



Journal of the Psychiatric Association of Thailand

วารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย

ปีที่ 71 ฉบับที่ 3

กรกฎาคม - กันยายน 2569

บรรณาธิการแถลง

แก้ข้อความผิด

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านร่วมกับการปรึกษาแพทย์ทางไกลในการติดตามผู้ที่ขาดการรักษาในชุมชน
กลับเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต:
การทดลองนำร่องแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม

ประเวช ปรีดาชัยกุล

งานวิจัยแบบภาคตัดขวาง: ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนสถานที่ทำงานของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น
ในประเทศไทย

ปวีณ ถาวรประดิษฐ์, ณิชาวรรณ จงรักนรินทร์, มชฐา ทองปาน

ความชุกของการติดเกมและความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ดูแลหลักกับการติดเกม
ในผู้ป่วยวัยรุ่นสมาธิสั้นที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีการเห็นคุณค่า
ในตนเองและการควบคุมตนเองเป็นตัวแปรคั่นกลาง

อิสริยา เหมธรรณนท์, จิรดา ประสาทพรศิริโชค, อัญชลิตา รัตนจารุรักษ์

ปัจจัยด้านคุณภาพการนอนหลับที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ช่วยพยาบาล
และพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช

ชยางกูร ภูมิทำจร, กมลพร วรรณฤกษ์, ปณต พุกฤตยาคามิ, อุบล หุ่นแก้วชมภู

ประสิทธิผลของยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นานต่อการควบคุมพฤติกรรมรุนแรง
ในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

ทรงพล ไชยทอง



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.วสิน บำรุงชีพ

อุปนายก

พญ.พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์

เลขาธิการ

นพ.สุทธา สุปัญญา

เหรัญญิก

ผศ.พญ.จามรี ณ บางช้าง

ปฏิคม

ผศ.นพ.สมบุญ หทัยอยู่สุข

ประธานวิชาการ

รศ.นพ.วรุฒม์ อุ่นจิตสกุล

ประธานวารสาร

ศ.นพ.ธรรมนาถ เจริญบุญ

ฝ่ายวิเทศสัมพันธ์

รศ.พญ.กมลพร วรรณฤทธิ์

นายทะเบียน

นพ.ธิติ ภัคดุรงค์

กรรมการกลาง

ผศ.นพ.ปรการ ถมียงกูร
ผศ.นพ.ปวรุตม์ พวงศรี
รศ.นพ.พิชัย อภิรัฐสกุล
นพ.ศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา
นพ.สกล ด่านักดี
นพ.สิปณัฐ ศิลาเกษ

Advisor

Col. Nawaporn Hirunviwatgul, M.D.
Flt.Lt. Piyawat Dendumrongkul, M.D.
Asst.Prof.Puchong Laurujisawat, M.D.
Somnuk Limsiroratana, 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 Charearnboon, 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 Suwanna 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 3

กรกฎาคม - กันยายน 2569

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

A

แก้ไขข้อความผิด

B

นิพนธ์ต้นฉบับ

- ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านร่วมกับการปรึกษาแพทย์ทางไกลในการติดตามผู้ที่ขาดการรักษาในชุมชน 227
กลับเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต:
การทดลองนำร่องแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม
ประเวศ ปรีดาชัยกุล
- งานวิจัยแบบภาคตัดขวาง: ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนสถานที่ทำงานของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 237
ในประเทศไทย
ปวีณ ถาวรประดิษฐ์, นิชวรรณ จงรักษะณกิจ, มชฐา ทองปาน
- ความชุกของการติดเกมและความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ดูแลหลักกับการติดเกม 249
ในผู้ป่วยวัยรุ่นสมาธิสั้นที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีการเห็นคุณค่า
ในตนเองและการควบคุมตนเองเป็นตัวแปรคั่นกลาง
อิสริยา เหมธวนนท์, จิรดา ประสาทพรศิริโชค, อัญชลิตา รัตนจารุรักษ์
- ปัจจัยด้านคุณภาพการนอนหลับที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาล 260
โรงพยาบาลศิริราช
ชยางกูร ภูมิกำจร, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปเนต ผู้กฤตยาคามิ, อุบล หุ่นแก้วชมภู
- ประสิทธิผลของยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นานต่อการควบคุมพฤติกรรมรุนแรง 272
ในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)
ทรงพล โฉดหนองค์



Journal of the Psychiatric Association of Thailand

Volume 71 Number 3

July - September 2026

CONTENTS

EDITORIAL

A

ERRATUM

B

ORIGINAL ARTICLES

- Effectiveness of Home Visits and Telemedicine for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Children Patients in the Community who Loss to Follow-up to Return to Continuity of Treatment: Pilot Randomized Controlled Trial 227
Prawate Preedachaiyakul
- The Factors Influencing Job Turnover and Retention among Child and Adolescent Psychiatrists in Thailand: A Cross-Sectional Study 237
Paween Thavornpradit, Nitchawan Jongrakthanakij, Masatha Thongpan
- Prevalence and Association of Primary Caregivers' Parenting Styles with Gaming Addiction in Adolescents with ADHD at King Chulalongkorn Memorial Hospital: A Mediation Analysis of Self-Esteem and Self-Control 249
Issariya Hemthuanon, Jirada Prasartpornsirichoke, Anchailita Ratanajaruraks
- The Effect of Sleep Quality on Burnout Syndrome among Practical and Registered Nurses at Siriraj Hospital 260
Chayangkoon Poomkamjorn, Kamonporn Wannarit, Panate Pukrittayakamee, Ubol Hunkaewchompoo
- Effectiveness of Long-Acting Injectable Antipsychotics in Managing Violence among Patients with Co-Occurring Substance-Induced Psychotic Disorder and Serious Mental Illness with High Risk to Violence (SMI-V) 272
Songpon Lodthanong

บรรณาธิการกลอง

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ฉบับที่ 3 ประจำปี พ.ศ. 2569 นี้ ประกอบด้วยบทความนิพนธ์ต้นฉบับ จำนวน 5 เรื่อง ทางวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ ขอแสดงความยินดีกับผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ได้รับการตีพิมพ์ในฉบับนี้

ผมและกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ส่งบทความมายังวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาประเมินบทความในฉบับนี้หวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหาของวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาวิชาชีพด้านจิตเวชศาสตร์ของประเทศไทยต่อไป

ธรรมนาถ เจริญบุญ

บรรณาธิการ

แก้ข้อความผิด (Erratum)

อ้างอิงถึงบทความวิจัยเรื่อง “การวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการฝึกสติในคนไข้ภาวะปรีชาเนกพร่องเล็กน้อย (Factors Influencing Mindfulness Practice in Patients with Mild Cognitive Impairment: A Qualitative Research Study)” โดย นววรรณ ราชัตน, กานต์ จำรูญโรจน์ และ ดาวชมพู นาคะวิโร ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2567 ปีที่ 69 ฉบับที่ 2 หน้า 202 – 214 และได้เผยแพร่ส่วนแก้ข้อความผิด (Erratum) ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2569 ปีที่ 71 ฉบับที่ 1 หน้า B

ภายหลังการเผยแพร่ส่วนแก้ไขข้อความผิดดังกล่าว ผู้พิมพ์ (กานต์ จำรูญโรจน์) ได้ตรวจพบข้อผิดพลาดเพิ่มเติมในส่วนแก้ไขข้อความผิด ที่เผยแพร่ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2569 ปีที่ 71 ฉบับที่ 1 หน้า B จึงขอยกเลิกการแก้ไขข้อความผิดในฉบับดังกล่าว และให้ใช้ส่วนแก้ไขข้อความผิดในฉบับนี้แทน 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

ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านร่วมกับการปรึกษาแพทย์ทางไกลในการติดตามผู้ที่ขาดการรักษาในชุมชนกลับเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต: การทดลองนำร่องแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม

ประเวศ ปรีดาชัยกุล*

*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลการเยี่ยมบ้านร่วมกับการปรึกษาแพทย์ทางไกล ในการติดตามผู้ที่ขาดการรักษาในชุมชนกลับเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

วิธีการศึกษา การศึกษานี้เป็นการทดลองนำร่องแบบสุ่ม ที่มีกลุ่มควบคุมในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นที่ขาดการติดตามการรักษา ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ผ่านเกณฑ์และได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม ถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยผลการสุ่มถูกเก็บไว้ในซองปิดผนึก และเปิดภายหลังการให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากลักษณะของการแทรกแซงจึงไม่มีการปกปิดกลุ่มการรักษา (blinding) กลุ่มทดลองได้รับการเยี่ยมบ้านร่วมกับการปรึกษาแพทย์ทางไกล 1 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง ผลลัพธ์หลักคือการกลับเข้าสู่การรักษาอย่างต่อเนื่องภายในระยะเวลา 3 เดือน

ผลการศึกษา ผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 38 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 18 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยข้อมูลพื้นฐานระหว่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองซึ่งได้รับการเยี่ยมบ้านร่วมกับการปรึกษาแพทย์ทางไกล มีอัตราการกลับมารักษาตามนัดอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ตามปกติ (ร้อยละ 80.0 เทียบกับ ร้อยละ 50.0; $RR = 1.60$, 95% CI 0.96 – 2.67; $p = 0.052$) อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างดังกล่าวยังไม่มีความสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ หลังปรับคะแนนก่อนการทดลองด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) กลุ่มทดลองมีคะแนน SNAP-IV ด้าน Inattention, Hyperactivity และ Oppositional หลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุป รูปแบบการเยี่ยมบ้านร่วมกับการปรึกษาแพทย์ทางไกลมีแนวโน้มช่วยให้ผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นที่ขาดการรักษา กลับเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่องได้มากกว่าการติดตามทางโทรศัพท์ แม้ว่าผลลัพธ์หลักจะยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนอาการสมาธิสั้นหลังการทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สนับสนุนศักยภาพของการติดตามเชิงรุกในชุมชน และควรมีการศึกษาที่มีขนาดตัวอย่างมากขึ้น เพื่อยืนยันประสิทธิผลในระยะยาว

คำสำคัญ โรคสมาธิสั้น การปรึกษาแพทย์ทางไกล การกลับเข้าสู่กระบวนการรักษา การทดลองนำร่องแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม

Corresponding author: ประเวศ ปรีดาชัยกุล

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

E-mail: Prawatepreeda@gmail.com

วันรับ 15 พฤษภาคม 2569 วันแก้ไข 23 กรกฎาคม 2569 วันตอบรับ 3 สิงหาคม 2569

Effectiveness of Home Visits and Telemedicine for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Children Patients in the Community who Loss to Follow-up to Return to Continuity of Treatment: Pilot Randomized Controlled Trial

Prawate Preedachaiyakul*

*Department of Psychiatry and Addiction Medicine, Vachiraphuket Hospital

ABSTRACT

Objective: To compare the effectiveness of home visits combined with telemedicine consultation in re-engaging pediatric patients with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) who were lost to follow-up back into continuous care at Vachira Phuket Hospital.

Methods: This pilot randomized controlled trial was conducted among children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) who had been lost to follow-up. Eligible participants whose parents or legal guardians provided informed consent were randomly assigned to either the intervention group or the control group using a computer-generated randomization sequence. The allocation assignments were kept in sealed envelopes, which were opened only after informed consent had been obtained. Owing to the nature of the intervention, blinding was not performed. Participants in the intervention group received one home visit combined with a telemedicine consultation, whereas those in the control group received one routine telephone follow-up. The primary outcome was re-engagement in care with continued treatment attendance over a 3-month period.

Results: A total of 38 participants were enrolled, including 18 in the control group and 20 in the intervention group. Baseline characteristics were comparable between the two groups. The intervention group showed a higher rate of re-engagement in continuous treatment within 3 months than the control group (80.0% vs. 50.0%; RR = 1.60, 95% CI 0.96 – 2.67; $p = 0.052$), although the difference did not reach statistical significance. In addition, after adjustment for baseline SNAP-IV scores using analysis of covariance (ANCOVA), the intervention group demonstrated significantly lower post-intervention scores for Inattention, Hyperactivity, and Oppositional symptoms than the control group ($p < 0.05$ for all comparisons).

Conclusion: A home visit combined with telemedicine consultation showed a favorable trend toward improving re-engagement in continuous treatment among children with ADHD who had been lost to follow-up compared with routine telephone follow-up. Although the primary outcome did not reach statistical significance, participants in the intervention group demonstrated significantly greater improvement in ADHD symptom severity than those in the control group. These findings support the potential value of proactive community-based follow-up, and larger randomized controlled trials are warranted to confirm its long-term effectiveness.

Keywords: attention-deficit/hyperactivity disorder, telemedicine, continuity of care, randomized controlled trial

Corresponding author: Prawate Preedachaiyakul

E-mail: Prawatepreeda@gmail.com

Received: 15 May 2026 Revised: 23 July 2026 Accepted: 3 August 2026

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (ADHD) เป็นโรคที่เกิดจากความบกพร่องทางพฤติกรรมในการทำงานของระบบประสาทพัฒนาการ ซึ่งพบบ่อยในวัยเด็กและวัยรุ่น ความผิดปกตินี้มีแนวโน้มที่จะเกิดในเด็กผู้ชายมากกว่าเด็กผู้หญิง¹ ความชุกทั่วโลกประมาณ 5.3%² และ 60% ยังคงแสดงอาการ ADHD ตลอดชีวิต³ โรคสมาธิสั้นอาจส่งผลให้เกิดผลกระทบด้านลบ เช่น ปัญหาทางสังคมและครอบครัว ความสำเร็จทางการศึกษา/ความบกพร่องในการเรียนรู้ต่ำ ความนับถือตนเองต่ำ การพัฒนาทางอารมณ์บกพร่อง ปัญหาด้านอาชีพ และปัญหาความสัมพันธ์⁴ นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ โดยเฉพาะโรค Oppositional Defiant Disorder (ODD) และความผิดปกติทางอารมณ์และนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์การต่อต้านสังคม การใช้สารเสพติด และการใช้ความรุนแรง⁴ การรักษาโรคสมาธิสั้นมีหลากหลายรูปแบบโดยวิธีการผสมผสานจิตวิทยาในการเลี้ยงดูและการใช้ยาเพื่อรักษา¹

การรักษาด้วยเภสัชวิทยาเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวทางการรักษาที่มีความคุ้มค่า ปัจจุบันยารักษาโรคสมาธิสั้นที่มีหลักฐานสนับสนุนด้านประสิทธิผลแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ยากระตุ้น (stimulants) และยาไม่กระตุ้น (non-stimulants) โดยยากระตุ้น ได้แก่ ยาในกลุ่มแอมเฟตามีน (amphetamines; AMPHs) และเมทิลเฟนิเดต (methylphenidate; MPHs) ซึ่งเป็นยาหลักในการรักษาโรคสมาธิสั้น สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้หรือไม่ตอบสนองต่อยากระตุ้น อาจพิจารณาใช้ยาไม่กระตุ้น เช่น guanfacine extended-release (GXR), atomoxetine (ATX) และ clonidine hydrochloride extended-release เป็นทางเลือกในการรักษา เนื่องจากโรคสมาธิสั้นเป็นภาวะเรื้อรัง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องในระยะยาว⁵

แม้ว่ายา ADHD ในปัจจุบันจะแสดงให้เห็นประสิทธิผลการรักษา แต่การหยุดการรักษาก็เป็นเรื่องปกติ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Kavita Gajria พบว่าอัตราการรับประทานยาลดลงโดยผู้ป่วยประมาณ 50% เลือกที่จะเลิกใช้ยา⁶ หรือหยุดการรักษาภายใน 2 – 3 ปีหลังจากเริ่มการรักษาด้วยยา ซึ่งพฤติกรรมหยุดยาดังกล่าวอาจส่งผลต่อการควบคุมอาการ ADHD ที่ต่ำกว่าปกติ⁷ ส่วนสาเหตุที่หยุดยาพบว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจและระดับการศึกษาต่ำ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น อายุที่เพิ่มขึ้น และอิทธิพลของผู้ปกครอง/ครอบครัว ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับยา เช่น ผลข้างเคียง

และการรับรู้ถึงการขาดการรักษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัด เช่น สูตรการใช้ยา ความไม่สะดวกและค่ารักษาที่สูง⁸ ดังนั้นความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจึงเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการนำรูปแบบการแทรกแซง (interventions) หลากรูปแบบมาใช้เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา และเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ได้แก่ การให้ความรู้ด้านจิตเวช (psychoeducation) การบำบัดพฤติกรรม การบำบัดทางจิตแบบผสมผสาน และการบำบัดทางพฤติกรรมร่วมกับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล โดยเฉพาะการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ซึ่งได้รับความนิยมและมีการประยุกต์ใช้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเนื่องจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีดิจิทัลและระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ทำให้สามารถขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพแก่ประชาชน โดยเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลหรือมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ^{9,10}

ปัจจุบันโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตพบว่า จากการคัดกรองข้อมูลจากผู้ป่วยในระบบนัดพบแพทย์ ปีงบประมาณ 2566 พบว่ามีผู้ป่วยไม่มาตามนัดพบแพทย์ 2 ครั้ง หรือผู้ป่วยไม่มาตามนัดพบแพทย์ 1 ครั้ง และไม่มารับยาเดิม ≥ 6 เดือน หรือผู้ป่วยไม่มาตามนัด ≥ 6 เดือนจำนวน 127 ราย ซึ่งปัจจุบันที่ผ่านมาโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตใช้วิธีโทรศัพท์ติดตามการนัดหมาย ซึ่งพบว่าโดยประมาณ 50% กลับสู่กระบวนการรักษาต่อ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจการติดตามการรักษา โดยอาศัยการทำงานเยี่ยมบ้านระหว่างนักจิตวิทยา นักวิชาการสาธารณสุข เครือข่าย อสม. และเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลร่วมกันกับแพทย์ผู้รักษา

วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์หลัก (primary objective)

เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านร่วมกับการปรึกษาแพทย์ทางไกลต่ออัตราการกลับเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นที่ขาดการรักษาในชุมชนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

2. วัตถุประสงค์รอง (secondary objective)

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนแบบประเมิน (SNAP-IV) ของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ระหว่างก่อนและหลังกลับเข้าสู่กระบวนการรักษา

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย (study design) การศึกษานี้เป็นการศึกษานำร่องแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (pilot randomized controlled trial) ชนิดเปิด (open-label) แบบขนาน (parallel-group) โดยมีอัตราส่วนการจัดสรร 1:1 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลำดับการสุ่ม (random sequence generation) ถูกสร้างด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (computer-generated randomization) โดยผู้วิจัยที่ไม่ได้มีส่วนในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย ผลการสุ่มถูกเก็บไว้ในซองทึบแสงปิดผนึกที่เรียงลำดับไว้ล่วงหน้า (sequentially numbered, sealed opaque envelopes) เพื่อปกปิดการจัดสรร (allocation concealment)

ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ได้รับการติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อนัดหมายการเยี่ยมบ้าน เมื่อผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมได้รับคำอธิบายโครงการวิจัยและลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมแล้ว จึงเปิดซองเพื่อกำหนดการจัดสรรเข้าสู่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

เนื่องจากลักษณะของการแทรกแซงเป็นการเยี่ยมบ้านร่วมกับการปรึกษาแพทย์ทางไกล จึงไม่สามารถปกปิดกลุ่มการรักษาต่อผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้ให้การแทรกแซง และแพทย์ผู้รักษาได้ ดังนั้นการศึกษานี้จึงเป็นการศึกษาแบบเปิด (open-label)

ประชากรเป้าหมาย (target population) คือ ผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นที่รับการรักษา ณ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต และขาดการติดตามการรักษา โดยมีคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

1. ไม่มาตามนัดพบแพทย์ติดต่อกัน 2 ครั้ง
2. ไม่มาตามนัด 1 ครั้ง และไม่ได้รับยาต่อเนื่องนานกว่า 6 เดือน
3. ไม่มาตามนัดต่อเนื่องนานกว่า 6 เดือน

จากฐานข้อมูลผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2566 พบผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 127 ราย ผู้วิจัยติดต่อผู้ป่วยทุกรายเพื่อเชิญเข้าร่วมการศึกษา หลังการคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก มีผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 38 ราย โดยสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 18 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า

ผู้เข้าร่วมต้องมีอายุ 6 – 18 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นโดยแพทย์ มีประวัติขาดการติดตามการรักษาตามนิยามของการศึกษา สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ และผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

คัดผู้ป่วยออกจากการศึกษาเมื่อผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ไม่สามารถให้ข้อมูลหรือเข้าร่วมกระบวนการติดตามตามที่กำหนด หรือมีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถดำเนินการเยี่ยมบ้านหรือการปรึกษาแพทย์ทางไกลได้

ขนาดตัวอย่าง

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษานำร่อง (pilot randomized controlled trial) และยังไม่มีความเพียงพอสำหรับการประมาณขนาดอิทธิพลของการแทรกแซง ผู้วิจัยจึงใช้ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด (consecutive sampling) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการศึกษา (feasibility) และประมาณค่าขนาดอิทธิพล เพื่อใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่างของการศึกษาระยะต่อไป ซึ่งในการศึกษาค้างนี้ กลุ่มเป้าหมายผ่านเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกทั้งสิ้น 38 ราย รายละเอียดดังรูปที่ 1

การจัดกลุ่มและการแทรกแซง

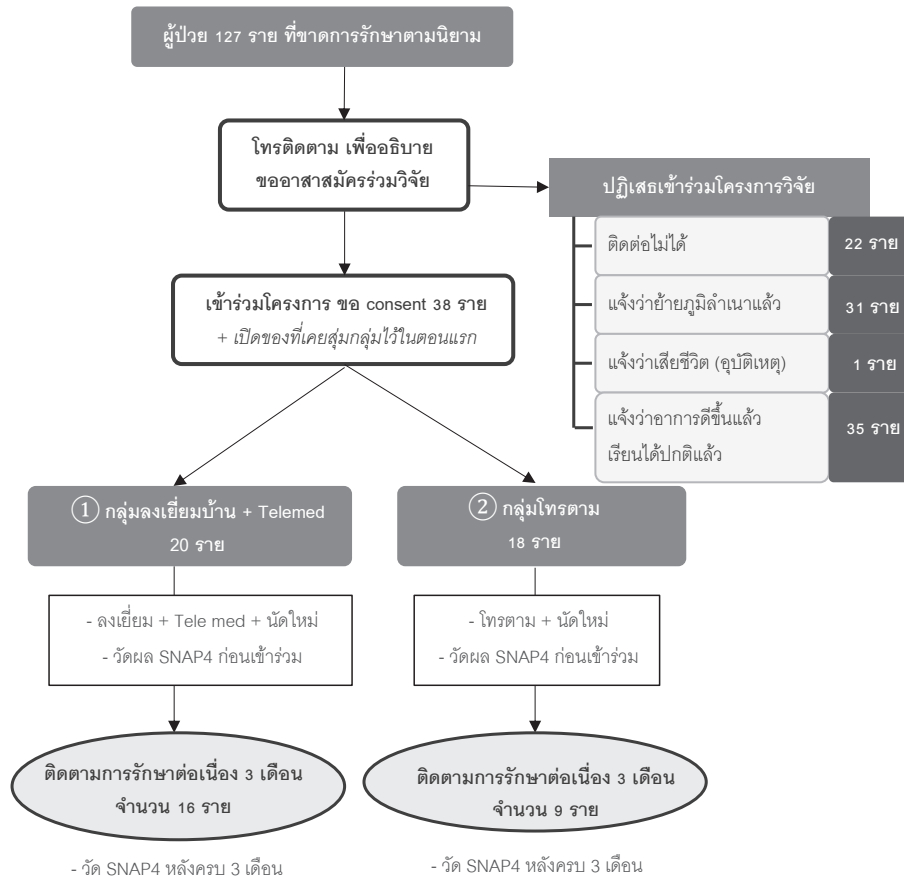
กลุ่มทดลองได้รับการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง โดยทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยนักจิตวิทยา นักวิชาการสาธารณสุข และเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกับการปรึกษาแพทย์ทางไกลกับแพทย์ผู้รักษาระหว่างการเยี่ยมบ้าน ทีมวิจัยประเมินสาเหตุและอุปสรรคของการขาดการรักษา ให้คำแนะนำและร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาตามบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งประสานการนัดหมายเพื่อให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่ระบบบริการ

กลุ่มควบคุมได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง ตามแนวทางปฏิบัติปกติของโรงพยาบาล เพื่อแจ้งเตือนและประสานการกลับมารับการรักษา โดยไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านหรือการปรึกษาแพทย์ทางไกลในฐานะส่วนหนึ่งของการแทรกแซงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและการวัดผล

ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมได้จากเวชระเบียนและการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง ประกอบด้วยข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ ประวัติการรักษา การใช้ยา โรคร่วม และระยะเวลาที่ขาดการติดตามการรักษา

การประเมินอาการโรคสมาธิสั้น ใช้แบบประเมิน Swanson, Nolan, and Pelham IV (SNAP-IV) ฉบับภาษาไทย โดยผู้ปกครองหลักหรือผู้ดูแลที่อยู่ใกล้ชิดเด็กเป็นผู้ตอบแบบประเมิน



รูปที่ 1 Flow chart แสดงการสุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

แบบประเมินดังกล่าวแปลและพัฒนาโดย นายแพทย์ณัฏฐพร พิชัยรัตน์เสถียร และคณะ โดยมีค่าความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับสูง (Cronbach's alpha = 0.927) การศึกษานี้ประเมินคะแนน SNAP-IV ก่อนการแทรกแซงและภายหลังการติดตามตามระยะเวลาที่กำหนด

ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และประเมินอาการโรคสมาธิสั้นด้วยแบบประเมิน Swanson, Nolan, and Pelham IV (SNAP-IV) ฉบับภาษาไทย โดยผู้ปกครองหลักหรือผู้ดูแลที่ใกล้ชิดเด็กเป็นผู้ตอบแบบประเมิน แบบประเมิน SNAP-IV ฉบับภาษาไทยแปลและพัฒนาโดย นายแพทย์ณัฏฐพร พิชัยรัตน์เสถียร และคณะ และมีค่าความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับสูง โดยมีค่า cronbach's alpha เท่ากับ 0.927 ตามรายงานในบทความเรื่อง “คุณสมบัติของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) ฉบับภาษาไทย” ซึ่งตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองดำเนินการทางโทรศัพท์ในกลุ่มควบคุม และดำเนินการระหว่างการเยี่ยมบ้านในกลุ่มทดลอง โดยใช้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเป็น

ผู้ให้ข้อมูลทั้งสองกลุ่ม เพื่อให้แหล่งข้อมูลของการประเมินมีความสอดคล้องกัน

การดำเนินการในกลุ่มทดลอง (intervention procedures)

ในวันเยี่ยมบ้าน ทีมนักจิตวิทยาและนักวิชาการสาธารณสุขแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย รวมทั้งยืนยันว่าการเข้าร่วมวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ และการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมจะไม่ส่งผลต่อการรักษาตามปกติ จากนั้นทีมวิจัยสอบถามสาเหตุและอุปสรรคของการขาดการรักษาร่วมกับผู้ปกครองและผู้ป่วย ในการวางแผนแก้ไขปัญหาให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละครอบครัว และประสานการปรึกษาแพทย์ทางไกลกับแพทย์ผู้รักษา เพื่อประเมินปัญหา ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษา และวางแผนการกลับเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่อง

หลังการทดลอง ประเมินพฤติกรรม SNAP-IV ทางโทรศัพท์โดยพยาบาล ในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นกลับเข้าสู่การรักษาอย่างต่อเนื่องติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน (ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผลลัพธ์หลัก (primary outcome) คือ อัตราการกลับเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่องภายในระยะเวลา 3 เดือน ส่วนผลลัพธ์รอง (secondary outcome) คือ การเปลี่ยนแปลงของคะแนนแบบประเมิน Swanson, Nolan, and Pelham IV (SNAP-IV) ก่อนและหลังการแทรกแซง

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยหลัก Intention-to-Treat (ITT) โดยวิเคราะห์ผู้เข้าร่วมการวิจัยตามกลุ่มที่ได้รับการสุ่มตั้งแต่เริ่มต้นทั้งนี้ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีผู้เข้าร่วมวิจัยถอนตัวหรือสูญหายระหว่างการติดตาม (missing data) จึงไม่มีการแทนค่าข้อมูลที่สูญหาย (data imputation)

ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัยวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยตัวแปรเชิงกลุ่มรายงานเป็นจำนวนและร้อยละ ส่วนตัวแปรเชิงปริมาณรายงานเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอไทล์ตามลักษณะการแจกแจงของข้อมูล

การเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่ม ใช้ Pearson's chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม และใช้ Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณตามความเหมาะสม ส่วนการเปรียบเทียบคะแนน SNAP-IV ก่อนและหลังการแทรกแซงภายในกลุ่ม ใช้ Paired t-test หรือ Wilcoxon signed-rank test ตามการแจกแจงของข้อมูล

ผลลัพธ์หลักรายงานเป็นอัตราการกลับเข้าสู่กระบวนการรักษา พร้อมค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Relative Risk; RR) ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval) และค่า p โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เลขที่โครงการวิจัย VPH REC 043/2024 ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ ความเสี่ยง สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัย โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลแก่ผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร (written informed consent) ก่อนเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับ

การเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัยได้

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และได้รับการสุ่มเข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 38 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 18 ราย โดยไม่มีผู้ถอนตัวหรือสูญหายระหว่างการติดตาม (loss to follow-up = 0) ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายได้รับการวิเคราะห์ผลตามกลุ่มที่ได้รับการสุ่มตั้งแต่เริ่มต้นตามหลัก Intention-to-Treat (ITT) ทำให้มีข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ผลลัพธ์หลักและผลลัพธ์รองครบทั้ง 38 ราย ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษาระหว่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1) พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะของข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกัน (p -value > 0.05) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 77.78 และ 55.00 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ย (11.65 ± 3.52 ปี และ 12.85 ± 2.74 ปี) ดัชนีมวลกาย (17.49 ± 2.23 และ 20.15 ± 5.94 กก./ม²) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 11.11 และ 16.67) ระยะเวลาป่วย (4.24 ± 2.70 และ 4.90 ± 3.23 ปี) ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล (9.00 ± 4.80 และ 7.37 ± 4.75 กิโลเมตร) รูปแบบการรักษา ใ้เข้าร่วมกับการปรับพฤติกรรม (ร้อยละ 88.89 และ 95.00) ดังตารางที่ 1

การเปรียบเทียบอัตราการกลับเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นพบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการกลับเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่องภายใน 3 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 80.0 เทียบกับ ร้อยละ 50.0; RR = 1.60, 95% CI 0.96 – 2.67; $p = 0.052$) อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างดังกล่าวยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

การเปรียบเทียบคะแนนแบบประเมิน SNAP-IV ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนด้าน Inattention, Hyperactivity และ Oppositional ลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (paired t-test, $p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ซึ่งปรับคะแนนก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนน Inattention หลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีค่า adjusted mean difference เท่ากับ -3.77 คะแนน (95% CI -6.87 – -0.67; $p = 0.019$) และมีคะแนน Hyperactivity หลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีค่า adjusted mean difference เท่ากับ -4.03 คะแนน (95% CI -7.14 – -0.92; $p = 0.013$) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองยังมีคะแนน

Oppositional หลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีค่า adjusted mean difference เท่ากับ -1.33 คะแนน (95% CI -2.63 – -0.02; $p = 0.047$) ดังตารางที่ 3

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทดลองนำร่องแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านร่วมกับการปรึกษาแพทย์ทางไกลในการติดตามผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นที่ขาดการรักษาให้กลับเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยกลุ่มควบคุมได้รับการโทรติดตามแบบปกติ 1 ครั้ง ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง ร่วมกับการปรึกษาแพทย์ทางไกล 1 ครั้ง การออกแบบดังกล่าวมีความเหมาะสมในบริบทของการศึกษาเชิงนำร่อง เนื่องจากเป็นการประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบบริการเชิงรุกในชุมชน ก่อนนำไปสู่การศึกษาขนาดใหญ่ในอนาคต

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีสัดส่วนการกลับมารักษาตามนัดสูงกว่ากลุ่มควบคุม คือร้อยละ 80.0 เทียบกับ ร้อยละ 50.0 แม้ความแตกต่างดังกล่าวยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่า $p = 0.052$ แสดงให้เห็นแนวโน้มที่ใกล้เคียงระดับนัยสำคัญสอดคล้องกับ Dorsey และ Topol (2016)¹¹ รายงานว่า telehealth ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดข้อจำกัดด้านระยะทาง และมีบทบาทสำคัญในการปรับปรุง continuity of care ในผู้ป่วยเรื้อรัง สอดคล้องกับ Kavita Gajria และคณะ¹² ที่รายงานว่าผู้ป่วย ADHD โดยทั่วไปมีความสม่ำเสมอในการใช้ยาและความต่อเนื่องของการรักษาอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้ แพทย์สามารถช่วยปรับปรุง adherence และ persistence ได้โดยการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองและผู้ป่วยเกี่ยวกับเป้าหมายของการรักษา การเลือกใช้ยาที่ออกฤทธิ์ยาว และการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลและความทนต่อยา เป็นไปได้ว่าผลของการเยี่ยมบ้านร่วมกับการปรึกษาแพทย์ทางไกล คือ การเยี่ยมบ้านช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถประเมินปัญหาที่แท้จริงของการขาดการรักษาในบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ปัญหาการเดินทาง ภาระของผู้ปกครอง ความเข้าใจต่อโรค ความกังวลเรื่องยา หรือข้อจำกัดทางครอบครัว ขณะที่การปรึกษาแพทย์ทางไกลช่วยให้แพทย์เจ้าของไข้สามารถสื่อสารให้คำแนะนำและเสริมความตระหนักต่อความจำเป็นของการรักษาได้โดยตรง การดำเนินการร่วมกันระหว่างนักจิตวิทยา นักวิชาการสาธารณสุข เครือข่าย อสม. และแพทย์เจ้าของไข้ จึงเป็นลักษณะของการดูแลแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงโรงพยาบาลกับชุมชน

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมจากแบบประเมิน SNAP-IV โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังปรับคะแนนก่อนการ

ทดลองด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance; ANCOVA) พบว่า กลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านร่วมกับการปรึกษาแพทย์ทางไกลมีคะแนนด้าน Inattention, Hyperactivity และ Oppositional หลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าแนวทางการติดตามดังกล่าวอาจมีประสิทธิผลในการลดความรุนแรงของอาการโรคสมาธิสั้นได้ดีกว่าการติดตามทางโทรศัพท์เพียงอย่างเดียว ผลการศึกษาค้นครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Myers และคณะ¹³ ภายใต้โครงการ Children's ADHD Telemental Health Treatment Study (CATTS) ซึ่งเป็นการทดลองแบบสุ่มในชุมชน โดยเปรียบเทียบการให้บริการผ่านระบบ telehealth กับการดูแลปฐมภูมิที่ได้รับการเสริมบริการ ผลการศึกษพบว่า การให้บริการผ่านระบบ telehealth สามารถลดความรุนแรงของอาการโรคสมาธิสั้น และเพิ่มประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเฉพาะทางได้ นอกจากนี้ Carol M Rockhill และคณะ¹⁴ ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมจากโครงการ CATTS ยังรายงานว่า กลุ่มที่ได้รับการแทรกแซงด้วย telehealth มีการลดลงของอาการโรคสมาธิสั้นตามการประเมินของผู้ดูแล รวมทั้งพฤติกรรมต่อต้านและความบกพร่องในการดำเนินชีวิตมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปฐมภูมิที่ได้รับการเสริมบริการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาค้นครั้งนี้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Myers และคณะ¹³ เป็นรูปแบบการให้บริการผ่านระบบ telehealth ที่มีการติดตามและการแทรกแซงอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ขณะที่การศึกษาค้นครั้งนี้เป็นการเยี่ยมบ้านร่วมกับการปรึกษาแพทย์ทางไกลเพียง 1 ครั้ง ดังนั้น ผลการศึกษาจึงควรตีความในฐานะหลักฐานเบื้องต้นที่แสดงถึงความเป็นไปได้และศักยภาพของรูปแบบการติดตามเชิงรุกในชุมชน โดยควรมีการศึกษาที่มีขนาดตัวอย่างมากขึ้น และมีระยะเวลาติดตามที่ยาวนานขึ้น เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบการแทรกแซงดังกล่าวในอนาคต

