



Journal of the Psychiatric Association of Thailand

วารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย

ปีที่ 70 ฉบับที่ 3

กรกฎาคม - กันยายน 2568

บรรณาธิการแถลง

จดหมายถึงบรรณาธิการ

ภูมิจิตเวชศาสตร์: สาขาใหม่ของจิตเวชศาสตร์ที่จิตแพทย์ไทยควรรู้จัก

พิเชฐ อุดมรัตน์

นิพนธ์ต้นฉบับ

การรังแกกันในโรงเรียนและการทำหน้าที่ของครอบครัวในเด็กและวัยรุ่นสมาริสันที่โรงพยาบาลศูนย์
แห่งหนึ่ง

ณิชนน เอี่ยมตระกูล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาริสันในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ของประเทศไทย

รัฐสภา เสนชัย, ชูชาติ วงศ์อนุชิต

การศึกษานำร่องความสัมพันธ์ระหว่างแบบทดสอบการวาดเรื่องราว (DAS) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า
BDI-II ในวัยรุ่น

นันทพันธ์ ชินประพินพร, ทักษิณพร หอสิริ, สิริรัตดา ปัญญาภาส, เลิศศิริ บวรกิตติ, วัลลภ อัจฉริยะสิงห์

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณเกี่ยวกับการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรม
การส่งเสริมพัฒนาการเด็กออกัสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม

ภาณิชา อรุณพิพล, ธีธาร์ตน์ ปุณณะชัยศิริ, วัลลภ อัจฉริยะสิงห์

แนวโน้มและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเปลี่ยนแปลงโรคจิตจากสารเสพติดไปสู่โรคจิตเภท:

การศึกษาย้อนหลังในโรงพยาบาลสมุทรปราการ

กิตติยา รุ่งเลิศสิริกุล

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยอุบัติเหตุ
ณ โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

จุฬากิพย์ สารวัठी



รายชื่อคณะกรรมการอำนวยการ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2565-2568

นายกสมาคม

ศ.นพ.ชวณันท์ ชาญศิลป์

President

Prof.Chawanun Charnsil, M.D.

อุปนายก

ผศ.พญ.วรลักษณ์ธีระโมกข์

Vice-President

Asst.Prof.Voralaksana Theeramoke, M.D.

เลขาธิการ

นพ.สุทธา สุปัญญา

Secretary-General

Suttha Supanya, M.D.

เหรัญญิก

ผศ.พญ.ปราณี เมืองน้อย

Treasurer

Asst.Prof.Pranee Moungnoi, M.D.

ปฎิคม

พ.อ.พลังสันต์ จงรักษ์

Chairman for Social Affairs

Col.Palangsarn Chongrak, M.D.

ประธานวิชาการ

รศ.นพ.พิชัย อภิรัฐสกุล

Chairman for Academic Affairs

Assoc.Prof.Pichai Ittasakul, M.D.

ประธานวารสาร

ศ.นพ.ธรรมนาถ เจริญบุญ

Chairman for Journal

Prof.Thammanard Charernboon, M.D.

ฝ่ายวิเทศสัมพันธ์

ผศ.พญ.กมลพร วรณฤทธิ์

Chairman for International Affairs

Asst.Prof.Kamonporn Wannarit, M.D.

นายทะเบียน

ร.อ.ปิยะวัฒน์ เด่นดำรงกุล

Registrar

Flt.Lt.Piyawat Dendumrongkul, M.D.

กรรมการกลาง

ผศ.นพ.ปราการ ถมียงกูร

Committee Members

Asst.Prof.Prakarn Thomyangkoon, M.D.

ผศ.นพ.ภูซังค์ เหล่าจุสิวัตต์

Asst.Prof.Puchong Laurujisawat, M.D.

รศ.นพ.วรุตม์ อุ่นจิตสกุล

Assoc.Prof.Warut Aunjitsakul, M.D.

นพ.ศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา

Sarutabhandu Chakrabhandu Na Ayutaya, M.D.

ผศ.พญ.ศุภรา เชาว์ปรีชา

Asst.Prof.Supara Chaopricha, M.D.

นพ.สมนึก หลิมศิริรัตน์

Somnuk Limsiroratana, M.D.



วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย จัดทำโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นช่องทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสุขภาพจิตในการเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต โดยวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ ออกปีละ 4 ฉบับ ในเดือนมีนาคม มิถุนายน กันยายน และธันวาคม

E-ISSN: 2697-4126

การติดต่อ

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

การส่งบทความ

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



กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

บรรณาธิการกิตติมศักดิ์

ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Honorary Editor

Professor Suwanna Arunpongpaisal, MD, MSc
Khon Kaen University

บรรณาธิการ

ศ.ดร.นพ.ธรรมนาถ เจริญบุญ
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Editor-in-Chief

Professor Thammanard Charernboon, MD, MSc, PhD
Thammasat University

รองบรรณาธิการ

รศ.พญ.ภาพันท์ ไทยพิสุทธิกุล
มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.นพ.วรภัทร รัตอาภา
มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.พญ.ติรยา เลิศหัตถศิลป์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
รศ.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
Associate Professor Thitiporn Supasitthumrong, MD
Chulalongkorn University

กองบรรณาธิการฝ่ายจัดการ

น.ส.สิริลักษณ์ ไชยสิทธิ์

Managing Staffs

Miss Siriluck Chaiyasit



วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 70 ฉบับที่ 3

กรกฎาคม - กันยายน 2568

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

A

จดหมายถึงบรรณาธิการ

- ภูมิจิตเวชศาสตร์: สาขาใหม่ของจิตเวชศาสตร์ที่จิตแพทย์ไทยควรรู้จัก 338
พิเชฐ อุดมรัตน์

นิพนธ์ต้นฉบับ

- การร้งแกกันนในโรงเรียนและการทำหน้าที่ของครอบครัวในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น 340
ที่โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง
ณิชนน เอี่ยมตระกูล

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น 349
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย
รัฐสภา เสนชัย, ชูชาติ วงศ์อนุชิต

- การศึกษานำร่องความสัมพันธ์ระหว่างแบบทดสอบการวาดเรื่องราว (DAS) และแบบประเมิน 361
ภาวะซึมเศร้า BDI-II ในวัยรุ่น
นันทพันธ์ ชินประพินพร, ทิฆัมพร หอสิริ, สิริรัตดา ปัญญาภาส, เลิศศิริ บวรกิตติ, วัลลภ อัจสริยะสิงห์

- การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมานเกี่ยวกับการศึกษาประสิทธิผล 371
ของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม
ภาณิชา อรุณพิพล, ธิดารัตน์ ปุณณะชัยศรี, วัลลภ อัจสริยะสิงห์

- แนวโน้มและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเปลี่ยนแปลงโรคจิตจากสารเสพติดไปสู่โรคจิตเภท: 393
การศึกษาย้อนหลังในโรงพยาบาลสมุทรปราการ
กิตติยา รุ่งเลิศสิทธิกุล

- ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะแพ้สับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยอุบัติเหตุ 407
ณ โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง
จุฑาทิพย์ สาระวิถิ



Journal of the Psychiatric Association of Thailand

Volume 70 Number 3

July - September 2025

CONTENTS

EDITORIAL

A

LETTER TO EDITOR

- Geopsychiatry: The New Emerging Discipline Which Thai Psychiatrists Should Know 338

Pichet Udomratn

ORIGINAL ARTICLES

- School Bullying and Family Function in Children and Adolescents with
Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in a Tertiary Care Hospital 340

Nitchamon Eiumtrakul

- Factors Associated with Psychological Flexibility of Caregiver of Children with
Attention Deficit Hyperactivity Disorder in the Northeast Region of Thailand 349

Ruttasapa Senchai, Choochart Wong-Anuchit

- A Pilot Study on the Correlation between Draw-A-Story Test and The Beck Depression
Inventory Version II in Adolescence 361

*Nantapan Chinprapinporn, Tikumporn Hosiri, Sirinadda Punyapas, Lertsiri Bovornkitti,
Wanlop Atsariyasing*

- A Systematic Literature Review and Meta-Analysis on the Effectiveness of Parent-Mediated
Intervention in Child with Autism Spectrum Disorder 371

Parnicha Uraprephon, Tidarat Puranachaikere, Wanlop Atsariyasing

- Trends and Associated Factors in the Transition from Substance-Induced Psychotic
Disorder to Schizophrenia: A Retrospective Study in Samutprakarn Hospital 393

Kitiya Runglirdsittikul

- Prevalence and Associated Factors of Alcohol Withdrawal Delirium in Trauma Patients
at a Tertiary Care Hospital in Lower Northeastern Thailand 407

Juthathip Saravithi



บรรณาธิการแถลง

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ฉบับที่ 3 ของปี พ.ศ. 2568 นี้ นำเสนอบทความวิชาการทั้งสิ้น 7 เรื่องทางวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ ขอแสดงความยินดีกับผู้นิพนธ์ทุกท่าน

ผมและกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ส่งบทความกับทางวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาช่วยประเมินบทความในวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ ฉบับนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหาในฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาวิชาชีพด้านจิตเวชศาสตร์ของประเทศไทยต่อไป

ธรรมนาถ เจริญบุญ

บรรณาธิการ

ภูมิจิตเวชศาสตร์: สาขาใหม่ของจิตเวชศาสตร์ที่จิตแพทย์ไทยควรรู้จัก

Geopsychiatry : The New Emerging Discipline Which Thai Psychiatrists Should Know

พิเศษ อุดมรัตน์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เมื่อไม่กี่ปีที่ผ่านมา เราเคยได้ยินคำว่า ภูมิรัฐศาสตร์ ซึ่งมาจากคำภาษาอังกฤษ 2 คำ คือคำว่า geography กับ politics เช่นเดียวกับทางจิตเวชศาสตร์ ซึ่งเมื่อไม่กี่ปีที่ผ่านมาเช่นกัน ได้ปรากฏคำว่า geopsychiatry ขึ้น ซึ่งมาจากคำภาษาอังกฤษ 2 คำเช่นกัน คือคำว่า geography กับ psychiatry ผมจึงขอแปล geopsychiatry เป็นภาษาไทยว่า ภูมิจิตเวชศาสตร์

Castaldelli-Maia JM และ Bhugra D¹ ได้ให้คำจำกัดความของ geopsychiatry ว่าเป็นสาขาของจิตเวชศาสตร์ที่ศึกษาถึงความเชื่อมโยงระหว่างภูมิศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ประเด็นหลักของการศึกษาในหัวข้อนี้จะอยู่ที่ผล (effect) และผลกระทบ (impact) ที่เกิดจากปัจจัยต่างๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศ (climate change), ภัยพิบัติ (disasters) ทั้งที่เกิดจากธรรมชาติและมีมนุษย์, โลกาภิวัตน์ (globalization), การเติบโตและการเคลื่อนย้ายของประชากร (population growth and movement), การรวมตัวของเมืองขนาดใหญ่ (urban conglomerations), การผลิตทางการเกษตร (agricultural production), การพัฒนาอุตสาหกรรม (industrialization), ภูมิรัฐศาสตร์ (geopolitics), การเปลี่ยนผ่านจากสังคมและเศรษฐกิจเดิมไปสู่สังคมและเศรษฐกิจใหม่ (socio-economic transformations), การคำนึงถึงวัฒนธรรมในเวชปฏิบัติทางสุขภาพจิตและกระบวนการทางสุขภาพจิต (cultural practices in the mental health - mental illness processes) นอกจากนี้ ผมเห็นว่าควรเพิ่มปัจจัยต่อไปนี้ด้วย เช่น การเปลี่ยนแปลงสู่ระบบดิจิทัล (digitalization) ซึ่งรวมทั้งสื่อสังคมออนไลน์ทุกแพลตฟอร์ม การเปลี่ยนระเบียบโลกใหม่ (new world order) จากระบบการค้า

แบบพหุภาคีมาเป็นทวิภาคี การใช้ภาษาเป็นเครื่องมือในการต่อรอง และการเปลี่ยนจากโลกที่มีมหาอำนาจชั่วคราว มาเป็นมหาอำนาจหลายขั้ว การเปลี่ยนผ่านการใช้พลังงานจากพลังงานฟอสซิลมาเป็นพลังงานสะอาดและพลังงานหมุนเวียน เพื่อนำไปสู่เศรษฐกิจสีเขียว (green economy) การพัฒนาทางเทคโนโลยีและสารสนเทศจนทำให้สังคมเข้าสู่ยุคปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence, AI) และปัญญาประดิษฐ์มีแนวโน้มที่จะถูกพัฒนาให้ฉลาดขึ้นเรื่อยๆ จนมีความฉลาดเท่ามนุษย์ และอาจฉลาดกว่ามนุษย์ในอนาคตก็เป็นไปได้

ดังนั้น ภูมิจิตเวชศาสตร์จึงเป็นสาขาที่เชื่อมโยงกับศาสตร์อื่นๆ อีกหลายศาสตร์ และเชื่อมโยงบุคลากรในสาขาวิชาชีพหลากหลายสาขาให้มาร่วมกันศึกษา เพื่อหาทางออกและแก้ไขปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตทั้งในระดับบุคคลและในระดับชุมชน โดยบุคลากรดังกล่าว เช่น นักภูมิศาสตร์ นักมานุษยวิทยา นักสังคมศาสตร์ สถาปนิก นักวางผังเมือง นักเศรษฐศาสตร์ นักการเมืองและผู้นำกำหนดนโยบาย บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งรวมทั้งแพทย์ที่สนใจด้านนี้ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักอาชีวบำบัด เป็นต้น

ด้วยเห็นความสำคัญในเรื่องนี้ สมาคมจิตแพทย์โลก (World Psychiatric Association, WPA) จึงได้ตั้งคณะกรรมการชุดแรก (founding committee) ขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2563 โดยผมเป็นจิตแพทย์ไทยคนแรกที่ได้รับเชิญให้เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการดังกล่าว ได้แสดงรายชื่อคณะกรรมการชุดแรกไว้ใน [ตารางที่ 1](#) ต่อมา Dr. Afal Javed ซึ่งเป็นนายกสมาคมจิตแพทย์โลก ในขณะนั้น ได้เสนอให้ทางกลุ่มจัดตั้งเป็นคณะทำงาน (working group) ในเรื่องนี้ขึ้น และ Dr. João Mauricio Castaldelli-Maia

Corresponding author: พิเศษ อุดมรัตน์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

E-mail: pudomratn74@gmail.com

วันรับ 1 มิถุนายน 2568 วันแก้ไข 18 สิงหาคม 2568 วันตอบรับ 23 สิงหาคม 2568

ขอลาออกจากการเป็นประธานร่วม และเสนอให้ Prof. Helena Moura จากประเทศบราซิล เข้ามาเป็นประธานร่วมแทน ผมจึงเสนอให้ที่ประชุมได้พิจารณาชักชวนจิตแพทย์รุ่นใหม่ให้เข้ามาร่วมเป็นคณะทำงานในเรื่องนี้ด้วย สำหรับประเทศไทยผมได้ทาบทาม ผศ.ดร.นพ.กันตธีร์ อนันตพงศ์ เข้าร่วมเป็นคณะทำงานชุดนี้เมื่อปี พ.ศ. 2565 (ตำแหน่งทางวิชาการขณะนั้น)

ตารางที่ 1 แสดงรายชื่อคณะกรรมการชุดแรก (founding committee) เรื่องภูมิจิตเวชศาสตร์ของสมาคมจิตแพทย์โลก (พ.ศ. 2563)

ชื่อ-สกุล	ประเทศ	ตำแหน่ง
Albert. Persaud	สหราชอาณาจักร	ประธาน
João Mauricio Castaldelli-Maia	บราซิล	ประธานร่วม
R. Padmavati	อินเดีย	เลขานุการ
Dinesh Bhugra	สหราชอาณาจักร	คณะกรรมการ
ศ.เกียรติคุณ นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์	ไทย	คณะกรรมการ

ในขณะนั้น Prof. Dinesh Bhugra ได้เสนอให้ผมและ ผศ.ดร.นพ.กันตธีร์ อนันตพงศ์ ทบทวนบทความทางวิชาการ เรื่อง ปัญหาสุขภาพจิตกับการย้ายถิ่นของผู้สูงอายุในปัจจุบันว่ามีความท้าทายอะไรบ้าง จึงเป็นที่มาของบทความเรื่อง “Migration and mental health problems of older adults: Challenges and proposed solutions” ที่ได้ตีพิมพ์ไปแล้วในปี พ.ศ. 2567²

นอกจากนี้ ผศ.ดร.นพ.กันตธีร์ อนันตพงศ์ และผม ร่วมกัน คณะทำงานบางคนในกลุ่มนี้ ได้ทบทวนบทความเกี่ยวกับเรื่องการย้ายถิ่น การเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ และสุขภาพจิต ซึ่งได้ตีพิมพ์แล้วในปี พ.ศ. 2567³ ทำให้สมาคมจิตแพทย์โลกได้เห็นความสำคัญในเรื่องภูมิจิตเวชศาสตร์มากขึ้น ในที่ประชุมใหญ่สามัญประจำปี ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย จึงได้ยกฐานะคณะทำงาน (working group) เป็นคณะที่มีความสนใจพิเศษ (special interest group, SIG) ในเรื่องภูมิจิตเวชศาสตร์ และมีสมาชิกใหม่เข้าร่วมกลุ่ม SIG นี้เป็นจำนวนมาก

กล่าวคือนับจนถึงปัจจุบันนี้ แม้เรื่องภูมิจิตเวชศาสตร์จะเป็นเรื่องที่ค่อนข้างใหม่ แต่ก็ได้รับความสนใจจากจิตแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องเป็นจำนวนมาก จนปัจจุบันได้มีวารสารเกี่ยวกับเรื่องนี้ขึ้นโดยเฉพาะ คือ วารสาร Geopsychiatry⁴ และจากการสำรวจเมื่อเร็วๆ นี้ เกี่ยวกับการสอนภูมิจิตเวชศาสตร์

ให้กับแพทย์ประจำบ้านด้วยการบูรณาการสอดแทรกเข้าไปในหลักสูตร มีผู้ตอบกลับว่าเห็นด้วยกับแนวคิดนี้จากทุกภูมิภาคทั่วโลก⁴ จึงเป็นเรื่องที่จิตแพทย์ไทยสมควรจะได้ติดตามความก้าวหน้าและพัฒนาการของสาขา (discipline) ใหม่ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Castaldelli-Maia JM, Bhugra D. What is geopsychiatry?. Int Rev Psychiatry 2022; 34(1): 1-2.
2. Anantapong K, Udomratn P, Ventriglio A, Pemberton M, Poulter D, Bhugra D. Migration and mental health problems of older adults: Challenges and proposed solutions. Ind Psychiatry J 2024; 33 (Suppl 1): S236-41.
3. Anantapong K, Moura HF, Udomratn P, Persaud A, Javed A, Ramachandran P, Castaldelli-Maia JM, Torales J, Ventriglio A, Bhugra D. Geopsychiatry : Climate change, migration, and mental health. Ind Psychiatry J 2024; 33(Suppl 1): S257-60.
4. Torales J, Torres-Romero AD, Barrios I, Castaldelli-Maia JM, Chumakov E, Ventriglio A, Moura H, de Magalhaes Narvaez JC, Javed A, Bhugra D, Persaud A, on behalf of World Psychiatric Association Special Interest Group on Geopsychiatry. Geopsychiatry and its integration into psychiatry residency curricula: A very first global survey for faculty and psychiatry residents. Geopsychiatry 2025; 1: 100004.

การรังแกกันในโรงเรียนและการทำหน้าที่ของครอบครัวในเด็กและวัยรุ่น สมาธิสั้นที่โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง

ณิชนัน เอี่ยมตระกูล*

*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของปัญหาการรังแกกันในโรงเรียน และความสัมพันธ์ของการทำหน้าที่ของครอบครัวกับปัญหาการรังแกกันในโรงเรียนในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เก็บข้อมูลในผู้ป่วยสมาธิสั้นอายุ 7 - 15 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ระหว่างวันที่ 4 พฤศจิกายน 2567 - 2 มกราคม 2568 จำนวน 90 ราย และผู้ปกครองจำนวน 90 ราย โดยผู้ปกครองตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กและผู้ปกครอง, แบบประเมิน Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale ฉบับภาษาไทย และ Chulalongkorn Family Inventory ส่วนเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นตอบแบบสอบถาม The Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ในการหาความสัมพันธ์ ได้แก่ Pearson Chi-Square, Independent t-test และ Logistic regression กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.1) เป็นเพศชาย มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 57.8) เคยถูกรังแกที่โรงเรียน พบว่าคะแนน SNAP-IV ทั้งด้านขาดสมาธิและด้านซน อยู่ไม่แน่น/หุนหันพลันแล่นของกลุ่มที่ถูกรังแกมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ถูกรังแก เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการถูกรังแกด้วยสถิติ Multiple logistic regression พบว่าการสื่อสารที่ไม่ดีในครอบครัวเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการถูกรังแก เมื่อเทียบกับการสื่อสารปานกลาง-ดี และพบว่าผู้ปกครองที่มีสถานะหม้ายเป็นปัจจัยป้องกันการถูกรังแก เมื่อเทียบกับผู้ปกครองที่มีสถานะโสด

สรุป เด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งเคยถูกรังแกที่โรงเรียน นอกจากนี้ยังพบว่าการสื่อสารที่ไม่ดีในครอบครัวเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการถูกรังแก เมื่อเทียบกับการสื่อสารปานกลาง-ดี และพบว่าผู้ปกครองที่มีสถานะหม้ายเป็นปัจจัยป้องกันการถูกรังแก เมื่อเทียบกับผู้ปกครองที่มีสถานะโสด การตระหนักถึงปัญหาการสื่อสารในครอบครัวและส่งเสริมการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพอาจช่วยลดปัญหาการถูกรังแกได้

คำสำคัญ การรังแกกันในโรงเรียน การทำหน้าที่ของครอบครัว สมาธิสั้น

Corresponding author: ณิชนัน เอี่ยมตระกูล

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

E-mail: nitchamon@docchula.com

วันรับ 5 กุมภาพันธ์ 2568 วันแก้ไข 28 มีนาคม 2568 วันตอบรับ 30 เมษายน 2568

School Bullying and Family Function in Children and Adolescents with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder in a Tertiary Care Hospital

Nitchamon Eiumtrakul*

**Department of Psychiatry and Drugs, Sunpasitthiprasong Hospital*

ABSTRACT

Objective: To examine the prevalence of school bullying and the association between family function and school bullying in children and adolescents with attention deficit/ hyperactivity disorder at psychiatric clinic, Sunpasitthiprasong hospital.

Methods: This study was a cross-sectional descriptive study. Participants were 90 children aged 7 - 15 with attention deficit/ hyperactivity disorder treated at psychiatric clinic, Sunpasitthiprasong hospital during 4 November 2024 to 2 January 2025 and 90 guardians. Guardians answered the questionnaires including general information, Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale Thai version and Chulalongkorn Family Inventory. Children and adolescents answered The Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire Thai version. Descriptive statistics were used to explore descriptive data. Analytic statistics including Pearson Chi-Square, Independent t-test and Logistic regression were used to explore the association. Significant level was $p < 0.05$.

Results: Most of the participants (81.1%) were boy. More than half (57.8%) were bullied at school. SNAP-IV inattention and SNAP-IV hyperactivity/impulsivity were higher in bullied group compared with non-bullied group. Using multiple logistic regression, this study found that poor family communication was a risk factor for victimization compared with moderate to good family communication. Guardians with widow status was a protective factor for victimization compared with guardians with single status.

Conclusion: More than half of the participants were bullied at school. For victimization, poor family communication was a risk factor compared with moderate to good family communication while guardians with widow status was a protective factor compared with guardians with single status. Awareness and promotion of family communication may reduce the risk of victimization.

Keywords: school bullying, family function, ADHD

Corresponding author: Nitchamon Eiumtrakul

Email: nitchamon@docchula.com

Received: 5 February 2025 Revised: 28 March 2025 Accepted: 30 April 2025

บทนำ

การรังแกกันเป็นปัญหาที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะการรังแกกันในโรงเรียน การรังแกกันมีแนวโน้มสูงขึ้นและรุนแรงมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2560 องค์การการศึกษา วิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO) รายงานว่า ในแต่ละปีมีเด็กและวัยรุ่นประมาณ 246 ล้านคน หรือราวร้อยละ 11 ของเด็กและวัยรุ่นทั่วโลก เผชิญประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง พฤติกรรมรังแก และการถูกรังแกในโรงเรียน¹ ในประเทศไทยมีการศึกษาในปี พ.ศ. 2549 โดย สมบัติ ตาปัญญา พบว่าเด็กนักเรียนเกือบร้อยละ 40 ของเด็กนักเรียนทั้งหมดเป็นเหยื่อของการรังแกกัน และประมาณร้อยละ 20 เคยรังแกผู้อื่น²

โรคสมาธิสั้น (attention-deficit/hyperactivity disorder) เป็นโรคที่มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมอง โดยมีอาการหลักเป็นความผิดปกติทางพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ การขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง (inattention) อยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) และอาการหุนหันพลันแล่น (impulsivity) การศึกษาพบว่าเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีความเสี่ยงสูงกว่าเด็กและวัยรุ่นที่ไม่เป็นโรคสมาธิสั้นทั้งในด้านพฤติกรรมรังแกคนอื่นและการตกเป็นเหยื่อของการรังแกกัน³ ซึ่งการถูกรังแกส่งผลให้เกิดปัญหาทั้งในด้านสุขภาพ สังคม และการศึกษาตามมา⁴

ครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญทั้งในการป้องกันและจัดการกับปัญหาการรังแกกัน การศึกษาพบว่าครอบครัวของเด็กที่รังแกผู้อื่นมีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ดี มีระเบียบวินัยที่ไม่สม่ำเสมอ และมีรูปแบบความผูกพันที่ไม่มั่นคงปลอดภัยระหว่างเด็กและผู้ปกครอง⁵ และยังมีการศึกษาที่พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นนั้นไม่ดีเท่ากับในครอบครัวที่ไม่มีเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น⁶ นอกจากนี้ยังมีหลายการศึกษาที่พบปัจจัยทางด้านสังคมที่เกี่ยวข้องกับการรังแกกันในโรงเรียน เช่น อายุของเด็ก โดยพบว่าอายุที่มากขึ้นสัมพันธ์กับความรุนแรงของการรังแกกันที่ลดลง⁷ เศรษฐฐานะของครอบครัว พบว่านักเรียนที่มีเศรษฐานะสูงกว่ามักเป็นผู้รังแก ในขณะที่นักเรียนที่มีเศรษฐานะต่ำกว่ามักเป็นเหยื่อของการรังแก ประเภทของโรงเรียน โดยรูปแบบการรังแกจะมีความแตกต่างกันระหว่างโรงเรียนรัฐบาลและโรงเรียนเอกชน⁸ เป็นต้น

การศึกษาความชุกของการรังแกกันในประเทศไทยก่อนหน้านี้ ส่วนใหญ่มักเป็นการศึกษาในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นทั่วไป

แต่การศึกษาในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นนั้นยังมีน้อย การศึกษานี้จึงมีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของการรังแกกันในโรงเรียนในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น รวมถึงการศึกษาท่อนหน้าเป็นการศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นและการศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในกลุ่มเด็กที่มีพฤติกรรมรังแกผู้อื่น แต่ยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวกับการรังแกกันในโรงเรียนในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น การศึกษานี้จึงมีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวกับการรังแกกันในโรงเรียนในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น เพื่อที่จะเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องและเป็นแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการรังแกกันในโรงเรียนในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นต่อไป

วิธีการศึกษา

ระเบียบวิธีการและประชากร

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) โดยทำการศึกษาในเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 4 พฤศจิกายน 2567 - 2 มกราคม 2568 ในส่วนของเด็กสมาธิสั้นมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า คือ เป็นผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นซึ่งได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น อายุ 7 - 15 ปี สามารถเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดีและกำลังศึกษาอยู่ในระบบโรงเรียน ส่วนเกณฑ์การคัดเลือกออก คือ ผู้ป่วยหยุดเรียนติดต่อกันเกินกว่า 2 สัปดาห์ มีอาการทางจิตแบบ psychotic หรือไม่ได้อาศัยอยู่กับผู้ปกครอง ในส่วนของผู้ปกครองมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า คือ สามารถเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดีและมีเกณฑ์การคัดเลือกออก คือ ผู้ปกครองไม่สมัครใจร่วมการศึกษา โดยเก็บทุกตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า และไม่เข้ากับเกณฑ์การคัดเลือกออก มีอาสาสมัครให้ความยินยอมทั้งเด็กและผู้ปกครองรวมจำนวน 180 ราย การศึกษานี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ 085/2567

เครื่องมือวิจัย

ใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 2 ชุด ชุดที่ 1 จำนวน 66 ข้อ ให้ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบ ประกอบด้วย

- แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็ก จำนวน 5 ข้อ
- แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง จำนวน 7 ข้อ
- แบบประเมิน Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale

(SNAP-IV) ฉบับภาษาไทย โดย ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร และคณะ มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.93 - 0.96⁹ โดยใช้ข้อคำถามในด้านขาดสมาธิ จำนวน 9 ข้อ และด้านซน อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น จำนวน 9 ข้อ คิดคะแนนโดยแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0 = ไม่เลย, 1 = เล็กน้อย, 2 = ค่อนข้างมาก และ 3 = มาก จากนั้นรวมคะแนนในแต่ละด้าน

- แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ใช้แบบวัด Chulalongkorn Family Inventory (CFI) โดย อุมพร ตริภคสมบัติ จำนวน 36 ข้อ แบ่งเป็นข้อความทางบวก 24 ข้อ และข้อความทางลบ 12 ข้อ แบ่งการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวเป็น 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไป นำคะแนนเฉลี่ยที่ได้ในแต่ละด้านใช้เกณฑ์ตามการกระจายข้อมูล โดยคะแนนที่ได้ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 33 แปลว่า การปฏิบัติหน้าที่ไม่ดี เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 33 - 66 แปลว่า การปฏิบัติหน้าที่ปานกลาง และสูงกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 66 แปลว่า การปฏิบัติหน้าที่ดี มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88¹⁰

ชุดที่ 2 จำนวน 34 ข้อ ให้เด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นเป็นผู้ตอบ ประกอบด้วยแบบสอบถามเรื่องการรังแกกันของนักเรียน The Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย สมบัติ ตาปัญญา มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.75² โดยใช้ในส่วนของการรับรู้ของการถูกรังแก ส่วนการบอกคนอื่น ๆ เมื่อถูกรังแก และความถี่ของการช่วยเหลือที่ได้รับ การคิดคะแนนใช้คะแนนความถี่จากคำตอบ เกิดขึ้นเดือนละ 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ละครั้ง/สัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้ง มารวมกันแล้วคิดเป็นคะแนนเปอร์เซ็นต์ของผู้ตอบ โดยถือเป็นเกณฑ์ขึ้นต่ำว่าการมีประสบการณ์ต่างๆ ในระดับนี้แล้วจะมีความสำคัญมากพอที่จะมีผลกระทบต่อบุคคลได้ ในส่วนของการคำนวณอัตราการถูกรังแก คำนวณจากจำนวนนักเรียนที่เลือกคำตอบว่า "เดือนละ 2-3 ครั้ง" หรือบ่อยกว่า สำหรับคำถามอย่างน้อย 1 ข้อ จากคำถามเกี่ยวกับการถูกรังแกในรูปแบบต่างๆ หากเด็กและวัยรุ่นยังอ่านเขียนไม่ได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านคำถามให้ฟัง จากนั้นให้เด็กและวัยรุ่นเป็นผู้ตอบคำถาม

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดตัวอย่างซึ่งทราบขนาดประชากรชัดเจน โดยใช้สูตรของ Wayne W., D. (1995)

$$n_1 = \frac{Np(1-p)Z^2}{E^2(N-1) + p(1-p)Z^2}$$

เมื่อ n_1 = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น
 N_1 = จำนวนประชากรเป้าหมาย ในที่นี้คือจำนวนผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยในปี พ.ศ. 2566 มีจำนวน 103 คน

Z = ค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางการแจกแจงแบบปกติ เมื่อกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% จะทำให้ได้ $Z_{0.975} = 1.96$

p = สัดส่วนประชากรของลักษณะที่สนใจ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมก่อนหน้า พบว่าความชุกของพฤติกรรมรังแกและการถูกรังแกในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นในไทย คือ ร้อยละ 52.94

E = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 0.05
 $n_1 = 81.33$ คน

เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บข้อมูล จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น (n_1) ที่ใช้ในการศึกษาเท่ากับ 90 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครอง (n_2) จะกำหนดตามขนาดกลุ่มตัวอย่างเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น (n_1) คือ 90 คน ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษา (N) เท่ากับ 180 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS 14.0 for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับแสดงข้อมูลทั่วไป ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับสถิติเชิงวิเคราะห์ ใช้ Pearson Chi-square ในการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างตัวแปรเชิงกลุ่มกับปัญหาการรังแกกัน ใช้ Independent t-test เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างตัวแปรเชิงปริมาณกับปัญหาการรังแกกัน และใช้ Logistic regression ในการหาปัจจัยทำนายปัญหาการรังแกกัน โดยอายุของเด็ก วิเคราะห์โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ใช้ค่าเฉลี่ยของอายุกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ในตอนแรก (7 - 15 ปี) คือแบ่งเป็นกลุ่มอายุต่ำกว่า 11 ปี และกลุ่มอายุ 11 - 15 ปี

ผลการศึกษา

ข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ปกครอง

จากการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 4 พฤศจิกายน 2567 ถึงวันที่ 2 มกราคม 2568 มีอาสาสมัครเข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 180 คน โดยแบ่งเป็นเด็กและวัยรุ่นสมาริสัน 90 คน และผู้ปกครอง 90 คน

ในส่วนของเด็กและวัยรุ่นสมาริสัน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 81.1 อายุเฉลี่ย 9.6 (2.0) ปี ศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 หรือต่ำกว่า ร้อยละ 54.4 เรียนโรงเรียนรัฐบาล ร้อยละ 81.8 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 67.8 ผู้ที่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคบกพร่องทางการเรียนรู้เฉพาะด้าน ร้อยละ 13.3 โรคติดต่อด้าน ร้อยละ 6.7 โรคบกพร่องทางสติปัญญา ร้อยละ 5.6 โรคออทิซึม สเปกตรัม ร้อยละ 4.4 โรค Tic disorder ร้อยละ 2.2 และโรคอื่นๆ ร้อยละ 2.2

จากผู้ตอบจำนวน 90 คน พบว่าร้อยละ 57.8 เคยถูกรังแก ที่โรงเรียน โดยรูปแบบการถูกรังแกที่พบมากที่สุด คือ ถูกชก เตะ ตัน ผลักแรงๆ หรือถูกขังไว้ในห้อง ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ ถูกเพื่อนล้อเลียน ร้อยละ 31.1 ดังแสดงในตารางที่ 1 ในเด็กที่ถูกรังแก ส่วนใหญ่ถูกรังแกในห้องเรียนของตนเอง ร้อยละ 70 โดยเด็กผู้ชายจำนวน 3-4 คน ร้อยละ 52.5 มักจะเป็นเด็กกลุ่มเดิม ร้อยละ 54.2 เกิดขึ้นติดต่อกันประมาณ 1 เดือน ร้อยละ 31

ตารางที่ 1 แสดงร้อยละของรูปแบบการถูกรังแก

รูปแบบการถูกรังแก	ร้อยละ
ถูกชก เตะ ตัน ผลักแรงๆ หรือถูกขังไว้ในห้อง	33.3
ถูกเพื่อนล้อเลียน	31.1
ถูกเยาะเย้ยเรื่องเชื้อชาติเผ่าพันธุ์	23.3
ถูกเพื่อนล้อเลียนเรื่องรูปร่าง	14.4
ถูกเพื่อนรังแกโดยการแสดงออกเรื่องเพศ	14.4

ตารางที่ 2 ข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ปกครองในกลุ่มที่ถูกรังแกและกลุ่มที่ไม่ถูกรังแก

ปัจจัย	จำนวนรวม n (%)	กลุ่มที่ถูกรังแก n (%)	กลุ่มที่ไม่ถูกรังแก n (%)	p-value
ปัจจัยของเด็ก	(n = 90)	(n = 52)	(n = 38)	
เพศ				
ชาย	73 (81.1)	45 (86.5)	28 (73.7)	0.12
หญิง	17 (18.9)	7 (13.5)	10 (26.3)	
อายุ (ปี) mean (S.D.)	9.6 (2.0)			
ต่ำกว่า 11 ปี	57 (63.3)	37 (71.2)	20 (52.6)	0.07
11 – 15 ปี	33 (36.7)	15 (28.8)	18 (47.4)	

ในส่วนของผู้ปกครอง พบว่าผู้ปกครองที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 อายุเฉลี่ย 43.9 (11.6) ปี ส่วนใหญ่เป็นบิดาหรือมารดาของผู้ป่วย ร้อยละ 71.1 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 58.4 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส. ร้อยละ 58 ครอบครัวมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 78.4

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างปัจจัยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ปกครองระหว่างกลุ่มที่ถูกรังแกและกลุ่มที่ไม่ถูกรังแก ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านอาการสมาริสันของผู้ป่วย เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนน SNAP-IV ระหว่างกลุ่มที่ถูกรังแกและกลุ่มที่ไม่ถูกรังแก ในด้านขาดสมาธิพบว่ากลุ่มที่ถูกรังแก มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 15.6 (4.9) ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ถูกรังแก มีค่าเฉลี่ย 11.5 (5.4) พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เช่นเดียวกับด้านชน อยู่ไม่เน่/ หุนหันพลันแล่น กลุ่มที่ถูกรังแก มีค่าเฉลี่ย 14.2 (5.9) ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ถูกรังแก มีค่าเฉลี่ย 9.9 (5.3) พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ปกครองในกลุ่มที่ถูกรังแกและกลุ่มที่ไม่ถูกรังแก ดังแสดงในตารางที่ 2

การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

ผลจากการใช้แบบวัด Chulalongkorn Family Inventory (CFI) ประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านต่างๆ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่ถูกรังแกและกลุ่มที่ไม่ถูกรังแกในด้านการสื่อสาร (p -value = 0.02) โดยกลุ่มที่ถูกรังแกมีการปฏิบัติหน้าที่ไม่ดีด้านการสื่อสาร ร้อยละ 27.5 ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ถูกรังแกมีการปฏิบัติหน้าที่ไม่ดี ร้อยละ 7.9 ผลการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในกลุ่มที่ถูกรังแกและกลุ่มที่ไม่ถูกรังแก ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ปกครองในกลุ่มที่ถูกรังแกและกลุ่มที่ไม่ถูกรังแก (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนรวม n (%)	กลุ่มที่ถูกรังแก n (%)	กลุ่มที่ไม่ถูกรังแก n (%)	p-value
ระดับชั้น				
ประถม 1 – 4	49 (54.4)	32 (61.5)	17 (44.7)	0.11
ประถม 5 – มัธยม 2	41 (45.6)	20 (38.5)	21 (55.3)	
ประเภทโรงเรียน				
	(n = 88)			
รัฐบาล	72 (81.8)	44 (86.3)	28 (75.7)	0.20
เอกชน	16 (18.2)	7 (13.7)	9 (24.3)	
โรคร่วม				
มีโรคร่วม	29 (32.2)	17 (32.7)	12 (31.6)	0.91
ไม่มีโรคร่วม	61 (67.8)	35 (67.3)	26 (68.4)	
คะแนน SNAP-IV ด้านขาดสมาธิ	(n = 89)	15.6 (4.9)	11.5 (5.4)	< 0.001*
คะแนน SNAP-IV ด้านซน อยู่ไม่นิ่ง/ หุนหันพลันแล่น	(n = 86)	14.2 (5.9)	9.9 (5.3)	0.001*
ปัจจัยของผู้ปกครอง				
	(n = 90)	(n = 52)	(n = 38)	
เพศ				
ชาย	12 (13.3)	8 (15.4)	4 (10.5)	0.50
หญิง	78 (86.7)	44 (84.6)	34 (89.5)	
อายุ (ปี) mean (S.D.)				
ต่ำกว่า 35 ปี	14 (15.6)	11 (21.2)	3 (7.9)	0.09
35 ปี ขึ้นไป	76 (84.4)	41 (78.8)	35 (92.1)	
ความสัมพันธ์				
บิดา/มารดา	64 (71.1)	36 (69.2)	28 (73.7)	0.65
อื่นๆ	26 (28.9)	16 (30.8)	10 (26.3)	
สถานภาพสมรส				
	(n = 89)			
สมรส	52 (58.4)	31 (60.8)	21 (55.3)	0.60
อื่นๆ	37 (41.6)	20 (39.2)	17 (44.7)	
ระดับการศึกษา				
	(n = 88)			
มัธยมศึกษาตอนต้น/มัธยมศึกษา ตอนปลาย/ปวช./ปวส.	51 (58)	31 (60.8)	20 (54.1)	0.53
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	37 (42)	20 (39.2)	17 (45.9)	
ความเพียงพอของรายได้				
	(n = 88)			
เพียงพอ	69 (78.4)	39 (76.5)	30 (81.1)	0.60
ไม่เพียงพอ	19 (21.6)	12 (23.5)	7 (18.9)	

*p < 0.05, S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 3 ผลการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในกลุ่มที่ถูกรังแกและกลุ่มที่ไม่ถูกรังแก

การปฏิบัติหน้าที่	จำนวนรวม n (%) (n = 90)	กลุ่มที่ถูกรังแก n (%) (n = 52)	กลุ่มที่ไม่ถูกรังแก n (%) (n = 38)	p-value
ด้านการแก้ปัญหา (n = 74)				
ไม่ดี	27 (36.5)	16 (34.8)	11 (39.3)	0.70
ปานกลาง-ดี	47 (63.5)	30 (65.2)	17 (60.7)	
ด้านการสื่อสาร (n = 89)				
ไม่ดี	17 (19.1)	14 (27.5)	3 (7.9)	0.02*
ปานกลาง-ดี	72 (80.9)	37 (72.5)	35 (92.1)	
ด้านบทบาท (n = 89)				
ไม่ดี	24 (27)	15 (28.8)	9 (24.3)	0.64
ปานกลาง-ดี	65 (73)	37 (71.2)	28 (75.7)	
ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ (n = 89)				
ไม่ดี	24 (26.7)	17 (32.7)	7 (18.4)	0.13
ปานกลาง-ดี	66 (73.3)	35 (67.3)	31 (81.6)	
ด้านความผูกพันทางอารมณ์ (n = 88)				
ไม่ดี	26 (29.5)	14 (26.9)	12 (33.3)	0.52
ปานกลาง-ดี	62 (70.5)	38 (73.1)	24 (66.7)	
ด้านการควบคุมพฤติกรรม (n = 71)				
ไม่ดี	27 (38)	16 (37.2)	11 (39.3)	0.86
ปานกลาง-ดี	44 (62)	27 (62.8)	17 (60.7)	
ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป (n = 68)				
ไม่ดี	25 (36.8)	16 (39)	9 (33.3)	0.63
ปานกลาง-ดี	43 (63.2)	25 (61)	18 (66.7)	

*p < 0.05

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาการรังแกกันในโรงเรียน

เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายโดยใช้ Simple logistic regression กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการถูกรังแก ได้แก่ สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง คะแนน SNAP-IV ด้านขาดสมาธิ คะแนน SNAP-IV ด้านนอนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวด้านการสื่อสาร เมื่อนำปัจจัยดังกล่าวไปวิเคราะห์โดยใช้ Multiple logistic regression กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ พบว่า ปัจจัยที่ยังคงสัมพันธ์กับการรังแกกันได้แก่ สถานภาพสมรสของผู้ปกครองและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวด้านการสื่อสาร โดยผู้ปกครองที่มีสถานภาพหม้าย มีความเสี่ยงที่เด็กถูกรังแก

เป็น 0.03 เท่า เทียบกับผู้ปกครองที่มีสถานภาพโสด และครอบครัวที่มีการสื่อสารไม่ดีมีความเสี่ยงที่เด็กถูกรังแกเป็น 7.34 เท่า เมื่อเทียบกับครอบครัวที่มีการสื่อสารปานกลาง-ดี ผลการวิเคราะห์โดย Simple logistic regression และ Multiple logistic regression ดังแสดงในตารางที่ 4

วิจารณ์

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของการรังแกกัน รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับการรังแกกันในโรงเรียนในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น มีอาสาสมัครเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น 90 คน ผู้ปกครอง 90 คน ในเด็กและวัยรุ่น

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายโดยใช้ Simple logistic regression และ Multiple logistic regression

ปัจจัย	Unadjusted OR (95% C.I.)	p-value	Adjusted OR (95% C.I.)	p-value
ผู้ปกครองหม้าย	0.09 (0.01 - 0.90)	0.04*	0.03 (0.002 - 0.51)	0.02*
ผู้ปกครองโสด	1 (ref.)			
คะแนน SNAP-IV ด้านขาดสมาธิ	1.18 (1.07 - 1.29)	0.001*	1.16 (0.997 - 1.35)	0.06
คะแนน SNAP-IV ด้านชน อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	1.15 (1.05 - 1.26)	0.002*	1.08 (0.94 - 1.24)	0.31
การสื่อสารไม่ดี	4.41 (1.17 - 16.69)	0.03*	7.34 (1.15 - 46.86)	0.04*
การสื่อสารปานกลาง-ดี	1 (ref.)			

