



วารสาร

สุขภาพจิต

แห่งประเทศไทย

ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2563
Volume 28 Number 1 January – March 2020
www.tci-thaijo.org/index.php/jmht

- 👤 การศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน:
การศึกษานำร่อง
วิริยอร์ จุมพระบุตร โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ
- 👤 การตรวจคัดกรองโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่และปัจจัยที่สัมพันธ์ในนักศึกษาชั้นปีที่ 1
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
เต็มหทัย นาคเทวัญ จตุรพร แสงกุล
- 👤 อาการถอนกระท่อมที่ทำให้ทุกข์ทรมานของผู้เสพติดกระท่อมในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา
อมรรัตน์ บางพิเชษฐ์
- 👤 การพัฒนาแบบวัดความเครียดสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางการมองเห็น
ธีรศักดิ์ สาตรา กนกวรรณ ไชยสุรยกานต์ สุธีรา ภัทรายุทธวรรณ
- 👤 ความตรงและความเชื่อถือได้ของดัชนีชี้วัดความเครียดผู้ปกครองของเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 12 ปี
สุนทรี ศรีโกไสย พัทรี หมื่นชัย ชญาพร คำฟู
ศิริวรรณ ทวีวัฒนปรีชา รัตนา สายพานิชย์
- 👤 ระยะเวลาการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีอาการทางจิตเวชในประเทศไทย จากการสำรวจระดับชาติ
สุขภาพจิตแห่งชาติ
นพดล วาณิชกิติ สุธธา สุปัญญา ปทานนท์ ขวัญสนิท
นพพร ต้นติรังสี พันธน์ภา กิตติรัตนไพบูลย์
- 👤 การพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามโนทัศน์ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ อรพิน ยอดกลาง วิภาดา คณะไชย
จารุนันท์ คำชมภู สาคร บุปผาเฮ้า

Journal of
Mental Health of Thailand

ISSN 0859-497X
E-ISSN 2697-567X

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

คณะที่ปรึกษา

อธิบดีกรมสุขภาพจิต

นพ.มล.สมชาย จักรพันธุ์

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์

บรรณาธิการกิตติมศักดิ์

ศ.นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์

World Association for Psychosocial
Rehabilitation (WAPR)

บรรณาธิการ

พญ.พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์

สำนักวิชาการสุขภาพจิต

รองบรรณาธิการ

ดร.นพ.นพพร ตันติรังสี

ดร.นพ.อธิป ตันอารีย์

นพ.สุทธา สุปัญญา

ดร.นพ.วรงค์ โชติพิทยสุนนท์

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

สำนักวิชาการสุขภาพจิต

กองบรรณาธิการ

ศ.พญ.ดร.สวาทรี อัมมณังกรชัย

ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล

รศ.พญ.พรจิรา บริวรัชกุล

รศ.พญ.ศิริจิต สุทธิจิตต์

รศ.นพ.ดร.ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์

ผศ.ดร.ดร.ณัฐ ภูขาว

พญ.เบญจพร ปัญญา

พญ.ดุชนันท์ จิตศิริกุลวิทย์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยมหิดล

ข้าราชการบำนาญ

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น

ราชนครินทร์

ดร.นพ.พิทักษ์พล บุญมาลิก

ดร.สุตา วงศ์สวัสดิ์

ดร.ทรรษา เศรษฐบุปผา

กองตรวจราชการ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บรรณาธิการต่างประเทศ

Prof.Walter Ling, M.D

Assoc.Prof.Robert Ali, M.D

Rudy RD Bogioan, M.D.

University of California, Los Angeles, USA

University of Adelaide, Australia

Independent Professional Role

บรรณาธิการบริหาร (สำนักวิชาการสุขภาพจิต)

ดร.โสฬสวรรณ อินทสิทธิ์

นายภพธร วุฒินาร

กองบรรณาธิการฝ่ายจัดการ (สำนักวิชาการสุขภาพจิต)

นางสาวสมพร อินทร์แก้ว

นางจิตติญา จันทพรหม

นางสาวสิริกุล จุลศิริ

นางณณินดา คำเขียว

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต เพื่อเป็นช่องทางสำหรับเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ และเป็นสื่อกลางเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพจิต

กำหนดออก:

ปีละ 4 ฉบับ (ราย 3 เดือน) เดือนมกราคม เมษายน กรกฎาคม และตุลาคม

ดาวน์โหลดและส่งบทความ:

www.tci-thaijo.org/index.php/jmht

การติดต่อ:

กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

สำนักวิชาการสุขภาพจิต ชั้น 3 อาคาร 2 กรมสุขภาพจิต

88/20 ถนนติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมืองนนทบุรี

จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0-2590-8254, 8183 โทรสาร 0-2149-5539

e-mail: jmht.dmh@gmail.com

บทความที่จะตีพิมพ์ให้ปฏิบัติตาม “คำแนะนำผู้พิมพ์” ของ
วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

หมายเหตุ:

ผู้อ่านสามารถนำข้อความ ข้อมูลจากวารสารไปใช้ไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการได้ เช่น เพื่อการสอน เพื่อการอ้างอิง แต่การนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่น เช่น เพื่อการค้า จะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากกรมสุขภาพจิตก่อน

ความคิดเห็น ข้อมูล และบทสรุปต่างๆ ที่ลงตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย เป็นของผู้เขียนบทความ และมีได้แสดงว่ากองบรรณาธิการหรือกรมสุขภาพจิตเห็นพ้องด้วย



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

ISSN 0859-497X

E-ISSN 2697-567X

Journal of Mental Health of Thailand

Advisory board

Director General of Department of Mental Health (DMH)
Deputy Directors of Department of Mental Health (DMH)
M.L.Somchai Chakraband, M.D.
Yongyud Wongpiromsam, M.D.

Honorary Editor

Prof.Pichet Udomratn, M.D. World Association for Psychosocial
Rehabilitation (WAPR)

Editor-in-Chief

Phunnapa Kittirattanapaiboon, M.D. Bureau of Mental Health
Academic Affairs

Associate Editors

Nopporn Tantirangsee, M.D., Ph.D. Mental Health Center 12
Athip Tanaree, M.D., Ph.D. Songkhla Rajanagarindra Psychiatric
Hospital
Suttha Supanya, M.D. Somdet Chaopraya Institute of
Psychiatry
Varoth Chotpitayasunondh, M.D., Ph.D. Bureau of Mental Health
Academic Affairs

Editorial Board

Prof.Sawitri Assanangkornchai, M.D., Ph.D. Prince of Songkla University
Prof.Suwanna Arunpongpaisal, M.D. Khon Kaen University
Assoc.prof. Pornjira Pariwatcharakul, M.D. Mahidol University
Assoc.prof.Sirijit Suttajit Chiang Mai University
Assoc.prof.Tawanchai Jirapramukpitak, M.D., Ph.D. Mahidol University
Asst.prof.Darunee Phukao, Ph.D. Mahidol University
Benjaporn Panyayong, M.D. Retired government employee
on person
Dutsadee Juengsiragulwit, M.D. Child and Adolescent Mental
Health Rajanagarindra Institute
Pitakpol Boonyamalik, M.D.,Ph.D. Government Inspectorat Office of the
Permanent Secretary for Public Health
Suda Wongsawat, Ph.D. Division of Mental Health Promotion
and Development
Hunsa Sethabouppha, Ph.D. Chiang Mai University

International Editors

Prof.Walter Ling, M.D. University of California, Los Angeles, USA
Assoc.Prof.Robert Ali, M.D. University of Adelaide, Australia
Rudy RD Bogioian, M.D. Independent Professional Role

Managing Editors (Bureau of Mental Health Academic Affairs)

Ms.Sorawan Intasitti, Ph.D. Mr.Phopthorn Wuttiarn

Managing Staffs (Bureau of Mental Health Academic Affairs)

Ms.Somporn Inkaew Ms.Sirikul Chulkeeree
Mrs.Thitiya Jantaprom Mrs.Chanita Dumkhaew

The Journal of Mental Health of Thailand is the official journal of the Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. Its objective is to disseminate mental health and psychiatric research in order to distribute and share experience amongst health and mental health personnel.

Free subscription:

Free access online: Every 3 months or 4 volumes/year

Download and Submission:

www.tci-thaijo.org/index.php/jmht

Contact:

Journal of Mental Health of Thailand
Bureau of Mental Health Academic Affairs, Building 2, 3rd floor
Department of Mental Health, Ministry of Public Health
88/20 Tiwanon Road, Nonthaburi, 11000 Thailand.
Tel. +66-2590-8254, 8183 Fax. +66-2149-5539
e-mail: jmht.dmh@gmail.com

Remark:

Authorization to photocopy items for internal or personal use of specific clients, is granted. The consent does not extend to other kinds of copying, such as for general distribution, for advertising, or for resale.

Unless otherwise states, the views and opinion expressed in Journal of Mental Health of Thailand are those of authors of the papers, and do not represent those of the editorial board or the Department of Mental Health.

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2563

สารบัญ	หน้า
บรรณาธิการแถลง รายงานเบื้องต้น	A 1
นิพนธ์ต้นฉบับ	
การศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการ ดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน: การศึกษานำร่อง วิริย์อร จุมพระบุตร โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ	16
การตรวจคัดกรองโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่และปัจจัยที่สัมพันธ์ ในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เต็มหทัย นาคเทวัญ จตุรพร แสงกุล	30
อาการถอนกระท่อมที่ทำให้ทุกข์ทรมานของผู้เสพยาเสพติดกระท่อม ในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา อมรรัตน์ บางพิเชษฐ์	43
การพัฒนาแบบวัดความเครียดสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์ สำหรับผู้พิการทางการมองเห็น ธีรศักดิ์ สาตรา กนกวรรณ ไชยสุรยกานต์ สุธีรา ภัทรายุตวรรัตน	56
ความตรงและความเชื่อถือได้ของดัชนีชี้วัดความเครียดผู้ปกครอง ของเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 12 ปี สุนทรี ศรีโกไสย พิชรี หมั่นชัย ชฎาพร คำฟู ศิริวรรณ ทวีวัฒนปรีชา รัตนา สายพานิชย์	72
ระยะเวลาการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีอาการทางจิตเวชในประเทศไทย จากการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตแห่งชาติ นพดล วาณิชชิตี สุทธา สุปัญญา ปทานนท์ ขวัญสนิท นพพร ตันติรังสี พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์	86
การพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามโนทัศน์ในผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความคิด และพฤติกรรมฆ่าตัวตาย อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ อรพิน ยอดกลาง วิภาดา คณະไชย จารุนันท์ คำชมภู สาคร บุปผาเฝ้า	



Journal of Mental Health of Thailand

Volume 28 Number 1 January - March 2020

CONTENTS PREFACE		Page
EDITORIAL ORIGINAL		A
PRELIMINARY REPORT	Feasibility study of clinical practice guideline for adolescents with depression in community at district level: a pilot study	1
	Wireeon Joomprabutra Chosita Pavasutthipaisit	
ARTICLES	The screening of adult attention deficit hyperactivity disorder and related factors in the first-year students at Prince of Songkla University	16
	Temhathai Nakthewan Jaturaporn Sangkool	
	The distressing withdrawal symptoms of Kratom dependent patients in the psychiatric clinic of Takuapa hospital, Phang-nga province, Thailand	30
	Amornrut Bangphichet	
	The development of a computerized version of the Thai stress test for visual handicap	43
	Teerasakdi Satra Kanokwan Chaiyasurayakan	
	Sucheera Phattharayuttawat	
	Validity and reliability of the Parenting Stress Index of children aged 1 month to 12 years	56
	Soontaree Srikosai Patcharee Moanchai	
	Chadaporn Kamfou Siriwan Taweewattanaprecha	
	Ratana Saipanish	
	Duration of untreated period of psychiatric conditions in Thailand: Results from the Thai National Mental Health Survey	72
	Noppadol Vanichrudee Suttha Supanya	
	Patanon Kwansanit Nopporn Tantirangsi	
	Phunnapa Kittirattanapaiboon	
	The development of problem-solving therapy program for psychiatric patients with suicidal ideations and behaviors (PST-PPS)	86
	Akkaradech Klinpi boon Orapin Yodklang	
	Vipada Kaanachai Jarunan Kamchompoo	
	Sakon Bupahouse	
INSTRUCTION TO AUTHORS		i



บรรณาธิการแถลง

เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2563 ที่ผ่านมา ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทยได้ประกาศผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI (Thai-journal Citation Index: TCI) รอบที่ 4 พ.ศ. 2563-2567 โดยวารสารที่อยู่ในฐาน TCI ได้แบ่งระดับออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่ม 1 กลุ่ม 2 และ กลุ่ม 3 วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยได้รับการประเมินคุณภาพให้อยู่ในกลุ่มที่ 1 (Tier 1) ซึ่งมีเพียงร้อยละ 21.7 จากทั้งหมด 855 วารสาร ทั้งนี้ วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจะยังคงพัฒนาคุณภาพผลงานวิชาการ เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน สังคม ประเทศชาติต่อไป

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ฉบับแรกของปีที่ 28 พ.ศ. 2563 นี้ มีบทความน่าสนใจหลายเรื่อง อาทิเช่น การพัฒนาเครื่องมือทางจิตวิทยา เรื่อง *การพัฒนาแบบวัดความเครียดสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางการมองเห็น* โดย อีรศักดิ์ สัตรา และคณะ และเรื่อง *ความตรงและความเชื่อถือได้ของดัชนีชี้วัดความเครียดผู้ปกครองของเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 12 ปี* โดย สุนทรี ศรีโกสย และคณะ บทความเชิงระบาดวิทยาในปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญ เรื่อง *การตรวจคัดกรองโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่และปัจจัยที่สัมพันธ์ในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์* โดย เต็มหทัย นาคเทวัญ และ จตุพร แสงกุล เรื่อง *อาการถอนกระท่อมที่ทำให้ทุพภิกขภัยของผู้เสพยากระท่อมในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา* โดย อมรรัตน์ บางพิเชษฐ์ และเรื่อง *ระยะเวลาการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีอาการทางจิตเวชในประเทศไทย จากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตแห่งชาติ* โดย นพดล วาณิชชิต และคณะ และมีบทความวิจัยและพัฒนา เรื่อง *การพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย* โดย อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะ รวมทั้งรายงานวิจัยเบื้องต้น เรื่อง *การศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน: การศึกษานำร่อง* โดย วิริยอร จุมพระบุตร และโซชิตา ภาวสุทธิไพศิฐ

ในนามของกองบรรณาธิการขอเรียนแจ้งว่า วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 เป็นต้นไป จะปรับเปลี่ยนจำนวนฉบับ จากกำหนดเดิมเผยแพร่ 3 ฉบับต่อปี (ราย 4 เดือน) เป็น 4 ฉบับต่อปี (ราย 3 เดือน) เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของนักวิชาการ โดยยังคงคุณภาพดังเดิม และจะเปลี่ยนรูปแบบการเผยแพร่เป็นวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (e-journal) เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดการลดการใช้กระดาษ (paperless) ซึ่งจะใช้เลขมาตรฐานสากลประจำวารสาร E-ISSN 2697-567X (online) รายละเอียดสามารถดูได้ใน www.tci-thaijo.org/index.php/jmht หากต้องการสอบถามเพิ่มเติม ติดต่อมาได้ที่กองบรรณาธิการฯ ค่ะ

พญ.พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์

บรรณาธิการ

รายงานเบื้องต้น

การศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการ ดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน: การศึกษานำร่อง

วันรับ : 21 เมษายน 2562

วันแก้ไข : 12 ธันวาคม 2562

วันตอบรับ : 23 ธันวาคม 2562

วิริย์อร จุมพระบุตร, พ.บ.¹

โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พ.บ.²

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์¹

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามาใช้ในชุมชนระดับอำเภอ และศึกษาปัจจัยเกี่ยวข้องในการนำไปใช้ในระบบสาธารณสุขของพื้นที่นำร่องอำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

วิธีการ: เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เลือกพื้นที่การศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง และกลุ่มเป้าหมายยินดีเข้าร่วมการวิจัยดำเนินการอบรมแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ร่วมกับประจําชุมชนระดมสมองบุคลากรกลุ่มเป้าหมายและนำไปใช้เป็นเวลา 6 เดือน เก็บข้อมูลผลการทดลองใช้ด้วยการตอบแบบสอบถาม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสรุปอุปนัยจากการบันทึกที่ร่วมกับเสนอข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผล: กลุ่มอาสาสมัครทั้งหมด 47 คน เป็นบุคลากรทางการศึกษาของสถานศึกษาในอำเภอ และบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน ที่ได้ทดลองนำแนวปฏิบัติฯ นี้ไปใช้ตามขั้นตอนการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับโรงเรียนจนถึงโรงพยาบาลชุมชน พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการนำไปขยายผลเชิงระบบคือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องเห็นความสำคัญของการคัดกรอง สังเกตเด็ก การทำงานเชื่อมประสานระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ และการประยุกต์ระบบและองค์ความรู้เข้ากับระบบเดิมที่มีอยู่

สรุป: แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริงในชุมชน แต่อาจต้องมีการปรับเนื้อหาหรือขั้นตอนเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทระบบในแต่ละพื้นที่

คำสำคัญ: ซึมเศร้า แนวปฏิบัติทางคลินิก วัยรุ่น

ติดต่อผู้นิพนธ์: วิริย์อร จุมพระบุตร; e-mail: wireeon@yahoo.com

Preliminary report

Feasibility study of clinical practice guideline for adolescents with depression in community at district level: a pilot study

Received : 21st April 2019

Revised : 12th December 2019

Accepted : 23rd December 2019

Wireeon Joomprabutra, M.D.¹

Chosita Pavasutthipaisit, M.D.²

Prasimahabhodi psychiatric hospital¹

Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute²

Abstract

Objectives: To study the feasibility of clinical practice guideline (CPG) for adolescents with depression and related factors affecting its usage at Loeng Nok Tha District, Yasothorn Province.

Methods: This is a qualitative study conducted in the selective community based on community-based participatory research. The participants were trained and brain storm discussion on using the CPG. The qualitative data were collected from both primary and secondary sources after applying the CPG for 6 months. The primary data were obtained through focus-group discussions and in-depth interviews with the participants while the secondary data were gathered from observation, published reports, and governmental documents. The data were analyzed using content analysis, and the socio-demographic data were presented using descriptive statistics.

Results: Overall, the 47 participants consisted of education and health personnel in the district. All applied the CPG to develop steps processes for the at risk or depressed adolescent from schools to hospitals. The related factors affecting the CPG implementation were the awareness of the importance of depression screening in youths, the local collaboration between schools and health services and the practical integration of CPG with the existing students' care system.