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาค้นครั้งนี้มีข้อจำกัดหลายประการ ประการแรก การศึกษานี้เป็นการทดลองนำร่องที่มีขนาดตัวอย่างค่อนข้างน้อย (38 ราย) ซึ่งอาจทำให้อำนาจทางสถิติ (statistical power) ไม่เพียงพอในการตรวจพบความแตกต่างของผลลัพธ์หลัก แม้ว่ากลุ่มทดลองจะมีอัตราการกลับเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่องสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 80.0 เทียบกับ ร้อยละ 50.0) แต่ความแตกต่างดังกล่าวยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ ประการที่สอง การศึกษานี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 18) จำนวน (ร้อยละ) / (Mean $\pm$ SD)	กลุ่มทดลอง (n = 20) จำนวน (ร้อยละ) / (Mean $\pm$ SD)	Total (n = 38) จำนวน (ร้อยละ) / (Mean $\pm$ SD)	p-value
เพศ				0.139 ^a
ชาย	14 (77.78)	11 (55.00)	25 (65.79)	
หญิง	4 (22.22)	9 (45.00)	13 (34.21)	
อายุ (ปี)	11.65 $\pm$ 3.52	12.85 $\pm$ 2.74	12.30 $\pm$ 3.13	0.250 ^c
med. (Q1, Q3)	12 (8, 14)	12.5 (10.5, 15)	12 (10, 15)	
BMI (kg/m²)	17.49 $\pm$ 2.23	20.15 $\pm$ 5.94	18.89 $\pm$ 4.71	0.082 ^c
med. (Q1, Q3)	17.61 (15.75, 19.14)	19.25 (16.21, 22.37)	18.30 (16.02, 20.66)	
โรคประจำตัว				1.000 ^b
ไม่มี	16 (88.89)	15 (83.33)	31 (86.11)	
มี	2 (11.11)	3 (16.67)	5 (13.89)	
ระดับชั้นการศึกษา				0.518 ^b
ประถมศึกษา	10 (55.56)	11 (55.00)	21 (55.26)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	5 (27.78)	6 (30.00)	11 (28.95)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	0 (0.00)	2 (10.00)	2 (5.26)	
ปวช./ปวส.	3 (16.67)	1 (5.00)	4 (10.53)	
ผู้ดูแลหลัก				0.478 ^b
พ่อ/แม่	11 (61.11)	16 (80.00)	27 (71.05)	
ปู่,ย่า,ตา,ยาย	5 (27.78)	3 (15.00)	8 (21.05)	
ญาติ	2 (11.11)	1 (5.00)	3 (7.89)	
สถานะบิดามารดา				0.338 ^a
สมรส	8 (44.44)	12 (60.00)	20 (52.63)	
หย่า/หย่าร้าง/แยก	10 (55.56)	8 (40.00)	18 (47.37)	
การศึกษาของบิดา				0.398 ^b
ประถมศึกษา	0 (0.00)	3 (15.00)	3 (7.89)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	4 (22.22)	2 (10.00)	6 (15.79)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1 (5.56)	3 (15.00)	4 (10.53)	
ปวช./ปวส.	7 (38.89)	6 (30.00)	13 (34.21)	
ปริญญาตรี	6 (33.33)	6 (30.00)	12 (31.58)	
การศึกษาของมารดา				0.548 ^b
ประถมศึกษา	3 (16.67)	6 (30.00)	9 (23.68)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	4 (22.22)	4 (20.00)	8 (21.05)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2 (11.11)	0 (0.00)	2 (5.26)	
ปวช./ปวส.	7 (38.89)	6 (30.00)	13 (34.21)	
ปริญญาตรี	2 (11.11)	4 (20.00)	6 (15.79)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 18) จำนวน (ร้อยละ) / (Mean ± SD)	กลุ่มทดลอง (n = 20) จำนวน (ร้อยละ) / (Mean ± SD)	Total (n = 38) จำนวน (ร้อยละ) / (Mean ± SD)	p-value
รายได้เฉลี่ยผู้ดูแลเด็ก				0.121 ^b
<15,000 บาท	5 (27.78)	7 (35.00)	12 (31.58)	
15,001 – 30,000 บาท	13 (72.22)	9 (45.00)	22 (57.89)	
>30,000 บาท	0 (0.00)	4 (20.00)	4 (10.53)	
ระยะเวลาป่วย (ปี)	4.24 ± 2.7	4.90 ± 3.23	4.59 ± 3.00	0.548 ^d
med. (Q1, Q3)	74 (2, 6)	3 (2, 8)	3 (2, 8)	
ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล (กม.)	9.00 ± 4.80	7.37 ± 4.75	8.16 ± 4.78	0.252 ^d
med. (Q1, Q3)	7.5 (5, 12)	6 (4, 10)	7 (4, 10)	
ยาที่ใช้รักษาล่าสุด				0.582 ^b
Methylphenidate	14 (87.50)	18 (94.74)	32 (91.43)	
Methylphenidate + Risperidone	2 (12.50)	1 (5.26)	3 (8.57)	
วิธีการรักษาล่าสุด				0.595 ^b
ปรับพฤติกรรม	2 (11.11)	1 (5.00)	3 (7.89)	
ยา + ปรับพฤติกรรม	16 (88.89)	19 (95.00)	35 (92.11)	

หมายเหตุ: ^aChi-square-test, ^bFisher's exact test, ^cT-Test, ^dMann-Whitney U Test

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการกลับมารักษิตามขนาดของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 18) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง (n = 20) จำนวน (ร้อยละ)	RR (95% CI)	Total (n = 38) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ผู้ป่วยกลับมารักษิตามขนาด					0.052 ^a
มาตามนัด	9 (50.00)	16 (80.00)	1.60 (0.96 – 2.67)	25 (65.79)	
ไม่มาตามนัด	9 (50.00)	4 (20.00)		13 (34.21)	

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรม SNAP-IV ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย ในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น (n = 38)

Variables	Group	Baseline Mean ± SD	Follow-up Mean ± SD	Within-group p-value [†]	Adjusted mean difference (95% CI) [‡]	p-value [‡]	Cohen's d (95% CI) [§]
Inattention	Control	20.06 ± 3.49	16.22 ± 5.33	<0.001	Reference	–	–
	Intervention	20.40 ± 2.14	12.70 ± 4.80	<0.001	-3.77 (-6.87, -0.67)	0.019	0.70 (0.04 – 1.35)
Hyperactivity	Control	19.11 ± 4.44	15.11 ± 6.18	<0.001	Reference	–	–
	Intervention	19.15 ± 4.06	11.10 ± 3.73	<0.001	-4.03 (-7.14, -0.92)	0.013	0.80 (0.13 – 1.45)
Oppositional	Control	8.50 ± 3.07	8.22 ± 3.42	<0.001	Reference	–	–
	Intervention	11.45 ± 2.89	9.30 ± 2.54	<0.001	-1.33 (-2.63, -0.02)	0.047	-0.36 (-1.00 – 0.28)

- † Paired t-test
- ‡ ANCOVA adjusted for baseline score
- § Cohen's d calculated from post-intervention scores

เป็นการทดลองแบบเปิด (open-label) เนื่องจากลักษณะของการแทรกแซงไม่สามารถปกปิดกลุ่มการรักษาได้ ส่งผลให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ตอบแบบประเมิน SNAP-IV ทราบกลุ่มที่ได้รับการแทรกแซง ซึ่งอาจก่อให้เกิดอคติในการประเมินผล (assessment bias) ได้ นอกจากนี้ การติดตามผลมีระยะเวลาเพียง 3 เดือน และการแทรกแซงประกอบด้วยการเยี่ยมบ้านร่วมกับการปรึกษาแพทย์ทางไกลเพียง 1 ครั้ง จึงยังไม่สามารถสรุปประสิทธิผลในระยะยาวของรูปแบบการติดตามดังกล่าวได้

จุดแข็งของการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการทดลองนำร่องแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม ซึ่งช่วยลดอคติจากการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยและเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา นอกจากนี้ การแทรกแซงได้รับการออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทการให้บริการจริงของโรงพยาบาล โดยบูรณาการการเยี่ยมบ้าน การทำงานของทีมสหวิชาชีพ และการปรึกษาแพทย์ทางไกลเข้าด้วยกัน ทำให้ผลการศึกษามีศักยภาพในการประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

สรุป

การเยี่ยมบ้านร่วมกับการปรึกษาแพทย์ทางไกลมีแนวโน้มช่วยเพิ่มการกลับเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น เมื่อเทียบกับการติดตามทางโทรศัพท์ตามปกติ (ร้อยละ 80.0 เทียบกับ ร้อยละ 50.0) แม้ว่าความแตกต่างดังกล่าวยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านร่วมกับการปรึกษาแพทย์ทางไกลมีคะแนนอาการด้าน Inattention, Hyperactivity และ Oppositional หลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รูปแบบการติดตามดังกล่าวจึงอาจเป็นแนวทางที่มีศักยภาพในการติดตามผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นที่ขาดการรักษาในชุมชน และสามารถประยุกต์ใช้เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงบริการในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรหรือการเข้าถึงบริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาที่มีขนาดตัวอย่างมากขึ้น ระยะเวลาติดตามที่ยาวนานขึ้น และมีการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบบริการดังกล่าวไปใช้ในระบบบริการสุขภาพ เพื่อยืนยันประสิทธิผลและสนับสนุนการขยายผลในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Charach A, Dashti B, Carson P, Booker L, Lim CG, Lillie E, et al. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effectiveness of Treatment in At-Risk Preschoolers; Long-Term Effectiveness in All Ages; and Variability in Prevalence, Diagnosis, and Treatment [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2011 [cited 2024 May 5]. (AHRQ Comparative Effectiveness Reviews). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK82368/>
2. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* 2007 Jun;164(6):942–8.
3. ADHD comorbidities : handbook for ADHD complications in children and adults - NLM Catalog - NCBI [Internet]. [cited 2024 May 5]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog?cmd=PureSearch&term=101482616%5Bnlmid%5D>
4. Scopus preview - Scopus - Document details - Developments and challenges in the diagnosis and treatment of ADHD [Internet]. [cited 2024 May 5]. Available from: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84889672025&origin=inward&txGid=06712505c3a9cc5a7f2b22dc2c0126b3>
5. Wu EQ, Hodgkins P, Ben-Hamadi R, Setyawan J, Xie J, Sikirica V, et al. Cost effectiveness of pharmacotherapies for attention-deficit hyperactivity disorder: a systematic literature review. *CNS Drugs* 2012 Jul 1;26(7):581–600.
6. Gajria K, Lu M, Sikirica V, Greven P, Zhong Y, Qin P, et al. Adherence, persistence, and medication discontinuation in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder - a systematic literature review. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014;10:1543–69.
7. Zetterqvist J, Asherson P, Halldner L, Långström N, Larsson H. Stimulant and non-stimulant attention deficit/hyperactivity disorder drug use: total population study of trends and discontinuation patterns 2006–2009. *Acta Psychiatr Scand* 2013;128(1):70–7.
8. Adler LD, Nierenberg AA. Review of medication adherence in children and adults with ADHD. *Postgrad Med* 2010;122(1):184–91.
9. Dorsey ER, Topol EJ. State of Telehealth. *N Engl J Med* 2016;375(14):1400.
10. Digital Health Bureau, Ministry of Public Health. Telemedicine services [Internet]. [cited 2023 Feb 13]. Available from: <https://bdh.moph.go.th/site/wp-content/uploads/2023/08/3.1.3-telemedicine.pdf>
11. Dorsey ER, Topol EJ. State of Telehealth. *N Engl J Med* 2016;375(2):154–61.
12. Gajria K, Lu M, Sikirica V, Greven P, Zhong Y, Qin P, et al. Adherence, persistence, and medication discontinuation in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder - a systematic literature review. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014;10:1543–69.
13. Myers K, Vander Stoep A, Zhou C, McCarty CA, Katon W. Effectiveness of a telehealth service delivery model for treating attention-deficit/hyperactivity disorder: a community-based randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54(4):263–74.
14. Rockhill CM, Tse YJ, Fesinmeyer MD, Garcia J, Myers K. Telepsychiatrists' Medication Treatment Strategies in the Children's Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Telemental Health Treatment Study. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2016;26(8):662–71.

งานวิจัยแบบภาคตัดขวาง: ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนสถานที่ทำงานของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นในประเทศไทย

ปวีณ ถาวรประดิษฐ์*, ณัฏฐพร จงรักภักดี*, มชฐา ทองปาน*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ ความต้องการบริการสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างมาก จำนวนจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นในประเทศไทยมีความขาดแคลนและมีการเปลี่ยนสถานที่ทำงาน ซึ่งส่งผลกระทบต่ออัตราการให้บริการได้ งานวิจัยนี้จึงมีจุดประสงค์เพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนสถานที่ทำงานของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นในประเทศไทย

วิธีการศึกษา งานวิจัยนี้เป็นแบบภาคตัดขวางโดยเก็บข้อมูลจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นที่เป็นสมาชิกของชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 ผ่านแบบสอบถามออนไลน์ และนำมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ Chi-square test สำหรับข้อมูลเชิงกลุ่ม และ Student's t-test หรือ Mann-Whitney U test สำหรับข้อมูลต่อเนื่อง จากนั้นวิเคราะห์ด้วยวิธี Stepwise regression analysis เพื่อคัดเลือกและทดสอบตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสถานที่ทำงาน

ผลการศึกษา ปัจจัยที่มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มที่มีการเปลี่ยนและไม่เปลี่ยนสถานที่ทำงานของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นในประเทศไทย ได้แก่ จังหวัดของสถานที่ทำงานแรก (OR = 0.08, 95% CI = 0.01 – 0.43, p-value < 0.01) ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ (OR = 2.44, 95% CI = 1.16 – 5.12, p-value = 0.01) ความเครียดจากงานที่ส่งผลกับครอบครัว (OR = 1.91, 95% CI = 1.10 – 3.33, p-value = 0.02) รายได้ (OR = 0.99, 95% CI = 0.99 – 0.99, p-value = 0.03) และความสัมพันธ์ภายในหน่วยงาน (OR = 0.48, 95% CI = 0.24 – 0.94, p-value = 0.03)

สรุป การศึกษานี้ทำให้เห็นปัจจัยต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลบุคลากรและระบบการบริการสุขภาพของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นในอนาคต

คำสำคัญ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น การเปลี่ยนแปลงสถานที่ทำงาน ประเทศไทย

Corresponding author: มชฐา ทองปาน

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

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

วันรับ 16 กุมภาพันธ์ 2569 วันแก้ไข 20 มิถุนายน 2569 วันตอบรับ 10 กรกฎาคม 2569

The Factors Influencing Job Turnover and Retention among Child and Adolescent Psychiatrists in Thailand: A Cross-Sectional Study

Paween Thavornpradit*, Nitchawan Jongrakthanakij*, Masatha Thongpan*

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

ABSTRACT

Objective: The demand for mental health services for children and adolescents in Thailand has surged significantly. Turnover of child and adolescent psychiatrists affects service capacity. Therefore, this research aims to identify the factors that differ between the turnover and retention groups of psychiatrists.

Methods: This cross-sectional study collected data from the registered members of the Thai Psychiatric Association for Children and Adolescents. Data were gathered using an online questionnaire from April to September 2025. Statistical analyses employed the Chi-square test for categorical variables and the Student's t-test or Mann-Whitney U test for continuous variables. Finally, stepwise regression analysis was conducted to select and test statistically significant variables influencing workplace relocation.

Results: Factors that showed significant differences between child and adolescent psychiatrists in Thailand who changed versus did not change their workplace included province of the first workplace (OR = 0.08, 95% CI = 0.01 – 0.43, p-value < 0.01), emotional exhaustion (OR = 2.44, 95% CI = 1.16 – 5.12, p-value = 0.01), work-related stress affecting family (OR = 1.91, 95% CI = 1.10 – 3.33, p-value = 0.02), income (OR = 0.99, 95% CI = 0.99 – 0.99, p-value = 0.03), and workplace relationships (OR = 0.48, 95% CI = 0.24 – 0.94, p-value = 0.03).

Conclusion: The findings highlight key determinants associated with workplace transitions among child and adolescent psychiatrists in Thailand. These insights provide valuable guidance for developing strategies to support the healthcare of child and adolescent psychiatric services nationwide.

Keywords: child and adolescent psychiatrists, turnover and retention factors, Thailand

Corresponding author: Masatha Thongpan

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

Received: 16 February 2026 Revised: 20 June 2026 Accepted: 10 July 2026

บทนำ

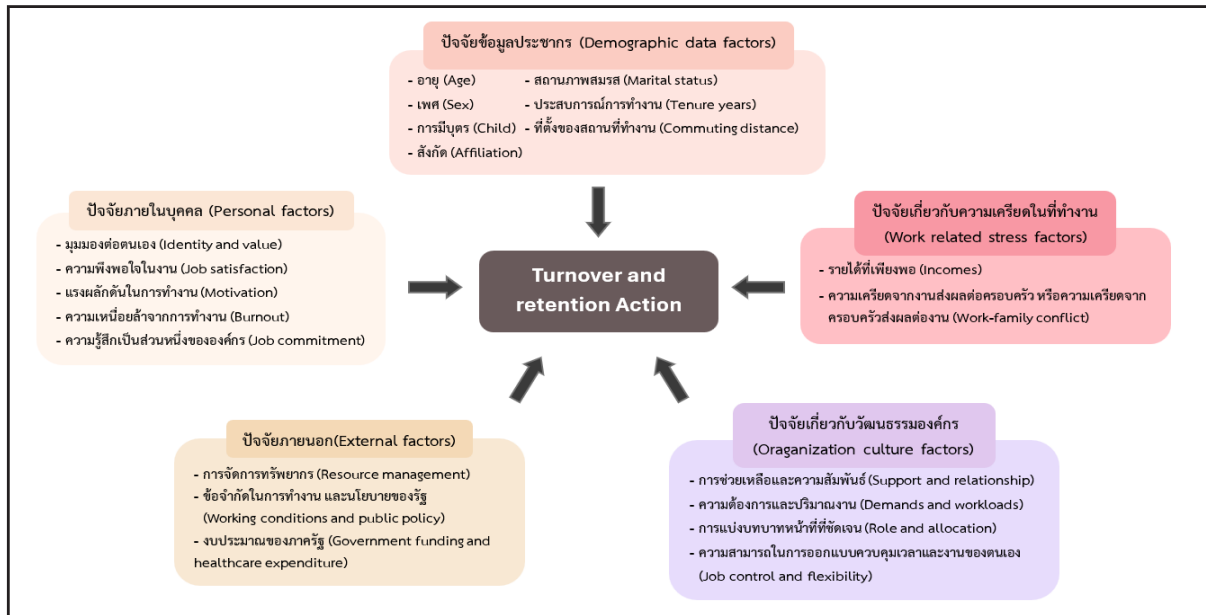
ทั่วโลกกำลังประสบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่นที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ เช่นเดียวกับประเทศไทยที่ความต้องการบริการสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นเพิ่มขึ้นอย่างมากในตลอดหลายปีที่ผ่านมา จากรายงานประจำปีของสำนักส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2565 กรมอนามัย พบปัญหาด้านสมาธิจำนวน 136,366 คน, ภาวะออทิสติกจำนวน 51,251 คน, ปัญหาด้านอารมณ์จำนวน 145,373 คน และปัญหาพัฒนาการทางทักษะในการเรียนรู้จำนวน 28,131 คน² การให้บริการระบบสุขภาพทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในประเทศไทยเป็นบทบาทหนึ่งของหน่วยงานด้านสาธารณสุข ซึ่งรวมถึงการช่วยเหลือ การบำบัดรักษา และการป้องกันส่งเสริม อาทิ การประสานงานกับโรงเรียน ชุมชน และครอบครัว การสร้างระบบในการส่งเสริมสุขภาพจิตและพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตให้ชุมชน โดยมีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นเป็นผู้ขับเคลื่อนหน้าที่ดังกล่าว³

ในปัจจุบันประเทศไทยประสบปัญหาขาดแคลนจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โดยปี พ.ศ. 2563 มีการจัดทำฐานข้อมูลจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นในประเทศไทย โดยสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ พบว่าประเทศไทยมีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น จำนวน 295 คน ซึ่งอยู่ในระบบสาธารณสุขเพียง 112 คน ซึ่งคิดเป็น 0.7 ต่อประชากร 100,000 คน⁴ และข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2566 รายงานว่า มีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น จำนวน 111 คน ประจำอยู่ในกรุงเทพมหานคร ขณะที่ถึง 18 จังหวัด ที่ไม่มีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นประจำการ และอีก 15 จังหวัด มีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นเพียง 1 คน เท่านั้น⁵ ซึ่งหากมีการลาออกหรือเปลี่ยนสถานที่ทำงานของจิตแพทย์ จะกระทบกับอัตราการให้บริการในพื้นที่ดังกล่าวเป็นอย่างมาก ที่ผ่านมามีการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ภาวะหมดไฟจากการทำงานและความไม่พอใจในงานของแพทย์ไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เชื่อมโยงกับการลาออกหรือย้ายงานในกลุ่มจิตแพทย์โดยรวม⁶ แต่ยังไม่มีการเก็บข้อมูลในกลุ่มจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นในประเทศไทยโดยเฉพาะ และยังไม่มีการศึกษาของปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนสถานที่ทำงานในประชากรกลุ่มนี้ รวมถึงการศึกษาดังกล่าวมุ่งเน้นไปที่การประเมินภาวะหมดไฟ และอาจไม่ได้แบ่งลักษณะปัจจัยออกเป็นข้อมูลประชากร ปัจจัยด้านภายใน ปัจจัยภายนอก ความเครียดในที่ทำงานและวัฒนธรรมองค์กร วัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้จึงเพื่อศึกษาปัจจัยที่แตกต่างกันของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นในกลุ่มที่เคยและไม่เคยมีการเปลี่ยน

สถานที่ทำงาน โดยประเมินจากปัจจัยต่างๆ ที่มีความครอบคลุมมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนสถานที่ทำงาน (turnover factors) และปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงการทำงาน (retention factors)⁷⁻¹² ประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ดังนี้ ปัจจัยข้อมูลประชากร (demographic data factors) ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส การมีบุตร สังกัด จังหวัด สถานที่ที่ทำงาน และประสบการณ์หรือระยะเวลาการทำงาน⁷ ปัจจัยภายในบุคคล (personal factors) ประกอบด้วย ความรู้สึกหมดไฟ (burnout) ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร (job commitment) ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) มุมมองต่อตนเอง (identity and value) ความพึงพอใจในงาน (job satisfaction)^{6,7,11} ปัจจัยเกี่ยวกับความเครียดในที่ทำงาน (work relate stress factors)¹³ ประกอบด้วย การมีรายได้ที่เพียงพอ (income and rewards) ความเครียดจากงานที่ส่งผลกับครอบครัว หรือความเครียดจากครอบครัวที่ส่งผลกับงาน (work-family conflict)¹⁴ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน เช่น ความต้องการงาน หรือภาระในการทำงาน (demands and workload)¹⁵ ความสามารถในการออกแบบควบคุมเวลาและงานของตนเอง (control and job flexibility) บทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน (role) ปัจจัยเกี่ยวกับวัฒนธรรมองค์กร (organization culture factors) ประกอบด้วย การช่วยเหลือ (managerial supports) ทั้งด้าน อารมณ์ บุคลากร สิ่งของ และความก้าวหน้าในอาชีพ (career advancement opportunities) ความสัมพันธ์ทั้งในแนวนอนและแนวตั้ง (relationships) โครงสร้างองค์กร (governance structures) ความแน่นอนของตำแหน่งงานและสัญญาจ้าง (positions and work contracts)^{6,7} ปัจจัยภายนอก (external factors) และการบริหารงานของภาครัฐ ประกอบด้วย ข้อจำกัดในการทำงาน (working conditions) ซึ่งแปรผันตามนโยบายของภาครัฐ การจัดการทรัพยากร (resources) และงบประมาณของภาครัฐ (government funding, healthcare expenditure)^{7,12} ทั้งนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากการทบทวนวรรณกรรม ดังรูปภาพที่ 1

การทำความเข้าใจถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนสถานที่ทำงานของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นเป็นสิ่งสำคัญ ทางทีมผู้วิจัยได้ออกแบบการสำรวจนี้ขึ้นเพื่อทำความเข้าใจถึงปัจจัยดังกล่าว โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เคยเปลี่ยนสถานที่ทำงานกับกลุ่มที่ไม่เคยเปลี่ยนสถานที่ทำงาน ซึ่งองค์ความรู้นี้อาจนำมาพัฒนาวางแผนทางการดูแลบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้สามารถคงการทำงานในระบบได้อย่างต่อเนื่องต่อไป



รูปที่ 1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงการทำงานหรือการเปลี่ยนสถานที่ทำงานจากการทบทวนวรรณกรรม

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) โดยเก็บข้อมูลจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นที่ทำงานในประเทศไทย และเป็นสมาชิกของชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 ผ่านทางแบบสอบถามออนไลน์โดยการประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางออนไลน์ของเครือข่ายจิตเวชเด็กและวัยรุ่นรวมระดับประเทศ รวมถึงประชาสัมพันธ์ในช่องทางสื่อสารอื่นๆ เช่น เฟซบุ๊กของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ทั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลทั่วประเทศ ซึ่งมีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นทั้งหมด จำนวน 314 คน

เกณฑ์คัดเข้า

ผู้ที่ผ่านการสอบได้รับหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตร แสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น ทั้งหมดจนถึง พ.ศ. 2566 จากแพทยสภา

แบบสอบถาม

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้ออกแบบสอบถามออนไลน์เพื่อประเมินปัจจัยด้านต่างๆ โดยมีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 2 ท่าน (ผู้ประพันธ์ที่ 2 และ 3) พิจารณาข้อคำถามและลงความเห็นร่วมกันว่ามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ทั้งนี้แบบสอบถามนี้แบ่งข้อคำถามออกเป็น 5 ส่วน

1) ปัจจัยข้อมูลประชากร (demographics data factors) โดยสอบถาม เพศ อายุ จังหวัดที่ทำงานแรก สถานภาพสมรส

จำนวนบุตร ทุนในการเรียนด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ปีที่สอบใบประกอบวิชาชีพจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

2) ปัจจัยลักษณะการทำงาน (work-related information) เคยเปลี่ยนสถานที่ทำงานหรือไม่ สังกัดที่ทำงานก่อนย้าย (หรือสังกัดปัจจุบัน แล้วแต่กรณี) จำนวนปีที่ทำงานก่อนย้าย (หรือจำนวนปีที่ทำงานปัจจุบัน แล้วแต่กรณี) จำนวนจิตแพทย์ทั่วไปและจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นในที่ทำงานก่อนย้าย (หรือที่ทำงานปัจจุบัน แล้วแต่กรณี)

สำหรับคำถามในส่วนที่ 3 - 5 สอบถามถึงที่ทำงานก่อนย้ายในกลุ่มที่เคยเปลี่ยนสถานที่ทำงาน และสอบถามถึงที่ทำงานปัจจุบันในกลุ่มที่ไม่เคยเปลี่ยนสถานที่ทำงาน ดังนี้

3) ปัจจัยระดับบุคคล (personal factors) เป็นแบบให้คะแนน (Likert scale) มีคะแนน 1 – 5 คะแนน โดยเห็นด้วยน้อยที่สุด เป็น 1 คะแนน จนถึงเห็นด้วยอย่างมาก เป็น 5 คะแนน ได้แก่ ความเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร (job commitment: “ในอีก 5 ปีข้างหน้า ท่านจะทำงานอยู่ที่นี่”) ความรู้สึกริษยา (burnout: “ท่านรู้สึกหมดไฟในการทำงาน”) ความพึงพอใจในงาน (job satisfaction: “ท่านพึงพอใจกับงานจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น”) มุมมองต่อตนเอง (identity and self-value: “งานทำให้ท่านรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง”) ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion: “งานของท่านทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์”)

4) ปัจจัยเกี่ยวกับความเครียดในที่ทำงาน (work related stress factors) มีคะแนน 1 – 5 คะแนน โดยเห็นด้วยน้อยที่สุด เป็น 1 คะแนน จนถึงเห็นด้วยอย่างมาก เป็น 5 คะแนน ได้แก่ภาระงาน

ที่ส่งผลกับครอบครัว (work-related affecting family: “งานของท่านส่งผลให้ไม่สามารถรับมือกับครอบครัวได้เท่าที่ควร”) ภาวะครอบครัวที่ส่งผลกับงาน (family-related affecting work: “ภาวะครอบครัวทำให้ท่านไม่สามารถทำงานได้เต็มที่”) ความเพียงพอของรายได้จากที่ทำงานหลัก (“ท่านได้รายได้เพียงพอจากที่ทำงานหลัก”) ปริมาณงานที่เหมาะสม (“ภาระงานของท่านมีความเหมาะสม”) จำนวนคนไข้ (คน/สัปดาห์) ปริมาณงานเหมาะสมกับรายได้ (“ภาระงานของท่านเหมาะสมกับรายได้”) รายได้ต่อเดือนจากที่ทำงานหลัก (บาท)

5) ปัจจัยที่เกี่ยวกับวัฒนธรรมองค์กร (organization culture factors) มีคะแนน 1 – 5 คะแนน โดยเห็นด้วยน้อยที่สุดเป็น 1 คะแนน จนถึงเห็นด้วยอย่างมาก เป็น 5 คะแนน ได้แก่ ความยืดหยุ่นขององค์กร (“ที่ทำงานของท่านมีความยืดหยุ่นในการทำงาน”) แบ่งบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน (“ที่ทำงานของท่านมีการแบ่งบทบาทหน้าที่ชัดเจน”) การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ (“ที่ทำงานของท่านให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์”) การให้ความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์หรือสถานที่ (“ที่ทำงานของท่านให้ความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์หรือสถานที่อย่างเหมาะสม”) การให้ความช่วยเหลือด้านทรัพยากรบุคคล (“ที่ทำงานของท่านให้ความช่วยเหลือด้านทรัพยากรบุคคลอย่างเหมาะสม”) ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน (“ที่ทำงานของท่านสนับสนุนความก้าวหน้าตามที่ท่านต้องการ”) ความสัมพันธ์ภายในหน่วยงาน (“ภายในหน่วยงานของท่านมีความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน”) ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน (“ท่านมีความสัมพันธ์อันดีกับหน่วยงานอื่นนอกเหนือจากจิตเวชศาสตร์”) ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา (“ท่านมีความสัมพันธ์อันดีกับผู้บังคับบัญชา”)

การอนุมัติทางจริยธรรม

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมจากหน่วยจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี หมายเลขอ้างอิง COA. No. MURA2025/286

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในงานวิจัยนี้ใช้โปรแกรม Stata เวอร์ชัน 18 โดยวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และนำเสนอในรูปแบบร้อยละสำหรับตัวแปรเชิงกลุ่มและค่าเฉลี่ยสำหรับตัวแปรต่อเนื่อง จากนั้นเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างกลุ่มที่เคยเปลี่ยนสถานที่ทำงาน

ทำงานและกลุ่มที่ไม่เคยเปลี่ยนสถานที่ทำงาน โดยใช้ Chi-square test สำหรับข้อมูลเชิงกลุ่ม Student's t-test สำหรับข้อมูลต่อเนื่องที่มีการกระจายตัวแบบปกติ (normal distribution) และใช้ Mann-Whitney U test สำหรับข้อมูลที่มีการกระจายตัวไม่เป็นปกติ (non-normal distribution) และในขั้นตอนสุดท้ายวิเคราะห์ Stepwise regression analysis เพื่อคัดเลือกและทดสอบตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสถานที่ทำงาน

ผลการศึกษา

จากข้อมูลปี 2566 ซึ่งรวบรวมโดยสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นในประเทศไทยทั้งหมด 295⁴ คน ในการศึกษานี้มีผู้ตอบแบบสอบถาม 75 คน คิดเป็นอัตราการเข้าร่วมร้อยละ 25 โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 63 คน (ร้อยละ 84) อยู่ในช่วงอายุ 26–35 ปี 30 คน (ร้อยละ 40) ทำงานอยู่ภายนอกกรุงเทพฯ 42 คน (ร้อยละ 56) ได้ทุนและทำงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข 35 คน (ร้อยละ 36.67) ตามลำดับ ทั้งนี้พบว่าผู้ที่เคยเปลี่ยนแปลงสถานที่ทำงาน จำนวน 25 คน และผู้ที่ไม่เคยเปลี่ยนแปลงสถานที่ทำงาน จำนวน 50 คน ดังตารางที่ 1

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนสถานที่ทำงาน

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างกลุ่มที่เปลี่ยนสถานที่ทำงานกับกลุ่มที่ไม่เคยเปลี่ยนสถานที่ทำงาน โดยการวิเคราะห์หาค่าตัวแปร (univariate analysis) พบว่ามีข้อแตกต่างที่มีนัยสำคัญดังต่อไปนี้ ปัจจัยข้อมูลประชากรพบว่า อายุที่มากขึ้นจะสัมพันธ์กับการเปลี่ยนสถานที่ทำงานมากขึ้น ($X^2 = 6.595$, $p = 0.03$) การมีสถานที่ทำงานอยู่กรุงเทพฯ จะมีโอกาสเปลี่ยนสถานที่ทำงานมากกว่าอยู่ต่างจังหวัด ($X^2 = 8.67$, $p < 0.01$) และระหว่างสองกลุ่มนี้ มีระยะเวลาทำงานเฉลี่ย (tenure years) ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.04$) คือ 4.7 ปี (SD = 5.7) ในที่ทำงานเดิมของกลุ่มที่เปลี่ยนสถานที่ทำงาน และ 8.7 ปี (SD = 8.2) ในกลุ่มที่ไม่เปลี่ยนสถานที่ทำงาน

สำหรับปัจจัยภายในบุคคล พบว่ากลุ่มที่เปลี่ยนสถานที่ทำงาน มีความพึงพอใจในงานน้อยกว่า ($MD = -0.7 \pm 0.27$, $p\text{-value} = 0.01$) มีความเหนื่อยล้าทางอารมณ์มากกว่า ($MD = 0.76 \pm 0.25$, $p < 0.01$) กลุ่มที่ไม่เปลี่ยนสถานที่ทำงาน ปัจจัยเกี่ยวกับความเครียดในที่ทำงานพบว่า กลุ่มที่เปลี่ยนสถานที่ทำงานมีความเครียดจากงานที่ส่งผลกับครอบครัวมากกว่า ($MD = 1.08 \pm 0.32$,

