij P, Moolsart S, Thomyangkoon P. The development of a suicide prevention model in depression risk groups in the community, Chanthaburi province. *J Nurs Educ* 2022;38(2):189-97.
9. Tangseree T. A study on the accuracy of depression screening form. Khon Kaen: Phradhammakhun Printing; 2003.
10. Suntaphun P, Bussahong S, Srisoem C and Vongtree A. The effects of using self-help group on the mental health self-care behavior of schizophrenia patients, caregivers in community. *UMT Poly Journal* 2020;17(2):50-61.
11. Chansuvarn S, Khachat S, Photong P, Sripho S, Monchaemchoi S. Factors predicting the operational efficiency of village health volunteers in promoting mental health and prevention mental health problems in Suphanburi province. *Journal of Health and Nursing Education* 2021;27(2):112-22.
12. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A-G. Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods* 2009;41(4):1149-60.
13. Department of Mental Health. Guidelines for mental health tools for public health personnel in community hospitals (Chronic disease clinic). Nonthaburi: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand Printing; 2015.
14. Riyaphun S, Bhoonanasan N, Prakongyos Y. The competency development of community leaders in mental health promotion of the elderly people at Bangsue district, Bangkok. *Vajira Med J* 2021;65(2):144-52.
15. Thongnimit S. The development of a depression surveillance and care model for high school students, Phrai Bueng district, Sisaket province in 2022. *Journal of Environmental Education Medical and Health* 2023;8(1):220-31.
16. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Program for developing access to psychiatric patient care services. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2008.
17. Pankong P. The mental health promotion development of the elderly in the community, Tron district, Uttaradit province. *Journal of Environmental Education Medical and Health* 2024;9(2):551-61.
18. Jirawikrantakul S. Surveillance model development screening for mental health in the community Buriram province. *Journal of Environmental Education Medical and Health* 2024;9(2):1-9.
19. Pugsapun T, Buadang S. Community-based participatory approach to developing a depression prevention model for older adults in Nathal sub-district, Nathal district, Ubon Ratchathani province. *Sisaket Journal of Research and Health Development* 2024;3(2):24-38.
20. Choumthong T, Chamnongpol A, Thongchoi K. The development of a care model for patients with depression in chronic disease Chonburi hospital. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2022;32(2):159-73.
21. Wisanumahimai S. Developing excellence in proactive service. *Payap University Journal* 2008;21(1):99-120.

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และปัญหาการติดพนัน ในกลุ่มผู้ลงทุนคริปโทเคอร์เรนซีในประเทศไทย

กัญญาดา ศรีวัชรวัฒน์*, พิชชาพร งามทิพย์วัฒนา*, ดาวชมพู นาคะวิโร*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และปัญหาการติดพนัน ในกลุ่มผู้ลงทุนคริปโทเคอร์เรนซีในประเทศไทย

วิธีการศึกษา การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ในกลุ่มประชากรอายุมากกว่า 18 ปี ที่มีคริปโทเคอร์เรนซีในครอบครองนานกว่า 6 เดือน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์สำรวจข้อมูลทั่วไป แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) ภาวะวิตกกังวล (GAD-7) และแบบประเมินปัญหาพนัน (PGSI)

ผลการศึกษา การศึกษานี้มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 1,052 ราย ข้อมูลที่เข้าเกณฑ์เหลือ 927 ราย มากกว่าร้อยละ 95 ก่อนเริ่มลงทุนไม่เป็นโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล หรือโรคอารมณ์สองขั้ว มีคะแนนเฉลี่ยของแบบประเมินปัญหาการพนันเท่ากับ 5 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติที่มีความเสี่ยงปานกลาง พบความชุกของภาวะซึมเศร้า จำนวน 289 ราย (ร้อยละ 31.17) ความชุกของภาวะวิตกกังวล จำนวน 121 ราย (ร้อยละ 13.05) และกลุ่มตัวอย่าง 227 ราย (ร้อยละ 24.51) อยู่ในกลุ่มนักพนันที่เป็นปัญหา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ระดับการศึกษา ลักษณะการลงทุน การมีโรคทางอารมณ์ จำนวนชั่วโมงที่ใช้ลงทุนต่อสัปดาห์ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล ได้แก่ อายุ การมีโรคทางอารมณ์ จำนวนชั่วโมงที่ใช้ลงทุนต่อสัปดาห์ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับปัญหาพนัน ได้แก่ อายุ ที่อยู่ ลักษณะการลงทุน การมีโรคทางอารมณ์ และจำนวนชั่วโมงที่ใช้ลงทุนต่อสัปดาห์

สรุป จากการศึกษาในกลุ่มผู้ลงทุนคริปโทเคอร์เรนซีในประเทศไทย พบปัจจัยหลายอย่างที่มีสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และปัญหาการติดพนัน โดยปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์และสามารถเฝ้าระวัง ให้คำแนะนำได้ ได้แก่ ลักษณะการลงทุน การมีโรคทางอารมณ์ร่วมด้วย และจำนวนชั่วโมงที่ใช้ลงทุนต่อสัปดาห์ ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาช่องทางเฝ้าระวัง การให้คำแนะนำ หรือการช่วยเหลือแก่ผู้ลงทุนคริปโทเคอร์เรนซีที่ประสบปัญหาดังกล่าวต่อไป

คำสำคัญ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ปัญหาพนัน คริปโทเคอร์เรนซี

Corresponding author: พิชชาพร งามทิพย์วัฒนา

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: pngamthip@gmail.com

วันรับ 6 มกราคม 2568 วันแก้ไข 11 มีนาคม 2568 วันตอบรับ 17 มีนาคม 2568

Prevalence and Associated Factors of Depression, Anxiety and Gambling Problem among Cryptocurrency Investors in Thailand

Tipyada Sriwachirawat*, Pitchaporn Ngamthipwatthana*, Daochompu Nakawiro*

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

ABSTRACT

Objective: To study the prevalence and associated factors of depression, anxiety disorders, and gambling problems among cryptocurrency investors in Thailand.

Methods: This study employed a cross-sectional observational study design among Thai individuals aged 18 years and above who had owned cryptocurrency for more than 6 months. The study aimed to gather basic demographic information and screen for depression (PHQ-9), anxiety (GAD-7), and gambling problems (PGSI).

Results: 1,052 respondents completed online questionnaires, with 927 deemed eligible and reliable for analysis. The majority, over 95%, did not have depression disorders, anxiety disorders, or bipolar disorders diagnosed by a physician before investment. The median total Problem Gambling Severity Index (PGSI) score was 5, indicating moderate-risk gambler. The prevalence of depression was found to be 289 (31.17%), while the prevalence of anxiety disorders was 121 (13.05%) 227 respondents (24.51%) scored 8 points and more (high-risk gamblers). Factors associated with depression included education level, type of investment, presence of mood disorders, and hours spent investing per week. Factors associated with anxiety included age, presence of mood disorders, and hours spent investing per week. Statistically significant factors associated with gambling problem severity included age, location, type of investment, presence of mood disorders, and hours spent investing per week.

Conclusion: The study on cryptocurrency investors in Thailand found several factors associated with depression, anxiety, and gambling problems related to investment. Important associated factors include type of investment, presence of mood disorders, and hours spent investing per week. Therefore, relevant parties should consider strategies for monitoring, counseling, and supporting cryptocurrency investors in need of help.

Keywords: depression, anxiety, gambling problem, cryptocurrency

Corresponding author: Pitchaporn Ngamthipwatthana

E-mail: pngamthip@gmail.com

Received: 6 January 2025 Revised: 11 March 2025 Accepted: 17 March 2025

บทนำ

สกุลเงินดิจิทัล หรือคริปโทเคอร์เรนซี (cryptocurrency) เป็นสกุลเงินแบบกระจายศูนย์ที่ใช้เทคนิคการเข้ารหัสเพื่อความปลอดภัยของธุรกรรมและควบคุมการสร้างหน่วยเงินใหม่ต่างจากสกุลเงินทั่วไปที่ออกโดยรัฐบาล คริปโทเคอร์เรนซีทำงานบนเทคโนโลยีบล็อกเชน ซึ่งเป็นบัญชีแยกประเภทแบบกระจายศูนย์ที่บันทึกธุรกรรมทั้งหมดในเครือข่ายคอมพิวเตอร์ แนวคิดของสกุลเงินดิจิทัลเริ่มต้นจากบิตคอยน์ (bitcoin) ซึ่งเปิดตัวในปี 2008 โดยบุคคลนิรนามที่ใช้ชื่อว่า ซาโตชิ นากาโมโตะ (Satoshi Nakamoto) บิตคอยน์ได้รับการออกแบบให้เป็นระบบเงินสดอิเล็กทรอนิกส์แบบเพียร์ทูเพียร์ (peer-to-peer) ที่ช่วยให้สามารถทำธุรกรรมได้โดยไม่ต้องพึ่งพาตัวกลาง เช่น ธนาคาร¹ นับตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา มีการพัฒนาสกุลเงินดิจิทัลมากกว่าพันสกุลเงิน โดยแต่ละสกุลมีคุณสมบัติและการใช้งานที่แตกต่างกัน เช่น อีเธอร์ียม (ethereum) ซึ่งรองรับการทำสัญญาอัจฉริยะ (smart contracts) และแอปพลิเคชันแบบกระจายศูนย์ (decentralized application)² เพื่อความสะดวกในการทำสัญญาธุรกรรมแบบไม่ต้องผ่านตัวกลาง โดยมีการใช้คริปโทเคอร์เรนซีสกุล Ether ในเครือข่ายการทำสัญญาและธุรกรรม เป็นต้น นอกจากการทำธุรกรรมแล้วคริปโทเคอร์เรนซียังมีความผันผวนของราคาทำให้เกิดการซื้อขายเพื่อเก็งกำไร ลงทุน มีการซื้อเก็บเพื่อเป็นสินทรัพย์หรือแม้แต่ใช้ในการซื้อขายแลกเปลี่ยนสิ่งของและบริการ ทำให้การใช้งานสกุลเงินดิจิทัลทั่วโลกมีการเติบโตอย่างต่อเนื่อง และมีผู้ใช้งานเพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา³

โดยในปี 2023 มีการประมาณการว่ามีผู้ถือครองสกุลเงินดิจิทัลทั่วโลกมากถึง 420 ล้านคน คิดเป็นประมาณ 4.2% ของประชากรโลก⁴ ประเทศอย่างสหรัฐอเมริกา อินเดีย และไนจีเรียมีอัตราการยอมรับคริปโทเคอร์เรนซีสูงขึ้นเนื่องจากปัจจัยหลายประการ เช่น การเข้าถึงบริการทางการเงิน การป้องกันความเสี่ยงจากเงินเฟ้อ การเก็งกำไร⁵ รวมไปถึงการที่ตลาดเปิดทำการตลอด 24 ชั่วโมง¹ อย่างไรก็ตาม ด้วยลักษณะบางประการของการลงทุนในคริปโทเคอร์เรนซี โดยเฉพาะผู้ถือครองลงทุนรายวัน (day trade) หรือลงทุนระยะสั้น (days-weeks trade) ทำให้พบความช้อนทับกับลักษณะการเล่นพนันคือ เป็นกิจกรรมหรือสถานการณ์ที่มีการเทรดสินทรัพย์ที่มีความผันผวนสูง (volatile) ด้วยข้อมูลที่จำกัด โดยมีความคาดหวังถึงผลตอบแทนที่ไม่แน่นอนจำนวนมาก⁶ ความผันผวนและความไม่แน่นอนของมูลค่าคริปโทเคอร์เรนซีนี้เองที่เป็นความเสี่ยงให้ผู้ลงทุนใน

คริปโทเคอร์เรนซีมีโอกาสที่จะสูญเสียสินทรัพย์จำนวนมาก ดังเช่นในช่วงปี 2565 ที่มูลค่าของคริปโทเคอร์เรนซีร่วงลง 75% จากมูลค่าสูงสุด 69,000 ดอลลาร์สหรัฐ สู่ 17,000 ดอลลาร์สหรัฐ ในช่วงเวลาน้อยกว่า 1 ปี⁷

จากการศึกษาของ Johnson (2023)⁸ พบว่าการลงทุนในคริปโทเคอร์เรนซีมีความสัมพันธ์กับปัญหาการติดพนันสอดคล้องไปกับงานวิจัยของ Mills and Nower (2019)⁹ ซึ่งยังพบว่านักพนันที่เป็นปัญหา ที่มีการลงทุนในหุ้นความเสี่ยงสูงและคริปโทเคอร์เรนซีร่วมด้วย มีการพบภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลร่วมด้วยมากกว่ากลุ่มที่มีการลงทุนเพียงอย่างเดียวโดยหนึ่ง นอกจากนี้ในงานวิจัยนี้พบว่าในกลุ่มนักเล่นพนันที่ลงทุนในคริปโทเคอร์เรนซี พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 30.94 ภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 33.11 และจากงานวิจัยหนึ่งยังพบว่าในกลุ่มนักลงทุนคริปโทเคอร์เรนซีมีลักษณะการลงวันที่เข้าข่ายการเล่นพนัน อ้างอิงจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคติดการพนันโดย DSM-5 TR เท่ากับร้อยละ 48.70¹⁰

สำหรับประเทศไทยได้มีการกล่าวถึงภาวะการเสพติดคริปโทเคอร์เรนซีตามสื่อต่างๆ และมีบทความแนะนำถึงปัญหาความเครียดจากการลงทุน แต่ยังไม่พบว่ามีงานศึกษาวิจัยในเรื่องนี้ในประเทศไทย ทางผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวลในกลุ่มผู้ลงทุนคริปโทเคอร์เรนซีในประเทศไทย รวมถึงในกลุ่มผู้ที่กำลังเผชิญปัญหาการเสพติด เพื่อเป็นข้อมูลที่จะสร้างความตระหนักถึงความสำคัญและขนาดของปัญหานี้ในประเทศไทย รวมถึงเป็นพื้นฐานการต่อยอดในการพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะเสพติด ภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวลในกลุ่มผู้ลงทุนคริปโทเคอร์เรนซีในสังคมไทยต่อไป และการทำงานวิจัยต่อไปในอนาคต

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ (1) อายุมากกว่า 18 ปี (2) มีคริปโทเคอร์เรนซีในครอบครองนานกว่า 6 เดือน (3) สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ดี โดยเก็บสำรวจในช่วงระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน - 15 กันยายน พ.ศ. 2565 เป็นเวลาทั้งสิ้น 3 เดือน เมื่อคำนวณกลุ่มประชากร โดยอ้างอิงจากงานวิจัยเดิมที่พบนักเล่นพนันที่ลงทุนในคริปโทเคอร์เรนซี พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 30.94 ภาวะวิตกกังวล

ร้อยละ 33.11⁹ ในขณะที่กลุ่มประชากรทั่วไปที่มีภาวะซึมเศร้า ในประเทศไทยพบความชุก ร้อยละ 2.57¹¹ ความชุกของ ภาวะวิตกกังวลแบ่งตามภูมิภาค ร้อยละ 0.80 ถึงร้อยละ 5.00¹² และยังพบว่าในกลุ่มนักลงทุนคริปโทเคอร์เรนซีที่มีลักษณะ การลงทุนที่เข้าข่ายการเล่นพนัน ร้อยละ 48.70¹⁰ โดยใช้สูตร คำนวณของ Cochran ดังนี้

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

กำหนดค่าความเชื่อมั่น (Z) ที่ร้อยละ 95 เท่ากับ 1.96 และสัดส่วนความคลาดเคลื่อน (d) เท่ากับ 0.05 คำนวณได้ขนาด ของกลุ่มตัวอย่างในช่วง 13-341 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันความผิดพลาด จากการเก็บข้อมูลจึงได้ทำการเพิ่มเป็นประมาณ 400 ราย

ใช้วิธีประชาสัมพันธ์ข้อมูลงานวิจัยผ่านช่องทางสื่อสังคม ออนไลน์ต่างๆ และไปสเตอร์พร้อมแนบการเชื่อมต่อกับกูเกิ้ลฟอร์ม (google forms link) โดยให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยเข้าร่วมตอบ แบบสอบถามตามความสมัครใจ มีการประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทาง Facebook page ของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และ Facebook page ด้านการลงทุน คริปโทเคอร์เรนซี ได้แก่ Finance Thai Community Club, Bitcoin Crypto Thailand และ Bitcoin Thai Community ซึ่งการศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในคน เลขที่ MURA2022/308 รับรองวันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามออนไลน์ในการเก็บข้อมูล ซึ่งผู้ตอบ แบบสอบถามจะเป็นผู้กรอกข้อมูลทั้งหมดด้วยตนเอง แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด ที่อยู่ปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน จำนวนเดือนที่เริ่มลงทุนในทรัพย์สินคริปโทเคอร์เรนซี จำนวนชั่วโมง ที่ใช้ลงทุนต่อสัปดาห์ การลงทุนในตลาดหุ้นร่วมด้วย ลักษณะ การลงทุน ประวัติโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล หรือโรคอารมณ์สองขั้ว ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ตั้งแต่ช่วงที่เริ่มลงทุนจนถึงปัจจุบัน

2. แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า หรือ Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่สามารถ ทำได้ด้วยตนเอง โดย ศาสตราจารย์นายแพทย์ มาโนช หล่อตระกูล¹³ และคณะ ให้เลือกตอบว่าไม่เลย (0 คะแนน) มีบางวันไม่บ่อย

(1 คะแนน) มีค่อนข้างบ่อย (2 คะแนน) และมีเกือบทุกวัน (3 คะแนน) ซึ่งเกณฑ์ตัดอยู่ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน หมายถึงมีภาวะซึมเศร้า หากน้อยกว่า 9 คะแนน หมายถึงไม่มี ภาวะซึมเศร้า

3. แบบสอบถามภาวะวิตกกังวลทั่วไป หรือ Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)¹⁴ ฉบับแปลภาษาไทย พัฒนาโดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิง ดร.ธนาดี ประชาสันต์ โดยเกณฑ์ ตัดอยู่ที่ 10 คะแนน หากมากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน หมายถึง มีภาวะวิตกกังวล (10 - 14 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวล ในระดับปานกลาง, 15 - 21 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวล ในระดับสูง) หากน้อยกว่า 10 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะวิตกกังวล

4. แบบประเมินปัญหาพนัน หรือ Problem Gambling Severity Index (PGSI-9) ฉบับแปลภาษาไทย โดย ธนฤกษ์ ลิขิตธรากุล และคณะที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต¹⁵ ทางผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ โดยใช้ประเมินปัญหาการเสพติดคริปโทเคอร์เรนซี โดย 0 คะแนน คือ กลุ่มที่ไม่ใช่นักพนันหรือนักพนันที่ไม่เป็นปัญหา, 1 - 2 คะแนน คือ นักพนันที่มีความเสี่ยงต่ำ, 3 - 7 คะแนน คือ นักพนันที่มีความเสี่ยงปานกลาง, 8 คะแนนหรือมากกว่า คือ นักพนันที่เป็นปัญหา ซึ่งจัดเป็นกลุ่มผู้ที่มีปัญหาเสพติดสำหรับงานวิจัยชิ้นนี้

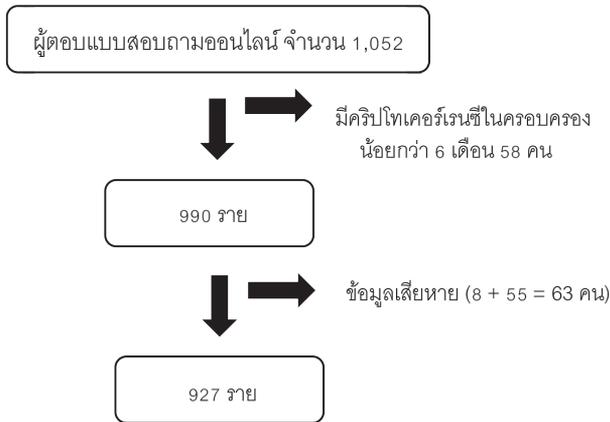
การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Stata version 18 ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ในการนำเสนอข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วย โดยข้อมูลเชิงปริมาณนำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย (mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) กับค่ามัธยฐาน (median) และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (interquartile range-IQR) ข้อมูลเชิงคุณภาพนำเสนอเป็นจำนวนร้อยละ

ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและ ลักษณะการลงทุนกับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และปัญหา การเสพติด ใช้สถิติ Chi-squared test สำหรับตัวแปรที่เป็นข้อมูล เชิงคุณภาพ ใช้สถิติ t-test สำหรับตัวแปรที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่ มีการกระจายตัวแบบปกติ (normal distribution) และใช้สถิติ Mann-Whitney U test สำหรับตัวแปรที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่มี การกระจายตัวไม่ปกติ (non-normal distribution) ปัจจัยที่พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และปัญหา การเสพติด ที่ค่านัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ จะถูกนำไปวิเคราะห์ พหุตัวแปร โดยใช้สมการถดถอยพหุคูณ Binary logistic regression กำหนดให้ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล หรือปัญหาการเสพติด

เป็นตัวแปรตาม (dependent variable) ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะเหล่านี้เป็นตัวแปรต้น เพศและอายุเป็นปัจจัยควบคุม (covariate)

ผลการศึกษา



แผนภูมิที่ 1 แสดงกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากร

ในการศึกษานี้มีผู้ตอบแบบสอบถามออนไลน์ จำนวน 1,052 ราย คัดผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี จำนวน 18 คน คัดผู้ที่มีคริปโตเคอร์เรนซีในครอบครองน้อยกว่า 6 เดือนออก จำนวน 58 คน เหลือ 990 คน ได้มีการคัดข้อมูลที่เสียหายซึ่งเป็นข้อมูลที่เป็นไปไม่ได้คือผู้ที่กรอกจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการลงทุนต่อสัปดาห์มากกว่า 168 ชั่วโมง จำนวน 8 คน (เนื่องจาก 1 สัปดาห์ เท่ากับ 168 ชั่วโมง) คนที่ลงทุนมานานกว่า 156 เดือน จำนวน 55 คน (เนื่องจากคริปโตเคอร์เรนซีเริ่มก่อตั้งมาประมาณ 13 ปี หรือเท่ากับ 156 เดือน) เหลือรวมทั้งสิ้น 927 คน (**แผนภูมิที่ 1**)

ในการศึกษานี้มีจำนวนเพศชายมากกว่าเพศหญิง กล่าวคือ เพศชายมีจำนวน 664 ราย (ร้อยละ 71.63) เพศหญิง 263 ราย (ร้อยละ 28.37) ส่วนใหญ่เป็นคนโสด 566 ราย (ร้อยละ 61.06) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 599 ราย (ร้อยละ 64.62) อาศัยอยู่ที่กรุงเทพมหานคร 426 คน (ร้อยละ 45.95) รายได้ต่อเดือนอยู่ที่ 20,000 - 49,999 บาท 379 ราย (ร้อยละ 40.90) มีการลงทุนในตลาดหุ้นร่วมด้วยในระดับพอๆกัน ลักษณะการลงทุนส่วนใหญ่เป็นแบบการลงทุนระยะสั้น (short-term trade) จำนวน 329 ราย (ร้อยละ 35.49) ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 95 ไม่มีโรคทางอารมณ์ที่วินิจฉัยโดยแพทย์อยู่เดิม อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 32.30 ปี ลงทุนในหลักทรัพย์คริปโตเคอร์เรนซีเฉลี่ย 19.75 เดือน จำนวนที่ใช้ลงทุนต่อสัปดาห์เฉลี่ย 16.66 ชั่วโมง (**ตารางที่ 1**)

ในส่วนของการทำงานแบบประเมินออนไลน์พบว่า ผู้ร่วมวิจัยมีภาวะซึมเศร้า (คะแนน PHQ-9 มากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน) จำนวน 289 ราย (ร้อยละ 31.17) มีภาวะวิตกกังวล (คะแนน GAD-7 มากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน) จำนวน 121 ราย (ร้อยละ 13.05) และจากการทำแบบประเมินระดับปัญหาพหุนัย (PGSI) พบว่ามีผู้ได้คะแนน 0 คะแนน (กลุ่มที่ไม่ใช่นักพนัน) จำนวน 58 ราย (ร้อยละ 6.26) ได้คะแนน 1 - 2 คะแนน (นักพนันที่มีความเสี่ยงต่ำ) จำนวน 147 ราย (ร้อยละ 15.86) 3 - 7 คะแนน (นักพนันที่มีความเสี่ยงปานกลาง) จำนวน 495 ราย (ร้อยละ 53.39) มากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน (นักพนันที่เป็นปัญหา) จำนวน 227 ราย (ร้อยละ 24.51)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และการเป็นนักพนันที่เป็นปัญหา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบตัวแปรเดียวพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ สถานภาพสมรส ($p = 0.048$) ระดับการศึกษา ($p = 0.001$) รายได้ต่อเดือน ($p = 0.024$) ลักษณะการลงทุน ($p = 0.003$) การมีกลุ่มโรคทางอารมณ์ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์มาก่อน ($p < 0.001$) อายุ ($p = 0.001$) จำนวนชั่วโมงที่ใช้ลงทุนต่อสัปดาห์ ($p < 0.001$) (**ตารางที่ 1**)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การมีกลุ่มโรคทางอารมณ์ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์มาก่อน ($p < 0.001$) อายุ ($p = 0.026$) จำนวนชั่วโมงที่ใช้ลงทุนต่อสัปดาห์ ($p = 0.010$) (**ตารางที่ 1**) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับปัญหาพหุนัยอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ที่อยู่ปัจจุบัน ($p = 0.018$) รายได้ต่อเดือน ($p = 0.001$) การมีการลงทุนในตลาดหุ้นร่วมด้วย ($p < 0.001$) ลักษณะการลงทุน ($p < 0.001$) การมีกลุ่มโรคทางอารมณ์ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์มาก่อน ($p < 0.001$) อายุ ($p = 0.008$) จำนวนชั่วโมงที่ใช้ลงทุนต่อสัปดาห์ ($p < 0.001$) (**ตารางที่ 1**)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบบพหุปัจจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Binary logistic regression พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ระดับการศึกษา โดยผู้ที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญามีโอกาสพบภาวะซึมเศร้าเป็น 2.64 เท่า (OR 2.64, 95% CI 1.23 - 5.63, $p = 0.012$) และผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมีโอกาสพบภาวะซึมเศร้าเป็น 1.70 เท่า (OR 1.70, 95% CI 1.14 - 2.53, $p = 0.009$) ของผู้ที่มี

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (N = 927) และความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับภาวะซึมเศร้า (depression) ภาวะวิตกกังวล (anxiety) และปัญหาพนัน (problem gambling)

ข้อมูล	จำนวนทั้งหมด (%)	การมีภาวะซึมเศร้า (N = 289)	การไม่มีภาวะซึมเศร้า (N = 638)	p-value	การมีภาวะวิตกกังวล (N = 121)	การไม่มีภาวะวิตกกังวล (N = 806)	p-value	นักพนันที่เป็นปัญหา (N = 227)	ไม่ใช่คนนักพนันที่เป็นปัญหา (N = 700)	p-value
อายุ mean (SD)	32.30 (8.072)	31.06 (7.45)	32.86 (8.26)	0.001*	30.77 (8.44)	32.52 (7.99)	0.026*	31.06 (8.16)	32.70 (8.01)	0.008*
เพศ				0.528			0.149			0.264
ชาย	664 (71.63)	203 (70.24)	461 (12.26)		80 (66.12)	584 (72.46)		156 (68.72)	508 (72.57)	
หญิง	263 (28.37)	86 (29.76)	177 (27.74)		41 (33.88)	222 (27.54)		71 (31.28)	192 (27.43)	
สถานภาพสมรส				0.048*			0.101			0.292
โสด	566 (61.06)	197 (68.17)	369 (57.84)		86 (71.07)	480 (59.55)		141 (62.11)	425 (60.71)	
จดทะเบียนสมรส อยู่ด้วยกัน	190 (20.50)	48 (16.61)	142 (22.26)		19 (15.70)	171 (21.22)		38 (16.74)	152 (21.71)	
จดทะเบียนสมรส แต่แยกกันอยู่	9 (0.97)	3 (1.04)	6 (0.94)		0 (0.00)	9 (1.12)		4 (1.76)	5 (0.71)	
อยู่ด้วยกัน แต่ไม่ได้จดทะเบียนสมรส	150 (16.18)	37 (12.80)	113 (17.71)		16 (13.22)	134 (16.63)		40 (17.62)	110 (15.71)	
หย่าร้าง	12 (1.29)	4 (1.38)	8 (1.25)		0 (0.00)	12 (1.49)		4 (1.76)	8 (1.14)	
ระดับการศึกษา				< 0.001*			0.072			0.256
มัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า	55 (5.94)	15 (5.19)	40 (6.27)		7 (5.79)	48 (5.96)		19 (8.37)	36 (5.14)	
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	40 (4.31)	18 (6.23)	22 (3.45)		9 (7.44)	31 (3.85)		8 (3.52)	32 (4.57)	
ปริญญาตรี	599 (64.62)	208 (71.97)	391 (61.29)		84 (69.42)	515 (63.90)		148 (65.20)	451 (64.43)	
สูงกว่าปริญญาตรี	233 (25.13)	48 (16.61)	185 (29.00)		21 (17.36)	212 (26.30)		52 (22.91)	181 (25.86)	
ที่อยู่ปัจจุบัน				0.130			0.499			0.018*
กรุงเทพมหานคร	426 (45.95)	120 (41.87)	306 (47.84)		54 (44.63)	372 (46.15)		98 (43.17)	328 (46.86)	
ภาคกลาง ยกเว้นกรุงเทพมหานคร	178 (19.20)	50 (17.30)	128 (19.74)		27 (22.31)	151 (18.73)		35 (15.42)	143 (20.43)	
ภาคใต้	67 (7.23)	21 (7.27)	46 (7.05)		11 (9.09)	56 (6.95)		21 (9.25)	46 (6.57)	
ภาคเหนือ	74 (7.98)	27 (9.34)	47 (7.13)		5 (4.13)	69 (8.56)		15 (6.61)	59 (8.43)	
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (อีสาน)	79 (8.52)	34 (11.76)	45 (6.88)		13 (10.74)	66 (8.19)		31 (13.66)	48 (6.86)	
ภาคตะวันออก	82 (8.85)	29 (10.03)	53 (7.99)		9 (7.44)	73 (9.06)		20 (8.81)	62 (8.86)	
ภาคตะวันตก	21 (2.27)	8 (2.77)	13 (1.98)		2 (1.65)	19 (2.36)		7 (3.08)	14 (2.00)	

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (N = 927) และความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับภาวะซึมเศร้า (depression) ภาวะวิตกกังวล (anxiety) และปัญหาพนัน (problem gambling) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวนทั้งหมด (%)	การมีภาวะซึมเศร้า (N = 289)	การไม่มีภาวะซึมเศร้า (N = 638)	p-value	การมีภาวะวิตกกังวล (N = 121)	การไม่มีภาวะวิตกกังวล (N = 806)	p-value	นักพนันที่เป็นปัญหา (N = 227)	ไม่ใช่ นักพนันที่เป็นปัญหา (N = 700)	p-value
รายได้ต่อเดือน (บาท)				0.024*			0.127			0.001*
ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน	94 (10.10)	38 (13.15)	56 (8.78)		19 (15.70)	75 (9.31)		22 (9.69)	72 (10.29)	
10,000 - 19,999 บาท/เดือน	173 (18.70)	63 (21.18)	110 (17.24)		27 (22.31)	146 (18.11)		61 (26.87)	112 (16.00)	
20,000 - 49,999 บาท/เดือน	379 (40.90)	118 (40.83)	261 (40.91)		45 (37.19)	334 (41.44)		95 (41.85)	284 (40.57)	
50,000 - 99,999 บาท/เดือน	171 (18.40)	44 (15.22)	127 (19.91)		19 (15.7)	152 (18.86)		32 (14.10)	139 (19.86)	
สูงกว่า 100,000 บาท/เดือน	110 (11.90)	26 (9.00)	84 (13.17)		11 (9.09)	99 (12.28)		17 (7.49)	93 (13.29)	
มีการลงทุนในตลาดหุ้นด้วยหรือไม่				0.051			0.186			0.003*
มี	458 (49.41)	129 (44.64)	329 (51.57)		53 (43.80)	405 (50.25)		93 (40.97)	365 (52.14)	
ไม่มี	469 (50.59)	160 (55.36)	309 (48.43)		68 (56.20)	401 (49.75)		134 (59.03)	335 (47.86)	
ลักษณะการลงทุน				0.003*			0.084			< 0.001*
Day trader/ลงทุนรายวัน	125 (13.50)	54 (18.69)	71 (11.13)		21 (17.36)	104 (12.90)		55 (24.23)	70 (10.00)	
Short term trader (days-weeks)/ลงทุนหลายๆ วันถึงหลายๆ สัปดาห์ต่อครั้ง	329 (35.50)	104 (35.99)	225 (35.27)		51 (42.15)	278 (34.49)		101 (44.49)	228 (32.57)	
Midterm trader (months)/ลงทุนหลายๆ เดือนต่อครั้ง	233 (25.10)	73 (25.26)	160 (25.08)		22 (18.18)	211 (26.18)		43 (18.94)	190 (27.14)	
Long term trader (years)/ลงทุนหลายๆ ปีต่อครั้ง หรือนั่งถือครองไว้	240 (25.90)	58 (20.07)	182 (28.53)		27 (22.31)	213 (26.43)		28 (12.33)	212 (30.29)	
กลุ่มโรคทางอารมณ์				< 0.001*			< 0.001*			< 0.001*
มี	115 (12.40)	71 (24.57)	44 (6.90)		51 (42.15)	64 (7.94)		49 (21.59)	66 (9.43)	
ไม่มี	812 (87.6)	218 (75.43)	594 (93.10)		70 (57.85)	742 (92.06)		178 (78.41)	634 (90.57)	
จำนวนเดือนที่เริ่มลงทุนในสินทรัพย์คริปโตเคอร์เรนซี median (IQR)	19.75 (14.760)	15.00 (12.00)	15.00 (12.00)	0.345	15 (10.00)	15 (12.00)	0.537	17.74 (10.52)	20.40 (15.85)	0.256
จำนวนชั่วโมงที่ใช้ลงทุนต่อสัปดาห์ (screen time) median (IQR)	16.66 (24.222)	10.00 (22.00)	6.00 (18.00)	< 0.001*	14 (23)	7 (18)	0.010*	24.87 (28.75)	14.00 (21.95)	< 0.001*