Conclusion: The CPG is practical for helping the adolescents with depression and can be applied in community with community participation, however the local context should be considered for the adaptation as appropriate.

Keyword: adolescent, clinical practice guideline, depression

Corresponding author: Wireeon Joomprabutra; e-mail: wireeon@yahoo.com

บทนำ

ภาวะซึมเศร้า¹ เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญ มีการคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2563 โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) จะก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life years, DALYs) ของประชากรโลกที่สำคัญเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด² ในประเทศไทยพบว่าโรคซึมเศร้าก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับ 4 ในเพศหญิงและเป็นอันดับ 10 ในเพศชาย³ ความชุกของปัญหาซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นอยู่ที่ร้อยละ 5.0-10.0 และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ บางรายงานพบว่าสูงถึงร้อยละ 15.0-20.0 ได้^{4,5} ความชุกชีวิตของโรคนี้เพิ่มมากขึ้นตามช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบความชุกร้อยละ 2.0 ในเด็กวัยเรียน และเพิ่มเป็นร้อยละ 4.0-8.0 ในวัยรุ่น⁴ นอกจากนี้ยังมีโอกาสในการกลายเป็นโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ได้

จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นในกรุงเทพมหานครของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อปี พ.ศ. 2548 พบวัยรุ่นมีปัญหาซึมเศร้าถึงร้อยละ 19.9 โดยมีแนวโน้มฆ่าตัวตายร้อยละ 12.0 และพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 8.0 แต่การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตของสาธารณสุขมีเพียงร้อยละ 20.0⁶ ในปี พ.ศ. 2559 กรมสุขภาพจิตได้ทำการศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นอายุ 13-15 ปี ระดับประเทศพบความชุกปัจจุบันร้อยละ 2.0 และความชุกชีวิต ร้อยละ 2.5⁷ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านี้มักพบโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย เช่น โรควิตกกังวล (anxiety disorders) โรคพฤติกรรมเกร (conduct disorder) และภาวะติดสารเสพติด (substance use disorder) ซึ่งส่งผลต่อการสูญเสียความสามารถในการเรียน การทำงาน และการเข้าสังคมหรือนำไปสู่ภาวะ

ฆ่าตัวตายได้⁸ นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักในการฆ่าตัวตายซึ่งเป็นสาเหตุอันดับสองของการตายในวัยรุ่นทั่วโลก⁹ อย่างไรก็ตามภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมักถูกมองข้ามเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจของประชาชนรวมถึงการตระหนักถึงโรคซึมเศร้าในระบบสุขภาพ ที่ผ่านมารกรมสุขภาพจิตได้ดำเนินการระบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าในระดับประเทศ ตั้งแต่การณรงค์สร้างความรู้ ความเข้าใจในโรคนี้ผ่านสื่อต่างๆ การเฝ้าระวังโรค การค้นหา คัดกรอง และการวินิจฉัยรักษาและการช่วยเหลือทางจิตใจสังคม แต่การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของวัยรุ่นยังอยู่ในระดับต่ำ อีกทั้งด้วยลักษณะของวัยรุ่นเองที่ส่วนใหญ่ไม่คุ้นเคยกับการไปพบบุคลากรทางสุขภาพจิตเพื่อช่วยในการแก้ไขปัญหาของตน ดังนั้นการป้องกันและดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นโรงเรียนจึงเป็นสถานที่ที่เหมาะสมที่สุดในการจัดระบบดูแลเฝ้าระวังวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เพราะมีระบบที่เอื้อต่อการเรียนรู้และเป็นสังคมที่วัยรุ่นใช้ชีวิตอยู่ในแต่ละวัน¹⁰⁻¹² อย่างไรก็ตามการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นของประเทศไทย ยังมีการดำเนินการค่อนข้างจำกัดทั้งๆ ที่ประเทศไทยมีระบบดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตแก่นักเรียนในระบบการศึกษามานานแล้ว โดยกำหนดให้ครูใช้ Strength and Difficulty Questionnaire (SDQ) เป็นเครื่องมือคัดกรองปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กนักเรียนทุกปี แต่การดำเนินการยังไม่ครอบคลุม การส่งต่อเด็กและวัยรุ่นมารับบริการสุขภาพจิตยังน้อย อาจเนื่องจากไม่มีบริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในบริเวณใกล้เคียง ผู้ปกครองไม่ต้องการนำเด็กเข้ารับบริการจิตเวช รวมถึงครูมีภาระงานมาก

ไม่มั่นใจในเรื่องสุขภาพจิตไม่สามารถดูแลเด็กในห้องเรียนได้

แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า (clinical practice guideline for adolescents with depression: CPG) เป็นแนวทางที่นำข้อเสนอแนะต่างๆ ที่ได้จากมาจากการหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ จัดทำร่วมกันโดยราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2560¹³ ดังนั้น เพื่อการพัฒนาระบบการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ร่วมกับระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน คณะผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าทดลองใช้ในระดับอำเภอด้วยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชนที่เกี่ยวข้อง รวมถึงศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จของการนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้จริง เพื่อนำมาวางแผนระบบบริการสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น และยกระดับมาตรฐานการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าของประเทศต่อไป

วิธีการ

การศึกษานี้อยู่ภายใต้โครงการศึกษาวิจัยเพื่อดำเนินงานสร้างเสริมศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทยยุคใหม่ (smart citizen) โดยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชน (community-based participatory research) กลุ่มประชากรที่ศึกษาคือ บุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาในพื้นที่อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยให้มีตัวแทนจากทุกตำบลของพื้นที่อำเภอเลิงนกทา ตำบลขนาดใหญ่จะมีตัวแทน

จากทางสาธารณสุข 1 คนและตัวแทนจากโรงเรียนจากตำบลอื่นๆ 2 คน และตำบลขนาดเล็กจะมีตัวแทนจากสาธารณสุขและจากโรงเรียนอย่างละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 52 คน เป็นบุคลากรทางสาธารณสุข 24 คน และบุคลากรทางการศึกษา 28 คน คุณสมบัติที่กำหนดคือเป็นผู้ปฏิบัติงานกับวัยรุ่นในพื้นที่และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา โดยครั้งแรกจะเข้าอบรมการใช้แนวปฏิบัติฯ และเทคนิคการให้คำปรึกษาเบื้องต้น ก่อนมอบให้แต่ละพื้นที่นำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ แล้วจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อแลกเปลี่ยนผลการดำเนินการในแต่ละพื้นที่ รวมถึงปัญหาอุปสรรคที่พบ ทำสนทนากลุ่ม (focus group discussion) 2 กลุ่ม 1 ครั้งใช้เวลาประมาณ 90 นาที (แยกตามวิชาชีพ) (ประเด็นคำถาม คือ ความคิดเห็นหลังจากอ่านคู่มือแล้วทั้งแง่บวกและแง่ลบ เข้าใจเนื้อหาของคู่มือหรือไม่ ได้นำไปใช้จริงหรือไม่ และมีปัญหาอุปสรรคอย่างไรต่อการนำไปใช้หรือการปฏิบัติงาน สามารถนำไปใช้ได้จริงถึงขั้นตอนไหน โดยกลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุข กับ ทางการศึกษาใช้คำถามแนวเดียวกัน) และเลือกมาทำสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) จำนวน 6 คน (กุมารแพทย์ 1 คน พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน พยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลเลิงนกทา 1 คน ครูโรงเรียนประถม 1 คน ครูโรงเรียนมัธยม 1 คน และครูระดับอุดมศึกษา 1 คน) ใช้เวลาประมาณ 40-60 นาทีคนละ 1 ครั้ง โดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 2 คน นักจิตวิทยา 1 คนและพยาบาลจิตเวช 1 คน จากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

การเก็บข้อมูลเป็นรูปแบบผสม (mixed methods) ตามความสอดคล้องของบริบทพื้นที่ที่นำร่อง ข้อมูลปฐมภูมิได้จากกรณีศึกษา (case study) ผ่าน

การตอบแบบสอบถาม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสนทนากลุ่ม ข้อมูลที่ได้นี้ได้จากการศึกษาระบบบริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ขนาดใหญ่ 9 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดเล็ก 10 แห่ง และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา (โรงพยาบาลชุมชน: รพช.) ผ่านการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า¹³ 2) แบบสอบถามเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะโรคซึมเศร้าในพื้นที่ นำร่องประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปที่ทีมผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการทบทวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลวัยรุ่นของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตำแหน่ง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ส่วนที่ 2 เป็นแบบบันทึกความคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่มีต่อเอกสารแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า และส่วนที่ 3 เป็นการประเมินเนื้อหาเอกสารแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า และ 3) แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกแบบไม่มีโครงสร้าง (unstructured in-depth interview) โดยมุ่งเน้นเรื่องความคิดเห็นของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และข้อเสนอแนะการปรับปรุงรวมถึงประเด็นที่ซ้ำซ้อนเชิงระบบข้ามหน่วยงาน ข้อควรปรับปรุง และข้อคิดเห็นเพิ่มเติม และ 4) แนวคำถามในช่วงการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview) ในรูปแบบคำถามปลายเปิด (open-end question) ให้กลุ่มตัวอย่างได้เล่ามุมมองตนเอง การรับรู้ ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัตินี้ โดยครอบคลุมด้านต่างๆ ได้แก่ องค์ความรู้และการใช้

CPG เนื้อหาและรูปแบบของ CPG กลยุทธ์การนำ CPG ไปใช้ ประเด็นต้องการการอบรมเพิ่มเติม และการจัดการระบบบริการวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในพื้นที่ ผลการคัดกรอง การส่งต่อข้ามหน่วยงาน การให้ความช่วยเหลือ ปัจจัยความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรคต่างๆ รวมถึงข้อเสนอแนะที่มีต่อระบบบริการและรักษาภาวะซึมเศร้า

ข้อมูลทั่วไปเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) จากการบันทึกการพรรณนา ถอดข้อมูลจากการบันทึกเสียงสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม จัดกลุ่มข้อมูล ตีความ ให้ความหมายและนำข้อมูลที่ได้เข้าๆ จนมีความอึด仗มาจำแนกเป็นหัวข้อ นำเสนอผลการวิจัยโดยอธิบายในแต่ละประเด็น แล้วใช้กระบวนการสอบทานข้อมูลระหว่างนักวิจัยด้วยกัน และป้อนข้อมูลกลับให้อาสาสมัครเพื่อยืนยันความถูกต้อง การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมทางการวิจัย จากสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ เลขที่ CAMRI-IRB-2561/007

ผล

อาสาสมัครทั้งหมด 47 คน เป็นบุคลากรทางสาธารณสุข 23 คน (ร้อยละ 48.9) และบุคลากรทางการศึกษา 24 คน (ซึ่งทั้งหมดเป็นครูแนะแนวและครูฝ่ายปกครอง ไม่มีครูระดับผู้อำนวยการ) เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.7 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-50 ปี โดยเกือบครึ่ง (ร้อยละ 44.7) มีประสบการณ์การทำงานกับวัยรุ่นไม่เกิน 5 ปี และมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 61.7) เคยรับทราบเรื่องระบบการดูแลวัยรุ่นในพื้นที่มาก่อน โดยบุคลากรทางสาธารณสุขส่วนมากจะรับทราบถึงระบบบริการสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในพื้นที่ ในขณะที่บุคลากรทางการศึกษาส่วนมากไม่ทราบถึง

ระบบบริการสุขภาพจิตหรือจิตเวช อาสาสมัครทั้งหมด
ได้ทดลองนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ในพื้นที่ของตน

ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่มีต่อเอกสาร
แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะ
ซึมเศร้า แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่	ข้อคิดเห็นที่พบ		ข้อเสนอแนะ	เหมาะสำหรับ
	ด้านภาษา	ด้านเนื้อหา		
1. การคัดกรอง	เข้าใจภาษาที่ใช้	1. เพิ่มเติมกลุ่มเสี่ยง 2. ไม่มั่นใจในการเลือกใช้ แบบคัดกรอง	1. ควรมีข้อมูลชัดเจนถึง แบบคัดกรองที่เหมาะสมกับ แต่ละสถานที่ 2. พัฒนา application ใน การคัดกรองเพื่อสะดวกต่อ การใช้และแปลผล	1. ครูในโรงเรียน 2. อาสาสมัคร สาธารณสุข (อสม.) 3. เจ้าหน้าที่ รพ.สต.
2. การวินิจฉัย	เข้าใจภาษาที่ใช้	ครบตามความต้องการ	-	แพทย์ใน รพช.
3. การรักษา	เข้าใจภาษาที่ใช้	1. ขาดรายละเอียดของ การให้สุขภาพจิตศึกษา 2. ขาดรายละเอียดของ การให้ยาที่อาจได้ใช้รวม เช่น ยาลดอาการวิตกก กังวล 3. การรักษาด้วยจิต บำบัดทำได้ยากในพื้นที่ จำเป็นต้องส่งไป รพ.จิตเวช ทุกราย	1. ปรับรูปแบบการให้ ความรู้เกี่ยวกับภาวะ ซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นเอกสาร แผ่นพับเพื่อสะดวกในการ นำไปแจกจ่าย 2. ควรมีเอกสารส่งเสริม สุขภาพจิตในกลุ่มที่ คัดกรองแล้วปกติ	แพทย์และพยาบาล จิตเวช ใน รพช.
4. การส่งเสริม ป้องกัน	เข้าใจภาษาที่ใช้ แต่ ค่อนข้างเป็น นามธรรม ควรปรับ ให้เป็นรูปธรรม มากกว่านี้	1. ควรมีเนื้อหากิจกรรม ส่งเสริมป้องกันที่เป็น รูปธรรม 2. เน้นเรื่องของการบูรณา งานเข้ากับระบบเดิมที่มี อยู่ เช่น เพื่อนใจวัยรุ่น To be No.1, One school-One hospital	1. เพิ่มเติมเอกสาร เสริมสร้างพลังใจ/พัฒนา EQ นักเรียนแก่กลุ่มศึกษา 2. ควรติดต่อผู้อำนวยการ/ หัวหน้าหน่วยงานเพื่อ รับทราบและสนับสนุนการ ทำกิจกรรม	บุคลากรทุกภาค ส่วนในพื้นที่

เมื่อสิ้นสุดกระบวนการถ่ายทอดคู่มือแนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าลงสู่อำเภอเลิงนกทาในเดือนสิงหาคม 2561 ได้มีการสรุปจำนวนเด็กและวัยรุ่นที่ผ่านกระบวนการของแต่ละขั้นตอน โดยจะนำเสนอเฉพาะข้อมูลจากทางโรงเรียน เนื่องจากข้อมูลมีความสมบูรณ์กว่าการคัดกรองจากทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ในปี พ.ศ. 2560 จำนวนนักเรียนในโรงเรียนของอาสาสมัครในอำเภอเลิงนกทา มีนักเรียนที่เข้าเกณฑ์การคัดกรองตามคู่มือแนวทางนี้ (อายุ 11-21 ปี) รวมทั้งสิ้น 4,855 คน พบว่าจำนวนนักเรียนที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมด 1,469 คน (คิดเป็นร้อยละ 30.3) ซึ่งเลือกตามความสะดวกของครูในโรงเรียนนั้นๆ (ส่วนมากจะเป็นห้องที่ครูประจำชั้นอยู่หรือทั้งชั้นเรียนที่ครูดูแลอยู่ หรือเพิ่มเติมกลุ่มที่ครูเห็นว่าเสี่ยงเข้าไป ในกรณีครูแนะแนวจะทำในช่วงโมงแนะแนว) เมื่อผ่านการตอบแบบคัดกรองแล้ว ครูจะแปลผลการคัดกรองว่านักเรียนคนไหนมีคะแนนเข้าเกณฑ์เสี่ยงต่อการเป็นซึมเศร้า ซึ่งในภาพรวมได้ทั้งหมด 220 คนที่คะแนนสูงเข้าเกณฑ์ (คิดเป็นร้อยละ 14.9 ของนักเรียนที่ได้รับการคัดกรอง) โดยครูจะไม่ได้ส่งนักเรียนทั้ง 220 คนที่เข้าเกณฑ์เสี่ยงต่อการเป็นซึมเศร้ามาตรวจทั้งหมด แต่ครูจะประเมินนักเรียนซ้ำอีกครั้ง อาจสอบถามผ่านทางครูประจำชั้น สังเกตอาการ ร่วมกับสอบถามนักเรียนโดยตรงในบางราย ซึ่งหากสอบถามกับครูประจำชั้นแล้วว่านักเรียนก็ดูปกติดี หรือสอบถามกับนักเรียน ซึ่งบอกว่าตนเองตอบเล่นๆ หรือครูสังเกตอาการเองว่าเข้ากับเพื่อนได้ร่าเริงดี ครูก็จะไม่ส่งมาตรวจที่โรงพยาบาล ต่อ ดังนั้นจำนวนนักเรียนที่ผ่านการส่งต่อไปยังโรงพยาบาล จึงมีเพียง 32 คน (คิดเป็นร้อยละ 14.6 ของจำนวนนักเรียนที่ผลการคัดกรองเป็นบวกทั้งหมด)

เมื่อตรวจสอบถึงเครื่องมือที่ครูใช้ในการคัดกรอง พบว่ามีการเลือกใช้เครื่องมือเพียง 2 ตัว คือ childhood depression inventory (CDI) และ center for epidemiologic studies-depression scale (CES-D) โดยครูให้เหตุผลว่า ช่วงอายุกว้างครอบคลุม สะดวกต่อการเตรียมเอกสาร และเป็นในลักษณะของการให้นักเรียนตอบเอง สะดวกแก่การเก็บข้อมูล ไม่พบว่ามีการใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) หรือแบบทดสอบภาวะซึมเศร้า (patient health questionnaire: PHQ-9) เนื่องจากมองว่าช่วงอายุไม่ตรงกับกลุ่มที่ครูดูแล หรือไม่สะดวกในการเตรียมเอกสาร แต่ครูเสนอแนะให้มีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ได้ง่าย เช่น แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) สำหรับเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี และเครื่องมือที่ใช้สำหรับเด็กที่มีปัญหาด้านการอ่านอีกด้วย

ในจำนวนนักเรียน 32 คนที่ได้รับการส่งต่อมาที่โรงพยาบาลเลิงนกทา พบว่า 7 คนได้รับการวินิจฉัยจากกุมารแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (คิดเป็นร้อยละ 0.5 ของนักเรียนที่ผ่านการคัดกรองทั้งหมด) และทั้งหมดนี้ได้รับการคัดกรองซึมเศร้าจากครูด้วยแบบคัดกรอง CDI

ผลการศึกษาเกี่ยวกับภาษาเนื้อหา และความรู้สึกต่อคู่มือนี้ แบ่งเป็น 4 ส่วนแยกออกตามแต่ละส่วนของคู่มือนี้