$p = 0.01$) ความเครียดจากครอบครัวที่ส่งผลกับงานมากกว่า ($MD = 2.04 \pm 0.25, p < 0.01$) ปริมาณงานที่เหมาะสมน้อยกว่า ($MD = -1.18 \pm 0.21, p < 0.01$) รายได้น้อยกว่า ($MD = -16,030.21 \pm 5,016.60, p = 0.02$) กลุ่มที่ไม่เคยเปลี่ยนสถานที่ทำงาน ปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กรพบว่า กลุ่มที่เปลี่ยนสถานที่ทำงานจะมีความยืดหยุ่นขององค์กรน้อยกว่า ($MD = -0.64 \pm 0.21, p\text{-value} < 0.01$) การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์น้อยกว่า ($MD = -0.66 \pm 0.23, p\text{-value} = 0.01$) ความก้าวหน้าในหน้าที่การงานน้อยกว่า ($MD = -0.74 \pm 0.24, p\text{-value} < 0.01$) ความสัมพันธ์ภายในหน่วยงานแย่กว่า ($MD = -0.62 \pm 0.24, p\text{-value} = 0.01$) กลุ่มที่ไม่เปลี่ยนงาน รายละเอียดดูได้ในตารางที่ 1

การวิเคราะห์ถดถอย (logistic regression)

จากนั้นใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบ Stepwise logistic regression เพื่อหาปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนสถานที่ทำงาน โดยเลือกปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจากการวิเคราะห์ทีละคู่ตัวแปรมาใส่ในสมการ พบว่าเหลือปัจจัยที่ยังมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ (ดูรายละเอียดได้ในตารางที่ 2)

จังหวัดที่ทำงานแรก (affiliation province) โดยพบว่า ผู้ที่เริ่มงานในต่างจังหวัดมีโอกาสย้ายงานน้อยกว่าเริ่มทำงานในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 0.08, 95\% CI = 0.01 - 0.43, p\text{-value} < 0.01$)

ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์จากการทำงาน (emotional exhaustion) โดยพบว่า ยิ่งมีความเหนื่อยล้าทางอารมณ์มาก จะส่งผลให้การย้ายที่ทำงานมากขึ้นตามไปด้วย ($OR = 2.44, 95\% CI = 1.16 - 5.12, p\text{-value} = 0.01$)

ความเครียดจากงานที่ส่งผลกับครอบครัว (work-related affecting family) โดยพบว่า ถ้าความเครียดของงานส่งผลต่อการดูแลครอบครัวมากจะมีนัยสำคัญต่อการตัดสินใจเปลี่ยนที่ทำงาน ($OR = 1.91, 95\% CI = 1.10 - 3.33, p\text{-value} = 0.04$)

รายได้ (income) โดยพบว่า รายได้ที่มากขึ้นสัมพันธ์กับการตัดสินใจเปลี่ยนที่ทำงานที่ลดลง ($OR = 0.99, 95\% CI = 0.99 - 0.99, p\text{-value} = 0.03$)

ความสัมพันธ์ภายในหน่วยงาน (relationship in intra-department) โดยถ้ามีความสัมพันธ์ที่ดีจะลดโอกาสเปลี่ยนสถานที่ทำงานน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 0.48, 95\% CI = 0.24 - 0.94, p\text{-value} = 0.03$)

วิจารณ์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนสถานที่ทำงาน (turnover and retention factors) ของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นในประเทศไทย โดยมุ่งเน้นไปที่ปัจจัยด้านข้อมูลประชากร (demographic data factors) ปัจจัยภายในบุคคล (personal factors) ปัจจัยลักษณะการทำงาน (work-related information) ปัจจัยเกี่ยวกับความเครียดในที่ทำงาน (work related stress factors) ปัจจัยเกี่ยวกับวัฒนธรรมองค์กร (organization culture factors) โดยมีข้อสรุปดังตารางที่ 3

จากการศึกษาวิจัยพบว่า หากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นเริ่มทำงานที่กรุงเทพมหานครจะมีแนวโน้มเปลี่ยนสถานที่มากกว่าเริ่มทำงานที่จังหวัดอื่น ซึ่งแตกต่างจากผลการวิจัยของต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา ที่พบว่าการทำงานในต่างจังหวัด (rural area) มีผลต่อการลาออกเปลี่ยนสถานที่ทำงานมากกว่าในเขตเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 1 ปีแรก (initial rural turnover spikes)^{15,16} ทั้งนี้ ในบริบทของประเทศไทยอาจอนุมานได้ว่า เกิดจากการมีตำแหน่งงานที่กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานครตั้งแต่ต้น ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายที่ต้องการเร่งการผลิตจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น⁵ และทำให้มีความต้องการอาจารย์แพทย์ในสถานฝึกอบรมของกรุงเทพมหานคร นอกจากนี้การกระจุกตัวของตำแหน่งงานยังทำให้มีโอกาสการหาตำแหน่งใหม่่ง่ายกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับต่างจังหวัด¹⁷ ที่การเป็นจิตแพทย์เพียงคนเดียวในจังหวัดอาจทำให้ตัดสินใจย้ายงานยากขึ้น นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยเคยมีสมมติฐานว่า สถานภาพสมรสและการมีบุตรอาจส่งผลต่อการย้ายงานได้ แต่ไม่พบในการศึกษานี้ ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยก่อนหน้านี้⁸ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากงานวิจัยดังกล่าวกลุ่มประชากรส่วนใหญ่เป็นกลุ่มแพทย์ซึ่งมีลักษณะการทำงานแตกต่างจากกลุ่มประชากรจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นในการศึกษานี้ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้กลับพบว่า ผลกระทบจากงานที่ส่งผลกับครอบครัว (work-related stress affecting family) เป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนสถานที่ทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเครียดจากการทำงานซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัว มีแนวโน้มจะตัดสินใจย้ายงานเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเพศหญิง¹⁸

ปัจจัยเรื่องความเหนื่อยล้าทางอารมณ์จากการทำงาน (emotional exhaustion) เป็นอีกปัจจัยภายในหลักที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนสถานที่ทำงาน โดยยิ่งมีความเหนื่อยล้าทางอารมณ์มากขึ้น จะส่งผลต่อการคงอยู่ในที่ทำงานเดิมลดลง ทั้งนี้งานวิจัยในจิตแพทย์ไทยพบภาวะเหนื่อยล้าทางอารมณ์สูงถึง 49.3%⁶ และ

การศึกษาชี้ให้เห็นเพิ่มเติมว่าภาวะเหนื่อยล้าทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนงานจริง ทั้งนี้ที่ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่าภาวะเหนื่อยล้าทางอารมณ์ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากภาระการทำงาน

ที่มากขึ้น ดังจะเห็นได้จากข้อมูลทางสถิติจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ใน พ.ศ. 2568 มีการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ใช้บริการของผู้ได้รับการวินิจฉัยความผิดปกติ

ตารางที่ 1 ปัจจัยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เคยไม่เปลี่ยนสถานที่ทำงาน และกลุ่มที่ไม่เคยเปลี่ยนสถานที่ทำงานจากการวิเคราะห์แบบจับคู่ตัวแปร (univariate analysis)

ปัจจัย	กลุ่มย่อย	จำนวนทั้งหมด (ร้อยละ) N = 75	จำนวนคนที่เคย เปลี่ยนสถานที่ทำงาน (ร้อยละ) N = 25	จำนวนคนที่ไม่เคย เปลี่ยนสถานที่ทำงาน (ร้อยละ) N = 50	p-value
ปัจจัยข้อมูลประชากร (demographic data factors)					
เพศ	ชาย	12 (16)	5 (20)	7 (14)	0.50
	หญิง	63 (84)	20 (80)	43 (86)	
ช่วงอายุ (ปี)	26 – 35	30 (40)	5 (20)	25 (50)	0.03*
	36 – 45	29 (38.67)	12 (48)	17 (34)	
	>45	16 (21.33)	8 (32)	8 (16)	
จังหวัดที่ทำงานแรก	กรุงเทพ	33 (44)	15 (60)	18 (36)	<0.01*
	ต่างจังหวัด	42 (56)	10 (40)	32 (64)	
ทุนการศึกษา	กรมสุขภาพจิต	19 (25.33)	9 (36)	10 (20)	0.09
	กระทรวงสาธารณสุข	35 (36.67)	7 (28)	28 (56)	
	มหาวิทยาลัย	11 (14.67)	3 (12)	8 (16)	
	ไม่มีทุน	10 (13.33)	6 (24)	4 (8)	
สถานภาพสมรส	แต่งงานแล้ว	36 (48)	12 (48)	24 (48)	1.00
	โสด	39 (52)	13 (52)	26 (52)	
บุตร	มีบุตร	50 (66.67)	16 (64)	34 (68)	0.73
	ไม่มีบุตร	25 (33.33)	9 (36)	16 (32)	
ปัจจัยลักษณะการทำงาน (work-related information)					
สังกัดที่ทำงานแรก	กรมสุขภาพจิต	17 (22.67)	7 (28)	10 (20)	-
	กระทรวงสาธารณสุข	33 (44)	3 (12)	30 (60)	
	มหาวิทยาลัย	16 (21.33)	6 (24)	10 (20)	
	เอกชน	9 (12)	9 (36)	-	
จำนวนปีในสังกัดแรก (tenure years)			Mean = 4.7 ± 5.7	Mean = 8.7 ± 8.2	0.04*
จำนวนจิตแพทย์เด็ก และวัยรุ่น (คน)	1 คน	28	12 (48)	16 (32)	0.18
	มากกว่า 1 คน	47	13 (52)	34 (68)	
จำนวนจิตแพทย์ ผู้ใหญ่ (คน)	ไม่มี	14	7 (28)	7 (14)	0.14
	มี	61	18 (72)	43 (86)	

ตารางที่ 1 ปัจจัยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เคยไม่เปลี่ยนสถานที่ทำงาน และกลุ่มที่ไม่เคยเปลี่ยนสถานที่ทำงานจากการวิเคราะห์แบบจับคู่ตัวแปร (univariate analysis) (ต่อ)

ปัจจัยภายในบุคคล (personal factors)				
ปัจจัย	การหาค่าเฉลี่ยของ ความแตกต่าง (mean differentiation)	ประชากรที่เคยเปลี่ยน สถานที่ทำงาน (mean $\pm$ SD)	ประชากรที่ไม่เคย เปลี่ยนสถานที่ทำงาน (mean $\pm$ SD)	p-value
ความเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร (job commitment)	0.1 $\pm$ 0.25	3.8 $\pm$ 1.15	3.7 $\pm$ 0.95	0.69
ความรู้สึกหมดไฟ (burnout)	-0.08 $\pm$ 0.33	2.8 $\pm$ 1.55	2.88 $\pm$ 1.24	0.81
ความพึงพอใจในงาน (job satisfaction)	-0.7 $\pm$ 0.27	3.2 $\pm$ 0.29	3.9 $\pm$ 0.13	0.01*
มุมมองต่อตนเอง (identity and self-value)	-0.5 $\pm$ 0.29	3.52 $\pm$ 1.42	4.02 $\pm$ 1.02	0.08
ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion)	0.76 $\pm$ 0.25	3.92 $\pm$ 0.12	3.16 $\pm$ 0.27	<0.01*
ปัจจัยเกี่ยวกับความเครียดในที่ทำงาน (work related stress factors)				
ความเครียดจากงานที่ส่งผลกับครอบครัว	1.08 $\pm$ 0.32	3.88 $\pm$ 1.21	2.8 $\pm$ 1.47	0.01*
ความเครียดจากครอบครัวที่ส่งผลกับงาน	2.04 $\pm$ 0.25	4.16 $\pm$ 0.12	2.12 $\pm$ 0.26	<0.01*
ความเพียงพอของรายได้จากที่ทำงานหลัก	-0.14 $\pm$ 0.36	2.48 $\pm$ 0.31	2.62 $\pm$ 0.21	0.70
ปริมาณงานที่เหมาะสม	-1.18 $\pm$ 0.21	2.38 $\pm$ 0.83	3.56 $\pm$ 0.96	<0.01*
จำนวนคนไข้ (คน/สัปดาห์)	2.64 $\pm$ 1.11	56 $\pm$ 33.01	55.9 $\pm$ 39.24	0.98
ปริมาณงานเหมาะสมกับรายได้	0.54 $\pm$ 0.28	3.18 $\pm$ 0.16	2.64 $\pm$ 0.22	0.06
รายได้ (บาท)	-16,030.21 $\pm$ 5,016.60	53,025 $\pm$ 3,580.53	69,055.21 $\pm$ 3,058.924	<0.01*
ปัจจัยที่เกี่ยวกับวัฒนธรรมองค์กร (organization culture factors)				
ความยืดหยุ่นขององค์กร	-0.64 $\pm$ 0.21	3.04 $\pm$ 0.98	3.69 $\pm$ 0.82	<0.01*
แบ่งบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน	0.02 $\pm$ 0.27	3.44 $\pm$ 1.19	3.42 $\pm$ 1.03	0.95
การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์	-0.66 $\pm$ 0.23	3.32 $\pm$ 0.23	3.98 $\pm$ 0.12	0.01*
การให้ความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ สถานที่	-0.12 $\pm$ 0.27	3.4 $\pm$ 0.2	3.52 $\pm$ 0.16	0.66
การให้ความช่วยเหลือด้านทรัพยากรบุคคล	-0.32 $\pm$ 0.25	2.84 $\pm$ 0.21	3.16 $\pm$ 0.14	0.20
ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน	-0.74 $\pm$ 0.24	2.96 $\pm$ 0.23	3.7 $\pm$ 0.12	<0.01*
ความสัมพันธ์ภายในหน่วยงาน	-0.62 $\pm$ 0.24	3.24 $\pm$ 0.23	3.86 $\pm$ 0.12	0.01*
ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน	-0.3 $\pm$ 0.23	3 $\pm$ 0.96	3.3 $\pm$ 0.95	0.20
ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา	-0.42 $\pm$ 0.25	2.8 $\pm$ 1.12	3.22 $\pm$ 0.95	0.09

* = p-value < 0.05

ตารางที่ 2 ผลการศึกษาจากการวิเคราะห์ถดถอยแบบ Stepwise Logistic Regression

ประเภทของปัจจัย	ปัจจัยที่ส่งผล	Odds Ratio (OR)	95% confident interval	p-value
ปัจจัยข้อมูลประชากร (demographic data factors)	จังหวัดที่ทำงานแรก (affiliation province)	0.08	0.01 – 0.43	<0.01*
ปัจจัยภายในบุคคล (personal factors)	ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion)	2.44	1.16 – 5.12	0.01*
ปัจจัยเกี่ยวกับความเครียดในที่ทำงาน (work related stress factors)	ความเครียดจากงานที่ส่งผลกับครอบครัว (work-related stress affecting family)	1.91	1.10 – 3.33	0.02*
	รายได้ (income)	0.99	0.99 – 0.99	0.03*
ปัจจัยเกี่ยวกับวัฒนธรรมองค์กร (organization culture factors)	ความสัมพันธ์ภายในหน่วยงาน (relationship in intra-department)	0.48	0.24 – 0.94	0.03*

* = p-value < 0.05

ตารางที่ 3 สรุปปัจจัยที่ส่งผลและไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนสถานที่ทำงาน

ประเภทของปัจจัย	มีนัยสำคัญทางสถิติ	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
ปัจจัยข้อมูลประชากร (demographic data factors)	จังหวัดของสถานที่ทำงานแรก	เพศ, ช่วงอายุ, ทุนการศึกษา, สถานภาพสมรส, การมีบุตร
ปัจจัยภายในบุคคล (personal factors)	ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์	ความเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร, ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน, ความพึงพอใจในงาน, มุมมองต่อตนเอง
ปัจจัยลักษณะการทำงาน (work-related information)		สังกัดที่ทำงานแรก, จำนวนปีในสังกัดแรก, มีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นท่านอื่นในสถานพยาบาล, มีจิตแพทย์ผู้ใหญ่ในสถานพยาบาล
ปัจจัยเกี่ยวกับความเครียดในที่ทำงาน (work related stress factors)	ความเครียดจากงานที่ส่งผลกับครอบครัว, รายได้	ความเครียดจากครอบครัวที่ส่งผลกับงาน, ความพึงพอใจของรายได้จากที่ทำงานหลัก, ปริมาณงานที่เหมาะสม, จำนวนคนใช้ (คน/สัปดาห์), ปริมาณงานเหมาะสมกับรายได้
ปัจจัยที่เกี่ยวกับวัฒนธรรมองค์กร (organization culture factors)	ความสัมพันธ์ภายในหน่วยงาน	ความยืดหยุ่นขององค์กร, การแบ่งบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน, การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์, การให้ความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ สถานที่, การให้ความช่วยเหลือด้านทรัพยากรบุคคล, ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน, ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน, ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา

ของพัฒนาการทางจิต (F80-F90) ซึ่งประกอบด้วย ความผิดปกติเฉพาะของพัฒนาการทางทักษะในการเรียนรู้ โรคออทิซึม ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมที่มักเริ่มต้นในวัยเด็กและวัยรุ่น และโรคสมาธิสั้น เพิ่มขึ้นร้อยละ 67.9 จาก พ.ศ. 2565 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ² ซึ่งเป็นการระงับที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องของจิตแพทย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาเพื่อยืนยันความสัมพันธ์ระหว่างภาระงาน

และความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ในเชิงลึกต่อไป

ความสัมพันธ์ภายในหน่วยงาน (relationship in intra-department) มีความสำคัญมากต่อการตัดสินใจย้ายงานของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นในประเทศไทย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในประเทศกานา¹⁹ และจอร์แดน²⁰ ที่พบความเกี่ยวข้องระหว่างการย้ายและความสัมพันธ์ในองค์กร โดยความสัมพันธ์ภายในหน่วยงานนี้รวมถึงความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวในกลุ่มงาน

(work cohesion) และการรับรู้ถึงความยุติธรรมในการทำงาน (perceived fairness) ในบุคลากรทางการแพทย์²¹ สำหรับบริบทในประเทศไทย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นต้องทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ และมีการแบ่งภาระงานร่วมกับกุมารแพทย์หรือจิตแพทย์ทั่วไป อาจต้องมีการศึกษาในเชิงคุณภาพเพื่อวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์ภายในหน่วยงานที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานต่อไป

การสำรวจรายได้ของที่ทำงานหลักก่อนย้ายสถานที่ทำงานในกลุ่มที่ย้ายงาน และรายได้ปัจจุบันของกลุ่มไม่ย้ายสถานที่ทำงาน พบว่ามีความแตกต่างกันในประชากรทั้งสองกลุ่ม (กลุ่มเปลี่ยนสถานที่ทำงาน ค่าเฉลี่ย 53,025 บาท/เดือน, กลุ่มไม่เปลี่ยนสถานที่ทำงาน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 69,055 บาท/เดือน) โดยมีความแตกต่างอยู่ที่ 16,030 บาท/เดือน เมื่อคำนวณใน Stepwise logistic regression ก็พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แต่มีค่า OR น้อย (เท่ากับ 0.99) เมื่อเทียบกับ OR ของปัจจัยอื่นๆ ก่อนหน้า ซึ่งผลของรายได้นี้แตกต่างจากการศึกษาจากผู้ประกอบอาชีพอื่น^{9,11} จึงอาจแสดงถึงความสามารถในการหารายได้จากแหล่งอื่นนอกเหนือจากที่ทำงานหลัก²² ถึงแม้ปัจจัยที่ส่งผลน้อยที่สุด แต่ต้องยอมรับว่าเป็นปัญหาความไม่เพียงพอของรายได้จากที่ทำงานหลักในจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นทั้งหมดยังคงเป็นปัญหาในปัจจุบัน และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลด้วยเช่นกัน

ทั้งนี้เป็นที่น่าสังเกตว่าจำนวนจิตแพทย์ในสถานที่ทำงาน มุมมองต่อตนเอง ความพึงพอใจในงาน ความเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร และการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่น^{9,11,23,24} ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าปัจจัยทั้งหมดข้างต้นสะท้อนผ่านปัจจัยอื่น เช่น ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ ความสัมพันธ์ภายในองค์กร หรือปัจจัยดังกล่าวอาจเป็นปัญหาเฉพาะบางบริบท เช่น จำนวนจิตแพทย์ อาจไม่ใช่วิธีแก้ปัญหาในโรงเรียนแพทย์ หรือการสนับสนุนทรัพยากร อาจไม่ใช่วิธีแก้ปัญหาในโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งควรทำการศึกษาในวงกว้างเพื่อสามารถวิเคราะห์ในกลุ่มย่อยๆ ได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาข้างต้นบ่งชี้ว่า ปัญหาความขาดแคลนจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นในประเทศไทย ส่วนหนึ่งสัมพันธ์กับโครงสร้างการกระจายกำลังคนโดยเฉพาะการกระจุกตัวในกรุงเทพมหานคร ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ และความสัมพันธ์ด้านลบภายในหน่วยงาน รวมถึงรายได้ที่แตกต่างกัน ปัจจัยเหล่านี้

เพิ่มความเสี่ยงต่อการเปลี่ยนสถานที่ทำงานและลดการคงอยู่ในระบบสุขภาพจิต และอาจไม่สามารถแก้ปัญหาจากการเพิ่มบุคลากรเพียงอย่างเดียว

แนวทางการแก้ไขมีความจำเป็นต้องลดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ซึ่งเป็นปัญหาที่เผชิญอยู่ในปัจจุบัน มีการศึกษาระบุว่าการมีระบบการดูแลผ่านกระบวนการให้คำแนะนำ (coaching) การเป็นพี่เลี้ยง (mentorship) และส่งเสริมการช่วยเหลือกันในกลุ่มเพื่อน (peer support) แบ่งออกเป็น 6 ครั้ง ใน 6 เดือน สามารถช่วยลดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ได้^{25,26} แม้รายได้จะไม่ใช่อุปสรรคที่สุด แต่การปรับปรุงความเพียงพอของรายได้จากที่ทำงานหลักยังคงมีความจำเป็นควบคู่กัน นอกจากนี้การมีมาตรการเชิงระบบเพื่อชะลอหรือชะลอการสูญเสียบุคลากรก่อนจะเข้าสู่วงจรระยะยาว (chronic resource depletion) และเกิดวงจรการสูญเสียทรัพยากรซ้ำซ้อน (loss spiral) โดยการเพิ่มความสามารถในการไหลเวียนและสะสมทรัพยากรในแต่ละพื้นที่ เช่น การกำหนดผู้นำตามเขตพื้นที่ ที่สามารถทำหน้าที่เป็นผู้ที่มีเส้นทางทรัพยากร (resource caravan passageway)^{27,28} ได้แก่ สหวิชาชีพ อุปกรณ์ และภายใน เป็นต้น และมีหน้าที่เป็นผู้นำการสร้างโครงสร้างการทำงานให้แก่บุคลากรอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงทรัพยากรของแต่ละพื้นที่ และติดตามความรู้สึกปลอดภัยทางจิตใจ (psychological safety) และคุณภาพของความสัมพันธ์ภายในทีม²⁹

ข้อจำกัด

เนื่องจากการศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) จึงอาจทำให้เกิดอคติจากความทรงจำ (recall bias) เนื่องจากจำเป็นต้องย้อนนึกถึงความทรงจำเมื่อก่อนเปลี่ยนแปลงสถานที่ทำงาน และการศึกษาแบบตัดขวางจึงอาจไม่สามารถสรุปว่าสิ่งใดเป็นเหตุและผลได้ ทำได้เพียงเชื่อมโยงให้เห็นความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัย กลุ่มประชากรที่ตอบแบบสอบถามคิดเป็นร้อยละ 25 ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการเป็นตัวแทนของประชากรส่วนใหญ่ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงที่ทำงานมาไม่นาน คืออายุน้อยกว่า 35 ปี จึงอาจไม่สามารถนำข้อมูลที่ได้อธิบายในกลุ่มประชากรที่ต่างจากนี้ได้ทั้งหมด

นอกจากนี้ แบบสอบถามที่ใช้เป็นเพียงแบบสอบถามที่ผ่านการลัดทอนเพื่อหาปัจจัยทั้งหมดโดยภาพรวม และไม่ได้เป็นแบบสอบถามที่เป็นมาตรฐาน จึงอาจส่งผลต่อความน่าเชื่อถือและอาจจะยังไม่เพียงพอต่อการเข้าใจปัญหาเชิงลึก รวมถึงจำนวน

ผู้ตอบแบบสอบถาม 75 คน ซึ่งมีจำนวนน้อย จะต้องระมัดระวังในการแปลผล Stepwise regression แม้จะทำการคัดเลือกตัวแปรให้มีจำนวนน้อยที่สุดในการใส่การวิเคราะห์แล้วก็ตาม ทั้งนี้ทางคณะผู้จัดทำจึงมองว่า ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพในปัจจุบันที่ส่งผลต่อการย้ายสถานที่ทำงานของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นในประเทศไทย เพื่อให้เข้าใจถึงบริบทความสำคัญของปัจจัยต่างๆ และนำวิเคราะห์เชิงคุณภาพที่เหมาะสม เพื่อทำความเข้าใจถึงปัญหาเชิงลึกในงานวิจัยต่อไป

สรุป

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนสถานที่ทำงาน ประกอบจากปัจจัยภายในและภายนอก ได้แก่ ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ ความเครียดจากที่ทำงานที่ส่งผลกับครอบครัว ความสัมพันธ์ด้านลบภายในหน่วยงาน รายได้ จากการศึกษานี้ทำให้เห็นแนวทางในการพัฒนาการวิจัยในเชิงลึกทั้งในเชิงปัจเจกและระบบบริการสุขภาพ อีกทั้งยังช่วยเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนทางการดูแลบุคลากรของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุน และขอขอบคุณจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามนี้ ทั้งนี้คณะผู้วิจัยตระหนักถึงจำนวนคำถามที่ค่อนข้างยาวและมีรายละเอียดมาก จำเป็นต้องใช้ความตั้งใจอย่างมากในการตอบแบบสอบถามจนจบ หวังว่าการศึกษานี้จะเป็นจุดตั้งต้นในการพัฒนาระบบการทำงานเพื่อให้จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นสามารถทำงานในระบบได้อย่างมีความสุข

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ขัดกันต่อผู้เข้าร่วมวิจัยโดยส่วนบุคคล แต่ผู้ร่วมวิจัยอาจจะมีผลกระทบต่อการแสดงทัศนคติที่อาจส่งผลต่อการทำงานในอนาคต ทั้งทางที่ผู้วิจัยจะมีการเน้นย้ำเรื่องการเก็บข้อมูลที่ไม่สามารถระบุตัวตนได้ก่อนเข้ารับการทำแบบสำรวจทุกครั้ง

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ปวีณ ถาวรประดิษฐ์: ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ; นิชวรรณ จงรักธณิก: ออกแบบ

การศึกษา ตรวจสอบและแก้ไขบทความ; มนัส ทอพาน: ออกแบบการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบและแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization Thailand. Thailand global school-based student health survey 2015. Bangkok: WHO Thailand Country Office; 2017.
2. Ministry of Public Health (TH). Number of psychiatric outpatients by diagnostic group and insurance scheme. Health Data Center (HDC) [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; [cited 2025 Dec 20]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/67ce3cd10f4ed5d2b3517f1373ef273d>
3. UNICEF East Asia and Pacific Regional Office, UNICEF Thailand. Strengthening mental health and psychosocial support systems and services for children and adolescents in East Asia and Pacific Region: Thailand country report. Bangkok: UNICEF; 2022.
4. Child and adolescent mental health Rajanakarindra institute. Child and adolescent psychiatrist database [Internet]. Thailand; 2020 [cited 2024 Aug 5]. Available from: <https://camri.go.th/DatabasePsychiatrist/>
5. World Health Organization. Mental health atlas 2017: Member state profile – Thailand. Geneva: WHO; 2017.
6. Nimmawit N, Wannarit K, Pariwatcharakul P. Thai psychiatrists and burnout: A national survey. PLOS ONE 2020;15(4).
7. Abdolmaleki G, Naismith N, Ghodrati N, Poshdar M, Babaiean Jelodar M. An analysis of the literature on construction employee turnover: drivers, consequences, and future direction. Constr Manag Econ 2024;42(9):822-46.
8. Siva S, McDonnell A, Beck M. Hospital doctor turnover and retention: a systematic review and new research pathway. J Health Organ Manag 2024;38(9):45-71.
9. Chambers CNL, Frampton CMA. Burnout, stress and intentions to leave work in New Zealand psychiatrists; a mixed methods cross sectional study. BMC Psychiatry 2022;22:380.
10. Fleury MJ, Grenier G, Bamvita JM. Job satisfaction among mental healthcare professionals: the respective contributions of professional characteristics, team attributes, team processes, and team emergent states. SAGE Open Med 2017;5: 205031211774522.
11. Adams R, Ryan T, Wood E. Understanding the factors that affect retention within the mental health nursing workforce: a systematic review and thematic synthesis. Int J Ment Health Nurs 2021;30(6):1476-97.
12. Raman SSS, McDonnell A, Beck M. Hospital doctor turnover and retention: a systematic review and new research pathway. J Health Organ Manag 2024;38(9):45-71.
13. Cousins R, MacKay CJ, Clarke SD, Kelly C, Kelly PJ, McCaig RH. "Management Standards" work-related stress in the UK: practical development. Work Stress 2004;18(2):113-36.
14. Kacmar KM, Crawford WS, Carlson DS, Ferguson M, Whitten D. A short and valid measure of work-family enrichment. J Occup Health Psychol 2014;19(1):32-45.

15. Aramouni C. Strategies to improve psychiatrist understaffing in psychiatric hospitals in rural and underserved communities: addressing administrative challenges [dissertation]. Minneapolis (MN): Walden University; 2025.
16. Katayama ES, Woldesenbet S, Munir MM, Bryan CJ, Carpenter KM, Pawlik TM. Geospatial analysis of psychiatry workforce distribution and patient travel time reveals disparities in access to mental healthcare. *Psychiatry Res Commun* 2023;3(3):100136.
17. Weinhold I, Gurtner S. Understanding shortages of sufficient health care in rural areas. *Health Policy* 2014;118(2):201-14.
18. Lin Y, Li J. Association patterns of work-family balance, perceived stress and turnover intentions among female medical workers in China (2022–2023): integration network and pathway analysis. *Arch Public Health* 2025;83(1):149.
19. Agyapong VIO, Osei A, Farren CK, McAuliffe E. Factors influencing the career choice and retention of community mental health workers in Ghana. *Hum Resour Health* 2015;13:56.
20. Al-Khasawneh A, Khadar BA. Organizational conflicts in hospitals and their impact on employee turnover: a case study of Jordan. *Probl Perspect Manag* 2021; 19(2): 206-16.
21. Lasalvia A, Bonetto C, Bertani M, Bissoli S, Cristofalo D, Marrella G, Ceccato E, Cremonese C, De Rossi M, Lazzarotto L, Marangon V. Influence of perceived organisational factors on job burnout: survey of community mental health staff. *Br J Psychiatry*. 2009;195(6):537-44.
22. Wang J, Lv H, Qin Q, Jiang H, Ren W, Shariff NM, et al. Global prevalence of turnover intention among doctors: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep* 2025; 15: 22645.
23. Hallett E, Simeon E, Amba V, Howington D, McConnell KJ, Zhu JM. Factors influencing turnover and attrition in the public behavioral health system workforce: qualitative study. *Psychiatr Serv* 2023; 75(1): 55-63.
24. Chang S, Sunaryo EYA, Kristamuliana K, Lee H, Chen C. Factors influencing nurses' turnover: an umbrella review. *Nurs Outlook* 2025; 73(5): 102464.
25. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2016; 388(10057): 2272-81.
26. Dyrbye LN, Shanafelt TD, Gill PR, Satele DV, West CP. Effect of a professional coaching intervention on the well-being and distress of physicians. *JAMA Intern Med* 2019; 179(10): 1406-14.
27. Hobfoll SE. Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *Am Psychol* 1989; 44(3): 513-24.
28. Hobfoll SE, Halbesleben J, Neveu JP, Westman M. Conservation of resources in the organizational context: the reality of resources and their consequences. *Annu Rev Organ Psychol Organ Behav* 2017; 4: 103-28.
29. Edmondson A. Psychological safety and learning behavior in work teams. *Adm Sci Q* 1999; 44(2): 350-83.

ความชุกของการติดเกมและความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ดูแลหลักกับการติดเกมในผู้ป่วยวัยรุ่นนสมาธิสั้นที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีการเห็นคุณค่าในตนเองและการควบคุมตนเองเป็นตัวแปรคั่นกลาง

อิสริยา เหมธรรณภัก*, จิรา ประสาทพรศิริโชค*, อัญชลิตา รัตนจารุรักษ์*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของการติดเกม และความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ดูแลหลักกับการติดเกมในผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นนสมาธิสั้น ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีการเห็นคุณค่าในตนเองและการควบคุมตนเองเป็นตัวแปรคั่นกลาง

วิธีการศึกษา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional correlational study) โดยรวบรวมข้อมูลจากเด็กวัยรุ่นนสมาธิสั้น อายุ 12 – 15 ปี และผู้ดูแลหลัก จำนวน 130 คู่ ที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกจากแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงเดือนสิงหาคม – ตุลาคม พ.ศ. 2568 โดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ แบบวัดรูปแบบการเลี้ยงดู (APQ), แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง (RSES), แบบวัดการควบคุมตนเอง (BSCS), แบบวัดการติดเกม (GAST), และแบบประเมินโรคสมาธิสั้น (SNAP-IV) วิเคราะห์ความสัมพันธ์และอิทธิพลของตัวแปรคั่นกลาง โดยใช้วิธี Bootstrapping with bias-corrected confidence interval จากโปรแกรม SPSS version 29.0 PROCESS Macro

ผลการศึกษา ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นนสมาธิสั้น พบความชุกของกลุ่มที่เข้าข่ายติดเกมอยู่ที่ 11% และกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเกมอยู่ที่ 34% โดยพบว่าการเลี้ยงดูเชิงบวกและเชิงลบของผู้ดูแลหลักไม่มีความสัมพันธ์ทั้งทางตรง ($\beta = -0.101$, 95% CI = [-0.290, 0.087]; $\beta = -0.022$, 95% CI = [-0.207, 0.164] ตามลำดับ) และทางอ้อม ($\beta = -0.046$, 95% CI = [-0.173, 0.066]; $\beta = -0.023$, 95% CI = [-0.163, 0.090] ตามลำดับ) กับคะแนนการติดเกมของวัยรุ่นนสมาธิสั้น อย่างไรก็ตาม การควบคุมตนเองและการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อคะแนนการติดเกมของวัยรุ่นนสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการเลี้ยงดูไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนการติดเกม แต่การเห็นคุณค่าในตนเองและการควบคุมตนเองเป็นตัวแปรสำคัญต่อการติดเกมในกลุ่มวัยรุ่นนสมาธิสั้น ดังนั้นงานวิจัยจึงเสนอแนะให้บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ปกครอง และผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก ใช้ข้อมูลนี้ในการพัฒนาโปรแกรมการฝึกช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมการควบคุมตนเองและการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยการให้ผู้ที่เกี่ยวข้องตระหนักและเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น ซึ่งจะเป็นกลยุทธ์ที่มีศักยภาพในการป้องกันและลดความเสี่ยงของการติดเกมต่อไป

คำสำคัญ รูปแบบการเลี้ยงดู การติดเกม วัยรุ่นนสมาธิสั้น การเห็นคุณค่าในตนเอง การควบคุมตนเอง

Corresponding author: อัญชลิตา รัตนจารุรักษ์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail: Ratanajaruraksm@gmail.com

วันรับ 13 กุมภาพันธ์ 2569 วันแก้ไข 26 กรกฎาคม 2569 วันตอบรับ 27 กรกฎาคม 2569

Prevalence and Association of Primary Caregivers' Parenting Styles with Gaming Addiction in Adolescents with ADHD at King Chulalongkorn Memorial Hospital: A Mediation Analysis of Self-Esteem and Self-Control

Issariya Hemthuanon*, Jirada Prasartpornsirichoke*, Anchalita Ratanajaruraks*

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

ABSTRACT

Objective: This study aimed to investigate the prevalence of game addiction and examine the correlation between caregiver's parenting styles and game addiction in adolescents with ADHD outpatient treatment at King Chulalongkorn Memorial Hospital, with self-esteem and self-control posited as mediating variables.