*p < 0.05, ref. = ค่าอ้างอิง, OR = Odd Ratio, C.I. = Confidence Interval

สมาธิสั้น ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.1) เป็นเพศชาย สอดคล้องกับข้อมูลในการศึกษาก่อนหน้าที่พบความชุกในกลุ่มตัวอย่างทางคลินิกของโรคสมาธิสั้นในเพศชายเป็น 3 - 5 เท่าของเพศหญิง¹¹ มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 57.8) เคยถูกรังแกที่โรงเรียน ซึ่งมากกว่าการศึกษาในกลุ่มเด็กทั่วไปที่เคยมีในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2549 โดย สมบัติ ตาปัญญา ที่พบว่าเด็กนักเรียนเกือบร้อยละ 40 ของเด็กนักเรียนทั้งหมดเป็นเหยื่อของการรังแกกัน² สอดคล้องกับการศึกษาในไทย โดย นุชบท พฤษภาทนาชาติ ที่พบว่าผู้วยสมาธิสั้นเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรังแกช่มร้อยละ 52.94¹² และการศึกษาในต่างประเทศ โดย James Unnever และ Dewey Cornell ที่พบว่านักเรียนที่ทนายารักษาโรคสมาธิสั้นมีความเสี่ยงในการเป็นเหยื่อของการรังแกกัน³ การที่ผู้วยสมาธิสั้นถูกรังแกมากกว่าอาจอธิบายได้จากหลายปัจจัย เช่น ผู้วยสมาธิสั้นอาจมีปัญหาทางด้านสังคมมากกว่า¹³ และการที่ผู้วยอาจมีโรคร่วม เช่น พัฒนาการช้า สติปัญญาบกพร่อง¹⁴ หรือ Autism spectrum disorders¹⁵

พบว่าคะแนน SNAP-IV ทั้งด้านขาดสมาธิและด้านชน อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นของกลุ่มที่ถูกรังแกมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ถูกรังแกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Yang SJ และคณะ ที่พบว่าอาการของโรคสมาธิสั้นที่มากขึ้นเกี่ยวข้องกับการถูกรังแกที่สูงขึ้น¹⁶

ในด้านการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่ถูกรังแกและกลุ่มที่ไม่ถูกรังแกในด้านการสื่อสาร โดยกลุ่มที่ถูกรังแกมีการปฏิบัติหน้าที่ไม่ด้านการสื่อสารมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาแบบ Systematic

review ของ Nocentini A และคณะ ที่การศึกษาส่วนใหญ่พบความสัมพันธ์แบบแปรผกผันระหว่างการสื่อสารและการถูกรังแก¹⁷ และการศึกษาของ Ortega Barón J และคณะ ที่พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการสื่อสารแบบหลักเลี้ยง และพบความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างการสื่อสารแบบเปิดเผยกับการถูกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ซึ่งอาจเป็นจากการที่เด็กและวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่มีการสื่อสารที่ไม่ดีรู้สึกขาดการสนับสนุนจากผู้ปกครอง¹⁸ ทำให้หลักเลี้ยงที่จะเล่าเรื่องการถูกลั่นแกล้งให้ผู้ปกครองฟังเนื่องจากคิดว่าผู้ปกครองไม่สามารถช่วยได้หรือกลัวว่าจะถูกรังแกมากขึ้น เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการถูกรังแกด้วยสถิติ Multiple logistic regression พบว่า การสื่อสารที่ไม่ดีในครอบครัวเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการถูกรังแกเมื่อเทียบกับการสื่อสารปานกลาง-ดี นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ปกครองที่มีสถานะหม้ายเป็นปัจจัยป้องกันการถูกรังแกเมื่อเทียบกับผู้ปกครองที่มีสถานะโสด ซึ่งอาจอธิบายได้จากการที่ผู้ที่ตอบว่ามีสถานะโสดในแบบสอบถามนี้มักเป็นบิดาหรือมารดาที่ไม่ได้จดทะเบียนสมรสและภายหลังได้แยกทางกัน เทียบกับผู้ตอบสถานะหม้ายมักเป็นบิดา มารดา ปู่ ย่า ตา หรือยาย ซึ่งคู่สมรสเสียชีวิต คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Jansen DE และคณะ ที่พบว่าเด็กจากครอบครัวที่มีการแยกทางมีความเกี่ยวข้องกับการรังแกกันที่มากขึ้น¹⁹ ส่วนอายุของเด็ก เศรษฐฐานะของครอบครัว และประเภทของโรงเรียน ในการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์กับการถูกรังแก ซึ่งต่างจากการศึกษาที่มีมาก่อนหน้า อาจเป็นจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยหรือจากลักษณะประชากรในจังหวัดอุบลราชธานีมีความแตกต่างจากประชากรในต่างประเทศ ดังนั้นการตระหนักถึงปัญหาการสื่อสารในครอบครัว การส่งเสริมการ

สื่อสารให้มีประสิทธิภาพ และการส่งเสริมสัมพันธ์ที่ดีระหว่าง
บิดามารดาอาจช่วยลดปัญหาการถูกรังแกได้

ข้อจำกัดของการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง อาจมี
ข้อจำกัดในการบอกความสัมพันธ์เชิงสาเหตุโดยตรง (causal
relationship) และมีการตอบแบบสอบถามโดยเด็กและวัยรุ่น
สมาธิสั้น ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการจดจำกับการตอบคำถาม อีกทั้ง
เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 7 - 15 ปี
เรียนโรงเรียนรัฐบาล จึงอาจเป็นข้อจำกัดในการอนุมานถึงประชากร
ทั้งหมด

สรุป

เด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งเคยถูก
รังแกที่โรงเรียน ซึ่งมากกว่าความชุกที่เคยมีการศึกษาในเด็กทั่วไป
พบว่าการสื่อสารที่ไม่ดีในครอบครัวเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการถูกรังแก
เมื่อเทียบกับการสื่อสารปานกลาง-ดี นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ปกครอง
ที่มีสถานะหม้ายเป็นปัจจัยป้องกันการถูกรังแกเมื่อเทียบกับ
ผู้ปกครองที่มีสถานะโสด

ทุนสนับสนุนการศึกษา

ไม่ได้รับทุนสนับสนุน

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. School violence and bullying: global status report. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2017.
2. Tapanya S. Problem of bullying in school survey report. Chiangmai: Chiangmai University; 2006.
3. Unnever JD, Cornell DG. Bullying, self-control, and ADHD. J Interpers Violence 2003;18(2): 129-47.
4. Armitage R. Bullying in children: impact on child health. BMJ Paediatr Open 2021;5(1): e000939.
5. Eşkisü M. The relationship between bullying, family functions, perceived social support among high school students. Procedia Soc Behav Sci 2014;159: 492-6.
6. Pour EM, Kasaei F. Family functioning in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Procedia Soc Behav Sci 2013;84: 1864-5.
7. Khamis V. Bullying among school-age children in the greater Beirut area: risk and protective factors. Child Abuse Negl 2015;39: 137-46.
8. Silva C, Vilela E, de Oliveira V. Bullying in public and private schools: the effects of gender, race, and socioeconomic status. Educ Pesqui 2024;50: 1-19.
9. Pityaratstian N, Booranasuksakul T, Juengsiragulwit D, Benyakorn S. ADHD screening properties of the Thai version of Swanson, Nolan, and Pelham IV scale (SNAP-IV) and Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). J Psychiatr Assoc Thailand 2014;59(2): 97-110.
10. Trangkasombat U. Family functioning in the families of psychiatric patients: A comparison with nonclinical families. J Med Assoc Thai 2006;89(11): 1946-53.
11. Martin A. Lewis's child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018.
12. Pruksapanachart B. The relationship between bullying behavior and self-esteem in attention-deficit / hyperactivity disorder patients. J Psychiatr Assoc Thailand 2011;56(2): 93-102.
13. Sciberras E, Ohan J, Anderson V. Bullying and peer victimisation in adolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. Child Psychiatry Hum Dev 2012;43(2): 254-70.
14. Cuba Bustinza C, Adams RE, Claussen AH, Vitucci D, Danielson ML, Holbrook JR, et al. Factors associated with bullying victimization and bullying perpetration in children and adolescents with ADHD: 2016 to 2017 National survey of children's health. J Atten Disord 2022;26(12): 1535-48.
15. Chou WJ, Liu TL, Yang P, Yen CF, Hu HF. Bullying victimization and perpetration and their correlates in adolescents clinically diagnosed with ADHD. J Atten Disord 2018;22(1): 25-34.
16. Yang SJ, Stewart R, Kim JM, Kim SW, Shin IS, Dewey ME, et al. Differences in predictors of traditional and cyber-bullying: a 2-year longitudinal study in Korean school children. Eur Child Adolesc Psychiatry 2013;22(5): 309-18.
17. Nocentini A, Fiorentini G, Di Paola L, Menesini E. Parents, family characteristics and bullying behavior: A systematic review. Aggress Violent Behav 2019;45: 41-50.
18. Ortega Barón J, Postigo J, Iranzo B, Buelga S, Carrascosa L. Parental communication and feelings of affiliation in adolescent aggressors and victims of cyberbullying. Soc Sci 2018;8(1): 3.
19. Jansen DE, Veenstra R, Ormel J, Verhulst FC, Reijneveld SA. Early risk factors for being a bully, victim, or bully/victim in late elementary and early secondary education. The longitudinal TRAILS study. BMC Public Health 2011;11(1): 440.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

รัฐสภา เสนอชัย*, ชูชาติ วงศ์อนุชิต**

*นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ การวิจัยเชิงพรรณนาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติ การทำใจ (การยอมรับ) และปัญหาสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด) กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

วิธีการศึกษา ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นจำนวน 250 คน ตอบแบบสอบถามซึ่งประกอบไปด้วยเครื่องมือวิจัยดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น แบบวัดการทำใจ (การยอมรับ) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด และแบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่เหลือจำนวน 235 คน ภายหลังการตัดรายการข้อมูลที่ผิดปกติออกไปเพื่อให้ชุดข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ

ผลการวิจัย ความรู้ ($r = .015, p = .821$) และทัศนคติ ($r = -.057, p = .382$) ของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นไม่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจ การทำใจ (การยอมรับ) ($r = .156, p = .016$) มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความยืดหยุ่นทางจิตใจ ในขณะที่ปัญหาสุขภาพจิตซึ่งมุ่งศึกษาภาวะซึมเศร้า ($r = -.483, p \leq .001$) ภาวะวิตกกังวล ($r = -.574, p \leq .001$) และความเครียด ($r = -.434, p \leq .001$) มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป ผลการวิจัยสะท้อนถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ที่ศึกษาภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีการบำบัดโดยการยอมรับและพันธะสัญญา

คำสำคัญ ผู้ดูแล โรคสมาธิสั้นในเด็ก การทำใจ (การยอมรับ) ปัญหาสุขภาพจิต ความยืดหยุ่นทางจิตใจ

Corresponding author: ชูชาติ วงศ์อนุชิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

E-mail: choochart.d@gmail.com

วันรับ 12 กุมภาพันธ์ 2568 วันแก้ไข 29 พฤษภาคม 2568 วันตอบรับ 29 พฤษภาคม 2568

Factors Associated with Psychological Flexibility of Caregiver of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder in the Northeast Region of Thailand

Ruttasapa Senchai*, Choochart Wong-Anuchit**

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

**Faculty of Nursing Mahasarakham University

ABSTRACT

Objective: This descriptive correlational research design aims to examine the relationships between knowledge, attitude, Thum-jai (acceptance), mental health problems (depression, anxiety, and stress), and psychological flexibility of family caregivers of children with ADHD.

Methods: The family caregivers of children with ADHD ($n = 250$) responded to the following research instruments: Sociodemographic data questionnaire, Knowledge about ADHD questionnaire, Attitude about ADHD questionnaire, The Thum-jai (acceptance) Scale, Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21), and Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) measuring psychological flexibility. Descriptive statistics and Pearson's correlation coefficients were used to analyze the normally distributed data ($n = 235$).

Results: Knowledge ($r = .015$, $p = .821$) and attitude ($r = -.057$, $p = .382$) of family caregivers of children with ADHD were not statistically correlated with psychological flexibility. Thum-jai (acceptance) ($r = .156$, $p = .016$) was positively and significantly correlated with psychological flexibility whereas mental health problems by focusing on depression ($r = -.483$, $p \leq .001$), anxiety ($r = -.574$, $p \leq .001$), and stress ($r = -.434$, $p \leq .001$) were negatively and significantly correlated with psychological flexibility of family caregivers of children with ADHD.

Conclusion: The results reflect the expected relationships between variables for family caregivers of children with ADHD based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT).

Keywords: caregiver, attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), Thum-Jai (acceptance), mental health problems, psychological flexibility

Corresponding author: Choochart Wong-Anuchit

Email: choochart.d@gmail.com

Received: 12 February 2025 Revised: 29 May 2025 Accepted: 29 May 2025

บทนำ

โรคสมาธิสั้นในเด็ก (attention deficit hyperactivity disorder; ADHD) เป็นความผิดปกติโดยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมส่งผลการดำเนินชีวิตประจำวัน¹ ซึ่งสาเหตุของโรคนี้สามารถเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัยทั้งแบบทางตรงและทางอ้อม โดยที่สาเหตุทางตรง ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ เช่น กรรมพันธุ์ โดยพบว่าผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกันทางพันธุกรรมจะมีโอกาสเป็นโรคสมาธิสั้นได้มากกว่าคนปกติ 4-5 เท่า และปัจจัยด้านสารสื่อประสาทในสมองที่ไม่สมดุล ซึ่งอาจเกิดจากความผิดปกติของยีนบางตัวที่ทำหน้าที่ควบคุมการหลั่งโดปามีน (dopamine) นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) และซีโรโทนิน (serotonin) ก็อาจส่งผลให้ผู้ที่เป็โรคสมาธิสั้นไม่สามารถควบคุมตัวเองได้² สำหรับสาเหตุทางอ้อมที่อาจส่งผลต่อโรคสมาธิสั้นซึ่งเป็นปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น การอบรมเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปล่อยให้เด็กเล่นโทรศัพท์หรือดูโทรทัศน์เป็นเวลานานๆ รวมไปถึงภาวะติดเกมสก็้อาจส่งผลทำให้เกิดโรคสมาธิสั้นได้ ถึงแม้ว่าปัจจัยเหล่านี้ไม่ได้เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดโรคสมาธิสั้นได้โดยตรง แต่ปัจจัยดังกล่าวก็อาจทำให้อาการของโรคสมาธิสั้นแย่ลงหรือแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและมีความรุนแรงของพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้นได้^{3,4}

สถานการณ์ของโรคเด็กสมาธิสั้นในประเทศไทย โดยอ้างอิงข้อมูลที่ได้จาก Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข⁵ พบว่ามีแนวโน้มของจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งในปี 2565 มีเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมากถึง 144,896 คน ส่วนใหญ่จะอยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยข้อมูลในระหว่างปี 2563 - 2565 พบว่า มีเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้ คือ 36,640 คน, 38,726 คน และ 43,986 คน ตามลำดับ สำหรับข้อมูลของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า มีจำนวนเด็กสมาธิสั้นมากกว่า 600 คนต่อปี ซึ่งสถิติดังกล่าวแสดงถึงอุบัติการณ์ของเด็กสมาธิสั้นที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นนับว่าเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญมากในการเลี้ยงดูเด็ก เพราะเด็กสมาธิสั้นมักจะมีพฤติกรรมต่อต้าน และมักทะเลาะกับเพื่อนที่โรงเรียน ก้าวร้าว โดยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ รวมไปถึงการมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ขว้างปาข้าวของต่างๆ⁶ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งในด้านกายภาพและด้านจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านจิตใจ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความวิตกกังวล ไม่สบายใจ อาจทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการรับผิดชอบเลี้ยงดูเด็กกลุ่มดังกล่าวได้⁷ ทั้งนี้ความเครียดร่วมกับความวิตกกังวลในระดับที่รุนแรงเป็น

ระยะเวลาที่ยาวนาน อาจส่งผลกระทบต่อทิศทางการไม่พึงประสงค์และเพิ่มระดับความรุนแรงมากขึ้นจนเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าได้ในที่สุด⁸ ดังนั้นผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นจำเป็นต้องใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่ของตนเอง เพื่อเผชิญกับสถานการณ์และปัญหาที่ทำให้เกิดความยุ่งยากและลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน นั่นก็คือความทุกข์หรือไม่สบายใจที่เกิดจากการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น

การมีบุตรที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นอาจทำให้เกิดผลกระทบต่างๆ ที่ไม่เพียงประสงค์ภายในครอบครัวได้ เช่น ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลอาจรู้สึกว่ครอบครัวตนเองถูกตีตราหรือมองอย่างมีอคติ ส่งผลถึงการเกิดปัญหาทางด้านสถานภาพสมรสหรือขัดแย้งกันระหว่างสมาชิก ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาย่ำร้างและครอบครัวขาดความสงบสุข ซึ่งส่งผลถึงประสิทธิภาพในการเลี้ยงดูเด็กได้ ครอบครัวที่ต้องรับภาระเพิ่มมากขึ้นในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นอาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการประกอบอาชีพและรายได้เฉลี่ยต่อเดือน รวมไปถึงขาดทุนทรัพย์ที่จะใช้ในการสนับสนุนและตอบสนองความต้องการการดูแลของเด็กโรคสมาธิสั้นที่เป็นบุตรหลานของตนเอง ในครอบครัวที่มีข้อจำกัดทางด้านเศรษฐกิจที่จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการหารายได้มาจุนเจือครอบครัวซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวนี้ส่งผลกระทบต่อโดยตรงกับระยะเวลาที่ใช้ในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นต่อวันและประสิทธิภาพการกระตุ้นพัฒนาการเพื่อแก้ไขพฤติกรรมของเด็กกลุ่มนี้ หรือแม้กระทั่งการมีข้อจำกัดในการสังเกตพฤติกรรมผิดปกติของบุตรหลานตนเองที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาอย่างทันท่วงที ทั้งนี้ถ้าหากผู้ดูแลมีความลังเลในการตัดสินใจนำบุตรหลานของตนเองเข้าสู่กระบวนการตรวจเพื่อวินิจฉัยและบำบัดรักษา ก็จะทำให้เด็กได้รับการรักษาที่ล่าช้าและส่งผลถึงประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาในระยะยาว^{9,10}

สถานการณ์ปัญหาต่างๆ เหล่านี้ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลแต่ละคน จะมีลักษณะเฉพาะและความรุนแรงที่แตกต่างกันออกไป ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากที่ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีระดับความยืดหยุ่นทางจิตใจ (psychological flexibility) ที่แตกต่างกันตามแนวคิดการบำบัดโดยการยอมรับและพันธะสัญญา (acceptance and commitment therapy; ACT)^{11,12} ซึ่งนับเป็นทฤษฎีหนึ่งในยุคที่สาม (third-wave) ของแนวคิดทฤษฎีการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy; CBT) โดยที่ ACT เป็นแนวคิดที่เน้นการที่บุคคลรับรู้ประสบการณ์ที่เกิดจากความคิดด้วยการเปิดใจยอมรับ

ประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้นโดยการเชื่อมโยงประสบการณ์ดังกล่าวกับปัจจุบันกาลตามบริบทในขณะนั้น เพื่อใช้ชีวิตตามที่ตนเองให้คุณค่า โดยไม่จมอยู่กับความคิดเชิงลบที่ถูกครอบงำด้วยอารมณ์และความรู้สึก ความยืดหยุ่นทางจิตใจ แบ่งได้เป็น 6 องค์ประกอบ คือ การแยกความคิด (cognitive defusion) การยอมรับ (acceptance) การมีสติอยู่กับปัจจุบัน (contact with the present moment) การรับรู้ตัวตนตามบริบท (self as context) การให้คุณค่า (values) และการลงมือปฏิบัติตามพันธะสัญญา (committed action)^{11,13} จากแนวคิดที่เกี่ยวกับ CBT ปัจจัยภายในส่วนบุคคลนั้นมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันกับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งความยืดหยุ่นทางจิตใจตามแนวคิดของ ACT นับว่าเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการบูรณาการ 6 องค์ประกอบนั้น โดยผ่านกระบวนการคิด การให้ความหมายและคุณค่าตามทฤษฎีกรอบความสัมพันธ์ (relational frame theory; RFT) ซึ่งจะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรม ในทำนองเดียวกันจากความสัมพันธ์เชื่อมโยงเชิงแนวคิดทฤษฎีดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น ความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นก็น่าจะมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายในส่วนบุคคล ได้แก่ ความรู้ ทศนคติ การทำใจ (การยอมรับ) และปัญหาสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด) ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยที่ควรให้ความสนใจศึกษาวิจัยเพื่อให้ได้ความรู้เพิ่มมากขึ้นในบริบทของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแนวคิดดังกล่าว โดยมุ่งศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีความสอดคล้องกับแนวคิดความยืดหยุ่นทางจิตใจ^{11,12} ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาอำนาจในการทำนายความยืดหยุ่นทางจิตใจ เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญในการพัฒนากลยุทธ์การส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นให้มีความยืดหยุ่นทางจิตใจที่เพิ่มมากขึ้น อันจะนำไปสู่แนวทางการส่งเสริมการดูแลและคุณภาพชีวิตของทั้งเด็กสมาธิสั้นและผู้ดูแลได้ในอนาคตต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research design) ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งนักวิจัยได้เก็บข้อมูลจากผู้ดูแลที่พาเด็กสมาธิสั้นมารับบริการที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึงวันที่ 30 กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลที่พาเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลที่พาเด็กสมาธิสั้นมารับบริการที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power โดยกำหนดเกณฑ์ดังต่อไปนี้ Exact test family สำหรับ correlation (bivariate normal model) และ a priori เลือกการทดสอบเป็นแบบ two tails test โดยกำหนดค่า effect size (correlation: H1) ไว้ที่ 0.3 ค่า α เท่ากับ 0.01 และค่า power of test เท่ากับ 0.98 ได้กลุ่มตัวอย่าง 227 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 10 ทำให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดโดยประมาณ 250 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีจำนวน 6 ฉบับ ดังนี้

1. แบบประเมินข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (demographic data questionnaire) ซึ่งเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นซึ่งประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้น ระยะเวลาที่เลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น ต่อวัน และระยะเวลาที่เด็กสมาธิสั้นได้รับการรักษาจากสถานบริการด้านสุขภาพ

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น (knowledge about attention deficit hyperactivity disorder questionnaire) เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้พัฒนาต่อเนื่องจากพรทิพย์ วิชรติลก (2551)¹⁴ โดยมีลักษณะในการตอบเป็นแบบถูก-ผิด เครื่องมือวิจัยนี้มีค่าความเชื่อมั่น Kuder-Richardson-20 (KR-20) จากการวิจัยที่ผ่านมาเท่ากับ 0.78¹⁵ อย่างไรก็ตาม จากการนำเครื่องมือวิจัยนี้ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.49 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมและพบว่าข้อคำถามยังไม่ครอบคลุมถึงบางประเด็นความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในบริบทของสังคมปัจจุบัน และผู้วิจัยจึงได้พัฒนาต่อโดยการเพิ่มข้อคำถามอีก 10 ข้อ ทำให้มีจำนวนข้อคำถามเพิ่มขึ้นอีกเป็น 20 ข้อ ในกระบวนการปรับปรุงเครื่องมือวิจัยดังกล่าวนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนทั้งหมด 5 คน

ซึ่งประกอบไปด้วยนักจิตวิทยาคลินิก อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น กุมารแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกสุขภาพจิตและจิตเวช คำนวณหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า Scale CVI เท่ากับ 0.80 (ผ่านเกณฑ์) และค่า Item CVI อยู่ในช่วง 0.80 - 1.0 (ผ่านเกณฑ์) ซึ่งหลังจากที่ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้อีกครั้งกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.87

3. แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น (attitude about attention deficit hyperactivity disorder questionnaire) ซึ่งพัฒนาโดย พรทิพย์ วิชรดิติก (2551)¹⁴ เป็นแบบสอบถามความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้ปกครองต่อโรคสมาธิสั้น มีจำนวนทั้งหมด 10 ข้อคำถาม โดยมีลักษณะในการตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (likert scale) 4 ระดับ เครื่องมือวิจัยนี้มีการแปลผลตามช่วงคะแนน คือ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 24 ถือว่ามีทัศนคติเชิงบวก และมีค่าคะแนนน้อยกว่า 24 ถือว่ามีทัศนคติเชิงลบ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient จากการรายงานการวิจัยที่ผ่านมาเท่ากับ 0.83¹⁵ สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

4. แบบวัดการทำให้ (การยอมรับ) (The Thum-jai (acceptance) Scale) ซึ่งพัฒนาโดย Andrew C. Mills และคณะ¹⁶ เป็นแบบวัดการตอบสนองทางจิตวิทยา ความรู้สึก ความคิดที่ต้องเผชิญปัญหาของคนไทย มีจำนวนทั้งหมด 12 ข้อคำถาม โดยมีลักษณะในการตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (likert scale) 4 ระดับ เครื่องมือวิจัยนี้มีค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 12 - 48 คะแนนรวมที่มาก หมายถึง มีระดับการเผชิญปัญหาของคนไทย (การทำให้) สูง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในการสร้างเครื่องมือของ Andrew C. Mills และคณะ (2021) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.778¹⁷ สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95

5. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด (depression anxiety stress scale: DASS-21) ใช้สำหรับประเมินปัญหาสุขภาพจิตด้วยตนเอง ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย สุกัลยา สว่าง¹⁸ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ มีลักษณะตัวเลือกในการตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (likert scale) 4 ระดับ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ด้านละ 7 ข้อคำถาม คือ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด โดยใช้ประเมินความถี่หรือความรุนแรงของอารมณ์ทางลบ (ปัญหาสุขภาพจิต) ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์การแปลผลปัญหาสุขภาพจิตในแต่ละด้าน

ดังนี้คือ ภาวะซึมเศร้า ระดับปกติ/ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 - 4 คะแนน) ระดับเล็กน้อย (5 - 6 คะแนน) ระดับปานกลาง (7 - 10 คะแนน) ระดับรุนแรง (11 - 13 คะแนน) และระดับรุนแรงมาก (ตั้งแต่ 14 คะแนนขึ้นไป) ในส่วนของภาวะวิตกกังวล ระดับปกติ/ไม่มีภาวะวิตกกังวล (0 - 3 คะแนน) ระดับเล็กน้อย (4 - 5 คะแนน) ระดับปานกลาง (6 - 7 คะแนน) ระดับรุนแรง (8 - 9 คะแนน) และระดับรุนแรงมาก (ตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไป) สำหรับความเครียด ระดับปกติ/ไม่มีความเครียด (0 - 7 คะแนน) ระดับเล็กน้อย (8 - 9 คะแนน) ระดับปานกลาง (10 - 12 คะแนน) ระดับรุนแรง (13 - 16 คะแนน) และระดับรุนแรงมาก (ตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป) ซึ่งเครื่องมือนี้มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient จากการวิจัยที่ผ่านมาในด้านต่างๆ คือ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด เท่ากับ 0.89, 0.83 และ 0.92 ตามลำดับ¹⁹ สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94, 0.85 และ 0.81 ตามลำดับ

6. แบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ (acceptance and action questionnaire: AAQ-II) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ แปลโดย วชิรา น้อยผล²⁰ มีจำนวนทั้งหมด 7 ข้อคำถาม โดยมีลักษณะในการตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (likert scale) 7 ระดับ เครื่องมือวิจัยนี้มีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 7 - 49 คะแนน ซึ่งการแปลค่าคะแนนยิ่งคะแนนสูง ความยืดหยุ่นทางด้านจิตใจจะต่ำ ความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient จากการวิจัยที่ผ่านมา เท่ากับ .92²¹ สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 เครื่องมือ AAQ-II ซึ่งเกณฑ์ในการแปลผลโดยผลที่ได้จากการประเมินแล้วได้คะแนนต่ำ หมายถึง การมีความยืดหยุ่นทางจิตใจสูง ในทางตรงกันข้ามถ้าผลการประเมินแล้วได้คะแนนสูง จะหมายถึงการมีความยืดหยุ่นทางจิตใจต่ำ หรืออาจกล่าวได้ว่ามี “ความไม่ยืดหยุ่นทางจิตใจ (psychological inflexibility)” นั่นเอง ดังนั้นเพื่อให้สะดวกในการแปลความหมายเมื่อนำไปหาความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นๆ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีการกลับค่าคะแนนเป็นตรงกันข้าม เพื่อให้การแปลผลที่ได้สะท้อนถึง “ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (psychological flexibility)” สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษาด้วยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

ที่พาเด็กมารับบริการในวันพุธของทุกสัปดาห์ที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งผู้วิจัยจะอธิบายถึงวัตถุประสงค์และขอบเขตของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างก่อนตอบแบบสอบถาม โดยที่กลุ่มตัวอย่างจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ .05

1. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปคือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้น ระยะเวลาที่เลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นต่อวัน ระยะเวลาที่เด็กสมาธิสั้นได้รับการรักษา และตัวแปรที่ศึกษา คือ ความรู้ ทัศนคติ การทำใจ (การยอมรับ) ปัญหาสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด) และความยืดหยุ่นทางจิตใจ โดยการนำเสนอความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอ้างอิง (inferential statistics)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ การทำใจ (การยอมรับ) และปัญหาสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด) กับความยืดหยุ่นทางจิตใจ ซึ่งผู้วิจัยได้ประเมินและตรวจสอบข้อมูลตามเกณฑ์ข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติอ้างอิง โดยการตรวจสอบการกระจายตัวแบบโค้งปกติด้วยวิธีการทางสถิติและพิจารณาเกณฑ์ต่างๆ คือ สถิติ Kolmogorov-Smirnov (KS) test การคำนวณหาค่า Fisher's skewness coefficient และค่า Fisher's kurtosis coefficient อย่างไรก็ตาม ผลที่ได้ก็ยังไม่พบว่ามีบางตัวแปรที่มีการกระจายตัวยังไม่เข้าใกล้โค้งปกติ²² ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการตัดข้อมูลบางรายการที่เป็น Univariate outliers ออกให้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนลดลงเหลือ 235 คน แล้วนำหลักเกณฑ์การพิจารณา คือ ถ้าค่า Skewness index (SI) น้อยกว่า 3 และ Kurtosis index (KI) น้อยกว่า 10 ก็ไม่ถือว่าข้อมูลมีความเบ้และความโด่งมากจนเกินที่จะยอมรับได้สำหรับการเลือกใช้สถิติการวิเคราะห์ข้อมูลแบบอิงพารามิเตอร์²³ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีตัวแปรใดที่มีค่า SI และ KI เกินขอบเขตที่สามารถยอมรับได้นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้มีการพิจารณาแบบผ่อนปรนตามหลักการปฏิบัติทั่วไปที่ได้รับการยอมรับโดยนักสถิติ (rule of thumb) คือ

ถ้าชุดข้อมูลใดที่มีขนาดของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 200 แล้ว ถึงแม้ว่าการกระจายตัวของชุดข้อมูลจะไม่เป็นแบบโค้งปกติ ก็ไม่ถือว่าเป็นประเด็นข้อห้ามที่สำคัญในการเลือกใช้สถิติแบบอิงพารามิเตอร์สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล²⁴

การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมีเลขที่การรับรองจริยธรรมการวิจัย คือ 292/2565 (ต่ออายุครั้งที่ 1)

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของการลงบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยการบันทึกข้อมูลสองครั้ง (double data entry) แล้ววิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบกันเพื่อหาความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั้งสองชุด เพื่อแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้องตรงกัน โดยการตรวจสอบและวิเคราะห์ซ้ำไปเรื่อยๆ จนไม่พบความแตกต่างระหว่างชุดข้อมูลทั้งสองชุดนี้ ในการรายงานผลการวิจัยแบ่งการนำเสนอเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวนทั้งหมด 250 คน พบว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.40) มีอายุเฉลี่ย 44.43 ปี (SD = 11.23) สถานภาพสมรสคู่โดยอาศัยอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 59.20) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.20) สำเร็จการศึกษาดั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 32.00) ประกอบอาชีพโดยการทำการเกษตรส่วนตัว (ร้อยละ 27.60) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 17,907.20 บาท (SD = 16,115.25) ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่ คือ เป็นมารดา (ร้อยละ 55.60) และมีระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลเด็กสมาธิสั้น 13.08 (SD = 4.41) ชั่วโมงต่อวัน โดยระยะเวลาเฉลี่ยที่เด็กสมาธิสั้นเข้ารับการรักษาคือ 44.54 (SD = 24.28) เดือน ดังแสดงในตารางที่ 1

ผลการวิจัยสำหรับตัวแปรที่ศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกินครึ่งหนึ่งของคะแนนเต็ม (20 คะแนน) เมื่อประเมินโดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ผู้ดูแลมีทัศนคติเชิงบวกต่อเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น (ค่าเฉลี่ยทัศนคติ

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาของข้อมูลทั่วไปที่ศึกษา คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้น ระยะเวลาที่เลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นต่อวัน และระยะเวลาที่เด็กสมาธิสั้นได้รับการรักษา (n = 250)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	44	17.60
หญิง	206	82.40
อายุ (ปี)		
Mean = 44.53, SD = 11.23, Min = 19, Max = 73		
สถานภาพ		
โสด	206	82.40
สมรส (อาศัยอยู่ด้วยกัน)	47	18.80
สมรส (อาศัยอยู่แยกกัน)	148	59.20
หย่าร้าง	32	12.80
ศาสนา		
พุทธ	248	99.20
คริสต์	2	0.80
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	1.60
ประถมศึกษา	59	23.60
มัธยมศึกษา	75	30.00
ปวส. หรืออนุปริญญา	32	12.80
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	80	32.00
ลักษณะอาชีพ		
นักเรียน/นักศึกษา	4	1.60
ข้าราชการ	44	17.60
พนักงานเอกชน	33	13.20
กิจการส่วนตัว	69	27.60
เกษตรกรรม	56	22.40
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	36	14.40
อื่นๆ ระบุ (รับจ้าง)	8	3.20
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
Mean = 17,907.20, SD = 16,115.25, Mode = 10,000, Min = 0, Max = 90,000		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้น		
บิดา	26	10.40
มารดา	139	55.60
พี่ชาย/พี่สาว	3	1.20
ญาติ (ปู่/ย่า/ตา/ยาย)	49	19.60
ญาติ (ป้า/ลุง/น้า/อา)	33	13.20
ระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น (ชั่วโมงต่อวัน)		
Mean = 13.08, SD = 4.41, Min = 3, Max = 24		
ระยะเวลาในการรักษาของเด็กสมาธิสั้น (เดือน)		
Mean = 44.54, SD = 24.28, Min = 1, Max = 120		

มากกว่า 24 คะแนน) ในทำนองเดียวกัน การทำใจ (การยอมรับ) มีค่าเฉลี่ยของคะแนนค่อนข้างสูง (มากกว่า 3 ใน 4 ของคะแนนเต็ม คือ 48 คะแนน) เมื่อพิจารณาถึงคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด) พบว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีคะแนนอยู่ในช่วงระดับปกติถึงระดับเล็กน้อย สำหรับความยืดหยุ่นทางจิตใจพบว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีค่าเฉลี่ยของคะแนนค่อนข้างสูง (มากกว่า 3 ใน 4 ของคะแนนเต็ม คือ 49 คะแนน) เช่นเดียวกัน รายละเอียดของผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังแสดงในตารางที่ 2

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะคิด การทำใจ (การยอมรับ) ปัญหาสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด) กับความ ยืดหยุ่นทางจิตใจ โดยใช้สถิติอ้างอิงคือ Pearson's correlation coefficient

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Pearson's correlation coefficient เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด การทำใจ (การยอมรับ) และปัญหาสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด) กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่าความรู้ ($r = .015$, $p = .821$) ทักษะคิด ($r = -.057$, $p = .382$) ไม่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ในขณะที่การทำใจ ($r = .156$, $p = .016$) ภาวะซึมเศร้า

($r = -.483, p = .000$) ภาวะวิตกกังวล ($r = -.574, p = .000$) และ ความเครียด ($r = -.434, p = .000$) มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ศึกษา คือ ความรู้ทัศนคติ การทำใจ (การยอมรับ) ปัญหาสุขภาพจิต (ความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) และความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ($n = 250$)

ตัวแปรที่ศึกษา	Mean	SD
ความรู้ของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น	14.57	3.97
ทัศนคติของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น	29.98	4.25
การเผชิญปัญหาของคนไทย (การทำใจ)	39.89	6.58
ภาวะสุขภาพจิต		
ภาวะซึมเศร้า	4.53	5.66
วิตกกังวล	4.32	4.40
ความเครียด	3.14	3.64
ความไม่ยืดหยุ่นทางจิตใจ (psychological inflexibility)	17.35	8.30
ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (psychological flexibility)	38.65	8.30

วิจารณ์

ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมากกว่าร้อยละ 70 เป็นเพศหญิงที่มีบทบาทเป็นมารดา สะท้อนถึงบทบาทในฐานะผู้ดูแลหลักของเด็ก โดยผู้ดูแลมีสถานภาพสมรสคู่ที่อาศัยอยู่ด้วยกันเป็นส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป และประกอบอาชีพกิจการส่วนตัวที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่ไม่ต่ำมาก (17,907.20 บาท) ซึ่งข้อมูลเหล่านี้สามารถสะท้อนให้เห็นถึงผลดีที่จะเกิดกับเด็กสมาธิสั้นในการมีระบบสนับสนุนทางสังคมที่ดี ในส่วนระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน สะท้อนถึงการที่ต้องรับภาระการดูแลเด็กที่มากพอสมควร แต่ในทางกลับกันก็อาจสื่อให้เห็นถึงความใกล้ชิดและการทุ่มเทเวลาในการดูแลบุตรหลานของตนเอง อันจะนำไปสู่การที่เด็กมีโอกาสได้เรียนรู้ที่จะปรับตัวและพัฒนาพฤติกรรมของตนเองไปในทางที่เหมาะสมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวของตนเอง สำหรับระยะเวลาเฉลี่ยที่เด็กสมาธิสั้นเข้ารับการรักษาคือ มากกว่า 3 ปีขึ้นไป (44.54 เดือน) นับว่าเป็นประเด็นที่ไม่ควรถูกมองข้าม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การที่ผู้ดูแลโดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดาต้องรับภาระในการดูแลเด็กสมาธิสั้นเป็นเวลานาน จะส่งผลถึงภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้²⁵

คะแนนความรู้เฉลี่ยมากกว่าครึ่งหนึ่งของคะแนนเต็มเมื่อประเมินด้วยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความรู้ค่อนข้างดี ประกอบกับการที่ผู้ดูแลมีทัศนคติ

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) และระดับนัยสำคัญ (p -value) ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาของสถิติ Pearson's correlation coefficient ($n = 235$)

ตัวแปรที่ศึกษา ($n = 235$)	1	2	3	4	5	6	7
1. ความรู้	1						
2. ทัศนคติ	.097 (.140)	1					
3. การทำใจ (การยอมรับ)	.042 (.520)	-.016 (.808)	1				
4. ความเครียด	.099 (.131)	-.191** (.003)	-.186** (.004)	1			
5. วิตกกังวล	.106 (.105)	-.150* (.021)	-.201** (.002)	.787** (.000)	1		
6. ภาวะซึมเศร้า	.058 (.375)	-.193** (.003)	-.166* (.011)	.731** (.000)	.721** (.000)	1	
7. ความยืดหยุ่นทางจิตใจ	.015 (.821)	-.057 (.382)	.156* (.016)	-.434** (.000)	-.574** (.000)	-.483** (.000)	1

เชิงบวกต่อเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น อาจส่งผลให้เกิดการยอมรับในสถานการณ์เกี่ยวกับบุคลิกลักษณะของตนเอง โดยจะเห็นได้จากการมีค่าเฉลี่ยคะแนนของการทำใจและความยืดหยุ่นทางจิตใจค่อนข้างสูง และอาจเชื่อมโยงกับการที่ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด) อยู่ในช่วงระดับปกติถึงระดับเล็กน้อยก็เป็นได้

ความรู้และทัศนคติ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่าความรู้และทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่สามารถอธิบายโดยใช้แนวคิดของ ACT ที่เน้นการยอมรับประสบการณ์ โดยเชื่อมโยงกับสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ในปัจจุบันร่วมกับการเปิดใจรับความรู้สึกที่เป็นปัญหาด้วยการไม่จมอยู่กับความคิดเชิงลบและใช้ชีวิตตามที่ตนเองให้คุณค่า¹¹ ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมุ่งจัดการสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของตนเองโดยไม่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิด¹² แต่จะใช้การแยกความจริงออกจากความคิดและความรู้สึก (cognitive defusion) มากกว่าการใช้ความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติที่ตนเองมีต่อเด็กสมาธิสั้น เป็นการยอมรับสถานการณ์ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (เด็กในความรับผิดชอบเป็นสมาธิสั้น) เผชิญต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่มากระทบภายใต้บริบทนั้นๆ ด้วยความตระหนัก ณ ปัจจุบัน (contact with the present moment) รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงตัวตนไปตามบริบท (self as context) โดยให้คุณค่ากับสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่นั้น (values) คือ การที่ต้องรับผิดชอบต่อผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยให้การยอมรับสถานการณ์ดังกล่าวนี้ (acceptance) และลงมือปฏิบัติตามพันธะสัญญา (committed action) ซึ่งการกระทำนี้อาจไม่ได้มีอิทธิพลโดยตรงมาจากความรู้และทัศนคติในเรื่องนั้นๆ

ดังนั้น การที่ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมุ่งจัดการสถานการณ์ปัจจุบันเหล่านี้ของตนเอง อาจกล่าวได้ว่าเป็นการทำตามพันธะสัญญาที่ตนเองมีต่อเด็กในความรับผิดชอบ โดยไม่ได้สนใจเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้นหรือแม้แต่ทัศนคติที่ผู้ดูแลมีต่อเด็ก ทำให้ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าความรู้และทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจ ทั้งนี้อาจอธิบายโดยเทียบเคียงกับการวิจัยในทำนองเดียวกันแต่เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด²⁶ อย่างไรก็ตามประเด็นที่พบจากการศึกษาเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติมีผลแย้งกัน โดยผลจากการศึกษาการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองเด็ก

สมาธิสั้นพบว่า ความเข้าใจในครอบครัวทำนุบำรุงการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น²⁷ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับผลการรักษาของเด็กสมาธิสั้น²⁸ และพบว่าเจตคติมีความสัมพันธ์กับการตีตราทางสังคม²⁹ รวมไปถึงความรู้ความเข้าใจและความเชื่อ มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจ¹⁰ ซึ่งจากประเด็นดังกล่าวจึงยังมีความจำเป็นที่จะต้องมีการทำวิจัยซ้ำด้วยระเบียบวิธีวิจัยที่รัดกุมและเครื่องมือวิจัยที่มีคุณภาพ เพื่อการยืนยันผลในประเด็นดังกล่าวให้ชัดเจน

การทำใจ (การยอมรับ)

จากการศึกษามีผลวิจัยที่พบว่า การทำใจ (การยอมรับ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยืดหยุ่นทางจิตใจ ($r = .156$, $p = .016$) นั่นคือ ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีการทำใจที่ดีจะเป็นบุคคลที่มีระดับความยืดหยุ่นทางจิตใจสูง และก็อาจอธิบายได้ในทิศทางที่สลับกัน คือ ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจสูงก็จะเป็นบุคคลที่มีการทำใจที่ดีได้เช่นเดียวกัน ซึ่งในประเด็นนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการทำวิจัยเพิ่มเติมเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ในเชิงเหตุและผล อย่างไรก็ตามสำหรับการอภิปรายผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้อาจอธิบายโดยใช้แนวคิดความยืดหยุ่นทางจิตใจได้ว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นใช้การแยกประสบการณ์ที่เป็นจริง (cognitive defusion) ออกจากความคิดและความรู้สึก ทำให้เกิดการยอมรับต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น คือ ผู้ดูแลจะมีความเข้าใจและยอมรับว่าเด็กที่อยู่ในความรับผิดชอบได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเด็กสมาธิสั้นตามสภาพการณ์ที่เป็นจริงของเขา¹¹ รวมไปถึงมีการยอมรับต่อพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นที่ตนเองดูแลอยู่ ซึ่งทำให้เกิดการยอมรับและเผชิญต่อความเป็นจริงในการดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อีกด้วย³⁰ สำหรับการอธิบายภายใต้แนวคิดการทำใจ (การยอมรับ) นั่นก็คือ การที่เด็กในความรับผิดชอบของผู้ดูแลได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเด็กสมาธิสั้นนั้น นับว่าเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วและไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ทำให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเกิดการยอมรับต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างไม่มีเงื่อนไข³¹

ปัญหาสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด)

จากการศึกษามีผลการวิจัยซึ่งมุ่งศึกษาภาวะสุขภาพจิต โดยพบว่าภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียดของผู้ดูแล

เด็กสมาธิสั้น มีความสัมพันธ์ในทางลบกับความยืดหยุ่นทางจิตใจ นั่นคือผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีความเสี่ยงน้อยต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตจะมีความยืดหยุ่นทางจิตใจ (psychological flexibility) ในระดับสูง ในทางตรงกันข้ามหากพบว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีความเสี่ยงมากต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยการเป็นบุคคลที่อาจจะมีภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดี คือ มีความเครียดและภาวะวิตกกังวลสูง อันเป็นสาเหตุเบื้องต้นที่จะนำไปสู่การมีภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าในที่สุด สะท้อนถึงการที่บุคคลนั้นๆ ไม่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจ (psychological inflexibility) ประเด็นนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความเครียดของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น โดยการดูแลเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมในระดับมาก จะเกี่ยวข้องกับการที่ผู้ดูแลมีความเครียดเพิ่มสูงขึ้นได้²⁶ ความเครียดที่เกิดจากการแบกรับภาระการดูแลเด็กสมาธิสั้นถือเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต²⁵ การที่ผู้ดูแลเกิดความเครียดในระดับมากและยาวนานก็จะส่งผลในทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้³² ในส่วนของภาวะวิตกกังวลก็อาจจะอธิบายได้ด้วยกลไกในทำนองเดียวกันกับความเครียดดังที่ได้อธิบายไว้ในข้างต้น³³ จากสถานการณ์ที่ผู้ดูแลเผชิญอยู่นี้ก็อาจส่งผลถึงระดับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้ สำหรับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นนั้นอาจมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ เช่น ภาวะการมีโรคร่วมทางจิตเวชของผู้ป่วยสมาธิสั้น ระยะเวลาที่เริ่มรักษา ผลการเรียนรู้ของเสียของเด็กสมาธิสั้นที่อยู่ในความดูแล³³ อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมกลับพบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวและพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีอิทธิพลทางลบกับภาวะซึมเศร้า โดยการทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลได้มากที่สุด⁸

ผลการวิจัยในครั้งนี้มีความสอดคล้องและสามารถอธิบายในทำนองเดียวกันได้ด้วยผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาซึ่งพบว่าปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะความเครียด ความพึงพอใจในชีวิต และความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน^{9,10,34} ซึ่งสามารถอธิบายภายใต้กรอบแนวคิดของ ACT ได้ว่า ผู้ที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจคือบุคคลที่สามารถจัดการกับผลกระทบที่เกิดจากความคิดเชิงลบที่ไม่สมเหตุสมผล โดยการแยกความคิดออกจากความเป็นจริงในขณะนั้น เปิดใจยอมรับต่อความรู้สึกที่ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลที่จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า มีการปรับเปลี่ยนตนเองไปตามบริบท

ที่เป็นปัจจุบัน ให้คุณค่ากับสิ่งต่างๆ ในทิศทางที่ดีและเป็นประโยชน์ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น พร้อมทั้งมุ่งมั่นในการลงมือปฏิบัติตามพันธะสัญญาที่ตนเองตั้งใจอย่างเต็มศักยภาพ^{11,12} ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เกิดภาวะเครียด เกิดจากการขาดทักษะในการจัดการความเครียด ขาดทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นไม่มีประสิทธิภาพ³⁵ และผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีภาวะซึมเศร้าโดยมีความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดจากการหลอมรวมระหว่างความความรู้สึกกับความเป็นจริง (cognitive fusion) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ดูแลต้องดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเวชในครอบครัวด้วยแล้ว ยิ่งส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้นกว่าเดิม³⁶

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความยืดหยุ่นทางจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตของทั้งเด็กและผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น รวมไปถึงการวางแผนการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในประเด็นคำถามวิจัยดังต่อไปนี้

1. ศึกษาอำนาจการทำนายความยืดหยุ่นทางจิตใจของการทำใจ (การยอมรับ) และปัญหาสุขภาพจิต ในมุมมองด้านภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด
2. เพื่อให้เกิดความกระจ่างและยืนยันในประเด็นที่พบเกี่ยวกับปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น การวิจัยในครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเพิ่มเติมให้มากขึ้น โดยอาจเพิ่มรายละเอียดของปัจจัยภายนอกอื่นๆ ที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับความรู้และความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น
3. ผลจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยในครั้งนี้ ยังไม่ได้รวมเอาตัวแปรสำคัญอื่นๆ ตามแนวคิดการบำบัดโดยการยอมรับและพันธะสัญญา (ACT) ที่ครอบคลุม 6 องค์ประกอบ คือ การแยกความคิด (cognitive defusion) การยอมรับ (acceptance) การมีสติอยู่กับปัจจุบัน (contact with the present moment) การรับรู้ตัวตนตามบริบท (self as context) การให้คุณค่า (values) และการลงมือปฏิบัติตามพันธะสัญญาเข้ามาศึกษาอย่างครอบคลุม ซึ่งนับว่าเป็นประเด็นที่น่าสนใจในการวางแผนการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

4. ควรมีการศึกษาวิจัยในลักษณะของทดสอบทฤษฎี (structural model testing) ตามแนวคิดการบำบัดโดยการยอมรับและพันธะสัญญา (ACT) ที่มีตัวแปรในการศึกษาครอบคลุม 6 องค์ประกอบ เพื่อให้เห็นภาพการเชื่อมโยงของแนวคิดย่อยตามทฤษฎีได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น

สรุป

ความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำใจ (การยอมรับ) แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาสุขภาพจิต คือ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่าความยืดหยุ่นทางจิตใจไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อยืนยันข้อค้นพบดังกล่าวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณประธานหลักสูตร อาจารย์ที่ปรึกษา คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ จากคณะพยาบาล มหาวิทยาลัยมหาสารคาม รวมไปถึงคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ซึ่งเป็นผู้ที่ให้คำแนะนำ รวมไปถึงการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของวิทยานิพนธ์ เจ้าหน้าที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและการต้อนรับเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่แนะนำประเด็นข้อคำถามสำหรับการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขอขอบคุณผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการรักษาที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่สละเวลาในการเข้าร่วมในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ และผู้วิจัยไม่ได้รับทุนสนับสนุนใดๆ

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน เนื่องจากมีการปกปิดตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถาม ในการตอบแบบสอบถามไม่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ได้เข้ารับการรักษาที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

รัฐสภา เสนอชัย: ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความ; ฐุชาติ วงศ์อนุชิต: ออกแบบการศึกษา ตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล และแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Srisamurt A. Nurse' roles in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). MKHJ 2021; 18: 140-7.
2. Teepapal T, Saetew P, Rueangsawat S, Naknit T. Attention deficit hyperactivity disorders and factors related to behavioral problems in school-aged children: a literature review. JMRI 2022; 5: 28-41.
3. Tangareearun D, Pornnoppadol C, Hosiri T. Prevalence, associated factors and functions impairment of internet gaming disorder (IGD) in children and adolescent with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Journal Mental Health Thailand 2021; 29: 93-104.
4. Chanthasin T, Wisessathorn M, Saetang P. The relationship among internet gaming disorder, depression disorder, attention deficit hyperactive disorder, and obsessive-compulsive disorder in high school students with internet gaming disorder of Bangkok. Rajapark Journal 2019; 13: 79-91.
5. Health Data Center [Internet]: Situation of ADHD in children. 2021 [cited 2024 Feb 12]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/center/public/main>.
6. Rajanukul Institute, Department of Mental Health. Annual report 2017. Bangkok: Rajanukul Institute. Department of Mental Health; 2017.
7. Turner M. The effect of social support on perceived stress, self-efficacy, and burnout of foster parents [Dissertation]. Texas: Texas A&M University-Commerce; 2019.
8. Udomchotphruet P. Predicting depression in caregivers of children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) at child and adolescent psychiatric clinic, Nakhonpathom hospital. Region 4-5 Medical Journal 2023; 42: 51-62.
9. Salgado CF, Anton LJ, Carbonero MA. Impact of a mindfulness and self-care program on the psychological flexibility and well-being of parents with children diagnosed with ADHD. Sustainability 2020 ;12: 7487.
10. Chong YY, Yau PT, Kwan YJ, Chien WT. Roles of psychological flexibility, parenting competence, and asthma management self-efficacy in the functioning outcomes of parents of children with asthma co-occurring with attention-deficit/hyperactivity disorder. Eur. J. Investig. Health Psychol. Educ 2024; 14: 2835-49.
11. Hayes SC, Levin ME, Vilardaga JP, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behav Ther 2013; 44: 180-98.
12. Hayes SC, Hofmann SG, Ciarrochi J. The idionomic future of cognitive behavioral therapy: what stands out from criticisms of ACT development. Behav Ther 2023; 54: 1036-63.
13. Noiphon W, Phromuthai N. Reliability and validity of acceptance and action questionnaire-II (Thai version) among depression patients. Chiang Mai: Suan Prung Hospital- Department of Mental Health; 2017.
14. Wachiradilok P. Effectiveness of parent training program for children with attention-deficit /hyperactivity disorder. Journal of Mental Health of Thailand 2008; 17: 77-90.
15. Pimratana W. Associations between caretakers' attitude, caretakers' knowledge of attention deficit hyperactivity disorder

- (ADHD) and child patients' compliance to take methylphenidate (MPH). *J Psychiatr Assoc Thailand* 2016; 61: 15-26.
16. Mills AC, Poogpan J, Wong-Anuchit C and Rujkorakarn D. The meaning of acceptance (Thum-jai) in Thai people: letting it go... so life goes on. *Int J Ment Health Nurs* 2019; 28: 879-87.
17. Mills AC, Wonganuchit C, Poogpan J, Rujkorakarn D. The Thum-jai (acceptance) scale: development and psychometric properties. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2021; 25: 553-66.
18. Oei TP, Sawang S, Goh YW, Mukhtar F. Using the depression anxiety stress scale 21 (DASS-21) across cultures. *Int J Psychol* 2014; 48: 1018-29.
19. Pragobsuk S, Tuicomepee A. Relationships among trait resilience, meaning in life, and psychological problems of study abroad scholarship students. *J Public Health* 2019; 49: 184-99.
20. Noiphon W. Reliability and validity of Acceptance and Action Questionnaire-II (Thai version) among depression patients. Chiang Mai: Suan Prung Hospital- Department of Mental Health; 2017.
21. Sannarin T. Development and psychometric evaluation of the psychological flexibility scale for adolescents: a pilot study. *TH J CLI PSY* 2021; 50: 1-10.
22. Mishra P, Pandey CM, Singh U, Gupta A, Sahu C, Keshri A. Descriptive statistics and normality tests for statistical data. *Ann Card Anaesth* 2019; 22: 67-72.
23. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2011.
24. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis. 8th ed, Hampshire: Cengage Learning EMEA; 2019.
25. Budman JR, Maeir A. Development of a psychological health promotion intervention for ultra-orthodox Jewish mothers of children with ADHD using the intervention mapping protocol. *BMC Public Health* 2024; 24: 645.
26. Klongdee K, Nintachan P, Sangon S. Factors related to parenting stress in caregivers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2016; 30: 52-68.
27. Rungmueanporn L. Positive parenting of parents with ADHD children in Ratchaburi hospital. *Reg 4-5 Med J* 2020; 39: 392-403.
28. Lormprakhon P. Factors associated with the response to treatment in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) (2020-2021). *MJSSBH* 2022; 37: 381-90.
29. Koomsiri P, Leknoi U. Factors predicting public stigma in parents about children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *JCDLQ* 2022; 10: 314-22.
30. Maneerat S, Maneerat S, Srisawet S. Effectiveness of behavioral management enhancing program on caregivers capability of ADHD child. *Health Sci J Thai* 2019; 28: 81-9.
31. Mills AC, Wonganuchit C, Poogpan J. A concept analysis of Thum-jai: a Thai coping strategy. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2017; 21: 234-43.
32. 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. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2022; 67: 7-20.
33. Chalotorn P. Prevalence and associated factors of depression among the primary caregivers of patients with ADHD at Chaophrayayommarat hospital in Thailand. *Reg 4-5 Med J* 2021; 40: 429-38.
34. Erdil SS, Elbay RY, Karadere E, Gormez A. Parental stress in the parents of the children diagnosed with ADHD. *CHILD FAM BEHAV THER* 2024; 46: 27-41.
35. Jamja P, Suktrakul S, Rodcumdee B. The effect of stress management program on caregivers' caring ability of children with attention deficit hyperactivity disorder. *RTN Med J* 2019; 46: 32-48.
36. Wongvattanarek P, Ularntinon S, Tangjittirorn T. Abstract: negative automatic thoughts associated with depressive symptoms in caregivers of children with attention deficit and hyperactivity disorder at child and adolescent psychiatry clinic, Queen Sirikit National Institute of Child Health. *J DMS* 2019; 44: 93-9.