ส่วนที่ 1 การคัดกรอง อาสาสมัครส่วนใหญ่ มองว่า ทำความเข้าใจกับภาษาได้ดี ไม่สับสน สื่อความหมายได้ชัดเจน เข้าใจความหมายของเนื้อหาที่ต้องการ คือควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นทุกคน อาจจะปีละครั้งหรือตามแต่สถานการณ์เสี่ยง ยอมรับว่าการคัดกรองเป็นเรื่องสำคัญ เกือบทุกคนเห็นพ้องกันว่าทางเลือกกลุ่มเสี่ยงมาคัดกรองน่าจะเป็นทางที่เป็นไปได้จริงมากที่สุด และยังมีการเสนอแนะกลุ่ม

เสียงเพิ่มเติม เช่น นาง ฉ. (ครู โรงเรียนมัธยม อายุ 48 ปี) “วัยรุ่นกลุ่มเสียงตามที่ครูเลือกมา ก็เป็นพวกเข้าห้องปกครองบ่อย ๆ เปลี่ยนแฟนบ่อย ๆ ปวดหัวเรื้อรัง ใช้กัญชา อันนี้ก็คิดว่าเสียงก็เอามา (คัดกรอง)” นอกจากนี้ยังมีความกังวลในการเลือกใช้แบบคัดกรอง และอยากให้ทางแนวปฏิบัติ มีรายละเอียด ระบุให้ชัดเจนว่า รพ.สต. ใช้แบบคัดกรองตัวไหน ครูในโรงเรียนขนาดเล็กใช้ตัวไหน และครูในโรงเรียนขนาดใหญ่ควรใช้ตัวไหนดังเช่น “อยากให้หมอบอกมาเลยว่าอันไหนเหมาะแบบไหน เช่น โรงเรียนขนาดใหญ่มีนักเรียนเยอะ ให้เลือกอันนี้ บางอัน (แบบคัดกรอง) มันก็หลายข้อไปใช้ทุกคนไม่ไหว” ของ นาง ก. (ครู โรงเรียนประถม ขนาดเล็ก อายุ 59 ปี) ในการศึกษา พบว่าส่วนมากจะเลือกใช้แบบคัดกรอง CDI โดยให้เหตุผลว่า ใช้ได้ในช่วงอายุกว้างที่สุด สามารถนำไปใช้ได้กับเด็กหลายชั้นเรียน และเป็นรูปแบบของแบบประเมินตนเอง สะดวกต่อการใช้งานเพราะให้เด็กสามารถทำเองได้ ในที่ประชุมยังมีการอภิปรายถึงสาเหตุของผลการคัดกรองที่ได้วัยรุ่นที่มีคะแนนสูงจำนวนมาก ว่าอาจเกิดจากความไม่เข้าใจในคำของแบบคัดกรองจากตัวเด็กเอง หรืออาจเกิดจากตัวเครื่องมือที่ใช้คัดกรอง เนื่องจากมีข้อคำถามที่ใกล้เคียงกันมากจนทำให้เด็กไม่ออก เข้าใจยาก เช่น นาง ข. (ครู โรงเรียนประถม อายุ 58 ปี) บอกว่า “แบบคัดกรอง CDI หลายข้อใช้คำที่เข้าใจยาก อย่างข้อที่ว่า “ฉันทำตัวไม่ดี” ทำตัวไม่ดีคืออะไร ครูก็ต้องไปอธิบายเด็กว่า หมายถึงทำผิด ลักขโมย” นางสาว ข. (ครู โรงเรียนอุดมศึกษา อายุ 26 ปี) กล่าวว่า “คำว่า “บ่อยครั้ง” นั้น รู้ว่าถี่บ่อยแค่ไหน จะทุกวันเลยรึเปล่า หรือจะสองสามวันต่ออาทิตย์” และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาโดย นาง ก. (ครู โรงเรียนประถม อายุ 59 ปี) ได้เล่าเพิ่มเติมว่า “เวลาให้เด็กทำ (คัดกรอง) ครูก็จะ

เน้นว่า ให้ตอบจากความรู้สึกของตนเองนะ ไม่ใช่ไปเปรียบเทียบกับเพื่อน... ใครว่ายังไงช่างเค้า เอาที่เรา รู้สึก... และอย่าลืมว่าต้องเน้นว่าให้ตอบตามสิ่งที่รู้สึก ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาอีกด้วย” และ นาง ฉ. (ครู โรงเรียนมัธยม อายุ 48 ปี) แนะนำว่า “การให้เราให้เค้าลงชื่อในแบบคัดกรอง ก็อาจจะทำให้เค้ากลัวนะคะ ว่าจะมีผลต่อคะแนนรึเปล่า... เราก็ต้องย้ำกับเค้าว่า ไม่มี”

ส่วนที่ 2 การวินิจฉัย และส่วนที่ 3 การรักษา พบว่าทั้งแพทย์และพยาบาลจิตเวชพึงพอใจกับเนื้อหาทั้ง 2 ส่วนนี้ มองว่าเนื้อหาส่วนนี้เข้าใจง่าย ช่วยในการปฏิบัติงาน และอยากได้รายละเอียดเพิ่มขึ้น เช่น lethal dose ของยาแต่ละชนิด หรือเนื้อหาสุขภาพจิตศึกษา นอกจากนี้ยังแสดงความกังวลถึงศักยภาพของรพช. ว่าจะไม่สามารถทำได้ตามแนวปฏิบัติฯ ครบถ้วน ทั้งด้านการให้ยา ด้านการรักษาใน รพ. การบำบัดอื่นๆ อีกทั้งยังขาดบุคลากรทางจิตเวช เช่น นักจิตวิทยา เป็นต้น ส่วนอาสาสมัครอื่นๆ จะมองว่าเนื้อหาเกือบทั้งหมดของ 2 ส่วนนี้จะเป็นบทบาทของแพทย์ และพยาบาลจิตเวช ไม่ค่อยเกี่ยวข้องกับวิชาชีพอื่น และแนะนำว่า น่าจะทำแบบแยกไปตามบทบาทของผู้ใช้ เพื่อจะได้อ่านเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตน “ทำเล่มแยกเลยก็ได้นะ... อันนี้ไม่เกี่ยวกับโรงเรียน อ่านแล้วครูก็ไม่รู้จะเอาไปทำอะไร” โดยนาง ข. (ครู โรงเรียนประถม ขนาดเล็ก อายุ 58 ปี) นอกจากนี้ยังแนะนำให้ทำเอกสารแผ่นพับพร้อมใช้งานมาด้วยเลย โดย นาง ง. (พยาบาล รพช. อายุ 48 ปี) “อยากให้หมอ (ทีมวิจัย) ทำคำแนะนำมาเป็นแผ่นพับเลย เราจะได้ให้คนไข้ไปเลย... แล้วอยากได้คำแนะนำสำหรับคนที่คัดกรองมาโพสลิฟ แต่มาตรวจหมอบอกว่าไม่เป็น เราจะได้แนะนำให้เค้า”

ส่วนที่ 4 การส่งเสริมป้องกัน ในส่วนนี้อาสาสมัครมองว่าอ่านเข้าใจ เป็นบทบาทของตนเอง แต่เนื้อหาค่อนข้างเป็นนามธรรม อยากให้มีการปรับภาษาและเนื้อหาให้เป็นรูปธรรมมากกว่านี้ เช่น นาง ก. (ครู โรงเรียนประถมศึกษาเล็ก อายุ 59 ปี) กล่าวว่า “ทักษะชีวิตคืออะไร ไม่เข้าใจ... รู้ว่ามันดี แต่ทำไมส่งเสริมยังไม่ได้... อยากได้รายละเอียดว่าทำไมยังแบบไหน มาเป็นคู่มือเลยก็ดี” รวมถึงอยากผสมผสานเข้ากับของเดิมที่มีอยู่ ใช้ง่าย ไม่ซ้ำซ้อน ดังเช่น นาง ข. (ครู โรงเรียนประถมศึกษาเล็ก อายุ 58 ปี) กล่าวว่า “ส่งเสริมครอบครัวทำแบบไหน ที่ครูทำก็มีเยี่ยมบ้านคุยกับพ่อแม่บ้าง มันใช้รีเปล่า ครูเองก็มองว่ามันใช้นะ” นาง จ. (ครู โรงเรียนมัธยม อายุ 48 ปี) “ที่โรงเรียนก็

พวกทูปี (To be No.1) อันนี้เราทำมาตลอด ก็น่าจะเป็นแบบเดียวกัน” และ นาง ญ. (ครูอายุ 38 ปี, โรงเรียนมัธยม) “อยากให้ทำร่วมไปกับทูปีเลย ใหนๆ ก็มีทุกโรงเรียนอยู่แล้ว อีกทั้งก็มีเฟรนด์คอร์เนอร์ (friend corner) เราก็เอาเด็กทูปีแหละมาช่วยดูเพื่อนๆ เหล่านี้” “เพื่อนใจวัยรุ่นเรานั้นแหละ”

โดยภาพรวม อาสาสมัครมองว่า คู่มือนี้ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ทำให้อาสาสมัครเข้าใจเนื้อหาของแต่ละส่วน และแยกว่าส่วนไหนควรเป็นบทบาทหน้าที่ของใคร มีเพียงเนื้อหาบางส่วนที่อาสาสมัครต้องการรายละเอียดเพิ่มขึ้น พบว่าอาสาสมัครทุกคนได้อ่านคู่มือนี้จนจบ

ตารางที่ 2 ข้อคิดเห็นของอาสาสมัครที่มีต่อแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

มิติ (dimension)	บุคลากรทางการศึกษา	บุคลากรทางสาธารณสุข
1. ประโยชน์ (utility)	ช่วยในการคัดกรองเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหา และมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์รองรับ เชื่อถือได้	ช่วยในการตัดสินใจวินิจฉัยโรคและใช้ในการแนะนำผู้ป่วย
2. การฝึกอบรมและเผยแพร่ (dissemination and training)	สามารถนำบางส่วนเช่น การคัดกรองการให้คำแนะนำ ไปเผยแพร่ต่อได้	สามารถนำไปเผยแพร่ทั้งเล่มได้ และควรฝึกอบรมเทคนิคการให้คำปรึกษาควบคู่ไปด้วย
3. รูปแบบและเนื้อหา (format and content)	1. อยากให้มีเป็นรูปแบบ application เพื่อสะดวกในการคัดกรองและแปลผลและประหยัด 2. อยากให้เพิ่มเนื้อหาวิธีการส่งเสริมสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่น	1. อยากให้มีเป็นรูปแบบ application เพื่อสะดวกในการคัดกรองและแปลผลและประหยัด 2. อยากให้ทำแผ่นพับให้คำแนะนำกรณีพบเคส และคัดกรองแล้วปกติ
4. การเข้าถึง (accessibility)	1. เข้าถึงได้ง่ายขึ้น หากทำเป็นรูปแบบ application หรือมีการปรับปรุงเล่มเอกสารเป็นเนื้อหาการสอนตามที่ครูคุ้นเคย 2. ส่วนมากจะใช้เพียงการคัดกรอง เพราะเมื่อพบเคส จะส่งต่อทางสาธารณสุข	1. ปรับรูปแบบเป็น online และแปลผลได้ทันที เพื่อสะดวกในการใช้ 2. ใช้ทุกหัวข้อของ CPG นี้

ตารางที่ 2 ข้อคิดเห็นของอาสาสมัครที่มีต่อแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า (ต่อ)

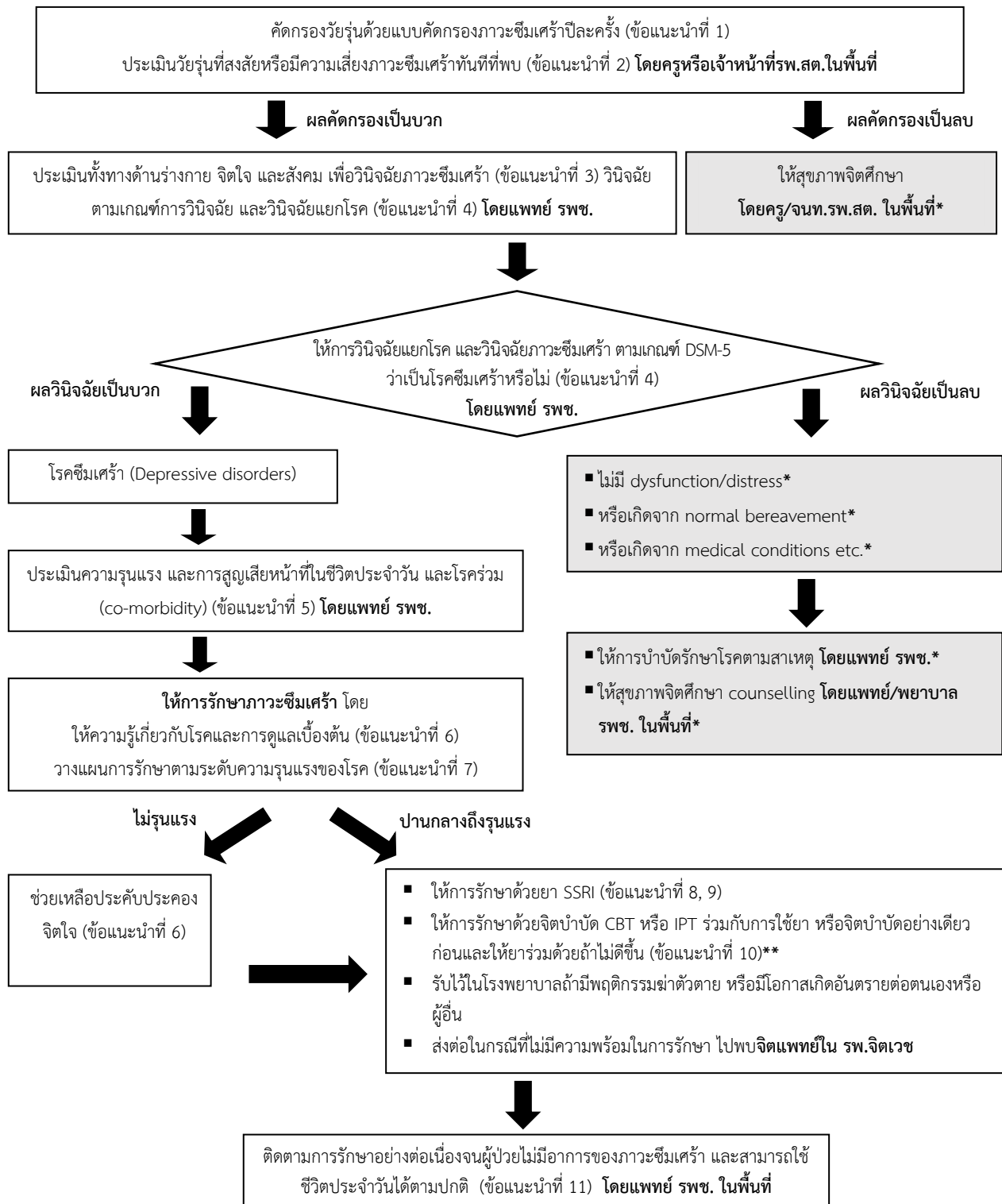
มิติ (dimension)	บุคลากรทางการศึกษา	บุคลากรทางสาธารณสุข
5. ความน่าเชื่อถือ (trust in recommendations)	มีความน่าเชื่อถือ	มีความน่าเชื่อถือ
6. การเห็นด้วยกับคำแนะนำ (agreement with recommendations)	ไม่พบความเห็นขัดแย้ง	ไม่พบความเห็นขัดแย้ง
7. การนำคำแนะนำไปใช้ (applicability of recommendations)	บทบาทของครูใน CPG เป็นเพียงกว้างๆ อยากให้มียุทธศาสตร์เพิ่มขึ้น	สามารถนำไปใช้สะดวก
8. ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (outcome expectations)	1. เป็นเชิงบวกเนื่องจากครูมองว่าเป็นวิธีที่ทำให้รู้จักนักเรียนมากขึ้น 2. ไม่มองว่าเป็นการเพิ่มภาระงานแต่อยากให้สื่อสารไปสู่ผู้บริหารเพื่อความสะดวก 3. ไม่มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นนี้	เห็นความสำคัญของโรคซึมเศร้า จึงพยายามแบ่งเวลามาทำ ค่อนข้างมั่นใจในการดูแลคนไข้มากขึ้น
9. ความคิดเห็นและประสบการณ์ของการประเมิน (opinions and experience on evaluation)		

ตารางที่ 3 ปัจจัยสนับสนุนและข้ออุปสรรคต่อการนำ CPG ไปใช้

มิติ (Dimensions)	บุคลากรทางการศึกษา	บุคลากรทางสาธารณสุข
ปัจจัยสนับสนุน (enablers)	1. เห็นคุณค่าของการคัดกรองเด็กและวัยรุ่น 2. ระบบการดูแลใน รร. เช่น การเยี่ยมบ้าน การคัดกรอง SDQ ทำให้นำไปใช้ร่วมกันได้ง่ายขึ้น 3. ความตั้งใจของครู 4. การเชื่อมต่อกับระบบสาธารณสุขในพื้นที่	1. นำ อสม. มาช่วยในการค้นหา 2. ขึ้นกับความสนใจของแต่ละคน
ข้ออุปสรรค (barriers)	1. ภาระงานอื่นจนมีเวลาคัดกรองได้น้อย 2. ไม่อยู่ในนโยบายด้านวิชาการ 3. เอกสารยังเป็นลักษณะของกระดาษ ยากต่อการนำไปใช้และแปลผล 4. รูปแบบเป็นทางการมากกว่าทางการศึกษา	1. มีภาระงานอื่นจนมีเวลาคัดกรองได้น้อย 2. เป็นแนวทางการดูแลในภาพรวม อาจไม่เหมาะสมกับรายบุคคล

จากการศึกษาในครั้งนี้ สามารถปรับปรุงผัง ภาวะซึมเศร้า ได้ดังภาพที่ 1
การไหลของแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มี

ภาพที่ 1 ผังการไหลของแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า (ปรับปรุงหลังจากลงพื้นที่)