*p-value < 0.0

การศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี ลักษณะการลงทุนแบบระยะยาว (long term trader) จะมีโอกาสพบภาวะซึมเศร้าเป็น 0.54 เท่า (OR 0.54, 95% CI 0.33 - 0.90, $p = 0.019$) ของการลงทุนรายวัน (day trader) การมีประวัติโรคทางอารมณ์ที่วินิจฉัยโดยแพทย์มาก่อน เพิ่มโอกาสพบภาวะซึมเศร้าเป็น 4.1 เท่า (OR 4.10, 95% CI 2.69 - 6.25, $p < 0.001$) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ใช่ประวัติดังกล่าว และจำนวนชั่วโมงที่ใช้ลงทุนต่อสัปดาห์เพิ่มโอกาสพบภาวะซึมเศร้าเช่นกัน (OR 1.01, 95% CI 1.00 - 1.01, $p = 0.009$) (ตารางที่ 2)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล ได้แก่ อายุ (OR 0.97, 95% CI 0.95 - 1.00, $p = 0.047$) จำนวนชั่วโมงที่ใช้ลงทุนต่อสัปดาห์ (OR 1.01, 95% CI 1.00 - 1.02, $p = 0.031$) และการมีกลุ่มโรคทางอารมณ์ที่วินิจฉัยโดยแพทย์มาก่อน (OR 7.90, 95% CI 5.06 - 12.36, $p < 0.001$) (ตารางที่ 3)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับปัญหาพนัน ได้แก่ อายุ (OR 0.71, 95% CI 0.95 - 1.00, $p = 0.033$) ที่อยู่ปัจจุบัน โดยผู้ที่อาศัยอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีโอกาสพบว่าเป็นนักพนันที่เป็นปัญหา 1.88 เท่า (OR 1.88, 95% CI 1.08 - 3.29, $p = 0.026$) ของผู้ที่อาศัยอยู่ที่กรุงเทพมหานคร ลักษณะการลงทุน โดยผู้ที่ลงทุนแบบระยะกลาง (midterm trader) มีโอกาสพบว่าเป็นนักพนันที่เป็นปัญหา 0.36 เท่า (OR 0.36, 95% CI 0.21 - 0.61, $p < 0.001$) ของผู้ที่ลงทุนแบบรายวัน (day trader) และผู้ที่ลงทุนแบบระยะยาว (long term trader) มีโอกาสพบว่าเป็นนักพนันที่เป็นปัญหา 0.21 เท่า (OR 0.21, 95% CI 0.12 - 0.36, $p < 0.001$) ของผู้ที่ลงทุนแบบรายวัน (day trader) รวมถึงการมีกลุ่มโรคทางอารมณ์ที่วินิจฉัยโดยแพทย์มาก่อน (OR 2.28, 95% CI 1.47 - 3.53, $p < 0.001$) และจำนวนชั่วโมงที่ใช้ลงทุนต่อสัปดาห์ด้วย (OR 1.01, 95% CI 1.00 - 1.02, $p < 0.001$) (ตารางที่ 4)

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และปัญหาการติดพนัน ในกลุ่มผู้ลงทุนคริปโทเคอร์เรนซีในประเทศไทย จากผลการศึกษาผู้ลงทุนคริปโทเคอร์เรนซีในประเทศไทยพบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 31.2 ใกล้เคียงกับการศึกษาในต่างประเทศ^{9,10} แต่ในประเทศไทยพบความชุกของภาวะวิตกกังวลเพียงร้อยละ 13.17 ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบความชุกถึงร้อยละ 33.11⁹ ซึ่งอาจอธิบายจากกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูล

ตารางที่ 2 ตารางแสดงข้อมูลพื้นฐานกับภาวะซึมเศร้า ที่สัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ข้างต้น มาควบคุมปัจจัยกวนโดยคำนวณโดยใช้ Binary logistic regression

Risk factor	OR	95% CI	p-value
เพศ	0.77	0.55 - 1.08	0.131
อายุ	0.98	0.96 - 1.01	0.201
สถานภาพสมรส			
จดทะเบียนสมรส อยู่ด้วยกัน	1		
โสด	1.20	0.77 - 1.88	0.421
จดทะเบียนสมรส แต่แยกกันอยู่	1.56	0.35 - 6.93	0.556
อยู่ด้วยกันแต่ไม่ได้จดทะเบียนสมรส	0.89	0.52 - 1.51	0.662
หย่าร้าง	1.74	0.47 - 6.43	0.405
ระดับการศึกษา			
สูงกว่าปริญญาตรี	1		
ปริญญาตรี	1.70	1.14 - 2.53	0.009*
อนุปริญญา	2.64	1.23 - 5.63	0.012*
มัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า	0.86	0.40-1.85	0.706
รายได้ต่อเดือน			
สูงกว่า 100,000 บาท	1		
50,000 - 99,999 บาท	1.03	0.57 - 1.86	0.928
20,000 - 49,999 บาท	0.99	0.58 - 1.71	0.977
10,000 - 19,999 บาท	1.12	0.60 - 2.06	0.736
ต่ำกว่า 10,000 บาท	1.49	0.74 - 2.97	0.263
ลักษณะการลงทุน			
Day trader	1		
Short term trader	0.76	0.48 - 1.20	0.234
Midterm trader	0.74	0.45 - 1.23	0.245
Long term trader	0.54	0.33 - 0.90	0.019*
การมีกลุ่มโรคทางอารมณ์ร่วมด้วย	4.10	2.69 - 6.25	< 0.001*
จำนวนชั่วโมงที่ใช้ลงทุนต่อสัปดาห์	1.01	1.00 - 1.01	0.009*

*p-value < 0.05

ในกลุ่มนักเล่นพนัน และใช้เครื่องมือในการประเมินต่างกันคืองานวิจัยที่อ้างอิงใช้ GAD-2 แต่ในการศึกษานี้ใช้ GAD-7 อย่างไรก็ตาม หากเทียบกับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในประชากรทั่วไปในประเทศไทย ยังคงพบว่าความชุกในกลุ่มนักลงทุนคริปโทเคอร์เรนซีสูงกว่าค่อนข้างมาก

ตารางที่ 3 ตารางแสดงข้อมูลพื้นฐานกับภาวะวิตกกังวลที่สัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ข้างต้น มาควบคุมปัจจัยกวน โดยคำนวณโดยใช้ Binary logistic regression

Risk factor	OR	95% CI	p-value
เพศ	0.67	0.43 - 1.04	0.076
อายุ	0.97	0.95 - 1.00	0.047*
จำนวนชั่วโมงที่ใช้ลงทุนต่อสัปดาห์	1.01	1.00 - 1.02	0.031*
การมีกลุ่มโรคทางอารมณ์ร่วมด้วย	7.90	5.06 - 12.36	< 0.001*

*p-value < 0.05

ในส่วนของความชุกของปัญหาการเสพติด พบผู้ลงทุนในคริปโทเคอร์เรนซีที่เข้าข่ายนักพนันที่เป็นปัญหาเท่ากับ ร้อยละ 24.51 ซึ่งน้อยกว่าเมื่อเทียบกับงานวิจัยที่ศึกษาต่างประเทศ พบความชุกของผู้ลงทุนในคริปโทเคอร์เรนซีที่เข้าข่ายเป็นนักพนันที่เป็นปัญหา ร้อยละ 48.70¹⁰ โดยอาจอธิบายได้จากหลายปัจจัย ทั้งนี้ในปัจจุบันยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของปัญหาการติดพนันในกลุ่มนักลงทุนคริปโทเคอร์เรนซีไม่มากนัก อีกทั้งคริปโทเคอร์เรนซียังได้รับการยอมรับและถูกใช้เป็นสื่อกลางในเชิงธุรกิจ ธุรกิจการเงินต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง จึงอาจทำให้มีการตระหนักถึงมุมมองเรื่องการพนันกับคริปโทเคอร์เรนซีไม่มากนัก อย่างไรก็ตาม ความชุกจากการศึกษาในกลุ่มผู้ลงทุนคริปโทเคอร์เรนซีที่เข้าข่ายเป็นนักพนันที่เป็นปัญหานั้นสูงกว่าเมื่อเทียบกับความชุกของโรคการติดพนันในประชากรไทยทั่วไปที่พบเพียงร้อยละ 0.80 – 1.00¹⁶

จากการศึกษาพบว่าผู้ลงทุนในคริปโทเคอร์เรนซีที่มีกลุ่มโรคทางอารมณ์ที่วินิจฉัยโดยแพทย์อยู่เดิมมีความสัมพันธ์กับการมีคะแนน PGSI ที่สูง ซึ่งบ่งบอกถึงการเป็นนักพนันที่เป็นปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผลของการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่ศึกษาในกลุ่มนักพนันที่ลงทุนในตลาดหุ้น พบความสัมพันธ์ของการมีโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลอยู่เดิมก่อนเริ่มลงทุนและขณะลงทุน⁹ แม้ว่าการศึกษานี้จะเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางทำให้ไม่สามารถบอกความสัมพันธ์ของเหตุและผลระหว่างการมีกลุ่มโรคทางอารมณ์ที่วินิจฉัยโดยแพทย์อยู่เดิมกับคะแนน PGSI ที่สูง แต่จากการศึกษาในปี 2019 ในต่างประเทศพบว่า การมีภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลในประชากรทั่วไป

ตารางที่ 4 ตารางแสดงข้อมูลพื้นฐานกับคะแนนระดับปัญหาพนันที่สัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ข้างต้น มาควบคุมปัจจัยกวน โดยคำนวณโดยใช้ Binary logistic regression

Risk factor	OR	95% CI	p-value
เพศ	0.71	0.50 - 1.02	0.064
อายุ	0.97	0.95 - 1.00	0.033*
ที่อยู่ปัจจุบัน			
กรุงเทพมหานคร			1
ภาคกลางยกเว้นกรุงเทพมหานคร	0.77	0.49 - 1.23	0.274
ภาคใต้	1.29	0.70 - 2.38	0.416
ภาคเหนือ	0.60	0.31 - 1.19	0.145
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1.88	1.08 - 3.29	0.026*
ภาคตะวันออก	0.95	0.52 - 1.74	0.878
ภาคตะวันตก	2.06	0.76 - 5.58	0.153
รายได้ต่อเดือน			
สูงกว่า 100,000 บาท			1
50,000 - 99,999 บาท	1.27	0.64 - 2.53	0.497
20,000 - 49,999 บาท	1.32	0.70 - 2.46	0.390
10,000 - 19,999 บาท	1.98	0.99 - 3.96	0.052
ต่ำกว่า 10,000 บาท	1.12	0.50 - 2.50	0.779
การลงทุนในตลาดหุ้นร่วมด้วย	0.78	0.56 - 1.10	0.154
ลักษณะการลงทุน			
Day trader			1
Short term trader	0.68	0.43 - 1.08	0.103
Midterm trader	0.36	0.21 - 0.61	< 0.001*
Long term trader	0.21	0.12 - 0.36	< 0.001*
การมีกลุ่มโรคทางอารมณ์ร่วมด้วย	2.28	1.47 - 3.53	< 0.001*
จำนวนชั่วโมงที่ใช้ลงทุนต่อสัปดาห์	1.01	1.00 - 1.02	< 0.001*

*p-value < 0.05

ส่งผลต่อการเกิดความเสี่ยงในการเล่นพนันตามมา¹⁷ โดยอธิบายจากการที่มีภาวะซึมเศร้ามองว่าการเล่นพนันเป็นวิธีหลบหนีออกจากอารมณ์เชิงลบ¹⁸ แต่ในปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาที่ครอบคลุมไปถึงการลงทุนในคริปโทเคอร์เรนซีที่มาจากกรณีภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับทั้งภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และระดับปัญหาพนัน นอกจากการพบว่าการมีกลุ่มโรคทางอารมณ์ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์อยู่เดิม คือจำนวนชั่วโมงที่ใช้ลงทุน

ต่อสัปดาห์ (screen time) แต่จำนวนชั่วโมงการลงทุนที่เพิ่มขึ้น 1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จะเพิ่มโอกาสพบภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และการเป็นนักพนันที่เป็นปัญหาเพียง 1% ซึ่งไม่ได้มีนัยสำคัญในทางคลินิกมากนัก

นอกจากนี้คือลักษณะการลงทุน พบว่าการลงทุนแบบระยะยาวลดโอกาสการพบภาวะซึมเศร้าและปัญหาพนัน ในขณะที่ไม่พบว่าสัมพันธ์กับการมีภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจอธิบายได้ว่าผู้ที่ลงทุนรายวันหรือใช้จำนวนชั่วโมงที่ใช้ลงทุนมาก เพิ่มโอกาสที่จะพบภาวะเสพติดมากกว่า สอดคล้องตามการศึกษาโดย Delfabbro (2021)⁶ ซึ่งพบว่าผู้ที่ลงทุนในคริปโทเคอร์เรนซีอย่างสม่ำเสมอและมีความถี่มาก สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการพบความเสี่ยงของการเสพติด คะแนน PGSI ที่สูงและการเสพติดการพนันรูปแบบอื่นร่วมด้วย โดยหากพิจารณาเกณฑ์การวินิจฉัยของ Gambling disorder ใน DSM-5 TR¹⁹ จะพบลักษณะว่ามีความหมกมุ่นอยู่กับการเล่นพนัน พยายามจะหยุดเล่นแต่หยุดไม่สำเร็จ จึงใช้เวลาและความถี่ในการเล่นมากกว่า นอกจากนี้ผู้ลงทุนรายวันยังต้องพบกับความผันผวนทางการเงิน ทั้งจากอัตราแลกเปลี่ยน บัญชีทางเศรษฐกิจต่างๆ และความต่างด้านเวลา ทำให้ต้องติดตามตลาดการลงทุนอยู่ตลอดเวลา เมื่อขาดทุนแล้วอาจอยากทำกำไรคืนมา หมกมุ่นอยู่กับการลงทุน กลายเป็นวงจรที่ทำให้เกิดปัญหาตามมา ทั้งด้านการเงิน การนอน ความสัมพันธ์ และการจัดการชีวิต อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง จึงต้องอาศัยการศึกษาติดตามไปข้างหน้า เพื่อทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการลงทุน ภาวะซึมเศร้า และปัญหาเสพติดในประชากรกลุ่มนี้ต่อไป

สำหรับภาวะซึมเศร้า ปัจจัยรองลงมาที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือระดับการศึกษา โดยระดับการศึกษาที่ต่ำกว่ามีโอกาสพบภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องไปกับงานวิจัยอื่นในแง่ของระดับการศึกษาและการมีภาวะซึมเศร้า²⁰ แต่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับมัธยมศึกษาและต่ำกว่า อาจเนื่องมาจากกลุ่มประชากร ร้อยละ 89.75 ในการศึกษา จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า

ปัจจัยที่พบว่ามีนัยสำคัญอย่างมีนัยสำคัญกับระดับปัญหาพนันอีกประการคือ ที่อยู่อาศัยปัจจุบันอยู่ในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ามีความเสี่ยงสัมพันธ์กับระดับปัญหาพนัน โดยอาจอธิบายสอดคล้องไปกับสภาพเศรษฐกิจ ซึ่งพบว่าปัจจุบันสัดส่วนความยากจนในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงที่สุด

ในประเทศไทย รวมทั้งลักษณะและมุมมองต่อการเล่นพนัน ทั้งจุดมุ่งหมายทางเศรษฐกิจและทางวัฒนธรรมของผู้คนในแถบภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ²¹ โดยการศึกษาทางสังคมและวัฒนธรรมของ จันทรา (2565)²² พบว่าชาวตะวันออกเฉียงเหนือในบริบทของความยากจนและการมีความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ส่งอิทธิพลต่อการตัดสินใจเสี่ยงโชคและเล่นพนัน โดยมุ่งหวังเพื่อบรรเทาความทุกข์จากภาวะเศรษฐกิจและคาดหวังการขยับฐานะทางสังคม อย่างไรก็ตาม ข้อมูลดังกล่าวไม่ได้ครอบคลุมการเล่นพนันที่รวมไปถึงการลงทุนในคริปโทเคอร์เรนซี

จุดแข็งของงานวิจัยนี้คือ การริเริ่มและบุกเบิกงานวิจัยเกี่ยวกับคริปโทเคอร์เรนซีในประเทศไทย โดยมุ่งไปที่ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และปัญหาการติดพนันของผู้ลงทุนคริปโทเคอร์เรนซีในประเทศไทย ซึ่งสอดคล้องไปกับยุคสมัยและสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดสร้างความตระหนักแก่สังคม หรือพัฒนาทางด้านการวิจัยต่อไป

ข้อจำกัด

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ทำให้ไม่สามารถบอกได้ชัดเจนว่าปัจจัยใดเป็นเหตุหรือเป็นผลต่อภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล หรือระดับปัญหาพนัน และในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลเป็นช่วงตลาดขาลง ทำให้มีผู้ขาดทุนเป็นจำนวนมาก ซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ในการทำแบบสอบถามสุขภาพจิตได้ นอกจากนี้ในส่วนของแบบทดสอบต่างๆ สำหรับแบบทดสอบ PGSI เป็นแบบทดสอบวัดระดับปัญหาพนัน ซึ่งไม่สามารถบ่งบอกได้ว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีการลงทุนที่เข้าข่ายภาวะเสพติดหรือไม่ เพียงแต่บอกระดับปัญหาจากการเล่น ซึ่งการวินิจฉัยว่ามีกรลงทุนเข้าข่ายการเสพติดหรือไม่ จะต้องเข้าพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัย รวมถึงแบบทดสอบ PHQ-9 และ GAD-7 เป็นเพียงแบบทดสอบเพื่อคัดกรองเท่านั้น การวินิจฉัยทางคลินิกจำเป็นต้องได้รับการตรวจประเมินจากจิตแพทย์

ในการศึกษานี้มีข้อมูลเสียหายจำนวน 63 ราย แม้ว่าจะเทียบสัดส่วนแล้วเป็นจำนวนน้อย เพราะสามารถเก็บกลุ่มประชากรที่ได้มากกว่าที่คำนวณไว้มาก แต่ก็ทำให้เสียข้อมูลในส่วนอื่นๆ ไปด้วย เนื่องจากเป็นข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือจึงต้องตัดออกจากฐานข้อมูล และในส่วนการเก็บข้อมูลในผู้ลงทุน เก็บตั้งแต่การลงทุนระยะเวลาทั้งสิ้น 6 เดือน ซึ่งในแบบประเมินระดับปัญหาพนันนั้นเป็นแบบสอบถามในช่วงระยะเวลา 12 เดือน

ทำให้อาจส่งผลกระทบต่อความซุกซุกจริง แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลที่เก็บได้ มีผู้ลงทุนในทรัพย์สินคริปโทเคอร์เรนซีเฉลี่ยอยู่ที่ 19.75 เดือน

ในงานวิจัยนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปานกลาง และยังเป็นนักลงทุนในตลาดหุ้นด้วย ซึ่งอาจจะมีข้อจำกัดในการนำมาปรับใช้ในกลุ่มประชากรที่เป็นสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจที่ต่ำหรือสูงกว่า และทำายที่สุดงานวิจัยนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลในส่วนของรายได้กำไรหรือขาดทุน และจำนวนเงินที่ใช้ลงทุนไป ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตได้ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล จึงเป็นข้อแนะนำเพิ่มเติมในการเก็บข้อมูลการทำวิจัยในอนาคต

สรุป

จากการสำรวจความซุกซุกในกลุ่มผู้เล่นคริปโทเคอร์เรนซีในประเทศไทยพบว่า ร้อยละ 31.17 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 13.05 มีภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 53.39 เป็นนักพนันที่มีความเสี่ยงปานกลาง และร้อยละ 24.51 เป็นนักพนันที่เป็นปัญหา ซึ่งมากกว่าความซุกซุกของปัญหาดังกล่าวเมื่อเทียบกับประชากรไทยโดยทั่วไป ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ระดับการศึกษา ลักษณะการลงทุน การมีกลุ่มโรคทางอารมณ์ร่วมด้วย จำนวนชั่วโมงที่ใช้ลงทุนต่อสัปดาห์ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุ การมีกลุ่มโรคทางอารมณ์ร่วมด้วย จำนวนชั่วโมงที่ใช้ลงทุนต่อสัปดาห์ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับปัญหาการติดพนันอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุ ที่อยู่ ลักษณะการลงทุน การมีกลุ่มโรคทางอารมณ์ร่วมด้วย และจำนวนชั่วโมงที่ใช้ลงทุนต่อสัปดาห์ เนื่องจากในปัจจุบันการลงทุนคริปโทเคอร์เรนซีได้รับความนิยมและการสนับสนุนอย่างแพร่หลาย มีการโฆษณาและเข้าถึงการลงทุนโดยง่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนสามารถนำผลการศึกษาเพื่อไปเป็นแนวทางพัฒนา ปรับปรุง ให้คำแนะนำ หรือเพิ่มเติมข้อควรระวังในการลงทุน เพื่อบรรเทาหรือสร้างความตระหนักเกี่ยวกับผลกระทบทางสุขภาพจิต และการเข้าถึงการได้รับการบริการทางสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังอาจเพิ่มมาตรการคัดกรองปัญหาการติดพนันในกลุ่มผู้ลงทุนคริปโทเคอร์เรนซีเพื่อให้คำแนะนำและการช่วยเหลือที่เหมาะสม เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาแบบระยะยาว (longitudinal study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการลงทุนคริปโทเคอร์เรนซีกับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และปัญหาการเสพติดต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณอาจารย์ พิริยะ สัมพันธ์ราษฎร์ กรรมการสมาคมสันติวิธีจิตตอลแห่งประเทศไทย ที่กรุณาช่วยส่งต่อแบบสอบถามข้อมูลทำให้มีผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวนมาก ขอขอบคุณผู้ลงทุนคริปโทเคอร์เรนซีในประเทศไทย ที่กรุณาช่วยตอบแบบสอบถาม ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างสูงสำหรับการวิจัยครั้งนี้

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีเรื่องผลประโยชน์ขัดกัน

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (author's contributions)

กัญญาดา ศรีวิจิตรวัฒน์: การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ และการตรวจสอบแก้ไขบทความ; พิชชาพร งามทิพย์วัฒนา: การออกแบบการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ และการตรวจสอบแก้ไขบทความ; ดาวชมพู นาคะวิโร: การออกแบบการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล และการตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Nakamoto S. Bitcoin: A peer-to-peer electronic cash system [Internet]. 2008 [cited 2025 Mar 8]. Available from: <https://bitcoin.org/bitcoin.pdf>.
2. Buterin V. Ethereum whitepaper: A next-generation smart contract and decentralized application platform [Internet]. 2013 [cited 2025 Mar 9]. Available from: <https://ethereum.org/en/whitepaper/>.
3. Alqaryouti O, Siyam N, Alkashri Z, Shaalan K. Users' knowledge and motivation on using cryptocurrency. In: Information Systems: Lecture Notes in Business Information Processing. Cham: Springer; 2020. p. 113–22.
4. TripleA. Global cryptocurrency ownership data 2023 [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 8]. Available from: <https://triple-a.io/cryptocurrency-ownership-data/>.
5. Chainalysis. The 2023 geography of cryptocurrency report [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 8]. Available from: <https://blog.chainalysis.com/>.
6. Delfabbro P, King D, Williams J, Georgiou N. Cryptocurrency trading, gambling and problem gambling. *Addict Behav* 2021;122:107021.
7. O'Leary C. From \$250,000 to \$10,000 price calls: How market watchers got it wrong with bitcoin in 2022. [Internet]. 2022. Available from: <https://www.cnbc.com/2022/12/23/bitcoin-price-calls-in-2022-how-the-market-got-it-wrong.html>.
8. Johnson B, Co S, Sun T, Lim CCW, Stjepanović D, Leung J, et al. Cryptocurrency trading and its associations with gambling



- and mental health: a scoping review. *Addict Behav* 2023; 136:107504.
9. Mills DJ, Nower L. Preliminary findings on cryptocurrency trading among regular gamblers: A new risk for problem gambling?. *Addict Behav*. 2019;92:136-40.
 10. Sonkurt H, Altınöz A. Cryptocurrency investment: A safe venture or a new type of gambling? *J Gambl Issues*. 2021;47.
 11. Worawan J, Thitawat S, Sasitorn B. Incidence and prevalence of depression among Thai people aged 15 years and older, 2022-2024: Health Data Center (HDC) [Internet]. Mental Health Knowledge Repository, Department of Mental Health; 2024 [cited 2025 Mar 8]. Available from: <https://dmh-elibrary.org/items/show/1807>.
 12. Worawan J, Manitsawan B. Prevalence of anxiety disorders among Thai people: a national mental health epidemiology survey of Thailand, 2023 [Internet]. Mental Health Knowledge Repository, Department of Mental Health; [cited 2025 Mar 8]. Available from: <https://dmh-elibrary.org/items/show/1687>.
 13. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008; 8(1):1-7.
 14. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092-7.
 15. Tanakrit L, Passakorn K, Patteera D, Chonticha Y, Santipap N. Mental health and problem in gambling on Helpline 1323's clients. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2020;65(2):131-40.
 16. Department of Mental Health. 1.7 million Thais have experienced self-control disorders at some point in their lives. Mental Health Knowledge Repository, Department of Mental Health; [cited 2025 Mar 9]. Available from: <https://dmh-elibrary.org/files/show/2061>.
 17. Dowling N, Butera C, Merkouris S, Youssef G, Rodda S, Jackson A. The reciprocal association between problem gambling and mental health symptoms/substance use: cross-lagged path modelling of longitudinal cohort data. *J Clin Med*. 2019;8(11):1888. doi: 10.3390/jcm8111888.
 18. Vaughan E, Flack M. Depression symptoms, problem gambling and the role of escape and excitement gambling outcome expectancies. *J Gambl Stud*. 2022; 38(1):265-278. doi: 10.1007/s10899-021-10032-3. Epub 2021 May 3. PMID: 33942207.
 19. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: text revision. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2022. p. 896-97.
 20. Bjelland I, Krokstad S, Mykletun A, Dahl AA, Tell GS, Tambs K. Does a higher educational level protect against anxiety and depression?. *The HUNT study. Social Science & Medicine* 2008;66(6): 1334-45.
 21. Office of the National Economic and Social Development Council. Poverty and inequality report 2023. [Internet]. 2023 [cited 2024 Dec 22]. Available from: https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=15744
 22. Chantha T. Isan gambling: perceiving through cultural beliefs and cultural politics -a case of Ubon Ratchathani Province. [Internet]. 2022 [cited 2024 Dec 22]. Available from: https://www.gamblingstudy-th.org/document_research/208/5/4/thailand-north-eastern-gambling-cultural-beliefs-politics-ubonratchathani/.

ผลการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ในเครือข่ายโรงพยาบาลสุรินทร์

ยุทธนศักดิ์ ทองดี*

*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสุรินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในเครือข่ายโรงพยาบาลสุรินทร์ ได้แก่ ปริมาณยา Diazepam ที่ผู้ป่วยได้รับระหว่างการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน และระยะเวลาหายจากภาวะถอนพิษสุรา

วิธีการศึกษา การศึกษาย้อนหลังจากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในเครือข่ายโรงพยาบาลสุรินทร์ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566 จำนวน 140 คน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยด้วยสถิติเชิงพรรณนา หาอัตราระยะเวลาหายจากอาการด้วย Kaplan-Meier method และทดสอบด้วย Log-rank test

ผลการศึกษา ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 40.58 ± 10.39 ปี เป็นผู้ดื่มแบบติด ร้อยละ 75 ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ ภาวะเพื่อสับสน (ร้อยละ 55) กลืนแ้วโพแทสเซียมต่ำ (ร้อยละ 45.71) แมกนีเซียมต่ำ (ร้อยละ 43.57) และตับอักเสบ (ร้อยละ 22.86) ผู้ป่วยมีระยะเวลาภาวะถอนพิษสุราเฉลี่ย 3.27 ± 1.39 วัน ในการติดตาม 5 วัน พบผู้ป่วยหายจากภาวะถอนพิษสุรา 98 ราย มีค่ามัธยฐานระยะเวลาหายจากอาการ 4 วัน (95% CI: 4.0 - 5.0) ระยะเวลาการหายแตกต่างกันตามความรุนแรงของอาการ อย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มอาการรุนแรงมากได้รับยา Diazepam สูงสุด (195.14 ± 80.95 mg)

สรุป ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ดื่มแบบติดและมีภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ค่ามัธยฐานระยะเวลาหายจากภาวะถอนพิษสุราคือ 4 วัน ระยะเวลาและปริมาณยาที่ใช้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความรุนแรงของอาการ ข้อมูลนี้มีประโยชน์ต่อการวางแผนการรักษา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการจัดเตรียมทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา

คำสำคัญ ภาวะถอนพิษสุรา ระยะเวลาหายจากอาการ ปริมาณยา Diazepam

Corresponding author: ยุทธนศักดิ์ ทองดี

โรงพยาบาลสุรินทร์

E-mail: yootanasaktongdee@gmail.com

วันรับ 24 กุมภาพันธ์ 2568 วันแก้ไข 8 มีนาคม 2568 วันตอบรับ 22 มีนาคม 2568

The Therapeutic Outcomes of Alcohol Withdrawal Syndrome Treatment for Inpatient at Hospitals Affiliated with Surin Hospital

Yootanasak tongdee*

*Department of Psychiatry and Substance Abuse, Surin Hospital

ABSTRACT

Objective: To study the treatment outcomes of inpatients with alcohol withdrawal syndrome in Surin Hospital Network, including the amount of Diazepam received during inpatient treatment, and the duration of alcohol withdrawal symptoms.

Methods: A retrospective study of inpatient medical records from Surin Hospital Network between October 2022 to September 2023, with a total of 140 patients. Patient demographic data were analyzed using descriptive statistics. The median survival time was estimated using the Kaplan-Meier method and tested using the log-rank test.

Results: All patients were male, with a mean age of 40.58 ± 10.39 years, 75% were alcohol dependent. The most common complications were delirium (55%), hypokalemia (45.71%), hypomagnesemia (43.57%), and hepatitis (22.86%). The average duration of alcohol withdrawal was 3.27 ± 1.39 days. At the 5-day follow-up, 98 patients recovered from alcohol withdrawal, with a median recovery time of 4 days (95% CI: 4.0 - 5.0). The recovery time differed significantly according to symptom severity. The severe symptom group received the highest dose of Diazepam (195.14 ± 80.95 mg).

Conclusion: Most patients were alcohol dependent and had significant complications. The median duration of alcohol withdrawal was 4 days. The duration and amount of medication used were directly related to symptom severity. This information is useful for treatment planning, monitoring complications, and preparing resources for the care of patients with alcohol withdrawal syndrome.