การศึกษานำร่องความสัมพันธ์ระหว่างแบบทดสอบการวาดเรื่องราว (DAS) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-II ในวัยรุ่น

นันทพันธ์ ชินประพัฒน์*, ทิฆัมพร หอสิริ**, สิริรัตนา ปัญญาภาส**, เลิศศิริ บวรกิตติ***, วัลลภ อัจสิริยะสิงห์**

*หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาเด็ก วัยรุ่น และครอบครัว โครงการร่วมคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

**ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

***ภาควิชาศิลปศึกษา คณะศิลปกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบทดสอบการวาดเรื่องราว (draw-a-story test: DAS) ด้านเนื้อหาอารมณ์และภาพลักษณ์ตนเอง และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (beck depression inventory version II: BDI-II) ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง ณ ช่วงเวลาหนึ่ง (descriptive study-cross-sectional design) กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายจำนวน 20 คน ขั้นตอนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 2 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 อาสาสมัคร 63 คน ทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-II และแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ตามคะแนนภาวะซึมเศร้า คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 - 13 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (14 - 19 คะแนน) ปานกลาง (20 - 28 คะแนน) และรุนแรง (29 - 63 คะแนน) ขั้นตอนที่ 2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มแบบง่าย กลุ่มละ 5 คน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีการกระจายของภาวะซึมเศร้าครบทุกระดับ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 20 คน ทำแบบทดสอบ DAS ผู้ประเมินผลประกอบด้วยนักจิตวิทยา นักศิลปะบำบัดและครูศิลปะ ประเมินผลแบบทดสอบ DAS โดยรูปภาพที่มีเนื้อหาอารมณ์เชิงลบ และสะท้อนภาพลักษณ์ตนเองเป็นผู้ถูกกระทำจะได้คะแนนน้อย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าความเชื่อมั่นของผู้ประเมินทั้ง 3 ท่าน ใช้สถิติอัลฟาของคริเพนดอร์ฟ (Krippendorff's alpha coefficient) และค่าความสัมพันธ์ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) กำหนดค่า $p < 0.05$

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง 20 คน พบเพศหญิง ร้อยละ 90 และเพศชาย ร้อยละ 10 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 16.55 ปี คะแนนเฉลี่ยของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-II เท่ากับ 20.05 คะแนน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.85) ค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบทดสอบ DAS ด้านเนื้อหาอารมณ์และภาพลักษณ์ตนเองเท่ากับ 3.17 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.99) และ 3.16 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.15) ตามลำดับ ค่าความสัมพันธ์ระหว่างแบบทดสอบ DAS และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-II ด้านเนื้อหาทางอารมณ์ $r = -0.76$ ($p < 0.001$) และด้านภาพลักษณ์ตนเอง $r = -0.78$ ($p < 0.001$) ค่าความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินทั้ง 2 รายการตามผู้ประเมินแต่ละวิชาชีพ คือ นักจิตวิทยา นักศิลปะบำบัดและครูศิลปะ พบว่าด้านเนื้อหาอารมณ์ เท่ากับ -0.83, -0.84 และ -0.86 ($p < 0.001$) ตามลำดับ ด้านภาพลักษณ์ตนเอง เท่ากับ -0.83, -0.83 และ -0.86 ($p < 0.001$) ตามลำดับ

สรุป แบบทดสอบ DAS มีความสัมพันธ์แบบผกผันกับแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-II อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นักจิตวิทยา นักศิลปะบำบัดและครูศิลปะ อาจนำแบบทดสอบ DAS ด้านเนื้อหาอารมณ์และด้านภาพลักษณ์ตนเองไปใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นในวัยรุ่นตอนปลายได้

คำสำคัญ แบบทดสอบ DAS แบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-II ซึมเศร้า วาดภาพ วัยรุ่น

Corresponding author: ทิฆัมพร หอสิริ

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: tikumporn.hos@mahidol.ac.th

วันรับ 10 เมษายน 2568 วันแก้ไข 29 พฤษภาคม 2568 วันตอบรับ 23 มิถุนายน 2568

A Pilot Study on the Correlation between Draw-A-Story Test and The Beck Depression Inventory Version II in Adolescence

Nantapan Chinprapinporn*, Tikumporn Hosiri**, Sirinadda Punyapas**, Lertsiri Bovornkitti***, Wanlop Atsariyasing**

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

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

***Division of Art Education, Faculty of Fine Arts, Srinakharinwirot University

ABSTRACT

Objective: This study examines the correlation between the Draw-A-Story test (DAS), which focuses on emotional content and self-image, and the Beck Depression Inventory version II (BDI-II) for screening depression in adolescents.

Methods: This study presents a descriptive cross-sectional analysis conducted among high school students from grades 10 to 12. A total of 20 participants were selected through a two-step sampling process. Initially, 63 volunteers were recruited and assessed using the BDI-II, allowing for categorization based on depression severity into four levels: 1) minimal (scores 0 - 13), 2) mild (scores 14 - 19), 3) moderate (scores 20 - 28), and 4) severe (scores 29 - 63). In the second step, participants were randomly selected from each severity level to ensure equal representation, with five participants chosen from each group. Ultimately, the final sample consisted of 20 students who completed the DAS, with evaluations by a psychologist, an art therapist, and an art teacher. The analysis revealed that drawings indicating negative emotional content and a self-image of victimhood received lower evaluative scores. The data analysis employed descriptive statistics, alongside Krippendorff's alpha coefficient, to assess inter-rater agreement, and Spearman's rank correlation coefficient was used to examine the variables ($p < 0.05$).

Results: The sample group consisted of 20 participants, with a gender distribution of 90% female and 10% male, and an average age of 16.55 years. The mean score on the BDI-II was 20.05 (SD = 9.85). The average scores for the DAS in the domains of emotional content and self-image were 3.17 (SD = 1.99) and 3.16 (SD = 1.15), respectively. The correlations observed between the DAS scores and the BDI-II, as assessed by three evaluators (the psychologist, the art therapist, and the art teacher), are detailed as follows. The correlations on emotional content were -0.83, -0.84, and -0.86 ($p < 0.001$), respectively. For self-image, the correlations were -0.83, -0.83, and -0.86 ($p < 0.001$), respectively.

Conclusion: The DAS test correlates statistically significantly negatively with the BDI-II. Psychologists, art therapists, or art teachers may use the DAS test on emotional content and self-image in screening for depression in late adolescence.

Keywords: draw a story test, BDI-II, depression, drawing, adolescence

Corresponding author: Tikumporn Hosiri

E-mail: tikumporn.hos@mahidol.ac.th

Received: 10 April 2025 Revised: 29 May 2025 Accepted: 23 June 2025

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ ในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 พบภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมากขึ้น จากการศึกษาในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานครจำนวนร้อยละ 37 เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า คือ ผลกระทบจากมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมและปัญหาการสื่อสารกับเพื่อนในปัญหาต่างๆ¹ ในต่างประเทศพบการศึกษาคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 รายงานผลวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าสูงมากขึ้น โดยเฉพาะหญิงพบมากกว่าเพศชาย^{2,3} วัยรุ่นตอนปลาย (อายุ 15 - 18 ปี) มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นตอนต้น (อายุ 11 - 14 ปี)⁴⁻⁶ ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมักเกิดร่วมกับพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น การเสพสารเสพติด และการฆ่าตัวตาย^{7,8} จากการประเมินสถานการณ์สุขภาพจิตพบวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าพบปัญหาการเข้าถึงบริการและได้รับการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพจิตยังมีจำนวนจำกัด และมีคำแนะนำว่าวัยรุ่นควรได้รับการคัดกรองด้านสุขภาพจิตอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อได้รับการช่วยเหลือและฟื้นฟูอย่างรวดเร็ว มุ่งเน้นผลลัพธ์เพื่อการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข^{9,10}

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าเป็นเครื่องมือสำคัญในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ประเทศไทยมีงานวิจัยที่ศึกษาและแปลแบบประเมินภาวะซึมเศร้าซึ่งได้รับการยอมรับในระดับสากลเป็นภาษาไทย เช่น Children's Depression Inventory (CDI), Beck Depression Inventory version II (BDI-II), Patient Health Questionnaire for Adolescent (PHQ-A), Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) เป็นต้น^{9,11-13} แบบประเมินชนิดมีข้อคำถามและให้เลือกคำตอบด้วยตนเอง (multiple choice) มีข้อจำกัดเมื่อผู้รับการประเมินมีปัญหาการอ่าน¹⁴ หรือมีความกังวลเมื่ออ่านคำตอบ จึงอาจเลือกตอบความจริงหรือเลี่ยงทำแบบประเมิน¹⁵ ดังนั้นแบบประเมินทางจิตวิทยาที่ผู้รับการประเมินไม่ต้องใช้ทักษะการอ่าน และสามารถให้คำตอบด้วยวิธีวาดภาพ พุดตอบตามความคิดและความรู้สึกของตนเองอย่างอิสระ¹⁶ จึงเป็นอีกทางเลือกที่ทำให้ผู้รับการประเมินรู้สึกสบายใจในการตอบตามความจริงและมีความร่วมมือมากขึ้น

แบบทดสอบทางจิตวิทยาที่ใช้การวาดภาพมีหลายชนิด แบบทดสอบที่เป็นที่นิยม คือ แบบทดสอบฉายภาพจิต (projective test) ซึ่งมีแบบทดสอบที่ให้ผู้รับการประเมินวาดภาพด้วยตนเอง

ได้แก่ วาดภาพบ้าน-ต้นไม้-คน (house-tree-person test: HTP) และวาดภาพคน (draw-a-person test: DAP) แต่แบบทดสอบฉายภาพจิตต้องการนักจิตวิทยาคลินิกในการดำเนินการและแปลผลทดสอบ และทดสอบเป็นรายบุคคล ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการทำคัดกรองในกลุ่มวัยรุ่นที่มีจำนวนมาก โดยเฉพาะการคัดกรองในโรงเรียน¹⁷⁻²⁰ นอกจากนี้ยังมีแบบทดสอบ Draw A Story Test (DAS) ของ Rawley Silver นักศิลปะบำบัดชาวอเมริกัน ซึ่งได้ออกแบบเครื่องมือทดสอบทางจิตวิทยา โดยผู้รับการประเมินวาดภาพและเล่าเรื่องราวสั้นๆ ประกอบภาพวาดของตนอย่างอิสระ แบบทดสอบ DAS นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเสี่ยงด้านความก้าวร้าวและอารมณ์ซึมเศร้า มีวิธีแปลโดยการให้คะแนนที่ไม่ซับซ้อนและผู้ประเมินผลไม่ต้องผ่านการอบรมเฉพาะ²¹ แบบทดสอบ DAS จึงเป็นอีกแบบทดสอบทางจิตวิทยาที่เหมาะสมกับวัยรุ่นที่อาจมีความวิตกกังวลในการเลือกคำตอบจากแบบประเมินชนิดข้อคำถาม²² หรือกรณีวัยรุ่นที่มีอารมณ์ซึมเศร้าและมีความจำกัดในการพูดสื่อสาร เพื่อถ่ายทอดความคิดหรือความรู้สึกภายในจิตใจ การวาดภาพแทนการพูดตอบคำถามจึงเป็นอีกวิธีที่ช่วยให้ผู้ประเมินเข้าใจความคิดและความรู้สึกของผู้รับการประเมินที่มีภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น นอกจากนี้แบบทดสอบ DAS ยังเป็นแบบคัดกรองที่บุคลากรวิชาชีพอื่นๆ เช่น นักจิตวิทยา นักศิลปะบำบัด ครูศิลปะหรือนักสังคมสงเคราะห์ สามารถนำไปใช้ทดสอบได้จึงเหมาะสำหรับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในโรงเรียน เพื่อให้การช่วยเหลือนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าได้มากยิ่งขึ้น²³⁻²⁵

ในต่างประเทศพบการศึกษาเกี่ยวกับแบบทดสอบ DAS กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เช่น การศึกษาของ Ryu ศึกษาลักษณะการตอบแบบทดสอบ DAS ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และความก้าวร้าวในเด็กและเยาวชนผู้กระทำความผิด อายุ 15 - 19 ปี พบว่าแบบทดสอบ DAS สามารถคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความก้าวร้าวในเด็กและเยาวชนผู้กระทำความผิดได้²⁶ ในประเทศไทยการศึกษาแบบทดสอบ DAS เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นยังมีจำกัด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบทดสอบ DAS และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่มีมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับ คือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-II ซึ่งมีคุณภาพสูง มีการประเมินทั้งด้านอารมณ์ ความคิด ร่างกายและพฤติกรรม จึงเป็นตัวเลือกที่การศึกษาท่อนหานิยามใช้เป็นเครื่องมือทดสอบภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยนี้จะมีประโยชน์ในการพัฒนาเครื่องมือที่ช่วยคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไทย โดยบุคลากรที่มีความชำนาญด้านศิลปะ เช่น นักศิลปะบำบัดหรือครูศิลปะ

เพื่อเพิ่มจำนวนการคัดกรองวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ให้ได้รับการช่วยเหลือมากขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบทดสอบ DAS ด้านเนื้อหาอารมณ์และภาพลักษณ์ต่อตนเอง และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-II ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง ณ ช่วงเวลาหนึ่ง (descriptive study-cross-sectional design) ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (COA no. Si 871/2023)

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

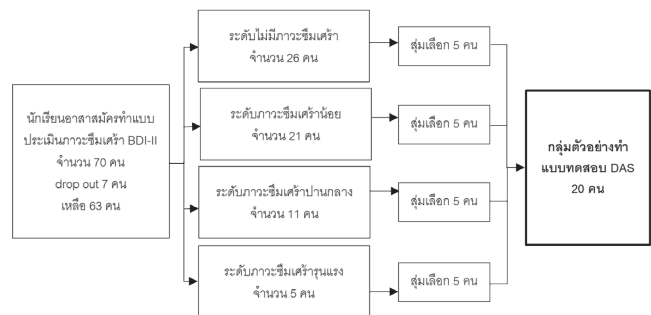
ประชากรคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายปีการศึกษา 2566 - 2567 คัดเลือกโรงเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร โดยวิธีเจาะจง (purposive sampling) เกณฑ์การคัดเลือกคือนักเรียนอายุ 15 - 18 ปี ที่สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ มีความยินยอมและได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองในการร่วมงานวิจัย เกณฑ์การคัดออกคือ มีประวัติโรคจิตเภท บกพร่องทางเชาวน์ปัญญา มีอาการป่วยทางจิตหรืออารมณ์ผิดปกติรุนแรง หรืออาการป่วยทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการทำแบบประเมินและตอบแบบประเมินไม่สมบูรณ์

จากการทบทวนวรรณกรรม²¹ พบว่าแบบทดสอบ DAS มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผลการประเมินภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.742 ผู้วิจัยจึงคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม Stata version 14.0 (StataCorp LLC, College Station, TX, USA) ตั้งค่าพารามิเตอร์ของการศึกษา คือ alpha เท่ากับ 0.05 และ power เท่ากับร้อยละ 90 จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 15 คน และเพิ่มจำนวนเพื่อป้องกันการสูญหาย (drop out) ร้อยละ 30 ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 20 คน

เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับภาวะซึมเศร้าครบทั้ง 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึมเศร้าระดับน้อย ปานกลาง และรุนแรง ผู้วิจัยใช้การคัดเลือก 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 อ้างอิงข้อมูลจากการศึกษาของ วิลลวอร์ด ปัญญาว่อง และคณะ²⁷ ซึ่งพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่ม

นักเรียนอายุ 15 - 19 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร เท่ากับร้อยละ 26 จากจำนวนนักเรียนทั้งหมด 244 คน ผู้วิจัยจึงรับสมัครนักเรียนอาสา จำนวน 63 คน ให้ทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-II และเพิ่มจำนวนป้องกันการสูญหาย (drop out) ร้อยละ 10 รวมเท่ากับ 70 คน ขั้นตอนที่ 2 เมื่อได้ผลการประเมิน BDI-II แล้ว จึงจำแนกนักเรียนออกเป็น 4 กลุ่ม ตามระดับภาวะซึมเศร้า และสุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 5 คน ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) รวมทั้งสิ้น 20 คน เพื่อทำแบบทดสอบ DAS ต่อไป ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-II ฉบับภาษาไทย, แบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-II พัฒนาโดย Aaron T. Beck. และคณะ โดยปรับตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของ DSM-IV²⁸ ประกอบด้วยข้อความ 21 ข้อ ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย นันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ¹² มีความไว ร้อยละ 88 และความจำเพาะ ร้อยละ 92²⁹ การแปลผลคะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 63 คะแนน แบ่งระดับภาวะซึมเศร้าเป็น 4 ระดับคือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 - 13 คะแนน) ซึมเศร้าระดับน้อย (14 - 19 คะแนน) ปานกลาง (20 - 28 คะแนน) และรุนแรง (29 - 63 คะแนน)

2) แบบทดสอบ DAS พัฒนาโดย Rawley Silver ค่าความเชื่อมั่น (inter-rater reliability) ด้านเนื้อหาอารมณ์และด้านภาพลักษณ์ต่อตนเองเท่ากับ 0.94 และ 0.74 ตามลำดับ²¹ แบบทดสอบ DAS ประกอบด้วยภาพกระตุ้น 14 รูป และใบงานสำหรับวาดภาพ ผู้รับการประเมินเลือกภาพกระตุ้น 2 รูป จาก 14 รูป และใช้จินตนาการต่อเติมเรื่องราวจากภาพกระตุ้นที่เลือก หลังจากนั้น ผู้รับการประเมินวาดภาพ 1 ภาพ ลงในใบงาน โดยมีภาพกระตุ้นทั้ง 2 รูป เป็นองค์ประกอบในเรื่องราวที่จินตนาการ ไม่เน้นความสวยงาม เมื่อวาดภาพเสร็จผู้รับการประเมินเขียนชื่อภาพ เขียนบรรยายรูปภาพ และเลือกตอบความรู้สึกของตนเองขณะวาดภาพ

1 ข้อ ได้แก่ เศร้า กังวล โกรธ โอค หรือมีความสุขมาก

เกณฑ์การแปลผล ผู้ประเมินดูรูปภาพและให้คะแนน 1-5 ในเนื้อหา 3 ด้าน คือ เนื้อหาอารมณ์ ภาพลักษณ์ต่อตนเอง และอารมณ์ขัน งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาเนื้อหาเพียง 2 ด้าน คือ เนื้อหาอารมณ์และภาพลักษณ์ต่อตนเอง เพื่อให้สอดคล้องกับภาวะซึมเศร้าตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย คะแนนด้านเนื้อหาอารมณ์ที่แสดงสถานการณ์หรือเรื่องราวเชิงลบจะได้คะแนนน้อย ในทางตรงกันข้ามหากสถานการณ์หรือเรื่องราวเชิงบวกจะได้คะแนนสูง ด้านภาพลักษณ์ต่อตนเอง หากลักษณะตัวละครในภาพที่ได้รับการประเมินเลือกเป็นตัวแทนตัวเอง มีการโต้ตอบแบบเป็นผู้กระทำ จะได้คะแนนน้อย แต่หากเป็นผู้กระทำที่แสดงอำนาจหรือแสดงความรักใคร่จะได้คะแนนสูง

งานวิจัยนี้ได้รับอนุญาตจาก Routledge และ Taylor & Francis Group ผู้วิจัยดำเนินการแปลเป็นภาษาไทยโดยปรีक्षा ศูนย์การแปลและบริการด้านภาษาสถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้แปลผลทดสอบของงานวิจัยประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 วิชาชีพ คือ นักจิตวิทยา นักศิลปะบำบัด และครูศิลปะ ซึ่งได้รับการอบรมวิธีการแปลผลแบบทดสอบ DAS และหาค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ทรงคุณวุฒิ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยนี้แบ่งการเก็บข้อมูลเป็น 2 ขั้นตอน ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและเก็บข้อมูล ใช้เวลารวมทั้งสิ้นประมาณ 2 ชั่วโมง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกนักเรียนอาสาสมัครที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกได้จำนวน 63 คน จาก 70 คน หลังจากนั้นให้ทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-II ใช้เวลาประมาณ 15 นาที ผู้วิจัยแปลผลคะแนนทันที นักเรียนอาสาสมัครทุกคนมีเวลาพักประมาณ 20 นาที ก่อนเข้าสู่การคัดเลือกในขั้นตอนที่ 2 เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยแบ่งนักเรียนอาสาสมัครตามผลคะแนนภาวะซึมเศร้า 4 กลุ่ม คือ กลุ่มไม่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ปานกลาง และรุนแรง หลังจากนั้นสุ่มเลือกนักเรียนจากทุกกลุ่ม กลุ่มละ 5 คน ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 20 คน หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบ DAS ต่อ โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที นักเรียนอาสาสมัครที่ไม่ได้ทำแบบทดสอบ DAS จะทำกิจกรรมกลุ่มเรื่องเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดกับนักจิตวิทยาโรงเรียน ที่ไม่ใช่ผู้เก็บข้อมูล

เมื่อเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 20 คน เสร็จสิ้น ผู้วิจัยส่งรูปภาพของกลุ่มตัวอย่างให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ประเมินผลอย่างเป็นอิสระต่อกัน โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ไม่ทราบผลคะแนนแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-II และคะแนนแบบทดสอบ DAS ของท่านอื่น (blind assessor) ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมผลคะแนนของแบบประเมินทั้งสองและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพื้นฐาน ได้แก่ แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ทรงคุณวุฒิด้วยสถิติอัลฟาของคริเพนดอร์ฟ (Krippendorff's Alpha coefficient)³⁰ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของแบบทดสอบ DAS และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-II ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน จากนักเรียนอาสาสมัคร 63 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 18 คน (ร้อยละ 90) และเพศชาย จำนวน 2 คน (ร้อยละ 10) กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ยเท่ากับ 16.55 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.05 ส่วนใหญ่มีอายุ 16 ปี (ร้อยละ 35) รองลงมาคืออายุ 17 ปี (ร้อยละ 25) อายุน้อยที่สุดคือ 15 ปี และอายุมากที่สุดคือ 18 ปี

คะแนนเฉลี่ยของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-II พบกลุ่มที่ 1 ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.8 คะแนน กลุ่มที่ 2 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.2 คะแนน กลุ่มที่ 3 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.2 คะแนน กลุ่มที่ 4 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 32 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยรวมทุกกลุ่มเท่ากับ 20.05 คะแนน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.85) คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 2 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 37 คะแนน และในคะแนนเฉลี่ยแบบทดสอบ DAS พบกลุ่มที่ 1 ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ยทั้งด้านเนื้อหาอารมณ์และภาพลักษณ์ต่อตนเองเท่ากับ 4.73 คะแนนเท่ากัน กลุ่มที่ 2 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย คะแนนเฉลี่ยด้านเนื้อหาอารมณ์เท่ากับ 3.7 คะแนน และด้านภาพลักษณ์ต่อตนเองเท่ากับ 3.43 คะแนน กลุ่มที่ 3 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยด้านเนื้อหาอารมณ์เท่ากับ 2.23 คะแนน และด้านภาพลักษณ์ต่อตนเองเท่ากับ 2.36 คะแนน และกลุ่มที่ 4

มีระดับภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ด้านเนื้อหาอารมณ์เท่ากับ 2.01 คะแนน และด้านภาพลักษณ์ต่อตนเองเท่ากับ 2.1 คะแนน คะแนนเฉลี่ยรวมทุกกลุ่ม ด้านเนื้อหาอารมณ์เท่ากับ 3.17 คะแนน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.99) ด้านภาพลักษณ์ต่อตนเองเท่ากับ 3.16 คะแนน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.15) ดังแสดงในตารางที่ 1

การเลือกภาพกระตุ้นของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 20 คน พบว่า ภาพกระตุ้นที่ถูกเลือกมากที่สุดมี 2 ภาพ คือ ภาพเจ้าหญิงและภาพทะเล จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากัน คือ 9 คน คิดเป็นร้อยละ 22.50 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เลือกรูปภาพเจ้าหญิงเป็นเพศหญิงทั้งหมด ภาพกระตุ้นที่ไม่ถูกเลือก คือ ภาพเจ้าชายและราชินีเพศชาย 1 คน ได้วาดภาพที่แสดงถึงเพศสภาพทางเลือกของตนเอง พร้อมแสดงถึงมุมมองความสัมพันธ์ของกลุ่มเพศทางเลือก

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่วาดเรื่องราวที่แสดงถึงความฝัน ความหวังหรือความต้องการของตัวละคร กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและรุนแรงวาดภาพเรื่องราวที่มีเนื้อหาเชิงลบชัดเจน เช่น ความล้มเหลว ผิดหวัง ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีหรือความไม่พอใจ ตัวละครมีภาพลักษณ์ที่แสดงความรู้สึกไม่ดี ไร้อารมณ์ ไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ตามความต้องการ หรืออยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงอันตราย กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มแรกนี้มีช่วงคะแนน 1 - 2.5 คะแนน ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยวาดภาพเรื่องราวที่มีเนื้อหาเชิงบวกมากกว่า เช่น แสดงความพอใจในสถานการณ์ มีความสัมพันธ์ที่ดีของตัวละคร หรือการประสบความสำเร็จ ตัวละครมีภาพลักษณ์ที่แสดงถึงอำนาจในการตัดสินใจกระทำ แสดงถึงความรักใคร่หรือ

ความรู้สึกเป็นสุข กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มหลัง มีช่วงคะแนน 3.5 - 5 คะแนน

นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่วาดภาพคลุมเครือ และเขียนเรื่องสั้นๆ เช่น ตัวละครมีลักษณะนิ่งเฉย ภาพทิวทัศน์ หรือเรื่องราวแสดงทั้งเชิงบวกและลบ จะมีช่วงคะแนน 2.5 - 3.5 คะแนน

ความรู้สึกในขณะวาดภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและรุนแรงตอบว่า “เศร้า” และ “กังวล” ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยตอบ “โอเค” และ “มีความสุขมาก” กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงมีร่องรอยของการลบหรือวาดใหม่มากกว่า และมีลักษณะขีดเขียนซ้ำๆ ที่ตำแหน่งเดิม มากกว่ากลุ่มอื่นๆ

ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน 3 วิชาชีพในการประเมินแบบทดสอบ DAS ด้านเนื้อหาอารมณ์ มีค่า Inter-rater agreement เท่ากับ 0.73, Percent Agreement เท่ากับ 78%, 95% CI เท่ากับ 0.534 - 0.93 และ $p < 0.001$ และด้านภาพลักษณ์ตนเอง มีค่า Inter-rater agreement เท่ากับ 0.74, Percent Agreement เท่ากับ 80%, 95% CI เท่ากับ 0.56 - 0.92 และ $p < 0.001$

การหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างแบบทดสอบ DAS และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-II ผู้วิจัยคำนวณโดยนำค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบทดสอบ DAS แต่ละด้านจากผู้ประเมินทุกท่าน และค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-II

ตารางที่ 1 คะแนนแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-II และคะแนนแบบทดสอบ DAS (n = 20)

ระดับภาวะซึมเศร้า	คะแนนแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-II			คะแนนแบบทดสอบ DAS	
	Min	Max	mean (SD)	ด้านเนื้อหาทางอารมณ์	ด้านภาพลักษณ์ตนเอง
กลุ่มที่ 1 ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 5)	2	12	6.8 (4.14)	mean (SD)	mean (SD)
กลุ่มที่ 2 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (n = 5)	15	19	17.2 (1.64)	3.7 (0.44)	3.43 (0.66)
กลุ่มที่ 3 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (n = 5)	23	25	24.2 (0.83)	2.23 (0.32)	2.36 (0.18)
กลุ่มที่ 4 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (n = 5)	29	37	32 (3.31)	2.08 (0.37)	2.1 (0.48)
รวมทั้งหมด (n = 20)	2	37	20.05 (9.85)	3.17 (1.9)	3.16 (1.15)

มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่าด้านเนื้อหาอารมณ์มีความสัมพันธ์แบบผกผันในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.76, p < 0.001$) และด้านภาพลักษณ์ต่อตนเองมีความสัมพันธ์แบบผกผันในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.78, p < 0.001$) เช่นกัน เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินทั้ง 2 ชนิด แยกตามผู้ประเมินผลแต่ละวิชาชีพ พบว่าเมื่อผู้ประเมินคือนักจิตวิทยา พบค่าความสัมพันธ์ด้านเนื้อหาอารมณ์เท่ากับ -0.83 ($p < 0.001$) และด้านภาพลักษณ์ต่อตนเองเท่ากับ -0.83 ($p < 0.001$) นักศิลปะบำบัด พบค่าความสัมพันธ์ด้านเนื้อหาอารมณ์เท่ากับ -0.84 ($p < 0.001$) และด้านภาพลักษณ์ต่อตนเองเท่ากับ -0.83 ($p < 0.001$) และครูศิลปะ พบค่าความสัมพันธ์ด้านเนื้อหาอารมณ์เท่ากับ -0.86 ($p < 0.001$) และด้านภาพลักษณ์ต่อตนเองเท่ากับ -0.86 ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

วิจารณ์

งานวิจัยนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และเลือกภาพกระตุ้นของแบบทดสอบ DAS เป็นรูปเจ้าหญิงประมาณหนึ่งในสี่ของจำนวนภาพทั้งหมด รูปภาพที่ถูกเลือกอาจสะท้อนถึงตัวตนของผู้รับการทดสอบ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Silver ที่อธิบายการเลือกรูปภาพของผู้ทำแบบทดสอบมีแนวโน้มที่จะเลือกและดึงดูดภาพที่มีความคล้ายกับเพศเดียวกับตนเอง³¹ และงานวิจัยของ Earwood และคณะ พบความแตกต่างระหว่างเพศในการทำแบบทดสอบ DAS³² การเลือกภาพกระตุ้น

ที่จะสร้างเรื่องราว จึงอาจเป็นข้อสังเกตที่แสดงถึงอัตลักษณ์ทางเพศของผู้วาด กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นเพศหญิง จึงเลือกรูปเจ้าหญิงมากกว่ารูปอื่นๆ กลุ่มตัวอย่างบางคนวาดภาพที่แสดงถึงเพศสภาพทางเลือกและมุมมองเกี่ยวกับตนเองที่ไม่มีอิสระ ความสัมพันธ์ไม่ได้หรือความต้องการบางอย่างที่ไม่ชัดเจน สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องภาพวาดหรือสัญลักษณ์มักเป็นสื่อกลางแสดงความต้องการ ความทรงจำ ความรู้สึกที่ยังไม่ถูกเติมเต็มหรือจิตใต้สำนึกของผู้วาด³³

เมื่อวิเคราะห์เนื้อหาของรูปภาพในแบบทดสอบ DAS ของกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยนี้ พบว่ารูปภาพของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและรุนแรง สื่อสถานการณ์ด้านลบหรือแสดงภาพลักษณ์ตนเองที่มีความโชคร้าย ผิดหวัง มีความสัมพันธ์เชิงลบ ร่วมกับคำตอบด้านความรู้สึกในขณะวาดภาพว่า “เศร้า” และ “กังวล” นอกจากนี้พบว่ารูปภาพของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงมีร่องรอยของการลบหรือวาดใหม่ที่มีลักษณะขีดเขียนซ้ำๆ ในตำแหน่งเดิมมากกว่ารูปภาพของกลุ่มอื่นๆ ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด Cognitive triad ของ Beck หรืออาการของผู้มีอาการซึมเศร้า ซึ่งมักตำหนิตนเอง ผิดหวังในตนเอง ไม่พอใจภาพลักษณ์ของตน มีการตัดสินใจซ้ำต่างกับเด็กที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าที่จะมีทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับตนเอง^{34,35} และงานวิจัยของ Ashtari, Khormaei, Rahimi และ Mohammadi พบว่ารูปภาพของกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าจะแสดงสถานการณ์ ที่ความเรื่องราวความสัมพันธ์หรือความรู้สึก

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างแบบทดสอบ DAS และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-II ($n = 20$) โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

แบบทดสอบ DAS		แบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-II
รวมผู้ประเมิน 3 วิชาชีพ	ด้านเนื้อหาอารมณ์	-0.76^{***}
	ด้านภาพลักษณ์ต่อตนเอง	-0.78^{***}
นักจิตวิทยา	ด้านเนื้อหาอารมณ์	-0.83^{***}
	ด้านภาพลักษณ์ต่อตนเอง	-0.83^{***}
นักศิลปะบำบัด	ด้านเนื้อหาอารมณ์	-0.84^{***}
	ด้านภาพลักษณ์ต่อตนเอง	-0.83^{***}
ครูศิลปะ	ด้านเนื้อหาอารมณ์	-0.86^{***}
	ด้านภาพลักษณ์ต่อตนเอง	-0.86^{***}

*** ค่า $p < 0.001$

เป็นเชิงลบมากกว่ากลุ่มปกติ³⁶ เมื่อวิเคราะห์คะแนนรูปวาดของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและรุนแรง บางรายได้คะแนน 2 - 3 คะแนน ในขณะที่รูปวาดของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าได้คะแนน 4 - 5 คะแนน สอดคล้องกับงาน โดย Silver ผู้พัฒนาแบบทดสอบ DAS ที่พบว่ารูปวาดของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสูงไม่จำเป็นต้องได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนนทุกราย แต่มีแนวโน้มได้คะแนนน้อยกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า^{21,25}

งานวิจัยนี้พบแบบทดสอบ DAS ด้านเนื้อหาทางอารมณ์และภาพลักษณ์ต่อตนเองมีความสัมพันธ์กับแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-II อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในลักษณะแบบผกผันในระดับสูง ($r = -0.76$ และ -0.78 ตามลำดับ) คือ รูปวาดของแบบทดสอบ DAS ของกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าสูงจะมีคะแนนต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kim และ Hong ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีแนวโน้มคะแนนของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI สูงจะมีคะแนนแบบทดสอบ DAS ต่ำ โดยกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีผลคะแนนของแบบทดสอบ DAS เท่ากับ 5 คะแนน³⁸ และงานวิจัยของ Son และ Kim ที่เก็บกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น พบว่าคะแนนแบบทดสอบ DAS ในด้านเนื้อหาทางอารมณ์และด้านภาพลักษณ์ตนเอง และคะแนนแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI มีความสัมพันธ์แบบผกผันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³⁹

เมื่อแยกวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างแบบทดสอบ DAS และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-II โดยผู้ประเมินผลที่มีวิชาชีพแตกต่างกัน คือ นักจิตวิทยา นักศิลปะบำบัดและครูศิลปะ พบว่าได้ผลลัพธ์ในทิศทางเดียวกัน คือ แบบทดสอบ DAS และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-II มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญแบบผกผันในระดับสูงเช่นกัน โดยความสัมพันธ์ด้านเนื้อหาทางอารมณ์มีค่าระหว่าง -0.83 ถึง -0.86 และด้านภาพลักษณ์ของตนเอง มีค่าระหว่าง -0.83 ถึง -0.86 แสดงว่านักจิตวิทยาซึ่งไม่มีพื้นฐานทางด้านศิลปะสามารถแปลผลแบบทดสอบได้ใกล้เคียงกับผู้ที่มีพื้นฐานทางศิลปะ คือ นักศิลปะบำบัดและครูสอนศิลปะ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Penny Morrison และคณะ ที่พบว่าผู้ประเมินที่ไม่มีประสบการณ์ด้านศิลปะ เช่น พยาบาล นักจิตวิทยาคลินิก หรือจิตแพทย์ สามารถดำเนินกิจกรรมทางศิลปะและใช้แบบทดสอบ DAS ในกลุ่มผู้ป่วยได้⁴⁰ โดยการประยุกต์ใช้ในทางคลินิก แบบทดสอบ DAS อาจไม่ใช่เครื่องมือวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าโดยตรง แต่สามารถใช้เป็นเครื่องมือเปิดประเด็นเพื่อสร้างบทสนทนา ช่วยให้ผู้ป่วยประเมินเข้าใจมุมมองภายในของตัวรับบริการได้ลึกซึ้ง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่อาจไม่สะดวกใจ

ในการพูดตรงๆ เกี่ยวกับความรู้สึกของตน²²

ดังนั้นงานวิจัยนี้พบว่าแบบทดสอบ DAS มีความสัมพันธ์กับแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-II อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีลักษณะความสัมพันธ์แบบผกผันในระดับสูง ลักษณะภาพวาดของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางและรุนแรง มักสื่อสถานการณ์โศกเศร้า ผิดหวัง และมีความสัมพันธ์เชิงลบ การเลือกภาพกระตุ้นของแบบทดสอบ DAS อาจแสดงถึงอัตลักษณ์ทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้การประเมินผลแบบทดสอบ DAS โดยนักจิตวิทยา นักศิลปะบำบัดและครูศิลปะ ได้ผลลัพธ์ที่ใกล้เคียงกัน

สรุป

แบบทดสอบ DAS ด้านเนื้อหาทางอารมณ์และภาพลักษณ์ตนเอง มีความสัมพันธ์แบบผกผันกับแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-II อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นักจิตวิทยา นักศิลปะบำบัดหรือครูศิลปะ สามารถนำแบบทดสอบ DAS นี้ไปใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นในวัยรุ่นตอนปลายได้

ข้อจำกัดงานวิจัย

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดหลายประการ คือ การคัดเลือกโรงเรียนที่เป็นตัวแทนเขตกรุงเทพมหานคร ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) เนื่องจากระยะเวลาในการเก็บข้อมูลมีจำกัดจึงใช้การสุ่มแบบเจาะจง รวมทั้งจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยและอยู่เฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร จึงมีอาจเป็นตัวแทนประชากรวัยรุ่นตอนปลายของประเทศไทยได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 90 งานวิจัยนี้จึงมีข้อจำกัดในการกระจายเรื่องเพศ สุดท้ายการตอบแบบประเมินทั้งสองในงานวิจัยนี้ เป็นลักษณะตอบด้วยตนเอง (self-report) อาจมีอคติในการตอบได้ทั้งแบบสอบถามที่เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการวาดภาพ ซึ่งพบบางรูปวาดมีลักษณะคลุมเครือร่วมกับคำบรรยายรูปวาดสั้นมาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคตเกี่ยวกับแบบทดสอบ DAS คือ ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างและเลือกศึกษาในประชากรนักเรียนระดับอื่นๆ เช่น ประถมศึกษา เนื่องจากเด็กวัยนี้อาจมีข้อจำกัดในการสื่อสารด้วยคำพูดเกี่ยวกับอารมณ์และมุมมองต่อตนเอง นอกจากการบันทึกข้อความที่กลุ่มตัวอย่างเล่าเกี่ยวกับ

รูปวาดของตนช่วยให้ผู้แปลผลมีความเข้าใจในอารมณ์และมุมมองต่อตนเองของกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น นอกจากนี้อาจมีการศึกษาหาความเชื่อมั่นในการแปลผลแบบทดสอบ DAS ในวิชาชีพต่างๆ เช่น แพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาหรือพยาบาล เพื่อเพิ่มโอกาสนำแบบทดสอบนี้ไปใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ในการดูแล เพื่อเพิ่มโอกาสช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ศาตราจารย์กิตติคุณ แพทย์หญิง นันทิกา ทวิชาชาติ และสำนักพิมพ์ Routledge และ Taylor & Francis Group ที่อนุญาตให้ใช้แบบทดสอบทั้งสองชนิดในงานวิจัยนี้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปริญญาพร จิระกิตติคุณ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้ให้คำปรึกษาด้านสถิติอย่างดียิ่ง รวมทั้งผู้อำนวยการโรงเรียนและอาจารย์ผู้ประสานงานในการเก็บข้อมูลอย่างดียิ่ง งานวิจัยนี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุน

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

น.ส.นันทพันธ์ ชื่นประพันธ์: กำหนดหัวข้อ ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและเขียนบทความ; รศ.พญ.ทิฆัมพร หอสิริ: หัวหน้าโครงการวิจัย ออกแบบการศึกษา ให้คำปรึกษาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบแก้ไขบทความ และประสานวารสารเพื่อการตีพิมพ์; รศ.พญ.สิรินดา ปัญญาภาส: มีส่วนร่วมในการทบทวนวรรณกรรม ให้คำปรึกษาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบแก้ไขบทความ; ผศ.ดร.เลิศศิริ บวรกิตติ: ให้คำปรึกษาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบแก้ไขบทความ; ผศ.นพ.วัลลภ อัจฉริยะสิงห์: ตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Peetiya W, Thommachot P. Factors associated with psychological impact on adolescents due to COVID-19 Pandemic. J Psychiatr Assoc Thailand 2022; 67(2): 147-67.
2. Mayne SL, Hannan C, Davis M, Young JF, Kelly MK, Powell M, et al. COVID-19 and adolescent depression and suicide risk screening outcomes. Pediatrics 2021; 148(3): e2021051507.
3. Liu S, Davis EP, Palma AM, Sandman CA, Glynn LM. The acute and persisting impact of COVID-19 on trajectories of adolescent depression: Sex differences and social connectedness. J Affect Disord 2022; 299: 246-55.
4. Avenevoli S, Knight E, Kessler RC, Merikangas KR. Epidemiology of depression in children and adolescents. In: Abela JRZ, Hankin BL, editors. Handbook of depression in children and adolescents. New York: The Guilford Press; 2008.
5. Hankin BL, Young JF, Abela JRZ, Smolen A, Jenness JL, Gulley LD, et al. Depression from childhood into late adolescence: Influence of gender, development, genetic susceptibility, and peer stress. J Abnorm Psychol 2015; 124(4): 803-16.
6. Panyawong W, Santitadukul R, Pavasuthipaisit C. Prevalence of depression and suicidal risks in Thai adolescents: a survey in schools from 13 Public Health Region. J Ment Health Thai 2020; 28(2): 136-49.
7. Glied S, Pine DS. Consequences and correlations of adolescent depression. Arch Pediatr Adolesc Med 2002; 156(10): 1009-14.
8. Hammen C. The social context of adolescent depression: vulnerabilities and consequences. J Exp Psychopathol. 2012;3 (5): 739-49.
9. Panyawong W, Pavasuthipaisit C, Santitadukul R. Validation of the Thai version of the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) in adolescent psychiatric patients. CDMH 2020; 8(1): 30.
10. Siu AL. Screening for depression in children and adolescents: US preventive services task force recommendation statement. Pediatrics 2016; 137(3): e20154467.
11. Trangkasombat U, Liknapichitkul D. Depression in children: study by using the Children's Depression Inventory. J Psychiatr Assoc Thailand. 1996; 41(4): 221-30.
12. Thavichachart N, Tangwongchai S, Worakul P, Kanchanatawan B, Suppapatiporn S, Sukoltapirom Na Pattalung A, et al. Posttraumatic mental health establishment of the tsunami survivors in Thailand. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2009; 5(11): 1-9.
13. Trangkasombat U, Larboosarb V, Havanont P. Using CES-D for screening depression in adolescents. J Psychiatr Assoc Thailand 1997;42(1). 2-13.
14. Möller H. Rating depressed patients: observer-vs self-assessment. Eur Psychiatry 2000; 15(3): 160-72.
15. Chartier M, Stoep AV, McCauley E, Herting JR, Tracy M, Lymp J. Passive versus active parental permission: Implications for the ability of school-based depression screening to reach youth at risk. J Sch Health 2008; 78(3): 157-64.
16. Davis M, Jones JD, So A, Boyd RC, Melhem N, Ryan ND, et al. Adolescent depression screening in primary care: who is screened and who is at risk? J Affect Disord 2022; 299: 318-25.
17. Piotrowski C. Projective techniques in research: A brief history and current update. SIS J Proj Psychol Ment Health 2022; 29(1): 1-3.
18. Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. Am Psychol 2004; 59(2): 93-103.
19. Storey R, Gapen M, Sacco JS. Projective techniques and psychological assessment in disadvantaged communities. Int J Appl Psychoanal Stud 2014;11(2):114-29.