หมายเหตุ * ข้อความที่แสดงถึงการกระทำที่เพิ่มเข้ามาหลังจากทดสอบในพื้นที่นำร่อง

** ข้อความที่แสดงถึงการกระทำที่ไม่สามารถทำได้ในพื้นที่นำร่อง

วิจารณ์

แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้านี้ สามารถนำไปใช้ปฏิบัติในระดับชุมชนได้จริง ทั้งบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาหลังผ่านกระบวนการอบรม ศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเอง และการประชุมระดมสมอง การนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ในพื้นที่พบว่ามีความแตกต่างที่ต่างกัน คือบุคลากรทางการศึกษาจะเน้นที่การคัดกรองและการส่งเสริมป้องกัน ในขณะที่บุคลากรทางสาธารณสุขจะให้ความสำคัญเรื่องของการบำบัดรักษาและส่งต่อ การใช้ภาษาในแนวปฏิบัติฯ นี้ มีความเข้าใจง่าย แต่มีเนื้อหาบางส่วนที่ผู้ปฏิบัติไม่มั่นใจ เช่น การเลือกใช้แบบคัดกรองที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามอาสาสมัครทุกคนเชื่อมั่นในแนวปฏิบัติฯ นี้ และเห็นด้วยกับข้อเสนอแนะต่างๆ การใช้แนวปฏิบัติฯ นี้ ทำให้ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และเกิดความมั่นใจในการดูแลวัยรุ่นเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้ CPG ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแล¹⁴

จากการศึกษาของ Harvey G และคณะ¹⁵ ที่เสนอว่า กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติจะขึ้นกับปฏิสัมพันธ์ระหว่าง 3 ปัจจัย ได้แก่ หลักฐาน (evidence) บริบท (context) และการเอื้ออำนวยให้เกิดการดำเนินงานตามแผน (facilitation) ดังเช่นกระบวนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าไปปฏิบัติ พบว่าขึ้นกับปัจจัย 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติฯ นี้ ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติฯ ที่สร้างโดยราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ทำให้มีหลักฐาน (evidence) ที่มาชัดเจน

รวมถึงผู้ที่มีชื่อเสียงแนวปฏิบัตินี้ คือจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นในเขตพื้นที่ มีกุมารแพทย์และพยาบาลจิตเวชเด็กจาก รพช. นั้นๆ มาร่วมประชุม และบุคลากรทางสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้ประสานงานทำให้สามารถก่อให้เกิดความน่าเชื่อถือได้อย่างมาก 2) ในส่วนของพื้นที่เอง (context) ได้แก่ เนื้อหาของแนวปฏิบัติฯ ที่อ่านเข้าใจได้ง่ายและเปิดโอกาสให้มีการวิพากษ์เสนอแนะถึงแนวทางปฏิบัติฯ อย่างสม่ำเสมอ รวมถึงพื้นที่อำเภอเลิงนกทาเองก็เป็นพื้นที่ที่เคยทำระบบการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าผู้ใหญ่มากแล้ว ทำให้บุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ สามารถทำความเข้าใจแนวปฏิบัติฯ นี้ได้ชัดเจนขึ้น และ 3) การเอื้ออำนวยให้เกิดการดำเนินงานตามแผน (facilitation) ในพื้นที่ค่อนข้างชัดเจน เนื่องจากมีระบบที่เชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลกับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจิตเวช ทำให้เกิดความมั่นใจในการส่งต่อด้านโรงเรียนคือ โรงเรียนมีระบบการดูแลช่วยเหลือเด็กนักเรียนอยู่เดิม โรงเรียนขนาดเล็ก มีช่องทางในการสื่อสารกับครูอื่นๆ และผู้บริหารโรงเรียนเห็นความสำคัญของงานสุขภาพจิตและสนับสนุนการดำเนินงานส่วนปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานนำแนวปฏิบัติฯ นี้ไปใช้ ได้แก่ เนื้อหาของแนวปฏิบัติฯ ที่มีความเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงานและบางส่วนของเนื้อหาอาจไม่ตรงกับบทบาทของตน ทำให้มีความเข้าใจยากในบางหัวข้อ และบุคลากรมีภาระงานหลักอื่นๆ รวมถึงมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ และความยุ่งยากในการเก็บข้อมูลและแปลผล

การศึกษานี้ พบความชุกของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นเพียงร้อยละ 0.5 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาของกรมสุขภาพจิตที่รายงานไว้ที่ร้อยละ 2.0 ในปี 2549⁷ อาจเกิดจาก 1) ขั้นตอนของการส่งวัยรุ่นที่คัดกรองเป็นบวก

ไปพบแพทย์นั้น ทางครูได้ทำการประเมินวัยรุ่นอีกครั้ง (ซึ่งขั้นตอนนี้ไม่มีในคู่มือ) และมีการตัดวัยรุ่นที่ได้ผลบวกออกไปเป็นจำนวนมาก (ตัด 188 คน ออกจาก 220 คน และส่งไปตรวจเพียง 32 คน) ซึ่งอาจตัดวัยรุ่นกลุ่มที่เป็นโรคซึมเศร้าจริงๆ ออกไปเนื่องจากอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นไม่ชัดเจน แสดงถึงความจำเป็นที่ต้องเพิ่มเนื้อหาป้องกันหลุมพรางของการคัดกรองเข้าไป และ 2) ความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการทำแบบคัดกรองที่อาจส่งผลต่อการตอบได้ หากเข้าใจว่าสัมพันธ์กับคะแนนหรือการเรียน จึงควรจัดทำเนื้อหาส่วนเทคนิคการเตรียมวัยรุ่นก่อนทำแบบคัดกรองเพิ่มเข้ามา และ 3) แนวปฏิบัติฯ นี้มีรูปแบบที่ไม่สะดวกต่อการใช้งาน จึงควรปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมายที่จะใช้ ดังเช่น หากเน้นให้บุคลากรทางสาธารณสุขระดับรพ.สต. อาจเน้นรูปแบบส่วนของการคัดกรองและการส่งเสริมป้องกัน แต่หากเป็นระดับโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป อาจเน้นเรื่องการวินิจฉัยและการรักษา ในขณะที่หากกลุ่มเป้าหมายเป็นบุคลากรทางการศึกษา จะเน้นเรื่องของการคัดกรอง และการส่งเสริมป้องกันมากกว่าการแยกเนื้อหาให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย จะทำให้กลุ่มเป้าหมายเข้าใจบทบาทของตนได้ดีขึ้นและไม่อึดอัดกับเนื้อหาส่วนที่ไม่เกี่ยวกับตน และ 4) การเพิ่มเติมข้อมูลที่จำเป็นขึ้นมา เพื่อให้สะดวกขึ้น เช่น อาจเพิ่มเนื้อหาภาคผนวกสำหรับศึกษาต่อเพิ่มเติม เช่น กิจกรรมการส่งเสริมทักษะชีวิตในวัยรุ่น เทคนิคการให้คำปรึกษา เป็นต้น

กระบวนการถ่ายทอดขยายผลของคู่มือนี้ พบว่าการศึกษานี้สามารถทำได้ในขั้นตอนของการเผยแพร่ (diffusion) และขั้นตอนการแจกจ่าย (dissemination) แต่ยังไม่ถึงขั้นตอนการขยายผล (implementation) กล่าวคือ มีการพยายามนำไปใช้

บ้างบางส่วนแต่ยังไม่ถึงขั้นนำไปใช้อย่างถูกต้อง ได้ผลดี เนื่องจากพบว่ายังมีการคัดแปลงขั้นตอนบางขั้นของคู่มืออยู่ ทำให้มีความจำเป็นที่ต้องปรับปรุงคู่มือนี้เพื่อให้สามารถใช้ได้ถูกต้องมากขึ้น เพราะหากไม่ปรับให้มีความเหมาะสมกับบริบท โอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการถ่ายทอดก็จะลดลง¹⁶

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ เนื่องจากงานวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะพื้นที่นาร่องเพียง 1 อำเภอ อาจไม่สามารถอ้างอิงพื้นที่บริบทอื่นได้ อีกทั้งการศึกษาที่ได้พบว่ามีเพียง 1 ตำบลที่สามารถทำเสร็จสิ้นแนวทางฯ ถึงกระบวนการส่งต่อได้ แต่นอกนั้นจะทำได้ทำถึงเพียงขั้นตอนการคัดกรองและแปลผล ซึ่งอาจยังต้องทำความเข้าใจระบบส่งต่อผู้ป่วยให้ชัดเจน ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารุ่นต่อไปนั้น อาจมีการปรับรูปแบบการคัดกรองในลักษณะที่ง่ายเพื่อความสะดวกสำหรับผู้ปฏิบัติงาน เช่น application รวมถึงการนำไปบูรณาการกับระบบส่งเสริมสุขภาพจิตเดิมที่มีอยู่ จะทำให้ง่ายต่อการปฏิบัติงาน และผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้มากขึ้น

สรุป

แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้านี้ สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง แต่ควรมีการปรับเนื้อหา รูปแบบ หรือขั้นตอน โดยเฉพาะระบบส่งต่อระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและข้ามหน่วยงาน รวมถึงการนำเทคโนโลยีมาใช้ในบางกระบวนการเพื่อลดภาระงาน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากโครงการศึกษาวิจัยเพื่อดำเนินงานสร้างเสริมศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทยยุคใหม่ (Smart citizen) จาก UNICEF พ.ศ. 2560-2561

ความรู้เดิม: แม้ประเทศไทยจะมีระบบการดูแลนักเรียนในโรงเรียน แต่ยังมีข้อจำกัดในการดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ความรู้ใหม่: แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถนำไปใช้ได้ชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการศึกษาและบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถนำไปใช้พัฒนาระบบดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในระดับชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Murray CL, Lopez AD. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge; Harvard University Press; 1996.
3. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2554 [Thailand burden of diseases attributable to risk factors 2011]. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก; 2557.
4. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE. Childhood and adolescent depression: a review of past ten years. Part I. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1996;35:1427-39.
5. Pataki CS. Mood disorders and suicide in children and adolescents. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 2000:2740-57.
6. Ruangkanchanasetr S, Plitponkarnpim A, Hetrakul P, Kongsakon R. Youth risk behavior survey: Bangkok, Thailand. J adolesc Health. 2005;36:227-35.
7. ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, จอมสุรางค์ โพธิ์สัตย์, รสสุคนธ์ ชมชื่น. ความชุกของโรคจิตเวชในนักเรียนไทยอายุ 13-17 ปี [The prevalence of psychiatric disorders in Thai students aged 13-17 year]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2559;24:141-53.
8. ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. โรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น [Depression in children and adolescents]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2540;42:35-49.
9. Windfuhr K, While D, Hunt I, Turnbull P, Lowe R, Burns J, et al. Suicide in juveniles and adolescents in the United Kingdom. J Child Psychol Psychiatry. 2008 Nov;49:1155-65. doi:10.1111/j.1469-7610.
10. Black dogs institute. Prevention of depression and anxiety in Australian schools. New South Wales: Black dogs institute; 2016.

11. ฐิติวี แก้วพรสวรรค์, เบญจพร ต้นตสุติ. การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในกรุงเทพมหานคร [The prevalence of depression in 2nd years high school students in Bangkok]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2555;57:395-402.
12. ชัยพร วิศิษฐ์พงศ์อารีย์, วรณา กลกิจโกวินท์, พิสาสน์ เตชะเกษม. ภาวะซึมเศร้าของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร [Depression in primary school student in Dusit District, Bangkok]. วชิรเวชสาร. 2557;58:43-53.
13. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย, สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. แนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า [Clinical Practice Guideline for adolescents with depression]. กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด; 2561.
14. Joan G, Pedro G, Jordi C, Emilia S, Carme C, Liliana A, et al. The use of clinical practice guideline in primary care: professional mindlines and control mechanisms. Gac Sanit. 2016;30:345-51.
15. Harvey G, Fitzgerald L, Fielden S, McBride A, Waterman H, Bamford D, et al. The NIHR collaboration for leadership in applied health research and care (CLAHRC) for Greater Manchester: combining empirical, theoretical and experiential evidence to design and evaluate a large scale implementation strategy. Implementation science. 2011;6:96.
16. Slaughter SE, Hill JN, Snelgrove-Clarke E. What is the extent and quality of documentation and reporting of fidelity to implementation strategies; a scoping review. Implement Sci. 2015;10:129. doi:10.1186/s13012-015-0320-3.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การตรวจคัดกรองโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่และปัจจัยที่สัมพันธ์ ในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วันรับ : 22 มีนาคม 2562
วันแก้ไข : 7 มกราคม 2563
วันตอบรับ : 11 มกราคม 2563

เต็มหทัย นาคเทวัญ, พ.บ.
จตุรพร แสงกุล, พ.บ.
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาขนาดปัญหาของโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัญหาการใช้อินเทอร์เน็ตกับโรคสมาธิสั้นของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2561 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

วิธีการ: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive survey) จากการสุ่มตัวอย่างนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ทุกคณะ โดยใช้แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ฉบับภาษาไทย (ASRS Screener V1.1) และแบบสอบถามพฤติกรรมการเล่นอินเทอร์เน็ต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ ด้วยสถิติ Chi-square และ logistic regression นำเสนอโดย Odds ratio

ผล: กลุ่มตัวอย่าง 1,653 คน ตอบแบบสอบถามกลับร้อยละ 85.7 โดยร้อยละ 69.9 เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นในวัยเด็ก ไม่เคยทำผิดกฎจราจร ไม่เคยประสบอุบัติเหตุ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และไม่พบพฤติกรรมการเล่นอินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 90.0, 73.2, 82.9, 81.9 และ 90.7 ตามลำดับ) นักศึกษาที่มีพฤติกรรมการเล่นอินเทอร์เน็ตร้อยละ 7.8 และร้อยละ 14.8 มีผลการคัดกรองเข้าข่ายโรคสมาธิสั้น โดยเมื่อปรับอิทธิพลของประวัติการเคยได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคสมาธิสั้นในวัยเด็กแล้ว พบว่าประวัติการทำผิดกฎจราจร และพฤติกรรมการเล่นอินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.01$ และ $P<0.01$ ตามลำดับ)

สรุป: ผลการคัดกรองโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่พบร้อยละ 14.8 และพบว่าประวัติการทำผิดกฎจราจร และพฤติกรรมการเล่นอินเทอร์เน็ตสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่

คำสำคัญ: นักศึกษา ผู้ใหญ่ โรคสมาธิสั้น มหาวิทยาลัย

ติดต่อผู้นิพนธ์: เต็มหทัย นาคเทวัญ; e-mail: nakthewan@gmail.com

Original article

The screening of adult attention deficit hyperactivity disorder and related factors in the first-year students at Prince of Songkla University

Received : 22nd March 2019

Revised : 7th January 2020

Accepted : 11th January 2020

Temhathai Nakthewan, M.D.

Jaturaporn Sangkool, M.D.

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine,
Prince of Songkla University

Abstract

Objective: This study aims to screen attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults, and to study the relationship between personal factors and internet use problems with ADHD in first year's students, of the 2018 academic year, at the Prince of Songkla University, Hat Yai Campus.

Methods: This was a cross-sectional study of random sample of all 1st year students at Prince of Songkla University. The participants were interviewed with 2 instruments, the adult attention deficit hyperactivity disorder self-report scale screener version 1.1 (ASRS Screener V1.1), Thai version, and the internet addiction test. Data was analyzed using descriptive, Chi-square and logistic regression statistics.

Results: Of the 1,653 participants, 85.7 % agreed to be interviewed. Of the total samples, 69.9 % were female and, 90.0 % had never been diagnosed with ADHD in their childhood, 73.2 % never had any traffic violation history, 82.9 % never had any accident, 81.9 % never drank alcohol and 90.7 % never had internet addiction behavior. 14.8 % of the participants were screened positive for ADHD. After adjusting for the diagnosis of ADHD and its treatment, possible factors associating with ADHD were traffic violation histories ($P=0.01$) and internet addiction behavior ($P < 0.01$).

Conclusion: The positive screening of adult ADHD in first year's students at Prince of Songkla University in 2018 was 14.8 %. Traffic violation history and internet addiction behavior were possible factors associated with adult ADHD in this sample.

Key words: ADHD, adult, college, student

Corresponding author: Temhathai Nakthewan; e-mail: nakthewan@gmail.com

บทนำ

โรคสมาธิสั้น หรือ attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) เป็นโรคที่พบได้บ่อยในกลุ่มโรคจิตเวชเด็ก อาการของโรคสมาธิสั้นมักลดลงตามวัย แต่ก็ยังสามารถมีต่อเนื่องไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ได้¹⁻⁴ อาการสำคัญของโรค ได้แก่ อาการขาดสมาธิ (inattention) และอาการซน อยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) ในวัยผู้ใหญ่อาการแสดงของอาการด้านขาดสมาธิ อาจแสดงออกในลักษณะของความจำไม่ดี ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเป็นระบบ ไม่มีระเบียบ หรือมีปัญหาในการจัดการเวลา ส่วนอาการอยู่ไม่นิ่งและหุนหันพลันแล่น (impulsivity) อาจแสดงออกมาในลักษณะของการตัดสินใจที่รวดเร็ว เช่น การขับรถเร็ว ใช้จ่ายมาก เป็นต้น³

การศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในประเทศแถบตะวันตกมากกว่าแถบเอเชีย ศึกษาในกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน และพบอัตราความชุกอยู่ในช่วงที่ค่อนข้างกว้างคือร้อยละ 0-25.1 โดยในกลุ่มประชากรทั่วไปพบอยู่ในช่วงร้อยละ 0-8.1 ส่วนในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยพบอยู่ในช่วงร้อยละ 10.1-25.1^{3-6,11-16} ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยพบอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นมากกว่า⁴⁻⁶

การศึกษาที่ผ่านมามีการเลือกใช้เครื่องมือในการคัดกรองที่แตกต่างกัน เครื่องมือที่นิยมใช้ ได้แก่ adult attention deficit hyperactivity disorder self-report scale screener version 1.1 (ASRS Screener V1.1)^{5,6,17}, ASRS v1.1 symptom checklist^{4,11,16} และ 24-item questionnaire¹² ในประเทศไทยได้มีการแปลเครื่องมือ ASRS v1.1 screener มาเป็นฉบับภาษาไทย¹ เพื่อใช้คัดกรองโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ ส่วนปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับ

โรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่⁴⁻¹⁵ ได้แก่ เพศชาย อายุ น้อย ปัญหาการเรียน ปัญหาการทำผิดกฎหมาย ปัญหาครอบครัว ปัญหาการทำงาน ปัญหาการเงิน ปัญหาโรคจิตเวชอื่นๆ ปัญหาการใช้สารเสพติด ปัญหาการใช้อินเทอร์เน็ต ทั้งนี้มีรายงานวิจัยที่พบปัญหาการใช้สารเสพติด อินเทอร์เน็ตในกลุ่มที่ปัญหาสมาธิสั้น และความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของพฤติกรรมการใช้สารเสพติด อินเทอร์เน็ตกับระดับอาการของโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญ¹⁸ และยังพบว่านักศึกษามหาวิทยาลัยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นใช้เวลาในการใช้อินเทอร์เน็ตมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ในประเทศไทยมาก่อน ส่วนในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์พบเพียงรายงานการศึกษาปัญหาการใช้สารเสพติด¹⁹ โดยพบนักศึกษาร้อยละ 5.0 มีการใช้สารเสพติดบ่อยครั้ง และร้อยละ 40.9 ใช้สารเสพติดนานๆ ครั้ง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคัดกรองปัญหาโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ซึ่งมีจำนวน 3,646 คน เป็นเพศชาย 1,263 คน (ร้อยละ 34.6) เพศหญิง 2,383 คน (ร้อยละ 65.4) เนื่องจากเป็นกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่อาจพบความชุกของโรคสมาธิสั้นได้มาก ดังนั้นวัตถุประสงค์ของงานวิจัยฉบับนี้คือเพื่อศึกษาขนาดปัญหาของโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่โดยการคัดกรองตั้งแต่ต้น (early detection) และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัญหาการใช้อินเทอร์เน็ตกับโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ เพื่อนำมาใช้วางแผนให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป

วิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive survey) โดยผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เลขที่ 60-464-03-4)

กรอบการสุ่ม (sampling frame) ได้แก่ คณะประชากรที่ศึกษา ได้แก่ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ที่กำลังศึกษาในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ปีการศึกษา 2561 และใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (sampling method) นักศึกษาในแต่ละคณะด้วยวิธีการสุ่มแบบสะดวก (convenience sampling) โดยทีมผู้ประสานงาน ใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว โดยใช้ค่าความชุกของโรคสมาธิสั้นจากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับงานวิจัยครั้งนี้มากที่สุด ได้แก่ การวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มนักศึกษาและการวิจัยที่ใช้แบบสอบถาม ASRS Screener v1.1²⁰⁻²³ ได้ขนาดตัวอย่างคือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวนอย่างน้อย 1,521 คน

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ 1) *ข้อมูลทั่วไป* 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ เกรดเฉลี่ยเทอมล่าสุด (ม.6) คณะที่ศึกษา ค่าใช้จ่ายรายเดือน ปัญหาทะเลาะวิวาท ประวัติการทำผิดกฎจราจร และประวัติประสบอุบัติเหตุ 2) *ข้อมูลสุขภาพ* 5 ข้อ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติดอื่นๆ ประวัติการวินิจฉัยและรักษาโรคสมาธิสั้นในอดีตและปัจจุบัน และประวัติโรคจิตเวชอื่นๆ 3) *แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ฉบับภาษาไทย* Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener V1.1²³⁻²⁶ ซึ่งมีค่าความไว (sensitivity) และค่าอำนาจการทำนายเชิงลบ (NPV) ค่อนข้างสูงคือ ร้อยละ 93.9 และ

96.0 ตามลำดับ ส่วนค่าความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 71.6¹ ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ โดยผู้ตอบให้คะแนนในแต่ละข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคยถึงบ่อยมาก การแปลผลคำถามข้อที่ 1-3 หากตอบความถี่ในช่วงเป็นบางครั้ง-บ่อยมากจะได้คะแนน 1 หากนอกเหนือจากนั้นให้คะแนนเป็น 0 ส่วนคำถามข้อที่ 4-6 หากตอบความถี่ในช่วงบ่อย-บ่อยมากจะได้คะแนน 1 หากนอกเหนือจากนั้นให้คะแนนเป็น 0 หากคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน เป็นข้อบ่งชี้ว่าอาจมีอาการของโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ 4) *ข้อมูลเกี่ยวกับอินเทอร์เน็ต* เป็นข้อคำถามการใช้อินเทอร์เน็ต 5 ข้อ และพฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ต 8 ข้อ^{27,28} ที่อ้างอิงจากแบบทดสอบพฤติกรรมกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ตของ Kimberly S. Young โดยมีค่า Cronbach Alpha 0.904 ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ผู้ตอบให้คะแนนในแต่ละข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดย 1 คะแนน คือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 คะแนน คือเห็นด้วยอย่างยิ่ง ในการแปลผล หากตอบเห็นด้วยหรือเห็นด้วยอย่างยิ่งกับคำถามมากกว่า 5 ข้อ แสดงถึงการมีพฤติกรรมเสพติดอินเทอร์เน็ต

เก็บข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัยหรือหัวหน้าชั้นปีเป็นผู้แจกเอกสารเก็บข้อมูล และได้อธิบายวัตถุประสงค์เอกสารชี้แจงเกี่ยวกับงานวิจัย และขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม หากนักศึกษายินดีให้ความร่วมมือจะได้รับแบบสอบถามแบบตอบเอง โดยไม่ต้องลงชื่อผู้ตอบ ทั้งนี้เพื่อลดความกังวลจากการระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นจะเก็บรวบรวมแบบสอบถามกลับทันที

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้น (bivariate analysis) โดยใช้สถิติ Chi-square พิจารณาตัวแปรที่ให้ค่า $p\text{-value} < 0.2$ เพื่อคัดเลือกตัวแปรเข้าสู่โมเดลเริ่มต้น (initial model) ซึ่งได้แก่ เพศ ประวัติการทำผิดกฎจราจร ประวัติประสบอุบัติเหตุ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคสมาธิสั้นในวัยเด็ก และพฤติกรรมการเล่นติดอินเทอร์เน็ต และวิเคราะห์หลายตัวแปร (multivariate

analysis) โดยใช้ multiple logistic regression นำเสนอโดย Odds ratio

ผล

นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2561 ทุกคณะของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ มีจำนวนทั้งหมด 3,646 คน ส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,653 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามกลับ 1,416 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 85.7 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างคือ 18.7 ปี GPA สะสมเฉลี่ย 3.3 ข้อมูลทั่วไปแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n=1,416)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	423 (29.9)
หญิง	990 (69.9)
ไม่ตอบ	3 (0.2)
คณะที่ศึกษา	
แพทยศาสตร์	167 (11.8)
การแพทย์แผนไทย	130 (9.2)
พยาบาลศาสตร์	120 (8.5)
ทรัพยากรธรรมชาติ	120 (8.5)
เภสัชศาสตร์	119 (8.4)
วิทยาการจัดการ	112 (7.9)
วิทยาศาสตร์	110 (7.8)
นิติศาสตร์	106 (7.5)
เศรษฐศาสตร์	104 (7.3)
อุตสาหกรรมเกษตร	76 (5.4)
ศิลปศาสตร์	63 (4.4)
เทคนิคการแพทย์	55 (3.9)
วิศวกรรมศาสตร์	51 (3.6)
ทันตแพทยศาสตร์	43 (3.0)
โครงการจัดตั้งสัตวแพทยศาสตร์	23 (1.6)
โครงการจัดตั้งวิทยาลัยนานาชาติ	17 (1.2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n=1,416) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เงินที่ได้รับสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายต่อเดือน (บาท)	
น้อยกว่า 5,000	608 (42.9)
5,000-10,000	717 (50.6)
10,001-15,000	41 (2.9)
มากกว่า 15,000	10 (0.7)
ไม่ตอบ	40 (2.8)
ใน 6 เดือนที่ผ่านมา เคยมีปัญหาทะเลาะกับบุคคลดังต่อไปนี้ บ่อยเพียงไร	
พ่อ-แม่	
ไม่เคย	673 (47.5)
บางครั้ง	703 (49.6)
บ่อยครั้ง	21 (1.5)
ไม่ตอบ	19 (1.3)
พี่น้อง/ลูกพี่-ลูกน้อง	
ไม่เคย	759 (53.6)
บางครั้ง	580 (41.0)
บ่อยครั้ง	51 (3.6)
ไม่ตอบ	26 (1.8)
เพื่อน	
ไม่เคย	777 (54.9)
บางครั้ง	597 (42.2)
บ่อยครั้ง	12 (0.8)
ไม่ตอบ	30 (2.1)
แฟน	
ไม่เคย	1,032 (72.9)
บางครั้ง	234 (16.5)
บ่อยครั้ง	75 (5.3)
ไม่ตอบ	75 (5.3)
ใน 6 เดือนที่ผ่านมา เคยทำผิดกฎจราจรหรือไม่	
ไม่เคย	1,037 (73.2)
เคย	374 (26.4)
ไม่ตอบ	5 (0.4)
ใน 6 เดือนที่ผ่านมา เคยประสบอุบัติเหตุหรือไม่	
ไม่เคย	1,174 (82.9)
เคย	235 (16.6)
ไม่ตอบ	7 (0.5)

ข้อมูลด้านสุขภาพพบว่านักศึกษาไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และไม่ใช้สารเสพติดในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมาร้อยละ 96.2, 81.9, 99.3 ตามลำดับ โดยร้อยละ 90.0 ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นในวัยเด็ก และร้อยละ 98.2 ไม่มีประวัติโรคจิตเวชอื่นๆ

จากการคัดกรองโรคสมาธิสั้นพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีผลการคัดกรองโรคสมาธิสั้นอยู่ในเกณฑ์ปกติ และเพียงร้อยละ 14.8 ที่ผลการคัดกรองเข้าข่ายโรคสมาธิสั้น แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ (n= 1,416)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)
ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา สูบบุหรี่หรือไม่	
ไม่สูบ	1,362 (96.2)
สูบ	50 (3.5)
ไม่ตอบ	4 (0.3)
ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ (เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ สปาย)	
ไม่ดื่ม	1,159 (81.9)
ดื่ม	253 (17.9)
ไม่ตอบ	4 (0.3)
ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ใช้สารเสพติดอื่นๆ บ้างหรือไม่	
ไม่ใช่	1,406 (99.3)
ใช่ ได้แก่ ไอซ์ โคเคน ยาบ้า	1 (0.1)
ไม่ตอบ	9 (0.6)
ประวัติการได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นในวัยเด็ก	
ไม่เคย	1,274 (90.0)
ไม่แน่ใจ	112 (7.9)
เคย	10 (0.7)
ไม่ตอบ	20 (1.4)
ถ้าเคย อายุเริ่มต้นเฉลี่ยที่ได้รับการวินิจฉัย (ปี) (n=10)	8.1±3.0 (3-12)
ประวัติการรักษาโรคสมาธิสั้น	
ไม่เคยได้รับการรักษาโรคสมาธิสั้น	6 (0.4)
เคยได้รับการรักษาโรคสมาธิสั้น	4 (0.3)
ถ้าเคย การรักษาที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
กินยา	3 (0.2)
กิจกรรมบำบัด	1 (0.1)
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	2 (0.1)
ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับการรักษาหรือติดตามการรักษาแล้ว	5 (0.4)

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ (n= 1,416) (ต่อ)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)
ประวัติโรคจิตเวช	
ไม่มี	1,390 (98.2)
มี ได้แก่ ซึมเศร้า หูแว่ว แพนนิค	13 (0.9)
ไม่ตอบ	13 (0.9)
ผลการคัดกรองโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่	
ปกติ	1,202 (84.9)
ผิดปกติ	210 (14.8)
ไม่ตอบ	4 (0.3)

ข้อมูลการใช้อินเทอร์เน็ตของนักศึกษา พบว่านักศึกษาร้อยละ 85.9 ใช้อินเทอร์เน็ต 6-7 วันต่อสัปดาห์ เวลาเฉลี่ยที่ใช้ครั้งละประมาณ 43.3 นาที จำนวนครั้งที่ใช้เฉลี่ยต่อวัน 4.9 ครั้ง ใช้เพื่อความสะดวก การติดต่อสื่อสารและการศึกษา ร้อยละ 98.4, 98.3, 97.6 ตามลำดับ การใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อกิจกรรมอื่นที่ไม่เกี่ยวกับการเรียนในระหว่างกิจกรรมเกี่ยวกับการเรียนพบว่าใช้บ้างร้อยละ 81.1

ส่วนพฤติกรรมเสพติดอินเทอร์เน็ต พบนักศึกษาที่มีพฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ตร้อยละ 7.8 ไม่พบพฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ตร้อยละ 90.7 และไม่ตอบคำถามร้อยละ 1.5

ความสัมพันธ์เบื้องต้นระหว่างข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อมูลการใช้อินเทอร์เน็ตของกลุ่มตัวอย่างกับผลการคัดกรองโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์เบื้องต้นระหว่างข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อมูลการใช้อินเทอร์เน็ตของกลุ่มตัวอย่างกับผลการคัดกรองโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่

ข้อมูลทั่วไป	ผลการคัดกรองโรคสมาธิสั้น		Chi-squared P-value
	ปกติ	ผิดปกติ	
เพศ			0.10
ชาย	348 (82.7)	73 (17.3)	
หญิง	852 (86.2)	136 (13.8)	
GPA สะสม			0.66
≤ 3.5	443 (84.9)	79 (15.1)	
> 3.5	371 (86.1)	60 (13.9)	

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์เบื้องต้นระหว่างข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อมูลการใช้อินเทอร์เน็ตของกลุ่มตัวอย่างกับผลการคัดกรองโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ผลการคัดกรองโรคสมาธิสั้น		Chi-squared P-value
	ปกติ	ผิดปกติ	
เงินที่ได้รับสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายต่อเดือน (บาท)			0.94
น้อยกว่า 5,000	515 (84.8)	92 (15.2)	
5,000-10,000	609 (85.2)	106 (14.8)	
10,001-15,000	35 (85.4)	6 (14.6)	
มากกว่า 15,000	7 (77.8)	2 (22.2)	
เคยทำผิดกฎจราจร			< 0.01
ไม่เคย	909 (87.8)	126 (12.2)	
เคย	290 (78.0)	82 (22.0)	
เคยประสบอุบัติเหตุ			0.08
ไม่เคย	1,006 (85.8)	166 (14.2)	
เคย	189 (81.1)	44 (18.9)	
สูบบุหรี่			0.58
ไม่สูบ	1,159 (85.2)	201 (14.8)	
สูบ	39 (81.2)	9 (18.8)	
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์			0.01
ไม่ดื่ม	998 (86.3)	159 (13.7)	
ดื่ม	200 (79.7)	51 (20.3)	
เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นในวัยเด็ก			< 0.01
ไม่เคย	1,103 (86.9)	167 (13.1)	
ไม่แน่ใจ	75 (67.0)	37 (33.0)	
เคย	7 (70.0)	3 (30.0)	
ประวัติโรคจิตเวช			0.67
ไม่มี	1,179 (85.1)	207 (14.9)	
มี ได้แก่ ซึมเศร้า หูแว่ว แพนนิค	10 (76.9)	3 (23.1)	
พฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ต			< 0.01
ไม่เสพติด	1,122 (87.5)	160 (12.5)	
เสพติด	61 (56.0)	48 (44.0)	

GPA = grade point average

หมายเหตุ: บางตัวแปรมีค่า missing value

เมื่อปรับอิทธิพลของประวัติการได้รับวินัย และรักษาโรคสมาธิสั้นในวัยเด็กแล้ว การทำผิดกฎจราจรและพฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ต มีความ

สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.01$ และ $P<0.01$ ตามลำดับ) แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่

ปัจจัย	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	P-value LR-test
พฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ต			< 0.01
ไม่เสพติด	Reference	Reference	
เสพติด	5.8 (3.8, 8.8)	4.8 (3.1, 7.4)	
การทำผิดกฎจราจร			0.01
ไม่เคย	Reference	Reference	
เคย	2.0 (1.5, 2.7)	1.7 (1.3, 2.4)	
การได้รับวินัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นในวัยเด็ก			< 0.01
ไม่เคย	Reference	Reference	
ไม่แน่ใจ	3.3 (2.1, 5.1)	2.5 (1.6, 3.9)	
เคย	2.8 (0.7, 11.1)	2.0 (0.5, 8.7)	

OR = odds ratio, CI= confidence interval, LR= likelihood ratio

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า ผลการคัดกรองโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ในกลุ่มนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ พบได้ร้อยละ 14.8 สอดคล้องกับการศึกษาในหลายประเทศที่ศึกษาในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย โดยพบความชุกอยู่ในช่วงร้อยละ 10.1-25.1^{5,6,11-14,16}

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบปัจจัยหลายด้านที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่⁴⁻¹⁵ แต่การศึกษาในครั้งนี้พบเพียงสองปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประวัติการทำผิดกฎจราจร และพฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ต ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยหลายการศึกษาที่พบว่า ปัญหาการทำผิดกฎจราจรและผิด

กฎหมายสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นโรคสมาธิสั้นทั้งในกลุ่มผู้ใหญ่และกลุ่มนักเรียนนักศึกษา โดยจัดเป็นอาการในด้านของการอยู่ไม่สุขและหุนหันพลันแล่น (hyperactivity and impulsivity) ซึ่งอาจจะแสดงออกมาในรูปแบบของการขับเร็ว^{3,9,11,29} และระดับอาการของโรคสมาธิสั้นสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของพฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ต¹⁸ โดยอธิบายได้ว่า โรคสมาธิสั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ต ซึ่งสัมพันธ์อย่างมากกับอาการด้านขาดสมาธิ (inattention) การอธิบายความสัมพันธ์นี้มาจากหลายทฤษฎี ได้แก่ บุคลิกภาพแบบแสวงหาการสัมผัส (high-sensation seeker) จะมีความรู้สึกบวกลดต่อสถานการณ์ที่น่าตื่นเต้น ความผิดปกติของระบบประสาทการให้รางวัล (reward system) ที่ชอบการได้

รางวัลแบบทันที ความบกพร่องของการยับยั้งการตอบสนองและการควบคุมความคิด และสมมุติฐานเกี่ยวกับ self-medication เนื่องจากโรคสมาธิสั้นมีระดับการทำงานของโดพามีน (dopamine) ที่ต่ำ การใช้อินเตอร์เน็ตทำให้เกิดการหลั่งโดพามีน (dopamine) ส่งผลให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย อีกทั้งยังพบว่า ASRS score เป็นเครื่องมือที่ดีที่สุดที่ใช้ทำนายพฤติกรรมการเสพติดอินเตอร์เน็ตอีกด้วย^{11,18,30,31}

ผลการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ อายุ เพศ การเรียน การเงิน ปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด และโรคร่วมทางจิตเวช ซึ่งต่างไปจากงานวิจัยอื่น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะประชากรที่แตกต่างกัน เช่น อายุของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นนักศึกษาชั้นปีเดียวกันทั้งหมดซึ่งมีอายุใกล้เคียงกัน จึงไม่สามารถศึกษาความแตกต่างด้านอายุได้ ส่วนปัจจัยด้านอื่นนั้นพบมีปัญหาลักษณะน้อย จึงทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างได้

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้คือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเนื่องจากประชากรนักศึกษามีเพศหญิงมากกว่า ในขณะที่โรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ส่วนใหญ่พบในเพศชาย จึงอาจทำให้พบผลการคัดกรองโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ที่ได้น้อยกว่าความเป็นจริง และอาจมีผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่พบน้อยไปด้วย ส่วนข้อจำกัดอีกประการคือ การศึกษานี้เป็นเพียงการคัดกรองโรคสมาธิสั้น มิใช่การวินิจฉัยโรคจึงยังไม่สามารถระบุว่าเป็นความชุกของโรคสมาธิสั้นได้ ซึ่งเกณฑ์มาตรฐานสำหรับวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นยังจำเป็นต้องอาศัยประวัติและ

