



Journal of the Psychiatric Association of Thailand

วารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย

ปีที่ 71 ฉบับที่ 1

มกราคม - มีนาคม 2569

บรรณาธิการแถลง

แก้ข้อความผิด

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันกับผู้ปกครองและเพื่อนกับภาวะวิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่นสมาริสัน
ที่มารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

นักริญา บรรณาธิย, จิรดา ประสาทพรศิริโชค, นักรร พทยรัตนเสถียร

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตาย และการเคยพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่น:

การแปรผันตามระดับสุขภาวะตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก

สิริภัญญา สมบูรณียิ่ง, รนาวดิ ประชาสันติ, พิชญญา พอนโพธา

การประเมินคุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับวัยรุ่น
ฉบับภาษาไทย

สุภาวดิ เจริญวานิช, ปรียาภรณ์ ประยงค์กุล

ความชุกของการตีตราตนเองและความสัมพันธ์กับกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดในผู้ป่วยนอกจิตเวช

ณัฐภัทร ศรเวช, กานต์ จำรูญโรจน์

ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคโควิดที่เข้ารับบริการ
ที่โรงพยาบาลสนามของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

ณัฐฐา หน่อพันธุ์, คัคนางค์ วาณิชย์เจริญ, กัณฑณวัฒน์ สกุลหรั้ง, เมตตา เลิศเกียรติริชตะ

ความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวและความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า
ในนักศึกษาหมาวิทยาลัย

สิรภพ ห่วงวณิชพันธุ์, ฐจิรา ตวงเพิ่มทรัพย์, ติรยา เลิศหัตถศิลป์

ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า และอิทธิพลความเชื่อด้านศาสนาของนักเรียน
ในระดับชั้นมัธยมศึกษาในจังหวัดยะลา

อินชานี กะโถ, ศิริไชย หงษ์สงวนศรี

การพัฒนาสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับเสริมแรงจิตใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา
ในผู้ป่วยติดสุรา

กวินทิพย์ ทิพย์พิมานชัย, พิชัย แสงชาญชัย, วณิดา รัตนสุมาวงศ์

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและคุณภาพการนอนหลับของบุคลากร
ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี

ปวิชยา สีมวงษ์, พิมพ์ชนก ทองทวน, สุภาภรณ์ แสนทวีสุข, นิสาชล คงมั่น



รายชื่อคณะกรรมการอำนวยการ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2569 – 2571

ที่ปรึกษา

พ.อ.หญิง นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล
ร.อ.ปิยะวัฒน์ เด่นดำรงกุล
ผศ.นพ.ภูซงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์
นพ.สมนึก หลิมศิริรัตน์

นายก

พล.ร.ต.วศิน บำรุงชีพ

อุปนายก

พญ.พินัญภา กิตติรัตนไพบูลย์

เลขาธิการ

นพ.สุทธา สุปัญญา

เหรัญญิก

ผศ.พญ.จามรี ณ บางช้าง

ปฏิคม

ผศ.นพ.สมบูรณ์ หน้อยอยู่สุข

ประธานวิชาการ

รศ.นพ.วรุตม์ อุ่นจิตสกุล

ประธานวารสาร

ศ.นพ.ธรรมนาถ เจริญบุญ

ฝ่ายวิเทศสัมพันธ์

รศ.พญ.กมลพร วรรณฤทธิ์

นายทะเบียน

นพ.ฉติ ภัคดุรงค์

กรรมการกลาง

ผศ.นพ.ปราการ ถมยางกูร
ผศ.นพ.ปวรุตม์ พวงศรี
รศ.นพ.พิชัย อภิรัฐสกุล
นพ.ศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา
นพ.สกล ด่านภักดี
นพ.สิปณัฐ ศิลาเกษ

Advisor

Col. Nawaporn Hirunviwatgul, M.D.
Flt.Lt. Piyawat Dendumrongkul, M.D.
Asst.Prof.Puchong Laurujisawat, M.D.
Somnuk Limsiratana, M.D.

President

RAdm.Wasin Bamrungcheep, M.D.

Vice-President

Phunnapa Kittirattanapaiboon, M.D.

Secretary-General

Suttha Supanya, M.D.

Treasurer

Asst.Prof.Jammaree Na Bangxang, M.D.

Chairman for Social Affairs

Asst.Prof.Somboon Hataiyusuk, M.D.

Chairman for Academic Affairs

Assoc.Prof.Warut Aunjitsakul, M.D.

Chairman for Journal

Prof.Thammanard Charemboon, M.D.

Chairman for International Affairs

Assoc.Prof.Kamonporn Wannarit, M.D.

Registrar

Thiti Phakdurong, M.D.

Committee Members

Asst.Prof.Prakarn Thomyangkoon, M.D.
Asst.Prof.Pavarud Puangsri, M.D.
Assoc.Prof.Pichai Ittasakul, M.D.
Sarutabhandu Chakrabhandu Na Ayutaya, M.D.
Sakol Danpakdee, M.D.
Sipanut Silaket, M.D.



วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย จัดทำโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นช่องทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสุขภาพจิตในการเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต โดยวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ ออกปีละ 4 ฉบับ ในเดือนมีนาคม มิถุนายน กันยายน และธันวาคม

E-ISSN: 2697-4126

การติดต่อ

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

การส่งบทความ

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



กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

บรรณาธิการกิตติมศักดิ์

ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Honorary Editor

Professor Suwana Arunpongpaisal, MD, MSc
Khon Kaen University

บรรณาธิการ

ศ.ดร.นพ.ธรรมนาถ เจริญบุญ
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Editor-in-Chief

Professor Thammanard Chareernboon, MD, MSc, PhD
Thammasat University

รองบรรณาธิการ

รศ.พญ.ภาพันท์ ไทยพิสุทธิกุล
มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร.นพ.วรภัทร รัตอาภา
มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.พญ.ติรยา เลิศหัตถศิลป์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

รศ.พญ.ฐิติพร ศุภสิทธิ์อารัง
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 71 ฉบับที่ 1

มกราคม - มีนาคม 2569

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง	A
แก้ข้อความผิด	B
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันกับผู้ปกครองและเพื่อนกับภาวะวิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่นสมมติสัน ที่มารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	1
<i>นันทริญา บรรณาลัย, จิรดา ประสาทพรศิริโชค, ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร</i>	
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตาย และการเคยพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่น: การแปรผันตามระดับสุขภาวะตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก	12
<i>สิริกัญญา สมบูรณ์ยิ่ง, ธนาวดี ประชาสันต์, พิชญ์ พจนไพศา</i>	
การประเมินคุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย	31
<i>สุภาวดี เจริญวานิช, ปรียาภรณ์ ประยงค์กุล</i>	
ความชุกของการตีตราตนเองและความสัมพันธ์กับกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดในผู้ป่วยนอกจิตเวช	44
<i>ณัฐภัทร ศรเวช, กานต์ จำรูญโรจน์</i>	
ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคโควิดที่เข้ารับบริการ ที่โรงพยาบาลสนามของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	56
<i>ณัฐรัฐา นน่อพันธ์, คัดนางค์ วานิชย์เจริญ, กัณณวัฒน์ สกกุลหรั่ง, เมตตา เลิศเกียรติรัชตะ</i>	
ความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวและความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ในนักศึกษามหาวิทยาลัย	66
<i>สิรภาพ ห่วงวนิชพันธ์, รุจิรา ดวงเพิ่มทรัพย์, ตริยา เลิศหัตถศิลป์</i>	
ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า และอิทธิพลความเชื่อด้านศาสนาของนักเรียน ในระดับชั้นมัธยมศึกษาในจังหวัดยะลา	79
<i>อินชานี กะโด, ศิริไชย หงษ์สงวนศรี</i>	
การพัฒนาสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับเสริมแรงใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา	91
<i>กวินทิพย์ ทิพย์พิมานชัย, พิชัย แสงชาญชัย, วนิดา รัตนสุมาวงศ์</i>	
ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและคุณภาพการนอนหลับของบุคลากร ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี	101
<i>ปวิชยา สีมาวงษ์, พิมพ์ชนก ทองทวน, สุภาภรณ์ แสนทวีสุข, นิสาสล คงมัน</i>	



Journal of the Psychiatric Association of Thailand

Volume 71 Number 1

January - March 2026

CONTENTS

EDITORIAL	A
ERRATUM	B
ORIGINAL ARTICLES	
The Association Between Parental and Peer Attachment and Anxiety in Children and Adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in King Chulalongkorn Memorial Hospital <i>Nathariya Bannalai, Jirada Prasartpornsirichoke, Nuttorn Pityaratstian</i>	1
Factors Associated with Depression, Suicidal Ideation, and Suicide Attempts in Adolescents: Modifying Effects of Well-being Based on the Positive Psychology Framework <i>Sirikanya Somboonying, Thanavadee Prachason, Pichaya Pojanapotha</i>	12
The Psychometric Properties of The Bullying and Cyberbullying Scale for Adolescents (BCS-A-Thai version) <i>Supawadee Charoenwanit, Preeyaporn Prayongkul</i>	31
Prevalence of Self-stigma and Its Association with Coping Strategies among Psychiatric Outpatients <i>Nattapat Sornvech, Karn Jumroonrojana</i>	44
Mental Health Problems and Related Factors of Covid-19 Patients at Field Hospital of Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital <i>Naruttha Norphun, Kuckkanang Vanicharoen, Kannawan Sakulrang, Metta Lertkiatratthata</i>	56
Prevalence of Binge Drinking and Its Association with Depression in University Students <i>Sirapop Wangvanitchaphan, Rujira Tuangpermsub, Tiraya Lerthattasilp</i>	66
The Relationship between Smoking/E-cigarettes and The Influence of Religious Beliefs among Secondary School Students in Yala Province <i>Insanee Kado, Sirichai Hongsanguansri</i>	79
Development of Self-help Workbook for Enhancing Motivation and Promoting Behavioral Change in Alcohol Dependent Patients <i>Kawintip Tipimanchai, Pichai Saengchanchai, Wanida Rattanasumawong</i>	91
Prevalence and Associated Factors of Quality of Life and Sleep Quality among Personnel in a Community Hospital, Ubon Ratchathani Province <i>Pawitchaya Simawong, Pimchanok Thongtuan, Supaporn Saentaweesoek, Nisachon Kongman</i>	101

บรรณาธิการแถลง

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยฉบับนี้ เป็นเล่มที่ 1 ของปี พ.ศ. 2569 ซึ่งในปีนี้ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยมีคณะกรรมการอำนวยการสมาคมชุดใหม่ วาระปี พ.ศ. 2569 - 2571 อย่างไรก็ตาม วารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ ยังคงมีกองบรรณาธิการวารสารชุดเดิมต่อเนื่องจากวาระที่ผ่านมา โดยมี ผศ.ดร.นพ.ธรรมนาถ เจริญบุญ เป็นประธานวารสารฯ และบรรณาธิการต่อเป็นปีที่ 5 และมีรองบรรณาธิการ ได้แก่ รศ.พญ.ภาพัณธ์ ไทยพิสุทธิกุล, ผศ.ดร.นพ.วรภัทร รัตอาภา, รศ.ดร.พญ.ติรยา เลิศหัตถศิลป์ และ รศ.พญ.จิตติพร ศุภสิทธิ์ธำรง โดยมี น.ส.สิริลักษณ์ ไชยสิทธิ์ ดำรงตำแหน่งเลขานุการวารสารฯ

ในโอกาสนี้ ผมและกองบรรณาธิการขออวยพรปีใหม่ พ.ศ. 2569 แก่ทุกท่าน พร้อมทั้งขอขอบคุณ ผู้สนับสนุนทุกท่านที่ให้ความไว้วางใจส่งบทความมาตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาสละเวลาพิจารณาบทความ

ธรรมนาถ เจริญบุญ
บรรณาธิการ

แก้ข้อความผิด (Erratum)

อ้างอิงถึงบทความวิจัยเรื่อง “งานวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องปัจจัยที่ส่งเสริมการฝึกสติในคนไข้ภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย (Effective Factors Associated with Mindfulness Based Intervention in Mild Cognitive Impairment Patients: A Qualitative Study)” โดย นววรรณ ราชาคัติน, กานต์ จำรูญโรจน์ และ ดาวชมพู นาคะวิโร “ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารสมาคมนจิตแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2567 ปีที่ 69 ฉบับที่ 2 หน้า 202 - 214

ภายหลังจากบทความได้รับการเผยแพร่ ผู้นิพนธ์ (กานต์ จำรูญโรจน์) ได้ตรวจพบข้อผิดพลาดบางประการ จึงมีความประสงค์ขอแก้ไขข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ผิด (หน้า 205 หัวข้อ การเก็บข้อมูล)

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้น ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 - 30 มิถุนายน พ.ศ. 2566

แก้ไขเป็น

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้น ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2565 - 30 มิถุนายน พ.ศ. 2566

ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันกับผู้ปกครองและเพื่อนกับภาวะวิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่นสมารถสันที่มารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

นักริษา บรรณาลัย*, จิรดา ประสาทพรศิริโชค*, ณักริษา พิทยรัตน์เสถียร*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันกับผู้ปกครองและภาวะวิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่นสมารถสัน โดยมีความผูกพันกับเพื่อนเป็นตัวแปรคั่นกลาง และสำรวจความชุกของภาวะวิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่นสมารถสัน ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบต่อเนื่อง (consecutive sampling) ในเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมารถสัน อายุ 10 - 15 ปี ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย รวบรวมข้อมูลโดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียน แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็ก แบบสอบถามความผูกพันกับผู้ปกครองและเพื่อน (IPPA-R) และแบบคัดกรองภาวะวิตกกังวลในเด็ก (SCARED) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์หีบหบาทของความผูกพันกับเพื่อนในการเป็นตัวแปรคั่นกลางระหว่างความผูกพันของเด็กต่อผู้ปกครองกับภาวะวิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่นสมารถสัน โดยใช้ Mediation model ประเมินอิทธิพลทางอ้อมของตัวแปรคั่นกลางโดยใช้วิธี Bootstrapping, Bias-corrected confidence interval ผ่านโปรแกรมสถิติ SPSS 30.0 PROCESS macro โดยควบคุมตัวแปรเพศ อายุ ระดับประถมศึกษา ประเภทโรงเรียน จำนวนเพื่อน การมีพี่น้อง ลำดับการเกิด บุคคลที่สนิทในครอบครัว และการมีบิดามารดาเป็นผู้เลี้ยงดูก่อนอายุ 5 ขวบ

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 125 คน เป็นเพศชายจำนวน 97 คน (ร้อยละ 77.6) โดยรวมบ่งชี้ว่าอาจมีภาวะวิตกกังวลจำนวน 81 คน (ร้อยละ 64.8) โดยจำนวน 56 คน (ร้อยละ 44.8) มีความจำเพาะกับภาวะวิตกกังวลมากขึ้น และส่วนใหญ่บ่งชี้ว่าอาจมีภาวะการแยกจาก (separation anxiety disorder) 84 คน (ร้อยละ 67.2) ผลการศึกษพบว่า ความผูกพันกับผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางตรงเชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะวิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่นสมารถสัน แต่ไม่พบความสัมพันธ์ทางอ้อม (Direct effect = -0.531, 95% CI [-0.897, -0.165], Indirect effect = 0.031, 95% CI [-0.082, 0.181]) โดยพบว่าความผูกพันกับเพื่อนไม่เป็นตัวแปรคั่นกลางระหว่างความสัมพันธ์ของความผูกพันกับผู้ปกครองและภาวะวิตกกังวล

สรุป ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของความผูกพันกับผู้ปกครองต่อภาวะวิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่นสมารถสัน โดยความผูกพันกับเพื่อนไม่ได้เป็นตัวแปรคั่นกลางระหว่างความสัมพันธ์ของความผูกพันกับผู้ปกครองและภาวะวิตกกังวล ดังนั้น การส่งเสริมการสร้างความผูกพันที่ดีระหว่างเด็กกับผู้ปกครองจะช่วยลดภาวะวิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่นสมารถสันได้

คำสำคัญ โรคสมารถสัน ภาวะวิตกกังวล ความผูกพันกับผู้ปกครอง ความผูกพันกับเพื่อน

Corresponding author: ณักริษา พิทยรัตน์เสถียร

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail: nuttorn.p@chula.ac.th

วันรับ 18 ธันวาคม 2568 วันแก้ไข 26 มกราคม 2569 วันตอบรับ 17 กุมภาพันธ์ 2569



The Association Between Parental and Peer Attachment and Anxiety in Children and Adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in King Chulalongkorn Memorial Hospital

Nathariya Bannalai*, Jirada Prasartpornsirichoke*, Nuttorn Pityaratstian*

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

ABSTRACT

Objectives: This study aimed to examine the associations between parental attachment and anxiety among children and adolescents with ADHD, with peer attachment serving as a mediator variable. Furthermore, the study investigated the prevalence of anxiety among children and adolescents with ADHD receiving outpatient treatment in Child and Adolescent Psychiatry Unit at King Chulalongkorn Memorial Hospital.

Methods: This cross-sectional analytical study employed consecutive sampling to recruit children and adolescents aged 10 - 15 years who were diagnosed with ADHD and receiving outpatient treatment in Child and Adolescent Psychiatry Unit at King Chulalongkorn Memorial Hospital. Data were collected from medical records, a demographic questionnaire, the Inventory of Parent and Peer Attachment-Revised (IPPA-R), and the Thai version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED). The mediating role of peer attachment in the relationship between parental attachment and anxiety was analyzed using a mediation model. Indirect effects were evaluated using bootstrapping method with bias-corrected confidence intervals, implemented in SPSS version 30.0 PROCESS macro, controlling for sex, age, educational level, type of school, number of friends, presence of siblings, birth order, closeness with family members, and being raised by parents before the age of five.

Results: A total of 125 participants were included, of whom 97 (77.6%) were male. Eighty-one participants (64.8%) screened positive for anxiety, with 56 participants (44.8%) indicating a higher specificity for anxiety disorders. The majority screened positive for separation anxiety disorder ($n = 84, 67.2\%$). The findings indicated that parental attachment was negatively associated with anxiety symptoms in children and adolescents with ADHD, showing a significant direct effect but no significant indirect effect (Direct effect = $-0.531, 95\% \text{ CI } [-0.897, -0.165]$, Indirect effect = $0.031, 95\% \text{ CI } [-0.082, 0.181]$). However, peer attachment did not mediate the relationship between parental attachment and anxiety.

Conclusion: The findings highlighted the crucial influence of parental attachment in alleviating anxiety symptoms in children and adolescents with ADHD. Peer attachment did not serve as a mediating factor in the relationship between parental attachment and anxiety. Therefore, promoting secure attachment between children and their parents may help reduce anxiety in this population.

Keywords: attention-deficit/hyperactivity disorder, anxiety, parental attachment, peer attachment

Corresponding author: Nuttorn Pityaratstian

E-mail: nuttorn.p@chula.ac.th

Received: 18 December 2025 Revised: 26 January 2026 Accepted: 17 February 2026

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: ADHD) เป็นหนึ่งในโรคที่มีความผิดปกติของพัฒนาการและระบบประสาท (neurodevelopmental disorders) ที่พบบ่อยที่สุดในวัยเด็กและวัยรุ่น ซึ่งมักถูกวินิจฉัยครั้งแรกในวัยเด็ก และบ่อยครั้งที่ยังคงอยู่จนถึงวัยผู้ใหญ่ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) อาการของโรคสมาธิสั้นแบ่งออกเป็น อาการขาดสมาธิ (inattention) กับอาการอยู่ไม่นิ่งและหุนหันพลันแล่น (hyperactivity and impulsivity) โดยความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 3 - 12 ปี อยู่ที่ร้อยละ 7.6 และวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 12 - 18 ปี อยู่ที่ร้อยละ 5.6^{1,2}

โรควิตกกังวล (anxiety disorders) เป็นโรคที่ได้รับการวินิจฉัยบ่อยในเด็ก โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุว่า ในเด็กอายุ 10 - 14 ปี พบโรควิตกกังวล ร้อยละ 4.1 และในกลุ่มอายุ 15 - 19 ปี ร้อยละ 5.3³ จากการศึกษา ก่อนหน้าในต่างประเทศพบความชุกของโรควิตกกังวลเป็นโรคร่วมในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น ร้อยละ 38.7⁴ ส่วนในประเทศไทย พบร้อยละ 49.4⁵ และพบว่ามีอาการรุนแรงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับเด็กวัยรุ่นกลุ่มที่ไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้น⁶ ซึ่งโรควิตกกังวลมักส่งผลกระทบต่อพัฒนาการและทักษะตามวัย รวมถึงทำให้มีการทำหน้าที่บกพร่อง⁷ หากยังเกิดร่วมกับโรคสมาธิสั้น จะส่งผลต่อปัญหาด้านอารมณ์และสังคมมากกว่าผู้ที่ เป็นโรคสมาธิสั้นเพียงอย่างเดียว⁶ โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะวิตกกังวล เช่น พันธุกรรม พันธุกรรม สังคม สภาพแวดล้อม เหตุการณ์ในชีวิตด้านลบ ความสัมพันธ์กับเพื่อน พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ปกครอง^{7,8} และความผูกพันระหว่างเด็กกับผู้ปกครอง

ทฤษฎีความผูกพัน (attachment theory) ของ Bowlby (1969) อธิบายความผูกพันว่าเป็นกระบวนการในช่วงต้นของพัฒนาการ โดยหากผู้ปกครองตอบสนองต่อเด็กได้อย่างเหมาะสม เด็กจะมีพฤติกรรมในลักษณะที่ปรับตัวได้หรือมีความมั่นคงทางอารมณ์ ซึ่งความผูกพันจะกำหนดการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์เป็นตัวแทนของความสัมพันธ์ทางสังคมที่มีรูปแบบจำเพาะ และมีส่วนช่วยในการพัฒนาความสัมพันธ์ด้านอื่นๆ ตลอดช่วงชีวิต⁹⁻¹² การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความผูกพันที่มั่นคงกับผู้ปกครองจะนำไปสู่การมีทักษะทางสังคมที่ดี¹³ และสามารถสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนได้ดีกว่า¹⁴ โดยในช่วงเข้าสู่วัยรุ่นพฤติกรรมความผูกพัน (attachment behavior) มักจะมุ่งไปยังบุคคลอื่น

ที่ไม่ใช่บิดามารดาโดยเฉพาะเพื่อน ซึ่งความผูกพันกับเพื่อนที่มั่นคง มีบทบาทสำคัญต่อสุขภาวะทางจิตที่ดี (psychological well-being)^{15,16} โดยอาการขาดสมาธิ อาการอยู่ไม่นิ่งและหุนหันพลันแล่นของเด็กสมาธิสั้น ส่งผลให้ผู้ปกครองประสบกับความยากลำบากในการรับรู้และตอบสนองต่อเด็กอย่างเหมาะสม จึงทำให้พัฒนาเป็นความผูกพันที่มั่นคงได้ยากกว่ากลุ่มเด็กทั่วไป¹⁷ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบความสัมพันธ์ของความผูกพันแบบไม่มั่นคง (insecure attachment) ระหว่างเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นกับผู้ปกครอง¹⁸ และส่งผลต่อความผูกพันกับเพื่อน อีกทั้งพบว่าความผูกพันระหว่างเด็กกับผู้ปกครองและเพื่อนที่ไม่มั่นคงมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล^{19,20} นอกจากนี้ยังพบว่าความผูกพันกับเพื่อนมีบทบาทเป็นตัวแปรคั่นกลางระหว่างความสัมพันธ์ของความผูกพันกับผู้ปกครองและภาวะวิตกกังวล รวมถึงการปรับตัวด้านอารมณ์และการเรียนของเด็กวัยรุ่น²¹⁻²³

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับความผูกพันกับผู้ปกครองและภาวะวิตกกังวลของเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นในประเทศไทย รวมถึงการศึกษาถึงบทบาทของความผูกพันกับเพื่อนที่มีต่อภาวะวิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น ยังมีอยู่อย่างจำกัด งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันกับผู้ปกครองและภาวะวิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น โดยมีความผูกพันกับเพื่อนเป็นตัวแปรคั่นกลาง ซึ่งมีสมมติฐานว่าความผูกพันกับผู้ปกครองที่ดีสัมพันธ์กับการมีความผูกพันที่ดีกับเพื่อน และทำให้เด็กและวัยรุ่นมีความความกังวลลดลงได้ นอกจากนี้งานวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความชุกของภาวะวิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อเป็นองค์ความรู้และนำไปสู่การตระหนักถึงความสำคัญของความผูกพันกับผู้ปกครองและเพื่อน และเป็นแนวทางการดูแลป้องกันเพื่อลดความเสี่ยงของภาวะวิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นต่อไป

โดยมีสมมติฐาน ดังนี้

H1: ความผูกพันกับผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะวิตกกังวล

H2: ความผูกพันกับเพื่อนเป็นตัวแปรคั่นกลางบางส่วน (partial mediator) ในความสัมพันธ์ข้างต้น

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง โดยมี

กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น อายุระหว่าง 10 - 15 ปี ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในช่วงเดือนพฤษภาคม - ตุลาคม 2568 จำนวน 125 คน โดยอ้างอิงการกำหนดขนาดตัวอย่างจากตารางสำเร็จในงานวิจัย Required Sample Size to Detect the Mediated Effect ของ Matthew S. Fritz และ David P. MacKinnon (2007)²⁴ ประกอบกับงานวิจัยก่อนหน้าของ Cong Peng และคณะ (2004)²¹ ซึ่งกำหนดอิทธิพลขนาดกลาง (moderate effect size) ในความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันกับผู้ปกครองและความผูกพันกับเพื่อน (α path) และกำหนดอิทธิพลขนาดกลาง (moderate effect size) ในความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันกับเพื่อนและความวิตกกังวลในเด็ก และวัยรุ่นสมาธิสั้น (β path) สำหรับวิธีการวิเคราะห์ตัวแปรต้นกลางแบบ Bias-corrected bootstrap เพื่อให้มีอำนาจในการวิเคราะห์สถิติ (power of analysis) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย คือ เด็กและวัยรุ่นอายุ 10 - 15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: ADHD) โดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ตามเกณฑ์วินิจฉัย DSM-5 และได้รับการระบุรหัสวินิจฉัยโรค ICD-10: F90 ที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และมีผู้ปกครองได้แก่ บิดา มารดา เป็นผู้ดูแลหลักในช่วง 5 ขวบปีแรก โดยเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นสมัครใจให้ความร่วมมือในการทำวิจัย และได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ปกครอง รวมถึงเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นในการเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย คือ เด็กที่ไม่สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ และเด็กที่มีโรคร่วมในกลุ่ม Autistic spectrum disorder (ICD-10: F84), Social (Pragmatic) communication disorder (ICD-10: F80.82), Intellectual developmental disorder (ICD-10: F70 - 79)

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (IRB no. 0062/68, COA No. 0515/2025)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้เครื่องมือวิจัย 2 ส่วน ได้แก่

1. การสืบค้นข้อมูลจากเวชระเบียนของเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น โดยทบทวนการวินิจฉัยและโรคร่วม

2. แบบสอบถามฉบับภาษาไทย โดยสอบถามจากเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น

ประกอบด้วยแบบสอบถามดังต่อไปนี้

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นที่กำลังศึกษา ประเภทโรงเรียน ผลการเรียน จำนวนเพื่อนสนิท จำนวนพี่น้องและลำดับการเกิด ผู้ปกครองที่อาศัยอยู่ด้วย บุคคลที่ใกล้ชิดที่สุดในครอบครัว และการเลี้ยงดูใน 5 ขวบปีแรกของผู้ปกครอง
- 2) แบบสอบถามความผูกพันกับผู้ปกครองและเพื่อน (Inventory of parental attachment and peer attachment-Revised (IPPA-R)) ฉบับภาษาไทย ในส่วนของข้อความผูกพันกับผู้ปกครอง แปลโดย อักษรวิภากร หลักทอง จากต้นฉบับภาษาอังกฤษ ที่พัฒนาขึ้นโดย Eleonora Gullone และ Kym Robinson มีจำนวน 28 ข้อ โดยจากการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) ของต้นฉบับภาษาอังกฤษ พบว่า ข้อ 3, 5, 7, 10, 15 ไม่เพียงพอที่จะรวมไว้ในกลุ่มเดียวกัน จึงไม่ได้นำมาแปลผลและใส่ไว้ในแบบสอบถาม ข้อคำถามจึงเหลือ 23 ข้อ ถูกแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ความไว้วางใจ (trust) ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 13, 14, 21, 23 และ 24 การสื่อสาร (communication) ได้แก่ ข้อ 6, 8, 16, 17, 20, 26 และ 28 และความแปลกแยก (alienation) ได้แก่ ข้อ 9, 11, 12, 18, 19, 22, 25 และ 27 มาตราวัดเป็นแบบวัดประเมินค่า (rating scale) 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่เป็นจริง = 1 คะแนน, จริงบ้างบางครั้ง = 2 คะแนน, จริงเสมอ = 3 คะแนน คำนวณโดยการหาผลรวมของมาตราวัดด้านความไว้วางใจและการสื่อสาร จากนั้นหักคะแนนมาตราวัดด้านความแปลกแยกออก มีค่าต่ำสุด (minimum) = -9 และค่าสูงสุด (maximum) = 37 โดยคะแนนรวมที่มากกว่าบ่งชี้ถึงระดับความผูกพันกับผู้ปกครองที่มากกว่า¹⁰ โดยงานวิจัยก่อนหน้าทำการศึกษานำร่องเพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามฉบับภาษาไทย ในวัยรุ่นอายุ 12 - 15 ปี พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.88²⁵ และมีการนำมาใช้เป็นเครื่องมือวิจัยในเด็ก

และวัยรุ่นอายุ 10 - 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น (reliability) อยู่ในเกณฑ์ดีมาก ($\alpha = 0.93$) และสำหรับด้านย่อยอยู่ในเกณฑ์ดีถึงดีมาก คะแนนอยู่ระหว่าง 0.72 - 0.91²⁶

ในส่วนของข้อคำถามความผูกพันกับเพื่อน มีจำนวน 25 ข้อ โดยจากการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor Analysis) ของต้นฉบับภาษาอังกฤษ พบว่าข้อ 5 ไม่เพียงพอที่จะรวมไว้ในกลุ่มเดียวกัน จึงไม่นำมาแปลผลและใส่ไว้ในแบบสอบถาม ข้อคำถามจึงเหลือ 24 ข้อ โดยถูกแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ความไว้วางใจ (trust) ได้แก่ ข้อ 6, 8, 12, 13, 14, 15, 19, 20 และ 21 การสื่อสาร (communication) ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 7, 16, 17, 24 และ 25 และความแปลกแยก (alienation) ได้แก่ ข้อ 4, 9, 10, 11, 18, 22 และ 23 มาตรฐานเป็นแบบวัดประเมินค่า (rating scale) 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่เป็นจริง = 1 คะแนน, จริงบ้างบางครั้ง = 2 คะแนน, จริงเสมอ = 3 คะแนน คำนวณโดยการหาผลรวมของมาตรฐานด้านความไว้วางใจและการสื่อสารจากนั้นหักคะแนนมาตรฐานด้านความแปลกแยกออก มีค่าต่ำสุด = -4 และค่าสูงสุด = 44 โดยคะแนนรวมที่มากกว่าบ่งชี้ถึงระดับความผูกพันกับเพื่อนที่มากกว่า¹⁰ โดยงานวิจัยก่อนหน้านี้ทำการศึกษานำร่องเพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในวัยรุ่นอายุ 12 - 15 ปี มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.85²⁵ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากแบบสอบถามไม่มีค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มอายุที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ผู้วิจัยจึงทำการศึกษานำร่องในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นสุขภาพดีที่ศึกษาในโรงเรียนรัฐบาลอายุระหว่าง 9 - 15 ปี จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้จริงในกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย โดยพบว่าค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในกลุ่มอายุ 9 - 15 ปี อยู่ในเกณฑ์ดี มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.75

- 3) แบบคัดกรองภาวะวิตกกังวลในเด็ก (Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED) – Child Thai version) สำหรับเด็กอายุ 8 - 18 ปี แปลโดยศิริรัตน์ อุฬารตินนท์ จากต้นฉบับภาษาอังกฤษ

ที่พัฒนาขึ้นโดย Birmaher และคณะ มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.91²⁷ มีข้อคำถามทั้งหมด 41 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด มาตราวัดเป็นแบบประเมินค่า Three-Likert scale โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่จริง = 0 คะแนน, จริงบ้างบางครั้ง = 1 คะแนน, จริงบ่อยๆ = 2 คะแนน โดยมีจุดตัดคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน บ่งชี้ว่าอาจมีโรควิตกกังวล (anxiety disorder) โดยมีค่า sensitivity = 0.71 และ specificity = 0.67 อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้พิจารณาใช้จุดตัดที่คะแนนรวมมากกว่า 30 คะแนน ซึ่งแสดงความจำเพาะของโรควิตกกังวลมากขึ้น^{27,28} ตามข้อแนะนำฉบับภาษาไทยของผู้แปลแบบสอบถาม (specificity มากกว่า 0.50) โดยข้อคำถามแบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ Panic Disorder (13 ข้อ, ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด = 0 - 26, จุดตัดที่คะแนน ≥ 7), Generalized Anxiety Disorder (9 ข้อ, ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด = 0 - 18, จุดตัดที่คะแนน ≥ 9), Separation Anxiety Disorder (8 ข้อ, Min - Max = 0 - 16, จุดตัดที่คะแนน ≥ 5), Separation Anxiety Disorder (7 ข้อ, ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด = 0 - 14, จุดตัดที่คะแนน ≥ 8) และ Significant School Avoidance (4 ข้อ, ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด = 0 - 8, จุดตัดที่คะแนน ≥ 3)

โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บรวบรวมและตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ หากพบว่าข้อมูลยังไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจะเป็นผู้สอบถามข้อมูลกับผู้ป่วยเพิ่มเติม หากผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความรู้สึกไม่สบายใจในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยมีช่องทางให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยติดต่อเพื่อสอบถามข้อมูล หรือได้รับความช่วยเหลือต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้โปรแกรมสถิติ SPSS version 30.0 ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากร ระดับความผูกพันกับผู้ปกครองและเพื่อน รวมถึงความชุกของภาวะวิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น อธิบายโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความถี่ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และประเมินอิทธิพลทางอ้อมของตัวแปร

คั่นกลางโดยใช้โปรแกรม SPSS PROCESS macro ด้วยสถิติ Bootstrapping with bias-corrected confidence interval กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยควบคุมปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับประถมศึกษา ประเภทโรงเรียน จำนวนเพื่อน การมีพี่น้อง ลำดับการเกิด บุคคลที่สนิทในครอบครัว และการมีบิดามารดาเป็นผู้เลี้ยงดูก่อนอายุ 5 ขวบ

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 125 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 97 คน (ร้อยละ 77.6) มีอายุเฉลี่ย 12.38 ปี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน (ร้อยละ 36) ศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา โรงเรียนโรงเรียนรัฐจำนวน 56 คน (ร้อยละ 44.8) มีเพื่อนสนิทน้อยกว่า 5 คน จำนวน 47 คน (ร้อยละ 37.6) โดยมีบิดาและมารดาเป็นผู้เลี้ยงดูหลักก่อนอายุ 5 ปี จำนวน 88 คน (ร้อยละ 70.4) มีพี่น้องมีจำนวน 89 คน (ร้อยละ 71.2) เป็นบุตรคนโตจำนวน 78 คน (ร้อยละ 62.4) และมีโรคร่วมจำนวน 46 คน (ร้อยละ 36.8) โดยมี 3 คน ที่มีโรคร่วม 2 โรคด้วยกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ความผูกพันกับผู้ปกครองและเพื่อนของเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น

ผู้เข้าร่วมวิจัยมีค่าเฉลี่ยความผูกพันกับผู้ปกครอง 23.98 คะแนน โดยแบ่งเป็นด้านความไว้วางใจ (trust) 20.35 คะแนน, ด้านการสื่อสาร (communication) 16.58 คะแนน และด้านความแปลกแยก (alienation) 12.95 คะแนน

พบว่ามีความผูกพันกับเพื่อน 27.19 คะแนน โดยแบ่งเป็นด้านความไว้วางใจ (trust) 21.57 คะแนน, ด้านการสื่อสาร (communication) 17.91 คะแนน และด้านความแปลกแยก (alienation) 12.29 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 2

ภาวะวิตกกังวลของเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น

ข้อมูลจากแบบคัดกรองภาวะวิตกกังวลในเด็ก (SCARED) พบว่าเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นบ่งชี้ว่าอาจมีภาวะวิตกกังวลจำนวน (SCARED \geq 25 คะแนน) 81 คน (ร้อยละ 64.8) โดยจำนวน 56 คน (ร้อยละ 44.8) มีความจำเพาะกับภาวะวิตกกังวลมากขึ้น (SCARED $>$ 30 คะแนน) คะแนนเฉลี่ย 29.94 (min = 4, max = 73, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 14.10) โดยอาจบ่งชี้ถึง Panic Disorder หรือ Significant Somatic Symptoms จำนวน 57 คน (ร้อยละ 45.6), Generalized Anxiety Disorder จำนวน 59 คน

(ร้อยละ 47.2), Separation Anxiety Disorder จำนวน 84 คน (ร้อยละ 67.2), Social Anxiety Disorder จำนวน 44 คน (ร้อยละ 35.2) และ Significant School Avoidance จำนวน 43 คน (ร้อยละ 34.4) ดังตารางที่ 3

ความผูกพันกับผู้ปกครองและเพื่อนกับภาวะวิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น

ความผูกพันกับผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางตรงเชิงลบ แต่ไม่มีความสัมพันธ์ทางอ้อม (fully direct effect) กับภาวะวิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น (Direct effect = -0.531, 95% CI [-0.897, -0.165], Indirect effect = 0.031, 95% CI [-0.082, 0.181]) โดยพบว่าความผูกพันกับเพื่อนไม่เป็นตัวแปรคั่นกลางระหว่างความสัมพันธ์ของความผูกพันกับผู้ปกครองและภาวะวิตกกังวล อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่าความผูกพันกับผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางตรงเชิงบวกกับความผูกพันกับเพื่อน ($\beta = 0.313$, $p = 0.001$) ดังตารางที่ 4 และภาพที่ 1

วิจารณ์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันกับผู้ปกครองและภาวะวิตกกังวล โดยมีความผูกพันกับเพื่อนเป็นตัวแปรคั่นกลาง ในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นอายุ 10 - 15 ปี ซึ่งมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผลการศึกษาพบว่าความผูกพันกับผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางตรงเชิงลบกับภาวะวิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น หมายความว่า ระดับความผูกพันกับผู้ปกครองที่สูงมีผลทำให้ภาวะวิตกกังวลลดลง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความผูกพัน (attachment theory) ของ Bowlby (1969) ที่อธิบายว่าความผูกพันที่มั่นคงกับบุคคลที่เป็นที่พึ่งทางอารมณ์ (attachment-figure) จะทำให้เด็กรู้สึกปลอดภัย⁹ นอกจากนี้ผลการศึกษา ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Laura E. Brumariu และ Kathryn A. Kerns (2010) ที่พบว่าความผูกพันกับพ่อแม่แบบไม่มั่นคงมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล¹⁹ รวมถึงงานวิจัยของ Ezgi Sen Demirdogen และคณะ (2021) ที่พบว่าระดับความผูกพันของเด็กกับพ่อแม่ที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับการมีระดับความวิตกกังวลที่สูง²⁹ อีกทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Hazal Akman และคณะ (2024) พบว่าเด็กในกลุ่มที่เป็นโรคสมาธิสั้นร่วมกับมีภาวะวิตกกังวล มีระดับความมั่นคงของความผูกพันกับบิดาและมารดาต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้น³⁰

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ) (n = 125)	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
เพศ		
เพศชาย	97 (77.6)	
เพศหญิง	28 (22.4)	
อายุ		
		12.38 (1.6)
ระดับการศึกษา		
ชั้นประถมศึกษา	45 (36.0)	
ประถมศึกษาปีที่ 4	1 (0.8)	
ประถมศึกษาปีที่ 5	24 (19.2)	
ประถมศึกษาปีที่ 6	20 (16.0)	
ชั้นมัธยมศึกษา	80 (64.0)	
มัธยมศึกษาปีที่ 1	21 (16.8)	
มัธยมศึกษาปีที่ 2	30 (24.0)	
มัธยมศึกษาปีที่ 3	20 (16.0)	
มัธยมศึกษาปีที่ 4	9 (7.2)	
ประเภทโรงเรียน		
โรงเรียนรัฐ	56 (44.8)	
โรงเรียนเอกชน	53 (42.4)	
โรงเรียนนานาชาติ และอื่นๆ	16 (12.8)	
จำนวนเพื่อนสนิท		
น้อยกว่า 5 คน	47 (37.6)	
ระหว่าง 5 - 10 คน	56 (44.8)	
มากกว่า 10 คน	22 (17.6)	
จำนวนพี่น้อง		
ไม่มีพี่น้อง	36 (28.8)	
มีพี่น้อง	89 (71.2)	
มีพี่น้อง 1 คน	28 (22.4)	

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ) (n = 125)	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
มีพี่น้อง 2 คนขึ้นไป	61 (48.8)	

ลำดับการเกิด		
บุตรคนโต	78 (62.4)	
บุตรคนที่ 2 ขึ้นไป	47 (37.6)	

บุคคลที่สนิทด้วยมากที่สุด ในครอบครัว		
สนิททั้งบิดาและมารดา	17 (13.6)	
สนิทกับมารดา	54 (43.2)	
สนิทกับบิดา	20 (16.0)	
สนิทกับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บิดามารดา	34 (27.2)	

ผู้ปกครองที่เลี้ยงดูก่อนอายุ 5 ขวบ		
บิดาและมารดาเป็นผู้เลี้ยงดู	88 (70.4)	
มารดาเป็นผู้เลี้ยงดู	35 (28.0)	
บิดาเป็นผู้เลี้ยงดู	2 (1.6)	

โรคร่วมทางจิตเวช (n = 46)		
โรคการเรียนรู้รบกวน (ICD-10: F81)	22 (17.6)	
โรคดื้อต่อต้าน (ICD-10: F91.3)	12 (9.6)	
โรคซึมเศร้า (ICD-10: F32 - 34)	5 (4.0)	
โรคกล้ามเนื้อกระตุก (Tic และ Tourette) (ICD-10: F95)	5 (4.0)	
โรควิตกกังวล (ICD-10: F40 - 41, F93)	4 (3.2)	
โรคย้ำคิดย้ำทำ (ICD-10: F42)	1 (0.8)	

ผลการศึกษาในงานวิจัยนี้พบว่า ความผูกพันกับ ผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางตรงเชิงบวกกับความผูกพันกับเพื่อน ซึ่งสอดคล้องกับที่ Bowlby (1969, 1973) อธิบายว่า ความผูกพัน เกิดขึ้นจากการที่เด็กสร้างภาพภายในใจ (internal representation) ของประสบการณ์ความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด ซึ่งพัฒนาไปเป็น “แบบจำลองการทำงานภายใน (internal working model)” ของ ความสัมพันธ์ทางสังคม มีส่วนช่วยในการพัฒนาความสัมพันธ์

กับผู้อื่นตลอดช่วงวัย^{9,31} อีกทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Anna Gorrese และ Ruggero Ruggieri (2012) พบว่าความผูกพันกับ ผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับความผูกพันกับเพื่อน³² รวมถึง งานวิจัยของ Elena Delgado และคณะ (2021) ที่พบว่า ความผูกพันที่มีนัยกับผู้ปกครองสามารถทำนายและส่งเสริม การสร้างความสัมพันธ์ทางอารมณ์กับเพื่อน³³

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่า ความผูกพันกับเพื่อน ไม่เป็นตัวแปรต้นกลางระหว่างความสัมพันธ์ของความผูกพัน กับผู้ปกครองและภาวะวิตกกังวลในเด็กสมาธิสั้น แตกต่างจาก

ตารางที่ 2 ความผูกพันกับผู้ปกครองและเพื่อนของเด็กและวัยรุ่นุ่นสมาธิสั้น

ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	Min - Max
ความผูกพันกับผู้ปกครอง	23.98 (7.26)	4 - 37
ความไว้วางใจ	20.35 (2.84)	12 - 24
การสื่อสาร	16.58 (2.84)	9 - 21
ความแปลกแยก	12.95 (2.99)	8 - 22
ความผูกพันกับเพื่อน	27.19 (7.44)	5 - 42
ความไว้วางใจ	21.57 (3.82)	9 - 27
การสื่อสาร	17.91 (3.62)	10 - 24
ความแปลกแยก	12.29 (2.36)	8 - 20

ผลการศึกษาของ Cong Peng และคณะ (2024) ที่พบว่า ความผูกพันกับเพื่อนเป็นตัวแปรต้นกลางระหว่างความสัมพันธ์ของความผูกพันกับบิดาและภาวะวิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่นุ่นทั่วไป²¹ ซึ่งอาจเนื่องมาจากการทำวิจัยในกลุ่มตัวอย่างเด็กสมาธิสั้น แม้งานวิจัยของ Imola Marton และคณะ (2015) จะพบว่าเด็กสมาธิสั้นมีจำนวนเพื่อนไม่แตกต่างจากกลุ่มเด็กสุขภาพดีทั่วไป แต่เด็กสมาธิสั้นมีระยะเวลาของความสัมพันธ์กับเพื่อนสั้นกว่า³⁴ ประกอบกับงานวิจัยของ Yeeun Lee และคณะ (2021) พบว่าอาการสมาธิสั้นในเด็กวัยประถมศึกษาสัมพันธ์กับความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับเพื่อนในห้องเรียน³⁵ นอกจากนี้งานวิจัยของ Rosmary Ros และ Paulo A. Graziano (2018) ยังพบว่าเด็กสมาธิสั้นมักมีปัญหาเกี่ยวกับทักษะทางสังคมและการประมวลผลข้อมูลทางสังคม ซึ่งอาจอธิบายถึงเหตุผลของการมีมิตรภาพระหว่างเพื่อนที่น้อยและสั้นกว่าเด็กทั่วไป³⁶ ดังนั้นในเด็กสมาธิสั้น เพื่อนอาจไม่ใช่

ตารางที่ 3 ภาวะวิตกกังวลของเด็กและวัยรุ่นุ่นสมาธิสั้น

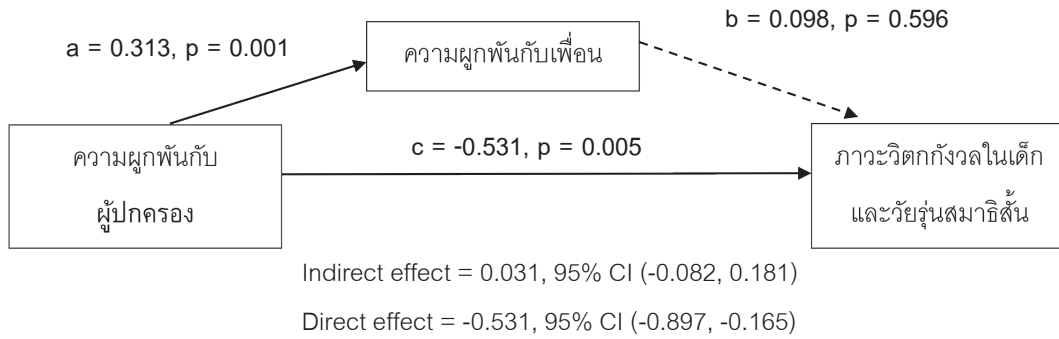
ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน (คน) (n = 125)	ร้อยละ (%)
บ่งชี้ว่าอาจมีภาวะวิตกกังวล (SCARED \geq 25 คะแนน)	81	64.8
บ่งชี้ว่าอาจมีความจำเพาะในภาวะวิตกกังวลมากขึ้น (SCARED > 30 คะแนน)	56	44.8
อาจบ่งชี้ถึง Panic disorder หรือ Significant somatic symptoms (\geq 7 คะแนน)	57	45.6
อาจบ่งชี้ถึง Generalized anxiety disorder (\geq 9 คะแนน)	59	47.2
อาจบ่งชี้ถึง Separation anxiety disorder (\geq 5 คะแนน)	84	67.2
อาจบ่งชี้ถึง Social anxiety disorder (\geq 8 คะแนน)	44	35.2
อาจบ่งชี้ถึง Significant school avoidance (\geq 3 คะแนน)	43	34.4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันกับผู้ปกครองและเพื่อนกับภาวะวิตกกังวล

ปัจจัยที่ศึกษา (n = 125)	Coefficient	se	P	95% CI	
				LLCI	ULCI
ผลทางอ้อม (indirect effect)					
ความผูกพันกับผู้ปกครอง \rightarrow ความผูกพันกับเพื่อน	0.313	0.090	0.001*	0.136	0.491
ความผูกพันกับเพื่อน \rightarrow ภาวะวิตกกังวล	0.098	0.184	0.596	-0.266	0.462
ผลทางตรง (direct effect)					
ความผูกพันกับผู้ปกครอง \rightarrow ภาวะวิตกกังวล	-0.531	0.185	0.005*	-0.897	-0.165

หมายเหตุ R = 0.449, R² = 0.201, F = 2.591, p = 0.006 โดยมีตัวแปรควบคุมในการวิเคราะห์ได้แก่ เพศ อายุ ระดับประถมศึกษา ประเภทโรงเรียน จำนวนเพื่อน การมีพี่น้อง ลำดับการเกิด บุคคลที่สนิทในครอบครัว และการมีบิดามารดาเป็นผู้เลี้ยงดูก่อนอายุ 5 ขวบ

se: standard error, LLCI: Lower Limit Confidence Interval, ULCI: Upper Limit Confidence Interval



ภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันกับผู้ปกครอง ความผูกพันกับเพื่อน และภาวะวิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น

บุคคลที่เป็นที่พึ่งทางอารมณ์ที่จะทำให้รู้สึกปลอดภัยได้เท่ากับ ผู้ปกครองซึ่งเป็นฐานที่มั่นคง (secure base) ให้กับเด็ก ตามทฤษฎี ความผูกพัน (attachment theory) ของ Bowlby (1969)⁹

สำหรับผลการสำรวจความชุกของภาวะวิตกกังวลในเด็ก และวัยรุ่นสมาธิสั้น ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่หน่วยจิตเวช เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย บ่งชี้ว่า อาจมีภาวะวิตกกังวลจำนวน 81 คน (ร้อยละ 64.8) โดยจำนวน 56 คน (ร้อยละ 44.8) มีความจำเพาะกับภาวะวิตกกังวลมากขึ้น และส่วนใหญ่ซึ่งอาจจะมีภาวะกลัวการแยกจาก (separation anxiety disorder) 84 คน (ร้อยละ 67.2) สอดคล้องกับงานวิจัย ก่อนหน้านี้ของ Jensen และคณะ (2001) รวมถึงงานวิจัยของ Schatz และ Rostain (2006) ที่พบว่า เด็กสมาธิสั้นมักมีภาวะ วิตกกังวลร่วม^{4,37} อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Prasartpornsirichoke J และคณะ (2023) ที่พบว่าเด็กและวัยรุ่น สมาธิสั้นมีภาวะวิตกกังวลร่วม (ร้อยละ 49.5) และส่วนใหญ่อาจมี ภาวะกลัวการแยกจาก (ร้อยละ 55.6)⁵ นอกจากนี้ยังเป็นไปตาม งานวิจัยของ Tai-Ling Liu และคณะ (2014) ที่พบว่า วัยรุ่นที่มี อาการสมาธิสั้นมีอาการกลัวการแยกจาก (separation symptoms) มากกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีอาการสมาธิสั้น³⁸ และงานวิจัยของ Núria Voltas และคณะ (2017) พบว่า ถึงแม้ว่าภาวะกลัวการแยกจาก จะมีแนวโน้มลดลงเมื่อเวลาผ่านไป แต่ภาวะกลัวการแยกจาก มีอัตราการคงอยู่ของการเป็นโรคร่วมกับโรคสมาธิสั้นสูงที่สุด เมื่อเทียบกับภาวะวิตกกังวลในด้านอื่นๆ³⁹ โดยการศึกษาของ Sampada Bhide และคณะ (2019) พบว่า เด็กกลุ่มที่เป็นโรค สมาธิสั้น ผู้ปกครองมีความไม่สม่ำเสมอในการเลี้ยงดู และมีการ ตอบสนองด้วยอารมณ์โกรธมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้น⁴⁰ ซึ่งจากทฤษฎีความผูกพัน (attachment theory) ของ Bowlby (1969, 1973) อธิบายว่า หากเด็กได้รับการตอบสนองที่ไม่สม่ำเสมอ

ถูกปฏิเสธ หรือขาดไม่ได้ เด็กจะเกิดความผูกพันแบบไม่มั่นคง (insecure attachment) ซึ่งการที่เด็กขาดความรู้สึกปลอดภัยนำไปสู่ความรู้สึกกลัวการแยกจากได้ นอกเหนือจากนั้น Schatz และ Rostain (2006) ได้กล่าวถึงการกระตุ้นที่ไม่สมดุล (The Dysregulated Arousal Model) ว่า การกระตุ้นมากเกินไปในระบบ ประสาทของผู้ที่เป็นโรคสมาธิสั้นอาจก่อให้เกิดความบกพร่อง ด้านสมาธิ พฤติกรรมหุนหันพลันแล่น และการรับรู้ภัยคุกคามที่มากเกินจริง ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้น³⁷ อีกทั้งงานวิจัย ของ Roberto León-Barriera และคณะ (2023) พบว่า ภาวะวิตก กังวลอาจเป็นผลที่ตามมาจากความบกพร่องของโรคสมาธิสั้น มากกว่าที่จะเป็นภาวะร่วมโดยตรง โดยอาการของโรคสมาธิสั้นที่มีความบกพร่องในการบริหารหน้าที่ (executive dysfunction) และ อาการขาดสมาธิ (inattention) เป็นกลไกสำคัญที่อธิบายถึงความ ยากลำบากของการจัดการหน้าที่ในชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิด ความวิตกกังวลในเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น⁴¹

อย่างไรก็ดี การมีโรคร่วมเป็นโรคร่วมที่ระบุลักษณะ อาการกังวลร่วม (with anxious distress)⁴² อาจมีผลทำให้คะแนน SCARED เพิ่มขึ้นได้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ไม่ได้ควบคุมในการศึกษานี้ และเนื่องจากเครื่องมือ SCARED ที่ใช้ในงานวิจัยนี้เป็น แบบสอบถามคัดกรองไม่ใช่เครื่องมือสำหรับการวินิจฉัยทางคลินิก ผลที่ได้จึงสะท้อนถึงความเสี่ยงต่อการมีภาวะวิตกกังวล มิได้บ่งชี้ ถึงการเป็นโรคโดยตรง ดังนั้นการที่เด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นมีคะแนน SCARED สูงกว่าเกณฑ์ ไม่ควรถูกตีความว่าเป็นการวินิจฉัย ภาวะวิตกกังวลในทันที แต่ควรใช้เป็นสัญญาณเตือน (red flag) เพื่อนำไปสู่การซักประวัติเชิงลึก หรือใช้เครื่องมือสัมภาษณ์ที่มี โครงสร้าง (structured Interview) เพื่อยืนยันผลผ่านการสัมภาษณ์ ทางคลินิกที่ครอบคลุมข้อมูลจากหลายแหล่งทั้งจากบิดา มารดา และครูผู้สอน

นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดหลายประการ ประการแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นที่มารับการรักษาระบบผู้ป่วยนอกที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งอาจไม่สามารถนำไปใช้เป็นตัวแทนของเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นทั้งหมดได้ นอกจากนี้ การศึกษาจำกัดอยู่ที่ช่วงอายุ 10 - 15 ปี จึงอาจจะไม่ได้อธิบายผลของความผูกพันกับผู้ปกครองและเพื่อนในวัยรุ่นได้ทั้งหมด ประการต่อมา แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษานี้ใช้คำว่า "พ่อแม่" ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่าผู้เข้าร่วมวิจัยหมายความว่าพ่อแม่หรือเป็นบุคคลใดบุคคลหนึ่งโดยเฉพาะ อีกทั้ง การศึกษานี้ไม่ได้ควบคุมปัจจัยด้านการได้รับการรักษาภาวะวิตกกังวล ซึ่งอาจส่งผลให้ระดับภาวะวิตกกังวลลดลง และปัจจัยด้านการมีโรคร่วมที่อาจส่งผลให้ระดับภาวะวิตกกังวลเพิ่มขึ้น รวมถึงไม่ได้ควบคุมระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อความผูกพันกับผู้ปกครองและหรือเพื่อนได้ นอกจากนี้ เครื่องมือ SCARED ที่ใช้ในงานวิจัยนี้เป็นแบบสอบถามคัดกรองที่เด็กทำแบบประเมินด้วยตนเอง ไม่ใช่เครื่องมือสำหรับการวินิจฉัยทางคลินิก ผลที่ได้จึงสะท้อนถึงความเสี่ยงต่อการมีภาวะวิตกกังวลมากกว่าช่วงที่ถึงการเป็นโรคโดยตรง นอกเหนือจากนั้น การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาพตัดขวางซึ่งอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรได้เพียงช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น จึงไม่สามารถสรุปทิศทางความเป็นเหตุเป็นผลระหว่างตัวแปรที่ศึกษาได้ ด้วยเหตุนี้ งานวิจัยในอนาคตควรใช้รูปแบบการศึกษาไปข้างหน้า (prospective study) เพื่อให้สามารถอธิบายลำดับทิศทางความเป็นเหตุเป็นผลของตัวแปรต่างๆ ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

สรุป

ความผูกพันกับผู้ปกครองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผูกพันกับเพื่อน และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะวิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น ดังนั้นการสร้างเสริมความผูกพันที่ดีระหว่างเด็กกับผู้ปกครอง จะช่วยลดภาวะวิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นได้ โดยในการดูแลรักษาเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นที่มีภาวะวิตกกังวล ควรให้ความสำคัญกับการฝึกอบรมผู้ปกครองให้มีทักษะในการจัดการและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก (parent management training) หรือครอบครัวบำบัด (family therapy) เพื่อเสริมสร้างความผูกพันที่มั่นคงระหว่างผู้ปกครองและเด็กเป็นลำดับแรก มากกว่าการมุ่งเน้นเรื่องเพื่อนในทันที และควรตระหนักว่าการผลักดันให้เด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นเข้าสังคมโดยไม่ได้เตรียมความพร้อม อาจไม่ก่อให้เกิดผลเชิงบวกต่อภาวะวิตกกังวล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ปกครองและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน ที่ยินยอมและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถามวิจัย และขอขอบพระคุณ คณาจารย์และบุคลากรหน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำและช่วยเหลือตลอดงานวิจัย

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน และไม่ได้รับทุนสนับสนุน

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

นัทริญา บรรณาลัย: กำหนดหัวข้อ ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความ; จิรดา ประสาทพรศิริโชค: ออกแบบการศึกษา ให้คำปรึกษา ตรวจสอบ และแก้ไขบทความ; ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร: ออกแบบการศึกษา ให้คำปรึกษา ตรวจสอบและแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Salari N, Ghasemi H, Abdoli N, Rahmani A, Shiri MH, Hashemian AH, et al. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Ital J Pediatr* 2023;49(1):48.
2. Drechsler R, Brem S, Brandeis D, Grünblatt E, Berger G, Walitza S. ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. *Neuropediatrics* 2020;51(5):315-35.
3. World Health Organization. Mental health of adolescents [Internet]. World Health Organization; 2025 [cited 2025 29 Nov]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.
4. Jensen PS, Hinshaw SP, Swanson JM, Greenhill LL, Conners CK, Arnold LE, et al. Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): implications and applications for primary care providers. *J Dev Behav Pediatr* 2001;22(1):60-73.
5. Prasartpomsirichoke J, Pityaratstian N, Pongparadom W. School bullying behaviors and victimization in Thai children and adolescents with comorbid attention deficit hyperactivity disorder, anxiety disorders, and oppositional defiant disorder. *Chulalongkorn Medical Journal* 2023;66(3): 293-300.
6. Adamo N, Michelini G, Cheung CHM, Buitelaar JK, Asherson P, Rijdsdijk F, et al. Does Co-Occurring Anxiety Modulate ADHD-Related Cognitive and Neurophysiological Impairments? *Journal of Attention Disorders* 2021;25(8):1135-45.
7. Doyle MM. Anxiety Disorders in Children. *Pediatr Rev* 2022;43(11):618-30.
8. Rapee RM, Creswell C, Kendall PC, Pine DS, Waters AM. Anxiety disorders in children and adolescents: A summary and overview

- of the literature. *Behav Res Ther* 2023;168:104376.
9. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books; 1969.
 10. Gullone E, Robinson K. The Inventory of Parent and Peer Attachment-Revised (IPPA-R) for children: a psychometric investigation. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2005;12(1):67-79.
 11. Lamb M, Thompson R, Gardner W, Charnov E, Estes D. Security of infantile attachment as assessed in the "strange situation" : Its study and biological interpretation. *Behav Brain Sci* 1984;7:127-71.
 12. Ainsworth MD. Attachments across the life span. *Bull N Y Acad Med* 1985;61(9):792-812.
 13. Fernandes C, Monteiro L, Santos AJ, Fernandes M, Antunes M, Vaughn BE, et al. Early father-child and mother-child attachment relationships: contributions to preschoolers' social competence. *Attach Hum Dev* 2020;22(6):687-704.
 14. Kerns KA, Brumariu LE. Is Insecure Parent-Child Attachment a Risk Factor for the Development of Anxiety in Childhood or Adolescence? *Child Dev Perspect* 2014;8(1):12-7.
 15. Armsden GC, Greenberg MT. The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence* 1987;16(5):427-54.
 16. Greenberg MT, Siegel JM, Leitch CJ. The nature and importance of attachment relationships to parents and peers during adolescence. *J Youth Adolesc* 1983;12(5):373-86.
 17. Kissgen R, Franke S. An attachment research perspective on ADHD. *Neuropsychiatr* 2016;30(2):63-8.
 18. Darling Rasmussen P, Bilenberg N, Shmueli-Goetz Y, Simonsen E, Bojesen AB, Storebø OJ. Attachment Representations in Mothers and Their Children Diagnosed with ADHD: Distribution, Transmission and Impact on Treatment Outcome. *Journal of Child and Family Studies* 2019;28(4):1018-28.
 19. Brumariu LE, Kerns KA. Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: a review of empirical findings and future directions. *Dev Psychopathol* 2010;22(1):177-203.
 20. Esbjørn BH, Breinholst S, Kriss A, Hald HH, Steele H. Can attachment and peer relation constructs predict anxiety in ethnic minority youths? A longitudinal exploratory study. *Attach Hum Dev* 2015;17(6):599-614.
 21. Peng C, Liu Y, Zhou Y, Zhang Z. Relationship Between Father-Child Attachment and Adolescents' Anxiety: The Bidirectional Chain Mediating Roles of Neuroticism and Peer Attachment. *Psychol Res Behav Manag* 2024;17:2971-85.
 22. Zhang H, Li Z, Yan X, Deng C. The influence of parent-child attachment on school adjustment among the left-behind children of overseas Chinese: The chain mediating role of peer relationships and hometown identity. *Front Psychol* 2022;13.
 23. Tan D, Xie R, Song S, Ding W, Wu W, Li W. How does parent-child attachment influence left-behind children's loneliness and depression: The mediating roles of peer attachment and teacher-student relationship. *Child Care Health Dev* 2023;49(6):1076-86.
 24. Fritz MS, Mackinnon DP. Required sample size to detect the mediated effect. *Psychol Sci* 2007;18(3):233-9.
 25. Lucktong A, Salisbury TT, Chamratrithong A. The impact of parental, peer and school attachment on the psychological well-being of early adolescents in Thailand. *International Journal of Adolescence and Youth* 2018;23(2):235-49.
 26. Poolsuan C, Kiatrungrit K, Hataiyusuk S. Self-Compassion in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Associated Factors. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2023;68(4):326-38.
 27. Tangjittiporn T, Sottimanon A, Ularntinon S. Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Disorders Thai version. *Pediatrics International* 2022;64(1):e15093.
 28. Birmaher B, Brent DA, Chiappetta L, Bridge J, Monga S, Baugher M. Psychometric Properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): A Replication Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1999;38(10):1230-6.
 29. Sen Demirdogen E, Serdengeçti N, Sevilmiş I, Nane C, Soyoz E, Yavuz M. The Associations Between Attachment, Thought-Action Fusion, and Anxiety in Adolescents: Mediator Effect of Thought-Action Fusion. *Psychiatry Clin Psychopharmacol* 2021;31(3):303-9.
 30. Akman H, Serdengeçti N, Yavuz M, Kadak MT, Ercan O, Doğançün B. Attachment and comorbid anxiety in ADHD. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2024;29(1):368-80.
 31. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 2: Separation anxiety and anger. New York: Basic Books; 1973.
 32. Gorrese A, Ruggieri R. Peer attachment: a meta-analytic review of gender and age differences and associations with parent attachment. *J Youth Adolesc* 2012;41(5):650-72.
 33. Delgado E, Serna C, Martínez I, Cruise E. Parental Attachment and Peer Relationships in Adolescence: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(3).
 34. Marton I, Wiener J, Rogers M, Moore C. Friendship Characteristics of Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders* 2015;19(10):872-81.
 35. Lee Y, Mikami AY, Owens JS. Children's ADHD Symptoms and Friendship Patterns across a School Year. *Res Child Adolesc Psychopathol* 2021;49(5):643-56.
 36. Ros R, Graziano PA. Social Functioning in Children With or At Risk for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2018;47(2):213-35.
 37. Schatz DB, Rostain AL. ADHD With Comorbid Anxiety: A Review of the Current Literature. *Journal of Attention Disorders* 2006; 10(2):141-9.
 38. Liu T-L, Yang P, Ko C-H, Yen J-Y, Yen C-F. Association Between ADHD Symptoms and Anxiety Symptoms in Taiwanese Adolescents. *Journal of Attention Disorders* 2014;18(5):447-55.
 39. Voltas N, Hernández-Martínez C, Arijá V, Canals J. The natural course of anxiety symptoms in early adolescence: factors related to persistence. *Anxiety, Stress, & Coping* 2017;30(6):671-86.
 40. Bhide S, Sciberras E, Anderson V, Hazell P, Nicholson JM. Association Between Parenting Style and Socio-Emotional and Academic Functioning in Children With and Without ADHD: A Community-Based Study. *J Atten Disord* 2019;23(5):463-74.
 41. León-Barriera R, Ortegón RS, Chaplin MM, Modesto-Lowe V. Treating ADHD and Comorbid Anxiety in Children: A Guide for Clinical Practice. *Clinical Pediatrics* 2023;62(1):39-46.
 42. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2022.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตาย และการเคยพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่น: การเปรียบเทียบตามระดับสุขภาวะตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก

สิริกัญญา สมบูรณ์ยิ่ง*, ธนาวิ ประชาสันต์**, พิชญญา พจนโพธา***

*กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลนครพิงค์

**ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

***ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตาย และการเคยพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่นในประเทศไทยในจังหวัดเชียงใหม่ รวมถึงตรวจสอบอิทธิพลของสุขภาวะตามแบบประเมิน EPOCH ซึ่งพัฒนาจากจิตวิทยาเชิงบวกที่อาจมีผลต่อความสัมพันธ์ดังกล่าว

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงบรรยายวิเคราะห์ (descriptive analytical study) ในกลุ่มนักเรียนอายุ 10 - 18 ปี จำนวน 240 คน จากโรงเรียน 3 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่ ใช้แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน แบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-A และแบบประเมินสุขภาวะ EPOCH วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นด้วย Pearson's chi-square และ Independent t-test เพื่อตรวจหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตาย และการเคยพยายามฆ่าตัวตาย จากนั้นทำการวิเคราะห์พหุปัจจัยและทดสอบอิทธิพลปฏิสัมพันธ์ (interaction effect) ระหว่างสุขภาวะ EPOCH กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ Binary logistic regression

ผลการศึกษา จากการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ LGBTQ ($p < .001$) และสถานภาพบิดามารดาที่ไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน ($p = 0.034$) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดอยากตาย ได้แก่ LGBTQ ($p < .001$) และสถานภาพบิดามารดาที่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน ($p = 0.015$) ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเคยพยายามทำร้ายตัวเอง ได้แก่ สถานภาพบิดามารดาที่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน ($p = 0.004$) เมื่อวิเคราะห์พหุปัจจัยโดยควบคุมเพศกำเนิดและอายุพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับ LGBTQ (OR 6.04, 95% CI 2.37 - 15.38, $p < .001$) ความคิดอยากตายมีความสัมพันธ์กับ LGBTQ (OR 15.78, 95% CI 5.61 - 44.37, $p < .001$) และสถานภาพบิดามารดาที่ไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน (OR 2.39, 95% CI 1.09 - 5.25, $p = 0.030$) การเคยพยายามทำร้ายตัวเองมีความสัมพันธ์กับสถานภาพบิดามารดาที่ไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน (OR 4.42, 95% CI 1.62 - 12.11, $p = 0.004$) สำหรับอิทธิพลปฏิสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะ EPOCH กับปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาดังกล่าว พบว่าโดยรวม EPOCH ไม่เปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ แต่พบแนวโน้มที่ engagement อาจมีปฏิสัมพันธ์กับ LGBTQ ในการทำนายภาวะซึมเศร้า (interaction OR 0.71, $p = 0.061$) และ connectedness อาจมีปฏิสัมพันธ์กับสถานภาพบิดามารดาในการทำนายความคิดอยากตาย (interaction OR 1.27, $p = 0.056$)

สรุป การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า LGBTQ และโครงสร้างครอบครัวมีอิทธิพลสำคัญต่อภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อความคิดอยากตาย และการพยายามทำร้ายตัวเองในวัยรุ่น ขณะที่องค์ประกอบของจิตวิทยาเชิงบวก โดยเฉพาะ engagement และ connectedness อาจมีบทบาทเชิงป้องกันในกลุ่มเปราะบางนี้ ซึ่งควรศึกษาเพิ่มเติมเพื่อประยุกต์ใช้ในการป้องกันและบำบัดทางจิตเวชในอนาคต

คำสำคัญ สุขภาวะ จิตวิทยาเชิงบวก ภาวะซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตาย วัยรุ่น EPOCH

Corresponding author: สิริกัญญา สมบูรณ์ยิ่ง

กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลนครพิงค์

E-mail: sirikanya.ssk@gmail.com

วันรับ 27 สิงหาคม 2568 วันแก้ไข 26 พฤศจิกายน 2568 วันตอบรับ 3 มกราคม 2569

Factors Associated with Depression, Suicidal Ideation, and Suicide Attempts in Adolescents: Modifying Effects of Well-being Based on the Positive Psychology Framework

Sirikanya Somboonying*, Thanavadee Prachason**, Pichaya Pojanapotha***

*Department of Psychiatry, Nakomping Hospital

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

***Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

ABSTRACT

Objective: This study aims to analyze factors associated with depression, suicidal ideation, and suicide attempts among adolescents in Chiang Mai - Thailand, as well as to examine the influence of well-being, as measured by the EPOCH framework developed from positive psychology, on these associations.