20. Foomooljareon T. The congruence of the test responses between the Rorschach test and the House–Tree–Person test among patients with schizophrenia. *J Somdet Chaopraya Inst Psychiat* 2011; 5(2): 21-1.
21. Silver R. *The Silver Drawing Test and Draw-a-Story: Assessing Depression, Aggression, and Cognitive Skills*. New York: Routledge; 2007.
22. Koch S. Understanding the Draw a Story Test: A guide to interpretation. *Art Ther* 2002; 19(2): 82-90.
23. Harris P. Children's drawings as indicators of emotional development. *Child Dev Perspect* 1992; 6(2): 145-57.
24. Drew K, Rankin D. Creativity in child development: The importance of the arts. *CDMH* 2018; 12(2): 34-45.
25. Haag JL. Recontextualizing the Draw A Story Assessment: expanding the expressive function in art therapy. *Art Ther* 2018; 35(3): 118-30.
26. Ryu J. The study of Draw-A-Story response characteristics by juvenile delinquents' depression and aggression. *The Study of Culture & Art* 2019;14: 259-77.
27. Panyawong W, Santitadakul R, Phavasuthipaisit C. Prevalence of depression and suicidal risks in Thai adolescents: a survey in schools from 13 Public Health Region. *J Ment Health Thai* 2020; 28(2): 136-49.
28. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation; 1996.
29. Smarr KL, Keefer AL. Measures of depression and depressive symptoms. *Arthritis Care Res*. 2011; 63(11): 454-66.
30. Krippendorff K. *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*. 4th ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2019.
31. Silver R. Age and gender differences expressed through drawings: A study of attitudes toward self and others. *Art Ther*. 1993; 10(3): 159-68.
32. Earwood C, Fedorko M, Holzman E, Montanari L, Silver R. Screening for aggression using the Draw a Story assessment. *Art Ther* 2011; 21(3): 156-62.
33. Wadeson H. *Art Psychotherapy*. New York: Wiley; 1980.
34. Van der Kolk BA. *The body keeps the score: brain, mind, and body in the healing of trauma*. Kittimanon P, translator. Bangkok: Sun Nguen Mee Ma Publishing; 2019. Translated from: English. P.179–93.
35. Beck JS. *Cognitive Behavior Therapy: Basics and beyond*. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2020.
36. Kercher AJ, Rapee RM, Schniering CA. Neuroticism, life events & negative thoughts in the development of depression in adolescent girls. *J Abnorm Child Psychol* 2009; 37(7): 903-15.
37. Ashtari R, Khormaei F, Rahimi C, Mohammadi N. Psychometric properties of the Draw a Story DAS test in depressed and normal children. *Nevrol Nejropsihiatr Psihosom* 2024; 16(1): 33-6.
38. Kim S, Hong E. The characteristics of response to Draw-a-Story tests in relation to depression and suicide ideation of soldiers. *The Korean Journal of Human Development* 2008; 16(2): 221-32.
39. Son H, Kim G. A study on the relations among depression, aggression and Draw-a-Story response characteristics of middle school students. *Journal of Families and Better Life* 2008; 25(15): 405-18.
40. Penny M, Nishimoto AN, Kim JB, Medina-Dupaix C, Bantum EO. Perceived impact of participation in a One-Time Expressive Arts Workshop. *Mil Med* 2018; 184(5-6): 242–7.

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห้กมามเกี่ยวกับ การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก โดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม

ภาวษา อรรถา*, อิตารัตน์ ปุระณะชัยศิริ**, ว้ลลภา อัจฉริยะสิงห์**

*หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาเด็ก วิทยาลัย และครอบครัว โครงการร่วมคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็ก และครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

**คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาลักษณะและประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม

วิธีการศึกษา สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูล Pubmed, Embase, CENTRAL และ Thai Journals Online (ThaiJO) และสืบค้นวิทยานิพนธ์จากฐานข้อมูล ProQuest, EBSCO และ ThaiLIS ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2489 - 2567 โดยใช้คำสืบค้นตามกรอบแนวคิด PICO ได้แก่ ASD, parent-mediated, randomized controlled trial, in children OR in parent โดยเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ งานวิจัยภาษาอังกฤษหรือภาษาไทยที่เป็นการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วยนักบำบัด ผู้ปกครองและเด็ก ในเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคออทิสติก ตรวจสอบคุณภาพงานวิจัยโดย Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials (RoB 2) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ และค่าเฉลี่ย เพื่อบรรยายลักษณะของโปรแกรม และวิเคราะห์ห้กมามสำหรับผลลัพธ์ในกลุ่มเดียวกัน และแสดงผลด้วย forest plot โดยคำนวณค่า effect size ของแต่ละงานวิจัย โดยใช้ค่า Standardized Mean Difference (SMD)

ผลการศึกษา มีงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 18 งาน จากทั้งหมด 1,866 งาน มีงานวิจัยที่มีอคติสูง 11 งาน งานวิจัยที่ต้องพิจารณา 4 งาน และงานวิจัยที่มีอคติต่ำ 3 งาน งานวิจัยส่วนใหญ่มีการทดลอง 12 ครั้ง และระยะเวลาที่ใช้ส่วนใหญ่อยู่ที่ 90 นาที ต่อครั้ง สำหรับผลลัพธ์ต่อตัวเด็ก โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมมีประสิทธิผลในด้านพฤติกรรม (SMD 1.33; 95% CI [0.84, 1.83]) และด้านทักษะสังคม (SMD 0.68; 95% CI [0.50, 0.87]) แต่ไม่มีประสิทธิผลในด้านพัฒนาการทั่วไป (SMD 0.19; 95% CI [-0.16, 0.55]) และด้านภาษาและการสื่อสาร (SMD 0.09; 95% CI [-0.10, 0.27]) สำหรับผลลัพธ์ในส่วนผู้ปกครอง โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมมีประสิทธิผลในด้านความรู้ ความสามารถของผู้ปกครอง (SMD 0.54; 95% CI [0.02, 1.06]; $p = 0.04$) แต่ไม่มีประสิทธิผลในด้านสุขภาพจิต ความเครียด ภาวะซึมเศร้า (SMD 0.21; 95% CI [-0.10, 0.52]) และด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ปกครอง (SMD -0.09; 95% CI [-0.59, 0.42])

สรุป โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม มีประสิทธิผลต่อตัวเด็กในด้านพฤติกรรมและด้านทักษะสังคม และมีประสิทธิผลต่อผู้ปกครองในด้านความรู้ ความสามารถของผู้ปกครอง

คำสำคัญ โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม เด็กออทิสติก การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์ห้กมาม

Corresponding author: ว้ลลภา อัจฉริยะสิงห์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: wanlop.atr@mahidol.ac.th

วันรับ 24 มิถุนายน 2568 วันแก้ไข 5 กันยายน 2568 วันตอบรับ 5 กันยายน 2568

A Systematic Literature Review and Meta-Analysis on the Effectiveness of Parent-Mediated Intervention in Child with Autism Spectrum Disorder

Parnicha Uraprephon*, Tidarat Puranachaikere**, Wanlop Atsariyasing**

*Master's Degree in Child, Adolescent, and Family Psychology, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, and Nation Institute for Child and Family Development, Mahidol University

**Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

ABSTRACT

Objective: This study aimed to investigate the characteristics and effectiveness of parent-mediated intervention programs for children with autism spectrum disorder (ASD).

Methods: A comprehensive search was conducted across major databases, including PubMed, Embase, CENTRAL, and Thai Journals Online (ThaiJO), as well as thesis collection databases such as ProQuest, EBSCO, and ThaiLIS. The search covered the period from January 1946 to December 2024. The PICO framework (Population: ASD children; Intervention: parent-mediated; Comparison: randomized controlled trial; Outcome: in children OR in parents) guided the systematic literature review. Inclusion criteria were English or Thai randomized controlled trials (RCTs) evaluating the effects of programs for autistic children with parental involvement (comprising therapists, parents, and children) in children under 18 years old diagnosed with ASD. The quality of the included studies was assessed by two independent researchers using the Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials (RoB 2); disagreements were resolved by a third researcher. Data were analyzed using descriptive statistics (percentage, frequency, mean) to characterize the programs. Meta-analysis was performed for outcomes within the same groups, with results displayed using forest plots and effect sizes calculated as standardized mean differences (SMD).

Results: Out of 1,866 initial studies, 18 met the inclusion criteria. Of these, 11 had a high risk of bias, 4 had a medium risk of bias, and 3 had a low risk of bias. A total of 12 distinct program characteristics were identified. Most programs involved 12 sessions, with each session lasting 90 minutes. For children, parent-mediated interventions showed effectiveness in improving behavior (SMD 1.33; 95% CI [0.84, 1.83]) and social skills (SMD 0.68; 95% CI [0.50, 0.87]). However, these interventions were not effective for general development (SMD 0.19; 95% CI [-0.16, 0.55]) or language and communication (SMD 0.09; 95% CI [-0.10, 0.27]). For parents, effectiveness was observed in terms of knowledge and ability (SMD 0.54; 95% CI [0.02, 1.06]; $p = 0.04$), but not for mental health (SMD 0.21; 95% CI [-0.10, 0.52]) or parent-child interaction (SMD -0.09; 95% CI [-0.59, 0.42]).

Conclusion: This study indicates that parent-mediated programs for children with ASD are effective in improving children's behavior and social skills. Furthermore, these programs enhance parents' knowledge and abilities.

Keywords: parent-mediated, autism spectrum disorder, systematic review, meta-analysis

Corresponding author: Wanlop Atsariyasing

E-mail: wanlop.atr@mahidol.ac.th

Received: 24 June 2025 Revised: 5 September 2025 Accepted: 5 September 2025

บทนำ

โรคออทิสติกเป็นความบกพร่องของพัฒนาการและระบบประสาทที่ทำให้มีความยากลำบากในการพัฒนาด้านอารมณ์ ด้านการสื่อสารและด้านสังคม นอกจากนี้ยังพบลักษณะพฤติกรรมที่มีความสนใจซ้ำๆ และขาดความยืดหยุ่น¹ อุบัติการณ์ของโรคออทิสติกพบร้อยละ 1-2 สาเหตุในการเกิดโรคยังไม่แน่ชัด พบสาเหตุจากชีววิทยาและพันธุกรรม³ มากกว่าเป็นผลจากสิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดู⁴ เด็กออทิสติกร้อยละ 50 มีพฤติกรรมก่อกวน ก้าวร้าว อาละวาด โวยวาย ทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น⁵ การดูแลเด็กกลุ่มนี้จึงเป็นเรื่องที่ทำนายสำหรับผู้ปกครองและครอบครัว ต้องใช้ความเข้าใจและความอดทนในการเลี้ยงดูอย่างมาก⁶ การขาดความรู้ในการดูแลและการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้เด็กเรียนรู้ในการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและมีปัญหาพฤติกรรมที่มากขึ้นได้ ยิ่งส่งผลกระทบต่อผู้ปกครองและพลวัตของครอบครัวตามมา ทั้งเกิดความรู้สึกท้อแท้ในการเลี้ยงดู⁷ เกิดสัมพันธภาพทางลบระหว่างผู้ปกครองและเด็ก ผู้ปกครองอาจใช้อารมณ์ในการเลี้ยงดู ใช้การลงโทษ หรือเพิกเฉย ละเลยพฤติกรรมไม่เหมาะสมมากขึ้น⁸ ซึ่งการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมนี้อาจยิ่งทำให้เด็กที่มีภาวะออทิสติกอยู่แล้วมีความบกพร่องมากขึ้น⁹ และยิ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิตใจของผู้ปกครองและครอบครัว เช่น ความเครียด ความกังวล ภาวะซึมเศร้า^{10,11} ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว^{12,13} ดังนั้นการช่วยให้ผู้ปกครองมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคออทิสติกและเรียนรู้เทคนิคต่างๆ ในการกระตุ้นพัฒนาการและการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการออกแบบการดูแลรักษาเด็กออทิสติกให้เหมาะสมกับความสามารถและปัญหาของเด็กแต่ละคนโดยทีมสหวิชาชีพจึงมีความสำคัญ¹⁴

โปรแกรมการบำบัดที่ให้ผู้ปกครองเป็นสื่อกลางในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพื่อเพิ่มโอกาสในการเรียนรู้เชิงบวกและการเข้าถึงทักษะต่างๆ¹⁵ ส่วนใหญ่จะประกอบด้วยการให้ความรู้ผู้ปกครอง (education) การอบรมผู้ปกครอง (training/parent-training) และการฝึกสอน ฝึกปฏิบัติ (coaching/parent-coaching)¹⁶ ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบ คือ 1) โปรแกรมที่ประกอบด้วย นักบำบัด ผู้ปกครอง และเด็ก ในการฝึกพร้อมๆ กัน 2) โปรแกรมที่อบรมมีเฉพาะนักบำบัดและผู้ปกครอง ไม่มีเด็กเข้าร่วม¹⁷ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดที่ให้ผู้ปกครองเป็นสื่อกลางในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกที่ผ่านมาไม่ได้แยกศึกษาโปรแกรม 2 รูปแบบดังกล่าว

และผู้มีพันธะสนใจในโปรแกรมที่มีผู้ปกครองมีส่วนร่วม เนื่องจากเป็นรูปแบบโปรแกรมที่สามารถช่วยให้ผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจ ได้ลงมือปฏิบัติ ฝึกใช้ทักษะทันทีในการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก¹⁸ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้เกิดการเลี้ยงดูเชิงบวกและป้องกันการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมได้ นอกจากนี้การศึกษาก่อนหน้านี้ไม่ได้รวมงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในภาษาไทย จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษามาใช้ในบริบทสังคมไทย

จากข้อจำกัดข้างต้น ผู้มีพันธะจึงสนใจศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ เพื่อศึกษาลักษณะและประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมในรูปแบบที่ประกอบด้วย นักบำบัด ผู้ปกครอง และเด็ก ซึ่งผลการศึกษานี้จะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบและลักษณะของโปรแกรมสำหรับส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกโดยเฉพาะในบริบทสังคมไทยต่อไป

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลขอ้างอิง SI 465/2567

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) รูปแบบการศึกษาเป็นการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) 2) กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลอายุต่ำกว่า 18 ปี และได้รับการวินิจฉัยโรคออทิสติกจากการสัมภาษณ์โดยแพทย์ หรือจากเครื่องมือการวินิจฉัยที่ได้มาตรฐาน โดยจะมีหรือไม่มีโรคร่วมก็ได้ 3) โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม โดยต้องประกอบด้วยนักบำบัด ผู้ปกครอง และเด็ก ทั้งนี้ไม่กำหนดความถี่ จำนวนครั้ง รูปแบบเดี่ยวหรือกลุ่ม 4) ผลลัพธ์ที่ศึกษาต้องครอบคลุมอย่างน้อย 1 ผลลัพธ์ อาจเป็นผลลัพธ์ของเด็ก ได้แก่ อาการออทิสติก ภาษาและการสื่อสาร พฤติกรรมที่พึงประสงค์ พฤติกรรมที่เป็นปัญหา และทักษะชีวิต หรือผลลัพธ์ของผู้ปกครองและผู้ปกครอง โดยผลลัพธ์ต้องวัดด้วยเครื่องมือที่มีคุณสมบัติที่ดี และ 5) การศึกษาตีพิมพ์เป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ สำหรับเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ การขาดข้อมูลในประเด็นต่างๆ ของเกณฑ์คัดเลือกที่ชัดเจน

กระบวนการทำวิจัย เริ่มจากการสืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูล Pubmed, Embase, CENTRAL และ Thai Journals Online (ThaiJO) และสืบค้นวิทยานิพนธ์จากฐานข้อมูล ProQuest ตั้งแต่เริ่มก่อตั้งฐานข้อมูลจนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 โดยใช้กรอบแนวคิด PICO กำหนดคำสำคัญ ดังนี้ 1) Population ได้แก่ asd OR autism OR pervasive developmental disorder AND child* OR adolescent 2) Intervention ได้แก่ parent-mediated OR parent-implemented OR parent training OR parent-coaching OR parent involvement OR parent program*caregiver-mediated OR caregiver mediated OR caregiver-implemented OR caregiver implemented 3) Comparison ได้แก่ randomized controlled trial OR RCT และ 4) Outcome ได้แก่ in child OR in children OR in parent หลังจากรวบรวมการสืบค้นข้อมูลจาก 5 แหล่ง จะทำการตัดงานวิจัยที่ซ้ำกันออกโดยใช้โปรแกรม EndNote จากนั้นคัดกรองงานวิจัยจากการอ่านชื่อเรื่องและบทคัดย่อโดยผู้วิจัย 2 คน หากมีความเห็นไม่ตรงกันในงานวิจัยใดก็จะอภิปรายกันเพื่อให้ได้ข้อสรุป ถ้าหากยังไม่ได้ข้อสรุปก็จะปรึกษาผู้วิจัยคนที่สามเพื่อให้ความเห็นและตัดสินใจ หลังจากนั้นอ่านงานวิจัยที่ผ่านการคัดกรองในแบบฉบับสมบูรณ์ แสดงผลการคัดกรองด้วยแผนภาพ Preferred Reporting Item for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือในการตรวจสอบคุณภาพงานวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่องานวิจัย (title) ชื่อผู้แต่ง (author) ปีที่ตีพิมพ์ (year) ประเภทของงานวิจัย (research design) กลุ่มตัวอย่าง (participants) เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย (instruments) ผลการวิจัย (outcome) และคุณลักษณะของโปรแกรมซึ่งประกอบด้วยกลุ่มทดลอง รายละเอียดของโปรแกรม การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง จำนวนระยะเวลาการทดลอง และการบ้าน

2. เครื่องมือในการตรวจสอบคุณภาพงานวิจัย ได้แก่ The Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials (RoB 2) ซึ่งใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอคติในหลายมิติ โดยแบ่ง domains ของความเสี่ยงต่อการเกิดอคติออกเป็น 5 domains¹⁹ ได้แก่ 1) อคติจากการสุ่มตัวอย่าง (bias arising from the randomization process) 2) อคติจากการเบี่ยงเบนมาตรฐานของ

โปรแกรม (bias due to deviations from intended interventions) 3) อคติจากข้อมูลของผลวิจัยที่สูญหาย (bias due to missing outcome data) 4) อคติในการวัดผล (bias in measurement of the outcome) และ 5) อคติในการเลือกผลของการวิจัยที่นำมารายงาน (bias in selection of the reported result) จะพิจารณาตามรายด้าน (domain) ที่ประเมิน โดยผลการประเมินจะแบ่งออกเป็น 1) อคติในระดับต่ำ เมื่อพบอคติต่ำในทุกรายด้าน 2) อคติในระดับที่ต้องพิจารณา เมื่อพบอคติในระดับที่ต้องพิจารณาอย่างน้อย 1 รายด้าน แต่ไม่พบอคติในระดับสูงในรายด้านอื่นๆ และ 3) อคติในระดับสูง เมื่อพบอคติในระดับสูงอย่างน้อย 1 รายด้าน หรือพบอคติในระดับที่ต้องพิจารณา 3 รายด้านขึ้นไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

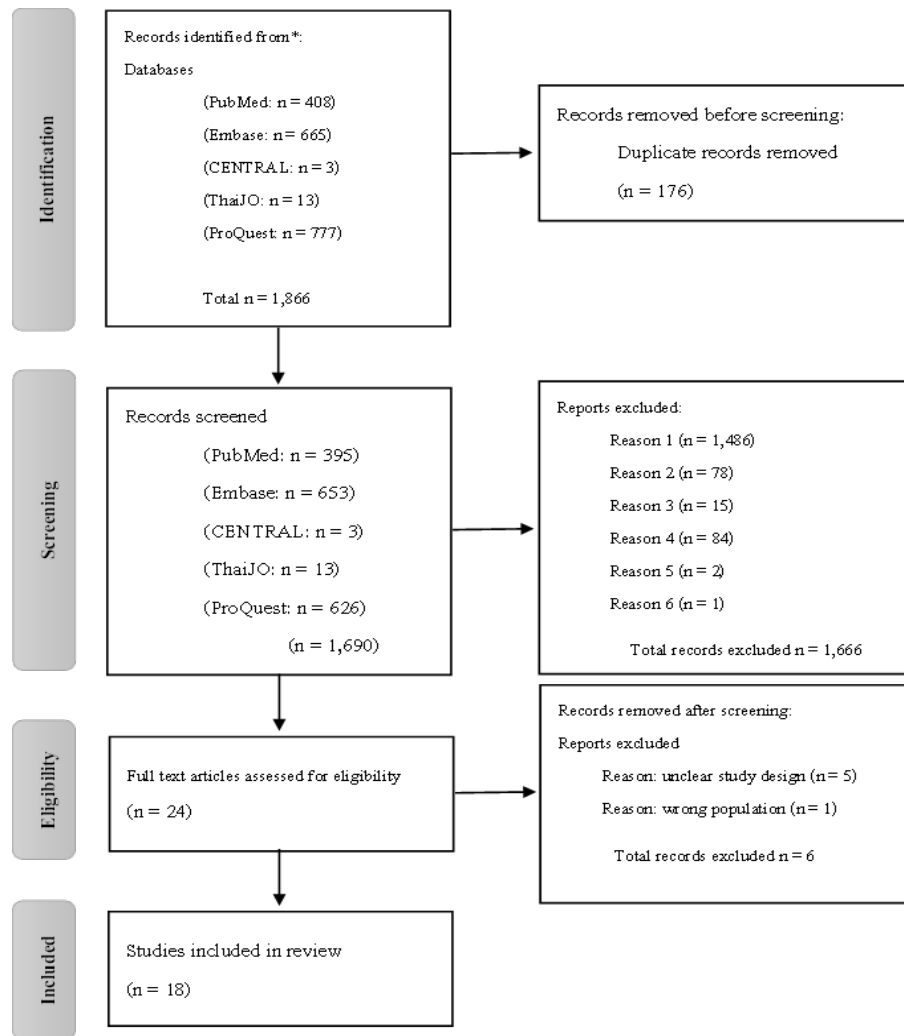
1. ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ร้อยละ ความถี่ และค่าเฉลี่ย เพื่อบรรยายลักษณะของโปรแกรม

2. วิเคราะห์หาค่าสถิติโดยใช้ค่าสถิติแบ่งตามประเภทข้อมูล คำนวณค่า effect size ของแต่ละงานวิจัย โดยใช้ค่า Standardized Mean Difference (SMD) แสดงประสิทธิผลของผลลัพธ์ด้วย forest plot และประเมินความแตกต่างกันระหว่างการศึกษาด้วยค่า I^2 โดยใช้โมเดล Random effects model

ผลการศึกษา

ผลลัพธ์ของการสืบค้นและคัดเลือกรงานวิจัย

จากการเก็บรวบรวมงานวิจัยที่ได้จากการสืบค้นจากฐานข้อมูล 5 แห่ง ได้งานวิจัยจำนวน 1,866 เรื่อง หลังจากคัดงานวิจัยที่ซ้ำกันออก เหลืองานวิจัยจำนวน 1,690 เรื่อง เมื่อคัดเลือกรงานวิจัยจากการอ่านพิจารณาจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ จะเหลืองานวิจัย 24 เรื่อง โดยเหตุผลที่คัดออก ได้แก่ 1) ที่มาและความสำคัญไม่ตรงกับโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม 1,486 เรื่อง 2) รูปแบบงานวิจัยไม่ตรงกับรูปแบบ RCT 78 เรื่อง 3) กลุ่มตัวอย่างไม่ตรงกับเด็กออทิสติกและผู้ปกครอง 15 เรื่อง 4) ผลลัพธ์ที่ศึกษาไม่ตรงกับผลลัพธ์ต่อเด็ก และผลลัพธ์ต่อผู้ปกครอง 84 เรื่อง 5) ภาษาในงานวิจัยไม่ตรงกับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 2 เรื่อง และ 6) ประเภหสิ่งพิมพ์ไม่ตรงกับรูปแบบวารสารงานวิจัย 1 เรื่อง หลังจากนั้นพิจารณาคัดกรองงานวิจัยโดยการอ่านฉบับสมบูรณ์ 24 เรื่อง ได้คัดงานวิจัยออกอีก 6 งาน เนื่องจากกระบวนการในการอธิบายขั้นตอนโปรแกรมขาดความชัดเจน 5 เรื่อง และกลุ่มตัวอย่างไม่ตรงกับเด็กออทิสติก 1 เรื่อง ดังนั้นสุดท้ายมีวิทยานำมาวิเคราะห์จำนวน 18 งาน ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 ขั้นตอนการคัดเลือกงานวิจัยตาม PRISMA flow diagram

การประเมินคุณภาพของงานวิจัย

พบว่าม้งงานวิจัยที่มีอคติในระดับสูง (high risk) จำนวน 11 เรื่อง ม้งงานวิจัยที่มีอคติในระดับที่ต้องพิจารณา (some concern) จำนวน 4 เรื่อง และงานวิจัยที่มีอคติในระดับต่ำ (low risk) จำนวน 3 เรื่อง ดังแสดงในรูปที่ 2

และสามารถอธิบายผลลัพธ์ค่าอคติต่างๆ ได้ดังแสดงในรูปที่ 3

- 1) อคติจากการสุ่มตัวอย่าง (bias arising from the randomization process) พบอคติต่ำ 33.33% และอคติปานกลาง 66.67%
- 2) อคติจากการเบี่ยงเบนมาตรฐานของโปรแกรม (bias due to deviations from intended interventions) พบอคติต่ำ 55.56% อคติปานกลาง 38.89% และอคติสูง 5.55%

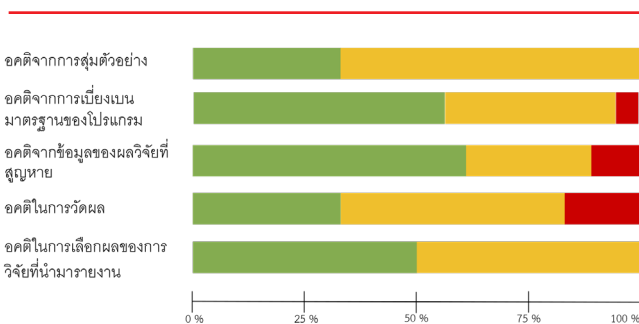
- 3) อคติจากข้อมูลของผลวิจัยที่สูญหาย (bias due to missing outcome data) พบอคติต่ำ 61.11% อคติปานกลาง 27.18% และอคติสูง 11.11%
- 4) อคติในการวัดผล (bias in measurement of the outcome) พบอคติต่ำ 33.33% อคติปานกลาง 50% และอคติสูง 16.67%
- 5) อคติในการเลือกผลของการวิจัยที่น่าม้งงาน (bias in selection of the reported result) พบอคติต่ำ 50% และอคติปานกลาง 50%

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

การศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก โดยผู้ปกครองจาก 18 งานวิจัย พบว่ามีโปรแกรมที่ใช้ 12 โปรแกรม ได้แก่ โปรแกรม Focused Playtime Intervention ที่พัฒนาแรกเริ่ม

รหัสงาน	ชื่อผู้แต่ง, ปีที่แต่ง	การประเมินคุณภาพงานวิจัย						บรรณานุกรม (ลำดับที่)
		D1	D2	D3	D4	D5	Overall	
1	Solomon, M. et al., 2008	+	+	+	+	+	+	(20)
2	Pajareya, K. et al., 2011	+	+	+	+	+	+	(21)
3	Pajareya, K. et al., 2012	+	+	+	+	+	+	(22)
4	Kosasena, U. et al., 2013	+	+	+	+	+	+	(23)
5	Reitzel, J. et al., 2013	+	+	+	+	+	+	(24)
6	Siller, M. et al., 2013	+	+	+	+	+	+	(25)
7	Siller, M. et al., 2014	+	+	+	+	+	+	(26)
8	Solomon, R. et al., 2014	+	+	+	+	+	+	(27)
9	Kasari, C. et al., 2014	+	+	+	+	+	+	(28)
10	Stadnick, A. et al., 2015	+	+	+	+	+	+	(29)
11	Kasari, C. et al., 2015	+	+	+	+	+	+	(30)
12	Schertz, H. et al., 2017	+	+	+	+	+	+	(31)
13	Siller, M. et al., 2018	+	+	+	+	+	+	(32)
14	Beaudoin, A. et al., 2019	+	+	+	+	+	+	(33)
15	Phaengphomma N. et al., 2019	+	+	+	+	+	+	(34)
16	Yoder, P. et al., 2021	+	+	+	+	+	+	(35)
17	Allen, K. et al., 2022	+	+	+	+	+	+	(36)
18	Liu, G. et al., 2023	+	+	+	+	+	+	(37)

รูปที่ 2 แสดงผลการประเมินคุณภาพงานวิจัยด้วย RoB 2



รูปที่ 3 แสดงผลผลลัพธ์ค่าอคติ

จาก ไมเคิล ซิลเลอร์ (Michael Siller) มีการศึกษามากที่สุดจำนวน 4 งานวิจัย (ร้อยละ 22.2) รองลงมาคือ โปรแกรม Parent Child Interaction Therapy, โปรแกรม DIR Floortime และโปรแกรม ImPACT มีการศึกษาจำนวนละ 2 งานวิจัย ส่วนโปรแกรมอื่นๆ ได้แก่ โปรแกรม Play therapy, โปรแกรม FBST, โปรแกรม PLAY Project Home Consultation Intervention Program, โปรแกรม JASPER, โปรแกรม JAML, โปรแกรม P-ESDM, โปรแกรม Behavior Therapy และโปรแกรม Parent-Child Sandplay Therapy มีการศึกษาจำนวนละ 1 งานวิจัย

สำหรับลักษณะของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม งานวิจัยส่วนใหญ่มีจำนวนครั้ง (session) 12 ครั้ง จำนวน 7 งานวิจัย (ร้อยละ 38.9) และระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละครั้ง (session) ส่วนใหญ่อยู่ที่ 90 นาทีต่อครั้ง โดยที่แบ่งช่วงการทดลองออกเป็น 2 ช่วง ช่วงละ 30 - 60 นาที มีจำนวน 7 งานวิจัย (ร้อยละ 38.9) รายละเอียดในตาราง Supplementary data 1 และ 2

สำหรับผลลัพธ์ที่ศึกษาในแต่ละงานวิจัย แบ่งได้เป็นผลลัพธ์ต่อตัวเด็กและผลลัพธ์ต่อผู้ปกครอง โดยผลลัพธ์ต่อตัวเด็กแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรม (behavior) 2) พัฒนาการทั่วไป (development) 3) ภาษาและการสื่อสาร (language/communication) และ 4) ทักษะทางสังคม (social skill/play skills) ส่วนผลลัพธ์ต่อผู้ปกครองแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) สุขภาพจิต ความเครียด ภาวะซึมเศร้า (stress/depression) 2) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ปกครอง (parent-child interaction) และ 3) ความรู้ ความสามารถของผู้ปกครอง (parental knowledge and efficacy)

การวิเคราะห์หือภิมาน

สำหรับผลลัพธ์ต่อตัวเด็กโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม มีประสิทธิผลในด้านพฤติกรรม (SMD 1.33; 95% CI [0.84, 1.83]) และด้านทักษะสังคม (SMD 0.68; 95% CI [0.50, 0.87]) แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในด้านพัฒนาการทั่วไป (SMD 0.19; 95% CI [-0.16, 0.55]) และด้านภาษาและการสื่อสาร (SMD 0.09; 95% CI [-0.10, 0.27]) ดังรูปที่ 4

สำหรับผลลัพธ์ในส่วนผู้ปกครอง โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม มีประสิทธิผลในด้านความรู้ ความสามารถของผู้ปกครอง (SMD 0.54; 95% CI [0.02, 1.06]; $p = 0.04$) แต่ไม่มีประสิทธิผลในด้านสุขภาพจิต ความเครียด ภาวะซึมเศร้า (SMD 0.21; 95% CI [-0.10, 0.52]) และด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ปกครอง (SMD -0.09; 95% CI [-0.59, 0.42]) ดังรูปที่ 5

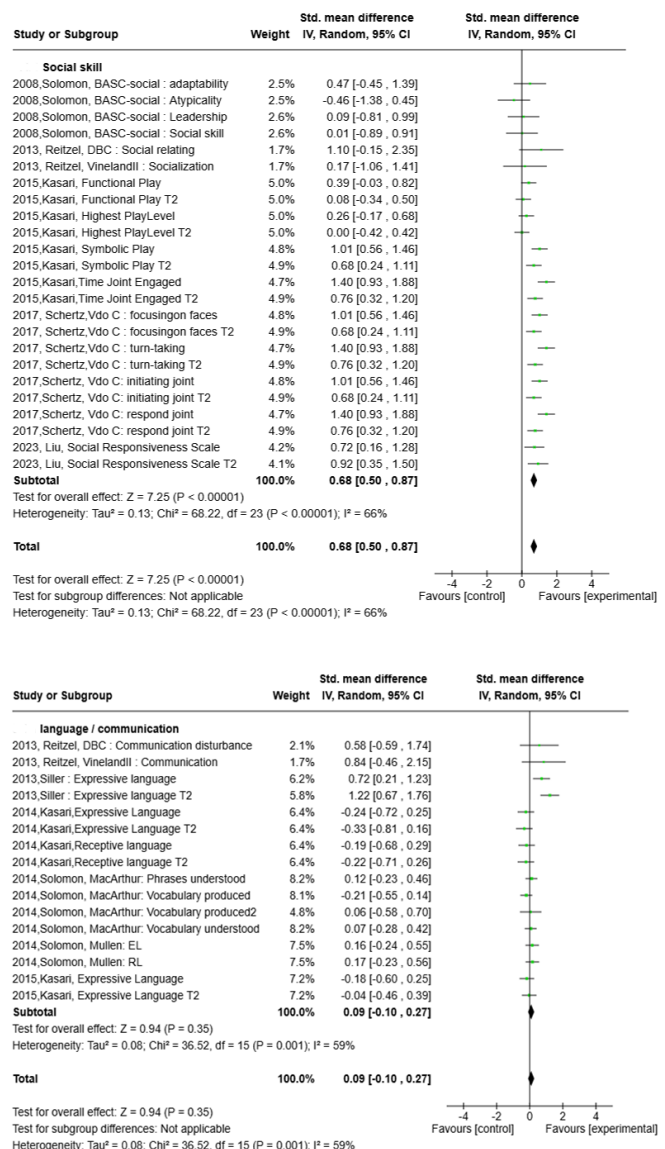
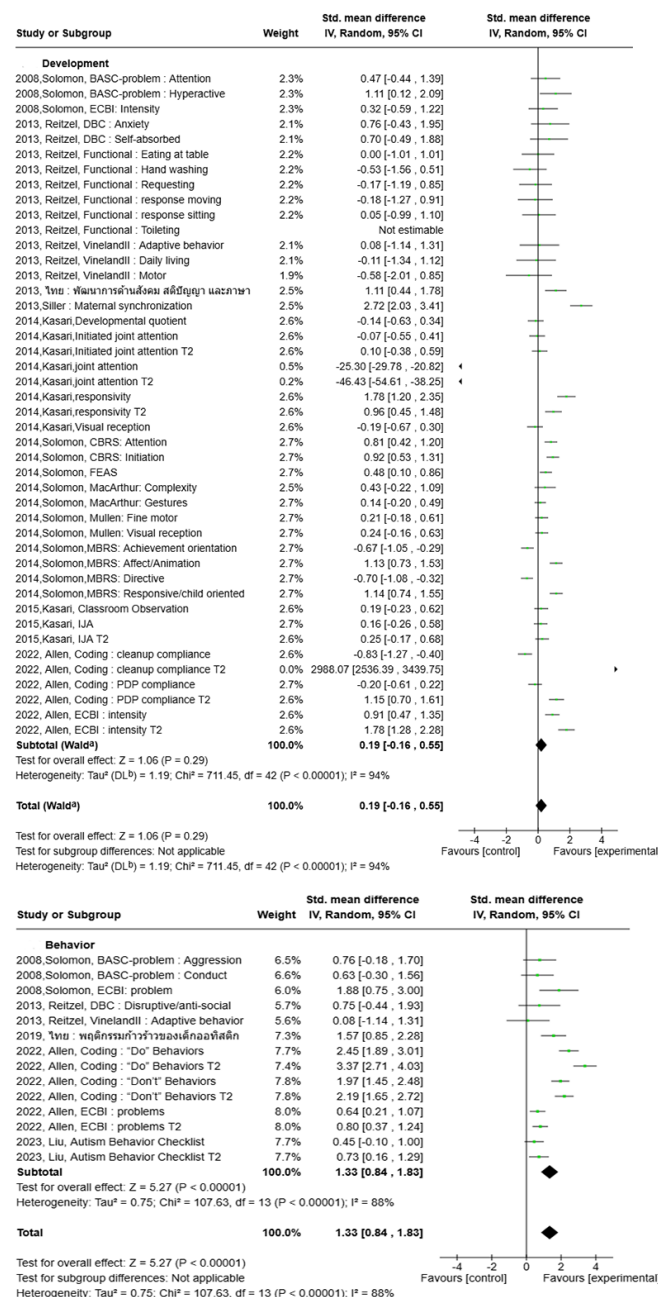
วิจารณ์

ผลลัพธ์การศึกษาพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่มีเป้าประสงค์หลักเฉพาะผลลัพธ์ต่อตัวเด็ก³⁹ ซึ่งมีผลลัพธ์ด้านพัฒนาการทั่วไปด้านพฤติกรรม ด้านภาษาและการสื่อสาร และด้านทักษะทางสังคม

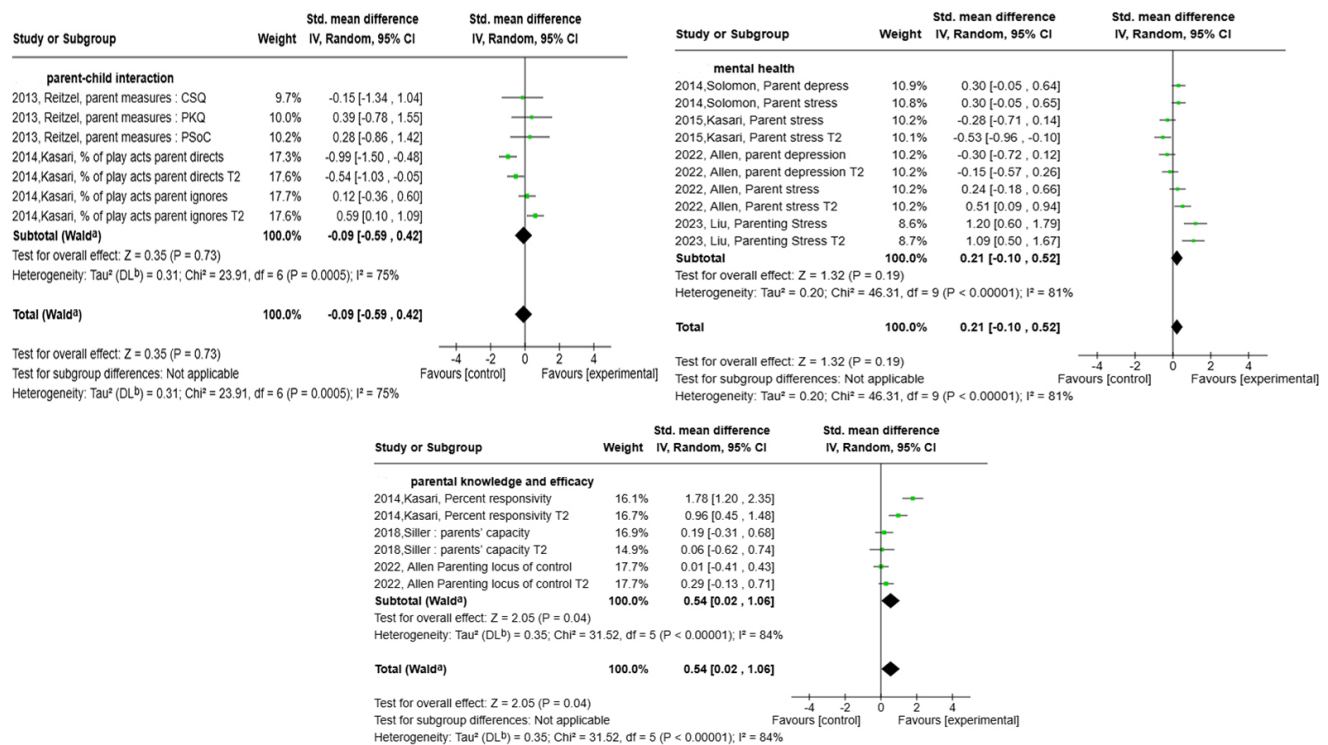
ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครอง ที่ช่วยส่งเสริมด้านพัฒนาการโดยรวม ด้านพฤติกรรมและด้านทักษะสังคม ได้แก่ Behavior Therapy, FBST, JASPER, Parent-Child Interaction Therapy, Parent-Child Sand play Therapy, Play therapy และ PLAY Project Home Consultation Intervention Program โดยส่วนใหญ่โปรแกรมมีลักษณะที่นักบำบัดให้สอนเทคนิคต่างๆ ในการส่งเสริมเด็ก เช่น การสร้างสัมพันธ์ภาพ วิธีการตอบสนองต่อเด็ก เป็นต้น ผ่านการเล่นหรือการพาทำกิจกรรม

โดยเริ่มจากสาธิตให้ผู้ปกครองดู และให้ผู้ปกครองเรียนรู้ผ่านการเลียนแบบนักบำบัด ซึ่งมีการบันทึกวิดีโอเทปไว้ จะทำการชี้แนะระหว่างการบำบัดหรือให้คำแนะนำช่วงเปิดวิดีโอเทปดูร่วมกัน

ผลการศึกษาในส่วนของตัวเด็กนั้นพบว่า โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมไม่ได้ผลในด้านพัฒนาการทั่วไปและด้านภาษาและการสื่อสารของเด็ก สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Oono และคณะ³⁸ แต่แตกต่างจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ McConachie และคณะ ที่พบว่าโปรแกรมการมีส่วนร่วมของ



รูปที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปริมาณของผลลัพธ์ในส่วนของเด็ก



รูปที่ 5 ผลการวิเคราะห์หือภิมานของผลลัพธ์ในส่วนของผู้ปกครอง

ผู้ปกครองในเด็กออทิสติก อายุ 1 - 6 ปี ได้ผลในด้านพัฒนาการทั่วไปและด้านภาษาและการสื่อสารของเด็ก³⁹ ส่วนผลการศึกษาที่พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมได้ผลในด้านพฤติกรรมและด้านทักษะทางสังคมของเด็กสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ McConachie และคณะ³⁹ และยังสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Liu และคณะ ที่ทำการศึกษาหือภิมานงานวิจัยที่ตีพิมพ์เป็นภาษาจีน⁴⁰ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับกระบวนการคัดเลือกงานวิจัย ซึ่งพบว่าในงานวิจัยที่ทำการคัดเลือกเฉพาะงานวิจัยระดับอดีตได้ผลลัพธ์ต่อตัวเด็กที่มีประสิทธิภาพสูงต่อพฤติกรรม การปรับตัว ทักษะสังคม^{30,42}

ในส่วนผลการศึกษาที่พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมได้ผลในการเพิ่มความรู้อและความสามารถของผู้ปกครองนั้น พบ 3 โปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมทักษะด้านนี้ ได้แก่ โปรแกรม FBST, Focused Playtime Intervention, และ ImPACT เนื่องจากการศึกษาผลลัพธ์ที่เจาะจงด้านความรู้ความสามารถของผู้ปกครองเพิ่มเติมจากผลลัพธ์ในเด็กสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ McConachie และคณะ และ Koly และคณะ ที่พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม

สามารถเพิ่มความรู้ ทักษะ และความเข้าใจในทักษะที่เพิ่มขึ้นของผู้ปกครอง^{39,44} ซึ่งความสามารถในการควบคุมของผู้ปกครองนั้นส่งผลต่อแนวคิด มุมมองต่อตนเองด้านความสามารถในการจัดการตนเอง และด้านความเชื่อมั่นในตนเอง ถึงความสามารถในการจัดการและสนับสนุนลูกที่มีความบกพร่องอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ปกครองที่มองว่าตนเองขาดความสามารถในการควบคุมในฐานะผู้ดูแล อาจถอนตัวออกจากบทบาทหน้าที่หลักในการเลี้ยงดูหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์ ห่วงเหินจากความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ผู้ปกครอง เช่น การมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาของเด็กหรือให้ความพยายามเพียงเล็กน้อยเพื่อลดพฤติกรรมที่มีปัญหาของเด็กออทิสติก ผลที่ตามมาจากการขาดการควบคุมอาจส่งผลให้ความมั่นใจและความสามารถในการเลี้ยงดูลดลง ซึ่งอาจส่งผลให้ผลประโยชน์เชิงบวกจากการบำบัดลดลงและส่งผลกระทบเชิงลบต่อสุขภาพจิตของทั้งเด็กและผู้ปกครอง ดังนั้นในโปรแกรมที่มีผู้ปกครองมีส่วนร่วม การกำหนดเป้าหมายในความสามารถของการจัดการตนเองของผู้ปกครองจึงเป็นเรื่องสำคัญ⁴³

ในส่วนของผู้ปกครองผลการศึกษาที่พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมไม่ได้ผลต่อด้านสุขภาพจิต ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ปกครอง สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม

อย่างเป็นระบบของ McConachie และคณะ ที่พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ปกครอง และเพิ่มสุขภาวะของผู้ปกครองแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ³⁹ และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Oono และคณะ ที่พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองไม่ได้ผลต่อสุขภาพจิต ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ปกครอง³⁸ ซึ่งอาจมาจากหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ปกครองของเด็กออทิสติกในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่ (1) การสนับสนุนทางสังคม (2) ระดับความรุนแรงของโรค (3) การเงินในครอบครัว (4) ความรู้ ความเข้าใจต่อโรคออทิสติก (5) ความวิตกกังวลต่ออนาคตของลูก และ (6) ความเชื่อทางศาสนา⁴² และเมื่อทำการศึกษาเพิ่มเติมในงานวิเคราะห์ห่อหุ้มกล่าวถึงผลลัพธ์ด้านความเครียดหรือทักษะว่ามีจำนวนไม่เพียงพอในการทำการวิเคราะห์ห่อหุ้มเนื่องจากมีข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกันของผลลัพธ์⁴⁰ อาจเกิดได้จากการขาดความเชื่อมโยงของการเก็บข้อมูลระหว่างความเครียดของผู้ปกครอง และการให้ข้อมูลตนเองแรกเริ่มของผู้ปกครองก่อนการวิจัย ดังนั้นจากตัวแปรเหล่านี้ทำให้มีความคลาดเคลื่อนในการเก็บข้อมูล ซึ่งทำให้แสดงผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ปกครองไม่มีความต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ หรือไม่มีส่วนช่วยลดความเครียดของผู้ปกครอง⁴³ และอาจมาจากลักษณะของโปรแกรมที่เน้นการบำบัดแบบเดียว ในการสอนให้คำแนะนำผู้ปกครองในเทคนิคการส่งเสริมพัฒนาการเด็กรายเดียว หากปรับเปลี่ยนลักษณะให้มีการบำบัดแบบกลุ่ม ผู้ปกครองจะสามารถสร้างการเรียนรู้ร่วมกันหรือการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน เกิดความรู้สึกร่วมกันเกิดการสนับสนุนซึ่งกันและกันในระดับสังคม ซึ่งเกิดผลลัพธ์ในการลดความเครียดวิตกกังวลของผู้ปกครอง และส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ปกครองมากยิ่งขึ้น⁴²

ในการศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ประการแรกแม้ผู้นิพนธ์พยายามรวบรวมงานวิจัยทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทย ทั้งที่ตีพิมพ์ในวารสารและวิทยานิพนธ์เพื่อให้ครอบคลุมงานวิจัยมากที่สุด แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมงานวิจัยภาษาอื่นๆ และงานวิจัยที่ไม่ได้ตีพิมพ์ ประการถัดมา งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ส่วนใหญ่มีค่าความอคติในระดับเสี่ยงสูง อาจส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์ห่อหุ้มได้ นอกจากนี้การวัดผลลัพธ์ของโปรแกรมในแต่ละงานวิจัยมีความหลากหลาย อาจส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์ห่อหุ้มได้ ประการสุดท้าย งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ส่วนใหญ่ทำการศึกษาในประเทศตะวันตกโดยเฉพาะ

สหรัฐอเมริกา และติดตามผลการศึกษาในระยะสั้น ดังนั้นผลการศึกษานี้อาจมีข้อจำกัดในการประยุกต์ใช้กับประชากรจากภูมิภาคอื่นๆ และยังไม่ทราบแน่ชัดถึงผลระยะยาวของโปรแกรม

สรุป

โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมมีประสิทธิผลต่อตัวเด็กในด้านพฤติกรรมและด้านทักษะสังคม และมีประสิทธิผลต่อผู้ปกครองในด้านความรู้ความสามารถของผู้ปกครอง นักบำบัด หรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก สามารถใช้ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อหุ้มในครั้งนี้เป็นแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของเด็กและผู้ปกครอง รวมไปถึงการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมความรู้ ความสามารถ ผู้ปกครอง ถึงทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรม ด้านพัฒนาการทั่วไป ด้านภาษาและการสื่อสาร และด้านทักษะสังคมได้ในชีวิตประจำวัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้นิพนธ์ขอขอบคุณ รศ.ดร.สุภาพร ชินชัย สำหรับคำแนะนำที่มีประโยชน์ในการวิจัย และขอขอบคุณ คุณณิชากร บุญสว่าง สำหรับการช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้นิพนธ์ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใดๆ ในการดำเนินงานวิจัยนี้

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ภาวษา อรุณพิพล: แนวคิด การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ; ธิติรัตน์ ปุณณะชัย: แนวคิด การออกแบบการศึกษา และการตรวจสอบแก้ไขบทความ; วลลภ อัจฉริยะสิงห์: แนวคิด การออกแบบการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ และการตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. Zeidan J, Fombonne E, Scora J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena

- S, et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Res* 2022;15(5):778-90.
3. Hallmayer J, Cleveland S, Torres A, Phillips J, Cohen B, Torigoe T, et al. Genetic heritability and shared environmental factors among twin pairs with autism. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68(11):1095-102.
 4. Taylor MJ, Rosenqvist MA, Larsson H, Gillberg C, D'Onofrio BM, Lichtenstein P, et al. Etiology of autism spectrum disorders and autistic traits over time. *JAMA Psychiatry* 2020;77(9):936-43.
 5. Iadarola S, Levato L, Harrison B, Smith T, Lecavalier L, Johnson C, et al. Teaching parents behavioral strategies for autism spectrum disorder (ASD): Effects on stress, strain, and competence. *J Autism Dev Disord* 2018;48(4):1031-40.
 6. Rao PA, Beidel DC. The impact of children with high-functioning autism on parental stress, sibling adjustment, and family functioning. *Behav Modif* 2009;33(4):437-51.
 7. Mackler JS, Kelleher RT, Shanahan L, Calkins SD, Keane SP, O'Brien M. Parenting stress, parental reactions, and externalizing behavior from ages 4 to 10. *J Marriage Fam* 2015;77(2):388-406.
 8. Maneerat T, Jenjaivit P, Ruechurak P, Kabklang P, Srisuruk P, Hanhak P. Promoting family quality of life of family who have individual with autism in Khon Kaen province through social skill training program. *JKKPHO* 2020;2(1):107-24.
 9. Phoasavasdi C. Autistic spectrum disorder [Internet]. Rajanukul Institute [cited 2025 Mar 27]. Available from: <https://th.rajanukul.go.th/academic/academics-data/mdg/1/381>.
 10. Hickey EJ, Hartley SL, Papp L. Psychological well-being and parent-child relationship quality in relation to child autism: An actor-partner modeling approach. *Fam Process* 2020;59(2):636-50.
 11. Raina P, O'Donnell M, Rosenbaum P, Brehaut J, Walter SD, Russell D, et al. The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. *Pediatric*. 2005;115(6):e626-36.
 12. Hayes SA, Watson SL. The impact of parenting stress: a meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord* 2013;43(3):629-42.
 13. Barroso NE, Mendez L, Graziano PA, Bagner DM. Parenting stress through the lens of different clinical groups: a systematic review & meta-analysis. *J Abnorm Child Psycho* 2018;46(3):449-61.
 14. Sirirutraykha T. Autism Spectrum Disorder [Internet]. HAPPY HOME ACADEMY. [cited 2022]. Available from: <https://www.happyhomeclinic.com/au02-autism.htm>.
 15. National Professional Development Center on ASD. Parent-Implemented Intervention Module. [cited 2009 May 29]. Available from: <https://autisminternetmodules.org/storage/ocali-ims-sites/ocali-ims-aim/documents/ParentImplementedInterventionOverview.pdf>.
 16. Glenn E, Taiwo A, Arbuckle S, Riehl H, McIntyre L. Self-directed web-based parent-mediated interventions for autistic children: A systematic review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders* 2022;10.
 17. Ogourtsova T, O'Donnell M, De Souza Silva W, Majnemer A. Health coaching for parents of children with developmental disabilities: a systematic review. *Dev Med Child Neurol* 2019;61(11):1259-65.
 18. Singsawat N, Pulom N, Lopbumrung K, Phasooktoy K. The effects of parental involvement programs on promoting knowledge, parental attitudes, and the fine motor development in preschool children. *J Health Sci BCNSP* [internet]. 2023 Dec. 26 [cited 2025 Aug. 19];7(3):106-18. available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnspp/article/view/265911>.
 19. Higgins JPT, TJ CJ, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA. Chapter 8: Assessing risk of bias in a randomized trial: Cochrane 2023. Available from: <https://training.cochrane.org/handbook/current/chapter-08>.
 20. Solomon M, Ono M, Timmer S, Goodlin-Jones B. The effectiveness of parent-child interaction therapy for families of children on the autism spectrum. *J Autism Dev Disord*. 2008;38(9):1767-76.
 21. Pajareya K, Nopmaneejumruslers K. A pilot randomized controlled trial of DIR/Floortime™ parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. *Autism* 2011;15(5):563-77.
 22. Pajareya K, Nopmaneejumruslers K. A one-year prospective follow-up study of a DIR/Floortime parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. *J Med Assoc Thai* 2012;95(9):1184-93.
 23. Kosasena U, Yuniband J. Effects of play therapy with family involvement on social, intellectual, and language development of autistic children. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2013;27(3):125-37.
 24. Reitzel J, Summers J, Lorv B, Szatmari P, Zwaigenbaum L, Georgiades S, et al. Pilot randomized controlled trial of a Functional Behavior Skills Training program for young children with Autism Spectrum Disorder who have significant early learning skill impairments and their families. *Research in Autism Spectrum Disorders* 2013;7(11):1418-32.
 25. Siller M, Hutman T, Sigman M. A parent-mediated intervention to increase responsive parental behaviors and child communication in children with ASD: a randomized clinical trial. *J Autism Dev Disord*. 2013;43(3):540-55.
 26. Siller M, Swanson M, Gerber A, Hutman T, Sigman M. A parent-mediated intervention that targets responsive parental behaviors increases attachment behaviors in children with ASD: results from a randomized clinical trial. *J Autism Dev Disord* 2014;44(7):1720-32.
 27. Solomon R, Van Egeren LA, Mahoney G, Quon Huber MS, Zimmerman P. PLAY Project Home Consultation intervention program for young children with autism spectrum disorders: a randomized controlled trial. *J Dev Behav Pediatr*. 2014;35(8):475-85.
 28. Kasari C, Siller M, Huynh LN, Shih W, Swanson M, Hellemann GS, et al. Randomized controlled trial of parental responsiveness intervention for toddlers at high risk for autism. *Infant Behav Dev* 2014;37(4):711-21.
 29. Stadnick NA, Stahmer A, Brookman-Frazee L. Preliminary Effectiveness of Project ImPACT: A Parent-Mediated Intervention for Children with Autism Spectrum Disorder Delivered in a Community Program. *J Autism Dev Disord*. 2015;45(7):2092-104.
 30. Kasari C, Gulsrud A, Paparella T, Hellemann G, Berry K. Randomized comparative efficacy study of parent-mediated interventions for toddlers with autism. *J Consult Clin Psychol* 2015;83(3):554-63.