อาการที่ได้จากการสัมภาษณ์ซักประวัติและตรวจประเมินทางคลินิกเพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยต่อไป คือ ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่ที่หลากหลายมากขึ้น เช่น กลุ่มมหาวิทยาลัยเอกชน กลุ่มนักเรียน ปวส. รวมถึงกลุ่มที่ไม่ได้ศึกษาต่อ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนค่อนข้างมากและกระจายไปทุกคณะของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยฯ จึงอาจเป็นตัวแทนการประเมินปัญหาโรคสมาธิสั้นเบื้องต้นในนักศึกษามหาวิทยาลัยที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น มีประวัติการทำผิดกฎจราจร และพฤติกรรมเสพติดอินเตอร์เน็ต และเป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางการดูแลช่วยเหลือและป้องกันปัญหาพฤติกรรมในนักศึกษา และเป็นแนวทางให้ผู้สนใจทำวิจัยเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ได้นำข้อมูลไปศึกษาต่อยอดต่อไป

สรุป

ผลการคัดกรองโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ พบเป็นร้อยละ 14.8 โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ ได้แก่ ประวัติการทำผิดกฎจราจร และพฤติกรรมเสพติดอินเตอร์เน็ต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณนิศานต์ วีระชาติเทวีญ นักสถิติ และคุณเครือวัลย์ จงบวรวิวัฒน์ ผู้ช่วยวิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้ความช่วยเหลือในด้านการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

ความรู้เดิม : โรคสมาธิสั้นสามารถแสดงอาการได้ถึงวัยผู้ใหญ่ และพบปัจจัยหลายด้านที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่

ความรู้ใหม่ : การคัดกรองโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์พบร้อยละ 14.8 และสัมพันธ์กับประวัติการทำผิดกฎจราจร และพฤติกรรมการเล่นวิดีโอเกม

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การประเมินปัญหาโรคสมาธิสั้นเบื้องต้นโดยเฉพาะในนักศึกษากลุ่มเสี่ยง เพื่อพัฒนาแนวทางการวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือนักศึกษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สนทรรศ บุชราทิจ, วัลลภ อัจสิริยะสิงห์, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปณต ผู้กฤตยาคามิ, ทิฆัมพร หอสิริ, ญัฐวสา วิวัฒน์วรารมณ, และคณะ. การศึกษาความเที่ยงและความตรงของแบบสอบถาม Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) screener V1.1 ฉบับภาษาไทย [Reliability and validity study of Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener v1.1 Thai Version]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2559;61:145-54.
2. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow up studies. Psychol Med. 2006;36:159-65. doi:10.1017/S003329170500471X.
3. Wender PH, Wolf LE, Wasserstein J. Adult with ADHD: An overview. Ann NY Acad Sci. 2001;93:1-16.
4. Romo L, Ladner J, Kotbagi G, Morvan Y, Saleh D, Tavoracci MP, et al. Attention-deficit hyperactivity disorder and addictions (substance and behavioral): prevalence and characteristics in a multicenter study in France. JBA. 2018;7:743-51. doi:10.1556/2006.7.2018.58.
5. Bakhshani NM, Babaei S, Raghbi M. Self-reported ADHD symptoms prevalence in a university student population: using adult self-report-V1.1 screener. Modern Applied Science. 2012;6:63-7. doi:10.5539/mas.v6n8p63.
6. Park S, Cho MJ, Chang SM, Jeon HJ, Cho SJ, Kim BS, et al. Prevalence, correlates, and comorbidities of adult ADHD symptoms in Korea: results of the Korean epidemiologic catchment area study. Psychiatry Res. 2011;186:378-83. doi:10.1016/j.psychres.2010.07.047.
7. Lenard AA, Stephen VF, Phillip S, Norman A, Alexandra K. Establishing US norms for the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) and characterizing symptom burden among adults with self-reported ADHD. Int J Clin Pract. 2019;73:e13260. doi:10.1111/ijcp.13260
8. Agarwal R, Goldenberg M, Perry R, IsHak WW. The quality of life of adults with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. Innov Clin Neurosci. 2012;9:10-21.
9. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Wilens T, Seidman LJ, Mick E, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview. Biol Psychiatry. 2000;48:9-20.

10. De Graaf R, Kessler RC, Fayyad J, Have M, Alonso J, Angermeyer M, et al. The prevalence and effects of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on the performance of workers: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Occup Environ Med*. 2008;65:835-42. doi:10.1136/oem.2007.038448.
11. Kavakci O, Kugu N, Semiz M, Meydan F, Karsikaya S, Dogan O. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and co-morbid disorders among students of Cumhuriyet University. *Eur J Psychiat*. 2012;26:107-17. doi:10.4321/S0213-61632012000200004.
12. DuPaul GJ, Schaughency EA, Weyandt LL, Tripp G, Kiesner J, Ota K, et al. Self-report of ADHD symptoms in university students: cross-gender and cross-national prevalence. *J Learn Disabil*. 2001;34:370-9. doi:10.1177/002221940103400412.
13. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the national comorbidity survey replication. *Am J Psychiatry*. 2006;163:716-23. doi:10.1176/ajp.2006.163.4.716.
14. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*. 2007;190:402-9.
15. Judith R, Ilse T, Zukiswa Z, Anneke M. A pilot study: use of the adult attention-deficit/hyperactivity disorder self-report scale in a South African patient population. *S Afr Psychiat*. 2019;25,a1326. doi.org/10.4102/sajpsy psychiatry.v25i0.1326
16. Garnier-Dykstra LM, Pinchevsky GM, Caldeira KM, Vincent KB, Arria AM. Self-reported adult attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms among college students. *J Am Coll Health*. 2010;59:133-6. doi:10.1080/07448481.2010.483718.
17. Hines JL, King TS, Curry WJ. The adult ADHD self-report scale for screening for adult attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD). *J Am Board Fam Med*. 2012;25:847-53. doi: 10.3122/jabfm.2012.06.120065.
18. Yoo HJ, Cho SC, Ha J, Yune SK, Kim SJ, Hwang J, et al. Attention deficit hyperactivity symptoms and internet addiction. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2004;58:487-94. doi:10.1111/j.1440-1819.2004.01290.x.
19. อมรา ศรีสังข์. ความรู้ความเข้าใจและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้สารเสพติดของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ [Knowledge, understanding, and factors related to students' drug abuse at prince of Songkla university]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2545.
20. World Health Organization. Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) symptom checklist [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2003 [updated 2013; cited 2017 Aug 5]. Available from: <https://add.org/wp-content/uploads/2015/03/adhd-questionnaire-ASRS111.pdf>

21. NYU Langone Health. Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) screener [Internet]. New York: NYU School of Medicine; 2017 [updated 2017; cited 2017 Aug 5]. Available from: www.med.nyu.edu/Psych/training/Adhd.html
22. World Health Organization. Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) symptom checklist Thai version [Internet]. Thailand: Mahidol University; 2017 [cited 2017 Aug 5]. Available from: <https://med.mahidol.ac.th/psych/sites/default/files/public/pdf/Conference/57/ASRS-v1.1%20TH%20%2818%20items%29%20Final%20version.pdf>
23. World Health Organization. Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) screener Thai version [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 5]. Available from: https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpd/ir/adhd/6Q_Thai_final.pdf
24. Goodman DW. ADHD in adults: update for clinicians on diagnosis and assessment. *Primary Psychiatry*. 2009;16:21-30.
25. Gray S, Woltering S, Mawjee K, Tannock R. The Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): utility in college students with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Peer J*. 2014;25:324. doi: 10.7717/peerj.324.
26. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med*. 2005;35:245-56. doi:10.1017/s0033291704002892.
27. ชัชพงศ์ ตั้งมณี, อรุณี กำลัง. พฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ตของนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [Internet addictive behavior among Chulalongkorn University students] [รายงานการวิจัย]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
28. ชัชพงศ์ ตั้งมณี, สามารถ สีจำปี. พฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ต : กรณีศึกษาของนิสิตปริญญาตรี คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
29. Kooji SJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugue M, Carpentier PJ. European consensus statement on diagnosis of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*. 2010;10:67. doi:10.1186/1471-244X-10-67.
30. Bielefeld M, Drews M, Putzig I, Böttel L, Steinbuechel T, Dieris-Hirche J, et al. Comorbidity of Internet use disorder and attention deficit hyperactivity disorder: two adult case-control studies. *J Behav Addict*. 2017;6:490-504. doi:10.1556/2006.6.2017.073.
31. Panagiotidi M, Overton P. The relationship between internet addiction, attention deficit hyperactivity symptoms and online activities in adults. *Compr Psychiatry*. 2018;87:7-11. doi:10.1016/j.comppsy.2018.08.004.

นิพนธ์ต้นฉบับ

อาการถอนกระท่อมที่ทำให้ทุกข์ทรมานของผู้เสพติดกระท่อม ในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

วันรับ : 31 กรกฎาคม 2562

วันแก้ไข : 5 มกราคม 2563

วันตอบรับ : 10 มกราคม 2563

อมรรัตน์ บางพิเชษฐ์, พ.บ.

โรงพยาบาลตะกั่วป่า

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ศึกษาลักษณะอาการถอนกระท่อมที่ทำให้ทุกข์ทรมานและปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการถอนกระท่อมในผู้เสพติดกระท่อม

วิธีการ: เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง ในผู้เสพติดกระท่อมของโรงพยาบาลตะกั่วป่า ช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2555 ถึงธันวาคม พ.ศ. 2561 จากเวชระเบียนจิตเวช วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการถอนกระท่อมที่ทำให้ทุกข์ทรมานด้วยสถิติ Fisher's Exact Test

ผล: ผู้เสพติดกระท่อมจำนวน 137 คน เป็นเพศชาย 135 คน อายุเฉลี่ย 30.5 ปี ร้อยละ 54.0 มีสถานภาพโสด ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 94.9) มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 50.3) และประกอบอาชีพใช้แรงงาน ได้แก่ รับจ้าง เกษตรกรรม และประมง (รวมเป็นร้อยละ 70.1) เหตุผลที่เข้ารับการรักษามากที่สุด คือ เจ็บป่วยทางกายและทางจิต (ร้อยละ 39.4) รองลงมาคือ สมรรถภาพทางเพศเสื่อม (ร้อยละ 33.6) ระยะเวลาที่เสพติดกระท่อมที่พบมากที่สุด คือ 1 ปี-น้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 35.8) ส่วนใหญ่ดื่มน้ำต้มกระท่อมมากกว่าเคี้ยวใบกระท่อมสด (ร้อยละ 68.6) ชนิดของสารเสพติดที่ใช้รวมมากที่สุดคือยาบ้าและไอซ์ (ร้อยละ 35.0) ส่วนใหญ่มีโรคจิตเวชร่วม (ร้อยละ 63.5) โดยโรคจิตเวชที่พบร่วมมากที่สุดคือโรคจิตที่เกิดจากกระท่อมหรือยาเสพติดชนิดอื่น (ร้อยละ 19.0) อาการถอนกระท่อมที่ทำให้ทุกข์ทรมานมากที่สุดคือ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ กระตุกและช้อ (ร้อยละ 91.2) และอาการนอนไม่หลับ (ร้อยละ 59.1) ผู้ป่วยอายุน้อยนิยมเสพน้ำต้มใบกระท่อม ในขณะที่ผู้ป่วยอายุมากขึ้นมักเคี้ยวใบกระท่อมสด ระยะเวลาเสพมีความสัมพันธ์กับลักษณะอาการถอนกระท่อมที่ทำให้ทุกข์ทรมาน โดยพบอาการนอนไม่หลับที่ทุกข์ทรมานบ่อยขึ้นในผู้เสพติดกระท่อมมานานกว่า 10 ปี

สรุป: อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ กระตุกและช้อ และอาการนอนไม่หลับ เป็นอาการถอนกระท่อมที่ทำให้ทุกข์ทรมานที่พบมากที่สุดและผู้เสพติดกระท่อม การพัฒนาวิธีการบำบัดรักษาควรพิจารณาอาการดังกล่าวเพื่อช่วยให้ผู้เสพติดสามารถเลิกใช้กระท่อมได้

คำสำคัญ: กระท่อม ทุกข์ทรมาน ผู้เสพติดกระท่อม อาการถอนกระท่อม

ติดต่อผู้นิพนธ์: อมรรัตน์ บางพิเชษฐ์; e-mail: amornrut9@gmail.com

Original article

The distressing withdrawal symptoms of Kratom dependent patients in the psychiatric clinic of Takuapa hospital, Phang-nga province, Thailand

Received : 31st July 2019

Revised : 5th January 2020

Accepted : 10th January 2020

Amornrut Bangphichet, M.D.

Takuapa Hospital

Abstract

Objectives: This study aims to explore the characteristic of distressing withdrawal symptoms and related factors from Kratom dependent patients.

Methods: This was a retrospective descriptive study on Kratom dependent patients who had been treated at the psychiatric clinic of Takuapa hospital from January 2012 to December 2018. The relationship between characteristics of patient and Kratom use and the most distressing withdrawal symptoms were analysed using Fisher's exact test.

Results: Of 137 patients whose data were analysed, 135 were male with the average 30.5 years of age, 54.0% were single, 94.9% had less than secondary education, and about half (50.3%) earned less than 5,000 baht per month. Labors (general employees, agriculturists and fishermen) were the most common population (70.1%). The most frequent reasons for receiving treatment were having physical illnesses (39.4%) and willing to quit Kratom (33.6%). The most frequent duration of Kratom use was 1 year-less than 5 years (35.8%). The majority of the respondents (68.6%) preferred taking Kratom by drinking its boiled leaves to chewing the fresh leaves. The most common concurrently used drugs were amphetamine and ices (35.0%). Most of the respondents (63.5%) had any of comorbid psychiatric conditions, including substance-induced psychosis (19.0%). The most reported distressing withdrawal symptoms were muscle, bone and joint pains (91.2%), followed by insomnia (59.1%). The younger users tended to drink the boiled leaves while the older users tended to chew the fresh leaves. Duration of Kratom use was significantly associated with the characteristic of the withdrawal symptoms. Insomnia as the most distressing symptom was more frequent among those who had been using Kratom for more than 10 years.

Conclusion: Muscle, bone and joint pains and insomnia were the most commonly reported distressing withdrawal symptoms among the Kratom dependent patients. The symptoms reliefs should be considered in Kratom dependence treatment.

Keywords: distressing, Kratom, Kratom dependence, Kratom withdrawal symptom

Corresponding author: Amornrut Bangphichet; e-mail: amornrut9@gmail.com

บทนำ

พืชกระท่อม (*Mitragyna speciosa* Korth.) จัดอยู่ในวงศ์ Rubiaceae เป็นไม้ยืนต้นที่เป็นพืชถิ่นพบในบริเวณแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ชาวบ้านใช้กันมานานกว่า 100 ปีเพื่อเป็นตัวกระตุ้นช่วยในการทำงาน ใช้เป็นยารักษาโรค และใช้ในการเข้าสังคม^{1,2,5} ในอดีตผู้ที่ใช้กระท่อมส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ใช้แรงงาน เช่น ชาวประมง ชวนา และชาวสวนยาง ที่อยู่ในตอนเหนือของประเทศมาเลเซียและตอนใต้ของประเทศไทยเพื่อเพิ่มความทนในการทำงานกลางแดดและลดอาการอ่อนล้าจากการทำงาน² ชาวบ้านใช้ใบกระท่อมเป็นยารักษาโรค เช่น อาการไอ ท้องร่วง ปวดท้อง ปวดฟัน³ ใช้ใช้พอกรักษาแผล² และยังใช้รักษาโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังใช้เพื่อทดแทนสารเสพติดอื่น เช่น ยาบ้า ผีนุ่ เฮโรอีน หรือแอลกอฮอล์ ใช้เป็นของขบเคี้ยวในการสังสรรค์กับเพื่อน เป็นของกินสำหรับแขกที่มาเยือนที่บ้าน หรือใช้ในกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ของคนในสังคม เช่น กีฬาพื้นบ้าน ขนวัว ขนไก่ หรือใช้บูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์² ผู้ใช้กระท่อมส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อพืชกระท่อมทั้งในด้านสุขภาพ การทำงาน และการเข้าสังคม^{1,2} สมัยก่อนพบใบกระท่อมวางขายอยู่ในตลาดสดหรือมีให้ดื่มฟรีตามร้านน้ำชา ก่อนจะมีการปราบปรามอย่างเข้มงวดในเวลาต่อมา⁷ ปัจจุบันใบกระท่อมมีการแปรรูปเพื่อสะดวกในการใช้ เช่น เป็นกระท่อมผง กระท่อมตากแห้ง หรือเครื่องดื่มสีกุณร่อยซึ่งมีส่วนผสมคือ น้ำต้มใบกระท่อม น้ำอัดลม (โค้ก) เพื่อลดรสขมเผื่อน และเสริมด้วยยาแก้ไอหรือยาอื่นๆ เมื่อนำมาผสมกันจะออกฤทธิ์ที่เป็นอันตรายต่อร่างกายในระยะยาว จากพืชกระท่อมที่มีสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท น้ำอัดลมที่มีสารคาเฟอีนกระตุ้นสมองส่วนกลาง ยาแก้ไอที่มีโคเดอีน

หรือยานอนหลับที่มีฤทธิ์กดประสาททำให้่วงซึม³

ในประเทศไทยกระท่อมจัดเป็นพืชเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522¹ จากการสำรวจคุณภาพชีวิต และสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนไทยเพื่อประมาณการจำนวนประชากรที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด พ.ศ. 2554 ซึ่งสำรวจประสบการณ์ใช้สารเสพติดชนิดต่างๆ ในประชากรอายุ 12-65 ปีทั่วประเทศ พบว่ากระท่อมเป็นสารเสพติดที่มีจำนวนผู้ใช้ในปัจจุบันมากที่สุดและใช้สูงสุดในภาคใต้^{1,3}

ในประเทศมาเลเซียบางพื้นที่มีกระท่อมเป็นพืชถิ่นเช่นกัน แต่ผู้เสวมักนิยมใช้เคี้ยว สูบ หรือผสมในเครื่องแกงอาหาร ผู้ที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้แรงงาน โดยใช้เพื่อเพิ่มแรงในการทำงาน และทำให้รู้สึกผ่อนคลายคล้ายกับการใช้เบบดั้งเดิมของไทย¹ ในสหรัฐอเมริกาและประเทศแถบยุโรปกระท่อมไม่ได้จัดเป็นสารเสพติดที่ผิดกฎหมายแต่เป็นสมุนไพรเพื่อรักษาอาการปวดเรื้อรัง มีการซื้อขายพืชกระท่อมผ่านทางอินเทอร์เน็ตอย่างแพร่หลายในราคาถูกเพื่อนำมาใช้ทดแทนสารฝิ่นหรือเพื่อผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล และรักษาอาการถอนแอลกอฮอล์^{1,2,4} แม้ในประเทศญี่ปุ่นก็พบรายงานการขายกระท่อมเช่นกัน¹