Keywords: alcohol withdrawal syndrome, recovery time, Diazepam dosage

Corresponding author: Yootanasak Tongdee

E-mail: yootanasaktongdee@gmail.com

Received: 24 February 2025 Revised: 8 March 2025 Accepted: 22 March 2025

บทนำ

ภาวะถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal syndrome) เป็นอาการที่เกิดขึ้นภายหลังจากการลดหรือหยุดดื่มสุราในผู้ที่ดื่มสุราอย่างหนัก ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่ซับซ้อนเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ส่วนใหญ่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลาง โดยสารสื่อประสาทชนิดแกมมา-อะมิโนบิวทิริก (gamma-aminobutylic acid, GABA) ทำงานลดลงและกรดอะมิโนกลูตาเมต (glutamate) ที่ถูกกระตุ้น¹ จากการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเวลานานทำให้ตัวรับ GABA ลดลงและตัวรับ N-methyl-D-aspartate เพิ่มขึ้นเพื่อชดเชย ซึ่งจะจับกับกลูตาเมต ทำให้การทำงานของระบบประสาทเพิ่มมากขึ้น² ภาวะถอนพิษสุรามักเกิดในวันที่ 2 - 3 หลังการหยุดดื่ม โดยอาการมักค่อยๆ เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ดังนี้ ภายใน 6 - 8 ชั่วโมง หลังการดื่มครั้งสุดท้าย ผู้ป่วยมักมีอาการสั่น หงุดหงิด กระสับกระส่าย ระบบประสาทตื่นตัว ภายใน 8 - 12 ชั่วโมง หลังการดื่มครั้งสุดท้าย มักมีอาการมีอาการทางจิต หลงผิด ประสาทหลอน ภายใน 12 - 24 ชั่วโมง อาจมีอาการชัก ซึ่งมักจะมีภาวะถอนพิษสุรามากที่สุดในช่วง 24 - 36 ชั่วโมง หลังการดื่มครั้งสุดท้าย ต่อมาค่อยๆ มีอาการดีขึ้น หากมีอาการรุนแรงมากขึ้นหลังจากระยะเวลาดังกล่าว ความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราก็มักเพิ่มมากขึ้นจนถึงขั้นภาวะเพ้อสับสน หรือ Delirium Tremens (DTs)³ หากมีระยะเวลาที่มีภาวะถอนพิษสุรา ระดับรุนแรงที่ยาวนาน จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางกาย เช่น ไข้ ปอดบวม แผลกดทับ และสมองเสื่อมชั่วคราวจากการขาดวิตามินบี 1 และทำให้การฟื้นตัวมีความล่าช้า⁴

เป้าหมายของการรักษาภาวะถอนพิษสุราเพื่อให้ผู้ป่วยหายไ้ปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการเลิกแอลกอฮอล์ในระยะยาว การบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา ประกอบด้วย

- 1) การรักษาด้วยยากกลุ่มเบนโซไดอะซีพีน (benzodiazepine, BZD) เช่น Diazepam และ Lorazepam เป็นต้น
- 2) การบรรเทาอาการร่วมอื่นๆ เช่น อาการของระบบทางเดินอาหาร ปวดศีรษะ และปวดเมื่อยตามร่างกาย
- 3) ให้ยาหรือสารอาหารเสริมเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมชั่วคราว (wernicke's encephalopathy)
- 4) ปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม³ ซึ่ง BZD เป็นยาที่มีประสิทธิผลเนื่องจากมีผลต่อตัวรับ GABA-A ซึ่งจะสูญเสียไปในปริมาณมากในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา⁶ ยากลุ่ม BZD ถือเป็นมาตรฐานหลักในการรักษาภาวะถอนพิษสุรา เนื่องจากมีประสิทธิภาพสูงในการควบคุมอาการและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง⁷

อย่างไรก็ตาม การใช้ยากกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีการติดตามอย่างใกล้ชิด และปรับขนาดยาตามระดับความรุนแรงของอาการแต่ละบุคคล โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงซึ่งต้องได้รับยาในขนาดสูง และต้องพิจารณาความเสี่ยงต่อระบบการหายใจ⁸ ผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา ระดับรุนแรง ต้องสังเกตอาการที่ขึ้นจนกว่าจะแนบจะลดลง⁹ ดังนั้นผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินลักษณะการหายใจว่าปกติสม่ำเสมอหรือไม่ ถ้าไม่ปกติต้องระงับการให้ยาครั้งต่อไป และรายงานแพทย์ และต้องติดตามการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตร่วมด้วย⁴

จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ จังหวัดสุรินทร์ พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะถอนพิษสุราเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในปี 2564 - 2566 ดังนี้ 5,589, 5,334 และ 5,611 คน ซึ่งผู้ป่วยโรคติดสุราในพื้นที่เข้าถึงบริการตามมาตรฐานเพิ่มขึ้นร้อยละ 29.54, 39.19 และ 43.48¹⁰ ซึ่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่ในจังหวัดสุรินทร์ติดตามประเมินภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยในด้วยเครื่องมือ Alcohol Withdrawal Scale (AWS) การใช้ยาจะพิจารณาตามระดับความรุนแรง และการประเมินสัญญาณชีพทำให้สามารถปรับลดขนาดยาลงได้ และป้องกันการให้ยา BZD ที่อาจน้อยหรือมากเกินไปในการรักษาภาวะถอนพิษสุราอย่างไรก็ตามยังไม่เพียงพอต่อประสิทธิผลการรักษา ทั้งนี้จากการนิเทศติดตามโรงพยาบาลในเครือข่ายโรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์ พบว่าการรักษาภาวะถอนพิษสุราอาจเกิดความแตกต่างตามองค์ความรู้และประสบการณ์ของแพทย์ผู้รักษา และยังคงมีความคลาดเคลื่อนในการปรับขนาดยาและการติดตามอาการ ผู้ป่วยมักได้รับการรักษาด้วยยาฉีดเมื่อมีอาการรุนแรงมากจนเห็นได้ชัด ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้าและได้รับยาไม่เพียงพอที่จะควบคุมอาการได้ ผู้วิจัยซึ่งเป็นจิตแพทย์นอกจากจะดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราของโรงพยาบาลศูนย์แล้ว ยังรับกำกับดูแลโรงพยาบาลทั่วไป เพื่อให้การรักษาเป็นแนวทางเดียวกันมีมาตรฐาน ทีมงานสามารถให้การรักษาได้อย่างถูกต้องและครบถ้วนมากขึ้น และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายต่อผู้ป่วย จึงสนใจศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราของโรงพยาบาลดังกล่าว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปริมาณยา Diazepam ที่ผู้ป่วยได้รับระหว่างการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน
2. เพื่อศึกษาระยะเวลาหายจากภาวะถอนพิษสุรา

วิธีการศึกษา

การศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) จากข้อมูลย้อนหลังเฉพาะเป็นผู้ป่วยใน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะถอนพิษสุราตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 10 (ICD-10) ที่รับไว้รักษาของโรงพยาบาลในเครือข่ายโรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 - กันยายน 2566 โดยเลือกแบบสุ่มอย่างง่ายจากการนับผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราทุกคนที่ 5 ในทะเบียนผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา จำนวน 140 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power Analysis¹¹ ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยสองกลุ่ม อำนาจการทดสอบ (power) 0.90 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.50 ค่าความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 140 คน ตามเกณฑ์คัดเลือก คัดออก

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. อายุ 20 ปีขึ้นไป
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะถอนพิษสุรา (F10.3 - F10.4)
3. มีคะแนน AWS \geq 5 คะแนน
4. ได้รับการรักษาด้วยยา Benzodiazepines (BZDs) ตามแนวทางเวชปฏิบัติ

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยข้อมูลเฉพาะเป็นไม่ครบถ้วน
2. ได้รับการปรับแผนการรักษาหรือเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยเป็นโรคอื่น
3. ย้ายไปรักษาที่อื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ รับไว้ในโรงพยาบาล การเสพสิ่งเสพติด โรคร่วมทางจิตเวช จำนวนวันนอน และการเกิดภาวะแทรกซ้อน
2. แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (alcohol use identification test: AUDIT)¹² ซึ่งพบว่ามีความเชื่อมั่นเท่ากับ

0.86 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้¹³ โดยแบ่งระดับความเสี่ยง ดังนี้ 0 - 7 คะแนน ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (low risk drinker) ให้ความรู้เกี่ยวกับการดื่มสุรา (alcohol education) และอันตรายที่อาจเกิดขึ้น หากดื่มมากกว่านี้ และชื่นชมพฤติกรรมที่ดื่มที่เสี่ยงต่ำ ใช้เวลาไม่มากกว่าหนึ่งนาที 8 - 15 คะแนน ผู้ดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinker) ให้คำแนะนำแบบง่าย (brief Advice or simple advice) สามารถปฏิบัติได้โดยเจ้าหน้าที่ทุกระดับ 16 - 19 คะแนน ผู้ดื่มแบบอันตราย (harmful use) ให้การบำบัดแบบสั้น (brief Intervention/ brief counseling) สามารถปฏิบัติได้โดยเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรมการให้คำปรึกษา การรับฟังอย่างเห็นอกเห็นใจและการเสริมสร้างแรงจูงใจ และ 20 - 40 คะแนน ผู้ดื่มแบบติด (alcohol dependence) ควรได้รับการส่งต่อพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยและวางแผนการบำบัดรักษา

3. แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal scale หรือ AWS) ของซอร์นเดอร์ส (Saunders) แปลโดย แพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ ซึ่งผ่านการทดสอบโดยหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย (inter-rater reliability) ค่าที่ได้เท่ากับ 0.95¹⁴ ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ ประกอบด้วยการประเมิน 5 เรื่อง ได้แก่ เหงื่อ (perspiration) สั่น (tremor) วิตกกังวล (anxiety) กระสับกระส่าย (agitation) อุณหภูมิ (axilla temperature) ไม่มีอาการให้ 0 มีอาการรุนแรงมากให้ 4 คะแนน โดยแบ่งระดับความรุนแรงภาวะถอนพิษสุรา ดังนี้ 1 - 4 คะแนน รุนแรงน้อย (mild), 5 - 9 คะแนน รุนแรงปานกลาง (moderate), 10 - 14 คะแนน รุนแรงมาก (severe) และ 15 คะแนนขึ้นไป รุนแรงมากที่สุด (very severe)

4. แบบบันทึกการรักษา ประกอบด้วย ปริมาณยากลุ่ม Benzodiazepine ที่ได้รับใน 24 ชั่วโมงแรก และปริมาณที่ได้รับต่อวันในระยะเวลาติดตามในสัปดาห์ที่ 1 ที่เป็นระยะที่มีภาวะถอนพิษสุรา

การรักษาภาวะถอนพิษสุรา

1. การศึกษานี้ใช้แนวทางการรักษาด้วยยาให้แบบ Symptom Trigger Regimen สำหรับผู้ป่วยใน ของกรมสุขภาพจิต³ คือการให้ยาเฉพาะเวลามีอาการ โดยประเมินภาวะถอนพิษสุรา และภาวะถอนพิษสุราอยู่ในระดับ moderate to severe รวมทั้งมีข้อบ่งชี้ของการรักษาแบบผู้ป่วยใน ยาที่ให้ คือ Diazepam 5 - 20 mg. slow iv prn. สามารถให้ซ้ำได้ทุก 15 - 30 นาทีจนสงบ

แต่ไม่เกิน 300 มิลลิกรัมต่อวัน โดยประเมินภาวะถอนพิษสุรา และสัญญาณชีพซ้ำก่อนให้ยา

2. สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรง (AWS \geq 10) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีอาการประสาทหลอนชัดเจน ควรพิจารณาให้ยาด้านอาการทางจิตเสริม เช่น Haloperidol ขนาด 2.5 - 5 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ โดยสามารถให้ซ้ำได้ถึง 3 ครั้ง ในชั่วโมงต่อไป จากนั้นให้ได้ทุก 6 ชั่วโมง³ ตามความจำเป็น หรืออาจพิจารณาให้แบบรับประทานวันละ 2 ครั้ง ตามความจำเป็น นอกจากการให้ยา Haloperidol ในรายที่มีอาการประสาทหลอนแล้ว อาจพิจารณาให้ยา Risperidone 2 มิลลิกรัม หรือ Olanzapine 5 - 10 มิลลิกรัมต่อวัน³

3. หลังจากผู้ป่วยสงบให้คำนวณขนาดยากลุ่ม Benzodiazepine แบ่งเป็นรับประทาน 4 เวลาในวันถัดไป โดยลดขนาดยาประมาณร้อยละ 25 ทุก 2 - 3 วัน จนหยุดยาได้ และไม่ควรให้ต่อเนื่องนานเกิน 10 วัน นอกจากนี้มีกรณีอื่นที่จำเป็นต้องให้ต่อ เช่น นอนไม่หลับ วิตกกังวล ให้พิจารณาตามความจำเป็น³

4. นอกจากการรักษาด้วยยาเพื่อ Sedation แล้ว การรักษาภาวะถอนพิษสุราจะต้องคำนึงถึง 3 S³ ได้แก่

การรักษาตามอาการ (symptomatic relief) เพื่อบรรเทาอาการอื่นที่พบร่วม เช่น metoclopramide, antacid, kaolin mixture หรือ paracetamol

การให้สารน้ำ อาหาร วิตามินเสริม (supplement) เป็นการให้เพื่อทดแทนสารอาหารหรือเกลือแร่ที่บกพร่องไป เช่น thiamine, magnesium, phosphate, folate, zinc, vitamins A, D, E, C และ B เป็นต้น โดย thiamine ต้องให้อย่างน้อย 100 มิลลิกรัมต่อวัน หากมีปัญหาการดูดซึมแนะนำให้ใช้วิธีฉีด B1 100 มิลลิกรัม IM or IV x 3 - 5 วัน หรือ B1 100 มิลลิกรัม oral 3 ครั้งต่อวัน

การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย (supportive environment) ได้แก่ สงบ ปลอดภัย อากาศถ่ายเท สะอาด มีแสงสว่างเพียงพอ มีสิ่งรบกวนน้อย การให้คำปรึกษา และให้กำลังใจโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย มีการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะถอนพิษสุรา และสุขอนามัยในการนอนหลับ (sleep hygiene) ตลอดจนเทคนิคในการควบคุมพฤติกรรมและวิธีผ่อนคลายความเครียด

5. ติดตามประเมินภาวะถอนพิษสุราด้วยเครื่องมือ AWS กรณีรุนแรงน้อย (1 - 4 คะแนน) ไม่จำเป็นต้องให้ยาให้ประเมิน AWS ทุก 4 ชั่วโมง รุนแรงปานกลาง (5 - 9 คะแนน) ให้ยาช่วยลดโอกาสเกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงและประเมิน AWS

ทุก 2 - 4 ชั่วโมง รุนแรงมาก (10 - 14 คะแนน) ต้องได้รับการรักษาด้วยยาและติดตามอาการอย่างใกล้ชิดโดยประเมิน AWS ทุก 1 ชั่วโมง และรุนแรงมากที่สุด (15 คะแนนขึ้นไป) ต้องได้รับการรักษาด้วยยาขนาดสูง เพื่อให้อาการสงบอย่างรวดเร็วและให้ประเมิน AWS ทุก 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง³

นิยามศัพท์

1. ระยะเวลาที่มีภาวะถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal duration) หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมี AWS score \geq 5 คะแนน ซึ่งกระบวนการถอนพิษทั้งหมดมักใช้เวลา 3 - 7 วัน นับจากเวลาที่ดื่มครั้งสุดท้าย

2. ระยะเวลาปลอดเหตุการณ์ (survival time) จนถึงเหตุการณ์ (event) ได้แก่ ระยะเวลาหายจากอาการตั้งแต่ผู้ป่วยมีคะแนน AWS \geq 5 จนกระทั่งผู้ป่วยอาการดีขึ้น และมีคะแนน AWS ลดลงจน $<$ 5 คะแนน เป็นเวลา 24 ชั่วโมง

3. ระยะเวลาเกิดเหตุการณ์ที่ไม่ทราบระยะ การอยู่รอดที่แท้จริง (censored observation) ที่เกิดขึ้นก่อนผู้ป่วยจะมีคะแนน AWS จะลดลงจน $<$ 5 คะแนน เป็นเวลา 24 ชั่วโมง เช่น ผู้ป่วยที่เสียชีวิต ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่นเนื่องจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่จากภาวะถอนพิษสุรา ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษา และผู้ป่วยที่หนีกลับ

4. การหายจากภาวะถอนพิษสุรา หมายถึง ระยะเวลาหายจากอาการตั้งแต่ผู้ป่วยมีคะแนน AWS \geq 5 จนกระทั่งผู้ป่วยอาการดีขึ้น และมีคะแนน AWS ลดลงจน $<$ 5 คะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยทำหน้าที่ขอขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขอใช้ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย

2. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

3. ผู้วิจัยประชุมชี้แจงผู้ช่วยวิจัยโดยอธิบายโครงการวิจัย และคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียน พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้มีความเข้าใจและปฏิบัติได้ในแนวทางเดียวกัน

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการคัดลอกข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, SD) หรือค่ามัธยฐาน (median IQR) หาอัตราการระยะเวลาหายจากอาการ (median survival time) จากวิธีแคแพลน-ไมเออร์ (Kaplan-Meier estimate) และทดสอบระยะเวลาหายจากอาการด้วยการทดสอบล็อกแรนค์ (Log-rank test)

ข้อพิจารณาจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ เอกสารเลขที่ 86/2567 วันที่รับรอง 16 สิงหาคม 2567 ซึ่งมีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ โดยจะคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยและให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว การนำเสนอข้อมูลจะเป็นภาพรวม เพื่อประโยชน์เฉพาะสำหรับการวิจัยเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยทั้งหมด 140 คน เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 40.58 ± 10.39 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 58.57 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 57.14) เข้ารับการรักษาด้วยรอนอน ร้อยละ 80 ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ ร้อยละ 66.43 มีโรคร่วมทางจิตเวช ร้อยละ 34.29 และเป็นผู้ดื่มแบบติด (alcohol dependence) ร้อยละ 75

ผลการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา

พบปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ดังนี้ ภาวะเพ้อสับสนหรือ Delirium Tremens (DTs) ร้อยละ 55 รองลงมาคือเกลือแร่โพแทสเซียมต่ำ ร้อยละ 45.71 และแมกนีเซียมต่ำ ร้อยละ 43.57 นอกจากนี้ยังพบตับอักเสบ ร้อยละ 22.86 โดยมีระยะเวลาที่มีภาวะถอนพิษสุรา เฉลี่ย 3.27 ± 1.39 วัน (ตารางที่ 1 และ 2)

โอกาสเกิดหายจากภาวะถอนพิษสุราที่ระยะเวลา 2 - 5 วัน

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน เป็นผู้ป่วยที่หายจากภาวะถอนพิษสุรารายใน 5 วัน จำนวน 98 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ 16.25 ต่อ 100 คน-วัน พบว่าโอกาสเกิดหายจากภาวะถอนพิษสุราที่ระยะเวลา 2 วัน, 3 วัน, 4 วัน และ 5 วัน เป็นร้อยละ 15.0, 34.39,

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุรา

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศชาย	140	100
อายุเฉลี่ย (S.D.)	40.58 (10.39)	
20 - 39 ปี	75	53.57
40 - 59	51	36.43
60 - 75	14	10.00
สถานภาพ		
โสด หม้าย หย่า	82	58.57
คู่	58	41.43
อาชีพ		
นักศึกษา	15	10.72
เกษตรกร	31	22.14
รับจ้าง	80	57.14
ข้าราชการ	7	5.00
ไม่มีอาชีพ	7	5.00
รับไว้ในโรงพยาบาลโดย		
เดินมา	22	15.71
รถนั่ง	6	4.29
รถนอน	112	80.00
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	40	28.57
เคยสูบ	7	5.00
สูบบุหรี่	93	66.43
โรคร่วมทางจิตเวช		
โรคซึมเศร้า	7	5.00
โรคจิต (psychosis)	48	34.29
ไม่มี	85	60.71
ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT)		
ผู้ดื่มแบบอันตราย (harmful use)	35	25.0
ผู้ดื่มแบบติด (alcohol dependence)	105	75.0

50.0 และ 70.0 ตามลำดับ จากการหาเส้นโค้งการปลดออกเหตุการณ์โดยวิธี Kaplan-Meier พบว่าค่ามัธยฐานระยะเวลาหายจากอาการเท่ากับ 4 วัน (95% CI: 4.0 - 5.0) ดังแสดงในตารางที่ 3 และภาพที่ 1

เมื่อเปรียบเทียบระยะหายจากภาวะถอนพิษสุราระหว่างระดับความรุนแรง เมื่อเริ่มรักษาด้วยสถิติ Log-Rank test พบว่าระยะเวลาการหายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-square = 54.35, p-value < 0.001) โดยพบว่า มัธยฐานระยะ

ตารางที่ 2 ปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญจากการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา

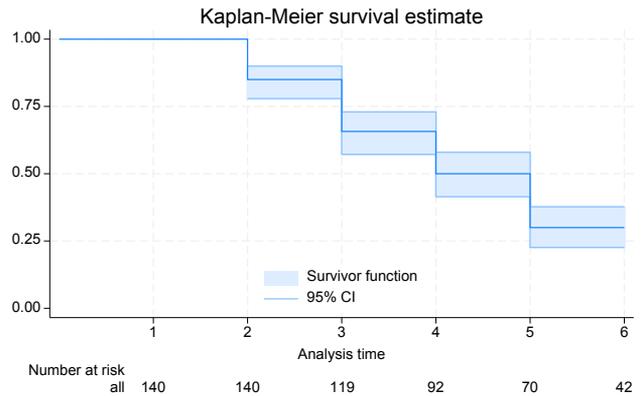
ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ไข้	13	9.29
ความดันโลหิตสูง	13	9.29
เกลือแร่โพแทสเซียมต่ำ	64	45.71
แมกนีเซียมต่ำ	61	43.57
ตัวอึกเสบ	32	22.86
อาการชัก	7	5.00
ภาวะเพื่อสับสน หรือ delirium tremens (DTs)	77	55.00
ค่าเฉลี่ยวันที่มีภาวะถอนพิษสุรา (AWS score \geq 5 คะแนน)	3.27 (1.39)	

เวลาหายจากอาการของกลุ่มระดับปานกลางเท่ากับ 3 วัน ในขณะที่กลุ่มระดับรุนแรงมีมัธยฐานระยะเวลาหายจากอาการ เท่ากับ 4 วัน และกลุ่มระดับรุนแรงมากมีมัธยฐานระยะเวลาหายจากอาการ 6 วัน ดังแสดงในภาพที่ 2

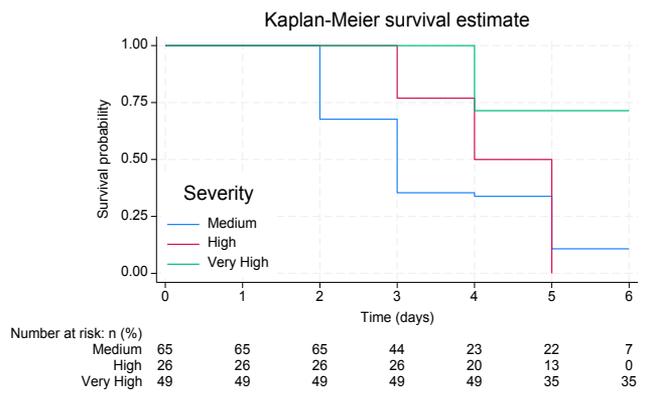
ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมาก (AWS \geq 15) ได้รับปริมาณยาารวมสูงที่สุดเฉลี่ย 195.14 ± 80.95 มิลลิกรัม และได้รับยาชนิดฉีดสูงสุดเฉลี่ย 24.89 ± 7.10 มิลลิกรัม รองลงมาคือกลุ่มอาการรุนแรง (AWS 10 - 14) ได้รับยาารวมเฉลี่ย 109.15 ± 6.91 มิลลิกรัม และยาฉีด 11.92 ± 8.49 มิลลิกรัม ส่วนกลุ่มอาการปานกลาง (AWS 5 - 9) ได้รับยาารวมน้อยที่สุดเฉลี่ย 63.47 ± 36.89 มิลลิกรัม และยาฉีด 7.84 ± 8.00 มิลลิกรัม (ตารางที่ 4)

ระยะเวลาหายจากภาวะถอนพิษสุรา (AWS score < 5)

เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาหายจากภาวะถอนพิษสุราระหว่างระดับความรุนแรงเมื่อเริ่มรักษาด้วยสถิติ Log-Rank test พบว่าระยะเวลาการหายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-square = 54.35, p-value < 0.001) โดยกลุ่มที่มีคะแนน AWS 5 - 9 ซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุด (58 ราย) มีค่ามัธยฐานของระยะเวลา



ภาพที่ 1 เครื่องการรอดเหตุการณ์โดยวิธี Kaplan-Meier ในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา



ภาพที่ 2 เครื่องการรอดเหตุการณ์โดยวิธี Kaplan-Meier ในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราจำแนกตามความรุนแรงเมื่อเริ่มรักษา

การเกิดอาการ 3 วัน (95% CI: 3 - 3 วัน) ส่วนกลุ่มที่มีคะแนน AWS 10 - 14 จำนวน 26 ราย มีค่ามัธยฐานของระยะเวลาการเกิดอาการ 4 วัน (95% CI: 4 - 5 วัน) และกลุ่มที่มีอาการรุนแรงที่สุดคือคะแนน AWS \geq 15 จำนวน 14 ราย มีค่ามัธยฐานของระยะเวลาการเกิดอาการ 6 วัน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีคะแนน AWS สูงเมื่อเริ่มรักษามีแนวโน้มที่จะใช้เวลานานกว่าในการเกิดอาการถอนสุรา (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 3 Kaplan-Meier survivor function

Time	Number at Risk	Fail	Net lost	Survivor function	Std. error	95% CI for Survivor function
2	140	21	0	0.8500	0.0302	0.7793 - 0.8995
3	119	27	0	0.6571	0.0401	0.5722 - 0.7292
4	92	22	0	0.5000	0.0423	0.4147 - 0.5794
5	70	28	0	0.3000	0.0387	0.2264 - 0.3769

ตารางที่ 4 ปริมาณยา BZDs เทียบเท่า Diazepam ที่ได้รับ แยกตามระดับความรุนแรง AWS score สูงสุดเมื่อเริ่มรักษา

อาการ	ปานกลาง (AWS 5 - 9) (n = 65)	รุนแรง (AWS 10 - 14) (n = 26)	รุนแรงมาก (AWS ≥ 15) (n = 49)
BZDs ทั้งหมด Mean (± SD)	63.47 (36.89)	109.15 (6.91)	195.14 (80.95)
BZDs ชนิดฉีด Mean (± SD)	7.84 (8.00)	11.92 (8.49)	24.89 (7.10)

ตารางที่ 5 ค่ามัธยฐานระยะเวลาหายจากอาการของกลุ่มตัวอย่าง

AWS score สูงสุดเมื่อเริ่มรักษา	จำนวน	Median time (95% CI) (วัน)	Log-rank Chi-square	p-value
5 - 9	58	3 (3 - 3)	54.35	< 0.001
10 - 14	26	4 (4 - 5)		
≥ 15	14	6 (-)		

วิจารณ์

จากผลการศึกษานี้พบว่าอุบัติการณ์การหายจากภาวะถอนพิษสุรา 16.25 ต่อ 100 คน-วัน เป็นผู้ป่วยที่หายจากภาวะถอนพิษสุราภายใน 5 วัน จำนวน 98 ราย แสดงถึงประสิทธิภาพของการรักษาที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Wiseman และคณะ ที่พบอัตราความสำเร็จในการบำบัดการถอนพิษสูงถึงร้อยละ 88¹⁵ การศึกษานี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีระยะเวลาภาวะถอนพิษสุราเฉลี่ย 3.27 ± 1.39 วัน และมีค่ามัธยฐานระยะเวลาหายจากอาการ 4 วัน สอดคล้องกับการศึกษาของ จักรพันธ์ และคณะ ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยในการหายจากภาวะถอนพิษสุราอยู่ที่ 3.5 ± 1.2 วัน¹⁶ รวมถึงการศึกษาของ Day และ Daly ที่พบว่าโดยทั่วไปสามารถควบคุมอาการถอนสุราได้ภายใน 2 - 5 วัน¹⁷ ยังพบว่าผู้ป่วยได้รับยา Diazepam มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการ โดยกลุ่มอาการรุนแรงมากได้รับยาเฉลี่ยสูงสุด (195.14 ± 80.95 มิลลิกรัม) และยาฉีด (24.89 ± 7.10 มิลลิกรัม) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee และคณะ ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจำเป็นต้องได้รับขนาดสูง (Diazepam 10 - 50 มิลลิกรัม ทุก 15 นาที) โดยเฉพาะใน 24 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นลดขนาดลง (Diazepam 10 - 20 มิลลิกรัม ทุก 30 นาที) จนถึง 96 ชั่วโมง แล้วหยุดการรักษาโดยอัตโนมัติ วิธีนี้สอดคล้องกับระยะเวลาการถอนแอลกอฮอล์ตามธรรมชาติ ช่วยป้องกันภาวะเพื่อสัน (DT) และลดการเกิดภาวะสับสนจากการใช้ยาเป็นเวลานาน ข้อดีคือสามารถปรับการรักษาให้เหมาะกับผู้ป่วย

แต่ละรายตามระดับความไม่สมดุลของ GABA โดยหาขนาดยาต่ำสุดที่ได้ผลในระยะ 24 ชั่วโมงแรก¹⁸ การให้ยาอย่างค่อยเป็นค่อยไปจะช่วยให้ร่างกายฟื้นตัวและกลับคืนสู่ภาวะสมดุลทางเคมีในสมอง¹⁹ นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอาจจำเป็นต้องให้ยาทางหลอดเลือดดำเพื่อควบคุมอาการอย่างรวดเร็ว พบว่าระยะเวลาการหายและปริมาณยาที่ใช้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความรุนแรงของอาการ ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ และจะได้รับยาเฉพาะในช่วงที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์เท่านั้น ซึ่งการประเมินอาการของผู้ป่วยอย่างถูกต้องมีความสำคัญเนื่องจากเป็นตัวกำหนดการใช้ยาตามความจำเป็น¹⁷

การศึกษานี้ให้ยาตามอาการ (symptom triggered) หมายถึง การให้ยาเมื่อผู้ป่วยมีอาการเท่านั้น โดยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการเพื่อกำหนดการให้ยาและติดตามผลการรักษา แม้วิธีนี้ต้องใช้พยาบาลประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง แต่สิ่งสำคัญคือคะแนนขึ้นอยู่กับคำตอบคำถามของผู้ป่วยเท่านั้น ทำให้แบบประเมินอาจไม่น่าเชื่อถือในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา อาการเพ้อ หรือสมองเสื่อม และอาจนำไปสู่การให้ Benzodiazepine ที่ไม่เหมาะสม จึงควรใช้การประเมินอาการในกรณีที่ไม่มีอาการถอนแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง²⁰ และการปรับการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และในผู้ป่วยที่ได้รับยา Benzodiazepine สูงเกินกว่า 200 มิลลิกรัมต่อวัน อาจจะเป็นอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ที่ติดต่อกับ Benzodiazepine จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากต้องให้ยา

ในขนาดสูงซึ่งอาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรง เช่น ภาวะง่วงซึม และการรบกวนการหายใจ²¹ ซึ่งการตอบสนองต่อยา Benzodiazepine ของผู้ป่วยแต่ละราย มีความแตกต่างกันตามปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ น้ำหนัก การทำงานของตับและไต ประวัติการดื่มสุรา และ พันธุกรรม ล้วนส่งผลต่อการเผาผลาญยาและการตอบสนองทางคลินิก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะตับอักเสบอาจมีการกำจัดยาช้าลง ทำให้ต้องปรับลดขนาดยาเพื่อป้องกันการสะสม ในผู้ป่วยที่มีภาวะเกลือแร่ผิดปกติ เช่น โพแทสเซียมต่ำและแมกนีเซียมต่ำ อาจเพิ่มความไวต่อฤทธิ์กดประสาทของยา ทำให้ผู้ป่วยบางรายเกิดภาวะง่วงซึมหรือการหายใจได้แม้ใช้ยาในขนาดปกติ

จากผลการศึกษาที่พบภาวะแทรกซ้อนขณะรักษาภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน ดังนี้ ภาวะเพื่อสับสนสูงถึงร้อยละ 55 สอดคล้องกับสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย รายงานอัตราการเกิดภาวะเพื่อสับสนในผู้ป่วยถอนพิษสุรา ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในกรุงเทพมหานครอยู่ที่ประมาณร้อยละ 40 - 50²² ซึ่งตามแนวปฏิบัติของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ที่พบว่าภาวะเพื่อสับสนเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง มักเกิดในช่วง 72 - 96 ชั่วโมง หลังการดื่มครั้งสุดท้าย และพบบ่อยในผู้ที่ดื่มสุราหนักมา 5 - 15 ปี³ ภาวะโพแทสเซียมต่ำ ร้อยละ 45.71 สอดคล้องกับการศึกษาของ Palmer และ Clegg ที่พบว่าภาวะโพแทสเซียมต่ำพบได้ถึงร้อยละ 50 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรัง สาเหตุเกิดจากการได้รับไม่เพียงพอ การสูญเสียทางท้องเสีย และภาวะขาดแมกนีเซียมที่ส่งผลให้มีการสูญเสียทางไตมากขึ้น²³ ภาวะแมกนีเซียมต่ำ ร้อยละ 43.57 สอดคล้องกับการศึกษาของ Anderson และคณะ ที่พบว่าภาวะแมกนีเซียมต่ำพบได้เกือบหนึ่งในสามของผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรัง โดยมีสาเหตุจากการได้รับไม่เพียงพอจากอาหาร การดูดซึมที่ลดลงจากภาวะท้องเสียเรื้อรัง และการสูญเสียทางไตอันเนื่องมาจากความผิดปกติของท่อไตที่เกิดจากแอลกอฮอล์²⁴ ภาวะตับอักเสบ ร้อยละ 22.86 สอดคล้องกับการศึกษาของ Hundert และ Brothers ที่พบว่าความผิดปกติของตับจากการดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรังส่งผลต่อการเผาผลาญยา Benzodiazepines ที่ใช้ในการรักษา โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคตับระดับรุนแรง จึงต้องระมัดระวังในการใช้ยาและมีการติดตามอย่างใกล้ชิด^{20,25} Palmer และ Clegg ยังพบว่าภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้มักพบร่วมกันและมีความรุนแรงมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ การขาดวิตามิน และมีโรคร่วม²³ สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Peterson และ Stotts ที่เน้นย้ำความสำคัญของการรักษาแบบองค์รวม ทั้งการให้ยาระงับประสาท การแก้ไขภาวะเกลือแร่ผิดปกติ และการให้วิตามินทดแทนโดยเฉพาะไทอามีน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง²⁶ จากการพบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในการรักษาผู้ป่วยถอนพิษสุรา ดังนั้นการดูแลที่สำคัญจึงต้องครอบคลุมการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด การให้ยาระงับประสาทกลุ่ม Benzodiazepine ในขนาดที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงการทำงานของตับ การแก้ไขความผิดปกติของเกลือแร่โดยเฉพาะโพแทสเซียมและแมกนีเซียม การให้สารน้ำและวิตามินทดแทนโดยเฉพาะไทอามีน รวมถึงการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะเพื่อสับสน พร้อมทั้งติดตามประเมินการตอบสนองต่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูงสุด

การศึกษานี้พบว่าการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ที่ผู้วิจัยทำงานกับโรงพยาบาลทั่วไปและผู้วิจัยรับกำกับดูแล มีความแตกต่างหลายประเด็น ดังนี้ ผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไปมีระยะเวลาหายจากภาวะถอนพิษสุราเฉลี่ยยาวนานกว่าโรงพยาบาลศูนย์ประมาณ 1 - 2 วัน โดยคำมัธยฐานของระยะเวลาหายจากอาการในโรงพยาบาลทั่วไปอยู่ที่ 5 วัน เทียบกับ 3 วัน ในโรงพยาบาลศูนย์ ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากการประเมินความรุนแรงของอาการ และการให้ยาที่ล่าช้ากว่าในโรงพยาบาลทั่วไป โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมาก (AWS \geq 15) ในโรงพยาบาลทั่วไปได้รับยา Diazepam ในปริมาณเฉลี่ยต่ำกว่าโรงพยาบาลศูนย์ประมาณ ร้อยละ 25 - 30 แม้จะมีคะแนน AWS ในระดับเดียวกัน สะท้อนถึงความแตกต่างในการตัดสินใจทางคลินิก และความมั่นใจในการให้ยาขนาดสูงของบุคลากรทางการแพทย์ ขณะที่อัตราการตรวจพบภาวะเกลือแร่ผิดปกติ เช่น โพแทสเซียมต่ำและแมกนีเซียมต่ำ กลับพบสูงกว่าในโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งอาจเกิดจากการตรวจติดตามทางห้องปฏิบัติการที่มีความละเอียดและความถี่มากกว่า ความแตกต่างเหล่านี้มีสาเหตุหลักจากข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคล โดยเฉพาะการขาดแคลนจิตแพทย์ประจำในโรงพยาบาลทั่วไป ทำให้การตัดสินใจในการรักษาขึ้นอยู่กับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่อาจมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยถอนพิษสุรารุนแรงน้อยกว่า รวมถึงความแตกต่างของระบบการฝึกอบรมพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลในการประเมินและเฝ้าระวังอาการ เพื่อปรับมาตรฐานการดูแลรักษาให้ใกล้เคียงกัน การศึกษาครั้งต่อไปควรพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและสามารถนำไปใช้ได้จริงในทุกระดับ

โรงพยาบาล โดยเน้นการฝึกอบรมบุคลากรในโรงพยาบาลทั่วไปให้มีทักษะในการประเมินความรุนแรงของอาการอย่างแม่นยำ และมีความมั่นใจในการให้ยาตามแนวทางเวชปฏิบัติ

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการดังนี้ การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง อาจส่งผลต่อความสามารถในการสรุปผลแทนประชากรทั้งหมด รวมถึงการเก็บข้อมูลแบบย้อนหลังจากเวชระเบียน ซึ่งอาจมีข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วนหรือไม่สมบูรณ์ ส่วนการจัดการข้อมูลที่ขาดหายใช้วิธีคัดเวชระเบียนที่ไม่สมบูรณ์ออก และวิเคราะห์เฉพาะกรณีที่มีข้อมูลครบถ้วน ซึ่งอาจนำไปสู่อคติจากการเลือก (selection bias) รวมถึงการศึกษายังไม่ได้วิเคราะห์ผลกระทบของยาอื่น หรือโรคร่วมที่อาจมีอิทธิพลต่อการหายจากภาวะถอนพิษสุรา เช่น ยาต้านอาการทางจิต โรคตับ หรือภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจส่งผลต่อการตอบสนองต่อการรักษาและระยะเวลาการหาย นอกจากนี้ การไม่มีกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มเปรียบเทียบทำให้ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างวิธีการรักษากับผลลัพธ์ได้อย่างมั่นใจ การศึกษาในอนาคตควรออกแบบเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินประสิทธิผลของการรักษาอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. สถานพยาบาลควรจัดทำแนวทางการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา โดยใช้แบบประเมิน AWS อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อวางแผนการรักษาและการติดตามที่เหมาะสม เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าระดับความรุนแรงมีผลต่อระยะเวลาการหายและปริมาณยาที่ใช้
2. ควรมีแนวทางการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะเพื่อสับสน ภาวะโพแทสเซียมและแมกนีเซียมต่ำ โดยการตรวจติดตามค่าทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นอย่างสม่ำเสมอ
3. ควรกำหนดแนวทางการให้ยา Diazepam ที่เหมาะสมตามระดับความรุนแรงของอาการ พร้อมทั้งเกณฑ์การปรับขนาดยา และแนวทางการส่งต่อในกรณีที่เกิดศักยภาพของสถานพยาบาล
4. ควรจัดระบบการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งการให้ยา การแก้ไขภาวะเกลือแร่ผิดปกติ การให้วิตามินทดแทน และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน
5. ควรมีการศึกษาติดตามผลการรักษาที่นานกว่า 5 วัน โดยเปรียบเทียบผลการรักษาในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพ

แตกต่างกัน เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

สรุป

การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงระยะเวลาและรูปแบบการหายจากภาวะถอนพิษสุรา ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการกับปริมาณยา Diazepam ที่ใช้ในการรักษา รวมถึงความชุกของภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ โดยเฉพาะภาวะเพื่อสับสนและความผิดปกติของเกลือแร่ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวางแผนการรักษา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการจัดเตรียมทรัพยากรที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาให้มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Bayard M, McIntyre J, Hill KR, Woodside J. Alcohol withdrawal syndrome. *Am Fam Physician* 2004;69(6):1443-50.
2. Lee JA, DUBY JJ, Cocanour CS. Effect of early and focused benzodiazepine therapy on length of stay in severe alcohol withdrawal syndrome. *Clin Toxicol* 2019;57(7):624-7.
3. National institute for drug abuse treatment and rehabilitation princess mother. Guidelines for the care of patients with alcohol withdrawal syndrome. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2015.
4. Klinpiboon A, Srison P, Fangkaew A. Results of improving and developing alcohol withdrawal assessment form, Prasrimahabodi Hospital. *Journal of Science and Technology* 2013;15(3):30-42.
5. Suan Prung Hospital. Guidelines for the treatment of mental health problems from alcohol in the situation of the coronavirus disease 2019 epidemic. Chiang Mai: Department of Mental Health Ministry Of Public Health; 2021.
6. Amato L, Minozzi S, Davoli M. Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the Alcohol Withdrawal Syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 2011(6):CD008537.
7. Orser BA, Bertlik M, Wang LY, MacDonald JF. Inhibition by propofol (2, 6 di-isopropylphenol) of the N-methyl-D-aspartate subtype of glutamate receptor in cultured hippocampal neurones. *Br J Pharmacol* 1995;116(2):1761.
8. Pandharipande P, Shintani A, Peterson J, Pun BT, Wilkinson GR, Dittus RS, et al. Lorazepam is an independent risk factor for transitioning to delirium in intensive care unit patients. *J Neurosurg Anesthesiol* 2006;104(1):21-6.
9. Hammond DA, Rowe JM, Wong A, Wiley TL, Lee KC, Kane-Gill SL. Patient outcomes associated with phenobarbital use with or without benzodiazepines for alcohol withdrawal syndrome: a systematic review. *Hosp Pharm* 2017;52(9):607-16.

10. Ministry of public health. Accessibility to mental health service system [cited 2024 July 13]. Available from: https://srn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=ea11bc4bbf333b78e6f53a26f7ab6c89&id=8a173a9de38de5c0172953d4ebcdcb09.
11. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods* 2007;39(2):175-91.
12. Silpakit P, Kittiratanaphiabul P. Alcohol use disorders identification test: Practical guidelines for primary care settings. Tantanwan Paper Co., Ltd: Integrated Alcohol Treatment System Development Project; 2009.
13. Sinclair M, McRee B, Babor T. Evaluation of the Reliability of AUDIT. University of Connecticut School of Medicine, Alcohol Research Center, (unpublished report) 1992.
14. Virojarurueang K, Silakul A, Charoenchai W. Development of guidelines for caring for alcohol patients during alcohol withdrawal in inpatients, Prasat Neurological Institute. *J Somdet Chaopraya Inst Psychiat* 2021;15(1):29-48.
15. Wiseman EJ, Henderson KL, Briggs MJ. Outcomes of patients in a VA ambulatory detoxification program. *Psychiatr Serv* 1997;48(2):200-3.
16. Pinthong J, Jongwutiwes S, Triprasertsouk S. Outcomes of implementing alcohol withdrawal syndrome care protocol at Srinagarind Hospital. *J Psychiat Assoc Thailand* 2019;64(3):243-54.
17. Day E, Daly C. Clinical management of the alcohol withdrawal syndrome. *Addiction* 2022;117(3):804-14.
18. Lee JA, Doby JJ, Cocanour CS. Effect of early and focused benzodiazepine therapy on length of stay in severe alcohol withdrawal syndrome. *Clin Toxicol (Phila)* 2019;57(7):624-7.
19. Perry EC. Inpatient management of acute alcohol withdrawal syndrome. *CNS Drugs* 2014;28(5):401-10.
20. Brothers TD, Bach P. Challenges in prediction, diagnosis, and treatment of alcohol withdrawal in medically ill hospitalized patients: a teachable moment. *JAMA Intern Med* 2020;180(6):900-1.
21. Hack JB, Hoffman R, Nelson LS. Resistant alcohol withdrawal: does an unexpectedly large sedative requirement identify these patients early?. *J Med Toxicol* 2006;2:55-60.
22. Psychiatric Association of Thailand. Clinical practice guidelines for alcohol withdrawal syndrome management. Bangkok: Psychiatric Association of Thailand; 2020.
23. Palmer BF, Clegg DJ. Electrolyte disturbances in patients with chronic alcohol-use disorder. *N Engl J Med* 2017;377(14):1368-77.
24. Anderson R, Cohen M, Haller R. Skeletal muscle phosphorus and magnesium deficiency in alcoholic myopathy. *Miner Electrolyte Metab* 1980;4(3):106-12.
25. Hundert S, Dunn AS. Inpatient Management of Alcohol Withdrawal: A Review. *Can J Gen Intern Med* 2024;19(1):52-62. doi:10.22374/cjgim.2023.0730.
26. Peterson BD, Stotts M. Beyond the banana bag: treating nutritional deficiencies of alcohol withdrawal syndrome. *Pract Gastroenterol* 2021;45(6):48-58.

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับในผู้หญิงวัย หมดประจำเดือนที่คลินิกวัยทอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

นิชากร สิริศิวานารถ*, ณภัทร์ ศิรินิมิตกุล**, นลินา ออประยูร***

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ฝ่ายจิตเวชศาสตร์และศูนย์นันทราเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

***ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการดูแลผู้สูงอายุและภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนที่คลินิกวัยทอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วิธีการศึกษา การศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนที่คลินิกวัยทอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 102 คน โดยการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ (insomnia severity index; ISI) และแบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ฉบับภาษาไทย (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale scores) สถิติวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา พบความชุกของอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 52 (ISI \geq 8) พบว่าอาการวิตกกังวลสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 12.57, 95% CI 1.56 - 101.5, p-value = 0.018) จากการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพบว่า ประวัติการใช้ฮอร์โมนทดแทนในปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ (aOR 0.36, 95% CI 0.13 - 0.97, p-value = 0.044)

สรุป จากการศึกษพบว่าความชุกของอาการนอนไม่หลับในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนค่อนข้างสูง โดยสัมพันธ์กับอาการวิตกกังวล ในขณะที่ประวัติการใช้ฮอร์โมนทดแทนเป็นปัจจัยป้องกันอาการนอนไม่หลับได้ การประเมินผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนจึงควรประเมินอาการนอนไม่หลับ ภาวะวิตกกังวล และอาการอื่นๆ ทางจิตเวช เพื่อกำหนดแนวทางการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ นอนไม่หลับ วัยหมดประจำเดือน อาการวิตกกังวล

Corresponding author: นิชากร สิริศิวานารถ

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail: rungnichakorn@gmail.com

วันรับ 27 ธันวาคม 2567 วันแก้ไข 26 กุมภาพันธ์ 2568 วันตอบรับ 27 กุมภาพันธ์ 2568

The Prevalence and Associated Factors of Sleep Disturbance in Menopause at Menopause Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital

Nichakorn Sirisivanart*, Naphat Sirinimnualkul**, Nalina Orprayoon***

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

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

***Center of excellence in Menopause and Aging women health, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

ABSTRACT

Objective: This study aimed to evaluate the prevalence of insomnia at a Menopause clinic in a tertiary hospital and to identify the associated factors of insomnia.

Methods: A survey of 102 female patients aged 45 - 60 at a Menopause Clinic collected demographic data, Insomnia Severity Index (ISI) scores, and Thai Hospital Anxiety and Depression Scale scores. Descriptive statistics, univariate, and multivariate logistic regression analyses were used to identify associations.

Results: The prevalence of insomnia was 52% (ISI \geq 8). Anxiety symptoms were significantly associated with insomnia (OR 12.57, 95% CI 1.56 - 101.50, p-value = 0.018). Multivariate logistic regression analyses revealed significant associations between insomnia and currently using hormone replacement therapy (aOR 0.36, 95% CI 0.13 - 0.97, p-value = 0.044).

Conclusion: Insomnia is highly prevalent among menopausal women, especially those with anxiety, while usage of hormone replacement therapy has been shown to alleviate symptoms. Clinicians should emphasize the assessment of anxiety and insomnia in menopausal women to provide appropriate care. A comprehensive evaluation of other mental health conditions, vasomotor symptoms, and history of hormonal therapy is crucial for determining the most effective treatment approach.

Keywords: insomnia, menopause, anxiety

Corresponding author: Nichakorn Sirisivanart

E-mail: rungnichakorn@gmail.com

Received: 27 December 2024 Revised: 26 February 2025 Accepted: 27 February 2025

INTRODUCTION

The American Insomnia Survey, conducted in 2008 - 2009 among more than 10,000 people, found that over half experienced sleep disturbances, and 22.1% met the criteria for insomnia according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV). The issue was statistically significantly more common in females than in males (27.1%, 19.7%; $P = 0.001$), with a higher prevalence observed among those in menopause.¹⁻³ Insomnia can associate to various diseases, including diabetes (hazard ratio [HR], 1.28; 95% CI, 1.24 - 1.33), dementia (relative risk, 1.53; 95% CI, 1.07 - 2.18), stroke (HR, 1.54; 95% CI, 1.38 - 1.72), and chronic kidney disease (HR, 1.39; 95% CI, 1.34 - 1.44).⁴⁻⁷

A study conducted by the Thai Department of Mental Health in 2020 found that 19 million Thai people experience sleep disturbances, affecting individuals across all age groups. While most people experience symptoms for just one or two nights, some suffer from these disturbances for weeks, months, or even years. Women and the elderly are particularly affected.⁸

The hormonal changes associated with menopause can impact physical, emotional, mental, and social well-being. The symptoms experienced during and after the menopausal transition vary greatly from person to person. Some individuals experience few, if any, symptoms, while others may have severe symptoms that affect daily activities and quality of life.⁹

A cross-sectional study found that chronic insomnia during menopause is related to vasomotor symptoms, with a higher prevalence of insomnia in those experiencing more severe vasomotor symptoms. Among individuals with severe vasomotor symptoms, 80% experienced insomnia. Furthermore, insomnia was found to be bidirectionally associated with depression.^{10,11} Insomnia was also bidirectionally associated with menopausal symptoms, as sleep disturbances can result from hormonal fluctuations, vasomotor instability, and mood disturbances, while poor sleep quality can worsen these symptoms, creating a cycle of mutual reinforcement. This complex interplay highlights the need for targeted

interventions addressing both sleep quality and menopausal symptoms to improve health outcomes in menopausal individuals.

A literature review reveals that many studies have explored insomnia during menopause. Although research has been conducted in both Western and Asian populations, there remains a limited focus on menopausal insomnia in Thailand. While studies in Thailand have examined menopause and its effects, specific investigations into the prevalence and contributing factors of insomnia are scarce. This gap in knowledge highlights the need for a focused study to better understand the extent of the problem and its potential risk factors in a Thai population. Therefore, the objectives of this research are to evaluate the prevalence of insomnia in a menopause clinic at King Chulalongkorn Memorial Hospital and to identify the factors associated with insomnia.

METHODS

Study designs and study population

We conducted a cross-sectional descriptive study on female patients in a menopause clinic at a tertiary hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University. The sample size was calculated using Cochran's formula, determining a minimum of 102 participants. We included female patients aged 45 - 60 years attending the menopause clinic through convenience sampling. We excluded patients who declined to participate and those who worked night shifts for more than half of the previous month. Our study received approval from the Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand (COE No. 382/66).

We collected demographic data, including age, weight, height, educational status, marital status, occupation, number of children, underlying diseases, psychiatric conditions, history of hormone replacement therapy, medication, menopausal status, and severity of vasomotor symptoms. Prolonged vasomotor symptoms can worsen insomnia, while chronic insomnia may exacerbate menopausal symptoms, highlighting their

bidirectional relationship. These variables were selected based on a literature review indicating their potential relationship with and influence on insomnia. Previous studies have suggested that demographic, medical, and hormonal factors may play a role in sleep disturbances during menopause, making it essential to include them in our analysis. Additionally, we assessed depression and anxiety in participants using the Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS). The Thai HADS is a short self-assessment questionnaire validated in Thai, divided into two sections: depression and anxiety, each comprising seven items. The items are scored on a 4-point Likert scale ranging from 0 to 3. Participants were considered to be depressed or anxious if they scored 11 or higher.¹²

Assessment of insomnia was conducted using the Insomnia Severity Index (ISI) scale, which has been validated in Thai. The ISI scale includes seven items that evaluate the pattern, intensity, and impact of insomnia. The items assess the following dimensions: severity of sleep onset, sleep maintenance, early morning awakening issues, sleep dissatisfaction, interference of sleep difficulties with daytime functioning, noticeability of sleep issues by others, and distress caused by sleep issues. The items are scored on a 5-point Likert scale, ranging from 0 (not at all) to 4 (nearly every day). Total scores range from 0 to 28, with higher scores indicating more severe insomnia symptoms. The severity of symptoms is categorized as follows: 0 - 7 = no clinically significant insomnia, 8 - 14 = subthreshold insomnia, 15 - 21 = clinical insomnia (moderate severity), and 22 - 28 = clinical insomnia (severe).^{13,14}

Data analysis

Descriptive statistics were used to summarize the demographic data. Categorical variables were reported as counts and percentages, while continuous variables were reported as means with standard deviations. The association between factors and insomnia was assessed using univariate analyses with the chi-square test and Fisher's exact test. Candidate variables for multivariate logistic regression analysis were selected based on their

association with insomnia, as identified through a literature review and univariate analyses with a p-value of less than 0.1.¹⁵ Additionally, clinically relevant variables known to influence insomnia, regardless of statistical significance, were included to account for potential confounding effects. We also assessed the associations between variables to identify potential confounders and understand their interactions. In the multivariate logistic regression analysis, potential confounders were controlled by adjusting for key demographic and clinical variables identified in previous studies and those showing significant associations in univariate analyses. Statistical analysis was performed using SPSS version 20.0, with a p-value of less than 0.05 considered statistically significant.

RESULTS

The mean age of the participants was 52.97 years (± 3.79), and 60.8% were married. Regarding educational and occupational status, 73.5% of the participants had attained a bachelor's degree or higher, and 62.7% were employed. Most participants had children (55.9%). Most participants were in postmenopausal period (90.2%), while the minorities were in perimenopause period (9.8%). The majority of participants experienced vasomotor symptoms (77.5%), categorized as mild (18.6%), moderate (54.9%), and severe (3.9%). Currently using hormone replacement therapy was reported by 30.4% of participants. Additionally, 63.7% had underlying medical conditions such as diabetes, hypertension, dyslipidemia, ovarian cancer, and thyroid disease. Furthermore, 17.6% of participants had underlying psychiatric conditions, including major depressive disorder, anxiety, and others. According to the Thai-HADS, 6.9% of participants were found to have depression, and 11.8% had anxiety. (Table 1)

The study found that the mean total score of the Insomnia Severity Index (ISI) was 8.28 (SD = 6.56), with the prevalence of insomnia being 52.0% (ISI ≥ 8). Among those with insomnia, 32.4% had mild insomnia, 16.7% had moderate insomnia, and 2.9% had severe insomnia. (Table 2) Univariate analysis revealed that anxiety was statistically significantly associated with insomnia

Table 1 Demographic data (n = 102)

Variable	N (%) or mean ± SD
Age (years)	52.97 ± 3.79
Educational level	
Bachelor's degree or higher	75 (73.5%)
Lower than bachelor's degree	27 (26.5%)
Marital Status	
Married	62 (60.8%)
Single	29 (28.4%)
Divorced	7 (6.9%)
Widow	4 (3.9%)
Employment Status	
Employed	64 (62.7%)
Not employed	38 (37.3%)
Having Children	
Yes (1 - 4 children)	57 (55.9%)
No	45 (44.1%)
Menopausal Status	
Perimenopausal	10 (9.8%)
Postmenopausal	92 (90.2%)
Vasomotor Symptoms	
Present	79 (77.5%)
Mild	19 (18.6%)
Moderate	56 (54.9%)
Severe	4 (3.9%)
Not present	23 (22.5%)
Currently Using Hormone Replacement Therapy	
Yes	31 (30.4%)
No	71 (69.6%)
Underlying Medical Conditions	
Present	65 (63.7%)
Not present	37 (36.3%)
Underlying Psychiatric Condition	
Present	18 (17.6%)
Not present	84 (82.4%)
Having Depression (Thai-HADS depression ≥ 11)	7 (6.9%)
Having Anxiety (Thai-HADS anxiety ≥ 11)	12 (11.8%)

Note: Thai-HADS = Thai Hospital Anxiety and Depression Scale

(OR 12.57, 95% CI 1.56 - 101.50, p-value = 0.018). (Table 3) Additionally, vasomotor symptoms (OR 2.48, 95% CI 0.94 - 6.53, p = 0.065) and currently using of hormone replacement therapy (OR 0.462, 95% CI 0.195 - 1.095, p = 0.079), depression (OR 6.13, 95% CI 0.71 - 52.86, p = 0.099), and underlying psychiatric conditions (OR 2.86, 95% CI 0.94 - 8.74, p = 0.065) showed a trend toward statistical significance. However, these associations did not reach conventional significance, potentially due to the limited sample size, which may have reduced statistical power. Moreover, the sample size was calculated primarily to address the research question regarding the prevalence of insomnia, and therefore may not be sufficient to reliably detect associations between insomnia and its potential correlates.

Multivariate logistic regression, with factors selected for adjustment based on their association with insomnia and univariate analysis findings with a p-value of less than 0.1, showed that currently using hormonal therapy was a protective factor against insomnia, reducing the likelihood by 0.36 times compared to those not currently using (adjusted OR 0.36, 95% CI 0.13 - 0.97, p = 0.044). (Table 4) Variables included in the model were those that demonstrated a trend toward statistical significance in univariate analysis, as they may still have a meaningful association with insomnia despite not reaching conventional significance. This approach helps account for potential confounding factors and ensures that important contributors to insomnia are not overlooked due to sample size limitations or statistical power constraints.

Table 2 Prevalence of insomnia

Clinical insomnia	Criteria	Prevalence (%)
Insomnia	ISI ≥ 8	52.0
Subthreshold insomnia	ISI 8 – 14	32.4
Moderate insomnia	ISI 15 – 21	16.7
Severe insomnia	ISI 21 – 28	2.9
No insomnia	ISI 0 – 7	48.0

Note: ISI = Insomnia Severity Index

Table 3 Factors associated with insomnia by univariate analysis

Variable	No insomnia n (%)	Insomnia n (%)	Crude OR	95% CI of OR Lower	95% CI of OR Upper	p-value
Marital Status						
Others	21 (42.9%)	19 (35.8%)	1			
Married	28 (57.1%)	34 (64.2%)	1.34	0.61	2.98	0.47
Educational level						
Lower than bachelor's degree	13 (26.5%)	14 (26.4%)	1			
Bachelor's degree or higher	36 (73.5%)	39 (73.6%)	1.006	0.42	2.43	0.99
Employment Status						
Not employed	22 (44.9%)	16 (30.2%)	1			
Employed	27 (55.1%)	37 (69.8%)	1.88	0.84	4.24	0.13
Having Children						
No	23 (46.9%)	22 (41.5%)	1			
Yes	26 (53.1%)	31 (58.5%)	1.24	0.57	2.73	0.58
Menopausal Status						
Perimenopausal	6 (12.2%)	4 (7.5%)	1			
Postmenopausal	43 (87.8%)	49 (92.5%)	1.71	0.45	6.46	0.43
Vasomotor Symptoms						
Not present	15 (30.6%)	8 (15.1%)	1			
Present	34 (69.4%)	45 (84.9%)	2.48	0.94	6.53	0.065
Currently Using Hormone Replacement Therapy						
No	30 (61.2%)	41 (77.4%)	1			
Yes	19 (38.8%)	12 (22.6%)	0.46	0.14	1.0	0.079
Having Depression						
Not present	48 (98%)	47 (88.7%)	1			
Present	1 (2%)	6 (11.3%)	6.13	0.71	52.86	0.099
Having Anxiety						
Not present	48 (98%)	42 (79.2%)	1			
Present	1 (2%)	11 (20.8%)	12.57	1.5	101.50	0.018
Underlying Medical Conditions						
Not present	16 (32.7%)	21 (39.6%)	1			
present	33 (67.3%)	32 (60.4%)	0.739	0.328	1.66	0.465
Underlying Psychiatric Conditions						
Not present	44 (89.8%)	40 (75.5%)	1			
Present	5 (10.2%)	13 (24.5%)	2.860	0.93	8.74	0.065

Note: Thai-HADS = Thai Hospital Anxiety and Depression Scale, CI = confidence interval, OR = odds ratio

Table 4 Factors associated with insomnia by multivariate logistic regression

Variable	Adjusted OR	95% CI of Adjusted OR Lower	95% CI of Adjusted OR Upper	p-value
Vasomotor symptoms	1.89	0.68	5.29	0.224
Currently using hormone replacement therapy	0.36	0.13	0.97	0.044
Having anxiety	6.69	0.68	66.15	0.104
Having depression	1.50	0.12	17.81	0.747
Underlying psychiatric condition	2.76	0.72	10.57	0.138

Note: CI = confidence interval, OR = odds ratio

DISCUSSION

Our study was among the first to assess the prevalence and associated factors of insomnia among women in the Menopause Clinic at King Chulalongkorn Hospital. We found that 52% of women experienced some level of insomnia, including 2.9% who reported severe insomnia. This finding was quite similar to a study conducted in Japan, where approximately 51% of peri- and postmenopausal women in a menopause clinic sample suffered from sleep disturbances.¹⁶

In 2014, the research conducted by D. Sun et al., found that 33.2% of middle-aged Chinese women in a community-based sample experienced sleep disturbances, as measured by a PSQI global score of ≥ 8 .¹⁷ Similarly, the study conducted by Chung and Tang in 2020, reported that 26% of women aged 45 - 55 years in a community-based sample in Hong Kong were poor sleepers.¹⁸

The higher prevalence of sleep disturbance in this study, compared to community-based samples, may be due to selection bias from the hospital-based sample. Women seeking medical care are more likely to have severe symptoms, potentially overestimating the true prevalence of insomnia. Additionally, hospital patients may be more aware of menopausal symptoms, leading to higher self-reporting. While this highlights the clinical burden of insomnia, future population-based studies are needed for more generalizable estimates.

The 2005 State-of-the-Science Conference Statement from the National Institutes of Health identified sleep disturbances as a key symptom of menopause.¹⁹

Recent research consistently showed that subjective sleep quality gradually declined during the perimenopausal phase. The common sleep complaints included disrupted sleep, frequent awakenings, and generally poor sleep quality. Several factors may contribute to the decrease in sleep quality, including vasomotor symptoms, hormonal fluctuations, age-related changes, and an increase in conditions like mental health problems (i.e., depression and anxiety) and sleep-disordered breathing.²⁰

The findings in this research indicated that women with anxiety had a higher likelihood of experiencing insomnia, while using hormone replacement therapy was significantly associated with a reduced risk of insomnia. Although previous studies suggested that poor sleep was linked to higher levels of both anxiety and depression²¹, our study did not find a significant association between depression and sleep disturbance. Instead, anxiety was found to have a more detrimental influence on sleep problems. The lack of a significant association between depression and insomnia in our study differs from previous research, which may be due to the study's sample size and design. Since the sample size was primarily calculated to estimate the prevalence of insomnia rather than to examine associations, it may not have been optimal for detecting certain relationships between variables. While a trend toward an association with depression was observed, further studies with larger sample sizes specifically designed for assessing these associations are needed to confirm this relationship.

In a similar study conducted in Taiwan by Cheng et al., 46% of middle-aged women reported

dissatisfaction with their sleep.²² The study found that anxiety, as measured by the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), was strongly associated with insomnia symptoms, including difficulty initiating sleep (OR = 2.35, 95% CI = 1.28 - 4.29, p-value = 0.006), sleep fragmentation (OR = 2.48, 95% CI = 1.36 - 4.50, p-value = 0.003), and early morning awakenings (OR = 4.16, 95% CI = 1.85 - 9.37, p-value = 0.001). Further research is needed to determine causality-whether anxiety worsens sleep quality or whether insomnia induces an anxious mood.

Our finding that using hormone replacement therapy was significantly associated with a reduced risk of insomnia aligned with the established role of menopausal hormonal therapy (MHT) as an effective treatment for sleep disturbances in menopausal women (adjusted OR 0.356, 95% CI 0.136 - 0.97, p = 0.044). However, the wide confidence interval observed in our study suggests some uncertainty around the exact magnitude of the effect. This may be due to the limited sample size, which could reduce the precision of the estimate, as well as variations in the duration of hormone therapy use among participants. The duration of hormonal therapy may play a critical role in the effectiveness of treatment, and further studies should explore how varying durations of use affect the risk of insomnia.

The relationship between insomnia, anxiety, and hormonal changes is complex and likely involves a bidirectional interaction. Hormonal fluctuations during menopause, particularly the decline in estrogen and progesterone, have been shown to disrupt sleep patterns and contribute to sleep disturbances such as insomnia. These hormonal changes can also increase the likelihood of experiencing anxiety, which in turn may exacerbate sleep problems. Anxiety, characterized by heightened stress and worry, may intensify the physiological responses to hormonal changes, such as increased heart rate, muscle tension, and disrupted autonomic regulation, all of which can impair sleep quality. Conversely, persistent insomnia can exacerbate anxiety by impacting mood regulation, cognitive function, and overall well-being, creating a

vicious cycle. This interaction between anxiety and hormonal changes may explain why individuals with high anxiety are more prone to sleep disturbances during menopause.

A recent meta-analysis reported an improvement in quality of life with MHT only in patients with vasomotor symptoms. MHT may improve sleep by alleviating other symptoms that disrupt sleep during menopause, especially vasomotor symptoms. However, our study did not find statistically significant association between hormonal therapy and vasomotor symptom. In terms of MHT, estrogens may exert an antidepressant effect through the norepinephrine and histamine pathways, along with direct action on sleep and body thermoregulation. Progesterone, on the other hand, has a direct sedative function by stimulating benzodiazepine receptors, leading to increased production of GABA receptors during non-rapid eye movement sleep.²³ Additionally, it may have an anxiolytic effect as a GABA agonist, though the exact mechanism remains unclear.

Limitation

This study's findings reflect a higher prevalence of insomnia, likely due to the hospital-based sample, which may not represent the general population. Additionally, as a cross-sectional study, it cannot establish causality between the associated factors and insomnia. Future longitudinal research is recommended to differentiate the effects of aging from other contributing factors.

CONCLUSION

Insomnia is highly prevalent among menopausal women, especially those with anxiety, while usage of hormone replacement therapy has been shown to alleviate symptoms. Clinicians should emphasize the assessment of anxiety and insomnia in menopausal women to provide appropriate care. A comprehensive evaluation of other mental health conditions, vasomotor symptoms, and history of hormonal therapy is crucial for determining the most effective treatment approach.

Acknowledgement

This study was supported by a research grant from the Sleep Society of Thailand. We would like to thank all the participants for completing the survey and the nurses for helpful collaboration.

Conflict of Interest

The authors declare that they have no competing interests.

Authors' Contributions

Nichakorn Sirisivanart: study design, ethical approval process, data collection, data analysis, and manuscript writing; Naphat Sirinimnuakul: review and revision of the study design, data analysis, and manuscript editing; Nalina Orprayoon: review and revision of the study design, and manuscript editing.