Methods: This cross-sectional correlational study recruited 130 dyads of adolescents with ADHD aged 12 – 15 years and their primary caregivers from outpatient department of Child and Adolescent Psychiatry at King Chulalongkorn Memorial Hospital from August to October 2025. Data were collected using validated questionnaires; the Alabama Parenting Questionnaire (APQ), Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), Brief Self-Control Scale (BSCS), Game Addiction Screening Test (GAST), and Swanson, Nolan, and Pelham-IV (SNAP-IV). Data were analyzed using bootstrapping with bias-corrected confidence intervals via the SPSS version 29.0 PROCESS Macro.

Results: The prevalence of game addiction in this group was 11%, with an additional 34% classified as being at high risk for addiction. The findings indicate that neither positive nor negative parenting styles had a significant direct or indirect relationship with game addiction (Direct: ($\beta = -0.101$, 95% CI = [-0.290, 0.087]; $\beta = -0.022$, 95% CI = [-0.207, 0.164] respectively) Indirect: ($\beta = -0.046$, 95% CI = [-0.173, 0.066]; $\beta = -0.023$, 95% CI = [-0.163, 0.090] respectively). However, both self-control and self-esteem were found independently to have a highly significant negative correlation with the level of gaming addiction.

Conclusion: The findings demonstrate that increased self-esteem and self-control are critical factors significantly associated with a reduced level of gaming addiction in adolescents with ADHD. This evidence underscores the importance of focusing on these internal protective mechanisms. Therefore, the study strongly suggests that clinicians and healthcare professionals utilize this information to develop intervention programs aimed at fostering self-control and self-esteem, critically by promoting parental awareness and involvement. Such a strategy represents a potent approach for the prevention and mitigation of gaming addiction risk in this population.

Keywords: parenting styles, game addiction, adolescents with ADHD, self-esteem, self-control

Corresponding author: Anchalita Ratanajaruraks

E-mail: Ratanajaruraksmd@gmail.com

Received: 13 February 2026 Revised: 26 July 2026 Accepted: 27 July 2026

บทนำ

การเข้าถึงเทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ตเป็นสิ่งแพร่หลายและง่ายมากขึ้นในปัจจุบัน โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยรุ่น ส่งผลให้การเล่นเกมเป็นกิจกรรมที่ได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก เด็กและวัยรุ่นส่วนหนึ่งใช้เวลาว่างในการเล่นเกมที่นำไปสู่ความเสี่ยงต่อภาวะติดเกม¹ และส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตสังคม โดยการศึกษาความชุกของภาวะติดเกมในเด็กไทยปี พ.ศ. 2561 อยู่ที่ร้อยละ 5.4² จากการศึกษาทบทวนพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะติดเกมในเด็กและวัยรุ่นทั้งภายนอกและภายใน ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ระยะเวลาการใช้จอ รายได้ของผู้ปกครอง และความสัมพันธ์กับเพื่อน โดยรูปแบบการเลี้ยงดูของพ่อแม่ (parenting style) เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะติดเกมในเด็กวัยรุ่น จากการศึกษาทบทวนที่ชี้ให้เห็นว่าเด็กที่มีรูปแบบการเลี้ยงดูเชิงบวก มีแนวโน้มติดเกมน้อยกว่าเด็กที่มีแนวทางการเลี้ยงดูแบบอื่น³⁻⁵ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองและการควบคุมตนเองมีผลต่อภาวะติดเกมของเด็กเช่นกัน⁶ และยังพบอีกว่ากลุ่มเด็กวัยรุ่นสมาธิสั้นมีภาวะติดเกมสูงกว่าเด็กทั่วไปถึงร้อยละ 8 และเสี่ยงติดเกมสูงถึงร้อยละ 22⁷ และมีแนวโน้มสูงมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งเป็นหนึ่งปัญหาหลักต่อตัวเด็กเองและครอบครัว

โรคสมาธิสั้นเป็นปัญหาทางจิตเวชที่พบบ่อยในเด็กและวัยรุ่น⁸ โดยการศึกษาพบความชุกทั้งในประเทศไทยและทั่วโลกสูงถึงร้อยละ 5.2 – 8.1⁹ ซึ่งอาการของโรคสมาธิสั้นมีผลต่อการแสดงออกด้านอารมณ์และพฤติกรรมของเด็ก พบว่าเด็กวัยรุ่นสมาธิสั้นมีความสามารถในการควบคุมตนเองน้อยกว่าเด็กวัยรุ่นทั่วไป¹⁰ ปัจจัยเหล่านี้อาจทำให้เด็กได้รับการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม เช่น ถูกตำหนิหรือลงโทษรุนแรง ถูกตามใจหรือช่วยเหลือมากเกินไป^{11,12} ซึ่งการเลี้ยงดูดังกล่าวส่งผลให้เด็กวัยรุ่นสมาธิสั้นเกิดทัศนคติด้านลบและนำไปสู่การเห็นคุณค่าในตนเองที่ลดต่ำลง^{13,14} โดยการศึกษาพบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองพัฒนาตั้งแต่วัยเด็กเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ของพ่อ แม่ และบุคคลรอบข้างกับเด็ก¹⁵ เมื่อบุคคลเหล่านั้นแสดงให้เห็นว่าตนเองได้รับการยอมรับ เด็กจะพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น¹⁶

การศึกษาก่อนหน้าพบว่า การเลี้ยงดูของพ่อแม่ในเชิงบวกสัมพันธ์กับการควบคุมตนเองและการเห็นคุณค่าในตนเองของลูก^{17,18} ในขณะที่การเลี้ยงดูเชิงลบส่งผลเสียต่อทักษะการจัดการอารมณ์และการควบคุมตนเองของลูก รวมถึงการเห็นคุณค่าในตนเองของลูกที่ต่ำลง¹⁹⁻²¹ และมีการศึกษาที่สนับสนุนว่าเด็กที่มี

การควบคุมตนเองและการเห็นคุณค่าในตนเองที่ต่ำมีความเสี่ยงติดเกมมากกว่าเด็กทั่วไป^{6,22-25} จากความสัมพันธ์ดังกล่าว งานวิจัยนี้จึงตั้งสมมติฐานว่า รูปแบบการเลี้ยงดูทั้งเชิงบวกและเชิงลบของพ่อแม่มีความสัมพันธ์ทั้งทางตรงกับการติดเกมของเด็กและทางอ้อมผ่านตัวแปรด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง และการควบคุมตนเอง

จากที่กล่าวมาข้างต้น แม้จะมีวิจัยก่อนหน้านี้จำนวนมากที่ศึกษาเรื่องการติดเกมในเด็กวัยรุ่นสมาธิสั้น และแนวทางการเลี้ยงดูที่ส่งผลต่อการติดเกม รวมถึงการเห็นคุณค่าในตนเองและการควบคุมตนเอง ที่มีความสัมพันธ์กับการติดเกมในเด็กวัยรุ่นสมาธิสั้น แต่ยังไม่มีการศึกษาบทบาทการเป็นตัวแปรคั่นกลางของการเห็นคุณค่าในตนเองและการควบคุมตนเอง ต่อความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูของพ่อแม่กับภาวะติดเกมในเด็กวัยรุ่นสมาธิสั้น วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้จึงเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูและภาวะติดเกม โดยมีการเห็นคุณค่าในตนเองและการควบคุมตนเองเป็นตัวแปรคั่นกลาง รวมถึงศึกษาความชุกของภาวะติดเกมในเด็กวัยรุ่นสมาธิสั้น

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลหลักและเด็กวัยรุ่นสมาธิสั้น อายุระหว่าง 12 – 15 ปี ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงเดือนสิงหาคม – ตุลาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 130 คู่ โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงจากการศึกษาก่อนหน้า⁷ โดยใช้การคำนวณจากสูตรของ Cochran²⁶ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 264 คน กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 และกำหนดค่าสัดส่วนของวัยรุ่นสมาธิสั้นที่เสี่ยงติดเกมในไทย เท่ากับ 0.22⁷ จากนั้นจึงปรับค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร Finite Population Correction²⁷ โดยกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำหลังปรับ เท่ากับ 126 คน เพื่อป้องกันการผิดพลาดในการเก็บข้อมูลจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีก 10% จึงได้ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเท่ากับ 139 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น อายุระหว่าง 12 – 15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น (ADHD : ICD-10 code F90x) โดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น เป็นผู้ป่วยเดิมที่มารับการตรวจติดตามการรักษาตามความนัดหมายของแพทย์พร้อมกับผู้ดูแลหลักที่อาศัยอยู่บ้านเดียว

กับผู้ป่วย โดยผู้ดูแลหลักมีอายุระหว่าง 20 – 80 ปี ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักยินยอมเข้าร่วมการวิจัยภายหลังจากการชี้แจงและเห็นเอกสารยินยอมเกณฑ์การคัดเลือกรายการ (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักไม่สามารถอ่านเขียนหรือเข้าใจภาษาไทยได้ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักที่มีภาวะร่วมของโรคทางจิตแบบ Psychotic disorders (ICD-10 code F20-F29) โดยการศึกษาได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ (COA No. 0946/2025)

การศึกษานี้ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบไม่ใช้ความน่าจะเป็น (non-probability sampling) โดยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามลำดับ (consecutive sampling) ผู้วิจัยจะทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก) ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า ตามลำดับผู้ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ในช่วงระยะเวลาที่ทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่เข้าเกณฑ์ที่จัดตรวจ เมื่ออาสาสมัคร (ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก) สมควรเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการขอใบยินยอม (informed consent) และใบแสดงเจตจำนง (assent form) จากอาสาสมัครและผู้ดูแลหลัก ก่อนทำแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แบบสอบถามฉบับภาษาไทยที่ได้รับการตรวจสอบคุณสมบัติแล้ว เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วยส่วนของผู้ดูแลหลัก จำนวน 76 ข้อ และส่วนของอาสาสมัครวัยรุ่นสมารถสัน จำนวน 39 ข้อ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลหลัก

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (demographic data) จำนวน 8 ข้อ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยเพศ อายุ ระดับชั้นเกรดเฉลี่ยเทอมล่าสุด (GPA) โรคประจำตัวทางจิตเวช ผู้ดูแลหลักรายได้รวมของผู้ดูแลหลัก จำนวนชั่วโมงที่เล่นเกมต่อสัปดาห์

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นฉบับภาษาไทย (Swanson, Nolan and Pelham Teacher and Parent Rating Scale; SNAP-IV) เพื่อประเมินระดับอาการของโรคสมาธิสั้นโดยผู้ดูแลหลักเป็นผู้ประเมิน แปลโดย ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร และคณะ ปี พ.ศ. 2557²⁸ ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ โดยข้อคำถามแต่ละข้อคิดคะแนนแบบ Likert แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย = 0 คะแนน, เล็กน้อย = 1 คะแนน, ค่อนข้างมาก = 2 คะแนน

และมาก = 3 คะแนน ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 – 78 คะแนน โดยค่าคะแนนรวมที่สูง หมายถึง มีความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นที่สูงกว่าคะแนนที่ต่ำ ใช้ในเด็กอายุ 6 – 18 ปี โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.93 – 0.96

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ดูแลหลัก Alabama Parenting Questionnaire (APQ) ฉบับผู้ดูแลหลักเป็นผู้ประเมิน 42 ข้อ โดย เอพิณา คำออน และคณะ ปี พ.ศ. 2562 แปลเป็นภาษาไทยจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ ที่พัฒนาขึ้นโดย Shelton, Frick, & Wootton²⁹ แต่ละข้อใช้การตอบแบบ Five-point Likert scale แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย = 1 คะแนน, แทบจะไม่เคย = 2 คะแนน, บางครั้ง = 3 คะแนน, บ่อย = 4 คะแนน, บ่อยมาก = 5 คะแนน โดยหมวดที่ 1 และ 2 เป็นการประเมินการเลี้ยงดูทางบวก (positive parenting) ได้แก่ บทบาทการเป็นพ่อแม่ที่ดี (Positive Parenting Practices; PP) การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ (Parental Involvement; PI) และหมวดที่ 3 – 5 เป็นการประเมินการเลี้ยงดูเชิงลบ ได้แก่ การขาดการดูแล/สั่งสอนของพ่อแม่ (Poor Parental Monitoring/supervision; PM) การใช้กฎระเบียบแบบไม่เคร่งครัด (Inconsistent Discipline; ID) การลงโทษทางร่างกาย (Corporal Punishment; CP) โดยค่าคะแนนที่สูง หมายถึง มีแนวโน้มการเลี้ยงดูในรูปแบบนั้นๆ สูง ใช้สำหรับเด็ก อายุ 6 – 18 ปี มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.6 – 0.8

2. แบบสอบถามสำหรับเด็ก 39 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง (Rosenberg Self-Esteem Scale; RSES) 10 ข้อ พัฒนาขึ้นโดย Morris Rosenberg ในปี ค.ศ. 1965 เพื่อวัดความรู้สึกต่อตนเอง ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ศ.นพ.ทินกร วงศ์ปการันย์ และ ศ.พญ.ณัทธยา วงศ์ปการันย์ ในปี พ.ศ. 2552³⁰ ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ การให้คะแนนเป็นแบบ Four-point Likert scale ขั้นตอนการให้คะแนนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ข้อคำถามเชิงบวก (ข้อ 1, 2, 4, 6, 7) เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 4 คะแนน, เห็นด้วย = 3 คะแนน, ไม่เห็นด้วย = 2 คะแนน, ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 คะแนน และกลุ่มที่ 2 ข้อคำถามเชิงลบ (ข้อ 3, 5, 8, 9, 10) เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 คะแนน, เห็นด้วย = 2 คะแนน, ไม่เห็นด้วย = 3 คะแนน, ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 4 คะแนน ค่าคะแนนรวมระหว่าง 0 – 30 คะแนน คะแนนรวมสูงบ่งบอกถึงการเห็นคุณค่าในตัวเองที่สูง ใช้ในเด็กอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป มีค่า Cronbach's alpha coefficient อยู่ที่ 0.84

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะติดเกม ฉบับเด็กวัยรุ่น (Game Addiction Screening Test: Child and Adolescent version (GAST)) พัฒนาขึ้นโดยสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ร่วมกับสาขาวิชาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล³¹ เพื่อใช้เป็นแบบคัดกรองเด็กและวัยรุ่นที่อาจมีภาวะติดเกม การให้คะแนนเป็นแบบ Four-point Likert scale ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 16 ข้อ ใช้วัดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเล่นเกม โดยสามารถแบ่งกลุ่มผู้เล่นเกมได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มไม่ติดเกม กลุ่มเสี่ยงติดเกม และกลุ่มเข้าข่ายติดเกม ตอบไม่ใช้เลย = 0 คะแนน, ไม่น่าใช่ = 1 คะแนน, น่าจะใช่ = 2 คะแนน, ใช่เลย = 3 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่างค่า cut off ในกลุ่มเพศหญิง คะแนน < 16 คือกลุ่มไม่ติดเกม, คะแนน 16 – 22 คือกลุ่มเสี่ยงติดเกม, คะแนน ≥ 23 คือกลุ่มติดเกม ในกลุ่มเพศชาย คะแนน < 24 คือกลุ่มไม่ติดเกม, คะแนน 24 – 32 คือกลุ่มเสี่ยงติดเกม, คะแนน ≥ 33 คือกลุ่มติดเกม ใช้สำหรับเด็กอายุ 8 – 18 ปี ค่า Cronbach's alpha ฉบับเด็กวัยรุ่น เท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการควบคุมตนเอง (Brief Self-control Scale Thai version) โดย จริยา ปานเกษม (2559) แปลจาก มาตราวัดการควบคุมตนเองฉบับย่อ (Brief Self-Control Scale; BSCS) ของ Tangney และคณะ³² ประกอบด้วย 13 ข้อ แบ่งเป็น ข้อทางบวก 4 ข้อ และข้อทางลบ 9 ข้อ ใช้การประมาณค่าแบบ 5-point Likert scale คือ ไม่ตรงอย่างยิ่ง = 1 คะแนน, ค่อนข้างไม่ตรง = 2 คะแนน, ตรงและไม่ตรงพอๆ กัน = 3 คะแนน, ค่อนข้างตรง = 4 คะแนน, ตรงอย่างยิ่ง = 5 คะแนน ค่าคะแนนรวมอยู่ที่ 3 – 65 คะแนน คะแนนรวมที่สูง แสดงถึงการมีความสามารถในการควบคุมตนเองที่สูง ใช้สำหรับเด็กอายุ 12 ปีขึ้นไป โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient ฉบับภาษาไทย เท่ากับ 0.83

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดในงานวิจัยนี้ดำเนินการโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Statistics version 29.0 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation; SD) ใช้สถิติ Chi-square หรือ Fisher's exact test สำหรับสำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของข้อมูลเชิงคุณภาพ และใช้สถิติ Analysis of Variance (ANOVA) สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของข้อมูลเชิงปริมาณ ในการ

วิเคราะห์หาค่าของตัวแปรต้นกลาง (mediators) ได้ใช้แบบจำลองการค้นกลาง (multiple mediation model) ผ่าน PROCESS macro (Model 4) ในโปรแกรม SPSS เพื่อประเมินความสัมพันธ์ทางตรงและทางอ้อมของรูปแบบการเลี้ยงดูต่อภาวะติดเกม โดยมีการเห็นคุณค่าในตนเอง (RSES) และการควบคุมตนเอง (BSCS) ทำหน้าที่เป็นตัวแปรต้นกลาง โดยวิธี Bias-corrected bootstrapping และสรุปผลจากช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% confidence interval) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ โดยมีตัวแปรควบคุมได้แก่ เพศ เกรดเฉลี่ย เวลาเล่นเกมต่อสัปดาห์ และความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะปัจจัยพื้นฐานและตัวแปรต่างๆ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 130 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 78% อายุเฉลี่ย 13.45 ปี เกรดเฉลี่ย 2.94 โดยผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่คือพ่อแม่ รายได้ของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 101,661 บาท เวลาเล่นเกม 20.54 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วมทางจิตเวช คะแนนความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น (SNAP-IV) เฉลี่ย 31.36 คะแนน มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง (RSES) เฉลี่ย 27.11 คะแนน คะแนนการควบคุมตนเอง (BSCS) เฉลี่ย 38.91 คะแนน โดยความชุกของกลุ่มที่เข้าข่ายติดเกมเท่ากับ 11% กลุ่มที่เสี่ยงติดเกม 34% กลุ่มไม่ติดเกม 55%

ตารางที่ 2 และ 3 แสดงการวิเคราะห์แบบจำลองการค้นกลาง (mediation model) โดยการทดสอบอิทธิพลของรูปแบบการเลี้ยงดู (เชิงบวกและเชิงลบ) ต่อคะแนนการติดเกม (GAST score) โดยมีตัวแปรต้นกลาง (mediators) คือการควบคุมตนเอง (BSCS score) และการเห็นคุณค่าในตนเอง (RSES score) แบบจำลองการวิเคราะห์นี้ได้ควบคุมอิทธิพลของตัวแปรร่วม (เพศ เกรดเฉลี่ย เวลาเล่นเกมต่อสัปดาห์ และ SNAP-IV) แล้วผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของอิทธิพลทางตรงและทางอ้อม (**ตารางที่ 2**) พบว่ารูปแบบการเลี้ยงดูเชิงลบไม่มีความสัมพันธ์ทั้งทางตรง ($\beta = -0.022, p = 0.818, 95\% CI = [-0.207, 0.164]$) และทางอ้อม ($\beta = -0.023, 95\% CI = [-0.163, 0.090]$) ต่อภาวะติดเกม

สำหรับผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรงและทางอ้อม (**ตารางที่ 3**) พบว่ารูปแบบการเลี้ยงดูเชิงบวกไม่มีความสัมพันธ์ทั้งทางตรง ($\beta = -0.101, p = 0.288, 95\% CI = [-0.290, 0.087]$) และทางอ้อม ($\beta = -0.046, 95\% CI = [-0.173, 0.066]$) ต่อภาวะติดเกม

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบลักษณะปัจจัยพื้นฐานจำแนกกลุ่มตามระดับการติดเกม

ปัจจัยพื้นฐาน	ทั้งหมด (n = 130)	กลุ่มไม่ติดเกม ^a (n = 72) (55%)	กลุ่มที่เสี่ยงติดเกม ^b (n = 44) (34%)	กลุ่มเข้าข่ายติดเกม ^c (n = 14) (11%)	p-value
เพศ					0.009 ¹
ชาย (คน, %)	102 (78%)	62 (60.78%)	33 (32.35%)	7 (6.86%)	
หญิง (คน, %)	28 (22%)	10 (35.71%)	11 (39.29%)	7 (25.00%)	
อายุ (ปี) (mean, SD)	13.45 (1.07)	13.61 (1.03)	13.25 (1.08)	13.21 (1.19)	0.147 ²
เกรดเฉลี่ย (GPA) (mean, SD)	2.94 (0.66)	3.04 (0.59) ^a	2.92 (0.70)	2.47 (0.67) ^a	0.012 ²
ผู้ดูแลหลัก					0.290 ¹
พ่อแม่ (คน, %)	114 (87.69%)	62 (54.39%)	41 (35.96%)	11 (9.65%)	
ไม่ใช่พ่อแม่ (คน, %)	16 (12.31%)	10 (62.50%)	3 (18.75%)	3 (18.75%)	
รายได้ครอบครัว/เดือน (บาท)(mean, SD)	101,661 (75,392)	113,306 (79,676)	89,091 (73,566)	81,286 (45,793)	0.138 ²
เวลาเล่นเกม/สัปดาห์ (mean, SD)	20.54 (17.08)	18.29 (18.15)	22.99 (15.53)	24.43 (15.30)	0.239 ²
โรคร่วมทางจิตเวช					0.434 ¹
มี (คน, %)	45 (33%)	24 (33.3%)	14 (31.3%)	7 (36.4%)	
ไม่มี (คน, %)	85 (67%)	48 (66.7%)	30 (68.7%)	7 (63.6%)	
อาการของโรคสมาธิสั้น (SNAP-IV score) (mean, SD)	31.36 (12.56)	29.11 (11.32) ^a	33.25 (12.57)	37.00 (16.39) ^a	0.045 ²
รูปแบบการเลี้ยงดู (APQ score)					
เชิงบวก (mean, SD)	61.86 (7.15)	62.35 (7.56)	61.52 (6.43)	60.43 (7.38)	0.612 ²
เชิงลบ (mean, SD)	35.50 (7.32)	35.72 (8.13)	34.64 (6.20)	37.07 (6.13)	0.519 ²
การเห็นคุณค่าในตนเอง (RSES score) (mean, SD)	27.11 (4.62)	28.15 (4.45) ^b	26.75 (4.21) ^b	22.86 (4.37) ^b	<0.001 ²
การควบคุมตนเอง (BSCS score) (mean, SD)	38.91 (6.69)	41.31 (6.23) ^c	36.66 (5.19) ^c	33.64 (7.97) ^c	<0.001 ²

¹วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-Square test หรือ Fisher's exact test, ²วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ One-way ANOVA

a, b, c ที่กำกับค่าเฉลี่ย (mean) แสดงผลการเปรียบเทียบรายคู่ (post-hoc test) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยอ้างอิงจากกลุ่ม a คือการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มไม่ติดเกมกับกลุ่มเข้าข่ายติดเกม, b คือการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มไม่ติดเกมกับกลุ่มที่เสี่ยงติดเกมและกลุ่มเข้าข่ายติดเกม และ c คือการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มไม่ติดเกมกับกลุ่มเข้าข่ายติดเกมและกลุ่มเสี่ยงติดเกม

เมื่อทดสอบอิทธิพลของตัวแปรคั่นกลางต่อการติดเกม พบว่าการควบคุมตนเองสูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับการลดลงของคะแนน GAST อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมอิทธิพลของการเลี้ยงดูเชิงลบ ($\beta = -0.543, p < 0.001, 95\% \text{ CI} = [-0.756, -0.330]$) และเมื่อควบคุมอิทธิพลของการเลี้ยงดูเชิงบวก ($\beta = -0.545, p < 0.001, 95\% \text{ CI} = [-0.757, -0.334]$)

การเห็นคุณค่าในตนเองที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับการลดลงของคะแนน GAST อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน เมื่อควบคุมอิทธิพลของการเลี้ยงดูเชิงลบ ($\beta = -0.458, p = 0.003,$

$95\% \text{ CI} = [-0.751, -0.164]$) และเมื่อควบคุมอิทธิพลของการเลี้ยงดูเชิงบวก ($\beta = -0.441, p = 0.004, 95\% \text{ CI} = [-0.734, -0.148]$)

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบความชุกของเด็กวัยรุ่นสมาธิสั้นที่มา รักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ ในช่วงเดือนสิงหาคม – ตุลาคม พ.ศ. 2568 ที่เข้าข่าย ติดเกม ร้อยละ 11 และกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะติดเกม ร้อยละ 34 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบความชุกของเด็กวัยรุ่น

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยของอิทธิพลทางอ้อมของรูปแบบการเลี้ยงดูเชิงลบ ผ่านตัวแปรคั่นกลางการควบคุมตนเอง (BSCS score) และการเห็นคุณค่าในตนเอง (RSES score) ต่อการติดเกม (GAST score)

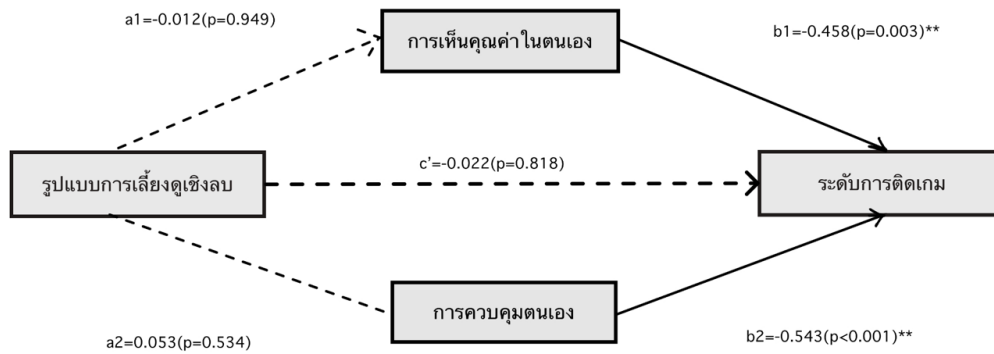
	β (beta)	95% Confidence Interval	p-value
ผลทางอ้อม (indirect effect)			
รูปแบบการเลี้ยงดูเชิงลบ -> การควบคุมตนเอง (BSCS score)	0.053	[-0.115, 0.222]	0.534
การควบคุมตนเอง (BSCS score) -> การติดเกม (GAST score)	-0.543	[-0.756, -0.330]	<0.001
รูปแบบการเลี้ยงดูเชิงลบ -> การเห็นคุณค่าในตนเอง (RSES score)	-0.012	[-0.134, 0.110]	0.849
การเห็นคุณค่าในตนเอง (RSES score) -> การติดเกม (GAST score)	-0.458	[-0.751, -0.164]	0.003
รูปแบบการเลี้ยงดูเชิงลบ -> การควบคุมตนเอง (BSCS score) -> การติดเกม (GAST score)	-0.029	[-0.138, 0.060]	
รูปแบบการเลี้ยงดูเชิงลบ -> การเห็นคุณค่าในตนเอง (RSES score) -> การติดเกม (GAST score)	0.005	[-0.052, 0.063]	
รูปแบบการเลี้ยงดูเชิงลบ -> การควบคุมตนเอง (BSCS score) + การเห็นคุณค่าในตนเอง (RSES score) -> การติดเกม (GAST score)	-0.023	[-0.163, 0.090]	
ผลทางตรง (direct effect)			
รูปแบบการเลี้ยงดูเชิงลบ -> การติดเกม (GAST score)	-0.022	[-0.207, 0.164]	0.818
ผลรวม (total effect)			
รูปแบบการเลี้ยงดูเชิงลบ -> การติดเกม (GAST score)	-0.045	[-0.266, 0.176]	0.687

ตารางนี้ได้มีการควบคุมตัวแปรเพศ, เวลาเล่นเกม/สัปดาห์, เกรดเฉลี่ยและความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น (SNAP-IV)

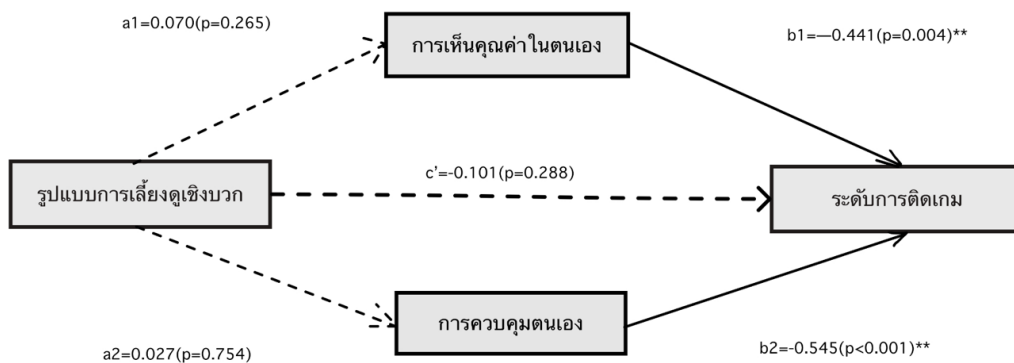
ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยของอิทธิพลทางอ้อมของรูปแบบการเลี้ยงดูเชิงบวก ผ่านตัวแปรคั่นกลางการควบคุมตนเอง (BSCS score) และการเห็นคุณค่าในตนเอง (RSES score) ต่อการติดเกม (GAST score)

	β (beta)	95% Confidence Interval	p-value
ผลทางอ้อม (indirect effect)			
รูปแบบการเลี้ยงดูเชิงบวก -> การควบคุมตนเอง (BSCS score)	0.027	[-0.144, 0.199]	0.754
การควบคุมตนเอง (BSCS score) -> การติดเกม (GAST score)	-0.545	[-0.757, -0.334]	<0.001
รูปแบบการเลี้ยงดูเชิงบวก -> การเห็นคุณค่าในตนเอง (RSES score)	0.070	[-0.054, 0.194]	0.265
การเห็นคุณค่าในตนเอง (RSES score) -> การติดเกม (GAST score)	-0.441	[-0.734, -0.148]	0.004
รูปแบบการเลี้ยงดูเชิงบวก -> การควบคุมตนเอง (BSCS score) -> การติดเกม (GAST score)	-0.015	[-0.112, 0.067]	
รูปแบบการเลี้ยงดูเชิงบวก -> การเห็นคุณค่าในตนเอง (RSES score) -> การติดเกม (GAST score)	-0.031	[-0.091, 0.020]	
รูปแบบการเลี้ยงดูเชิงบวก -> การควบคุมตนเอง (BSCS score) + การเห็นคุณค่าในตนเอง (RSES score) -> การติดเกม (GAST score)	-0.046	[-0.173, 0.066]	
ผลทางตรง (direct effect)			
รูปแบบการเลี้ยงดูเชิงบวก -> การติดเกม (GAST score)	-0.101	[-0.290, 0.087]	0.288
ผลรวม (total effect)			
รูปแบบการเลี้ยงดูเชิงบวก -> การติดเกม (GAST score)	-0.147	[-0.370, 0.076]	0.195

ตารางนี้ได้มีการควบคุมตัวแปรเพศ, เวลาเล่นเกม/สัปดาห์, เกรดเฉลี่ยและความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น (SNAP-IV)



ภาพที่ 1 แผนภาพแสดงการวิเคราะห์หัตถิทธิพลตัวแปรคั่นกลาง (mediation analysis) เพื่อทดสอบบทบาทของการเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) และการควบคุมตนเอง (self-control) ในความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูเชิงลบ (negative parenting style) และระดับการติดเกม ผลทางตรง ($\beta = -0.022$, $p = 0.818$, 95% CI = [-0.207, 0.164]) ผลทางอ้อม ($\beta = -0.023$, 95% CI = [-0.163, 0.090]) ผลรวม ($\beta = -0.045$, 95% CI = [-0.266, 0.176])



ภาพที่ 2 แผนภาพแสดงการวิเคราะห์หัตถิทธิพลตัวแปรคั่นกลาง (mediation analysis) เพื่อทดสอบบทบาทของการเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) และการควบคุมตนเอง (self-control) ในฐานะตัวแปรส่งผ่าน (mediators) ในความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูเชิงบวก (positive parenting style) และระดับการติดเกม ผลทางตรง ($\beta = -0.101$, $p = 0.288$, 95% CI = [-0.290, 0.087]) ผลทางอ้อม ($\beta = -0.046$, 95% CI = [-0.173, 0.066]) ผลรวม ($\beta = -0.147$, 95% CI = [-0.370, 0.076])

สมาธิสั้นเข้าข่ายติดเกม ร้อยละ 8 – 26² และพบว่ากลุ่มติดเกมมีคะแนนความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นที่สูงกว่ากลุ่มไม่ติดเกม³³ อธิบายได้จากการศึกษาที่ก่อนหน้านี้ ที่อ้างอิงถึงความบกพร่องของสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบให้รางวัล (ventral striatum & dopamine pathway) ทำให้เกิดภาวะ Dopamine reward deficiency นำไปสู่การแสวงหาสิ่งกระตุ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยวัยรุ่นสมาธิสั้นจะให้คุณค่ากับรางวัลที่ได้รับทันที (immediate rewards) มากกว่ารางวัลที่ต้องรอคอยในอนาคต (delayed discounting)^{6,34} อีกทั้งสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) มีความบกพร่องในส่วนที่ส่งผลต่อการยับยั้งพฤติกรรม เด็กกลุ่มนี้จึงมีความยากลำบากในการควบคุมตนเอง (low self-control) เมื่อเริ่มเล่นเกม จึงนำไปสู่การเล่นที่เกินความจำเป็นจนกลายเป็นเสพติดได้ง่ายกว่า