31. Salisbury C, Woods J, Snyder P, Modellmog K, Mawdsley H, Romano M, et al. Caregiver and provider experiences with coaching and embedded intervention. *Topics in Early Childhood Special Education* 2017;38:027112141770803.
32. Siller M, Hotez E, Swanson M, Delavenne A, Hutman T, Sigman M. Parent coaching increases the parents' capacity for reflection and self-evaluation: results from a clinical trial in autism. *Attachment & Human Development*. 2018;20(3):287-308.
33. Beaudoin AJ, Sébire G, Couture M. Parent-mediated intervention tends to improve parent-child engagement, and behavioral outcomes of toddlers with ASD-positive screening: A randomized crossover trial. *Research in Autism Spectrum Disorders* 2019;66:101416.
34. Phaengphomma N, Yunibhand J, Upasen R. The effect of behavior therapy with family involvement on aggressive behavior of autistic children. *The journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2019;33(2):91-104.
35. Yoder PJ, Stone WL, Edmunds SR. Parent utilization of ImPACT intervention strategies is a mediator of proximal then distal social communication outcomes in younger siblings of children with ASD. *Autism* 2021;25(1):44-57.
36. Allen K, Harrington J, Quetsch LB, Masse J, Cooke C, Paulson JF. Parent-child interaction therapy for children with disruptive behaviors and autism: A randomized clinical trial. *J Autism Dev Disord* 2023;53(1):390-404.
37. Liu G, Chen Y, Ou P, Huang L, Qian Q, Wang Y, et al. Effects of Parent-Child Sandplay Therapy for preschool children with autism spectrum disorder and their mothers: A randomized controlled trial. *J Pediatr Nurs* 2023;71:6-13.
38. Oono IP, Honey EJ, McConachie H. Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst Rev* 2013(4):Cd009774.
39. McConachie H, Diggle T. Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: a systematic review. *J Eval Clin Pract* 2007;13(1):120-9.
40. Liu Q, Hsieh WY, Chen G. A systematic review and meta-analysis of parent-mediated intervention for children and adolescents with autism spectrum disorder in mainland China, Hong Kong, and Taiwan. *Autism* 2020;24(8):1960-79.
41. Cheng WM, Smith T, Butler M, Taylor T, Clayton D. Effects of parent-implemented interventions on outcomes of children with autism: A meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2022;53.
42. Ilias K, Cornish K, Kummar AS, Park MS, Golden KJ. Parenting stress and resilience in parents of children with autism spectrum disorder (ASD) in Southeast Asia: A systematic review. *Front Psychol* 2018;9:280.
43. Buchwald K, Shepherd D, Siegert RJ, Vignes M, Landon J. Factors predicting parenting stress in the autism spectrum disorder context: A network analysis approach. *PLoS One* 2025;20:e0319036
44. Koly KN, Martin-Herz SP, Islam MS, Sharmin N, Blencowe H, Naheed A. Parent mediated intervention programmes for children and adolescents with neurodevelopmental disorders in South Asia: A systematic review. *PLoS One* 2021;16(3):e0247432.

Supplementary data 1 แสดงข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะของงานวิจัย

General information			Study characteristics						Outcomes			
ID	Author	Country	Study design	Total no. randomized	child's gender (%)	Age (mean)	Diagnosis and Comorbidity	Other treatment	Statistical methods used	Instrument used to measure parent-mediated	Main outcome of parent-mediated intervention	Points-of-time for assessment
1	Solomon,M. et al., 2008	USA	Pilot RCT	19	No information	8.2-8.1	ASD diagnosis by DSM-IV	Waiting list	ANCOVA	- BASC - ECBI - PSI-SF - SPA (modified)	<u>Child outcome</u> - Behavior - Adaptive - Social function <u>Parent outcome</u> - parent-child interaction - mental health (depression)	T1 – baseline T2 – after intervention
2	Pajareya, K. et al., 2011	Thailand	Pilot RCT	32	Male 87.5%	4.8-4.7	ASD diagnosis by DSM-IV	Treatment as usual	No information	- CARS - FEAS - FEDQ	<u>Child outcome</u> - Symptoms - Behavior	T1 – baseline T2 – after intervention
3	Pajareya, K. et al., 2012	Thailand	Pilot RCT	31	Male 87.5%	4.1	ASD diagnosis by DSM-IV	Treatment as usual	No information	- CARS - FEAS - FEDQ	<u>Child outcome</u> - Symptoms - Behavior	T1 – baseline T2 – 1 year
4	Kosasena,U. et al., 2013	Thailand	RCT	40	No information	3-6	ASD diagnosis with moderate and severe level	Treatment as usual	No information	- Modify assessment in Development of cognitive language and social - Play functioning - Savey in family participation	<u>Child outcome</u> Development in cognitive language and social	T1 – baseline T2 – after intervention

Supplementary data 1 แสดงข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะของงานวิจัย (ต่อ)

General information			Study characteristics							Outcomes		
ID	Author	Country	Study design	Participants					Statistical methods used	Instrument used to measure parent-mediated	Main outcome of parent-mediated intervention	Points-of-time for assessment
				Total no. randomized	child's gender (%)	Age (mean)	Diagnosis and Comorbidity	Other treatment				
5	Reitzel, J. et al., 2013	Cannada	Pilot RCT	26	No information	4.10	ASD diagnosis by DSM-IV ADI-R and ADOS	Treatment as usual	No information	- ADOS	<u>Child outcome</u>	T1 – baseline
										- CSQ	- Behavior	T2 – after
										- DBC	- Development	intervention
										- ELM	- Adaptive function	
										- FBSA		
										- MSEL	<u>Parent outcome</u>	
										- PKQ	- ABA knowledge	
- PSoC	- sense of self-competence											
- VABS-II	- mental health (depression)											
6	Siller, M. et al., 2013	USA	RCT	70	No information	4.7-4.10	ASD diagnosis by DSM-IV ADI-R	Control group (including parent education)	Intent-to-Treat Approach	- IA	<u>Child outcome</u>	T1 – baseline
										- MSEL	- maternal synchronization	T2 – after
										- Measure of Maternal Synchronization	- language	intervention
												T3 – 12 months
7	Siller, M. et al., 2014	USA	RCT	70	No information	4.7-4.8	ASD diagnosis by DSM-V ADI-R ADOS	Control group (including parent education)	Intent-to-Treat Approach	- PCSB	<u>Child outcome</u>	T1 – baseline
										- AB	- Attachment behavior	T2 – after
										- MPCA		intervention
										- MSEL		
										- ESCS		

Supplementary data 1 แสดงข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะของงานวิจัย (ต่อ)

General information			Study characteristics						Outcomes			
ID	Author	Country	Study design	Participants					Statistical methods used	Instrument used to measure parent-mediated	Main outcome of parent-mediated intervention	Points-of-time for assessment
				Total no. randomized	child's gender (%)	Age (mean)	Diagnosis and Comorbidity	Other treatment				
8	Solomon, R. et al., 2014	USA	RCT	128	Male 82.0%	4.2	ASD diagnosis by DSM-IV ADOS and SCQ	Treatment as usual	ANOVA	- CBRS - CES-D - FEAS - MCDI - MSEL - MBRS - SCQ - PSI	<u>Child outcome</u> - Development <u>Parent outcome</u> - parent-child interaction - mental health (stress and depression)	T1 – baseline T2 – after intervention
9	Kasari, C. et al., 2014	USA	RCT	66	Male 78.8%	1.3-2.7	ASD diagnosis by Modified Checklist for Autism in Toddlers	Active control group	T-tests, Chi-square tests and permutation tests	- PCX - ESCS - MSEL	<u>Child outcome</u> - Communication - Language Parent outcome - parental responsiveness	T1 – baseline T2 – after intervention T3 – after 3 months T4 – after 12 months
10	Stadnick, A. et al., 2015	USA	RCT	30	Male 80%	1.6-8	ASD diagnosis or was considered “at risk” for ASD	Active control group	mixed analyses of variance (ANOVA)	- Vineland-II - CES-D - PSI-SF - Parent Intervention Adherence - SCQ - SRS - M-CHAT	<u>Child outcome</u> - Communication - Social skill <u>Parent outcome</u> - mental health (stress and depression)	T1 – baseline T2 – after intervention

Supplementary data 1 แสดงข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะของงานวิจัย (ต่อ)

General information			Study characteristics						Outcomes			
ID	Author	Country	Study design	Total no. randomized	child's gender (%)	Age (mean)	Diagnosis and Comorbidity	Other treatment	Statistical methods used	Instrument used to measure parent-mediated	Main outcome of parent-mediated intervention	Points-of-time for assessment
11	Kasari, C. et al., 2015	USA	RCT	86	Male 81%	1.10-3	ASD diagnosis by ADOS ADI-R	active control group	No information	- coded in the parent child interaction - MSEL - Classroom Observations	<u>children outcome</u> - joint attention - engagement with objects and people - play skills <u>Parent outcome</u> - mental health (stress)	T1 – baseline T2 – after intervention T3 – 6 months
12	Schertz, H. et al., 2017	USA	RCT	144	Male 79.5%	1.3-2.6	ASD diagnosis by ADOS-T	Treatment as usual	intent-to-treat analysis	- parent report questionnaire - PJAM - CSBS - MSEL - VABS - RBS-R - MBRS-R	<u>Child outcome</u> - Joint attention (initiating and responding) - social communication <u>Parent outcome</u> - social validity	T1 – baseline T2 – after intervention T3 – 6 months
13	Siller, M. et al., 2018	USA	RCT	70	Male 93%	2-6	ASD diagnosis by ADOS-G ADI-R	Active control	t-tests and Chi-square SAS Proc Mixed.	- MSEL - IA - ADOS - Family demographics questionnaire.	<u>Parent outcome</u> - Reflection - self-evaluation	T1 – baseline T2 – after intervention T3 – follow up
14	Beaudoin, A. et al., 2019	Cannada	RCT	19	No information	2.1-2.2	ASD diagnosis by ADOS-T, ADI-R	Waiting list	Wilcoxon Mann-Whitney U test	- The Engagement state, Child and caregiver behavior, and Shared Topic - ABAS-II - Bayley III	<u>Child outcome</u> - Development <u>Parent outcome</u> - Parent-child interaction	T1 – baseline T2 – after intervention T3 – 6 months T4 – 9 months

Supplementary data 1 แสดงข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะของงานวิจัย (ต่อ)

General information			Study characteristics						Outcomes			
ID	Author	Country	Study design	Participants					Statistical methods used	Instrument used to measure parent-mediated	Main outcome of parent-mediated intervention	Points-of-time for assessment
				Total no. randomized	child's gender (%)	Age (mean)	Diagnosis and Comorbidity	Other treatment				
15	Phaeng-phomma N. et al., 2019	Thailand	RCT	40	Male 65%	No information	ASD diagnosis	Treatment as usual	No information	- Modify assessment in Child behavior - Functional skill at home	<u>Child outcome</u> - Behavior	T1 – baseline T2 – after intervention
16	Yoder, P. et al., 2021	USA	RCT	97	Male 56.5%	No information	ASD diagnosis by ADOS-2	Treatment as usual	No information	- PCFP - PCS - SSIS - CSBS - BOSCC - DPA - MCDI - MSEL ADOS-2	<u>Child outcome</u> - social communication - expressive language - intentional communication - expressive vocabulary level - motor imitation - object plays <u>Parent outcome</u> parents' generalized use of ImPACT strategies	T1 – baseline T2 – after intervention T3 – 6 months T4 – 9 months
17	Allen, K. et al., 2022	USA	RCT	55	Male 85.4%	4-10	ASD diagnosis by BASC and CARS	Treatment as usual	Repeated Measures MANOVAs.	- ECBI - DPICS - PSI-SF - PLOC-SF - BDI-II - TAI - BASC-2 - CARS-2 PPVT-IV	<u>Child outcome</u> - Behavior <u>Parent outcome</u> - parent and child interactions - parent efficacy - mental health (stress and depression)	T1 – baseline T2 – after intervention T3 – 2 months

Supplementary data 1 แสดงข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะของงานวิจัย (ต่อ)

General information			Study characteristics						Outcomes			
ID	Author	Country	Study design	Participants					Statistical methods used	Instrument used to measure parent-mediated	Main outcome of parent-mediated intervention	Points-of-time for assessment
				Total no. randomized	child's gender (%)	Age (mean)	Diagnosis and Comorbidity	Other treatment				
18	Liu, G. et al., 2023	China	RCT	52	Male 57.7%	4.2-5.8	ASD diagnosis by DSM-V	The control groups ABA program	chisquare (χ^2) test, Fisher's exact test, independent 2-sample t-test, Mann-Whitney U test	- ABC - SRS - PSI-SF - CSHQ	<u>Child outcome</u> - Behavior - Social interaction - Sleeping quality <u>Parent outcome</u> - mental health (stress)	T1 – baseline T2 – after intervention T3 – 32 weeks

หมายเหตุ BASC = The Behavior Assessment System for Children Parent Rating Scales; CARS = Child Autism Rating Scale; ECBI = Eyberg Child Behavior Inventory; FEAS = The Functional Emotional Assessment Scale; FEDQ = the Functional Emotional Developmental Questionnaire; PSI = Parent Stress Index; PSoC = Parent Sense of Competence; SPA = Shared Positive Affect Coding; AB = The Avoidant Behaviors Scale; ADOS = Autism Diagnostic Observation Schedule; CBRS = Child Behavior Rating Scale; CSQ = Caregiver Strain Questionnaire; DBC = Developmental Behaviour Checklist; ELM = Early Learning Measure; ESCS = the Early Social Communication Scale; FBSA = The Functional Behavior Skills Assessment; IA = The Insightfulness Assessment; MPCA = Maternal Perceptions of Child Attachment questionnaire; MSEL = Mullen Scales of Early Learning; PCSB = The Proximity and Contact Seeking Behaviors; PKQ = Parent Knowledge of Applied Behavior Analysis; VABS II = Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition; CES-D = Center for Epidemiological Studies-Depression Scale; MBRS = Maternal Behavior Rating Scale; MCDI = MacArthur-Bates Communicative Development Inventory; M-CHAT = Modified Checklist for Autism in Toddlers; PCX = Parent-child play; PSI-SF = Parent Stress Index-Short form; SCQ = Social Communication Questionnaire; SRS = Social Responsiveness Scale; ABAS-II = Adaptive Behavior Assessment System-II; Bayley III = Bayley Scales of Infant and Toddler Development, Third Edition; CSBS = the Communication and Symbolic Behavior Scales-behavior sample; MBRS-R = Maternal Behavior Rating Scale-Revised; PJAM = the Precursors of Joint Attention Measure; RBS-R = Repetitive Behavior Scale-Revised; VABS = Vineland Adaptive Behavior Scales; ADOS-2 = Autism Diagnostic Observation Schedule- Second Edition; BOSCC = Brief Observation of Social Communication Change; DPA = the Developmental Play Assessment; PCFP = the parent-child free play; PCS = parent-child snack; SSIS = Semi-Structured Imitation Scale; ABC = Aberrant Behavior Checklist; ADI-R = Autism Diagnostic Interview-Revised; BDI-II = Beck Depression Inventory; BASC-2 = The Behavior Assessment System for Children Parent Rating Scales- Second Edition; CARS-2 = Child Autism Rating Scale-Second Edition; CSHQ = The Children's Sleep Habits Questionnaire; DPICS = Dyadic Parent-Child Interaction Coding System; PLOC-SF = Parenting Locus of Control-Short Form; PPVT-IV = Peabody Picture Vocabulary Test, Fourth Edition; TAI = Therapy Attitude Inventory

Supplementary data 2 แสดงคุณลักษณะของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม

ID	ชื่อผู้แต่ง	รายละเอียดโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	โปรแกรม	จำนวนครั้งระยะเวลา	การบ้าน
1	Siller, M. et al., 2013	ให้การรักษแบบเดี่ยว แบ่งออกเป็น 2 ช่วง ช่วงที่ 1 (30 - 60 นาที): ใน 10 นาทีแรก ให้ผู้ปกครองสร้างปฏิสัมพันธ์กับเด็กโดยการพาเล่นของเล่นจาก	Active control Parent education	Focused Playtime Intervention	สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที 12 สัปดาห์	มีการบ้านประจำ ในทุกสัปดาห์	
2	Siller, M. et al., 2014	ในกระเป๋านักบำบัดที่เตรียมไว้ หลังจากนั้น ใช้เวลา 2 - 4 นาที ในการที่นักบำบัดเข้า ร่วมเล่นด้วย และแนะนำหัวข้อขั้นตอนของโปรแกรมในครั้งนี้					
3	Kasari, C. et al., 2014	หลังจากนั้นใช้เวลา 15 - 45 นาที ในการสาธิตวิธีการ ขั้นตอน และแนะนำ สนับสนุนด้วย การสื่อสารเชิงบวก เมื่อผู้ปกครองเมื่อลองปฏิบัติ และให้ความเห็นถึงการตอบสนองของ เด็กในขั้นตอนนี้จะทำการบันทึกวิดีโอเก็บไว้ด้วย					
4	Siller, M. et al., 2018	ช่วงที่ 2 (30 - 60 นาที): ผู้ปกครองทำการทบทวนเนื้อหา หัวข้อ ร่วมกับนักบำบัด โดยมีหนังสือคู่มือเนื้อหา และวิดีโอเก็บไว้บันทึกในช่วงที่ 1 พูดคุยถึงกระบวนการ คำแนะนำเพิ่มเติม และให้การ บ้านที่นำไปปฏิบัติระหว่างสัปดาห์					
5	Pajareya, K. et al., 2011	ให้การรักษแบบเดี่ยว นักบำบัดสอนผู้ปกครองใช้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองและเด็ก ถึงพัฒนาการ ของการมีปฏิสัมพันธ์ การสื่อสาร และการคิด โดยมีความต้องการและอารมณ์เป็น แรงจูงใจโดยจะแตกต่างกันไปในแต่ละคน	การรักษาตามปกติ	DIR Floortime	ครั้งละ 90 นาที ระยะเวลา 3 เดือน	20 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์	
6	Pajareya, K. et al., 2012	โดยใช้กิจกรรมที่เด็กสนใจและตรงระดับพัฒนาการ ให้เด็กเป็นผู้นำและคิด กิจกรรม นักบำบัดแนะนำผู้ปกครองถึงจังหวะหรือสร้างสถานการณ์ให้เด็กริเริ่มแก้ ปัญหา สื่อสารโต้ตอบ ให้เด็กเกิดความรู้สึกสนุก สนใจ แรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง และแนะนำการฝึกทักษะเพิ่มเติมที่บ้านโดยการสร้างสถานการณ์ให้แก้ปัญห					
7	Solomon, M. et al., 2008	ให้การรักษแบบเดี่ยว แบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 Child directed interaction นักบำบัดสาธิตถึงวิธีการ และสอนผู้ปกครองถึงทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวก มีทั้งการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างเด็กและผู้ปกครอง การชม การตอบสนองต่อ พฤติกรรมที่เหมาะสมของเด็ก และการเพิกเฉยต่อพฤติกรรมทางลบของเด็ก	รายชื่อรอคิว	Parent Child Interaction Therapy.	ครั้งละ 60 - 90 นาที 13 ครั้ง	ไม่ระบุข้อมูล	
8	Allen, K. et al., 2022	ช่วงที่ 2 Parent directed interaction นักบำบัดได้ขผู้ปกครองในการทำทักษะการสร้างวินัย โดยการสื่อสารที่ ตรง สั้น กระชับ กับเด็ก เพื่อให้เด็กปฏิบัติตามระหว่างการเล่นพัฒนาการของเด็ก					

Supplementary data 2 แสดงคุณลักษณะของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม (ต่อ)

ID	ชื่อผู้แต่ง	รายละเอียดโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	โปรแกรม	จำนวนครั้งระยะเวลา	การบ้าน
9	Stadnick, A. et al., 2015	ให้การรักษแบบเดี่ยว	Community Comparison Group	Improving Parents as Communication Teachers (ImPACT)	ครั้งละ 60 นาที 12 ครั้ง	มีการบ้านประจำใน ทุกสัปดาห์	
10	Yoder, P. et al., 2021	นักบำบัดสอนผู้ปกครอง และสาธิตขั้นตอน วิธีการ รวมทั้งแนะนำระหว่างการทำปฏิบัติ ในพัฒนาการด้านการสื่อสารทางสังคม และทักษะการเล่นรวมทั้งการจัดการกับ พฤติกรรมของเด็กด้วยการใช้เทคนิคการวิเคราะห์พฤติกรรมแบบประยุกต์					การรักษาตามปกติ
11	Kosasena,U. et al., 2013	ให้การรักษแบบเดี่ยว จำนวน 11 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที และ ให้การรักษแบบกลุ่ม จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที โดยมีกิจกรรม 6 เกมสกิจกรรม ให้ผู้ปกครองหรือครอบครัวเป็นผู้กระตุ้นการทำกิจกรรมทุกขั้นตอน	การรักษาตามปกติ	Play therapy	30 นาที และ 60 นาที 13 ครั้ง 7 สัปดาห์	ไม่ระบุข้อมูล	
12	Reitzel, J. et al., 2013	ให้การรักษแบบกลุ่ม จำนวนเด็ก 4 ครอบครัว กิจกรรมคล้ายกลุ่มเตรียมอนุบาล มีช่วงนั่งวงกลมทำกิจกรรม ช่วงพักทานขนม เข้าห้องน้ำ และช่วงกิจกรรมทักษะ ใน 30 นาทีแรก มีการอบรมเฉพาะผู้ปกครอง และใน 90 นาที เป็นการมีส่วนร่วมของ ผู้ปกครองในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยมีนักบำบัดแนะนำผู้ปกครองในการเสริมแรง กระตุ้นการเล่น การสื่อสาร และทักษะในกิจวัตรประจำวันของเด็ก	การรักษาตามปกติ	Functional Behavior Skills Training (FBST)	ครั้งละ 120 นาที ครั้งละ 1 สัปดาห์ ติดต่อกัน 4 เดือน	มีการบ้านประจำใน ทุกสัปดาห์	

Supplementary data 2 แสดงคุณลักษณะของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม (ต่อ)

ID	ชื่อผู้แต่ง	รายละเอียดโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	โปรแกรม	จำนวนครั้งระยะเวลา	การบ้าน
13	Solomon, R. et al., 2014	ให้การรักษแบบเดียวที่บ้าน โดยนักบำบัด มุ่งเน้นในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กและการสื่อสารทางสังคมผ่านการเล่น โดยการสอนผู้ปกครอง สวัสดิวิธีและการให้ข้อเสนอแนะผ่านเทปบันทึกการรักษา เมื่อได้เข้าร่วมโปรแกรม มีการแนะนำให้วิดีโอการเรียนรู้ PLAY Project เพื่อเตรียมตัวก่อนการรักษา ระหว่างการสอนผู้ปกครอง นักบำบัดช่วยผู้ปกครองแยกแยะสัญญาณของเด็กและวิธีการตอบสนองเจตนาของเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ และสอนให้ส่งเสริมพัฒนาการของเด็กตามลำดับ จะทำการบันทึกวิดีโอเทป นักบำบัดทำการเล่นกับเด็กเพื่อสาธิตให้ผู้ปกครองดูเป็นเวลา 15 - 30 นาที เพื่อการสาธิตในการใช้เทคนิค และให้ผู้ปกครองเลียนแบบเทคนิค วิธีการที่ได้สังเกตโดยการเล่นกับเด็กประมาณ 5 นาที หลังจากนั้นให้ข้อเสนอแนะผ่านการดูวิดีโอซ้ำ วิเคราะห์ถึงพัฒนาการของเด็ก และข้อเสนอแนะในการใช้เทคนิค	กลุ่มทดลอง	การรักษาตามปกติ	PLAY Project Home Consultation Intervention Program	ครั้งละ 3 ชั่วโมง 1 ครั้งต่อเดือน ระยะเวลา 12 เดือน	15 - 20 นาที ในการเล่น ต่อครั้ง รวม 2 ชั่วโมง ต่อวัน
14	Kasari, C. et al., 2015	เริ่มต้นโดยการเก็บข้อมูลพัฒนาการการเล่นและความสนใจของเด็ก นักบำบัดสอนผู้ปกครองถึงพัฒนาการการเล่นระดับปัจจุบันของเด็กและสอนวิธีการชี้้นำการสื่อสารทางสังคม สร้างโอกาสให้เด็กได้เริ่มเล่นในสิ่งที่สนใจเพื่อการสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างเด็กและผู้ปกครอง มีการกระตุ้นให้ผู้ปกครองใช้เทคนิคต่างๆ เป็นลำดับขั้นตอนในการกระตุ้นการสื่อสารทางสังคม การพูดเป็นคำและการเล่น	กลุ่มทดลอง	Active control Psychoeducational Intervention	Joint Attention, Symbolic Play, Engagement and Regulation (JASPER)	ครั้งละ 30 นาที 2 ครั้งต่อสัปดาห์ 10 ครั้ง	ไม่ระบุข้อมูล

Supplementary data 2 แสดงคุณลักษณะของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม (ต่อ)

ID	ชื่อผู้แต่ง	รายละเอียดโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	โปรแกรม	จำนวนครั้งระยะเวลา	การบ้าน
15	Schertz, H. et al., 2017	นักบำบัดทำการส่งเสริมผู้ปกครองในการเรียนรู้ และเพิ่มระดับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ปกครอง การสื่อสารของเด็ก โดยใช้หลักการ 1. การมุ่งเน้นที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ปกครอง 2. การจัดระเบียบและวางแผนการส่งเสริมเป็นขั้นตอน 3. การให้ความหมายซึ่งช่วยให้ผู้ปกครองแยกแยะประสิทธิภาพของผลลัพธ์ที่ต้องการ 4. การส่งเสริม ให้ผู้ปกครองรับรู้ผลลัพธ์ในการเรียนรู้ของเด็ก 5. การขยายขอบเขตให้ผู้ปกครองสามารถเพิ่มโอกาสในการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กมากยิ่งขึ้น โดย ช่วงที่ 1 กระตุ้นเด็กให้มองหน้าสบตาอย่างอิสระกับผู้ปกครอง ช่วงที่ 2 ทำการตอบสนองอย่างต่อเนื่องซึ่งกันและกันระหว่างเด็กและผู้ปกครอง และให้เด็กรอสั้นๆ ให้ผู้ปกครองตอบสนองกลับ ช่วงที่ 3 ให้เด็กและผู้ปกครองเล่นของเล่นร่วมกัน โดยให้ความสนใจร่วมกันในการมองวัตถุ และการมองหน้าสบตาผู้ปกครอง ซึ่งผู้ปกครองจะตอบรับด้วยการแสดงทางสังคม เช่น การยิ้ม	กลุ่มทดลอง	การรักษาตามปกติ	Joint Attention Mediated Learning (JAML)	ครั้งละ 60 นาที 32 ครั้ง	การเล่นอย่างมีส่วนร่วมระหว่างเด็กและผู้ปกครอง อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน
16	Beaudoin, A. et al., 2019	ประยุกต์จากโปรแกรม Early Start Denver Model ด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) พูดคุยถึงโปรแกรมในอาทิตย์ที่ผ่านมาระหว่างนักบำบัดและผู้ปกครอง 2) ช่วง 10 นาทีแรก เป็นการเล่นอย่างอิสระ ระหว่างเด็กและผู้ปกครอง เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการใช้เทคนิคใหม่ 3) นักบำบัดอธิบายเทคนิคใหม่โดยการพูดบรรยายพร้อมทั้งเอกสารประกอบการสอน และการสาธิตตัวอย่าง 4) ให้โอกาสผู้ปกครองได้ฝึกใช้เทคนิคใหม่พร้อมรับคำแนะนำจากนักบำบัด 5) กระตุ้นให้ผู้ปกครองใช้เทคนิคในระหว่างสัปดาห์กับเด็ก	กลุ่มทดลอง	รายชื่อรอคิว	Modify The parent implemented Early Start Denver Model (P-ESDM)	12 ครั้ง	ไม่ระบุข้อมูล

Supplementary data 2 แสดงคุณลักษณะของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม (ต่อ)

ID	ชื่อผู้แต่ง	รายละเอียดโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	โปรแกรม	จำนวนครั้งระยะเวลา	การบ้าน
17	Phaeng-phomma N. et al., 2019	การรักษาแบบเดี่ยว 6 กิจกรรม ใช้เวลา 60 นาที ทำการประเมินก่อนเพื่อระบุปัญหาพฤติกรรม และตั้งเป้าหมายร่วมกันกับครอบครัว สาธิตและสอนในการปรับพฤติกรรมในแต่ละกิจกรรม ให้ครอบครัวเด็กได้ลองใช้วิธีการ และให้คำแนะนำในระหว่างกิจกรรม และส่งเสริมให้กลับไปใช้เทคนิค วิธีการที่บ้านเพื่อเป็นการบ้าน	กลุ่มทดลอง	การรักษาตามปกติ	Behavior Therapy	60 นาที 4 ครั้ง	โทรติดตามเพื่อกระตุ้นการฝึกต่อที่บ้าน
18	Liu, G. et al., 2023	ให้การรักษาโดยนักบำบัดผู้เชี่ยวชาญการให้โปรแกรม Sand play therapy ช่วงที่ 1 ใน 10 นาทีแรก ทำการสอบถามเล็กน้อยถึงเรื่องทั่วไปและอธิบายกฎ สาธิตวิธีการในการเล่น ช่วงที่ 2 ให้เด็กและผู้ปกครองเลือกของเล่นที่สนใจใส่ลงไปในกล่องทรายเพื่อสร้างโลกในกล่องทราย นักบำบัดทำการสังเกต ติดตามอย่างเงียบๆ ช่วงที่ 3 นักบำบัดชี้引导孩子และผู้ปกครองอธิบายเรื่องราวในกล่องทราย และส่วนที่น่าสนใจในกล่องทราย ช่วงที่ 4 นักบำบัดขออนุญาตถ่ายรูปผลงานและขอให้เก็บและนำชุดทรายกลับเข้าที่เดิม หากเด็กไม่เห็นด้วย ก็สามารถข้ามขั้นตอนนี้ได้ ช่วงที่ 5 ปิดท้ายด้วยการสรุปประเด็น และเน้นย้ำถึงความต้องการของการบ้าน รวมถึงการที่เด็กแบ่งปันประสบการณ์การเล่นทรายกับสมาชิกในครอบครัวในรูปแบบของคำพูดหรือภาพวาดตามรูปถ่าย	กลุ่มควบคุม	Control group ABA-based program	Parent-Child Sand play Therapy	45 - 60 นาที สัปดาห์ละครั้ง 20 ครั้ง	ไม่ระบุข้อมูล

แนวโน้มและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเปลี่ยนแปลงโรคจิตจากสารเสพติดไปสู่โรคจิตเภท: การศึกษาย้อนหลังในโรงพยาบาลสมุทรปราการ

กิตติยา รุ่งเลิศสิทธิกุล*

*โรงพยาบาลสมุทรปราการ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ ศึกษาแนวโน้มและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติดเป็นโรคจิตเภทในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ

วิธีการศึกษา การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติดครั้งแรก ระหว่างปี พ.ศ. 2557 - 2566 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน แล้วติดตามทบทวนข้อมูลต่อเนื่องจนเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท หรือหายจากการติดตามการรักษา หรือสิ้นสุดระยะเวลาการเก็บข้อมูลในเดือนธันวาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Multiple logistic regression และใช้ Kaplan-Meier method เพื่อช่วยให้เห็นภาพรวมหรือแนวโน้มของการเปลี่ยนวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติดเป็นโรคจิตเภท

ผลการศึกษา จากผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดทั้งหมดจำนวน 193 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 80.3 มีอายุเฉลี่ย 30.4 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 53.9 ชนิดสารเสพติดหลักที่ทำให้เกิดอาการทางจิต ได้แก่ แอมเฟตามีน แอลกอฮอล์ กัญชา และใช้สารเสพติดหลายชนิด คิดเป็นร้อยละ 47.2, 21.8, 20.7 และ 9.3 ตามลำดับ พบการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท 55 ราย (ร้อยละ 28.5) โดยมีความเสี่ยงสะสมที่ 2 ปี ร้อยละ 26.6 ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทประกอบด้วย สถานภาพโสด อาการพูดไม่ปะติดปะต่อหรือกระแสดความคิดผิดปกติ ขนาดยาต้านโรคจิตที่ได้รับจนควบคุมอาการทางจิตได้ เทียบเท่า haloperidol 5 - 15 มิลลิกรัมต่อวัน และกลุ่มที่อาการทางจิตไม่ดีขึ้นหรือส่งต่อ

สรุป การเปลี่ยนแปลงจากโรคจิตจากสารเสพติดเป็นโรคจิตเภท พบได้ร้อยละ 28.5 การติดตามรักษาอย่างต่อเนื่องในช่วง 2 ปีแรกมีความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง เพื่อการวางแผนการรักษาที่เหมาะสม และลดโอกาสกำเริบของอาการทางจิตในระยะยาว

คำสำคัญ โรคจิตจากสารเสพติด โรคจิตเภท การเปลี่ยนวินิจฉัย ปัจจัยเสี่ยง การติดตามการรักษา

Corresponding author: กิตติยา รุ่งเลิศสิทธิกุล

โรงพยาบาลสมุทรปราการ

E-mail: kitiyasmpk@gmail.com

วันรับ 30 มีนาคม 2568 วันแก้ไข 28 เมษายน 2568 วันตอบรับ 11 มิถุนายน 2568

Trends and Associated Factors in the Transition from Substance-Induced Psychotic Disorder to Schizophrenia: A Retrospective Study in Samutprakarn Hospital

Kitiya Runglirdsittikul*

*Samutprakarn Hospital

ABSTRACT

Objective: To study the trends and factors associated with diagnostic changes from substance-induced psychosis to schizophrenia among patients treated at Samutprakarn hospital.

Methods: A retrospective descriptive study of patients initially diagnosed with substance-induced psychosis between 2014 and 2023. Data were collected from medical records, then continue to monitor data until the diagnosis is changed to schizophrenia or the patient discontinued treatment or the data collection period ends in December 2024. Data were analyzed using descriptive statistics, multiple logistic regression, and Kaplan-Meier method. To help provide an overview or trend in the change in psychiatric diagnosis from substance abuse to schizophrenia.

Results: Of all 193 patients with substance-induced psychosis, 80.3 percent were male, with a mean age of 30.4 years, and 53.9 percent were single. The main types of drugs that caused psychotic symptoms were amphetamine, alcohol, cannabis, and multiple drug use. The percentages were 47.2, 21.8, 20.7 and 9.3 percent, respectively. There were 55 cases (28.5%) that changed their diagnostic to schizophrenia, with a cumulative risk of 26.6% at 2 years. Significant factors associated with diagnostic conversion included single marital status, disorganized speech (disorganized thought), antipsychotic medication dosage (equivalent to haloperidol 5 - 15 mg/day), and persistent psychiatric symptoms or were referred.

Conclusion: The transition from substance-induced psychosis to schizophrenia occurred in 28.5% of patients. Continuous follow-up treatment during the first 2 years is crucial, especially in those with risk factors, for appropriate treatment planning and to reduce the chance of relapse of psychotic symptoms in the long term.

Keywords: substance-induced psychosis, schizophrenia, diagnostic conversion, risk factors, treatment follow-up

Corresponding author: Kitiya Runglirdsittikul

E-mail: kitiyasmpk@gmail.com

Received: 30 March 2025 Revised: 28 April 2025 Accepted: 11 June 2025

บทนำ

ข้อมูลของกรมสุขภาพจิตพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเนื่องจากปัญหาสารเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะยาบ้า¹ ซึ่งมีผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทยกว่าร้อยละ 70 ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมด้วย² ปัญหานี้มี 2 กรณี คือ การใช้สารเสพติดที่ส่งผลให้เกิดโรคจิตเวช หรือผู้ที่เป็นโรคจิตเวชอยู่แล้วและใช้สารเสพติดร่วมด้วยส่งผลให้เกิดปัญหากัน แนวโน้มการเกิดโรคจิตจากการใช้สารเสพติด เช่น แอมเฟตามีนมีมากขึ้น รวมถึงอารมณ์แปรปรวนและภาวะซึมเศร้า หลังจากการประกาศพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) ที่อนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์พบว่าการใช้กัญชาและผลิตภัณฑ์กัญชาเพิ่มขึ้น รวมถึงการนำยารักษาโรคและยาอันตรายมาใช้ในทางที่ผิดมากขึ้นด้วย โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียน นักศึกษา เช่น ยาแก้แพ้ ยากล่อมประสาท³ ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคมอย่างเห็นได้ชัดทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และเป็นปัญหาระดับประเทศ

โรคจิตจากสารเสพติด เป็นอาการทางจิตที่การดำเนินโรคเกิดขึ้นชั่วคราวในระหว่างหรือหลังจากใช้สารเสพติดในช่วง 48 ชั่วโมง โดยมีลักษณะอาการที่เกิดจากการรับรู้ผิดปกติ เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน แปลความผิด หลงผิดว่าถูกพาดพิงถึง มักหวาดระแวงเป็นส่วนใหญ่ อารมณ์พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ตั้งแต่หวาดกลัวจนถึงความสับสนลงย่นต่อไป การรับรู้รอบตัวมักชัดเจนแต่อาจมีระดับการรับรู้สติที่ลดลงได้ ซึ่งเป็นผลจากการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง อาการจะทุเลาลงเมื่อหยุดใช้สารเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทภายในระยะเวลาเป็นวันถึงสัปดาห์ มักไม่เกิน 1 เดือน ลักษณะอาการทางจิตจากสารเสพติดมีลักษณะที่หลากหลาย ขึ้นกับชนิดของสารเสพติดและบุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วย โดยการวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติดต้องแยกจากภาวะเป็นพิษจากสารเสพติดหรือภาวะถอนสารเสพติด แยกจากภาวะเพื่อสับสนจากสาเหตุอื่นทางกาย รวมถึงการวินิจฉัยแยกโรคกับโรคจิตเวชอื่นๆ เช่น โรคจิตเภท โรคความผิดปกติทางอารมณ์ รวมถึงความผิดปกติของบุคลิกภาพบางอย่างที่อาจถูกกระตุ้นจากการใช้สารเสพติดได้ ดังนั้นการวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติดจึงอาจยังไม่ใช่วินิจฉัยที่แน่นอน เนื่องจากอาการทางจิตที่ผิดปกติมีส่วนที่คล้ายกับอาการทางจิตจากโรคทางจิตเวชอื่นๆ⁴

การวินิจฉัยแยกโรคจิตจากสารเสพติดและโรคจิตเภทมีความสำคัญต่อการวางแผนรักษาในระยะยาว เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่พยากรณ์โรคจะแย่ลงเมื่ออาการกำเริบบ่อย การตรวจพบและรักษาตั้งแต่ระยะแรกสัมพันธ์กับผลลัพธ์ระยะยาว

ที่ดีขึ้น^{5,6} ที่ผ่านมาผู้วิจัยศึกษาลักษณะความแตกต่างระหว่างโรคจิตจากสารเสพติดและโรคจิตเภทมากขึ้น มีการศึกษาที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดมีอายุน้อยกว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีงานทำ สถานะสมรสแล้ว ร่วมกับมีประวัติครอบครัวติดสารเสพติดมากกว่า ในขณะที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคจิตเวชน้อยกว่า ลักษณะอาการทางจิตมักมีอาการภาพหลอนเด่นมีอาการด้านลบน้อยกว่า คะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท (positive and negative syndrome scale: PANSS) โดยรวมและคะแนนย่อยทุกด้านต่ำกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตปฐมภูมิ⁷ การมีปัญหาดดอยในหน้าที่ความรับผิดชอบมาก่อน ไม่ตระหนักรู้ในความเจ็บป่วย และมีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัวสัมพันธ์กับการเปลี่ยนวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติดเป็นโรคจิตปฐมภูมิ⁸ นอกจากนี้แนวโน้มการเปลี่ยนวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติดเป็นโรคจิตเภทยังขึ้นอยู่กับชนิดของสารเสพติดที่ใช้ด้วย^{9,10} สำหรับในประเทศไทยยังมีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ไม่มาก

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้สารเสพติดที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสมุทรปราการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น รวมถึงกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness with high risk to violence: SMI-V) ที่มารับรักษาในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินมีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นกัน ซึ่งส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด นำมาสู่งานวิจัยนี้เพื่อศึกษาแนวโน้มที่ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดจะได้รับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทในช่วงที่ติดตามการรักษา และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ชนิดของสารเสพติดที่ใช้ ประวัติความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ รวมถึงลักษณะอาการทางจิตที่ตรวจพบระหว่างติดตามการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ ผลการศึกษาในครั้งนี้อาจเป็นข้อมูลที่ช่วยวินิจฉัยแยกโรคและทำนายแนวโน้มในการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท นำไปสู่การพัฒนาแนวทางป้องกันและวางแผนการรักษา เพื่อลดโอกาสในการกำเริบซ้ำของอาการทางจิตในระยะยาว

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา โดยเก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study) ซึ่งมุ่งเน้นการวิเคราะห์ข้อมูลในอดีตจากบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก เพื่อค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงจากโรคจิตจากสารเสพติดไปสู่โรคจิตเภท ในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล

สมุทรปราการ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 (ระยะเวลา 10 ปี) การศึกษานี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมุทรปราการ (หมายเลขรับรอง Sq00168)

ลักษณะตัวอย่างหรือประชากรที่ทำการศึกษา

ก. ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติดในครั้งแรกที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ และได้มาติดตามรักษาในคลินิกจิตเวชและยาเสพติด

ข. การเลือกตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้าร่วมการศึกษา

- 1) ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติดตามเกณฑ์ International Classification of Disease ฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (ICD-10) รหัสโรค F105, F115, F125, F135, F145, F155, F165, F175, F185 และ F195 ในครั้งแรกที่มารับการรักษาอาการทางจิตที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ ในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566

- 2) อายุ 15 - 65 ปี ที่มีสัญชาติไทย

- 3) มีประวัติมาติดตามการรักษา อย่างน้อย 1 ครั้ง หลังได้รับการวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติด

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา

- 1) มีประวัติการวินิจฉัยโรคจิตเภท หรือโรคจิตจากสารเสพติดจากสถานพยาบาลอื่นมาก่อน
- 2) มีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะทบทวนการวินิจฉัย

ค. ขนาดตัวอย่าง

ศึกษาในบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตที่เกิดจากสารเสพติดในครั้งแรกที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2557 ถึง 31 ธันวาคม 2566 ตามเกณฑ์การคัดเข้าร่วมการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยวิธีการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยเริ่มจากนำข้อมูลการเข้ารับการรักษาจากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลสมุทรปราการ (HOSXP) ตามรหัสการวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติด (รหัสโรค F105, F115, F125, F135, F145, F155, F165, F175, F185 และ F195) และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภท (รหัสโรค F20 - F29) ทั้งหมดที่เข้ารับ