References

1. Kessler RC, Berglund PA, Coulouvrat C, Hajak G, Roth T, Shahly V, et al. Insomnia and the performance of US workers: results from the America insomnia survey. *Sleep* 2011;34(9):1161-71.
2. Walsh JK, Coulouvrat C, Hajak G, Lakoma MD, Petukhova M, Roth T, et al. Nighttime insomnia symptoms and perceived health in the America Insomnia Survey (AIS). *Sleep* 2011;34(8):997-1011.
3. Roth T, Coulouvrat C, Hajak G, Lakoma MD, Sampson NA, Shahly V, et al. Prevalence and perceived health associated with insomnia based on DSM-IV-TR; International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision; and research diagnostic criteria/International classification of sleep disorders, second edition criteria: results from the America Insomnia Survey. *Biol Psychiatry* 2011;69(6):592-600.
4. Lu JL, Freire AX, Molnar MZ, Kalantar-Zadeh K, Kovesdy CP. Association of chronic insomnia with mortality and adverse renal outcomes. *Mayo Clin Proc* 2018;93(11):1563-70.
5. Wu MP, Lin HJ, Weng SF, Ho CH, Wang JJ, Hsu YW. Insomnia subtypes and the subsequent risks of stroke: report from a nationally representative cohort. *Stroke* 2014;45(5):1349-54.
6. de Almondes KM, Costa MV, Malloy-Diniz LF, Diniz BS. Insomnia and risk of dementia in older adults: systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2016;77:109-15.
7. LeBlanc ES, Smith NX, Nichols GA, Allison MJ, Clarke GN. Insomnia is associated with an increased risk of type 2 diabetes in the clinical setting. *BMJ Open Diabetes Res Care* 2018;6(1):e000604.
8. Department of Mental Health. World sleep day [Internet]. Nonthaburi (TH): Department of Mental Health; 2021 [cited 2024 Aug 29]. Available from: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30646>.
9. World Health Organization. Menopause [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2024 Aug 29]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>.
10. Caruso D, Masci I, Cipollone G, Palagini L. Insomnia and depressive symptoms during the menopausal transition: theoretical and therapeutic implications of a self-reinforcing feedback loop. *Maturitas* 2019;123:78-81.
11. Ohayon MM. Severe hot flashes are associated with chronic insomnia. *Arch Intern Med* 2006;166(12):1262-8.
12. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67(6):361-70.
13. Morin CM, Belleville G, Bélanger L, Ivers H. The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep* 2011;34(5):601-8.
14. Keawphang P. Relationships between selected factors and insomnia in adult cancer patients. Chulalongkorn university: Chulalongkorn university; 2004.
15. Vittinghoff E, McCulloch CE. Relaxing the rule of ten events per variable in logistic and cox regression. *Am J Epidemiol* 2007;165(6):710-8.
16. Terauchi M, Obayashi S, Akiyoshi M, Kato K, Matsushima E, Kubota T. Insomnia in Japanese peri- and postmenopausal women. *Climacteric* 2010;13(5):479-86.
17. Sun D, Shao H, Li C, Tao M. Sleep disturbance and correlates in menopausal women in Shanghai. *J Psychosom Res* 2014;76(3):237-41.
18. Chung KF, Tang MK. Subjective sleep disturbance and its correlates in middle-aged Hong Kong Chinese women. *Maturitas* 2006;53(4):396-404.
19. NIH State-of-the-Science Conference Statement on management of menopause-related symptoms. *NIH Consens State Sci Statements* 2005;22(1):1-38.
20. Pengo MF, Won CH, Bourjeily G. Sleep in women across the life span. *Chest* 2018;154(1):196-206.
21. Hsu HC, Lin MH. Exploring quality of sleep and its related factors among menopausal women. *J Nurs Res* 2005;13(2):153-64.
22. Cheng M-H, Hsu C-Y, Wang S-J, Lee S-J, Wang P-H, Fuh J-L. The relationship of self-reported sleep disturbance, mood, and menopause in a community study. *Menopause* 2008;15(5):958-62.
23. Proserpio P, Marra S, Campana C, Agostoni EC, Palagini L, Nobili L, et al. Insomnia and menopause: a narrative review on mechanisms and treatments. *Climacteric* 2020;23(6):539-49.

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะปวดศีรษะในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า

นฤกร ธิตีทรัพย์*, ปิยะวัฒน์ เด่นดำรงกุล*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ การรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT) เป็นการรักษาที่เป็นที่ยอมรับและโดยทั่วไปมีความปลอดภัย อย่างไรก็ตาม ภาวะปวดศีรษะเป็นผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะนี้ยังคงไม่แน่ชัดและไม่ได้รับการศึกษามากนัก ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะปวดศีรษะในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า

วิธีการศึกษา ทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังของผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 101 ราย ที่เข้ารับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า แบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลรามาธิบดี ระหว่างเดือนกันยายน 2560 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยภาวะปวดศีรษะในการศึกษานี้นิยามว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง หลังการรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งอาจเป็นอาการที่ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเองหรือสอบถามโดยพยาบาล และได้รับยาบรรเทาปวดเป็นการรักษา

ผลการศึกษา ความชุกของภาวะปวดศีรษะในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าเท่ากับ ร้อยละ 52.5 (53/101 ราย) โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุน้อย (อายุเฉลี่ย 40 ปี เทียบกับ 49 ปี; $p = 0.01$) และการวางขั้วไฟฟ้าแบบ right unilateral (ร้อยละ 68 เทียบกับ ร้อยละ 32; $p = 0.001$) กลุ่มที่มีอาการปวดศีรษะมีค่าปริมาณไฟฟ้าที่ได้สูงสุดเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีปวดศีรษะ (333 ± 138.7 mC เทียบกับ 413 ± 154.5 mC; $p = 0.01$) โดยจากการวิเคราะห์พบว่าความเสี่ยงของภาวะปวดศีรษะลดลงเล็กน้อย แต่มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อค่าปริมาณไฟฟ้าเพิ่มขึ้น (adjusted OR = 0.99, $p = 0.01$)

สรุป ภาวะปวดศีรษะหลังการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าพบได้ร้อยละ 52.5 ของผู้ป่วยในงานวิจัยนี้ โดยมีปัจจัยที่สำคัญคือ อายุที่น้อยกว่า และการใช้ขั้วไฟฟ้าแบบ right unilateral ความชุกที่สูงของอาการดังกล่าวแสดงถึงความจำเป็นในการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหาแนวทางป้องกันในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อไป

คำสำคัญ การรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า ปวดศีรษะ ความชุก ปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน

Corresponding author: ปิยะวัฒน์ เด่นดำรงกุล

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: josh.piyawat@gmail.com, piyawat.den@mahidol.ac.th

วันรับ 29 มกราคม 2568 วันแก้ไข 21 มีนาคม 2568 วันตอบรับ 30 เมษายน 2568

The Prevalence and Factors Associated with Headache in Patients After Electroconvulsive Therapy

Naruephon Thitisap*, Piyawat Dendumrongkul*

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

ABSTRACT

Objective: While electroconvulsive therapy (ECT) is generally well-tolerated, headaches have been widely reported for ages. The factors influencing their occurrence also vary in results and are poorly understood. Therefore, the study aimed to determine the prevalence of post-ECT headaches and identify associated risk factors.

Methods: This retrospective study reviewed the medical records of 101 psychiatric inpatients receiving ECT at Ramathibodi Hospital from September 2017 to February 2023. Post-ECT headache in our study was defined as a headache within 24 hours after treatment, either self-reported or identified by a nurse, and received medication afterwards.

Results: Post-ECT headaches were reported by 53 patients (52.5%). Significant factors associated with headaches included younger age (mean 40 vs. 49 years; $p = 0.01$) and right unilateral electrode placement (68% vs. 32%; $p = 0.001$). The headache group had a lower mean maximum charge across sessions (333 ± 138.7 mC vs. 413 ± 154.5 mC; $p = 0.01$). Adjusted analysis showed a slight but significant decrease in headache risk with increasing charge (adjusted OR = 0.99, $p = 0.01$).

Conclusions: Post-ECT headaches affected 52.5% of patients in this study, with younger age and right unilateral placement as key associations with post-ECT headaches. The high prevalence highlights the need for future research on preventing high-risk populations.

Keywords: electroconvulsive, headache, prevalence, risk, complication

Corresponding author: Piyawat Dendumrongkul

E-mail: josh.piyawat@gmail.com, piyawat.den@mahidol.ac.th

Received: 29 January 2025 Revised: 21 March 2025 Accepted: 30 April 2025

INTRODUCTION

Electroconvulsive therapy (ECT) is a well-established treatment for severe psychiatric disorders known for its efficacy and safety.¹⁻³ However, headaches are frequently reported side effects, with prevalence rates ranging from 21% to over 50% across studies.^{4,5} In Thailand, the prevalence of post-ECT headache is 40% among psychiatric inpatients at King Chulalongkorn Memorial Hospital.⁶ Post-ECT headaches typically follow a predictable pattern, with most headaches occurring within the first 24 hours after treatment.⁷ These headaches can range from mild to severe and are usually transient, resolving within a day with appropriate management.⁸ Despite the relatively short duration, these headaches can impact patient comfort and adherence to ECT sessions.⁹

Several factors have been suggested to influence post-ECT headache occurrence and severity. Studies indicate that electrode placement, seizure intensity, and patient characteristics, such as age and history of migraines, may play significant roles.^{10,11} Sackeim et al. (2000) and Haghighi et al. (2016) found unilateral electrode placement and higher stimulus doses significantly increased post-ECT headache incidence.^{10,12} Meanwhile, Dinwiddie et al. (2010) observed variations in headache intensity and duration based on patient-specific characteristics, highlighting the need for personalized management strategies.⁸ Although the exact cause remains unclear, post-ECT headaches are thought to result from muscular contractions of the temporalis and masseter muscles, coupled with cerebral vasodilation.¹³ These headaches are typically described as throbbing and may be accompanied by nausea and vomiting, suggesting a vascular component.¹⁴ Current treatment options commonly include acetaminophen,¹⁵ anti-inflammatory drugs such as ibuprofen,¹⁶ and triptans.¹⁷⁻¹⁹

Given the variability in prevalence and the unclear etiology of post-ECT headaches, continued research is essential to better understand this side effect and improve clinical management. This study aimed to determine the

prevalence of post-ECT headaches and identify associated risk factors among psychiatric patients undergoing ECT at Ramathibodi Hospital.

METHODS

Study design and participants

This retrospective cross-sectional descriptive study reviewed medical records of psychiatric inpatients aged 18 years and older who underwent electroconvulsive therapy (ECT) at the Department of Psychiatry, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand, from 1 September 2017 to 1 May 2023. The initial sample included 145 patient records of individuals who underwent ECT. After excluding incomplete records, 101 inpatients were ultimately included in the analysis. The sample size was computed using the n4Studies4 program with the following inputs: N = 145 (total number of patients who underwent ECT), P = 0.145 (prevalence rate based on previous research: Headache Associated with Electroconvulsive Therapy' by Selçuki D), and a significance level of 0.5. This computation resulted in a required sample size of 83 cases. All available records (145) were initially considered, but after reviewing the records, incomplete and excluded ones reduced the final sample to 101 patients.

Data collection

Data were systematically collected by a single investigator through thorough review of patient medical records. Information gathered included:

- *Demographic data:* Age, gender, duration of illness.
- *Clinical variables:* Diagnosis, history of migraines or other types of headaches, and pre-existing headache complaints during admission
- *ECT details:* Electrode placement (right unilateral or bilateral), type of anesthetic used (thiopental, propofol, or a combination of both), charge settings, and EEG seizure duration.

Definition of Post-ECT headache

Post-ECT headache in this study was defined as a headache occurring within 24 hours after any ECT session, either self-reported or documented by nursing staff, requiring analgesic medication. Thus, patients reporting headaches after any single session were considered to have post-ECT headaches.

ECT procedure

All patients underwent a comprehensive evaluation by psychiatrists and anesthesiologists before receiving electroconvulsive therapy (ECT). The ECT sessions were conducted in the Post-Anesthetic Care Unit (PACU) by a multidisciplinary team that included psychiatrists, psychiatric residents, anesthesiologists, psychiatric nurses, and anesthetic nurses.

Anesthesia was induced using either thiopental (2 - 5 mg/kg IV), propofol (1 - 2 mg/kg IV), or a combination of both, followed by muscle relaxation with succinylcholine (0.5 - 1 mg/kg IV). ECT was administered three times per week using brief (1.0 ms) or ultrabrief (0.5 ms) pulse widths) generated by either a Mecta Spectrum 5000Q (Mecta Corp, USA) or a Thymatron System IV (Somatics, Northampton, USA).

The seizure threshold was determined at the first session using a dose-titration method. Right unilateral electrode placement was typically performed at 500% above the seizure threshold, while bilateral placement was performed at 50% above the threshold. The choice of electrode placement (right unilateral or bilateral) was based on symptom severity as assessed by the treating psychiatrist. Treatment was continued until maximal clinical improvement was achieved or until adverse effects limited further sessions.

Statistical analysis

Descriptive statistics were used to summarize demographic and clinical characteristics. The chi-square test (χ^2) and independent t-tests were performed to compare variables between patients with and without post-ECT headaches. Multivariable logistic regression

analysis was used to identify factors independently associated with post-ECT headaches. The predictors included in the model were age, electrode placement, and maximum charge. Adjusted odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (CI) were reported. A p-value of < 0.05 was considered statistically significant.

RESULTS

Prevalence, demographic, and clinical Characteristics

This study initially recruited 145 consecutively enrolled participants through medical record screening. Following a comprehensive review, 44 cases were excluded due to incomplete documentation or missing data entries, resulting in a final cohort of 101 participants (representing all complete records) for subsequent analyses. All eligible patients' charts were included in the study, with 53 (52.5%) reporting post-ECT headaches. The demographic and clinical characteristics of patients with and without post-ECT headaches are summarized in [Table 1](#). There was no significant difference in gender distribution between the groups, with females comprising 62.5% without headaches and 64.2% with headaches ($p = 1.00$). Patients who reported post-ECT headaches tended to be younger, with a mean age of 40 ± 15.8 years, compared to 49 ± 18.6 years in those without headaches ($p = 0.01$).

Regarding diagnosis, patients with major depressive disorder were significantly more likely to report post-ECT headaches (52.8%) compared to those without headaches ($p = 0.001$). ([Table 1](#))

Factors associated with Post-ECT headaches

Regarding anesthetic use, thiopental was associated with a higher risk of post-ECT headaches ($\chi^2 = 4.71$, $p = 0.05$), while propofol and thiopental-propofol combinations showed no significant effect. Right unilateral electrode placement was associated with a higher prevalence of post-ECT headaches than bilateral placement (68.0% vs 32%; $\chi^2 = 12.07$, $p = 0.001$). This suggests that right unilateral placement increases the risk of post-ECT headaches, while bilateral placement may lower that risk.

Table 1 Demographic and Clinical Characteristics of Patients with and without Post-ECT Headaches

Item	Mean ± SD or Number (%)		χ ²	T	p-value
	No Post-ECT Headache (N = 48)	Post-ECT Headache (N = 53)			
Gender			0.030		1.000
Female	30 (62.5)	34 (64.2)			
Male	18 (37.5)	19 (35.8)			
Age (years)	49 ± 18.6	40 ± 15.8		2.527	0.013*
Body mass index (kg/m ²)	21.6 ± 9.4	21.9 ± 11.5		-0.145	0.885
Duration of illness (years)	14.2 ± 11.5	9 ± 10.6		2.344	0.021*
Diagnosis					
Schizophrenia	14 (29.2)	10 (18.9)	1.475		0.250
Schizoaffective disorder	10 (20.8)	6 (11.3)	1.710		0.276
Bipolar disorder	14 (29.2)	9 (17.0)	2.127		0.162
Major depressive disorder	10 (20.8)	28 (52.8)	10.988		0.001*
Psychiatric comorbidity					
Anxiety disorder	0. (0.0)	2 (3.8)	1.848		0.496
OCD	0. (0.0)	2 (3.8)	1.848		0.496
ADHD	0. (0.0)	3 (5.7)	2.800		0.244
Non-psychiatric comorbidity					
Metabolic	22 (45.8)	20 (37.7)	0.680		0.427
CNSa	4 (8.3)	2 (3.8)	0.937		0.420
Hormonal	3 (6.3)	1 (1.9)	1.261		0.344
OSAb	5 (10.4)	3 (5.7)	0.781		0.472
Autoimmune	1 (2.1)	1 (1.9)	0.005		1.000
Cancer	3 (6.3)	0 (0.0)	3.414		0.104
Respiratory	1 (2.1)	3 (5.7)	0.847		0.619
Musculoskeletal	3 (6.3)	2 (3.8)	0.328		0.666
History of previous ECT	23 (47.9)	17 (32.1)	2.643		0.153
Time to last ECT (years)	1.7 ± 3.7	2.5 ± 5.4		2.334	0.338
Concurrent medication					
Antipsychotic	45 (93.8)	45 (84.9)	2.030		0.204
Antidepressant	17 (35.4)	25 (47.2)	1.432		0.312
Antiepileptic	9 (18.8)	4 (7.5)	2.819		0.137
Lithium	2 (4.2)	0 (0.0)	2.253		0.223
Anxiolytic	13 (27.1)	10 (18.9)	0.967		0.352
Anticholinergic drug	7 (14.6)	3 (5.7)	2.248		0.186

Table 1 Demographic and Clinical Characteristics of Patients with and without Post-ECT Headaches (Con)

Item	Mean ± SD or Number (%)		χ ²	T	p-value
	No Post-ECT Headache (N = 48)	Post-ECT Headache (N = 53)			
History of headache					
Migraine	0 (0.0)	6 (11.3)	5.777		0.028*
Other headaches	0 (0.0)	4 (7.5)	3.772		0.119
Headache complaint during admission before ECT	1 (2.1)	9 (17.0)	6.267		0.017*
History of substance use	2 (4.2)	1 (1.9)	0.454		0.603
Anesthetic agent					
Thiopental (2 - 5 mg/kg)	37 (77.1)	49 (92.5)	4.705		0.048*
Propofol (1 - 2 mg/kg)	10 (20.8)	4 (7.5)	3.724		0.082
Thiopental and Propofol	1 (2.1)	0 (0.0)	1.115		0.475
Succinylcholine (mg)	75 ± 21	72 ± 23		0.593	0.555
Electrode placement			12.066		0.001*
Right unilateral	16 (33.3)	36 (68.0)			
Bilateral	32 (66.7)	17 (32.0)			
Number of ECT sessions	12.5 ± 6.2	11.5 ± 4.4		0.919	0.361
Multiple charges at first session	25 (52.1)	20 (37.7)	2.099		
Charge at first session (mC)	156 ± 149	73 ± 80.3		3.429	0.001*
Maximum charge across all sessions (mC)	413 ± 154.5	333 ± 138.7		2.731	0.007*
EEG seizure duration (seconds)	52 ± 21	66 ± 32		- 2.501	0.014*

*p < 0.05 indicates statistical significance. χ²: Chi-square test; SD: Standard Deviation; ECT: Electroconvulsive Therapy; mC: Millicoulombs; aCentral nervous system; bObstructive sleep apnea

Longer EEG seizure duration (mean 66 ± 32 seconds vs. 52 ± 21 seconds; p = 0.01) was significantly associated with post-ECT headaches. Notably, the headache group had a lower mean maximum charge (333 ± 138.7 mC) than the no-headache group (413 ± 154.5 mC; p = 0.01). Our analysis also showed a slight but significant decrease in headache risk with increasing charge (adjusted OR = 0.996, 95% CI (0.993 - 0.999), p = 0.018). These findings suggest that maximum charge might not be directly linked to headache risk.

Anyway, the data indicated that a prior incidence of migraine headaches and other headache types were found solely within the post-ECT headache group. In contrast, using a combination of intravenous anesthetic

agents was observed exclusively in the non-headache group. Consequently, these variables were excluded from the associative analysis in [Table 2](#).

Multivariable analysis

The detailed results of the multivariable logistic regression analysis are presented in [Table 3](#). Prior to the analysis, multicollinearity was primarily run in a linear regression model, which was not significant among factors. As for the logistic regression analysis, younger age remained a significant predictor of post-ECT headaches (adjusted OR = 0.975, 95% CI (0.950 - 1.000), p = 0.047). Right unilateral electrode placement also increased headache risk (adjusted OR = 3.936, 95% CI

Table 2 Univariate Associations of Potential Confounders for Post-ECT Headache

Variables	Post-ECT Headache			p-value
	Odds Ratio	95% Confidence Interval		
		Lower	Upper	
Gender (Male)	0.931	0.141	2.094	0.863
Age (years)	0.971	0.948	0.994	0.015*
Body mass index (kg/m ²)	1.003	0.966	1.041	0.883
Duration of illness (years)	0.957	0.921	0.995	0.026*
Diagnosis				
Schizophrenia	0.565	0.223	1.428	0.227
Schizoaffective disorder	0.485	0.162	1.455	0.197
Bipolar disorder	0.497	0.192	1.284	0.149
Major depressive disorder	4.256	1.764	10.271	0.001*
Non-psychiatric comorbidity				
Metabolic	0.716	0.324	1.585	0.410
Neurological disorder	0.431	0.075	2.469	0.345
Hormonal-related	0.288	0.029	2.872	0.289
Obstructive sleep apnea	0.516	0.116	2.286	0.384
Autoimmune	0.904	0.055	14.860	0.944
Respiratory	2.820	0.283	28.069	0.377
Musculoskeletal	0.588	0.094	3.680	0.571
History of ECT	0.513	0.229	1.152	0.106
Time to last ECT (years)	1.043	0.955	1.140	0.348
Concurrent medication				
Antipsychotic	0.375	0.093	1.505	0.167
Antidepressant	1.628	0.731	3.625	0.233
Antiepileptic	0.354	0.101	1.235	0.103
Anxiolytic	0.626	0.245	1.599	0.328
Anticholinergic drug	0.351	0.085	1.445	0.147
Headache complaint during admission	9.614	1.170	79.018	0.035*
History of substance use	0.442	0.039	5.039	0.511
Anesthetic agent				
Thiopental (2 - 5 mg/kg)	3.642	1.074	12.353	0.038*
Propofol (1 - 2 mg/kg)	0.310	0.090	1.066	0.063
Succinylcholine (mg)	0.995	0.977	1.012	0.551
Electrode placement				
Right unilateral	4.235	1.842	9.736	0.001*
Bilateral	0.236	0.103	0.543	0.001*
Number of ECT sessions	0.965	0.896	1.040	0.350
Multiple charges at first session	0.558	0.252	1.232	0.149
Charge at first session (mC)	0.992	0.987	0.998	0.005*
Maximal charge from all sessions (mC)	0.996	0.993	0.999	0.009*
EEG seizure duration (seconds)	1.020	1.003	1.036	0.019*

*p < 0.05 indicates statistical significance. OR: Odds Ratio; CI: Confidence Interval; N/A: Not Applicable. The variables were assessed using univariate logistic regression. Results are presented as OR (95% CI).

(1.631 - 9.499), $p = 0.002$). Interestingly, a higher maximum charge was linked to a slight decrease in headache risk (adjusted OR = 0.996, 95% CI (0.993 - 0.999), $p = 0.018$). These findings highlight younger age, right unilateral placement, and lower maximum charge as key associations with post-ECT headache of post-ECT headaches.

Table 3 Multivariable logistic regression analysis for major factors of post-ECT Headache

Variables	Adjusted	
	OR (95% CI)	p-value
Age	0.975 (0.950 - 1.000)	0.047*
Electrode placement: Right unilateral	3.936 (1.631 - 9.499)	0.002*
Maximal charge from all sessions	0.996 (0.993 - 0.999)	0.018*

* $p < 0.05$ indicates statistical significance. OR: Odds Ratio; CI: Confidence Interval. Multivariable analysis included age, electrode placement, and maximum charge across all sessions. Adjusted OR (95% CI) and corresponding p-values are presented.

DISCUSSION

This study explored the prevalence and factors associated with post-ECT headaches, identifying significant associated factors such as younger age, right unilateral electrode placement, and lower maximum charge across all ECT sessions.

Comparison with other studies: prevalence of post-ECT headache

In our study, 52.5% of patients reported post-ECT headaches within 24 hours. This prevalence is higher than that reported by Haghighi et al. (2016), who found a rate of 21.9%, likely due to their shorter assessment window (6 hours) and inclusion of all headache cases, regardless of severity.¹² In contrast, Dinwiddie et al. (2010) reported a prevalence of around 46% by assessing headache intensity over 24 hours, capturing even mild, transient headaches.⁸ The reported rate variability could stem from methodology variations, patient populations, or ECT

protocols. Our study focused on clinical headaches, defined by the subjective need for medication within 24 hours, which was more sensitive than the visual analog scale, likely contributed to our broader and higher prevalence than using specific cut-off points in which the given medication, in other studies, was mainly moderate to severe pain.

When post-ECT headaches are monitored over a more extended period, as in our study and Dinwiddie's, prevalence tends to be higher, capturing headaches that develop later rather than immediately. Our study highlights the importance of consistent follow-up by focusing on headaches requiring medication within 24 hours. It also suggests that early interventions, such as pre-treatment with analgesics, may help reduce headache occurrence and severity. Supporting this, a recent trial by Isuru et al. found that preemptive acetaminophen significantly reduced post-ECT headache incidence—affecting 36% of treated patients versus 71% in the placebo group ($p < 0.001$), with an NNT of 3 [10]. Future studies should explore prophylactic medications for headache prevention before ECT to determine their impact on patient outcomes.

Age and Post-ECT headache

Our findings align with previous studies suggesting that younger patients are more susceptible to post-ECT headaches. Dinwiddie et al. (2010) noted that patients under 45 are likelier to experience severe headaches post-ECT, with headache intensity inversely correlating with age.⁸ This could be due to the lower seizure threshold seen in younger individuals,^{11,20} which results in more intense seizures and, consequently, a higher likelihood of headaches. Even after adjusting for other factors, younger age remained a key predictor in our study. This heightened susceptibility might be explained by the fact that post-ECT headaches are thought to involve the contraction of temporalis and masseter muscles. In younger patients, the intensity of muscle contraction may be more pronounced, contributing to the increased severity of headaches observed in this age group.

Electrode placement and headache risk

Our study found that right unilateral electrode placement was significantly associated with an increased likelihood of post-ECT headaches. While higher electrical charges in unilateral placements have been suggested as a factor, our findings and others indicate that this association is not solely due to the charge. Research suggests that right unilateral electrode placement is associated with a higher prevalence of headaches than bilateral placement, likely due to the focused stimulation on one hemisphere, which may heighten the activation of pain-sensitive areas in the brain. This asymmetrical stimulation and the need for higher stimulus intensities can contribute to increased headache risk.¹² Additionally, the specific seizure characteristics influenced by electrode placement may contribute to headache development and are independent of the charge used.⁸

Furthermore, Mulder and Grootens (2020) observed that bilateral electrode placement generally results in fewer headaches, supporting our finding that unilateral placement carries a higher risk. Their review also highlights that procedural factor beyond electrode placement could contribute to headache risk. Although bilateral placement tends to involve more cognitive side effects, it appears to be less associated with headaches, as confirmed by our results and existing literature.²¹

Maximum charge and headache severity:

Our study suggests that maximum charge may not be strongly associated with post-ECT headaches. Although the headache group had a lower mean maximum charge (333 ± 138.7 mC) compared to the no-headache group (413 ± 154.5 mC), the adjusted analysis showed only a marginally significant decrease in headache risk with increasing charge (adjusted OR = 0.996, 95% CI (0.993 - 0.999), $p = 0.018$), indicating that maximum charge may not be a primary factor in the development of post-ECT headaches.

This contrasts with earlier studies that linked higher charges to increased headache risk.^{10,12} Some studies also supported the idea that electrical power was

not likely related to clinical headaches,^{22,23} showing the inconsistency about this factor. Notably, our results emphasize that younger age was a significant predictor of post-ECT headaches, regardless of the charge used. This suggests that younger patients may be inherently more susceptible to headaches due to factors beyond electrical charge, such as increased neurological sensitivity or more vigorous seizure activity.

Anesthesia and headache risk:

After adjusting for confounders, our study did not find a significant link between thiopental use and post-ECT headaches. This aligns with Haghighi et al. (2016), who found no anesthetic to be a predictor.¹² While Dinwiddie et al. (2010) suggested that factors like seizure duration and age might influence headache severity more than the anesthetic used, our findings suggest that anesthetic choice may not be a key factor.⁸ A larger sample size might reveal more, but other factors, like electrode placement and seizure dynamics, appear more critical in headache risk.

Limitations and future directions

This study has several limitations that should be considered when interpreting the results. The small sample size limits the generalizability of our findings, and as a retrospective descriptive study based on chart reviews, our ability to control for potential confounding factors was restricted. The accuracy of the data also depended heavily on the completeness and consistency of medical records.

Additionally, the study was conducted exclusively on inpatients, which may not fully capture the headache dynamics seen in outpatient settings, where patients may present with different profiles. Premedication analgesia during some sessions introduced variability in headache risk, complicating the analysis. Moreover, the study did not assess headache severity, limiting our understanding of the full impact of post-ECT headaches and restricting comparisons with studies that grade headache intensity. Future research could explore the potential benefits of premedication in reducing post-ECT headaches.

Comparing headache incidence and severity between patients who receive premedication and those who do not may offer valuable insights, helping to refine strategies for managing post-ECT headaches and improving patient care.

Clinical implications and recommendations

Our study's high prevalence of post-ECT headaches, especially among younger patients and those receiving right unilateral placement, underscores the need for effective management strategies. Premedication with analgesics could be a valuable approach to reduce headache severity and improve patient comfort, potentially enhancing adherence to ECT treatment.

The high frequency of post-ECT headaches in our study, particularly in the younger age groups and right unilateral placement patients, underscores the need for active management practices. The possible escalation of headache-induced patient discomfort and ECT compliance necessitates the following recommendations:

1. Risk assessment: Practitioners need to comprehensively screen patients for post-ECT headache risk factors of younger age, headache history, and planned electrode placement strategy.

2. Prophylactic analgesia: Preoperative analgesic premedication, such as with acetaminophen or NSAIDs, can be indicated, particularly in high-risk patients. The Isuru et al. (2017) trial demonstrated the efficacy of preemptive acetaminophen in reducing post-ECT headache occurrence,¹⁵ in support of this practice.

3. Tailored treatment planning: ECT parameters, including placement and intensity of electrodes, have to be personalized based on patient profile and desired clinical effect. While right unilateral placement may be preferable in some cases to limit cognitive side effects, the hazard of increased headache must be given serious thought.

4. Close monitoring and management: Close monitoring must be performed in patients for headache development following ECT. There must be a standard protocol of headache assessment and management,

which could include the administration of analgesics and other supportive interventions.

5. Patient psychoeducation: Patients need to be advised regarding post-ECT headache risk and available management strategies. This could minimize anxiety and maximize compliance with treatment.

CONCLUSION

This study found that post-ECT headaches are frequent, affecting 52.5% of patients. Major associated factors included younger age and unilateral placement. At the same time, a lower maximum charge was found to have marginal significance in the headache group, which might lead to a lesser impact of energy intensity on headache risk.

Acknowledgments

We would like to thank Dr.Pichai Ittasakul and all staff at the Electroconvulsive Therapy Clinic, Ramathibodi Hospital, for supporting the data about the ECT procedure.

Funding

This research received no specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Ethical Approval

This study, which involved human participants, was under the institution's ethical standards, the 1964 Declaration of Helsinki, and its later amendments. The ethical standards were also approved by the Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University (MURA2023/683). While the written informed consent was granted to be exempted due to not exceeding the minimal risk, the data collection in all case report forms excluded the identification of any participants.

Conflict of Interest

There are no competing interests to declare that are relevant to the article.

Data Availability Declaration

The identification-blinded data was obtained from the recording database of the Brain Stimulation unit and inpatient chart review in Ramathibodi Hospital. They are available from the corresponding author upon reasonable request.

Author Contribution

Besides N.T. carried out the data collection, drafted the manuscript, designed tables and figures, all authors contributed to the study design and implementation of the research, to the analysis of the results and the writing of the final manuscript

REFERENCE

1. Fink M. Convulsive therapy: a review of the first 55 years. *J Affect Disord* 2001;63(1-3):1-15.
2. Munk-Olsen T, Laursen TM, Videbech P, Mortensen PB, Rosenberg R. All-cause mortality among recipients of electroconvulsive therapy: register-based cohort study. *Br J Psychiatry* 2007;190(1):435-9.
3. UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2003;361(9360):799-808.
4. Ding Z, White PF. Anesthesia for electroconvulsive therapy. *Anesth Analg* 2002;94(5):1351-64.
5. Weiner SJ, Ward TN, Ravaris CL. Headache and electroconvulsive therapy. *Headache* 1994;34(3):155-9.
6. Charernboon T, Tangwongchai S, Karnjanathanalers N. Prevalence of adverse events and related factors from electroconvulsive therapy among psychiatric inpatients at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chula Med J* 2008;52(1):43-58.
7. Andrade C, Arumugham S, Thirthalli J. Adverse effects of electroconvulsive therapy. *Psychiatr Clin North Am* 2016;39(3):513-30.
8. Dinwiddie SH, Huo D, Gottlieb O. The course of myalgia and headache after electroconvulsive therapy. *J ECT* 2010;26(2):116-20.
9. Kramer BA, Kadar AG, Clark K. Use of the neuro-wrap system for severe post-electroconvulsive therapy headaches. *J ECT* 2008;24(2):152-5.
10. Sackeim HA, Prudic J, Devanand DP, et al. A prospective, randomized, double-blind comparison of bilateral and right unilateral electroconvulsive therapy at different stimulus intensities. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(5):425-34.
11. Sackeim H, Decina P, Prohovnik I, Malitz S. Seizure threshold in electroconvulsive therapy: effects of sex, age, electrode placement, and number of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44(4):355-60.
12. Haghghi M, Sedighinejad A, Naderi Nabi B, Emiralavi C, Biazar G, Mirmozaffari K, et al. The incidence and predictors of headache and myalgia in patients after electroconvulsive therapy (ECT). *Anesth Pain Med* 2016;6(3): e33724.
13. Rasmussen KG. A randomized controlled trial of ketorolac for prevention of headache related to electroconvulsive therapy. *Pain Stud Treat* 2013;2:33,862.
14. American Psychiatric Association Committee on Electroconvulsive Therapy. The practice of electroconvulsive therapy: recommendations for treatment, training, and privileging. 2nd ed. APA Press; 2001. p. 62-5.
15. Isuru A, Rodrigo A, Wijesinghe C, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial on the role of preemptive analgesia with acetaminophen (paracetamol) in reducing headache following electroconvulsive therapy (ECT). *BMC Psychiatry* 2017;17(1):1-7.
16. Leung M, Hollander Y, Brown GR. Pretreatment with ibuprofen to prevent electroconvulsive therapy-induced headache. *J Clin Psychiatry* 2003;64(5):551-3.
17. Kertesz D, Trabekin O, Vanetik M. Headache treatment after electroconvulsive treatment: a single-blinded trial comparator between eletriptan and paracetamol. *J ECT* 2015;31(2):105-9.
18. Markowitz J, Kellner C, DeVane C, et al. Intranasal sumatriptan in post-ECT headache: results of an open-label trial. *J ECT* 2001;17(3):280-3.
19. White PF, Purdue L, Downing M, et al. Intranasal sumatriptan for prevention of post-ECT headaches. *Headache* 2006;46(4):692-7.
20. Poulet E, Auriacombe M, Tignol J. Seizure threshold and electroconvulsive therapy: importance for good clinical practice of ECT. *Encephale* 2003;29(2):99-107.
21. Mulder H, Grootens KP. The incidence of post-electroconvulsive therapy headache: a systematic review. *J Affect Disord* 2020;272(1):109-15.
22. Zottmann C, editor. EKT und unerwünschte Ereignisse – eine retrospektive Analyse an der Universitätsmedizin Göttingen. 2017.
23. Karaaslan E, Akbas S, Ozkan AS, Zayman EP. Effects of preemptive intravenous paracetamol and ibuprofen on headache and myalgia in patients after electroconvulsive therapy: A placebo-controlled, double-blind, randomized clinical trial. *Medicine (Baltimore)* 2019;98(51):e18473.