Methods: A descriptive analytical study was conducted among 240 students aged 10 - 18 years from three schools in Chiang Mai. Data were collected using a basic demographic questionnaire, the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) to assess depression, and the EPOCH Measure of Adolescent Well-being. Univariate analyses using Pearson's chi-square and independent t-test were performed to identify factors associated with depression, suicidal ideation, and suicide attempts. Subsequently, multivariate analyses and interaction effect tests between well-being (EPOCH) and relevant factors were conducted using binary logistic regression.

Results: Univariate analysis showed that depression was significantly associated with LGBTQ ($p < .001$) and parents not living together ($p = 0.034$). Suicidal ideation was linked to LGBTQ ($p < .001$) and parents not living together ($p = 0.015$). Suicide attempts were associated with parents not living together ($p = 0.004$). Multivariate analysis revealed: Depression was associated with LGBTQ (OR 6.04, 95% CI 2.37 - 15.38, $p < .001$). Suicidal ideation was associated with LGBTQ (OR 15.78, 95% CI 5.61 - 44.37, $p < .001$) and parents not living together (OR 2.39, 95% CI 1.09 - 5.25, $p = 0.030$). Suicide attempts were associated with parents not living together (OR 4.42, 95% CI 1.62 - 12.11, $p = 0.004$). Regarding the interaction effects between EPOCH well-being and the associated risk factors, EPOCH did not significantly alter the relationships overall. However, there was a trend suggesting that Engagement may interact with LGBTQ in predicting depression (interaction OR 0.71, $p = 0.061$), and Connectedness may interact with parental status in predicting suicidal ideation (interaction OR 1.27, $p = 0.056$).

Conclusion: The study indicates that LGBTQ and family structure (parents not living together) significantly increase risks of depression, suicidal ideation, and suicide attempts among adolescents. The positive psychology components, particularly Engagement and Connectedness, may play a preventive role in this vulnerable group, which warrants further investigation for future applications in mental health prevention and treatment.

Keywords: well-being, positive psychology, depression, suicidal ideation, adolescents, EPOCH

Corresponding author: Sirikanya Somboonying

E-mail: sirikanya.ssk@gmail.com

Received: 27 August 2025 Revised: 26 November 2025 Accepted: 30 January 2026

บทนำ

ในปัจจุบันโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญของประชากรโลกและมีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งจำนวนผู้ป่วยและความรุนแรงของโรค ในขณะที่อายุเมื่อเริ่มมีอาการของโรคกลับลดลง ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) 1 ใน 7 ของเด็กอายุ 10 - 19 ปีป่วยเป็นโรคจิตเวช ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 15 ของความเจ็บป่วยที่เกิดในผู้ป่วยกลุ่มอายุนี้ โดยภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และโรคที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ และยังก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในวัยรุ่นด้วย จากสถิติพบผู้ป่วยซึมเศร้าทั่วโลกประมาณร้อยละ 1.4 ในเด็กอายุ 10 - 14 ปี และร้อยละ 3.5 ในเด็กอายุ 15 - 19 ปี ซึ่งส่งผลกระทบต่อการเรียน การเข้าสังคม ก่อให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุที่มากเป็นอันดับ 3 ของการเสียชีวิตในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น¹ สำหรับสถิติในประเทศไทย จากการศึกษาค้นคว้าของวัยรุ่นที่ป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยในปี 2565 จากเด็กและวัยรุ่นอายุระหว่าง 11 - 16 ปี ทั่วประเทศ จำนวน 4,089 คน โดยใช้แบบประเมิน PHQ-A พบว่าร้อยละ 72.2 มีภาวะซึมเศร้า เมื่อเทียบกับความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นทั่วโลก ความชุกที่พบนี้ถือว่าอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูง² นอกจากนี้ จากการเก็บสถิติของกรมสุขภาพจิตผ่านระบบการประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น Mental Health Check In ในระหว่างปี 2565 - 2568 จากประชากรในประเทศไทยทั่วประเทศ ที่มีอายุระหว่าง 10 - 18 ปี จำนวน 646,409 คน พบว่าเสี่ยงมีภาวะซึมเศร้า 64,341 คน (คิดเป็นร้อยละ 9.95) และเสี่ยงฆ่าตัวตายถึง 109,117 คน (คิดเป็นร้อยละ 16.88)³ โดยปัจจัยที่พบภาวะซึมเศร้าบ่อย ได้แก่ เพศกำเนิดหญิง เพศทางเลือก (LGBTQ) อายุช่วงวัยรุ่น การศึกษาต่ำ รายได้ในครอบครัวต่ำ มีความคิดอยากตาย และเคยพยายามฆ่าตัวตาย ปัญหาการเรียน ปัญหาครอบครัว ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน หรือแฟน²⁻¹²

นอกจากเรื่องซึมเศร้าแล้ว ปัจจุบันอัตราการฆ่าตัวตายก็มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยปัจจัยที่พบว่าเกิดได้บ่อยได้แก่ เพศกำเนิดหญิง เพศทางเลือก อายุช่วงวัยรุ่น และปัญหาภายในครอบครัว^{6,10,13-19} ข้อมูลจากศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต และกลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 9 ระบุว่าในปี 2566 จังหวัดเชียงใหม่ มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในประเทศไทย (15.33 ต่อแสนประชากร)

มากกว่าที่กรมสุขภาพจิตกำหนดไว้ซึ่งอยู่ที่ 8 ต่อแสนประชากร และมีแนวโน้มในการพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้นในทุกปี ในบางกลุ่มอายุ^{13,14} จะเห็นได้ว่าปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในเด็กและวัยรุ่นเป็นปัญหาใหญ่ โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน

การรักษาภาวะซึมเศร้านั้นนอกจากจะมีการรักษาด้วยยาแล้ว ยังจำเป็นต้องมีการดูแลด้วยวิธีอื่นควบคู่ด้วย เช่น การทำจิตบำบัด การให้คำปรึกษาและคำแนะนำกับผู้ที่อยู่ใกล้ชิด ในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย นอกจากนี้ในปัจจุบันยังได้มีการศึกษาเกี่ยวกับจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) ในการนำมาประยุกต์ใช้ร่วมในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น จิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) เป็นศาสตร์ที่มุ่งเน้นการสร้างสุขภาวะที่ดี (well-being) ไม่ใช่เพียงแค่การลดความเจ็บป่วย แต่ยังดึงเอาจุดแข็งมาเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาตนเองของมนุษย์ด้วย²⁰⁻²² โดยในปัจจุบันได้มีการนำจิตวิทยาเชิงบวกมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคซึมเศร้ามากขึ้น มีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้หลากหลายพบว่า จิตวิทยาเชิงบวกทำให้มีความคิดและพฤติกรรมในด้านบวก มีความพึงพอใจในชีวิต มีระดับซึมเศร้าต่ำลง²³⁻²⁶ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาทบทวนเป็นระบบ (systematic review) และวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) พบว่าจิตวิทยาเชิงบวกเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและรักษาซึมเศร้า ทำให้อาการซึมเศร้าดีขึ้น ลดการกลับเป็นซ้ำของโรค²⁷ เพิ่มสุขภาวะเชิงอัตวิสัย (subjective well-being) และสุขภาวะทางจิต (psychological well-being) และยังมีผลดีมากขึ้นหากใช้การรักษาแบบนี้นานขึ้น²⁸ และยังมีการศึกษาที่พบว่าจิตวิทยาเชิงบวกช่วยเพิ่มสุขภาวะ และทำให้อาการซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มีโรคทางกายดีขึ้นด้วยเช่นกัน²⁹ สำหรับในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นก็ได้มีการนำจิตวิทยาเชิงบวกมาประยุกต์ใช้ในการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าด้วย พบว่าจิตวิทยาเชิงบวกช่วยเพิ่มความพึงพอใจในชีวิต เพิ่มสุขภาวะ ลดระดับความเศร้าและความเครียด³⁰⁻³² และช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้³³

นอกจากนี้ยังพบว่าจิตวิทยาเชิงบวกยังมีส่วนช่วยลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายและทำร้ายตัวเองได้อีกด้วย มีการศึกษากล่าวว่าจิตวิทยาเชิงบวกอาจเป็นกลไกที่สามารถขัดขวางวงจรหรือความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพที่ไม่ดีและอารมณ์ที่ไม่ดี ซึ่งอาจนำไปสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตาย เนื่องจากพบว่าการมองโลกในแง่ร้ายสัมพันธ์กับภาวะผิดปกติทางจิต รวมถึง

การส่งเสริมสุขภาพะในการมองโลกในแง่ดี เป็นข้อบ่งชี้ที่ดีต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย³⁴ นอกจากนี้งานวิจัยนี้ยังแสดงให้เห็นว่าอารมณ์เชิงบวกสามารถนำไปสู่สุขภาพกายที่ดี³⁴ และการมีสุขภาพจิตในทางบวก (positive mental health) จะช่วยเพิ่มอารมณ์ด้านบวก ทำให้ความคิดอยากตายลดน้อยลง^{35,36} รวมถึงจิตวิทยาเชิงบวกยังสัมพันธ์กับผลลัพธ์ในระยะสั้นที่ดีขึ้นในด้านที่เกี่ยวข้องของทางคลินิกด้วย³⁷

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าจิตวิทยาเชิงบวกมีส่วนช่วยในการเพิ่มสุขภาพะ ลดอาการซึมเศร้าและความคิดอยากตายได้ในหลากหลายกลุ่มประชากร มีการศึกษาเป็นจำนวนมากในต่างประเทศ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาเป็นวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับจิตวิทยาเชิงบวกและสุขภาพะในแง่ของความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตาย และการพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่นรุ่นก่อนข้างน้อยและส่วนใหญ่ทำในกลุ่มผู้ใหญ่³⁸⁻⁴⁰ อีกทั้งการศึกษาในวัยรุ่นที่พบจากการทบทวนวรรณกรรมยังศึกษาในประชากรเฉพาะกลุ่ม เช่น การศึกษาในวัยรุ่นหญิงจากสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี พบว่าในกลุ่มที่ได้ทำกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกมีคะแนนในด้านอารมณ์มีความหวัง การมองโลกในแง่ดีสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และคะแนนซึมเศร้ามีแนวโน้มลดลงเมื่อเวลาผ่านไป⁴¹ และการศึกษาในเด็กวัยรุ่นที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับผู้ปกครองในด้านความยืดหยุ่นทางอารมณ์ (resilience) ซึ่งเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของจิตวิทยาเชิงบวกว่าสัมพันธ์กับอัตราที่ต่ำลงของภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย⁴² ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตาย และการพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มประชากรทั่วไปในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศในปี 2566^{13,14} และทดสอบว่าสุขภาพะจากแนวคิดของจิตวิทยาเชิงบวกมีอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตาย และการพยายามฆ่าตัวตายหรือไม่ ซึ่งอาจเป็นหลักฐานเบื้องต้นในการสนับสนุนว่าสุขภาพะอาจเป็นเป้าหมายในการแทรกแซง (target of intervention) ในกลุ่มเสี่ยงที่จำเพาะ เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาหรือป้องกันภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทยต่อไปในอนาคต

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาชนิดบรรยายเชิงวิเคราะห์ (descriptive analytical study) โดยเป็นการวิเคราะห์ข้อมูล

ทุติยภูมิ (secondary data analysis) ซึ่งได้รับการพิจารณาขอยกเว้นการพิจารณาด้านจริยธรรมงานวิจัย (exemption review) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่โครงการ PSY-2567-0719) และผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และขอคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากทั้งอาสาสมัครและผู้ปกครองก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานี้ นำมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเรื่องความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของแบบประเมินสุขภาพะในวัยรุ่น EPOCH ฉบับภาษาไทย (Reliability and validity of the Thai version of the EPOCH Measure of Adolescent Well-being questionnaire)⁴³ โดยคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องภายใน ตามสูตรของ Moinester⁴⁴ มีผู้เข้าร่วมจำนวน 240 คน โดยเป็นเด็กนักเรียนอายุ 10 - 18 ปีที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียน 3 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วยโรงเรียนรัฐบาลระดับประถมศึกษา 1 แห่ง, โรงเรียนรัฐบาลระดับมัธยมศึกษา 1 แห่ง และโรงเรียนเอกชนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา 1 แห่ง เพื่อให้เกิดความหลากหลายของลักษณะทางสังคมของกลุ่มประชากร โดยคุณครูในโรงเรียนเป็นผู้สุ่มแจกแบบประเมิน ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องสามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้คล่อง เกณฑ์การคัดออก คือ มีปัญหาด้านการสื่อสารจนเป็นอุปสรรคในการทำแบบสอบถาม เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลแบบทุติยภูมิ (secondary data analysis) จึงใช้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เพื่อให้มีอำนาจในการวิเคราะห์ผลทางสถิติสูงสุด

เครื่องมือ

แบบประเมินทั้งหมดเป็นแบบประเมินที่วัดผลด้วยตนเอง

1. แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐาน (Demographic Data Questionnaire) ได้แก่ เพศกำเนิด (biological sex) แบ่งเป็นเพศชายและเพศหญิง เพศสภาพ (gender identity) แบ่งเป็นเพศชาย เพศหญิง และอื่นๆ (LGBTQ) ระดับชั้นเรียน บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย รายได้เฉลี่ยในครอบครัวต่อเดือน และสถานภาพการอาศัยอยู่ร่วมกันของบิดามารดา
2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า The Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) ฉบับภาษาไทย 2561

ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-27 คะแนน แปลผลเป็นระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าตามคะแนนที่ประเมิน โดยแบ่งเป็น ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 - 4 คะแนน), มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (5 - 9 คะแนน), ปานกลาง (10 - 14 คะแนน), มาก (15 - 19 คะแนน) และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (20 คะแนนขึ้นไป) แบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ในระดับดี (Cronbach's alpha coefficient = 0.88) จุดตัดที่มีความตรงตามเกณฑ์ที่น่าพอใจที่สุดคือ 10 คะแนน (ความไว ร้อยละ 93 และความจำเพาะ ร้อยละ 77) และมีข้อคำถามแบบตอบเป็นตัวเลือกใช่หรือไม่ใช่ในการประเมินความคิดอยากตายใน 1 เดือนที่ผ่านมา และการเคยพยายามฆ่าตัวตายในตลอดชีวิตที่ผ่านมา แบบประเมินนี้เหมาะสำหรับใช้ในประชากรอายุ 11 - 20 ปี⁴⁵

3. แบบประเมินสุขภาวะในวัยรุ่น EPOCH ฉบับภาษาไทย เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดย Kern ML. และคณะ เพื่อใช้ประเมินสุขภาวะทางจิตในเด็กและวัยรุ่น โดยได้มีการปรับปรุงจาก PERMA-Profilier ซึ่งเป็นแบบประเมินสุขภาวะในผู้ใหญ่ มีการแบ่งการประเมินออกเป็น 5 ด้าน ที่เชื่อว่ามีอิทธิพลต่อองค์ประกอบทั้ง 5 ของ PERMA โดยในโมเดลนี้จะมุ่งความสนใจไปที่ลักษณะเชิงบวกของวัยรุ่นที่ก่อให้เกิดความเจริญงอกงาม (flourishing) ตามมาในผู้ใหญ่ ตามความหมายในโมเดลเรื่องจิตวิทยาเชิงบวกของ Seligman ซึ่งการประเมินทั้ง 5 ด้าน ในแบบประเมินนี้ประกอบด้วย

E (Engagement) คือ ความสามารถในการสนใจจดจ่อและเพลิดเพลินกับกิจกรรม โดยเรียกสภาวะที่มี Engagement สูงมากกว่า flow

P (Perseverance) คือ ความยืนหยัดมุ่งมั่นกับสิ่งที่ทำและไปให้ถึงเป้าหมายที่วางไว้ แม้ว่าจะมีอุปสรรคหรือความท้าทาย ก็ยังสามารถทำงานให้สำเร็จลุล่วงไปได้แม้ต้องใช้เวลา

O (Optimism) คือ ความสามารถในการมองโลกในแง่ดี มีความหวังและความมั่นใจต่ออนาคต มีมุมมองในทางบวกต่อสิ่งต่างๆ เห็นว่าเรื่องไม่ดีจะเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวและจำเพาะต่อสถานการณ์นั้นๆ เท่านั้น

C (Connectedness) คือ ความรู้สึกถึงการเป็นที่รัก ได้รับการสนับสนุนและมีคุณค่ากับคนอื่น รู้สึกใกล้ชิดติดใจกับผู้อื่น

H (Happiness) คือ ความรู้สึกมีความสุข สนุกสนานพึงพอใจในชีวิต

โดยแต่ละหมวดมี 4 ข้อคำถาม รวมเป็น 20 ข้อ แต่ละข้อใช้การตอบแบบ Likert (แทบไม่เคย = 1 คะแนน, บางครั้ง = 2 คะแนน, บ่อยครั้ง = 3 คะแนน, บ่อยมาก = 4 คะแนน, เกือบทุกครั้ง = 5 คะแนน) มีคะแนนรวมตั้งแต่ 20 - 100 คะแนน โดยไม่มีจุดตัดคะแนน หากค่าคะแนนยิ่งมาก ยิ่งบ่งบอกถึงการที่มีสุขภาวะทางจิตที่ดีในด้านนั้นๆ เหมาะสำหรับใช้ในประชากรอายุ 10 - 18 ปี⁴⁶ ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินทั้งฉบับและในรายหมวดอยู่ที่ 0.676 - 0.897 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นของแบบประเมินทั้งฉบับและรายหมวดอยู่ในระดับปานกลางถึงดี⁴³

วิธีดำเนินการวิจัย

นำข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยเดิมมาวิเคราะห์ใหม่ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรม Stata SE 16.1 เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะจากแบบประเมิน EPOCH กับภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตาย และการเคยพยายามฆ่าตัวตายจากแบบประเมิน PHQ-A

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย (method of data analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลแบบตัวแปรเดียวเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (PHQ-A \geq 10) ความคิดอยากตาย และการเคยพยายามฆ่าตัวตาย ด้วยสถิติ Pearson's chi-square สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม (categorical variable) และสถิติ Independent t-test สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง (continuous variable) ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตาย และการเคยพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบตัวแปรเดียว จะถูกนำมาวิเคราะห์ร่วมกันด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาค (binary logistic regression) โดยควบคุมตัวแปรเพศกำเนิดและอายุ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีหลักฐานจำนวนมากสนับสนุนว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตาย และการพยายามฆ่าตัวตาย^{2,4-8,13,14} ปัจจัยที่ยังคงมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตาย และการเคยพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์แบบพหุปัจจัย จะถูกนำมาทดสอบอิทธิพลปฏิสัมพันธ์ (interaction effect) กับสุขภาวะจากแบบประเมิน EPOCH ที่มีต่อภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตาย และ

การเคยพยายามฆ่าตัวตาย ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาค (binary logistic regression) เพื่อทดสอบว่าสุขภาวะจากแบบประเมิน EPOCH ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก มีอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ดังกล่าวหรือไม่ โดยมีเพศกำเนิดและอายุเป็นตัวแปรควบคุม คำนัยสำคัญทางสถิติถูกกำหนดไว้ที่ $p < 0.05$ การวิเคราะห์หลัก (main analysis) จะใช้คะแนนรวม EPOCH ในการทดสอบความสัมพันธ์ และใช้การวิเคราะห์เชิงสำรวจ (exploratory analysis) ในการศึกษาหมวดย่อยของสุขภาวะตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก โดยไม่ได้มีการปรับค่า p-value จาก multiple comparison เพื่อลด type II error

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐาน (demographic data)

จากการเก็บข้อมูลการวิจัยในโรงเรียน 3 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่ ได้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 240 คน เป็นเพศกำเนิดชาย 94 คน คิดเป็นร้อยละ 39.2 และเพศกำเนิดหญิง 146 คน คิดเป็นร้อยละ 60.8 ไม่ได้เป็น LGBTQ 217 คน คิดเป็นร้อยละ 90.4 และเป็น LGBTQ 23 คน คิดเป็นร้อยละ 9.6 ส่วนใหญ่ศึกษาในระดับการศึกษาม.4 (ร้อยละ 25.8) อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา (ร้อยละ 68.3) บิดาและมารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 75.0) รายได้เฉลี่ยในครอบครัวต่อเดือนสูงกว่า 50,000 บาท (ร้อยละ 31.7) ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ปฏิเสธความคิดอยากตายใน 1 เดือน และปฏิเสธประวัติการพยายามทำร้ายตัวเอง โดยข้อมูลของกลุ่มประชากรที่ศึกษาแสดงในตารางที่ 1

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

เมื่อนำคะแนน EPOCH ไปเทียบกับคะแนน PHQ-A ซึ่งเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น พบว่ามีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามอย่างมีนัยสำคัญในทุกหมวด ($p < 0.001$) ยกเว้นในหมวด Engagement ที่พบความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามกับ PHQ-A แต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.499$) ดังแสดงในตารางที่ 1

สำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติแบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) ใช้การวิเคราะห์แบบ Pearson's chi-square หาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับ LGBTQ สถานภาพของบิดามารดา บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย และรายได้ของครอบครัว พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของภาวะซึมเศร้ากับ LGBTQ

และสถานภาพของบิดามารดา โดยวัยรุ่นที่เป็น LGBTQ มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่า ($p < 0.001$) และวัยรุ่นที่สถานภาพของบิดามารดาไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน (บิดามารดาหย่าร้าง แยกกันอยู่ หรือเสียชีวิต) มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่บิดามารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน ($p = 0.034$) ดังแสดงในตารางที่ 1 นำมาหาความสัมพันธ์โดยวิเคราะห์ทางสถิติแบบหลายตัวแปร (multivariate analysis) ต่อ ร่วมกับเพศกำเนิดและอายุ เมื่อควบคุมตัวแปรเพศกำเนิดอายุ และสถานภาพของบิดามารดา พบว่า LGBTQ มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับภาวะซึมเศร้า (OR 6.04, 95%CI 2.37-15.38, $p < .001$) กล่าวคือ การเป็น LGBTQ มีโอกาสมีภาวะซึมเศร้าเป็น 6.04 เท่าของการไม่ได้เป็น LGBTQ เมื่อควบคุมตัวแปรเพศกำเนิดอายุ และสถานภาพของบิดามารดาให้คงที่ ดังแสดงในตารางที่ 2

เมื่อทดสอบปฏิสัมพันธ์ (interaction) ระหว่าง EPOCH กับปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า พบว่าอิทธิพลของปฏิสัมพันธ์ (interaction effect) ระหว่าง EPOCH กับ LGBTQ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 0.96, $p = 0.387$) บ่งชี้ว่า EPOCH ไม่มีอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่าง LGBTQ กับภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตามในการวิเคราะห์เชิงสำรวจ (exploratory analysis) โดยทดสอบหมวดย่อยของ EPOCH แต่ละด้าน พบว่า Engagement มีแนวโน้มที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับ LGBTQ (interaction OR 0.71, $p = 0.061$) ดังแสดงในตารางที่ 3 และจากรูปที่ 1 จะเห็นได้ว่ากลุ่มที่เป็น LGBTQ มีโอกาสในการมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าอีกกลุ่ม โดยโอกาสในการมีภาวะซึมเศร้าจะสูงมากหากมีระดับ Engagement ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย และจะลดลงตามระดับของ Engagement ที่สูงขึ้น ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้เป็น LGBTQ มีโอกาสในการมีภาวะซึมเศร้ามืดที่ โดยไม่ขึ้นกับระดับของ Engagement

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดอยากตาย

เมื่อนำคะแนน EPOCH ไปเทียบกับความคิดอยากตายในวัยรุ่น พบว่ามีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามอย่างมีนัยสำคัญในทุกหมวด ($p < 0.001$) ยกเว้นใน Engagement ที่ $p = 0.003$) ดังแสดงในตารางที่ 1

สำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติแบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) ใช้การวิเคราะห์แบบ Pearson's chi-square หาความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอยากตายหรือทำร้ายตัวเองกับ LGBTQ สถานภาพของบิดามารดา บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย และ

รายได้ของครอบครัว พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญกับ LGBTQ และสถานภาพของบิดามารดา โดยกลุ่มที่เป็น LGBTQ ($p < 0.001$) และสถานภาพของบิดามารดาไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน ($p = 0.015$) มีความคิดอยากตายทำร้ายตัวเองสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ดังแสดงในตารางที่ 1 นำมาหาความสัมพันธ์โดยวิเคราะห์ทางสถิติแบบหลายตัวแปร (multivariate analysis) ต่อ ร่วมกับเพศกำเนิดและอายุ เมื่อควบคุมตัวแปรเพศกำเนิด อายุ และสถานภาพของบิดามารดา พบว่า LGBTQ มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความคิดอยากตายหรือทำร้ายตัวเอง (OR 15.78, 95% CI 5.61 - 44.37, $p < .001$) กล่าวคือ การเป็น LGBTQ มีโอกาสมีความคิดอยากตายหรือทำร้ายตัวเองเป็น 15.78 เท่าของกลุ่มที่ไม่ได้เป็น เมื่อควบคุมตัวแปรเพศกำเนิด อายุ และสถานภาพของบิดามารดาให้คงที่ และเมื่อควบคุมตัวแปรเพศกำเนิด อายุ และ LGBTQ พบว่าสถานภาพของบิดามารดาไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความคิดอยากตายหรือทำร้ายตัวเอง (OR 2.39, 95% CI 1.09 - 5.25, $p = 0.030$) กล่าวคือ การที่บิดามารดาไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน มีโอกาสมีความคิดอยากตายหรือทำร้ายตัวเองเป็น 2.39 เท่าของการที่บิดามารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน เมื่อควบคุมตัวแปรเพศกำเนิด อายุ และ LGBTQ ให้คงที่ ดังแสดงในตารางที่ 2

เมื่อทดสอบปฏิสัมพันธ์ (interaction) ระหว่าง EPOCH กับปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดอยากตาย พบว่าอิทธิพลของปฏิสัมพันธ์ (interaction effect) ระหว่าง EPOCH กับการเป็น LGBTQ หรือสถานภาพของบิดามารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดอยากตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 1.04, $p = 0.327$ และ OR 1.02, $p = 0.541$ ตามลำดับ) บ่งชี้ว่า EPOCH ไม่มีอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างการเป็น LGBTQ หรือสถานภาพของบิดามารดา กับความคิดอยากตาย อย่างไรก็ตามในการวิเคราะห์เชิงสำรวจ (exploratory analysis) โดยทดสอบหมวดย่อยของ EPOCH แต่ละด้าน พบว่า Connectedness มีแนวโน้มที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับสถานภาพของบิดามารดา (interaction OR 1.27, $p = 0.056$) ดังแสดงในตารางที่ 3 และจากรูปที่ 2 จะเห็นได้ว่าโดยภาพรวมระดับ Connectedness ที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยมีโอกาสมีความคิดอยากตายเพิ่มสูงขึ้นในทั้งสองกลุ่ม แต่ในกลุ่มที่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน โอกาสในการมีความคิดอยากตายจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากในกลุ่มที่มี Connectedness ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน แต่มี Connectedness ในระดับค่าเฉลี่ยหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเคยพยายามทำร้ายตัวเอง

เมื่อนำคะแนน EPOCH ไปเทียบกับการเคยพยายามทำร้ายตัวเอง พบว่ามีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามอย่างมีนัยสำคัญใน EPOCH โดยรวม ($p = 0.006$) และในหมวด Perseverance และ Optimistic ($p = 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

สำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติแบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) ใช้การวิเคราะห์แบบ Pearson's chi-square หาความสัมพันธ์ระหว่างการเคยพยายามทำร้ายตัวเองกับการเป็น LGBTQ เพศกำเนิด สถานภาพของบิดามารดา บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยและรายได้ของครอบครัว พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของสถานภาพของบิดามารดาโดยสถานภาพของบิดามารดาไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน เคยพยายามทำร้ายตัวเองสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.004$) ดังแสดงในตารางที่ 1 นำมาหาความสัมพันธ์โดยวิเคราะห์ทางสถิติแบบหลายตัวแปร (multivariate analysis) ต่อ ร่วมกับเพศกำเนิดและอายุ เมื่อควบคุมตัวแปรเพศกำเนิดและอายุ พบว่าสถานภาพของบิดามารดาไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการเคยพยายามทำร้ายตัวเอง (OR 4.42, 95% CI 1.62 - 12.11, $p = 0.004$) กล่าวคือ การที่บิดามารดาไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน มีโอกาสเคยพยายามทำร้ายตัวเองเป็น 4.42 เท่าของการที่บิดามารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

เมื่อทดสอบปฏิสัมพันธ์ (interaction) ระหว่าง EPOCH กับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเคยพยายามทำร้ายตัวเอง พบว่าอิทธิพลของปฏิสัมพันธ์ (interaction effect) ระหว่าง EPOCH กับสถานภาพของบิดามารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับการเคยพยายามทำร้ายตัวเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 1.00, $p = 0.973$) บ่งชี้ว่า EPOCH ไม่มีอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพของบิดามารดา กับการเคยพยายามทำร้ายตัวเอง รวมถึงไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหมวดย่อยของ EPOCH ในการวิเคราะห์เชิงสำรวจ (exploratory analysis) ด้วยเช่นกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

วิจารณ์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตาย และการเคยพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ในจังหวัดเชียงใหม่ และทดสอบว่า

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลพื้นฐาน (demographic data) และความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐาน คะแนน EPOCH กับภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตายและประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตาย โดยการวิเคราะห์ทางสถิติแบบตัวแปรเดียว (univariate analysis)

			ภาวะซึมเศร้า			ความคิดอยากตายใน 1 เดือน		เคยพยายามฆ่าตัวตาย			
	จำนวน (240)	ร้อยละ (100)	มี	ไม่มี	p-value	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	p-value	
			คน (ร้อยละ)	คน (ร้อยละ)		คน (ร้อยละ)	คน (ร้อยละ)	คน (ร้อยละ)	คน (ร้อยละ)		
เพศกำเนิด					0.088					0.044*	0.092
ชาย	94	39.2	19 (30.2)	75 (42.4)		11 (25.6)	83 (42.1)	4 (21.1)	90 (40.7)		
หญิง	146	60.8	44 (69.8)	102 (57.6)		32 (74.4)	114 (57.9)	15 (78.9)	131 (59.3)		
LGBTQ					<.001*					<.001*	0.505
ไม่ได้เป็น LGBTQ	217	90.42	49 (77.8)	168 (94.9)		29 (67.4)	188 (95.4)	18 (94.7)	199 (90.0)		
เป็น LGBTQ	23	9.58	14 (22.2)	9 (5.1)		14 (32.6)	9 (4.6)	1 (5.3)	22 (10.0)		
อายุ Mean (SD)			14.3 (2.3)	14.5 (1.9)	0.471	14.00 (2.48)	14.5 (1.9)	0.121	13.4 (2.7)	14.5 (1.9)	0.021*
อาศัยอยู่กับ					0.461					0.097	0.133
บิดาและมารดา	164	68.30	38 (60.3)	126 (71.2)		24 (55.8)	140 (71.1)	10 (52.6)	154 (69.7)		
บิดาหรือมารดา	45	18.80	14 (22.2)	31 (17.5)		9 (20.9)	36 (18.3)	4 (21.1)	41 (18.6)		
ญาติคนอื่น ๆ	11	4.60	5 (7.9)	6 (3.4)		5 (11.6)	6 (3.0)	3 (15.8)	8 (3.6)		
อยู่คนเดียว	3	1.30	1 (1.6)	2 (1.1)		1 (2.3)	2 (1.0)	0 (0.0)	3 (1.4)		
อื่นๆ	17	7.10	5 (7.9)	12 (6.8)		4 (9.3)	13 (6.6)	2 (10.5)	15 (6.8)		
สถานภาพของบิดามารดาในครอบครัว					0.034*					0.015*	0.004*
บิดาและมารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน	180	75.00	41 (65.1)	139 (78.5)		26 (60.5)	154 (78.2)	9 (47.4)	171 (77.4)		
บิดาและมารดาไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน	60	25.00	22 (34.9)	38 (21.5)		17 (39.5)	43 (21.8)	10 (52.6)	50 (22.6)		

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลพื้นฐาน (demographic data) และความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐาน คะแนน EPOCH กับภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตายและประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตาย โดยการวิเคราะห์ทางสถิติแบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) (ต่อ)

	ภาวะซึมเศร้า				ความคิดอยากตายใน 1 เดือน			เคยพยายามฆ่าตัวตาย			
	จำนวน (240)	ร้อยละ (100)	มี	ไม่มี	p-value	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	p-value	
			คน (ร้อยละ)	คน (ร้อยละ)		คน (ร้อยละ)	คน (ร้อยละ)				
รายได้เฉลี่ยในครอบครัวต่อเดือน (บาท)					0.064			0.110		0.661	
ต่ำกว่า 10,000	3	1.30	1 (1.6)	2 (1.1)		0 (0.0)	3 (1.5)	0 (0.0)	3 (1.4)		
10,000 - 20,000	35	14.60	11 (17.5)	24 (13.6)		9 (20.9)	26 (13.2)	4 (21.1)	31 (14.0)		
20,001 - 30,000	47	19.60	20 (31.4)	27 (15.3)		13 (30.2)	34 (17.3)	5 (26.3)	42 (19.0)		
30,001 - 40,000	37	15.40	6 (9.5)	31 (17.5)		7 (16.3)	30 (15.2)	3 (15.8)	34 (15.4)		
40,001 - 50,000	28	11.70	8 (12.7)	20 (11.3)		6 (14.0)	22 (11.2)	3 (15.8)	25(11.3)		
สูงกว่า 50,000	76	31.70	15 (23.8)	61 (34.5)		7 (16.3)	69 (35.0)	3 (15.8)	73 (33.0)		
ไม่ระบุ	14	5.80	2 (3.2)	12 (6.8)		1 (2.3)	13 (6.6)	1 (5.3)	13 (5.9)		
คะแนน EPOCH Mean (SD)											
EPOCH รวม			63.1 (13.2)	73.2 (10.5)	<.001*	59.0 (12.6)	73.0 (10.5)	<.001*	63.2 (15.2)	71.1 (11.6)	0.006*
Engagement			13.0 (3.2)	13.3 (2.9)	0.499	12.0 (3.0)	13.5 (3.0)	0.003*	12.7 (3.9)	13.3 (2.9)	0.467
Perseverance			11.8 (3.3)	13.7 (3.1)	<.001*	11.0 (3.2)	13.7 (3.1)	<.001*	10.9 (3.4)	13.4 (3.2)	0.001*
Optimistic			12.5 (3.7)	14.9 (3.0)	<.001*	11.4 (3.6)	14.9 (2.9)	<.001*	11.7 (3.7)	14.5 (3.2)	0.001*
Connectedness			13.1 (3.3)	15.9 (2.9)	<.001*	12.7 (3.3)	15.7 (3.0)	<.001*	13.9 (3.4)	15.3 (3.2)	0.071

*p-value < 0.05

p-value = probability value (ค่าความน่าจะเป็น)

SD = standard deviation (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

สุขภาพจากแบบประเมิน EPOCH ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกมีอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ดังกล่าวหรือไม่ จากการศึกษาพบว่า การเป็น LGBTQ สัมพันธ์กับการเกิดภาวะ

ซึมเศร้าและความคิดอยากตาย ส่วนสถานภาพของบิดามารดาไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน สัมพันธ์กับการเกิดความคิดอยากตายและการเคยพยายามทำร้ายตัวเอง โดยพบว่า Engagement มีแนวโน้ม

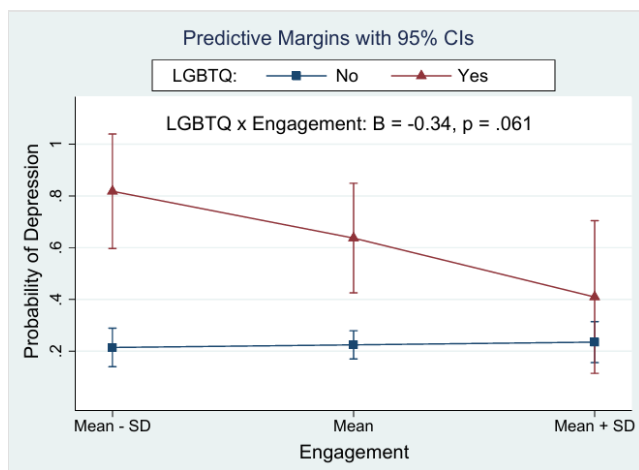
ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานกับภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตายและประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตาย โดยการวิเคราะห์ทางสถิติแบบหลายตัวแปร (multivariate analysis)

	ภาวะซึมเศร้าตาม PHQ-A			ความคิดอยากตายใน 1 เดือน			เคยพยายามฆ่าตัวตาย		
	Odds ratio	95% CI	p-value	Odds ratio	95% CI	p-value	Odds ratio	95% CI	p-value
อายุ	0.87	0.75 - 1.02	0.078	0.75	0.62 - 0.90	0.002*	0.73	0.58 - 0.92	0.007*
เพศกำเนิด									
ชาย	0.56	0.29 - 1.08	0.083	0.38	0.17 - 0.89	0.025*	0.38	0.12 - 1.23	0.106
LGBTQ							-	-	-
เป็น LGBTQ	6.04	2.37 - 15.38	< 0.001*	15.78	5.61 - 44.37	< 0.001*			
สถานภาพของบิดามารดาในครอบครัว									
ไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน	1.82	0.94 - 3.55	0.078	2.39	1.09 - 5.25	0.030*	4.42	1.62 - 12.11	0.004*

*p-value < 0.05

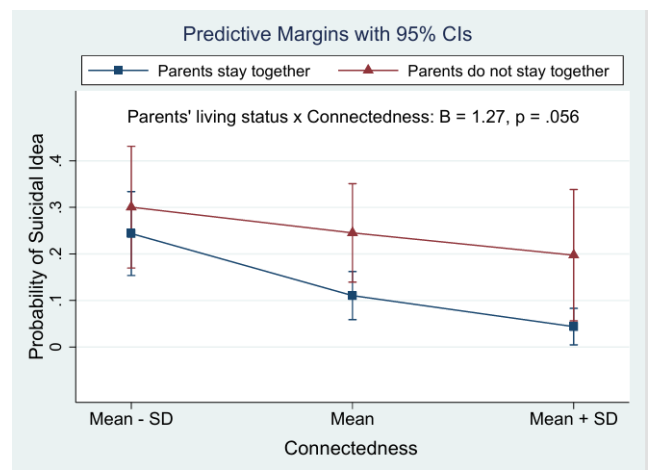
p-value = probability value (ค่าความน่าจะเป็น)

CI = confidence interval (ค่าความเชื่อมั่น)



รูปที่ 1 โอกาสในการมีภาวะซึมเศร้าโดยแบ่งตามการเป็น LGBTQ (น้ำเงิน: ไม่ได้เป็น LGBTQ, แดง: เป็น LGBTQ) และ Engagement ที่ระดับค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง (mean), ระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ย (mean - SD) และระดับสูงกว่าค่าเฉลี่ย (mean + SD)

SD = standard deviation (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
 CI = confidence interval (ค่าความเชื่อมั่น)
 P = probability
 B = unstandardized coefficient



รูปที่ 2 โอกาสในการมีความคิดอยากตายทำร้ายตัวเองโดยแบ่งตามสถานภาพของบิดามารดาในครอบครัว (น้ำเงิน: บิดามารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน, แดง: บิดามารดาไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน) และ Connectedness ที่ระดับค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง (mean), ระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ย (mean - SD) และระดับสูงกว่าค่าเฉลี่ย (mean + SD)

SD = standard deviation (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
 CI = confidence interval (ค่าความเชื่อมั่น)
 P = probability
 B = unstandardized coefficient

ตารางที่ 3 อิทธิพลปฏิสัมพันธ์ (interaction effect) ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและ EPOCH ต่อภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตายและประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตาย

ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง	ตัวแปรตาม											
	ภาวะซึมเศร้า				ความคิดอยากตายใน 1 เดือน				เคยพยายามฆ่าตัวตาย			
	Odds ratio	95% CI	Std. error	p-value	Odds ratio	95% CI	Std. error	p-value	Odds ratio	95% CI	Std. error	p-value
เป็น LGBTQ กับ												
EPOCH รวม	0.96	0.87 - 1.06	0.05	0.387	1.04	0.96 - 1.14	0.05	0.327	-	-	-	-
Engagement	0.71	0.49 - 1.02	0.13	0.061	1.01	0.72 - 1.42	0.18	0.941	-	-	-	-
Perseverance	1.03	0.76 - 1.40	0.16	0.852	0.10	0.71 - 1.40	0.17	0.980	-	-	-	-
Optimism	0.84	0.60 - 1.19	0.15	0.332	1.19	0.88 - 1.62	0.18	0.252	-	-	-	-
Connectedness	0.90	0.64 - 1.27	0.16	0.545	1.022	0.75 - 1.40	0.164	0.894	-	-	-	-
Happiness	0.92	0.65 - 1.30	0.16	0.640	1.27	0.93 - 1.73	0.20	0.134	-	-	-	-
บิดามารดาไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน กับ												
EPOCH รวม	-	-	-	-	1.02	0.95 - 1.10	0.04	0.541	1.00	0.93 - 1.08	0.40	0.973
Engagement	-	-	-	-	1.02	0.78 - 1.34	0.14	0.893	0.93	0.68 - 1.27	0.15	0.640
Perseverance	-	-	-	-	0.97	0.73 - 1.30	0.14	0.841	1.14	0.81 - 1.60	0.20	0.468
Optimism	-	-	-	-	0.98	0.75 - 1.29	0.14	0.906	0.91	0.68 - 1.22	0.14	0.529
Connectedness	-	-	-	-	1.27	0.99 - 1.62	0.16	0.056	0.10	0.75 - 1.33	0.15	1.000
Happiness	-	-	-	-	1.09	0.80 - 1.49	0.18	0.591	1.03	0.73 - 1.44	0.18	0.880

CI = confidence interval (ค่าความเชื่อมั่น)

p-value = probability value (ค่าความน่าจะเป็น)

Std. error = standard error (ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน)

ที่จะมีปฏิสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็น LGBTQ และ Connectedness มีแนวโน้มที่จะมีปฏิสัมพันธ์ต่อการเกิดความคิดอยากตายในผู้ที่สถานภาพบิดามารดาไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน แต่ในขณะที่เดียวกันพบว่าโอกาสในการมีความคิดอยากตายจะเพิ่มสูงขึ้น ในผู้ที่มี Connectedness ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย แม้บิดามารดาอาศัยอยู่ด้วยกันเช่นกัน

LGBTQ

การศึกษานี้พบว่า ผู้ที่เป็น LGBTQ มีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดอยากตายมากกว่าอีกกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jeremy W Luk และคณะ ได้ทำการศึกษาวัยรุ่นช่วงอายุระหว่าง 17 - 21 ปี ในสหรัฐอเมริกา จำนวน 2,396 คน พบว่ากลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศ (sexual minority) มีอาการของภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่มีความสนใจในเพศตรงข้าม (heterosexual) โดยสาเหตุอาจมาจากการมีความพึงพอใจในครอบครัวต่ำ เป็นเหยื่อของการถูกกลั่นแกล้งในโลกไซเบอร์ และได้รับการตอบสนองทางการแพทย์ที่ยังไม่เพียงพอ⁹ จากการสำรวจของ The Trevor Project's 2024 U.S. National Survey on the Mental Health of LGBTQ Young People พบว่าในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 13 - 17 ปี ที่เป็น LGBTQ ร้อยละ 46 มีความคิดฆ่าตัวตายอย่างจริงจังในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 16 เคยพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 66 มีอาการวิตกกังวล และร้อยละ 53 มีอาการซึมเศร้า โดยร้อยละ 50 ของกลุ่มประชากรนี้ ต้องการได้รับการดูแลทางสุขภาพจิตแต่ไม่ได้รับตามที่ต้องการ ส่วนใหญ่ของผู้ที่เข้าร่วมการสำรวจเคยถูกคุกคามด้วยคำพูดที่โรงเรียน ร้อยละ 23 เคยถูกข่มขู่หรือทำร้ายทางร่างกายเพราะเป็น LGBTQ เกือบร้อยละ 49 ที่เคยถูกกลั่นแกล้งมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ร้อยละ 60 รู้สึกว่าถูกแบ่งแยกเพราะเป็น LGBTQ ร้อยละ 49 เคยถูกกลั่นแกล้งต่อหน้า และร้อยละ 35 เคยถูกกลั่นแกล้งทางโลกไซเบอร์ ในทางกลับกันในกลุ่มที่ระบุว่าได้รับการยอมรับที่โรงเรียนพบว่าอัตราการพยายามฆ่าตัวตายที่ต่ำกว่า¹⁵ Cindy J Chang และคณะ พบว่าการถูกกลั่นแกล้งและการถูกปฏิเสธจากครอบครัวสัมพันธ์กับการเกิดความคิดอยากตายในตัวตนของตัวเองที่ต่ำลงของวัยรุ่น LGBTQ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้น ในทางกลับกันการได้รับการสนับสนุนจากครูในเรื่องทั่วไปและเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ LGBTQ โดยเฉพาะ และการได้รับการยอมรับสนับสนุนจากครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับ LGBTQ สัมพันธ์กับความภาคภูมิใจในตัวตนของตัวเองและสัมพันธ์กับ

การที่มีภาวะซึมเศร้าต่ำลง⁴⁷ การศึกษาของ Choukas-Bradley S และ Thoma B.C. พบว่าเด็กวัยรุ่นเลสเบียน เกย์ ไบเซ็กชวล และคนข้ามเพศ (LGBT) มีอัตราปัญหาสุขภาพจิตสูงเมื่อเทียบกับวัยรุ่นที่ไม่ได้เป็นเพศทางเลือก ปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้แก่การฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า และการใช้สารเสพติด ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากการประสบกับภาวะเครียด เช่น เป็นเหยื่อของการกลั่นแกล้ง การถูกแบ่งแยก และมีอคติเชิงลบต่อเพศของตนเอง (internalized homo/transnegativity)¹⁰

ในประเทศไทยได้มีการศึกษาในกลุ่มเพศทางเลือกว่ามีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าเช่นกัน เช่น การศึกษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอายุ 13 - 18 ปี ที่เป็น LGBTQ+ จำนวน 958 คน ในภาคใต้ของประเทศไทย พบว่ามีอาการซึมเศร้าถึงร้อยละ 84.8 โดยมีปัจจัยเสี่ยงคือความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองต่ำ และปัจจัยป้องกันคือการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว¹¹ นอกจากนี้ยังมีอีกการศึกษาที่พบระดับความเครียดที่สูงในกลุ่มประชากรเพศทางเลือกในไทย¹² และจากรายงานสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนหลากหลายทางเพศของประเทศไทยในปี 2566 พบว่าผู้เข้าร่วมส่วนมากมีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า (มากกว่าร้อยละ 70 มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งในระดับน้อยขึ้นไป และโดยประมาณ ร้อยละ 20 มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งในระดับรุนแรง) ความคิดฆ่าตัวตาย (มากกว่าร้อยละ 50) การพยายามฆ่าตัวตาย (ประมาณ ร้อยละ 16) และการทำร้ายร่างกายตัวเองในลักษณะที่ไม่ใช่การพยายามฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 25) โดยความรุนแรงในทุกรูปแบบ (การถูกล้อเลียน ความรุนแรงทางกาย การถูกคุกคามทางเพศ ออนไลน์และออฟไลน์ และการถูกรังแกออนไลน์) มีความสัมพันธ์ทางบวกสูงที่สุดกับปัญหาสุขภาพจิต การถูกเลือกปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับคะแนนสุขภาพจิตที่ต่ำ และอาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวลและการทำร้ายตัวเอง เมื่อเด็กและเยาวชนหลากหลายทางเพศได้รับการสนับสนุนและอยู่ในสถานการณ์ที่ปราศจากการถูกเลือกปฏิบัติ ความรุนแรง และความยากจน สุขภาพจิตก็จะดีขึ้นอย่างชัดเจน⁴⁸

จะเห็นได้ว่าสาเหตุของการที่กลุ่มวัยรุ่นที่มีความหลากหลายทางเพศมีแนวโน้มมีปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าและการทำร้ายตัวเอง ส่วนหนึ่งเกิดจากการไม่เป็นที่ยอมรับจากคนในครอบครัว โรงเรียน และสังคม การรู้สึกถึงความแบ่งแยก การถูกกลั่นแกล้งและกีดกันจากสังคม จึงทำให้ความพึงพอใจและภาคภูมิใจในตนเองลดลง อีกทั้งยังอาจไม่ได้เข้าถึงการช่วยเหลือและการรักษาอย่างเพียงพอ

Engagement ต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่เป็น LGBTQ

Engagement ตามความหมายของจิตวิทยาเชิงบวก และตามความหมายของแบบประเมิน EPOCH คือ การถูกดึงดูด สนใจ จดจ่อในกิจกรรมที่กำลังทำ มีความสนใจไหลในการทำ กิจกรรมนั้น ถูกดูดให้ทำกิจกรรมนั้นจนลืมเวลาหรือไม่รับรู้เวลาที่ผ่านไปนานเท่าไรแล้ว⁴⁶ Shernoff, Csikszentmihalyi, Schneider และ Shernoff ให้ความหมายว่า Engagement ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ การมีสมาธิจดจ่อและคงความสนใจ ในสิ่งที่ทำได้ ความสนใจใคร่รู้ในสิ่งที่ทำ และความรู้สึกมีความสุขและพึงพอใจในสิ่งที่ทำ⁴⁹ เมื่อมี Engagement ในสิ่งที่ทำ อย่างสูงสุดจะเกิดภาวะที่เรียกว่าความสนใจไหล (flow) ซึ่งคือการที่จดจ่อ จดจ่อ กระตุ้นให้เกิดพลังงานอย่างสูงสุดในกิจกรรมที่กำลังทำ⁵⁰ การมี Engagement ทำให้เกิดการเรียนที่มีประสิทธิภาพและเกิดการพัฒนาทักษะในด้านนั้น มีงานวิจัยระบุว่าในเด็กนักเรียนที่มี Engagement มีแนวโน้มที่จะทำงานที่โรงเรียนได้สำเร็จ⁴⁹ เกิดความรู้สึกมีความสุข สนุก อยากทำ กิจกรรมนั้นบ่อยๆ และทำได้ต่อเนื่องยาวนานแม้จะเป็นกิจกรรมที่ ทำท่าย ผลคือนำไปสู่การไปถึงเป้าหมายในระยะยาว ก่อให้เกิด ความรู้สึกดี ช่วยเพิ่มและพัฒนาทักษะในชีวิต เกิดสุขภาวะที่ดี ในระยะยาวตามมา⁵¹ และการทำตามเป้าหมายได้สำเร็จเป็นตัวบ่งชี้ ถึงความสุขที่ชัดเจนจากการที่มีความพึงพอใจและความภาคภูมิใจ ในตัวเองและชีวิตสูง และทำให้เกิดอาการซึมเศร้าน้อยลง⁵² การเกิด Engagement ในสิ่งที่ทำจึงไม่ใช่เพียงแต่ทำให้สิ่งที่ กำลังทำอยู่เกิดผลสำเร็จ แต่ยังส่งผลให้เกิดอารมณ์ร่วมอย่างลึกซึ้ง จนเหมือนเป็นหนึ่งเดียวกับกิจกรรมหรืองานนั้น รับรู้ถึงคุณค่า ในสิ่งที่ทำ และอาจส่งผลให้เกิดอารมณ์ในทางบวกตามมา เช่น ความสนุกสนาน ความสุข ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง และการรับรู้ถึงประสิทธิภาพในตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นว่าสาเหตุของการที่กลุ่มวัยรุ่นที่เป็น LGBTQ มีแนวโน้ม มีปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เกิดจากการ ไม่เป็นที่ยอมรับจากสังคมรอบข้างและการรู้สึกถึงความแบ่งแยก จึงทำให้ความพึงพอใจและภาคภูมิใจในตนเองลดลง^{9,10,15,47} การมี Engagement จะทำให้มีความรู้สึกเชิงบวกในกิจกรรมที่ทำ รวมถึงรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มสังคมที่สนใจในกิจกรรมเดียวกัน ลดความรู้สึกแปลกแยกและถูกกีดกัน มีทักษะในการทำสิ่งนั้น และบรรลุเป้าหมายได้สำเร็จ ก่อให้เกิดความพึงพอใจและ ภาคภูมิใจในตนเอง^{49,51,52} ซึ่งเป็นสิ่งที่ขาดหายไปในกลุ่มวัยรุ่น ที่เป็น LGBTQ ข้อมูลเหล่านี้สนับสนุนผลการศึกษาล่าสุด

ที่พบว่า ระดับ Engagement มีแนวโน้มสัมพันธ์ในทางผกผันกับ โอกาสในการมีภาวะซึมเศร้าเฉพาะในกลุ่ม LGBTQ ซึ่งบ่งชี้ว่า การมี Engagement ที่สูงอาจเป็นปัจจัยป้องกันในการเกิดภาวะ ซึมเศร้าในกลุ่มประชากรนี้ได้ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่ม ประชากรที่ใหญ่ขึ้นเพื่อยืนยันผลที่พบนี้ต่อไป

สถานภาพของบิดามารดาไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน

การศึกษานี้พบว่าสถานภาพของบิดามารดาไม่ได้อาศัย อยู่ด้วยกันสัมพันธ์กับการเกิดความคิดอยากตายและการเคย พยายามทำร้ายตัวเอง ซึ่งสอดคล้องกับผลศึกษาเหตุการณ์ ความเครียดและปัญหาในชีวิตที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและ การใช้สารเสพติดในวัยรุ่น พบว่าการที่มีครอบครัวแตกแยกสัมพันธ์ กับการเกิดอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ และยังสัมพันธ์กับ การใช้กัญชาและบุหรี่อีกด้วย¹⁶ โดยการแยกทางกันของผู้ปกครอง สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย⁵³ การแยกทางกันของผู้ปกครองยังส่งผลให้เกิดปัญหาด้านอารมณ์ และพฤติกรรมในวัยรุ่น โดยจะเกิดปัญหาอย่างมากอย่างมีนัยสำคัญ ในช่วงหลังจากเกิดการแยกทางกัน และเมื่อติดตามต่อไปพบว่า ปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมนั้นยังคงอยู่และส่งผลกระทบ มากขึ้นเมื่อเทียบกับในเด็กวัยรุ่นที่ผู้ปกครองไม่ได้หย่าร้างหรือ แยกทางกัน¹⁷ โดยมีการศึกษาว่าสาเหตุที่การแยกทางกันของ ครอบครัว ก่อให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เนื่องจากส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ใกล้ชิดกันลดลง ขาดการสนับสนุนและช่วยเหลือของผู้ปกครอง มีปัญหาในการเรียน มีการแต่งงานใหม่ของผู้ปกครอง และสถานะทางการเงิน ในครอบครัวที่แย่ง⁵⁴ ได้มีการศึกษาในเด็กวัยรุ่นอายุ 12 - 18 ปี ที่เข้าร่วมการบำบัดรักษาอาการซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยที่ผู้ปกครอง อาศัยอยู่ด้วยกันมีแนวโน้มจะเข้ารับการรักษาครบกระบวนการบำบัด และมีคะแนน PHQ-9M ต่ำกว่า 5 ในระหว่างเข้าร่วมการบำบัด เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ผู้ปกครองไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน⁵⁵ นอกจากนี้ ยังพบว่าในผู้ที่ผู้ปกครองแยกทางหรือหย่าร้างตั้งแต่ในเด็กและ วัยรุ่น อาจส่งผลกระทบระยะยาวให้เกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ความ ภาคภูมิใจในตัวเองต่ำ ประสิทธิภาพในตัวเองต่ำ และส่งผลให้มี การใช้สารเสพติด และนำไปสู่ปัญหาความสัมพันธ์และความผูกพัน ทางอารมณ์กับผู้อื่นในวัยผู้ใหญ่อีกด้วย⁵⁶ และยังพบว่าวัยรุ่น ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่มีผู้ปกครองแยกทางกันเพิ่มความเสี่ยง ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคในวัยผู้ใหญ่ เมื่อเทียบกับวัยรุ่นซึมเศร้า ที่ผู้ปกครองไม่ได้แยกทางกัน และยังเพิ่มความเสี่ยงของการ

สลบชั่วคราวเป็นโรคอารมณ์สองขั้วในผู้ใหญ่ด้วย⁵⁷ การศึกษาในประเทศไทยพบว่าในครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว โดยพ่อแม่เป็นผู้หารายได้เพียงคนเดียว ส่งผลกระทบต่อฐานะของครอบครัว บุตรวัยรุ่นอาจต้องทำงานควบคู่ไปกับการเรียนเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระพ่อแม่ และได้รับผลกระทบด้านจิตใจ เช่น ขาดความรัก ความอบอุ่น ขาดการดูแลเอาใจใส่ ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ เกิดภาวะซึมเศร้า ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมและบุคลิกภาพ วัยรุ่นในครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวมีพฤติกรรมเรียกห้อง โหยหาความรัก ภาควงใจในตนเองต่ำ รู้สึกไม่มีค่า เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น⁵⁸

ส่วนในด้านการพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเอง มีการศึกษาในเด็กและวัยรุ่นในประเทศเดนมาร์ก พบว่าในครอบครัวที่ผู้ปกครองหย่าร้างหรือมีการเสียชีวิตของผู้ปกครอง โดยเฉพาะการเสียชีวิตของมารดาตั้งแต่ยังอายุน้อย เพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของเด็กและวัยรุ่น¹⁸ จากการสำรวจในประเทศแคนาดา พบว่าในเพศชายที่มีประวัติผู้ปกครองหย่าร้างกัน มีความคิดอยากตายสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติหย่าร้างของผู้ปกครองมากกว่า 2 เท่า ส่วนในเพศหญิงไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ¹⁹ ในขณะที่การสำรวจในประเทศสวีเดนพบว่าการหย่าร้างหรือแยกทางของผู้ปกครองในวัยเด็กสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการพยายามฆ่าตัวตายทั้งในเพศชายและเพศหญิง โดยในเพศชายสัมพันธ์กับการที่ผู้ปกครองแยกทางกันตอนอายุ 0 - 4 ปี และ 15 - 18 ปี ส่วนเพศหญิงสัมพันธ์กับการที่ผู้ปกครองแยกทางกันตอนอายุ 0 - 18 ปี⁵⁹ การแยกทางหรือหย่าร้างของผู้ปกครองสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายจนสำเร็จมากกว่าการพยายามทำร้ายตัวเองแบบอื่น ซึ่งสาเหตุอื่นๆ ที่สัมพันธ์ยังรวมถึงประวัติการฆ่าตัวตายของคนในครอบครัวหรือประวัติการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดด้วย⁶⁰ จะเห็นได้ว่าประวัติการแยกทาง หย่าร้าง หรือการเสียชีวิตของผู้ปกครองอาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตายและพยายามฆ่าตัวตาย และยังคงอาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมในระยะยาวเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ด้วย

อิทธิพลของ Connectedness ที่มีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอยากตายกับการอยู่ร่วมกันของบิดามารดา

Connectedness ตามความหมายของแบบประเมิน EPOCH คือความรู้สึกพึงพอใจต่อความสัมพันธ์กับผู้อื่น เชื่อว่าตนเองได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความนับถือและคุณค่า และได้รับมิตรภาพหรือการสนับสนุนจากผู้อื่น⁴⁶ ใกล้เคียงกับความหมายของคำว่าความเชื่อมโยงทางสังคม (social connection)

ที่หมายถึงการเป็นส่วนหนึ่งและรู้สึกใกล้ชิดกับคนอื่น ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นต่อการก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต⁶¹ การรับรู้ถึง Connectedness คือการรู้สึกถึงความสัมพันธ์กับผู้อื่นในชีวิตของตนเอง การรู้สึกถึงความเชื่อมโยงทางสังคมหรือรับรู้ได้ถึง การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การถูกนับรวมในกลุ่มสังคมและได้รับการยอมรับมีผลเชิงบวกต่อสุขภาพจิตในทางกลับกันการถูกแบ่งแยกจากสังคมและความรู้สึกโดดเดี่ยวก็ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต⁶² มีงานวิจัยระบุว่า Connectedness สัมพันธ์กับการลดหรือป้องกันการฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายตัวเอง เช่น จากงานวิจัยที่มีการศึกษาในวัยรุ่น 2,897 คน ที่มาแผนกฉุกเฉิน 14 แห่ง ที่เข้าร่วม Emergency Department Screen for Teens at Risk for Suicide Study (ED-STARs) พบว่าการมี Connectedness โดยรวมสูง โดยเฉพาะ Connectedness ที่โรงเรียน สัมพันธ์กับแนวโน้มการลดลงของการพยายามฆ่าตัวตายใน 6 เดือน Connectedness โดยรวมเป็นปัจจัยป้องกันในวัยรุ่นที่ไม่ได้มีประวัติเป็นเหยื่อการกลั่นแกล้งในกลุ่มเพื่อน แต่ไม่ได้ช่วยในกลุ่มที่มีประวัติเป็นเหยื่อการกลั่นแกล้ง Connectedness ในครอบครัวเป็นปัจจัยป้องกันในวัยรุ่นที่ไม่ได้เพิ่มความคิดอยากตายในช่วงนี้ หรือมีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน และ Connectedness ในกลุ่มเพื่อนเป็นปัจจัยป้องกันในวัยรุ่นที่ไม่ได้มีประวัติเป็นเหยื่อการกลั่นแกล้งในกลุ่มเพื่อน⁶³

สำหรับ Connectedness ในครอบครัว หมายถึงความรู้สึกถึงการได้รับความห่วงใยและได้รับการเคารพจากผู้ปกครอง ในวัยรุ่นที่มีระดับ Connectedness ของครอบครัวสูงจะมีระดับความคิดอยากตายน้อยกว่า และลดความรุนแรงของพฤติกรรมทำร้ายตนเองลงด้วย⁶⁴ นอกจากนี้ยังพบอีกการศึกษาที่สนับสนุนว่าการมี Connectedness ในครอบครัวยังช่วยลดอาการซึมเศร้า ความคิดอยากตาย พฤติกรรมทำร้ายตนเองและปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว เพิ่มความภาคภูมิใจในตนเองและทำให้วัยรุ่นมีการใช้เวลาว่างได้เหมาะสมมากขึ้น⁶⁵ อีกการศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่ยังมีความเชื่อมโยงกับครอบครัว และเปิดเผยว่าตนเองมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองกับผู้ปกครอง พบว่าช่วยเพิ่มทักษะการรับมือกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น และลดความคิดอยากตายด้วย⁶⁶ สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่า 1 ในปัจจัยที่ทำให้เด็กวัยรุ่นในประเทศไทยมีความคิดฆ่าตัวตายคือการขาดความรู้สึกผูกพันกับคนในครอบครัว⁶⁷ ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างผู้ปกครองและเด็ก และการสูญเสียความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล⁶⁸ นอกจากนี้วัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้ปกครอง

และสังคม รวมถึงมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับครอบครัว นำไปสู่การมีระดับความภาคภูมิใจในตนเองที่ปกติ ซึ่งเป็นปัจจัยป้องกันในการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย⁶⁹ การที่สถานภาพของบิดามารดาไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน ซึ่งอาจจะเกิดจากการหย่าร้าง แยกกันอยู่หรือเสียชีวิต อาจส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกขาดการเชื่อมโยงกันในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัวใกล้ชิดกันลดลง ไม่ได้ได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือกันมากพอ ซึ่งล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อ Connectedness ตามหลักจิตวิทยาเชิงบวก^{54,61} จึงอาจส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและเกิดความคิดอยากตายได้

หากวัยรุ่นรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งและมี Connectedness กับครอบครัว โรงเรียนหรือสังคม ก็อาจจะช่วยลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้จากหลายสาเหตุ เช่น การมี Connectedness ทำให้เกิดผลด้านบวกแก่สุขภาพทางใจโดยรวม ช่วยลดระดับความเครียดที่นำไปสู่ความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และช่วยให้เกิดการมองสถานการณ์ที่ตึงเครียดในแง่บวกขึ้น นอกจากนี้วัยรุ่นที่มีความผูกพันกับผู้ใหญ่ เพื่อน และกลุ่มสังคมอาจได้รับประโยชน์จากการที่มีคนคอยช่วยติดตามพฤติกรรม เพิ่มโอกาสที่จะเห็นสัญญาณความเครียดและจัดการรับมือและป้องกันการทำร้ายตนเองได้ และสุดท้ายการมีความเชื่อมโยงกับสังคมอาจจะช่วยให้วัยรุ่นได้รับอิทธิพลจากสังคมแบบปกติที่มีการรับมือกับปัญหาในทางที่เหมาะสม และลดการจัดการกับความเครียดในทางที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้สารเสพติดหรือการทำร้ายตัวเอง⁷⁰

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น เมื่อนำมาประกอบกับผลการศึกษาปัจจุบันที่พบว่าระดับ Connectedness ที่ต่ำสัมพันธ์กับความคิดอยากตาย ทั้งในกลุ่มที่บิดามารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน และไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน แต่ในกลุ่มที่บิดามารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน โอกาสในการมีความคิดอยากตายจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากหากมี Connectedness ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย อาจสะท้อนว่าในวัยรุ่นที่บิดามารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน แต่มีระดับ Connectedness ในระดับต่ำเป็นตัวบ่งชี้ถึงคุณภาพของความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ดี อาจขาดความสัมพันธ์เชิงบวกในครอบครัว มีความห่างเหินทางอารมณ์ รวมทั้งยังอาจมีความขัดแย้ง ความรุนแรง หรือมีปัญหาอื่นๆ ในครอบครัว ที่อาจส่งผลให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวและความคิดอยากตายตามมาได้ในขณะเดียวกันเด็กที่ผู้ปกครองไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน อาจมีโอกาสดำเนินการช่วยเหลือสนับสนุนจากช่องทางอื่นมากขึ้น เช่น จากญาติคนอื่น ๆ ที่เข้ามาช่วยดูแลหรือจากโรงเรียน เพราะอาจดูเหมือนต้องการการช่วยเหลือ

มากกว่าในเด็กที่ผู้ปกครองอยู่ด้วยกัน ดังนั้นการประเมินความรู้สึกเชื่อมโยงในโรงเรียนอาจเป็นเครื่องมือหนึ่งในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในวัยรุ่น เพื่อหาสาเหตุและให้การช่วยเหลือเพิ่มเติมได้

จากการศึกษานี้พบว่ากลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่เป็น LGBTQ และมีผู้ปกครองไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน อาจจะสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าและการทำร้ายตัวเอง ซึ่งสัมพันธ์กับการที่มี Engagement และ Connectedness ที่ต่ำ รวมถึงในเด็กและวัยรุ่นที่มีความคิดอยากตายยังสัมพันธ์กับ Connectedness ที่ต่ำ แม้จะมีสถานภาพที่ผู้ปกครองอาศัยอยู่ด้วยกันด้วย เพราะฉะนั้นจึงควรมีการประเมินระดับของ Engagement และ Connectedness ในกลุ่มเสี่ยงนี้ ซึ่งแบบประเมินที่สามารถนำมาใช้ประเมิน เช่น EPOCH ที่มีการประเมินและติดตามในด้าน Engagement และ Connectedness ได้โดยตรง⁴³ รวมถึงแบบประเมินเกี่ยวกับจิตวิทยาเชิงบวกที่สามารถนำมาใช้ประเมินสุขภาพทางจิตที่อาจส่งผลต่อการเกิดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าและความคิดอยากตายได้ เช่น แบบวัดสุขภาพทางจิต (Psychological Well-Being Scale-PWBS)⁷¹ แบบสอบถามความภาคภูมิใจในตนเองของโรเซนเบิร์ก ฉบับปรับปรุงภาษาไทย (Thai version of Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES))⁷² แบบประเมินสุขภาพทางจิต (The General Well-being Schedule: GWB)⁷³ เป็นต้น

สำหรับเครื่องมือที่นำมาเพิ่มสุขภาพโดยอิงตามหลักจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology interventions (PPI)) ในประเทศไทย เช่น กิจกรรมตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกของเรียวชัย งามทิพย์วัฒนา และคณะ ที่เน้นช่วยเพิ่มสุขภาพในด้านประสิทธิภาพในตนเอง (self-efficacy) การมองโลกในแง่ดี (optimism) การมีความหวัง (hope) และความยืดหยุ่นทางอารมณ์ (resilience)⁴¹ กิจกรรมสร้างสุขด้วยจิตวิทยาเชิงบวกของ วีร์ เมฆวิสัย เป็นกิจกรรมที่อ้างอิงหลักการจาก PERMA ซึ่งมี Engagement เป็นหนึ่งในองค์ประกอบร่วมด้วย³⁹ รวมถึงยังพบโปรแกรมในรูปแบบออนไลน์อีกด้วย⁷⁴ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบเครื่องมือหรือโปรแกรมที่มุ่งเน้นการเพิ่ม Connectedness และ Engagement โดยตรงในเด็กและวัยรุ่นในประเทศไทย แต่สำหรับ Connectedness นั้น อาจช่วยเพิ่มโดยใช้กิจกรรมในเชิงบวกเพื่อเพิ่มอารมณ์ในทางบวก (positive affect)⁷⁵ การเสริมสร้างทักษะทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น⁷⁶ การใช้จิตบำบัดกับครอบครัวโดยเน้นเสริมสร้างความสัมพันธ์และความผูกพันในครอบครัว⁷⁷ เสริมทักษะการรับมือและจัดการกับปัญหาอย่างเหมาะสมในครอบครัว⁷⁸ การศึกษาในอนาคต

อาจออกแบบเครื่องมือสำหรับใช้ในการเพิ่มสุขภาวะในด้านนี้ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการรักษาต่อไป

ข้อจำกัด

ประการแรกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีขนาดค่อนข้างเล็ก จึงอาจมีอำนาจในการวิเคราะห์ทางสถิติ (power of statistical analysis) ที่จำกัดในการศึกษาปัญหาที่มีความซับซ้อน เช่น การเคยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย รวมถึงการศึกษาความสัมพันธ์ที่มีขนาดเล็ก (small effect size) เช่น อิทธิพลของปฏิสัมพันธ์ (interaction effect) ระหว่างสองตัวแปร ซึ่งมักมีขนาดเล็กกว่าอิทธิพลหลักของแต่ละตัวแปร ซึ่งอาจเป็นเหตุที่ทำให้พบเพียงแนวโน้มของอิทธิพลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปร แต่ไม่ถึงระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยข้อจำกัดดังกล่าวของการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงใช้แนวทางการวิเคราะห์เชิงสำรวจ (exploratory analysis) โดยไม่ได้มีการปรับค่า p-value จาก Multiple comparison ในการศึกษาหมวดย่อยของสุขภาวะตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก จึงควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อยืนยันข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษานี้ต่อไปในอนาคต

ประการที่สอง เนื่องจากแบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานเป็นแบบให้ผู้เข้าร่วมประเมินด้วยตนเอง ในประเด็นเรื่องเกี่ยวกับเพศทางเลือก สามารถตีความได้หลากหลายทั้งในด้านเพศสภาพ (gender identity) หรือรสนิยมทางเพศ (sexual orientation) แต่ในแบบสำรวจไม่ได้มีการประเมินที่ละเอียดเกี่ยวกับการให้คำนิยามทางเพศของผู้เข้าร่วม ซึ่งอาจมีหลากหลายตามความเข้าใจของผู้ตอบแบบสอบถาม และอาจมีความคลาดเคลื่อนในการจำแนกกลุ่มได้การศึกษาต่อไปอาจต้องมีการประเมินความหลากหลายทางเพศให้จำเพาะมากขึ้น โดยเฉพาะการศึกษาที่มุ่งเน้นทำความเข้าใจอิทธิพลของความหลากหลายทางเพศในมิติต่างๆ ในรายละเอียด

ประการที่สาม เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data analysis) จึงมีข้อจำกัดเสี่ยงที่จำกัด ในอนาคตอาจศึกษาปัจจัยเสี่ยงอื่นที่สำคัญ เช่น การมีประสบการณ์ไม่ดีในวัยเด็ก การถูกกลั่นแกล้ง และศึกษาผลจากจิตวิทยาเชิงบวกในการเปลี่ยนแปลงอิทธิพลจากปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้เพิ่มเติม

ประการสุดท้าย การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (causal relationship) ระหว่างตัวแปรต่างๆ ได้ ในอนาคต

อาจทำการศึกษาต่อยอดข้อค้นพบเบื้องต้นที่ได้จากการศึกษานี้ เช่น ศึกษาทดลองประสิทธิผลของการรักษาหรือการทำจิตบำบัดที่มุ่งเน้นในการเพิ่ม Engagement สำหรับกลุ่มวัยรุ่น LGBTQ ที่มีโรคซึมเศร้า หรือทดลองการทำบำบัดที่มุ่งเน้นในการเพิ่ม Connectedness ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีความคิดอยากตาย เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ในเชิงสาเหตุระหว่างจิตวิทยาเชิงบวกและปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งอาจจะเป็นประโยชน์ต่อการรักษาผู้ป่วยในทางคลินิกมากขึ้น

สรุป

การเป็น LGBTQ เพิ่มโอกาสในการพบภาวะซึมเศร้าและการคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ในขณะที่สถานภาพของบิดามารดาไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกันเพิ่มโอกาสในการพบการคิดฆ่าตัวตายและการพยายามทำร้ายตัวเองในวัยรุ่น นอกจากนี้ยังพบว่าคุณสมบัติในด้าน Engagement มีแนวโน้มความสัมพันธ์ในเชิงผกผันกับโอกาสมีภาวะซึมเศร้าเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น LGBTQ สนับสนุนว่าคุณสมบัตินี้อาจเป็นปัจจัยป้องกัน หรือเป็นลักษณะที่บ่งชี้การมีภาวะซึมเศร้าในประชากรกลุ่มนี้ และ Connectedness ที่ต่ำมีแนวโน้มเพิ่มโอกาสมีความคิดอยากตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่นที่บิดามารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน ในอนาคตควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันและดูแลรักษาปัญหาสุขภาพจิตใจวัยรุ่นไทยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาสาสมัครวิจัยทุกท่าน รวมถึงคุณครูและโรงเรียน ที่ให้ความอนุเคราะห์และช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลขอขอบคุณคุณอาจารย์และเจ้าหน้าที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลนครพิงค์ทุกท่าน ที่ได้ให้คำแนะนำ คำปรึกษา และให้ความช่วยเหลือจนงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี การศึกษานี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุน

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ไม่มีผลประโยชน์ขัดกันของคณะผู้วิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้อง

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

สิริภิญญา สมบูรณ์ยิ่ง: ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ ตรวจสอบแก้ไขบทความ; ธนาวดี

ประชาชนดี: ออกแบบการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบแก้ไข
บทความ; พิษณุ พจนโพธา: ออกแบบการศึกษา ตรวจสอบแก้ไข
บทความ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental health of adolescents [Internet]. World Health Organization; 2024 [cited 2024 Oct 27]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health/?gad_source=1&gclid=CjwKC_Ajwyfe4BhAWEiwAKIL8sC9GX_VUUX7SzJWgMIQPE3jcSOPF-Re-VNmKU8XpXgM1uLAccF5nLRoCt-YQAvD_BwE.
2. Choychoda S, Hale III WW, Sarayuthpitak J, Tangdhanakanond K. A cross-sectional study on the prevalence of Thai adolescent depression. *Kasetsart J Soc Sci* 2023; 44(2): 509-16.
3. Department of Mental Health. Mental health dashboard [Internet]. Thailand: Department of Mental Health; 2025 [cited 2025 Aug 5]. Available from: <https://checkin.dmh.go.th/dashboards/dash07>.
4. Hua Z, Wang S, Yuan X. Trends in age-standardized incidence rates of depression in adolescents aged 10–24 in 204 countries and regions from 1990 to 2019. *J Affect Disord* 2024; 350: 831-7.
5. Zhang J, Liu D, Ding L, Du G. Prevalence of depression in junior and senior adolescents. *Front Psychiatry* 2023; 14: 1182024.
6. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Data and statistics on children's mental health [Internet]. U.S. Centers for Disease Control and Prevention; 2025 [cited 2025 Nov 10]. Available from: <https://www.cdc.gov/children-mental-health/data-research/index.html>.
7. Baldursdottir B, Valdimarsdottir HB, Krettek A, Gylfason HF, Sigfusdottir ID. Age-related differences in physical activity and depressive symptoms among 10-19-year-old adolescents: A population based study. *Psychol Sport Exerc* 2017; 28: 91-9.
8. Rukkiat M, Panitrat R. Prevalence and factors associated with depression among junior high school students in Laksi district, Bangkok, Thailand. *Kasetsart J Soc Sci* 2024; 45: 443-52.
9. Luk JW, Gilman SE, Haynie DL, Simons-Morton BG. Sexual orientation and depressive symptoms in adolescents. *Pediatrics* 2018; 141(5): e20173309.
10. Choukas-Bradley S, Thoma BC. Mental health among LGBT youth. *Gender and sexuality development: contemporary theory and research*. Cham Springer 2022; 539-65.
11. Saithanwanitkul M, Pensuksan WC, Aekwarangkoon S. Prevalence and factors predicting depression among LGBTQ+ adolescents in southern Thailand: A cross-sectional study. *PRIJNR* 2025; 29(3): 493-509.
12. Pearkao P. Stress and depression among Thai gay, kathoey (transgender). *J Nurs Sci Health* 2014; 36(2): 95-104.
13. Policy and Strategy Group, Office of Academic Promotion and Support 9. Suicide as a crisis of hopelessness: Situations in eight upper northern provinces of Thailand [Internet]. Thailand: Policy and Strategy Group, Office of Academic Promotion and Support 9; 2024 [cited 2025 Aug 22]. Available from: https://olderlampang.dop.go.th/download/knowledge/th1716530839-132_0.pdf.
14. Suicide Prevention Center, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. Report on the epidemiological situation of suicide in Thailand, fiscal year 2023 [Internet]. Thailand: Suicide Prevention Center, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand; 2023 [cited 2025 Aug 22]. Available from: <https://suicide.dmh.go.th/news/view.asp?id=92>.
15. Nath R, Matthews DD, DeChants JP, Hobaica S, Clark CM, Taylor AB, et al. 2024 U.S. national survey on the mental health of LGBTQ+ young people [Internet]. California: the Trevor project; 2024 [cited 2025 Mar 29]. Available from: www.thetrevorproject.org/survey-2024.
16. Low NCP, Dugas E, O'Loughlin E, Rodriguez D, Contreras G, Chaiton M, et al. Common stressful life events and difficulties are associated with mental health symptoms and substance use in young adolescents. *BMC Psychiatry* 2012; 12(1): 116.
17. Tullius JM, De Kroon MLA, Almansa J, Reijneveld SA. Adolescents' mental health problems increase after parental divorce, not before, and persist until adulthood: A longitudinal TRAILS study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2022; 31(6): 969-78.
18. Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *BMJ* 2002; 325(7355): 74.
19. Fuller-Thomson E, Dalton AD. Suicidal ideation among individuals whose parents have divorced: Findings from a representative Canadian community survey. *Psychiatry Res* 2011; 187(1): 150-5.
20. Seligman MEP, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. *Am Psychol* 2006; 61(8): 774-88.
21. Duckworth AL, Steen TA, Seligman ME. Positive psychology in clinical practice. *Annu Rev Clin Psychol* 2005; 1: 629-51.
22. Rusk RD, Waters LE. Tracing the size, reach, impact, and breadth of positive psychology. *J Posit Psychol* 2013; 8(3): 207-21.
23. Mak WW, Ng IS, Wong CC. Resilience: enhancing well-being through the positive cognitive triad. *J Couns Psychol* 2011; 58(4): 610-7.
24. Seligman ME, Parks AC, Steen T. A balanced psychology and a full life. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2004; 359(1449): 1379-81.
25. Hanson K. Positive psychology for overcoming symptoms of depression: A pilot study exploring the efficacy of a positive psychology self-help book versus a CBT self-help book. *Behav Cogn Psychother* 2019; 47(1): 95-113.
26. Kaya R, Tanrıverdi D. The effect on mental well-being, life attitude and depression levels of positive psychology program applied to patients diagnosed with depression. *Curr Psychol* 2024; 43(1): 119-31.
27. Santos V, Paes F, Pereira V, Arias-Carrión O, Silva AC, Carta MG, et al. The role of positive emotion and contributions of positive psychology in depression treatment: Systematic review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2013; 9: 221-37.
28. Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, Riper H, Smit F, Bohlmeijer E. Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health* 2013; 13(1): 119.
29. Chakhssi F, Kraiss JT, Sommers-Spijkerman M, Bohlmeijer ET. The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders:

- A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2018; 18(1): 211.
30. Goodmon L, Middleditch A, Childs B, Pietrasiuk S. Positive psychology course and its relationship to well-being, depression, and stress. *Teach Psychol* 2016; 43(3): 232-7.
 31. Kwok S, Gu M, Kit K. Positive psychology intervention to alleviate child depression and increase life satisfaction: A randomized clinical trial. *Res Soc Work Pract* 2016; 26(4): 350-61.
 32. Baños RM, Etchemendy E, Mira A, Riva G, Gaggioli A, Botella C. Online positive interventions to promote well-being and resilience in the adolescent population: a narrative review. *Front Psychiatry* 2017; 8: 10.
 33. Zhao Y, Yu F, Wu Y, Zeng G, Peng K. Positive education interventions prevent depression in Chinese adolescents. *Front psychol* 2019; 10: 1344.
 34. Wingate LR, Burns AB, Gordon KH, Perez M, Walker RL, Williams FM, et al. Suicide and positive cognitions: Positive psychology applied to the understanding and treatment of suicidal behavior. *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy*. Washington DC, US: American Psychological Association; 2006.
 35. Teismann T, Brailovskaia J, Margraf J. Positive mental health, positive affect and suicide ideation. *Int J Clin Health Psychol* 2019; 19(2): 165-9.
 36. Rajabi Vandechali A, Hadanzadeh R, Abbasi G. Effect of positive therapy on self-harm thoughts and psychological well-being in students' dissolution of romantic relationships. *Razavi Int J Med* 2022; 10(2): 102-8.
 37. Huffman JC, DuBois CM, Healy BC, Boehm JK, Kashdan TB, Celano CM, et al. Feasibility and utility of positive psychology exercises for suicidal inpatients. *Gen Hosp Psychiatry* 2014; 36(1): 88-94.
 38. McDonald I, Nanni A. Measuring the impact of a positive psychology course at a Thai university: Addressing student well-being in challenging times. *Psychol Sch* 2023; 60: 3403-18.
 39. Mekwilai W, Rattanjan N, Sukyiran P, Udomsri S, Intharachat S. Effectiveness of a positive psychology-based happiness activity guidebook. *ART* 2024; 29(4): 222-36.
 40. Pornma K, Soonthonchaiya R. Positive psychological therapy in schizophrenic patients with depression: Case study report. *RTN Med J* 2022; 49(2): 434-45.
 41. Ngamthipwatthana T, Phattharayuttawat S, Nanthasarn S. Effects of positive psychology activities on psychological capital and depression among female adolescents in the Rajvithi home for girls. *J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center* 2020; 37(3): 175-85.
 42. Danpho W, Thommachot P. Factors related to resilience of adolescents living in out-of-home care settings in Bangkok. *BMJ Paediatr Open* 2025; 9: e003238.
 43. Somboonying S, Prachason T, Kawilapat S, Pojanapotha P. Reliability and validity of the Thai version of the EPOCH measure of adolescent well-being questionnaire. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2024; 69(1): 66-80.
 44. Moinester M, Gottfried R. Sample size estimation for correlations with pre-specified confidence interval. *Quant Meth Psych* 2014; 10: 124-30.
 45. Panyawong W, Pavasuthipaisit C, Santitadukul R. Validation of the Thai version of the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) in school setting. *J Ment Health Thai* 2022; 30(1): 38-48.
 46. Kern ML, Benson L, Steinberg EA, Steinberg L. The EPOCH measure of adolescent well-being. *Psychol Assess* 2016; 28(5): 586-97.
 47. Chang C, Feinstein B, Meanley S, Flores D, Watson R. The role of LGBTQ identity pride in the associations among discrimination, social support, and depression in a sample of LGBTQ adolescents. *Ann LGBTQ Public Popul Health* 2021; 2: 203-19.
 48. Ojanen TT, Freeman C, Kittiteerasack P, Sakunpong N, Sopitarchasak S, Thongpibul K, et al. Mental health and well-being of children and youth with diverse SOGIESC in Thailand. Bangkok: Save the Children Thailand; 2023.
 49. Shernoff D, Csikszentmihalyi M, Schneider B, Shernoff E. Student engagement in high school classrooms from the perspective of flow theory. *Sch Psychol Q* 2003; 18: 158-76.
 50. Bakker AB. Flow among music teachers and their students: The crossover of peak experiences. *J Vocat Behav* 2005; 66(1): 26-44.
 51. Schueller S, Seligman M. Pursuit of pleasure, engagement, and meaning: Relationships to subjective and objective measures of well-being. *J Pos Psychol* 2010; 5: 253-63.
 52. King LA. Personal goals and life dreams: Positive psychology and motivation in daily life. *Handbook of motivation science*. New York: The Guilford Press; 2008.
 53. Haiwei L. The influence of parental divorce on depression symptoms in adolescence and early adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Proceedings of the 2021 International Conference on Public Art and Human Development (ICPAHD 2021)*; 2021 Dec 24-26; Kunming, China. Amsterdam: Atlantis Press; 2022.
 54. Dianovinina K, Surjaningrum ER, Wulandari PY. Stressful life events among depressed adolescents after parental divorce. *Jurnal Psikologi Ulayat* 2023; 10(1): 151-66.
 55. Lynch BA, Lewis CP, Vande Voort JL, Nandakumar AL, Brennan RM, Cole KC, et al. Impact of family structure on adolescent depression outcomes in a collaborative care program. *J Prim Care Community Health* 2024; 15: 1-9.
 56. Miralles P, Godoy C, Hidalgo MD. Long-term emotional consequences of parental alienation exposure in children of divorced parents: A systematic review. *Curr. Psychol* 2023; 42(14): 12055-69.
 57. Bohman H, Läftman SB, Päären A, Jonsson U. Parental separation in childhood as a risk factor for depression in adulthood: A community-based study of adolescents screened for depression and followed up after 15 years. *BMC Psychiatry* 2017; 17: 117.
 58. Wicheansun W, Songthap A. Depression of adolescents living in single-parent family. *JPNC* 2022; 33(2): 274-81.
 59. Lindström M, Rosvall M. Parental separation in childhood, social capital, and suicide thoughts and suicide attempts: A population-based study. *Psychiatry Res*. 2015; 229: 206-13.
 60. Wagner BM, Silverman MAC, Martin CE. Family factors in youth suicidal behaviors. *Am Behav Sci* 2003; 46(9): 1171-91.
 61. Macfarlane J. Positive psychology: Social connectivity and its

- role within mental health nursing. *Br J Ment Health Nurs* 2020; 9: 1-12.
62. Luo M, Hancock JT. Self-disclosure and social media: Motivations, mechanisms and psychological well-being. *Curr Opin Psychol* 2020; 31: 110-5.
63. Arango A, Brent D, Grupp-Phelan J, Barney BJ, Spirito A, Mroczkowski MM, et al. Social connectedness and adolescent suicide risk. *J Child Psychol Psychiatry* 2024; 65(6): 785-97.
64. Foster CE, Horwitz A, Thomas A, Opperman K, Gipson P, Burnside A, et al. Connectedness to family, school, peers, and community in socially vulnerable adolescents. *Child Youth Serv Rev* 2017; 81: 321-31.
65. Miller AB, Esposito-Smythers C, Leichtweis RN. Role of social support in adolescent suicidal ideation and suicide attempts. *J Adolesc Health*. 2015; 56(3): 286-92.
66. Hasking P, Rees CS, Martin G, Quigley J. What happens when you tell someone you self-injure? The effects of disclosing NSSI to adults and peers. *BMC Public Health*. 2015; 15(1): 1039.
67. Peltzer K, Pengpid S. Suicidal ideation and associated factors among school-going adolescents in Thailand. *Int J Environ Res Public Health* 2012; 9(2): 462-73.
68. Hataiyusuk S, Apinuntavech S. Adolescent suicide in Thailand: Incidence, causes and prevention. *SMB* 2020; 13(1): 40-7.
69. Rungsang B. Suicidal ideation among Thai adolescents: An empirical test of a casual model [Ph.D. thesis]. Chonburi: Burapha University; 2016.
70. Whitlock J, Wyman P, Barreira P. Connectedness and suicide prevention in college settings: Directions and implications for practice. Ithaca: Cornell University; 2013.
71. Thongthammarat Y. The developing of the psychological well-being in Thai version. *Rajanukul Journal* 2022; 34(2): 13-22.
72. Wongpakaran T, Wongpakaran N. A comparison of reliability and construct validity between the original and the revised version of the Rosenberg Self Esteem Scale. *Psychiatry Investig* 2012; 9(1): 54-8.
73. Dupuy HJ. The General Well-being Schedule. In I. McDowell & C. Newell (Eds.), *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaire*. 2nd ed. USA: Oxford University Press; 1977.
74. Yurayat P, Seechaliao T. Effectiveness of online positive psychology intervention on psychological well-being among undergraduate students. *J Educ Learn* 2021; 10(4): 143-55.
75. Taylor C, Pearlstein S, Kakaria S, Lyubomirsky S, Stein M. Enhancing social connectedness in anxiety and depression through amplification of positivity: Preliminary treatment outcomes and process of change. *COTR* 2020; 44: 788-800.
76. Lim K, Min S. A research on the effectiveness of an interpersonal relationship improvement program utilizing positive psychology character strengths: Focusing on adolescent cases. *J. Youth Couns Assoc* 2024; 5(2): 49-72.
77. Chen P, Harris K. Association of positive family relationships with mental health trajectories from adolescence to midlife. *JAMA Pediatr* 2019; 173(12): e193336.
78. Gervais C, Jose P. How does family connectedness contribute to youths' health? The mediating role of coping strategies. *Fam Process* 2019; 59(4): 1627-47.

การประเมินคุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย

สุภาวดี เจริญวานิช*, ปรียาภรณ์ ประยงค์กุล**

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

**สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย (The Bullying and Cyberbullying Scale for Adolescents: BCS-A-Thai version)

วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อศึกษาคุณสมบัติทางจิตมิติ (psychometric properties) ของแบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย (BCS-A-Thai version) ได้แก่ ความเที่ยง (reliability) และความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ของแบบสอบถาม โดยการศึกษาในครั้งนี้จะมีการรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาไทย อายุระหว่าง 18 - 25 ปี จำนวน 1,200 คน ใน 5 ภูมิภาคของประเทศไทย โดยใช้ Google Forms

ผลการศึกษา แบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย (BCS-A-Thai version) มีความเที่ยงอยู่ในระดับสูง โดยแบบประเมินฉบับ A (ผู้ถูกกระทำ) และฉบับ B (ผู้กระทำ) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 ทั้งสองฉบับ สำหรับการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ พบว่าแบบประเมินทั้งสองฉบับประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การรังแกทางไซเบอร์ การรังแกทางร่างกาย การรังแกทางวาจา และการรังแกทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแบบสอบถามต้นฉบับ โดยแบบประเมินฉบับ A สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 85.89 และแบบประเมินฉบับ B สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 83.23 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแบบประเมินทั้งสองฉบับมีความเที่ยงและความตรงเชิงโครงสร้างที่ดี เหมาะสมสำหรับใช้ในการวิจัยกับเยาวชนไทย

สรุป แบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับวัยรุ่นที่แปลเป็นภาษาไทยฉบับนี้ มีความเที่ยง (reliability) และความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และมีความใกล้เคียงกับเครื่องมือต้นฉบับ จึงถือได้ว่าเครื่องมือดังกล่าวเป็นเครื่องมือที่สามารถนำไปใช้ได้กับกลุ่มเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 18 - 25 ปี และเป็นแบบประเมินที่เหมาะสมที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์ ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญของวัยรุ่นและเยาวชนในยุคปัจจุบันได้เป็นอย่างดี

คำสำคัญ คุณสมบัติทางจิตมิติ การรังแก การรังแกทางไซเบอร์ วัยรุ่น ฉบับภาษาไทย

Corresponding author: ปรียาภรณ์ ประยงค์กุล

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

E-mail: preeyaporn.p@stin.ac.th

วันรับ 16 ตุลาคม 2568 วันแก้ไข 5 ธันวาคม 2568 วันตอบรับ 30 ธันวาคม 2568

The Psychometric Properties of The Bullying and Cyberbullying Scale for Adolescents (BCS-A-Thai version)

Supawadee Charoenwanit*, Preeyaporn Prayongkul**

*Nursing Science, Faculty of Nursing, Thammasat University

**Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

ABSTRACT

Objective: To examine the psychometric properties of the Bullying and Cyberbullying Scale for Adolescents (BCS-A-Thai version).

Methods: This cross-sectional study aimed to examine the psychometric properties of the Bullying and Cyberbullying Scale for Adolescents (BCS-A-Thai version), including its reliability and construct validity. Data were collected from Thai university students aged 18 - 25 years (n = 1,200) across five regions of Thailand using an online questionnaire via Google Forms.

Results: The Bullying and Cyberbullying Scale for Adolescents (BCS-A-Thai version) demonstrated high reliability. Both Form A (victim version) and Form B (perpetrator version) showed Cronbach's alpha coefficients of .92. The construct validity assessed through exploratory factor analysis revealed that both forms consisted of four factors—cyber, physical, verbal, and relational bullying—which were consistent with the original scale. Form A accounted for 85.89% of the total variance, while Form B accounted for 83.23% of the total variance. These findings indicate that the BCS-A-Thai version possesses good reliability and construct validity, suggesting its suitability for use in research among Thai youths.

Conclusion: The Thai version of the Bullying and Cyberbullying Scale for Adolescents demonstrated acceptable reliability and construct validity, comparable to the original instrument. It is considered suitable for use among adolescents aged 18 - 25 years and can be effectively applied in studies addressing bullying and cyberbullying, which are significant issues among adolescents and youths in the modern era.

Keywords: psychometric properties, bullying, cyberbullying, adolescents, Thai version

Corresponding author: Preeyaporn Prayongkul

E-mail: preeyaporn.p@stin.ac.th

Received: 16 October 2025 Revised: 5 December 2025 Accepted: 30 December 2025

บทนำ

ปัจจุบันเยาวชนจำนวนมากทั่วโลกกำลังเผชิญกับปัญหาการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์ในระดับที่น่ากังวล เนื่องจากปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อและก่อให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมาอีกมากมาย การรังแกกัน (bullying) หมายถึง พฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดจากความตั้งใจ และกระทำซ้ำๆ เพื่อให้เหยื่อเจ็บปวด อับอาย และการกระทำนั้นสร้างความทุกข์ให้กับเหยื่อ โดยที่เหยื่อไม่สามารถที่จะโต้ตอบได้¹ ซึ่งแบ่งเป็นการรังแกกันแบบดั้งเดิม (traditional bullying) ที่เกิดขึ้นตัวต่อตัว (face to face) เช่น การทำร้ายร่างกาย (physical bullying) คำพูด (verbal bullying) การกีดกันทางสังคม (relational bullying) และการรังแกทางไซเบอร์ (cyberbullying) ที่มีใช้เทคโนโลยี เช่น การโพสต์ข้อความ ภาพล้อเลียน การปล่อยข่าวลือ การสร้างบัญชีปลอมเพื่อกลั่นแกล้งทางออนไลน์ แม้ว่ากรรงแกทั้งสองรูปแบบจะมีลักษณะวิธีการและช่องทางในการกระทำที่แตกต่างกัน แต่มีเป้าหมายเดียวกันคือการสร้างความเจ็บปวดให้แก่ผู้อื่น และส่งผลกระทบต่อผู้ถูกรังแกรุนแรงทั้งด้านจิตใจ สังคม และร่างกาย ทั้งสองรูปแบบไม่แตกต่างกัน² จากผลสำรวจขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2024 จาก 44 ประเทศทั่วโลก พบว่าเยาวชนร้อยละ 8 รายงานว่า ตนเองเคยรังแกคนอื่นที่โรงเรียน ร้อยละ 11 กล่าวว่าตนเองเคยถูกคนอื่นรังแกที่โรงเรียน ในขณะที่ร้อยละ 12 รายงานว่าตนเองเคยรังแกคนอื่นทางไซเบอร์ และร้อยละ 15 กล่าวว่าตนเองเคยถูกคนอื่นรังแกทางไซเบอร์³ ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับผลสำรวจขององค์การ UNICEF ในปี ค.ศ. 2019 ในเยาวชนอายุ 13 - 24 ปี จาก 30 ประเทศในแถบทวีปยุโรปและเอเชีย พบว่ามากกว่าหนึ่งในสามรายงานว่าตนเองตกเป็นเหยื่อของการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์⁴ จากผลการสำรวจแสดงให้เห็นว่าปัญหาการรังแกกันยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของเยาวชน และในยุคสมัยที่สื่อโซเชียลมีเดียมีบทบาทและอิทธิพลอย่างมากต่อการใช้ชีวิตของเยาวชนในยุคปัจจุบัน ปัญหาการรังแกกันทางไซเบอร์จึงได้ทวีความรุนแรงควบคู่ไปกับปัญหาการรังแกกันในรูปแบบอื่นๆ

ในประเทศไทยสถานการณ์การรังแกและการรังแกทางไซเบอร์มีความรุนแรงไม่แพ้หลายประเทศทั่วโลก โดยจากรายงานของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีพบว่า เด็กและเยาวชนมากถึงร้อยละ 87 เคยถูกรังแกและถูกรังแกทางไซเบอร์ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์ของเยาวชนไทย อยู่ในระดับที่สูงและกำลังทวีความรุนแรงขึ้น อีกทั้งประเทศไทยยังถูกจัดเป็นประเทศลำดับต้นๆ ของโลก ที่เยาวชน

มีปัญหาระเบิดการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์⁵ นอกจากนี้ปัญหาการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์ยังนำมาซึ่งปัญหาและผลกระทบ ทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของเยาวชนอย่างมากมาย เช่น ปัญหาการนอนหลับ ปัญหาสุขภาพ ปัญหาการใช้สารเสพติด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า⁶ นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กและเยาวชนที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์ มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาภาวะซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตาย และมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายสูงกว่าเด็กและเยาวชนในกลุ่มอื่นๆ² จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การรังแกและการรังแกทางไซเบอร์ถือเป็นปัญหาสำคัญที่ควรต้องเข้าไปให้ความช่วยเหลือดูแล รวมถึงป้องกันผู้ที่มีความเสี่ยงดังกล่าว อย่างไรก็ตามในบริบทของประเทศไทยยังมีข้อจำกัดในการใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐานเพื่อประเมินการเป็นทั้งผู้รังแก ผู้รังแกทางไซเบอร์ การเป็นผู้ถูกรังแก และการเป็นผู้ถูกรังแกทางไซเบอร์ในกลุ่มเยาวชน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์ที่ใช้ในประเทศไทยส่วนใหญ่ยังมีข้อจำกัดหลายประการ โดยกลุ่มแรกเป็นเครื่องมือที่แยกการประเมินระหว่างการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์ออกจากกัน เช่น แบบประเมิน Cyber-aggression Perpetration and Victimization Scale ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย Shapka และ Maghsoudi⁷ และแปลเป็นภาษาไทยโดย กฤตศักดิ์ อนุโรจน์ และ ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร⁸ ซึ่งมีเพียงคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรแกทางไซเบอร์เท่านั้น มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 24 ข้อ ในฉบับภาษาอังกฤษ และ 16 ข้อ ในฉบับภาษาไทย รวมถึงแบบประเมินการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ (cyberbullying) ฉบับภาษาไทย ที่พัฒนาโดย Dr. Andre Sourander และ รศ.นพ.ชาญวิทย์ พรนพดล⁹ ซึ่งประเมินเฉพาะการกลั่นแกล้งที่เกิดขึ้นบนโลกไซเบอร์เท่านั้น มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ เครื่องมือในกลุ่มนี้จึงไม่สามารถสะท้อนพฤติกรรมกรรแกที่เกิดขึ้นในชีวิตจริงและออนไลน์ ซึ่งมักเกิดควบคู่กันในกลุ่มเยาวชน ในขณะที่เครื่องมืออีกกลุ่มหนึ่งซึ่งถึงแม้ว่าจะมีการประเมินทั้งสองมิติร่วมกันคือ การรังแกและการรังแกทางไซเบอร์ แต่กลับมีจำนวนข้อคำถามมาก และเป็นข้อคำถามที่ค่อนข้างยาว เช่น แบบประเมิน Olweus Bully/Victim Questionnaire ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลโดย ผศ.ดร.สมบัติ ตาปัญญา ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 42 ข้อ¹⁰ ทำให้ไม่สะดวกต่อการนำไปใช้ในงานวิจัยหรือการคัดกรองในบริบทจริง จากที่กล่าวมาข้างต้นทำให้เห็นถึงข้อจำกัดของแบบประเมิน

มาตรฐานที่ใช้ในการประเมินการรังแกและการรังแกกันทางไซเบอร์ในกลุ่มเยาวชนที่มีปัญหาเกี่ยวกับการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์ ทั้งในบริบทของการเป็นผู้รังแกและการเป็นผู้ถูกรังแก การมีแบบประเมินที่เหมาะสมและได้มาตรฐานจะช่วยให้สามารถคัดกรองผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์ ทั้งในบริบทของผู้รังแกและผู้ถูกรังแกได้สะดวกและง่ายต่อการใช้งานมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมและเปรียบเทียบเครื่องมือที่มีใช้ในประเทศไทย ทีมผู้วิจัยพบว่าแบบประเมิน Bullying and Cyberbullying Scale for Adolescents (BCS-A) ซึ่งพัฒนาโดย Thomas และคณะ ในปี ค.ศ. 2019¹¹ เป็นเครื่องมือที่ตอบโจทย์บริบทของสังคมไทย เนื่องจากเป็นแบบประเมินตนเองที่ครอบคลุมทั้งการรังแกแบบดั้งเดิมและการรังแกทางไซเบอร์ รวมทั้งบทบาทการเป็นผู้รังแกและการเป็นผู้ถูกรังแกในแบบประเมินเดียวกัน มีข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ โดยแบ่งรูปแบบการรังแกเป็น 4 มิติ ได้แก่ ทางด้านร่างกาย ทางด้านวาจา ทางด้านความสัมพันธ์ และทางด้านไซเบอร์ ซึ่งถือว่าเป็นแบบประเมินที่มีความครอบคลุมทุกมิติของการรังแกกัน และยังมีจำนวนข้อคำถามที่สั้น กระชับ และใช้งานสะดวกกว่าเครื่องมือที่มีข้อคำถามยาวหรือมีจำนวนมาก นอกจากนี้แบบประเมิน BCS-A ยังเป็นเครื่องมือที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายและผ่านการแปลในหลายประเทศ เช่น อิหร่าน¹² ตุรกี¹³ อินโดนีเซีย¹⁴ เป็นต้น แสดงให้เห็นถึงความมั่นคงของโครงสร้างเครื่องมือในบริบทวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ซึ่งสนับสนุนว่าเครื่องมือนี้มีศักยภาพในการนำมาประยุกต์ใช้ในบริบทของไทยได้เช่นกัน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องแปลและประเมินคุณสมบัติทางจิตมิติของ BCS-A ในบริบทภาษาไทย เพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีความสั้น กระชับ ครอบคลุมมิติสำคัญของการรังแก และเหมาะสมต่อการใช้ในงานวิจัยและการคัดกรองปัญหาการรังแกในกลุ่มเยาวชนไทยอย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการรังแก พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ประสพการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก กับปัญหาทางด้านสุขภาพจิตในนักศึกษาไทย” ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (cross-sectional study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณสมบัติ

ทางจิตมิติของแบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์ สำหรับวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย (BCS-A-Thai version) ได้แก่ ความเที่ยง (reliability) และความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ของแบบสอบถาม โดยการศึกษาในครั้งนี้จะมีการรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาไทยอายุระหว่าง 18 - 25 ปี ใน 5 ภูมิภาคของประเทศไทย ได้แก่ ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคตะวันออก เชียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบสะดวก (convenience sampling) จากเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการของผู้วิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการผ่านระบบแบบสอบถามออนไลน์ Google Forms โดยมีการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยผ่าน Facebook และสื่อสังคมออนไลน์ของมหาวิทยาลัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถอ่านข้อมูลโครงการและให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจผ่านระบบออนไลน์ก่อนตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้ถูกนำไปวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ความเที่ยงของแบบประเมินด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค และวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ตามขั้นตอนมาตรฐานทางจิตมิติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ นักศึกษาไทยอายุระหว่าง 18 - 25 ปี จากสถาบันอุดมศึกษาใน 5 ภูมิภาคของประเทศไทย เนื่องจากช่วงอายุ 18 - 25 ปี จัดอยู่ในกลุ่มเยาวชนตามคำจำกัดความของ World Health Organization¹⁵ ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ยังคงมีความเสี่ยงต่อการเผชิญปัญหาการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์ ทั้งในบริบทของชีวิตจริงและสื่อออนไลน์ อีกทั้งเป็นกลุ่มที่สามารถเข้าถึงการเก็บข้อมูลออนไลน์ได้สะดวก และมีความสามารถในการตอบแบบประเมินตนเองได้อย่างครบถ้วน ซึ่งมีความเหมาะสมต่อการศึกษาค้นคว้าคุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมิน โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม โดยอ้างอิงตามข้อเสนอของ Comrey และ Lee¹⁶ สำหรับจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมที่ใช้ในการวิเคราะห์ EFA (Exploratory Factor Analysis) คือ 500 รายขึ้นไป ถือว่าเป็นจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการประเมิน EFA ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ 1,200 ราย ดังนั้นจึงถือว่ามีความเพียงพอในการวิเคราะห์ EFA ตามเกณฑ์ของ Comrey และ Lee¹⁶

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (demographic data) ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานของบุคคลที่ประกอบไปด้วย เพศ อายุ กลุ่มคณะที่ศึกษา ภูมิภาคที่อาศัยอยู่ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน ระยะเวลาใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อวัน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์ สำหรับวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย (BCS-A-Thai version) ซึ่งพัฒนาโดย Thomas¹¹ และแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัยเอง แบบประเมินดังกล่าวได้รับการแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยโดยใช้กระบวนการแปลไปข้างหน้าและย้อนกลับ (forward and backward translation) จากนั้นนำแบบประเมินฉบับภาษาไทยไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 3 ท่าน และอาจารย์พยาบาลจิตเวช 2 ท่าน ซึ่งแบบประเมินประกอบด้วย 2 ฉบับย่อย ได้แก่ ฉบับ A คือ แบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับผู้ที่ถูกเป็นเหยื่อ จำนวน 13 ข้อ และฉบับ B คือ แบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับผู้รังแก จำนวน 13 ข้อ คำตอบเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยเกิดขึ้นกับฉัน (0) ถึงสัปดาห์ละหลายครั้งหรือมากกว่านั้น (4) ค่าเฉลี่ยของคะแนนย่อยสำหรับมาตรวัดการตกเป็นเหยื่อและการเป็นผู้รังแก สามารถคำนวณได้โดยการรวมจำนวนรายข้อในแต่ละองค์ประกอบย่อย และหารด้วยจำนวนรายข้อในแต่ละองค์ประกอบย่อย ถ้าคะแนนรวมได้เท่ากับ 0 หมายความว่า อยู่ในกลุ่มที่ไม่เกี่ยวข้องกับตกเป็นเหยื่อ/การเป็นผู้รังแก ถ้าคะแนนรวมได้เท่ากับ 1 หมายความว่า อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการตกเป็นเหยื่อ/การเป็นผู้รังแก และถ้าคะแนนรวมได้เท่ากับ 2 คะแนนขึ้นไป หมายความว่า อยู่ในกลุ่มที่ตกเป็นเหยื่อ/การเป็นผู้รังแก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการรังแก พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ประสิทธิภาพการเรียนรู้ในวัยเด็ก กับปัญหาทางด้านสุขภาพจิตในนักศึกษาไทย” ซึ่งได้รับการรับรองจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2567 รหัสโครงการ 67NU123 เลข COA No. 114/2567 ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นสำคัญ โดยการวิจัยครั้งนี้

เป็นการเก็บข้อมูลออนไลน์ผ่านระบบ Google Form ซึ่งไม่มีการระบุชื่อผู้ตอบที่ระบุไปถึงตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย โดยไม่มีผลต่อการเรียนการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด

กระบวนการแปลและการเก็บรวบรวมข้อมูล

กระบวนการแปลเครื่องมือในการศึกษานี้ ดำเนินการโดยใช้การแปลไปข้างหน้าและย้อนกลับ (forward and backward translation) โดยมีกระบวนการดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ผู้วิจัยขออนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้แบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับวัยรุ่น

2) หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาแล้ว นักวิจัยได้แปลเครื่องมือเป็นภาษาไทย (แปลไปข้างหน้า) และส่งเครื่องมือภาษาไทย (forward translation) ไปให้ผู้เชี่ยวชาญสองภาษา (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) 2 ท่าน ซึ่งไม่เคยเห็นเครื่องมือมาก่อน เพื่อแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ (backward translation)

3) ผู้วิจัยส่งแบบประเมินดังกล่าวฉบับที่แปลย้อนหลังกลับ (backward translated version) ไปยังผู้พัฒนาเครื่องมือต้นฉบับเพื่อตรวจสอบความสามารถในการเปรียบเทียบและการตีความ (the comparability and interpretability) ระหว่างต้นฉบับ (original version) และฉบับที่แปลย้อนหลังกลับ (backward translated version)

4) ผู้วิจัยได้ส่งเครื่องมือให้แก่ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เพื่อประเมินค่าความตรงเชิงเนื้อหาของรายข้อคำถามฉบับภาษาไทย (Item-level Content Validity Index :I-CVI) และค่าความตรงเชิงเนื้อหาในภาพรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับ (Scale-level Content Validity Index: S-CVI)¹⁷ โดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 3 ท่าน และอาจารย์พยาบาลจิตเวช 2 ท่าน ผลการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน พบว่า เครื่องมือประเมินความตรงเชิงเนื้อหาฉบับภาษาไทยมีค่า I-CVI เท่ากับ 1.0, S-CVI เท่ากับ 1.0 และดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 ค่า CVI ที่เท่ากับหรือมากกว่า 0.8 ถือว่าเพียงพอสำหรับความตรงเชิงเนื้อหา¹⁸

5) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินดังกล่าวไปทำการศึกษานำร่อง (pilot study) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง แต่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกับที่จะใช้ในการวิจัยหลัก จำนวนประมาณ 30 คน โดยแบบประเมินฉบับ A ซึ่งเป็นแบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับผู้ที่ถูกเป็นเหยื่อ

มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมเท่ากับ .90 สำหรับแบบประเมินฉบับ B ซึ่งเป็นแบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับการเป็นผู้รังแก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมเท่ากับ .91

6) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง โดยได้การประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยผ่าน Facebook และสื่อสังคมออนไลน์ของมหาวิทยาลัยใน 5 ภูมิภาคของประเทศไทย โดยผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการสามารถอ่านรายละเอียดเพื่อประกอบการตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยอิสระผ่านระบบ Google Forms หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์ความเที่ยง (reliability) โดยการประมาณค่าความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน (internal consistency) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's α coefficient)

3) วิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) โดยใช้โปรแกรม IBM SPSS Statistics for Windows version 22.0 ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อมูลเบื้องต้นพบว่าข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ โดยการกระจายตัวแบบ Multivariate normal distribution ซึ่งดูจากค่าสถิติ Bartlett's test of sphericity และ Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy (KMO) โดยฉบับ A คือแบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับผู้ตกเป็นเหยื่อ มีค่าสถิติ Bartlett's test of sphericity $X^2(78)$ เท่ากับ 16936.52 และ $p < .001$ และค่า Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy (KMO) เท่ากับ .88 และฉบับ B คือแบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับผู้รังแก มีค่าสถิติ Bartlett's test of sphericity $X^2(78)$ เท่ากับ 17095.86 และ $p < .001$ และค่า Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy (KMO) เท่ากับ .91 แสดงว่าข้อมูลมีความเหมาะสมในการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อทำการสกัดองค์ประกอบโดยวิธี Principal

Component Analysis (PCA) ตั้งค่า Eigenvalues ไว้ที่ 1.0 ขึ้นไป ในการสกัดองค์ประกอบของการศึกษาค้นคว้านี้ คัดเลือกเฉพาะตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) มากกว่า 0.4 เข้าไปอยู่ในแต่ละองค์ประกอบ และใช้การหมุนปัจจัย (factor rotation) ด้วยวิธีแกนแบบมุมจาก Varimax เข้ามาช่วย เพื่อให้การรวมกลุ่มของตัวแปรในองค์ประกอบมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ซึ่งการเลือกใช้ PCA ในการศึกษาค้นคว้านี้มีเหตุผลสำคัญคือ แบบประเมิน Bullying and Cyberbullying Scale for Adolescents เป็นแบบประเมินที่มีโครงสร้างเชิงทฤษฎีชัดเจน และได้รับการพัฒนาและตรวจสอบโครงสร้างองค์ประกอบมาแล้วในงานต้นฉบับ รวมทั้งได้รับการนำไปใช้และทดสอบในหลายประเทศ ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นการตรวจสอบว่าโครงสร้างองค์ประกอบของฉบับภาษาไทยยังคงสอดคล้องกับโครงสร้างเดิมของแบบประเมินต้นฉบับหรือไม่ การใช้ PCA ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมใช้ในการตรวจสอบโครงสร้างองค์ประกอบในขั้นต้นจึงมีความเหมาะสมในบริบทของการแปลและปรับใช้เครื่องมือในวัฒนธรรมใหม่

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.8 ($n = 717$) อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 19.97 ปี ($SD = 1.55$) ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยที่อยู่ในภาคกลาง ร้อยละ 31.20 ($n = 374$) รองลงมาคือภาคใต้ ร้อยละ 29.40 ($n = 353$) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 14.80 ($n = 178$) ภาคเหนือ ร้อยละ 10.50 ($n = 126$) ภาคตะวันออก ร้อยละ 8.10 ($n = 97$) และภาคตะวันตก ร้อยละ 6.00 ($n = 72$) ตามลำดับ ระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างใช้ไปกับสื่อสังคมออนไลน์พบว่าโดยเฉลี่ยคือ 7.26 ชั่วโมงต่อวัน ($SD = 4.48$) โดยในช่วงระยะเวลาที่ไม่ได้รวมถึงเวลาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาดังแสดงในตารางที่ 1

2. ความเที่ยง (reliability) ผลการศึกษาพบว่า แบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับวัยรุ่นฉบับภาษาไทย (BCS-A-Thai version) มีความเที่ยงอยู่ในระดับสูง โดยแบบประเมินฉบับ A ซึ่งเป็นแบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับผู้ตกเป็นเหยื่อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมเท่ากับ .92 เมื่อพิจารณาแยกตามองค์ประกอบย่อยพบว่า องค์ประกอบด้านการรังแกทางไซเบอร์ (cyber) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .98 องค์ประกอบด้านการรังแกทางร่างกาย (physical) เท่ากับ .86

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 1,200)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	483	40.20
หญิง	717	59.80
อายุ		
18 ปี	192	16.00
19 ปี	306	25.50
20 ปี	360	30.00
21 ปี	189	15.80
22 ปี	78	6.50
23 ปี	19	1.60
24 ปี	28	2.30
25 ปี	28	2.30
Mean = 19.97, SD = ± 1.55		
ภูมิภาคที่อาศัยอยู่		
ภาคกลาง	374	31.20
ภาคใต้	353	29.40
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	178	14.80
ภาคเหนือ	126	10.50
ภาคตะวันออก	97	8.10
ภาคตะวันตก	72	6.00
กลุ่มคณะที่ศึกษา		
กลุ่มคณะด้านการแพทย์และสุขภาพ (เช่น คณะแพทยศาสตร์ ทันตแพทยศาสตร์ เภสัชศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ สหเวชศาสตร์ เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด)	637	53.10
กลุ่มคณะด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (เช่น คณะวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีสารสนเทศ วิศวกรรมศาสตร์ สิ่งแวดล้อม)	201	16.80
กลุ่มคณะด้านสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ (เช่น คณะรัฐศาสตร์ นิติศาสตร์ สังคมสงเคราะห์ นิเทศศาสตร์วารสารศาสตร์ มนุษยศาสตร์ ศิลปศาสตร์)	235	19.60
กลุ่มคณะด้านเศรษฐศาสตร์และบริหารธุรกิจ (เช่น คณะเศรษฐศาสตร์ พาณิชยศาสตร์ บริหารธุรกิจ)	88	7.30
กลุ่มคณะด้านการศึกษา (เช่น คณะครุศาสตร์ ศึกษาศาสตร์)	24	2.00
กลุ่มคณะด้านเกษตรศาสตร์และทรัพยากร (เช่น คณะเกษตรศาสตร์ ประมง ปศุสัตว์ เทคโนโลยีการอาหาร)	15	1.30