การรักษาในช่วงเวลาดังกล่าวตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2557 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 มาจัดเรียงข้อมูลเพื่อแยกกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์คัดเข้าร่วมการศึกษา แล้วค้นแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชและยาเสพติด เพื่อบันทึกข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ลักษณะอาการแสดงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยทบทวนข้อมูลต่อเนื่องจนเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทหรือหายจากการติดตามการรักษา หรือสิ้นสุดระยะเวลาการเก็บข้อมูลในเดือนธันวาคม 2567 ซึ่งการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทอิงตามแพทย์วินิจฉัยและบันทึกไว้ในเวชระเบียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลเพื่อศึกษาวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป และชนิดของสารเสพติดที่ใช้ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว ชนิดของสารเสพติดหลักที่ใช้ และสารเสพติดที่ใช้ร่วม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประวัติความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ ได้แก่ ระยะเวลาที่เริ่มใช้สารเสพติดจนมีอาการทางจิตครั้งแรก (เดือน) ระยะเวลาที่ติดตามการรักษา (สัปดาห์) จำนวนครั้งที่มารักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วยอาการทางจิตจากสารเสพติด (ครั้ง) ขนาดยาต้านโรคจิตที่ได้รับจนควบคุมอาการทางจิตได้ (ขนาดยาต้านโรคจิตได้กำหนดให้เทียบเท่ากับ haloperidol¹¹ โดยแบ่งเป็นช่วงของขนาดยาที่ได้รับน้อยกว่า 5 มิลลิกรัมต่อวัน, ขนาดยา 5 - 15 มิลลิกรัมต่อวัน และขนาดยามากกว่า 15 มิลลิกรัมต่อวันขึ้นไป) และข้อมูลการตอบสนองต่อการรักษา (ระยะเวลาเป็นสัปดาห์หรืออาการไม่ดีขึ้นหรือส่งต่อ)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลลักษณะอาการทางจิตที่ตรวจพบระหว่างติดตามการรักษา ได้แก่ ภาพหลอน หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวง พุดไม่ปะติดปะต่อหรือกระแสดความคิดผิดปกติ พฤติกรรมไม่มีเป้าหมาย มีอาการด้านลบร่วม การไม่ตระหนักรู้ต่อความเจ็บป่วย

โดยข้อมูลทั้ง 3 ส่วน ได้จากเวชระเบียนที่บันทึกประวัติและการประเมินสภาพจิต (mental status exam) โดยจิตแพทย์ผู้รักษาเพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงจากโรคจิตจากสารเสพติดไปสู่โรคจิตเภท ซึ่งการศึกษานี้จำแนกกลุ่มเพื่อนำมาคำนวณทางสถิติ โดยจัดเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ยังคงวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติด (substance-induced psychosis: SIP)

และกลุ่มที่เปลี่ยนวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติดเป็นโรคจิตเภท (change to schizophrenia)

การวิเคราะห์ข้อมูล

จัดเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS version 30 โดยข้อมูลจะได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ดังนี้

- 1) สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด เพื่ออธิบายลักษณะของข้อมูลพื้นฐานและปัจจัยด้านต่างๆ
- 2) สถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test เพื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลพื้นฐานที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม และใช้สถิติ Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test ในกรณีที่ข้อมูลต่อเนื่องเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เปลี่ยนและไม่เปลี่ยนเป็นโรคจิตเภท
- 3) สถิติ Multiple logistic regression เพื่อหาทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนวินิจฉัยจากโรคจิตจากสารเสพติดเป็นโรคจิตเภท
- 4) Kaplan-Meier method เพื่อให้เห็นภาพรวมหรือแนวโน้มของการเปลี่ยนวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติดเป็นโรคจิตเภทในช่วงระยะเวลา 10 ปี ที่เก็บข้อมูลศึกษา โดยผลการทดสอบถือว่ามีความนัยทางสถิติเมื่อค่า p -value < 0.05 ค่า Odds Ratio (OR) และ 95% Confidence Interval (95% CI)

ผลการศึกษา

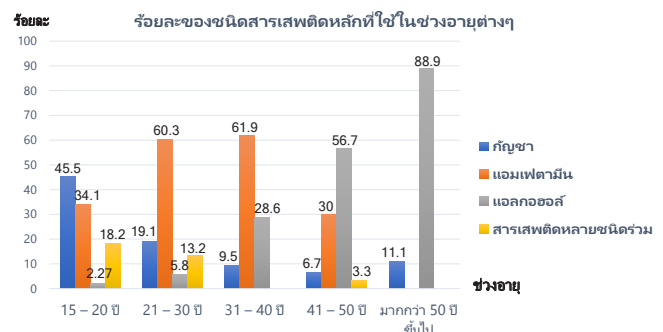
จากการค้นหาวรรณกรรมในช่วงเดือนมกราคม 2557 ถึงเดือนธันวาคม 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ที่มา รักษาด้วยอาการทางจิตจากสารเสพติดทั้งหมด 549 ราย ถูกตัดออกจากการศึกษาเนื่องจากมีประวัติเคยรักษาอาการทางจิตจากโรงพยาบาลอื่นมาก่อน 172 ราย และมารับการรักษาเพียงครั้งเดียว 155 ราย ค้นหาวรรณกรรมไม่พบ 29 ราย จึงเหลือวรรณกรรมผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษาทั้งสิ้น 193 ราย (คิดเป็นร้อยละ 35.2 ของผู้ป่วยรายใหม่ที่มา รักษาด้วยอาการทางจิตจากสารเสพติดทั้งหมด)

ผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษาทั้งหมด 193 ราย พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 80.3 มีอายุเฉลี่ย 30.4 ปี

สถานภาพโสด ร้อยละ 53.9 ประกอบอาชีพ ร้อยละ 48.7 ชนิดสารเสพติดหลักที่ทำให้เกิดอาการทางจิต ได้แก่ แอมเฟตามีน แอลกอฮอล์ กัญชา ใช้สารเสพติดหลายชนิด และอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 47.2, 21.8, 20.7, 9.3 และ 1.0 ตามลำดับ โดยสารอื่นๆ ได้แก่ สารระเหย และโอปิออยด์ แสดงดังตารางที่ 1

เมื่อแบ่งชนิดของสารเสพติดหลักตามช่วงอายุพบว่า ชนิดของสารเสพติดที่ใช้แตกต่างกันตามช่วงอายุ ดังนี้ ช่วงอายุ 15 - 20 ปี มีการใช้กัญชามากที่สุด ช่วงอายุ 21 - 30 ปี และช่วงอายุ 31 - 40 ปี มีการใช้แอมเฟตามีนมากที่สุด ช่วงอายุ 41 - 50 ปี และช่วงอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป มีการใช้แอลกอฮอล์มากที่สุด แสดงผลดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 แสดงร้อยละของชนิดสารเสพติดหลักที่ใช้ในช่วงอายุต่างๆ



ชนิดของสารเสพติดที่ใช้ร่วม ได้แก่ บุหรี่ แอลกอฮอล์ แอมเฟตามีน และกัญชา คิดเป็นร้อยละ 78.2, 62.7, 60.6 และ 36.3 ตามลำดับ และใช้สารอื่นๆ ร่วม ร้อยละ 7.8 ได้แก่ โอปิออยด์ โคเคน สารหลอนประสาท สารระเหย และยากลุ่มออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ซึ่งเมื่อแยกจำนวนชนิดของสารเสพติดที่ใช้ร่วมพบว่า ไม่ใช้สารเสพติดอื่นร่วม ร้อยละ 16.6 ใช้สารเสพติดร่วม 1 ชนิด ร้อยละ 34.7 โดยส่วนใหญ่เป็นบุหรี่ และใช้สารเสพติดร่วมตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 48.7 ส่วนใหญ่เป็นบุหรี่และแอลกอฮอล์

ข้อมูลประวัติความเจ็บป่วยจากการใช้สารเสพติด การรักษาที่ได้รับและการตอบสนองต่อการรักษา แสดงในตารางที่ 2 พบว่าระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มใช้สารเสพติดจนมีอาการทางจิตครั้งแรกอยู่ในช่วงตั้งแต่ 1 สัปดาห์ จนถึง 40 ปี โดยเฉลี่ย 8.5 ปี (ไม่ระบุระยะเวลาการใช้สารเสพติด 7 ราย) ระยะเวลาที่ติดตามการรักษา โดยเฉลี่ย 21.7 เดือน มีประวัติเคยมารักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วยอาการทางจิตจากสารเสพติดอย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละ 18.1 ผู้ป่วยทุกรายได้รับยาต้านโรคจิตชนิดกิน และมี

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลพื้นฐานทั่วไป และชนิดของสารเสพติดหลักที่ใช้

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	155	80.3
หญิง	38	19.7
อายุ (ปี)		
mean $\pm$ SD	30.4 $\pm$ 11.2	
median (min - max)	28 (15 - 65)	
สถานภาพสมรส		
โสด	104	53.9
สมรส	69	35.8
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	20	10.4
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	58	33.0
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)	59	33.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6/ปวช.)	43	24.4
อนุปริญญา/ปวส./หรือเทียบเท่า ขึ้นไป	16	9.1
อาชีพ		
มีอาชีพ	94	48.7
ไม่มีอาชีพ	99	51.3
ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว		
มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว	30	15.5
มีประวัติคนในครอบครัวรักษาอาการโรคจิต	7	3.6
มีประวัติคนในครอบครัวติดสารเสพติด	6	3.1
ชนิดของสารเสพติดหลักที่ทำให้เกิดอาการทางจิต (วินิจฉัยแรกที่มารักษาด้วยอาการทางจิตจากสารเสพติด)		
แอมเฟตามีน (F155)	91	47.2
แอลกอฮอล์ (F105)	42	21.8
กัญชา (F125)	40	20.7
สารเสพติดหลายชนิด (F195)	18	9.3
อื่นๆ (F1x5)	2	1.0
ชนิดของสารเสพติดที่ใช้ร่วม		
บุหรี่	151	78.2
แอลกอฮอล์	121	62.7
แอมเฟตามีน	117	60.6
กัญชา	70	36.3
อื่นๆ	15	7.8

ผู้ป่วย 3 ราย ที่ได้รับยาจิตระยยาวร่วม โดยยาต้านโรคจิตที่ได้รับส่วนใหญ่เป็น risperidone

ลักษณะอาการทางจิตที่ตรวจพบระหว่างติดตามการรักษา ได้แก่ อาการหูแว่ว (ร้อยละ 97.9) ภาพหลอน (ร้อยละ 38.9) ความคิดหลงผิดชนิดหวาดระแวง (ร้อยละ 88.1) มีอาการด้านลบร่วม (ร้อยละ 13.0) พุดไม่ปะติดปะต่อหรือกระแสดความคิดผิดปกติ (ร้อยละ 6.7) การไม่ตระหนักรู้ต่อความเจ็บป่วย (ร้อยละ 5.7) และพฤติกรรมไม่มีเป้าหมาย (ร้อยละ 3.1) เมื่อนำข้อมูลลักษณะอาการทางจิตที่ตรวจพบไปวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพบว่า ลักษณะอาการทางจิตที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ได้แก่ อาการพุดไม่ปะติดปะต่อ และการมีอาการด้านลบร่วม แสดงดัง **ตารางที่ 3**

เมื่อนำปัจจัยด้านต่างๆ มาวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทเมื่อติดตามต่อเนื่อง ได้แก่ อายุในช่วง 15 - 20 ปี และ 31 - 40 ปี สถานภาพโสด ระยะเวลาที่เริ่มใช้สารเสพติดจนมีอาการทางจิตครั้งแรก 3 - 5 ปี ยาต้านโรคจิตที่ได้รับจนมีอาการทางจิตได้ในขนาดเทียบเท่า haloperidol 5 - 15 มิลลิกรัมต่อวัน และมากกว่า 15 มิลลิกรัมต่อวัน การตอบสนองต่อการรักษาในช่วง 5 - 12 สัปดาห์ และนานกว่า 12 สัปดาห์ขึ้นไป รวมถึงกลุ่มที่อาการไม่ดีขึ้นหรือส่งต่อ สำหรับปัจจัยด้านอื่น ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว ชนิดของสารเสพติดหลัก จำนวนครั้งที่มารักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วยอาการทางจิตจากสารเสพติด ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท แสดงดัง **ตารางที่ 4**

โดยเมื่อนำปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด ขนาดยาต้านโรคจิตที่ได้รับ การตอบสนองต่อการรักษา ลักษณะอาการพุดไม่ปะติดปะต่อและการมีอาการด้านลบร่วม มาวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอย Multivariate logistic regression analysis เพื่อควบคุมผลกระทบของตัวแปรจนพบว่า ปัจจัยที่ยังคงสัมพันธ์กับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ได้แก่ สถานภาพโสด อาการพุดไม่ปะติดปะต่อ ขนาดยาต้านโรคจิตที่ได้รับจนควบคุมอาการทางจิตได้ในระดับมาตรฐาน และกลุ่มที่อาการทางจิตไม่ดีขึ้นหรือส่งต่อ แสดงดัง **ตารางที่ 5**

จากผลการศึกษานี้ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่เข้าเกณฑ์การศึกษาทั้งหมด 193 ราย ได้รับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทจำนวน 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.5 ของผู้ป่วยโรคจิต

ตารางที่ 2 ตารางแสดงข้อมูลประวัติความเจ็บป่วยจากการใช้สารเสพติด การรักษาที่ได้รับ และการตอบสนองต่อการรักษา

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เริ่มใช้สารเสพติดจนมีอาการทางจิตครั้งแรก (เดือน)		
mean $\pm$ SD	102.3 $\pm$ 91.8	
median (min - max)	84 (0.25 - 480)	
ระยะเวลาที่ติดตามการรักษา (เดือน)		
mean $\pm$ SD	21.7 $\pm$ 22.8	
median (min - max)	14.0 (0.25 - 117.00)	
จำนวนครั้งที่มารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วยอาการทางจิตจากสารเสพติด (ครั้ง)		
0 ครั้ง	158	81.9
1 ครั้ง	29	15.0
ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป	6	3.1
mean $\pm$ SD	0.2 $\pm$ 0.6	
median (min - max)	0 (0 - 5)	
ขนาดยาด้านโรคจิตที่ได้รับจนควบคุมอาการทางจิตได้ (mg)		
haloperidol < 5 mg	104	53.9
haloperidol 5 - 15 mg	81	42.0
haloperidol >15 mg	8	4.1
mean $\pm$ SD	5.7 $\pm$ 3.8	
median (min - max)	4 (1 - 20)	
การตอบสนองต่อการรักษา		
ภายใน 4 สัปดาห์	96	49.7
5 - 12 สัปดาห์	46	23.8
มากกว่า 12 สัปดาห์ขึ้นไป	15	7.8
ไม่ดีขึ้น หรือส่งต่อ	36	18.7

จากสารเสพติดทั้งหมด และเมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วย Kaplan-Meier method เพื่อให้เห็นแนวโน้มในการเปลี่ยนวินิจัยเป็นโรคจิตเภทในช่วงระยะเวลา 10 ปี พบว่า Median survival time อยู่ที่ 54 เดือน (95% CI, 30.0 - 78.0) กล่าวคือ ผู้ป่วยอาการทางจิตจากสารเสพติดจำนวนครึ่งหนึ่งมีโอกาสดำเนินการเปลี่ยนวินิจัยเป็นโรคจิตเภทหลังเกิดอาการทางจิตจากสารเสพติดครั้งแรกภายในช่วง 54 เดือนโดยมีค่าความเสี่ยงสะสม (cumulative risk) ในการเปลี่ยนวินิจัยเป็นโรคจิตเภท ณ เวลา 24 เดือน คิดเป็นร้อยละ 26.6 (95% CI, 18.8 - 34.4) กล่าวคือ มีโอกาสที่ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดจะเปลี่ยนวินิจัยเป็นโรคจิตเภทร้อยละ 26.6 ภายใน 2 ปี

วิจารณ์

การศึกษานี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงวินิจัยโรคจิตจากสารเสพติดเป็นโรคจิตเภทในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มาปรึกษาอาการทางจิตจากสารเสพติดที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 193 ราย พบว่าได้รับการเปลี่ยนวินิจัยเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 28.5

แนวโน้มในการเปลี่ยนวินิจัยโรคจิตจากสารเสพติดเป็นโรคจิตเภท

การศึกษานี้พบความเสี่ยงสะสม ร้อยละ 26.6 ที่

ระยะเวลา 2 ปี เมื่อเทียบกับการศึกษาอื่นในต่างประเทศ ของ Rognli และคณะ พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะโรคจิตจากสารเสพติด มีแนวโน้มที่จะได้รับวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทในช่วง 6 ปีแรก ร้อยละ 27.6 (95% CI, 25.6 - 29.7)¹² ส่วนในการศึกษาของ Kendler และคณะ พบความเสี่ยงสะสมในการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ที่ระยะเวลา 7 ปี คิดเป็นร้อยละ 11.3 (95% CI, 10.0 - 12.8)¹⁰ ซึ่งจังหวัดสมุทรปราการเป็นเขตเมืองอุตสาหกรรมที่มีประชากรแฝงจำนวนมาก แนวโน้มปัญหาการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยทำงานรวมถึงเด็กและเยาวชน^{13,14}

โดยประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยทำงาน การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษาตอนต้น มีจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนเป็นหลัก แล้วทำให้เกิดอาการทางจิต ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปเบื้องต้นนี้อาจเป็นส่วนหนึ่งที่อธิบายภาพรวมในความเจ็บป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ที่มีแนวโน้มสูงกว่าการศึกษาอื่น อย่างไรก็ตามแนวโน้มการเปลี่ยนวินิจฉัยในแต่ละการศึกษาไม่สามารถนำมาเทียบกันได้โดยตรง อันเนื่องมาจากความแตกต่างในระเบียบวิธีการศึกษา กลุ่มประชากร ที่ศึกษา ชนิดของสารเสพติด และช่วงเวลาติดตามศึกษา

ตารางที่ 3 ตารางแสดงผลการวิเคราะห์ถดถอย (univariate logistic regression analysis) ของลักษณะอาการทางจิตที่ตรวจพบต่อการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท

ลักษณะอาการทางจิตที่ตรวจพบ	SIP n = 138 (%)	change to schizophrenia n = 55 (%)	p-value	crude OR (95% CI)	p-value
1. ภาพหลอน			0.153		
ไม่มี	80 (67.8)	38 (32.2)		1	
มี	58 (77.3)	17 (22.7)		0.617 (0.318 - 1.199)	0.154
2. หูแว่ว			0.579*		
ไม่มี	4 (100.0)	0 (0.0)		N/A	N/A
มี	134 (70.9)	55 (29.1)			
3. หลงผิดชนิดหวาดระแวง			0.785		
ไม่มี	17 (73.9)	6 (26.1)		1	
มี	121 (71.2)	49 (28.8)		1.147 (0.427 - 3.082)	0.785
4. พุดไม่ปะติดปะต่อ หรือกระแสดความคิดผิดปกติ			0.011*		
ไม่มี	133 (73.9)	47 (26.1)		1	
มี	5 (38.5)	8 (61.5)		4.528 (1.411 - 14.527)	0.011
5. พฤติกรรมไม่มีเป้าหมาย			0.355*		
ไม่มี	135 (72.2)	52 (27.8)		1	
มี	3 (50.0)	3 (50.0)		2.596 (0.508 - 13.276)	0.252
6. มีอาการด้านลบร่วม			0.021		
ไม่มี	125 (74.4)	43 (25.6)		1	
มี	13 (52.0)	12 (48.0)		2.683 (1.138 - 6.327)	0.024
7. การไม่ตระหนักรู้ต่อความเจ็บป่วย			0.079*		
ไม่มี	133 (73.1)	49 (26.9)		1	
มี	5 (45.5)	6 (54.5)		3.257 (0.951 - 11.157)	0.060

*(Fisher's exact test)

SIP; substance-induced psychosis

ตารางที่ 4 ตารางแสดงผลการวิเคราะห์ถดถอย (univariate logistic regression analysis) ระหว่างปัจจัยต่างๆ ต่อการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท

ปัจจัย	SIP n = 138 (%)	change to schizophrenia n = 55 (%)	p-value	crude OR (95% CI)	p-value
เพศ			0.740		
ชาย	110 (71.0)	45 (29.0)		1.145 (0.514 - 2.552)	0.740
หญิง	28 (73.7)	10 (26.3)		1	
อายุ			0.026		
15 - 20 ปี	27 (61.4)	17 (38.6)		4.281 (1.400 - 13.094)	0.011
21 - 30 ปี	51 (75.0)	17 (25.0)		2.267 (0.764 - 6.725)	0.140
31 - 40 ปี	26 (61.9)	16 (38.1)		4.185 (1.356 - 12.910)	0.013
มากกว่า 40 ปีขึ้นไป	34 (87.2)	5 (12.8)		1	
ระดับการศึกษา			0.877		
ประถมศึกษา	41 (70.7)	17 (29.3)		1.216 (0.539 - 2.746)	0.637
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)	42 (71.2)	17 (28.8)		1.187 (0.527 - 2.677)	0.679
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6/ปวช.) ขึ้นไป	44 (74.6)	15 (25.4)		1	
สถานภาพสมรส			0.003		
โสด	65 (62.5)	39 (37.5)		2.737 (1.399 - 5.355)	0.003
สมรส (หม้าย/หย่าร้าง/แยก)	73 (82.0)	16 (18.0)		1	
การประกอบอาชีพ			0.946		
ไม่มีอาชีพ	71 (71.7)	28 (28.3)		1	
มีอาชีพ	67 (71.3)	27 (28.7)		1.022 (0.547 - 1.910)	0.946
ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว			0.281		
ไม่มี	119 (73.0)	44 (27.0)		1	
มี	19 (63.3)	11 (36.7)		1.566 (0.690 - 3.552)	0.283
คนในครอบครัวมีประวัติรักษาอาการโรคจิต			0.103*		
ไม่มี	135 (72.6)	51 (27.4)		1	
มี	3 (42.9)	4 (57.1)		3.529 (0.763 - 16.319)	0.106
คนในครอบครัวมีประวัติติดสารเสพติด			0.355*		
ไม่มี	135 (72.2)	52 (27.8)		1	
มี	3 (50.0)	3 (50.0)		2.596 (0.508 - 13.276)	0.252
ชนิดสารเสพติดหลักที่ทำให้เกิดอาการทางจิต			0.508		
แอมเฟตามีน (F155)	66 (72.5)	25 (27.5)		0.703 (0.252 - 1.966)	0.502
แอลกอฮอล์ (F105)	33 (78.6)	9 (21.4)		0.506 (0.156 - 1.645)	0.258
กัญชา (F125)	26 (65.0)	14 (35.0)		0.999 (0.325 - 3.081)	0.999
อื่นๆ (F1x5 + F195)	13 (65.0)	7 (35.0)		1	

ตารางที่ 4 ตารางแสดงผลการวิเคราะห์ถดถอย (univariate logistic regression analysis) ระหว่างปัจจัยต่างๆ ต่อการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท (ต่อ)

ปัจจัย	SIP n = 138 (%)	change to schizophrenia n = 55 (%)	p-value	crude OR (95% CI)	p-value
มีสารเสพติดที่ใช้ร่วม			0.673		
ไม่มี	22 (68.8)	10 (31.3)		1	
มี 1 ชนิด	46 (68.7)	21 (31.3)		1.004 (0.405 - 2.491)	0.993
มีตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป	70 (74.5)	24 (25.5)		0.754 (0.313 - 1.818)	0.530
ระยะเวลาที่เริ่มใช้สารเสพติดจนมีอาการทางจิตครั้งแรก			0.031		
ภายใน 2 ปี	29 (65.9)	15 (34.1)		2.151 (0.967 - 4.784)	0.061
3 - 5 ปี	27 (61.4)	17 (38.6)		2.618 (1.192 - 5.750)	0.017
มากกว่า 5 ปีขึ้นไป	79 (80.6)	19 (19.4)		1	
จำนวนครั้งที่มารักษาที่แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉินด้วยอาการทางจิตจากสารเสพติด			0.096		
0 ครั้ง	117 (74.1)	41 (25.9)		1	
ตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป	21 (60.0)	14 (40.0)		1.902 (0.886 - 4.085)	0.099
ขนาดยาด้านโรคจิตที่ได้รับจนควบคุม อาการทางจิตได้			0.003		
haloperidol < 5 mg/day	85 (81.7)	19 (18.3)		1	
haloperidol 5 - 15 mg/day	49 (60.5)	32 (39.5)		2.922 (1.498 - 5.696)	0.002
haloperidol > 15 mg/day	4 (50.0)	4 (50.0)		4.474 (1.026 - 19.505)	0.046
การตอบสนองต่อการรักษา			0.002		
ภายใน 4 สัปดาห์	80 (83.3)	16 (16.7)		1	
5 - 12 สัปดาห์	30 (65.2)	16 (34.8)		2.667 (1.186 - 5.995)	0.018
มากกว่า 12 สัปดาห์ขึ้นไป	9 (60.0)	6 (40.0)		3.333 (1.041 - 10.677)	0.043
ไม่ดีขึ้น หรือส่งต่อ	19 (52.8)	17 (47.2)		4.474 (1.919 - 10.428)	< 0.001

*(Fisher's exact test)

SIP; substance-induced psychosis

ตารางที่ 5 ตารางแสดงผลการวิเคราะห์ถดถอย (multivariate logistic regression analysis) ระหว่างปัจจัยต่างๆ ต่อการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท

ปัจจัย	unstandardized B	S.E.	adjust OR (95% CI)	P-value
สถานภาพโสด	1.113	0.495	3.044 (1.155 - 8.024)	0.024
มีลักษณะพูดไม่ปะติดปะต่อ	1.706	0.716	5.508 (1.354 - 22.409)	0.017
ได้รับขนาดยาด้านโรคจิตในระดับมาตรฐาน	0.847	0.427	2.332 (1.011 - 5.38)	0.047
อาการไม่ดีขึ้น หรือส่งต่อ	1.327	0.507	3.771 (1.395 - 10.189)	0.009
(constant)	-3.295	0.738	0.037	< 0.001

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติดเป็นโรคจิตเภท

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนวินิจฉัยจากโรคจิตจากสารเสพติดเป็นโรคจิตเภท ได้แก่ สถานภาพ อายุ ลักษณะอาการพูดไม่ปะติดปะต่อ การมีอาการด้านลบร่วมระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด การตอบสนองต่อการรักษาและขนาดยาต้านโรคจิตที่ได้รับ แต่หลังจากควบคุมให้ปัจจัยอื่นๆ มีความเท่าเทียมกันแล้ว มีเพียง 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนวินิจฉัยจากโรคจิตจากสารเสพติดเป็นโรคจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ สถานภาพโสด อาการพูดไม่ปะติดปะต่อ กลุ่มที่อาการทางจิตไม่ดีขึ้นหรือส่งต่อ และขนาดยาต้านโรคจิตที่ได้รับจนควบคุมอาการทางจิตได้ ในขนาดเทียบเท่า haloperidol 5 - 15 มิลลิกรัมต่อวัน

จากปัจจัยด้านสถานภาพ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่มีสถานภาพโสดมีโอกาสเปลี่ยนแปลงวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทถึง 3 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่เคยผ่านการสมรสแล้ว อาจอธิบายได้จากแนวโน้มในการปรับตัวที่แย่กว่า มีข้อจำกัดในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทั้งนี้ไม่มีการศึกษาใดที่อธิบายความสัมพันธ์ด้านสถานภาพกับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทโดยตรง แต่มีการศึกษาที่เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโรคจิตที่เกิดจากสารเสพติดกับกลุ่มโรคจิตเภทที่พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีสถานภาพโสดมากกว่ากลุ่มโรคจิตจากสารเสพติดเนื่องจากสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ไม่ดีและการมีข้อจำกัดด้านพฤติกรรม⁷

เมื่อวิเคราะห์เฉพาะปัจจัยด้านอายุ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับในหลายการศึกษาที่พบว่า การเกิดอาการทางจิตจากสารเสพติดในช่วงอายุน้อย มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท^{10,12,15,16} อาจอธิบายได้จากปัจจัยทางประสาทวิทยา พัฒนาการของสมองส่วนหน้าที่ยังไม่สมบูรณ์ (immature frontal-limbic development) กลไกทางสารสื่อประสาทที่ทำงานผิดปกติ (abnormal hypothalamic-pituitary-adrenal axis function) มีส่วนทำให้เกิดความไม่สมดุลในการปรับตัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความเปราะบางและเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมใช้สารเสพติดนำไปสู่การเกิดอาการทางจิตในกลุ่มอายุน้อย¹⁷

นอกจากนี้ยังพบว่า ช่วงอายุ 31 - 40 ปี มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของ Shaheen และคณะ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีช่วงอายุที่มากกว่ากลุ่มโรคจิตจากสารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญที่อายุเฉลี่ย 34.540 ± 10.017 ($P = 0.015$)⁷ เป็นไปได้ว่าอาจเกี่ยวข้องกับชนิดของสาร

ที่ใช้ในแต่ละช่วงอายุ ทั้งนี้ยังมีการศึกษาที่สนับสนุนว่าโอกาสที่โรคจิตจากสารเสพติดจะเปลี่ยนเป็นโรคจิตเภทนั้นขึ้นกับชนิดของสารเสพติดด้วย โดยพบว่าโรคจิตจากกัญชามีความเสี่ยงมากที่สุดในการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทเมื่อติดตามต่อเนื่อง^{9,10,12,18} และมีหลายการศึกษาที่พบว่าการใช้กัญชาในช่วงอายุน้อยมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคจิตเภท^{16,19,20,21} อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ไม่พบว่าชนิดของสารเสพติดมีผลต่อการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านประชากรศึกษาที่มีจำนวนน้อย เมื่อแยกชนิดของสารจึงไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจน และสำหรับปัจจัยด้านอายุเมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ ด้วยแล้วกลับไม่พบความสัมพันธ์ของอายุต่อการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท

ลักษณะอาการทางจิตที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนวินิจฉัยจากโรคจิตจากสารเสพติดเป็นโรคจิตเภทในการศึกษานี้พบว่าอาการพูดไม่ปะติดปะต่อและการมีอาการด้านลบร่วมสัมพันธ์กับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท โดยผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่มีอาการพูดไม่ปะติดปะต่อมีโอกาสเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทสูงถึง 4.5 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีอาการแสดง และผู้มีอาการแสดงด้านลบร่วมมีโอกาสเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท 2.7 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีอาการแสดงด้านลบ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาร่วมกับปัจจัยอื่นๆ แล้ว กลับไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติของอาการด้านลบ มีเพียงอาการพูดไม่ปะติดปะต่อหรือกระแสดความคิดผิดปกติที่ยังคงเป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญในการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงพล โสทนงค์ ที่พบว่าลักษณะการพูดหรือพฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech or behavior) สัมพันธ์กับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท²² และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Wilson และคณะ ที่พบว่ากลุ่มโรคจิตจากสารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการมีลักษณะอาการด้านลบและการด้านลบของภาวะโรคจิตที่เด่นชัดน้อยกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มโรคจิตเภท²³ เป็นไปได้ว่าอาการทางจิตอาจถูกกระตุ้นด้วยสารเสพติดในกลุ่มผู้ที่มีแนวโน้มจะป่วยเป็นโรคจิตเภทอยู่เดิม หรืออาจเป็นไปได้อีกว่าการเริ่มมีอาการในระยะแรกของโรคจิตเภทเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้กัญชาหรือสารเสพติดอื่น เกิดเป็นการใช้สารเสพติดร่วมกัน (comorbid substance use)^{24,25}

สำหรับอาการด้านลบจากการใช้สารเสพติด (negative symptom-like) อาจแยกจากอาการด้านลบของโรคจิตเภท ทั้งนี้ขึ้นกับชนิดของสารเสพติดด้วย มีการศึกษาที่พบว่าอาการด้านลบ

ในกลุ่มโรคจิตจากสารเสพติดพบได้น้อยกว่ากลุ่มโรคจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญ⁷ ในขณะที่การศึกษาของ Weibull ที่ศึกษาผลกระทบระยะยาวจากการใช้สารเสพติดในผู้ที่มารักษาด้วยอาการทางจิตจากสารเสพติด พบว่าการใช้สารเสพติดสัมพันธ์กับการเกิดอาการด้านลบได้เช่นกัน ถึงแม้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการหยุดใช้สารทำให้อาการด้านลบลดลงได้²⁵ การศึกษาของ Wearne ได้ทบทวนงานวิจัยพบว่า อาการด้านบวกและอาการด้านลบในระยะอาการทางจิตกลับพลันทั้งในโรคจิตจากสารเสพติดและโรคจิตเภทนั้นพบได้ไม่ต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาความรุนแรงและความคงอยู่ของอาการด้านลบพบว่า โรคจิตเภทมีอาการด้านลบในระดับรุนแรงและคงอยู่ต่อเนื่องไปได้มากกว่ากลุ่มโรคจิตจากสารเสพติด¹⁸ อย่างไรก็ตาม อาการด้านลบจากสารเสพติดและอาการด้านลบจากโรคจิตเภทในหลายการศึกษายังไม่สามารถนำมาอธิบายการแยกโรคระหว่างภาวะโรคจิตเภทออกจากภาวะโรคจิตจากสารเสพติดได้อย่างชัดเจน

การดำเนินโรคของภาวะโรคจิตจากสารเสพติดโดยทั่วไปอาการจะทุเลาลงเมื่อหยุดใช้สารเสพติดภายในระยะเวลาเป็นวันถึงสัปดาห์ มักไม่เกิน 1 เดือน⁴ จากผลการศึกษาปัจจัยด้านการตอบสนองต่อการรักษาในการศึกษานี้ เมื่อพิจารณาจากอาการทางจิตที่ดีขึ้นจนสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ พบว่าการตอบสนองการรักษาภาวะโรคจิตจากสารเสพติดในระยะเวลานานกว่า 4 สัปดาห์ขึ้นไป สัมพันธ์กับการเปลี่ยนวินิจัยเป็นโรคจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีโอกาสสูงขึ้นตามระยะเวลาที่นานขึ้นและสูงถึง 4.5 เท่า ในกรณีที่ไม่ได้รับการรักษาหรืออาการไม่ดีขึ้นระหว่างที่ยังติดตามการรักษา สอดคล้องกับข้อมูลการศึกษาที่ผ่านมา ดังเช่นในการศึกษาของ Kirkbride ที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่รักษาตัวเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลนานกว่า 7 วันขึ้นไป มีโอกาสสูงที่จะเปลี่ยนวินิจัยเป็นโรคจิตเภทเมื่อติดตามต่อเนื่อง²¹ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Alderson ที่พบว่าระยะเวลารักษานานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป สัมพันธ์กับการเปลี่ยนวินิจัยเป็นโรคจิตเภทในกลุ่มผู้ป่วยที่มารักษาด้วยอาการทางจิตจากสารเสพติดครั้งแรก²⁶ เป็นไปได้ว่าอาการทางจิตที่คงอยู่หลังหยุดใช้สารเสพติดนานกว่า 4 สัปดาห์ อาจเป็นผลมาจากความรุนแรงของอาการทางจิตหรือมีอาการของโรคจิตเวชอื่นร่วม²⁷ อาจเกี่ยวข้องกับระยะเวลาและปริมาณการใช้สารเสพติดที่อาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบประสาทในระยะยาว^{18,28} รวมถึงชนิดของสารเสพติด โดยพบว่ากัญชาสามารถทำให้เกิดอาการโรคจิตได้นานเป็นเดือน²⁹

ปัจจัยด้านขนาดยาต้านโรคจิตต่อการตอบสนองทางคลินิก จากผลการศึกษาพบว่าขนาดยาต้านโรคจิตที่ทำให้อาการทางจิตดีขึ้น ทั้งในช่วงขนาดยาเทียบเท่า haloperidol 5 - 15 มิลลิกรัมต่อวัน และมากกว่า 15 มิลลิกรัมต่อวัน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทในระยะติดตามการรักษา ซึ่งในแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตเพื่อประคับประคองอาการในระยะสั้นนั้นไม่มีการกำหนดขนาดยาที่ชัดเจน ยังไม่พบการศึกษาที่อธิบายขนาดยาต้านโรคจิตต่อการเปลี่ยนวินิจัยเป็นโรคจิตเภทในการศึกษาที่ผ่านมา จากผลการศึกษาในครั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าอาการทางจิตของโรคจิตเภทในระยะแรกนั้นอาจถูกกระตุ้นด้วยสารเสพติด³⁰ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยยังคงใช้สารเสพติดต่อเนื่องในระยะยาว อาจปิดบังอาการของโรคจิตเภทหรือโรคทางอารมณ์อื่นที่อาจเกิดร่วม ส่งผลให้การวินิจฉัยแยกโรคทำได้ยากขึ้น มีโอกาสที่จะมองข้ามการวินิจฉัยที่ถูกต้อง และสัมพันธ์กับการใช้ขนาดยาที่สูงขึ้น²⁵

มีการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าโรคจิตเภทมักพบภาวะติดสารเสพติดร่วมได้บ่อย (co-occurrence) เกิดจากความผิดปกติในระบบ dopamine ของ mesolimbic system ที่ส่งผลต่ออาการอยากเสพสาร (craving) ซึ่งอาจมีความผิดปกติในทางประสาทสรีรวิทยาร่วมกันระหว่างโรคจิตเภทและโรคจิตจากสารเสพติด³¹ ในปัจจุบันมีหลายแนวคิดที่อธิบายการใช้สารเสพติดร่วมในผู้ป่วยโรคจิตเภท เช่น ความเปราะบางของระบบประสาทที่มีต่อตัวกระตุ้นนำไปสู่การใช้สารเสพติด (neural diathesis-stress models) ความบกพร่องของกระบวนการความคิดเพิ่มความเสี่ยงในการใช้สารเสพติด (accumulative risk factor hypothesis) การใช้สารเสพติดเพื่อลดอาการไม่พึงประสงค์ (self-medication hypothesis) และความผิดปกติของ dopamine-mediated brain reward circuit (brain reward circuit dysfunction)¹⁰ การพิจารณาแยกโรคหรือค้นหาโรคร่วมทางจิตเวชอื่นในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่ได้รับยาต้านโรคจิตขนาดสูง จึงมีความสำคัญต่อการวางแผนการรักษาในระยะยาว เพื่อลดโอกาสกำเริบซ้ำของอาการทางจิต

ข้อจำกัดในการศึกษา และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง มีจำนวนประชากรที่ศึกษาน้อย การตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะเน้นส่งตรวจในครั้งแรกที่มารักษาด้วยอาการทางจิต ทั้งนี้ในทางปฏิบัติ

ไม่ได้ใช้เครื่องมือแบบประเมินช่วยประเมินอาการทางคลินิก คุณภาพของข้อมูลที่ได้จึงขึ้นกับประสบการณ์ของผู้ซักประวัติและบันทึกเวชระเบียน ซึ่งมาจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วย และการวินิจฉัยโรคขึ้นกับประสบการณ์ทางคลินิกของจิตแพทย์ การศึกษานี้ไม่ได้บันทึกประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ได้ นอกจากนี้การขาดหายของข้อมูลจากการติดตามการรักษาเป็นข้อจำกัดในการวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษานี้ ซึ่งอาจทำให้ผลการศึกษามีความคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง

ประเทศไทยยังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้ไม่มาก ผลการศึกษาในครั้งนี้ช่วยให้ตระหนักถึงความสำคัญในการติดตามการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากสารเสพติดอย่างน้อยในช่วง 2 ปีแรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง นำไปสู่การวางแผนการรักษาเพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากการกำเริบของอาการทางจิตในระยะยาว ในอนาคตควรมีการศึกษาข้อมูลไปข้างหน้าเพื่อให้เข้าใจถึงการดำเนินโรคและปัจจัยทำนายการเปลี่ยนแปลงวินิจัยได้ดียิ่งขึ้น การศึกษาแยกตามชนิดของสารเสพติดจะช่วยให้เห็นลักษณะการดำเนินโรคที่เฉพาะกับชนิดของสารเสพติดมากขึ้น ทั้งนี้อาจมีการกำหนดปัจจัยใหม่ๆ เพิ่มเติมตามบริบทสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสนับสนุนในการพิจารณาแยกโรคและทำนายแนวโน้มได้อย่างแม่นยำมากขึ้น

สรุป

การศึกษานี้แสดงให้เห็นภาพรวมของแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงจากโรคจิตจากสารเสพติดไปสู่โรคจิตเภทในกลุ่มผู้ป่วยที่มารักษาอาการทางจิตจากสารเสพติดที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยพบว่าร้อยละ 28.5 ของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงวินิจัยเป็นโรคจิตเภท และมีความเสี่ยงสะสมที่ระยะเวลา 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.6 ดังนั้นการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยในช่วง 2 ปีแรก จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเปลี่ยนวินิจัยเป็นโรคจิตเภท ได้แก่ มีลักษณะการพูดไม่ปะติดปะต่อหรือกระแสดความคิดผิดปกติ ได้รับยาต้านโรคจิตในขนาดมาตรฐานถึงขนาดสูง อาการทางจิตไม่ดีขึ้นภายใน 4 สัปดาห์หรือส่งต่อการรักษา รวมถึงผู้ป่วยที่มีสถานภาพโสด เป็นต้น อย่างไรก็ตามแพทย์ควรพิจารณาประวัติและอาการแสดงอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ประวัติอาการนำ ประวัติการเจ็บป่วยโรคจิตเวชในครอบครัว การประเมินสภาพจิต รวมถึงประเมินแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติด ทั้งนี้เพื่อพิจารณาหาภาวะ

โรคร่วมและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ยาผู้ป่วยยังคงใช้สารเสพติด การใช้ยาต้านโรคจิตในขนาดที่เหมาะสมควรได้รับการพิจารณาโดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ของโรคร่วมทางจิตเวช การดำเนินการดังกล่าวจะนำไปสู่การวางแผนการรักษาที่เหมาะสม เพื่อลดโอกาสในการกำเริบของอาการทางจิตที่เกิดจากการใช้สารเสพติดในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นางสาววรวิณี อิ่มใจจิตต์ นักสถิติสำนักงานพัฒนาวิจัย วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่สละเวลาส่วนตัวให้คำแนะนำเรื่องสถิติแก่ผู้วิจัย ทำให้ผลงานวิจัยชิ้นนี้สมบูรณ์มากขึ้น

ทุนสนับสนุนการศึกษา

ไม่มี

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีความขัดแย้งทางผลประโยชน์

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

กิตติยา รุ่งเลิศสิริกุล: ทำหน้าที่ออกแบบงานวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ และตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Mental Health. Ministry of Public Health. Report mental and behavioral disorder (F00-F99) [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2022. [cited date 2024 Sep 8]. Available from: <https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc>.
2. Hfocus.org. Revealing information on psychiatric patients who use drugs together, which increase the risk of mental health problems [Internet]. Hfocus.org; 2024. [cited 2024 Sep 8]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2024/02/29734>.
3. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for the treatment and rehabilitation of alcoholics and drug addicts with mental symptoms and comorbid psychiatric disorders. Nonthaburi: Department of Mental Health Service Administration Division. Mental Health; 2021.
4. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Schizophrenia care manual for hospitals in health regions (physician edition). Nonthaburi: Mental Health; 2017.
5. 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): 410–72.

6. Volavka J, Vevera J. Very long-term outcome of schizophrenia. *Int J Clin Pract* 2018; 72(7): e13094.
7. Shaheen AAM, Eissa MAE, Shamma GT, Ghareeb WAE. Comparison between substance-induced psychosis and primary psychosis. *Tanta Med J* 2020; 47: 62–67.
8. Caton CLM, Hasin DS, Shrout PE, Drake RE, Dominguez B, First MB, et al. Stability of early-phase primary psychotic disorders with concurrent substance use and substance-induced psychosis. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 105–11.
9. Murrie B, Lappin J, Large M, Sara G. Transition of substance-Induced, brief, and atypical psychoses to schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 2020; 46(3): 505–16.
10. Kendler KS, Ohlsson H, Sundquist J, Sundquist K. Prediction of onset of substance-induced psychotic disorder and its progression to schizophrenia in a Swedish National Sample. *Am J Psychiatry* 2019; 176: 711–19.
11. Thippaiah SM, Fargason RE, Birur B. Switching antipsychotics: A guide to dose equivalents. *Curr Psychiatr* 2021; 20(4): 13–14.
12. Rognli EB, Heiberg IH, Jacobsen BK, Høye A, Bramness JG. Transition from substance-induced psychosis to schizophrenia spectrum disorder or bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2023; 180: 437–44.
13. Strategy and information group for development of Samutprakarn province, The Samutprakarn provincial office of comptroller general. 20-year provincial development goals (2023-2042) [internet]. Samutprakarn provincial office; 2022. [cited 2024 Sep 8]. Available from: <https://www.samutprakarn.go.th/>
14. Mental Health and Drug Addiction Division, Samutprakarn provincial public health office. Ministry of public health inspection report, issue 2: Mental health and drug addiction Samutprakarn province, Health area 6, round 2/2024, Samutprakarn province; 2024 Jul 1-2; Samutprakarn: 2024.
15. Starzer MSK, Nordentoft M, Hjorthøj C. Rates and predictors of conversion to schizophrenia or bipolar disorder following substance-induced psychosis. *Am J Psychiatry* 2018; 175(4): 343–50.
16. Ghose S. Substance-induced psychosis: An indicator of development of primary psychosis? *AM J Psychiatry* 2018; 175(4): 303–4.
17. Schepis TS, Adinoff B, Rao U. Neurobiological processes in adolescent addictive disorders. *Am J Addict* 2008; 17(1): 6–23.
18. Wearne TA and Cornish JL. A comparison of methamphetamine-induced psychosis and schizophrenia: A Review of positive, negative, and cognitive symptomatology. *Front Psychiatry* 2018; 9: 491.
19. Casadio P, Fernandes C, Murray RM, Forti MD. Cannabis use in young people: The risk for schizophrenia. *Neurosci Biobehav Rev* 2011; 35(8): 1779–87.
20. Myran DT, Harrison LD, Pugliese M, Solmi M, Anderson KK, Fiedorowicz JG, et al. Transition to schizophrenia spectrum disorder following emergency department visits due to substance use with and without psychosis. *JAMA Psychiatry* 2023; 80(11): 1169–74.
21. Kirkbride J. The risk of substance-induced psychosis converting to schizophrenia varies with substance used and patient age: *BMJ Ment Health* 2013; 16(3): 65.
22. Lodthanong S. Prevalence and associated factors of conversion to schizophrenia among patients with substance-induced psychotic disorder, The rural context in Ubonratchathani. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2023; 68(4): 412–21.
23. Wilson L, Szigei A, Kearney A, Clarke M. Clinical characteristics of primary psychotic disorders with concurrent substance abuse and substance-induced psychotic disorders: A systematic review. *Schizophr Res* 2018; 197: 78–86.
24. Barnes TRE, Mutsaers SH, Hutton SB, Watt HC, Joyce EM. Comorbid substance use and age at onset of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2006; 188(3): 237–42.
25. Weibell MA, Hegelstad WTV, Auestad B, Bramness J, Evensen J, Ulrik Haahr, et al. The effect of substance use on 10-year outcome in first-episode psychosis. *Schizophr Bull* 2017; 43(4): 843–51.
26. Alderson HL, Semple DM, Blayney C, Queirazza F, Chekuri V, Lawrie SM. Risk of transition to schizophrenia following first admission with substance-induced psychotic disorder: a population-based longitudinal cohort study. *Psychological Medicine* 2017; 47(14): 2548–55.
27. Lecomte T, Mueser KT, MacEwan W, Thornton AE, Buchanan T, Bouchard V, et al. Predictors of persistent psychotic symptoms in persons with methamphetamine abuse receiving psychiatric treatment. *J Nerv Ment Dis* 2013; 201(12): 1085–9.
28. Fiorentini A, Cantù F, Crisanti C, Cereda G, Oldani L, Brambilla P. Substance-induced psychoses: An updated literature review. *Front Psychiatry* 2021; 12: 694863.
29. Chuenchom O, Suansanae T, Lukanapichonchut L, Suwanmajo S, Suthisang C. Real world clinical outcomes of treatment of cannabis-induced psychosis and prevalence of cannabis-related primary psychosis: a retrospective study. *BMC Psychiatry* 2024; 24(1): 626.
30. Brown E, Bedi G, McGorry P, O'Donoghue B. Rates and predictors of relapse in first-episode psychosis: An Australian cohort study. *Schizophr Bull Open* 2020; 1(1): sgaa017.
31. Ward HB, Nemeroff CB, Carpenter L, Grzenda A, McDonald WM, Rodriguez CI, et al. Substance used disorders in schizophrenia: Prevalence, etiology, biomarkers, and treatment. *Pers Med Psychiatry* 2023; 39: 100106.