การศึกษาแบบภาคตัดขวางของความสัมพันธ์ระหว่างทักษะทางการเงินและสุขภาพจิตในบุคลากรสังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

อังคณา จิรเรืองตระกูล*, กมลเนตร วรณเสวก*, ธนยศ สุมาลัยโรจน์*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทักษะทางการเงิน ในด้านความรู้ทางการเงิน ด้านทัศนคติทางการเงิน ด้านพฤติกรรมทางการเงิน และสุขภาพจิตของบุคลากรสังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล รวมถึงเพื่อให้ทราบถึงทักษะทางการเงินในด้านความรู้ทางการเงิน ทัศนคติทางการเงิน พฤติกรรมทางการเงิน และสุขภาพจิตของบุคลากรสังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และเพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อทักษะทางการเงินและสุขภาพจิต

วิธีการศึกษา งานวิจัยฉบับนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 164 คน ที่มีอายุระหว่าง 20 - 60 ปี โดยใช้ชุดแบบสอบถาม ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต (DASS-21) และแบบสอบถามทักษะทางการเงิน แล้วจึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มในตัวแปรเชิงปริมาณ จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษา ในบุคลากรสังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จำนวน 164 คน พบความสัมพันธ์เชิงเส้นในทิศทางตรงกันข้ามกันในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญ ระหว่างทั้งคะแนนทักษะทางการเงินกับคะแนนความวิตกกังวล ($r_s = -0.210, p = 0.007$) และกับคะแนนภาวะซึมเศร้า ($r_s = -0.240, p = 0.002$) บุคลากรส่วนใหญ่มีคะแนนของทักษะทางการเงิน ความรู้ทางการเงิน ทัศนคติทางการเงิน และพฤติกรรมทางการเงิน อยู่ในระดับคะแนนที่คาดหวัง (เท่ากับร้อยละ 89.0, 84.8, 89.0 และ 87.8 ตามลำดับ) และบุคลากรเกินกว่าครึ่งมีคะแนนด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ ทั้งด้านความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า (เท่ากับร้อยละ 65.9, 53.0 และ 56.7 ตามลำดับ) นอกจากนี้จากผลวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุ (Nagelkerke $R^2 = 0.252$) พบว่าภาวะซึมเศร้า จำนวนบุตรที่อุปการะ และรายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือน มีผลต่อทักษะทางการเงินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการลดลงของทักษะทางการเงิน โดยลดลงประมาณร้อยละ 80 (OR = 0.20, 95% CI = 0.06 - 0.68, $p = 0.010$) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า การมีจำนวนบุตรที่อุปการะเพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการลดลงของทักษะทางการเงิน โดยลดลงประมาณร้อยละ 44 (OR = 0.56, 95% CI = 0.34 - 0.92, $p = 0.021$) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีบุตรอุปการะน้อยกว่า อย่างไรก็ตาม การมีรายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือนที่เพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์กับโอกาสที่ทักษะทางการเงินจะเพิ่มขึ้นประมาณ 2.93 เท่า (OR = 2.93, 95% CI = 1.03 - 8.34, $p = 0.044$) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้ได้น้อยกว่า

สรุป บุคลากรสังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ส่วนใหญ่มีคะแนนทักษะทางการเงินในด้านความรู้ทางการเงิน ด้านทัศนคติทางการเงิน ด้านพฤติกรรมทางการเงินอยู่ในเกณฑ์คะแนนที่คาดหวัง และเกินกว่าครึ่งมีความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ โดยทักษะทางการเงินที่น้อยจะมีความสัมพันธ์กับการมีความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น และพบว่าภาวะซึมเศร้า รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคลบางอย่าง ได้แก่ จำนวนบุตรที่อุปการะและรายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับทักษะทางการเงิน

คำสำคัญ ทักษะทางการเงิน สุขภาพจิต บุคลากรทางการแพทย์

Corresponding author: อังคณา จิรเรืองตระกูล

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: angkana.jir@student.mahidol.ac.th

วันรับ 6 มกราคม 2568 วันแก้ไข 23 มีนาคม 2568 วันตอบรับ 2 เมษายน 2568

The Cross-Sectional Study of the Relationship between Financial Literacy and Mental Health among Employees and Health Professionals in the Faculty of Medicine Siriraj Hospital

Angkana Jirarangtrakul*, Kamonnet Wannasewok*, Thanayot Sumalrot*

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

ABSTRACT

Objectives: To examine the relationship between financial literacy in terms of financial knowledge, financial attitudes, financial behavior, and mental health among employees and health professionals in the Faculty of Medicine Siriraj Hospital. It also aimed to assess the levels of financial knowledge, financial attitudes, financial behavior, and mental health of the employees and health professionals, as well as to investigate the personal factors affecting financial literacy and mental health.

Methods: This research was a cross-sectional study involving a sample of 164 individuals aged 20 - 60 years. A set of questionnaires were administered including a personal information questionnaire, the Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21), and a financial literacy questionnaire. The relationships between variables were analyzed using Pearson's or Spearman's correlation coefficients for quantitative variables.

Results: Among 164 employees and health professionals at the Faculty of Medicine Siriraj Hospital, a significant weak negative correlation was found between financial literacy and both anxiety ($r_s = -0.210$, $p = 0.007$) and depression ($r_s = -0.240$, $p = 0.002$). Additionally, most participants had financial literacy scores, financial knowledge, financial attitudes, and financial behaviors in the expected range: 89.0%, 84.8%, 89.0%, and 87.8% respectively. Moreover, more than half of participants had normal mental health scores in terms of stress, anxiety, and depression, with 65.9%, 53.0%, and 56.7%, respectively. From the multiple logistic regression analysis (Nagelkerke $R^2 = 0.252$), it was found that depression and some personal factors such as the number of children and average monthly income significantly affected financial literacy ($p < 0.05$). Depression was associated with an 80% lower chance of having better financial literacy (OR = 0.20, 95% CI 0.06 - 0.68, $p = 0.010$). An increase in the number of children was associated with a 44% lower chance of having better financial literacy (OR = 0.56, 95% CI 0.34 - 0.92, $p = 0.021$). Higher average monthly income was associated with a 2.93 times higher chance of having better financial literacy (OR = 2.93, 95% CI 1.03 - 8.34, $p = 0.044$).

Conclusion: The financial literacy of most employees and health professionals at the Faculty of Medicine Siriraj Hospital-as measured by their financial knowledge, attitudes, and behaviors-fell within the expected range. More than half of them had normal levels of stress, anxiety, and depression. Lower financial literacy was significantly correlated with higher levels of anxiety and depression. Depression and personal factors such as the number of children and average monthly income were found to significantly affect financial literacy.

Keywords: financial literacy, mental health, health professionals

Corresponding author: Angkana Jirarangtrakul

E-mail: angkana.jir@student.mahidol.ac.th

Received: 6 January 2025 Revised: 23 March 2025 Accepted: 2 April 2025

บทนำ

ภาวะสุขภาพจิตที่ดีเป็นดรชนีหนึ่งที่จะสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตของบุคคล องค์การอนามัยโลกได้นิยามภาวะสุขภาพจิตว่าหมายถึงการมีสุขภาพที่ดี มีความผาสุก มีความตระหนักในศักยภาพของตนเอง และสามารถจัดการกับความเครียดในชีวิตทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งมีส่วนร่วมในสังคม ผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีคือผู้ที่ไม่สามารถปรับตัว เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบได้ อาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและเกิดปัญหาในด้านต่างๆ ตามมา เช่น การเกิดอาการทางกาย การมีอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ การมีความบกพร่องเชิงสังคม และการมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรง¹ โดยหนึ่งในปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตคือเรื่องความเครียดทางการเงิน (financial stress) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเครียดทางการเงินมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปัญหาสุขภาพจิต โดยพบได้ทั้งในกลุ่มที่มีรายได้สูงและรายได้น้อยแต่จะพบมากกว่าในกลุ่มที่มีรายได้น้อย²

ทักษะทางการเงิน (financial literacy) เป็นทักษะหนึ่งที่มีความสำคัญในปัจจุบัน ทั้งนี้หากบุคคลมีทักษะทางการเงินที่ดีจะทำให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการตัดสินใจทางการเงินในด้านต่างๆ ได้เป็นอย่างดี และส่งผลให้บุคคลนั้นมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี สามารถพึ่งพาทางการเงินด้วยตนเองได้ อีกทั้งยังส่งผลดีต่อการจัดการทางการเงินของครัวเรือน ซึ่งจะเกิดผลดีต่อเศรษฐกิจสังคมอีกด้วย³

งานวิจัยหลายฉบับได้ศึกษาถึงระดับทักษะทางการเงิน⁴⁻⁶ โดยในปี พ.ศ. 2556 Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) ได้เริ่มสำรวจทักษะทางการเงินของประชาชนในหลายประเทศทั่วโลก สำหรับประเทศไทย ธนาคารแห่งประเทศไทย และสำนักงานสถิติแห่งชาติ ก็ได้ร่วมมือกันสำรวจทักษะทางการเงินของคนไทยทั่วประเทศ ทุกช่วงอายุและหลากหลายอาชีพ ในปี พ.ศ. 2556 โดยใช้แนวทางเดียวกับแบบสำรวจทักษะทางการเงินของ OECD ซึ่งวัดทักษะทางการเงินของคนไทยใน 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ทางการเงิน ทักษะคิดทางการเงิน และพฤติกรรมทางการเงิน พบว่ากลุ่มที่มีระดับทักษะทางการเงินที่ดีกว่ากลุ่มอื่น ได้แก่ ผู้มีระดับการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป ผู้ที่อยู่ในกลุ่มอาชีพลูกจ้างรัฐบาลและวิสาหกิจนายจ้าง ส่วนกลุ่มที่มีระดับทักษะทางการเงินไม่ดีเท่าที่ควร คือกลุ่มผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย สถานภาพไม่มีรายได้ และจากการทบทวนวรรณกรรม

ที่ผ่านมาในปี พ.ศ. 2565 ของประเทศปากีสถาน พบว่าทักษะทางการเงินที่ไม่ดี ส่งผลต่อความเครียดทางการเงินที่เพิ่มขึ้น⁷

นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2566 ได้มีการศึกษาถึงสุขภาพจิตของบุคลากรด้านหน้าของโรงพยาบาลศิริราช พบว่ามีความเครียดถึงร้อยละ 23.3⁸ โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความเครียดประกอบด้วยหลายด้าน เช่น ปัจจัยด้านวิชาชีพ ภาระงานที่ได้รับมอบหมายไม่เหมาะสม การมีโรคประจำตัว และคุณภาพการนอนไม่เพียงพอ⁸ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างทักษะทางการเงินและสุขภาพจิตในกลุ่มประชากรไทย ผู้วิจัยจึงสังเกตเห็นโอกาสในการศึกษาเรื่องดังกล่าว โดยตั้งสมมุติฐานว่าผู้ที่มีทักษะทางการเงินที่ดีจะมีสุขภาพจิตที่ดีด้วย ซึ่งหากพบความสัมพันธ์ดังกล่าว การส่งเสริมเรื่องทักษะทางการเงินน่าจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดีได้ด้วย อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมาศึกษาสุขภาพจิตเฉพาะในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ด้านหน้าของโรงพยาบาลศิริราชเท่านั้น แต่ยังไม่ได้ครอบคลุมถึงบุคลากรที่ไม่ใช่ด้านหน้าที่ทำงานในโรงพยาบาล ซึ่งก็มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานของหน่วยงาน อีกทั้งความเครียดของบุคลากรเองก็ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน ทั้งในเรื่องระยะเวลาและคุณภาพของงานที่ออกมา⁹ ฉะนั้นงานวิจัยนี้จึงสนใจศึกษาในกลุ่มบุคลากรที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งมีทั้งบุคลากรที่ไม่ใช่ด้านหน้าและเป็นบุคลากรด้านหน้าเองว่าทักษะทางการเงินมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรหรือไม่อย่างไร และหากพบว่ามีความสัมพันธ์อาจส่งผลให้มีการจัดโครงการพัฒนาทักษะทางการเงินแก่บุคลากร เพื่อลดโอกาสการเกิดความเครียด และนำข้อมูลไปใช้ต่อยอดในงานวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางการเงินและภาวะสุขภาพจิตได้ต่อไป

การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทักษะทางการเงินและสุขภาพจิตของบุคลากร สังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และวัตถุประสงค์รองเพื่อให้ทราบถึงทักษะทางการเงินในด้านความรู้ทางการเงิน ทักษะคิดทางการเงิน พฤติกรรมทางการเงิน และสุขภาพจิตของบุคลากร สังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล รวมถึงเพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อทักษะทางการเงิน และสุขภาพจิตของบุคลากร สังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ จำนวนบุตร รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประสบการณ์การทำงาน และอาชีพ

วิธีการศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยฉบับนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทักษะทางการเงินและสุขภาพจิต ในบุคคลากรที่สังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล อายุระหว่าง 20 - 60 ปี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยนี้คือ บุคลากรสายวิชาชีพเฉพาะ (ซึ่งหมายถึงบุคลากรวิชาชีพเฉพาะที่ต้องมีใบประกอบวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ฯลฯ) และบุคลากรสายสนับสนุน (ซึ่งหมายถึงบุคลากรสายสนับสนุนทั่วไประดับปฏิบัติการและช่วยปฏิบัติการทุกประเภทการจ้างรวมถึงลูกจ้าง) ที่ทำงานสังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ในช่วงเก็บข้อมูลที่มีอายุ 20 - 60 ปี เป็นการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง อ้างอิงจากงานวิจัยของ Falak Khan (2022) ที่ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับทักษะทางการเงินและความเครียดของกลุ่มประชากรในประเทศปากีสถาน พบว่ามีค่า squared multiple correlation (R^2) เท่ากับ 0.134 และจำนวนตัวแปรทั้งหมด 19 ตัว⁷ ซึ่งเมื่อใช้โปรแกรม nQuery advisor คำนวณขนาดตัวอย่างโดยคิดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 จะได้ขนาดตัวอย่างรวม 149 ตัวอย่าง แต่เนื่องจากในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านอินเทอร์เน็ต ดังนั้นเพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามซ้ำจากบุคคลเดียวกันหรือการตอบแบบเดาสุ่ม ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลเพิ่มจากขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้อีก 10% คิดเป็นจำนวนรวมทั้งหมด 164 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยบนเว็บไซต์ <http://docs.google.com/forms> ผู้เข้าร่วมวิจัยใช้ชุดแบบสอบถามงานวิจัยที่ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ซึ่งใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งฉบับ ประมาณ 20 - 30 นาที ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ จำนวนบุตร รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประสบการณ์การทำงาน และอาชีพ โดยรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ คือ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 18,001 บาท ปานกลาง คือ รายได้ 18,001 - 50,000 บาท

และระดับสูง คือ รายได้มากกว่า 50,000 บาท ซึ่งอ้างอิงจากข้อมูลของสมาคมวิจัยการตลาดแห่งประเทศไทยปี 2553¹⁰ สำหรับประสบการณ์การทำงาน แบ่งเป็นน้อยกว่า 6 เดือน, 6 เดือนถึงน้อยกว่า 1 ปี, 1-5 ปี, มากกว่า 5 - 10 ปี และมากกว่า 10 ปี โดยอ้างอิงจากงานวิจัยของประเทศไทยในปี 2558 ซึ่งพบว่า การแบ่งระดับประสบการณ์การทำงานข้างต้นมีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กร โดยประสบการณ์การทำงานที่น้อยกว่าและเท่ากับ 5 ปี และมากกว่า 10 ปี มีความผูกพันต่อองค์กรในระดับมากที่สุด¹¹ ซึ่งมีผลต่อทักษะทางการเงิน¹²

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต (depression anxiety stress scales: DASS-21)¹³ เป็นแบบวัดรายงานตนเอง (self-report) ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด ซึ่งพัฒนาโดย Lovibond and Lovibond (1995) และมีฉบับแปลภาษาไทยโดย ดร.สุกัลยา สว่าง¹³ โดยผู้แปลได้อนุญาตให้ ภัทรวิทย์รัตน์เสถียร และ ฌักควรรต บัวทอง ทำการดัดแปลงข้อความให้เหมาะสมกับกลุ่ม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ด้านภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.82 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ด้านความวิตกกังวล เท่ากับ 0.78 และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ด้านความเครียด เท่ากับ 0.69 โดยภาวะซึมเศร้าแบ่งช่วงคะแนนและแปลผลความหมายของคะแนนเป็นระดับปกติ (0 - 4) ระดับเล็กน้อย (5 - 6) ระดับปานกลาง (7 - 10) ระดับรุนแรง (11 - 13) และระดับรุนแรงมาก (มากกว่า 14) สำหรับความวิตกกังวลแบ่งช่วงคะแนนและแปลผลความหมายของคะแนนเป็นระดับปกติ (0 - 3) ระดับเล็กน้อย (4 - 5) ระดับปานกลาง (6 - 7) ระดับรุนแรง (8 - 9) และระดับรุนแรงมาก (มากกว่า 10) และความเครียดแบ่งช่วงคะแนนและแปลผลความหมายของคะแนนเป็นระดับปกติ (0 - 7) ระดับเล็กน้อย (8 - 9) ระดับปานกลาง (10 - 12) ระดับรุนแรง (13 - 16) และระดับรุนแรงมาก (มากกว่า 17) โดยเครื่องมือ DASS-21 ได้รับการใช้อย่างกว้างขวาง มีการศึกษาที่พบว่า DASS-21 สามารถใช้ประเมินภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดในกลุ่มประชากรสูงอายุได้¹⁴

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทักษะทางการเงินตาม Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) ปี พ.ศ. 2565¹⁵ โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามส่วนที่ 1 ความรู้ทางการเงิน วัดความรู้ทั่วไปทางการเงิน และความรู้เกี่ยวกับการเงินส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ แบบสอบถามส่วนที่ 2 วัดพฤติกรรมทางการเงิน จำนวน 12 ข้อ และแบบสอบถามส่วนที่ 3 วัดทัศนคติทางการเงิน จำนวน 3 ข้อ มีค่า

สัมประสิทธิ์อัลฟ่าด้านความรู้ทั่วไปทางการเงิน เท่ากับ 0.85 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าด้านความรู้ทางการเงินส่วนบุคคล เท่ากับ 0.85 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าด้านทัศนคติทางการเงิน เท่ากับ 0.73 และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าด้านพฤติกรรมทางการเงิน เท่ากับ 0.80 โดยคะแนนทักษะทางการเงินคือผลรวมของแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน (คะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมทางการเงิน) ซึ่งการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์คะแนนที่คาดหวัง (minimum targeted score) ของแบบสอบถามทักษะทางการเงินตาม Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) ปี พ.ศ. 2565 (ดัดแปลงจาก OECD/INFE International Survey of Adult Financial Literacy Competencies ปี 2020) ได้แก่ คะแนนมากกว่า ร้อยละ 70 ของคะแนนเต็มในแต่ละหัวข้อ 16 โดยส่วนที่ 1 ความรู้ทางการเงินมีเกณฑ์คะแนนที่คาดหวังอยู่ที่ ≥ 5 คะแนน จากคะแนนเต็ม 7 ส่วนที่ 2 พฤติกรรมทางการเงินมีคะแนนที่คาดหวังอยู่ที่ ≥ 6 คะแนน จากคะแนนเต็ม 9 ส่วนที่ 3 ทัศนคติทางการเงินมีคะแนนที่คาดหวังอยู่ที่ ≥ 3 คะแนน จากคะแนนเต็ม 4 และคะแนนรวมทักษะทางการเงินมีคะแนนที่คาดหวังอยู่ที่ ≥ 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 (COA no. Si 112/2024) โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยภายหลังได้รับการอนุมัติ ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัยกระบวนการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงประโยชน์ของงานวิจัย รวมถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และหากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวจากการวิจัยสามารถทำได้ตลอดเวลาผ่านแบบสอบถามออนไลน์ โดยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล และการนำเสนอผลการวิจัยหรือเผยแพร่จะนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยได้ดำเนินการกระจายแบบสอบถามออนไลน์ผ่านทางแอปพลิเคชัน SivWork (ซึ่งเป็นแอปพลิเคชันเพื่อสนับสนุนและ

เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารภายในองค์กร โดยเป็นช่องทางการสื่อสารภายในโรงพยาบาลศิริราช) รวมถึงทางกลุ่มไลน์ (LINE) เฉพาะของแต่ละภาควิชาในโรงพยาบาลศิริราช และไปประกาศเชิญชวนตามจุดต่างๆ ของโรงพยาบาลศิริราช โดยผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถามรูปแบบออนไลน์ โดยใช้ระบบสำรวจออนไลน์ (google forms) ซึ่งสามารถเข้าถึงได้ผ่านลิงก์ออนไลน์หรือคิวอาร์โค้ดให้กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับทราบและยินดีเข้าร่วมงานวิจัยให้ลงนามผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 จากผู้ตอบแบบสอบถามออนไลน์ (google form) ทุกรายที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกประชากรจนครบจำนวน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป และคะแนนของตัวแปรที่ได้จากการทำแบบสอบถาม โดยการแจกแจงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และ IQR ตามการแจกแจงที่เหมาะสมของข้อมูล
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มในตัวแปรเชิงปริมาณจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) หรือ Spearman's rank correlation ระหว่างตัวแปร ได้แก่ ทักษะทางการเงิน ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มในตัวแปรเชิงกลุ่มโดยใช้สถิติ Chi square test หรือ Fisher's exact test
4. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อทักษะทางการเงินและสุขภาพจิตของบุคลากร ที่ทำงานในสังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โดยทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายกับตัวแปรตามโดยใช้ Chi square test of association เพื่อหาว่าตัวแปรใดมีสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่ตัวแปรทำนาย แล้วจึงนำตัวแปรที่มีผลทำนายอย่างมีนัยสำคัญ ไปเข้าวิเคราะห์ Multiple logistic regression รายงานด้วย Adjusted OR และ 95% CI โดยค่า $p < 0.05$ หมายถึงมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากร สังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จำนวน 164 คน อายุเฉลี่ย 35.74 ± 8.05 ปี

ส่วนมากเป็นผู้หญิง (ร้อยละ 73.2) และมีสถานภาพโสด (ร้อยละ 70.7) ส่วนใหญ่ไม่มีบุตร (ร้อยละ 75.0) โดยส่วนใหญ่จบระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 87.2) และมีรายได้อยู่ระหว่าง 18,000 - 50,000 บาท (ร้อยละ 70.7) จากกลุ่มตัวอย่าง สัดส่วนที่พบมากที่สุดเป็นบุคลากรที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 39.0) และทำงานสายสนับสนุน (ร้อยละ 48.8) โดยข้อมูลเพศ ระดับการศึกษา อายุ รายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือน ประสบการณ์การทำงานและสายอาชีพมีการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution) ในทางสถิติ ดังแสดงใน **ตารางที่ 1**

ข้อมูลด้านการเงินของบุคลากร สังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พบว่ามีคะแนนรวมทักษะทางการเงินเฉลี่ย 17.44 คะแนน (SD = 2.54) ซึ่งเมื่อพิจารณาแต่ละส่วน พบว่ามีคะแนนส่วนความรู้ทางการเงินเฉลี่ย 5.91 คะแนน (SD = 1.14) คะแนนส่วนทัศนคติทางการเงินเฉลี่ย 4.21 คะแนน (SD = 0.86) และคะแนนส่วนพฤติกรรมทางการเงินเฉลี่ย 7.31 คะแนน (SD = 1.48)

โดยส่วนใหญ่ของบุคลากรสังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มีคะแนนของทักษะทางการเงิน ความรู้ทางการเงิน ทัศนคติทางการเงิน และพฤติกรรมทางการเงินอยู่ในระดับคะแนนที่คาดหวัง (ร้อยละ 89.0, 84.8, 89.0 และ 87.8 ตามลำดับ) โดยข้อมูลทักษะทางการเงิน ความรู้ทางการเงิน ทัศนคติทางการเงิน และพฤติกรรมทางการเงิน มีการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution) ในทางสถิติ ดังแสดงใน **ตารางที่ 2**

สำหรับข้อมูลด้านสุขภาพจิตของบุคลากร สังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ทั้งด้านความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า เกิดขึ้นอยู่ในระดับปกติ (เท่ากับ ร้อยละ 65.9, 53.0 และ 56.7 ตามลำดับ) โดยข้อมูลด้านความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า มีการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution) ในทางสถิติ ดังแสดงใน **ตารางที่ 2**

จากผลการวิเคราะห์ พบว่าคะแนนทักษะทางการเงินมีความสัมพันธ์เชิงเส้นในทิศทางตรงกันข้ามกันกับคะแนนความวิตกกังวลและคะแนนภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญในระดับต่ำ โดยมี

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 164)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	39 (23.8)
หญิง	120 (73.2)
อื่นๆ	5 (3.0)
อายุ (ปี)	35.74 ± 8.05*
สถานภาพ	
โสด	116 (70.7)
สมรส/อยู่ด้วยกัน	42 (25.6)
หย่าร้าง/แยกกันอยู่/หม้าย	6 (3.7)
จำนวนบุตรที่อุปการะ (ราย)	
ไม่มีบุตร	123 (75.0)
1 ราย	25 (15.2)
2 ราย	14 (8.5)
3 ราย	1 (0.6)
4 ราย	0 (0.0)
5 ราย	0 (0.0)
6 ราย	1 (0.6)
ระดับการศึกษา	
ต่ำกว่าปริญญาตรี	21 (12.8)
ปริญญาตรีขึ้นไป	143 (87.2)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
รายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือน	
ต่ำกว่า 18,001 บาท	13 (7.9)
18,001 - 50,000 บาท	116 (70.7)
มากกว่า 50,000 บาท	35 (21.4)
ประสบการณ์การทำงาน	
น้อยกว่า 6 เดือน	5 (3.0)
6 เดือน - น้อยกว่า 1 ปี	4 (2.4)
1 ปี - 5 ปี	53 (32.3)
มากกว่า 5 ปี - 10 ปี	38 (23.2)
มากกว่า 10 ปี	64 (39.0)
สายอาชีพ	
สายสนับสนุน	80 (48.8)
สายวิชาชีพเฉพาะ	74 (45.1)
สายวิชาการ	20 (6.1)

*ตัวแปรเชิงปริมาณ รายงานด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านการเงินและสุขภาพจิตในแต่ละด้านของบุคลากรสังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลผู้ตอบแบบสอบถาม โดยแบ่งกลุ่มตามเกณฑ์คะแนนที่คาดหวัง (n = 164)

ข้อมูลด้านการเงิน	จำนวน (ร้อยละ)
คะแนนรวมทักษะทางการเงิน	17.44 ± 2.54*
น้อยกว่าระดับที่คาดหวัง (< 14)	18 (11.0)
คะแนนที่คาดหวัง (≥ 14)	146 (89.0)
คะแนนส่วนความรู้ทางการเงิน	5.91 ± 1.14*
น้อยกว่าคะแนนที่คาดหวัง (< 5)	25 (15.2)
คะแนนที่คาดหวัง (≥ 5)	139 (84.8)
คะแนนส่วนทัศนคติทางการเงิน	4.21 ± 0.86*
น้อยกว่าคะแนนที่คาดหวัง (< 3)	18 (11.0)
คะแนนที่คาดหวัง (≥ 3)	146 (89.0)
คะแนนส่วนพฤติกรรมทางการเงิน	7.31 ± 1.47*
น้อยกว่าคะแนนที่คาดหวัง (< 6)	20 (12.2)
คะแนนที่คาดหวัง (≥ 6)	144 (87.8)

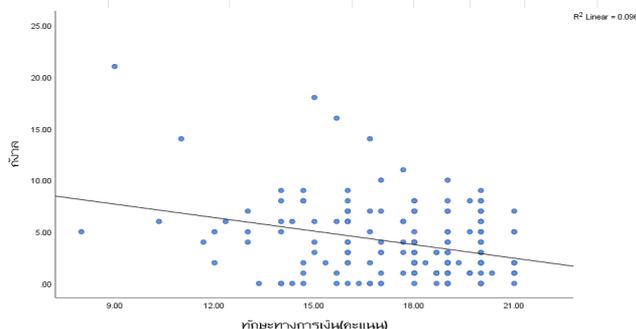
ด้านของสุขภาพจิต	จำนวน (ร้อยละ)
ความเครียด	6.23 ± 4.31*
ปกติ	108 (65.9)
ระดับเล็กน้อย	19 (11.6)
ระดับปานกลาง	23 (14.0)
ระดับรุนแรง	10 (6.1)
ระดับรุนแรงมาก	4 (2.4)
ความวิตกกังวล	4.00 ± 3.58*
ปกติ	87 (53.0)
ระดับเล็กน้อย	27 (16.5)
ระดับปานกลาง	28 (17.1)
ระดับรุนแรง	14 (8.5)
ระดับรุนแรงมาก	8 (4.9)
ภาวะซึมเศร้า	4.79 ± 4.23*
ปกติ	93 (56.7)
ระดับเล็กน้อย	23 (14.0)
ระดับปานกลาง	32 (19.5)
ระดับรุนแรง	8 (4.9)
ระดับรุนแรงมาก	8 (4.9)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ($r_s = -0.21, p = 0.007$) และ $r_s = -0.24, p = 0.002$) ตามลำดับ (ภาพที่ 1 และ 2) ซึ่งหมายความว่าหากบุคลากรมีคะแนนทักษะทางการเงินที่น้อย จะมีคะแนนความวิตกกังวลและคะแนนภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ หรือในทางกลับกันหากมีคะแนนทักษะทางการเงินที่มาก จะมีคะแนนความวิตกกังวลและคะแนนภาวะซึมเศร้าที่น้อย แต่ในขณะที่ยังไม่พบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างคะแนนทักษะทางการเงิน และคะแนนความเครียดที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

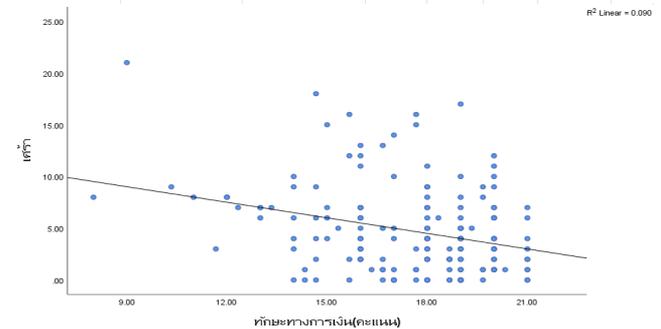
นอกจากนี้ จากผลวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุ (Nagelkerke $R^2 = 0.252$) พบว่าภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยส่วนบุคคลบางอย่างมีความสัมพันธ์กับทักษะทางการเงิน โดยที่

*ตัวแปรเชิงปริมาณ รายงานด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ภาวะซึมเศร้า จำนวนบุตรที่อุปการะ และรายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือน มีผลต่อทักษะทางการเงินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสามารถอธิบายผลการวิเคราะห์การทำนายของปัจจัยที่ศึกษาได้ว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการลดลงของทักษะทางการเงิน โดยลดลงประมาณ 80% (OR = 0.20, 95% CI = 0.06 - 0.68,



ภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์เชิงเส้นของทักษะทางการเงินและคะแนนความวิตกกังวล



ภาพที่ 2 แสดงความสัมพันธ์เชิงเส้นของทักษะทางการเงินและคะแนนภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะทางการเงินของบุคลากรสังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (n = 164)

ตัวแปร	B	SE	Wald	p-value	Adjusted OR	95% CI	Lower	Upper
ภาวะซึมเศร้า	-1.628	0.635	6.561	0.010	0.196	0.057	0.682	
จำนวนบุตรที่อุปการะ	-0.587	0.254	5.340	0.021	0.556	0.338	0.915	
รายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือน	1.074	0.534	4.041	0.044	2.927	1.027	8.342	

p-value < 0.05, -2LL = 91.413, Cox & Snell R² = 0.126, Nagelkerke R² = 0.252

p = 0.010) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า อีกทั้งการมีจำนวนบุตรที่อุปการะเพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์กับการลดลงของทักษะทางการเงิน โดยลดลงประมาณ 44% (OR = 0.56, 95% CI = 0.34 - 0.92, p = 0.021) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีบุตรอุปการะน้อยกว่า อย่างไรก็ตาม การมีรายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือนที่เพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์กับโอกาสที่ทักษะทางการเงินจะเพิ่มขึ้นประมาณ 2.93 เท่า (OR = 2.93, 95% CI = 1.03 - 8.34, p = 0.044) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า ดังแสดงในตารางที่ 3