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n)	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
≤ 5,000	825	68.75
5,001 - 10,000	337	28.08
10,001 - 15,000	24	2
15,001 - 20,000	9	0.75
20,001 - 25,000	5	0.42
Mean = 5,289.98, SD = ± 2,668.74		
ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน		
เพียงพอและเหลือเก็บสะสม	102	8.50
เพียงพอ	670	55.80
ไม่เพียงพอ	228	35.70
ระยะเวลาใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อวัน		
1 - 5 ชั่วโมง	544	45.34
6 - 10 ชั่วโมง	342	28.50
11 - 15 ชั่วโมง	269	22.41
16 - 20 ชั่วโมง	45	3.75
Mean = 7.26, SD = ± 4.48		

องค์ประกอบด้านการรังแกทางสังคม (relational) เท่ากับ .94 และ องค์ประกอบด้านการรังแกทางวาจา (verbal) เท่ากับ .87

สำหรับแบบประเมินฉบับ B ซึ่งเป็นแบบประเมินการรังแก และการรังแกทางไซเบอร์สำหรับการเป็นผู้รังแก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมเท่ากับ .92 เมื่อพิจารณาแยกตาม องค์ประกอบย่อยพบว่า องค์ประกอบด้านการรังแกทางไซเบอร์ (cyber) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .98 องค์ประกอบด้านการรังแกทางร่างกาย (physical) เท่ากับ .83 องค์ประกอบด้านการรังแกทางสังคม (relational) เท่ากับ .70 และองค์ประกอบด้านการรังแกทางวาจา (verbal) เท่ากับ .84

3. ความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า แบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย (BCS-A-Thai version) โดยแบบประเมินฉบับ A ซึ่งเป็นแบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับผู้ตกเป็นเหยื่อ 13 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ทางไซเบอร์ (cyber) ทางด้านร่างกาย (physical) ทางด้านสังคม (relational) และทางวาจา (verbal) เช่นเดียวกับแบบสอบถามต้นฉบับ โดยในแต่ละข้อมีค่าน้ำหนักของข้อคำถาม

ระหว่าง .716 - .945 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับผู้ตกเป็นเหยื่อได้ร้อยละ 85.89 ดังแสดงในตารางที่ 2 ในขณะที่แบบประเมินฉบับ B ซึ่งเป็นแบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับการเป็นผู้รังแก 13 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ทางไซเบอร์ (cyber) ทางด้านร่างกาย (physical) ทางวาจา (verbal) และทางด้านสังคม (relational) เช่นเดียวกับแบบสอบถามต้นฉบับ โดยในแต่ละข้อมีค่าน้ำหนักของข้อคำถามระหว่าง .713 - .936 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับการเป็นผู้รังแกได้ร้อยละ 83.23 ดังแสดงในตารางที่ 3

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการแปลและทดสอบคุณภาพของแบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับวัยรุ่นฉบับภาษาไทย (BCS-A-Thai version) โดยแบบประเมินฉบับ A ซึ่งเป็นแบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับผู้ตกเป็นเหยื่อ และแบบประเมินฉบับ B ซึ่งเป็นแบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับการเป็นผู้รังแก ดังนี้

1. ความเที่ยง (reliability)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย (BCS-A-Thai version) พบว่าแบบประเมินฉบับ A ซึ่งเป็นแบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับผู้ตกเป็นเหยื่อ และแบบประเมินฉบับ B ซึ่งเป็นแบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับผู้รังแก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 ทั้งสองฉบับ แสดงให้เห็นว่าแบบประเมินดังกล่าวทั้งสองฉบับนี้มีความเที่ยงภายในอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้¹⁹ จึงมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในกลุ่มนักศึกษาไทย และนอกจากนั้นความเชื่อมั่นดังกล่าวยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในอดีตทั้งในแถบทวีปยุโรป อเมริกา ตะวันออกกลาง และเอเชีย ที่ระบุว่าแบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับวัยรุ่นทั้งสองฉบับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในประชากรกลุ่มวัยรุ่นของประเทศต่างๆ อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ โดยแบบประเมินฉบับ A ซึ่งเป็นแบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับผู้ตกเป็นเหยื่อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง .80 - .9311, 13 และ 20 และแบบประเมินฉบับ B ซึ่งเป็นแบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับการเป็นผู้รังแก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ

ครอนบาคอยู่ระหว่าง .82 - .9311, 13, และ 20 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแบบประเมินดังกล่าวเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพ โดยมีความเที่ยงสูงและให้ผลการวัดที่คงที่ไม่ว่าจะนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มใดก็ตาม ซึ่งค่าดังกล่าวที่ใกล้เคียงกันของการศึกษาวิจัยในประเทศที่มีลักษณะวัฒนธรรมที่ต่างกัน สะท้อนให้เห็นว่าแบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับวัยรุ่นฉบับนี้ ให้ผลลัพธ์ความเชื่อมั่นข้ามวัฒนธรรม (cross-cultural reliability) ที่สม่ำเสมอและเที่ยงตรงในกลุ่มวัฒนธรรมที่ต่างกัน

นอกจากนั้นค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่ค่อนข้างสูงของในแต่ละองค์ประกอบของข้อคำถามสะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมการรังแก (bullying) ที่มีความหลากหลายทั้งทางไซเบอร์ (cyber) ทางด้านร่างกาย (physical) ทางวาจา (verbal) และทางด้านสังคม (relational) โดยพฤติกรรมเหล่านี้มักเกิดขึ้นควบคู่กันในสถานการณ์เดียวกัน ทำให้ข้อคำถามที่วัดพฤติกรรมเหล่านี้มีความสัมพันธ์กันค่อนข้างสูงโดยธรรมชาติ ซึ่งสะท้อนว่าเป็นการแสดงพฤติกรรมการรังแกรูปแบบเดียวกันที่อาจเปลี่ยนแปลงไปตามบริบท แต่มีวัตถุประสงค์หลักคือการทำร้ายและการควบคุมผู้อื่นที่เชื่อมโยงกันในทุกมิติของการรังแก

2. ความตรงเชิงโครงสร้าง (Exploratory Factor Analysis: EFA)

ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ทดสอบโดยสถิติ Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy และ Bartlett's Test of Sphericity พบว่ามีขนาดกลุ่มตัวอย่างเพียงพอในการวิเคราะห์ทางสถิติ และสกัดองค์ประกอบภายหลังการตัดตัวแปรได้ 4 องค์ประกอบด้วยกัน คือ ทางไซเบอร์ (cyber) ทางด้านร่างกาย (physical) ทางด้านสังคม (relational) และทางวาจา (verbal) (ของทั้งฉบับ A และฉบับ B) ตัวแปรในแต่ละองค์ประกอบมีน้ำหนักอยู่ในระดับที่มีความสำคัญในการแปลผล (คือ มากกว่า 0.4) จึงมีความตรงเชิงโครงสร้าง การทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจพบว่าข้อคำถามมีจำนวนองค์ประกอบที่สอดคล้องกับแบบประเมินต้นฉบับ¹¹ โดย 4 องค์ประกอบของแบบประเมินสามารถอธิบายความแปรปรวนของการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับผู้ตกเป็นเหยื่อได้ร้อยละ 85.89 และในแต่ละข้อมีค่าน้ำหนักอยู่ระหว่าง .716 - .945 ในขณะที่แบบประเมินฉบับ B ซึ่งเป็นแบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับการเป็นผู้รังแกได้ร้อยละ 83.23 และในแต่ละข้อมีค่าน้ำหนักอยู่ระหว่าง .713 - .936 ซึ่งมีความสอดคล้องกับแบบประเมินต้นฉบับ⁹

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ของแบบประเมินฉบับ A ซึ่งเป็นแบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับผู้ตกเป็นเหยื่อ

ข้อคำถาม	องค์ประกอบ			
	1 ทางไซเบอร์ (cyber)	2 ทางด้านร่างกาย (physical)	3 ทางสังคม (relational)	4 ทางวาจา (verbal)
ในช่วงระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่คุณถูกรังแก “ออนไลน์ หรือ บนอินเทอร์เน็ต หรือ โทรศัพท์มือถือ”				
นักเรียนคนอื่นหรือกลุ่มนักเรียนอื่นเรียกฉันด้วยชื่อที่หยาบคายหรือชื่อที่ทำให้ฉันรู้สึกเจ็บปวด	.903			
นักเรียนคนอื่นหรือกลุ่มนักเรียนอื่นส่งหรือโพสต์ รูปภาพ/วิดีโอที่หยาบคายหรือทำให้เจ็บปวดเกี่ยวกับฉัน	.945			
นักเรียนคนอื่นหรือกลุ่มนักเรียนอื่นบอกฉันว่าคนอื่นจะไม่ชอบฉันถ้าฉันไม่ทำตาม他们所พูด	.927			
นักเรียนคนอื่นหรือกลุ่มนักเรียนอื่นไล่ฉันออกจากกลุ่ม หรือกิจกรรมหรือไม่ยอมให้ฉันเข้าร่วมกลุ่มหรือกิจกรรมโดยเจตนา	.933			
นักเรียนคนอื่นหรือกลุ่มนักเรียนอื่นเผยแพร่ข่าวลือที่เป็นเท็จเกี่ยวกับฉันเพื่อทำร้ายฉัน หรือทำให้คนอื่นไม่ชอบฉัน	.904			
ในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่คุณถูกรังแก “ออฟไลน์/ต่อหน้า”				
นักเรียนคนอื่นหรือกลุ่มนักเรียนอื่นชก ตี เตะ หรือผลัก ฉันโดยเจตนา		.716		
นักเรียนคนอื่นหรือกลุ่มนักเรียนอื่นบังคับให้ฉันทำสิ่งที่ไม่อยากทำ		.856		
นักเรียนคนอื่นหรือกลุ่มนักเรียนอื่นบอกฉันว่า คนอื่นจะไม่ชอบฉันถ้าฉันไม่ทำตาม他们所พูด		.834		
นักเรียนคนอื่นหรือกลุ่มนักเรียนอื่นทำให้ทรัพย์สินของฉันเสียหายหรือนำทรัพย์สินของฉันไปซ่อน หรือขโมยทรัพย์สินของฉันโดยเจตนา		.800		
นักเรียนคนอื่นหรือกลุ่มนักเรียนอื่นไล่ฉันออกจากกลุ่ม หรือกิจกรรมหรือไม่ยอมให้ฉันเข้าร่วมกลุ่มหรือกิจกรรมโดยเจตนา			.931	
เผยแพร่ข่าวลือที่เป็นเท็จเกี่ยวกับฉันเพื่อทำร้ายฉันหรือทำให้คนอื่นไม่ชอบฉัน			.930	
นักเรียนคนอื่นหรือกลุ่มนักเรียนอื่นเรียกฉันด้วยชื่อที่หยาบคายหรือชื่อที่ทำให้ฉันรู้สึกเจ็บปวด				.841
นักเรียนคนอื่นหรือกลุ่มนักเรียนอื่นพูดจกกับฉันด้วยถ้อยคำที่หยาบคายหรือถ้อยคำที่ทำให้รู้สึกเจ็บปวด				.878
Variance explained (%) for the factors	35.39	22.23	14.71	13.57
Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	.98	.86	.94	.87

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Verimax with Kaiser Normalization
 Barlett's test of sphericity $X^2(78) = 16936.52, p < .001$
 Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy (KMO) = .88

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ของแบบประเมินฉบับ B ซึ่งเป็นแบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับผู้รังแก

ข้อคำถาม	องค์ประกอบ			
	1 ทางไซเบอร์ (cyber)	2 ทางด้านร่างกาย (physical)	3 ทางสังคม (relational)	4 ทางวาจา (verbal)
ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่คุณรังแก “ออนไลน์ หรือ บนอินเทอร์เน็ต หรือ โทรศัพท์มือถือ” ด้วยตัวคุณเอง หรือคุณเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม				
ฉันหรือพวกเราเรียกใครบางคนด้วยชื่อที่หยาบคาย หรือชื่อที่ทำให้เขารู้สึกเจ็บปวด	.927			
ฉันหรือพวกเราส่งหรือโพสต์ รูปภาพวิดีโอที่หยาบคายหรือถ้อยคำที่ทำให้รู้สึกเจ็บปวด เกี่ยวกับใครบางคน	.928			
ฉันหรือพวกเราบอกใครบางคนว่าคนอื่นจะไม่ชอบพวกเขาถ้าเขาไม่ทำตามที่ฉันหรือพวกเราพูด	.936			
ฉันหรือพวกเราไล่ใครบางคนออกจากกลุ่ม หรือกิจกรรม หรือไม่อนุญาตให้ใครบางคนเข้าร่วมกลุ่มหรือกิจกรรมโดยเจตนา	.933			
ฉันหรือพวกเราเผยแพร่ข่าวลือที่เป็นเท็จเกี่ยวกับใครบางคน เพื่อทำร้ายเขาหรือพวกเขา หรือทำให้คนอื่นไม่ชอบเขาหรือพวกเขา	.928			
ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่คุณรังแกนักเรียนคนอื่น “ออฟไลน์/ต่อหน้า” ด้วยตัวของคุณเองหรือ เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม				
ฉันหรือพวกเรา ชก ตี เตะ หรือผลัก ใครบางคนโดยเจตนา		.715		
ฉันหรือพวกเราบังคับให้ใครบางคนทำสิ่งที่เขาไม่อยากทำ		.732		
ฉันหรือพวกเราบอกใครบางคนว่าคนอื่นจะไม่ชอบเขา ถ้าเขาไม่ทำตามที่ฉันหรือพวกเราพูด		.716		
ฉันหรือพวกเราทำความเสียหาย ซ่อน หรือขโมยทรัพย์สินของใครบางคนโดยเจตนา		.713		
ฉันหรือพวกเราไล่ใครบางคนออกจากกลุ่ม หรือกิจกรรม หรือไม่ยอมให้ใครบางคนเข้าร่วมกลุ่มหรือกิจกรรมโดยเจตนา			.777	
ฉันหรือพวกเราเผยแพร่ข่าวลือที่เป็นเท็จเกี่ยวกับใครบางคน เพื่อทำร้ายเขาหรือพวกเขา หรือทำให้คนอื่นไม่ชอบเขาหรือพวกเขา			.760	
ฉันหรือพวกเราเรียกใครบางคนด้วยชื่อที่หยาบคายหรือชื่อที่ทำให้เขารู้สึกเจ็บปวด				.866
ฉันหรือพวกเราพูดจากับใครบางคนด้วยถ้อยคำที่หยาบคายหรือถ้อยคำที่ทำให้รู้สึกเจ็บปวด				.883
Variance explained (%) for the factors	36.10	17.51	15.20	14.42
Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	.98	.83	.70	.84

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Verimax with Kaiser Normalization
 Barlett's test of sphericity $X^2(78) = 17095.86, p < .001$
 Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy (KMO) = .91

แบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับวัยรุ่น (BCS-A) นี้ ถูกพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงจากแบบประเมิน The Revised Version of the Olweus Bully-Victim Questionnaire²¹ แบบประเมิน The Peer Relationship Questionnaire²² และแบบประเมิน Forms of Bullying Scale²³ โดยมีพื้นฐานความเชื่อที่ว่า การรังแกกันทั้งแบบดั้งเดิม (traditional bullying) ซึ่งประกอบด้วยการรังแกกันทั้งทางด้านร่างกาย (physical) ทางวาจา (verbal) ทางด้านสังคม (relational) และการรังแกทางไซเบอร์ (cyberbullying) นั้น เป็นปรากฏการณ์ที่มักเกิดขึ้นร่วมกัน ถึงแม้จะเกิดขึ้นในบริบทที่แตกต่างกันแต่ก็มักมีความเกี่ยวข้องกัน ดังนั้นในการประเมินการรังแกกันนั้นจึงต้องประเมินทั้งการรังแกแบบดั้งเดิมที่สะท้อนออกมาในด้านของการรังแกทางด้านร่างกาย (physical) ทางวาจา (verbal) ทางด้านสังคม (relational) และการรังแกทางไซเบอร์ (cyberbullying)¹¹

ซึ่งเมื่อพิจารณาผลการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของทั้งฉบับภาษาไทย ประกอบกับต้นฉบับ พบว่าพฤติกรรมการรังแกกันของเยาวชนไทย มีความสอดคล้องกับมิติของการรังแกกันทั้ง 4 องค์ประกอบ และยิ่งสะท้อนให้เห็นภาพที่ชัดเจนขึ้นว่าการรังแกแบบดั้งเดิม (traditional bullying) และการรังแกทางไซเบอร์ (cyberbullying) มักเกิดขึ้นร่วมกัน (intersectionality) โดยมีลักษณะคาบเกี่ยวกัน และการรังแกในโลกออนไลน์ก็มักจะเริ่มต้นจากความขัดแย้งในชีวิตจริงหรือส่งผลกระทบกลับไปสู่ชีวิตจริง ทำให้เกิดวงจรการรังแกกันที่ซับซ้อนขึ้นและขยายวงกว้างขึ้นอย่างรวดเร็ว

นอกจากนั้น เมื่อเปรียบเทียบค่าการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของแบบประเมินฉบับภาษาไทยกับแบบประเมินที่ถูกแปลเป็นภาษาอื่นๆ เช่น ผลการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของแบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับวัยรุ่น ฉบับภาษาตุรกี¹³ พบว่าข้อคำถามของแบบประเมินฉบับภาษาตุรกีมีจำนวนองค์ประกอบที่สอดคล้องกับแบบประเมินต้นฉบับ และโดย 4 องค์ประกอบของแบบประเมินสามารถอธิบายความแปรปรวนของการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับผู้ตกเป็นเหยื่อได้ร้อยละ 82.60 และในแต่ละข้อมีค่าน้ำหนักสูงกว่า .630 ในขณะที่แบบประเมินฉบับ B ซึ่งเป็นแบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับการเป็นผู้รังแกได้ร้อยละ 83.39 และในแต่ละข้อมีค่าน้ำหนักสูงกว่า .679 ขึ้นไป จากผลการศึกษาดังกล่าวยิ่งช่วยยืนยันให้เห็นว่าแบบประเมิน

การรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับวัยรุ่นฉบับนี้ ให้ผลลัพธ์ในการประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์ของกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนที่มีความเชื่อมั่นข้ามวัฒนธรรม (cross-cultural reliability) ที่สม่ำเสมอและเที่ยงตรงในกลุ่มวัฒนธรรมที่ต่างกันอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

ถึงแม้ว่าจากการประเมินทั้งค่าความเที่ยง (reliability) และค่าความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ของแบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย (BCS-A-Thai version) อยู่ในระดับที่ดีที่ยอมรับได้ว่าเครื่องมือนี้มีคุณภาพมากพอที่จะนำไปใช้ในกลุ่มประชากรต่างๆ แต่อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาความตรงประเภทอื่นเพิ่มเติม เช่น ความตรงตามสภาพของเครื่องมือ (concurrent validity) โดยศึกษาความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นตามทฤษฎี โดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน และการศึกษาในอนาคตควรมีการนำแบบประเมินฉบับนี้ไปใช้กับกลุ่มประชากรอื่นที่มีความหลากหลายมากขึ้น อันจะนำไปสู่การหาแนวทางช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

ข้อจำกัด

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาช่วงอายุ 18 - 25 ปี ซึ่งถือเป็นกลุ่มเยาวชน (youth) อาจจะไม่สอดคล้องกับนิยาม “วัยรุ่น” ตามองค์การอนามัยโลก แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มเยาวชนในช่วงอายุนี้นี้ถือเป็นกลุ่มคนรุ่นใหม่หรือคนหนุ่มสาว (young people) ที่มีอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมการรังแกกัน ไม่ว่าจะในบริบทของผู้ถูกรังแกหรือผู้กระทำในอัตราที่สูง นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังเป็นนักศึกษาจากสาขาวิชาสุขภาพในระบบการศึกษา อาจจำกัดความสามารถในการอ้างอิงผลไปยังวัยรุ่นทั่วไปทั้งในและนอกสถานศึกษา และวิธีการเก็บข้อมูลแบบออนไลน์และการใช้แบบประเมินตนเอง (self-report) ผ่าน Google Forms อาจทำให้เกิด selection bias และ social desirability bias ซึ่งอาจมีผลต่อความถูกต้องของข้อมูลบางส่วน

สรุป

แบบประเมินการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์สำหรับวัยรุ่นที่แปลเป็นภาษาไทยฉบับนี้ มีความเที่ยง (reliability) และความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และมีความใกล้เคียงกับเครื่องมือต้นฉบับ ทั้งนี้ การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในกลุ่มนักศึกษาอายุระหว่าง 18 - 25 ปี จึงควรใช้

ความระมัดระวังในการสรุปอ้างอิงผลไปยังกลุ่มวัยรุ่นในช่วงอายุอื่นหรือในบริบทที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามแบบประเมินฉบับภาษาไทย (BCS-A-Thai version) นี้ สามารถใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการประเมินเบื้องต้นหรือการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรังแกและการรังแกทางไซเบอร์ในเยาวชนได้อย่างเหมาะสม และควรมีการศึกษายืนยันเพิ่มเติมในประชากรวัยรุ่นกลุ่มอื่น เพื่อเสริมความแม่นยำและการประยุกต์ใช้ในประชากรวัยรุ่นที่หลากหลายต่อไป

ทุนสนับสนุนการศึกษา

ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (เลขที่สัญญา TUFON2/2568)

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

สุภาวดี เจริญวานิช: เสนอแนวคิด ออกแบบการศึกษา เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล เขียนต้นฉบับบทความวิจัยฉบับแรก และตรวจสอบแก้ไขบทความวิจัย; ปรียามารณ์ ประยงค์กุล: เก็บรวบรวมข้อมูล ทบทวนและแก้ไขต้นฉบับบทความวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Olweus D. Understanding and researching bullying. In: Jimerson SR, Swearer SM, Espelage DL, editors. Handbook of bullying in schools: An international perspective. New York: Routledge; 2010. p. 9-33.
2. Li C, Wang P, Martin-Moratinos M, Bella-Fernández M, Blasco-Fontecilla H. Traditional bullying and cyberbullying in the digital age and its associated mental health problems in children and adolescents: a meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2024; 33(9): 2895-909.
3. World Health Organization. One in six school-aged children experiences cyberbullying, finds new WHO/Europe study [Internet]. 2024 [cited 2024 June 8]. Available from: <https://www.who.int/azerbaijan/news/item/27-03-2024-one-in-six-school-aged-children-experiences-cyberbullying--finds-new-who-europe-study>.
4. UNICEF. UNICEF poll: More than a third of young people in 30 countries report being a victim of online bullying [Internet]. 2019 [cited 2021 June 6]. Available from: <https://www.unicef.org/eca/press-releases/unicef-poll-more-third-young-people-30-countries-report-being-victim-online-bullying>.
5. Queen Sirikit National Institute of Child Health. The institute revealed that Thailand ranks among the top countries for bullying; parents are urged to closely monitor their children [Internet]. 2023 [cited 2024 June 6]. Available from: <https://www.tcijthai.com/news/2023/26/scoop/13000>.
6. Barlett CP, Kowalski RM, Wilson AM. Meta-analyses of the predictors and outcomes of cyberbullying perpetration and victimization while controlling for traditional bullying perpetration and victimization. *Aggress Violent Behav* 2024; 74: 101886.
7. Shapka JD, Maghsoudi R. Examining the validity and reliability of the cyber-aggression and cyber-victimization scale. *Comput Hum Behav* 2017; 69: 10-7.
8. Anuroj K, Pittayaratstian N. Validity and reliability of cyber-aggression perpetration and victimization scale: Thai version. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2019; 64(1): 45-60.
9. Atsariyasing W, Foongsathaporn C, Ayudhaya QDN, Vasupanrajit A, Chanpen S, Apinuntavech S, et al. Prevalence of cyberbullying and its associations with unsafe online behaviors, social media addiction, and psychosocial problems among 7th–9th grade students. In: Proceedings of the 66th Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; 2019.
10. Sombat T. Report on a survey of student bullying problems. Chiang Mai: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chiang Mai University; 2006.
11. Thomas HJ, Scott JG, Coates JM, Connor JP. Development and validation of the bullying and cyberbullying scale for adolescents: a multi-dimensional measurement model. *Br J Educ Psychol* 2019; 89(1): 75-94.
12. Asanjarani F, Arslan G, Ghezelsefio M, Akbari F. Psychometric properties of the Persian version of bullying and cyberbullying scale for adolescents (BCS-A) in Iranian students. *Educ Dev Psychol* 2024; 41(1): 91-105.
13. Özbey H, Başdaş Ö. Psychometric properties of the Turkish version of the bullying and cyber bullying scale for adolescents (BCS-A). *Psychiatry Res* 2020; 289: 112994.
14. Santhoso FH, Marvianto RD, Purwanto B. An adaptation and validation of the Indonesian version of the bullying and cyberbullying scale for adolescents. *Gadjah Mada J Psychol* 2023; 9(1): 21-37.
15. World Health Organization. Adolescent health in the South-East Asia Region [Internet]. 2019 [cited 2021 June 6]. Available from: <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/adolescent-health>.
16. Comrey AL, Lee HB. A first course in factor analysis. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1992.
17. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health* 2006; 29(5): 489-97.
18. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Focus on research methods: is the CVI an acceptable indicator of content validity? *Res Nurs Health* 2007; 30(4): 459-67.
19. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis. 8th ed. Hampshire: Cengage Learning EMEA; 2019.
20. Ammar M. Bullying & cyberbullying scale for adolescents (BCS-A): validation and psychometric properties in an Egyptian



sample. Psychol Educ 2021; 58: 224-30.

21. Olweus D. Revised Olweus bully/victim questionnaire (OBVQ) [Internet]. Washington (DC): American Psychological Association; 2006 [cited 2024 Jun 6]. Available from: <https://doi.org/10.1037/t09634-000>.
22. Rigby K. Peer victimisation at school and the health of secondary school students. Br J Educ Psychol 1999; 69(1): 95-104.
23. Shaw T, Dooley JJ, Cross D, Zubrick SR, Waters S. The forms of bullying scale (FBS): validity and reliability estimates for a measure of bullying victimization and perpetration in adolescence. Psychol Assess 2013; 25(4): 1045-57.

ความชุกของการตีตราตนเองและความสัมพันธ์กับกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดในผู้ป่วยนอกจิตเวช

ณัฐภัทร ศรเวช*, กานต์ จำรูญโรจน์*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของภาวะการตีตราตนเอง และหาความสัมพันธ์ระหว่างการตีตราตนเองกับกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดของผู้ป่วยนอกจิตเวช

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 387 คน โดยใช้แบบสอบถาม Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) ฉบับภาษาไทย เพื่อประเมินการตีตราตนเอง และแบบสอบถาม Brief COPE ฉบับภาษาไทย เพื่อประเมินกลยุทธ์การรับมือกับความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา จากผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 387 คน เหลือข้อมูลที่เข้าเกณฑ์ 355 คน (ร้อยละ 91.73) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.8) และมีค่ามัธยฐานของอายุที่ 35 ปี พบความชุกของการตีตราตนเองระดับสูงร้อยละ 13.52 การวิเคราะห์สหสัมพันธ์พบว่า การตีตราตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับกลยุทธ์การรับมือกับความเครียดที่เหมาะสม เช่น การปรับมุมมองเชิงบวก ($r = -0.357, p < 0.001$) การยอมรับ ($r = -0.320, p < 0.001$) และการใช้อารมณ์ขัน ($r = -0.279, p < 0.001$) ในทางตรงข้ามพบความสัมพันธ์เชิงบวกกับกลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการตำหนิตนเอง ($r = 0.558, p < 0.001$) และการเลิกลงมือจัดการกับปัญหา ($r = 0.477, p < 0.001$) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโดยควบคุมปัจจัยกวนพบว่า การใช้อารมณ์ขัน การตำหนิตนเองและการเลิกลงมือจัดการกับปัญหายังคงมีความสัมพันธ์กับการตีตราตนเองอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป ความชุกของการตีตราตนเองในผู้ป่วยจิตเวชของการศึกษานี้อยู่ในระดับต่ำกว่าการศึกษาจากต่างประเทศ อย่างไรก็ตาม พบว่าการใช้กลยุทธ์การรับมือกับความเครียด มีความสัมพันธ์กับการตีตราตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาส่งเสริมถึงความสำคัญของการส่งเสริมการใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมและการลดการใช้กลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจช่วยลดการตีตราตนเองและเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ การตีตราตนเอง ผู้ป่วยจิตเวช กลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียด

Corresponding author: กานต์ จำรูญโรจน์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: kam.jum@mahidol.ac.th

วันรับ 18 ตุลาคม 2568 วันแก้ไข 15 มกราคม 2569 วันตอบรับ 17 มกราคม 2569

Prevalence of Self-stigma and Its Association with Coping Strategies among Psychiatric Outpatients

Nattapat Sornvech*, Karn Jumroonrojana*

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

ABSTRACT

Objective: This study aimed to examine the prevalence of self-stigma and its association with coping strategies among psychiatric outpatients in Thailand.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted among 387 psychiatric outpatients at the psychiatric clinic of Ramathibodi Hospital. The Thai version of the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) was used to assess self-stigma, and the Thai version of the Brief COPE inventory was used to assess coping strategies. Data were analyzed using descriptive statistics, correlation analysis, and multiple regression analysis.

Results: Of the 387 participants, 355 (91.73%) provided valid responses. The majority were female (71.8%) with median age of 35 years. The prevalence of high self-stigma was 13.52%. Self-stigma correlated negatively with adaptive coping strategies, particularly positive reframing ($r = -0.357, p < 0.001$), acceptance ($r = -0.320, p < 0.001$), and humor ($r = -0.279, p < 0.001$), and positively correlated with maladaptive coping strategies, especially self-blame ($r = 0.558, p < 0.001$) and behavioral disengagement ($r = 0.477, p < 0.001$). Multiple regression analysis revealed that humor, self-blame, and behavioral disengagement remained significantly associated with self-stigma, after adjusting for sociodemographic and clinical variables.

Conclusion: This study found that the prevalence of self-stigma among psychiatric patients was lower than that reported in international studies. However, certain coping strategies were significantly associated with levels of self-stigma. These findings underscore the importance of promoting adaptive coping and reducing maladaptive coping, which may help mitigate self-stigma and enhance patients' coping capacity.

Keywords: self-stigma, psychiatric patients, coping strategies

Corresponding author: Karn Jumroonrojana

E-mail: karn.jum@mahidol.ac.th

Received: 18 October 2025 Revised: 15 January 2026 Accepted: 17 January 2026

บทนำ

ภาวะการตีตราตนเองในผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง กระบวนการที่บุคคลรับรู้และยอมรับความคิดเชิงลบหรืออคติที่สังคมมีต่อโรคจิตเวชมาเป็นของตนเอง กระบวนการดังกล่าวตามแนวคิดของ Corrigan ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การรับรู้ภาพเหมารวมของสังคม (stereotype awareness) การยอมรับภาพเหมารวม (stereotype agreement) และการสอดคล้องตนเองกับภาพเหมารวม (self-concurrence)^{1,2} การตีตราตนเองเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลแง่ลบต่อสุขภาพจิตหลายด้าน เช่น ลดความเชื่อมั่นในตนเอง การลดแรงจูงใจในการรักษา การไม่ปฏิบัติตามการรักษา การถอนตัวจากสังคม และคุณภาพชีวิตที่ลดลง³⁻⁵ อีกทั้งยังสัมพันธ์กับอาการทางจิตเวชที่แย่ลงและเพิ่มความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย⁶

การศึกษาในหลายประเทศชี้ให้เห็นว่าภาวะการตีตราตนเองเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเวช แต่ความชุกและลักษณะของการตีตราตนเองอาจแตกต่างกันตามบริบททางด้านวัฒนธรรมและระบบสุขภาพ⁷⁻⁹ ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่มักจำกัดอยู่ในทวีปอเมริกาเหนือและยุโรป จากการศึกษาแบบ meta-analysis ในปี 2021 พบว่าความชุกของภาวะการตีตราตนเองในผู้ป่วยจิตเวชพบได้สูงที่สุดในทวีปเอเชีย (ร้อยละ 39.7) และภูมิภาคตะวันออกกลาง (ร้อยละ 39)¹⁰ สำหรับเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีรายงานความชุกแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ตั้งแต่ร้อยละ 23 - 43.6¹¹⁻¹³ ซึ่งความแตกต่างอาจขึ้นอยู่กับบริบทและลักษณะของประชากรที่ศึกษา นอกจากนี้การศึกษาก็ผ่านมาพบว่า อายุ เพศ สถานภาพสมรส สถานะการจ้างงาน รวมถึงลักษณะทางคลินิก เช่น การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย และประวัติการนอนโรงพยาบาล ล้วนเป็นปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อระดับการตีตราตนเองที่แตกต่างกัน^{12,14,15} อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตีตราตนเองในผู้ป่วยจิตเวชในบริบทประเทศไทยยังมีจำกัด การศึกษาความชุกในบริบทประเทศไทยจึงมีความสำคัญต่อการทำความเข้าใจปัญหานี้ได้อย่างเหมาะสม

กลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียด (coping strategies) คือการพยายามทางด้านจิตใจหรือพฤติกรรมเพื่อใช้จัดการกับความเครียดและปัญหาทางจิตใจ¹⁶ สามารถแบ่งประเภทได้ 2 รูปแบบ คือ กลยุทธ์ที่เหมาะสม (adaptive coping strategies) เช่น การวางแผน การขอการสนับสนุนทางสังคม และกลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสม (maladaptive coping strategies) เช่น การหลีกเลี่ยง

ปัญหา การใช้สารเสพติด¹⁷ กลยุทธ์เหล่านี้ถือเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ผ่านการให้ความรู้ การฝึกทักษะ หรือการทำจิตบำบัด¹⁸ จึงเป็นหนึ่งในเป้าหมายที่อาจนำไปสู่การพัฒนาการรักษาและการลดผลกระทบจากการตีตราตนเอง

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าทางเลือกใช้กลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับภาวะการตีตราตนเองที่สูงในผู้ป่วยจิตเวชหลายกลุ่มโรค¹⁹⁻²¹ อย่างไรก็ตามยังมีข้อมูลจำกัดในบริบทของประเทศไทยซึ่งมีความแตกต่างด้านสังคม วัฒนธรรม และระบบสุขภาพจากประเทศตะวันตก การทำความเข้าใจความชุกและรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างการตีตราตนเองกับกลยุทธ์การเผชิญปัญหาในผู้ป่วยนอกจิตเวชไทย จึงมีความสำคัญในการสร้างองค์ความรู้ที่สามารถนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย

ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของการตีตราตนเองและความสัมพันธ์กับกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดในผู้ป่วยนอกจิตเวชไทย ข้อค้นพบจากการศึกษานี้จะช่วยสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการตีตราตนเองในบริบทประเทศไทย และเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมกลยุทธ์การรับมือกับความเครียดที่เหมาะสม เพื่อลดผลกระทบของการตีตราตนเองในผู้ป่วยจิตเวช

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาความชุกของการตีตราตนเองและความสัมพันธ์กับกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดในผู้ป่วยนอกจิตเวช กลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลลพบุรีระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงเดือนมกราคม 2568 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธี convenience sampling จากผู้ป่วยที่มารับบริการในช่วงเวลาศึกษาและเข้าเกณฑ์การคัดเลือก โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวช 3) สามารถสื่อสารภาษาไทย และทำแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง และมีเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ไม่ประสงค์เข้าร่วมงานวิจัยหรือไม่สามารถตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัยด้วยตนเองได้ 2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวชที่มีสาเหตุมาจากภาวะทางกาย

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร คือ

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

โดยกำหนดให้ $p = 0.54$ ตามผลการศึกษาก่อนหน้าที่มีลักษณะกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกัน²² ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (d) = 0.054 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($Z = 1.96$) ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 327 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาแบ่งเป็น 4 ส่วน

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะการจ้างงาน ได้รับการประเมินจากแบบสอบถามรูปแบบ self-report
2. ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ประวัติการนอนโรงพยาบาล จะได้รับการประเมินจากการทบทวนเวชระเบียน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีมากกว่าหนึ่งการวินิจฉัย จะใช้การวินิจฉัยหลัก (primary diagnosis) ที่บันทึกในเวชระเบียนเป็นตัวแทนในการวิเคราะห์โดยยึดตามเกณฑ์การลงรหัสโรค (ICD-10) ของโรงพยาบาล
3. แบบประเมินการตีตราตนเองในผู้ป่วยจิตเวชใช้ Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยคำถาม 29 ข้อ ตัวอย่างคำถาม เช่น “ฉันรู้สึกอายที่ฉันป่วยทางจิต” หรือ “คนที่ป่วยทางจิตไม่ควรแต่งงาน” ให้คะแนนในรูปแบบ 4-point Likert scale โดย 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 4 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนนเป็นค่าเฉลี่ยรวม กำหนดให้ผู้ที่ได้คะแนนรวม ≥ 2.51 ถูกจัดว่ามีระดับการตีตราตนเองที่สูง แบบวัดนี้มีการใช้กันอย่างแพร่หลายถูกแปลออกเป็นหลายภาษา^{23,24} มีค่าความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยที่สูง (content validity = 0.86 - 1, Cronbach's alpha for scale reliability = 0.88)²⁵ หากผู้เข้าร่วมตอบไม่ครบ 29 ข้อ จะถือว่าเป็นข้อมูลสูญหาย (missing data) และตัดออกจากการวิเคราะห์
4. แบบประเมินกลยุทธ์การรับมือกับความเครียด ใช้ Brief COPE inventory ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยคำถาม 28 ข้อ ให้คะแนนในรูปแบบ 4-point Likert scale โดย 1 คือ ไม่ได้ทำเช่นนี้ และ 4 คือ ทำเช่นนี้อย่างมาก แบบวัดนี้

มีค่าความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยที่สูง (Cronbach's alpha coefficient = 0.7)²⁶ แบ่งการประเมินผลเป็น 14 กลยุทธ์ (คำนวณคะแนนเฉลี่ยจาก 2 ข้อย่อย) หากผู้เข้าร่วมตอบไม่ครบ 2 ข้อย่อยในกลยุทธ์นั้นจะถือว่าเป็นข้อมูลสูญหาย และตัดจากการวิเคราะห์เฉพาะกลยุทธ์นั้น โดยที่หากกลยุทธ์อื่นตอบครบยังสามารถนำมาวิเคราะห์ต่อได้ ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น “ฉันได้เรียนรู้ที่จะอยู่กับมัน” (กลยุทธ์การยอมรับ) หรือ “ฉันได้กล่าวโทษตัวเองสำหรับสิ่งที่เกิดขึ้น” (กลยุทธ์การตำหนิตนเอง)

ในงานวิจัยนี้แบ่งการวิเคราะห์กลยุทธ์ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลยุทธ์ที่เหมาะสม (adaptive coping strategies) ได้แก่ การรับมือกับความเครียดเชิงรุก (active coping), การวางแผน (planning), การปรับมุมมองเชิงบวก (positive reframing), การยอมรับ (acceptance), การใช้อารมณ์ขัน (humor), การใช้หลักศาสนา (religion), การแสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์ (using emotional support) และการแสวงหาความช่วยเหลือ (using instrumental support)
2. กลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสม (maladaptive coping strategies) ได้แก่ การเบี่ยงเบนความสนใจ (self-distraction), การปฏิเสธปัญหา (denial), การระบายความรู้สึก (venting), การใช้สารเสพติด (substance use), การเลิกลงมือจัดการกับปัญหา (behavioral disengagement) และการตำหนิตนเอง (self-blame)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้ใช้โปรแกรมทางสถิติ SPSS version 30 ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการนำเสนอข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก โดยข้อมูลเชิงปริมาณจะนำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือมัธยฐาน และพิสัยควอไทล์ (IQR) ตามความเหมาะสมของการแจกแจงข้อมูล เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนการตีตราตนเอง จำแนกตามปัจจัยทางสังคมและข้อมูลทางคลินิก โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test (Z) สำหรับตัวแปรที่มี 2 กลุ่ม

และสถิติ Kruskal-Wallis H Test (H) สำหรับตัวแปรที่มีตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไป วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ คะแนนการตีตราตนเองและกลยุทธ์การรับมือกับความเครียด โดยใช้สถิติ Spearman's Rho ตามการแจกแจงของข้อมูล การแปลผลขนาดความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient, r) อ้างอิงเกณฑ์ของ Cohen โดยกำหนดให้ค่า r ระหว่าง 0.10 - 0.29 หมายถึง ความสัมพันธ์ในระดับต่ำ (small), 0.30 - 0.49 หมายถึง ระดับปานกลาง (medium) และตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป หมายถึง ระดับสูง (large)²⁷

ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการตีตราตนเองและกลยุทธ์การรับมือกับความเครียด โดยควบคุมตัวแปรที่อาจเป็นปัจจัยก่อกวน คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส สถานะการจ้างงาน การวินิจฉัยโรค และประวัติการนอนโรงพยาบาล โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MURA2024/728 วันที่รับรอง 15 ตุลาคม 2567 ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยอย่างครบถ้วน และลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มการเก็บข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มประชากร

จากผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 387 คน มีผู้ที่ตอบแบบสอบถาม ISMI ฉบับภาษาไทย ครบถ้วนจำนวน 355 คน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแสดงในตารางที่ 1 พบว่าผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.8) มีค่ามัธยฐานของอายุที่ 35 ปี ส่วนใหญ่โสด (ร้อยละ 76.6) มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 82.5) และรายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 15,000 - 50,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 54.9) เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนการตีตราตนเองจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะการจ้างงาน และรายได้ ไม่พบความสัมพันธ์กับคะแนนการตีตราตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อมูลทางคลินิกแสดงในตารางที่ 2 พบว่าการวินิจฉัยหลักที่พบบ่อยที่สุดคือ กลุ่มโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 47) รองลงมาคือ กลุ่มโรควิตกกังวล (ร้อยละ 11.5) และกลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว (ร้อยละ 10.7) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 50.1) โดยมีประวัติการนอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการทางจิตเวชเพียง ร้อยละ 9.6

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการตีตราตนเองตามปัจจัยทางคลินิก โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test (Z) และ Kruskal-Wallis H Test (H) พบว่าการวินิจฉัยโรคมีความสัมพันธ์กับระดับการตีตราตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ($H = 19.64, p = 0.012$) โดยกลุ่มโรคจิตเภทมีค่ามัธยฐานสูงสุดที่ 2.1 เช่นเดียวกับประวัติการนอนโรงพยาบาลที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($Z = -2.57, p = 0.01$) โดยผู้ที่มีประวัติเคยนอนโรงพยาบาลด้วยอาการทางจิตเวชมีคะแนนสูงกว่า

การตีตราตนเอง

จากข้อมูลผู้เข้าร่วมทั้งหมด 355 คน พบว่ามีผู้ที่มีภาวะการตีตราตนเองระดับสูง จำนวน 48 คน คิดเป็นความชุกร้อยละ 13.52 โดยพบว่าค่ามัธยฐานของคะแนนแบบสอบถาม ISMI อยู่ที่ 1.93 (IQR = 0.72) มีค่าต่ำสุดและสูงสุดของคะแนนอยู่ที่ 1.03 และ 3.52 ตามลำดับ

กลยุทธ์การรับมือกับความเครียด

ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มกลยุทธ์ที่เหมาะสม กลยุทธ์ที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ การยอมรับ โดยมีค่ามัธยฐาน = 3.5 (IQR = 1.0) รองลงมาคือ การรับมือกับความเครียดเชิงรุก การวางแผน และการปรับมุมมองเชิงบวก ซึ่งมีค่ามัธยฐาน = 3.0 ในกลุ่มกลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสม กลยุทธ์ที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ การเบี่ยงเบนความสนใจ มีค่ามัธยฐาน 3.5 (IQR = 1.0) รองลงมาคือ การตำหนิตนเอง และการเลิกลงมือจัดการกับปัญหา ดังแสดงในตารางที่ 3

ความสัมพันธ์ระหว่างการตีตราตนเองและกลยุทธ์การรับมือกับความเครียด

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการตีตราตนเองและกลยุทธ์การรับมือกับความเครียดโดยใช้ Spearman's Rho แสดงในตารางที่ 3 พบว่าการตีตราตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับกลยุทธ์การรับมือกับความเครียดที่เหมาะสม โดยเฉพาะการปรับมุมมองเชิงบวก ($r = -0.357, p < 0.001$) และการยอมรับ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)	ค่ามัธยฐาน ISMI (IQR)	สถิติ*	df*	p-value
เพศ					
ชาย	100 (28.2)	2.03 (0.84)	Z = -0.50	-	0.618
หญิง	255 (71.8)	1.93 (0.68)			
อายุ					
Median (IQR) = 35 (16)	-	-	R = -0.10	-	0.061
ค่าต่ำสุด, สูงสุด = 18, 73	-	-			
สถานภาพสมรส					
โสด/หย่า	272 (76.6)	1.97 (0.76)	Z = -0.39	-	0.697
สมรส	83 (23.4)	1.93 (0.59)			
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่า ป.ตรี	62 (17.5)	2.0 (0.52)	Z = -0.09	-	0.931
ป.ตรี หรือสูงกว่า	293 (82.5)	1.93 (0.48)			
สถานะการจ้างงาน**					
มีงานทำ	247 (69.6)	1.93 (0.62)	Z = -1.06	-	0.291
กำลังศึกษา/ว่างงาน	106 (29.9)	2.0 (0.79)			
รายได้**					
<15000 บาท	86 (24.2)	2.03 (0.76)	H = 5.43	2	0.066
15000 - 50000 บาท	195 (54.9)	2.0 (0.66)			
>50000 บาท	67 (18.9)	1.78 (0.66)			

หมายเหตุ *ทดสอบความแตกต่างของค่ามัธยฐานด้วยสถิติ Mann-Whitney U test (Z) สำหรับตัวแปร 2 กลุ่ม Kruskal-Wallis test (H) สำหรับตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม (df คือ degrees of freedom) และทดสอบความสัมพันธ์ของอายุกับ ISMI ด้วย Spearman's Rho (r)

**สถานะจ้างงานมีข้อมูลสูญหาย n = 2 และรายได้มีข้อมูลสูญหาย n = 7

($r = -0.320, p < 0.001$) ที่มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ในขณะที่การรับมือกับความเครียดเชิงรุก การใช้อารมณ์ขัน การใช้หลักศาสนา และการแสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์ พบว่ามีความสัมพันธ์ระดับต่ำ อย่างไรก็ตามการวางแผนและการแสวงหาความช่วยเหลือ พบว่าความสัมพันธ์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ในทางตรงกันข้าม พบความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงของการตีตราตนเองและกลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การตำหนิตนเอง ($r = 0.558, p < 0.001$) และความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการเลิกลงมือจัดการกับปัญหา ($r = 0.477, p < 0.001$) อย่างไรก็ตามการเบี่ยงเบนความสนใจที่จัดเป็นกลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสมแต่กลับมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการตีตราตนเอง

การวิเคราะห์พหุตัวแปร

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างการตีตราตนเองและกลยุทธ์การรับมือกับความเครียดภายหลังควบคุมปัจจัยกวน ดังแสดงใน**ตารางที่ 4** พบว่าในกลุ่มกลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสม การตำหนิตนเอง ($B = 0.206, p < 0.001$) และการเลิกลงมือจัดการกับปัญหา ($B = 0.143, p < 0.001$) ยังคงความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับการตีตราตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลยุทธ์การรับมือกับความเครียดที่เหมาะสม ได้แก่ การใช้อารมณ์ขัน ($B = -0.059, p = 0.023$) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการตีตราตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ยังพบว่าการวินิจฉัยโรคมักมีความสัมพันธ์กับการตีตราตนเองอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย

ตารางที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก

ข้อมูลทางคลินิก	จำนวน (ร้อยละ)	ค่ามัธยฐาน ISMI (IQR)	สถิติ*	df*	p-value
การวินิจฉัย					
กลุ่มโรคจิตเภท	20 (5.6)	2.1 (0.62)	H = 19.64	8	0.012
กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว	38 (10.7)	1.84 (1.01)			
กลุ่มโรคซึมเศร้า	167 (47)	2.03 (0.64)			
กลุ่มโรควิตกกังวล	41 (11.5)	1.86 (0.59)			
กลุ่มโรคย้ำคิดย้ำทำ	21 (5.9)	1.93 (0.97)			
กลุ่มโรคที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บทางใจ และภาวะเครียด	34 (9.6)	1.83 (0.80)			
กลุ่มโรคนอนไม่หลับ	13 (3.7)	1.59 (0.22)			
กลุ่มโรคพัฒนาการและพฤติกรรมที่ผิดปกติ อื่นๆ	16 (4.5)	1.90 (0.59)			
อื่นๆ	5 (1.4)	2.03 (0.78)			
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย					
< 2 ปี	97 (27.3)	1.90 (0.70)	H = 2.83	2	0.242
2 - 5 ปี	80 (22.5)	2.1 (0.77)			
> 5 ปี	178 (50.1)	1.91 (0.63)			
โรคร่วมทางจิตเวช					
มีโรคจิตเวชร่วม	68 (19.2)	1.98 (0.63)	Z = -0.07	-	0.945
ไม่มีโรคร่วม	287 (80.8)	1.93 (0.72)			
ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการทางจิตเวช					
เคย	34 (9.6)	2.2 (1.12)	Z = -2.57	-	0.010
ไม่เคย	321 (90.4)	1.93 (0.66)			

หมายเหตุ *ทดสอบความแตกต่างของค่ามัธยฐานด้วยสถิติ Mann-Whitney U test (Z) สำหรับตัวแปร 2 กลุ่ม และ Kruskal-Wallis test (H) สำหรับตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม (df คือ degrees of freedom)

เป็นโรคจิตเภทมีแนวโน้มที่จะมีการตีตราตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นกลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว (B = -0.231, p = 0.030) และกลุ่มโรคจิตเวชอื่นๆ (B = -0.284, p = 0.004)

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าความชุกของการตีตราตนเองระดับสูงในผู้ป่วยนอกจิตเวชอยู่ที่ร้อยละ 13.52 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาในต่างประเทศ โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่มีความหลากหลายของรายงานความชุก ตั้งแต่ร้อยละ 23 ในการศึกษาที่ประเทศมาเลเซีย¹³ (ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า) ร้อยละ 34

ในประเทศอินโดนีเซีย¹² (ผู้ป่วยโรคจิตเภท) ไปจนถึงร้อยละ 43.6 ในการศึกษาของ Picco และคณะในประเทศสิงคโปร์¹¹ อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างของความชุกอาจสะท้อนถึงความหลากหลายของระเบียบวิธีวิจัย และบริบทของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละการศึกษา

ในด้านปัจจัยทางคลินิก ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มโรคจิตเภทมีแนวโน้มการตีตราตนเองสูงกว่ากลุ่มอื่น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความรุนแรงและความเรื้อรังของอาการ รวมถึงอคติจากสังคมที่มักมีมากกว่า^{10,14,28} นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีประวัติเคยนอนโรงพยาบาลยังมีระดับการตีตราตนเองสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยนอนโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ

ซึ่งอาจจะท้อถอยถึงความรุนแรงของโรคที่มากกว่าหรือประสบการณ์จากการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่อาจส่งผลกระทบต่อความรู้สึกดีตราตนเอง^{22,29}

เมื่อเปรียบเทียบความทุกข์ของการดีตราตนเองกับการศึกษาของ Picco และคณะ ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยศึกษาผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีความหลากหลายของการวินิจฉัยเช่นกัน พบว่าการศึกษาดังกล่าวมีสัดส่วนผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงถึงร้อยละ 26.4 เทียบกับร้อยละ 5.6 ในการศึกษาอื่น และมีประวัติการนอนโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 45.7 เทียบกับร้อยละ 9.6 ในการศึกษาอื่น จึงอาจทำให้ภาพรวมความทุกข์ในการศึกษานี้ต่ำกว่า อีกทั้งวิธีการเก็บข้อมูลรูปแบบ convenience sampling โดยใช้แบบสอบถาม self-report ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือและความสามารถของผู้เข้าร่วม ผู้ที่มีอาการทางจิตเวชรุนแรงหรือมีข้อจำกัดในการสื่อสารมักมีแนวโน้มที่จะถูกตัดออกไปจากการศึกษา ทำให้ข้อมูลของกลุ่มนี้ขาดหายไปและอาจนำไปสู่การประเมินความทุกข์ของการดีตราตนเองที่ต่ำกว่าความเป็นจริง

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะการจ้างงาน และรายได้ พบว่าปัจจัยเหล่านี้ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการดีตราตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อค้นพบนี้อาจอธิบายได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ที่มีความคล้ายคลึงกันในด้านพื้นฐานทางสังคมและเศรษฐกิจ โดยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาและรายได้ที่ค่อนข้างสูง ทำให้ปัจจัยเหล่านี้อาจไม่ได้เป็นปัจจัยทำนายความแตกต่างของระดับการดีตราตนเองในบริบทนี้โดยตรง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าภาวะการดีตราตนเองอาจเป็นประสบการณ์ที่สามารถเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยจิตเวชทุกกลุ่มโดยไม่ขึ้นกับสถานะทางสังคม

ในด้านความสัมพันธ์กับกลยุทธ์การรับมือความเครียด ผลการศึกษาพบว่าการใช้กลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดีตราตนเอง ในขณะที่กลยุทธ์ที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการดีตราตนเอง สอดคล้องไปกับการศึกษาของ Michaela ในปี 2019³⁰ ที่ศึกษาในกลุ่มโรค neurotic spectrum disorder และพบว่าการใช้ positive coping มีความสัมพันธ์กับ

ตารางที่ 3 คะแนนกลยุทธ์การรับมือกับความเครียดและความสัมพันธ์กับการดีตราตนเอง

กลยุทธ์การรับมือกับความเครียด	median (IQR)	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับการดีตราตนเอง (r)	p-value
กลยุทธ์ที่เหมาะสม			
การรับมือกับความเครียดเชิงรุก	3.0 (0.5)	-0.218	<0.001
การวางแผน	3.0 (1.0)	0.060	0.267
การปรับมุมมองเชิงบวก	3.0 (1.0)	-0.357	<0.001
การยอมรับ	3.5 (1.0)	-0.320	<0.001
การใช้อารมณ์ขัน	2.0 (1.5)	-0.279	<0.001
การใช้หลักศาสนา	2.0 (2.0)	-0.127	0.017
การแสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์	3.0 (1.0)	-0.129	0.016
การแสวงหาความช่วยเหลือ	3.0 (1.0)	-0.096	0.073
กลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสม			
การเบี่ยงเบนความสนใจ	3.5 (1.0)	-0.110	0.039
การปฏิเสธปัญหา	1.5 (1.0)	0.201	0.014
การระบายความรู้สึก	2.5 (1.0)	0.131	0.001
การใช้สารเสพติด	1.0 (0.5)	0.177	<0.001
การเล็งมองจัดการกับปัญหา	2.0 (1.5)	0.477	<0.001
การตำหนิตนเอง	2.5 (1.5)	0.558	<0.001

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตีตราตนเอง

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์ถดถอย (B)	Standard error	(95% CI)	p-value
กลยุทธ์ที่เหมาะสม				
การรับมือกับความเครียดเชิงรุก	-0.024	0.037	(-0.097, 0.049)	0.518
การปรับมุมมองเชิงบวก	-0.058	0.034	(-0.125, 0.010)	0.096
การยอมรับ	-0.056	0.036	(-0.127, 0.015)	0.122
การใช้อารมณ์ขัน	-0.059	0.026	(-0.109, -0.008)	0.023
การใช้หลักศาสนา	0.023	0.023	(-0.023, 0.069)	0.326
การแสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์	-0.039	0.030	(-0.099, 0.021)	0.200
กลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสม				
การเบี่ยงเบนความสนใจ	-0.011	0.033	(-0.076, 0.054)	0.744
การปฏิเสธปัญหา	0.047	0.029	(-0.010, 0.104)	0.106
การระบายความรู้สึก	0.022	0.031	(-0.039, 0.083)	0.475
การใช้สารเสพติด	0.029	0.028	(-0.027, 0.084)	0.308
การเลิกลงมือจัดการกับปัญหา	0.143	0.032	(0.080, 0.207)	<0.001
การตำหนิตนเอง	0.206	0.027	(0.152, 0.259)	<0.001
ปัจจัยกวน				
อายุ	0.002	0.002	(-0.003, 0.006)	0.416
เพศ (หญิง)	-0.090	0.046	(-0.181, 0.001)	0.053
สถานภาพสมรส (สมรส)	0.046	0.053	(-0.059, 0.150)	0.390
อาชีพ (ไม่ได้ประกอบอาชีพ)	0.005	0.046	(-0.086, 0.095)	0.916
การวินิจฉัย (กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว)*	-0.231	0.106	(-0.440, -0.022)	0.030
การวินิจฉัย (กลุ่มโรคซึมเศร้า)*	-0.186	0.095	(-0.374, 0.001)	0.052
การวินิจฉัย (กลุ่มโรคอื่นๆ)*	-0.284	0.097	(-0.474, -0.094)	0.004
ประวัติการนอนโรงพยาบาล (เคย)	-0.128	0.070	(-0.266, 0.010)	0.069

$R^2 = 0.486$, Adjusted $R^2 = 0.454$, $F = 15.204$, $p < 0.001$

*เทียบกับการวินิจฉัย (กลุ่มโรคจิตเภท)

การตีตราตนเองที่ต่ำลง ขณะที่ negative coping มีความสัมพันธ์กับการตีตราตนเองที่สูงขึ้น

เมื่อวิเคราะห์รายกลยุทธ์พบว่ามีการตำหนิตนเองที่มีความสัมพันธ์กับการตีตราตนเองในระดับสูง ($r = 0.558$) ข้อค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นว่าการตำหนิตนเองไม่ได้เป็นเพียงปัจจัยร่วม แต่เป็นกลไกหลักของกระบวนการตีตราตนเอง และการรับเอาของอคติสังคมตามโมเดลของ Corrigan¹ ซึ่งนำไปสู่การ

มองตนเองในแง่ลบและลดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง สอดคล้องไปกับการเลิกลงมือจัดการกับปัญหาที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ($r = 0.477$) โดยสะท้อนถึงการสอดคล้องตนเองกับภาพเหมารวม ที่ทำให้เชื่อว่าตนเองไม่สามารถเปลี่ยนสถานการณ์ได้ จึงถอนตัวจากปัญหาและยังเพิ่มการตีตราตนเอง โดยทั้งสองกลยุทธ์ยังคงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญหลังการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ในด้านกลยุทธ์ที่เหมาะสมพบว่าการยอมรับและการปรับมุมมองเชิงบวก มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการตีตราตนเองในระดับปานกลาง โดยเฉพาะการยอมรับซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่ถูกเลือกใช้บ่อยที่สุด (median = 3.5) โดยผู้วิจัยสันนิษฐานว่ากลยุทธ์ทั้งสองนี้ได้รับอิทธิพลของศาสนาพุทธในสังคมไทย ซึ่งเน้นการยอมรับความทุกข์และการปล่อยวาง อาจช่วยให้ผู้ป่วยบางส่วนปรับตัวและลดความรู้สึกด้อยคุณค่าตนเองจากการถูกตีตรา ในขณะที่การแสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์แม้จะเป็นกลยุทธ์ที่ถูกใช้บ่อย (median = 3.0) แต่กลับพบความสัมพันธ์เชิงลบกับการตีตราตนเองในระดับต่ำ ($r = -0.129$) ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่าแม้กำลังใจจากภายนอกจะมีความสำคัญ แต่การตีตราตนเองเป็นกระบวนการภายในจิตใจ ซึ่งอาจต้องอาศัยกระบวนการยอมรับและปรับเปลี่ยนมุมมองของผู้ป่วยร่วมด้วย

ข้อค้นพบที่น่าสนใจของการศึกษานี้คือการเบี่ยงเบนความสนใจ แม้จะถูกจัดอยู่ในกลุ่มกลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสม แต่กลับมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการตีตราตนเองซึ่งแตกต่างจากกลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสมอื่นๆ อาจอธิบายได้ว่าการเบี่ยงเบนความสนใจเป็นกลยุทธ์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงจากความคิดเชิงลบเกี่ยวกับตนเองและโรคทางจิตเวชในระยะสั้น ซึ่งอาจช่วยลดผลกระทบทางจิตใจจากการตีตราตนเองได้ชั่วคราว แม้อาจไม่ใช่กลยุทธ์ที่ยั่งยืนในระยะยาว นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณยังพบว่า การใช้อารมณ์ขันเป็นกลยุทธ์ที่เหมาะสมเพียงกลยุทธ์เดียวที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการตีตราตนเองอย่างมีนัยสำคัญ แม้จะเป็นกลยุทธ์ที่ไม่ถูกใช้บ่อยนัก (median = 2.0) แต่อาจเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในบริบทสังคมไทย สอดคล้องกับวิถีชีวิตที่ใช้ความสนุกสนานหรืออารมณ์ขันเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด อาจช่วยเปลี่ยนกรอบการรับรู้ของสถานการณ์ ลดความรุนแรงของความคิดเชิงลบและลดการตีตราตนเองได้³¹

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินและคัดกรองการตีตราตนเองในผู้ป่วยจิตเวชในบริบทประเทศไทย โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ที่มีประวัติเคยนอนโรงพยาบาลด้วยอาการทางจิตเวช ซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีการตีตราตนเองสูงกว่ากลุ่มอื่น อีกทั้งยังแสดงให้เห็นว่ากลยุทธ์การรับมือกับความเครียดมีความสัมพันธ์กับการตีตราตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการส่งเสริมการใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมและลดการใช้กลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสม ผ่านการทำจิตบำบัด การฝึกทักษะการแก้ปัญหา และการให้คำแนะนำ อาจช่วยลดระดับการตีตราตนเองและเสริมสร้างการฟื้นตัวของผู้ป่วยได้

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ ประการแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกจิตเวชจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเพียงแห่งเดียว มีลักษณะการกระจายตัวที่เฉพาะ ซึ่งอาจไม่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดในประเทศไทย โดยเฉพาะผู้ป่วยในชุมชนหรือในพื้นที่ชนบท ที่อาจมีลักษณะทางประชากรและสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ประการที่สอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามชนิด self-report ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในเรื่องความเที่ยงตรงของข้อมูล ประการที่สาม การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถระบุความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างการตีตราตนเองและกลยุทธ์การรับมือกับความเครียดได้อย่างชัดเจน อีกทั้งยังไม่สามารถยืนยันได้ว่าการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ดังกล่าวจะนำไปสู่การลดการตีตราตนเองโดยตรง การศึกษาในอนาคตควรติดตามระยะยาวหรือการศึกษาเชิงแทรกแซง เพื่อประเมินความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของการเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์การรับมือกับความเครียดต่อระดับการตีตราตนเอง ประการสุดท้าย การศึกษานี้ไม่ได้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน หรือความเชื่อทางศาสนา ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อการตีตราตนเอง งานวิจัยในอนาคตควรศึกษาปัจจัยเหล่านี้ผ่านการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจกลไกของการตีตราตนเองในบริบทประเทศไทยอย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น

สรุป

การศึกษานี้พบว่าความชุกของการตีตราตนเองระดับสูงในผู้ป่วยนอกจิตเวชไทยอยู่ที่ร้อยละ 13.52 ซึ่งต่ำกว่ารายงานจากหลายประเทศ แต่ก็ยังถือว่าระดับที่สูงและมีนัยสำคัญทางคลินิก ผลการศึกษาอาจสะท้อนถึงความแตกต่างในปัจจัยด้านประชากร วัฒนธรรม และบริบททางสังคมของประเทศไทย ผลการวิเคราะห์หลังควบคุมปัจจัยกวนพบว่า กลยุทธ์การเผชิญปัญหาที่มีบทบาทสำคัญต่อระดับการตีตราตนเอง โดยกลยุทธ์ที่เหมาะสม ได้แก่ การใช้อารมณ์ขัน มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการตีตราตนเอง ในขณะที่กลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การตำหนิตนเอง และการเลิกลงมือจัดการกับปัญหา มีความสัมพันธ์เชิงบวกและเป็นตัวทำนายสำคัญของการตีตราตนเอง ซึ่งเน้นย้ำความสัมพันธ์ระหว่างการตีตราตนเองและกลยุทธ์การรับมือกับความเครียด อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาแบบติดตามระยะยาวเพื่อประเมินความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ รวมถึงการประเมินผลของกระบวนการ

ปรับกลยุทธ์การรับมือกับความเครียดในการลดการตีตราตนเอง
ในผู้ป่วยจิตเวช ตลอดจนศึกษาปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมอื่น
ที่อาจมีอิทธิพลต่อการตีตราตนเองในบริบทของประเทศไทย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ขอขอบพระคุณคุณดอกซ็อน เทียงผดุง และบุคลากรหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลรามาริบัติ ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล สำหรับการให้คำปรึกษาจนงานวิจัยสำเร็จลุล่วง

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

คณะผู้ศึกษาไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ณัฐภัทร ศรเวช: การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ และการตรวจสอบแก้ไขบทความ; กานต์ จักรูญโรจน์: การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ และการตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Corrigan PW, Rao D. On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *Can J Psychiatry* 2012;57(8):464–9.
2. Watson AC, Corrigan P, Larson JE, Sells M. Self-Stigma in people with mental illness. *Schizophr Bull* 2007;33(6):1312–8.
3. Corrigan PW, Rafacz J, Rüsich N. Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Res* 2011;189(3):339–43.
4. Oliveira SEH, Carvalho H, Esteves F. Internalized stigma and quality of life domains among people with mental illness: the mediating role of self-esteem. *J Ment Health* 2016;25(1):55–61.
5. Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA. The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychol Sci Public Interest* 2014;15(2):37–70.
6. Oexle N, Waldmann T, Staiger T, Xu Z, Rüsich N. Mental illness stigma and suicidality: the role of public and individual stigma. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2018 ;27(2):169–75.
7. Yu BCL, Chio FHN, Mak WWS, Corrigan PW, Chan KKY. Internalization process of stigma of people with mental illness across cultures: A meta-analytic structural equation modeling approach. *Clin Psychol Rev* 2021 ;87(102029):102029.
8. Krendl AC, Pescosolido BA. Countries and cultural differences in the stigma of mental illness: the east–west divide. *J Cross Cult Psychol* 2020 ;51(2):149–67.
9. Yang LH, Chen F, Sia KJ, Lam J, Lam K, Ngo H, et al. “What matters most:” A cultural mechanism moderating structural vulnerability and moral experience of mental illness stigma. *Soc Sci Med* 2014 ;103:84–93.
10. Dubreucq J, Plasse J, Franck N. Self-stigma in Serious Mental Illness: A systematic review of frequency, correlates, and consequences. *Schizophr Bull* 2021;47(5):1261–87.
11. Picco L, Pang S, Lau YW, Jeyagurunathan A, Satghare P, Abdin E, et al. Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem. *Psychiatry Res* 2016 ;246:500–6.
12. Pribadi T, Lin EC-L, Chen P, Lee S, Fitriyari R, Chen C. Factors associated with internalized stigma for Indonesian individuals diagnosed with schizophrenia in a community setting. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2020;27(5): 584-94.
13. Midin M, Woon LC, Khoo S, Baharudin A. Association between insight and internalized stigma and other clinical factors among patients with depression: A cross-sectional study. *Indian J Psychiatry* 2020 ; 62(2):186.
14. Vrbova K, Prasko J, Holubova M, Kamaradova D, Ociskova M, Marackova M, et al. Self-stigma and schizophrenia: a cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016;12:3011–20.
15. Ma N, Chen R, Bai Y, Zhang W, Chen Z, Zhou J, et al. A longitudinal study on the effects of social support on self-stigma, psychiatric symptoms, and personal and social functioning in community patients with severe mental illnesses in China. *Int J Soc Psychiatry* 2024 ;70(5):957–66.
16. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *Int J Behav Med* 1997;4(1):92–100.
17. Meyer B. Coping with severe mental illness: Relations of the brief cope with symptoms, functioning, and well-being. *J Psychopathol Behav Assess* 2001 ;23(4):265–77.
18. Heim E. Coping-based intervention strategies. *Patient Educ Couns* 1995 ;26(1-3):145–51.
19. Prasko J, Holubova M, Hruby R, Latalova K, Kamaradova D, Marackova M, et al. Coping strategies and self-stigma in patients with schizophrenia-spectrum disorders. *Patient Prefer Adherence* 2016 ;10:1151–8.
20. Holubova M, Prasko J. The Association between self-stigma and coping strategies in depressive disorder—a cross-sectional study. *Eur Psychiatry* 2017 ;41:S530.
21. Holubova M, Prasko J, Ociskova M, Kantor K, Vanek J, Slepecky M, et al. Quality of life, self-stigma, and coping strategies in patients with neurotic spectrum disorders: a cross-sectional study. *Psychol Res Behav Manag* 2019 ;12:81–95.
22. Maharjan S, Panthee B. Prevalence of self-stigma and its association with self-esteem among psychiatric patients in a Nepalese Teaching Hospital: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2019 ;19(1).
23. Boyd JE, Adler EP, Otilingam PG, Peters T. Internalized Stigma



- of Mental Illness (ISMI) Scale: A multinational review. *Compr Psychiatry* 2014 ;55(1):221–31.
24. Boyd Ritscher J, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res* 2003 ;121(1):31-49.
 25. Wong-Anuchit C, Mills AC, Schneider JK, Rujkorakarn D, Kerdpongunchote C, Panyayong B. Internalized Stigma of Mental Illness Scale - Thai version: Translation and assessment of psychometric properties among psychiatric outpatients in central Thailand. *Arch Psychiatr Nurs* 2016 ;30(4):450–6.
 26. Numsang T, Tantrarungroj T. Validity and reliability of the Brief COPE Inventory: Thai version. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2018 ;63(2).
 27. Gignac GE, Szodorai ET. Effect size guidelines for individual differences researchers. *Pers Individ Dif* 2016 ;102(1):74–8.
 28. Gerlinger G, Hauser M, De Hert M, Lacluyse K, Wampers M, Correll CU. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry* 2013 ;12(2):155–64.
 29. Xu Z, Lay B, Oexle N, Drack T, Bleiker M, Lengler S, et al. Involuntary psychiatric hospitalisation, stigma stress and recovery: a 2-year study. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2018 ;28(04): 458–65.
 30. Holubova M, Prasko J, Ociskova M, Kantor K, Vanek J, Slepecky M, et al. Quality of life, self-stigma, and coping strategies in patients with neurotic spectrum disorders: a cross-sectional study. *Psychol Res Behav Manag* 2019 ; 12:81–95.
 31. Simone L, Gnagnarella C. Humor coping reduces the positive relationship between avoidance coping strategies and perceived stress: A moderation analysis. *Behav Sci* 2023 ;13(2):179.

ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคโควิดที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลสนามของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

ณัฐฐา นน่อพันธ์*, คัดนางค์ วานิชย์เจริญ**, กัณณวัฒน์ สกูลหรั่ง*, เมตตา เลิศเกียรติรัชตะ***

*โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

**สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้

***คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลาราชนครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสนามของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ โดยวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลสุขภาพใจ (Mental Health Check-In)

วิธีการศึกษา การศึกษาย้อนหลังโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิที่เก็บผ่านระบบฐานข้อมูลสุขภาพใจ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลประชากรทั่วไป และการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ พลังใจ ภาวะหมดไฟ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,282 คน ประกอบด้วยเพศหญิง ร้อยละ 64.4 และเพศชาย ร้อยละ 35.4 มีอายุเฉลี่ย 46.50 ± 16.72 ปี (ช่วงอายุ 18 - 86 ปี) ส่วนใหญ่เป็นผู้อาศัยในจังหวัดสงขลา ผลการคัดกรองสุขภาพจิตพบว่า ร้อยละ 10.8 มีพลังใจต่ำ ร้อยละ 4.7, 2.1, 1.4 และ 0.5 พบว่ามีความเครียด ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตามลำดับ โดยรวมพบว่าร้อยละ 15.3 ของกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพจิตอย่างน้อยหนึ่งอาการ การวิเคราะห์ Logistic regression พบว่ากลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่ากลุ่มอายุ 18 - 39 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (aOR = 0.566; 95% CI = 0.405 - 0.791) ระยะเวลาของการตั้งโรงพยาบาลสนามพบว่าช่วง 5 เดือนหลัง (กันยายน 2564 - มกราคม 2565) พบปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าช่วง 5 เดือนแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เมษายน 2564 - สิงหาคม 2564) (aOR = 0.349; 95% CI = 0.271 - 0.449) ส่วนเพศไม่ได้เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพบปัญหาสุขภาพจิต

สรุป ผู้ป่วยโควิด 19 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ มีความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในระดับหนึ่ง โดยพลังใจต่ำเป็นปัญหาที่พบมากที่สุด ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจตั้งแต่ระยะเริ่มต้นในช่วงการระบาดของโรคอุบัติใหม่ เพื่อป้องกันและลดผลกระทบด้านสุขภาพจิต

คำสำคัญ โควิด 19 ปัญหาสุขภาพจิต ฐานข้อมูลสุขภาพใจ

Mental Health Problems and Related Factors of Covid-19 Patients at Field Hospital of Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital

Naruttha Norphun*, Kuckkanang Vanicharoen**, Kannawan Sakulrang*, Metta Lertkiatrchata***

*Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital

**Southern Institute of Child and Adolescent Mental Health

***Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Pattani Campus

ABSTRACT

Objective: To examine mental health outcomes and associated factors among COVID-19 patients admitted to the field hospital of Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital by analyzing secondary data from the institutional Mental Health Check-In database.

Methods: This retrospective study utilized secondary data collected through the Mental Health Check-In system. The dataset included demographic characteristics and results from standardized mental health screening instruments, assessing resilience quotient, burnout, stress, depression, and suicide risk.

Results: A total of 2,282 individuals were included in the analysis, comprising 64.4 percent female and 35.4 percent male participants, with a mean age of 46.50 ± 16.72 years (range 18 - 86 years). The majority were residents of Songkhla province. Mental health screening revealed that 10.8% exhibited low resilience, while 4.7% experienced stress, 2.1% reported burnout, 1.4 % were at risk of depression, and 0.5% were at risk of suicide. Overall, 15.3% of participants had at least one mental health problem. Logistic regression analysis found that participants aged ≥ 60 years had significantly lower odds of mental health problems than those aged 18 - 39 years (adjusted odds ratio [aOR] = 0.566; 95% CI = 0.405 - 0.791). Regarding the duration of field hospital operations, the latter 5-month period (September 2021 - January 2022) had significantly lower odds of mental health problems than the first 5-month period (April 2021 - August 2021) (aOR = 0.349; 95% CI = 0.271 - 0.449). Sex was not associated with mental health problems.

Conclusion: COVID-19 patients admitted to the field hospital of Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital demonstrated a considerable prevalence of mental health issues, with low resilience being the most frequently reported condition. These findings underscore the importance of early psychological intervention during outbreaks of emerging infectious diseases, in order to mitigate adverse mental health outcomes.

Keywords: COVID-19, mental health problems, mental health check-in

Corresponding author: Naruttha Norphun

E-mail: n.naruttha@gmail.com

Received: 14 August 2025 Revised: 26 December 2025 Accepted: 30 December 2025

บทนำ

โรคโควิด (COVID-19) เป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อทางร่างกายและจิตใจ โดยผู้ที่ได้รับการยืนยันการติดเชื้อมักมีอาการเครียด ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล หวาดกลัว หงุดหงิด และมีปัญหาการนอนได้ การประเมินทางจิตใจในผู้ป่วยที่ถูกกักตัว แสดงให้เห็นว่าร้อยละ 48 ของผู้ป่วย¹ มีความเครียดทางจิตใจอย่างชัดเจนในช่วงแรกของการรักษา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นมาจากการตอบสนองทางอารมณ์ต่อความเครียด โดยช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิดอย่างรุนแรงในประเทศ ตั้งแต่ช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นระลอกที่สาม ข้อมูลจากศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด 19 พบจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ของจังหวัดสงขลาสูงเป็นอันดับที่สองรองลงมาจากกรุงเทพมหานคร² ดังนั้นสถานการณ์การติดเชื้อในจังหวัดสงขลาที่มีความรุนแรงอยู่มากในขณะนั้น ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยในระบบสาธารณสุขที่มีบุคลากร ทรัพยากร และสถานที่อย่างจำกัด ในระลอกที่สามนี้พบผู้ป่วยอาการไม่รุนแรงมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมาก ทำให้ระบบบริการต้องปรับรูปแบบการรองรับในลักษณะโรงพยาบาลสนามเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามแม้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ไม่มีอาการทางกายรุนแรง แต่การติดเชื้อและการต้องแยกกักตัวสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตได้หลายมิติ จากความไม่แน่นอนของโรคและการเฝ้าระวังอาการ ความเหงา และการขาดการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงอารมณ์ซึมเศร้าและความรู้สึกหมดแรงจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทชีวิตอย่างกะทันหัน จึงมีความจำเป็นต้องมีระบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิตมีภารกิจเกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาวิชาการและบริการด้านสุขภาพจิต ในการส่งเสริม ป้องกัน ดูแล บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพจิต เพื่อให้ประชาชนมีความตระหนักและสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ จึงได้พัฒนาฐานข้อมูลสุขภาพใจ (Mental Health Check-In)³ ซึ่งเป็นเครื่องมือในการประเมินสุขภาพจิตในรูปแบบออนไลน์ และมีระบบการให้ข้อมูลและการให้คำปรึกษาที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะเสี่ยงต่างๆ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยที่ต้องประเมินคือ แบบประเมินพลังใจ (resilience quotient) ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ (burnout) ความเครียด (stress) ซึมเศร้า (depression) และฆ่าตัวตาย (suicide)

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชชนกนครินทร์ กรมสุขภาพจิต เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ดูแลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

เขตสุขภาพที่ 12 ได้จัดตั้งโรงพยาบาลสนามในช่วงระบาด เพื่อสนับสนุนและรองรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ซึ่งมีจำนวนมากขึ้นในช่วงของการระบาดระลอกที่สามของจังหวัดสงขลา โดยมีบุคลากรของโรงพยาบาลหมื่นเวียนอัตรากำลังเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 นอกจากนี้ยังมีทีมดูแลเยียวยาจิตใจที่คอยสนับสนุนการช่วยเหลือปัญหาทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนามทุกราย ทำแบบประเมินสุขภาพใจที่สามารถค้นหาความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตได้ทันที โดยสามารถประเมินตนเอง ทราบผลได้ทันที และเข้าถึงการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างรวดเร็ว โดยทีมที่ดูแลของโรงพยาบาลสนาม เพื่อใช้ในการประเมินคัดกรองและให้ความช่วยเหลือบำบัด รวมถึงการพัฒนาระบบดูแลให้มีความครอบคลุมตามแนวทางการดูแลจิตใจในโรงพยาบาลสนาม สงขลา โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชชนกนครินทร์

แม้ว่าสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 จะผ่านช่วงรุนแรงไปแล้ว แต่บทเรียนจากการจัดบริการในภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ยังมีความสำคัญต่อการเตรียมความพร้อมของระบบบริการสุขภาพจิตในอนาคต งานวิจัยที่ผ่านมาในไทยและต่างประเทศจำนวนมาก มุ่งรายงานความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในประชาชนทั่วไปหรือในผู้ป่วยหลังการติดเชื้อภายหลังจำหน่าย ขณะที่การบูรณาการการคัดกรองสุขภาพจิตในกระบวนการดูแลผู้ป่วยจริงในบริบทสถานที่รักษาชั่วคราวยังมีข้อมูลจำกัด โดยเฉพาะในบริบทโรงพยาบาลสนามที่ดำเนินงานโดยหน่วยบริการจิตเวช ซึ่งมีทีมสหวิชาชีพและระบบเยียวยาจิตใจรองรับการศึกษานี้จึงมุ่งเน้นข้อมูลที่ได้จริงจากฐานข้อมูล Mental Health Check-In เพื่อสะท้อนทั้งภาวะปัญหาสุขภาพจิตที่ตรวจพบ และปัจจัยที่สัมพันธ์ในช่วงการรักษา ซึ่งสามารถต่อยอดสู่การพัฒนาแนวทางคัดกรองและการส่งต่อที่สามารถนำไปใช้ได้ในงานประจำ เช่น ผู้ป่วยที่ต้องแยกกักตัว ดูแลในระบบ isolation ฯลฯ และใช้เป็นการเตรียมพร้อมรับมือเหตุฉุกเฉินหรือโรคอุบัติใหม่ในอนาคต โดยเน้นการระบุและเชื่อมต่อการช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ระยะเริ่มต้นอย่างทันท่วงที

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบภาคตัดขวาง ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ DMH.IRB 028/2567 BRm_Exp

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนามของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) ผู้รักษาตัวโรงพยาบาลสนามโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ 2) ผู้รักษาตัวที่ประเมินสุขภาพใจ (Mental Health Check-In) เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) อายุต่ำกว่า 18 ปี 2) ข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,282 คน โดยวิเคราะห์ข้อมูลทุกราย

เครื่องมือ

1) แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ภูมิลำเนา

2) แบบประเมินพลังใจ (resilience quotient) เป็นเครื่องมือที่ประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้าน¹⁸ ได้แก่ ด้านความทนทานอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหาแต่ละด้านให้คะแนนด้านละ ตั้งแต่ 1 ถึง 10 คะแนน รวม 30 คะแนน แปลผลดังนี้ 3 - 14 คะแนน หมายถึง มีพลังใจระดับต่ำ 15 - 23 คะแนน หมายถึง มีพลังใจระดับปานกลาง และ 24 - 30 คะแนน หมายถึง มีพลังใจระดับสูง

3) แบบภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ (burnout)⁴ ประกอบด้วย 1 คำถาม คือ ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีความเหนื่อยล้าทางอารมณ์รู้สึกหมดพลัง หมดหวังสูญเสียพลังงานทางจิตใจหรือไม่ ได้แก่ แทบไม่มี (1 คะแนน), เป็นบางครั้ง (2 คะแนน), บ่อยครั้ง (3 คะแนน) และเป็นประจำ (4 คะแนน)

4) แบบทดสอบความเครียด (ST- 5) พัฒนาโดย อรวรรณ ศิลปะกิจ⁵ เป็นแบบวัดความเครียด 5 ข้อ โดยแบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับ ได้แก่ แทบไม่มี (0 คะแนน), เป็นครั้งคราว (1 คะแนน), บ่อยๆ ครั้ง (2 คะแนน) และเป็นประจำ (3 คะแนน) คิดเป็นคะแนนรวมระหว่าง 0 - 15 คะแนน โดยแบ่งออกเป็น เครียดเล็กน้อย (0 - 4 คะแนน), เครียดปานกลาง (5 - 7 คะแนน), เครียดมาก (8 - 9 คะแนน) และเครียดมากที่สุด (10 - 15 คะแนน) โดยระดับความเครียดมากขึ้นไป (ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป) ถือว่ามีความเสี่ยง มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient 0.85

5) แบบประเมินซึมเศร้า ประกอบด้วย แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)⁶ ใช้คัดกรองค้นหาผู้มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า 2 สัปดาห์ โดยคำตอบมี 2 แบบ

คือ มีและไม่มี ถ้าคำตอบมีในข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึงเป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 96.5 และมีค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 44.6 ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า (positive likelihood ratio) เท่ากับ 1.74 เท่า แต่ถ้าใช้ทั้งสองข้อ มีความจำเพาะร้อยละ 85.1 ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า (positive likelihood ratio) 4.82 เท่า หากพบว่ามีข้อใดข้อหนึ่งจึงประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เป็นแบบประเมินความรุนแรงอาการโรคซึมเศร้า⁷ มีค่าความไวและความจำเพาะ ร้อยละ 75.7 และ 93.4 ตามลำดับ และค่า ROC area เท่ากับ 0.897 (95%CI = 0.850 - 0.947) เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) จำนวน 9 ข้อ เหมาะสำหรับการประเมินอาการของโรคซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ แบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (0 คะแนน), เป็นบางวัน 1 - 7 วัน (1 คะแนน), เป็นบ่อยมากกว่า 7 วัน (2 คะแนน) และเป็นทุกวัน (3 คะแนน) มีคะแนนรวมระหว่าง 0 - 27 คะแนน แบ่งระดับความรุนแรงเป็น 4 ระดับ คือ ระดับปกติหรือมีอาการน้อยมาก (0 - 6 คะแนน), ระดับน้อย (7 - 12 คะแนน), ระดับปานกลาง (13 - 18 คะแนน) และระดับรุนแรง (ตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป)

6) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) เป็นประเมินเพื่อค้นหาผู้มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย โดยวัดคะแนนจาก 8 คำถาม ซึ่งแต่ละข้อหากตอบว่าใช่จะมีคะแนนที่ต่างกันไป และเมื่อรวมคะแนนจะแปลผลได้ดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน, 1 - 8 คะแนน หมายถึง มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย, 9 - 16 คะแนน หมายถึง มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับปานกลาง, 17 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับรุนแรง⁸

ผลลัพธ์หลักของการศึกษาคือผลคัดกรองแบบรวม หมายถึง พบปัญหาสุขภาพจิตอย่างน้อย 1 ด้าน ดังต่อไปนี้ หมดไฟ (burnout) อยู่ในระดับ “บ่อยครั้ง” หรือ “เป็นประจำ” ความเครียด (ST-5) อยู่ในระดับ “เครียดมาก” หรือ “เครียดมากที่สุด” เสี่ยงซึมเศร้า (9Q) อยู่ในระดับ “น้อย” หรือ “ปานกลาง” หรือ “รุนแรง” เสี่ยงฆ่าตัวตาย (8Q) อยู่ในระดับ “เล็กน้อย” หรือ “ปานกลาง” หรือ “มาก” และพลังใจ (RQ) อยู่ในกลุ่ม “ต่ำ”

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต แล้วรวบรวมชุดข้อมูล

ต้นทางของผู้รักษาตัวที่ประเมินสุขภาพใจ ในสถานที่รักษาผู้ติดเชื่อของโรงพยาบาลสนาม ของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 เนื่องจากการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิย้อนหลังจากฐานข้อมูล Mental Health Check-In โดยไม่มีการติดต่อหรือแทรกแซงผู้ป่วย หลังจากนั้นจัดการข้อมูลโดยตัดข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้ออกก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ชื่อสกุล เบอร์โทรศัพท์ จากนั้นแจกแจงข้อมูล (parsing) เฉพาะชุดข้อมูลส่วนที่จะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ เช่น เพศ อายุ จังหวัด วันที่ทำการประเมิน และคะแนนประเมินความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต แก้ไขข้อมูลที่ผิดพลาด (correcting) โดยแก้ไขข้อความหรือตัวเลขให้ถูกต้องตรงกับประเภทข้อมูลในแต่ละหัวข้อ การทำข้อมูลให้เป็นรูปแบบเดียวกัน (standardizing) ได้แก่ การแก้ไขข้อความที่มีความหมายเดียวกันให้อยู่ในกลุ่มเดียวกัน การกำหนดชื่อตัวแปรเพื่อเตรียมชุดข้อมูลในการประมวลผล ลบชุดข้อมูลซ้ำซ้อนทิ้ง (duplicate elimination) ได้แก่ การตัดบันทึกที่มีการประเมินซ้ำโดยไม่ตั้งใจ เช่น ชื่อผู้ประเมินเดียวกัน วันที่ประเมินเดียวกัน เวลาประเมินใกล้เคียงกัน และผลการประเมินเหมือนกัน ได้ข้อมูลผู้รักษาตัวในโรงพยาบาลสนามทั้งหมดจำนวน 2,282 คน นำข้อมูลทั้งหมดใส่รหัสโดยที่จะไม่ระบุชื่อก่อนนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ ซึ่งระบบคอมพิวเตอร์กำหนดให้ตัวแปรสำคัญเป็นช่องบังคับกรอกและตรวจสอบความครบถ้วนก่อนบันทึก หากกรอกไม่ครบระบบจะไม่อนุญาตให้ส่งแบบประเมิน จึงไม่พบข้อมูลสูญหายในตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ ในด้านความปลอดภัยของข้อมูล ผู้วิจัยจัดเก็บไฟล์ข้อมูลและไฟล์วิเคราะห์ในพื้นที่จัดเก็บที่มีการกำหนดสิทธิ์เข้าถึง ตั้งรหัสผ่าน และจำกัดการเข้าถึงเฉพาะทีมวิจัยที่ได้รับมอบหมายเท่านั้น ไม่ส่งต่อข้อมูลดิบที่อาจเชื่อมโยงถึงตัวบุคคลผ่านช่องทางสาธารณะ และรายงานผลในภาพรวมเพื่อไม่ให้อาการระบุตัวตนได้ ทั้งนี้จะเก็บและทำลายข้อมูลภายใน 1 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

จัดเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS version 30 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและปัญหาสุขภาพจิตด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ พร้อมช่วงความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 หรือค่าเฉลี่ยร่วมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบลักษณะการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Chi-squared หรือ Fisher's exact test และ Student t-test วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ระดับความเชื่อมั่นทางสถิติที่ .05 จากนั้นนำตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติเข้าสมการ Multiple logistic regression

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง 2,282 คน พบว่าหญิง ร้อยละ 64.4 และชาย ร้อยละ 35.4 อายุเฉลี่ย (mean \pm S.D.) 46.50 ± 16.72 ปี อายุต่ำสุดและสูงสุดคือ 18 และ 86 ปี ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาในจังหวัดสงขลา ร้อยละ 98.3 จังหวัดอื่นในภาคใต้ยกเว้นสงขลา และภาคอื่น ร้อยละ 1.4 และ 0.3 ตามลำดับ ผลการประเมินสุขภาพใจจากฐานข้อมูล พบพลังใจต่ำ ร้อยละ 10.8 รองลงมาคือความเครียดภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ เสี่ยงโรคซึมเศร้า และเสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 4.7, 2.1, 1.4 และ 0.5 ตามลำดับ และพบว่ามีปัญหาสุขภาพจิตอย่างน้อยหนึ่งอาการ คิดเป็นร้อยละ 15.3 ตามตารางที่ 1

เมื่อแบ่งข้อมูลออกเป็น 2 ช่วง ช่วงละ 5 เดือน ช่วงที่ 1 คือเดือนเมษายน - สิงหาคม พ.ศ. 2564 และช่วงที่ 2 คือเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 - มกราคม พ.ศ. 2565 ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,046 และ 1,236 คน ตามลำดับ พบว่าข้อมูลสุขภาพจิตมีแนวโน้มลดลงในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นเสี่ยงฆ่าตัวตาย ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตที่พบความชุกสูงสุดคือพลังใจต่ำ ตามแผนภาพที่ 1

การวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก พบว่ากลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตอย่างน้อยหนึ่งอาการ (Adjusted OR = 0.566; 95% CI = 0.405 - 0.791) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุ 18 - 39 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนช่วงอายุ 40 - 59 ปี ไม่แตกต่างกัน ระยะเวลาของการตั้งโรงพยาบาลสนามพบว่าช่วง 5 เดือนหลัง (กันยายน 2564 - มกราคม 2565) พบปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าช่วง 5 เดือนแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR = 0.349; 95% CI = 0.271 - 0.449) ส่วนเพศไม่ได้เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพบปัญหาสุขภาพจิต ตามตารางที่ 2

วิจารณ์

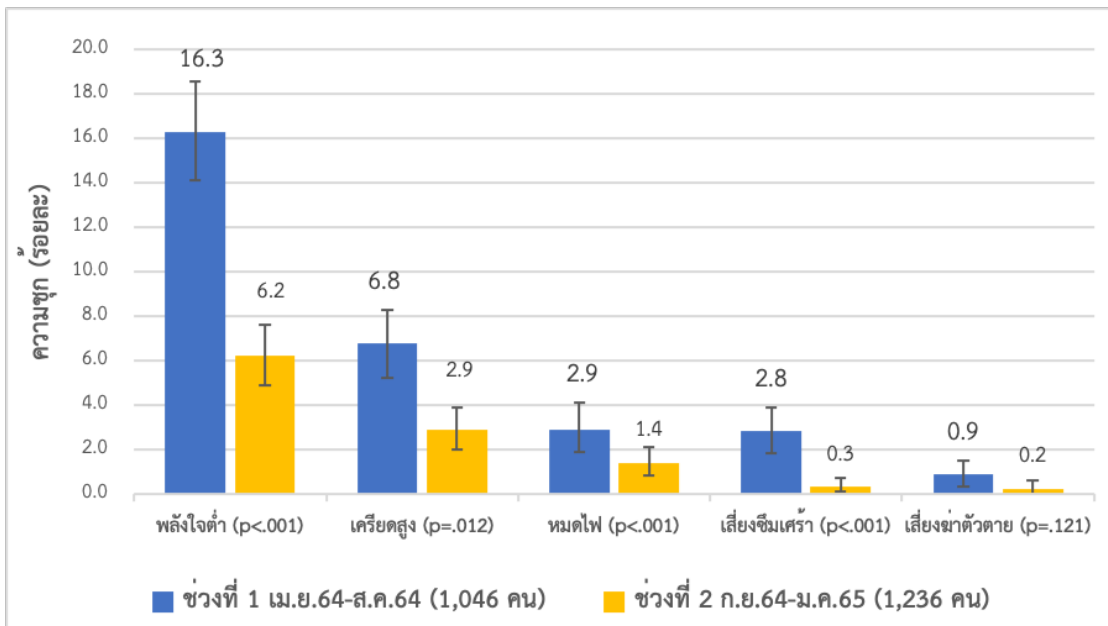
การศึกษานี้พบความชุกของปัญหาสุขภาพจิตอย่างน้อยหนึ่งอาการในกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 15.3 ซึ่งอยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ ร้อยละ 46.3⁹ ที่ศึกษาในผู้ป่วยระยะแรกหลังการติดเชื้อเช่นเดียวกัน อาจสะท้อนถึงเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลไม่เหมือนกัน ทำให้พบความชุกที่แตกต่างกันได้ รวมถึงการวางแผนในการเก็บข้อมูลในช่วงขณะที่มีการระบาดต้องอยู่ภายใต้สถานการณ์ที่มีข้อจำกัดหลายอย่าง จึงทำให้แต่ละพื้นที่มีวิธีการรวบรวมข้อมูลที่ไม่ได้เป็นรูปแบบเดียวกัน นอกจากนี้ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพารา¹⁰ เก็บข้อมูล

ตารางที่ 1 ผลการประเมินสุขภาพจิตจากฐานข้อมูลสุขภาพใจ (Mental Health Check-In)

ผลการประเมินสุขภาพจิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ	95% CI
ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ (burnout)			
ปกติ (1 - 2 คะแนน)	2235	97.9	97.3 - 98.5
เสี่ยง (3 - 4 คะแนน)	47	2.1	1.5 - 2.7
ความเครียด (ST-5)			
ไม่มีความเครียดหรือเครียดน้อย (0 - 4 คะแนน)	2175	95.3	94.5 - 96.2
เครียดปานกลาง (5 - 7 คะแนน)	84	3.7	2.9 - 4.4
เครียดมาก (8 - 9 คะแนน)	8	0.4	0.1 - 0.6
เครียดมากที่สุด (10 - 15 คะแนน)	15	0.7	0.4 - 1.0
คัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q)			
ปกติ (0 ข้อ)	2186	95.8	95.0 - 96.6
ผิดปกติ (1 - 2 ข้อ)	96	4.2	3.4 - 5.0
เสี่ยงโรคซึมเศร้า (9Q)			
ไม่มี (0 - 6 คะแนน)	2249	98.6	98.0 - 99.0
น้อย (7 - 12 คะแนน)	20	0.9	0.5 - 1.3
ปานกลาง (13 - 18 คะแนน)	10	0.4	0.2 - 0.7
รุนแรง (19 - 24 คะแนน)	3	0.1	0.0 - 0.3
เสี่ยงฆ่าตัวตาย (8Q)			
ไม่มี (0 คะแนน)	2270	99.5	99.1 - 99.7
เล็กน้อย (1 - 8 คะแนน)	6	0.3	0.1 - 0.5
ปานกลาง (9 - 16 คะแนน)	4	0.2	0.0 - 0.4
มาก (ตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป)	2	0.1	0.0 - 0.3
พลังใจ (RQ)			
ปกติ (15 - 30 คะแนน)	2035	89.2	87.9 - 90.4
ต่ำ (3 - 14 คะแนน)	247	10.8	9.6 - 12.1
มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างน้อย 1 อาการ (พบว่าเสี่ยงใน burnout หรือ ST-5 ≥ 8 หรือ 9Q ≥ 7 หรือ 8Q ≥ 1 หรือ RQ ต่ำ)			
ไม่มี	1932	84.7	83.2 - 86.1
มี	350	15.3	13.9 - 16.8

ในผู้ป่วยที่รับบริการแบบ home isolation พบความชุกของความเครียดและซึมเศร้า ร้อยละ 46.3 และ 10.5 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่างานวิจัยนี้ อาจเป็นเพราะในช่วงเวลาของการเก็บข้อมูลมีความแตกต่างกับการศึกษานี้ ทำให้ความชุกแตกต่างกัน เป็นไปได้ว่าเพราะสถานการณ์การระบาดที่แตกต่างกันทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในโรคและสามารถจัดการกับปัญหา รวมถึงความเครียดจากการติดเชื้อแตกต่างกันไป และลักษณะประชากรในพื้นที่ต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบในช่วงเวลาที่แตกต่างกันตลอด 10 เดือน คือ 5 เดือนแรก (เมษายน - สิงหาคม พ.ศ. 2564) และ 5 เดือนหลัง (กันยายน พ.ศ. 2564 - มกราคม พ.ศ. 2565) มีแนวโน้มของปัญหาสุขภาพจิตลดลง อาจเป็นเพราะความรู้สึกกังวลตื่นตระหนก และความเครียดเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ลดลง ความรู้เกี่ยวกับตัวโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้น สามารถดูแลรักษาตัวเองทางร่างกายเบื้องต้นได้ดีขึ้น ช่วงหลังอาจมีเกณฑ์รับเข้า



แผนภาพที่ 1 ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตแยกตามช่วง 5 เดือน

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอย่างน้อย 1 อาการ

ปัจจัย	Adjusted odds ratio 95% CI	p-value
เพศ		
ชาย	1	
หญิง	1.103 (0.865 - 1.406)	.428
อายุ		
18 - 39 ปี	1	
40 - 59 ปี	0.844 (0.651 - 1.095)	.202
60 ปีขึ้นไป	0.566 (0.405 - 0.791)	< .001
ระยะเวลาของการตั้งโรงพยาบาลสนาม		
ช่วง 5 เดือนแรก (เม.ย. - ส.ค. 64)	1	
ช่วง 5 เดือนหลัง (ก.ย. 64 - ม.ค. 65)	0.349 (0.271 - 0.449)	< .001

โรงพยาบาลสนามเปลี่ยนแปลง รวมถึงการสื่อสารความเสี่ยง (risk communication) ที่ดีขึ้น และระบบบริการการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลสนามมีรูปแบบที่ชัดเจนมากขึ้น ทีมสหวิชาชีพมีความชำนาญมากกว่าในระยะแรกสามารถให้บริการดูแลบำบัดรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการดูแลของทีมดูแลที่โรงพยาบาลสนามของโรงพยาบาลจิตเวช สงขลาว่าชนครินทร์ว่าไม่ได้มีความแตกต่างกันในด้านการให้บริการการแพทย์รวมถึงการดูแลผลกระทบจากการติดเชื้อ และสามารถดูแลด้านจิตใจได้อย่างดียิ่งด้วย

ผลการประเมินปัญหาสุขภาพใจพบความชุกสูงสุดคือการมีพลังใจต่ำอาจเป็นผลจากการมาอยู่ที่โรงพยาบาลสนามทำให้ต้องแยกจากคนใกล้ชิดที่ให้การสนับสนุนทางสังคม เช่น คู่สมรส ครอบครัว เพื่อน คนรอบข้าง ส่งผลให้มีพลังใจต่ำ และพบมากในระยะแรกของช่วงการระบาดที่มีความรุนแรงสูง เช่นเดียวกับในช่วงที่ลือคความที่ต่อแยกจากกับคนอื่น¹¹ นอกจากนี้การได้ออกไปทำกิจกรรมข้างนอกในช่วงระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 มีความเกี่ยวข้องกับการมีพลังใจสูง¹² และการได้รับการส่งเสริมเกี่ยวกับพลังใจ “อึด ยึด ลู” สามารถเสริมสร้างพลังใจช่วยป้องกัน

ปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ที่ตามมาได้¹³ ส่วนปัญหาสุขภาพจิตที่พบรองลงมาคือความเครียด พบว่าเป็นผลมาจากปัจจัยทางชีวภาพที่พบว่าเกิดจากการเกิดลิ้มเลือดขนาดเล็กในหลอดเลือดที่มีกระบวนการอักเสบทางระบบทั่วร่างกาย (systemic inflammation) นอกจากนี้เป็นผลโดยตรงจากเชื้อไวรัสโควิด 19 และเกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic dysfunction)¹⁴ และปัจจัยด้านจิตสังคมคือ การตีตราในผู้ป่วยที่ส่งผลกระทบต่อความเครียดโดยตรง หรือเป็นผลจากปัญหาทางจิตเวชอื่นๆ เช่น ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับที่เกิดรุนแรงขึ้นหรือเกิดอย่างต่อเนื่อง¹⁵ แม้แต่ในกลุ่มที่ไม่ได้ติดเชื้อโดยตรงก็ยังพบความเครียดเช่นกัน¹⁶

ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ พบความชุกร้อยละ 2.1 แต่อย่างไรก็ตามการนำประเด็นเรื่องหมดไฟมาวัดปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสนาม อาจมีข้อจำกัดที่ไม่ตรงกับสิ่งที่ต้องการวัดจากแบบประเมิน เนื่องจากเป็นสภาวะที่ประเมินความเหนื่อยล้าหมดไฟทางอารมณ์จากบริบทงานมากกว่าสถานการณ์เจ็บป่วย ในขณะที่ภาวะหมดไฟสามารถเกิดได้ชัดเจนในกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสนาม ซึ่งต้องเผชิญภาระงานและความกดดันต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้ถูกประเมินที่พักอยู่ในโรงพยาบาลสนามมีกิจวัตรที่ไม่ได้เข้าถึงการทำงาน จึงอาจพบภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟต่ำ หากมีการติดตามหลังจำหน่ายเมื่อผู้ป่วยกลับไปเผชิญภาระงานและข้อจำกัดทางสังคมเศรษฐกิจตามเดิม อาจพบอาการที่สอดคล้องกับภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟมากขึ้น¹¹⁻¹³

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบรองลงมา ซึ่งพบความชุกไม่มาก เนื่องจากอาการซึมเศร้าในช่วงระยะติดเชื้อยังไม่มีอาการแสดง หรือเป็นเพียงแค่ความรู้สึกเศร้าที่เป็นผลจากความเครียด จำเป็นต้องสังเกตอาการเพื่อวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยต่อไป ซึ่งการเลือกใช้แบบประเมินคัดกรอง 2Q และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q อาจจะยังไม่เหมาะสมสำหรับการคัดกรองในช่วงภาวะติดเชื้อ ซึ่งเป็นระยะแรกที่สามารถบอกได้ว่ามีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าหรือไม่ ควรใช้วิธีการหรือเครื่องมืออื่นในการคัดกรองในอนาคต ซึ่งจากการติดตามผลกระทบด้านอาการซึมเศร้า¹⁷ พบการได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 11 - 29 ที่มีการติดตามภายหลังหายจากโรคโควิด 19 เป็นเวลา 3 - 6 เดือน แต่อย่างไรก็ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของโรคโควิด 19 กับภาวะซึมเศร้า¹⁷

ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายจากแบบประเมิน 8Q พบว่ามีจำนวนซึ่งต่ำกว่าการศึกษาก่อนหน้า⁹ ผลที่ต่ำอาจอธิบายได้จากการอยู่ในระยะรักษาตัวในโรงพยาบาลสนาม ซึ่งมีการคัดกรองเชิงรุกและเข้าถึงทีมสหวิชาชีพด้านจิตเวชอย่างใกล้ชิด ได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว สัมพันธ์กับความทุกข์ใจเพิ่มความหวัง^{11,13} และแนวโน้มการตอบสนองแบบคัดกรองการฆ่าตัวตายในบริบทที่ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานที่ของโรงพยาบาลจิตเวช อาจจะไม่พบโอกาสตอบว่า “ใช่” สูงกว่า ที่สะท้อนถึงความเสี่ยงสูงพบไม่มากพอ⁸ การติดตามซ้ำหลังจากจำหน่าย จึงเป็นประเด็นที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติม

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มอายุ 18 - 39 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มอายุอื่น สอดคล้องกับการศึกษาในฐานข้อมูลโปรแกรม Mental Health Check-in ที่พบว่า กลุ่มวัยทำงานมีความชุกของความเครียดซึมเศร้า ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ความเครียด และภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ รวมถึงมีระดับพลังงานจิตต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มวัยสูงอายุ¹⁸ เป็นไปได้ว่าในกลุ่มอายุดังกล่าวต้องมีการปรับตัวทางด้านอารมณ์จากการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสมหรือกดดัน ไม่สามารถแสดงถึงศักยภาพได้อย่างเต็มที่ และปัญหาด้านการปรับตัวที่เกิดจากการไม่สามารถปรับตัวกับการเผชิญปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้นได้ใหม่ โดยเฉพาะจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 ที่พบความสัมพันธ์กับกลุ่มอายุดังกล่าวมีความกังวลหลายอย่าง¹⁹ เช่น กลัวว่าการที่ตนเองป่วยขณะนี้อาจจะแพร่เชื้อให้แก่คนอื่นในครอบครัว ไม่ได้ทำงานขาดรายได้เพราะต้องนอนโรงพยาบาล เป็นต้น ส่วนปัจจัยด้านเพศไม่ได้มีความแตกต่างกัน อาจเป็นเพราะในช่วงการระบาดรุนแรงจากโรคอุบัติใหม่ ทั้งสองเพศสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ไม่แตกต่างกัน ทำให้อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นและการปรับตัวในช่วงดังกล่าวเหมือนกัน

ผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่รักษาในโรงพยาบาลสนามของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ นอกจากจะได้รับการดูแลรักษาทางร่างกายแล้ว ยังได้รับการดูแลจิตใจร่วมด้วย ได้แก่ การได้รับการดูแลโดยสหวิชาชีพ (multi-professional intervention)²⁰ การปฐมพยาบาลทางใจ (psychological first aid) การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งมีข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการให้บริการอื่นๆ ที่มีประโยชน์ต่อการดูแลจิตใจผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่รักษาในโรงพยาบาลได้ เช่น โปรแกรมฝึกสติออนไลน์ (tele-mindfulness

program)²¹ เป็นต้น การระบาดในครั้งใหญ่นี้เป็นบทเรียนให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระบบสุขภาพจิตเห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาแนวทางการจัดการสุขภาพจิตตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อรับมือกับการระบาดของโรคอุบัติใหม่ได้ในอนาคต²²

ข้อจำกัดของการศึกษาค้นครั้งนี้คือ เป็นการศึกษาเชิงย้อนหลังจากฐานข้อมูลการประเมินสุขภาพใจ (Mental Health Check-In) ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถรวบรวมข้อมูลพื้นฐานและตัวแปรสำคัญอื่นๆ นอกเหนือจากข้อมูลที่บันทึกไว้ในระบบได้ ส่งผลให้การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องทำได้จำกัดเพียงเพศ อายุ และช่วงเวลา อีกทั้งการประเมินดังกล่าวเป็นเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้นในสถานพยาบาลที่ทำให้ข้อมูลไม่ถูกต้อง เช่น การบันทึกผ่านระบบดิจิทัล อาจพบปัญหาในผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีข้อจำกัดด้านทักษะ และการรายงานที่ไม่ตรงความเป็นจริงจากความกังวลเรื่องการถูกตีตราหรือความเป็นส่วนตัว โดยเฉพาะคำถามด้านอารมณ์รุนแรงและความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ฯลฯ นอกจากนี้ การติดเชื้อโควิด 19 เป็นภาวะวิกฤตที่อาจมีอาการทางจิตเวชเกิดตามมาในระยะหลัง เช่น ปัญหาการนอน ภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) ที่อาจปรากฏภายหลังการติดเชื้อได้ ทำให้การคัดกรองในช่วงแรกอาจไม่ครอบคลุมปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลัง และการศึกษาไม่ได้ติดตามผลระยะยาว เนื่องจากการศึกษาเป็นแบบตัดขวางและปรับตัวแปรร่วมในโมเดลได้จำกัด จึงอาจมีปัจจัยอื่นที่ไม่ได้บันทึกหรือไม่ได้ปรับ เช่น ความรุนแรงของโรค อาการทางกาย การได้รับวัคซีน สถานะเศรษฐกิจสังคม หรือประวัติสุขภาพจิตเดิม รวมถึงข้อมูลมาจากโรงพยาบาลสนามของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์เพียงแห่งเดียวซึ่งมีทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพจิตดูแล ทำให้ความซุกตึกว่าโรงพยาบาลสนามรูปแบบอื่น ควรระมัดระวังในการสรุปผลไปยังบริบทอื่นหรือช่วงเวลาการระบาดที่ต่างกัน และบริบทของการรักษาในโรงพยาบาลสนามที่มีระบบคัดกรองเชิงรุกและการให้การช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว อาจลดโอกาสที่อาการจะพัฒนาไปสู่ความรุนแรง รวมถึงลักษณะกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอาจมีความแตกต่างจากประชากรทั่วไป เช่น ผู้ที่มีภาวะจิตเวชเดิมอาจได้รับการดูแลต่อเนื่องอยู่แล้ว ฯลฯ

สรุป

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลจากผู้ป่วยโควิด 19 ที่รักษาในโรงพยาบาลสนามของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

พบว่าความซุกตึกของปัญหาสุขภาพจิตในบริบทโรงพยาบาลสนามต่ำกว่ารายงานจากบริบทอื่น สะท้อนถึงบทบาทสำคัญของการเข้าถึงทีมสหวิชาชีพ การปฐมพยาบาลทางใจ และการสนับสนุนทางสังคม การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการคัดกรองสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การติดตามภายหลังจำหน่ายเพื่อให้สามารถให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีและเหมาะสม ตลอดจนพัฒนาการเสริมสร้างพลังใจเพื่อลดผลกระทบระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ สำหรับการสนับสนุนข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ การวิจัยนี้ได้รับงบประมาณอุดหนุนวิจัยจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ประจำปีงบประมาณ 2567

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ผู้วิจัยขอแจ้งว่าไม่มีความขัดแย้งระหว่างผลประโยชน์

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ณัฐฐา น่อพันธ์: ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ และตรวจสอบแก้ไขบทความ; ศันสนีย์ วานิชย์เจริญ: ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล; เมตตา เลิศเกียรติวิริยะ: ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล; กณณวัฒน์ สกุนทรัง: ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Mental health crisis assessment and treatment team: MCATT COVID-19 [Internet]. Nonthaburi: Department of mental health. 2020 [cited 2024 Oct 17]. Available from: <https://dmh.go.th/covid19/pnews/files/MCATTupdate.pdf>.
2. COVID-19 dashboard [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control. 2022 [cited 2022 Jun 27]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>.
3. Mental Health Check [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health. 2022 [cited 2022 Aug 27]. Available from: <https://checkin.dmh.go.th/>.
4. Silpakit O. Srithanya stress scale. J Ment Health Thai 2012;16(3):177-85.
5. Arunpongpaial S, Kongsuk T, Maneethorn N, Maneethorn B, Wannasawek K, Leejongpermpoon J, et al. Development and validity of two-question screening test for depressive disorders in Northeastern Thai community. Asian J Psychiatr 2009;2(4):149-52.

6. Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai central dialect. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2018;63(4):321–4.
7. Detkong T, Gunadhivadhana P, Tipchot T, Wuttiharn P. Reliability and validity of resilience inventory 3-item version. *J Ment Health Thai* 2023;30(4):297–306.
8. Manual for screening people with suicidal behavior problems [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health. 2015 [cited 2024 Oct 17]. Available from: <https://mhso.dmh.go.th/fileupload/202301161330193317.pdf>
9. Zürcher SJ, Banzer C, Adamus C, Lehmann AI, Richter D, Kerksieck P. Post-viral mental health sequelae in infected persons associated with COVID-19 and previous epidemics and pandemics: systematic review and meta-analysis of prevalence estimates. *J Infect Public Health* 2022;15(5):559–608.
10. Thippunya C, Saengsawang S, Boonpang K, Charoensuk T. The prevalence and associated factors of psychiatric problems in post COVID-19 syndrome among patients at home isolation, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry* 2023;17(2):48–61.
11. Killgore W, Taylor E, Cloonan S, Dailey N. Psychological resilience during the COVID-19 lockdown. *Psychiatry Res* 2020;291:113216.
12. Pusaksrikit T, Assarut N. Exploring COVID-19 anxiety, resilience, and consumer lifestyles of rural and urban Thai consumers. *Kasetsart J Soc Sci* 2023;44(4):975–86.
13. Detkong T, Tipchot T, Gunadhivadhana P, Aksorn S. The effects of resilience enhancement program on resilience of individuals impacted during the coronavirus 2019 pandemic. *J Somdet Chaopraya Inst Psychiat* 2023;17(1):54–67.
14. Tantipasawasin P, Tantipasawasin S. Post-COVID condition (Long COVID). *CHJ* 2022;47(1):67–84.
15. Kubota T, Kuroda N, Sone D. Neuropsychiatric aspects of long COVID: a comprehensive review. *Psychiatry Clin Neurosci* 2023;77(2):84–93.
16. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun* 2020;89:531–42.
17. Renaud-Charest O, Lui LMW, Eskander S, Ceban F, Ho R, Di Vincenzo JD, et al. Onset and frequency of depression in post-COVID-19 syndrome: a systematic review. *J Psychiatr Res* 2021;144:129–37.
18. Detkong T, Aksorn S, Gunadhivadhana P, Assadonsak K, Tipchot T. Correlation between the resilience inventory 3-item version and screening of mental health problems by age group. *J Ment Health Thai* 2023;31(1):52–63.
19. Kasemsuk K, Boonbunjob U. Health promotion of early adulthood development nurses' important role. *Royal Thai Air Force Med Gaz* 2018;64(3):101–7.
20. Ryal JJ, Perli VAS, Marques DC de S, Sordi AF, Marques MG de S, Camilo ML, et al. Effects of a multi-professional intervention on mental health of middle-aged overweight survivors of COVID-19: a clinical trial. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20(5):4132.
21. Milani G, Zerbinati L, Grassi L, Fregna G, Schincaglia N, Baroni A, et al. Tele-mindfulness program for mental health in previously hospitalized COVID-19 patients: a quasi-experimental study. *Adv Rehabil Sci Pract* 2024;13:27536351241308176.
22. Alshammari MA, Alshammari TK. COVID-19: a new challenge for mental health and policymaking recommendations. *J Infect Public Health* 2021;14(8):1065–8.

ความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวและความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัย

สิรภพ หวังวนิชพันธุ์*, รุจิรา ตวงเพิ่มทรัพย์*, ติรยา เลิศหัตถศิลป์*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาความชุกของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียว ในนักศึกษาระดับปริญญาตรีและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวกับภาวะซึมเศร้า

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางในนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โดยใช้แบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) พฤติกรรมการดื่มสุราและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง 3) Patient Health Questionnaire-9 และ 4) แบบสอบถามการคาดหวังผลในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้ Fisher's exact test และ Logistic regression เพื่อศึกษาความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา จากผู้เข้าร่วมการศึกษา 282 คน พบความชุกของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียว ร้อยละ 48.58 ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรม ได้แก่ เพศสภาพชาย (OR = 2.993, 95% CI 1.190 - 7.529), การสูบบุหรี่ (OR = 11.220, 95% CI 2.898 - 43.448) และการคาดหวังผลด้านการเข้าสังคม (OR = 1.183, 95% CI 1.088 - 1.287) และปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ลดลง ได้แก่ การอาศัยอยู่ที่บ้าน (OR = 0.260, 95% CI 0.081 - 0.839), รายรับต่อเดือนที่เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ (OR = 0.208, 95% CI 0.0491 - 0.883) และการคาดหวังผลทางเพศ (OR = 0.803, 95% CI 0.699 - 0.923)

สรุป ความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวของนักศึกษาระดับปริญญาตรีสูงกว่าประชากรทั่วไปในวัยใกล้เคียงกัน แต่ผลการศึกษายังไม่สามารถสรุปได้ว่าการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ การดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียว ภาวะซึมเศร้า นักศึกษา

Corresponding author: สิรภพ หวังวนิชพันธุ์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

E-mail: sirapoppun@gmail.com

วันรับ 5 กรกฎาคม 2568 วันแก้ไข 18 ธันวาคม 2568 วันตอบรับ 30 ธันวาคม 2568

Prevalence of Binge Drinking and Its Association with Depression in University Students

Sirapop Wangvanitchaphan*, Rujira Tuangpermsub*, Tiraya Lerthattasilp*

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Thammasat University

ABSTRACT

Objective: This study aims to examine (1) the prevalence of binge drinking in undergraduate students and associated factors and (2) association of binge drinking and depression

Methods: A cross-sectional study was conducted among Thammasat University undergraduate students. Online questionnaires consisted of 1) demographic data 2) alcohol use and associated behaviors 3) Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and 4) Comprehensive Effects of Alcohol (CEOA). Fisher's Exact Test was used to analyze the association between binge drinking and depression. Logistic regression analysis was used to analyze association with other associated factors.

Results: Among the 282 participants, the prevalence of binge drinking is 48.58%. No statistically significant relationship was found with depression. Factors associated with increased behavior are being male gender (OR = 2.993, 95% CI 1.190 - 7.529), smoking (OR = 11.220, 95% CI 2.898 - 43.448), and expectation in sociability (OR = 1.183, 95% CI 1.088 - 1.287). Factors associated with decreased behavior are living at home (OR = 0.260, 95% CI 0.081 - 0.839), having sufficient monthly income without savings (OR = 0.208, 95% CI 0.491 - 0.883), and expectation in sexuality (OR = 0.803, 95% CI 0.699 - 0.923).

Conclusion: Prevalence of binge drinking in Thammasat University students is higher than normal population in similar. However, the result couldn't conclude that binge drinking is associated with depression.