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยอุบัติเหตุ ณ โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

จุฬารัตน์ สาระวิทย์*

*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวางย้อนหลัง (retrospective cross-sectional study) ในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ และได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 365 ราย ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2564 ถึง 1 มิถุนายน พ.ศ. 2567 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Pearson's chi-square test หรือ Fisher's exact test, Independent sample t-test และ Mann-Whitney U test รวมถึงใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกสองขั้นตอน และวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (bivariate และ multivariate logistic regression) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการศึกษา ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 365 ราย โดยมีอายุเฉลี่ย 48.8 ± 13.15 ปี และเป็นเพศชาย ร้อยละ 95.1 ส่วนใหญ่มีการบาดเจ็บระบบเดียว (ร้อยละ 67.7) ขณะที่ร้อยละ 32.3 มีการบาดเจ็บหลายระบบ ความชุกของภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ (delirium tremens; F10.4) ในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์อยู่ที่ร้อยละ 41.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะนี้ ได้แก่ ประวัติเคยมีเพื่อสับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน (aOR = 6.04, 95% CI 3.06 – 11.91) และระยะเวลาอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป (aOR = 3.59, 95% CI 1.91 – 6.75) ขณะที่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงปกป้อง ได้แก่ ประวัติเคยชักจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน (aOR = 0.34, 95% CI 0.19 – 0.62) และประวัติการได้รับยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (aOR = 0.28, 95% CI 0.12 – 0.63) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์มีค่าความผิดปกติของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการมากกว่ากลุ่มถอนแอลกอฮอล์ที่ไม่มีภาวะเพื่อสับสน (F10.3) ได้แก่ ค่า Blood Urea Nitrogen (BUN) ($p\text{-value} = 0.039$), Creatinine ($p\text{-value} = 0.037$), และ Potassium ($p\text{-value} = 0.041$) สูงกว่า ขณะที่ค่า Bicarbonate (HCO_3) ต่ำกว่า ($p\text{-value} = 0.041$) อีกทั้งผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีระยะเวลาอนโรงพยาบาลยาวนานกว่า (มัธยฐาน 11 วัน, IQR 7 – 17)

สรุป ภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์พบได้บ่อยในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ และสัมพันธ์กับหลายปัจจัยเสี่ยง การคัดกรองและติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างใกล้ชิดจึงมีความสำคัญ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบต่อระบบสุขภาพ

คำสำคัญ ภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ความชุก

Corresponding author: จุฬารัตน์ สาระวิทย์

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

E-mail: honey_kiki_94@hotmail.com

วันรับ 11 กรกฎาคม 2568 วันแก้ไข 30 สิงหาคม 2568 วันตอบรับ 7 กันยายน 2568

Prevalence and Associated Factors of Alcohol Withdrawal Delirium in Trauma Patients at a Tertiary Care Hospital in Lower Northeastern Thailand

Juthathip Saravithi*

*Department of Psychiatry and Drug Dependence, Sunpasitthiprasong Hospital

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence and associated factors of alcohol withdrawal delirium among trauma patients with a history of alcohol consumption.

Methods: This study was a retrospective cross-sectional descriptive study conducted among 365 trauma patients with a history of alcohol consumption who were admitted to Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani, between June 1, 2021 and June 1, 2024. Purposive sampling was employed. Data were obtained from medical records and analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including Pearson's chi-square test or Fisher's exact test, Independent samples t-test, and the Mann-Whitney U test. In addition, a two-step logistic regression analysis and multivariate logistic regression (bivariate and multivariate analyses) were performed. A p-value < 0.05 was considered statistically significant.

Results: A total of 365 patients were included in the study, with a mean age of 48.8 ± 13.15 years; 95.1% were male. The majority had single-system injuries (67.7%), while 32.3% sustained multiple injuries. The prevalence of alcohol withdrawal delirium (delirium tremens; F10.4) among trauma patients with a history of alcohol consumption was 41.1%. Risk factors significantly associated with this condition included a history of prior alcohol withdrawal delirium (aOR = 6.04, 95% CI 3.06 – 11.91) and a hospital stay of ≥ 7 days (aOR = 3.59, 95% CI 1.91 – 6.75). In contrast, protective factors included a history of alcohol withdrawal seizures (aOR = 0.34, 95% CI 0.19 – 0.62) and prior use of psychotropic medications (aOR = 0.28, 95% CI 0.12 – 0.63). Furthermore, patients with alcohol withdrawal delirium had more laboratory abnormalities compared to those with alcohol withdrawal without delirium (F10.3), including higher levels of Blood Urea Nitrogen (BUN) (p-value = 0.039), Creatinine (p-value = 0.037), and Potassium (p-value = 0.041), along with lower Bicarbonate (HCO_3) levels (p-value = 0.041). In addition, this group experienced longer hospital stays (median = 11 days, IQR 7 – 17).

Conclusions: Alcohol withdrawal delirium is a frequent complication in trauma patients with a history of alcohol use and is associated with multiple clinical and laboratory risk factors. Early screening and close monitoring of high-risk patients are essential for reducing complications and mitigating the healthcare burden.

Keywords: alcohol withdrawal delirium, trauma patients, prevalence

Corresponding author: Juthathip Saravithi

E-mail: honey_kiki_94@hotmail.com

Received: 11 July 2025 Revised: 30 August 2025 Accepted: 7 September 2025

บทนำ

แอลกอฮอล์เป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่มนุษย์ดื่มมานานกว่า 10,000 ปี บทบาทของแอลกอฮอล์เกี่ยวข้องกับหลายมิติของชีวิต ทั้งด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการเมือง¹⁻³ แม้การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เหมาะสมอาจช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย แต่การดื่มเกินขนาดหรือดื่มอย่างต่อเนื่องโดยขาดการควบคุม ย่อมก่อให้เกิดกระทบต่อสุขภาพตามมา ทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดอาการง่วงซึม สมาธิลดลง การตัดสินใจบกพร่อง⁴⁻⁶ และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญ⁷ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากแอลกอฮอล์ประมาณ 3 ล้านคนทั่วโลก และแอลกอฮอล์ทำให้เกิดโรคมากกว่า 230 ชนิด¹⁴ สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาต้นทุนทางเศรษฐกิจจากการบริโภคแอลกอฮอล์ในปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีความสูญเสียทางเศรษฐกิจสูงถึง 165,450.5 ล้านบาท และต้นทุนทางอ้อมจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรถึง 159,358.8 ล้านบาท¹⁰ นอกจากนี้ศูนย์วิจัยปัญหาแอลกอฮอล์ สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพยังรายงานไว้ว่า ผู้บาดเจ็บบนท้องถนนกว่าร้อยละ 60 มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงเกินกว่ากฎหมายกำหนด¹¹

ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะถอนแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal syndrome: AWS) เนื่องจากมีปัจจัยกระตุ้นหลายประการ เช่น ความเครียดจากการบาดเจ็บ การหยุดดื่มแอลกอฮอล์กะทันหันระหว่างรักษา หรือการได้รับยาที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาท⁹ ฐานข้อมูล Trauma Quality Program และ National Inpatient Trauma Sample ของสหรัฐอเมริกา รายงานว่า อุบัติการณ์ของภาวะถอนแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยอุบัติเหตุอยู่ที่ 0.7 - 1.4% ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปที่ไม่ได้มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ (0.5%)^{17,27} และสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ

ผลลัพธ์ทางคลินิกของภาวะถอนแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยอุบัติเหตุยังมีความรุนแรงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีรายงานว่าผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เกิดภาวะถอนแอลกอฮอล์มีอัตราการเกิดเพื่อสืบสนจากการถอนแอลกอฮอล์สูงถึง 11% ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไปที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ (พบเพียง 5 - 8%)^{24,28} นอกจากนี้กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ร่วมกับอุบัติเหตุยังมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ชัก หัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหายใจล้มเหลว และการตกเตียง ส่งผลให้เพิ่มโอกาสเสียชีวิตและทำให้ระยะเวลาอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้น

อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ (non-trauma) ที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์^{16,23} รวมถึงมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงกว่าหลายเท่าและโอกาสส่งกลับบ้านน้อยกว่า²⁷

ในประเทศไทยงานวิจัยเชิงคลินิกในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก (ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุ) พบว่าความเสี่ยงเกิดภาวะถอนแอลกอฮอล์สัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงการดื่ม (alcohol use disorders identification test: AUDIT) และความถี่การดื่มที่สูง ประวัติเคยมีภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติดร่วม อายุที่มากขึ้น รวมถึงค่าความผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์ ค่าการทำงานของตับ และค่าความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure: SBP) แรกรับสูง¹³ นอกจากนี้การศึกษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชายพบความชุกของภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนแอลกอฮอล์สูงถึง 41.5% และผู้ป่วยจำนวนมากมีบาดเจ็บศีรษะร่วมด้วย¹²

แม้จะมีรายงานจากต่างประเทศที่ศึกษาเกี่ยวกับความชุกและผลลัพธ์ของภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยอุบัติเหตุ แต่ในประเทศไทยยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่และศูนย์ความเป็นเลิศด้านอุบัติเหตุ ในเขตสุขภาพที่ 10 มีผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์เข้ารับการรักษามาก และพบภาวะถอนแอลกอฮอล์ตามมาไม่น้อย อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาที่รายงานความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวอย่างเป็นระบบ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยอุบัติเหตุ เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการวางแผนเฝ้าระวัง ป้องกัน และลดความรุนแรงของภาวะดังกล่าวในอนาคต

วิธีการศึกษา

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณจากสูตร

$$n > \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot (1 - P)}{e^2}$$

e = ความแม่นยำ (โดยทั่วไปประมาณ 1 - 10%)

(e มักตั้งไว้ไม่เกิน 20% ของ P)

$Z = 1.96$ ที่ CI 95%, $Z^2 = 3.84$

P = สัดส่วนประชากร หรือความถูกต้อง

โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (ค่า e) ไว้ที่ 0.05 สำหรับค่า P นำมาจาก ความถูกต้องของภาวะเพื่อสืบสนจากการถอน แอลกอฮอล์ (ร้อยละ 33.12) จากการศึกษาของ แววดา อินทุม และคณะ¹³ ผลการคำนวณจะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง $n > 341$ ราย

ระเบียบวิธีการและประชากร

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวางย้อนหลัง (retrospective cross-sectional study) ในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์และได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 365 ราย ซึ่งมากกว่าขนาดตัวอย่างขั้นต่ำที่คำนวณได้ เก็บข้อมูลย้อนหลังเป็นระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2567

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธี Purposive sampling โดยรวบรวมครบทุกกรณีที่เกิดขึ้น (census of all eligible cases) โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง ข้อมูลถูกจัดแบ่งชั้น (stratification) ตามปีที่เข้ารับการรักษา ระดับความรุนแรง และหอผู้ป่วยแรกรับ เพื่อความสะดวกในการจัดหมวดหมู่ข้อมูลและการวิเคราะห์เชิงอนุมานเท่านั้น มิได้ใช้เป็นเกณฑ์การสุ่มหรือการกำหนดสัดส่วนตัวอย่าง การเก็บข้อมูลครอบคลุมผู้ป่วยทุกกรณีที่เข้าเกณฑ์ดังกล่าวช่วยลดความคลาดเคลื่อนจากการสุ่ม (sampling error) และเพิ่มความแม่นยำในการประมาณค่าความถูกต้อง

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์โดยได้รับการบันทึกการวินิจฉัยร่วม (comorbidity หรือ complication) ใน Discharge summary ตามรหัส ICD-10 หมวด F10 – F10.9 และเข้ารับการรักษาแรกรับในหอผู้ป่วย ซึ่งจำแนกตามระดับความรุนแรงและความเชี่ยวชาญ ได้แก่ หอผู้ป่วยหนัก (intensive care unit: ICU) สำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจหรือมีสัญญาณชีพไม่คงที่ และหอผู้ป่วยสามัญ (general ward) สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและมีสัญญาณชีพคงที่ การจัดสรรผู้ป่วยเข้าสู่หอผู้ป่วยเฉพาะทางขึ้นกับระบบอวัยวะที่บาดเจ็บ โดยหอผู้ป่วยอุบัติเหตุใช้สำหรับผู้ที่มีการบาดเจ็บหลายระบบ (multiple trauma) หอผู้ป่วยประสาทศัลยกรรมใช้สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง และระบบประสาท หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ใช้สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกและข้อที่ไม่รวมกระดูกสันหลัง หอผู้ป่วยกระดูกสันหลังใช้สำหรับการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับกระดูกสันหลังโดยเฉพาะ และ

หอผู้ป่วยศัลยกรรมตกแต่งใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บบริเวณใบหน้า กราม และขากรรไกร

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่บาดเจ็บจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ ผู้ป่วยที่ย้ายมาจากหอผู้ป่วยอื่น ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ผู้ที่ไม่ใช่สัญชาติไทย และผู้ที่มีการรับไว้รักษาซ้ำภายในช่วงเวลาศึกษา โดยนับเฉพาะครั้งแรก (index admission) และตัดรายการซ้ำ (duplicate admission) ออกจากการวิเคราะห์ทั้งหมด

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี (เลขที่ 115/2567) และได้รับการยกเว้นการขอความยินยอมเป็นรายบุคคล (waiver of informed consent) เนื่องจากเป็นการศึกษาย้อนหลังที่ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนที่ถูกตัดอัตลักษณ์ออกทั้งหมด ผู้เข้าร่วมไม่ได้รับผลกระทบต่อการรักษา ข้อมูลทั้งหมดถูกเข้ารหัสและจัดเก็บในระบบที่มีการควบคุมการเข้าถึงอย่างปลอดภัยตามระเบียบของสถาบันและข้อกำหนดของคณะกรรมการจริยธรรม นอกจากนี้คณะกรรมการจริยธรรมได้พิจารณาและอนุมัติการยกเว้นการขอความยินยอมในกรณีผู้เยาว์ (อายุ 15 - 17 ปี) และผู้ที่มีข้อจำกัดด้านความสามารถในการให้ความยินยอม เนื่องจากการใช้ข้อมูลทุติยภูมิที่ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยง ข้อมูลถูกใช้ในลักษณะรวม (aggregate data) เพื่อการวิจัยเท่านั้น โดยไม่มีการติดต่อหรือติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม และไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อนิติ ความเป็นส่วนตัว หรือการรักษาพยาบาลของผู้เข้าร่วมแต่อย่างใด

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยนี้ คือ ฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์เวชระเบียนของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกเก็บข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ที่อยู่ ภูมิลำเนา อาชีพ และสิทธิการรักษาพยาบาล
2. แบบบันทึกเก็บข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ ประวัติโรคประจำตัว ชนิดของโรคประจำตัว หอผู้ป่วยในแรกรับที่ผู้ป่วยอุบัติเหตุเข้ารับการรักษา สาเหตุของอุบัติเหตุ ภาวะบาดเจ็บสมองร่วม อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ได้รับการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนระหว่าง

นอนโรงพยาบาล การปรึกษาจิตแพทย์ระหว่างนอนโรงพยาบาล
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล และสถานะการจำหน่ายจาก
โรงพยาบาล

3. แบบบันทึกเก็บข้อมูลลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้ยาหรือสารเสพติด ได้แก่ การวินิจฉัยโรคตามรหัสการจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision: ICD-10) หมวด (F10 - F10.9) ประวัติพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม, ความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์, ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มต่อวัน, ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์) ประวัติเคยมีภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน ประวัติเคยชักจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน ประวัติเคยมีเพื่อสับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน ประวัติเคยได้รับการรักษาโรคติดแอลกอฮอล์มาก่อน ประวัติการทานยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ประวัติการใช้สารเสพติด ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งสุดท้ายก่อนมาโรงพยาบาล และอาการของภาวะถอนแอลกอฮอล์ขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล (สัญญาณชีพแรกพบ: ชีพจร, ความดันโลหิตและอุณหภูมิร่างกาย, อาการมือสั่น, อาการเหงื่อแตก, อาการประสาทหลอน และอาการเพื่อสับสน)

4. แบบบันทึกเก็บข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ ได้แก่ Blood sugar, White Blood Cell (WBC), Platelets, Blood Urea Nitrogen (BUN), Creatinine, Sodium (Na), Potassium (K), Bicarbonate (HCO_3), Aspartate aminotransferase (AST) และ Alanine aminotransferase (ALT)

การนิยามตัวแปรหลัก (operational definitions)

ภาวะ Alcohol Withdrawal Syndrome (AWS) และ Delirium Tremens (DTs) ถูกนิยามตามรหัสการวินิจฉัย ICD-10 ที่บันทึกในเวชระเบียน โดย Alcohol Withdrawal Syndrome ใช้รหัส F10.3 และ Delirium Tremens ใช้รหัส F10.4 ซึ่งอ้างอิงจากการประเมินทางคลินิกในเวชปฏิบัติจริง กรณีที่มีการปรึกษาจิตแพทย์ การวินิจฉัยกระทำโดยจิตแพทย์ผู้ดูแล ส่วนกรณีที่ไม่ได้มีการปรึกษาจิตแพทย์ การวินิจฉัยกระทำโดยแพทย์เจ้าของไข้ (primary physician) ข้อมูลการวินิจฉัยบันทึกไว้ใน Discharge summary หรือ Progress note ทั้งนี้ ไม่ได้มีการใช้แบบประเมินมาตรฐาน เช่น Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version (CIWA-Ar) หรือ Alcohol withdrawal scale ในการยืนยันทุกราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25 โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของข้อมูล ตรวจสอบการแจกแจงของตัวแปรเชิงปริมาณด้วย Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่ไม่เป็นการแจกแจงปกติ ($p < 0.05$) ยกเว้น อายุ ความดันโลหิตค่าบน (systolic blood pressure: SBP) ความดันโลหิตค่าล่าง (diastolic blood pressure: DBP) ที่พบว่าเป็นการแจกแจงปกติ ($p > 0.05$)

สำหรับสถิติเชิงวิเคราะห์ ตัวแปรเชิงปริมาณที่แจกแจงปกติรายงานเป็นค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean $\pm$ SD) และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test ขณะที่ตัวแปรที่ไม่เป็นการแจกแจงปกติรายงานเป็นค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอไทล์ (Median, IQR) และใช้ Mann-Whitney U test ในการเปรียบเทียบ สำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพรายงานเป็นจำนวนและร้อยละ โดยใช้ Pearson's Chi-square test หากค่าคาดหวัง (expected frequency) ในเซลล์ใดน้อยกว่า 5 ในมากกว่า 20% ของเซลล์ จะใช้ Fisher's exact test แทน การเปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยใช้เกณฑ์ความแตกต่างที่ $p < 0.05$ การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ ใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกสองขั้นตอนและวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (bivariate และ multivariate logistic regression) รายงานผลเป็นค่า Odds Ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% CI) โดยตัวแปรที่มีค่า $p < 0.20$ จากการวิเคราะห์ Bivariate จะถูกนำเข้าสู่การวิเคราะห์ Multivariate ด้วยวิธี Enter method และมีการปรับค่าตัวแปรกวน (confounders) ทั้งหมด

ในกรณีตาราง 2x2 ที่มีค่าในเซลล์เท่ากับศูนย์ (zero cell) ซึ่งจัดว่าเป็นภาวะ Quasi-complete separation จะไม่รายงานค่า Odds Ratio (OR) และ 95% CI แต่รายงานค่า p-value จาก Fisher's exact test แทน และตัวแปรดังกล่าวจะไม่ถูกนำเข้าไปในโมเดลถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังในช่วงตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2567 พบว่า การศึกษานี้มีจำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์

รวมทั้งสิ้น 365 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 347 ราย (ร้อยละ 95.1) และเป็นเพศหญิง 18 ราย (ร้อยละ 4.9) อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยอยู่ที่ 48.8 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.15 ปี) ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 287 ราย (ร้อยละ 78.6) รองลงมาคือจังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 7.1) และจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 6.8) สำหรับอาชีพพบว่าสามอันดับแรก ได้แก่ เกษตรกร จำนวน 143 ราย (ร้อยละ 39.2) รับจ้างทั่วไป จำนวน 128 ราย (ร้อยละ 35.1) และไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 57 ราย (ร้อยละ 15.6) ด้านสิทธิการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจำนวน 166 ราย ใช้สิทธิการรักษาตามพระราชบัญญัติประกันบุคคล (ร้อยละ 45.5) สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 157 ราย (ร้อยละ 43.0) และประกันสังคม จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 5.5) ผู้ป่วยกว่า 191 ราย (ร้อยละ 52.3) ไม่มีโรคประจำตัว โดยในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว พบมากที่สุดคือโรคทางกายอื่นๆ จำนวน 94 ราย (ร้อยละ 54.0) โรคประจำตัวทางจิตเวช จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 23.0) และโรคตับแข็ง จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 7.5)

หอผู้ป่วยแรกรับที่ผู้ป่วยอุบัติเหตุเข้ารับการรักษามากที่สุด ได้แก่ หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ จำนวน 101 ราย (ร้อยละ 27.7) และหอผู้ป่วยประสาทศัลยกรรม จำนวน 81 ราย (ร้อยละ 22.2) และหอผู้ป่วยออโรโปิติกส์ จำนวน 71 ราย (ร้อยละ 19.4) ส่วนสาเหตุของอุบัติเหตุที่พบมากที่สุดคือ การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ จำนวน 162 ราย (ร้อยละ 44.4) และการตกจากที่สูง จำนวน 111 ราย (ร้อยละ 30.4) โดยมีผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บสมองรวม จำนวน 252 ราย (ร้อยละ 69.1) ผู้ป่วยมากกว่าสองในสาม มีการบาดเจ็บระบบเดียว จำนวน 247 ราย (ร้อยละ 67.7) และส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บจัดอยู่ในกลุ่มบาดเจ็บทั่วไป จำนวน 313 ราย (ร้อยละ 85.8) สำหรับตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บพบว่าส่วนศีรษะและสมองเป็นตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุด จำนวน 252 ราย (ร้อยละ 69.4) รองลงมาคือ สะโพก ขา และเท้า จำนวน 123 ราย (ร้อยละ 33.7) แขนและมือ จำนวน 61 ราย (ร้อยละ 16.7) มีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 117 ราย (ร้อยละ 32.1) และมีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัด จำนวน 214 ราย (ร้อยละ 58.6) ภาวะแทรกซ้อนระหว่างนอนโรงพยาบาลพบในผู้ป่วย จำนวน 224 ราย (ร้อยละ 61.4) และมีการปรึกษาจิตแพทย์ระหว่างการรักษา จำนวน 209 ราย (ร้อยละ 57.3) ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยอยู่ที่ 13.1 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.56 วัน) ส่วนผลการจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้น จำนวน 346 ราย (ร้อยละ 94.8)

ในด้านการวินิจฉัยโรคตามรหัส ICD-10 พบว่ามีความชุกของภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal delirium/delirium tremens; F10.4) จำนวน 150 ราย (ร้อยละ 41.1) รองลงมาคือ ภาวะถอนแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal state/non-delirium tremens; F10.3) จำนวน 90 ราย (ร้อยละ 24.7) และภาวะติดแอลกอฮอล์ที่ไม่มีอาการถอนในระหว่างการนอนรักษาตัวปัจจุบัน (alcohol dependence without alcohol withdrawal state; F10.2) จำนวน 76 ราย (ร้อยละ 20.8)

สำหรับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อดื่มสุราขาว จำนวน 330 ราย (ร้อยละ 90.4) และดื่มเป็นประจำทุกวัน จำนวน 310 ราย (ร้อยละ 84.9) รองลงมาคือกลุ่มที่ดื่ม 5 - 6 วันต่อสัปดาห์ จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 4.8) โดยภาพรวมผู้ป่วยมีปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ย 12.2 ± 9.12 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ย 19.0 ± 11.00 ปี และระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งสุดท้ายก่อนมาโรงพยาบาลเฉลี่ย 1.6 ± 1.67 วัน

ในส่วนของประวัติทางการแพทย์ พบว่าผู้ป่วยจำนวน 235 ราย (ร้อยละ 64.4) เคยมีประวัติภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน ผู้ป่วยจำนวน 111 ราย (ร้อยละ 30.4) เคยมีประวัติชักจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน ผู้ป่วยจำนวน 114 ราย (ร้อยละ 31.2) เคยมีประวัติเพื่อสับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน และผู้ป่วยจำนวน 60 ราย (ร้อยละ 16.4) เคยได้รับการรักษาโรคติดแอลกอฮอล์มาก่อน นอกจากนี้ผู้ป่วยจำนวน 65 ราย (ร้อยละ 17.8) มีประวัติการทนายที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และผู้ป่วยจำนวน 23 ราย (ร้อยละ 6.3) มีประวัติการใช้สารเสพติด สำหรับอาการของภาวะถอนแอลกอฮอล์ขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 238 ราย (ร้อยละ 65.2) มีอาการมือสั่น ผู้ป่วยจำนวน 191 ราย (ร้อยละ 52.3) มีอาการเหงื่อแตก ผู้ป่วยจำนวน 235 ราย (ร้อยละ 64.4) มีอาการประสาทหลอน และผู้ป่วยจำนวน 230 ราย (ร้อยละ 63.0) มีอาการเพื่อสับสน ทั้งนี้มีผู้ป่วยวินิจฉัย Delirium tremens (F10.4) จำนวน 150 ราย และมีผู้ป่วยที่บันทึกว่ามีอาการเพื่อสับสนจำนวน 230 ราย ดังแสดงในตารางที่ 1

เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ (non-alcohol withdrawal syndrome: Non-AWS) กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal syndrome: AWS; F10.3 + F10.4) พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญหลายประการ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ (AWS) จะมีความถี่ในการดื่มทุกวันสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ (Non-AWS) อย่างชัดเจน (ร้อยละ 99.6 เทียบกับ ร้อยละ 56.8,

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้ยาหรือสารเสพติด (N = 365)

ลักษณะประชากร		จำนวน (%)	ค่าเฉลี่ย (SD)
1.1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป			
เพศ	ชาย	347 (95.1%)	48.8 (13.15)
	หญิง	18 (4.9%)	
อายุ (ปี)			
ที่อยู่ภูมิลำเนา (จังหวัด)	อุบลราชธานี	287 (78.6%)	
	อำนาจเจริญ	26 (7.1%)	
	ศรีสะเกษ	25 (6.8%)	
	มุกดาหาร	8 (2.2%)	
	ยโสธร	6 (1.6%)	
	จังหวัดอื่นๆ	13 (3.7%)	
อาชีพ	เกษตรกร	143 (39.2%)	
	รับจ้างทั่วไป	128 (35.1%)	
	ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	17 (4.7%)	
	อาชีพอิสระ	12 (3.3%)	
	ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	6 (1.6%)	
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	57 (15.6%)	
	นักเรียน/นักศึกษา	2 (0.5%)	
สิทธิการรักษาพยาบาล	พระราชบัญญัติประกันบุคคล	166 (45.5%)	
	ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	157 (43.0%)	
	ประกันสังคม	20 (5.5%)	
	เบิกตรง/อปท	18 (4.9%)	
	เงินสด	4 (1.1%)	
1.2 ข้อมูลการเจ็บป่วย			
โรคประจำตัว	มี	174 (47.7%)	
	ไม่มี	191 (52.3%)	
ชนิดของโรคประจำตัว	โรคทางกายอื่นๆ	94 (54.0%)	
	โรคตับแข็ง	13 (7.5%)	
	โรคประจำตัวทางจิตเวช	40 (23.0%)	
	โรคทางกายและโรคทางจิตเวช	27 (15.5%)	
หอผู้ป่วยในแรกวันที่เข้ารับรักษา	หอผู้ป่วยหนักอุบัติเหตุ	44 (12.1%)	
	หอผู้ป่วยหนักประสาทศัลยกรรม	32 (8.8%)	
	หอผู้ป่วยหนักออโรปิติกส์	18 (4.9%)	
	หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ	101 (27.7%)	
	หอผู้ป่วยประสาทศัลยกรรม	81 (22.2%)	
	หอผู้ป่วยออโรปิติกส์	71 (19.4%)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้ยาหรือสารเสพติด (N = 365) (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน (%)	ค่าเฉลี่ย (SD)
สาเหตุของอุบัติเหตุ	หอยุ่ป่วยกระดูกสันหลัง	7 (1.9%)
	หอยุ่ป่วยศัลยกรรมตกแต่ง	11 (3.0%)
	ขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	162 (44.4%)
	ขับขี่หรือโดยสารรถยนต์	11 (3.0%)
	ถูกรถชน	7 (1.9%)
	ตกจากที่สูง	111 (30.4%)
	อุบัติเหตุอื่นๆ	74 (20.3%)
ภาวะบาดเจ็บสมองร่วม	มี	252 (69.1%)
	ไม่มี	113 (30.9%)
อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ	ศีรษะและสมอง	252 (69.4%)
	ลำคอ	25 (6.8%)
	ทรวงอก	33 (9%)
	ช่องท้องและเชิงกราน	41 (11.2%)
	แขนและมือ	61 (16.7%)
	สะโพก/ขาและเท้า	123 (33.7%)
	อื่นๆ	9 (2.5%)
รูปแบบการบาดเจ็บ	ระบบเดี่ยว (single organ injury)	247 (67.7%)
	หลายระบบ (multiple organ injury)	118 (32.3%)
ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ	บาดเจ็บทั่วไป (LOS < 21 วัน)	313 (85.8%)
	บาดเจ็บสาหัส (LOS ≥ 21 วัน)	52 (14.2%)
ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ	ใส่	117 (32.1%)
	ไม่ใส่	248 (67.9%)
การผ่าตัด	มี	214 (58.6%)
	ไม่มี	151 (41.4%)
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างนอนโรงพยาบาล	มี	224 (61.4%)
	ไม่มี	141 (38.6%)
การปรึกษาจิตแพทย์ระหว่างนอนโรงพยาบาล	มี	209 (57.3%)
	ไม่มี	156 (42.7%)
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล (วัน)		13.1 (16.56)
สถานะการจำหน่ายจากโรงพยาบาล	ดีขึ้น (improved)	346 (94.8%)
	ไม่ดีขึ้น (not improved)	3 (0.8%)
	เสียชีวิต (death)	16 (4.4%)
1.3 ข้อมูลลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้ยาหรือสารเสพติด		
การวินิจฉัยโรคตามรหัส ICD-10 หมวด (F10 - F10.9)		
- Alcohol harmful use without alcohol withdrawal state (F10.1)		49 (13.4%)
- Alcohol dependence without alcohol withdrawal state (F10.2)		76 (20.8%)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้ยาหรือสารเสพติด (N = 365) (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน (%)	ค่าเฉลี่ย (SD)
- Alcohol withdrawal state without delirium/Non delirium tremens (F10.3)	90 (24.7%)	
- Alcohol withdrawal with delirium/Delirium tremens (F10.4)	150 (41.1%)	
ประวัติพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์		
- ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม	สุราขาว	330 (90.4%)
	สุราสี	6 (1.6%)
	เบียร์	29 (8.0%)
- ความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์	ทุกวัน	310 (84.9%)
	5 - 6 วัน/สัปดาห์	17 (4.8%)
	1 - 4 วัน/สัปดาห์	18 (4.9%)
	1 - 3 ครั้ง/เดือน	20 (5.4%)
- ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มต่อวัน (standard drinks)		12.2 (9.12)
- ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์ (ปี)		19.0 (11.00)
ประวัติเคยมีภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน	มี	235 (64.4%)
	ไม่มี	130 (35.6%)
ประวัติเคยชักจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน	มี	111 (30.4%)
	ไม่มี	254 (69.6%)
ประวัติเคยมีแพ้สับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน	มี	114 (31.2%)
	ไม่มี	251 (68.8%)
ประวัติเคยได้รับการรักษาโรคติดแอลกอฮอล์มาก่อน	มี	60 (16.4%)
	ไม่มี	305 (83.6%)
ประวัติการทานยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท	มี	65 (17.8%)
	ไม่มี	300 (82.2%)
ประวัติการใช้สารเสพติด	มี	23 (6.3%)
- ยาบ้า		16 (4.4%)
- กัญชา		4 (1.1%)
- กระท่อม		2 (0.5%)
- สารเสพติดอื่นๆ		1 (0.3%)
ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งสุดท้ายก่อนมาโรงพยาบาล (วัน)		1.6 (1.67)
อาการของภาวะถอนแอลกอฮอล์ขณะนอนโรงพยาบาล		
- สัญญาณชีพแปรปรวน	ชีพจร	95.8 (13.30)
	ความดันโลหิตค่าบน (SBP)	140.9 (19.12)
	ความดันโลหิตค่าล่าง (DBP)	85.8 (13.09)
	อุณหภูมิร่างกาย	37.4 (0.72)
- อาการมือสั่น	มี	238 (65.2%)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้ยาหรือสารเสพติด (N = 365) (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน (%)	ค่าเฉลี่ย (SD)
- อาการเหงื่อแตก	ไม่มี 127 (34.8%) มี 191 (52.3%)	
- อาการประสาทหลอน	ไม่มี 174 (47.7%) มี 235 (64.4%)	
- อาการเพ้อสับสน	ไม่มี 130 (35.6%) มี 230 (63.0%) ไม่มี 135 (37.0%)	

หมายเหตุ ข้อมูลแสดงเป็นค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน: SD) เพื่อแสดงภาพรวม การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มในตารางถัดไปใช้ค่ามัธยฐาน (ช่วงควอไทล์: IQR) และสถิติที่เหมาะสมตามการแจกแจงข้อมูล

$p < 0.001$) ทั้งนี้ค่าเฉลี่ยเป็นศูนย์ ส่งผลให้ Odds Ratio (OR) ที่ปรับแล้วไม่แสดงนัยสำคัญทางสถิติโดยวิธีถดถอย (รายงาน p-value จาก Fisher's exact ตามข้อกำหนดตาราง) ประวัติเคยมีภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อนสัมพันธ์กับโอกาสการเกิดภาวะถอนแอลกอฮอล์ที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (adjusted OR = 6.48; 95% CI: 3.38 - 12.44; $p < 0.001$) เช่นเดียวกับประวัติเคยชักจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน (adjusted OR = 2.28; 95% CI: 1.17 - 4.43; $p = 0.015$) และประวัติเคยมีเพ้อสับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน (adjusted OR = 2.59; 95% CI: 1.32 - 5.05; $p = 0.005$) ขณะที่ปัจจัยที่สัมพันธ์เชิงป้องกัน ได้แก่ ประวัติเคยได้รับการรักษาโรคติดแอลกอฮอล์มาก่อน (adjusted OR = 0.30; 95% CI: 0.15 - 0.57; $p < 0.001$) ประวัติการทานยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (adjusted OR = 0.33; 95% CI: 0.17 - 0.65; $p < 0.001$) และประวัติการใช้สารเสพติด (adjusted OR = 0.24; 95% CI: 0.07 - 0.81; $p = 0.021$) ส่วนระยะเวลาอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 7 วันขึ้นไปไม่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม (adjusted OR = 1.62; 95% CI: 0.84 - 3.10; $p = 0.147$) ดังแสดงใน **ตารางที่ 2**

นอกจากนี้กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ (AWS) มีค่าความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ (Non-AWS) อย่างมีนัยสำคัญ โดยค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตตัวบน Systolic Blood Pressure (SBP) อยู่ที่ 144.3 ± 16.91 mmHg เทียบกับ 134.4 ± 21.40 mmHg ($p < 0.001$) และค่าความดันโลหิตตัวล่าง Diastolic Blood Pressure (DBP) อยู่ที่ 88.3 ± 11.84 mmHg เทียบกับ 80.9 ± 14.07 mmHg ($p < 0.001$) นอกจากนี้กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ (AWS) มีสัดส่วนผู้ป่วย

ขาดเจ็บหลายระบบสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ (Non-AWS) อย่างมีนัยสำคัญ (36.7% เทียบกับ 24.0%, $p = 0.019$) รวมถึงมีอุณหภูมิเฉลี่ยสูงกว่า (37.5°C [IQR 37.10 - 37.90] เทียบกับ 37.3°C [IQR 37.00 - 37.70], $p < 0.001$) ในขณะที่ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า ค่า Blood Urea Nitrogen (BUN) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ (AWS) สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ (Non-AWS) (9.0 mg/dL [IQR 7.00 - 14.00] เทียบกับ 8.0 mg/dL [IQR 6.00 - 12.00], $p = 0.028$)

ในการเปรียบเทียบกลุ่มย่อย (subgroup) ภายในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ (AWS) พบว่าผู้ป่วย Recurrent AWS มีลักษณะบางประการแตกต่างจาก Naive AWS อย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่ม Recurrent AWS มีสัดส่วนเพศชายมากกว่า (98.5% เทียบกับ 85.0%, $p < 0.001$) มีค่า Systolic Blood Pressure (SBP) เฉลี่ยสูงกว่า (146.1 ± 16.40 mmHg เทียบกับ 135.1 ± 16.54 mmHg, $p < 0.001$) และมีค่า Diastolic Blood Pressure (DBP) เฉลี่ยสูงกว่า (89.2 ± 11.81 mmHg เทียบกับ 83.7 ± 11.00 mmHg, $p = 0.006$) นอกจากนี้กลุ่ม Recurrent AWS ยังมีอุณหภูมิเฉลี่ยสูงกว่า (37.6°C [IQR 37.20 - 38.00] เทียบกับ 37.1°C [IQR 36.58 - 37.70], $p < 0.001$) ขณะที่ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบความแตกต่างของค่า Sodium (Na) ซึ่งกลุ่ม Recurrent AWS มีค่าต่ำกว่า (138.0 mmol/L [IQR 135 - 141] เทียบกับ 141.0 mmol/L [IQR 136 - 143], $p = 0.012$) และมีค่า Bicarbonate (HCO_3) ที่สูงกว่า (23.0 mmol/L [IQR 19 - 26] เทียบกับ 21.0 mmol/L [IQR 17 - 23], $p = 0.013$) ดังแสดงใน **ตารางที่ 3**

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกลุ่ม Non-Alcohol Withdrawal Syndrome (Non-AWS) และกลุ่มที่มี Alcohol Withdrawal Syndrome (AWS; F10.3 + F10.4) วิเคราะห์ด้วย Chi-square test หรือ Fisher's exact test ตามความเหมาะสม และ Logistic regression

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง		Non - Alcohol Withdrawal Syndrome (N = 125)	Alcohol Withdrawal Syndrome (N = 240)	p-value	Unadjusted OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR ^a (95% CI)
		จำนวน (%)	จำนวน (%)				
ความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์	ทุกวัน	71 (56.8%)	239 (99.6%)	< 0.001*	181.77 (24.71 – 1337.41)	1.000	1.58 (0.00 – ∞)
	บางครั้ง	54 (43.2%)	1 (0.4%)				
ประวัติเคยมีภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน	มี	35 (28.0%)	200 (83.3%)	< 0.001*	12.86 (7.66 – 21.57)	< 0.001*	6.48 (3.38 – 12.44)
	ไม่มี	90 (72.0%)	40 (16.7%)				
ประวัติเคยชักจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน	มี	16 (12.8%)	95 (39.6%)	< 0.001*	4.46 (2.49 – 8.01)	0.015*	2.28 (1.17 – 4.43)
	ไม่มี	109 (87.2%)	145 (60.4%)				
ประวัติเคยมีเพื่อสับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน	มี	16 (12.8%)	98 (40.8%)	< 0.001*	4.70 (2.62 – 8.43)	0.005*	2.59 (1.32 – 5.05)
	ไม่มี	109 (87.2%)	142 (59.2%)				
ประวัติเคยได้รับการรักษาโรคติดแอลกอฮอล์มาก่อน	มี	25 (20.0%)	35 (14.6%)	0.240	0.68 (0.39 – 1.20)	< 0.001*	0.30 (0.15 – 0.57)
	ไม่มี	100 (80.0%)	205 (85.4%)				
ประวัติการทานยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท	มี	31 (24.8%)	34 (14.2%)	0.018*	0.50 (0.29 – 0.86)	< 0.001*	0.33 (0.17 – 0.65)
	ไม่มี	94 (75.2%)	206 (85.8%)				
ประวัติการใช้สารเสพติดอื่นๆ	มี	15 (12.0%)	8 (3.3%)	0.003*	0.25 (0.10 – 0.61)	0.021*	0.24 (0.07 – 0.81)
	ไม่มี	110 (88.0%)	232 (96.7%)				
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล ≥ 7 วัน ^c	ใช่	77 (61.6%)	148 (61.7%)	1.000	1.00 (0.64 – 1.56)	0.147	1.62 (0.84 – 3.10)
	ไม่ใช่	48 (38.4%)	92 (38.3%)				

หมายเหตุ a ปรับด้วย: อายุ (ต่อ 10 ปี), เพศ, ระยะเวลาที่ดื่ม (ปี), ปริมาณ Standard drinks/วัน (log-transformed ถ้า distribution เบ้), การบาดเจ็บศีรษะร่วม (yes/no), การใส่ท่อช่วยหายใจ (yes/no), การผ่าตัด (yes/no) และตัวแปรที่มี p < 0.20 จากการวิเคราะห์สองตัวแปร (bivariate analysis); c จุดตัด LOS ≥ 7 วัน ใช้จากเกณฑ์ทางคลินิก/สถิติที่กำหนด; ค่าความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติถูกกำหนดที่ p < 0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการระหว่างผู้ป่วยกลุ่ม Non-Alcohol Withdrawal Syndrome (Non-AWS) และกลุ่มที่มี Alcohol Withdrawal Syndrome (AWS; F10.3 + F10.4)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง		Non - Alcohol Withdrawal Syndrome (N = 125)	Alcohol Withdrawal Syndrome (N = 240)	p-value	Alcohol Withdrawal Syndrome (N = 240)	Alcohol Withdrawal Syndrome (N = 240)	p-value
		จำนวน (%)	จำนวน (%)		Naive AWS (N = 40/240)	Recurrent AWS (N = 200/240)	
เพศ	ชาย	116 (92.8%)	231 (96.2%)	0.234	34 (85.0%)	197 (98.5%)	< 0.001*
	หญิง	9 (7.2%)	9 (3.8%)	0.234	6 (15.0%)	3 (1.5%)	< 0.001*
อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ	ระบบเดียว	95 (76.0%)	152 (63.3%)	0.019*	25 (62.5%)	127 (63.5%)	1.000
	หลายระบบ	30 (24.0%)	88 (36.7%)	0.019*	15 (37.5%)	73 (36.5%)	1.000
		ค่าเฉลี่ย (SD)	ค่าเฉลี่ย (SD)	p-value	ค่าเฉลี่ย (SD)	ค่าเฉลี่ย (SD)	p-value
อายุ (ปี)		49.3 (14.64)	48.6 (12.33)	0.644	49.8 (13.52)	48.3 (12.10)	0.544
สัญญาณชีพแรกพบ	SBP	134.4 (21.40)	144.3 (16.91)	< 0.001*	135.1 (16.54)	146.1 (16.40)	< 0.001*
	DBP	80.9 (14.07)	88.3 (11.84)	< 0.001*	83.7 (11.00)	89.2 (11.81)	0.006*
		ค่ามัธยฐาน (IQR)	ค่ามัธยฐาน (IQR)	p-value	ค่ามัธยฐาน (IQR)	ค่ามัธยฐาน (IQR)	p-value
ระยะเวลาอนโรพยาบาล (วัน)		10.0 (4.00 – 18.00)	9.0 (5.00 – 15.00)	0.850	10.5 (6.00 – 17.00)	8.0 (5.00 – 15.00)	0.231
ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มต่อวัน (standard drinks)		10.4 (1.89 – 20.83)	10.4 (2.84 – 20.83)	0.119	10.4 (10.41 – 20.83)	10.4 (2.84 – 20.83)	0.950
ระยะเวลาในการดื่มแอลกอฮอล์ (ปี)		20.0 (10.00 – 30.00)	20.0 (15.00 – 30.00)	0.193	20.0 (9.25 – 25.50)	20.0 (10.00 – 25.25)	0.837
ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้ง		1.0	1.0	0.068	1.0	1.0	0.381
สุดท้ายก่อนมาโรงพยาบาล (วัน)		(1.00 – 2.00)	(1.00 – 1.00)		(1.00 – 1.00)	(1.00 – 1.00)	

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการระหว่างผู้ป่วยกลุ่ม Non-Alcohol Withdrawal Syndrome (Non-AWS) และกลุ่มที่มี Alcohol Withdrawal Syndrome (AWS; F10.3 + F10.4) (ต่อ)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง		Non - Alcohol Withdrawal Syndrome (N = 125)	Alcohol Withdrawal Syndrome (N = 240)	p-value	Alcohol Withdrawal Syndrome (N = 240)	Alcohol Withdrawal Syndrome (N = 240)	p-value
		จำนวน (%)	จำนวน (%)		Naive AWS (N = 40/240)	Recurrent AWS (N = 200/240)	
สัญญาณชีพแรกพบ	ชีพจร	96.0 (88.00 – 106.00)	100.0 (92.00 – 110.00)	0.003*	98.0 (83.50 – 104.50)	98.0 (90.00 – 105.00)	0.308
	อุณหภูมิ	37.3 (37.00 – 37.70)	37.5 (37.10 – 37.90)	< 0.001*	37.1 (36.58 – 37.70)	37.6 (37.20 – 38.00)	< 0.001*
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	Blood sugar	124.0 (106.00 – 156.00)	129.0 (110.00 – 156.00)	0.642	127.0 (110.00 – 153.50)	129.0 (110.00 – 156.00)	0.621
	WBC	9,100 (7,170 – 11,600)	9,250 (7,210 – 10,700)	0.649	8,915 (7,210 – 10,700)	9,150 (7,210 – 10,700)	0.544
	Platelets	162,000 (119,000 – 247,000)	170,000 (119,000 – 238,000)	0.974	170,000 (119,000 – 238,000)	170,000 (119,000 – 238,000)	0.989
	BUN	8.0 (6.00 – 12.00)	9.0 (7.00 – 14.00)	0.028*	9.6 (8.00 – 13.00)	9.1 (7.00 – 12.77)	0.243
	Creatinine	0.7 (0.60 – 0.90)	0.7 (0.60 – 0.90)	0.470	0.7 (0.60 – 0.90)	0.7 (0.60 – 0.90)	0.965
	Sodium	138.0 (135 – 141)	138.0 (135 – 142)	0.563	141.0 (136 – 143)	138.0 (135 – 141)	0.012*
	Potassium	3.5 (3.00 – 3.80)	3.5 (3.00 – 3.80)	0.687	3.6 (3.00 – 3.73)	3.4 (3.00 – 3.80)	0.830
	Bicarbonate	22.0 (19 – 26)	22.0 (18 – 25)	0.046*	21.0 (17 – 23)	23.0 (19 – 26)	0.013*
	AST	90.0 (53 – 153)	80.0 (49 – 151)	0.376	76.0 (47 – 150)	80.0 (49 – 151)	0.816
	ALT	39.0 (24 – 74)	34.0 (22 – 57)	0.242	34.0 (22 – 72)	34.0 (22 – 56)	0.304

หมายเหตุ ข้อมูลแสดงเป็นค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน: SD) สำหรับตัวแปรที่แจกแจงปกติ, ค่ามัธยฐาน (ช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์ 25 – 75, IQR) สำหรับตัวแปรที่แจกแจงไม่ปกติ และจำนวน (ร้อยละ) สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม ข้อมูลเปรียบเทียบโดยใช้ Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test สำหรับตัวแปรเชิงต่อเนื่อง และ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม ตามความเหมาะสม; ค่าความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติถูกกำหนดที่ $p < 0.05$

จากการวิเคราะห์เชิงสองตัวแปร (bivariate analysis) พบว่าหลายปัจจัยมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ ได้แก่ ประวัติเคยชักจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน (unadjusted OR = 0.39, 95% CI 0.23 - 0.66, $p < 0.001$), ประวัติเคยมีเพื่อสับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน (unadjusted OR = 5.10, 95% CI 2.77 - 9.40, $p < 0.001$), ประวัติการทานยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (unadjusted OR = 0.27, 95% CI 0.13 - 0.55, $p < 0.001$) และระยะเวลานอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป (unadjusted OR = 5.37, 95% CI 3.18 - 9.07, $p < 0.001$) ขณะที่ตัวแปรอื่นๆ เช่น ประวัติเคยมีภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน ประวัติเคยได้รับการรักษาโรคติดแอลกอฮอล์มาก่อน และประวัติการใช้สารเสพติด ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

เมื่อทำการวิเคราะห์พหุตัวแปร (multivariate logistic regression) โดยการปรับตัวแปรกวนที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประวัติเคยชักจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน (adjusted OR = 0.34, 95% CI 0.19 - 0.62, $p < 0.001$), ประวัติเคยมีเพื่อสับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน (adjusted OR = 6.04, 95% CI 3.06 - 11.91, $p < 0.001$), ประวัติการทานยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (adjusted OR = 0.28, 95% CI 0.12 - 0.63, $p = 0.002$) และระยะเวลานอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป (adjusted OR = 3.59, 95% CI 1.91 - 6.75, $p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ (non-delirium tremens; F10.3) กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ (delirium tremens; F10.4) พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติหลายประการ ดังนี้ กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ (non-delirium tremens; F10.3) มีอายุเฉลี่ยสูงกว่า (49.6 ปี เทียบกับ 46.4 ปี, $p = 0.047$) ในขณะที่กลุ่ม Delirium tremens มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลยาวนานกว่า โดยมีค่ามัธยฐาน 11 วัน เทียบกับ 5 วัน ในกลุ่ม Non-delirium tremens ($p < 0.001$) รวมถึงมีระยะเวลาการดื่มแอลกอฮอล์ยาวนานกว่า (ค่ามัธยฐาน 20 ปี เทียบกับ 18.5 ปี, $p = 0.028$) และมีอุณหภูมิร่างกายเฉลี่ยสูงกว่า ($p = 0.033$) สำหรับค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ (delirium tremens; F10.4) มีค่า Potassium (K) สูงกว่า ($p = 0.041$) มีค่า Blood Urea Nitrogen (BUN) สูงกว่า ($p = 0.039$)