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้จากการหาความสัมพันธ์เชิงเส้นพบว่า คะแนนทักษะทางการเงินมีความสัมพันธ์เชิงเส้นในทิศทางตรงกันข้ามกับคะแนนความวิตกกังวลและคะแนนภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญในระดับต่ำ ซึ่งหมายถึงว่าเมื่อบุคลากรมีคะแนนทักษะทางการเงินที่น้อย จะมีคะแนนความวิตกกังวลหรือคะแนนภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยยังไม่พบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างคะแนนทักษะทางการเงินและคะแนนความเครียดที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผลจากการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่เป็นการศึกษาในระดับชาติ โดยเก็บข้อมูลจากผู้ใหญ่วัยทำงานในสหรัฐอเมริกา จำนวน 6,565 ราย ที่ตอบแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับการจัดการทางการเงินทั้งสามด้าน ไม่ว่าจะป็นรายได้ครัวเรือน ความรู้ทางการเงิน พฤติกรรมและสุขภาพทางการเงิน ว่ามีความสัมพันธ์อย่างไรกับภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิต โดยเก็บข้อมูลใน ค.ศ. 2020 และ ค.ศ. 2022 แล้วพบว่าผู้มีรายได้ครัวเรือนและทักษะทางการเงินที่น้อย จะสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้า โดยสุขภาพทางการเงินที่แย่เป็นความเสี่ยงสูงสุดต่อการมีภาวะซึมเศร้า ผู้ที่มีสุขภาพทางการเงินที่ไม่ดีจะมีการวางแผนการใช้จ่าย การออม และการกู้ยืมที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่าคะแนนอาการซึมเศร้าที่สูงและการมีความพึงพอใจในชีวิตที่ต่ำก็สามารถทำนายถึงสุขภาพทางการเงินที่แย่ลง¹⁸ ซึ่งสอดคล้อง

กับผลที่ได้จากการวิจัยนี้ที่พบว่า การมีภาวะซึมเศร้าจะส่งผลให้มีคะแนนทักษะทางการเงินที่ลดลง แม้ว่าเกินครึ่งของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่จะพบว่ามีความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ และเมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงรุนแรงมารวมกัน พบเป็นร้อยละ 34.1, 47.0 และ 43.3 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาระดับความเครียดของแพทย์ในช่วงโควิดในประเทศตุรกี โดยเก็บข้อมูลออนไลน์ในช่วงวันที่ 10 - 15 มีนาคม 2563 (ค.ศ. 2020) แล้วพบว่า ร้อยละ 41.2 มีความเครียด ร้อยละ 51.6 มีความวิตกกังวล และร้อยละ 64.7 มีอาการของภาวะซึมเศร้า¹⁷ อาจเนื่องมาจากงานวิจัยในกลุ่มบุคลากรของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลนี้เป็น การสำรวจข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ซึ่งเป็นช่วงที่ไม่มีการระบาดรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แล้ว ส่งผลให้พบทั้งความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าต่ำกว่า อย่างไรก็ตาม หากเทียบกับการศึกษาความเครียดเฉพาะในบุคลากรทางการแพทย์ด้านหน้าของโรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ. 2566⁶ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดเพียงร้อยละ 23.3 จะพบว่ากลุ่มบุคลากรของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ในงานวิจัยนี้มีความเครียดที่มากกว่า ดังนั้นอาจจะซ่อนให้เห็นได้ว่าในบุคลากรที่ทำงานในโรงพยาบาลศิริราชในส่วนต่างๆ รวมถึงผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ด้านหน้าของโรงพยาบาลศิริราช ก็มีความเครียดที่ควรให้ความสำคัญและให้การดูแลเอาใจใส่ปัญหาทางสุขภาพจิตด้วย สำหรับคะแนนทักษะทางการเงิน ความรู้ทางการเงิน ทักษะคิดทางการเงิน และพฤติกรรมทางการเงินของบุคลากรสังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 17.44, 5.91, 4.21 และ 7.31 คะแนน ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับรายงานผลสำรวจทักษะทางการเงินของไทยในปี พ.ศ. 2565 ถือว่ากลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้มีความเฉลี่ยของคะแนนดังกล่าวที่สูงกว่า

ของประชากรไทยทั่วไปในทุกด้าน¹⁵ ทั้งนี้จากรายงานสำรวจในปี พ.ศ. 2565 พบว่าประชากรไทยที่มีระดับการศึกษาอยู่ที่ระดับ ประถมศึกษาและต่ำกว่า พบเป็นสัดส่วนที่มากที่สุด และพบว่า กลุ่มประชากรไทยที่มีทักษะทางการเงินสูงกว่ากลุ่มอื่นก็คือ กลุ่มที่มีช่วงอายุ 30 - 39 ปี และมีการศึกษาระดับปริญญาตรี ขึ้นไป¹⁵ ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในงานวิจัยนี้มี อายุเฉลี่ย 35.74 ± 8.05 ปี และส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับ ปริญญาตรีขึ้นไป สำหรับปัจจัยที่ส่งผลต่อทักษะทางการเงิน ในการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยเรื่องจำนวนบุตรที่อุปการะที่เพิ่มขึ้น ในบุคลากรสังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จะส่งผลให้มี คะแนนทักษะทางการเงินลดลง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการดูแลบุตร แต่ละคนมีรายจ่ายที่สูง ทั้งจากค่าใช้จ่ายพื้นฐาน ค่าใช้จ่าย ในการศึกษา และค่าจ้างหรือค่าใช้จ่ายคนดูแลเด็ก ซึ่งหากไม่ สามารถหาคนดูแลได้ ผู้ปกครองอาจต้องพิจารณาลดการทำงาน ของตนเพื่อมีเวลาดูแลบุตร ซึ่งส่งผลต่อการมีรายได้ที่ลดลง และมีการบริหารจัดการการเงินที่ทำทลายขึ้นโดยเฉพาะกับผู้ปกครอง เพศหญิง^{19,20} อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ ระหว่างทักษะทางการเงินและจำนวนบุตรโดยตรงยังไม่ได้มี การศึกษาที่ชัดเจน สำหรับการมีรายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือนที่เพิ่มขึ้น จะส่งผลต่อทักษะทางการเงินเพิ่มขึ้น 2.93 เท่าด้วย ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า ผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่ามีทักษะทาง การเงินที่ไม่ดีเท่าคนที่มียาได้สูงกว่า นอกจากนี้ลูกจ้าง พนักงาน หรือเจ้าของธุรกิจส่วนตัวก็มีทักษะทางการเงินที่สูงกว่าคนที่ว่างงาน เช่นกัน²¹

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคลากรของ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต (DASS-21) และแบบสอบถาม ทักษะทางการเงิน ซึ่งเป็นแบบวัดรายงานตนเอง และใช้การเก็บ ข้อมูลออนไลน์ ซึ่งแม้ว่าจะมีจุดแข็งในเรื่องของการเข้าถึงและ สามารถเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้หลากหลายและรวดเร็ว ลดความเสี่ยงการสูญหายของข้อมูล ลดโอกาสการได้ข้อมูลไม่ครบ จากการลืมตอบคำถาม เนื่องจากมีระบบเตือนเมื่อลืมตอบคำถาม รวมถึงยังอำนวยความสะดวกให้กลุ่มตัวอย่าง เพราะสามารถตอบ แบบสอบถามได้โดยไม่ต้องมีข้อจำกัดเรื่องสถานที่หรือเวลาที่ต้อง พบปะกับผู้ตอบแบบสอบถาม แต่การเก็บข้อมูลออนไลน์ก็อาจมี

ข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มที่ไม่คุ้นเคยกับการใช้ เทคโนโลยี หรือผู้ตอบแบบสอบถามอาจให้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับ ความจริง โดยอาจมีการตอบในทางที่ต้องการให้ดูดี หรือการเลือก ตอบแบบสุ่ม นอกจากนี้งานวิจัยนี้ยังมีข้อจำกัดที่เก็บข้อมูลเฉพาะ ผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์ขนาดใหญ่ ในกรุงเทพมหานคร ที่อาจมีบริบทแตกต่างกับโรงพยาบาลอื่น ทั้งเรื่องการบริหารบุคลากรและอัตราค่าตอบแทน จึงอาจไม่สะท้อน ผลที่จะได้หากเก็บข้อมูลจากบุคลากรในโรงพยาบาลอื่น ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของทักษะทาง การเงิน ทั้งในด้านความรู้ทางการเงิน ด้านทัศนคติทางการเงิน ด้านพฤติกรรมทางการเงิน และสุขภาพจิตในกลุ่มประชากรที่ ใหญ่ขึ้น เพื่อดูว่าผลการศึกษานี้เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มนี้ หรือรวมถึงกลุ่มบุคลากรโรงพยาบาลอื่นด้วย รวมถึงควรมี การศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยซึ่งส่งผลต่อทั้งสุขภาพจิตและ ทักษะทางการเงินต่อไป ซึ่งหากพบว่าทักษะทางการเงินและสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กัน การจัดอบรมหรือให้การช่วยเหลือเพื่อพัฒนา ทักษะทางการเงินน่าจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรที่ทำงานใน โรงพยาบาล เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของ บุคลากร

สรุป

บุคลากรสังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ส่วนใหญ่มีคะแนนทักษะทางการเงินในด้านความรู้ทางการเงิน ด้านทัศนคติทางการเงิน และด้านพฤติกรรมทางการเงิน อยู่ในเกณฑ์ คะแนนที่คาดหวัง และกว่าครึ่งของบุคลากรมีความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในระดับปกติโดยทักษะทางการเงิน ที่น้อยจะมีความสัมพันธ์กับการมีความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า เพิ่มขึ้น และพบว่าภาวะสุขภาพจิตได้แก่ภาวะซึมเศร้า และปัจจัย ส่วนบุคคลบางอย่างที่มีความสัมพันธ์กับทักษะทางการเงิน ได้แก่ จำนวนบุตรที่อุปการะ และรายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือน โดยปัจจัยเรื่อง ภาวะซึมเศร้าและจำนวนบุตรที่อุปการะที่เพิ่มขึ้นในบุคลากรสังกัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จะสัมพันธ์กับการมีคะแนน ทักษะทางการเงินที่ลดลง และปัจจัยเรื่องรายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือน ที่เพิ่มขึ้นจะสัมพันธ์กับคะแนนทักษะทางการเงินที่เพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นางสาวเนริสา ทอนศรี นักสถิติที่ให้

คำปรึกษาด้านสถิติ และขอขอบพระคุณบุคลากรสังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยนี้จนสำเร็จลุล่วง

ทุนสนับสนุนการศึกษา

ไม่ได้รับทุนสนับสนุน

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ผู้วิจัยไม่มีผลประโยชน์ขัดกันในการศึกษานี้

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

อังคณา จิรเรืองตระกูล: แนวคิด การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ; กมลเนตร วรวัฒนเสวก: ร่วมออกแบบการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล และตรวจสอบแก้ไขบทความ; ธนยศ สุมาลย์โรจน์: ร่วมออกแบบการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล และตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

- Sachin K, Hengudomsab P, Vatanasin D Factors influencing mental health status of professional nurses in a private hospital. *J Health Nurs Res* 2019;35: 98-111.
- Guan N, Guariglia A, Moore P, Xu F, Al-Janabi H. Financial stress and depression in adults: A systematic review. *PLoS One* 2022;17(2): 1-20.
- Inlakorn S. An Analysis of financial literacy of students at Kasetsart University Si Racha Campus. *Interdisciplinary Sripatum Chonburi J* 2020;6(2): 78-90.
- Ansong A. Level of knowledge in personal finance by university freshmen business students. *J Bus Manag* 2011;5(22): 8933-40.
- Chen H, Volpe RP. An analysis of personal financial literacy among college students. *Financ Serv Rev* 1998;7(2): 107-28.
- Chen H, Volpe RP. Gender differences in personal financial literacy among college students. *Financ Serv Rev* 2002;11(3): 289-307.
- Khan F, Siddiqui MA, Imtiaz S, Shaikh SA, Chen C-L, Wu C-M. Determinants of mental and financial health during COVID-19: Evidence from data of a developing country. *Front Public Health* 2022;10: 1-8.
- Mulsrisuk S, Dharmakulsakti P, Keha C, Ratta-apha W, Saisavoey N, Lortrakul J. Stress and factors associated with stress in frontline healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Thailand. *Vajira Nurs J* 2023;25: 15-25.
- Ahakwa I, Yang J, Tackie EA, Atingabili S. The influence of employee engagement, work environment and job satisfaction on organizational commitment and performance of employees: a sampling weights in PLS path modelling. *SEISENSE J Manag* 2021;4(3): 34-62.
- Bank of Thailand. Thai financial literacy survey 2016 [Internet]: Bank of Thailand; 2016 [cited 2025 Feb 27]. Available from: <https://www.bot.or.th/content/dam/bot/image/research-and-publications/2559ThaiFLsurvey.pdf>.
- Samit A. Organizational commitment among employees working for Nikompattana sub-district administrative organization, Rayong province. [Internet]: Samit A; 2015 [cited 2025 Feb 26]. Available from: <https://buuir.buu.ac.th/bitstream/1234567890/10852/1/Fulltext.pdf>.
- Lestari SD, Muhdaliha E, Firdaus PM, Suhendra ES, Brabo NA. Financial Literacy at Work: enhancing organizational performance through employee training investments. *Jurnal Ilmiah Akuntansi* 2024;7(1):721-41.
- Oei TPS, Sawang, S, Goh YW, Mukhtar F. Using the depression anxiety stress scale 21 (DASS-21) across cultures. *Int J Psychol* 2013;48(6): 1018-29.
- Morero JA, Esteves RB, Vieira MV, Park T, Hegadoren KM, Cardoso L. Systematic review of the use of Depression Anxiety Stress scale 21 (DASS-21) in the elderly: Practical applicability across countries. *Res Soc Dev* 2024;13(2): 1-14.
- Bank of Thailand. Thailand financial literacy survey report 2022 [Internet] Bangkok: Bank of Thailand; 2022 [cited 2024 Nov 6]. Available from: <https://www.bot.or.th/content/dam/bot/image/research-and-publications/2565ThaiFLsurvey.pdf>.
- OECD. OECD/INFE 2020 international survey of adult financial literacy [Internet]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2020 [cited 2024 Nov 6]. Available from: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/145f5607-en.pdf?expires=1730867003&id=id&accname=guest&checksum=50A9A3F5958AFD269BC9B47D7508D450>.
- Elbay RY, Kurtulmuş A, Arpacioğlu S, Karadere E. Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. *Psychiatry Res* 2020;290: 1-5.
- Vittengl JR. Low household income, financial literacy, or financial health: Which is the strongest risk factor and outcome of depressive symptomatology? *J Health Psychol* 2024;29(4): 455-68.
- FinHealth Network. Financial health frontiers: households under financial pressure [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 15]. Available from: <https://finhealthnetwork.org/wp-content/uploads/2024/09/Financial-Health-Frontiers-Households-Under-Financial-Pressure.pdf>.
- Guiso L, Pistaferri L, Schivardi F. Lifetime income and current income inequality [Internet]. Cambridge (MA): National Bureau of Economic Research; 2019 [cited 2024 Dec 15]. Available from: https://www.nber.org/system/files/working_papers/w25597/w25597.pdf.
- Lusardi A, Mitchell OS. The economic importance of financial literacy: Theory and evidence. *Journal of Economic Literature*. 2014;52(1): 5-44.

การพัฒนาและการทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ Mild Behavioral Impairment Checklist ในคลินิกจิตเวชและคลินิกความจำ

นิธินาญน์ จำปาแดง*, ภาพันธ์ ไทยพิสุทธิกุล*, สันชัย กุลชาติ*, พิชญวดี จิตตโรภาส*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อทดสอบค่าความเชื่อถือได้ และค่าความแม่นยำของเครื่องมือ Mild Behavioral Impairment Checklist ฉบับภาษาไทย

วิธีการศึกษา แปลเครื่องมือ MBI-C เป็นภาษาไทย โดยทำ back translation แปลข้ามวัฒนธรรม ทดสอบภาคสนาม และปรับให้เหมาะสม จากนั้นผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลทั่วไปและข้อมูล MBI-C จากผู้มารับการรักษา ที่หน่วยตรวจจิตเวชและคลินิกความจำของโรงพยาบาลรามาธิบดี 92 ราย วิเคราะห์คะแนน MBI-C เปรียบเทียบกับการวินิจฉัยภาวะ MBI ของจิตแพทย์เจ้าของไข้ ตามเกณฑ์ของ ISTAART โดยใช้ Kruskal Wallis test ประเมิน internal consistency ของ MBI-C total score และ subdomain scores ด้วยสถิติ Cronbach's alpha ทำการหาค่า optimal cut-off point ค่า sensitivity และ specificity พิจารณาจากการมีค่า Youden index J (sensitivity + specificity - 1) สูงที่สุด การวิเคราะห์ผลหลักทำในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และทำการวิเคราะห์ผลเชิงสำรวจ (exploratory analysis) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถของแบบคัดกรองในการวินิจฉัยภาวะ MBI ได้แก่ กลุ่ม Mild Cognitive Impairment (MCI) และกลุ่มที่ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ตอบแบบคัดกรอง

ผลการศึกษา อายุของกลุ่ม MBI (mean 69.9, SD 9) มากกว่ากลุ่ม non-MBI (mean 64.2, SD 8.5) อย่างมีนัยสำคัญ (p-value = 0.035) เมื่อเปรียบเทียบ MBI-C total score ระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับการวินิจฉัยภาวะ MBI จากแพทย์นั้น มีค่า AUC 0.61 (95% CI = 0.49 - .073) ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์เชิงสำรวจในกลุ่ม MCI พบว่าแบบคัดกรอง MBI-C สามารถแยกผู้เข้าร่วมการศึกษาที่มีภาวะ MBI ได้ โดยมีค่า AUC 0.68 (95% CI = 0.51 - 0.86) ค่า optimal cut-off point เท่ากับ 4 ค่า sensitivity 61% และค่า specificity 67% นอกจากนี้ เมื่อแยกวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่ม MCI เฉพาะรายที่ได้ข้อมูลจากผู้ดูแลหลักนั้น พบว่าเครื่องมือนี้มีความสามารถในการแยกภาวะ MBI ได้ดีขึ้นในหลาย subdomains คือ ด้าน emotional regulation, impulse control, social appropriateness และ perception/thought content

สรุป เครื่องมือ MBI-C ฉบับภาษาไทยนี้มีความสอดคล้องภายในโดยรวมดี ยกเว้นด้าน perception/thought content คำถามในด้าน social appropriateness และ perception/thought content สามารถจำแนกภาวะ MBI ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้ แม้ยังไม่ถึงเกณฑ์ที่สามารถนำไปใช้ในทางคลินิก คุณสมบัติการจำแนกของเครื่องมือนี้อาจดีขึ้นในกลุ่ม MCI โดยเฉพาะหากได้ข้อมูลจากผู้ดูแล จึงควรมีการศึกษาวิจัยต่อไป

คำสำคัญ ภาวะผิดปกติทางพฤติกรรมเล็กน้อย แบบตรวจสอบความบกพร่องทางพฤติกรรมระดับอ่อน แบบคัดกรอง

Corresponding author: ภาพันธ์ ไทยพิสุทธิกุล

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: papanthai@gmail.com

วันรับ 2 มกราคม 2568 วันแก้ไข 22 มีนาคม 2568 วันตอบรับ 2 เมษายน 2568

Development and Validation of Mild Behavioral Impairment Checklist-Thai Version in The Psychiatric Clinic and The Memory Clinic

Nitiya Champadang*, Papan Thaipisuttikul*, Sunchai Kuladee*, Pitchayawadee Chittaropas*

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

ABSTRACT

Objective: To develop and examine the psychometric properties of Thai versioned Mild Behavioral Impairment Checklist (MBI-C).

Methods: The process of translating the MBI-C into Thai involved back-translation, cross-cultural adaptation, field testing of the pre-final version, and final adjustments. A total of 92 participants were recruited from patients attending the psychiatric and memory clinics at Ramathibodi Hospital. A research assistant collected demographic and MBI-C data, while attending physicians independently diagnosed MBI according to the ISTAART criteria. The comparison of MBI-C scores was performed using the Kruskal-Wallis test. Internal consistency of the MBI-C total and subdomain scores was assessed using Cronbach's alpha coefficient. The optimal cut-off point, sensitivity, and specificity were identified using the Youden index (J). The main analyses were conducted on the total sample. Exploratory analyses were restricted to subsamples with characteristics that might influence MBI-C performance: those with mild cognitive impairment (MCI) and with caregivers as informants.

Results: The mean age of the MBI group (mean = 69.9, SD = 9) was significantly higher than that of the non-MBI group (mean = 64.2, SD = 8.5, $p = 0.035$). There was no statistically significant difference in MBI-C total scores between the MBI and non-MBI groups (AUC = 0.61, 95% CI = 0.49 - 0.73). However, the social appropriateness subscale exhibited a significant AUC (0.59, 95% CI = 0.53 - 0.66). Exploratory analysis in the MCI subgroup revealed a significant AUC of the MBI-C total score (0.68, 95% CI = 0.51 - 0.86). The optimal cut-off point was 4, with a sensitivity of 61% and a specificity of 67%. Furthermore, the analyses restricted to the caregiver-derived data of the MCI subsample showed improved performance of MBI-C subdomains of emotional regulation, impulse control, social appropriateness, and perception/thought content.

Conclusion: The Thai-version MBI-C has good internal consistency except for the perception/thought content subdomain. The social appropriateness and the perception/thought content subdomains could differentiate MBI in the total sample, although below the level of clinical usefulness. Its performance might be improved in people with MCI, particularly when the data were collected from caregivers, warranting further investigation.

Keywords: mild behavioral impairment, mild behavioral impairment checklist, screening test

Corresponding author: Papan Thaipisuttikul

E-mail: papanthai@gmail.com

Received: 2 January 2025 Revised: 22 March 2025 Accepted: 2 April 2025

บทนำ

อาการทางอารมณ์และพฤติกรรม (neuropsychiatric symptoms; NPs) อาจเป็นหนึ่งในอาการนำของโรคสมองเสื่อม ซึ่งมีการศึกษาติดตามไปข้างหน้าจำนวนหนึ่งที่สนับสนุนสมมติฐานนี้ เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการครั้งแรกในช่วงสูงอายุและมีปัญหาด้านความจำร่วมด้วย ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมองเสื่อมสูงถึง 40% เมื่อติดตามอาการไปเป็นเวลา 3 ปี¹ การศึกษาติดตามผู้ป่วยที่มี Mild Cognitive Impairment (MCI) ในระยะยาวขนาดใหญ่อีกสองการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้า วิดกกังวล หรือ หงุดหงิดแปรปรวน มีอัตราการเปลี่ยนการวินิจฉัยเป็น dementia มากถึง 25% โดย NPs เหล่านี้เพิ่มความเสี่ยงในการเป็น dementia (hazard ratio) 1.37 เท่า^{2,3} การศึกษาติดตามประเมินผู้สูงอายุที่ยังไม่มี cognitive problem ไปข้างหน้า ได้ข้อสรุปคล้ายกัน โดยผู้สูงอายุที่มีอาการวิตกกังวล และซึมเศร้าอาจมีปัญหา cognitive decline ตามมาในภายหลัง จึงควรติดตามประเมิน cognitive function ในผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นระยะๆ^{4,5} หลักฐานทั้งหมดนี้สนับสนุนว่า NPs ในผู้สูงอายุอาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด cognitive decline หรือ dementia ได้ในอนาคต

ในปี 2016 International Society to Advance Alzheimer's Research and Treatment (ISTAART) ได้มีกานิยาม neuropsychiatric symptoms เกิดขึ้นในช่วงอายุ 50 ปีขึ้นไป โดยมีอาการคงอยู่อย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต⁶ ว่าเป็นภาวะ Mild Behavioral Impairment (MBI) รวมทั้งเสนอเกณฑ์การวินิจฉัย⁷ และมีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อช่วยคัดกรองภาวะนี้ เรียกว่า Mild Behavioral Impairment Checklist (MBI-C)⁸ เครื่องมือนี้ถูกพัฒนาด้วยวิธี modified delphi process โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญ 18 ท่าน จนได้ข้อสรุปร่วมกันเป็นแบบคัดกรองอาการทั้ง 5 domains ตามเกณฑ์การวินิจฉัย MBI ของ ISTAART คือ 1) Decreased motivation (6 ข้อคำถาม) 2) Emotional dysregulation (6 ข้อคำถาม) 3) Impulse dyscontrol (12 ข้อคำถาม) 4) Social inappropriateness (5 ข้อคำถาม) และ 5) Abnormal perception or thought content (5 ข้อคำถาม) รวมทั้งหมด 34 ข้อคำถาม แต่ละคำถามให้ตอบ "ใช่" หรือ "ไม่" จากนั้นให้ระบุความรุนแรงของอาการ 3 ระดับ (1 = mild, 2 = moderate และ 3 = severe) ทำการปรับคำถามให้สามารถเข้าใจและตอบได้โดยผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมและสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเอง และระบุว่าผู้ตอบแบบคัดกรองอาจเป็นผู้สูงอายุเอง คนใกล้ชิด หรือแพทย์ก็ได้

วัตถุประสงค์ของเครื่องมือนี้ นอกจากเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีอาการพฤติกรรมและอาการทางจิตเวชเป็นอาการนำของโรคสมองเสื่อม และศึกษาลักษณะอาการเฉพาะสำหรับการดำเนินโรคไปเป็นโรคสมองเสื่อมชนิดต่างๆ ซึ่งจะช่วยในการค้นหาความสัมพันธ์ระหว่าง MBI และ MCI ซึ่งเป็นภาวะที่นำมาก่อนการเกิดสมองเสื่อมเช่นกัน⁹ ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นการค้นหากลุ่มผู้ป่วย MBI ยังอาจเป็นประโยชน์สำหรับการศึกษาป้องกันในกรณีของ disease-modifying agents ในอนาคต

ในเวลาต่อมามีการแปลและพัฒนาเครื่องมือนี้ในหลายภาษา^{6,10-12} แต่ยังไม่มียังไม่มีฉบับภาษาไทย ดังนั้นคณะผู้ศึกษาจึงทำการพัฒนา MBI-C ฉบับภาษาไทย และประเมินคุณสมบัติในการคัดกรองโดยเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยภาวะ MBI โดยแพทย์ตามเกณฑ์ ISTAART นอกจากนี้ผู้ศึกษาทำการวิเคราะห์เชิงสำรวจ (exploratory analysis) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะที่อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถของแบบคัดกรอง กล่าวคือจำแนกตามผู้ให้ข้อมูล (ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล) หรือจำเพาะในกลุ่มที่มี MCI และช่วยให้เข้าใจข้อจำกัดของการใช้เครื่องมือนี้ในกลุ่มผู้ป่วยในคลินิกจิตเวชและคลินิกความจำ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลขอ้างอิง MURA2024/70

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบคัดกรองของผู้เข้าร่วมการศึกษาหรือผู้ดูแลตามเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ในแผนกผู้ป่วยนอกหรือคลินิกความจำ ภาคจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ช่วงเดือนมิถุนายน 2563 ถึงเดือนสิงหาคม 2567 2) อายุ 50 ปีขึ้นไป 3) มีปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิตเวช 4) มี cognitive ในเกณฑ์ปกติหรือ mild cognitive impairment (ประเมินโดยแพทย์ผู้ดูแลในระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือนจากวันที่เก็บข้อมูล) 5) สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาด้วยการลงนาม มีเกณฑ์คัดออก คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยหรือสงสัยว่ามีโรคสมองเสื่อม (dementia) 2) มีปัญหาโรคทางกายที่รุนแรง หรือ 3) มีการได้ยินหรือการมองเห็นที่บกพร่องจนเป็นอุปสรรคในการตอบแบบคัดกรอง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ

ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ สถานการทำงานในปัจจุบัน ผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกัน โรคประจำตัวทางกายและจิตเวช และการใช้สารเสพติด

2. แบบคัดกรอง Mild Behavioral Impairment Checklist ฉบับแปลภาษาไทย

3. ISTAART research diagnostic criteria for MBI⁷

การพัฒนาแบบคัดกรอง MBI-C ฉบับภาษาไทย

Mild Behavioral Impairment Checklist (MBI-C) ถูกพัฒนาขึ้นและอนุญาตให้ใช้ในการศึกษานี้ โดย รศ. พญ. ภาพันธ์ ไทยพิสุทธิกุล ซึ่งทำการแปลเครื่องมือตามหลักการแปลเครื่องมือแบบข้ามวัฒนธรรม (Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes Measures)¹³ โดยแปล MBI-C จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย จากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญทั้งสองภาษาจำนวน 1 ท่าน ซึ่งไม่เคยอ่าน MBI-C แปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ และคณะผู้ศึกษาทำการประเมินหาข้อสรุปสำหรับการแปลอังกฤษ-ไทย และไทย-อังกฤษ ได้เป็น MBI-C ฉบับ prefinal เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย ที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวชและคลินิกความจำ จำนวน 10 ราย ได้ตอบแบบคัดกรองรวมถึงให้ความเห็น จากนั้นคณะผู้ศึกษานำแบบคัดกรองมาปรับปรุงตามความเหมาะสมจนได้เป็นแบบคัดกรอง MBI-C ภาษาไทยฉบับนี้

การดำเนินงานศึกษา

เมื่อได้ผู้เข้าร่วมวิจัยที่เข้าเกณฑ์มาเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลพื้นฐาน และ MBI-C จากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลัก โดยมีเกณฑ์สำหรับผู้ดูแลหลักคือ เป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยหรืออยู่บ้านเดียวกัน หรือทราบอาการทางอารมณ์พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตแพทย์เจ้าของไข้ประเมินอาการของผู้ป่วยโดยใช้ ISTAART MBI criteria อย่างเป็นอิสระ และไม่เกี่ยวข้องกับการประเมินโดยผู้ช่วยวิจัย รวมถึงจิตแพทย์ประเมินภาวะ MCI ในช่วงเวลาไม่เกิน 3 เดือน จากวันที่เก็บข้อมูล ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ The International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10) จากนั้นคณะผู้ศึกษานำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ผล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Stata SE version 18 โดยนำเสนอข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา

(descriptive statistic) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนแบบคัดกรอง MBI-C ในกลุ่มที่แพทย์วินิจฉัยภาวะ MBI และกลุ่มที่ไม่ใช่ MBI โดยใช้สถิติ Kruskal Wallis test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ รายงานค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของ MBI-C total score และ subdomain scores ด้วยสถิติ Cronbach's alpha ประเมินความสามารถของแบบคัดกรอง MBI-C โดยรวมและแต่ละ subdomain ในการวินิจฉัยภาวะ MBI โดยใช้การวินิจฉัยของแพทย์ ซึ่งอ้างอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ISTAART เป็นมาตรฐานด้วยการวิเคราะห์ Receiver Operating Characteristic (ROC) curve โดยหาก 95% confidence interval (CI) ของ area under the curve (AUC) มีค่าไม่ต่ำกว่า 0.5 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ แบบสอบถาม MBI-C โดยรวมและแต่ละ subdomains ที่มีความสามารถในการวินิจฉัยภาวะ MBI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะถูกนำมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) และ Likelihood Ratio (LR) ของแบบสอบถามที่จุดตัดต่างๆ และหาค่าจุดตัดที่มีค่า Youden index J (sensitivity + specificity - 1) สูงที่สุด การวิเคราะห์ผลหลักจะทำในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เข้ารับการศึกษานี้ และทำการวิเคราะห์ผลเชิงสำรวจ (exploratory analysis) เพื่อเปรียบเทียบผลในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะที่อาจส่งผลต่อความสามารถของแบบสอบถาม MBI-C ในการวินิจฉัยภาวะ MBI ได้แก่ กลุ่มผู้ที่มีภาวะ Mild Cognitive Impairment (MCI) กลุ่มที่ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม MBI-C และกลุ่มผู้ที่มีภาวะ MCI ที่ผู้ดูแลเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม MBI-C

เมื่อคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์หลัก หากกลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนของผู้ที่มีภาวะ MBI เป็น 60% ของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด และในการวิเคราะห์ ROC curve ต้องการพบค่า AUC 0.7 โดยมีค่า 95% CI ไม่เกิน 0.22 จะต้องใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 87 ราย¹⁴

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

มีผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 92 ราย แบ่งเป็นกลุ่ม MBI 55 ราย (59.78%) และ non-MBI 37 ราย (40.22%) ตารางที่ 1 แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง อายุเฉลี่ยของกลุ่ม MBI (mean 69.9, SD 9) มากกว่ากลุ่ม Non-MBI (mean 64.2, SD 8.5) อย่างมีนัยสำคัญ (p -value = 0.035) ส่วนข้อมูลอื่นๆ ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คะแนน MBI-C

คะแนน MBI-C ของผู้เข้าร่วมการศึกษาแบ่งตามการวินิจฉัยจากแพทย์ (clinical diagnosis) เป็นดังแสดงในตารางที่ 2 กลุ่มที่แพทย์วินิจฉัย MBI (MBI group) มีจำนวน 55 ราย คะแนน MBI-C total score เฉลี่ยเท่ากับ 10.6 (SD = 14.4) และกลุ่มที่แพทย์ไม่วินิจฉัย MBI (non-MBI group) มีจำนวน 37 ราย คะแนน MBI-C total score 5.9 (SD = 8.2) เมื่อประเมินค่าความแตกต่างของ MBI-C total score ของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.073) ส่วนข้อมูล MBI-C score แยกตาม subdomain ต่างๆ พบว่า MBI-C score ในด้าน social appropriateness ของกลุ่ม MBI เท่ากับ 0.7 (SD = 1.8) และ non-MBI = 0.1 (SD = 0.8) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p -value = 0.012)