Keywords: binge drinking, depression, university student

Corresponding author: Sirapop Wangvanitchaphan

E-mail: sirapoppun@gmail.com

Received: 5 July 2025 Revised: 18 December 2025 Accepted: 30 December 2025

บทนำ

หลักการและเหตุผลที่ต้องทำวิจัย

ปัญหาการดื่มสุรา เป็นหนึ่งในปัจจัยทางสุขภาพที่สำคัญในสังคมไทย โดยเกือบร้อยละ 2.0 ของประชากรไทย เคยประสบปัญหาภายในครอบครัว ปัญหานอกครอบครัว และปัญหาการทำงานที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองหรือผู้อื่น¹ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียว (binge drinking) เป็นพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ที่มีความเสี่ยงในการเกิดอันตรายและผลกระทบจากการดื่มมากกว่าปกติ จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพประชากรไทยพบว่าชาวไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ประมาณ 5.73 ล้านคน เคยดื่มหนักใน 12 เดือนที่ผ่านมา และในช่วงวัย 20 - 24 ปี มีความชุกมากที่สุด² และมีการศึกษาปัญหาการดื่มหนักในโอกาสเดียวในประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบว่า นักศึกษาไทยเป็นนักดื่มหนัก ร้อยละ 39.1 โดยเป็นนักดื่มหนักประจำ ร้อยละ 10.8³ สัมพันธ์กับข้อมูลจากสหรัฐอเมริกาที่พบว่า ในนักศึกษามหาวิทยาลัยอายุ 18 - 22 ปี มีผู้ดื่มหนักมากกว่าในกลุ่มวัยเดียวกันที่ไม่ได้เป็นนักศึกษา⁴ แต่มีแนวโน้มที่ลดลงเมื่อเทียบกับข้อมูลที่สำรวจจปี พ.ศ. 2537⁵

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวในวัยรุ่น ส่งผลต่อโครงสร้างสมอง^{6,7} และพบว่านักศึกษาที่ดื่มหนักมีโอกาสที่จะเกิดผลกระทบจากการดื่มมากกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่มหนัก เช่น มีอาการเมาค้าง ขาดเรียน ตามงานไม่ทัน มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน ทำลายทรัพย์สิน ได้รับบาดเจ็บ ถูกตำรวจจับ หรือเมาแล้วขับ และยังพบว่านักศึกษาในสถาบันที่มีอัตรานักดื่มหนักสูงยังได้รับผลกระทบทางอ้อม เช่น การรบกวนการนอน การเรียน ถูกทำลายทรัพย์สิน ความรุนแรงทางกาย วาจา และทางเพศอีกด้วย⁵

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มหนักในโอกาสเดียวกับโรคซึมเศร้านั้น มีข้อมูลทั้งสนับสนุนและโต้แย้งจากงานวิจัยหลายๆ ประเทศ เช่น ในการศึกษาของ Townshend และ Duka พบว่ากลุ่มที่มีการดื่มหนักในโอกาสเดียวมีอารมณ์เชิงบวกน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ⁸ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ใหญ่อายุ 20 - 50 ปีในประเทศฟินแลนด์ พบว่าปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคะแนนภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory (BDI)⁹ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Yi และคณะ ซึ่งพบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวนี้กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัย

ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Hartley และคณะ กลับได้ผลที่ตรงกันข้าม โดยพบว่ากลุ่มที่ดื่มหนักมีคะแนนความวิตกกังวลและซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์เลย¹⁰ นอกจากนี้บทความของ Keyes และคณะ ยังพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มหนักและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นสหรัฐอเมริกา นั้น มีแนวโน้มลดลงจนไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทั้งในผู้ชายและผู้หญิง¹¹

เนื่องจากการศึกษาเรื่องปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียว ของนักศึกษามหาวิทยาลัยในประเทศไทย ยังมีจำนวนน้อย และสถานการณ์การบริโภคแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลง โดยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ประชากรไทยดื่มลดลงและอัตราดื่มหนักลดลงเล็กน้อย แต่กลุ่มเยาวชนอายุ 15 - 24 ปี กลับมีอัตราการดื่มที่เพิ่มขึ้น¹² รวมไปถึงหลักฐานของความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวและภาวะซึมเศร้ายังไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัญหาดังกล่าว โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาความชุกของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวในนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และมีวัตถุประสงค์รองเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวกับภาวะซึมเศร้า

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์งานวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เมื่อวันที่ 21 กันยายน พ.ศ. 2566 หนังสือรับรองเลขที่ 142/66

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2566 ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (convenient sampling) โดยเก็บตัวอย่างข้อมูลในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 ผ่านการทำแบบสอบถามออนไลน์ และกระจายแบบสอบถามผ่านช่องทางออนไลน์ การติดป้ายประกาศ รวมไปถึงการแจกแผ่นพับภายในมหาวิทยาลัย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างผ่านโปรแกรม n4studies โดยใช้สูตรสำหรับ Finite population proportion¹³

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

โดยกำหนดค่า N = population เท่ากับ 29,129 (จำนวนนักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียน ประจำภาคการศึกษา 1/2565 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต), Proportion = 0.391³, Error (d) = 0.06, Alpha (α) = 0.05 ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้คือต้องใช้ผู้เข้าร่วมการศึกษาน้อย 252 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามมี 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศกำเนิด เพศสภาพ การนับถือและการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา คณะที่ศึกษา ชั้นปี เกรดเฉลี่ยรวม ลักษณะที่พัก และรายรับต่อเดือน

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดื่มสุราและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุที่เริ่มดื่ม ชนิดเครื่องดื่ม จำนวนครั้งที่ดื่มหนักในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา สถานที่และบุคคลร่วมดื่ม จำนวนเพื่อนสนิทที่ดื่ม การดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว การสูบบุหรี่ การใช้กัญชากระท่อม และสารเสพติดอื่นๆ ค่านิยมความเป็นชายต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และอิทธิพลของสื่อโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้แบบเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นมาเอง

ผู้ที่ตอบว่าในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ได้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดใดก็ได้มากกว่า 5 ดื่มมาตรฐานในโอกาสเดียว จะถือว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียว และผู้ตอบว่า ดื่มหนักทุกวัน เกือบทุกวัน วันเว้นวัน และทุกสัปดาห์ นับเป็นผู้ดื่มหนักประจำ และผู้ที่ตอบว่า ดื่มหนักทุกเดือน, 8 - 11 วัน/ปี, 4 - 7 วัน/ปี และ 1 - 3 วัน/ปี นับเป็นผู้ดื่มหนักเป็นครั้งคราว

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการคาดหวังผลในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งในการศึกษานี้ใช้แบบสอบถามที่แปลจาก The Comprehensive Effects of Alcohol (CEOA) แปลโดย อุทัยทิพย์ จันทรพิชญ์ โดยนำเฉพาะคำถามในทางที่ดีจำนวน 20 ข้อ จากทั้งหมด 38 ข้อ ตอบเป็น 4 point-Likert scale ให้คะแนนข้อละ 1 - 4 คะแนน มีค่า Cronbach's alpha = 0.91¹⁴

เพื่อสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับผลดีที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 4 ประเมินภาวะซึมเศร้า ใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า PHQ-9 ฉบับภาษาไทย พัฒนาด้วยการแปลเป็นภาษาไทย และมีการทดสอบเครื่องมือโดย รศ.นพ.มานิช หล่อตระกูล และคณะ ค่า Cronbach's alpha = 0.79 เป็นชุดคำถาม 9 ข้อ ให้คะแนนข้อละ 0 - 3 คะแนน ตอบโดยให้ผู้ถูกประเมินตอบด้วยตนเอง คะแนนที่ ≥ 9 ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า โดยมีค่าความไว ร้อยละ 84 และค่าความจำเพาะ ร้อยละ 77¹⁵

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA/MP 17 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ในการรายงานผลความชุกและข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติ Fisher's exact test และ t-test ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวกับปัจจัยที่ศึกษา และใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis) ทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลแบบ Multivariable analysis โดยรายงานผลเป็น Odds Ratio (OR) และค่า 95% Confidence Interval (95% CI) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติเมื่อค่า p-value น้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

มีผู้เข้าร่วมทั้งหมด 282 ราย จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 20.73 \pm 1.936 ปี มีอายุระหว่าง 18 - 30 ปี โดยมีเพศสภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 60.28 รองลงมาคือชาย ร้อยละ 21.28 และกลุ่มเพศหลากหลาย (LGBTQ+) ร้อยละ 18.44 ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 80.14 แต่ร้อยละ 67.73 ระบุว่าเคร่งครัดในศานาน้อยมากถึงน้อย สำหรับการศึกษาค้นคว้า ร้อยละ 49.64 ศึกษาในกลุ่มคณะสาธารณสุข ตามมาด้วยกลุ่มคณะสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ ร้อยละ 39.57 และกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ร้อยละ 10.79 โดยมีเกรดเฉลี่ยรวม 3.33 \pm 0.392 และเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มากที่สุด ร้อยละ 26.81

ในด้านที่อยู่อาศัย ร้อยละ 40.57 ของกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ที่หอพักนักศึกษา (หอใน) และร้อยละ 47.15 ระบุว่ารายรับต่อเดือนเพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ ร้อยละ 25.46 ระบุว่าไม่มี

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป (n = 282)	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	ไม่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก ในโอกาสเดียว	ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก ในโอกาสเดียว	
อายุ (ปี; Mean \pm SD) Mean 20.73 \pm 1.936 Min = 18, Max = 30	20.993 \pm 2.040	20.453 \pm 1.786	0.009*
เพศสรีระ			
ชาย (n = 81)	33 (22.76)	48 (35.04)	
หญิง (n = 201)	112 (77.24)	89 (64.96)	0.026*
เพศสภาพ			
ชาย (n = 60)	21 (14.48)	39 (28.47)	
หญิง (n = 170)	98 (67.59)	72 (52.55)	
เพศหลากหลาย (n = 52)	26 (17.93)	26 (18.98)	0.010*
ศาสนา			
พุทธ (n = 226)	115 (79.31)	111 (81.02)	
คริสต์ (n = 7)	6 (4.41)	1 (0.73)	
อิสลาม (n = 13)	11 (7.58)	2 (1.46)	
ไม่นับถือศาสนา (n = 36)	13 (8.97)	23 (16.79)	0.005*
ความเคร่งครัดในศาสนา			
น้อยมาก - น้อย (n = 191)	92 (63.45)	99 (72.26)	
ปานกลาง - ค่อนข้างมาก (n = 91)	53 (36.55)	38 (27.74)	0.127
กลุ่มคณะที่ศึกษา (n = 278)			
สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ (n = 110)	47 (32.64)	63 (47.01)	
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (n = 30)	12 (8.33)	18 (13.43)	
สุขศาสตร์ (n = 138)	85 (59.03)	53 (39.54)	0.005*
เกรดเฉลี่ยรวม (n = 231) (Mean \pm SD)	3.351 \pm 0.371	3.298 \pm 0.415	0.015*
ที่พัก (n = 281)			
หอพักนักศึกษา (หอใน) (n = 114)	63 (43.75)	51 (37.23)	
หอพักภายนอกโดยมีเพื่อนร่วมห้อง (n = 38)	10 (6.94)	28 (20.44)	
หอพักภายนอกโดยไม่มีเพื่อนร่วมห้อง (n = 103)	52 (36.10)	51 (37.23)	
อาศัยอยู่บ้าน (n = 26)	19 (13.19)	7 (5.10)	0.001*
รายรับต่อเดือน			
เพียงพอ มีเงินเก็บ (n = 131)	65 (44.83)	66 (48.17)	
เพียงพอ ไม่มีเงินเก็บ (n = 133)	73 (50.34)	60 (43.8)	
ไม่เพียงพอ (n = 18)	7 (4.83)	11 (8.03)	0.382

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป (n = 282)	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	ไม่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก ในโอกาสเดียว	ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก ในโอกาสเดียว	
คนในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ (n = 271)			
ไม่มี (n = 202)	110 (79.14)	92 (69.70)	0.094
มี (n = 69)	29 (20.86)	40 (30.30)	
การสูบบุหรี่			
ไม่สูบ (n = 241)	142 (97.93)	99 (72.26)	< 0.001*
สูบ (n = 41)	3 (2.07)	38 (27.74)	
การใช้สารเสพติดอื่นๆ			
ไม่ใช้ (n = 265)	142 (97.93)	123 (89.78)	0.005*
ใช้ (n = 17)	3 (2.07)	14 (10.22)	

Min = ค่าต่ำสุด, Max = ค่าสูงสุด, Mean = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, n = จำนวนประชากรที่ตอบคำถาม

คนในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ และร้อยละ 54.26 มีเพื่อนสนิทมากกว่าครั้งที่ดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ ร้อยละ 14.54 ของกลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ และร้อยละ 1.06 ใช้สารเสพติดอื่นๆ

พบว่าผู้เข้าร่วมดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวในด้านอายุ (20.453 เทียบกับ 20.993, $p = 0.009$) เพศผู้ (หญิง ร้อยละ 64.96 เทียบกับ ร้อยละ 77.24, $p = 0.026$) เพศสภาพ (หญิง ร้อยละ 52.55 เทียบกับ ร้อยละ 67.59, $p = 0.010$) การนับถือศาสนา ($p < 0.001$) กลุ่มคณะที่ศึกษา (กลุ่มคณะสุขภาพ ร้อยละ 39.54 เทียบกับ ร้อยละ 59.03, $p = 0.005$) เกรดเฉลี่ยรวม (16.109 เทียบกับ 17.381, $p\text{-value} < 0.001$) ที่พัก ($p = 0.001$) การสูบบุหรี่ (ร้อยละ 27.74 เทียบกับ ร้อยละ 2.07, $p < 0.001$) และการใช้สารเสพติดอื่นๆ (ร้อยละ 10.22 เทียบกับ ร้อยละ 97.93, $p = 0.005$) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในความเคร่งครัดในศาสนา รายรับต่อเดือน และการมีคนในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ

ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 2 สำหรับพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้เข้าร่วมทั้งหมดพบว่า ร้อยละ 78.37 ดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา โดยระบุว่าเริ่มดื่มครั้งแรกเฉลี่ยที่อายุ 16.59 ± 2.52 ปี

โดยมีผู้ที่มีการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียว จำนวนทั้งหมด 137 คน (ร้อยละ 48.58) ในจำนวนนี้เป็นผู้ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวเป็นครั้งคราว 106 คน (ร้อยละ 77.37) และดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวเป็นประจำ 31 คน (ร้อยละ 22.63)

พบว่าผู้เข้าร่วมดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียว มีอายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียว (16.109 เทียบกับ 17.381, $p\text{-value} < 0.001$) และความความคาดหวังผลในทางที่ดี (ร้อยละ 99.6 เทียบกับ ร้อยละ 56.8, $p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างในค่าการคาดหวังผลในทางที่ดีจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพบเห็นสื่อโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเห็นด้วยกับข้อความที่ว่า “การที่สามารถดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากเป็นลักษณะของความเป็นชาย” และ “การดื่มแอลกอฮอล์ได้น้อยนั้นแสดงถึงความอ่อนแอ”

ลักษณะพฤติกรรมกรรมการดื่มของผู้ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียว

เครื่องดื่มที่นิยมดื่มหนักในโอกาสเดียวมากที่สุด ได้แก่ เบียร์ ร้อยละ 36.3, สุราผสมน้ำผลไม้/สุราผสมน้ำหวาน ร้อยละ 34.07 และสุราสี/สุราแดง ร้อยละ 15.56 ซึ่งเพศชายนิยมดื่มเบียร์มากที่สุด และเพศหญิงนิยมดื่มสุราผสมน้ำผลไม้หรือสุรา

ผลม่น้ำหวานมากที่สุด ผู้ดื่มหนักในโอกาสเดียวส่วนใหญ่จะดื่มที่ร้านอาหารหรือร้านเหล้า ร้อยละ 82.48 และดื่มกับเพื่อน ร้อยละ 89.78 ในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวระบุว่า เคยได้รับผลกระทบจากการดื่ม จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 73.72

โดยระบุว่ามีอาการเมาค้าง ร้อยละ 80.39 ขาดเรียน ร้อยละ 39.22 ได้รับบาดเจ็บ ร้อยละ 32.35 มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ตั้งใจ ร้อยละ 12.75 เมาแล้วขับ ร้อยละ 10.78 ทะเลาะวิวาท ร้อยละ 7.84 และทำลายหรือถูกทำลายทรัพย์สิน ร้อยละ 2.94

ตารางที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมกรรมการดื่มและทัศนคติต่อแอลกอฮอล์ (n = 282)		จำนวน (ร้อยละ)	
ข้อมูลการดื่ม 12 เดือนที่ผ่านมา			
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	61 (21.63)		
ดื่มแอลกอฮอล์แต่ไม่ดื่มอย่างหนักในโอกาสเดียว	84 (29.79)		
ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียว	137 (48.58)		
ข้อมูลผู้ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียว (n = 137)			
ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวเป็นครั้งคราว	106 (77.37)		
ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวเป็นประจำ	31 (22.63)		
	ไม่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก ในโอกาสเดียว จำนวน (ร้อยละ)	ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก ในโอกาสเดียว จำนวน (ร้อยละ)	p-value
อายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก (n = 221) (ปี; Mean ± SD)	17.381 ± 2.459 Min = 10, Max = 22	16.109 ± 2.440 Min = 6, Max = 21	
“การที่สามารถดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากเป็นลักษณะของความเป็นชาย”			
ไม่เห็นด้วย	139 (95.86)	131 (95.62)	1.000
เห็นด้วย	6 (4.14)	6 (4.38)	
“การดื่มแอลกอฮอล์ได้น้อยนั้นแสดงถึงความอ่อนแอ”			
ไม่เห็นด้วย	141 (97.24)	128 (3.43)	0.16
เห็นด้วย	4 (2.76)	9 (6.57)	
ค่าการคาดหวังผลในทางที่ดีจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Mean ± SD)	49.110 ± 13.607	53.730 ± 10.058	0.9993
ความคาดหวังผลในทางที่ดีสูง	83 (57.24)	61 (44.53)	0.043*
ความคาดหวังผลในทางที่ดีต่ำ	62 (42.76)	76 (55.47)	
การพบเห็นสื่อโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (n = 280)			
ไม่เลย	11 (7.64)	11 (8.09)	0.865
น้อย	48 (33.33)	51 (37.50)	
ปานกลาง	55 (38.20)	45 (33.09)	
ค่อนข้างมาก	20 (13.89)	17 (12.50)	
มาก	10 (6.94)	12 (8.82)	

Min = ค่าต่ำสุด, Max = ค่าสูงสุด, Mean = ค่าเฉลี่ย, SD = Standard Deviation, n = จำนวนประชากรที่ตอบคำถาม

ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก ในโอกาสเดียวและภาวะซึมเศร้า

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้เข้าร่วมมีภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) ร้อยละ 52.48 โดยกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียว 78 คน คิดเป็นร้อยละ 56.93 และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียว 59 คน คิดเป็นร้อยละ 43.07 อย่างไรก็ตาม ไม่พบว่าภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.154)

เมื่อนำผู้เข้าร่วมที่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวเป็นประจําวิเคราะห์ พบว่ามีภาวะซึมเศร้า 20 คน คิดเป็นร้อยละ 64.52 และไม่มีภาวะซึมเศร้า 11 คน คิดเป็นร้อยละ 35.48 เมื่อใช้สถิติ Fisher's exact test ไม่พบว่าภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวเป็นประจําอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.184)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียว

เมื่อทำการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (multivariable analysis) ของผู้ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียว ดังตารางที่ 4 พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศสภาพชาย (OR = 2.993, 95% CI 1.190 - 7.529) การสูบบุหรี่ (OR = 11.220, 95% CI 2.898 - 43.448) และการคาดหวังผลจากการดื่มแอลกอฮอล์ด้านการเข้าสังคม (OR = 1.183, 95% CI 1.088 - 1.287) ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดลงของการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาศัยอยู่ที่บ้าน (OR = 0.260, 95% CI 0.081 - 0.839) รายรับต่อเดือนเพียงพอ ไม่มีเงินเก็บ (OR = 0.208, 95% CI 0.491 - 0.883) และการคาดหวังผลจากการดื่มแอลกอฮอล์ด้านความสามารถทางเพศ (OR = 0.803, 95% CI 0.699 - 0.923)

ในขณะที่ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ศาสนา ความเคร่งครัดในศาสนา ขณะที่ศึกษา การมีเพื่อนสนิทดื่มแอลกอฮอล์ การมีคนในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์ การคาดหวังผลของแอลกอฮอล์ ทศนคติต่อการดื่มแอลกอฮอล์ และการพบเห็นสื่อโฆษณา ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อมาทำการวิเคราะห์กลุ่มย่อยในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวเป็นประจำ เทียบกับผู้ที่เข้าร่วมที่เหลือ ทั้งผู้เข้าร่วมที่ดื่มหนักในโอกาสเดียวเป็นครั้งคราวและไม่ดื่มหนักในโอกาสเดียว ด้วยการวิเคราะห์พหุตัวแปร (multivariable analysis) พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวประจำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การคาดหวังผลจากการดื่มแอลกอฮอล์ด้านการเข้าสังคม (OR = 1.221, 95% CI 1.037 - 1.439) ขณะที่การมีเงินรายได้เพียงพอ ทั้งมีเงินเก็บ (OR = 0.700, 95% CI 0.121 - 0.405) และไม่มีเงินเก็บ (OR = 0.031, 95% CI 0.005 - 0.202) สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวเป็นประจำที่ลดลง ผู้วิจัยไม่สามารถหาความสัมพันธ์กับการนับถือศาสนาคริสต์หรืออิสลามได้ เนื่องจากไม่มีผู้ที่ระบุว่านับถือศาสนาดังกล่าวในกลุ่มที่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวเป็นประจำ

วิจารณ์

การศึกษานี้ทำเพื่อสำรวจความชุกและลักษณะพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียว ในนักศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์โดยมีผู้เข้าร่วมวิจัย 282 คน ผลการศึกษาพบว่าความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวในรอบ 12 เดือน อยู่ที่ร้อยละ 48.58 ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสูงกว่าความชุกของการดื่มในกลุ่มประชากรวัย 20 - 24 ปี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 11.93² นอกจากนี้ยังสอดคล้องไปกับแนวโน้มจากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พบว่า กลุ่มเยาวชนไทยอายุ 15 - 24 ปี มีอัตราการดื่มที่เพิ่มขึ้น¹² อย่างไรก็ตามความชุกของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวและภาวะซึมเศร้า (n = 282)

	ไม่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก ในโอกาสเดียว จำนวน (คน) (ร้อยละ)	ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก ในโอกาสเดียว จำนวน (คน) (ร้อยละ)	รวม (คน) (ร้อยละ)
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	75 (51.72)	59 (43.07)	134 (47.52)
มีภาวะซึมเศร้า	70 (48.28)	78 (56.93)	148 (52.48)

Fisher's exact p = 0.154

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์พหุตัวแปร (multivariable analysis) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียว

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียว	Odds Ratio	95% CI	P-value			
อายุ	1.095	0.812 - 1.477	0.553			
เพศสภาพ						
หญิง	ref.	ref.				
ชาย	2.993	1.190 - 7.529	0.020*			
เพศหลากหลาย	0.9967	0.422 - 2.354	0.994			
ศาสนา						
พุทธ	ref.	ref.				
คริสต์	0.116	0.008 - 1.718	0.117			
อิสลาม	0.656	0.094 - 4.562	0.670			
ไม่นับถือศาสนา	2.463	0.794 - 7.644	0.119			
ความเคร่งครัดในศาสนา						
น้อยมาก-น้อย	ref.	ref.				
ปานกลาง-มาก	0.954	0.453 - 2.008	0.901			
กลุ่มคณะที่ศึกษา						
สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์	ref.	ref.				
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	0.636	0.2004 - 2.016	0.442			
สุขศาสตร์	0.615	0.311 - 1.288	0.214			
ชั้นปีที่ศึกษา				0.807	0.553 - 1.180	0.269
ลักษณะที่พัก						
หอพักนักศึกษา (หอใน)	ref.	ref.				
หอพักภายนอกมหาวิทยาลัยมีเพื่อนร่วมห้อง	2.738	0.898 - 8.352	0.077			
หอพักภายนอกมหาวิทยาลัยไม่มีเพื่อนร่วมห้อง	0.561	0.267 - 1.178	0.127			
อาศัยอยู่ที่บ้าน	0.260	0.081 - 0.839	0.024*			
รายรับต่อเดือน						
ไม่เพียงพอ	ref.	ref.				
เพียงพอ ไม่มีเงินเก็บ	0.208	0.491 - 0.883	0.033*			
เพียงพอ มีเงินเก็บ	0.473	0.112 - 1.995	0.308			
คะแนน PHQ-9	1.013	0.951 - 1.079	0.686			
เพื่อนสนิทที่ดื่มแอลกอฮอล์						
ไม่เลย	ref.	ref.				
มี 1 - 3 คน	2.236	0.218 - 22.962	0.498			
มีมากกว่าครึ่ง	2.810	0.275 - 28.774	0.384			
บุคคลในครอบครัวดื่มสุราเป็นประจำ	1.277	0.609 - 2.676	0.517			
การสูบบุหรี่	11.220	2.898 - 43.448	< 0.001*			

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์หัพหุตัวแปร (multivariable analysis) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียว (ต่อ)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียว	Odds Ratio	95% CI	P-value
การใช้สารเสพติดอื่นๆ	3.378	0.429 - 26.600	0.248
การที่สามารถดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากเป็นลักษณะของความเป็นชาย	0.238	0.025 - 2.297	0.215
การดื่มแอลกอฮอล์ได้น้อยนั้นแสดงถึงความอ่อนแอ	0.957	0.113 - 8.065	0.967
การคาดหวังผลในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์			
ด้านการเข้าถึงสังคม	1.183	1.088 - 1.287	< 0.001*
ด้านการลดความตึงเครียด	1.078	0.9479 - 1.227	0.251
ด้านความกล้าหาญ	0.943	0.839 - 1.060	0.327
ด้านความสามารถทางเพศ	0.803	0.699 - 0.923	0.002*
การพบเห็นสื่อโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	0.775	0.555 - 1.084	0.137

95% CI = 95% confidence interval, *p-value < 0.05

อย่างหนักในโอกาสเดียว ในนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ยังคงน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาในกลุ่มนักเรียนชาย อาชีวศึกษาของ รัตติยา ทอนพลกรัง และคณะ ที่พบความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวในระยะเวลา 30 วัน ร้อยละ 59.3¹⁶ ซึ่งเป็นการศึกษาในกลุ่มที่จำเพาะและในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์สูง¹ ในงานวิจัยนี้พบผู้ที่ดื่มหนักเป็นประจำทั้งหมด 31 คน คิดเป็นร้อยละ 10.99 มากกว่าข้อมูลในกลุ่มประชากรทั่วไปอายุ 20 - 24 ปี ที่ร้อยละ 2.21² ซึ่งสามารถอธิบายได้จากลักษณะของประชากรที่ส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาอาศัยอยู่ที่หอพัก เป็นอิสระจากผู้ปกครอง ทำให้พบอัตราการดื่มหนักในโอกาสเดียวมากกว่าประชากรทั่วไปในวัยเดียวกัน^{4,17} และระยะเวลาเก็บข้อมูลที่มีระยะเวลา 12 เดือน ทำให้รวมเวลาที่โอกาสเสี่ยงต่อพฤติกรรมดื่มหนักในโอกาสเดียวมากขึ้น เช่น วันเกิด งานรวมรุ่น ช่วงเปิดเทอม หรือวันหยุด¹⁸ แต่หลายการศึกษาใช้นิยามของการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวที่แตกต่างกันทั้งปริมาณและระยะเวลาที่เก็บข้อมูล ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบความชุกได้โดยตรง

ในส่วนของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียว พบว่าเครื่องดื่มที่นิยมมากที่สุด ได้แก่ เบียร์ ร้อยละ 36.3 ซึ่งตรงกับผลจากแบบสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นที่ยอดนิยมที่สุดในเพศชาย แต่ในผู้เข้าร่วมเพศหญิง พบว่านิยมดื่มสุราผสมน้ำผลไม้หรือสุราผสมน้ำหวาน ซึ่งแตกต่างจากแบบสำรวจก่อนหน้านี้ แต่ก็เป็นที่ไปตามแนวโน้มที่รายงานว่าเครื่องดื่มผสมได้รับความนิยมสูงในกลุ่มนักดื่มเพศหญิงและนักดื่ม

เยาวชนอายุต่ำกว่าเกณฑ์ เนื่องจากรสชาติอร่อย รับประทานง่าย¹² ซึ่งเป็น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ นอกจากนี้ผู้ที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียว ส่วนใหญ่นิยมดื่มกับเพื่อน และดื่มที่ร้านอาหารหรือร้านเหล้า มากกว่าที่จะดื่มที่บ้าน ซึ่งสามารถอธิบายจากกฎหมายนำเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้าบริเวณหอพัก และผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวระบุว่า เคยได้รับผลกระทบจากการดื่มถึงร้อยละ 73.72 โดยมีอาการเมาค้างมากที่สุด ร้อยละ 80.39 ซึ่งผลวิจัยนี้สอดคล้องไปในทางเดียวกับงานวิจัยของ Weschler และคณะ⁵ ที่พบว่าอาการเมาค้างพบได้ร้อยละ 75 ในกลุ่มผู้ดื่มหนักในโอกาสเดียวเป็นครั้งคราว และร้อยละ 90 ในผู้ดื่มหนักในโอกาสเดียวเป็นประจำ ในขณะที่ผลกระทบอื่นๆ ที่พบบ่อยรองลงมา คือ ขาดเรียนและได้รับบาดเจ็บตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวนั้นส่งผลกระทบต่อสุขภาพเหมือนกันไม่ว่าจะเป็นประเทศใด

จากการศึกษานี้ไม่พบว่าพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างออกไปในงานวิจัยในนักศึกษาของประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ก่อนหน้านี้ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียว³ แต่สอดคล้องกับบทความของ Keyes และคณะ ที่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างการดื่มหนักในโอกาสเดียวและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นชายตั้งแต่ พ.ศ. 2553 และวัยรุ่นหญิงตั้งแต่ พ.ศ. 2559 - 2560 ในประเทศสหรัฐอเมริกา เนื่องจากการบังคับใช้กฎหมายจำกัดอายุการดื่ม ในขณะที่ภาวะซึมเศร้าในประชากร

วิจัยที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว¹¹ และการศึกษาของ Nourse, Adamshick และ Stolfus ซึ่งระบุว่า การดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง (hazardous drinking) ของแบบประเมิน Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) ที่มีข้อคำถามเรื่องปริมาณการดื่มและความถี่ของการดื่มในปริมาณมาก ไม่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล โดยผลที่แตกต่างอาจเป็นเพราะการใช้แอลกอฮอล์ในนักศึกษา มักจะเป็นตามค่านิยมสังคมและเพื่อความเพลิดเพลินมากกว่าเพื่อช่วยลดอารมณ์ในด้านลบ¹⁹ และเป็นไปตามข้อมูลที่พฤติกรรมนี้สัมพันธ์กับการคาดหวังผลในด้านการเข้าสังคม รวมไปถึงความชุกของภาวะซึมเศร้าโดยแบบประเมิน PHQ-9 ในศึกษานี้สูงถึงร้อยละ 52.48 ซึ่งมากกว่าการศึกษาของสาธิตา แซ่เตีย และคณะ ซึ่งใช้แบบประเมินเดียวกันที่ร้อยละ 44.4²⁰ อาจเป็นเพราะแบบประเมิน PHQ-9 มีความไว (sensitivity) ที่สูงแต่มีความจำเพาะที่ต่ำกว่า ทำให้พบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้มาก ทั้งกลุ่มที่ดื่มหนักในโอกาสเดียวและไม่ดื่มหนักในโอกาสเดียว และขนาดกลุ่มตัวอย่างจึงไม่เพียงพอที่จะแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างกันได้ในศึกษานี้ แต่ข้อมูลความชุกจากการศึกษานี้ น่าจะมีประโยชน์ในการศึกษาอื่นๆ ต่อไป

การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียว ได้แก่ เพศสภาพชาย การสูบบุหรี่ และการคาดหวังผลในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านการเข้าสังคมไปในทางเดียวกันกับงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศก่อนหน้านี้^{3,16,21} ซึ่งการที่บุคคลเพศสภาพชายมีปริมาณการดื่มมากกว่า อาจเป็นได้จากแนวโน้มในประชากรทั่วไปที่เพศชายมีการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิงอยู่เดิม² และค่านิยมเรื่องลักษณะความเป็นชายที่ต้องกล้าเสี่ยง กล้าใช้ความรุนแรง ส่งผลให้ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวมากกว่าเพศสภาพอื่นๆ²² ถึงแม้ว่าผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มองว่าการดื่มแอลกอฮอล์ได้เฮอร์นั้นไม่ได้แสดงถึงความเป็นชายหรือความเข้มแข็งก็ตาม และการคาดหวังผลว่าเมื่อดื่มแอลกอฮอล์แล้วจะเข้าสังคมได้ง่ายขึ้น เมื่อมีคะแนนการคาดหวังในด้านนี้เพิ่มขึ้น จะมีโอกาสดื่มหนักมากขึ้น 1.183 เท่า เพราะการใช้แอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวในกลุ่มตัวอย่าง มักเป็นการดื่มกับเพื่อนที่ร้านอาหารหรือร้านเหล้า และตรงกับการศึกษาที่มักจะมีดื่มตามค่านิยมสังคมและเพื่อความเพลิดเพลิน¹⁹ ส่วนการสูบบุหรี่สามารถอธิบายจากทฤษฎีการเสพติดที่สมองของผู้เสพมีความเสี่ยงที่จะเปลี่ยนแปลงและมีพฤติกรรมเสพติดได้ง่าย ส่งผลให้มีโอกาสพบการสูบบุหรี่ร่วมด้วย²³

ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดลงของการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียว ได้แก่ การอาศัยอยู่ที่บ้าน ซึ่งเป็นไปในทางเดียวกันกับการศึกษาในสหรัฐอเมริกา ที่การติดตามของผู้ปกครองเป็นปัจจัยป้องกัน¹⁷ แต่ก็ตรงกันข้ามกับงานวิจัยในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่พบว่า การอาศัยอยู่ที่บ้านเป็นปัจจัยเสี่ยงในนักศึกษาชาย ซึ่งในงานวิจัยดังกล่าวอธิบายจากมุมมองของครอบครัวที่มองว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติ ส่งผลให้ดื่มมากขึ้น³ แต่ในการศึกษานี้มหาวิทยาลัยมีลักษณะเป็นวิทยาเขตและพฤติกรรมดื่มส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่ร้านอาหารหรือร้านเหล้า ทำให้การอาศัยกับครอบครัวเป็นปัจจัยป้องกันในกลุ่มผู้เข้าร่วมงานวิจัยนี้ สำหรับกลุ่มที่มีรายรับต่อเดือนเพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ ตรงกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า การมีรายรับมากเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการดื่มหนักในโอกาสเดียว เนื่องจากมีเงินเหลือให้ซื้อเครื่องดื่มได้มาก²⁴ และพบว่านักศึกษาที่มีค่าการคาดหวังผลในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านความสามารถทางเพศสูงขึ้น มีแนวโน้มที่จะดื่มหนักในโอกาสเดียวลดลง อาจจะเป็นเพราะฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ในปริมาณน้อยจะทำให้มีอาการทางเพศเพิ่มขึ้นเล็กน้อยได้ แต่เมื่อได้รับในปริมาณที่สูงจะลดอารมณ์ทางเพศ รวมถึงส่งผลต่อการแข็งตัวของอวัยวะเพศ²⁵ ทำให้กลุ่มที่ดื่มหนักในโอกาสเดียวที่เคยได้รับผลดังกล่าวมีความคาดหวังในด้านนี้ลดลง ขณะที่ปัจจัยอื่นๆ กลับไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญไม่ว่าจะเป็นศาสนา ความเคร่งครัดในศาสนา คณะที่ศึกษา เพื่อนสนิทที่ดื่ม การเห็นสื่อโฆษณา ทศนคติต่อการดื่มแอลกอฮอล์ในเรื่องความเป็นชายและความแข็งแกร่ง ซึ่งอาจเป็นเพราะมีจำนวนผู้เข้าร่วมในบางกลุ่มน้อยเกินไป จนไม่สามารถแสดงความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติได้

เมื่อนำข้อมูลของผู้ที่มีการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวเป็นประจำมาวิเคราะห์รายกลุ่ม พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวเป็นประจำ ได้แก่ การคาดหวังผลในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านการเข้าสังคมที่เพิ่มขึ้น จะเพิ่มโอกาสดื่มหนักในโอกาสเดียวเป็นประจำ 1.221 เท่า โดยแนวโน้มไปทางเดียวกับกลุ่มที่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวทั้งหมด ที่ผู้เข้าร่วมใช้การดื่มแอลกอฮอล์เพื่อการเข้าสังคมมากกว่าจะใช้เพื่อลดความเครียด และพบว่ากลุ่มรายรับต่อเดือนที่เพียงพอ ทั้งที่มีเงินเก็บและไม่มีเงินเก็บนั้น สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวเป็นประจำที่ลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มรายรับไม่เพียงพอ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่ค่าใช้จ่ายในการดื่มแอลกอฮอล์

เป็นประจําส่งผลกระทบกับการเงิน ขณะที่ปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสําคัญ อาจเป็นเพราะมีลักษณะร่วมกันของกลุ่มตัวอย่างที่มีการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียว เป็นครั้งคราว จึงไม่ได้มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยจึงเสนอแนะทางดังนี้ 1) ให้ข้อมูลถึงผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียว และปริมาณการดื่มที่เหมาะสมกับนักศึกษา โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง เช่น นักศึกษาชาย มหาวิทยาลัย มีการสูบบุหรี่ และกลุ่มที่มีรายรับไม่เพียงพอ 2) เสนอให้จำกัดการขายแอลกอฮอล์ในพื้นที่ใกล้เคียง มหาวิทยาลัยให้กว้างขึ้น หรือจำกัดปริมาณแอลกอฮอล์ให้กับผู้ดื่มที่ดื่มเกินปริมาณที่กำหนด 3) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันอื่นๆ รวมไปถึงสาเหตุของพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก โดยใช้ผู้เข้าร่วมปริมาณมากขึ้นหรือทำในระดับที่ใหญ่กว่าการวิจัยแบบสถาบันเดียว 4) พัฒนาและศึกษาโครงการหรือนโยบายการลดปริมาณหรือผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียว

จุดแข็ง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มความชุก ลักษณะพฤติกรรม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาที่เปลี่ยนไปในปัจจุบัน ทำให้เห็นถึงพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างจากข้อมูลประชากรกลุ่มอื่นๆ รวมไปถึงมีการเก็บข้อมูลผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียว และมีการค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมนี้และภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง โดยการใช้แบบสอบถามทางออนไลน์ ทำให้ผู้เข้าร่วมสามารถตอบคำถามในเวลาหรือในสถานที่ที่สะดวกใจได้ โดยไม่มีการแทรกแซงจากผู้วิจัย

ข้อจำกัด

การศึกษานี้มีการออกแบบการวิจัยเป็นแบบภาคตัดขวาง ทำให้ไม่สามารถแสดงถึงความเป็นเหตุเป็นผล รวมไปถึงไม่สามารถแจกแจงปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมได้เช่นกัน การเลือกตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย มีโอกาสเกิดอคติจากการเลือกตัวอย่าง (selection bias) ทำให้ไม่ครอบคลุมกลุ่มประชากรทั้งหมด และข้อมูลหลายส่วนเป็นข้อมูลในอดีต ทำให้มีโอกาสเกิดอคติ

ที่เกิดจากความจำของผู้ให้ข้อมูล (recall bias) และมีโอกาสที่เกิดอคติในการตอบสนอง (response bias) ที่ผู้เข้าร่วมอาจเลือกไม่ตอบคำถามบางข้อหรือทั้งหมด และการศึกษาทำในสถาบันเดียว จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรทั้งหมดได้ เพราะแต่ละสถาบันมีความแตกต่างทั้งด้านลักษณะพื้นฐานของประชากร สังคม ค่านิยมและเศรษฐกิจ จึงจำเป็นต้องทำการศึกษาแบบพหุสถาบัน (multicenter study) รวมไปถึงขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยเกินกว่าที่จะแสดงถึงความสัมพันธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวและภาวะซึมเศร้าได้

สรุป

ความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สูงกว่าประชากรทั่วไปในวัยใกล้เคียงกัน ยังไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในโอกาสเดียวกับภาวะซึมเศร้าได้ จำเป็นต้องทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สำหรับทุนสนับสนุนวิจัยแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีงบประมาณ 2567 ผู้วิจัยขอขอบคุณ ศ.นพ.มานิช หล่อตระกูล ผู้พัฒนาแบบสอบถาม PHQ-9 ฉบับภาษาไทย อุทัยทิพย์ จันทร์เพ็ญ ผู้แปลแบบสอบถามการคาดหวังผลในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คณาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สำหรับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัย และขอขอบคุณผู้ประสานงานทุกฝ่ายที่ช่วยประชาสัมพันธ์งานวิจัย และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ไม่มี

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

สิริภพ หวังวนิชพันธ์: กำหนดหัวข้อ ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความ; รุจิรา ตวงเพิ่มทรัพย์: กำหนดหัวข้อ ออกแบบการศึกษา เขียนและตรวจสอบแก้ไขบทความ; ดิเรก เลิศหัตถศิลป์: ออกแบบการศึกษา เขียนและตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Vichitkunakorn P, Tanaree A. Provincial Alcohol report 2021. Bangkok: Sahamit Pattana Printing (1992) Company Limited; 2022.
2. National Statistical office. The 2021 Health Behavior of Population Survey. Bangkok: National Statistical Office; 2021.
3. Yi S, Ngin C, Peltzer K, Pengpid S. Health and behavioral factors associated with binge drinking among university students in nine ASEAN countries. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2017;12(1): 32.
4. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2020 National Survey on Drug Use and Health. Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality; 2021.
5. Wechsler H, Davenport A, Dowdall G, Moeykens B, Castillo S. Health and behavioral consequences of binge drinking in college. A national survey of students at 140 campuses. *JAMA* 1994;272(21): 1672-7.
6. Kvamme TL, Schmidt C, Strelchuk D, Chang-Webb YC, Baek K, Voon V. Sexually dimorphic brain volume interaction in college-aged binge drinkers. *Neuroimage Clin* 2016; 10: 310-7.
7. Pfefferbaum A, Rohlfing T, Pohl KM, Lane B, Chu W, Kwon D, et al. Adolescent Development of Cortical and White Matter Structure in the NCANDA Sample: Role of Sex, Ethnicity, Puberty, and Alcohol Drinking. *Cereb Cortex* 2016;26(10): 4101-21.
8. Townshend JM, Duka T. Binge drinking, cognitive performance and mood in a population of young social drinkers. *Alcohol Clin Exp Res* 2005; 29(3): 317-25.
9. Paljärvi T, Koskenvuo M, Poikolainen K, Kauhanen J, Sillanmäki L, Mäkelä P. Binge drinking and depressive symptoms: a 5-year population-based cohort study. *Addiction* 2009;104(7): 1168-78.
10. Hartley DE, Elsabagh S, File SE. Binge drinking and sex: effects on mood and cognitive function in healthy young volunteers. *Pharmacol Biochem Behav* 2004;78(3): 611-9.
11. Keyes KM, Hamilton A, Patrick ME, Schulenberg J. Diverging Trends in the Relationship Between Binge Drinking and Depressive Symptoms Among Adolescents in the U.S. From 1991 Through 2018. *J Adolesc Health* 2020; 66(5): 529-35.
12. Centre for Alcohol Studies. Patterns of alcohol consumption in the Thai population. Songkhla: Centre for Alcohol Studies; 2022.
13. Wayne WD. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 6th ed. New York: Wiley & Sons; 1995.
14. Chanpen U. Factors Influencing Problematic Drinking Among Adolescents in Khonkaen Province. Khonkaen: Khonkaen University; 2554.
15. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008; 8: 46.
16. Tonpornkrang R, Homsin P, Srisuriyawate R. Factors Related to Binge Drinking Among Male Vocational Students in Surin Province. *Journal of Public Health Nursing* 2016; 29(1): 29-42.
17. White HR, McMorris BJ, Catalano RF, Fleming CB, Haggerty KP, Abbott RD. Increases in alcohol and marijuana use during the transition out of high school into emerging adulthood: The effects of leaving home, going to college, and high school protective factors. *J Stud Alcohol* 2006;67(6): 810-22.
18. Krieger H, Young CM, Anthenien AM, Neighbors C. The Epidemiology of Binge Drinking Among College-Age Individuals in the United States. *Alcohol Res* 2018; 39(1): 23-30.
19. Nourse R, Adamshick P, Stoltzfus J. College Binge Drinking and Its Association with Depression and Anxiety: A Prospective Observational Study. *East Asian Arch Psychiatry* 2017; 27(1): 18-25.
20. Saetia S, Charoenporn V, Chareemboon T. Prevalence of gaming disorder and its association with depression and anxiety among undergraduate students at Thammasat university. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2023; 68(1): 26-35.
21. Weitzman ER, Nelson TF, Wechsler H. Taking up binge drinking in college: the influences of person, social group, and environment. *J Adolesc Health* 2003; 32(1): 26-35.
22. Wells S, Flynn A, Tremblay PF, Dumas T, Miller P, Graham K. Linking masculinity to negative drinking consequences: the mediating roles of heavy episodic drinking and alcohol expectancies. *J Stud Alcohol Drugs* 2014;75(3):510-9.
23. Rattanasumawong W, Rasmon Kalayasiri R, Saengcharnchai R. Current Models of Addiction and Controversy. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2018; 63(3): 295-306.
24. Brunborg GS, von Soest T, Burdzovic Andreas J. Adolescent income and binge drinking initiation: prospective evidence from the MyLife study. *Addiction* 2021; 116(6): 1389-98.
25. Ghadigaonkar DS, Murthy P. Sexual Dysfunction in Persons with Substance Use Disorders. *Journal of Psychosexual Health* 2019;1(2):117-21.

ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า และอิทธิพลความเชื่อ ด้านศาสนาของนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาในจังหวัดยะลา

อินชานี กะโต*, ศิริไชย หงษ์สงวนศรี*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกตลอดชีวิตและความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้ากับปัจจัยด้านความศรัทธาต่อศาสนา และประเภทโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดยะลา

วิธีการศึกษา การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ดำเนินการในเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 จำนวน 368 คน จากสถานศึกษา 4 แห่ง ในจังหวัดยะลา ได้แก่ โรงเรียนสามัญ 2 แห่ง และโรงเรียนเอกชนสอนศาสนา (โรงเรียนปอเนาะ) 2 แห่ง ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้ากับความศรัทธาต่อศาสนา และประเภทโรงเรียน

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง 368 คน อายุเฉลี่ย 14.7 ± 2.0 ปี เป็นเพศชาย 219 คน (ร้อยละ 59.5) และเพศหญิง 136 คน (ร้อยละ 37.0) พบความชุกตลอดชีวิตของการสูบบุหรี่ ร้อยละ 36.4 และการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 25.3 นักเรียนโรงเรียนปอเนาะมีความชุกของการสูบบุหรี่มากกว่าโรงเรียนสามัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 75.4 vs 15.1, $p < 0.001$) เช่นเดียวกับบุหรี่ไฟฟ้า (ร้อยละ 54.6 vs 9.2, $p < 0.001$) ในนักเรียนที่นับถือศาสนาอิสลาม พบว่าการปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาอย่างจริงจังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.048$ และ $p = 0.020$) และพบว่าปัจจัยอื่นที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า ได้แก่ สถานภาพครอบครัว การให้คำแนะนำของพ่อแม่ ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อวัน และผลการเรียน

สรุป นักเรียนโรงเรียนปอเนาะมีการสูบบุหรี่มากกว่านักเรียนโรงเรียนสามัญ และการปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาอย่างจริงจังมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า ดังนั้นการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าในจังหวัดยะลาควรมุ่งเน้นในนักเรียนโรงเรียนปอเนาะ โดยเฉพาะนักเรียนที่มีผลการเรียนในระดับต่ำ

คำสำคัญ บุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า วัยรุ่น ศาสนาอิสลาม โรงเรียนปอเนาะ

Corresponding author: ศิริไชย หงษ์สงวนศรี

E-mail: sirichai_hong@yahoo.com

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันรับ 21 มกราคม 2569 วันแก้ไข 10 กุมภาพันธ์ 2569 วันตอบรับ 20 กุมภาพันธ์ 2569

The Relationship between Smoking/E-cigarettes and The Influence of Religious Beliefs among Secondary School Students in Yala Province

Insanee Kado*, Sirichai Hongsanguansri*

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

ABSTRACT

Objective: To examine the lifetime prevalence of cigarette smoking and e-cigarette use and their associations with religious beliefs–related factors and school type among secondary school students in Yala Province.

Methods: This descriptive cross-sectional study was conducted in January 2025 using an online questionnaire. The study sample consisted of 368 students in grades 7 - 12 from four schools in Yala Province: two general secondary schools and two private Islamic religious schools (Pondok schools). Associations between cigarette smoking and e-cigarette use with religious beliefs and school type were analyzed.

Results: Among the 368 participants, the mean age was 14.7 ± 2.0 years; 219 were male (59.5%) and 136 were female (37.0%). The lifetime prevalence of cigarette smoking was 36.4%, and e-cigarette use was 25.3%. Students from Pondok schools had a significantly higher prevalence of cigarette smoking than those from general schools (75.4% vs. 15.1%, $p < 0.001$), as well as a higher prevalence of e-cigarette use (54.6% vs. 9.2%, $p < 0.001$). Among Muslim students, strict adherence to religious teachings was significantly associated with cigarette smoking and e-cigarette use ($p = 0.048$ and $p = 0.020$, respectively). Other factors associated with cigarette smoking and e-cigarette use included family structure, parental advice, daily allowance, and academic performance.

Conclusion: Students attending Pondok schools had higher rates of cigarette smoking than those in general schools, and strict adherence to religious teachings showed a statistically significant association with cigarette smoking and e-cigarette use. Therefore, smoking and e-cigarette prevention campaigns in Yala Province should focus on students in Pondok schools, particularly those with poor academic performance.

Keywords: cigarettes, e-cigarettes, adolescents, Islam, Pondok schools

Corresponding author: Sirichai Hongsanguansri

E-mail: sirichai_hong@yahoo.com

Received: 21 January 2026 Revised: 10 February 2026 Accepted: 20 February 2026

บทนำ

การสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญทั้งในประเทศไทยและนานาชาติ¹ แม้จะมีมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างจริงจัง แต่ปัญหาการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนยังมีความรุนแรงมากขึ้น งานวิจัยในประเทศไทยพบว่า ความชุกของการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษา ร้อยละ 11.5² และการศึกษาของ เรืองฤดี ปธานวนิช (2021)³ พบความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 7.2

แนวโน้มการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในประชากรไทยมีความชุกเพิ่มขึ้น สำนักงานสถิติแห่งชาติ⁴ รายงานว่าประชากรไทยที่มีอายุมากกว่า 15 ปี มีการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นจาก 48,336 คน ในปี พ.ศ. 2557 เป็น 78,742 คน ในปี พ.ศ. 2564 และการศึกษาของ บุญทรัพย์ ศักดิ์บุญญารัตน์ (2025)⁵ พบความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในผู้ชายไทยอายุ 18 - 26 ปี เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ 17.2 ในปี พ.ศ. 2565 เป็นร้อยละ 29.3 ในปี พ.ศ. 2567 แม้ประเทศไทยจะมีกฎหมายห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าแล้วก็ตาม⁶

เมื่อพิจารณาความชุกของการสูบบุหรี่ในแต่ละภาค พบว่าภาคใต้มีความชุกการสูบบุหรี่มากที่สุด และสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งประชากรนับถือศาสนาอิสลามประมาณร้อยละ 83.0⁷ มีความชุกของการสูบบุหรี่ ร้อยละ 22.0⁸

ศาสนาอิสลามมีบทบัญญัติว่าบุหรี่และสารเสพติดเป็นสิ่งต้องห้าม หรือ “หะรอม” ตามที่สำนักจุฬาราชมนตรีได้ออกคำวินิจฉัยทางศาสนา (ฟัตวา)⁹ และมีบทบาทสำคัญต่อวิถีชีวิตของประชาชน รวมถึงด้านการศึกษาที่มีสถานศึกษาเอกชนสอนศาสนาอิสลาม หรือที่เรียกว่า “โรงเรียนปอเนาะ” ซึ่งมุ่งเน้นการเรียนการสอนด้านศาสนาและการถ่ายทอดอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมมลายู¹⁰ จากการทบทวนวรรณกรรมของ Sukaina Alzyoud (2015)¹¹ พบว่าการปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน และ Rizal Faisal Basri (2021)¹² พบว่าความศรัทธาและการปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนาสามารถลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนได้

เนื่องจากสภาพแวดล้อม ภาวะเปื้อน และโครงสร้างทางสังคมของโรงเรียนปอเนาะอาจมีความแตกต่างจากโรงเรียนสามัญ แต่ยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างโรงเรียนสามัญกับโรงเรียนปอเนาะต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าในพื้นที่ที่ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม มีความเป็นไปได้ว่าปัจจัยด้านความศรัทธาทางศาสนาและประเภทโรงเรียนอาจมี

อิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าทั้งในโรงเรียนสามัญและโรงเรียนปอเนาะ ในจังหวัดยะลา ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความศรัทธาต่อศาสนา และปัจจัยอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความชุกของการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ในจังหวัดยะลา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความศรัทธาต่อศาสนาและพฤติกรรมการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า ทั้งในโรงเรียนสามัญและโรงเรียนปอเนาะ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า เช่น เพศ ประเภทโรงเรียน ระดับชั้นเรียน ผลการเรียน ปัจจัยด้านครอบครัวและการเลี้ยงดู เป็นต้น

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบสำรวจ (survey research) เชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) ดำเนินการในจังหวัดยะลา เพื่อศึกษาความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้ากับความเชื่อทางศาสนาในนักเรียนมัธยมศึกษา ชั้นปีที่ 1 - 6

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ชั้นปีที่ 1 - 6 ในจังหวัดยะลา ใช้วิธี convenience เลือกโรงเรียน 4 แห่ง จากโรงเรียนสามัญ 2 แห่ง และโรงเรียนปอเนาะ 2 แห่ง ซึ่งเป็นสถานศึกษาที่มีลักษณะทางการเรียนการสอนแตกต่างกัน โดยโรงเรียนสามัญเป็นโรงเรียนในระบบการศึกษาขั้นพื้นฐานของรัฐบาล ส่วนโรงเรียนปอเนาะเป็นสถานศึกษาที่เน้นการเรียนการสอนศาสนาอิสลามควบคู่กับวิชาสามัญ โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

1. นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 ปีการศึกษา 2568
2. สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้
3. สามารถตอบแบบสอบถามออนไลน์ได้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรสำหรับการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรในการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ดังนี้

Fomula (ref):

$$n = \frac{Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} p(1-p)}{d^2}$$

Proportion (p) = 0.18

โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($Z = 1.96$) ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (d) เท่ากับ 0.05 และค่าความซุกที่คาดหวัง (p) เท่ากับ 0.18 อ้างอิงจากการศึกษาก่อนหน้าที่รายงานความซุกของการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นมุสลิมร้อยละ 18²⁰ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 438 คน ในการดำเนินการจริง ผู้วิจัยได้เชิญนักเรียนเข้าร่วมการศึกษา 438 คน และมีผู้ตอบแบบสอบถามสมบูรณ์ จำนวน 368 คน คิดเป็นอัตราการตอบแบบสอบถาม (response rate) ร้อยละ 84.0

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามผ่าน Google Form หลังได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้บริหารสถานศึกษา ผ่านการประชาสัมพันธ์จากครูที่รับผิดชอบในแต่ละโรงเรียน โดยครูเป็นผู้ส่ง Google Form ให้ผู้ปกครองตอบแสดงความยินยอมก่อน จึงให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม - สิงหาคม พ.ศ. 2568 โดยแบบสอบถามประกอบด้วย

1. ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ เช่น อายุ เพศ ระดับชั้นที่ศึกษา ประเภทโรงเรียน ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPAX) สถานภาพครอบครัว สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อวัน การนับถือศาสนาและระดับความศรัทธาในศาสนา
2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า จำแนกเป็น “ผู้สูบ” อย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต (lifetime prevalence) และ “ผู้ไม่สูบ”
3. ความเชื่อ/ศรัทธาต่อศาสนา ประเมินโดยแบบสอบถาม ประมาณค่า 3 ระดับ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่
 - 1) ระดับความเชื่อ/ศรัทธาในศาสนาที่นับถือ (น้อย ปานกลาง มาก)
 - 2) การนำหลักคำสอนทางศาสนามาใช้ในชีวิตประจำวัน (น้อย ปานกลาง มาก)
 - 3) ผลคำสอนทางศาสนามีผลต่อการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า (มีผลมากที่สุด มีผลปานกลาง มีผลเล็กน้อยไม่มีผลเลย)

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการวิจัยได้รับอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (IRB MURA 2025/143) ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับอนุญาตจากผู้บริหารสถานศึกษา นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้ปกครองในการให้นักเรียนเข้าร่วมการวิจัย โดยให้ลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งเป็นไปด้วยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาตามความประสงค์ของผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ และการนำเสนอผลการศึกษานำเสนอในภาพรวมโดยไม่มีการระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติดำเนินการโดยใช้โปรแกรม Stata version 18.0 เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา เป็นความถี่ และร้อยละ เพื่อสรุปลักษณะประชากรและความซุกของการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า ใช้ Chi-square test เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนตามประเภทโรงเรียนและการนับถือศาสนา และใช้ Stepwise logistic regression analysis เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าของแต่ละประเภทโรงเรียน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 368 คน เป็นเพศชาย 219 คน (ร้อยละ 59.5) เพศหญิง 136 คน (ร้อยละ 37.0) และผู้ที่ระบุอัตลักษณ์ทางเพศอื่นนอกเหนือจากชายหรือหญิง (LGBTQ+) 13 คน (ร้อยละ 3.5) อายุเฉลี่ย 14.7 ± 2.0 ปี นับถือศาสนาพุทธ 201 คน (ร้อยละ 54.6) อิสลาม 165 คน (ร้อยละ 44.8) และคริสต์ 2 คน (ร้อยละ 0.5) เป็นนักเรียนโรงเรียนสามัญ 238 คน (ร้อยละ 64.7) โดยในโรงเรียนสามัญ นับถือศาสนาพุทธ 200 คน (ร้อยละ 84.8) และศาสนาอิสลาม 36 คน (ร้อยละ 15.3) และโรงเรียนปอเนาะ 130 คน (ร้อยละ 35.3) เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 223 คน (ร้อยละ 60.6) และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย 145 คน (ร้อยละ 39.4) ผลการเรียนต่ำกว่า 2.00 จำนวน 25 คน (ร้อยละ 6.8) ผลการเรียนระหว่าง 2.01 - 3.00 จำนวน 132 คน (ร้อยละ 35.9) และผลการเรียนระหว่าง 3.01 - 4.00 จำนวน 211 คน (ร้อยละ 57.3)

ด้านสถานภาพครอบครัวพบว่า พ่อแม่อาศัยอยู่ด้วยกัน 267 คน (ร้อยละ 72.6) หย่าร้าง 84 คน (ร้อยละ 22.8) และพ่อ/แม่ เสียชีวิต 17 คน (ร้อยละ 4.6) สำหรับสถานะทางเศรษฐกิจ และสังคม พบว่ามีรายได้เท่ากับรายจ่ายมากที่สุด 89 คน (ร้อยละ 24.2) ด้านค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากผู้ปกครองต่อวัน พบว่าส่วนใหญ่ ได้รับเงินน้อยกว่า 100 บาทต่อวัน 200 คน (ร้อยละ 54.4) รองลงมา คือ 101 - 200 บาทต่อวัน จำนวน 141 คน (ร้อยละ 38.3)

สำหรับปัจจัยครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพ่อสูบบุหรี่ 128 คน (ร้อยละ 34.8) แม่สูบบุหรี่ 10 คน (ร้อยละ 2.9) พี่น้อง สูบบุหรี่ 62 คน (ร้อยละ 19.4) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับ คำแนะนำจากผู้ปกครองเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ 238 คน (ร้อยละ 82.6) ดังแสดงในตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าอย่างน้อย 1 ครั้ง ในชีวิต (lifetime prevalence) พบว่ามีผู้ที่สูบบุหรี่ จำนวน 134 คน (ร้อยละ 36.4) สูบบุหรี่ไฟฟ้า 93 คน (ร้อยละ 25.3) และสูบบุหรี่ และบุหรี่ไฟฟ้า 87 คน (ร้อยละ 23.6) เพศชายมีความชุกของการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (บุหรี่ย้อยละ 50.2 vs 12.5, $p < 0.001$, บุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 34.7 vs 8.1, $p < 0.001$) สำหรับแบบแผนการสูบบุหรี่ในกลุ่มตัวอย่าง ที่สูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่มวนอย่างเดียว 1 คน (ร้อยละ 0.7) สูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างเดียว 7 คน (ร้อยละ 5.0) เริ่ม สูบบุหรี่มวนก่อนบุหรี่ไฟฟ้า 39 คน (ร้อยละ 27.9) เริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้า ก่อนแล้วจึงสูบบุหรี่มวน 32 คน (ร้อยละ 22.9) และไม่ประสงค์ตอบ 61 คน (ร้อยละ 35.9)

นักเรียนที่นับถือศาสนาอิสลามมีความชุกการสูบบุหรี่ และบุหรี่ไฟฟ้าสูงกว่านักเรียนที่นับถือศาสนาพุทธอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (บุหรี่ย้อยละ 62.4 vs 15.4, $p < 0.001$, บุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 43.6 vs 10.5, $p < 0.001$)

ปัจจัยอื่นที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่และบุหรี่ ไฟฟ้า ได้แก่ ระดับชั้นที่ศึกษา ผลการเรียน ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อวัน การสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว และการได้รับคำแนะนำ จากผู้ปกครอง ในขณะที่สถานภาพครอบครัวและสถานะทาง เศรษฐกิจและสังคมไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

การวิเคราะห์ตามประเภทโรงเรียน

กลุ่มตัวอย่างนักเรียนโรงเรียนปอเนาะมีความชุกการ สูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าสูงกว่าโรงเรียนสามัญอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (บุหรี่ย้อยละ 75.4 vs 15.1, $p < 0.001$, บุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 54.6 vs 9.2, $p < 0.001$) เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบนักเรียน โรงเรียนสามัญที่นับถือศาสนาพุทธและอิสลามแล้วพบว่า ความชุก ของการสูบบุหรี่ (พุทธ ร้อยละ 15.5 vs อิสลาม ร้อยละ 13.9, $p = 0.805$) และบุหรี่ไฟฟ้า (พุทธ ร้อยละ 10.5 vs อิสลาม ร้อยละ 2.78, $p = 0.142$) โดยมีความชุกของการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าใน เพศชายและเพศหญิง ดังแสดงในตารางที่ 2

ในนักเรียนที่นับถือศาสนาพุทธ พบว่าความเชื่อ/ศรัทธา ต่อศาสนา และการปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนาไม่สัมพันธ์กับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่นักเรียนที่นับถือศาสนาอิสลาม ความเชื่อ/ศรัทธาต่อศาสนา ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ แต่การปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนาอย่างจริงจังมี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (บุหรี่ย้อยละ $p = 0.048$ และบุหรี่ไฟฟ้า $p = 0.020$) ดังแสดงในตารางที่ 3

สำหรับคำถาม ท่านคิดว่าคำสอนของศาสนามีผลต่อการ สูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้ามากแค่ไหน กลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนา พุทธ ร้อยละ 50.7 ตอบว่า มีผลปานกลาง อิสลาม ร้อยละ 49.7 ตอบว่า มีผลมากในนักเรียนที่นับถือศาสนาพุทธไม่พบความ สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างความคิดว่าคำสอน ศาสนามีผลต่อการสูบบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า และการสูบบุหรี่/ บุหรี่ไฟฟ้าจริง ส่วนนักเรียนที่นับถือศาสนาอิสลามพบความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการสูบบุหรี่ ($p = 0.002$) และ บุหรี่ไฟฟ้า ($p = 0.012$) โดยนักเรียนที่ตอบว่าคำสอนศาสนามี ผลต่อการสูบบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้าในระดับมากมีสัดส่วนผู้ไม่สูบบุหรี่สูงกว่า

การวิเคราะห์โดยใช้วิธี Stepwise logistic regression พบว่าในกลุ่มนักเรียนโรงเรียนสามัญ ปัจจัยที่สัมพันธ์ กับการสูบบุหรี่ ได้แก่ สถานภาพครอบครัว (OR 2.19, 95% CI 1.04 - 4.58, $p = 0.038$) และค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อวัน (OR 1.75, 95% CI 1.11 - 2.85, $p = 0.017$) ส่วนบุหรี่ไฟฟ้า ได้แก่ สถานภาพ ครอบครัว (OR 3.10, 95% CI 1.25 - 7.67, $p = 0.015$) และการได้รับคำแนะนำจากผู้ปกครองเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ (OR 3.25, 95% CI 1.03 - 10.11, $p = 0.043$) ส่วนกลุ่มนักเรียนโรงเรียน ปอเนาะ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า คือ ผลการเรียนเพียงปัจจัยเดียว (บุหรี่ย้อยละ OR = 0.50, 95% CI 0.27 - 0.94, $p = 0.031$ และบุหรี่ไฟฟ้า OR = 0.69, 95% CI 0.50 - 0.96, $p = 0.026$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (จำนวน 368 คน)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	ชาย 219 (59.5)
	หญิง 136 (37.0)
	LGBTQ+ 13 (3.5)
ศาสนา	พุทธ 201 (54.6)
	อิสลาม 165 (44.8)
	คริสต์ 2 (0.5)
ประเภทโรงเรียน	สามัญ 238 (64.7)
	ปอเนาะ 130 (35.3)
ระดับชั้น	มัธยมต้น 223 (60.6)
	มัธยมปลาย 145 (39.4)
ผลการเรียน	≤ 2.00 25 (6.8)
	2.01 - 3.00 132 (35.9)
	3.01 - 4.00 211 (57.3)
สถานภาพครอบครัว	อยู่ด้วยกัน 267 (72.6)
	พ่อ/แม่เสียชีวิต 17 (4.6)
	หย่าร้าง 84 (22.8)
สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม	รายได้มากกว่ารายจ่าย 57 (15.5)
	ไม่มีหนี้สิน
	รายได้เท่ากับรายจ่าย 89 (24.2)
	รายได้มากกว่ารายจ่าย 57 (15.5)
	มีหนี้สิน
	รายได้ไม่พอใช้ 23 (6.3)
	มีหนี้สิน

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
เงินที่ผู้ปกครองให้ต่อวัน (บาท)	> 300 16 (4.4)
	200 - 300 11 (3.0)
	101 - 200 141 (38.3)
	< 100 200 (54.4)
การสูบบุหรี่ของพ่อ	ไม่สูบบุหรี่ 196 (53.3)
	สูบบุหรี่ 128 (34.8)
การสูบบุหรี่ของแม่	ไม่สูบบุหรี่ 336 (97.1)
	สูบบุหรี่ 10 (2.9)
การสูบบุหรี่ของพี่/น้อง	ไม่สูบบุหรี่ 258 (80.6)
	สูบบุหรี่ 62 (19.4)
คำแนะนำจากผู้ปกครอง	แนะนำ 238 (82.6)
	ไม่แนะนำ 50 (17.4)

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้พบความชุกของการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 36.4 และ 25.3 ตามลำดับ โดยเพศชายมีความชุกสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนระดับมัธยมศึกษาในบางพื้นที่ของประเทศไทยซึ่งพบความชุกประมาณร้อยละ 30.0 - 32.0^{13,14} ในขณะที่การรายงานระดับประเทศพบความชุกเพียงร้อยละ 11.5² ความชุกที่สูงกว่านี้อาจอธิบายได้จากลักษณะเฉพาะของกลุ่มตัวอย่างที่มาจากพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งมีบริบทด้านสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างจากภาพรวมระดับประเทศ รวมถึงระบบการศึกษาที่มีลักษณะเฉพาะท้องถิ่นด้วย