ใบกระท่อมประกอบด้วยสารอัลคาลอยด์มากกว่า 40 ชนิด โดยมี mitragynine และ 7-hydroxy mitragynine เป็นสารออกฤทธิ์ที่สำคัญ^{1,2} สารอัลคาลอยด์ทั้งสองชนิดเป็นสารเสพติดที่มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทเมื่อใช้ปริมาณน้อยและมีฤทธิ์กดประสาทเมื่อใช้ปริมาณมาก^{4,6} เกิดภาวะดี้อาและภาวะเสพติดได้⁵ ดังนั้นในผู้ใช้กระท่อมเป็นประจำจึงต้องใช้ปริมาณเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และมีอาการถอนพิษหลังหยุดใช้ เช่น ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูกและข้อ หงุดหงิด

กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ชี้อ่อนแอ เบื่ออาหาร สิ้นหรือกระตุก ง่วงนอน หาวน้ำตาไหล น้ำมูกไหล ใจเต้นแรง ท้องเสีย ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน น้ำลายเหนียว บางคนมีอาการทางจิตเวช เช่น วิดกกังวล อารมณ์เศร้าหดหู่ หวาดระแวง หูแว่ว ภาพหลอน และมีอาการอยากใช้กระท่อมอย่างรุนแรง^{6,7}

ในประเทศไทย ได้มีการศึกษาอาการทางคลินิกของผู้เสพติดกระท่อม ที่แผนกผู้ป่วยในของสถาบันธัญญารักษ์ในช่วงปี พ.ศ.2542-2547 ด้วยการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนพบว่า อาการขาดยาทางกายที่พบมากที่สุดคืออาการอ่อนเพลีย รองลงมาคืออาการปวดเมื่อย ส่วนอาการทางจิตที่พบมากที่สุดคืออาการหงุดหงิด หูแว่ว ภาพหลอน ตามลำดับ และการศึกษาผลกระทบทางอาการวิทยาที่พบในผู้เสพติดกระท่อม ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ในปี พ.ศ. 2547 พบว่าอาการขาดพิษกระท่อมคล้ายกับอาการขาดฝิ่น ได้แก่ ปวดกล้ามเนื้อ นอนไม่หลับ กังวล เครียด กระสับกระส่าย และหงุดหงิด⁷ ส่วนการศึกษาโดยการสำรวจในชุมชนภาคใต้พบความชุกของอาการปวดกล้ามเนื้อ กระตุกและข้อร้อยละ 56.6 และพบอาการกระตุกของกล้ามเนื้อและเส้นประสาทร้อยละ 41.4 เมื่อหยุดใช้กระท่อม⁵ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศมาเลเซียที่พบรายงานความชุกของอาการปวดเมื่อยร่างกายในผู้หยุดใช้กระท่อมจำนวนร้อยละ 76.0 ทั้งนี้รวมถึงอาการปวดและเกร็งกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง ส่วนอาการทางจิตที่พบบ่อยคือ ตื่นตระหนก กระสับกระส่าย โกรธ ตึงเครียด และอารมณ์เศร้า⁸

ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2555 โรงพยาบาลตะกั่วป่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เสพติดกระท่อมแล้วได้รับผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต รวมถึงปัญหาทางสังคมเพิ่ม

มากขึ้น โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถหยุดใช้กระท่อม เนื่องจากไม่สามารถทนต่อความทรมานของอาการถอนกระท่อม และปัจจุบันยังไม่มีการรักษาที่จำเพาะของอาการถอนกระท่อม จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาลักษณะและปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการถอนกระท่อมที่ทำให้ทุกข์ทรมานในผู้เสพติดกระท่อม เพื่อเป็นข้อมูลพัฒนาวิธีการบำบัดรักษาผู้เสพติดกระท่อมที่ต้องการเลิกกระท่อมให้สามารถหยุดใช้กระท่อมได้

วิธีการ

เป็นการศึกษาการวิจัยเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective descriptive study) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเสพติดกระท่อม (Kratom dependence) ที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลตะกั่วป่า ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2555 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561 โดยใช้ฐานข้อมูลจากระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลตะกั่วป่า สืบค้นรายชื่อผู้ที่ได้รับการลงทะเบียนในหมวด F19.2 ภาวะเสพติดสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่นๆ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 พบจำนวน 563 คน จากนั้นนำเลขประจำตัวผู้ป่วยมาสืบค้นเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งหมดเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเสพติดกระท่อม (Kratom dependence) ตามเกณฑ์ของ DSM-5 พบมีจำนวน 284 คน แล้วคัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีผลการบันทึกข้อมูลอาการถอนกระท่อมในเวชระเบียนที่ได้รับการประเมินด้วยคำถามปลายเปิดจากจิตแพทย์คนเดียวกัน ถ้ามถึงประสบการณ์หลังจากหยุดใช้กระท่อมแล้วไม่สามารถทนต่ออาการถอนกระท่อมที่ทำให้ทุกข์ทรมานที่สุดจนต้องกลับไปใช้กระท่อมอีก เรียงตามลำดับ เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือผู้ป่วยที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วน

จากนั้นผู้วิจัยทบทวนเวชระเบียน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาเสพและวิธีการเสพกระท่อมโดย "เสพเป็นน้ำ ต้มกระท่อม" หมายถึงการต้มน้ำต้มใบกระท่อมผสม น้ำอัดลมและยาแก้ไอหรือสารอื่นแบบสีกุณร้อย และ "เสพเป็นใบ" หมายถึงการเคี้ยวใบสด สารเสพติดชนิดอื่นที่ใช้ร่วม โรคจิตเวชร่วม อาการถอนกระท่อมที่ทำให้ทุกข์ทรมานที่สุด 3 อันดับแรกโดยผู้ป่วยบางรายอาจตอบเพียง 1-2 อาการ โดยผู้วิจัยเลือกเฉพาะอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานมากที่สุดอันดับหนึ่งเท่านั้นมาวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ และเหตุผลที่เข้ารับการรักษ การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาทางจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา เลขที่ 4/2562

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม R โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเลือกอาการถอนกระท่อมที่ทำให้ทุกข์ทรมานอันดับที่หนึ่งมาวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการถอนพิษด้วยสถิติ Fisher's Exact Test

ผล

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเสพติดกระท่อมตามเกณฑ์ที่กำหนดในการศึกษานี้มีจำนวนทั้งสิ้น 137 คน พบว่าเกือบทั้งหมดเป็นผู้ชาย (135 คน) อายุเฉลี่ย 30.5 ปี อายุน้อยที่สุดคือ 14 ปี มากที่สุดคือ 77 ปี โดยมีคามัธยฐานอยู่ที่อายุ 24 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 54.0) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 76.6) จบการศึกษาระดับมัธยมหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 94.9) กลุ่มอาชีพใช้แรงงาน (ร้อยละ 70.1) และมีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 50.3) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเสพติดกระท่อมที่เข้ารับการรักษ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	135 (98.5)
หญิง	2 (1.5)
อายุ (ปี)	
< 20	35 (25.5)
20 – 39	65 (47.5)
40 – 59	27 (19.7)
≥ 60	10 (7.3)
ค่าเฉลี่ย±เบี่ยงเบนมาตรฐาน (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)	30.5 ± 15.7 (14-77)
คามัธยฐาน	24

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเสพติดกระท่อมที่เข้ารับการรักษา (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
สถานภาพ	
โสด	74 (54.0)
สมรส	52 (38.0)
หย่าร้าง	7 (5.1)
หม้าย	4 (2.9)
ศาสนา	
พุทธ	105 (76.6)
อิสลาม	32 (23.4)
ระดับการศึกษา	
ต่ำกว่าหรือเทียบเท่าประถมศึกษาปีที่ 6	57 (41.6)
มัธยม	73 (53.3)
สูงกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 6	7 (5.1)
อาชีพ	
รับจ้าง	50 (36.5)
เกษตรกรกรรม	36 (26.3)
ว่างงาน	21 (15.3)
นักเรียน, นักศึกษา	13 (9.5)
ประมง	10 (7.3)
ธุรกิจส่วนตัว	4 (3.0)
อื่นๆ	3 (2.1)
รายได้ต่อเดือน	
≤ 5,000 บาท	69 (50.3)
5,001 - 10,000 บาท	49 (35.8)
10,001 - 15,000 บาท	7 (5.1)
≥ 15,001 บาท	12 (8.8)
ค่าเฉลี่ย±เบี่ยงเบนมาตรฐาน (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)	5,943.1 ± 6,500.4 (0-30,000)

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเสพติดกระท่อมมีระยะเวลาของการเสพกระท่อมอยู่ในช่วง 1 ปี-น้อยกว่า 5 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 35.8) รองลงมาเป็นระยะเวลา มากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 23.4) วิธีการเสพเป็นการใช้น้ำต้มกระท่อม (ร้อยละ 68.6) มากกว่าการใช้ใบกระท่อม

(ร้อยละ 22.6) ส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ยาเสพติดอื่นร่วมด้วย (ร้อยละ 52.6) ชนิดของสารเสพติดที่ใช้ร่วมมากที่สุดคือยาบ้าและไอซ์ (ร้อยละ 35.0) รองลงมาเป็นกัญชา (ร้อยละ 10.2) ส่วนใหญ่มีโรคจิตเวชร่วม (ร้อยละ 63.5) โดยโรคจิตเวชที่พบร่วมมากที่สุดคือ โรคจิตที่

เกิดจากยาเสพติด (substance-induced psychosis) พบร้อยละ 19.0 เหตุผลที่เข้ารับการรักษามากที่สุดคือ เจ็บป่วยทั้งทางกายและทางจิต (ร้อยละ 39.4) โดยมีประวัติชักจากการเสพยากระท่อม 3 คน เหตุผลรองลงมาคือ สัมผัสใจเล็กเสพยากระท่อม (ร้อยละ 33.6) เนื่องจากกลัวการจับกุม กระท่อมหายากขึ้น ราคาแพงขึ้น และมีผลกระทบต่อการทำงาน และอาการถอนกระท่อมที่ทำให้ทุกข์ทรมานที่พบมากที่สุดในกลุ่ม

ตัวอย่างคือ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ กระตุก และข้อ (ร้อยละ 91.2) รองลงมานอนไม่หลับ (ร้อยละ 59.1) หงุดหงิด เบื่อ (ร้อยละ 24.8) และง่วง หาว น้ำมูก น้ำตาไหล (ร้อยละ 14.6) โดยร้อยละ 71.6 ของผู้ป่วยมีอาการถอนกระท่อมมากกว่าหนึ่งอาการ ซึ่งพบว่าส่วนมากเป็นอาการปวดกล้ามเนื้อ กระตุก หรือข้อ ร่วมกับอาการนอนไม่หลับ และพบมีผู้ป่วยบางรายมีอาการกล้ามเนื้อกระตุก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลการใช้กระท่อมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเสพยาเสพติดกระท่อมที่เข้ารับการรักษ

ข้อมูลการใช้กระท่อม	จำนวน (ร้อยละ)
ระยะเวลาที่เสพยา	
น้อยกว่า 1 ปี	28 (20.4)
1 ปี-น้อยกว่า 5 ปี	49 (35.8)
5 ปี-10 ปี	28 (20.4)
มากกว่า 10 ปี	32 (23.4)
วิธีการเสพยา	
ดื่มน้ำต้มใบกระท่อม	94 (68.6)
เคี้ยวใบสด	31 (22.6)
ดื่มน้ำต้มใบกระท่อม และ เคี้ยวใบสด	12 (8.8)
สารเสพติดชนิดอื่นที่ใช้ร่วม	
ไม่ได้เสพยาสารเสพติดอื่นๆ	72 (52.6)
ยาบ้า และ/หรือไอซ์	48 (35.0)
กัญชา	14 (10.2)
อื่นๆ	3 (2.2)
โรคจิตเวชร่วม	
ไม่มี	50 (36.5)
โรคจิตที่เกิดจากยาเสพติด (substance-induced psychosis)	26 (19.0)
โรคจิตที่เกิดจากยาเสพติดหลายชนิด (multiple substance-induced psychosis)	16 (11.7)
การใช้สารเสพติด (substance use disorder)	9 (6.5)
การใช้สารเสพติดหลายชนิด (multiple substance use disorder)	14 (10.2)
โรคจิตเภท (schizophrenia)	7 (5.1)
โรคซึมเศร้า (depressive disorder)	6 (4.4)
อื่นๆ	9 (6.6)

ตารางที่ 2 ข้อมูลการใช้กระท่อมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเสพติดกระท่อมที่เข้ารับการรักษา (ต่อ)

ข้อมูลการใช้กระท่อม	จำนวน (ร้อยละ)
โรคจิตเวชร่วม (ต่อ)	
โรควิตกกังวล (depressive disorder)	6 (4.4)
อื่นๆ	9 (6.6)
เหตุผลที่เข้ารับการรักษา	
เจ็บป่วยทางกายและทางจิต	54 (39.4)
สมัครใจ	46 (33.6)
ถูกจับกุมตัว	23 (16.8)
ครอบครัวต้องการให้เลิกเสพ	14 (10.2)
อาการถอนกระท่อมที่ทำให้ทุกข์ทรมาน (รวมทั้งลำดับที่ 1, 2 หรือ 3)	
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ กระตุก หรือข้อ	125 (91.2)
นอนไม่หลับ	81 (59.1)
หงุดหงิด/เปื้อน	34 (24.8)
ง่วง/หาว/น้ำมูกน้ำตาไหล	20 (14.6)
มีอาการถอนมากกว่าหนึ่งอาการ	98 (71.6)

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับวิธีเสพโดยพบว่าอายุยิ่งน้อยจะเสพเป็นน้ำต้มกระท่อม ในขณะที่อายุยิ่งมากจะเสพเป็นใบมากกว่าน้ำต้มกระท่อม และอายุ 60 ปีขึ้นไปเสพเป็นใบกระท่อมอย่างเดียว ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับลักษณะอาการถอนกระท่อมที่ทำให้ทุกข์ทรมานคือระยะเวลาเสพ

โดยพบว่าอาการนอนไม่หลับจะพบบ่อยขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่เสพกระท่อมมากกว่า 10 ปี แต่ไม่พบความสัมพันธ์ของอายุ อาชีพ วิธีการเสพ สารเสพติดอื่นที่ใช้ร่วม และโรคจิตเวชร่วมกับลักษณะอาการถอนกระท่อมที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของอายุและวิธีการเสพ

อายุ (ปี)	วิธีการเสพ จำนวน (ร้อยละ)			p-value*
	น้ำ	ใบ	น้ำและใบ	
<20	33 (94.3)	0	2 (5.7)	<.001
20-39	55 (84.6)	4 (6.2)	6 (9.2)	
40-59	6 (22.2)	17 (63.0)	4 (14.8)	
≥60	0.0	10 (100.0)	0.0	

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของอายุ อาชีพ วิธีการเสพ ระยะเวลาที่เสพ สารเสพติดอื่นที่ใช้ร่วม และโรคจิตเวช ร่วมกับอาการถอนกระท่อมที่ทำให้ทุกข์ทรมาน

ปัจจัย	อาการถอนกระท่อมที่ทำให้ทุกข์ทรมานอันดับที่หนึ่ง			p-value*
	จำนวน (ร้อยละ)			
	ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ/ข้อ	นอนไม่หลับ	หงุดหงิด/เบื่อ/ง่วงหวาด	
อายุ (ปี)				
<20	32 (91.4)	2 (5.7)	1 (2.9)	0.564
20-39	51 (78.5)	9 (13.8)	5 (7.7)	
40-59	22 (81.5)	4 (14.8)	1 (3.7)	
≥60	7 (70.0)	2 (20.0)	1 (10.0)	
อาชีพ				
รับจ้าง	44 (88.0)	3 (6.0)	3 (6.0)	0.175
เกษตรกร	26 (72.2)	5 (13.9)	5 (13.9)	
ว่างงาน	14 (66.7)	7 (33.3)	0 (0.0)	
นักเรียน/นักศึกษา	13 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
ประมง	8 (80.0)	2 (20.0)	0 (0.0)	
ธุรกิจส่วนตัว	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
อื่นๆ	5 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
วิธีการเสพ				
น้ำ	77 (81.9)	12 (12.8)	5 (5.3)	0.976
ใบ	25 (80.6)	4 (12.9)	2 (6.5)	
น้ำและใบ	10 (83.3)	1 (8.3)	1 (8.3)	
ระยะเวลาที่เสพ				
น้อยกว่า 1 ปี	23 (82.1)	1 (3.6)	4 (14.3)	0.007
1 ปี-น้อยกว่า 5 ปี	44 (89.8)	5 (10.2)	0 (0.0)	
5 ปี-10 ปี	24 (85.7)	2 (7.1)	2 (7.1)	
มากกว่า 10 ปี	21 (65.6)	9 (28.1)	2 (6.2)	
สารเสพติดอื่นที่ใช้ร่วม				
ยาบ้า และ/หรือไอซ์	43 (76.8)	9 (16.1)	4 (7.1)	0.453
กัญชา	36 (85.7)	4 (9.5)	2 (4.8)	0.725

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของอายุ อาชีพ วิธีการเสพ ระยะเวลาที่เสพ สารเสพติดอื่นที่ใช้ร่วม และโรคจิตเวช ร่วมกับอาการถอนกระท่อมที่ทำให้ทุกข์ทรมาน (ต่อ)

ปัจจัย	อาการถอนกระท่อมที่ทำให้ทุกข์ทรมานอันดับที่หนึ่ง			p-value*
	จำนวน (ร้อยละ)			
	ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ/ข้อ	นอนไม่หลับ	หงุดหงิด/เบื่อ/ง่วงหา	
โรคจิตเวชร่วม				
ไม่มี	40 (80.0)	5 (10.0)	5 (10.0)	0.116
โรคจิตที่เกิดจากยาเสพติด	22 (84.6)	3 (11.5)	1 (3.8)	
โรคจิตที่เกิดจากยาเสพติดหลายชนิด	12 (75)	4 (25)	0 (0.0)	
การใช้สารเสพติด	8 (88.9)	1 (11.1)	0 (0)	
การใช้สารเสพติดหลายชนิด	13 (92.9)	1 (7.1)	0 (0.0)	
โรคจิตเภท	6 (85.7)	0 (0)	1 (14.3)	
โรคซึมเศร้า	2 (33.3)	3 (50)	1 (16.7)	
อื่นๆ	9 (100)	0 (0)	0 (0)	