ความสอดคล้องภายในของแบบคัดกรอง (internal consistency)

ค่า Cronbach's alpha ของแบบสอบถาม MBI-C total และ subdomain ด้าน motivation, emotional regulation, impulse control และ social appropriateness มีความสอดคล้องกันดีทั้งในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (range 0.79 - 0.94) และกลุ่ม MCI (range 0.81 - 0.95) ในขณะที่ด้าน perception/thought content มี Cronbach's alpha ต่ำ (total sample 0.48 และ MCI 0.37) การวิเคราะห์เชิงสำรวจในกลุ่มที่ได้ข้อมูลจากผู้ดูแลก็มีแนวโน้มของค่าความสอดคล้องภายในของ MBI-C total และ subdomain ไปในแนวทางเดียวกันกับการวิเคราะห์หลัก ดังแสดงในตารางที่ 3

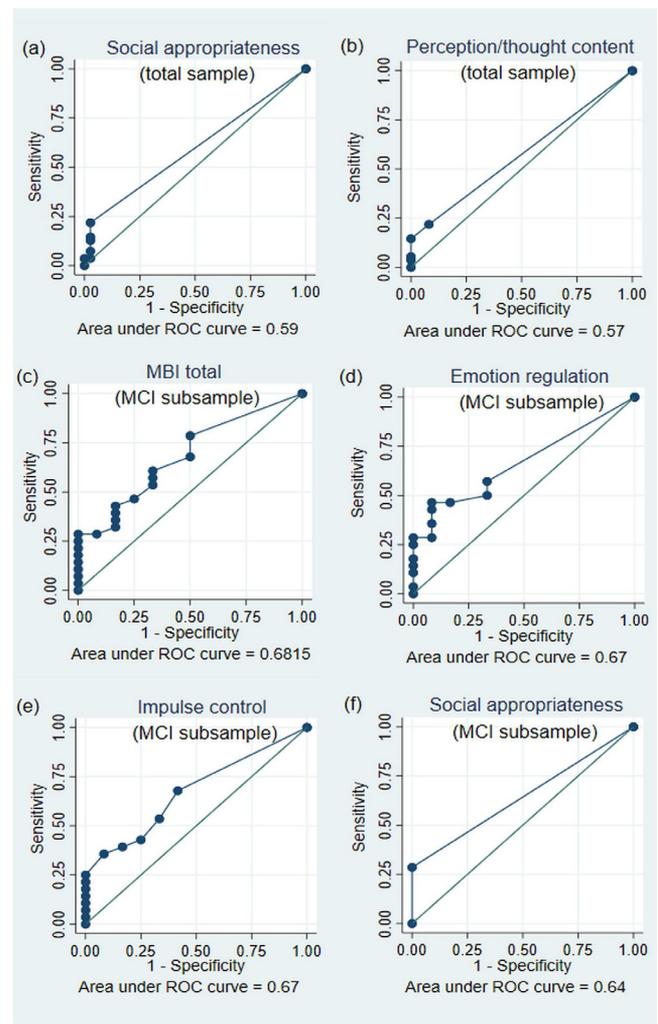
ROC Curve และ ค่า Area under the curve

การวิเคราะห์ผลหลักในกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด ($n = 92$) พบว่า ค่า Area Under the Curve (AUC) ของคะแนน MBI-C total เท่ากับ 0.61 (95% CI = 0.49 - 0.73) ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์แยกตาม subdomain พบว่า ค่า AUC social appropriateness เท่ากับ 0.59 (95% CI = 0.53 - 0.66) และด้าน perception/thought content เท่ากับ 0.57 (95% CI = 0.50 - 0.64) (รูปที่ 1a-b) ในขณะที่ค่า AUC ของ MBI-C score ด้าน motivation, emotion regulation และ impulse control ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

การวิเคราะห์เชิงสำรวจในกลุ่ม MCI ($n = 40$) พบว่าค่า AUC ของคะแนน MBI-C total เท่ากับ 0.68 (95% CI = 0.51 - 0.86) ด้าน emotional regulation เท่ากับ 0.67 (95% CI = 0.51 - 0.82)

ด้าน impulse control เท่ากับ 0.67 (95% CI = 0.51 - 0.84) และด้าน social appropriateness เท่ากับ 0.64 (95% CI = 0.56 - 0.73) โดย ROC curve เป็นดังแสดงในรูปที่ 1c-f ในขณะที่ AUC ของ MBI-C score ด้าน motivation และ perception/thought content ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

การวิเคราะห์เชิงสำรวจโดยใช้เฉพาะข้อมูลที่ได้จากผู้ดูแลหลัก ($n = 22$) พบว่าค่า AUC ของคะแนน MBI-C total เท่ากับ 0.64 (95% CI = 0.39 - 0.89) ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียง subdomain ด้าน perception/thought content ที่มีค่า AUC เท่ากับ 0.70 (95% CI = 0.57 - 0.83) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อ



รูปที่ 1 Receiver operating characteristic (ROC) curve ของ MBI-C ที่ค่า AUC มีนัยสำคัญทางสถิติ

(a) ด้าน Social appropriateness ในผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด (b) ด้าน Perception/thought content ในผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด (c) MBI total score ในกลุ่ม MCI (d) ด้าน Emotion regulation ในกลุ่ม MCI (e) ด้าน Impulse control ในกลุ่ม MCI (f) ด้าน Social appropriateness ในกลุ่ม MCI

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล (N = 92)	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	MBI (N = 55)	Non-MBI (N = 37)	
อายุเฉลี่ย, mean (SD)	69.85 (9.00)	64.24 (8.51)	0.035
เพศหญิง	37 (67.27)	24 (64.86)	0.811
ระดับการศึกษา			
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	8 (14.55)	7 (18.92)	0.648
ปริญญาตรี	20 (36.36)	14 (37.84)	
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	5 (9.09)	6 (16.22)	
มัธยม	7 (12.73)	5 (13.51)	
ประถม	12 (21.82)	4 (10.81)	
ไม่ได้เรียน	3 (5.45)	1 (2.7)	
สถานภาพสมรส			
หม้าย	8 (14.55)	4 (10.81)	0.180
หย่าร้าง	4 (7.27)	1 (2.70)	
สมรส	36 (65.45)	21 (56.76)	
โสด	6 (10.91)	11 (29.73)	
ไม่มีข้อมูลสถานภาพสมรส	1 (1.82)	0 (0)	
อาชีพ			
รับราชการ	17 (30.91)	16 (43.24)	0.198
ธุรกิจส่วนตัว	17 (30.91)	10 (27.03)	
พนักงานบริษัทเอกชน	13 (23.64)	4 (10.81)	
อาชีพอื่นๆ	8 (14.55)	7 (18.92)	
ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับ			
สามี/ภรรยาและลูก/หลาน	21 (38.18)	11 (29.73)	0.384
ญาติอื่นๆ	9 (16.36)	12 (32.43)	
ลูก/หลาน	11 (20.00)	4 (10.81)	
สามี/ภรรยา	9 (16.36)	6 (16.22)	
คนเดียว	5 (9.09)	4 (10.81)	

ข้อมูล (N = 92)	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	MBI (N = 55)	Non-MBI (N = 37)	
การทำงานในปัจจุบัน			
ทำงานอยู่	13 (23.64)	11 (29.73)	0.514
เกษียณ/เลิกทำงานแล้ว	42 (76.36)	26 (70.27)	
โรคประจำตัวทางกาย			
ไขมันในเลือดสูง	25 (45.45)	21 (56.76)	0.288
ความดันโลหิตสูง	22 (40)	14 (37.84)	0.835
เบาหวาน	13 (23.64)	5 (13.51)	0.230
โรคหัวใจ	6 (10.91)	2 (5.41)	0.358
โรคหลอดเลือดสมอง/ อัมพฤกษ์/อัมพาต	2 (3.64)	4 (10.81)	0.172
โรคพาร์กินสัน	3 (5.45)	1 (2.70)	0.526
โรคประจำตัวทางจิตเวช			
โรคซึมเศร้า	11 (73.33)	7 (58.33)	0.105
โรคจิตเภท	0 (0.00)	3 (25.00)	
โรคอารมณ์แปรปรวน/ อารมณ์สองขั้ว/ไบโโพลาร์	1 (6.67)	1 (8.33)	
อื่นๆ	3 (20.00)	0 (00.00)	
ไม่มีโรคทางกายและโรคจิตเวช	13 (23.64)	4 (10.81)	0.120
สูบบุหรี่	1 (1.82)	1 (2.7)	0.852
ดื่มสุรา	7 (12.73)	4 (10.81)	0.961
MCI	28 (50.91)	12 (32.43)	0.800
ข้อมูลได้จากผู้ดูแลหลัก	15 (2.27)	7 (18.92)	0.357

ตารางที่ 2 MBI-C score with clinician-diagnosed MBI and non-MBI

MBI response (score)	Clinical Diagnosis				p-value
	MBI (n = 55)		Non-MBI (n = 37)		
	Mean (SD)	Median (IQR)	Mean (SD)	Median (IQR)	
Total (34)	10.6 (14.4)	5 (1 - 15)	5.9 (8.2)	2 (0 - 6)	0.073
Motivation (5)	2.9 (4.4)	1 (0 - 3)	2.0 (3.5)	2 (0 - 8)	0.148
Emotional regulation (5)	3.1 (4.3)	1 (0 - 5)	1.9 (3.3)	0 (0 - 2)	0.089
Impulse control (12)	3.5 (5.2)	1 (0 - 5)	1.7 (2.3)	1 (0 - 3)	0.226
Social appropriateness (5)	0.7 (1.8)	0 (0 - 0)	0.1 (0.8)	0 (0 - 0)	0.012*
Perception or thought content (5)	0.5 (1.3)	0 (0 - 0)	0.1 (0.3)	0 (0 - 0)	0.061

MBI = Mild Behavioral Impairment

วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากผู้ดูแลหลักเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มี MCI (n = 12) พบว่า ค่า AUC ของ MBI-C total เท่ากับ score 0.76 (95% CI = 0.40 - 1.00) ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ subdomain ที่ค่า AUC มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้าน emotional regulation มีค่า AUC เท่ากับ 0.91 (95% CI = 0.72 - 1.00) ด้าน impulse control เท่ากับ 0.85 (95% CI = 0.62 - 1.00) ด้าน social appropriateness เท่ากับ 0.72 (95% CI = 0.55 - 0.89) และด้าน perception/thought content 0.78 (95% CI = 0.61 - 0.95) (ตารางที่ 3)

ค่าจุดตัดที่เหมาะสม (optimal cut-off point) ค่า sensitivity และ specificity

สำหรับกลุ่มผู้ร่วมการศึกษาทั้งหมดพบว่า ค่า optimal cut-off point ที่ให้ค่า Youden index J สูงสุดของ subdomain ด้าน social appropriateness เท่ากับ 1 (sensitivity 22%, specificity 97%, LR+ 8.07, LR- 0.8) และด้าน perception/thought content เท่ากับ 2 (sensitivity 15%, specificity 100%, LR+ undefined, LR- 0.85) ส่วนกลุ่ม MCI มีค่า optimal cut-off point ของ total score เท่ากับ 4 (sensitivity 61%, specificity 67%, LR+ 1.82, LR- 0.59) และ subdomain ด้าน emotional regulation เท่ากับ 4 (sensitivity 46%, specificity 92%, LR+ 5.57, LR- 0.58) ด้าน impulse control เท่ากับ 5 (sensitivity 36%, specificity 92%, LR+ 4.29, LR- 0.7) และด้าน social appropriateness เท่ากับ 1 (sensitivity 29%, specificity 100%, LR+ undefined, LR- 0.71) ความสามารถของเครื่องมือ MBI-C ในการจำแนกผู้ป่วย MBI ที่จุดตัดคะแนนอื่นๆ เป็นดังแสดงในตารางที่ 4

เมื่อแยกวิเคราะห์กลุ่มที่ได้ข้อมูลจากผู้ดูแล ค่า optimal cut-off point ของ subdomain emotional regulation เท่ากับ 6 (sensitivity 53%, specificity 86%, LR+ 3.73, LR- 0.54) และด้าน perception/thought content เท่ากับ 1 (sensitivity 40%, specificity 100%, LR+ undefined, LR- 0.6) ส่วนกลุ่มย่อย MCI ที่ได้ข้อมูลจากผู้ดูแล มี optimal cut-off point ของ subdomain ด้าน emotional regulation เท่ากับ 5 (sensitivity 89%, specificity 100%, LR+ undefined, LR- 0.11) ด้าน impulse control เท่ากับ 2 (sensitivity 89%, specificity 67%, LR+ 2.67, LR- 0.17) ด้าน social appropriateness เท่ากับ 2 (sensitivity 44%, specificity 100%, LR+ undefined, LR- 0.56) และด้าน perception/thought content เท่ากับ 1 (sensitivity 56%, specificity 100%, LR+ undefined, LR- 0.44) (ตารางที่ 4)

วิจารณ์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ในการพัฒนา MBI-C ฉบับภาษาไทย และประเมินคุณสมบัติในการคัดกรองโดยเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยภาวะ MBI โดยแพทย์ จากผลการศึกษาพบว่า ค่าความสอดคล้องภายในของแบบคัดกรอง MBI-C โดยรวม และ subdomain ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี ยกเว้นด้าน perception/thought content ซึ่งถ้ามองถึงอาการเกี่ยวกับความเชื่อและการรับรู้ในแต่ละด้านที่ไม่จำเป็นต้องเกิดร่วมกัน ในส่วนความแตกต่างของ MBI-C score โดยใช้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบว่าค่า MBI-C total score ของกลุ่ม MBI มีแนวโน้มสูงกว่ากลุ่ม non-MBI แต่ยังไม่ถึงเกณฑ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผล ROC analysis ที่พบว่า MBI-C total score มีค่า AUC 0.61 โดยมีค่าขอบล่างของ 95% CI ที่ 0.49 บ่งชี้ว่าหากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเพิ่มขึ้น อาจพบค่า AUC ที่มีนัยสำคัญทางสถิติได้ (95% CI ไม่ครอบคลุม 0.5)

เมื่อแยกวิเคราะห์แต่ละ subdomain พบว่า social appropriateness เป็นด้านเดียวที่กลุ่ม MBI มีค่าสูงกว่ากลุ่ม non-MBI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่า AUC ที่ไม่ครอบคลุม 0.5 บ่งชี้ว่าอาการในด้านนี้อาจช่วยในการจำแนกภาวะ MBI ได้ดีกว่าการสุ่ม ในขณะที่ด้าน emotional regulation และ perception/thought content มีแนวโน้มของคะแนนที่สูงกว่าในกลุ่ม MBI แม้จะไม่ถึงเกณฑ์นัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่า AUC มีขอบล่างอยู่ที่ 0.49 และ 0.50 ตามลำดับ สนับสนุนว่าหากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเพิ่มขึ้น อาจพบค่า AUC ที่มีนัยสำคัญทางสถิติมากขึ้นได้

เมื่อพิจารณาค่าความไวและความจำเพาะของเครื่องมือนี้ พบว่า subdomain ด้าน social appropriateness และ perception/thought content มีความจำเพาะสูงกว่า 90% แต่มีความไวประมาณ 15-20% เท่านั้น โดยเฉพาะด้าน social appropriateness ที่มากกว่า 1 คะแนน ที่มีค่า Likelihood Ratio+ (LR+) ค่อนข้างสูง (8.07) ถือเป็น moderate evidence ของภาวะ MBI การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความชุกของภาวะ MBI จะสูงสุดในกลุ่ม MCI ตามด้วยกลุ่มที่มี cognitive risk และน้อยสุดในกลุ่ม cognitively healthy ซึ่งอาจมีความชุกสูงถึง 28%^{15,16} เนื่องจากความสามารถในการพยากรณ์ (predictability) ของเครื่องมือจะแปรผันตามความชุกของภาวะนั้นๆ ในประชากรด้วย หากนำเครื่องมือนี้ไปใช้คัดกรองในกลุ่มประชากรที่มี cognitive risk/problems จะมีโอกาสที่ผู้ที่ถูกทดสอบจะมีภาวะนั้นจริง หากผลการทดสอบเป็นบวก (positive predictive value) ที่สูงขึ้น

ตารางที่ 3 ค่าความสอดคล้องภายในและค่า AUC ของเครื่องมือ MBI-C

MBI response	Total sample (n = 92)			MCI subsample (n = 40)		
	alpha	AUC	95% CI	alpha	AUC	95% CI
Total	0.94	0.61	0.49 - 0.73	0.95	0.68*	0.51 - 0.86
Motivation	0.91	0.58	0.47 - 0.70	0.94	0.59	0.40 - 0.77
Emotional regulation	0.89	0.6	0.49 - 0.71	0.9	0.67*	0.51 - 0.82
Impulse control	0.86	0.57	0.46 - 0.69	0.87	0.67*	0.51 - 0.84
Social appropriateness	0.79	0.59*	0.53 - 0.66	0.81	0.64*	0.56 - 0.73
Perception/thought content	0.48	0.57*	0.50 - 0.64	0.37	0.61	0.50 - 0.72

Information reported by caretakers

MBI response	Total sample (n = 22)			MCI subsample (n = 12)		
	alpha	AUC	95% CI	alpha	AUC	95% CI
Total	0.93	0.64	0.39 - 0.89	0.94	0.76	0.40 - 1.00
Motivation	0.91	0.4	0.15 - 0.66	0.93	0.44	0.00 - 0.93
Emotional regulation	0.86	0.72	0.50 - 0.94	0.85	0.91*	0.72 - 1.00
Impulse control	0.88	0.66	0.41 - 0.90	0.92	0.85*	0.62 - 1.00
Social appropriateness	0.75	0.61	0.40 - 0.82	0.77	0.72*	0.55 - 0.89
Perception/thought content	0.31	0.70*	0.57 - 0.83	0.34	0.78*	0.61 - 0.95

MBI = Mild Behavioral Impairment, MCI = Mild Cognitive Impairment, AUC = Area Under the Curve, CI = Confidence Intervals

อย่างไรก็ดี จะเห็นว่าค่า AUC ที่วิเคราะห์ในกลุ่มผู้เข้าร่วมศึกษาทั้งหมด แม้ในด้าน social appropriateness ที่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ก็ยังมีความสามารถในการจำแนกภาวะ MBI ได้ไม่ดีพอที่จะใช้ทางคลินิก (AUC < 0.7)^{17,18} ผู้ศึกษาจึงทำการวิเคราะห์เชิงสำรวจ (exploratory analysis) โดยแยกวิเคราะห์หาค่า AUC เฉพาะในกลุ่มที่มีลักษณะที่อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการจำแนกของเครื่องมือ MBI-C ได้แก่ กลุ่มที่มีภาวะ MCI และกลุ่มที่ได้ข้อมูลจากผู้ดูแล¹⁹

การศึกษาในกลุ่ม MCI พบว่า ค่า MBI-C total score และ subdomains ด้าน emotional regulation, impulse control และ social appropriateness มีค่า AUC ที่มีนัยสำคัญทางสถิติสนับสนุนว่าเครื่องมือนี้อาจมีความสามารถในการจำแนกภาวะ MBI ในกลุ่ม MCI ได้ดีกว่า โดย MBI-C total score ที่ cut-off point เท่ากับ 4 ให้ผลรวมของความไวและความจำเพาะที่สูงที่สุด (sensitivity 61% และ specificity 67%) โดยมีค่า AUC 0.68 ใกล้เคียงระดับที่อาจนำมาใช้ได้ทางคลินิก ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ Mallo S.C. และคณะ⁶ ที่พบว่าค่า cut-off ของ MBI-C total score ที่เหมาะสมคือ 6.5 คะแนน โดยมี sensitivity 100% และ specificity 78.20% ในกลุ่มผู้มีภาวะ MCI อย่างไรก็ตาม

การศึกษาดังกล่าวมีการตัดผู้ที่มีประวัติซึมเศร้าหรือโรคทางจิตเวช อื่นๆ ออกไป ในขณะที่การศึกษานี้มีผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีโรคทางจิตเวช สูงถึง 28%

เมื่อแยกวิเคราะห์ผู้เข้าร่วมวิจัยเฉพาะที่ได้ข้อมูลจากผู้ดูแลพบว่า มีเพียงด้าน perception/thought content ที่มี AUC 0.7 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มที่มีภาวะ MCI ที่ผู้ดูแลเป็นผู้ตอบ MBI-C พบว่าค่า AUC มีนัยสำคัญทางสถิติใน 4 subdomain ได้แก่ emotional regulation, impulse control, social appropriateness และ perception โดยค่า AUC > 0.7 ทั้งหมด บ่งชี้ว่า subdomain ต่างๆ เหล่านี้อาจช่วยในการจำแนกผู้ป่วยในทางคลินิก โดยเฉพาะในกลุ่ม MCI ที่มีผู้ดูแลเป็นผู้ให้ข้อมูล ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าผลการประเมินด้วยเครื่องมือ MBI-C ที่ได้จากการประเมินตนเองและผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินมีความสอดคล้องกันไม่มากนัก^{12,19,20} เป็นไปได้ว่ากรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง อาจมี reporting bias จาก social desirable effect หรือมีปัญหาด้าน insight ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อข้อมูลที่ได้อีก¹² อย่างไรก็ตาม การศึกษาขนาดเล็กพบว่าผลการประเมินที่ได้จากผู้ดูแลไม่มีความแตกต่างจากผลการประเมินตนเองโดยใช้เครื่องมือ MBI-C²¹ ในอนาคต จึงควรมีการศึกษาผลที่ได้จาก

ตารางที่ 4 ค่าความไวและความจำเพาะของเครื่องมือ MBI-C ที่จุดตัดต่างๆ กัน

MBI response	Cut-off point ^a	Sensitivity (%)	Specificity (%)	LR+	LR-
Total sample					
Social appropriateness	1*	21.8	97.3	8.07	0.80
	2	14.6	97.3	5.38	0.89
Perception/thought content	1	21.8	91.9	2.69	0.85
	2*	14.6	100	Undefined ^b	0.85
MCI subsample					
Total	1	78.6	50	1.57	0.43
	2	67.9	50	1.36	0.64
	4*	60.7	66.7	1.82	0.59
	5	57.1	66.7	1.71	0.64
	6	53.6	66.7	1.61	0.70
	8	46.4	75.0	1.86	0.71
Emotional regulation	1	57.1	66.7	1.71	0.64
	2	50	66.7	1.5	0.75
	3	46.4	83.3	2.79	0.64
	4*	46.4	91.7	5.57	0.58
Impulse control	1	67.9	58.3	1.63	0.55
	2	53.6	66.7	1.61	0.70
	3	42.9	75	1.71	0.76
	4	39.3	83.3	2.36	0.73
	5*	35.7	91.7	4.29	0.70
Social appropriateness	1*	28.6	100	Undefined ^b	0.71
	2	25	100	Undefined ^b	0.75
Information reported by caregivers (n = 22)					
Perception/thought content	1*	40	100	Undefined ^b	0.60
	2	26.7	100	Undefined ^b	0.73
Information reported by caregivers, MCI subsample (n = 12)					
Emotional regulation	2	88.9	33.3	1.33	0.33
	3	88.9	66.7	2.67	0.17
	5*	88.9	100	Undefined ^b	0.11
Impulse control	2*	88.9	66.7	2.67	0.17
	5	77.8	66.7	2.33	0.33
	6*	55.6	100	Undefined ^b	0.44
Social appropriateness	2*	44.4	100	Undefined ^b	0.56
	3	33.3	100	Undefined ^b	0.67
Perception or thought content	1*	55.6	100	Undefined ^b	0.44
	2	33.3	100	Undefined ^b	0.67

MBI = Mild Behavioral Impairment, MCI = Mild Cognitive Impairment

LR+ = Positive likelihood ratio, LP- = Negative likelihood ratio

*ค่าจุดตัดที่เหมาะสมคือค่าจุดตัดที่มีค่า Youden index J (sensitivity + specificity - 1) สูงที่สุด

^a ไม่มีผลการรายงานผลของจุดตัดคะแนนบางค่าเนื่องจากไม่มีข้อมูลดังกล่าวในชุดข้อมูลนี้

^b ไม่สามารถคำนวณค่าได้เนื่องจากมีค่า specificity 100%

การประเมินตนเองและผลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลเปรียบเทียบกับผล neuropsychological test หรือตัวชี้วัดอื่นที่มีความเป็นวัตถุวิสัยมากขึ้น หรือศึกษาติดตามไปข้างหน้าเพื่อประเมินความเชื่อถือได้ของข้อมูลและความสามารถในการพยากรณ์การดำเนินโรคในระยะยาวต่อไป

ข้อจำกัดของการศึกษา

ประการแรก การศึกษานี้มีขนาดของกลุ่มตัวอย่างอาจไม่มี power มากพอสำหรับการวิเคราะห์เชิงสำรวจ รวมถึงการควบคุมตัวแปรอื่นๆ ที่อาจเป็นปัจจัยกวนในการศึกษานี้ นอกจากนี้ การที่ได้ข้อมูลจากแหล่งที่ต่างกันมีผลต่อความสามารถในการจำแนกของเครื่องมือ ดังนั้นการศึกษาในอนาคตควรทำในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น และอาจเก็บข้อมูลทั้งจากผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อเปรียบเทียบกันและหาจุดตัดที่เหมาะสมต่อไป

ประการที่สอง ผลการศึกษานี้มีค่า AUC < 0.7 ดังนั้นการนำไปใช้ทางคลินิกควรแปลผลการใช้อย่างระมัดระวัง อย่งไรก็ดี การศึกษานี้พบว่าในกลุ่ม MCI ที่ได้ข้อมูลจากผู้ดูแล มีแนวโน้มของค่า AUC ที่อาจนำไปใช้ได้ทางคลินิก จึงควรทำการศึกษาในกลุ่มประชากรดังกล่าวที่ขนาดตัวอย่างมากขึ้น เพื่อยืนยันผลที่ได้ในครั้งนี้

ประการที่สาม ผู้เข้าร่วมศึกษาส่วนหนึ่งเป็นผู้มารับการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช อาจมีข้อจำกัดในการให้ข้อมูล และอาจเกิด bias ทำให้ความน่าเชื่อถือของข้อมูลลดลง อย่งไรก็ดีผลการศึกษาคุนสมบัติการจำแนกของเครื่องมือ MBI-C ที่มีค่า sensitivity และ specificity ต่ำกว่าการศึกษาก่อนๆ อาจบ่งชี้ว่าอาจจำเป็นต้องมีการพัฒนาเครื่องมือสำหรับประชากรกลุ่มนี้โดยเฉพาะ

นอกจากนี้ การเก็บข้อมูลส่วนหนึ่งในช่วงการระบาดของ Covid-19 อาจทำให้ได้ข้อมูลจากญาติหรือผู้ดูแลอย่างจำกัด โดยเฉพาะกลุ่ม MCI ที่มาโรงพยาบาลได้เอง

สรุป

แบบคัดกรอง MBI-C ฉบับภาษาไทยจากการศึกษานี้มีความสอดคล้องภายในโดยรวมดี ยกเว้นด้าน perception/thought content แม้ว่าคะแนนรวมของแบบคัดกรอง MBI-C ฉบับภาษาไทยจะมีความสามารถในการจำแนกภาวะ MBI ได้ไม่ดี แต่ด้าน social appropriateness และ perception/thought content อาจช่วยในการจำแนกภาวะนี้ได้ แม้จะยังไม่ถึงเกณฑ์ที่สามารถนำ

ไปใช้ทางคลินิก คุณสมบัติการจำแนกของเครื่องมือนี้มีแนวโน้มดีขึ้นในกลุ่มที่มี MCI โดยเฉพาะที่ได้ข้อมูลจากผู้ดูแล จึงควรทำการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มประชากรดังกล่าวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผศ.ดร.พญ.ธนาวดี ประชาสันต์ สำหรับคำปรึกษาด้านระเบียบวิธีวิจัยและสถิติ คณาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล รศ.ดร.ปัญญาสิทธิ์ วาสนสมสิทธิ์ สถาบันภาษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้แปลแบบคัดกรอง MBI-C กลับเป็นภาษาอังกฤษ และ คุณสุดาวรรณ จุลเกตุ นักจิตวิทยาคลินิก ที่ช่วยเก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมศึกษา การศึกษานี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุน

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ไม่มี

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

พญ.นิธิยาณ์ จำปาแดง: วางแผนการศึกษา ร่วมเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนและตรวจสอบบทความ; รศ.พญ.ภาพัณห์ ไทยพิสุทธิกุล: วางแผนการศึกษา ร่วมเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนและตรวจสอบบทความ; ผศ.นพ.สัณชัย กุลาดี: วางแผนการศึกษา ร่วมเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ผลและให้ข้อเสนอแนะในการเขียนบทความ; พญ.พิชญวดี จิตตโรภาส: วางแผนการศึกษา ร่วมเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ผลและให้ข้อเสนอแนะในการเขียนบทความ

เอกสารอ้างอิง

- Alexopoulos G, Meyers B, Young R, Mattis S, Kakuma T. The course of geriatric depression with "reversible dementia": a controlled study. *Am J Psychiatry* 1993; 150(12): 1693-9.
- Rosenberg P, Mielke M, Appleby B, Oh E, Geda Y, Lyketsos C. The association of neuropsychiatric symptoms in MCI with incident dementia and Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2013; 21(7): 685-95.
- Peters M, Rosenberg P, Steinberg M, Norton M, Welsh-Bohmer K, Hayden K, et al. Neuropsychiatric symptoms as risk factors for progression from CIND to dementia: the Cache County Study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2013; 21(11): 1116-24.
- Banks S, Raman R, He F, Salmon D, Ferris S, Aisen P, et al. The Alzheimer's disease cooperative study prevention instrument project: longitudinal outcome of behavioral measures as

- predictors of cognitive decline. *Dement Geriatr Cogn Disord Extra* 2014; 4(3): 509-16.
5. Masters M, Morris J, Roe C. "Noncognitive" symptoms of early Alzheimer disease: a longitudinal analysis. *Neurology* 2015; 84(6): 617-22.
 6. Mallo S, Ismail Z, Pereiro A, Facal D, Lojo-Seoane C, Campos-Magdaleno M, et al. Assessing mild behavioral impairment with the mild behavioral impairment-checklist in people with mild cognitive impairment. *J Alzheimers Dis* 2018; 66(1): 83-95.
 7. Ismail Z, Smith E, Geda Y, Sultzer D, Brodaty H, Smith G, et al. Neuropsychiatric symptoms as early manifestations of emergent dementia: provisional diagnostic criteria for mild behavioral impairment. *Alzheimers Dement* 2016; 12(2): 195-202.
 8. Ismail Z, Agüera-Ortiz L, Brodaty H, Cieslak A, Cummings J, Fischer C, et al. The Mild Behavioral Impairment Checklist (MBI-C): a rating scale for neuropsychiatric symptoms in pre-dementia populations. *J Alzheimers Dis* 2017; 56(3): 929-38.
 9. Yaffe K, Petersen R, Lindquist K, Kramer J, Miller B. Subtype of mild cognitive impairment and progression to dementia and death. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2006; 22(4): 312-9.
 10. Xu L, Li T, Xiong L, Wang X, Ismail Z, Fukuda M, et al. Reliability and validity of the Chinese version of mild behavioral impairment checklist in mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease. *J Alzheimers Dis* 2021; 81(3): 1141-9.
 11. Elefante C, Lattanzi L, Ismail Z, Medda P, Bacciardi S, Mainardi C, et al. Mild behavioral impairment: Presentation of the diagnostic criteria and the Italian version of the MBI-Checklist. *Riv Psichiatr* 2019; 54(2): 59-66.
 12. Pépin É, Tanguay N, Roy M, Macoir J, Bruneau M, Ismail Z, et al. Preliminary validation study of the French-Quebec version of the Mild Behavioral Impairment Checklist. *Cogn Behav Neurol* 2023; 36(1): 9-18.
 13. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value Health* 2005; 8(2): 94-104.
 14. Hanley J, McNeil B. The meaning and use of the area under a receiver operating characteristic (ROC) curve. *Radiology* 1982; 143(1): 29-36.
 15. Mortby M, Ismail Z, Anstey K. Prevalence estimates of mild behavioral impairment in a population-based sample of pre-dementia states and cognitively healthy older adults. *Int Psychogeriatr* 2018; 30(2): 221-32.
 16. Hu S, Patten S, Charlton A, Fischer K, Fick G, Smith E, et al. Validating the mild behavioral impairment checklist in a cognitive clinic: comparisons with the neuropsychiatric inventory questionnaire. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2023; 36(2): 107-20.
 17. Janssens A, Martens K. Reflection on modern methods: Revisiting the area under the ROC Curve. *Int j Epidemiol* 2020 Aug; 49(4): 1397-403.
 18. Swets J. Measuring the accuracy of diagnostic systems. *Science* 1988; 240(4857): 1285-93.
 19. Chen T, Yeh Y, Huang M, Chen H, Lee J, Chen C. Validation and comparison of the informant-rated and self-rated versions of the Mild Behavioral Impairment Checklist. *J Alzheimers Dis* 2022; 90(3): 1203-13.
 20. Creese B, Griffiths A, Brooker H, Corbett A, Aarsland D, Ballard C, et al. Profile of mild behavioral impairment and factor structure of the Mild Behavioral Impairment Checklist in cognitively normal older adults. *Int Psychogeriatr* 2020; 32(6): 705-17.
 21. Matuskova V, Krejci M, Horakova H, Ismail Z, Laczó J, Hort J, et al. Comparison between self- and informant-rated versions of the Mild behavioral impairment checklist in patients with mild cognitive impairment. *Alzheimers Dement* 2023; 19:e079596.