กลุ่มทั่วไป³⁴ ในขณะที่เดียวกันเด็กสมาธิสั้นก็จะมีภาวะจดจ่อที่ผิดปกติ (hyperfocus) กับกิจกรรมที่เขาสนใจและให้รางวัลได้ง่าย นำไปสู่การแสวงหาความพึงพอใจในเกม และลงเอยด้วยการติดเกมทำให้ละเลยหน้าที่อื่นๆ ได้ ซึ่งอธิบายได้จากผลการศึกษานี้ที่พบว่ากลุ่มติดเกมมีคะแนนความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น (SNAP-IV) ที่สูงกว่ากลุ่มไม่ติดเกมอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.045$) การศึกษาพบว่ารูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ดูแลหลัก ไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเกมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งรูปแบบการเลี้ยงดูเชิงลบ ($\beta = -0.022$, $p = 0.818$) และรูปแบบการเลี้ยงดูเชิงบวก ($\beta = -0.101$, $p = 0.288$) ซึ่งขัดแย้งกับวิจัยก่อนหน้านี้ที่มักพบว่ารูปแบบการเลี้ยงดูเป็นปัจจัยสำคัญต่อการติดเกม³⁵⁻³⁷ เนื่องจากงานวิจัยนี้ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น

สมาธิสั้น ที่มารับการรักษาจากในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ณ ขณะเวลาหนึ่ง อาจทำให้ข้อมูลพื้นฐานทางประชากรมีความแตกต่างจากงานวิจัยก่อนหน้านี้ และแบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัยก่อนหน้านี้มีความแตกต่างกันในเชิงมิติของการวัดรูปแบบการเลี้ยงดู และด้วยวิธีการศึกษาของวิจัยนี้มีข้อจำกัดของแบบสอบถามแบบ self-report โดยผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมวิจัยได้รับคำแนะนำในการดูแลเด็กตามมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากทีมรักษา อาจมีการรับรู้และรายงานรูปแบบการเลี้ยงดูในลักษณะที่เป็นไปตามความต้องการของสังคมหรือดีเกินความเป็นจริง และจากการศึกษาก่อนหน้าในกลุ่มเด็กวัยรุ่นสมาธิสั้น พฤติกรรมการติดเกม อาจถูกขับเคลื่อนโดยข้อจำกัดด้านการควบคุมตนเองหรือความหุนหันพลันแล่น มากกว่าปัจจัยสิ่งแวดล้อมจากการดูแล⁶ อาจมองว่าสิ่งที่นำไปสู่การติดเกมของเด็กวัยรุ่นสมาธิสั้นมาจากการขาดการควบคุมตนเองหรือปัจจัยภายในมากกว่าปัจจัยภายนอกหรือการเลี้ยงดู^{38,39}

อย่างไรก็ดี การควบคุมตนเองมีความสัมพันธ์ในทางลบกับคะแนนการติดเกมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)^{25,38} สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่า การควบคุมตนเองสัมพันธ์กับการติดเกมอย่างมีนัยสำคัญ อธิบายโดยทฤษฎีของ Russell Barkley³⁴ ที่พูดถึงปัญหาของสมองส่วนที่ทำหน้าที่บริหารจัดการ (executive function) โดยเฉพาะส่วนของการยับยั้งการตอบสนอง (response inhibition) ซึ่งเป็นอาการหลักของโรคสมาธิสั้น ความบกพร่องนี้ทำให้เด็กสมาธิสั้นมีความสามารถในการควบคุมตนเอง (self-control) ต่ำ ข้อจำกัดดังกล่าวจึงกลายเป็นตัวทำนายการติดเกม เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ทำให้เด็กไม่สามารถหยุดพฤติกรรมที่ต้องใช้การกำกับตนเองได้²⁴ และมีการศึกษาที่อธิบายถึงกลไกการยับยั้งซึ่งใจที่บกพร่อง (inhibitory deficit mechanism) การควบคุมตนเองที่ต่ำ ทำให้กลุ่มเด็กวัยรุ่นสมาธิสั้นไม่สามารถใช้ความสามารถในการกำกับตนเอง (self-regulation) เพื่อยับยั้งความอยากเล่นเกมหรือปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ที่กำหนดไว้ได้ ซึ่งการที่บกพร่องนี้ทำให้วงจรการเสพติดดำเนินต่อไปอย่างไม่สามารถหยุดได้⁴⁰

นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังพบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคะแนนการติดเกมที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁴¹ สอดคล้องกับทฤษฎีที่อธิบายเรื่องกลไกการชดเชย (compensatory hypothesis)²³ ว่าวัยรุ่นสมาธิสั้นมักเผชิญกับความล้มเหลวในเรื่องการเรียน การเข้าสังคม การถูกวิพากษ์วิจารณ์ในเรื่องพฤติกรรมและตัวตน นำไปสู่การเห็นคุณค่าในตัวเองที่ต่ำ พวกเขาจึงหันไปหาการยอมรับจากชัยชนะในเกม ซึ่งทำให้รู้สึกมีอำนาจและประสบความสำเร็จในโลกเสมือนจริง เพื่อชดเชย

ความรู้สึกไม่พอใจในตนเองและแสวงหาสถานะที่ขาดไปในชีวิตจริง การเล่นเกมจึงทำหน้าที่เป็นกลไกการรับมือเพื่อหลีกเลี่ยงความรู้สึกไร้ค่าและความเครียดของเด็กกลุ่มนี้²²

การไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูกับการติดเกม อาจอธิบายได้ว่าในวัยรุ่นสมาธิสั้นที่มีความบกพร่องทางระบบประสาท (neurobiological deficits) เป็นพื้นฐานนั้น ปัจจัยภายในอย่างการขาดการควบคุมตนเองและการเห็นคุณค่าในตนเอง⁴² มีอิทธิพลรุนแรงมากจนบดบังผลจากปัจจัยภายนอกอย่างรูปแบบการเลี้ยงดู นอกจากนี้ การที่งานวิจัยใช้แบบวัดการเลี้ยงดูในลักษณะทั่วไป (general parenting) อาจทำให้ไม่ครอบคลุมมิติเฉพาะเจาะจงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเล่นเกมโดยตรง เช่น ความสม่ำเสมอในการกำกับดูแลเวลาหน้าจอ หรือทัศนคติและความสัมพันธ์ทางอารมณ์ของผู้ปกครองที่มีต่อการเล่นเกม^{34,43}

จากการศึกษามีข้อสังเกตที่พบว่าวัยรุ่นสมาธิสั้นเพศหญิงมีการติดเกมสูงถึงร้อยละ 25 มากกว่าเพศชายที่พบว่ามีอาการติดเกมร้อยละ 6.9 กลไกสำคัญที่อธิบายว่าผู้หญิงสมาธิสั้นมีความเปราะบางต่อการติดเกมมากกว่า อาจเกิดจากการกำกับอารมณ์บกพร่อง (emotional dysregulation) และภาวะทางจิตวิทยาเชิงภายใน (internalizing symptoms) ที่รุนแรงกว่าเพศชาย การเล่นเกมจึงทำหน้าที่เป็นกลไกการจัดการปัญหา เพื่อหลีกเลี่ยงความเครียดจากการพยายามบดบังข้อจำกัดของตนเองในชีวิตจริง ควบคู่กับการใช้โลกออนไลน์เป็นพื้นที่ปลอดภัยในการทดแทนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) และเติมเต็มความสัมพันธ์ทางสังคมที่ขาดหายไป^{44,45}

อย่างไรก็ดี งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดหลายประการ โดยเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ซึ่งเก็บข้อมูลที่จุดเวลาเดียว จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้อย่างแท้จริง เนื่องจากข้อมูลรูปแบบการเลี้ยงดูของพ่อแม่ (parenting style) ได้มาจากการรายงานตนเองของผู้ดูแลหลัก ซึ่งอาจเกิดความเอนเอียงจากการรายงานตนเอง (self-report bias) ซึ่งมีความเสี่ยงทำให้ผู้ดูแลอาจรายงานการเลี้ยงดูในเชิงลบน้อยกว่าความเป็นจริง ซึ่งอาจส่งผลให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ดูแลหลักกับการติดเกม ทำให้ผลการวิจัยไม่สามารถนำไปอ้างอิงถึงประชากรวัยรุ่นสมาธิสั้นได้ในวงกว้าง

งานวิจัยในอนาคตควรใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบเชิงระยะยาว (longitudinal study) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ซึ่งจะช่วยให้สามารถสรุปทิศทางความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของรูปแบบการเลี้ยงดูที่ส่งผลต่อ

การติดเกมของเด็ก และควรเก็บข้อมูลรูปแบบการเลี้ยงดูและการติดเกมจากทั้งมุมมองของวัยรุ่นและผู้ดูแลหลัก เพื่อลดความอคติจากการรายงานตนเอง และเนื่องจากผลการวิจัยชี้ว่า การควบคุมตนเองและการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับการติดเกมในกลุ่มเด็กวัยรุ่นสมารถสิ้น ในการศึกษาต่อไปจึงเสนอแนะเชิงนโยบายในการเน้นการพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมการควบคุมตนเองที่บูรณาการเข้ากับการเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองในการป้องกันและลดความเสี่ยงจากภาวะติดเกมต่อไป

สรุป

ผลการศึกษาพบความชุกของภาวะติดเกมในผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นสมารถสิ้นที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงเดือนสิงหาคม – ตุลาคม พ.ศ. 2568 อยู่ที่ร้อยละ 11 รูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ดูแลหลักไม่มีความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมกับภาวะติดเกม แต่พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองและการควบคุมตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะติดเกม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้คำปรึกษา แนะนำ และตรวจสอบความถูกต้องของระเบียบวิธีวิจัย ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่ให้ความอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ที่สำคัญที่สุด ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ปกครองและผู้ป่วยสมารถสิ้นเด็กวัยรุ่นที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่านที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถาม และให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเพื่อเป็นประโยชน์แก่แวดวงวิชาการจิตเวชศาสตร์ และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลวัยรุ่นสมารถสิ้นต่อไป

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน ไม่ได้รับทุนสนับสนุน

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

อิสริยา เหมธรรณนท์: ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ; จิรดา ประสาทพรศิริโชค: วิเคราะห์ข้อมูลและตรวจสอบแก้ไขบทความ; อัญชลิตา รัตนจารุรักษ์: ให้คำแนะนำในการออกแบบการศึกษาและตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Ma M, Sui T. Internet Gaming Disorder in Adolescence: A Literature Review. *International Journal of Education and Humanities* 2023;8:153-8.
2. Taechoyotin P, Tongrod P, Thaweerungruangkul T, Towattananon N, Teekapakvisit P, Aksornpusitpong C, et al. Prevalence and associated factors of internet gaming disorder among secondary school students in rural community, Thailand: a cross-sectional study. *BMC Res Notes* 2020;13:11.
3. Schneider LA, King DL, Delfabbro PH. Family factors in adolescent problematic Internet gaming: A systematic review. *J Behav Addict* 2017;6:321-33.
4. Gui H, Zhao Q, Mao Y. Parenting styles and internet addiction in college students: self-esteem and self-control as mediators. *Front Psychol* 2025;16:1555900.
5. Lukavská K. Parenting styles and their relation to videogame addiction. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences* 2017;11:1461-6.
6. Jeong H, Yim HW, Lee SY, Lee HK, Potenza MN, Jo SJ, et al. Low self-control and aggression exert serial mediation between inattention/hyperactivity problems and severity of internet gaming disorder features longitudinally among adolescents. *J Behav Addict* 2020;9:401-9.
7. Tang-arai-arun D, Pornnoppadol C, Hosiri T. Prevalence, associated factors, and functional impairment of gaming addiction among children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2021;29:93-104.
8. Boonsithi W. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis and treatment. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2012;57:373-386.
9. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry* 2007;164:942-8.
10. Kumsiri P, Leknoi A. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and public stigma. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand* 2018;7:302-311.
11. Mazzone L, Postorino V, Reale L, Guarnera M, Mannino V, Armando M, et al. Self-esteem evaluation in children and adolescents suffering from ADHD. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2013;9:96-102.
12. Ellis B, Nigg J. Parenting Practices and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: New Findings Suggest Partial Specificity of Effects. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2009;48:146-54.
13. Jinan N, Yusuf N, Vellasamy V, Ahmad A, Rahman M, Motevalli

- S. Review of Parenting Styles and Their Impact on The Adolescents' Self-Esteem. *International Journal of Academic Research in Progressive Education and Development* 2022;11: 31-47.
14. Lerdpaisanskul M, Boonchooduang N, Charnsil C, Louthrenoo O. Self-esteem in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Chiang Mai Medical Journal* 2017;56:1-7.
15. Gul F, Abbas K, Saeed S, Haider T, Qayyum SN, Noori S. The relationship between parenting styles and self-esteem of medical students with age and gender as moderators. *Ann Med Surg (Lond)* 2024;86:5145-51.
16. Coopersmith S. Self-esteem inventories. Consulting Psychologists Press 1981, 1987.
17. Kou S. The Relationship between Parenting Style and Self-Esteem in Adolescents. *Journal of Education, Humanities and Social Sciences* 2022;5:307-12.
18. Liu S. The Influences of Parenting Style on Child Self-regulation. *Lecture Notes in Education Psychology and Public Media* 2023;24:77-82.
19. Li JB, Willems YE, Stok FM, Deković M, Bartels M, Finkenauer C. Parenting and Self-Control Across Early to Late Adolescence: A Three-Level Meta-Analysis. *Perspect Psychol Sci* 2019;14:967-1005.
20. Zhang W, Wang Z. Parenting Styles and Adolescents' Problem Behaviors: The Mediating Effect of Adolescents' Self-Control. *Psychol Rep* 2023;126:2979-99.
21. Phanubol P, Hosiri T, Apinanthavech S. The relationship between self-esteem and parenting styles in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Psychiatry*. 2022;15(2):123-135.
22. Kavanagh M, Brett C, Brignell C. What is the reported relationship between self-esteem and gaming disorder? A systematic review and meta-analysis. *Computers in Human Behavior* 2023;145:107776.
23. Kavanagh M, Brett C, Brignell C. The role of self-esteem in triggering and maintaining gaming for people with gaming disorder cut-off scores and above average gaming disorder scores: A quasi-experimental study. *Computers in Human Behavior* 2024;152:108051.
24. Safarina N, Halimah L. Self-control and online game addiction in early adult gamers. *Journal of Physics: Conference Series* 2019;1375:012094.
25. Hu Y, Chen S, Qi D, Zhu S. Problematic Gaming and Self-Control Among Adolescents and Emerging Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2025;28:301-17.
26. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
27. Lohr SL. Sampling: Design and analysis. 2nd ed. Boston, MA: Brooks/Cole; 2010.
28. Phithayaratstian N, Buranasukskul T, Jungsirikulwit D, Benyakorn T. Psychometric properties of the Thai version of the Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) and the Strengths and Difficulties Questionnaire ADHD subscale (SDQ-ADHD). *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2014;59:101-118.
29. Kham-on E, Srisurapanont M, Suradom C. Development and validation of the Thai version of the Alabama Parenting Questionnaire (APQ). *Journal of Mental Health of Thailand*. 2019;27(2):107-120.
30. Wongpakaran T, Wongpakaran N. Confirmatory factor analysis of the Rosenberg Self-Esteem Scale: a study in Thai students. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2009;56:59-70.
31. Pornnoppadol C, Sornpaisarn B, Khamklieng K, Pattana-amorn S. The development of game addiction screening test (GAST). *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2014;59:3-14.
32. Tangney JP, Baumeister RF, Boone AL. High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality* 2004;72:271-324.
33. Wang JL, Yin XQ, Wang HZ, King DL, Rost DH. The longitudinal associations between internet addiction and ADHD symptoms among adolescents. *J Behav Addict* 2024;13:191-204.
34. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull* 1997;121:65-94.
35. Niu X, Li J-y, King D, Rost D, Wang H-Z, Wang J-L. The relationship between parenting styles and adolescent problematic Internet use: A three-level meta-analysis. *Journal of Behavioral Addictions* 2023;12:652-69.
36. P V S, Srivastava A. Impact of parenting style and self-control on internet gaming disorder among adolescents. *International Journal of Health Sciences* 2022:10733-41.
37. Chen I-H, Lee Z-H, Dong X-Y, Gamble JH, Feng H-W. The Influence of Parenting Style and Time Management Tendency on Internet Gaming Disorder among Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020;17:9120.
38. Koning IM, van den Eijnden RJJM, Verdurmen JEE, Engels RCME. Explaining the relationship between ADHD and gaming addiction: The role of self-control and parental monitoring. *Journal of Behavioral Addictions* 2018;7:120-8.
39. Chou WJ, Liu TL, Yang P, Yen CF, Hu HF. Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and internet addiction in children and adolescents. *Journal of Behavioral Addictions* 2015;4:165-73.
40. Bandura A. Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 1991;50:248-87.
41. Yen CF, Yang P, Ko YC, Chou WJ. The effects of self-esteem and social support on internet addiction in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Adolescence* 2014;37:1271-80.
42. Orth U, Robins RW. The development of self-esteem. *Current directions in psychological science* 2014;23:381-7.
43. Chen IH, Lee ZH, Dong XY, Gamble JH, Feng HW. The Influence of Parenting Style and Time Management Tendency on Internet Gaming Disorder among Adolescents. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17.
44. Kolubinski DC, Frings D, Nikčević AV, Lawrence JA, Spada MM. A systematic review and meta-analysis of CBT interventions based on the Fennell model of low self-esteem. *Psychiatry Research* 2018;267:296-305.
45. Thakur PC, Sharma MK, Mohan V, Kommu JVS, Anand N, Marimuthu P. Gaming among female adolescents: profiling and psychopathological characteristics in the Indian context. *Frontiers in Psychiatry* 2023;14:2023.

ปัจจัยด้านคุณภาพการนอนหลับที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช

ชยางกูร ภูมิกำจร*, กมลพร วรรณฤทธิ์*, ปณิต ผู้กฤตยาคามิ*, อุบล หุ่นแก้วชมภู**

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

**งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ การวิจัยนี้มีเพื่อศึกษาความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงาน คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้งสอง ในผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศิริราช

วิธีการศึกษา การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาล จำนวน 170 คน ณ โรงพยาบาลศิริราช เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพการนอนหลับพิตส์เบิร์ก ฉบับภาษาไทย (Thai-PSQI) และแบบประเมินภาวะหมดไฟโคเปนเฮเกน ฉบับภาษาไทย (Thai-CBI) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Pearson's chi-square test, Fisher's exact test และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงทวิ (binary logistic regression analysis)

ผลการศึกษา พบผู้ที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 74.7 และมีภาวะหมดไฟในการทำงาน ร้อยละ 34.7 หรือ 59 จาก 170 คน ในกลุ่มที่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน พบว่าเป็นผู้ที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 86.4 เทียบกับผู้ที่มีคุณภาพการนอนหลับดี ร้อยละ 13.6 โดยคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.010$) การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียวพบว่า กลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานสูงกว่ากลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับดี 2.94 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 2.94, 95\% CI 1.26 - 6.84, p = 0.013$) และเมื่อวิเคราะห์ในแบบจำลองพหุตัวแปรพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน ได้แก่ คุณภาพการนอนโดยรวมที่แย่ลง การถูกรบกวนการนอนหลับที่เพิ่มขึ้น ระยะเวลาการนอนจริงที่ลดลง โรคประจำตัวทางจิตเวช และสถานภาพหย่าร้างหรือคู่สมรสเสียชีวิต

สรุป คุณภาพการนอนหลับ โดยเฉพาะคุณภาพการนอนโดยรวม การถูกรบกวนการนอนหลับ และระยะเวลาการนอนจริง มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน ในผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ และการจัดระบบการทำงานที่เอื้อต่อการพักผ่อนของบุคลากรพยาบาล

คำสำคัญ ภาวะหมดไฟในการทำงาน คุณภาพการนอนหลับ พยาบาล ความเครียดในการทำงาน

Corresponding author: ชยางกูร ภูมิกำจร

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: chayangkoon.poo@gmail.com

วันรับ 17 ธันวาคม 2568 วันแก้ไข 5 กรกฎาคม 2569 วันตอบรับ 14 กรกฎาคม 2569

The Effect of Sleep Quality on Burnout Syndrome among Practical and Registered Nurses at Siriraj Hospital

Chayangkoon Poomkamjorn*, Kamonporn Wannarit*, Panate Pukrittayakamee*, Ubol Hunkaewchompoo**

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

**Medical and Psychiatric Nursing Division, Department of Nursing Siriraj Hospital

ABSTRACT

Objective: This study aimed to determine the prevalence of occupational burnout and poor sleep quality, and to examine the association between these two factors among practical nurses and registered nurses working at Siriraj Hospital.

Methods: This was a descriptive cross-sectional study. The sample consisted of 170 practical nurses and registered nurses at Siriraj Hospital. Data were collected using a demographic questionnaire, the Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (Thai-PSQI), and the Thai version of the Copenhagen Burnout Inventory (Thai-CBI). Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's chi-square test, Fisher's exact test, and binary logistic regression analysis.

Results: Poor sleep quality was found in 74.7% of participants, and occupational burnout was found in 34.7% or 59 of 170 participants. Among those with occupational burnout, 86.4% had poor sleep quality, compared with 13.6% who had good sleep quality. Sleep quality was significantly associated with occupational burnout ($p = 0.010$). Univariable logistic regression analysis showed that participants with poor sleep quality had 2.94 times higher odds of occupational burnout than those with good sleep quality ($OR = 2.94$, 95% CI 1.26 – 6.84, $p = 0.013$). In the multivariable model, factors associated with occupational burnout included poorer subjective sleep quality, greater sleep disturbance, shorter actual sleep duration, psychiatric comorbidity, and divorced or widowed marital status.

Conclusion: Sleep quality, particularly subjective sleep quality, sleep disturbance, and actual sleep duration, was associated with occupational burnout among practical nurses and registered nurses at Siriraj Hospital. These findings highlight the importance of promoting sleep quality and designing work systems that support adequate recovery among nursing personnel.

Keywords: occupational burnout, sleep quality, nurses, occupational stress

บทนำ

ภาวะหมดไฟ (burnout) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์เรื้อรังต่องานที่ทำ องค์การอนามัยโลกได้บรรจุภาวะหมดไฟในการทำงานไว้ในแนวทางการวินิจฉัยโรค ฉบับที่ 11 (ICD-11) โดยมีอาการหลัก 3 ด้าน คือ ความรู้สึกว่างเปล่าลดลง หรือเกิดความเหนื่อยล้า การคิดลบหรือเย็นชา (cynicism) ต่อการทำงาน และประสิทธิภาพในการทำงานที่ลดลง¹

ภาวะหมดไฟในการทำงานถูกกล่าวถึงเป็นครั้งแรกโดยจิตแพทย์ชื่อ Herbert Freudenberger ซึ่งได้ให้นิยามว่าเป็นภาวะที่เกิดจากความเครียดและความกังวลจากการทำงานที่พบในบุคลากรทางการแพทย์² ต่อมา Maslach และ Jackson ได้อธิบายภาวะหมดไฟในการทำงานเป็น 3 องค์ประกอบ คือ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) การลดความเป็นบุคคล (depersonalization/cynicism) และการลดความสำเร็จส่วนบุคคล (reduced personal accomplishment) และได้พัฒนาแบบประเมิน แบบวัดภาวะหมดไฟของแมสลาซ (Maslach Burnout Inventory; MBI) ซึ่งเป็นแบบประเมินชุดแรกที่นำไปสู่การพัฒนารูปแบบประเมินอื่นๆ ตามมา³

ภาวะหมดไฟในการทำงาน (occupational burnout) พบได้ในทุกอาชีพ โดยการศึกษาในต่างประเทศพบว่ากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นกลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟในการทำงานสูงที่สุดกลุ่มหนึ่ง⁴ โดยภาวะหมดไฟมักพบมากที่สุดในกลุ่มอาชีพบริการที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์ใกล้ชิดและรับผิดชอบดูแลผู้อื่นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพและกลุ่มครู ซึ่งเป็นกลุ่มอาชีพที่มีการศึกษาและรายงานภาวะหมดไฟในการทำงานไว้มากที่สุด⁵ ทั้งนี้ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟอาจแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละกลุ่มประชากร ข้อมูลจากการศึกษาในประเทศไทยสะท้อนให้เห็นว่าภาวะหมดไฟในการทำงานในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล มีความชุกอยู่ในระดับที่น่ากังวล การศึกษาหลายฉบับในโรงพยาบาลตติยภูมิและโรงพยาบาลเอกชนพบความชุกของภาวะหมดไฟขึ้นกับบริบทของหน่วยงาน ลักษณะงาน และเครื่องมือที่ใช้ประเมิน ตัวอย่างเช่น การศึกษาในผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครพบความชุกของภาวะหมดไฟ ร้อยละ 35.3⁶ ขณะที่การศึกษาในพยาบาลหอผู้ป่วยหนัก พบความชุกสูงถึงร้อยละ 62.6⁷ เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลจากการวิเคราะห์ห่อภีมานระดับนานาชาติซึ่งรายงานความชุกเฉลี่ยของภาวะหมดไฟในพยาบาลทั่วโลกเพียง

ร้อยละ 11.23⁸ จะเห็นได้ว่าบุคลากรพยาบาลในประเทศไทยอาจเผชิญปัญหานี้ในระดับที่รุนแรงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ภาวะหมดไฟในการทำงานส่งผลกระทบต่อทั้งระดับบุคคลและระดับองค์กร จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะหมดไฟในการทำงานกับความผิดพลาดในการผ่าตัด พบว่าคะแนนด้านการลดความเป็นบุคคลที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน สัมพันธ์กับความผิดพลาดในการผ่าตัดที่เพิ่มขึ้น และคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ที่เพิ่มขึ้นก็สัมพันธ์กับความผิดพลาดในการผ่าตัดเช่นกัน⁹ อีกทั้งยังเพิ่มความคิดที่จะลาออก ซึ่งส่งผลต่อค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการจัดหาบุคลากรทดแทน คุณภาพการบริการ และประสิทธิภาพที่ผู้ป่วยได้รับ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่พบความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างภาวะหมดไฟในการทำงานกับคุณภาพชีวิตของพยาบาลโดยความอ่อนล้าทางอารมณ์สัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตในทุกด้าน และการลดทอนความเป็นบุคคลสัมพันธ์เชิงลบกับสุขภาพกาย สุขภาพใจ และความสัมพันธ์ทางสังคม¹⁰

สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรพยาบาล งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าภาวะดังกล่าวเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งปัจจัยด้านงานและองค์กร เช่น ภาระงานสูง ความเครียดจากงาน การสนับสนุนจากหัวหน้างาน และองค์กรไม่เพียงพอ อัตรากำลังไม่เพียงพอ ความไม่สมดุลระหว่างงานกับชีวิต การทำงานเป็นกะหรือเวร และชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน ซึ่งสะท้อนว่าปัจจัยเชิงจิตสังคมและสภาพแวดล้อมการทำงานมีบทบาทสำคัญต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เลือกเน้นปัจจัยด้านคุณภาพการนอนหลับ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ (modifiable factor) และมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟอย่างมีนัยสำคัญ โดยการเพิ่มชั่วโมงการทำงาน การถูกรบกวนการนอน การอดนอน หรือการรบกวนวงจรการนอน (circadian alteration) อาจเพิ่มความเครียดทั้งทางสรีรวิทยาและจิตใจ ลดความสามารถในการคิดวิเคราะห์ การควบคุมอารมณ์และสมาธิ เพิ่มความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุในที่ทำงาน และทำให้งานที่ต้องใช้ความคิดซับซ้อนดำเนินไปช้าลง¹¹ นอกจากนี้ การวิเคราะห์ห่อภีมานในพยาบาลต่างประเทศยังพบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะหมดไฟในการทำงานกับปัญหาการนอน¹² อีกทั้งภาวะหมดไฟอาจบรรเทาได้ด้วยวิธีการปรับสภาพแวดล้อมและรูปแบบการทำงาน เช่น การจัดตารางเวรให้เป็นกลางวันหรือกลางคืนอย่างต่อเนื่องแทนการสลับเวรไปมา ซึ่งอาจช่วยลดการรบกวนการนอนและลดภาวะหมดไฟในการ

ทำงานได้¹³ ดังนั้น คุณภาพการนอนหลับจึงเป็นปัจจัยที่เหมาะสมต่อการรักษาในบริบทของผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาล เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับลักษณะงานพยาบาล และสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนมาตรการป้องกันและลดภาวะหมดไฟในการทำงานได้อย่างเป็นรูปธรรม

อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่มุ่งเน้นความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับกับภาวะหมดไฟในการทำงานในกลุ่มผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีภาระงานสูงและระบบเวรเข้มขันยังมีอยู่อย่างจำกัด การวิจัยนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านการนอนหลับกับภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช เพื่อให้ทราบรายละเอียดของปัจจัยที่สัมพันธ์กัน และนำข้อมูลที่ได้มาร่วมวางแผนหาแนวทางแก้ไขและป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) โดยการศึกษาได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA: 809/2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสังกัดโรงพยาบาลศิริราช
2. การเลือกตัวอย่าง ใช้การเลือกตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น (non-probability sampling) ด้วยวิธีอาสาสมัครเข้าร่วมโดยสมัครใจผ่านแบบสอบถามออนไลน์โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ช่วยพยาบาลหรือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศิริราช 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 3) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและให้ความยินยอมก่อนตอบแบบสอบถาม และเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยต่อหรือยุติการตอบแบบสอบถามก่อนครบถ้วน
3. การคำนวณขนาดตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ

ฉบับเดียวกัน (PSQI) โดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกลุ่มเดียว (single population proportion estimation) ตามสูตรของ Daniel¹⁴ ($n = Z^2 p(1 - p) / d^2$) โดยอ้างอิงสัดส่วนของพยาบาลที่มีคุณภาพการนอนไม่ดีจากการศึกษาของ Junsatitanon และคณะ ที่พบร้อยละ 61¹⁵ กำหนดระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ คำนวณได้ขนาดตัวอย่าง 149 ราย เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มนอนหลับดีและไม่ดี กลุ่มละ 58 คน และเพื่อชดเชยการขาดหายของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการปฏิเสธและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 15 คิดเป็น 170 ราย

เครื่องมือวิจัย

งานวิจัยนี้มีตัวแปรต้น คือ คุณภาพการนอนหลับ (ประเมินด้วยแบบวัด PSQI) และตัวแปรตาม คือ ภาวะหมดไฟในการทำงาน (ประเมินด้วยแบบวัด CBI) เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลและข้อมูล

การทำงาน ประกอบด้วย อายุ สถานภาพ โรคประจำตัวทางจิตเวช ระยะเวลาที่เริ่มต้นปฏิบัติงานด้านการพยาบาล ระยะเวลาที่ทำงานในโรงพยาบาลศิริราช หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน จำนวนเวลาที่ปฏิบัติงานเฉลี่ยใน 1 เดือน จำนวนเวลาที่ปฏิบัติงานติดต่อกันโดยไม่มีวันหยุด และความเพียงพอของรายได้

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของ

พิตส์เบิร์ก ฉบับภาษาไทย (Pittsburgh Sleep Quality Index; PSQI) ของ Buysse และคณะ¹⁶ ฉบับแปลโดย วัฒนชัย โชตินัยวัตรกุล และคณะ¹⁷ มีค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.837 และค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ภายในชั้น 0.89 ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) คุณภาพการนอนโดยรวม (2) ระยะเวลาในการเข้านอนจนหลับ (3) ระยะเวลาการนอนจริง (4) ประสิทธิภาพการนอนหลับ (5) การถูกรบกวนการนอนหลับ (6) การง่วงนอนหลับ และ (7) ผลกระทบในเวลากลางวัน แต่ละองค์ประกอบให้คะแนน 0 – 3 คะแนน (0 = ไม่มีปัญหา ถึง 3 = มีปัญหามากที่สุด) จากนั้นนำคะแนนทุกองค์ประกอบมารวมเป็นคะแนนรวม (global score) โดยคะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนน จัดเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี (poor sleep) และคะแนนรวมไม่เกิน 5 คะแนน จัดเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับดี (good sleep)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน ฉบับภาษาไทย (Copenhagen Burnout Inventory; CBI) ของ Kristensen และคณะ¹⁸ ฉบับแปลโดย ยุพิน อังสุโรจน์ และคณะ¹⁹ มีค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.9 และค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ภายในชั้น 0.86 ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความเหนื่อยล้าส่วนบุคคล 6 ข้อ, ความเหนื่อยล้าในงาน 7 ข้อ และความเหนื่อยล้าจากผู้ให้บริการหรือสถานการณ์ 6 ข้อ แต่ละข้อให้คะแนน 0 – 4 (0 = ไม่เคย/น้อยมาก ถึง 4 = มาก/ตลอดเวลา) แล้วแปลงเป็นคะแนนมาตรฐาน 0 – 100 คะแนนต่อองค์ประกอบ ผู้ที่มีคะแนนรวมอยู่ในระดับ moderate-severe burnout จัดเป็นกลุ่มที่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลในรูปแบบแบบสอบถามออนไลน์ผ่านระบบ Google Form ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 โดยติดประกาศโปสเตอร์พร้อมรหัสคิวอาร์ ก่อนเข้าถึงคำถามจะมีการขอความยินยอม และมีตัวเลือกระหว่างยินยอมและไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลทั้งหมดถูกบันทึกและวิเคราะห์โดยไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ STATA V.18 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา คือ ข้อมูลเชิงกลุ่ม (categorical data) เช่น ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการทำงาน และคุณภาพการนอน นำเสนอเป็นจำนวนและร้อยละ

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบสัดส่วนของตัวแปรเชิงกลุ่มระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน ใช้สถิติ Pearson's chi-square test เป็นหลัก และใช้ Fisher's exact test ในกรณีที่จำนวนเซลล์ที่มีค่าคาดหวัง (expected count) น้อยกว่า 5 มีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 20 ของเซลล์ทั้งหมด

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานใช้แบบจำลองการถดถอยโลจิสติกเชิงทวิ (binary logistic regression model) ทั้งแบบตัวแปรเดียวและพหุตัวแปร เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะหมดไฟในการทำงานหลังควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น รายงานผลเป็นค่า Odds Ratio (OR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI)

ผลการศึกษา

งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 170 คน พบผู้ที่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 34.7 และไม่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 65.3 จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุไม่เกิน 30 ปี (ร้อยละ 84.7) สถานภาพโสด (ร้อยละ 89.4) ไม่มีโรคทางจิตเวช (ร้อยละ 93.5) เริ่มต้นปฏิบัติงานด้านการพยาบาลไม่เกิน 5 ปี (ร้อยละ 80.6) ปฏิบัติงานในหน่วยผู้ป่วยใน (ร้อยละ 64.1) มีจำนวนเวรเฉลี่ย 21 – 24 เวรต่อเดือน (ร้อยละ 59.4) ปฏิบัติงานติดต่อกันตั้งแต่ 6 เวรขึ้นไป (ร้อยละ 54.1) และส่วนใหญ่ระบุว่ารายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 71.8) เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลและข้อมูลการทำงานระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน พบว่ามี 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จำนวนเวลาที่ปฏิบัติงานติดต่อกันโดยไม่มีวันหยุด ($p = 0.035$) โดยกลุ่มที่มีภาวะหมดไฟมีสัดส่วนของผู้ที่ปฏิบัติงานติดต่อกันตั้งแต่ 6 เวรขึ้นไปสูงกว่า (ร้อยละ 65.52 เทียบกับ ร้อยละ 47.75) และความเพียงพอของรายได้ ($p = 0.007$) โดยกลุ่มที่มีภาวะหมดไฟส่วนใหญ่ระบุว่ารายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 84.75 เทียบกับ ร้อยละ 64.86) ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 2 ที่เปรียบเทียบปัจจัยคุณภาพการนอนหลับกับภาวะหมดไฟในการทำงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี (poor sleep) ร้อยละ 74.7 โดยกลุ่มที่นอนหลับไม่ดีมีภาวะหมดไฟในการทำงาน ร้อยละ 40.2 (51 จาก 127 คน) ขณะที่กลุ่มนอนหลับดีมีภาวะหมดไฟในการทำงาน ร้อยละ 18.6 (8 จาก 43 คน) ซึ่งคุณภาพการนอนจากคะแนนรวม (global score) มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.010$) นอกจากนี้ องค์ประกอบของคุณภาพการนอนที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ คุณภาพการนอนโดยรวม ($p < 0.001$) การถูกรบกวนระหว่างหลับ ($p = 0.005$) และผลกระทบในเวลากลางวัน ($p = 0.004$) ส่วนระยะเวลาในการเข้านอนจนหลับ ระยะเวลาการนอนจริง ประสิทธิภาพการนอนหลับ และการใช้ยาช่วยนอนหลับ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงทวิ (binary logistic regression model) แสดงให้เห็นว่าเมื่อพิจารณาเฉพาะคะแนนรวมคุณภาพการนอนหลับ กลุ่มที่มี