และมีค่า Creatinine สูงกว่า ($p = 0.037$) ในขณะที่มีค่า Bicarbonate (HCO_3) ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ต่อวัน ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งสุดท้ายก่อนมาโรงพยาบาล ค่าซีฟร่า ค่าความดันโลหิต รวมถึงค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Blood sugar, WBC, Platelets, Sodium (Na), Aspartate aminotransferase (AST) และ Alanine aminotransferase (ALT) ไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญระหว่างสองกลุ่ม ($p > 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 5

วิจารณ์

ความซุกและการเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความซุกของภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่ามีความซุกของภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ ร้อยละ 41.1 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธรรมศักดิ์ อัจฉริยะสวัสดิ์¹² ในปี พ.ศ. 2559 ที่ทำการศึกษาแบบย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วย ในช่วงปี พ.ศ. 2555 - 2566 จำนวน 82 ราย ในโรงพยาบาลศิริราช พบว่ามีความซุกของภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ ร้อยละ 41.5 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ แวตตา อินทุม และคณะ¹³ ในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งทำการศึกษาผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรธานี ในช่วงปี พ.ศ. 2557 - 2561 จำนวน 160 ราย พบว่ามีความซุกของภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ ร้อยละ 33.1 ซึ่งมีความซุกต่ำกว่าเล็กน้อยเทียบกับผลการศึกษานี้ และเทียบกับผลการศึกษาของ ธรรมศักดิ์ อัจฉริยะสวัสดิ์¹² ทั้งที่โรงพยาบาลอุดรธานีนั้นเป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่รับผู้ป่วยอุบัติเหตุเช่นเดียวกัน ในประเด็นนี้ ผู้วิจัยตั้งข้อสันนิษฐานว่าความแตกต่างดังกล่าวอาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น ลักษณะประชากรในแต่ละพื้นที่ที่แตกต่างกันทั้งในด้านปริมาณและรูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์ โดยจากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2564¹⁰ พบว่าจังหวัดอุบลราชธานีมีอัตราการดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำในประชากรเพศชายสูงกว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือเฉลี่ยร้อยละ 7.5 ซึ่งอาจสะท้อนถึงการมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ต่อเนื่องหรือปริมาณมาก ซึ่งอาจทำให้ความซุกของภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์สูงกว่าจังหวัดอุดรธานี

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกลุ่ม Alcohol Withdrawal Syndrome without delirium (non - delirium tremens; F10.3) และกลุ่มที่มี Alcohol Withdrawal Syndrome with delirium (delirium Tremens; F10.4) วิเคราะห์ด้วย Chi-square test หรือ Fisher's exact test ตามความเหมาะสม และวิเคราะห์ Logistic regression

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง		Non - delirium tremens (F10.3) (N = 90) จำนวน (%)	Delirium tremens (F10.4) (N = 150) จำนวน (%)	p-value (Crude)	Unadjusted OR (95% CI)	p-value (Adj)	Adjusted OR ^a (95% CI)
ความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์	ทุกวัน	89 (98.9%)	150 (100.0%)	0.375 ^b	-b	-	-
	บางครั้ง	1 (1.1%)	0 (0) †				
ประวัติเคยมีภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน	มี	78 (86.7%)	122 (81.3%)	0.371	0.67 (0.32 – 1.4)	0.356	0.67 (0.32 – 1.40)
	ไม่มี	12 (13.3%)	28 (18.7%)				
ประวัติเคยชักจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน	มี	50 (55.6%)	45 (30.0%)	< 0.001*	0.39 (0.23 – 0.66)	< 0.001*	0.34 (0.19 – 0.62)
	ไม่มี	40 (44.4%)	105 (70.0%)				
ประวัติเคยมีแพ้สับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน	มี	17 (18.9%)	81 (54.0%)	< 0.001*	5.10 (2.77 – 9.40)	< 0.001*	6.04 (3.06 – 11.91)
	ไม่มี	73 (81.1%)	69 (46.0%)				
ประวัติเคยได้รับการรักษาโรคติดแอลกอฮอล์มาก่อน	มี	17 (18.9%)	18 (12.0%)	0.186	0.59 (0.28 – 1.21)	0.240	0.62 (0.28 – 1.38)
	ไม่มี	73 (81.1%)	132 (88.0%)				
ประวัติการทานยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท	มี	22 (24.4%)	12 (8.0%)	< 0.001*	0.27 (0.13 – 0.55)	0.002*	0.28 (0.12 – 0.63)
	ไม่มี	68 (75.6%)	138 (92.0%)				
ประวัติการใช้สารเสพติด	มี	4 (4.4%)	4 (2.7%)	0.478	0.59 (0.14 – 2.42)	0.636	0.68 (0.13 – 3.43)
	ไม่มี	86 (95.6%)	146 (97.3%)				
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล ≥ 7 วัน ^c	ใช่	29 (32.2%)	111 (74.0%)	< 0.001*	5.37 (3.18 – 9.07)	< 0.001*	3.59 (1.91 – 6.75)
	ไม่ใช่	61 (67.8%)	39 (26.0%)				

หมายเหตุ a ปรับด้วยอายุ (ต่อ 10 ปี), เพศ, ระยะเวลาที่ดื่ม (ปี), ปริมาณ Standard drinks/วัน (log-transformed กรณีการกระจายไม่ปกติ), การบาดเจ็บศีรษะร่วม (yes/no), การใส่ท่อช่วยหายใจ (yes/no), การผ่าตัด (yes/no) และตัวแปรที่มี p < 0.20 จากการวิเคราะห์สองตัวแปร (bivariate analysis); b ในกรณีที่ค่าในเซลล์คาดหวัง < 5 ในมากกว่า 20% ของเซลล์ หรือมี Zero cell จะรายงานค่า p-value จาก Fisher's exact test และไม่คำนวณ OR/95% CI; c จุดตัด LOS ≥ 7 วัน ใช้จากเกณฑ์ทางคลินิก/สถิติที่กำหนด; ค่าความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติถูกกำหนดที่ p < 0.05 † กรณีมีค่าเป็นศูนย์ (zero cell): รายงานค่า p-value ด้วย Fisher's exact test และไม่คำนวณค่า OR/95% CI

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการระหว่างผู้ป่วยกลุ่ม Alcohol Withdrawal Syndrome without delirium (non - delirium tremens; F10.3) และกลุ่มที่มี Alcohol Withdrawal Syndrome with delirium (delirium Tremens; F10.4)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง		Non-delirium tremens (F10.3) (N = 90)	Delirium tremens (F10.4) (N = 150)	p-value Independent Sample T-Test
		ค่าเฉลี่ย (SD)	ค่าเฉลี่ย (SD)	
อายุ (ปี)		49.6 (13.34)	46.4 (12.10)	0.047*
สัญญาณชีพแรกพบ	SBP	144.2 (17.20)	144.5 (16.80)	0.906
	DBP	89.4 (11.90)	87.6 (11.50)	0.268
ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง		Non-delirium tremens (F10.3) (N = 90)	Delirium tremens (F10.4) (N = 150)	p-value (Mann-Whitney U test)
		ค่ามัธยฐาน (IQR)	ค่ามัธยฐาน (IQR)	
ระยะเวลาอนโรพยาบาล (วัน)		5.0 (3 - 9)	11.0 (7 - 17)	< 0.001*
ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่ม ต่อวัน (standard drinks)		10.4 (2.84 - 20.83)	10.4 (5.21 - 20.83)	0.427
ระยะเวลาในการดื่ม แอลกอฮอล์ (ปี)		18.5 (10.0 - 21.0)	20.0 (15.0 - 30.0)	0.028*
ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์ ครั้งสุดท้ายก่อนมา โรงพยาบาล (วัน)		1.0 (1-1)	1.0 (1-1)	0.222
สัญญาณชีพแรกพบ	ชีพจร	97.0 (88 - 108)	100.0 (92 - 106)	0.140
	อุณหภูมิ ร่างกาย	37.3 (37.00 - 38.00)	37.7 (37.40 - 37.90)	0.033*
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	Blood sugar	129.0 (106 - 156)	127.0 (110 - 156)	0.990
	WBC	9,150 (7,170 - 11,600)	8,915 (7,210 - 10,700)	0.202
	Platelets	156,000 (110,000 - 268,000)	170,500 (119,000 - 238,000)	0.226
	BUN	7.0 (6.00 - 11.00)	9.2 (7.00 - 14.00)	0.039*
	Creatinine	0.70 (0.60 - 0.80)	0.71 (0.60 - 0.90)	0.037*
	Sodium (Na)	137.0 (135 - 141)	138.0 (135 - 142)	0.266
	Potassium (K)	3.2 (2.90 - 3.70)	3.5 (3.00 - 3.80)	0.041*
	Bicarbonate	25.0 (21 - 28)	22.0 (18 - 20)	< 0.001*
	AST	110.0 (55 - 170)	80.0 (49 - 151)	0.148
	ALT	49.0 (26 - 88)	34.0 (22 - 57)	0.128

หมายเหตุ ค่าที่รายงานเป็น Mean (SD) หรือ Median (IQR) ตามการแจกแจงของข้อมูล; ใช้ Independent Samples t-test สำหรับข้อมูลแจกแจงปกติ และ Mann-Whitney U test สำหรับข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ; ค่าความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติถูกกำหนดที่ $p < 0.05$

อีกข้อสันนิษฐานหนึ่งที่น่าจะอธิบายความแตกต่างในประเด็นดังกล่าวได้คือช่วงเวลาของการศึกษา ซึ่งการศึกษาของแวตตา อินซุม และคณะ¹³ เก็บข้อมูลย้อนหลังถึงปี พ.ศ. 2557 ในขณะที่การศึกษานี้เก็บข้อมูลช่วงปี พ.ศ. 2564 - 2567 สะท้อนให้เห็นสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบันกว่า โดยระยะหลังมนุษย์เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์รวมถึงสภาพเศรษฐกิจอันเป็นผลจากสถานการณ์โควิด-19 ซึ่งมีรายงานจากองค์การอนามัยโลก¹³ ระบุว่าช่วงหลังการระบาดของโควิด-19 พบผู้ดื่มแอลกอฮอล์หนักมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจสัมพันธ์กับความชุกของภาวะถอนแอลกอฮอล์ที่พบสูงขึ้นในการศึกษานี้ด้วยเช่นกัน

ผลการศึกษานี้พบจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal delirium/delirium tremens; F10.4) มีจำนวน 150 ราย ขณะที่มีการบันทึกอาการเพื่อสับสน (delirium symptom) ถึง 230 ราย ความแตกต่างกว่า 80 รายนี้ สันนิษฐานว่าอาจมาจากหลายสาเหตุ ได้แก่ (1) ผู้ป่วยบางรายมีอาการเพื่อสับสนจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ภาวะถอนแอลกอฮอล์ (delirium due to multiple etiologies) เช่น ภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด ความผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์ การติดเชื้อ หรือการบาดเจ็บศีรษะ (2) ความคลาดเคลื่อนในการลงรหัสโรคตามการจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision; ICD-10 coding) ที่อาจบันทึกภาวะเพื่อสับสนลงในหมวดอื่น หรือใช้รหัส F10.2 (alcohol dependence without alcohol withdrawal state) รหัส F10.3 (alcohol withdrawal state/non delirium tremens) ร่วมกับรหัส F0.59 (delirium unspecified) แทน (3) อาการเพื่อสับสนอาจเกิดขึ้นภายหลังจากภาวะแทรกซ้อนอื่นระหว่างการรักษา ซึ่งไม่ได้สัมพันธ์โดยตรงกับการถอนแอลกอฮอล์ การตีความผลการศึกษาจึงต้องพิจารณาพร้อมกับข้อจำกัดของระบบการบันทึกข้อมูลดังกล่าว

สำหรับการศึกษาในต่างประเทศนั้นพบความชุกของภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ที่แตกต่างจากการศึกษาในประเทศไทยโดยสิ้นเชิง ในปี ค.ศ. 2014 มีการศึกษาของ Randeep s Jawa และคณะ¹⁵ ซึ่งศึกษาผู้ป่วยย้อนหลังของประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 19,369 ราย ในปี ค.ศ. 1999 - 2008 พบความชุกเพียงร้อยละ 0.71 ขณะที่การศึกษาของ Nasim Ahmed และคณะ¹⁶ ซึ่งศึกษาจากฐานข้อมูลของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยในสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2013 - 2016 มีผู้ป่วยในการศึกษา 497,819 ราย พบความชุกเพียงร้อยละ 1.38

และในปี ค.ศ. 2023 มีการศึกษาของ Tyler J Jones และคณะ¹⁷ ซึ่งศึกษาจากฐานข้อมูล Trauma registry ของประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2017 - 2018 มีข้อมูลผู้ป่วยกว่า 1,677,351 ราย แต่พบความชุกเพียงร้อยละ 0.7 เท่านั้น เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษานี้กับการศึกษาต่างประเทศ เช่น ของ Jawa และคณะ¹⁵, Ahmed และคณะ¹⁶ รวมถึง Jones และคณะ¹⁷ ในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบความชุกของภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์เพียงร้อยละ 0.7 - 1.38 จะเห็นได้ว่าผลการศึกษาของผู้วิจัยพบความชุกสูงกว่าหลายเท่า ปัจจัยสำคัญที่น่าจะอธิบายความแตกต่างนี้ได้คือความแตกต่างด้านลักษณะประชากรที่ศึกษา กล่าวคือการศึกษาที่ทำในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีความเกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์โดยตรง โดยทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยในกลุ่มอาการทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้แอลกอฮอล์ตามรหัส ICD-10 หมวด F10.1 - F10.9 และกว่าร้อยละ 84.9 ของผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างนี้มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำทุกวัน กลุ่มตัวอย่างจึงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะถอนแอลกอฮอล์และภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ตามมา ในขณะที่การศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกาส่วนใหญ่ใช้ฐานข้อมูล Trauma ของผู้ป่วยทุกประเภท (overall trauma population) ซึ่งนับรวมทั้งผู้ป่วยที่ดื่มและไม่ดื่มแอลกอฮอล์ หรือผู้ที่มีเพียงประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ในอดีต การคำนวณความชุกในกลุ่มประชากรที่กว้างกว่าจึงย่อมทำให้ค่าความชุกของภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ต่ำกว่าการศึกษานี้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ผู้วิจัยตั้งข้อสันนิษฐานว่าความแตกต่างของระบบการวินิจฉัย การคัดกรอง และการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนระหว่างประเทศอาจมีส่วนทำให้ตัวเลขความชุกแตกต่างกันได้เช่นกัน ดังนั้นความชุกของการศึกษาในประเทศไทยที่พบสูงกว่าจึงสะท้อนให้เห็นว่า ประชากรในการศึกษานี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์โดยตรง และอาจไม่สามารถเปรียบเทียบกับความชุกในประชากรทั่วไปของต่างประเทศได้โดยตรง

นอกจากนี้พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยสันนิษฐานว่าอาจเป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลได้ มีการศึกษาพบว่าชนิดของแอลกอฮอล์ที่ประชากรไทยนิยมดื่ม คือ สุราขาว¹⁸ ซึ่งมีดีกรีความเข้มข้นแอลกอฮอล์เฉลี่ย 30 - 40% ABV (alcohol by volume) และสูงกว่าเบียร์หรือไวน์ที่นิยมดื่มในสหรัฐอเมริกา¹⁴ การดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความเข้มข้นสูงเช่นนี้ อาจส่งผลให้ได้รับปริมาณเอทานอลมากกว่าในปริมาณการดื่มที่เท่ากัน และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะถอนแอลกอฮอล์มากขึ้น โดยในผลการศึกษานี้

พบว่าค่าเฉลี่ยของปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ต่อวันสูงถึง 12.2 ดื่มมาตรฐาน ซึ่งมากกว่าค่าเฉลี่ย heavy drinker ในสหรัฐอเมริกา ที่ดื่มเพียง 2.1 ดื่มมาตรฐานต่อวัน¹⁹ เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยด้านประชากรศาสตร์คือพันธุกรรมอาจมีส่วนสำคัญเช่นกัน โดยมี การศึกษาพบว่าประชากรชาวเอเชียรวมถึงไทย มีความถี่ของ ALDH2*2 allele สูง ทำให้การเปลี่ยนแปลง acetaldehyde ช้าลง ส่งผลให้เกิดผลข้างเคียง เช่น หน้าแดง ใจสั่น ซึ่งเมื่อมีการดื่ม แอลกอฮอล์ในปริมาณสูงและหยุดดื่มแอลกอฮอล์กะทันหัน อาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ มากขึ้น²⁰ นอกจากนี้ยังมีหลักฐานว่าในประชากรชาวเอเชีย บางกลุ่มอาจมี polymorphism ของ CYP2E1 ที่ทำให้การกำจัด แอลกอฮอล์ช้าลงเมื่อเทียบกับประชากรชาวตะวันตก²¹ อีกปัจจัย ที่ควรพิจารณาคือขนาดร่างกาย โดยประชากรไทยมีดัชนีมวลกาย (body mass index) และปริมาตรน้ำในร่างกายน้อยกว่าประชากร ชาวตะวันตก จึงอาจทำให้มีระดับความเข้มข้นแอลกอฮอล์ ในเลือด (blood alcohol concentration) ที่สูงกว่าเมื่อดื่ม แอลกอฮอล์ในปริมาณเท่ากัน²² ซึ่งปัจจัยนี้อาจเพิ่มความเสี่ยง ในการเกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ที่สูงขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดสำคัญของข้อสันนิษฐานดังกล่าวข้างต้น คือ ยังไม่มีการศึกษาที่เปรียบเทียบความชุกของการเกิดภาวะเพื่อ สับสนจากการถอนแอลกอฮอล์โดยตรง ระหว่างผู้ป่วยอุบัติเหตุ ที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยกับในประเทศ สหรัฐอเมริกา จึงยังจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยัน สาเหตุของความแตกต่างที่พบต่อไป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้

ผลการศึกษานี้พบว่า กลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับการ วินิจฉัยภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal delirium/delirium tremens; F10.4) นั้นมีระยะเวลา นอนโรงพยาบาลยาวนานกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย ดังจะเห็น ได้จากค่ามัธยฐานของระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 11 วัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธรรมศักดิ์ อัจฉริยะสวัสดิ์¹² ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ มีระยะ เวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 9.8 วัน ในขณะที่กลุ่มที่ไม่มีภาวะเพื่อ สับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ มีค่ามัธยฐานของระยะเวลาการ นอนโรงพยาบาล 5 วัน เทียบกับผลการศึกษาของ ธรรมศักดิ์ อัจฉริยะสวัสดิ์¹² ซึ่งมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.1 วัน ผลการศึกษาทั้งสองนี้สะท้อนให้เห็นว่าภาวะเพื่อสับสนจากการ

ถอนแอลกอฮอล์ ทำให้ผู้ป่วยมีความซับซ้อนของโรคมากขึ้น ต้องได้ รับการดูแลรักษาและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้มีระยะเวลา การนอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้น อันอาจเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายและ ทรัพยากรทางการแพทย์²³

จากการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (multivariate logistic regression analysis) พบว่าหลายปัจจัยมีความสัมพันธ์ เชิงความเสี่ยงกับการเกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญ แต่อย่างไรก็ตามประวัติเคยชักจากภาวะถอน แอลกอฮอล์มาก่อน กลับมีความสัมพันธ์เชิงป้องกัน (aOR = 0.34, 95% CI 0.19 - 0.62) ซึ่งขัดแย้งกับทฤษฎี Kindling hypothesis และการศึกษาก่อนหน้า³⁰⁻³² ที่ระบุว่าประวัติเคยชักจาก ภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ ดังกล่าว ความแตกต่างนี้ผู้วิจัยสันนิษฐานว่าอาจเกิดจากการที่ ผู้ป่วยกลุ่มที่มีประวัติชักได้รับการเฝ้าระวังใกล้ชิดและได้รับยา กลุ่ม Benzodiazepines ตั้งแต่ระยะแรก จึงช่วยลดโอกาสการพัฒนาสู่ ภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตามผลลัพธ์นี้ ควรตีความอย่างระมัดระวัง และยังคงจำเป็นต้องมีการยืนยัน ด้วยการศึกษานในอนาคต

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติทานยาที่ออกฤทธิ์ต่อ จิตประสาทมีความสัมพันธ์เชิงป้องกันเช่นกัน (aOR = 0.28, 95% CI 0.12 - 0.63) ซึ่งสันนิษฐานจากผลของยาบางชนิด เช่น Benzodiazepines หรือยาที่มีฤทธิ์กดประสาท โดยสามารถช่วยลด อาการจากภาวะถอนแอลกอฮอล์และป้องกันการพัฒนาเป็นภาวะ เพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ต่อไป ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ คำแนะนำของ Mayo-Smith 1997³⁰ ที่พบว่าการใช้ยา กลุ่ม Benzodiazepines มีประสิทธิภาพในการลดความรุนแรงของ อาการถอนแอลกอฮอล์ (withdrawal severity) และลดการเกิด ภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ลงได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามปัจจัยดังกล่าวอาจมีผลจากอคติจากข้อบ่งชี้ (indication bias) เนื่องจากผู้ป่วยที่มีประวัติการทานยาหรือได้รับ ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท มักมีโอกาสได้รับการประเมินและ เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดมากกว่ากลุ่มอื่น

สำหรับปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยง ได้แก่ ประวัติเคยมีเพื่อ สับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน (aOR = 6.04, 95% CI 3.06 - 11.91) และระยะเวลานอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป (aOR = 3.59, 95% CI 1.91 - 6.75) ซึ่งอาจสะท้อนถึงความรุนแรง ของการขาดเสบียงและภาวะแทรกซ้อนที่ต้องการการรักษานานขึ้น อีกทั้งการเกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์เองก็อาจ

เป็นสาเหตุให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น จึงเป็นไปได้ว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นทั้งตัวทำนายและผลลัพธ์ของภาวะดังกล่าวไปพร้อมกัน อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ เช่น ของ Maldonado และคณะ 2014²⁵ รวมถึง Salottolo และคณะ 2017²⁸ ที่พบว่าประวัติเคยมีเพื่อสับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความรุนแรงของภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน ขณะที่ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้นสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Becker 1998³¹ และ Schuckit 2009⁹

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ แวตตา อินทุม และคณะ¹³ พบความสอดคล้องในปัจจัยสำคัญหลายประการ เช่น อายุ ความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติเคยมีเพื่อสับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน และความผิดปกติของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ แม้จะมีความแตกต่างบ้างในประเด็นปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มต่อวัน และประวัติการใช้สารเสพติดร่วม ความแตกต่างนี้อาจสะท้อนถึงความแตกต่างของประชากรศึกษาและวิธีการประเมิน แต่โดยรวมแล้วทั้งสองการศึกษายืนยันร่วมกันว่า การดื่มแอลกอฮอล์ต่อเนื่องในปริมาณสูง และเคยมีเพื่อสับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน เป็นตัวทำนายสำคัญของการเกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ต่อไป²⁴⁻²⁶

สำหรับปัจจัยด้านอายุ การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ (delirium tremens) มีอายุเฉลี่ย 46.4 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.10 ปี ขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์โดยไม่มีเพื่อสับสน (non-delirium tremens) มีอายุเฉลี่ย 49.6 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.34 ปี ผลดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาของ แวตตา อินทุม และคณะ¹³ ที่ระบุว่าผู้ป่วยอายุน้อยมีแนวโน้มเกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์สูงกว่า อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้แตกต่างจากรายงานของ Salottolo 2017²⁸ ที่พบว่าผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ ความแตกต่างนี้อาจสะท้อนถึงลักษณะเฉพาะของกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุในประเทศไทยที่มักมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์หนักตั้งแต่อายุน้อย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่เคยมีเพื่อสับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อนมีอัตราการชักสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคย (ร้อยละ 54.5 เทียบกับ ร้อยละ 22.8) ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงความรุนแรงของการพึ่งพาแอลกอฮอล์และกลไกทางพยาธิสรีรวิทยาที่ซับซ้อน

สำหรับความเที่ยงตรงของการระบุวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยในเวชปฏิบัติจริงอาจได้รับอิทธิพลจากแนวทางเวชปฏิบัติในทางคลินิก กล่าวคือแพทย์มักระบุผู้ป่วยที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับอาการสับสนว่าเป็น Delirium tremens (F10.4) โดยทันที แม้อาการสับสนดังกล่าวอาจเกิดจากภาวะทางกายอื่นที่มีใช้การถอนแอลกอฮอล์ ซึ่งอาจแตกต่างจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามรหัส ICD-10 ที่เคร่งครัดมากกว่า

นอกเหนือจากปัจจัยทางคลินิก ผลการศึกษานี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์มีค่า Blood Urea Nitrogen (BUN) และ Creatinine สูง ซึ่งอาจสะท้อนถึงภาวะเมตาบอลิซึมสูง (hypermetabolic state) และภาวะขาดน้ำ (dehydration)^{30,33} ส่วนค่าของ Potassium (K) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้กลับสูงกว่า ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้าที่มีรายงานว่าภาวะ Hypokalemia ในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว^{9,32} ความแตกต่างนี้สันนิษฐานว่าอาจเกิดจากลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่อาจได้รับสารน้ำที่มี Potassium ผสม หรือมีภาวะไตบกพร่องร่วม

โดยสรุป ปัจจัยทำนายที่สำคัญต่อการเกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ ได้แก่ ประวัติเคยมีเพื่อสับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลยาวนาน และความผิดปกติของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ขณะที่ประวัติเคยชักจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน และประวัติการทานยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอาจมีบทบาทเชิงป้องกัน ผลลัพธ์เหล่านี้ทั้งสอดคล้องและแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้า สะท้อนถึงความซับซ้อนของกลไกการเกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ และความจำเป็นของการศึกษาที่เจาะจงกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุในบริบทของไทยต่อไป

การวิเคราะห์กลุ่มย่อย: ผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ครั้งแรก (naive AWS) เทียบกับผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ซ้ำ (recurrent AWS)

การวิเคราะห์แบบแบ่งกลุ่มย่อย (subgroup analysis) ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ครั้งแรก (naive AWS) และกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ซ้ำ (recurrent AWS) พบความแตกต่างทางคลินิกที่สำคัญ กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ซ้ำ มีสัดส่วนเพศชายสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 98.5 เทียบกับ ร้อยละ 85.0, $p < 0.001$) ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ครั้งแรก มีสัดส่วนเพศหญิงสูงกว่า (ร้อยละ 15.0 เทียบกับ ร้อยละ 1.5, $p < 0.001$) ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Monasco และคณะ 2012²⁶ ที่พบว่าเพศชาย

มีแนวโน้มดื่มแอลกอฮอล์ต่อเนื่องและเข้าสู่ภาวะถอนซ้ำบ่อยกว่าเพศหญิง²⁶

ในด้านสัญญาณชีพ พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ซ้ำ (recurrent AWS) มีค่าความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure: SBP) และค่าความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure: DBP) สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ครั้งแรก (naive AWS) อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$ และ $p = 0.006$) ซึ่งสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติที่รุนแรงขึ้นจากการถอนซ้ำ²⁵ ลักษณะนี้สอดคล้องกับทฤษฎี Kindling hypothesis ที่ระบุว่า การถอนแอลกอฮอล์ซ้ำหลายครั้ง จะเพิ่มความไวของระบบประสาทส่วนกลางต่อการขาดแอลกอฮอล์ ทำให้ความรุนแรงของอาการถอนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในการถอนแอลกอฮอล์ครั้งถัดไป²⁴

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยังพบความแตกต่างบางประการ กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ซ้ำ (recurrent AWS) มีระดับ Sodium (Na) ต่ำกว่า (138.0 mmol/L เทียบกับ 141.0 mmol/L) แต่มีระดับ Bicarbonate (HCO_3) สูงกว่า (23.0 mmol/L เทียบกับ 21.0 mmol/L) อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.012$ และ $p = 0.013$) ซึ่งอาจสะท้อนการเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิซึมที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรังและการถอนแอลกอฮอล์ซ้ำ³³ อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญในระยะเวลานอนโรงพยาบาล ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มต่อวัน และผลการตรวจทางชีวเคมีบางรายการ เช่น AST และ ALT ซึ่งอาจสะท้อนว่าปัจจัยเหล่านี้ไม่ได้เป็นตัวบ่งชี้หลักของความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ครั้งแรกและผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ซ้ำ

โดยสรุป การศึกษาวิเคราะห์กลุ่มย่อยนี้ตอกย้ำว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ซ้ำควรถูกจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง และต้องได้รับการเฝ้าระวังทางคลินิกที่ใกล้ชิดกว่า ผลการศึกษานี้ยังสนับสนุนแนวคิดจากวรรณกรรมต่างประเทศที่เน้นย้ำถึงการป้องกันการถอนแอลกอฮอล์ซ้ำ เพื่อลดความรุนแรงของอาการและการพัฒนาไปสู่ภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์^{24-26,28,33}

การประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติ

ผลการศึกษานี้มีนัยสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ในบริบทโรงพยาบาลศูนย์ในประเทศไทย การระบุปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ เช่น ประวัติเคยมีเพื่อสับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป ประวัติการ

ทานยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท หรือความผิดปกติของค่า Blood Urea Nitrogen (BUN), Creatinine และ Potassium (K) ช่วยให้แพทย์สามารถคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และนำไปสู่การเฝ้าระวังและการจัดการเชิงรุกได้อย่างเหมาะสม^{30,33}

ในทางปฏิบัติ ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยมีเพื่อสับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน ควรได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในช่วง 72 - 96 ชั่วโมงแรกหลังการรับไว้รักษา เนื่องจากเป็นช่วงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนแอลกอฮอล์หรือภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์สูง นอกจากนี้ควรมีการติดตามค่าอิเล็กโทรไลต์และการทำงานของไตอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากภาวะเมตาบอลิซึมสูง (hypermetabolic state) และภาวะขาดน้ำ (dehydration) อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วในผู้ป่วยกลุ่มนี้^{9,32} สำหรับผู้ที่มีความผิดปกติของ Blood Urea Nitrogen (BUN) หรือ Creatinine ควรพิจารณาการให้สารน้ำที่เหมาะสม รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะไตบกพร่องร่วมด้วย

ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยนี้ยังสามารถนำไปใช้ในการออกแบบการป้องกันเชิงรุก เช่น การให้ยาในกลุ่ม Benzodiazepines เพื่อให้เกิดการรักษาเชิงป้องกัน (prophylaxis) สำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติเคยมีภาวะถอนแอลกอฮอล์รุนแรงมาก่อน รวมถึงการเตรียมผู้ป่วยอุบัติเหตุก่อนผ่าตัด แพทย์ควรให้ความสำคัญกับระบบการไหลเวียนโลหิต (hemodynamics) และอิเล็กโทรไลต์ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ตลอดจนให้คำแนะนำแก่ครอบครัวเกี่ยวกับอาการเริ่มต้นของภาวะถอนแอลกอฮอล์ เพื่อให้สามารถแจ้งบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างทันท่วงที

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสามารถเป็นพื้นฐานในการพัฒนาเครื่องมือทำนายทางคลินิก (clinical prediction tool) ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจะช่วยเพิ่มความแม่นยำในการคัดกรอง ลดภาระงานของบุคลากร และเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรในระบบสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรและงบประมาณ อย่างไรก็ตามการพัฒนาเครื่องมือดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการยืนยันด้วยการศึกษาแบบไปข้างหน้าหลายศูนย์ (multicenter prospective study) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความสามารถในการประยุกต์ใช้ในระดับประเทศต่อไป

จุดแข็งของการศึกษา

ข้อค้นพบจากการศึกษานี้มีจุดแข็งหลายประการ โดยประการแรก งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยอุบัติเหตุจำนวนมากที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งมีระบบ

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ทำให้ผลลัพธ์มีความน่าเชื่อถือและสะท้อนลักษณะทางคลินิกของภาวะถอนแอลกอฮอล์และภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนแอลกอฮอล์ได้อย่างชัดเจน ประการที่สอง การศึกษานี้มุ่งเน้นผู้ป่วยอุบัติเหตุซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนแอลกอฮอล์หรือภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนแอลกอฮอล์ รวมถึงมีผลกระทบรุนแรงกว่าผู้ป่วยทั่วไป สามารถช่วยเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้ที่ยังมีจำกัดในวรรณกรรมระดับนานาชาติ

อีกจุดแข็งที่สำคัญคือ การใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนจริง ซึ่งสะท้อนเวชปฏิบัติจริงของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และสามารถนำผลลัพธ์ไปประยุกต์ใช้ได้โดยตรงในการจัดการผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงเชิงพหุคูณด้วย Logistic regression เพื่อปรับตัวแปรพหุคูณที่สำคัญ เช่น อายุ เพศ ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ และปัจจัยทางคลินิกอื่นๆ ส่งผลให้การตีความผลลัพธ์มีความเที่ยงตรงขึ้น ท้ายที่สุดงานวิจัยนี้นับเป็นหนึ่งในงานแรกๆ ของประเทศไทยที่รายงานทั้งความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะถอนแอลกอฮอล์และภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุ ทำให้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษา รวมทั้งสนับสนุนการวางนโยบายสาธารณสุขในระดับประเทศได้ในอนาคต

ข้อจำกัด

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective cross-sectional study) ซึ่งอาจมีอคติที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนของข้อมูล (information bias) จากการบันทึกเวชระเบียนที่ไม่ครบถ้วน และอคติจากการคัดเลือก (selection bias) จากการศึกษาในโรงพยาบาลแห่งเดียว ทำให้ไม่สามารถ generalize ไปยังประชากรทุกกลุ่มได้ อีกทั้งอาจมีปัจจัยกวนอื่นๆ ที่ไม่ได้บันทึก เช่น ประเภทของยาที่ได้รับก่อนเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลหรือภาวะโรคร่วมทางกายที่ซ่อนอยู่ นอกจากนี้การวินิจฉัยโรคโดยใช้รหัส ICD-10 ในการจำแนกอาจมีอคติจากการจำแนกคลาดเคลื่อน (misclassification bias) โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องการเพื่อสืบสนเกิดจากสาเหตุอื่น (เช่น ภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด การติดเชื้อ หรือภาวะบาดเจ็บสมอง) แต่ไม่ได้เกิดจากภาวะถอนแอลกอฮอล์โดยตรง ข้อจำกัดเหล่านี้ชี้ว่าผลลัพธ์ควรถูกตีความด้วยความระมัดระวัง และการศึกษาแบบไปข้างหน้าหลายศูนย์ (multicenter prospective study) ที่มีการประเมินเชิงคลินิกโดยตรงจะช่วยเพิ่มความแม่นยำของข้อมูลในอนาคต

ข้อจำกัดของการศึกษา

แม้ว่าการศึกษานี้จะมีจุดแข็งหลายประการ แต่ก็มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาอย่างรอบคอบ ประการแรก การออกแบบเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective cross-sectional study) ทำให้ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนแอลกอฮอล์ได้อย่างชัดเจน อีกทั้งการพึ่งพาข้อมูลจากเวชระเบียนอาจมีความไม่ครบถ้วนหรือคลาดเคลื่อนจากการบันทึก ซึ่งนำไปสู่อคติที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนของข้อมูล (information bias) ได้ ประการที่สอง กลุ่มตัวอย่างจำกัดอยู่เฉพาะผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์เพียงแห่งเดียวและในช่วงเวลาที่กำหนด จึงอาจไม่สามารถสะท้อนสถานการณ์ของผู้ป่วยอุบัติเหตุในบริบทอื่นหรือในระดับประเทศได้ทั้งหมด ประการที่สาม ข้อมูลบางตัวแปร เช่น ประวัติพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มต่อวัน และรูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์ พึ่งพาการบันทึกจากการซักประวัติ ซึ่งขึ้นอยู่กับความถูกต้องของข้อมูลที่ผู้ป่วยหรือญาติให้ และความละเอียดในการบันทึกของบุคลากร ส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ง่าย ประการที่สี่ การวินิจฉัยภาวะถอนแอลกอฮอล์และภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนแอลกอฮอล์ รวมถึงการบันทึกลงในรหัสโรค ICD-10 ขึ้นอยู่กับการประเมินของแพทย์ผู้รักษา โดยไม่มีการใช้เครื่องมือมาตรฐาน เช่น CIWA-Ar ในการยืนยันทุกราย จึงอาจมีความแตกต่างในเกณฑ์การวินิจฉัยและเสี่ยงต่ออคติจากการจำแนกคลาดเคลื่อน (misclassification bias)

นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์พหุคูณอาจได้รับอิทธิพลจากจำนวนเหตุการณ์ที่น้อยในบางตัวแปร หรือมี Zero cell ซึ่งจำกัดความแม่นยำในการประมาณค่า Odds Ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่น อีกทั้งการไม่มีข้อมูลมาตรฐานด้านความรุนแรงของการบาดเจ็บ เช่น Injury Severity Score (ISS) หรือ Glasgow Coma Scale (GCS) ทำให้ต้องใช้ตัวชี้วัดทดแทนได้แก่ การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) หรือระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 21 วันขึ้นไป ตามเกณฑ์กฎหมายไทย ซึ่งอาจสะท้อนความรุนแรงได้เพียงบางส่วนและได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่น เช่น ความพร้อมของเตียงหรือเหตุผลทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการจำหน่าย

สุดท้าย การใช้ข้อมูลเวชระเบียนและการลงรหัสโรค ICD-10 อาจมีความคลาดเคลื่อน เนื่องจากผู้บันทึกอาจเป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะ แพทย์ประจำบ้าน หรือเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล ส่งผลให้การจำแนกผู้ป่วยผิดพลาด และอัตราความชุกของภาวะถอน

แอลกอฮอล์หรือภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนแอลกอฮอล์ที่รายงาน อาจต่ำกว่าความเป็นจริง (underestimated) ดังนั้นผลลัพธ์ของการศึกษานี้ควรถูกตีความด้วยความระมัดระวัง และควรมีการศึกษาต่อยอดในลักษณะการศึกษาแบบไปข้างหน้าหลายศูนย์ (multicenter prospective study) เพื่อเพิ่มความแม่นยำและความสามารถในการประยุกต์ใช้ในระดับประเทศต่อไป

ข้อเสนอแนะ (recommendations)

ต่อเวชปฏิบัติ (practice recommendations)

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนาระบบการคัดกรองและการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนแอลกอฮอล์และภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนแอลกอฮอล์ ในทางปฏิบัติควรมีการจัดทำแบบฟอร์มคัดกรองความเสี่ยงมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุทุกราย โดยอิงจากปัจจัยที่พบว่าสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ เช่น ประวัติเคยมีเพื่อสืบสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์ ระยะเวลาอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป ความผิดปกติของค่า Blood Urea Nitrogen (BUN), Creatinine, Potassium (K) และประวัติการทานยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท สำหรับผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงควรมีมาตรการเฝ้าระวังอย่างเข้มงวดในช่วง 72 - 96 ชั่วโมงแรก โดยติดตามสัญญาณชีพ ค่าอิเล็กโทรไลต์และการทำงานของไตอย่างใกล้ชิด การใช้ Benzodiazepines prophylaxis อาจพิจารณาในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ควรมีคู่มือให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วย เกี่ยวกับสัญญาณเริ่มต้นของภาวะถอนแอลกอฮอล์หรือภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนแอลกอฮอล์ เพื่อช่วยให้สามารถแจ้งบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างทันทั่วถึง

ต่อการวิจัย (research recommendations)

เพื่อยืนยันและต่อยอดผลการศึกษา ควรมีการดำเนินการวิจัยแบบไปข้างหน้าหลายศูนย์ (multicenter prospective study) เพื่อทดสอบความแม่นยำของ Predictive value ในปัจจัยเสี่ยงที่ค้นพบจากการศึกษานี้ อีกทั้งควรมีการพัฒนา clinical prediction tool หรือ risk score ที่ออกแบบมาเฉพาะสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุในประเทศไทย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรองและจัดการผู้ป่วย นอกจากนี้การศึกษาด้านความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของมาตรการป้องกันเชิงรุก เช่น การให้ Benzodiazepines prophylaxis ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง จะช่วยสนับสนุนการนำไปใช้ในเชิงนโยบายต่อไป

ต่อการวางนโยบาย (policy recommendations)

ในระดับระบบสุขภาพ ควรมีการบรรจุการคัดกรองความเสี่ยงของภาวะถอนแอลกอฮอล์หรือภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนแอลกอฮอล์ ให้เป็นส่วนหนึ่งของแนวทางมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุระดับประเทศ เพื่อสร้างมาตรฐานการปฏิบัติที่สอดคล้องกันในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป นอกจากนี้ควรจัดทำคู่มือปฏิบัติ (standard operating procedures) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และสนับสนุนการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ ในการป้องกันและจัดการภาวะถอนแอลกอฮอล์และภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยอุบัติเหตุ สุดท้ายภาครัฐควรจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณที่เพียงพอ เพื่อให้สามารถติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้อย่างครอบคลุมและยั่งยืน

สรุป

การศึกษานี้พบว่าความชุกของภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์อยู่ที่ร้อยละ 41.1 โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความถี่และปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติเคยมีภาวะถอนหรือเคยชักจากการถอนแอลกอฮอล์มาก่อน ตลอดจนความผิดปกติของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่เกิดภาวะดังกล่าวมีระยะเวลานานอนโรงพยาบาลนานขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการคัดกรองและจัดการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นระบบ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและบรรเทาผลกระทบต่อระบบสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอนุญาตให้ใช้ฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์เวชระเบียนผู้ป่วยในการศึกษา รวมถึงขอขอบคุณเจ้าหน้าที่เวชสถิติและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ที่ให้ความช่วยเหลือในการค้นหาและจัดเตรียมข้อมูลเป็นอย่างดี

ทุนสนับสนุนการศึกษา

งานวิจัยนี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุน

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

เอกสารอ้างอิง

1. Heath DB. Alcohol and its role in the evolution of human society. *Alcohol Res Health* 2000; 24(4): 223-9.
2. McGovern PE, Zhang J, Tang J, Zhang Z, Hall GR, Moreau RA, et al. Fermented beverages of pre- and proto-historic China. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2004; 101(51): 17593-8.
3. Chusak Phatrakulvanich. Alcohol in Thai society. *Chiang Mai Univ J Soc Sci* 2000;21(1):1-18.
4. Mirijello A, Sestito L, Antonelli M, Gasbarrini A, Addolorato G. Identification and management of acute alcohol intoxication. *Eur J Intern Med* 2023; 108: 1-8.
5. D'Angelo A, Petrella C, Greco A, Ralli M, Vitali M, Giovagnoli R, De Persis S, Fiore M, Ceccanti M, Messina MP. Acute alcohol intoxication: a clinical overview. *Clin Ter* 2022; 173(3): 280-91.
6. Vonghia L, Leggio L, Ferrulli A, Bertini M, Gasbarrini G, Addolorato G; Alcoholism Treatment Study Group. Acute alcohol intoxication. *Eur J Intern Med* 2008; 19(8): 561-7.
7. Sakkrin Niyomsilp; Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Drinking and driving and road traffic accidents [Internet]. *Thai Health Report*. 2021 [cited 2024 Sep 6]. Available from: https://www.thaihealthreport.com/th/articles_detail.php?id=26.
8. Sunpasitthiprasong Hospital, Ministry of Public Health. History of the hospital [Internet]. [cited 2025 Jul 7]. Available from: <https://www.sunpasit.go.th/history.php>.
9. Schuckit MA. Alcohol-use disorders. *Lancet* 2009; 373(9662): 492-501.
10. National Statistical Office. Report on the survey of alcohol drinking behavior 2021 [Internet]. Bangkok: National Statistical Office; 2022. [cited 2024 Jul 1]. Available from: <https://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/Alcohol-Drinking.aspx>.
11. National Statistical Office. Survey on the situation of smoking and alcohol drinking among the population 2024 [Internet]. Bangkok: National Statistical Office; 2025. [cited 2025 Jul 07]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20250401100215_15169.pdf.
12. Acharayasawath T. Prevalence of alcohol withdrawal syndrome in male orthopedic ward patients. *Maharakham J Soc Sci Behav Health (MJSSBH)* 2013;28(3):149-58.
13. Inchum W, Suwan P, Sirijantra N, Chaymikhiao N, Thanomsap R, Chanaboon S. Factors associated with alcohol withdrawal syndrome among risky alcohol drinkers in the Metta combined ward, Orthopedic Department, Udon Thani Hospital. *J Nurs Ther Care* 2021;39(1):78-87.
14. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018. [cited 2025 Jul 07]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>.
15. Jawa RS, Stothert JC, Shostrom VK, Yetter DL, Templin HR, Cemaj SK, et al. Alcohol withdrawal syndrome in admitted trauma patients. *Am J Surg* 2014; 208: 781-7.
16. Ahmed N, Kuo Y. Risk of alcohol withdrawal syndrome in hospitalized trauma patients: a national data analysis. *Injury* 2022; 53(1): 44-48.
17. Jones TJ, Bhattacharya B, Schuster KM, Becher RD, Kodadek LM, Davis KA, et al. Alcohol withdrawal syndrome in trauma patients: a study using the Trauma Quality Program Participant User File. *Trauma Surg Acute Care Open* 2023; 8: e001082.
18. Thai Association for the Study of Alcoholism. Academic document on strategic plan for solving alcohol beverage problems. Bangkok: Department of Disease Control; 2013.
19. Centers for Disease Control and Prevention. Alcohol and Public Health: Frequently Asked Questions [Internet]. Atlanta: CDC; [cited 2025 Jul 07]. Available from: <https://www.cdc.gov/alcohol/faqs.htm>.
20. Chen YC, Lu RB, Peng GS, Wang MF, Wang HK, Ko HC, et al. Alcohol metabolism and cardiovascular response in an alcoholic patient homozygous for the ALDH2*2 variant gene allele. *Alcohol Clin Exp Res* 1999; 23(12): 1853-60.
21. Seitz HK, Becker P. Alcohol metabolism and cancer risk. *Alcohol Res Health* 2007; 30(1): 38-41,44-7.
22. Kim K, Johnson JA, Derendorf H. Differences in drug pharmacokinetics between East Asians and Caucasians and the role of genetic polymorphisms. *J Clin Pharmacol* 2004; 44(10): 1083-105.
23. Farrok S, Roels C, Owusu KA, Nelson SE, Cook AM. Alcohol withdrawal syndrome in neurocritical care unit: assessment and treatment challenges. *Neurocrit Care* 2021; 34(2): 593-607.
24. Maldonado JR. Novel algorithms for the prophylaxis and management of alcohol withdrawal syndromes-beyond benzodiazepines. *Crit Care Clin* 2017; 33(3): 559-99.
25. Maldonado JR, Sher Y, Ashouri JF, Hills-Evans K, Swendsen H, Lolak S, et al. The "Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale" (PAWSS): systematic literature review and pilot study of a new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol* 2014; 48(4): 375-90.
26. Manasco A, Chang S, Larriviere J, Hamm LL, Glass M. Alcohol withdrawal. *South Med J* 2012; 105(11): 607-12.
27. Balian J, Cho NY, Vadlakonda A, Curry J, Chervu N, Ali K, et al. A national analysis of alcohol withdrawal syndrome in patients with operative trauma. *Surg Open Sci* 2024; 19: 199-204.
28. Salottolo K, McGuire E, Mains CW, van Doorn EC, Bar-Or D. Occurrence, predictors, and prognosis of alcohol withdrawal syndrome and delirium tremens following traumatic injury. *Crit Care Med* 2017; 45(5): 867-74.
29. American Association for the Surgery of Trauma (AAST). Clinical consensus on screening and management of alcohol withdrawal syndrome in surgical ICU patients. *J Trauma Acute Care Surg* 2020; 88(1): 133-44.
30. Mayo-Smith MF. Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline. *JAMA* 1997; 278(2): 144-51.
31. Becker HC. Kindling in alcohol withdrawal. *Alcohol Health Res World* 1998; 22(1): 25-33.
32. Trevisan LA, Boutros N, Petrakis IL, Krystal JH. Complications of alcohol withdrawal: pathophysiological insights. *Alcohol Health Res World* 1998; 22(1): 61-6.
33. Sachdeva A, Choudhary M, Chandra M. Alcohol withdrawal syndrome: Benzodiazepines and beyond. *J Clin Diagn Res* 2015; 9(9): VE01-7.