เมื่อพิจารณาตามประเภทโรงเรียนพบว่านักเรียนโรงเรียนปอเนาะมีความชุกของการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าสูงกว่าโรงเรียนสามัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (บุหรี่ ร้อยละ 75.4 vs 15.1, $p < 0.001$, บุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 54.6 vs 9.2, $p < 0.001$) ส่วนนักเรียนโรงเรียนสามัญ ความชุกของการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าไม่แตกต่างกันระหว่างนักเรียนที่นับถือศาสนาพุทธและอิสลาม (บุหรี่ พุทธ ร้อยละ 15.5 vs อิสลาม ร้อยละ 13.9, $p = 0.805$ และบุหรี่ไฟฟ้า พุทธ ร้อยละ 10.5 vs อิสลาม ร้อยละ 2.78, $p = 0.142$)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าประเภทของสถานศึกษาน่าจะมีบทบาทต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าการนับถือศาสนา โดยนักเรียนโรงเรียนปอเนาะอยู่ในบริบททางการศึกษาที่แตกต่างจากโรงเรียนสามัญ ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Renny Nurhasana (2020)¹⁵ ในประเทศอินโดนีเซียที่พบความชุกของการสูบบุหรี่ในโรงเรียนปอเนาะสูงถึงร้อยละ 62.5 อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีงานวิจัยที่เปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าระหว่างนักเรียนโรงเรียนปอเนาะกับโรงเรียนสามัญโดยตรง ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงช่วยเติมเต็มองค์ความรู้เกี่ยวกับความแตกต่างของพฤติกรรมการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า ตามประเภทโรงเรียนในบริบทของจังหวัดชายแดนภาคใต้

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า โดยวิธี Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ข้อมูล	รวม จำนวน (ร้อยละ)	บุหรี่	P-value	บุหรี่ไฟฟ้า	P-value	
		จำนวน (ร้อยละ) 134 (36.4)		จำนวน (ร้อยละ) 93 (25.3)		
เพศ	ชาย	219 (59.5)	110 (50.2)	< 0.001	76 (34.7)	< 0.001
	หญิง	136 (37.0)	17 (12.5)		11 (8.1)	
ศาสนา	พุทธ	201 (54.6)	31 (15.4)	< 0.001	21 (10.5)	< 0.001
	อิสลาม	165 (44.8)	103 (62.4)		72 (43.6)	
ประเภทโรงเรียน	สามัญ	238 (64.7)	36 (15.1)	< 0.001	22 (9.2)	< 0.001
	ปอเนาะ	130 (35.3)	98 (75.4)		71 (54.6)	
ระดับชั้น	มัธยมต้น	223 (60.6)	69 (30.9)	0.007	47 (21.1)	0.022
	มัธยมปลาย	145 (39.4)	65 (44.8)		46 (31.7)	
ผลการเรียน	≤ 2.00	25 (6.8)	15 (60.0)	< 0.001	14 (56.0)	< 0.001
	2.01 - 3.00	132 (35.9)	59 (44.7)		37 (28.0)	
	3.01 - 4.00	211 (57.3)	60 (28.4)		42 (19.9)	
สถานภาพครอบครัว	อยู่ด้วยกัน	267 (72.6)	101 (37.8)	0.107	68 (25.5)	0.543
	พ่อ/แม่เสียชีวิต	17 (4.6)	9 (52.9)		6 (35.3)	
	หย่าร้าง	84 (22.8)	24 (28.6)		19 (22.6)	
สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม	รายได้มากกว่ารายจ่าย ไม่มีหนี้สิน	57 (15.5)	17 (29.8)	0.428	15 (26.3)	0.585
	รายได้เท่ากับรายจ่าย	89 (24.2)	38 (42.7)		28 (31.5)	
	รายได้มากกว่ารายจ่าย มีหนี้สิน	57 (15.5)	17 (29.8)		12 (21.1)	
	รายได้ไม่พอใช้ มีหนี้สิน	23 (6.3)	8 (34.8)		5 (21.7)	
เงินที่ผู้ปกครองให้ต่อวัน (บาท)	> 300	16 (4.4)	9 (56.3)	0.003	8 (50.0)	0.041
	200 - 300	11 (3.0)	6 (54.6)		4 (36.4)	
	101 - 200	141 (38.3)	36 (25.5)		28 (19.9)	
	< 100	200 (54.4)	83 (41.5)		53 (26.5)	
การสูบบุหรี่ของพ่อ	ไม่สูบบุหรี่	196 (53.3)	59 (30.1)	0.005	44 (22.5)	0.341
	สูบบุหรี่	128 (34.8)	61 (47.7)		38 (29.7)	
การสูบบุหรี่ของแม่	ไม่สูบบุหรี่	336 (97.1)	116 (34.5)	0.009	79 (23.5)	< 0.001
	สูบบุหรี่	10 (2.9)	8 (80.0)		8 (80.0)	
การสูบบุหรี่ของพี่/น้อง	ไม่สูบบุหรี่	258 (80.6)	72 (27.9)	< 0.001	53 (20.5)	< 0.001
	สูบบุหรี่	62 (19.4)	46 (74.2)		28 (45.2)	
คำแนะนำจากผู้ปกครอง	แนะนำ	238 (82.6)	89 (37.4)	< 0.001	63 (26.5)	0.002
	ไม่แนะนำ	50 (17.4)	31 (62.0)		20 (40.0)	

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านศาสนากับการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าจำแนกตามศาสนา โดยวิธี Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ประเภทการสูบ	ข้อมูล	ระดับ	พุทธ			อิสลาม		
			สูบบุหรี่ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่สูบบุหรี่ จำนวน (ร้อยละ)	P-value	สูบบุหรี่ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่สูบบุหรี่ จำนวน (ร้อยละ)	P-value
บุหรี่	ความเชื่อ/ศรัทธาต่อศาสนา	มาก	8 (25.8)	41 (24.1)	0.380	71 (69.0)	49 (79.0)	0.110
		ปานกลาง	22 (71.0)	119 (70.0)		22 (21.4)	12 (19.4)	
		น้อย	1 (3.2)	10 (5.9)		10 (9.7)	1 (1.6)	
	การปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนา	มาก	3 (9.7)	21 (12.4)	0.683	51 (49.5)	34 (54.8)	0.048
		ปานกลาง	26 (83.9)	131 (77.1)		39 (37.9)	27 (43.5)	
		น้อย	2 (6.5)	18 (10.6)		13 (12.6)	1 (1.6)	
	ผลของคำสอนศาสนาต่อพฤติกรรมการสูบ	มาก	9 (29.0)	51 (32.0)	0.887	41 (39.8)	41 (66.1)	0.002
		ปานกลาง	15 (48.4)	87 (51.2)		33 (32.0)	15 (24.2)	
		น้อย	7 (22.6)	32 (18.8)		29 (28.2)	6 (9.7)	
บุหรี่ไฟฟ้า	ความเชื่อ/ศรัทธาต่อศาสนา	มาก	6 (28.6)	43 (23.9)	0.891	47 (65.3)	73 (78.5)	0.070
		ปานกลาง	14 (66.7)	127 (70.6)		17 (23.6)	17 (18.3)	
		น้อย	1 (4.8)	10 (5.6)		8 (11.1)	3 (3.2)	
	การปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนา	มาก	3 (14.3)	21 (11.7)	0.270	33 (45.8)	52 (55.9)	0.020
		ปานกลาง	18 (85.7)	139 (77.2)		28 (38.9)	38 (40.9)	
		น้อย	0 (0.0)	20 (11.1)		11 (15.3)	3 (3.2)	
	ผลของคำสอนศาสนาต่อพฤติกรรมการสูบ	มาก	8 (38.1)	52 (28.9)	0.470	30 (41.7)	52 (55.9)	0.012
		ปานกลาง	8 (38.1)	94 (52.2)		19 (26.4)	29 (31.2)	
		น้อย	5 (23.8)	34 (18.9)		23 (31.9)	12 (12.9)	

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าแยกตามประเภทโรงเรียน โดยวิธี Stepwise logistic regression analysis

ประเภทโรงเรียน	ประเภทการสูบ	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบ	OR	95% CI	P-value
โรงเรียนสามัญ	บุหรี่	ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อวัน	1.75	1.11 - 2.85	0.017
		สถานภาพครอบครัว	2.19	1.04 - 4.58	0.038
	บุหรี่ไฟฟ้า	การได้รับคำแนะนำจากผู้ปกครอง	3.26	1.04 - 10.20	0.043
		สถานภาพครอบครัว	3.10	1.25 - 7.67	0.015
โรงเรียนปอเนาะ	บุหรี่	ผลการเรียน	0.50	0.27 - 0.94	0.031
	บุหรี่ไฟฟ้า	ผลการเรียน	0.69	0.49 - 0.96	0.026

สาเหตุที่นักเรียนโรงเรียนปอเนาะมีความชุกของการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าสูงกว่านักเรียนโรงเรียนสามัญ อาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมและบริบททางการศึกษาของแต่ละประเภทโรงเรียน โดยในการศึกษานี้พบว่าผลการเรียนเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มนักเรียนโรงเรียนปอเนาะ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าที่รายงานว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ต่ำอาจสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในวัยรุ่น อย่างไรก็ตาม การอธิบายความแตกต่างด้านผลการเรียนระหว่างโรงเรียนปอเนาะและโรงเรียนสามัญควรพิจารณาด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากระบบการจัดการศึกษา หลักสูตร จุดมุ่งหมายทางการศึกษา และลักษณะประชากรผู้เรียนของแต่ละประเภทโรงเรียนมีความแตกต่างกัน การศึกษานี้จึงได้ออกแบบเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพหรือประสิทธิผลทางการศึกษาของแต่ละประเภทโรงเรียนโดยตรง ดังนั้น ความแตกต่างของความชุกในการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าที่พบ อาจสะท้อนบริบททางสังคมสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน รูปแบบการกำกับดูแลนักเรียน ตลอดจนโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ มากกว่าปัจจัยด้านศาสนาหรือผลการเรียนเพียงประการเดียว ผลการศึกษานี้จึงชี้ให้เห็นว่าปัจจัยเชิงโครงสร้างของสถานศึกษาอาจมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน ทั้งนี้ การวิจัยในอนาคตควรมีการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับหลักสูตร รูปแบบการจัดการเรียนการสอน ระบบประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และบริบททางสังคมของสถานศึกษาเพื่อทำความเข้าใจกลไกที่เกี่ยวข้องได้อย่างครอบคลุมยิ่งขึ้น

สำหรับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าพบความชุกร้อยละ 25.3 ซึ่งสูงกว่าผลการศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่รายงานความชุกเพียงร้อยละ 7.2 เมื่อปี 2021³ แสดงให้เห็นว่าความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากบุหรี่ไฟฟ้าสามารถเข้าถึงวัยรุ่นได้อย่างแพร่หลายและรวดเร็วมากขึ้น ผลการศึกษานี้

ยังสอดคล้องกับข้อมูลระดับโลกที่พบความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียน ร้อยละ 22.7¹ และการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบความชุกของการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 5.4¹⁶ และนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 10.1 ซึ่งสนับสนุนว่าพฤติกรรมการใช้ยาสูบยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ⁵

เมื่อพิจารณาแบบแผนการสูบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เริ่มสูบบุหรี่มวนก่อนบุหรี่ไฟฟ้าและเริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าก่อนแล้วจึงสูบบุหรี่มวนในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (39 คน และ 32 คน ตามลำดับ) สะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมการใช้ยาสูบในวัยรุ่นอาจเกิดขึ้นได้ทั้งสองทิศทาง โดยกลุ่มที่เริ่มจากบุหรี่มวนมีแนวโน้มที่จะทดลองบุหรี่ไฟฟ้าในภายหลัง ในขณะที่เดียวกับการเริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการสูบบุหรี่มวน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยระดับนานาชาติที่พบว่าทั้งบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าเป็น gateway product¹⁷⁻¹⁹ ที่นำไปสู่การใช้สารนิโคตินรูปแบบอื่นต่อไป

ในประเด็นด้านศาสนา พบว่านักเรียนที่นับถือศาสนาอิสลามในโรงเรียนปอเนาะมีความชุกของการสูบทั้งบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าสูงมาก สอดคล้องกับงานวิจัยในสหรัฐอเมริกาที่พบว่านักเรียนมัธยมที่นับถือศาสนาอิสลามมีความชุกการสูบบุหรี่สูงถึงร้อยละ 45.0²⁰ ผลการศึกษานี้ยังแสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติตามหลักคำสอนศาสนาอย่างจริงจังและความคิดว่าหลักคำสอนศาสนามีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มนักเรียนที่นับถือศาสนาอิสลาม แสดงว่าการส่งเสริมให้มีความศรัทธาและปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนาน่าจะมีความสำคัญต่อการป้องกันการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าได้^{21,22}

งานวิจัยในหลายประเทศที่มีประชากรมุสลิมจำนวนมาก พบความชุกของพฤติกรรมการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าในระดับสูง²³

ถึงแม้ว่าปัจจุบันมีคำวินิจฉัยทางศาสนา (ฟัตวา) ที่กำหนดให้ การสูบบุหรี่เป็นสิ่งต้องห้าม (หะรอม)^{24,25} ในหลายประเทศ รวมทั้ง ประเทศไทยด้วย⁹ แต่การตีความคำสอนทางศาสนายังคงมีความหลากหลาย²⁶ อย่างไรก็ตาม นอกจากความศรัทธาและปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนาแล้ว ยังต้องคำนึงถึงปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมอย่างอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการรณรงค์เพื่อลดการสูบบุหรี่ในเด็กและวัยรุ่นด้วย

ผลการวิเคราะห์ใช้วิธี Stepwise logistic regression analysis ยังพบว่าปัจจัยอื่นที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า และยังมีผลแตกต่างในแต่ละประเภทของโรงเรียนด้วย ในกลุ่มนักเรียนโรงเรียนปอเนาะ พบว่าผลการเรียนเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักเรียนที่มีผลการเรียนดีมีโอกาสสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกรุงเทพมหานครที่พบว่า นักเรียนที่มีผลการเรียนต่ำ (GPA \leq 2.00) มีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ²⁷ ส่วนกลุ่มนักเรียนโรงเรียนสามัญพบว่า สถานภาพครอบครัวที่พ่อแม่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน เงินที่ผู้ปกครองให้ต่อวันที่สูงขึ้น และการไม่ได้รับคำแนะนำจากผู้ปกครองเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่เน้นบทบาทของโครงสร้างครอบครัว และการสื่อสารของผู้ปกครองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน^{28,29}

แม้ว่างานวิจัยก่อนหน้านี้จะพบว่าความศรัทธาทางศาสนาอาจมีบทบาทในการยับยั้งพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ¹¹ แต่ผลการศึกษาพบว่าศาสนาไม่ได้เป็นตัวพยากรณ์อิสระของพฤติกรรมการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า หลังควบคุมปัจจัยด้านบริบทและโครงสร้างแล้ว ในทางตรงกันข้ามบริบทของสถาบันการศึกษา โดยเฉพาะโรงเรียนปอเนาะมีความสำคัญมากกว่า ผลการศึกษานี้มีนัยสำคัญต่อการวางแผนมาตรการป้องกันการสูบบุหรี่ในพื้นที่จังหวัดยะลา โดยเฉพาะในบริบทโรงเรียนปอเนาะที่พบความชุกของการสูบบุหรี่สูง จึงควรพิจารณามาตรการ ดังนี้

1. มาตรการเชิงรุกในโรงเรียนปอเนาะ เนื่องจากพบความชุกของการสูบบุหรี่สูงถึงร้อยละ 75.4 และบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 54.6 หน่วยงานสาธารณสุขควรร่วมมือกับผู้นำศาสนา (โต๊ะครู) เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับฟัตวา (คำวินิจฉัย) ที่ห้ามสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า
2. การเน้นกลุ่มนักเรียนที่มีผลการเรียนต่ำ โดยมีการสื่อสารกับครูหรือผู้ปกครองในการเฝ้าระวังดูแลเรื่องการสูบบุหรี่ในกลุ่มนักเรียนที่มีปัญหาการเรียน

3. การสื่อสารในครอบครัว สำหรับโรงเรียนสามัญ ปัจจัยด้านครอบครัวและการให้คำแนะนำของพ่อแม่มีบทบาทสำคัญ จึงควรมีโปรแกรมส่งเสริมความสัมพันธ์และการสื่อสารเชิงบวกภายในครอบครัวร่วมด้วย

ข้อจำกัด

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) จึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (causal relationship) ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างชัดเจน ดังนั้นการศึกษาดูตามในระยะยาวจึงจำเป็นเพื่อช่วยอธิบายกลไกและความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี convenience sampling อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่เป็นตัวแทนของนักเรียนมัธยมศึกษาโดยรวม ส่งผลให้การนำผลการศึกษาไปอ้างอิงในบริบทอื่นมีข้อจำกัด การเก็บข้อมูลในงานวิจัยนี้ใช้การรายงานด้วยตนเองของผู้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งอาจทำให้เกิดอคติจากการรายงานที่ต่ำกว่าความเป็นจริง (underreporting) โดยเฉพาะพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ทางสังคม เช่น การสูบบุหรี่ในกลุ่มเพศหญิง หรือในบริบทที่มีบรรทัดฐานทางศาสนาเข้มงวด การใช้แหล่งข้อมูลจากบุคคลรอบข้าง เช่น ครู เพื่อน หรือผู้ปกครองร่วมด้วย อาจช่วยลดอคติดังกล่าวและเพิ่มความถูกต้องของข้อมูลได้นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ร่วมมือตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อาจเป็นข้อจำกัดต่อการสรุปผลไปยังนักเรียนมัธยมศึกษาโดยรวมได้ อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้มีจุดแข็งซึ่งแสดงให้เห็นว่าบริบทของสถานศึกษา โดยเฉพาะประเภทโรงเรียน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าการนับถือศาสนาเพียงอย่างเดียว อีกทั้งยังได้วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยจำแนกตามประเภทโรงเรียน ซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษาลักษณะนี้มาก่อน สำหรับการวิจัยในอนาคตควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ควรมีการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่ม (focus group) เพื่ออธิบายเหตุผลเชิงบริบท “ทำไม” นักเรียนในโรงเรียนปอเนาะจึงมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่า ทั้งที่มีการสอนศาสนาอย่างเข้มข้นรวมทั้งการขยายขอบเขตการเก็บข้อมูล เพิ่มจำนวนโรงเรียนและกระจายระดับชั้นให้สมดุลมากขึ้น เพื่อลดความเอนเอียงของข้อมูล ตลอดจนการศึกษาระยะยาว (longitudinal study) เพื่อติดตามพฤติกรรมและดูว่าปัจจัยด้านศาสนาหรือสภาพแวดล้อม

ในโรงเรียนส่งผลการเริ่มต้นสูบบุหรี่ (initiation) หรือการเลิกสูบบุหรี่ (cessation) อย่างไร เมื่อเวลาผ่านไป

สรุป

ประเภทโรงเรียนโดยเฉพาะการเข้าเรียนในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาหรือโรงเรียนปอเนาะ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงในการใช้ทั้งบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มวัยรุ่นจังหวัดยะลา มากกว่าการนับถือศาสนาเพียงอย่างเดียว ทั้งนี้ผลการเรียนที่ดีเป็นปัจจัยป้องกันต่อพฤติกรรมดังกล่าว ดังนั้นการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าในจังหวัดยะลาควรมุ่งเน้นในนักเรียนโรงเรียนปอเนาะ โดยเฉพาะนักเรียนที่มีผลการเรียนไม่ดี

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณ นักเรียน ผู้ปกครอง และผู้บริหารโรงเรียน สำหรับความร่วมมือในการวิจัยนี้ ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาที่ให้การดูแลและคำแนะนำการทำให้วิจัยเป็นอย่างไร โดยงานวิจัยนี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากหน่วยงานใดทั้งสิ้น

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ทีมผู้วิจัยไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใดๆ ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อมในการดำเนินการวิจัย

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

อินชานี กะโศ: แนวคิด การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ; ศิริไชย หงษ์สงวนศรี: แนวคิด การออกแบบการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล และการตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Gebeyehu NA, Gelaw KA, Atalay YA, Walle BG, Gesese MM, Admass BA, et al. Global prevalence of e-cigarette use among students: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2025;20(12):e0332160.
2. Adebisi YA, Phungdee T, Saokaew S, Lucero-Priso DE. Prevalence and determinants of current cigarette smoking among adolescents in Thailand: evidence from the 2021 Global School-Based Health Survey. *J Res Health Sci* 2024;24(2):e00610.
3. Patanavanich R, Aekplakorn W, Glantz SA. Use of e-cigarettes and associated factors among youth in Thailand. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(15):7784.
4. Department of Disease Control, Ministry of Public Health,

Thailand. Information on electronic cigarettes: academic data [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2024 [cited 2025 Dec 21]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1589020240719032342.pdf>

5. Sakboonyarat B, Poovieng J, Jongcherdchootrakul K, Hempatawee N, Hatthachote P, Mungthin M, Rangsin R. Emerging trends and determinants of electronic cigarette use among young Thai men, 2022–2024. *BMC Public Health* 2025;25:384.
6. Ministry of Public Health, Thailand. Tobacco Product Control Act, B.E. 2560 (2017) [Internet]. Bangkok: Ministry of Public Health; 2022 [cited 2025 Dec 22]. Available from: <https://mahidol.ac.th/temp/2022/04/smoke1.pdf>
7. National Statistical Office, Thailand. Tobacco consumption among Thai population aged 15 years and older, 2021 [Internet]. Bangkok: National Statistical Office; 2023 [cited 2025 Dec 22]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20250401100215_15169.pdf
8. National Statistical Office, Thailand. Regional statistical development plan: southern border provinces group [Internet]. Bangkok: National Statistical Office; 2014 [cited 2025 Dec 21]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/province_group/2023/20231009114721_23351.pdf
9. Well-being Foundation for Muslim Thais. The Chularatchamontri Office clarifies: e-cigarettes are haram, just like regular cigarettes [Internet]. Bangkok: Well-being Foundation for Muslim Thais; 2023 Aug 17 [cited 2025 Dec 23]. Available from: <https://muslim4health.or.th/act-detail.php?id=228>
10. Afeefee M, Kaba AM. 21st century Islamic education in southern Thailand and pondok: system, conditions and challenges. *J Namib Stud Hist Polit Cult* 2023;35:352–69.
11. Alzyoud S, Kheirallah KA, Ward KD, Al-Shdayfat N. Association of religious commitment and tobacco use among Muslim adolescents. *J Relig Health* 2015;54(6):2111–21.
12. Basri RF, Juliningrum P, Rahmawati I. Relationship of religious coping with smoking behavior among adolescent students at an Islamic boarding school. *Nurs Health Sci* 2021;1(2):142–8.
13. Prateepkao V, Lomphrom P, Promchai W. Smoking behavior of adolescents in Nonthaburi Province [Internet]. Nonthaburi: Nonthaburi Provincial Public Health Office; 2009 [cited 2025 Dec 22]. Available from: <https://www.trc.or.th/trcresearch/pdffiles/ART%2020/cat20%20%285%29.pdf>
14. Chanasit B, Suthitiwanit P, Rawisarn W. A survey of smoking behavior among young people in Chaiyaphum Province. *J Health Res* 2009;3(2):6–14.
15. Nurhasana R, Shellasih NM, Novitasari D, Ratih SP. Santri's perception of cigarettes on smoking behavior in Lirboyo Islamic Boarding School, East Java. *J Politico Manag Publ* 2020;14(1):91–8.
16. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Food and Drug Administration (FDA). National Youth Tobacco Survey: tobacco product use among middle and high school students—United States, 2024. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2024;73(10):221–7.
17. Martinelli T, Candel MJJM, de Vries H, Talhout R, Knapen V, van

- Schayck CP, et al. Exploring the gateway hypothesis of e-cigarettes and tobacco: a prospective replication study among adolescents in the Netherlands and Flanders. *Tob Control* 2023;32(2):170–8.
18. O'Brien D, Long J, Quigley J, O'Keeffe L, Harrington J, Perry IJ. Association between electronic cigarette use and tobacco cigarette smoking initiation in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2021;21:954.
 19. Soneji S, Barrington-Trimis JL, Wills TA, Leventhal AM, Unger JB, Gibson LA, et al. Association between initial use of e-cigarettes and subsequent cigarette smoking among adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr* 2017;171(8):788–97.
 20. Islam SMS, Johnson CA. Correlates of smoking behavior among Muslim Arab-American adolescents. *Ethn Health* 2003;8(4):319–37.
 21. Yong HH, Hamann SL, Borland R, Fong GT, Omar M; ITC-SEA Project Team. Adult smokers' perception of the role of religion and religious leadership on smoking and association with quitting: a comparison between Thai Buddhists and Malaysian Muslims. *Soc Sci Med* 2009;69(7):1025–31.
 22. Monshi SS, Alqahtani MM, Alangari AS, Sinky TH, Al-Zalabani AH, Alanazi AM. The association between cultural and social occasions and smoking cessation: the case of Saudi Arabia. *Tob Induc Dis* 2023;21:153.
 23. Global Center for Good Governance in Tobacco Control. Global Tobacco Industry Interference Index 2025 [Internet]. 2025 [cited 2025 Dec 23]. Available from: <https://globaltobaccoindex.org/gti/2025>
 24. Majelis Ugama Islam Singapura. Fatwa on smoking [Internet]. Singapore: MUIS; n.d. [cited 2025 Dec 23]. Available from: <https://www.muis.gov.sg/resources/khutbah-and-religious-advice/fatwa/fatwa-on-smoking>
 25. General Iftaa' Department, Jordan. Ruling on e-cigarette and e-hookah (Fatwa No. 3436) [Internet]. Amman: General Iftaa' Department; 2018 Nov 13 [cited 2025 Dec 23]. Available from: <https://www.aliftaa.jo/research-fatwa-english/3436/DefaultEn.aspx>
 26. Ghouri N, Atcha M, Sheikh A. Influence of Islam on smoking among Muslims. *BMJ* 2006;332(7536):291–4.
 27. Meetawon J, Kiatrungrit K, Hongsanguansri S, Pipattanachat V. Factors associated with persistent smoking in adolescents. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2022;67(1):21–34.
 28. Stanton WR, Oei TP, Silva PA. Sociodemographic characteristics of adolescent smokers. *Int J Addict*. 1994;29(7):913–25.
 29. Waa A, Edwards R, Newcombe R, Zhang J, Weerasekera D, Peace J, McDuff I. Parental behaviours, but not parental smoking, influence current smoking and smoking susceptibility among 14- and 15-year-old children. *Aust N Z J Public Health* 2011;35(6):530–6.

การพัฒนาสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับเสริมแรงจิตใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา

กวิณทิพย์ กิพย์พิมานชัย*, พิชัย แสงชาญชัย*, วณิดา รัตนสุมาวงศ์*

*กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ การดื่มสุราเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขในประเทศไทย ส่งผลต่อสุขภาพกาย จิตใจ และสังคม แม้มีแนวทางการบำบัดหลายรูปแบบแต่มีข้อจำกัดการเข้าถึงบริการและถูกตีตรา งานวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนาสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเอง บนพื้นฐานของหลักการบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม (CBT) และการเสริมแรงจิตใจ (MI) โดยมีเป้าหมายเสริมแรงจิตใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มสุรา และศึกษาประสิทธิภาพในผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดสุราในโรงพยาบาล

วิธีการศึกษา จัดทำสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยอาศัยหลักการของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) และการเสริมแรงจิตใจ (MI) ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปทดลองใช้ และทำการทดลองแบบสุ่ม (RCT) โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างตามแผนการศึกษาที่กำหนดไว้ 60 คน อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้สามารถเก็บข้อมูลได้จริง ในผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาล 30 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองที่ได้รับสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเองร่วมกับการดูแลตามปกติ 15 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับแผ่นพับความรู้สุราร่วมกับการดูแลตามปกติ 15 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA), Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale (AASE), The Timeline Follow Back interview (TLFB) ติดตามที่ 1, 4 และ 12 สัปดาห์

ผลการศึกษา ในสัปดาห์ที่ 12 ระดับแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราของกลุ่มทดลองที่ได้รับสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเอง (WB) ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับแผ่นพับความรู้สุรา (HE) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.338$) อย่างไรก็ตาม กลุ่ม WB มีระดับความยับยั้งชั่งใจต่อสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุราร่วมกับกลุ่ม HE อย่างมีนัยสำคัญในสัปดาห์ที่ 12 ($p = 0.024$) ขณะที่ปริมาณการดื่มเฉลี่ยและพฤติกรรมการดื่มของผู้เข้าร่วมทั้งสองกลุ่มปรับดีขึ้นตลอดระยะเวลาการติดตาม โดยไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

สรุป สมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเองมีโอกาสช่วยเสริมแรงจิตใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราบางด้าน โดยเฉพาะด้านความสามารถในการยับยั้งชั่งใจต่อสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำ แต่หลักฐานยังไม่เพียงพอว่ามีประสิทธิภาพในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดสุราในโรงพยาบาล

คำสำคัญ สมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเอง โรคติดสุรา การบำบัดความคิดและพฤติกรรม

Corresponding author: กวิณทิพย์ กิพย์พิมานชัย

กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

E-mail: Beautjub@gmail.com

วันรับ 27 พฤศจิกายน 2568 วันแก้ไข 11 มกราคม 2569 วันตอบรับ 14 มกราคม 2569

Development of Self-help Workbook for Enhancing Motivation and Promoting Behavioral Change in Alcohol Dependent Patients

Kawintip Tipimanchai*, Pichai Saengchanchai*, Wanida Rattanasumawong*

*Department of Psychiatry, Phramongkutklao Hospital

ABSTRACT

Objective: Alcohol consumption and related beverages remain a major public health concern in Thailand, leading to physical, psychological, and social consequences. Although several treatment approaches exist, barriers such as limited accessibility and stigma remain significant challenges. This study aimed to develop and evaluate the effectiveness of a self-help workbook designed to enhance motivation and promote behavioral change in alcohol consumption.

Methods: The self-help workbook was developed using CBT and MI principles and validated by experts prior to testing. A randomized controlled trial (RCT) was conducted. Based on the sample size calculation, 60 participants were planned; however, a total of 30 inpatients ($n = 30$) diagnosed with alcohol use disorder were enrolled and randomly allocated into two groups. The intervention group received the self-help workbook ($n = 15$), while the control group received alcohol education leaflet ($n = 15$). Research instruments included the University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA), the Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale (AASE), and the Timeline Follow-Back interview (TLFB). Outcomes were assessed at baseline, week 1, week 4, and week 12.

Results: The results showed that the experimental group who received the self-help workbook (WB) tended to have greater improvement in motivation to quit drinking compared with the control group who received the health education leaflet on alcohol (HE) at week 12, although the difference was not statistically significant ($p = 0.338$). However, the level of self-control in high-risk situations among participants in the WB group was significantly higher than that of the HE groups at week 12 ($p = 0.024$). Both groups demonstrated a reduction in average alcohol consumption and improvement in drinking behaviors throughout the follow-up period, with no significant differences between groups.

Conclusion: The self-help workbook may have the potential to enhance motivation and certain aspects of drinking behaviors, particularly self-efficacy in resisting high-risk situations for relapse, although its effectiveness among inpatients with alcohol use disorder requires further investigation.

Keywords: self-help workbook, alcohol, cognitive behavior therapy

Corresponding author: Kawintip Tippimanchai

E-mail: Beautjub@gmail.com

Received: 27 November 2025 Revised: 11 January 2026 Accepted: 14 January 2026

บทนำ

การดื่มสุราเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และก่อให้เกิดปัญหาด้านสาธารณสุขและสังคมในหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย ข้อมูลสถิติในช่วงปี พ.ศ. 2558 - 2562 พบว่าการเสียชีวิตที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมีค่าเฉลี่ยประมาณ 9,500 คนต่อปี คิดเป็นประมาณร้อยละ 6 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยสาเหตุสำคัญ ได้แก่ โรคตับจากแอลกอฮอล์ โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะแอลกอฮอล์เป็นพิษเฉียบพลัน¹ สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาการดื่มสุรายังคงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ

สุราเกี่ยวข้องกับการทำงานของสมองและระบบประสาท ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม บางรายเกิดโรคทางจิตเวช เช่น โรคความผิดปกติทางอารมณ์ โรควิตกกังวล ภาวะแทรกซ้อนฆ่าตัวตาย การเสพยาเสพติด ชนิดอื่นร่วม โรคจิตประสาทหลอนหวาดระแวง และโรคความจำเสื่อม² ปัญหาการดื่มสุราในสังคมไทยยังก่อให้เกิดผลกระทบตามมาเป็นอย่างมาก ทั้งความยากจน³ ความรุนแรงในครอบครัว จากการดื่มสุรา⁴ การเกิดอาชญากรรม⁵ และอุบัติเหตุ⁶ รวมทั้งการสูญเสียทรัพยากรบุคคลและสูญเสียทางเศรษฐกิจของสังคมไทยโดยรวม⁷

จากปัญหาของการดื่มสุราดังกล่าวในประเทศไทย ส่งผลให้มีนโยบายและมาตรการเพื่อลดปัญหาจากการดื่มสุรา ในหน่วยงานต่างๆ และมีการจัดระบบบริการสุขภาพในด้าน การส่งเสริม ป้องกัน และบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ซึ่งตามแนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดสุราในปัจจุบัน ผู้ป่วยที่ติดสุราควรได้รับการดูแลรักษา ทั้งการบำบัดด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคมควบคู่กันไป เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการรักษาที่ดีที่สุด⁸

การบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม (CBT) เป็นการบำบัดทางจิตสังคมรูปแบบหนึ่ง ที่มีผลการศึกษารองรับถึงประสิทธิภาพในการใช้บำบัดรักษาโรคทางจิตเวชต่างๆ และยังคงนำไปใช้บำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมอื่นๆ รวมทั้งปัญหาเสพยาเสพติดหรือสารเสพติดอื่น และสามารถบำบัดร่วมไปกับหลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมแรงจิตใจ (MI) และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจิตใจ (MET) ที่เน้นในการเสริมแรงจิตใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งมีผลการศึกษาวิจัยแบบการศึกษาแบบวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) พบว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมติดสุราได้ทั้งผู้ใหญ่และวัยรุ่น⁹

อย่างไรก็ตามในบริบทการให้บริการจริง ผู้ป่วยจำนวนมากไม่น้อยไม่สามารถเข้าถึงการบำบัดทางจิตสังคมได้อย่างต่อเนื่องเนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคล ความแออัดของระบบบริการสุขภาพ ระยะทาง ค่าใช้จ่าย ตลอดจนทัศนคติเชิงลบ และการตีตราที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ผู้ป่วยบางส่วนมีความต้องการฟื้นฟูตนเองในรูปแบบที่ยืดหยุ่นและเป็นส่วนตัวมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่าการบำบัดในรูปแบบสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเอง (self-help workbook) ที่ผสมหลักการของ CBT และ MI เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่มีศักยภาพในการช่วยลดช่องว่างของระบบบริการ โดยสามารถสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ในลักษณะที่ใช้ทรัพยากรบุคคลน้อย ลดอุปสรรคด้านการเข้าถึงบริการ และลดความรู้สึกถูกตีตรา ทั้งยังสามารถใช้ควบคู่กับการรักษาตามปกติได้ แต่หลักฐานยังมีข้อจำกัด เช่น ความหลากหลายของรูปแบบการบำบัด และการศึกษาส่วนใหญ่ดำเนินในบริบทของประชากรที่มีระดับความรุนแรงของการติดสุราต่ำถึงปานกลาง อย่างไรก็ตามในบริบทของประเทศไทยยังพบข้อจำกัดด้านการพัฒนาเครื่องมือดังกล่าวที่เหมาะสมกับภาษา วัฒนธรรม และบริบทของระบบบริการสุขภาพ รวมถึงยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเองค่อนข้างจำกัด ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเองที่อาศัยหลักการของการบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการเสริมแรงจิตใจให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยติดสุราในประเทศไทย และเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้สมุดแบบฝึกหัดดังกล่าวร่วมกับการดูแลตามปกติในผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาล อันอาจเป็นทางเลือกหนึ่งในการเสริมการบำบัดทางจิตสังคมในระบบบริการสุขภาพต่อไป

วิธีการศึกษา

จัดทำสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเอง และทำการวิจัยเชิงทดลองชนิดมีกลุ่มควบคุมแบบสุ่ม (experimental study: a randomized controlled trial) ศึกษาประสิทธิภาพของสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเองในผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาล เปรียบเทียบกับการให้แผ่นพับความรู้เรื่องสุรา การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก หมายเลขอ้างอิง IRBRTA1583/2567 วันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ. 2567

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดสุราแบบผู้ป่วยในของกองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) มีอายุระหว่าง 18 - 60 ปี 2) เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคความผิดปกติของพฤติกรรมกรมการดื่มสุราตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยและจำแนกโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-V) หรือเข้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคติดสุรา (F10.2) ขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) 3) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) สามารถมาติดตามอาการตามนัดแบบผู้ป่วยนอกหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ และมีเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) มีโรคทางจิตเวชอื่น เช่น โรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว โรคสมองเสื่อม หรือโรคทางจิตเวชอื่นๆ ที่กำเริบรุนแรงและไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ขณะทำการรักษา 2) มีประวัติการใช้สารเสพติดชนิดอื่น (นอกเหนือจากบุหรี่) ภายใน 90 วัน (หรือ 6 เดือน สำหรับสารในกลุ่มโอปิออยด์) หรือมีการตรวจพบสารเสพติดนั้นจากการตรวจปัสสาวะ 3) มีภาวะหรือโรคทางกายที่ยังไม่สามารถควบคุมอาการได้ 4) เข้ารับการบำบัดสุราด้วยโปรแกรมบำบัดอื่นขณะทำการรักษา

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ขนาดตัวอย่างคำนวณจากการเปรียบเทียบสัดส่วนสองกลุ่ม โดยอ้างอิงจากการศึกษาของ นายแพทย์อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์ และคณะ พบว่าอัตราแรงจูงใจในการเลิกแอลกอฮอล์ชั้นลงมือกระทำในกลุ่มทดลองเท่ากับร้อยละ 30.0 และในกลุ่มควบคุมเท่ากับร้อยละ 2.1 โดยใช้ระดับนัยสำคัญ 0.05 (two-sided test) และกำลังการทดสอบ 80% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำกลุ่มละ 26 ราย ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญเสียการติดตาม (loss to follow-up) ร้อยละ 10 จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 ราย รวมทั้งหมด 60 ราย

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นเตรียมการ จัดทำสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเองประกอบด้วยเนื้อหาและแบบฝึกหัดจำนวน 6 บท ยื่นเสนอตรวจสอบความถูกต้องต่อผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ และเชี่ยวชาญในการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราจำนวน 4 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ 3 ท่าน และนักจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน โดยใช้แบบประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเพื่อปรับปรุงแก้ไข และดำเนินการทดลองใช้

สมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดสุราในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 5 ราย เพื่อทดสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและกระบวนการใช้งาน

ระยะก่อนการทดลอง ผู้เข้าร่วมที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกต้องลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมก่อน และเข้าสู่กระบวนการสุ่ม จัดกลุ่มผู้เข้าร่วมเป็นบล็อก (block randomization) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทั้งสองกลุ่มจะต้องได้รับการถอนพิษสุราอย่างน้อย 1 สัปดาห์ก่อนเริ่มการทดลอง

ระยะทดลอง ผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มทดลองจะได้รับสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเองและคำอธิบายการใช้งานสมุด โดยจะมีการติดตามทบทวนความคืบหน้าภายใน 1 สัปดาห์หลังมอบสมุดงาน และยังคงได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งประกอบด้วยการรักษาด้วยยา การดูแลทางการแพทย์ การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการเลิกสุรา และการบำบัดทางจิตสังคมจากแพทย์ ส่วนผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มควบคุมจะได้รับแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับการเลิกสุรา และได้รับการดูแลตามปกติเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ยกเว้นไม่ได้รับสมุดแบบฝึกหัด เนื่องจากลักษณะของการแทรกแซงแตกต่างกันอย่างชัดเจน ผู้เข้าร่วมวิจัยจึงสามารถรับรู้ได้ว่าตนเองอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม การศึกษานี้จึงเป็นการทดลองแบบสุ่มชนิดไม่ปกปิด (open-label randomized controlled trial) ทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินผลด้วยแบบประเมินแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราแบบประเมินการยับยั้งชั่งใจในการดื่มสุรา และแบบบันทึกตารางการดื่มสุราในลักษณะเดียวกัน รวมทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการ GGT ซึ่งดำเนินการตามขั้นตอนมาตรฐานโดยไม่เกี่ยวข้องกับการจัดกลุ่มการทดลอง

ระยะติดตามผล ผู้เข้าร่วมทั้งสองกลุ่มจะได้รับการติดตามและประเมินผลจำนวน 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 4 และ 12 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อมาติดตามการรักษาผู้เข้าร่วมจะได้ทำแบบประเมินแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา แบบประเมินการยับยั้งชั่งใจในการดื่มสุรา แบบบันทึกตารางการดื่มสุรา และตรวจทางห้องปฏิบัติการ GGT ในสัปดาห์ที่ 12

เครื่องมือ

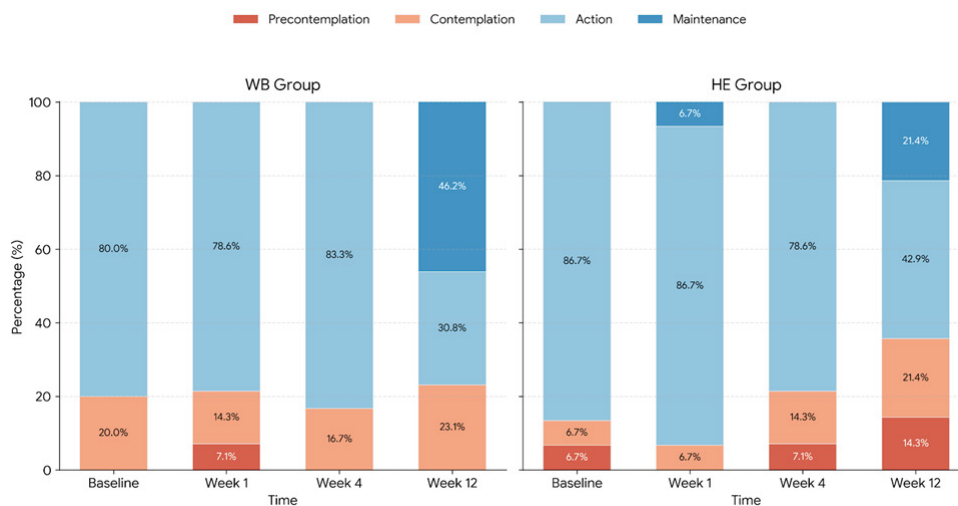
1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมกรมการดื่มสุรา ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานะ อาชีพ รายได้ อายุที่เริ่ม

ดื่มสุรา ปริมาณการดื่ม จำนวนปีดื่ม ประวัติการใช้สารเสพติด ชนิดอื่น ประวัติการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว ประวัติการเข้ารับการบำบัด จำนวนปีที่หยุดดื่ม

2) แบบประเมินแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา (University of Rhode Island Change Assessment Scale; URICA)¹⁰ จำนวน 32 ข้อ แบ่งขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงไว้ 4 ระดับ คือ ขั้นไม่สนใจปัญหา ขั้นลังเลใจ ขั้นปฏิบัติ และขั้นปฏิบัติต่อเนื่อง คำตอบในแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ยังตัดสินใจไม่ได้ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลได้รับการตรวจสอบและบันทึกในโปรแกรม STATA/BE 18 วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยแสดงข้อมูลเชิงปริมาณเป็นค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหรือค่ามัธยฐาน และช่วงควอไทล์ตามการแจกแจง และข้อมูลเชิงกลุ่มเป็นจำนวนและร้อยละ การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มใช้ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับข้อมูลเชิงกลุ่ม และ Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ ส่วนการเปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาผ่านไปวิเคราะห์ด้วย Repeated-measures ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

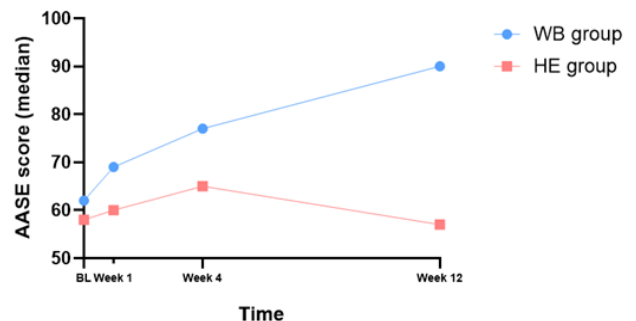


รูปที่ 1 แสดงการกระจายของระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ได้แก่ ขั้นไม่สนใจปัญหา (Precontemplation), ขั้นลังเลใจ (Contemplation), ขั้นลงมือกระทำ (Action) และขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม WB และกลุ่ม HE ในช่วงก่อนการบำบัดและติดตามในสัปดาห์ที่ 1, 4 และ 12

3) แบบประเมินการยับยั้งชั่งใจในการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale; AASE)¹¹ ประกอบด้วยข้อความที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่โยงเข้ากับการยับยั้งชั่งใจในการดื่มแอลกอฮอล์ 4 องค์ประกอบ คือ ผลกระทบเชิงลบ ความกดดันทางสังคม ความเจ็บปวดที่สัมพันธ์กับร่างกาย ความต้องการ และแรงกระตุ้นภายในตนเอง จำนวน 20 ข้อ คำตอบในแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มั่นใจเลย ไม่ค่อยมั่นใจ ค่อนข้างมั่นใจ มั่นใจ มั่นใจมาก มีคะแนนตั้งแต่ 1 - 5

4) แบบบันทึกตารางการดื่ม (The Timeline Follow Back interview; TLFB)¹² เพื่อบันทึกข้อมูลชนิดและปริมาณของสุรา ซึ่งจะทำได้จำนวนวันที่หยุดดื่มและจำนวนวันที่ดื่มหนัก

Changes in AASE scores over time



รูปที่ 2 แสดงการเปลี่ยนแปลงของระดับความยับยั้งชั่งใจต่อสถานการณ์เสี่ยงกลับไปดื่มสุราซ้ำ (ค่ามัธยฐาน) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม WB และกลุ่ม HE ในช่วงก่อนการบำบัดและติดตามในสัปดาห์ที่ 1, 4 และ 12

ผลการศึกษา

ผู้เข้าร่วมการวิจัย

การศึกษานี้มีผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเอง (WB) และกลุ่มควบคุมที่ได้รับแผ่นพับความรู้เรื่องสุรา (HE) กลุ่มละ 15 ราย แม้ว่าการคำนวณขนาดตัวอย่างตามแผนการศึกษาจะกำหนดไว้ 60 ราย แต่ในช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการศึกษา จำนวนผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมีจำนวนจำกัด และผู้ป่วยบางส่วนได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูสุราและยาเสพติด PMK model ซึ่งเป็นเกณฑ์คัดออกของการศึกษานี้ ส่งผลให้สามารถรับผู้เข้าร่วมได้ต่ำกว่าจำนวนที่คำนวณไว้

ลักษณะพื้นฐานของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ผู้เข้าร่วมทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ยของกลุ่ม WB เท่ากับ 42.3 ปี และกลุ่ม HE เท่ากับ 40.6 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและประกอบอาชีพรับราชการ กลุ่ม WB มีผู้แต่งงานมากกว่ากลุ่ม HE (ร้อยละ 73.3 และ 46.7 ตามลำดับ) รายได้ส่วนใหญ่ของกลุ่ม WB อยู่ระหว่าง 15,000 - 30,000 บาท ต่อเดือน ขณะที่กลุ่ม HE มีรายได้กระจายอยู่ระหว่าง 15,000 - 50,000 บาท อายุเฉลี่ยเริ่มดื่มใกล้เคียงกันคือประมาณ 16 ปี ทั้งสองกลุ่มมีการสูบบุหรี่และไม่มีประวัติโรคทางจิตเวชที่แตกต่างกัน ปริมาณการดื่มเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ดังแสดงในตารางที่ 1 ผู้เข้าร่วมที่ติดตามครบทั้ง 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 4 และ 12 มีจำนวน 26 ราย ได้แก่ กลุ่ม WB 12 ราย (ร้อยละ 80) และกลุ่ม HE 14 ราย (ร้อยละ 93.3)

ประสิทธิภาพของสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเอง

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเอง (WB) และกลุ่มควบคุมที่ได้รับแผ่นพับความรู้เรื่องสุรา (HE) เพื่อประเมินประสิทธิภาพด้านแรงจูงใจ ความสามารถในการยับยั้งชั่งใจต่อการดื่มซ้ำ และพฤติกรรมการดื่มสุรา พบว่าโดยส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราเริ่มต้นอยู่ในขั้นลงมือกระทำ และในกลุ่ม WB มีแรงจูงใจที่เพิ่มขึ้นอยู่ในขั้นกระทำต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 12 มากกว่ากลุ่ม HE แต่เมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างกลุ่ม WB และ HE แล้วพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ดังแสดงในตารางที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานระดับความยับยั้งชั่งใจต่อสถานการณ์เสี่ยงกลับไปดื่มสุราซ้ำ พบว่ากลุ่ม WB มีแนวโน้มของระดับความยับยั้งชั่งใจเพิ่มขึ้นตลอดการศึกษา และระดับความยับยั้งชั่งใจที่เพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 12 นั้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม WB และกลุ่ม HE ดังแสดงในตารางที่ 3

สำหรับผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมการดื่มสุราและตัวชี้วัดทางชีวภาพ ทั้งสองกลุ่มมีปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ลดลง ร้อยละวันที่หยุดดื่มเพิ่มขึ้น ร้อยละวันที่ดื่มหนักลดลง และระดับสาร GGT ลดลงในทิศทางเดียวกันเมื่อเทียบกับก่อนการบำบัด แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ ดังแสดงในตารางที่ 4

วิจารณ์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเองที่ประยุกต์จากแนวคิดการบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม (CBT) และการเสริมแรงจูงใจ (MI) เพื่อเป็นสื่อบำบัดทางจิตสังคมรูปแบบใหม่สำหรับผู้ติดสุรา สมุดแบบฝึกหัดนี้ถูกออกแบบให้ผู้ป่วยสามารถใช้เรียนรู้และสะท้อนพฤติกรรมของตนเองได้โดยไม่ต้องอาศัยผู้บำบัดโดยตรง จึงเป็นเครื่องมือที่ตอบโจทย์ผู้ที่มีข้อจำกัดในการเข้ารับการรักษาแบบดั้งเดิม หรือผู้ที่ลังเลที่จะเข้ารับบริการเนื่องจากความรู้สึกอับอายและการถูกตีตราทางสังคม

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเองมีแนวโน้มช่วยเพิ่มแรงจูงใจและความสามารถในการควบคุมตนเองของผู้ติดสุรา โดยเฉพาะในด้านความยับยั้งชั่งใจต่อสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ผู้เข้าร่วมที่ได้รับสมุดแบบฝึกหัดมีความมั่นใจมากขึ้นในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นและสถานการณ์ที่ท้าทาย แม้ว่าความแตกต่างด้านแรงจูงใจและพฤติกรรมการดื่มจริงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ แต่ทิศทางของผลลัพธ์สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของสมุดแบบฝึกหัดในด้านการเสริมแรงภายในและการตระหนักรู้ตนเอง

เมื่อพิจารณาสาเหตุของความแตกต่างที่ไม่ชัดเจนในด้านพฤติกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ติดสุราระดับรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมักมีแรงจูงใจเริ่มต้นสูงอยู่แล้วจากผลของภาวะวิกฤต¹³ หรือแรงกดดันทางสังคม¹⁴ เช่น การสนับสนุนจากครอบครัวหรือหน่วยงาน สภาพแวดล้อมที่มีการควบคุมภายในโรงพยาบาลอาจทำให้ผู้เข้าร่วมไม่ได้เผชิญ

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐาน จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลพื้นฐาน	WB จำนวน (ร้อยละ)	HE จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ			NA
ชาย	15 (100)	15 (100)	
อายุ (ปี)			0.603
Mean ± SD	42.27 ± 8.48	40.6 ± 8.89	
สถานภาพสมรส			0.136
โสด	4 (26.7)	8 (53.3)	
แต่งงาน	11 (73.3)	7 (46.7)	
ระดับการศึกษา			0.2
ประถมศึกษา	1 (6.7)	0	
มัธยมศึกษาตอนต้น	0	3 (20)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	10 (66.7)	6 (40)	
อาชีวะ	1 (6.7)	0	
ปริญญาตรี	2 (13.3)	5 (33.3)	
สูงกว่าปริญญาตรี	1 (6.7)	1 (6.7)	
ลักษณะอาชีพ			0.217
รับราชการ	12 (80)	11 (73.3)	
ธุรกิจส่วนตัว	0	2 (13.3)	
พนักงานเอกชน/ลูกจ้าง	0	2 (13.4)	
รับจ้าง	1 (6.7)	0	
เกษียณราชการ	2 (13.3)	0	
รายได้ (บาท/เดือน)			0.554
ต่ำกว่า 15,000	2 (13.3)	4 (26.7)	
15,000 - 30,000	7 (46.7)	5 (33.3)	
30,001 - 50,000	6 (40)	5 (33.3)	
> 50,000	0	1 (6.7)	

กับสิ่งกระตุ้นจริง จึงไม่สะท้อนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันหลังจากออกจากโรงพยาบาล อีกทั้งระยะเวลาการติดตามเพียง 12 สัปดาห์ อาจยังสั้นเกินไปที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน นอกจากนี้ การลดลงของพฤติกรรมการดื่มสุรานั้น ทั้งสองกลุ่ม อาจอธิบายได้จากอิทธิพลของการเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน ในหน่วยเฉพาะทางด้านการเสพติด ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยตรง ผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งสองกลุ่มได้รับการถอนพิษสุรา การดูแลอย่างใกล้ชิด

ข้อมูลพื้นฐาน	WB จำนวน (ร้อยละ)	HE จำนวน (ร้อยละ)	p-value
คนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดมีการดื่ม			0.269
ไม่มี	5 (33.3)	8 (53.3)	
มี	10 (66.7)	7 (46.7)	
อายุที่เริ่มดื่มครั้งแรก			0.859
Mean ± SD	16 ± 2.07	16.13 ± 2	
สูบบุหรี่			0.456
ไม่สูบ	7 (46.7)	5 (33.3)	
สูบ	8 (53.3)	10 (66.7)	
การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช			1.000
ไม่มี	12 (80)	12 (80)	
มี	3 (20)	3 (20)	
การเข้ารับการบำบัดสุราในโรงพยาบาล			0.269
ไม่เคย	5 (33.3)	8 (53.3)	
เคย	10 (66.7)	7 (46.7)	
เคยมีช่วงที่ไม่ได้ดื่มนานเกิน 2 สัปดาห์			0.142
ไม่เคย	4 (26.7)	1 (6.7)	
เคย	11 (73.3)	14 (93.3)	
ปริมาณการดื่มโดยเฉลี่ย (กรัมของแอลกอฮอล์)			0.944
Median (IQR)	134 (25 - 225)	117 (96 - 168)	

Fisher's exact test and Mann-Whitney U test, *significant (p < 0.05)

จากทีมสหสาขาวิชาชีพ การรักษาด้วยยา การให้ความรู้ และการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีการควบคุมและปราศจากสุรา ปัจจัยเหล่านี้อาจมีอิทธิพลสูงจนกลบผลของการบำบัดด้วยสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเอง ทำให้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม แม้ว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเองจะมีแนวโน้มของผลลัพธ์ที่ดีกว่าในบางด้าน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยรับราชการในโรงพยาบาลทหาร ซึ่งมีบริบทเฉพาะด้านโครงสร้างวินัยและแรงกดดันจากระบบราชการ อาจจำกัดการสรุปผลไปยังประชากรทั่วไป และอาจมีผลต่อแรงจูงใจภายนอกและรูปแบบการรายงานพฤติกรรมกรดื่ม ผลลัพธ์ยังสะท้อนให้เห็นว่าประสิทธิภาพของสมุดแบบฝึกหัดอาจขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของการติดสุรา^{15,16}

ตารางที่ 2 แสดงระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา ก่อนการบำบัดและตลอดช่วงติดตามผล

	WB ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด-สูงสุด)	HE ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด-สูงสุด)	p-value
แรงจูงใจ ก่อนการบำบัด			0.361
ขั้นไม่สนใจปัญหา	0 (0.0)	1 (6.7)	
ขั้นลังเลใจ	3 (20.0)	1 (6.7)	
ขั้นลงมือกระทำ	12 (80.0)	13 (86.7)	
ขั้นกระทำต่อเนื่อง	0 (0.0)	0 (0.0)	
แรงจูงใจ สัปดาห์ที่ 1			0.481
ขั้นไม่สนใจปัญหา	1 (7.1)	0 (0.0)	
ขั้นลังเลใจ	2 (14.3)	1 (6.7)	
ขั้นลงมือกระทำ	11 (78.6)	13 (86.7)	
ขั้นกระทำต่อเนื่อง	0 (0.0)	1 (6.7)	
แรงจูงใจ สัปดาห์ที่ 4			0.638
ขั้นไม่สนใจปัญหา	0 (0.0)	1 (7.1)	
ขั้นลังเลใจ	2 (16.7)	2 (14.3)	
ขั้นลงมือกระทำ	10 (83.3)	11 (78.6)	
ขั้นกระทำต่อเนื่อง	0 (0.0)	0 (0.0)	
แรงจูงใจ สัปดาห์ที่ 12			0.338
ขั้นไม่สนใจปัญหา	0 (0.0)	2 (14.3)	
ขั้นลังเลใจ	3 (23.1)	3 (21.4)	
ขั้นลงมือกระทำ	4 (30.8)	6 (42.9)	
ขั้นกระทำต่อเนื่อง	6 (46.2)	3 (21.4)	

Fisher's exact test, *significant (p < 0.05)

ตารางที่ 3 แสดงระดับความยับยั้งชั่งใจต่อสถานการณ์เสี่ยง กลับไปดื่มสุราซ้ำ

ระยะเวลาที่ตาม	WB ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด-สูงสุด)	HE ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด-สูงสุด)	p-value
ก่อนให้การบำบัด	62 (49 - 82)	58 (38 - 73)	0.302
สัปดาห์ที่ 1	69 (61 - 90)	60 (50 - 71)	0.14
สัปดาห์ที่ 4	77 (65.5 - 91)	65 (60 - 70)	0.206
สัปดาห์ที่ 12	90 (60 - 90)	57 (52 - 70)	0.024*

Mann-Whitney U test, *significant (p < 0.05)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม การดื่มสุราและตัวชี้วัดทางชีวภาพ

ระยะเวลาที่ตาม	WB ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด-สูงสุด)	HE ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด-สูงสุด)	p-value
ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่ม (กรัม)			
ก่อนการบำบัด	134 (25 - 225)	117 (96 - 168)	0.944
สัปดาห์ที่ 1	0 (0 - 32)	0 (0 - 4)	0.275
สัปดาห์ที่ 4	0 (0 - 44.5)	29 (0 - 43)	0.816
สัปดาห์ที่ 12	0 (0 - 47)	31 (10 - 67)	0.732
ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม			
ก่อนการบำบัด	20 (0 - 43)	16 (0 - 30)	0.397
สัปดาห์ที่ 1	100 (28 - 100)	100 (85 - 100)	0.781
สัปดาห์ที่ 4	100 (33 - 100)	75.5 (0 - 100)	0.338
สัปดาห์ที่ 12	100 (0 - 100)	58 (0 - 87)	0.241
ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก			
ก่อนการบำบัด	50 (13 - 100)	73 (13 - 100)	0.555
สัปดาห์ที่ 1	0 (0 - 42)	0 (0 - 0)	0.029*
สัปดาห์ที่ 4	0 (0 - 0)	0 (0 - 0)	0.94
สัปดาห์ที่ 12	0 (0 - 0)	0 (0 - 20)	0.602
ระดับสาร GGT			
GGT ก่อนบำบัด	295 (130 - 530)	276 (110 - 1134)	0.724
GGT สัปดาห์ที่ 12	63 (40 - 240)	130 (83 - 157)	0.528

ผู้ที่มีระดับการติดต่ำถึงปานกลางมักตอบสนองได้ดีกว่า เพราะมีแรงจูงใจภายในและความสามารถในการควบคุมตนเองสูงกว่า ในขณะที่ผู้ติดสุราระดับรุนแรงมักมีภาวะบกพร่องด้านการควบคุมตนเอง (executive dysfunction) และมีความอยากสุรารุนแรง (craving)^{17,18} ซึ่งต้องการแนวทางการบำบัดที่เข้มข้นและหลากหลายมากกว่า การบำบัดแบบองค์รวม เช่น การผสมผสาน CBT, MI, การป้องกันการกลับไปดื่ม (relapse prevention) และการฝึกสติ (mindfulness-based therapy) อาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและลดความเสี่ยงในการกลับไปดื่มซ้ำ^{19,20}

ในด้านผลลัพธ์ทางชีวเคมี การลดลงของระดับเอนไซม์ GGT ในทั้งสองกลุ่มสะท้อนการปรับตัวของพฤติกรรมกรรมการดื่มในทิศทางที่ดี แม้ความแตกต่างระหว่างกลุ่มจะไม่ชัดเจน แต่แนวโน้ม

ของกลุ่มที่ใช้สมุดแบบฝึกหัดแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่ดีกว่า ซึ่งอาจเป็นผลจากการตระหนักรู้และการลดพฤติกรรมเสี่ยงที่เกิดจากการทำกิจกรรมในสมุดแบบฝึกหัดอย่างต่อเนื่อง

จุดแข็งของงานวิจัยนี้คือการออกแบบการทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม (RCT) ที่ช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษานี้ อีกทั้งเป็นการพัฒนาเครื่องมือบำบัดที่ใช้งานได้จริงในระบบบริการสุขภาพไทย สมุดแบบฝึกหัดมีความยืดหยุ่น ใช้งานง่าย และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานพยาบาลหรือชุมชนโดยไม่เพิ่มภาระให้บุคลากรด้านสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ จำนวนผู้เข้าร่วมที่น้อยกว่าที่คำนวณไว้ตามแผนการศึกษา ซึ่งเป็นผลจากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในช่วงเวลาการศึกษาที่มีจำกัด และการคัดออกผู้ป่วยบางส่วนที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูอื่นอันเป็นเกณฑ์คัดออกของการศึกษา ส่งผลให้พลังทางสถิติของการศึกษาลดลง ระยะเวลาการติดตามสั้น และกลุ่มตัวอย่างที่จำกัดอยู่ในผู้ป่วยติดสุราระดับรุนแรงในโรงพยาบาล ซึ่งอาจไม่สะท้อนผลลัพธ์ในกลุ่มประชากรทั่วไป รวมถึงผลกระทบจากระดับการใช้สมุดแบบฝึกหัดของผู้เข้าร่วม เนื่องจากผู้ป่วยในมีภาระการรักษาหลักค่อนข้างมาก และการติดตามการใช้งานสมุดแบบฝึกหัดในงานวิจัยนี้อยู่ในระดับจำกัด การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรเพิ่มจำนวนตัวอย่าง ขยายระยะเวลาการติดตาม และปรับเนื้อหาของสมุดแบบฝึกหัดให้ครอบคลุมมากขึ้น เพื่อให้เครื่องมือนี้สามารถเสริมสร้างแรงจูงใจและส่งเสริมการเลิกสุราได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว

สรุป

สมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเองที่พัฒนาขึ้นบนพื้นฐานของแนวคิดการบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเสริมแรงจูงใจ แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่ดีในการสนับสนุนแรงจูงใจภายในและสมรรถนะตนเอง (self-efficacy) ของผู้ติดสุรา แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงด้านแรงจูงใจและพฤติกรรมการดื่มสุราจะไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผู้เข้าร่วมในกลุ่มที่ได้รับสมุดแบบฝึกหัดมีความสามารถในการยับยั้งชั่งใจต่อสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่พฤติกรรมการดื่มและตัวชี้วัดทางชีวเคมีมีแนวโน้มปรับดีขึ้นในทิศทางเดียวกันทั้งสองกลุ่ม ผลการศึกษานี้สะท้อนว่าสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเองอาจมีบทบาทในฐานะการบำบัดเสริมที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการบำบัดหลัก โดยเฉพาะ

ในด้านการเสริมสร้างการตระหนักรู้และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรมการดื่ม อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาต่อในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น ระยะเวลาการติดตามที่ยาวนานขึ้น และในบริบทการรักษาที่หลากหลาย เพื่อยืนยันประสิทธิผลและขยายศักยภาพในการนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในระบบบริการสุขภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณ พันเอกหญิง นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล, พันเอก เจษฎา ยิ่งวิวัฒน์พงษ์, พันตรีหญิง วัลย์วิภา วิทยาศัย และ พันตรีหญิง ศรุตยา พลสิทธิ์ อาจารย์ประจำกองจิตเวชและประสาทวิทยา และนายทหารจิตวิทยา ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพของสมุดแบบฝึกหัดเรียนรู้ด้วยตนเอง และคณะผู้บริหารศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) ซึ่งเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาการบำบัดผู้ติดสุราในประเทศไทย และได้สนับสนุนทุนในการดำเนินงานครั้งนี้

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ทีมผู้วิจัยไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใดๆ ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อมในการดำเนินการวิจัย

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

กวิณทิพย์ ทิพย์พิมานชัย: ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความ; พิชัย แสงชาญชัย: แนวคิดให้คำปรึกษา ออกแบบการศึกษา; วณิดา รัตนสุมาวงศ์: ให้คำปรึกษา ออกแบบการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล และตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Nontharuk J. Trends in morbidity and mortality related to alcohol consumption in Thailand, 2015–2019 [master's thesis]. Mahidol University; 2021.
2. Jansirimongkol B, Wittayathavornwong L, Darakorn Na Ayutthaya P, Suriyachai S, Korkamjairit K, Tangmanotham J, et al. Psychiatric comorbidities among individuals with alcohol use problems. Bangkok: Vanida Printing; 2013.
3. Chankhotkaew J, Chaisongk S, Wongmongkol W, Limwattananon S, Thammarangsi T. Alcohol consumption and poverty: Alcohol-related expenditure and drinking patterns across different socioeconomic groups. J Health Sci 2015;24(1):68–78.
4. Thongsamsi K, Thongsamsi I. Effects of domestic violence related to alcohol consumption: A newspaper content analysis from 2011–2015. Walailak J Soc Sci 2019;12(1):61–90.