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปและข้อมูลการทำงานของผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช จำแนกตามภาวะหมดไฟในการทำงาน

ปัจจัยส่วนบุคคลและข้อมูลการทำงาน	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด n (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะหมดไฟ n (ร้อยละ)	มีภาวะหมดไฟ n (ร้อยละ)	χ^2	p-value
อายุ				3.253	0.242 ^b
≤30 ปี	144 (84.71)	90 (81.08)	54 (91.53)		
31 – 45 ปี	15 (8.82)	12 (10.81)	3 (5.08)		
≥45 ปี	11 (6.47)	9 (8.11)	2 (3.39)		
สถานภาพ				2.151	0.356 ^b
โสด	152 (89.41)	97 (87.39)	55 (93.22)		
สมรส	16 (9.41)	13 (11.71)	3 (5.08)		
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	2 (1.18)	1 (0.90)	1 (1.69)		
โรคทางจิตเวช				4.344	0.050 ^b
ไม่มี	159 (93.53)	107 (96.40)	52 (88.14)		
มี	11 (6.47)	4 (3.60)	7 (11.86)		
ระยะเวลาที่เริ่มต้นปฏิบัติงานด้านการพยาบาล				2.356	0.535 ^b
≤5 ปี	137 (80.59)	87 (78.38)	50 (84.75)		
6 – 10 ปี	11 (6.47)	7 (6.31)	4 (6.78)		
11 – 20 ปี	9 (5.29)	6 (5.41)	3 (5.08)		
21 – 30 ปี	13 (7.65)	11 (9.91)	2 (3.39)		
ระยะเวลาที่ทำงานในโรงพยาบาลศิริราช				2.296	0.537 ^b
≤5 ปี	139 (81.76)	89 (80.18)	50 (84.75)		
6 – 10 ปี	9 (5.29)	5 (4.50)	4 (6.78)		
11 – 20 ปี	10 (5.88)	7 (6.31)	3 (5.08)		
21 – 30 ปี	12 (7.06)	10 (9.01)	2 (3.39)		
หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน				4.888	0.282 ^b
ผู้ป่วยใน	109 (64.12)	65 (58.56)	44 (74.58)		
ผู้ป่วยนอก	46 (27.06)	34 (30.63)	12 (20.34)		
ห้องผ่าตัด	13 (7.65)	10 (9.01)	3 (5.08)		
แพทย์เวรและอื่นๆ	2 (1.18)	2 (1.80)	0 (0.00)		
จำนวนเวรที่ปฏิบัติงานเฉลี่ยใน 1 เดือน				1.600	0.630 ^b
≤20 เวร	31 (18.24)	22 (19.82)	9 (15.52)		
21 – 24 เวร	101 (59.41)	68 (60.36)	33 (56.90)		
25 – 28 เวร	25 (14.71)	14 (12.61)	11 (18.97)		
≥29 เวร	13 (7.65)	8 (7.21)	5 (8.62)		
จำนวนเวรที่ปฏิบัติงานติดต่อกันโดยไม่มีวันหยุด				4.840	0.035 ^{b*}
≤5 เวร	78 (45.88)	59 (52.25)	20 (34.48)		
≥6 เวร	92 (54.12)	53 (47.75)	38 (65.52)		
ความเพียงพอของรายได้				7.514	0.007 ^{b**}
ไม่เพียงพอ	122 (71.76)	72 (64.86)	50 (84.75)		
เพียงพอ	48 (28.24)	39 (35.14)	9 (15.25)		

^a = Pearson's chi-square test, ^b = Fisher's exact test; ค่าสถิติทดสอบแสดงเป็นค่า Pearson's chi-square (χ^2)

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

ตารางที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบปัจจัยคุณภาพการนอนหลับกับภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช

ปัจจัยคุณภาพการนอน	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด n (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะหมดไฟ n (ร้อยละ)	มีภาวะหมดไฟ n (ร้อยละ)	χ^2	p-value
คุณภาพการนอนโดยรวม				18.085	<0.001 ^{b***}
ดีมาก	3 (1.76)	3 (2.70)	0 (0.00)		
ค่อนข้างดี	85 (50.00)	67 (60.36)	18 (30.51)		
ค่อนข้างแย่	78 (45.88)	40 (36.04)	38 (64.41)		
แย่มาก	4 (2.35)	1 (0.90)	3 (5.08)		
ระยะเวลาในการเข้านอนจนหลับ (คะแนน)				3.381	0.340 ^b
0	14 (8.24)	12 (10.81)	2 (3.39)		
≥1 – ≤2	68 (40.00)	44 (39.64)	24 (40.68)		
≥3 – ≤4	65 (38.24)	42 (37.84)	23 (38.98)		
≥5 – ≤6	23 (13.53)	13 (11.71)	10 (16.95)		
ระยะเวลาการนอนจริง (ชั่วโมง)				3.758	0.293 ^b
≥7	37 (21.76)	25 (22.52)	12 (20.34)		
<7 – ≥6	46 (27.06)	30 (27.03)	16 (27.12)		
<6 – ≥5	51 (30.00)	37 (33.33)	14 (23.73)		
<5	36 (21.18)	19 (17.12)	17 (28.81)		
ประสิทธิภาพการนอนหลับ (ร้อยละ)				5.968	0.127 ^b
≥85	79 (46.47)	53 (47.75)	26 (44.07)		
<85 – ≥75	46 (27.06)	31 (27.93)	15 (25.42)		
<75 – ≥65	19 (11.18)	15 (13.51)	4 (6.78)		
<65	26 (15.29)	12 (10.81)	14 (23.73)		
การถูกรบกวนระหว่างหลับ (คะแนน)				11.820	0.005 ^{b**}
0	6 (3.53)	6 (5.41)	0 (0.00)		
≥1 – ≤9	123 (72.35)	86 (77.48)	37 (62.71)		
>9 – ≤18	40 (23.53)	19 (17.12)	21 (35.59)		
>18	1 (0.59)	0 (0.00)	1 (1.69)		
การใช้ยาช่วยนอนหลับ				6.562	0.068 ^b
ไม่เคยเลย	143 (84.12)	99 (89.19)	44 (74.58)		
น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	14 (8.24)	7 (6.31)	7 (11.86)		
1 หรือ 2 ครั้ง/สัปดาห์	8 (4.71)	3 (2.70)	5 (8.47)		
≥3 ครั้ง/สัปดาห์	5 (2.94)	2 (1.80)	3 (5.08)		
ผลกระทบในเวลากลางวัน (คะแนน)				13.173	0.004 ^{b**}
0	25 (14.79)	20 (18.18)	5 (8.47)		
≥1 – ≤2	99 (58.58)	69 (62.73)	30 (50.85)		
≥3 – ≤4	42 (24.85)	21 (19.09)	21 (35.59)		
≥5 – ≤6	3 (1.78)	0 (0.00)	3 (5.08)		
คุณภาพการนอน (global score)				6.585	0.010 ^{b*}
good sleep	43 (25.29)	35 (31.53)	8 (13.56)		
poor sleep	127 (74.71)	76 (68.47)	51 (86.44)		

^a = Pearson's chi-square test, ^b = Fisher's exact test; ค่าสถิติทดสอบแสดงเป็นค่า Pearson's chi-square (χ^2)

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานด้วยการถดถอยโลจิสติกเชิงทวิ

ตัวแปร	Model 1		Model 2		Model 3	
	OR (95% CI)	p-value	OR (95% CI)	p-value	OR (95% CI)	p-value
อายุ (อ้างอิง: ≤30 ปี)						
31 – 45 ปี	–	–	0.37 (0.06 – 2.14)	0.265	0.39 (0.06 – 2.79)	0.352
≥45 ปี	–	–	0.42 (0.06 – 2.82)	0.372	0.42 (0.04 – 4.11)	0.456
สถานภาพสมรส (อ้างอิง: โสด)						
สมรส	–	–	1.68 (0.28 – 9.93)	0.567	1.24 (0.18 – 8.70)	0.827
หย่าร้าง/คู่สมรสเสียชีวิต	–	–	13.07 (0.47 – 362.89)	0.130	36.64 (1.03 – 130.52)	0.048*
โรคประจำตัวทางจิตเวช (อ้างอิง: ไม่มี)						
มี	–	–	7.64 (1.53 – 38.22)	0.013**	8.02 (1.03 – 62.46)	0.047*
หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน (อ้างอิง: ผู้ป่วยใน)						
อื่นๆ (ผู้ป่วยนอก/ห้องผ่าตัด)	–	–	0.50 (0.21 – 1.21)	0.124	0.53 (0.20 – 1.42)	0.205
จำนวนเวรเฉลี่ยใน 1 เดือน (อ้างอิง: ≤20 เวร)						
21 – 24 เวร	–	–	0.96 (0.35 – 2.60)	0.933	0.78 (0.26 – 2.40)	0.668
25 – 28 เวร	–	–	0.87 (0.23 – 3.25)	0.835	0.58 (0.13 – 2.53)	0.469
≥29 เวร	–	–	0.97 (0.21 – 4.48)	0.972	0.67 (0.12 – 3.76)	0.647
เวรติดต่อกันโดยไม่มีวันหยุด (อ้างอิง: ≤5 เวร)						
≥6 เวร	–	–	1.67 (0.75 – 3.69)	0.209	1.79 (0.74 – 4.34)	0.200
ความเพียงพอของรายได้ (อ้างอิง: ไม่เพียงพอ)						
เพียงพอ	–	–	0.41 (0.17 – 1.01)	0.053	0.47 (0.17 – 1.28)	0.140
Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)						
คุณภาพการนอนโดยรวม	–	–	–	–	3.49 (1.41 – 8.62)	0.007**
ประสิทธิภาพการนอนหลับ	–	–	–	–	1.31 (0.83 – 2.08)	0.244
ระยะเวลาการนอนจริง	–	–	–	–	0.58 (0.34 – 0.99)	0.047*
ระยะเวลาในการเข้านอนจนหลับ	–	–	–	–	0.71 (0.41 – 1.24)	0.230
การถูกรบกวนการนอนหลับ	–	–	–	–	2.42 (1.02 – 5.74)	0.045*
การใช้ยาช่วยนอนหลับ	–	–	–	–	1.18 (0.59 – 2.34)	0.637
ผลกระทบในเวลากลางวัน	–	–	–	–	1.76 (0.92 – 3.39)	0.089
Global PSQI score (อ้างอิง: good sleep)						
poor sleep quality	2.94 (1.26 – 6.84)	0.013*	1.95 (0.72 – 5.26)	0.186	–	–
Number of obs	170		170		170	
LR chi2	7.08		24.87		47.49	
Prob > chi2	0.0078		0.0154		0.0002	
Pseudo R ²	0.0323		0.1144		0.2193	
AIC	216.42		218.51		207.04	

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

คุณภาพการนอนหลับไม่มีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน สูงกว่ากลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 2.94$, 95% CI 1.26 – 6.84, $p = 0.013$) อย่างไรก็ตาม เมื่อปรับร่วมกับปัจจัยส่วนบุคคลและข้อมูลการทำงาน ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่คงนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 1.95$, 95% CI 0.72 – 5.26, $p = 0.186$) สะท้อนว่าความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับ โดยรวมกับภาวะหมดไฟอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยร่วมอื่น เมื่อพิจารณาแบบจำลองที่ 3 ซึ่งรวมปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลการทำงาน และองค์ประกอบรายด้านของ PSQI พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับ ภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ สถานภาพ หย่าร้างหรือคู่สมรสเสียชีวิต ($OR = 36.64$, 95% CI 1.03 – 130.52, $p = 0.048$) โรคประจำตัวทางจิตเวช ($OR = 8.02$, 95% CI 1.03 – 62.46, $p = 0.047$) คุณภาพการนอนโดยรวมที่แย่ลง ($OR = 3.49$, 95% CI 1.41 – 8.62, $p = 0.007$) และการถูกรบกวนการนอนหลับ ที่เพิ่มขึ้น ($OR = 2.42$, 95% CI 1.02 – 5.74, $p = 0.045$) ขณะที่ ระยะเวลาการนอนจริงมีความสัมพันธ์ในทิศทางผกผันกับ ภาวะหมดไฟในการทำงาน ($OR = 0.58$, 95% CI 0.34 – 0.99, $p = 0.047$) กล่าวคือ เมื่อระยะเวลาการนอนจริงเพิ่มขึ้น โอกาสเกิด ภาวะหมดไฟมีแนวโน้มลดลง ทั้งนี้ แบบจำลองสุดท้าย มีค่า Pseudo $R^2 = 0.2193$, AIC = 207.04 และ Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit test $p = 0.275$ จึงสนับสนุนว่าแบบจำลอง ดังกล่าวมีความเหมาะสมต่อข้อมูลในการศึกษานี้

วิจารณ์

ผลการศึกษาที่สะท้อนให้เห็นว่าผู้ช่วยพยาบาลและ พยาบาลโรงพยาบาลศิริราช มีความสุขของคุณภาพการนอนหลับ ไม่ดีในระดับสูง และพบภาวะหมดไฟในการทำงานประมาณ หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง คุณภาพการนอนหลับกับภาวะหมดไฟในการทำงาน พบว่า ในการวิเคราะห์ถดถอยแบบโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว คุณภาพ การนอนหลับไม่ดีมีความสัมพันธ์กับโอกาสเกิดภาวะหมดไฟ ในการทำงานที่สูงขึ้น อย่างไรก็ตาม เมื่อควบคุมปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการทำงาน ความสัมพันธ์ของคุณภาพการนอนหลับ โดยรวมแบบ Good sleep/Poor sleep ไม่คงนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่การวิเคราะห์รายองค์ประกอบของคุณภาพการนอนหลับ พบว่า คุณภาพการนอนโดยรวม การถูกรบกวนการนอนหลับ และระยะเวลาการนอนจริงยังคงสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟ ในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้โรคประจำตัวทางจิตเวช

และสถานภาพสมรสบางกลุ่มยังเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับ ภาวะหมดไฟ ผลการศึกษาจึงชี้ให้เห็นว่าภาวะหมดไฟในการทำงาน ของบุคลากรพยาบาลอาจเกี่ยวข้องกับทั้งมิติของการนอนหลับ สุขภาพจิต และบริบทส่วนบุคคลร่วมกัน มากกว่าการอธิบายด้วย คุณภาพการนอนหลับโดยรวมเพียงปัจจัยเดียว

จากการศึกษาพบความทุกข์ของภาวะนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 74.7 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาของ ชลธิชา แยมมา²⁰ ในโรงพยาบาล ตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบภาวะนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 93.3 และการศึกษาของ จิราภรณ์ ทับแสงสี²¹ ที่ศึกษา ในพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนัก พบภาวะนอนหลับ ไม่ดี ร้อยละ 81.9 แต่มากกว่าการศึกษาของ ฉันทนา แร่งสิงห์²² ที่ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลตติยภูมิ อีกแห่งหนึ่ง พบความทุกข์ของภาวะนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 65.1 โดยรวมจะเห็นว่าการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาล จะพบว่า พยาบาลที่ทำงานในหอผู้ป่วยในพบภาวะนอนหลับไม่ดี สูงกว่าพยาบาลที่ทำงานในผู้ป่วยนอก สอดคล้องกับการศึกษาของ Tarhan M²³ ที่ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพในโรงเรียนแพทย์ ต่างประเทศ พบความทุกข์ของภาวะนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 61.9 โดยกลุ่มที่ต้องทำงานกะกลางคืน มีระดับความวิตกกังวลสูง ส่งผลกระทบเชิงลบต่อคุณภาพการนอน ความแตกต่างนี้อาจ อธิบายได้จากบริบทของโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาล ตติยภูมิที่มีความซับซ้อนของผู้ป่วยสูง ภาระงานมาก และต้องอาศัย ระบบเวรอย่างเข้มข้น ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ ไม่เกิน 30 ปี และมีอายุงานไม่เกิน 5 ปี จึงอาจยังอยู่ในช่วงปรับตัว อีกทั้งมากกว่าครึ่งหนึ่งปฏิบัติงานติดต่อกันตั้งแต่ 6 เวรขึ้นไป ซึ่งลดโอกาสในการฟื้นตัวจากความเหนื่อยล้าสะสม

สำหรับภาวะหมดไฟในการทำงาน ผลการศึกษานี้ พบความทุกข์ ร้อยละ 34.7 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กฤตติณฐ์ นวพงษ์วิวัฒน์⁶ ที่ศึกษาในผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน พบความทุกข์ ร้อยละ 35.3 และการศึกษาของ ศิวัช อารังวิตร²⁴ ที่ศึกษาในพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิพบความทุกข์ ร้อยละ 35.4 ขณะที่ในการศึกษาของ จัตุรัชย์ เล่าห์ภากรณ์⁷ ที่ศึกษา ในพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักพบความทุกข์ถึงร้อยละ 62.6 ความแตกต่างที่เกิดขึ้นนี้อาจเกิดจากหลายปัจจัยรวมถึง เครื่องมือที่ใช้ประเมินที่แตกต่างกัน ลักษณะประชากรที่ศึกษา เป็นต้น อย่างไรก็ตาม เมื่อมองภาพรวมในระดับนานาชาติ ตามการศึกษาของ Woo et al⁸ ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) พบความทุกข์ของภาวะหมดไฟในการทำงานในพยาบาล

ทั่วโลก 45,000 คน อยู่ที่ร้อยละ 11.23 ความแตกต่างของความชุกระหว่างการศึกษานในประเทศและต่างประเทศ อาจเกิดจากความแตกต่างของเครื่องมือและเกณฑ์ที่ใช้ประเมิน ลักษณะประชากร ระบบการจัดเวร และบริบทเชิงองค์กร ดังที่ Amiri และคณะชี้ว่าความไม่สมดุลระหว่างความพยายามกับผลตอบแทนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของภาวะหมดไฟในบุคลากรสุขภาพ²⁵

ในส่วนของปัจจัยด้านคุณภาพการนอนหลับที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช จากการวิเคราะห์ถดถอยแบบโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว พบว่ากลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานสูงกว่ากลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับดี 2.94 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Membrive-Jiménez พบว่าปัญหาการนอนกับภาวะหมดไฟในการทำงานในกลุ่มพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง โดยมีค่าสหสัมพันธ์รวมเท่ากับ 0.39¹² อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์ถดถอยแบบโลจิสติกพหุตัวแปร โดยควบคุมปัจจัยส่วนบุคคลและข้อมูลการทำงานในแบบจำลองที่ 2 พบว่าคุณภาพการนอนหลับโดยรวมแบบ Good sleep/Poor sleep ไม่คงความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่าความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนกับภาวะหมดไฟอาจไม่ได้เป็นความสัมพันธ์โดยตรงเพียงลำพัง แต่อาจมีปัจจัยร่วมอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น สุขภาพจิต รายได้ ภาระงาน และลักษณะตารางเวร สอดคล้องกับ Armon และคณะ ที่พบว่าภาวะหมดไฟในการทำงานและการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์แบบสองทิศทาง²⁶ และ Mao และคณะ ที่พบว่าความเครียดจากงานสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ลดลง²⁷

เมื่อพิจารณาแบบจำลองที่ 3 ซึ่งนำองค์ประกอบรายด้านของคุณภาพการนอนหลับเข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอยแบบโลจิสติก พบว่าปัจจัยด้านการนอนที่ยังคงมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ คุณภาพการนอนโดยรวม การถูกรบกวนการนอนหลับ และระยะเวลาการนอนจริง โดยคุณภาพการนอนโดยรวมที่แย่ลงและการถูกรบกวนการนอนหลับที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับโอกาสเกิดภาวะหมดไฟที่สูงขึ้น ขณะที่ระยะเวลาการนอนจริงมีความสัมพันธ์ในทิศทางผกผัน กล่าวคือ เมื่อระยะเวลาการนอนจริงเพิ่มขึ้น โอกาสเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานมีแนวโน้มลดลง ข้อค้นพบนี้ชี้ว่าการพิจารณาเพียงคะแนนรวม Good sleep/Poor sleep อาจไม่เพียงพอ แต่ควรพิจารณาองค์ประกอบเฉพาะของการนอนร่วมด้วย โดยเฉพาะมิติที่สะท้อนคุณภาพ ความต่อเนื่อง และการรบกวนระหว่างนอน¹²

การที่คุณภาพการนอนโดยรวมและการถูกรบกวนการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน อาจอธิบายได้ว่า การนอนที่ไม่มีคุณภาพหรือนอนหลับไม่ต่อเนื่องทำให้ร่างกายและจิตใจไม่สามารถฟื้นตัวจากภาระงานได้อย่างเพียงพอ เมื่อกลับเข้าสู่บริบทการทำงาน บุคลากรจึงมีแนวโน้มเกิดความเหนื่อยล้า สมาธิลดลง หงุดหงิดง่าย และมีทรัพยากรทางอารมณ์ไม่เพียงพอในการรับมือกับงาน สอดคล้องกับแนวคิดของ Maslach และ Leiter ที่อธิบายว่าภาวะหมดไฟเป็นผลจากความเครียดเรื้อรังจากงานที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม²⁸ และแนวคิดของ Leiter และ Maslach ที่เสนอว่า ความไม่สอดคล้องระหว่างบุคคลกับบริบทงานในด้านภาระงาน การควบคุมผลตอบแทน สังคมที่ทำงาน ความเป็นธรรม และคุณค่าของงาน เป็นบริบทสำคัญของการเกิดภาวะหมดไฟ²⁹

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัวทางจิตเวชมีโอกาสดเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานสูงกว่าผู้ที่ไม่มโรคดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในแบบจำลองที่ 2 และแบบจำลองที่ 3 ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ Chen และ Meier ที่พบว่าภาวะหมดไฟของพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า³⁰ สะท้อนว่าบุคลากรที่มีพื้นฐานความเปราะบางด้านสุขภาพจิตอาจมีความสามารถในการรับมือกับแรงกดดันจากงานลดลง หรือรับรู้ภาระงานและความเครียดจากงานรุนแรงกว่ากลุ่มอื่น และสำหรับสถานภาพสมรส การวิเคราะห์ถดถอยแบบโลจิสติกในแบบจำลองที่ 3 พบว่ากลุ่มหย่าร้างหรือคู่สมรสเสียชีวิต มีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟสูงกว่ากลุ่มโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Cañadas-De la Fuente และคณะ และ Temel และคณะ ที่รายงานว่สถานภาพสมรสอาจสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาล^{31,32}

ในทางกลับกัน การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างภาวะหมดไฟกับอายุ ระยะเวลาปฏิบัติงานด้านการพยาบาล ระยะเวลาที่ทำงานในโรงพยาบาลศิริราช หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน และจำนวนเวรเฉลี่ยต่อเดือน ซึ่งแตกต่างจากบางการศึกษาที่พบว่าพยาบาลอายุน้อยหรือมีประสบการณ์น้อยมีความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟมากกว่า^{33,34} ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้กระจุกตัวอยู่ในกลุ่มอายุไม่เกิน 30 ปี และอายุงานไม่เกิน 5 ปี ทำให้ความแปรปรวนของข้อมูลจำกัด อีกทั้ง Liao และคณะ เสนอว่าความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ทำงานกับภาวะหมดไฟอาจไม่เป็นเส้นตรง³⁵

ในด้านประโยชน์และการนำไปใช้ ผลการวิจัยสามารถให้พัฒนาระบบการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปี สถานภาพโสด อายุงานไม่เกิน 5 ปี และผู้ที่ปฏิบัติงานในหน่วยผู้ป่วยใน รวมทั้งการปรับจำนวนเวรให้เหมาะสม จัดตารางการปฏิบัติเวรให้เป็นเวลา และมีช่วงพักที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนให้ดีขึ้นและลดภาวะหมดไฟในการทำงาน

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ ประการแรกเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (causal relationship) หรือลำดับการเกิดก่อนหลัง (temporal relationship) ได้ ประการที่สอง ข้อมูลทั้งหมดได้จากการรายงานตนเองผ่านแบบสอบถามออนไลน์ จึงอาจเกิดอคติจากการประเมินตนเอง ประการที่สาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบุคลากรอายุน้อย โสด และมีอายุงานไม่เกิน 5 ปี จึงอาจยังไม่เป็นตัวแทนของพยาบาลทุกช่วงวัยหรือทุกลักษณะงาน และประการที่สี่ ตัวแปรบางกลุ่มมีจำนวนน้อย เช่น กลุ่มที่มีโรคประจำตัวทางจิตเวช และกลุ่มหย่าร้าง/คู่สมรสเสียชีวิต ทำให้ค่าประมาณบางตัวมีช่วงความเชื่อมั่นกว้าง

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาต่อไป ควรมีการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (prospective longitudinal study) เพื่ออธิบายทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับกับภาวะหมดไฟในการทำงานให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ควรเพิ่มตัวแปรด้านตารางเวรให้ละเอียดขึ้น เช่น จำนวนเวรตึก เวลาพักระหว่างเวร และพิจารณาเพิ่มตัวแปรด้านสุขภาพจิต ความเครียดจากงาน และความพึงพอใจในงาน รวมถึงศึกษาวิธีการเพิ่มคุณภาพการนอนและลดภาวะหมดไฟในการทำงานภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด ตลอดจนขยายการศึกษาไปยังหลายโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มความเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง

สรุป

ความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศิริราช พบร้อยละ 34.7 ขณะที่ความชุกของคุณภาพการนอนหลับไม่ดีพบสูงถึงร้อยละ 74.7 โดยองค์ประกอบด้านการนอนหลับ โดยเฉพาะคุณภาพการนอน การถูกรบกวนการนอนหลับ และระยะเวลาการนอนจริง มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน ผลการศึกษานี้จึงสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบดูแลคุณภาพชีวิต ส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ และเฝ้าระวังภาวะหมดไฟของผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ ผศ.พญ.กมลพร วรรณฤทธิ์ ที่ให้คำแนะนำและความช่วยเหลือในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย ขอขอบพระคุณ ผศ.นพ.ปเนต ผู้กฤตยาคามี และ คุณอุบล หุ่นแก้วชมภู ที่ช่วยประชาสัมพันธ์หาผู้เข้าร่วมวิจัย และขอขอบพระคุณภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล สำหรับคำแนะนำและการช่วยเหลือจนการศึกษานี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี การศึกษานี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุน

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ไม่มี

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ชยางกูร ภูมิกำจร: การมีส่วนร่วมในการออกแบบเครื่องมือวัด การจัดเก็บ วิเคราะห์ข้อมูล การแปลผล อภิปรายข้อมูล; กมลพร วรรณฤทธิ์: ความคิดริเริ่ม ร่วมเขียนโครงร่างวิจัย ปรับแก้รายงานวิจัย; ปเนต ผู้กฤตยาคามี: ช่วยประชาสัมพันธ์หาผู้เข้าร่วมวิจัย; อุบล หุ่นแก้วชมภู: ช่วยประชาสัมพันธ์หาผู้เข้าร่วมวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Burn-out an «occupational phenomenon»: international classification of diseases [Internet]. Switzerland: World Health Organization; 2019 [cited 2026 Mar 15]. Available from: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>.
2. Freudenberger HJ. Staff burn-out. J Soc Issues 1974; 30(1): 159-65.
3. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav 1981; 2(2): 99-113.
4. Hans D, Sanna N. Mental health: risk groups, trends, services and policies. Ireland: Publications Office of the European Union; 2025.
5. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annu Rev Psychol 2001; 52: 397-422.
6. Navaphongpaveen K, Kullabuth R, Charoensri J, Norasigha P. Prevalence and associated factors of burnout syndrome among nursing assistants at private hospitals in Bangkok. IARJ 2025; 5(5): 357-72.
7. Laopakorn C, Kunakorn P, Wacharasint P. Burnout syndrome among Thai intensivists and nurses in pre-COVID-19 era. Clin Crit Care 2021; 29:e0009.
8. Woo T, Ho R, Tang A, Tam W. Global prevalence of burnout

- symptoms among nurses: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2020; 123: 9-20.
9. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D, Freischlag J. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg* 2010; 251(6): 995-1000.
 10. Khatatbeh H, Pakai A, Dwaikat TA, Onchonga D, Amer F, Prémusz V, et al. Nurses' burnout and quality of life: a systematic review and critical analysis of measures used. *Nurs Open* 2022; 9(3): 1564-74.
 11. Kemper KJ, Mo X, Khayat R. Are mindfulness and self-compassion associated with sleep and resilience in health professionals?. *J Altern Complement Med* 2015; 21(8): 496-503.
 12. Membrive-Jiménez MJ, Gómez-Urquiza JL, Suleiman-Martos N, Velando-Soriano A, Ariza T, De la Fuente-Solana EI, et al. Relation between burnout and sleep problems in nurses: A systematic review with meta-analysis. *Healthcare (Basel)* 2022;10(5): 954.
 13. Demir Zencirci A, Arslan S. Morning-evening type and burnout level as factors influencing sleep quality of shift nurses: a questionnaire study. *Croat Med J* 2011; 52(4): 527-37.
 14. Daniel WW. *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences*. 7th ed. New York: John Wiley & Sons; 1999.
 15. Junsatitanon P, Pongpirul K. Depression and sleep quality among nurses in a tertiary hospital in Bangkok. *Chula Med J* 2021; 65(2): 147-53.
 16. Buysse DJ, Reynolds CF III, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989; 28(2): 193-213.
 17. 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.
 18. Borritz M, Christensen KB, Kristensen TS, Villadsen E. The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress* 2005; 19(3): 192-207.
 19. Phuekphan P, Aungsueroch Y, Yunibhand J, Chan SWC. Psychometric properties of the Thai version of copenhagen burnout inventory (T-CBI) in Thai nurses. *J Health Res* 2016; 30(2): 135-42.
 20. Yamma C, Lueboonthavatchai P. Sleep problems, fatigue and work efficiency among registered nurse at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2013; 58(2): 183-96.
 21. Tupsangsee J, Jiamjarasrangsi W, Tangwongchai S. Quality of sleep among intensive care unit nurses in Thailand. *Chula Med J* 2008; 52(6): 465-75.
 22. Reangsing C. Quality of sleep and mental health of professional nurses in government hospitals, Bangkok Metropolis [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2007.
 23. Tarhan M, Aydin A, Ersoy E, Dalar L. The sleep quality of nurses and its influencing factors. *Eurasian J Pulmonol* 2018; 20(2): 78-84.
 24. Thamrongvisava S, Pitanupong J, Srisintorn W. Burnout and associated factors among nurses at Songklanagarind Hospital. *R Thai Army Med J* 2019; 72(3): 177-85.
 25. Amiri S, Mahmood N, Mustafa H, Javaid SF, Khan MAB. Occupational risk factors for burnout syndrome among healthcare professionals: a global systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2024; 21(12):1583.
 26. Armon G, Shirom A, Shapira I, Melamed S. On the nature of burnout-insomnia relationships: a prospective study of employed adults. *J Psychosom Res* 2008; 65(1): 5-12.
 27. Mao Y, Raju G, Zabidi MA. Association between occupational stress and sleep quality: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2023; 20(21): 6946.
 28. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry* 2016; 15(2): 103-111.
 29. Leiter MP, Maslach C. Six areas of worklife: a model of the organizational context of burnout. *J Health Hum Serv Adm* 1999; 21(4): 472-489.
 30. Chen C, Meier ST. Burnout and depression in nurses: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud* 2021; 124: 104099.
 31. Cañadas-De la Fuente GA, Ortega E, Ramirez-Baena L, De la Fuente-Solana EI, Vargas C, Gómez-Urquiza JL. Gender, marital status, and children as risk factors for burnout in nurses: a meta-analytic study. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15(10): 2102.
 32. Temel S, Yildiz T, Eti Aslan F. The effect of marital status on burnout levels of nurses: a meta-analysis study. *J Clin Med Kaz* 2020; 4(58): 51-6.
 33. Gómez-Urquiza JL, Vargas C, De la Fuente EI, Fernández-Castillo R, Cañadas-De la Fuente GA. Age as a risk factor for burnout syndrome in nursing professionals: a meta-analytic study. *Res Nurs Health* 2017; 40(2): 99-110.
 34. Ramírez-Elvira S, Romero-Béjar JL, Suleiman-Martos N, Gómez-Urquiza JL, Monsalve-Reyes C, Cañadas-De la Fuente GA, et al. Prevalence, risk factors and burnout levels in intensive care unit nurses: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(21): 11432.
 35. Liao T, Du Z, Zhang K, et al. Non-linear association of years of experience and burnout among nursing staff: a restricted cubic spline analysis. *Front Public Health* 2024; 12: 1344620.

ประสิทธิผลของยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นานต่อการควบคุมพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

ทรงพล โสตนงค*

*โรงพยาบาลตระการพิพิธ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยของยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (LAIs) ในการควบคุมพฤติกรรมรุนแรง ลดอาการกำเริบ และเพิ่มความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) เมื่อเปรียบเทียบกับยารักษาแบบรับประทาน

วิธีการศึกษา การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดก่อน-หลังโดยไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (non-randomized two-group pre-posttest design) ติดตามผลระยะเวลา 6 เดือน โดยใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ในผู้มีอายุ 15 – 65 ปี ที่เป็นโรคจิตจากสารเสพติด (substance-induced psychotic disorder) และมีประวัติตามเกณฑ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ณ โรงพยาบาลตระการพิพิธ ระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงเดือนพฤษภาคม 2569 จำนวนเริ่มต้น 56 คน ติดตามผลได้ครบทั้งสิ้น 50 คน ซึ่งเป็นเพศชายทั้งหมด แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับยาฉีด LAIs จำนวน 25 ราย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับยาแบบรับประทาน (non-LAIs) จำนวน 25 ราย เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบบันทึกพฤติกรรมรุนแรง จำนวนครั้งของอาการกำเริบ (ER visit/IPD) และแบบประเมินความสามารถโดยรวม (GAF) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test, Independent t-test, ANCOVA และ Multivariable logistic regression

ผลการศึกษา หลังการติดตาม 6 เดือน กลุ่มที่ได้รับยาฉีด LAIs มีจำนวนครั้งของการก่อความรุนแรงเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (3.36 เหลือ 0.08 ครั้ง, $p < 0.001$) ณ เดือนที่ 6 กลุ่มที่ได้รับยาฉีด LAIs มีค่าเฉลี่ยการก่อความรุนแรง 0.08 ครั้ง ขณะที่กลุ่มควบคุม (non-LAIs) มีค่าเฉลี่ย 0.44 ครั้ง ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.014$) และกลุ่มที่ได้รับยาฉีด LAIs มีคะแนน GAF เพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน (71.28 เทียบกับ 46.68, $p < 0.001$) โดยกลุ่ม LAIs มีโอกาสควบคุมพฤติกรรมรุนแรงได้ดีกว่ากลุ่มยาแบบรับประทานถึง 19.24 เท่า (95% CI: 1.65 – 224.35, $p = 0.018$) และมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำที่โรงพยาบาลหรือเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน น้อยกว่ากลุ่มยาแบบรับประทาน 17.35 เท่า (95% CI: 1.84 – 162.92, $p = 0.012$) สำหรับความปลอดภัย ไม่พบความแตกต่างของอุบัติการณ์การเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงระหว่างสองกลุ่ม ($p = 0.312$)

สรุป ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด (SIPD) ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) และได้รับยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (LAIs) มีแนวโน้มลดพฤติกรรมรุนแรง ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ และมีระดับความสามารถโดยรวม (GAF) ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาแบบรับประทาน โดยมีความปลอดภัยไม่แตกต่างกัน ภายหลังการติดตามต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน ในสถานการณ์จริงที่มีการแพร่ระบาดของสารเสพติด ผู้ป่วยยังคงเสพยา ตลอดจนมีข้อจำกัดด้านบุคลากรเฉพาะทาง ยาฉีด LAIs อาจเป็นทางเลือกในการรักษาที่มีคุณค่าสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผลการศึกษานี้สนับสนุนให้พิจารณาขยายการเข้าถึงการใช้ยาฉีด LAIs เพื่อลดอันตรายและเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสังคม ตลอดจนเป็นข้อมูลสำคัญสะท้อนบริบทจริงประกอบการกำหนดนโยบายและการพัฒนาระบบป้องกันความรุนแรงในอนาคต

คำสำคัญ พฤติกรรมรุนแรง ยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน โรคจิตจากสารเสพติด จิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ประสิทธิผลการรักษา

Corresponding author: ทรงพล โสตนงค

โรงพยาบาลตระการพิพิธ

E-mail: sosong2554@gmail.com

วันรับ 5 พฤษภาคม 2569 วันแก้ไข 9 กรกฎาคม 2569 วันตอบรับ 14 กรกฎาคม 2569

Effectiveness of Long-Acting Injectable Antipsychotics in Managing Violence among Patients with Co-Occurring Substance-Induced Psychotic Disorder and Serious Mental Illness with High Risk to Violence (SMI-V)

Songpon Lodthanong*

*Trakanphuetphon Hospital

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness and safety of long-acting injectable antipsychotics (LAIs) compared to oral antipsychotics in controlling violent behavior, reducing relapse, and improving global functioning among patients with substance-induced psychotic disorder (SIPD) who are at high risk to violence (SMI-V).

Methods: This quasi-experimental study employed a non-randomized two-group pre-posttest design with a 6-month follow-up. Participants were recruited using purposive sampling from patients aged 15 – 65 years diagnosed with substance-induced psychotic disorder (SIPD) who met the criteria for serious mental illness with high risk of violence (SMI-V) at Trakanphuetphon Hospital between October 2025 and May 2026. Of the 56 patients initially enrolled, 50 completed the study, all of whom were male. Participants were divided into an LAI group ($n = 25$) and a control group (non-LAIs/oral medication, $n = 25$). Assessment tools included violent incidents, psychiatric relapse requiring emergency department visits or hospitalization (ER/IPD), and the global assessment of functioning (GAF) scale. Data were analyzed using paired t-tests, independent t-test, ANCOVA, and multivariable logistic regression.

Results: After 6 months, the LAI group demonstrated a significant reduction in mean violent incidents (from 3.36 to 0.08, $p < 0.001$). At the 6-month follow-up, the mean violent incidents in the LAI group (0.08) were significantly lower than in the control group (0.44) ($p = 0.014$). The LAI group also achieved significantly higher GAF scores than the control group (71.28 vs. 46.68, $p < 0.001$). Furthermore, the LAI group was 19.24 times more likely to successfully control violent behavior (95% CI: 1.65 – 224.35, $p = 0.018$) and 17.35 times less likely to be readmitted to the hospital or visit the emergency department (95% CI: 1.84 – 162.92, $p = 0.012$). Regarding safety, no significant difference in the incidence of serious adverse events was observed between the two groups ($p = 0.312$).

Conclusion: Patients with SIPD who were at high risk of violence (SMI-V) and received LAIs demonstrated a greater reduction in violent behaviors, lower rates of psychiatric relapse requiring rehospitalization, and greater improvement in overall functioning (GAF) compared with those receiving oral antipsychotics after 6 months of follow-up, with no significant difference in safety outcomes between treatment groups. In real-world settings characterized by widespread substance use, ongoing substance consumption among patients, and limitations in specialized mental health personnel, LAIs may represent a valuable therapeutic option for this high-risk population. These findings support consideration of expanding access to long-acting injectable antipsychotics to reduce harm and improve the safety of patients, families, communities, and society, while providing preliminary real-world evidence to inform mental health policy development and future violence prevention strategies.

Keywords: violent behavior, long-acting injectable antipsychotics (LAIs), substance-induced psychotic disorder, serious mental illness with high risk to violence (SMI-V), treatment effectiveness

Corresponding author: Songpon Lodthanong

E-mail: sosong2554@gmail.com

Received: 5 May 2026 Revised: 9 July 2026 Accepted: 14 July 2026

บทนำ

ปัญหาสารเสพติดเป็นวิกฤตสาธารณสุขสำคัญระดับโลก ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ความมั่นคง และเศรษฐกิจ^{1,2} ข้อมูลจากองค์การสหประชาชาติระบุว่า ในปี 2020 ประชากรกว่า 275 ล้านคน ใช้สารเสพติดอย่างน้อยหนึ่งชนิด และในจำนวนนี้มีกว่า 36 ล้านคน ที่ประสบภาวะใช้สารเสพติดร่วมกับปัญหาสุขภาพจิต² สำหรับประเทศไทย สถานการณ์ดังกล่าวยังคงทวีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อหลายมิติของสังคม³ ไม่เพียงแต่ปัญหาสุขภาพของผู้เสพแต่อาจนำไปสู่ปัญหาทางจิตเวชตลอดจนการติดเชื้อต่างๆ ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจอย่างรุนแรง⁴ ผู้เสพที่อยู่ในวัยทำงานจะสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงาน ก่อให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจ และยังส่งผลกระทบต่อเพิ่มงบประมาณของรัฐในการบำบัดรักษาและฟื้นฟู^{5,6} ปัญหาครอบครัว ความรุนแรงและอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดเป็นภัยคุกคามที่สำคัญต่อความสงบสุข ความปลอดภัยของชุมชนและสังคม⁴ ปัญหาการใช้สารเสพติด (Substance Use Disorder; SUD) มีความสัมพันธ์อย่างซับซ้อนกับพฤติกรรมก้าวร้าวและความรุนแรง⁷ เป็นประเด็นด้านสาธารณสุขที่ท้าทายและสำคัญอย่างยิ่ง ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สังคม และระบบการรักษา^{7,8} โดยเฉพาะโรคจิตจากสารเสพติด (Substance-Induced Psychotic Disorder; SIPD) ซึ่งเป็นตัวเร่งสำคัญของพฤติกรรมเหล่านี้⁸ การใช้สารกระตุ้น เช่น แอมเฟตามีนหรือโคเคน สามารถทำให้เกิดอาการทางจิตเฉียบพลันหรือแม้แต่โรคจิตจากสารเสพติด เช่น อาการหวาดระแวง หูแว่ว หรือภาพหลอน ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญในการก่อความรุนแรงและก้าวร้าว^{7,9} การศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการใช้สารเสพติดเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดสำหรับการก่อความรุนแรง⁹ ผู้ป่วยที่มีภาวะทางจิตที่เกิดจากสารเสพติดมีความเสี่ยงสูงที่จะก่อความรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตแต่ไม่ได้ใช้สารเสพติด¹⁰ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่องและไม่ได้เข้ารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มพฤติกรรมก้าวร้าวและความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญ^{10,11} การไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องทำให้ควบคุมอาการทางจิตได้ยากนำไปสู่การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และสร้างวงจรที่ไม่สิ้นสุดของพฤติกรรมรุนแรง ตลอดจนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง¹² ในประเทศไทยมีการกำหนดนโยบายและระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence; SMI-V)

โดยมีเกณฑ์ได้แก่ มีประวัติทำร้ายตนเองอย่างรุนแรงโดยมีเจตนาให้เสียชีวิต มีประวัติทำร้ายผู้อื่นอย่างรุนแรงหรือก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัวหรือสะท้อนขวัญในชุมชน มีอาการหลงผิดหรือความคิดที่จะทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต มีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (พยายามฆ่า ช่มชู้ วางเพลิง) ซึ่งมักพบในกลุ่มที่เป็นโรคจิตจากสารเสพติดอยู่ในลำดับต้นๆ นอกเหนือจากกลุ่มจิตเภท¹³ การจัดการที่มุ่งเน้นการเพิ่มการรักษาให้ต่อเนื่องมีความสำคัญอย่างยิ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ในขณะที่ยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (Long-Acting Injectable Antipsychotics; LAIs) มีข้อบ่งชี้และได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการลดปัญหาการขาดยา และเพิ่มการรักษาต่อเนื่องสำหรับโรคจิตเภทเป็นหลัก^{12,14} แม้จะยังไม่มี การรับรองอย่างเป็นทางการจากสถาบันต่างๆ หรือข้อมูลการศึกษาประสิทธิผลของยาดังกล่าวในกลุ่มโรคจิตจากสารเสพติดยังจำกัด แต่ในทางปฏิบัติมีการใช้ยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (LAIs) ถูกนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดอย่างกว้างขวางหลายระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป ไปจนถึงโรงพยาบาลจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีอาการทางจิตรุนแรง พฤติกรรมก้าวร้าว ก่อความรุนแรงตลอดจนมีอาชญากรรมร่วม การเลือกศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด (SIPD) ที่มีภาวะ SMI-V เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักอาศัยอยู่ร่วมกับเด็ก ผู้หญิง และผู้สูงอายุ หรือกลุ่มเปราะบางในครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลหลักมักขาดศักยภาพในการดูแล รับประทานยา และควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความรุนแรงในครอบครัว^{13,20} ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีพฤติกรรมเสพสารหนักและเสพเป็นประจำ จนหลายครั้งแทบจะไม่พบช่วงเว้นว่างจากการเสพสารเกิน 1 เดือน ขาดความตระหนักรู้โรค (poor insight) และรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบต่อเนื่องและก่อความรุนแรงได้บ่อย^{14,22} นอกจากการเพิ่มความร่วมมือในการรักษา (treatment adherence) แล้ว ยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (LAIs) ยังช่วยให้ระดับยาในกระแสเลือดมีความคงที่ ลดความผันผวนของระดับยา (peak-trough fluctuation) และลดโอกาสการหยุดยาโดยไม่ได้ตั้งใจ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการกำเริบของอาการทางจิต พฤติกรรมก้าวร้าว และการกลับมารักษาซ้ำ ดังนั้นยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (LAIs) จึงมีศักยภาพในการช่วยควบคุมอาการทางจิต ลดความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง และลดการกลับเป็นซ้ำของโรคในผู้ป่วยกลุ่มนี้ แม้ว่าหลักฐานเชิงประจักษ์เฉพาะในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด (SIPD) ยังมี

อยู่จำกัดก็ตาม^{17,19,20} ในขณะที่บริบทต่างจังหวัดมีจำนวนจิตแพทย์ค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับเขตเมืองหรือบริบทต่างประเทศ การใช้ยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (LAIs) จึงถูกนำมาใช้ ในทางปฏิบัติอย่างแพร่หลายเพื่อจัดการความซับซ้อนของปัญหา ทั้งในแง่การรักษาอาการทางจิตและการป้องกันอุบัติการณ์ ความรุนแรงในชุมชนภายใต้ข้อจำกัดต่างๆ^{6,26}

การใช้ยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (LAIs) จึงเป็นกลยุทธ์ที่มีศักยภาพในการช่วยควบคุมอาการทางจิตที่เกิดจากสารเสพติด และลดความเสี่ยงต่อการก่อ ความรุนแรงในผู้ป่วยกลุ่มนี้ อีกทั้งข้อมูลที่มีประสิทธิผล ของยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (LAIs) ในกลุ่ม โรคจิตจากสารเสพติดยังคงมีจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบท ของประเทศไทย^{15,16} การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่ม ควบคุมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงยังเป็นไปได้ยาก เนื่องจาก ข้อจำกัดด้านจริยธรรมและปัจจัยด้านการปฏิบัติ¹⁵ โรงพยาบาล ตระการพิชญเป็นโรงพยาบาลทั่วไป และมีหอผู้ป่วยบำบัด สารเสพติดเฉพาะสำหรับดูแลผู้ป่วยในจังหวัดอุบลราชธานีและ จังหวัดใกล้เคียงในเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาการใช้ สารเสพติดในระดับสูง และมีผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่มี ความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันยังมีข้อจำกัดด้านบุคลากรสุขภาพจิตเฉพาะทาง ทำให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเป็นความท้าทายของระบบบริการ การวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาประสิทธิผลของการใช้ยารักษาอาการ ทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (LAIs) ในการลดพฤติกรรมรุนแรง การกลับมาซ้ำ และการฟื้นตัวของผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูล เชิงประจักษ์และเป็นส่วนสนับสนุนในการพัฒนาระบบบริการและ กำหนดนโยบายด้านสุขภาพจิตในบริบทของประเทศไทย ตลอดจน เป็นแนวทางการดูแลรักษาทางคลินิก เพื่อลดอันตรายและเพิ่ม ความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและสังคมต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาและประชากร

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) แบบ two-group pretest–posttest design ดำเนินการ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2569 ณ โรงพยาบาลตระการพิชญ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็น โรงพยาบาลทั่วไปขนาด 170 เตียง และมีหอผู้ป่วยบำบัดสารเสพติด

(มินิธัญญารักษ์) จำนวน 22 เตียง สำหรับดูแลผู้ป่วยในจังหวัด อุบลราชธานีและจังหวัดใกล้เคียงในเขตสุขภาพที่ 10

ประชากรศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยอายุ 15 – 65 ปี ที่ได้รับการ วินิจฉัยเป็นโรคจิตจากสารเสพติด (Substance-Induced Psychotic Disorder; SIPD) ตามเกณฑ์ ICD-10 รหัส F1x.5 โดยจิตแพทย์ และมีประวัติเข้าตามเกณฑ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มี ความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence; SMI-V)¹³ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข โดยมีรายละเอียดดังภาพที่ 1

เกณฑ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข		
V1		มีประวัติทำร้ายตนเองอย่างรุนแรง โดยมีเจตนาให้เสียชีวิต
V2		มีประวัติทำร้ายผู้อื่นอย่างรุนแรง หรือก่อเหตุที่ทำให้เกิดความหวาดกลัวในชุมชน
V3		มีอาการหลงผิดหรือความคิด ที่จะทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นถึงแก่ชีวิต
V4		มีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง เช่น พยายามฆ่า ช่มชู้ หรือวางเพลิง

ภาพที่ 1 เกณฑ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคทางกายรุนแรง หญิงตั้งครรภ์ ผู้ที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารอย่างรุนแรง ผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หรือมีข้อมูลทางการแพทย์ไม่เพียงพอ สำหรับการติดตามผล เนื่องจากผู้ป่วยในชุมชนส่วนใหญ่ไม่มียุ่ช่วงปลอดจากการใช้สารเสพติดอย่างชัดเจน การวินิจฉัยแยกโรค ระหว่างโรคจิตจากสารเสพติด (SIPD) และโรคจิตเภท จึงอาศัย การประเมินโดยจิตแพทย์ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล ณ หอผู้ป่วยบำบัดสารเสพติดเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือน ซึ่งเป็น ช่วงที่สามารถควบคุมการใช้สารเสพติดได้ (drug-free period) โดยเกณฑ์สนับสนุนการวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติด (SIPD) ได้แก่ อาการทางจิตลดลงอย่างชัดเจนหลังหยุดใช้สารและได้รับการรักษา รวมทั้งไม่พบอาการด้านลบ (negative symptoms) ที่เด่นชัด ทั้งนี้ มีการติดตามอาการต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน เพื่อเพิ่ม ความแม่นยำและความคงที่ของการวินิจฉัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่างและการจัดกลุ่ม

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบสัดส่วน

การก่อความรุนแรงซ้ำระหว่างสองกลุ่ม โดยอ้างอิงจากการศึกษาที่เกี่ยวข้อง^{17,18} กำหนดสัดส่วนการเกิดเหตุซ้ำในกลุ่มทดลองเท่ากับ 0.40 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.77 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 และอำนาจการทดสอบ (power) ร้อยละ 95 ตามสูตรของ Schlesselman ดังนี้

$$n = \frac{\{Z_{\alpha/2}\sqrt{2P(1-P)} + Z_{\beta}\sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำกลุ่มละ 25 ราย รวมทั้งสิ้น 50 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างติดตามผล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 คิดเป็นจำนวนที่ต้องเก็บข้อมูลจริง 56 ราย (กลุ่มละ 28 ราย) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ป่วยที่เข้ารับบริการและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยการจัดกลุ่มรักษาไม่ได้เป็นการสุ่ม (non-randomized allocation) แต่เป็นไปตามดุลยพินิจทางคลินิกของจิตแพทย์ผู้รักษา และความเหมาะสมของผู้ป่วยในสถานการณ์จริง แม้ว่าจะมีการพยายามจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามลักษณะทางคลินิกที่สำคัญก่อนการศึกษา แต่เนื่องจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงในสถานการณ์บริการจริง (purposive sampling) จึงยังคงพบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานบางประการระหว่างกลุ่ม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาชนิดแบบออกฤทธิ์นานมีแนวโน้มได้รับการพิจารณาให้รักษาเนื่องจากมีความรุนแรงของโรคสูงกว่า มีประวัติขาดยาหรือมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำและก่อความรุนแรงมากกว่า ซึ่งสะท้อนการตัดสินใจรักษาตามเวชปฏิบัติปกติ อีกทั้งการศึกษานี้ไม่สามารถปกปิดชนิดของการรักษาได้ เนื่องจากการศึกษาที่ดำเนินการในสถานการณ์บริการจริง (real-world study) ผู้ประเมินคะแนน GAF และผู้บันทึกข้อมูลทางคลินิกสามารถทราบชนิดของการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจากเวชระเบียน อย่างไรก็ตาม ข้อมูลพฤติกรรมรุนแรง การกลับมารักษาซ้ำ และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เก็บจากข้อมูลเวชระเบียน การสัมภาษณ์ และฐานข้อมูลของโรงพยาบาลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้า และมีการตรวจสอบ (audit) ความสอดคล้องของข้อมูลโดยจิตแพทย์ก่อนการวิเคราะห์ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล

กลุ่มทดลองได้รับยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (LAIs) ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้แก่ haloperidol decanoate, fluphenazine decanoate หรือ flupentixol decanoate โดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อบริเวณต้นแขนหรือสะโพกตามขนาดมาตรฐานร่วมกับการรักษาตามมาตรฐานทางจิตเวช

ซึ่งอาจมีารับประทานร่วมตามความเหมาะสม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามแนวทาง biopsychosocial model เช่นเดียวกัน แต่ใช้เฉพาะยารักษาอาการทางจิตแบบรับประทาน ได้แก่ perphenazine, haloperidol หรือ risperidone โดยมีการปรับขนาดยาตามดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน การให้ยาฉีด LAIs ในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด (SIPD) ถือเป็นการใช้ยานอกข้อบ่งใช้ (off-label use) ซึ่งดำเนินการภายใต้ดุลยพินิจของจิตแพทย์ตามบริบทการรักษาจริง และมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วยข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการก่อความรุนแรง การเข้ารับบริการ ห้องฉุกเฉิน การนอนโรงพยาบาล และข้อมูลการรักษา
2. แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Functioning Scale; GAF) ใช้ประเมินระดับการทำหน้าที่ด้านจิตใจ สังคม และอาชีพ มีคะแนนตั้งแต่ 0 – 100 คะแนน โดยคะแนนสูงสะท้อนระดับการทำหน้าที่ที่ดีกว่า เครื่องมือนี้นี้มีความเที่ยง (reliability) เท่ากับ 0.85¹⁹ ประเมินโดยแพทย์หรือพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย โดยก่อนเริ่มการศึกษาได้ชี้แจงขั้นตอนการเก็บข้อมูลและแนวทางการใช้เครื่องมือประเมินเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน และมีจิตแพทย์ตรวจสอบ (audit) ความสอดคล้องของคะแนน GAF และข้อมูลผลลัพธ์ของผู้ป่วยทุกรายก่อนการวิเคราะห์
3. แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากยา โดยใช้การเฝ้าระวังเชิงรุก (active surveillance) ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับยาหรือตรวจตามนัด เพื่อประเมิน severe extrapyramidal side effects (EPS) และอาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญอื่นๆอย่างเป็นระบบโดยจิตแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชหรือยาเสพติด

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

1. ขั้นตอนเตรียมการและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง: ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก

- โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงทบทวนข้อมูลเวชระเบียน
2. ขั้นตอนการทดลอง: ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดการวิจัย ประโยชน์ ความเสี่ยง และสิทธิในการถอนตัวจากการศึกษาโดยสมัครใจ ก่อนลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยสำหรับผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปีได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองร่วมกับการยินยอมเข้าร่วมจากผู้ป่วย (assent) กลุ่มทดลองได้รับ LAIs อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน พร้อมการติดตามอาการและผลข้างเคียงเป็นระยะ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาด้วยยาปรับประพจน์ตามมาตรฐานการรักษาทางจิตเวช
 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล: ดำเนินการโดยผู้วิจัยร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยบำบัดสารเสพติด (มินิธัญญารักษ์) และคลินิกยาเสพติด โดยก่อนเริ่มการศึกษาได้ชี้แจงขั้นตอนการเก็บข้อมูลและแนวทางการใช้เครื่องมือประเมินเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน คะแนน GAF ประเมินโดยแพทย์หรือพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย ส่วนข้อมูลพฤติกรรมรุนแรงและการกลับมารักษาซ้ำรวบรวมจากเวชระเบียนการสัมภาษณ์และฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ทั้งนี้มีจิตแพทย์ตรวจสอบ (audit) ความสอดคล้องของคะแนน GAF และข้อมูลผลลัพธ์ของผู้ป่วยทุกรายก่อนการวิเคราะห์
 4. ขั้นตอนประเมินผล: ทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินคะแนน GAF จำนวนครั้งของพฤติกรรมรุนแรง จำนวนครั้งของอาการกำเริบที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอฉุกเฉินหรือหอผู้ป่วยจิตเวช และอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ระยะเวลา 1 เดือน, 3 เดือน และ 6 เดือนหลังเริ่มการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มโดยใช้ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับข้อมูลเชิงกลุ่มและ Independent t-test สำหรับข้อมูลต่อเนื่องตามความเหมาะสม การเปรียบเทียบผลลัพธ์ภายในกลุ่มก่อนและหลังการรักษาใช้ Paired t-test ส่วนการเปรียบเทียบ

ผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มภายหลังการรักษา โดยควบคุมค่าพื้นฐานก่อนการรักษา ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance; ANCOVA) การวิเคราะห์หีบัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงซ้ำหรือการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ใช้ Multiple logistic regression และรายงานค่า Odds Ratio (OR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง: การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2568 รหัสโครงการ SSJ.UB 09.009 เลขที่รับรอง SSJ.UB 2568-09.009 โดยผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับการอธิบายรายละเอียดการศึกษาและลงนามในเอกสารยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัยทุกครั้ง

ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 56 ราย ระหว่างการติดตามพบผู้ป่วยสูญหายจากการติดตามจำนวน 6 ราย เนื่องจากย้ายที่อยู่หรือไม่สามารถติดต่อได้ จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่วิเคราะห์ข้อมูลทั้งสิ้น 50 ราย โดยเป็นเพศชายทั้งหมด แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (LAIs) จำนวน 25 ราย และกลุ่มที่ได้รับการรักษาอาการทางจิตชนิดรับประทาน (non-LAIs) จำนวน 25 ราย

1. ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุเฉลี่ย 34.22 ± 11.12 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 82.0 และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 58.0 สารเสพติดที่ใช้มากที่สุดคือเมทแอมเฟตามีน ร้อยละ 46.0 รองลงมาคือการใช้สารหลายชนิดร่วมกัน ร้อยละ 40.0 โดยส่วนใหญ่เป็นการใช้เมทแอมเฟตามีนร่วมกับแอลกอฮอล์หรือกัญชา ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าตามเกณฑ์ SMI-V ประเภท V2 คือมีประวัติทำร้ายผู้อื่นอย่างรุนแรงหรือก่อเหตุที่ทำให้เกิดความหวาดกลัวในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 90.0 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่ม LAIs และกลุ่ม non-LAIs พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของตัวแปรด้านประชากรศาสตร์และลักษณะทางคลินิกส่วนใหญ่ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประเภทของสารเสพติด และประเภทของ SMI-V ($p > 0.05$) แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่ม

มีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันก่อนเริ่มการศึกษา อย่างไรก็ตาม กลุ่ม LAIs มีแนวโน้มมีความรุนแรงทางคลินิกเริ่มต้นสูงกว่า โดยมีจำนวนครั้งของพฤติกรรมรุนแรงและอาการกำเริบก่อนเริ่มรักษาสูงกว่ากลุ่ม non-LAIs ตามตารางที่ 1

2. ประสิทธิภาพภายในกลุ่มก่อนและหลังการรักษา

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ภายในแต่ละกลุ่มก่อนและหลังการรักษา พบว่ากลุ่มที่ได้รับ LAIs มีจำนวนครั้งของพฤติกรรมรุนแรงและจำนวนครั้งของอาการกำเริบที่ต้องเข้ารับการรักษานในห้องฉุกเฉินหรือหอผู้ป่วยจิตเวชลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการติดตามครบ 6 เดือน ($p < 0.05$) นอกจากนี้ คะแนนความสามารถโดยรวม (GAF) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาติดตาม ในกลุ่ม non-LAIs พบว่าคะแนน GAF มีแนวโน้มดีขึ้นในช่วงเดือนแรกของการรักษา อย่างไรก็ตาม ระดับการทำหน้าที่โดยรวมลดลงในระยะติดตามเดือนที่ 6 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม LAIs ตามตารางที่ 2

3. การเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างกลุ่ม

3.1 พฤติกรรมรุนแรงและอาการกำเริบ

ก่อนเริ่มการศึกษา กลุ่ม LAIs มีจำนวนครั้งเฉลี่ยของพฤติกรรมรุนแรงและอาการกำเริบสูงกว่ากลุ่ม non-LAIs อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$ และ $p = 0.002$ ตามลำดับ) ภายหลังการติดตามผล พบว่ากลุ่ม LAIs มีแนวโน้มตอบสนองต่อการรักษาดีกว่า ตามตารางที่ 3 โดย

- ที่ระยะ 3 และ 6 เดือน กลุ่ม LAIs มีจำนวนครั้งเฉลี่ยของพฤติกรรมรุนแรงต่ำกว่ากลุ่ม non-LAIs อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.046$ และ $p = 0.014$ ตามลำดับ)
- ที่ระยะ 6 เดือน กลุ่ม LAIs มีจำนวนครั้งของอาการกำเริบที่ต้องเข้ารับการรักษานในห้องฉุกเฉินหรือหอผู้ป่วยน้อยกว่ากลุ่ม non-LAIs อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.015$)

ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าแม้กลุ่ม LAIs จะมีความรุนแรงของอาการเริ่มต้นสูงกว่า แต่ภายหลังการรักษากลับมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาปรับประทุกัน ดังภาพที่ 2

3.2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิก
การวิเคราะห์ Multiple logistic regression โดยควบคุม

ปัจจัยกวนที่สำคัญ พบว่า ณ ระยะติดตาม 6 เดือน กลุ่ม LAIs มีโอกาสควบคุมพฤติกรรมรุนแรงได้ดีกว่ากลุ่ม non-LAIs อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมี Adjusted Odds Ratio (AOR) เท่ากับ 19.24 (95% CI: 1.65 – 224.35, $p = 0.018$) นอกจากนี้ กลุ่ม LAIs ยังมีโอกาสเกิดอาการกำเริบจนมารับการรักษาในโรงพยาบาล (emergency room visit/ in-patient department : ER visit/ IPD) น้อยกว่ากลุ่ม non-LAIs อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมี AOR เท่ากับ 17.35 (95% CI: 1.84 – 162.92, $p = 0.012$) ตามตารางที่ 4

4. การเปรียบเทียบความสามารถโดยรวม (GAF Score)

การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยควบคุมค่าคะแนน GAF ก่อนเริ่มการรักษา พบว่าในเดือนที่ 1 คะแนน GAF ระหว่างทั้งสองกลุ่มยังไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ที่ระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน กลุ่ม LAIs มีคะแนน GAF สูงกว่ากลุ่ม non-LAIs อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ตามภาพที่ 2 โดยที่ระยะ 6 เดือน กลุ่ม LAIs มีค่าเฉลี่ยคะแนน GAF เพิ่มขึ้นจาก baseline 48.68 คะแนน ขณะที่กลุ่ม non-LAIs เพิ่มขึ้นเพียง 9.68 คะแนน แสดงถึงการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่โดยรวมที่ดีกว่าในกลุ่มที่ได้รับ LAIs ตามตารางที่ 5

5. ความปลอดภัยและผลข้างเคียงรุนแรงจากการรักษา (safety and serious adverse events)

ผลข้างเคียงรุนแรงในการศึกษานี้เฝ้าติดตามตามเกณฑ์ serious adverse events ได้แก่ ภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต หรือก่อให้เกิดความพิการ เช่น neuroleptic malignant syndrome (NMS), acute dystonia หรือ anaphylaxis จากการติดตามตลอดระยะเวลา 6 เดือน ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของอุบัติการณ์ผลข้างเคียงรุนแรงระหว่างกลุ่ม LAIs และกลุ่ม non-LAIs ($p = 0.312$)

ในช่วง 1 และ 3 เดือนแรก ไม่พบผลข้างเคียงรุนแรงในกลุ่ม LAIs ขณะที่กลุ่ม non-LAIs พบ acute dystonia จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 4.0) ต่อมาในระยะ 6 เดือน พบ acute dystonia ในกลุ่ม LAIs จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 4.0) และไม่พบรายงานผลข้างเคียงรุนแรงเพิ่มเติมในกลุ่ม non-LAIs โดยรวม อุบัติการณ์ของผลข้างเคียงรุนแรงตลอดการศึกษาพบในอัตราต่ำ และไม่พบความแตกต่างระหว่างรูปแบบการรักษาทั้งสองกลุ่ม ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่เกิด

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่ม LAIs ร้อยละ 50 (n = 25)	กลุ่ม non-LAIs ร้อยละ 50 (n = 25)	ทั้งหมด ร้อยละ (n = 50)	P-value
เพศ ชาย	25 (100.0)	25 (100.0)	50 (100.0)	
อายุ (ปี) Mean $\pm$ SD	33.68 $\pm$ 10.11	34.76 $\pm$ 12.24	34.22 $\pm$ 11.12	0.735
สถานภาพ				
โสด (ไม่มีคู่)	21 (84.00)	20 (80.00)	41 (82.00)	1.000
คู่	4 (16.0)	5 (20.00)	9 (18.00)	
การศึกษา				
ไม่ได้เรียนต่ำกว่าประถมศึกษา	1 (4.00)	0 (0.00)	1 (2.00)	0.634
ประถมศึกษา	8 (32.00)	6 (24.00)	14 (28.00)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	13 (52.00)	12 (48.00)	25 (50.00)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3 (12.00)	6 (24.00)	9 (18.00)	
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	0 (0.00)	1 (4.00)	1 (2.00)	
อาชีพ				
พนักงานเอกชน	0 (0.00)	2 (8.00)	2 (4.00)	0.502
เกษตรกร	14 (56.0)	15 (60.00)	29 (58.00)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือว่างงาน	7 (28.00)	4 (16.00)	11 (22.00)	
นักเรียน/นักศึกษา	0 (0.00)	1 (4.00)	1 (2.00)	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	4 (16.00)	3 (12.00)	7 (14.00)	
รายได้ Mean $\pm$ SD	3,376.00 $\pm$ 4,631.8	5,380.00 $\pm$ 5,130.10	4,378.00 $\pm$ 4,941.96	0.153
สิทธิ์การรักษา				
บัตรทอง	24 (96.00)	23 (92.00)	47 (94.00)	1.000
ผู้พิการ	1 (4.00)	0 (0.00)	1 (2.00)	
ทหารเกณฑ์	0 (0.00)	1 (4.00)	1 (2.00)	
ประกันสังคม	0 (0.00)	1 (4.00)	1 (2.00)	
ประเภทของ SIM-V				
V1 (ทำร้ายตนเองรุนแรง)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0.414
V2 (ทำร้ายร่างกายผู้อื่น)	21 (84.00)	24 (96.00)	45 (90.00)	
V3 (หลงผิด/คิดทำร้ายผู้อื่น)	1 (4.00)	0 (0.00)	1 (2.00)	
V4 (อาชญากรรม)	1 (4.00)	0 (0.00)	1 (2.00)	
Multiple V (หลายประเภท)	2 (8.00)	1 (4.00)	3 (6.00)	
อาการทางจิตที่นำมาสู่การรักษา				
หลงผิด	16 (64.00)	15 (60.00)	31 (62.0)	0.771
ภาพหลอน	12 (48.00)	8 (32.00)	20 (40.00)	0.248
การพูด/พฤติกรรมผิดปกติ	11 (44.00)	17 (68.00)	28 (56.00)	0.087
เสี่ยงแหว่	21 (84.00)	19 (76.00)	40 (80.00)	0.480

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่ม LAIs ร้อยละ 50 (n = 25)	กลุ่ม non-LAIs ร้อยละ 50 (n = 25)	ทั้งหมด ร้อยละ (n = 50)	P-value
มีโรคประจำตัว	2 (8.00)	0 (0.00)	2 (4.00)	0.490
การวินิจฉัย (โรคจิตจากสารเสพติด)				
F105 (alcohol)	1 (4.00)	3 (12.00)	4 (8.00)	0.188
F125 (cannabis)	3 (12.00)	0 (0.00)	3 (6.00)	
F155 (amphetamine)	13 (52.00)	10 (40.00)	23 (46.00)	
F195 (multiple substances)	8 (32.00)	12 (48.00)	20 (40.00)	
ระยะเวลาที่เคยเลิกสารได้นานที่สุด (เดือน) Mean $\pm$ SD	10.32 $\pm$ 16.89	7.72 $\pm$ 9.67	9.02 $\pm$ 13.69	0.507
มีประวัติอาชญากรรม	5 (20.00)	2 (8.00)	7 (14.00)	0.417
ต้องมีผู้ดูแลกิจวัตรประจำวัน	8 (32.00)	6 (24.00)	14 (28.00)	0.754
ผู้ที่ช่วยให้เข้าถึงบริการทางการแพทย์				
ตนเอง	3 (12.00)	6 (24.00)	9 (18.00)	0.463
ผู้ดูแลหรือญาติ	22 (88.00)	19 (76.00)	41 (82.00)	
ได้รับยาแบบรับประทานขนาดสูง	0 (0.0)	2 (8.00)	2 (4.00)	0.490
ขาดการยอมรับความเจ็บป่วย	14 (56.00)	11 (44.00)	25 (50.00)	0.572
มีประวัติได้ยาไม่สม่ำเสมอ/ขาดยา	15 (60.00)	12 (48.00)	27 (54.00)	0.571
มีประวัติติดตามรักษาไม่สม่ำเสมอ	12 (48.00)	13 (52.00)	25 (50.00)	0.777
มีปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพ	3 (12.00)	2 (8.00)	5 (10.00)	1.000

ผลข้างเคียงสามารถรักษาอาการได้และกลับสู่ภาวะปกติอย่างรวดเร็ว ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการใช้ยาฉีด LAIs ในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด (SIPD) ที่มี SMI-V มีความปลอดภัยไม่แตกต่างกับการรักษาด้วยยาแบบรับประทานในการศึกษาครั้งนี้

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด (SIPD) ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) และได้รับการรักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (LAIs) มีแนวโน้มลดพฤติกรรมรุนแรง ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ และมีระดับการทำหน้าที่โดยรวมดีขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาแบบรับประทานหลังติดตามผล 6 เดือน แม้ว่ากลุ่มที่ได้รับยาฉีด LAIs จะมีความรุนแรงทางคลินิกตั้งแต่เริ่มต้นสูงกว่ากลุ่มควบคุมก็ตาม ผลการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดว่ายาฉีด LAIs อาจเป็นทางเลือกที่มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาความร่วมมือในการรักษา และมีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงในบริบทการรักษาจริง

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Pavel Mohr และคณะ²⁰ ที่ระบุว่ายาฉีด LAIs มีบทบาทสำคัญในการลดอุบัติการณ์ทางอาชญากรรมและความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช เช่นเดียวกับการศึกษาของ Alexandria S Coles และคณะ²² ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการใช้สารเสพติดร่วม (dual diagnosis) พบว่า LAIs ช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำและพฤติกรรมรุนแรงได้ดีกว่าเนื่องจากสามารถรักษาระดับยาในเลือดให้คงที่และขจัดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (medication non-adherence) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการก่อความรุนแรง มีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาระบบการดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยในประเทศไทย¹³

ประเด็นสำคัญเชิงคลินิก คือ กลุ่มที่ได้รับยาฉีด LAIs มีจำนวนครั้งการก่อพฤติกรรมรุนแรงลดลงอย่างชัดเจน (เมื่อถึงเดือนที่ 6) ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ด้วย Multiple logistic regression พบว่ากลุ่ม LAIs มีโอกาสควบคุมความรุนแรงได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับยาแบบรับประทาน แม้ว่าในระยะเริ่มแรกกลุ่ม LAIs จะมีพื้นฐานของพฤติกรรมรุนแรงที่สูงกว่า และคะแนน GAF ที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนครั้งเฉลี่ยที่ก่อพฤติกรรมรุนแรง อาการกำเริบ (ER visit/ IPD**) และคะแนน GAF ก่อนและหลังได้รับการบำบัด ภายในแต่ละกลุ่ม

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	Difference between means (95% CI)	p-value
การก่อพฤติกรรมรุนแรง (กลุ่ม LAIs)				
ก่อนได้รับยาฉีด LAIs	3.36	2.39		
หลังได้รับยาฉีด LAIs 1 เดือน	0.04	0.20	-3.32 (-4.31 – -2.32)	<0.001
หลังได้รับยาฉีด LAIs 3 เดือน	0.04	0.20	-3.32 (-4.31 – -2.33)	<0.001
หลังได้รับยาฉีด LAIs 6 เดือน	0.08	0.27	-3.28 (-4.23 – -2.32)	<0.001
อาการกำเริบ (ER visit/ IPD) (กลุ่ม LAIs)				
ก่อนได้รับยาฉีด LAIs	2.04	1.64		
หลังได้รับยาฉีด LAIs 1 เดือน	0.04	0.20	-2.00 (-2.68 – -1.31)	<0.001
หลังได้รับยาฉีด LAIs 3 เดือน	0.08	0.27	-1.96 (-2.67 – -1.24)	<0.001
หลังได้รับยาฉีด LAIs 6 เดือน	0.08	0.27	-1.96 (-2.63 – -1.28)	<0.001
คะแนน GAF (กลุ่ม LAIs)				
ก่อนได้รับยาฉีด LAIs	22.60	8.93		
หลังได้รับยาฉีด LAIs 1 เดือน	58.00	11.81	35.40 (27.91 – 42.88)	<0.001
หลังได้รับยาฉีด LAIs 3 เดือน	66.68	6.86	44.08 (40.00 – 48.15)	<0.001
หลังได้รับยาฉีด LAIs 6 เดือน	71.28	7.96	48.68 (44.16 – 53.19)	<0.001
การก่อพฤติกรรมรุนแรง (กลุ่ม non-LAIs)				
ก่อนบำบัด (non-LAIs)	1.64	0.81		
หลังบำบัด (non-LAIs) 1 เดือน	0.24	0.59	-1.40 (-1.75 – -1.04)	<0.001
หลังบำบัด (non-LAIs) 3 เดือน	0.36	0.75	-1.28 (-1.70 – -0.85)	<0.001
หลังบำบัด (non-LAIs) 6 เดือน	0.44	0.65	-1.20 (-1.55 – -0.84)	<0.001
อาการกำเริบ (ER visit/ IPD) (กลุ่ม non-LAIs)				
ก่อนบำบัด (non-LAIs)	0.84	0.85		
หลังบำบัด (non-LAIs) 1 เดือน	0.20	0.50	-0.64 (-1.03 – -0.24)	0.002
หลังบำบัด (non-LAIs) 3 เดือน	0.28	0.61	-0.56 (-0.95 – -0.16)	0.007
หลังบำบัด (non-LAIs) 6 เดือน	0.40	0.57	-0.44 (-0.73 – -0.14)	0.005
คะแนน GAF (กลุ่ม non-LAIs)				
ก่อนบำบัด (non-LAIs)	37	9.01		
หลังบำบัด (non-LAIs) 1 เดือน	54.96	11.84	17.96 (13.00 – 22.91)	<0.001
หลังบำบัด (non-LAIs) 3 เดือน	52.48	13.2	15.48 (10.17 – 20.78)	<0.001
หลังบำบัด (non-LAIs) 6 เดือน	46.68	18.41	9.68 (2.33 – 17.02)	0.011

**ER visit/ IPD = emergency room visit/ in-patient department

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนครั้งที่ก่อพฤติกรรมรุนแรงและอาการกำเริบ (ER visit/ IPD**) ระหว่างกลุ่มควบคุม (non-LAIs) และกลุ่มทดลอง (LAIs) ก่อนและหลังการบำบัดเดือนที่ 1, 3, และ 6

ตัวแปร	กลุ่ม LAIs ร้อยละ 50 (n = 25)	กลุ่ม non-LAIs ร้อยละ 50 (n = 25)	Difference between means (95% CI)	P-value
การก่อพฤติกรรมรุนแรง				
Baseline	3.36 ± 2.39	1.64 ± 0.81	1.72 (0.70 – 2.73)	0.001
Follow up 1M	0.04 ± 0.20	0.24 ± 0.59	-0.20 (-0.45 – 0.05)	0.118
Follow up 3M	0.04 ± 0.20	0.36 ± 0.75	-0.32 (-0.63 – -0.005)	0.046*
Follow up 6M	0.08 ± 0.27	0.44 ± 0.65	-0.36 (-0.64 – -0.07)	0.014*
อาการกำเริบ (ER visit/ IPD)				
Baseline	2.04 ± 1.64	0.84 ± 0.85	1.20 (0.45 – 1.94)	0.002
Follow up 1M	0.04 ± 0.20	0.20 ± 0.50	-0.16 (-0.37 – 0.05)	0.143
Follow up 3M	0.08 ± 0.27	0.28 ± 0.61	-0.20 (-0.47 – 0.07)	0.144
Follow up 6M	0.08 ± 0.27	0.40 ± 0.57	-0.32 (-0.57 – -0.06)	0.015*

**ER visit/ IPD = emergency room visit/ in-patient department

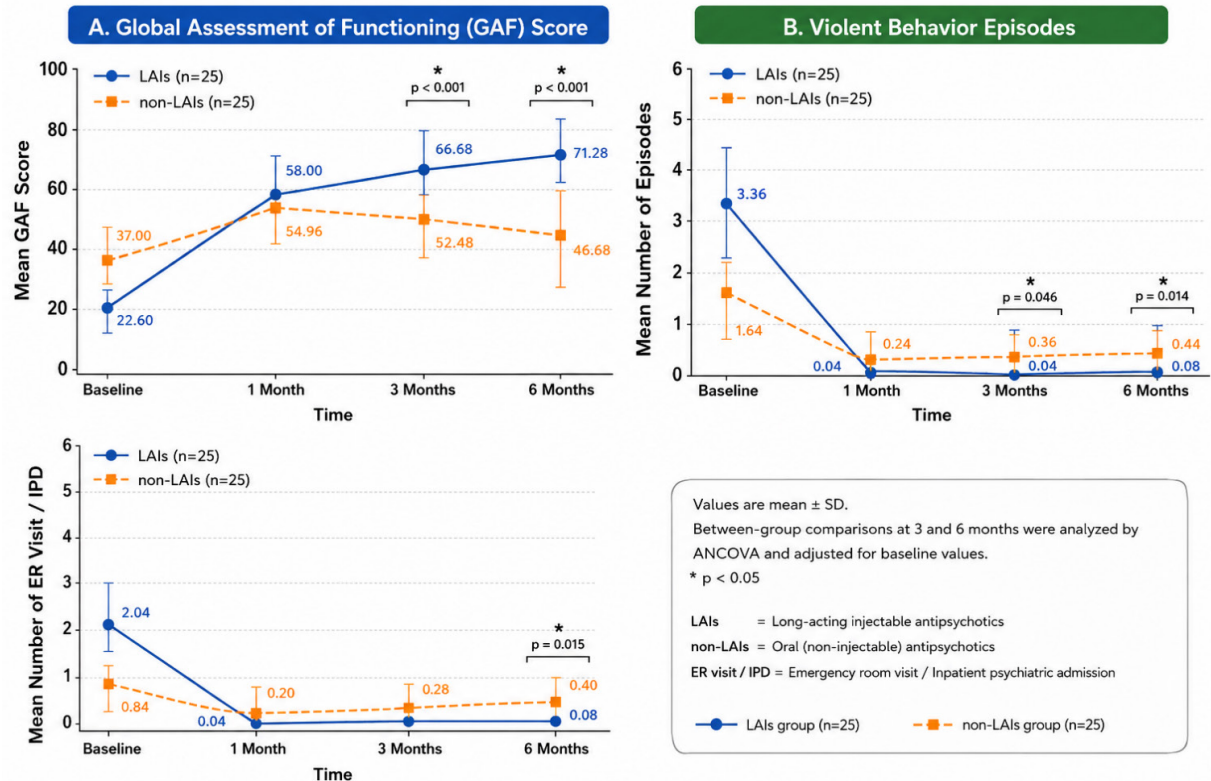
ตารางที่ 4 อัตราส่วนความน่าจะเป็น (Odds Ratio; OR) ต่อการก่อพฤติกรรมรุนแรงและอาการกำเริบ (ER visit/ IPD**) ระหว่างกลุ่มควบคุม (non-LAIs) และกลุ่มทดลอง (LAIs) ก่อนและหลังการบำบัดเดือนที่ 1, 3, และ 6

ตัวแปร	Crude OR	95% CI	Adjusted OR	95% CI	P-value
การก่อพฤติกรรมรุนแรง					
หลังการบำบัด 1 เดือน	4.57	0.47 – 44.16	5.87	0.38 – 88.40	0.201
หลังการบำบัด 3 เดือน	7.57	0.83 – 68.46	11.22	0.73 – 171.14	0.082
หลังการบำบัด 6 เดือน	6.46	1.23 – 34.01	19.24	1.65 – 224.35	0.018*
อาการกำเริบ (ER visit/ IPD)					
หลังการบำบัด 1 เดือน	4.57	0.47 – 44.16	4.13	0.34 – 49.65	0.263
หลังการบำบัด 3 เดือน	2.87	0.50 – 16.47	1.91	0.27 – 13.19	0.508
หลังการบำบัด 6 เดือน	6.46	1.23 – 34.01	17.35	1.84 – 162.92	0.012*

**ER visit/ IPD = emergency room visit/ in-patient department

ก็ตาม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ระบุว่า ยาจิต LAIs มีบทบาทสำคัญในการลดอาการก้าวร้าว (anti-aggressive effects) และลดอุบัติการณ์ทางอาชญากรรมในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง²⁰ การที่ระดับยาในเลือดมีความคงที่มากกว่ายาปรับประทุช่วยลดความผันผวนของอาการทางจิตที่เป็นชนวนเหตุสำคัญของการก่อความรุนแรงได้^{17,20} นอกจากนี้การที่คะแนน GAF ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด

สะท้อนว่าเมื่อสามารถควบคุมอาการทางจิตและความรุนแรงได้ผู้ป่วยจะมีพยาธิสภาพทางจิตและสังคมที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด¹⁹ ความท้าทายในการวินิจฉัยแยกโรคและบริหารการเสพยาในชุมชนเป็นประเด็นที่น่าสนใจในการศึกษาครั้งนี้ ความแตกต่างระหว่างเกณฑ์วินิจฉัยทางทฤษฎีและสภาวะการณจริงในเวชปฏิบัติ แม้ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติด (SIPD) อาการทางจิตควรจะมีทุเลาลงภายใน 1 เดือนหลังหยุดใช้สาร แต่ในสถานการณ์จริงที่มี



ภาพที่ 2 การเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนน GAF (กราฟ A: GAF score) ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ก่อพฤติกรรมรุนแรง (กราฟ B: violent behavior episode) และค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่อาการกำเริบ (กราฟ C: ER visit/ IPD) ในระยะ 1, 3 และ 6 เดือน ของกลุ่มควบคุม (non-LAIs) และกลุ่มทดลอง (LAIs)

ตารางที่ 5 ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียวของตัวแปรที่ศึกษาระหว่างกลุ่มควบคุม (non-LAIs) และกลุ่มทดลอง (LAIs) ก่อนและหลังการบำบัดเดือนที่ 1, 3, และ 6

คะแนน GAF	กลุ่ม LAIs ร้อยละ 50 (n = 25)	กลุ่ม non-LAIs ร้อยละ 50 (n = 25)	Difference between means (95% CI)	P-value
Baseline	22.60 $\pm$ 8.93	37.00 $\pm$ 9.01	14.40 (9.29 – 19.50)	<0.001
Follow up 1M	58.00 $\pm$ 11.80	54.96 $\pm$ 11.84	3.04 (-3.68 – 9.76)	0.368
Change score	35.40 $\pm$ 18.13	17.96 $\pm$ 12.01	17.40 (8.69 – 26.18)	<0.001
ANCOVA			1.59 (-10.36 – 7.17)	0.716
Baseline	22.60 $\pm$ 8.93	37.00 $\pm$ 9.01	14.40 (9.29 – 19.50)	<0.001
Follow up 3M	66.68 $\pm$ 6.86	52.48 $\pm$ 13.25	14.20 (8.19 – 20.20)	<0.001
Change score	44.08 $\pm$ 9.86	15.48 $\pm$ 12.84	28.6 (22.08 – 35.11)	<0.001
ANCOVA			19.62 (12.20 – 27.05)	<0.001*
Baseline	22.60 $\pm$ 8.93	37.00 $\pm$ 9.01	14.40 (9.29 – 19.50)	<0.001
Follow up 6M	71.28 $\pm$ 7.96	46.68 $\pm$ 18.41	24.60 (16.53 – 32.66)	<0.001
Change score	48.68 $\pm$ 10.92	9.68 $\pm$ 17.79	39.00 (30.60 – 47.39)	<0.001
ANCOVA			30.30 (20.10 – 40.51)	<0.001*

* กำหนดระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$ (ANCOVA)

การแพร่ระบาดของสารเสพติดในชุมชนอย่างกว้างขวาง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักตกอยู่ในวงจรการเสพติด (recurrent substance use) ทำให้ไม่สามารถเข้าสู่ภาวะหยุดเสพติดได้อย่างเด็ดขาด พฤติกรรมการเสพติดของผู้ป่วยในชุมชนส่งผลให้ยากที่จะเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และหลายครั้งผู้ดูแลก็ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้พฤติกรรมรุนแรง (SMI-V) เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและยาวนานเกินกว่าระยะเฉียบพลันตามที่ทฤษฎีระบุไว้ ประสิทธิภาพของยาเสพติด LAIs ในการศึกษานี้ไม่ได้มาจากการรักษาตัวโรคเพียงอย่างเดียว แต่สิ่งสำคัญคือช่วยรักษาระดับยาในกระแสเลือดให้คงที่ตลอดเวลาซึ่งเป็นจุดแข็งที่เหนือกว่ายารักษาแบบรับประทานอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในสถานะที่ผู้ป่วยกลับไปเสพติดหรือมีความไม่สม่ำเสมอในการกินยาอันเนื่องมาจากพฤติกรรมกรรมการเสพติด^{14,22} การที่กลุ่ม LAIs มีโอกาสควบคุมความรุนแรงได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมถึง 19.24 เท่า จึงเป็นการยืนยันว่ายาเสพติดสามารถยับยั้งอาการทางจิตและพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างมีประสิทธิภาพแม้ในสถานะแวดล้อมที่ควบคุมการเข้าถึงสารเสพติดได้ยาก นอกจากนั้น การนอนโรงพยาบาล 1 เดือนในระยะแรกซึ่งมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยปลอดภัยจากการเสพติดจนอาการทางจิตสงบลงอย่างชัดเจน (หลังได้รับยาและหยุดเสพติด) ประกอบกับการตรวจไม่พบอาการด้านลบ (negative symptoms) ที่เด่นชัด รวมถึงมีการติดตามต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน ซึ่งถือเป็นระยะเวลาที่เพียงพอในการประเมินความคงตัวของการวินิจฉัย (diagnostic stability) เป็นการยืนยันวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติด (SIPD) ถึงแม้ในอนาคตอีกหลายปีอาจมีผู้ป่วยบางรายได้รับการเปลี่ยนแปลงวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทในภายหลัง แต่ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ในช่วงเวลาที่ความรุนแรงเป็นปัญหาเร่งด่วนทางสังคม การเลือกให้ยาเสพติด LAIs ทำหน้าที่เป็นเกราะคุ้มกันทางยาเป็นกลยุทธ์หลักในการจัดการความเสี่ยงถือเป็นแนวทางที่มีความคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันอันตรายที่จะเกิดแก่ผู้ป่วยและสาธารณชน^{20,25,26} การให้ยาเสพติด LAIs มีบทบาทสำคัญในการรักษาทั้งอาการทางจิตและลดการก่อความรุนแรงได้อย่างเป็นรูปธรรม แม้ผู้ป่วยจะผ่านกระบวนการบำบัดในโรงพยาบาลจนอาการสงบแล้ว แต่เมื่อกลับไปอาศัยในชุมชนตามบริบทจริง ผู้ป่วยมีโอกาสกลับไปเสพติดซ้ำตามสภาพแวดล้อมซึ่งนำไปสู่การกำเริบของอาการทางจิต^{20,24} ดังนั้น การให้ยาเสพติด LAIs จึงเป็นเครื่องมือเชิงรุกที่ช่วยปิดความเสี่ยงในภาวะที่การควบคุมการเข้าถึงสารเสพติดในชุมชนยังเป็นข้อจำกัด^{24,25} การศึกษานี้พบว่ากลุ่ม LAIs มีอัตราการเข้ารับ

การรักษาแบบผู้ป่วยใน (IPD) และห้องฉุกเฉิน (ER) ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสนับสนุนแนวคิดที่ว่า ยาเสพติด LAIs เป็นเครื่องมือเชิงรุกในการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ (relapse prevention) มากกว่าจะเป็นทางเลือกสุดท้าย²¹ นอกจากนี้ มีรายงานว่า การรับประทานอย่างต่อเนื่องจากยาเสพติด LAIs อาจช่วยลดความอยากสารเสพติดและเพิ่มความสามารถในการคิดวิเคราะห์ (cognitive function) ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคะแนนความสามารถโดยรวม (GAF score) ที่เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด (จาก 22.60 เป็น 71.28) ในกลุ่มทดลอง²² ผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับยาเสพติด LAIs สามารถควบคุมความรุนแรงได้ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนถึงความจำเป็นในการใช้ยาเสพติดในสภาวะการณ์จริงของสังคมไทย ซึ่งผู้ป่วยมักมีการเสพติดและเสพติดเป็นประจำจนไม่เกิดช่วงเว้นว่างจากสารเกิน 1 เดือนตามทฤษฎี ส่งผลให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่อง (medication adherence) ทำได้ยากและ ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการได้ แม้ในระยะบำบัด 1 เดือนอาการจะสงบลง แต่เมื่อกลับสู่ชุมชนผู้ป่วยมีโอกาสสูงที่จะกลับไปเสพติดซ้ำตามสภาพแวดล้อมเดิม การใช้ยาเสพติด LAIs จึงทำหน้าที่เป็นเกราะคุ้มกันทางยาที่ช่วยลดโอกาสการกำเริบของอาการทางจิต และการก่อความรุนแรงได้ทันเวลาที่ แม้ในสถานะที่ผู้ป่วยไม่สามารถหยุดเสพติดได้อย่างเด็ดขาด

ด้านความปลอดภัยและการใช้ยาในทางปฏิบัติ แม้การศึกษานี้เกิดขึ้นภายใต้ข้อจำกัดการใช้ยาตามระบบบัญชียาหลักแห่งชาติ ยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (LAIs) จึงเป็นยากลุ่มดั้งเดิมทั้งหมด (haloperidol decanoate, fluphenazine decanoate และ flupentixol decanoate) แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของผลข้างเคียงที่รุนแรงระหว่างกลุ่ม LAIs และ non-LAIs โดยมีอุบัติการณ์รวมที่ต่ำมาก ซึ่งยืนยันว่าการใช้ยาเสพติด LAIs ในผู้ป่วย SMI-V มีความปลอดภัยสูงและเป็นที่ยอมรับได้ (tolerability) สอดคล้องกับการศึกษาในระดับสากลที่พบว่ายาเสพติด LAIs ไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงต่อผลข้างเคียงเมื่อเทียบกับยารับประทานในขนาดที่เท่ากัน และในบางรายอาจพบผลข้างเคียงด้านระบบประสาทและระบบประสาทอัตโนมัติน้อยกว่าด้วย²³ แม้ในปัจจุบันจะยังไม่มีกรอบการใช้ยาเสพติด LAIs ในกลุ่มโรคจิตจากสารเสพติด (SIPD) อย่างชัดเจนโดยตรง แต่ในทางปฏิบัติกลับมีการใช้ยาในกลุ่มนี้อย่างแพร่หลายเพื่อควบคุมอาการรุนแรง²⁴ การศึกษานี้จึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญในการสนับสนุนประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการใช้ยาเสพติด LAIs ในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด (SIPD) โดยเฉพาะในมิติของการ

ควบคุมพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งผลการศึกษพบว่ามีความปลอดภัยสูงและไม่เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงแตกต่างจากกลุ่มยาต้านประสาทอย่างมีนัยสำคัญ ข้อมูลนี้จะช่วยสร้างความมั่นใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์ในการตัดสินใจใช้ยาภายใต้สภาวะวิกฤตที่ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยมักอยู่ในระดับต่ำ¹⁴

งานวิจัยส่วนใหญ่ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของยาฉีด LAIs มักมุ่งเน้นไปที่กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นหลัก²⁶ ในขณะที่งานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงกลับมีจำกัดอย่างมาก ทั้งที่เป็นปัญหาหลักในระบบสาธารณสุข การวิจัยครั้งนี้จึงถือเป็นนวัตกรรมและเป็นงานวิจัยลำดับแรกๆ ในประเทศไทยที่ศึกษาการใช้ยาฉีด LAIs ในกลุ่มโรคจิตจากสารเสพติด (SIPD) โดยตรง ซึ่งช่วยเติมเต็มช่องว่างและสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของยาฉีด LAIs ในการประยุกต์ใช้ได้โดยมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความซับซ้อน ซึ่งมักถูกตัดออกจากการวิจัยทางคลินิกส่วนใหญ่²² เกิดประโยชน์ภายใต้บริบทเวชปฏิบัติในสภาวะการณ์จริงของระบบบริการสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม การนำผลการศึกษาไปใช้เชิงนโยบายควรอาศัยหลักฐานเพิ่มเติมจากการศึกษาที่หลากหลายมากขึ้น ผลการศึกษานี้เป็นอีกข้อมูลที่สนับสนุนการพัฒนาแนวทางดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดในประเทศไทย ตลอดจนช่วยส่งเสริมการเข้าถึงยาฉีด LAIs อย่างเหมาะสม และอาจเป็นข้อพิจารณาหนึ่งของ standard protocol ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูงในระบบบริการสุขภาพของประเทศ เพื่อเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสังคมต่อไป

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการที่ควรพิจารณาในการแปลผลประการแรก เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองในสถานการณ์บริการจริง (real-world study) ที่ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และไม่มี การสุ่มเข้ากลุ่มรักษา ทำให้ข้อมูลพื้นฐานบางประการของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันตั้งแต่เริ่มต้น โดยเฉพาะกลุ่มที่ได้รับยาต้านอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (LAIs) ซึ่งมีความรุนแรงของอาการและพฤติกรรมรุนแรงสูงกว่า สะท้อน confounding by indication จากการเลือกใช้ยาในเวชปฏิบัติจริง แม้ว่าจะใช้การจับคู่กลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งวิเคราะห์ด้วย ANCOVA และ Multiple logistic regression เพื่อลดผลกระทบดังกล่าวแล้ว แต่อคติจากความแตกต่างตั้งแต่เริ่มต้นและ regression to the mean อาจยังคงมีอยู่

ประการที่สอง จำนวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะในช่วงติดตาม 6 เดือน ส่งผลให้ค่า Adjusted Odds Ratio มีช่วงความเชื่อมั่นกว้าง ซึ่งอาจสะท้อน sparse-data bias และความไม่แน่นอนของค่าประมาณ นอกจากนี้ ขนาดตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็กอาจส่งผลต่อข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ทางสถิติบางประการ และการวิเคราะห์ผลลัพธ์ในแต่ละช่วงเวลาด้วยการทดสอบหลายครั้งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อ Type I error เมื่อเทียบกับการใช้แบบจำลองข้อมูลตามยาว เช่น generalized estimating equations (GEE) หรือ mixed-effects models

ประการที่สาม การศึกษาไม่สามารถปกปิดชนิดของการรักษาได้ จึงอาจเกิด observer bias ต่อผลลัพธ์ที่อาศัยการประเมินของผู้ประเมิน เช่น คะแนน GAF แม้ว่าจะมีการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลโดยจิตแพทย์ก่อนการวิเคราะห์ก็ตาม อีกทั้งการรักษาตามมาตรฐาน (treatment as usual) มีความแตกต่างด้านชนิดยา ขนาดยา การใช้ยา ร่วม การบำบัดสารเสพติด และการฟื้นฟูทางจิตสังคม ซึ่งอาจเป็น residual confounders ที่ไม่ได้ควบคุมทั้งหมด

ประการที่สี่ ระยะเวลาติดตามเพียง 6 เดือน อาจยังไม่เพียงพอสำหรับการประเมิน diagnostic stability ของโรคจิตจากสารเสพติด (SIPD) และผลไม่พึงประสงค์ระยะยาวของยาฉีด LAIs เช่น tardive dyskinesia หรือความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม ผู้ป่วยบางรายอาจได้รับการวินิจฉัยเปลี่ยนแปลงเป็นโรคจิตเภทหรือโรคในกลุ่ม schizophrenia spectrum ในระยะยาว ซึ่งอาจมีผลต่อการตีความผลการรักษา

สุดท้ายงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลแห่งเดียว มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 50 ราย เป็นเพศชายทั้งหมด และใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จึงควรตีความผลภายใต้บริบทของประชากรที่ศึกษา ควรระมัดระวังในการอ้างอิงไปยังประชากรอื่นโดยตรง อีกทั้งงานวิจัยนี้ศึกษา ยาฉีด LAIs เฉพาะกลุ่มดั้งเดิม (First-Generation Antipsychotics; FGAs) จึงไม่สามารถสรุปผลไปยังยาฉีดกลุ่มใหม่ (Second-Generation Antipsychotics; SGAs) ได้ ในอนาคตควรมีการศึกษาแบบ multicenter study มีขนาดตัวอย่างใหญ่ขึ้น ใช้การสุ่มเข้ากลุ่มรักษา ระยะเวลาติดตามยาวนานขึ้น ประยุกต์ใช้แบบจำลองข้อมูลตามยาว และเปรียบเทียบทั้งประสิทธิผล ความปลอดภัย และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ระหว่าง LAIs กลุ่ม FGAs และ SGAs เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและนโยบายในอนาคต

สรุป

ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด (SIPD) ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) และได้รับการรักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (LAIs) มีแนวโน้มลดพฤติกรรมรุนแรงลดอัตราการกลับมาซ้ำซ้ำ และมีระดับความสามารถโดยรวม (GAF) ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาตาม (GAF) ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาตาม ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน นอกจากนี้ไม่พบความแตกต่างของอุบัติการณ์ผลข้างเคียงรุนแรงระหว่างทั้งสองรูปแบบการรักษาซึ่งสะท้อนว่า LAIs อาจเป็นทางเลือกทางคลินิกที่มีแนวโน้มประสิทธิภาพสูงในผู้ป่วยกลุ่มที่มีปัญหาความร่วมมือในการรักษา มีความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำและมีพฤติกรรมรุนแรง โดยเฉพาะในบริบทสถานการณ์จริงของระบบบริการสุขภาพที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ศ.ดร.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตลอดจนผู้ที่เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ทำให้การศึกษานี้สำเร็จ

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ไม่มี

เอกสารอ้างอิง

1. United nations office on drugs and crime. World Drug Report 2022 [Internet]. Vienna: UNODC; 2022 [cited 2025 Sep 1]. Available from: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>
2. Degenhardt L, Whiteford HA, Ferrari AJ, Baxter AJ, Charlson FJ, Hall WD, et al. Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the global burden of disease study 2010. *Lancet* 2013; 382(9904): 1564-74.
3. Office of the narcotics control board. Thailand narcotics control annual report 2022 [Internet]. Bangkok: Office of the narcotics control board; 2022 [cited 2025 Sep 1]. Available from: <https://aseannarco.oncb.go.th/uploads/Ebook/pdf/1811339084713505.pdf>
4. Piriyaangsan S. Economic and social costs from drug abuse control policy of the Thai government. *ART* 2018; 23(1): 13-35.
5. Thai health promotion foundation. Thai health 2025 [Internet]. 2025 [cited 2025 Sep 1]. Available from: https://www.thaihealth.or.th/wp-content/uploads/2025/11/ENG_THR-Final.pdf
6. Yaimai W, Oopakarn K, Phumvichitr CH, Anukulkijkul CH, Phonnopparat N, Yindeepolcharoen N, et al. Prevalence and associated risk factors of substance abuse among adolescents in rural communities, central Thailand: a cross-sectional study. *J Southeast Asian Med Res* 2019;3(2): 73-81.
7. Fazel S, Grann M. The population impact of severe mental illness on violent crime. *Am J Psychiatry* 2006;163(8): 1397-403.
8. Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66(2):152-161.
9. Swanson JW, Holzer 3rd CE, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41(7):761-70.
10. Witt K, Dorn RV, Fazel S. Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS One* 2013; 8(2): e55942.
11. United nations office on drugs and crime. Treatment of stimulant use disorders: current practices and promising perspectives [Internet]. 2019 [cited 2025 Sep 1]. Available from: https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/Treatment_of_PSUD_for_website_24.05.19.pdf
12. Kishimoto T, Robenzadeh A, Leucht C, Leucht S, Watanabe K, Mimura M, et al. Long-acting injectable vs oral antipsychotics for relapse prevention in schizophrenia: a meta-analysis of randomized trials. *Schizophr Bull* 2014; 40(1): 192-213.
13. Department of mental health. Manual of care system for psychiatric patients with high risk of violence: for institutes/hospitals under the department of mental health. 1st ed. Bangkok: Prosperous plus Co., Ltd.; 2020.
14. Drake RE, Mueser KT, Brunette MF, McHugo GJ. A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatr Rehabil J* 2004; 27(4):360-74.
15. Monahan J. Violence risk assessment: scientific validity and evidentiary admissibility [Internet]. 2000 [cited 2025 Sep 1]. Available from: <https://scholarlycommons.law.wlu.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=&httpsredir=1&article=1323&context=wlulr>
16. Department of mental health. Annual report 2023 [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 15]. Available from: https://kkhos.moph.go.th/kkhos/data_workmanual/mentalhealth_2023.pdf
17. Jeong HG, Lee MS. Long-acting injectable antipsychotics in first-episode schizophrenia. *Clin Psychopharmacol Neurosci* 2013; 11(1):1-6.
18. Auxilia AM, Buoli M, Caldiroli A, Carnevali GS, Tringali A, Nava R, et al. High rate of discontinuation during long-acting injectable antipsychotic treatment in patients with psychotic disorders. *Biomedicine* 2023; 11(2):314.
19. Naowarat S. Psychosocial rehabilitation for schizophrenic patients in a homeless protection center, Southern. *J Somdet Chaopraya Inst Psychiatr* 2019;13(1):1-10.
20. Mohr P, Knytl P, Voráčková V, Bravermanová A, Melicher T. Long-acting injectable antipsychotics for prevention and management of violent behaviour in psychotic patients. *Int J Clin Pract* 2017; 71(9).

21. Rubio JM. The evolving role of long-acting injectable antipsychotics. *Focus* 2026; 24(2).
22. Coles AS, Knezevic D, George TP, Correll CU, Kane JM, Castle D. Long-acting injectable antipsychotic treatment in schizophrenia and co-occurring substance Use disorders: a systematic review. *Front Psychiatry* 2021; 12(808002). doi: 10.3389/fpsyt.2021.808002
23. Rodolico A, Francesca S, Cutrufelli P, Privitera G, Castellano S, Concerto C, et al. Disability and adverse effects of oral versus long-acting injectable antipsychotics in schizophrenia-spectrum and bipolar disorder: a comparison based on data-driven Taxonomy. *Clin Drug Investig* 2024; 44(9):715-727.
24. D'Agostino A, Aguglia A, Barbui C, Bartoli F, Carrà G, Cavallotti S, et al. Off-label long acting injectable antipsychotics in real-world clinical practice: a cross-sectional analysis of prescriptive patterns from the STAR Network DEPOT study. *BMC Psychiatry* 2022; 22:442.
25. Přikryl R, Kučerová HP, Vrzalová M, Češková E. Role of long-acting injectable second-generation antipsychotics in the treatment of first-episode schizophrenia: a clinical perspective. *Schizophr Res Treat* 2012; 2012:764769.
26. Zolezzi M, Abouelhassan R, Eltorki Y, Haddad PM, Noorizadeh M. Long-acting injectable antipsychotics: a systematic review of their non-systemic adverse effect profile. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2021; 17:1917–26.