5. Jitsawang S. The relationship between alcohol consumption and crime. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2010.
6. Noosorn N, Krissanakriangkrai O, Chayodom V, Wongwat R. The impact of alcohol consumption on traffic accidents in the lower northern region of Thailand [master's thesis]. Naresuan University; 2007.
7. Thavorncharoensap M, Chaikledkaew U, Youngkong S, Luangsinisir C. Economic cost assessment of alcohol consumption in Thailand, 2021. Ministry of Public Health; 2021.
8. Miller PM. Principles of addiction: Comprehensive addictive behaviors and disorders. New York: Academic Press; 2013.
9. Saengchanchai P. Handbook of addiction psychiatry. Bangkok: Thai Association for Addiction Psychiatry; 2022.
10. DiClemente CC, Hughes SO. Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *J Subst Abuse* 1990;2(2):217–35.
11. DiClemente CC, Carbonari JP, Montgomery RP, Hughes SO. The alcohol abstinence self-efficacy scale. *J Stud Alcohol* 1994;55(2):141–8.
12. Sobell LC, Sobell MB. Timeline Follow-Back: A technique for assessing self-reported alcohol consumption. In: Litten RZ, Allen JP, editors. *Measuring alcohol consumption*. Totowa (NJ): Humana Press; 1992.
13. DiClemente CC, Doyle SR, Donovan D. Predicting treatment seekers' readiness to change drinking behavior in the COMBINE Study. *Alcohol Clin Exp Res* 2009;33(5):879–92.
14. Carroll KM, Ball SA, Nich C, Martino S, Frankforter TL, Farentinos C, et al. Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse. *Drug Alcohol Depend* 2006;81(3):301–12.
15. Adamson SJ, Sellman JD, Frampton CM. Patient predictors of alcohol treatment outcome: A systematic review. *J Subst Abuse Treat* 2009;36(1):75–86.
16. Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Posttreatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol* 1998;59(6):631–9.
17. Moselhy HF, Georgiou G, Kahn A. Frontal lobe changes in alcoholism: A review of the literature. *Alcohol Alcohol* 2001;36(5):357–68.
18. Sullivan EV, Pfefferbaum A. Neurocircuitry in alcoholism: A substrate of disruption and repair. *Psychopharmacology (Berl)* 2005;180(4):583–94.
19. Fernandez-Serrano MJ, Perez-Garcia M, Verdejo-Garcia A. Impact of abstinence on inhibitory control and decision-making in polysubstance dependence. *Drug Alcohol Depend* 2011;117(1):28–35.
20. Garland EL, Froeliger B, Howard MO. Mindfulness-oriented recovery enhancement for chronic pain and prescription opioid misuse. *Sci Adv* 2019;5(10):eaax1569.

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและคุณภาพการนอนหลับของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี

ปรัชญา สีม่วงษ์*, พิมพ์ชนก ทองทวน*, สุภาภรณ์ แสนทวีสุข*, นิสาสล คงมัน*

*วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและคุณภาพการนอนหลับของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการศึกษา การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ในกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี ไม่ต่ำกว่า 3 เดือน ในช่วงเดือนธันวาคม 2567 - กุมภาพันธ์ 2568 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่ดัดแปลงจากองค์การอนามัยโลกชุดย่อย ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) และแบบวัดคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย (Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้วย Multivariable linear regression analysis และคุณภาพการนอนหลับด้วย Multivariable logistic regression analysis

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง 182 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72) อายุเฉลี่ย 35.5 ปี ส่วนใหญ่มีชั่วโมงการทำงาน 9 - 16 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 51.6) กลุ่มอาชีพเป็นสายวิชาชีพที่ให้บริการผู้ป่วยโดยตรง (ร้อยละ 40.7) และสายวิชาชีพสนับสนุนทางคลินิก (ร้อยละ 40.7) สภาพแวดล้อมในการทำงานอยู่ระดับดี (ร้อยละ 74.2) มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.9) และมีความชุกของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี จำนวน 92 ราย (ร้อยละ 50.5) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ออกกำลังกาย (coefficient = 4.87, 95% CI = 0.96 - 8.77, $p = 0.015$) การดื่มกาแฟอื่น (coefficient = 4.34, 95% CI = 0.24 - 8.45, $p = 0.038$) มีสภาพแวดล้อมการทำงานดี (coefficient = 6.93, 95% CI = 2.50 - 11.37, $p = 0.002$) และบุคลากรที่มีความเหนื่อยล้ามาก (coefficient = -7.04, 95% CI = -12.69 ถึง -1.39, $p = 0.015$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น (AOR = 1.15, 95% CI = 1.03 - 1.29, $p = 0.016$) กลุ่มอาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง (AOR = 4.40, 95% CI = 1.39 - 13.96, $p = 0.012$) และการทำงาน 9 - 16 ชั่วโมงต่อวัน (AOR = 2.73, 95% CI = 1.16 - 6.41, $p = 0.021$) ขณะที่การรับรู้สภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีสัมพันธ์กับโอกาสของการนอนหลับที่ไม่ดีลดลง (AOR = 0.40, 95% CI = 0.16 - 1.00, $p = 0.049$)

สรุป การออกกำลังกาย การดื่มกาแฟอื่น และการรับรู้สภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น ขณะที่การมีความเหนื่อยล้ามากสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ลดลง ส่วนลักษณะการทำงาน (กลุ่มอาชีพ/ชั่วโมงงาน) และปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ) สัมพันธ์กับโอกาสที่เพิ่มขึ้นของการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี และสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีสัมพันธ์กับโอกาสที่ลดลงของทั้งปัญหาคุณภาพชีวิตและคุณภาพการนอนหลับ

คำสำคัญ คุณภาพชีวิต คุณภาพการนอนหลับ บุคลากรในโรงพยาบาล

Corresponding author: พิมพ์ชนก ทองทวน

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

E-mail: pimchanok@scphub.ac.th

วันรับ 26 กันยายน 2568 วันแก้ไข 21 มกราคม 2569 วันตอบรับ 29 มกราคม 2569

Prevalence and Associated Factors of Quality of Life and Sleep Quality among Personnel in a Community Hospital, Ubon Ratchathani Province

Pawitchaya Simawong*, Pimchanok Thongtuan*, Supaporn Saentaweessook*, Nisachon Kongman*

*Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

ABSTRACT

Objective: To investigate the prevalence and factors associated with quality of life and sleep quality among personnel in a community hospital in Ubon Ratchathani Province.

Methods: This is a cross-sectional descriptive study conducted among personnel who had been working in a community hospital in Ubon Ratchathani for at least three months between December 2024 and February 2025. Data were collected using a general information questionnaire, the Thai version of the World Health Organization Quality of Life –Brief (WHOQOL-BREF-THAI), and the Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Factors associated with quality of life and sleep quality were analyzed using multivariable linear regression and multivariable logistic regression.

Results: The study included 182 participants, mostly female (72%), with an average age of 35.5 years. The majority worked 9 - 16 hours per day (51.6%), with occupational groups being clinical core (40.7%) and clinical allied (40.7%). Most participants perceived their work environment as good (74.2%) and reported a moderate level of quality of life (54.9%). The prevalence of poor sleep quality was 50.5% (n = 92). Factors significantly associated with quality of life ($p < 0.05$) were exercise (coefficient = 4.87, 95% CI = 0.96 - 8.77, $p = 0.015$), caffeine consumption (coefficient = 4.34, 95% CI = 0.24 - 8.45, $p = 0.038$), and a good work environment (coefficient = 6.93, 95% CI = 2.50 - 11.37, $p = 0.002$), while high work-related fatigue was associated with lower quality of life (coefficient = -7.04, 95% CI = -12.69 to -1.39, $p = 0.015$). Factors significantly associated with poor sleep quality included increasing age (AOR = 1.15, 95% CI = 1.03 - 1.29, $p = 0.016$), working in the clinical core occupational group (AOR = 4.40, 95% CI = 1.39 - 13.96, $p = 0.012$), and working 9 - 16 hours per day (AOR = 2.73, 95% CI = 1.16 - 6.41, $p = 0.021$). Conversely, the perception of a good work environment was associated with 60% lower odds of poor sleep quality (AOR = 0.40, 95% CI = 0.16 - 1.00, $p = 0.049$).

Conclusion: Exercise, caffeine consumption, and a good work environment were associated with a higher quality of life, whereas high work-related fatigue was associated with a lower in quality of life. Work-related factors (occupational group and working hours) and personal factors (age) were associated with increased odds of poor sleep quality. A good work environment was significantly associated with a higher quality of life and lower odds of poor sleep quality among hospital personnel.

Keywords: quality of life, sleep quality, healthcare personnel

Corresponding author: Pimchanok Thongtuan

E-mail: pimchanok@scphub.ac.th

Received: 26 September 2025 Revised: 21 January 2026 Accepted: 29 January 2026

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้นิยามคุณภาพชีวิตตามแนวคิด WHOQOL ว่าคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และค่านิยมในเวลานั้นๆ และมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานที่แต่ละคนกำหนดขึ้น ซึ่งครอบคลุม 4 มิติหลัก แต่ละมิติสะท้อนองค์ประกอบของสุขภาพที่ต้องได้รับการสนับสนุนอย่างสมดุล ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม¹ หนึ่งในปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อตรงต่อมิติเหล่านี้คือคุณภาพการนอนหลับ

การนอนหลับเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญมากในชีวิตของมนุษย์ เนื่องจากมีบทบาทสำคัญต่อความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ² การนอนหลับไม่เพียงพอหรือไม่มีคุณภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับสุขภาพร่างกาย³ ลดประสิทธิภาพในการทำงาน เพิ่มความเหนื่อยล้า⁴ สุขภาพจิตที่แย่ลง^{5,6} และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม⁷ ซึ่งลดทอนคุณภาพชีวิตในภาพรวม⁸⁻¹⁰

คุณภาพชีวิตและคุณภาพการนอนเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะในบริบทที่ต้องเผชิญกับภาระงานหนักและการทำงานเป็นกะ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับสากลพบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีอัตราการนอนหลับไม่ดีสูงกว่าประชากรทั่วไปถึงร้อยละ 40¹¹ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety)¹² และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout)¹³ สำหรับประเทศไทย แม้จะมีการศึกษาปัญหาดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง แต่ส่วนใหญ่มักจำกัดอยู่ในบริบทของโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และมุ่งเน้นศึกษาเฉพาะกลุ่มวิชาชีพพยาบาลหรือแพทย์ประจำบ้านเป็นหลัก โดยพบความชุกของปัญหาคุณภาพการนอนหลับสูงถึงร้อยละ 64¹⁵ ซึ่งสัมพันธ์กับปัจจัยด้านสุขภาพจิต¹⁶ และสุขอนามัยการนอน¹⁸ นอกจากนี้ยังพบความชุกของปัญหาคุณภาพชีวิตจากการทำงานสูงถึงร้อยละ 76.6¹⁷ โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและคุณภาพการนอนหลับ ได้แก่ กลุ่มอาชีพ¹⁴ ระดับความเครียด¹⁴ การสูบบุหรี่และการออกกำลังกาย¹⁹ การทำงานเป็นกะและการหมุนเวียนกะงาน^{19,20} จำนวนชั่วโมงการทำงาน^{17,21} รวมถึงความเครียด²³ และสภาพแวดล้อมการทำงาน^{21,23} ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพ และภาวะหมดไฟในการทำงานส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

บริบทการทำงานในโรงพยาบาลชุมชนมีความแตกต่างจากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปอย่างชัดเจน ซึ่งมีลักษณะโครงสร้างองค์กรและทรัพยากรที่แตกต่างกัน^{19,20,24} โดยเฉพาะภาระงานที่ต้องปฏิบัติหลายบทบาทพร้อมกันภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด รวมถึงสภาพแวดล้อมในการทำงาน²⁷ ซึ่งสัมพันธ์กับระดับความเครียดที่สูงและคุณภาพชีวิตที่ลดลงในกลุ่มบุคลากรสายวิชาชีพและสายสนับสนุน^{13,25-27} อย่างไรก็ตาม แม้จะมีหลักฐานว่าคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีส่งผลกระทบต่อตรงต่อทั้งสุขภาพของบุคลากร และความปลอดภัยของผู้ป่วย^{6,7} แต่การศึกษาในประเทศไทยส่วนใหญ่จำกัดอยู่ในกลุ่มแพทย์หรือพยาบาลในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทำให้ยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ครอบคลุมทุกกลุ่มอาชีพในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นอกจากนี้งานวิจัยที่ผ่านมาแยกส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง แต่ยังไม่มีการศึกษาที่บูรณาการทั้งปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยเชิงระบบ เช่น กลุ่มอาชีพ โดยเฉพาะในกลุ่มบุคลากรสายสนับสนุน (non-clinical support) ที่ปฏิบัติงานร่วมกับสายวิชาชีพ (clinical core, clinical allied) การหมุนเวียนกะงานและชั่วโมงการทำงานเข้าด้วยกัน เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ต่อทั้งคุณภาพชีวิตและคุณภาพการนอนหลับในคราวเดียวกัน ด้วยเหตุนี้การศึกษานี้จึงมุ่งเติมเต็มช่องว่างทางองค์ความรู้ดังกล่าวโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อระบุนัยของปัญหาคุณภาพชีวิตและคุณภาพการนอนหลับของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี และวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและคุณภาพการนอนหลับ เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาแนวทางและออกแบบมาตรการสนับสนุนสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขให้สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของพื้นที่อย่างยั่งยืน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ดำเนินการในบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และเป็นการเข้าร่วมแบบสมัครใจ (voluntary response) จากประชากรทั้งหมด 240 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนของบุคลากรทุกระดับและลดอคติจากการคัดเลือก ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้ 1) การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างครอบคลุม ผู้วิจัยได้ส่งหนังสือเชิญเข้าร่วมวิจัยไปยังทุกหน่วยงานภายใน

โรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรทุกกลุ่มอาชีพมีโอกาสได้รับทราบข้อมูลอย่างเท่าเทียมกัน 2) การรักษาความลับ การจัดเก็บข้อมูลเป็นแบบไม่ระบุตัวตน (anonymous) โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ และแบบกระดาษที่ไม่ระบุชื่อ-นามสกุล เพื่อให้ผู้ตอบมีความอิสระและลดความกังวลในการให้ข้อมูลตามความเป็นจริง 3) การติดตามการตอบกลับ ผู้วิจัยได้ทำการประสานงานและติดตาม (follow-up) ผ่านทางหัวหน้าหน่วยงานหรือกลุ่มไลน์ทางการของโรงพยาบาล รวมทั้งสิ้น 2 ครั้ง (30 และ 45 วันหลังแจกแบบสอบถาม) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ที่ยังไม่ได้ตอบแบบสอบถามเข้าร่วมการศึกษา เพิ่มอัตราการตอบกลับให้สูงที่สุด

เกณฑ์การคัดเลือกและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน ยินยอมเข้าร่วมวิจัย และมีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทย ได้เป็นอย่างดี เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงระหว่างเดือน ธันวาคม 2567 - กุมภาพันธ์ 2568 ภายหลังจากได้รับการอนุมัติ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีแล้ว ตามเลขที่ SSJ.UB 2567-12.006 ลงวันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จากการดำเนินงานดังกล่าว มีผู้สนใจเข้าร่วมและตอบแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ ทั้งสิ้น 182 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับ ร้อยละ 75.83 ซึ่งเป็นระดับที่ยอมรับได้สำหรับงานวิจัยเชิงปริมาณในระดับองค์กร ตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้ในงานวิจัยเชิงปริมาณ โดยเฉพาะในบริบทของงานวิจัยทางสังคมศาสตร์และสาธารณสุข^{29,30}

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษานี้ใช้แบบสอบถาม (questionnaire) โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับข้อมูลด้านประชากรศาสตร์และพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ ต่อเดือน) ปัจจัยด้านการทำงาน (อายุการทำงาน อาชีพ จำนวน ชั่วโมงทำงาน/วัน การขึ้นเวร/เดือน) ปัจจัยด้านสุขภาพและพฤติกรรม (การออกกำลังกาย การดื่มกาแฟอื่น โรคประจำตัว การสูบบุหรี่) ปัจจัยด้านจิตใจและสภาพแวดล้อม ผู้วิจัยได้ประเมินปัจจัยด้านจิตใจและสภาพแวดล้อม 4 ด้าน ได้แก่ ความเครียด สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความเหนื่อยล้า และความวิตกกังวล ด้านละ 3 ข้อ โดยใช้แบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) โดยมีรายละเอียดดังนี้ ด้านความเครียด (เช่น ความคาดหวังในงานภาระงานที่มากเกินไป การทำงานร่วมกับผู้อื่น) คะแนนมาก หมายถึง มีความเครียดสูง การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ย โดยคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 3.00 หมายถึง เครียดต่ำ-ปานกลาง และ 3.01 - 5.00 หมายถึง เครียดสูง ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน (เช่น ความสะอาดสบายและความปลอดภัย บรรยากาศการทำงาน ประสิทธิภาพงานจากสภาพแวดล้อม) คะแนนมาก หมายถึง สภาพแวดล้อมในการทำงานดี การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ย โดยคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 3.00 หมายถึง สภาพแวดล้อมในการทำงานไม่ดี และ 3.01 - 5.00 หมายถึง สภาพแวดล้อมในการทำงานดี ด้านความเหนื่อยล้า (เช่น เหนื่อยล้าจากการทำงานเป็นเวลานาน พลังงานลดลง ผลกระทบต่อคุณภาพงาน) คะแนนมาก หมายถึง มีความเหนื่อยล้าสูง การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ย โดยคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 3.00 หมายถึง เหนื่อยน้อย-ปานกลาง และ 3.01 - 5.00 หมายถึง เหนื่อยมาก และสุดท้ายด้านความวิตกกังวล (เช่น กังวลต่อผลลัพธ์งาน คิดมากเกี่ยวกับปัญหา ประหม่าต่องานทำหาย) คะแนนมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ย โดยคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 3.00 หมายถึง กังวลน้อย-ปานกลาง และ 3.01 - 5.00 หมายถึง กังวลมาก มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.851, 0.836, 0.864 และ 0.876 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตเครื่องมือชี้วัดคุณภาพ

ชีวิตฉบับภาษาไทยขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-BREF-THAI) โดยครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพกาย 2) ด้านสุขภาพจิต 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วยคำถามทั้งเชิงบวกและลบ ใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบ Likert 5 ระดับ ได้แก่ 5 = มากที่สุด, 4 = มาก, 3 = ปานกลาง, 2 = น้อย, และ 1 = ไม่เลย สำหรับการแปลผล คะแนน 26 - 60 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตไม่ดี, 61 - 95 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตปานกลาง และ 96 - 130 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดี มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.937

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ Thai-

Pittsburgh Sleep Quality Index (Thai-PSQI) ฉบับภาษาไทย แปลโดย ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และ วรวิทย์ ต้นชัยสวัสดิ์ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย 2) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ 3) ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน 4) ประสิทธิภาพการนอนหลับ

โดยปกติวิสัย 5) การรบกวนการนอนหลับ 6) การใช้ยานอนหลับ และ 7) ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน³² โดยมี การให้คะแนนตามแนวทางการให้คะแนนมาตรฐาน ซึ่งคะแนน รวมตั้งแต่ 0 - 21 คะแนน โดยคะแนนรวม ≤ 5 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับดี และคะแนนรวม > 5 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับไม่ดี³³ มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.807

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรม SPSS version 27.0 โดยใช้สถิติพรรณนา เพื่อรายงานข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม ตัวอย่าง ในรูปแบบของความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) สถิติเชิงปริมาณ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean) ค่ามัธยฐาน (median) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และ ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (interquartile range)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัย ส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน ปัจจัยด้านสุขภาพและพฤติกรรม ปัจจัยด้านจิตใจและสภาพแวดล้อมกับคุณภาพชีวิต ใช้คะแนนรวม คุณภาพชีวิตเป็นตัวแปรต่อเนื่อง โดยใช้ Multivariable linear regression analysis ด้วยวิธี enter โดยคัดเลือกตัวแปรจากกรอบ แนวคิดและวรรณกรรม ทั้งนี้การจัดระดับคุณภาพชีวิตใช้เพื่อการ รายงานเชิงพรรณนา และไม่พบ Multicollinearity ($VIF < 5$) สำหรับ คุณภาพการนอนหลับได้จัดกลุ่มตัวแปรเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้ Multivariable logistic regression analysis ใช้ค่าระดับนัยสำคัญ ทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 182 คน พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.0) อายุเฉลี่ย 35.48 ปี สถานภาพสมรส (ร้อยละ 48.4) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 61.0) จำนวน สมาชิกในครอบครัวมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 4 คน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 22,677.97 บาท ด้านการทำงาน อายุงานเฉลี่ย 10.30 ปี กลุ่มอาชีพ ร้อยละ 40.7 เป็นสายวิชาชีพที่ให้บริการผู้ป่วยโดยตรง (clinical core) หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นแกนหลักใน การวินิจฉัย รักษาและดูแลผู้ป่วย ตัวอย่างตำแหน่งงาน เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เป็นต้น สายวิชาชีพสนับสนุน ทางคลินิก (clinical allied) ร้อยละ 40.7 หมายถึง บุคลากรวิชาชีพที่มี บทบาทสนับสนุนการวินิจฉัยและการรักษาทางเทคนิค ตัวอย่างเช่น

เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น และร้อยละ 18.6 เป็นบุคลากรสาย สนับสนุน (non-clinical support) ในส่วนงานบริหารและงานบริการ ทั่วไปที่สนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาล ตัวอย่างเช่น เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป งานธุรการ งานการเงินและบัญชี พนักงานขับรถ แม่บ้าน เป็นต้น ชั่วโมงการทำงาน 9 - 16 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 51.6) มีการขึ้นเวร (ร้อยละ 85.7) ด้าน สุขภาพและพฤติกรรม ออกกำลังกาย (ร้อยละ 64.8) ดื่มคาเฟอีน (ร้อยละ 72.5) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 86.8) ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 89.6) ด้านจิตใจและสภาพแวดล้อม พบว่าส่วนใหญ่ มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง (ร้อยละ 88.5) ในขณะที่ สภาพแวดล้อมในการทำงานอยู่ระดับดี (ร้อยละ 74.2) ความ เหนื่อยล้าอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 94.0) และความวิตกกังวล อยู่ในระดับน้อย-ปานกลาง (ร้อยละ 87.9) (ตารางที่ 1)

ระดับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตโดยเฉลี่ยของบุคลากรในโรงพยาบาล ชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี มีค่าเฉลี่ย 94.56 (S.D. = 12.51) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.9) รองลงมา คือคุณภาพชีวิตที่ดี (ร้อยละ 44.5) และคุณภาพชีวิตไม่ดี (ร้อยละ 0.5) (ตารางที่ 2) เมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติ (ตารางที่ 3) พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี และปานกลาง โดยด้านที่มีสัดส่วนคุณภาพชีวิตในระดับดี สูงที่สุด คือ ด้านสุขภาพจิต (ร้อยละ 85.2; median = 27, IQR = 25 - 29) รองลงมาคือ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (ร้อยละ 70.9; median = 12, IQR = 11 - 13) และด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ 63.2; median = 31, IQR = 28 - 34) ตามลำดับ สำหรับด้านสุขภาพกาย พบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 70.9 ; median = 25, IQR = 23 - 27)

คุณภาพการนอนหลับ

ความชุกของคุณภาพการนอนหลับไม่ดีในบุคลากร เท่ากับร้อยละ 50.5 มีค่ามัธยฐานของคะแนนรวมจาก แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ Thai-PSQI เท่ากับ 6 คะแนน (ค่าพิสัยควอร์ไทล์ 3 - 7) (ตารางที่ 4) เมื่อพิจารณารองค์ประกอบย่อย ของคุณภาพการนอนหลับตามดัชนี Thai-PSQI พบว่าบุคลากร ส่วนใหญ่ร้อยละ 63.7 มีระยะเวลาการนอนหลับ (sleep duration) ที่เหมาะสมมากกว่า 7 ชั่วโมงต่อคืน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

(ร้อยละ 77.5) มีประสิทธิภาพการนอนหลับในเกณฑ์ดี และร้อยละ 73.6 ระบุว่าไม่เคยใช้ยานอนหลับในช่วงเดือนที่ผ่านมา สำหรับอุปสรรคการนอนหลับ พบว่าระยะเวลาในการเริ่มหลับ (sleep latency) และการรบกวนการนอนหลับ (sleep disturbance) ส่วนใหญ่

มีปัญหาน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 61.0 และ 81.3 ตามลำดับ) นอกจากนี้ ในด้านผลกระทบต่อกิจกรรมระหว่างวัน พบว่าร้อยละ 68.7 แทบไม่มีอาการง่วงซึม และมีเพียงร้อยละ 2.2 ที่รายงานว่ามีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 182)

ตัวแปรศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปัจจัยส่วนบุคคล		
เพศ		
ชาย	51	28.0
หญิง	131	72.0
อายุ (ปี, mean ± SD)	35.48 ± 8.23	
	min = 19.00, max = 58.00	
สถานภาพการสมรส		
มีคู่	88	48.4
ไม่มีคู่	94	51.6
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	58	31.9
ปริญญาตรีขึ้นไป	124	68.1
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
Median (IQR)	4 (3 - 5)	
รายได้ต่อเดือน (บาท, mean ± SD)		
	22,677.97 ± 10,726.92	
	min = 6,980, max = 60,000	
≤ 20,000	50	27.5
20,001 - 35,000	106	58.2
> 35,001 ขึ้นไป	26	14.3
ปัจจัยด้านการทำงาน		
อายุการทำงาน (ปี, mean ± SD)		
	10.30 ± 7.32	
	min = 1, max = 32	
กลุ่มอาชีพ		
สายวิชาชีพที่ให้บริการผู้ป่วยโดยตรง	74	40.7
สายวิชาชีพสนับสนุนทางคลินิก	74	40.7
สายสนับสนุน	34	18.6
ชั่วโมงการทำงาน/วัน		
8 ชั่วโมง	88	48.4
9 - 16 ชั่วโมง	94	51.6

ตัวแปรศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การขึ้นเวรต่อเดือน		
ไม่มี	26	14.3
มี	156	85.7
ปัจจัยด้านสุขภาพและพฤติกรรม		
การออกกำลังกาย		
ไม่เคย	64	35.2
เคย	118	64.8
การดื่มคาเฟอีน		
ไม่ดื่ม	50	27.5
ดื่ม	132	72.5
โรคประจำตัว		
ไม่มี	158	86.8
มี	24	13.2
การสูบบุหรี่		
ไม่เคย	163	89.6
เคย	19	10.4
ปัจจัยด้านจิตใจและสภาพแวดล้อม		
ความเครียด (mean ± SD)		
	2.17 ± 0.98	
เครียดต่ำ-ปานกลาง	161	88.5
เครียดสูง	21	11.5
สภาพแวดล้อมการทำงาน (mean ± SD)		
	3.80 ± 0.80	
ไม่ดี	47	25.8
ดี	135	74.2
ความเหนื่อยล้า (mean ± SD)		
	1.89 ± 0.84	
เหนื่อยน้อย-ปานกลาง	11	6.0
เหนื่อยมาก	171	94.0
ความวิตกกังวล (mean ± SD)		
	2.19 ± 0.94	
กังวลน้อย-ปานกลาง	160	87.9
กังวลมาก	22	12.1

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากร (n = 182)

WHOQOL-BREF-THAI	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตไม่ดี (26 - 60 คะแนน)	1	0.5
คุณภาพชีวิตปานกลาง (61 - 95 คะแนน)	100	54.9
คุณภาพชีวิตที่ดี (96 - 130 คะแนน)	81	44.5

ค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิต (mean \pm SD) = 94.56 \pm 12.51, min = 60, max = 120

ตารางที่ 3 ระดับคุณภาพชีวิตแยกตามองค์ประกอบ (n = 182)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	คะแนน Median (IQR)	คุณภาพชีวิตไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	คุณภาพชีวิตปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	คุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน (ร้อยละ)
ด้านสุขภาพกาย	25 (23 - 27)	1 (0.5)	129 (70.9)	52 (28.6)
ด้านสุขภาพจิต	27 (25 - 29)	-	27 (14.8)	155 (85.2)
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	12 (11 - 13)	2 (1.1)	51 (28.0)	129 (70.9)
ด้านสิ่งแวดล้อม	31 (28 - 34)	2 (1.1)	65 (35.7)	115 (63.2)

ตารางที่ 4 คุณภาพการนอนหลับของบุคลากร (n = 182)

คุณภาพการนอนหลับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับคุณภาพการนอนหลับ Median (IQR)	6 (3 - 7)	
คุณภาพการนอนหลับดี (1 - 5 คะแนน)	90	49.5
คุณภาพการนอนหลับไม่ดี (มากกว่า 5 คะแนน)	92	50.5

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีของบุคลากร

วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของบุคลากร ด้วยวิธี Multivariable linear regression analysis พบว่า ปัจจัยด้านสุขภาพและพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของบุคลากร ได้แก่ การออกกำลังกายและการดื่มคาเฟอีน โดยบุคลากรที่ออกกำลังกายมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ออกกำลังกาย 4.87 คะแนน (coefficient = 4.87, 95% CI = 0.96 - 8.77, p = 0.015) ส่วนบุคลากรที่ดื่มคาเฟอีน มีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่มคาเฟอีน 4.34 คะแนน (coefficient = 4.34, 95% CI = 0.24 - 8.45, p = 0.038) ปัจจัยด้านจิตใจและสิ่งแวดล้อมพบว่า บุคลากรที่รับรู้ว่ามีสภาพแวดล้อมการทำงานดีมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ประเมินว่าสภาพแวดล้อมการทำงานไม่ดี 6.93 คะแนน (coefficient = 6.93, 95% CI = 2.50 - 11.37, p = 0.002) และบุคลากรที่มีความ

เหนื่อยล้ามากมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยลดลง 7.04 คะแนน เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีความเหนื่อยล้าน้อย (coefficient = -7.04, 95% CI = -12.69 ถึง -1.39, p = 0.015) (ตารางที่ 5)

วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ด้วยวิธี Multivariable logistic regression analysis พบว่า บุคลากรที่มีอายุมากขึ้นมีโอกาสนอนหลับไม่ดีเพิ่มขึ้น โดยทุกๆ การเพิ่มขึ้นของอายุ 1 ปี จะเพิ่มโอกาสนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 15 (AOR = 1.15, 95% CI = 1.03 - 1.29, p = 0.016) บุคลากรที่อยู่ในกลุ่ม clinical core มีโอกาสนอนหลับไม่ดีมากกว่ากลุ่ม nonclinical support ถึง 4.40 เท่า (AOR = 4.40, 95% CI = 1.39 - 13.96, p = 0.012) เมื่อพิจารณาชั่วโมงการปฏิบัติงานจริงเฉลี่ยต่อวัน พบว่าบุคลากรที่มีชั่วโมงการทำงานยาวนาน (9 - 16 ชั่วโมงต่อวัน) มีความสัมพันธ์กับโอกาสที่เพิ่มขึ้น 2.73 เท่า ในการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ปฏิบัติงานตามเวลาปกติ 8 ชั่วโมงต่อวัน (AOR = 2.73, 95% CI = 1.16 - 6.41, p = 0.021) และบุคลากรที่รับรู้ว่ามีสภาพแวดล้อมการทำงานดีมีโอกาสนอนหลับไม่ดีลดลง ร้อยละ 60 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ประเมินว่าสภาพแวดล้อมการทำงานไม่ดี (AOR = 0.40, 95% CI = 0.16 - 1.00, p = 0.049) (ตารางที่ 6)

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.9) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ที่ 94.56 (S.D. = 12.51) ซึ่งเมื่อ

ตารางที่ 5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับคุณภาพชีวิตของบุคลากร ด้วยวิธี Multivariable linear regression analysis

ตัวแปรศึกษา	Coefficient	95% CI		p-value
		Lower	Upper	
ปัจจัยส่วนบุคคล				
เพศหญิง	-1.33	-5.92	3.27	0.569
อายุ (ปี)	0.00	-0.53	0.53	0.999
ไม่มีคู่สมรส	0.20	-3.77	4.17	0.922
การศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป	2.81	-1.96	7.57	0.246
มีสมาชิกในครอบครัว	-0.04	-1.25	1.16	0.942
รายได้ต่อเดือน (บาท) (> 35,001 = ref.)				
≤ 20,000	0.20	-6.93	7.33	0.956
20,001 - 35,000	0.28	-5.76	6.32	0.927
ปัจจัยด้านการทำงาน				
อายุการทำงาน (ปี)	0.09	-0.49	0.67	0.760
กลุ่มอาชีพ (nonclinical support = ref.)				
Clinical core	1.41	-4.62	7.43	0.645
Clinical allied	-4.57	-9.67	0.53	0.079
9 - 16 ชั่วโมงการทำงาน/วัน (8 ชม. = ref.)	1.62	-2.52	5.76	0.441
มีการขึ้นเวร	-2.85	-8.62	2.91	0.330
ปัจจัยด้านสุขภาพและพฤติกรรม				
ออกกำลังกาย	4.87	0.96	8.77	0.015
ดื่มคาเฟอีน	4.34	0.24	8.45	0.038
มีโรคประจำตัว	-4.50	-10.01	1.00	0.108
เคยสูบบุหรี่	-1.18	-7.60	5.24	0.716
ปัจจัยด้านจิตใจและสิ่งแวดล้อม				
มีความเครียดสูง	1.13	-5.50	7.76	0.737
สภาพแวดล้อมการทำงานดี	6.93	2.50	11.37	0.002
มีความเหนื่อยล้ามาก	-7.04	-12.69	-1.39	0.015
มีความวิตกกังวลมาก	5.82	-1.02	12.66	0.095

เปรียบเทียบกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี³³ และบุคลากรในโรงพยาบาล กงหรา³⁴ พบคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย คะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ที่ 77.8 และ 74.8 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง แต่คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างนั้น

ค่อนข้างสูงเกือบถึงเกณฑ์ที่ดี จากการประเมินระดับคุณภาพชีวิต รายด้าน พบว่ามีมิติที่มีคะแนนสูงที่สุดคือ ด้านสุขภาพจิตและด้าน ความสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล ชุมชน ซึ่งเป็นองค์กรขนาดเล็กที่มักมีความสัมพันธ์ระหว่าง เพื่อนร่วมงานที่ใกล้ชิด และการสนับสนุนทางสังคมในที่ทำงานที่ เข้มแข็งมากกว่าในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป^{24,27,28}

ซึ่งช่วยให้บุคลากรยังคงสภาวะจิตใจที่ดีแม้ต้องปฏิบัติงานในสภาวะที่มีทรัพยากรจำกัด

ความชุกของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีของบุคลากร อยู่ที่ร้อยละ 50.5 ซึ่งชี้ว่าครึ่งหนึ่งของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้มีคุณภาพการนอนไม่ดี ใกล้เคียงกับ

การศึกษาอื่นที่พบความชุกของคุณภาพการนอนหลับไม่ดีในกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพถึงร้อยละ 61 - 67.6^{15,16,20} โดยแสดงให้เห็นว่าปัญหาการนอนหลับในบุคลากรสาธารณสุขเป็นประเด็นที่พบได้ในหลายบริบทของประเทศไทย ทั้งโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลขนาดใหญ่

ตารางที่ 6 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีของบุคลากร ด้วยวิธี Multivariable logistic regression analysis

ตัวแปรศึกษา	OR	95% CI		p-value	AOR	95% CI		p-value
		Lower	Upper			Lower	Upper	
ปัจจัยส่วนบุคคล								
เพศหญิง	0.88	0.46	1.67	0.687	1.22	0.50	2.99	0.665
อายุ (ปี)	1.03	0.99	1.07	0.099	1.15	1.03	1.29	0.016
ไม่มีคู่สมรส	0.88	0.49	1.57	0.653	1.76	0.78	3.97	0.175
การศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป	1.03	0.55	1.93	0.919	0.95	0.36	2.49	0.918
มีสมาชิกในครอบครัว	0.98	0.80	1.19	0.832	0.98	0.76	1.26	0.876
รายได้ต่อเดือน (บาท) (> 35,001 = ref.)								
≤ 20,000	1.00	0.42	2.36	0.995	0.36	0.09	1.44	0.149
20,001 - 35,000	0.62	0.24	1.61	0.327	1.65	0.46	5.88	0.438
ปัจจัยด้านการทำงาน								
อายุการทำงาน (ปี)	1.01	0.97	1.05	0.590	0.89	0.78	1.00	0.059
กลุ่มอาชีพ (nonclinical support = ref.)								
Clinical core	2.04	1.05	3.98	0.036	4.40	1.39	13.96	0.012
Clinical allied	0.99	0.45	2.17	0.980	1.31	0.48	3.63	0.598
9-16 ชั่วโมงการทำงาน/วัน (8 ชม. = ref.)	2.81	1.54	5.12	<0.001	2.73	1.16	6.41	0.021
มีการขึ้นเวร (ไม่มีการขึ้นเวร = ref.)	3.25	1.29	8.17	0.012	1.59	0.46	5.43	0.463
ปัจจัยสุขภาพและพฤติกรรม								
ออกกำลังกาย	1.14	0.62	2.09	0.675	1.49	0.67	3.27	0.326
ดื่มคาเฟอีน	1.44	0.75	2.77	0.278	1.72	0.73	4.06	0.217
มีโรคประจำตัว	2.69	1.06	6.84	0.038	2.52	0.81	7.85	0.112
เคยสูบบุหรี่	1.39	0.53	3.64	0.500	1.26	0.35	4.57	0.727
ปัจจัยจิตใจและสภาพแวดล้อม								
มีความเครียดสูง	1.27	0.67	2.41	0.456	0.94	0.24	3.72	0.926
มีสภาพแวดล้อมการทำงานดี	2.35	1.18	4.70	0.016	0.40	0.16	1.00	0.049
มีความเหนื่อยล้ามาก	1.13	0.53	2.43	0.748	0.88	0.27	2.84	0.829
มีความวิตกกังวลมาก	0.85	0.46	1.57	0.598	1.73	0.42	7.14	0.451

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การออกกำลังกาย การดื่มกาแฟ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน และความเหนื่อยล้าจากการทำงาน จากการศึกษพบว่าบุคลากรที่มีพฤติกรรมออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยที่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาในต่างประเทศที่พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการออกกำลังกายและคุณภาพชีวิตในบุคลากรทางการแพทย์^{35,36} เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยที่ระบุว่าบุคลากรที่ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ออกกำลังกายไม่เพียงพอและไม่ออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³⁷ นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรที่ดื่มกาแฟ มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยที่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่มกาแฟ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ระบุว่ากาแฟเป็นตัวช่วยที่นิยมใช้เพื่อลดผลกระทบชั่วคราวจากสภาวะอดนอน (sleep deprivation) และช่วยให้ระบบความคิดและการตัดสินใจยังคงทำงานได้ดีในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องทำงานภายใต้ความกดดันสูง^{4,8} โดยการที่ร่างกายมีการตื่นตัวนี้อาจส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมตนเองและการปฏิบัติงาน ทำให้บุคลากรรู้สึกถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระหว่างการทำงานได้

ปัจจัยจิตใจและสภาพแวดล้อม เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า มิติด้านสิ่งแวดล้อมมีคะแนนมาตรฐานสูงที่สุดเมื่อเทียบกับมิติอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์พหุตัวแปรที่พบว่า การรับรู้ว่ามีสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยที่สูงกว่ากลุ่มที่ประเมินว่าสภาพแวดล้อมไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ชี้ให้เห็นว่าองค์กรที่มีสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีและเหมาะสมมักมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น^{21,39} และยังสัมพันธ์กับการตัดสินใจคงอยู่ในงานของพยาบาลในประเทศไทยอีกด้วย²³ การศึกษานี้ยังพบว่าบุคลากรที่มีความเหนื่อยล้ามาก มีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยลดลง เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีความเหนื่อยล้าน้อย ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบในมิติด้านสุขภาพกาย ที่พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตในด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง ต่างจากมิติอื่นๆ ที่ส่วนใหญ่จัดอยู่ในระดับดีทั้งหมด ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าความเหนื่อยล้าสะสมจากการปฏิบัติงานในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน อาจเป็นอุปสรรคสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตในภาพรวม ข้อค้นพบนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ระบุว่า

สภาวะเหนื่อยล้าสะสมมีความสัมพันธ์กับปัญหาคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีตามมา^{18,19} นอกจากนี้ความเหนื่อยล้ายังมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานซึ่งส่งผลกระทบต่อตรงต่อคุณภาพชีวิตและทัศนคติต่อการปฏิบัติงานในบริบทของโรงพยาบาลที่มีทรัพยากรจำกัด^{13,27}

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโอกาสการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษานี้ ได้แก่ อายุ กลุ่มอาชีพ จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน และสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยพบว่าบุคลากรที่มีอายุมากขึ้นสัมพันธ์กับโอกาสการนอนหลับไม่ดีที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการเปลี่ยนแปลงการนอนตามวัย ที่พบว่าในผู้สูงอายุมีการนอนหลับลึกลดลง และเวลาเข้านอน-ตื่นนอนเร็วขึ้น ทำให้ตื่นกลางคืนบ่อยขึ้น ทั้งนี้เกิดจากการลดลงของ circadian wake-propensity rhythm และ homeostatic sleep pressure ซึ่งทำให้คุณภาพการนอนและความต่อเนื่องของการนอนลดลง^{39,40} ประเด็นสำคัญที่สะท้อนถึงกลไกเชิงระบบของโรงพยาบาลชุมชน คือ การที่กลุ่มอาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง (clinical core) เช่น แพทย์และพยาบาล สัมพันธ์กับโอกาสการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสูงกว่ากลุ่มบุคลากรสายสนับสนุน (nonclinical support) ถึง 4.48 เท่า และการปฏิบัติงาน 9 - 16 ชั่วโมงต่อวัน สัมพันธ์กับโอกาสการนอนหลับไม่ดีสูงกว่ากลุ่มที่ทำงานปกติถึง 2.74 เท่า ซึ่งเป็นไปตามลักษณะภาระงานในโรงพยาบาลชุมชนที่บุคลากรสายวิชาชีพต้องรับภาระงานหนักในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงและเผชิญกับความเครียดจากการทำงาน ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นว่าบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านอัตราค่าจ้างบุคลากร ทำให้บุคลากรต้องปฏิบัติงานล่วงเวลาหรืออยู่เวรหมุนเวียนอย่างต่อเนื่อง และมีชั่วโมงการปฏิบัติงานที่ยาวนานกว่าปกติเพื่อคงระบบบริการ 24 ชั่วโมง สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบความชุกของปัญหาการนอนหลับในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพโดยตรงสูงถึงร้อยละ 70.4¹⁹ และ 81.5⁴¹ ซึ่งกลไกนี้สัมพันธ์กับความเครียดจากภาระงาน²² และการสะสมความเหนื่อยล้าจากการทำงานเป็นกะ^{19,20} หรือการขึ้นเวรดึก⁴² ที่ขัดขวางการฟื้นฟูร่างกาย และยังสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ในประเทศไทยที่พบว่า จำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับคุณภาพชีวิตการทำงานโดยกลุ่มที่มีชั่วโมงงานน้อยกว่ามักมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีกว่า²¹ นอกจากนี้ ภาระงานในลักษณะการขึ้นเวรดึกยังมีความสัมพันธ์กับโอกาสการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสูงถึง 8.84 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีเวรดึก⁴²

สำหรับการศึกษาค้นคว้าที่ยังพบความนัยสำคัญของปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยบุคลากรที่รับรู้ว่ามีสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีมีความสัมพันธ์กับโอกาสในการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีลดลง เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ประเมินว่าสภาพแวดล้อมการทำงานไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศฝรั่งเศสที่ระบุว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมการทำงานมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับปัญหาคุณภาพการนอนหลับของบุคลากรทางด้านสุขภาพ⁴³

ประเด็นที่น่าสนใจเกิดจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ คือการเปลี่ยนแปลงทิศทางของค่าสถิติของสภาพแวดล้อมการทำงาน ระหว่างการวิเคราะห์รายปัจจัย (univariable analysis) และการวิเคราะห์พหุตัวแปร (multivariable analysis) โดยเมื่อทำการควบคุมปัจจัยกวนแล้วพบว่าสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีจะสัมพันธ์กับโอกาสที่ลดลงของการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี เนื่องจากกลุ่มอาชีพที่ต้องดูแลผู้ป่วยโดยตรงและมีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน มักจะสัมพันธ์กับการรับรู้สภาพแวดล้อมการทำงานในเชิงลบหรือเกิดการพักผ่อนได้น้อยกว่ากลุ่มอื่น ดังนั้นเมื่อวิเคราะห์หลังควบคุมปัจจัยกวนแล้ว จึงทำให้เห็นความสัมพันธ์ของสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีต่อการลดโอกาสการพบปัญหาการนอนหลับถึงร้อยละ 60 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดด้านอาชีพอนามัยที่ว่าสภาพแวดล้อมทางจิตสังคมในที่ทำงานที่ดี สามารถช่วยลดผลกระทบเชิงลบจากภาระงานที่หนักหน่วงได้⁴⁴

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย และข้อเสนอแนะในการศึกษาค้นคว้าต่อไป

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรคำนึงถึงในการแปลผล ประการแรก รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางจึงสามารถระบุได้เพียงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น ไม่สามารถระบุความเป็นเหตุเป็นผลหรือทิศทางความสัมพันธ์เชิงเวลาได้ ประการต่อมา การเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชนเพียงแห่งเดียวในจังหวัดอุบลราชธานี ร่วมกับการเข้าร่วมแบบสมัครใจ อาจก่อให้เกิดความลำเอียงจากการเลือก รวมถึงความลำเอียงจากการไม่ตอบ โดยเฉพาะในกลุ่มภาระงานหนักมากซึ่งอาจไม่มีเวลาในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งส่งผลกระทบต่อผลไปอ้างอิงในบริบทอื่นที่มีความแตกต่างของพื้นที่หรือระดับโรงพยาบาล นอกจากนี้ การใช้แบบสอบถามที่ผู้เข้าร่วมรายงานด้วยตนเอง

อาจนำไปสู่ความคลาดเคลื่อนจากการจดจำหรือการตอบให้สอดคล้องกับความคาดหวังทางสังคม ประการสุดท้าย งานวิจัยนี้ยังอาจมีปัจจัยอื่นซึ่งไม่ได้นำมาวิเคราะห์ เช่น ภาวะความรับผิดชอบในครอบครัว รายละเอียดของจำนวนเวรตึก หรือภาวะสุขภาพจิตอื่นๆ เช่น โรคซึมเศร้า ซึ่งไม่ได้ประเมินด้วยเครื่องมือวินิจฉัยมาตรฐานในการศึกษาค้นคว้า

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยเสนอให้มีการพัฒนาสภาพแวดล้อมการทำงานที่เหมาะสม โดยจัดให้มีพื้นที่พักผ่อนที่เพียงพอ การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน และส่งเสริมบรรยากาศที่เอื้อต่อสุขภาพจิตใจ อย่างไรก็ตาม ควรทำความเข้าใจกับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพกายและพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น จัดโปรแกรมออกกำลังกายหลังเลิกงานหรือในช่วงพักกลางวัน เพื่อลดความตึงเครียดจากภาระงาน นอกจากนี้ควรมีมาตรการเชิงรุกในการจัดการความเหนื่อยล้าจากการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะในบุคลากรสายวิชาชีพที่มีภาระงานหนัก เช่น การปรับตารางเวรให้เหมาะสมเพื่อลดการคงกะสะสม การจัดช่วงเวลาพักย่อยระหว่างชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาค้นคว้าต่อไป ควรมีการเพิ่มมิติการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อขยายผลจากแบบสอบถามให้เห็นมุมมองที่ลึกซึ้งมากขึ้น เช่น แรงกดดันจากงาน ปัญหาครอบครัวหรือความไม่สมดุลของชีวิตและงาน (work-life imbalance) เป็นต้น หรือการศึกษาเปรียบเทียบเชิงลึกระหว่างกลุ่มอาชีพ รวมทั้งปัจจัยด้านรายได้ ภาระงาน และความมั่นคงในอาชีพ เพื่อทำความเข้าใจปัจจัยเชิงบริบทที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและการนอนหลับของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

สรุป

การศึกษาพบว่าบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.9) ขณะที่ความชุกของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีอยู่ที่ร้อยละ 50.5 โดยระดับคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย การดื่มกาแฟ สภาพแวดล้อมการทำงานและความเหนื่อยล้าจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับโอกาสการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีพบว่ามีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น การปฏิบัติงานในกลุ่มอาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง และการปฏิบัติงานเฉลี่ย 9 - 16 ชั่วโมงต่อวัน ในขณะที่การรับรู้ว่ามีสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีมีความสัมพันธ์กับโอกาสที่ลดลงของการมีปัญหาคอนคุณภาพการนอนหลับ จากความสัมพันธ์ที่ค้นพบ

ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอเชิงนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพภาวะบุคคลากร โดยการสนับสนุนสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน และส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็น ปัจจัยสนับสนุนคุณภาพชีวิตและการพักผ่อนของบุคคลากร นอกจากนี้ สถานพยาบาลควรพิจารณามาตรการส่งเสริม สุขอนามัยการนอนหลับควบคู่ไปกับการออกแบบลักษณะงานและ ตารางการปฏิบัติงานที่เหมาะสมกับภาระงานของแต่ละกลุ่ม วิชาชีพ สำหรับการวิจัยในอนาคตควรใช้วิธีเชิงคุณภาพหรือ การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอาชีพ เพื่อทำความเข้าใจปัจจัย เชิงลึกที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและการนอนหลับมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณบุคลากรในโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่ม ตัวอย่าง และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ช่วยให้การศึกษานี้สำเร็จ ลุล่วงไปได้ด้วยดี สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เข้าร่วมงานวิจัย ทุกท่าน ที่ได้สละเวลาในการตอบแบบสอบถาม และให้ข้อมูล อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้การวิจัย ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงในเวลาอันรวดเร็ว

ทุนสนับสนุนการศึกษา

ไม่ได้รับทุนสนับสนุน

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ปวีทยา สีมาวงษ์: ออกแบบการศึกษา กรอบแนวคิด การวิจัยรูปแบบการศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูล; พิมพ์ชนก ทองทวน: มีส่วนร่วมในการออกแบบการศึกษา การเขียนบทความ และการตรวจสอบแก้ไขบทความ; สุภาภรณ์ แสนทวีสุข และ นิสาชล คงมัน: ออกแบบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 1998;28(3):551-8.
2. Medic G, Wille M, Hemels ME. Short- and long-term health consequences of sleep disruption. *Nat Sci Sleep* 2017;19:151-61.
3. Knutson KL, Van Cauter E. Associations between sleep loss and

- increased risk of obesity and diabetes. *Ann N Y Acad Sci* 2008;1129:287-304.
4. Pilcher JJ, Huffcutt AI. Effects of sleep deprivation on performance: a meta-analysis. *Sleep* 1996; 19(4):318-26.
5. Baglioni C, Battagliese G, Feige B, Spiegelhalter K, Nissen C, Voderholzer U, et al. Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *J Affect Disord* 2011;135(1-3):10-9.
6. Kalmbach DA, Arnedt JT, Song PX, Guille C, Sen S. Sleep disturbance and short sleep as risk factors for depression and perceived medical errors in first-year residents. *Sleep* 2017; 40(3): 1-8.
7. Zhou ES, Gardiner P, Bertisch SM. Integrative medicine for insomnia. *Med Clin North Am* 2017; 101(5):865-79.
8. Killgore WD. Effects of sleep deprivation on cognition. *Prog Brain Res* 2010; 185: 105-29.
9. Pilcher JJ, Morris DM, Donnelly J, Feigl HB. Interactions between sleep habits and self-control. *Front Hum Neurosci* 2015;9:284.
10. World Health Organization. WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: WHO;1998.
11. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun* 2020;88:901-7.
12. Fox J, McGrail M, Cha YJ, Cho D, Lu RW, Yi R, et al. A mixed-methods systematic review of sleep duration and quality in healthcare workers: Impacts on patient safety and quality of care. *Behav Sleep Med* 2025;23(5):698-714.
13. Saintila J, Soriano-Moreno AN, Ramos-Vera C, Oblitas-Guerrero SM, Calizaya-Milla YE. Association between sleep duration and burnout in healthcare professionals: a cross-sectional survey. *Front Public Health* 2024;11:1268164.
14. Jahrami H, BaHammam AS, AlGahtani H, Ebrahim A, Faris M, AlEid K, et al. The examination of sleep quality for frontline healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Breath* 2021;25(4):1743-51.
15. Kongnantha, S. Sleep Quality Problem and Associated Factors in Nurse, Bandan Hospital. *MJSSBH* 2022;37(3):609-19.
16. Junsatitanon P, Pongpirul K. Depression and sleep quality among nurses in a tertiary hospital in Bangkok. *Chula Med J* 2021;65(2):147-53.
17. Somsila N, Chaiear N, Boonjaraspinyo S, Tiamkao S. Work-Related Quality of Life among Medical Residents at a University Hospital in Northeastern Thailand. *J Med Assoc Thai* 2015;98(12):1244-53.
18. Hengjeerajarusand N, Inchai J, Theerakittikul T. The relationship of sleep quality and sleep hygiene with fatigability of resident physicians in a university hospital. *BSCM* 2019;58(1):31-4.
19. Alghamdi LA, Alsubhi LS, Alghamdi RM, Aljahdaly NM, Barashid MM, Wazira LA, Batawi GA, Manzar MD, Alshumrani RA, Alhejaili FF, Wali SO. Prevalence of poor sleep quality among physicians and nurses in a tertiary health care center. *J Taibah Univ Med Sci* 2024;19(3):473-81.



20. Sirinara P, Hanprathet N, Pongpirul K, Jiamjarasrangsi W. Impact of shift work on sleep quality among nursing staff. *Chula Med J* 2019;63(4):221-7.
21. Chantapreda N. Work life quality of registered nurses at a private hospital In Bangkok Metropolis. *PH.PL* 2021;7(3):461-73.
22. Tubsoongnoen P. Job stress, coping strategies, and quality of life among nurses. *Siriraj Med J* 2024;76(1):53-60.
23. Nantsupawat A, Kunaviktikul W, Nantsupawat R, Wichaikhum OA, Thienthong H, Poghosyan L. Effects of nurse work environment on job dissatisfaction, burnout, intention to leave. *Int Nurs Rev* 2011;58(1):74-80.
24. Sawaengdee, K., Ruangrattanatrai, W., Hanvoravongchai, P., & Gajeena, A. Analyses of Workload and Productivity of 12 Public Hospital Nurses in Region 2 of Thailand. *J Health Sci Thai* 2017;24(4):741-50.
25. Rueangsaeng S, Prasertchai A, Thammakun T. Stress among health personnel at sub-district health promoting hospital, Pathum Thani Province during COVID-19 outbreak. *J Med Public Health Reg* 4 2025;15(2):79-88.
26. Tiengwatchanakul W, Tangtong C, Arphorn S, Maruo S, Sillabutra J. Factor Associated with Stress among Emergency Nurses in Community Hospitals, Nakhon Ratchasima Province. *J Royal Thai Army Nurses* 2023;24(1):100-8.
27. Sultana A, Sharma R, Hossain MM, Bhattacharya S, Purohit N. Burnout among healthcare providers during COVID-19: Challenges and evidence-based interventions. *Indian J Med Ethics* 2020;V(4):1-6.
28. Phoomchan K, Lueboonthavatchai P. Burnout and related factors in physicians at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2019;64(1):33-46.
29. Baruch Y, Holtom BC. Survey response rate levels and trends in organizational research. *Human relations* 2008;61(8):1139-60.
30. Babbie, E. *The Practice of Social Research*. Cengage Learning 2020.
31. Methipisit T, Mungthin M, Saengwanitch S, Ruang-kana P, Chinwarun Y, Ruanganchanasetr P, et al. The Development of Sleep Questionnaires Thai Version (ESS, SA-SDQ, and PSQI): Linguistic Validation, Reliability Analysis and Cut-Off Level to Determine Sleep Related Problems in Thai Population. *J Med Assoc Thai* 2016;99:893-903.
32. Sitasuwan T, Bussaratid S, Ruttanaumpawan P, Chotinaiwattarakul W. Reliability and validity of the Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *J Med Assoc Thai* 2014;97 Suppl 3:S57-67.
33. Poopitaya P, Osothsinlp S. Quality of Life Level and Factors Associated with Quality of Life in Healthcare Personnel in Nopparat Rajathanee Hospital. *J Royal Thai Army Nurses* 2024;25(2):357-66.
34. Woradet, S., Chaimay, B., Suwannarat, R., & Thawanchaiwat, D. Factors Associated with Quality of Working Life among Health Personnel in Kong-Ra Hospital, Phatthalung Province *Journal of Health Science of Thailand* 2017;24(2):262-72.
35. Sklempe Kocic I, Barusic Z, Crnkovic Knezevic M, Benko Mestrovic S, Duvnjak I. Physical Activity and Health-Promoting Behaviours of Nurses and Physiotherapists: a Cross-Sectional Survey. *Health Educ Health Promot* 2022;10(3):433-41.
36. Leridis, I., Matsouka, O., Bebetos, E., & Kosta, G. The effect of physical activity on the quality of life of emergency room nurses working in public hospitals. *Scientific Journal of Sport and Performance* 2023;2(2):236-46.
37. Srikaew J. The relationship between exercise and quality of life in medical professions. *Buddhachinaraj Med J* 2024;41(2):127-35.
38. Chinnawoot S, Uraisripong K, Wongjan J. Factors related to quality of work life among nurses: a systematic review. *NJPH* 2020;30(3):90-103.
39. Skeldon AC, Derks G, Dijk DJ. Modelling changes in sleep timing and duration across the lifespan: Changes in circadian rhythmicity or sleep homeostasis?. *Sleep Med Rev* 2016;28:96-107.
40. Cajochen C, Münch M, Knoblauch V, Blatter K, Wirz-Justice A. Age-related changes in the circadian and homeostatic regulation of human sleep. *Chronobiol Int* 2006;23(1-2):461-74.
41. Tsegay Y, Arefayne NR, Fentie DY, Workie MM, Tegegne BA, Berhe YW. Assessment of sleep quality and its factors among clinicians working in critical care units and operation theaters at North West Ethiopia, 2022: a multicenter cross-sectional study. *Ann Med Surg (Lond)* 2023;85(8):3870-9.
42. Kerdcharoen N, Wisitpongaree C, Padermpornromyen C, Jaroennophakunsri C, Sittisak N, Imearbpathom N, et al. Work factors related to sleep quality among professional nurses in the inpatient department, Faculty of Medicine Vajira Hospital. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine* 2020;64(1):41-58.
43. Coelho J, Lucas G, Micoulaud-Franchi JA, Philip P, Boyer L, Fond G. Poor sleep is associated with work environment among 10,087 French healthcare workers: Results from a nationwide survey. *Psychiatry Res* 2023;328:115448.
44. Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health* 1988;78(10):1336-42.