*Fisher's Exact Test

วิจารณ์

จากการศึกษานี้พบว่าอาการถอนกระท่อมที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุด คือ อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ กระตุกและข้อถึงร้อยละ 91.2 สอดคล้องกับการการศึกษาในประเทศมาเลเซียที่พบความชุกของอาการปวดเมื่อยร่างกายมากที่สุด (ร้อยละ 76.0)⁸ และการศึกษาในประเทศไทยที่พบความชุกของอาการปวดกล้ามเนื้อ กระตุกและข้อมากกว่าอาการอื่น (ร้อยละ 56.6)⁵ ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากใบกระท่อมมีสาร mitragynine และ 7-hydroxy mitragynine ซึ่งมีฤทธิ์คล้ายสารฝิ่นและมีฤทธิ์แก้ปวด (antinociceptive effect)^{1,5} และผลการศึกษาในหนูพบว่าสาร mitragynine มีฤทธิ์คลายกล้ามเนื้อลาย (skeletal muscle relaxation)¹⁰ ดังนั้นเมื่อหยุดใช้จึงอาจทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยได้ ส่วนอาการนอนไม่หลับเป็นอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมานมากรองลงมา โดยผู้ป่วยส่วนหนึ่งนอน

ไม่หลับเนื่องจากอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อกระตุกปวดเหมือนเข็มทิ่มตามผิวหนัง ในขณะที่ร้อยละ 71.6 ของผู้ป่วยในการศึกษานี้มีอาการถอนกระท่อมมากกว่าหนึ่งอาการ ซึ่งมักเป็นอาการปวดกล้ามเนื้อ กระตุกและข้อร่วมกับอาการนอนไม่หลับ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศมาเลเซียที่พบว่าผู้เสพติดกระท่อมหลายคนไม่สามารถเลิกใช้กระท่อมได้เนื่องจากมีอาการถอนกระท่อมเรื้อรัง เช่น อาการนอนไม่หลับ และความเจ็บปวดเรื้อรังที่เกิดขึ้นตั้งแต่วันแรกที่หยุดใช้กระท่อม⁸ และในประเทศไทยพบอาการที่ทำให้ผู้ที่พยายามจะเลิกใช้กระท่อมทรมานมากจนทนไม่ไหว และกลับมาใช้กระท่อมอีก คือ อาการปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระตุก เจ็บในข้อ ปวดหลัง กล้ามเนื้อกระตุก และนอนไม่หลับเช่นกัน¹

ในการศึกษานี้ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการถอนกระท่อมที่ทำให้ทุกข์ทรมาน คือระยะเวลา

ผู้ป่วยจากการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีการศึกษาน้อย มีอาชีพใช้แรงงานที่มีรายได้น้อย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและมาเลเซีย^{5,8} เนื่องจากการใช้กระท่อมในปริมาณน้อย จะออกฤทธิ์เป็นสารกระตุ้น ทำให้มีอาการแฉะ มีเรี่ยวแรง⁷ เพิ่มความทนทานในการทำงาน ทนแดด^{1,8} ชาวบ้านในประเทศมาเลเซียไม่ได้แสดงความรังเกียจ หรือแบ่งแยกผู้ที่ใช้กระท่อม เพราะเป็นประเพณีที่สืบทอดมาจากรบรรพบุรุษ และกระท่อมได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของการดำรงชีวิต นอกจากนี้ยังมองว่าผู้ที่ใช้กระท่อมเป็น “คนขยัน” และ “ทำงานหนัก”⁸ แต่หากใช้ในระยะเวลายาวส่งผลให้ร่างกายทรุดโทรมเนื่องจากร่างกายทำงานมากเกินไปจนกำลัง ผิดหวังแห่งดำรงชีวิต รุปร่างผอมจากอาการเบื่ออาหาร ริมฝีปากดำ (เนื่องจากกระท่อมช่วยเพิ่มการผลิต melanocyte stimulating substance) ปากแห้ง ปัสสาวะบ่อย และท้องผูก⁷ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้กลับพบว่าผู้เสพเป็นกลุ่มอายุน้อย มักเสพเป็นน้ำต้มกระท่อมสีคุณร้อย และมีวัตถุประสงค์เพื่อการสนทนากัน ส่งเสริมกับเพื่อน อยากให้เคลิบเคลิ้ม และใช้แทนสารเสพติดที่ผิดกฎหมายชนิดอื่นซึ่งต่างจากการใช้ในอดีตที่ใช้กระท่อมเพื่อการทำงานเป็นหลัก^{1,2,6,9}

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดที่กลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดกระท่อมบางรายมีการใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย จึงอาจไม่เป็นตัวแทนของประชากรผู้ใช้กระท่อมอย่างเดียว อีกทั้งเป็นการศึกษาย้อนหลังจากการทบทวนเวชระเบียนจึงมีข้อมูลที่จำกัด หากทำการศึกษารั้งต่อไปแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้า ควรศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นอื่นๆ เช่น ปริมาณการใช้กระท่อม ระยะเวลาที่เกิดอาการถอนกระท่อมหลังจากหยุดใช้ หรือความรุนแรงของอาการถอนกระท่อม เป็นต้น เพื่อเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่ออาการถอนกระท่อม และเป็นองค์ประกอบในการพัฒนาวิธีการบำบัดรักษาผู้เสพติดกระท่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ผลจากศึกษาครั้งนี้นำไปสู่วิธีการรักษาอาการถอนกระท่อม ที่ต้องคำนึงถึงการลดอาการปวดเมื่อยและช่วยให้นอนหลับได้ เพื่อลดความทุกข์ทรมานของอาการถอนกระท่อมให้น้อยที่สุด ช่วยให้ผู้ที่ต้องการเลิกกระท่อมสามารถหยุดเสพยากระท่อมได้ต่อเนื่องและไม่กลับมาเสพยาซ้ำ

สรุป

อาการถอนกระท่อมที่ทำให้ทุกข์ทรมานมากที่สุดคือ อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ กระตุกและข้อร้องลงมาคืออาการนอนไม่หลับ ระยะเวลาเสพยาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับลักษณะอาการถอนกระท่อมที่ทำให้ทุกข์ทรมาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์นพพร ตันติรังสี ที่ให้คำปรึกษาด้านสถิติ และพยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา โรงพยาบาลตะกั่วป่าทุกท่านที่เก็บบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

ความรู้เดิม: ผู้ที่เสพติดกระท่อม ไม่สามารถทนต่ออาการถอนกระท่อมได้ จึงมักกลับมาใช้ซ้ำ

ความรู้ใหม่: อาการถอนกระท่อมที่ทำให้ทุกข์ทรมานที่สุด คือ อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ กระตุก และข้อร้องลงมาคืออาการนอนไม่หลับ ทำให้ผู้เสพติดกระท่อมไม่สามารถเลิกใช้กระท่อมได้

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: การรักษาอาการถอนกระท่อม ควรคำนึงถึงการลดอาการปวดเมื่อยและช่วยให้นอนหลับได้ เพื่อลดความทุกข์ทรมานของอาการถอนกระท่อมให้น้อยที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. สาวิตรี อัยณรงค์กรชัย, ดาริกา ไสงาม, สมสมร ชิตตระการ, อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา, จุไรทิพย์ หวังสนธิวิกุล. บทสรุปของพืชกระท่อม [The conclusion of Kratom]. กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์; 2558.
2. Cinosi E, Martinotti G, Simonato P, Singh D, Demetrovics Z, Roman-Urrestarazu A, et al. Following (the roots) of Kratom (Mitragnya speciosa): the evolution of an enhancer from a traditional use to increase work and productivity in southeast asia to a recreational psychoactive drug in western countries. Biomed Res Int. 2015;2015:968786. doi:10.1155/2015/968786.

3. สาวิตรี อัจฉนงค์กรชัย, ดาริกา ไสงาม, จุไรทิพย์ หวังสินทวีกุล, เอกสิทธิ์ กุมารสิทธิ์, ดาร์เนย์ เจ๊ะหะ, สุพัตรา ลิ้มสุวรรณโชติ และคณะ. การวิจัยพืชกระท่อม: ผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม [Research on Kratom: effects to health and societies] [อินเทอร์เน็ต]. สำนักวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. [สืบค้นเมื่อวันที่ 23 มี.ค. 2562] จาก: <https://rdo.psu.ac.th/th/index.php/recommend/1255-2018-11-19-07-11-49>
4. Singha D, Narayananb S, Vicknasingama B. Traditional and non-traditional uses of Mitragynine (Kratom): a survey of the literature. *Brain Res Bull.* 2016;126:41-6.
5. Saingam D, Assanangkomchai S, Geater AF, Lerkiatbundit S. Factor analytic investigation of Krathom (*Mitragyna speciosa* Korth.) withdrawal syndrome in Thailand. *J Psychoactive Drugs.* 2016;48(2):76-85. doi:10.1080/02791072.2016.1156791.
6. Saingam D, Assanangkomchaia S, Geatera AF, Balthip Q. Pattern and consequences of krathom (*Mitragyna speciosa* Korth.) use among male villagers in southern Thailand: a qualitative study. *Int J Drug Policy.* 2013;24:351-8.
7. สมฤดี เอี่ยมฉลวย. ผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจและพฤติกรรมของผู้ใช้ใบกระท่อมที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษาสารเสพติด [Physical, psychological and behavior outcomes of Kratom users at a substance abuse treatment center] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
8. Singh D, Muller CP, Vicknasingam BK. Kratom (*Mitragyna speciosa*) dependence, withdrawal symptoms and craving in regular users. *Drug Alcohol Depend.* 2014;139:132-7. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.03.017.
9. Assanangkomchai S, Muekthong A, Sam-Angsri N, Pattanasattayawong U. The Use of *Mitragynine speciosa* ("Krathom"), an addictive plant, in Thailand. *Subst Use Misuse.* 2006;42:2145-57.
10. Hassan Z, Muzaimi M, Navaratnam V, Yusoff NH, Suhaimi FW, Vadivelu R, et al. From Kratom to mitragynine and its derivatives: physiological and behavioural effects related to use, abuse, and addiction. *Neurosci Biobehav Rev.* 2013;37:138-51.
11. Chittrakarn S, Keawpradub N, Sawangjaroen K, Kansanalak S, Janchawee B. The neuromuscular blockade produced by pure alkaloid, mitragynine and methanol extract from Kratom leaves (*Mitragyna speciosa* Korth.). *J Ethnopharmacol.* 2010;129:344-9.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาแบบวัดความเครียดสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์ สำหรับผู้พิการทางการมองเห็น

วันรับ : 14 สิงหาคม 2562
วันแก้ไข : 29 ธันวาคม 2562
วันตอบรับ : 12 มกราคม 2563

ธีรศักดิ์ สาตรา, พ.บ.¹, กนกวรรณ ไชยสุรยกันต์, วท.ม.²,
สุธีรา ภัทรายุตวรรัตน์, ป.ร.ด.¹

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล¹,
หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาและศึกษาคุณภาพแบบวัดความเครียดสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางการมองเห็น

วิธีการ: ใช้รูปแบบกระบวนการวิจัยและพัฒนา โดยขั้นตอนที่ 1 เป็นการพัฒนาแบบวัดความเครียดสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางการมองเห็น จากแบบวัดความเครียดสำหรับคนไทยฉบับดั้งเดิม โดยอิงจากงานวิจัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้พิการทางการมองเห็น ประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญและนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำ และขั้นตอนที่ 2 ศึกษาคุณภาพของแบบวัดความเครียด กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนเรียนร่วมผู้มีความพิการทางการมองเห็นในโรงเรียนสอนคนตาบอดกรุงเทพ ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 53 คน ที่สมัครใจเข้าร่วม วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น และวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูลจากการสัมภาษณ์

ผล: การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ พบว่าแบบวัดความเครียดสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางการมองเห็น มีความเหมาะสมในการนำไปวัดระดับความเครียดกับผู้พิการทางการมองเห็น ผลการทดสอบในกลุ่มตัวอย่างพบว่าแบบวัดมีความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .83 ผู้เข้าร่วมงานวิจัยมากกว่าร้อยละ 80.0 มีความพึงพอใจต่อการใช้งานและเห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพและสะดวกในการใช้งาน โดยมีเวลาการใช้งานในส่วนแบบวัดและผลการทดสอบโดยเฉลี่ย 7 นาที 48 วินาที

สรุป: จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าแบบวัดความเครียดสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางการมองเห็นมีประสิทธิภาพและสามารถนำมาใช้วัดความเครียดในผู้พิการทางการมองเห็นได้จริง

คำสำคัญ: แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย ผู้พิการทางการมองเห็น รูปแบบคอมพิวเตอร์

ติดต่อผู้นิพนธ์: กนกวรรณ ไชยสุรยกันต์; e-mail: kanokwan.cha.pb@gmail.com

Original article

The development of a computerized version of the Thai stress test for visual handicap

Received : 14th August 2019

Revised : 29th December 2019

Accepted : 12th January 2020

Teerasakdi Satra, M.D.¹, Kanokwan Chaiyasurayakan, M.Sc.²,

Sucheera Phattharayuttawat, Ph.D.¹

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University¹,

Master of Science Program in Clinical Psychology,

Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University²

Abstract

Objectives: To develop and evaluate a psychometric properties of computerized version of the Thai stress test for visual handicap.

Methods: The study using research and development process was divided into two phases. 1) Development phase; the computerized version of Thai stress test for visual handicap was developed based on original version of the Thai stress test, following studies and documents related to visual handicap. The content validity was evaluated by experts and the test was later improved and revised based on their advice. 2) Evaluation phase; the test was administered to the sample consisting of 53 visually handicapped student volunteers, sixth to twelfth grade, in inclusive education study from the Bangkok school for the blind. The analyses included reliability and content analysis.

Results: The examination of content validity by experts revealed that the computerized version of Thai stress test for visual handicap was suitable to use as a tool for visual handicap. The evaluation among participants showed that the application had the reliability score of .83. More than 80% of participants were satisfied with the use of the application. They reported that the application was efficient and convenient. The average test time was 7 minutes and 48 seconds.

Conclusion: The research showed that this application was effective and feasible to use for stress measurement in visual handicap.

Keywords: computerized version, Thai stress test, visual handicap

Corresponding author: Kanokwan Chaiyasurayakan; e-mail: kanokwan.cha.pb@gmail.com

บทนำ

ความเครียดเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องเผชิญในชีวิตประจำวัน สาเหตุของความเครียดเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ อาทิเช่น ปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม หรือความเจ็บป่วยต่างๆ แต่ในผู้พิการทางการมองเห็น นอกจากปัญหาเหล่านี้แล้ว ยังต้องเผชิญกับปัญหาอื่นที่นำไปสู่ความเครียด เช่น ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ไม่สามารถตัดสินใจอะไรด้วยตนเอง ต้องใช้สมาชิกในการทำสิ่งต่างๆ เชื้อชาติ ปัญหาทางสังคมและการเข้าถึงสังคม ไม่ได้รับความยุติธรรม ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม ไม่สามารถที่จะรับรู้ภาษาจากผู้อื่นได้ เป็นต้น ความเครียดส่งผลให้มนุษย์ต้องปรับตัวรับกับสถานการณ์ต่างๆ ที่ต้องเผชิญเป็นอย่างมาก หากสามารถยืนหยัดต่อสู้กับปัญหานั้นได้ความเครียดจะกลายเป็นความท้าทาย แต่หากไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ ความเครียดจะกลายเป็นผลเสียที่ส่งผลต่อทั้งร่างกายและจิตใจ หรือนำไปสู่การใช้สารเสพติดได้¹

องค์การอนามัยโลกได้ให้ข้อมูลประมาณการณ่ว่า มีผู้พิการทางการมองเห็น 285 ล้านคนทั่วโลก พบผู้ที่ตาบอดสนิท 39 ล้านคน และอีกกว่า 246 ล้านคนเป็นผู้ที่มีสายตาเลือนราง² และจากสำนักสถิติแห่งชาติพบว่าในประเทศไทยพบผู้ที่มีตาบอด 2 ข้าง จำนวน 29,307 คน เป็นผู้ที่มีสายตาเลือนรางทั้ง 2 ข้าง 184,945 คน และเป็นผู้ที่มีตาบอด 1 ข้าง เลือนราง 1 ข้าง 89,389 คน³ ซึ่งจากงานวิจัยเรื่องระดับความเครียดและการจัดการความเครียดในวัยรุ่นผู้มีความพิการทางการมองเห็นจำนวน 80 คน พบว่าในผู้ที่มีความพิการทางการมองเห็นจะมีความเครียดในระดับปานกลางร้อยละ 52.5 รองลงมาคือมีความเครียดในระดับน้อยร้อยละ 45.0 และมีความเครียดในระดับรุนแรงร้อยละ 2.5 ตามลำดับ และ

พบว่าระดับของความเครียดนั้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01⁴ ทั้งนี้ประเทศไทยได้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้พิการทางการมองเห็นและผู้พิการประเภทอื่น โดยให้ได้รับสิทธิและบริการต่างๆ ทั้งทางด้านสวัสดิการ อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้พิการ การศึกษา อาชีพ และทางการแพทย์⁵ นอกจากนี้ในราชกิจจานุเบกษา 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2554 กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร บริการโทรคมนาคม เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการสื่อสารและบริการสื่อสารสาธารณะ สำหรับคนพิการ พ.ศ. 2554 ในข้อ 3 ได้กำหนดไว้ว่า หน่วยงานของรัฐหรือเอกชนที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐ ต้องจัดให้ข้อมูล ข่าวสาร การสื่อสาร บริการโทรคมนาคม บริการสื่อสารสาธารณะ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการสื่อสารที่อยู่ในความควบคุมดูแลอยู่ในรูปแบบ วิธีการหรือช่องทางที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้⁶

การพัฒนาแบบวัดในทางจิตวิทยาเองก็ให้ความสำคัญในผู้พิการทางการมองเห็น โดยในต่างประเทศได้เริ่มมีการสร้างแบบวัดสำหรับผู้พิการทางการมองเห็น ในปี ค.ศ. 1946 Cross ได้พัฒนาแบบวัด The Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) ในรูปแบบของอักษรเบรลล์ให้เหมาะสมกับผู้พิการทางการมองเห็น⁷ อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยเองยังไม่มีการสร้างแบบวัดสำหรับผู้พิการทางการมองเห็นโดยเฉพาะ

ในปี พ.ศ. 2543 แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย (Thai Stress Test: TST) ได้ถูกพัฒนาขึ้นโดย

สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์ เจริญชัย งามทิพย์วัฒนา และ กนกกรัตน์ สุขะตุงคะ เพื่อใช้ประเมินภาวะความเครียด ในประชากรทั่วไป และนำไปใช้คัดกรองในผู้มีภาวะ ความเครียดได้ โดยมีค่าความเที่ยงตรงแบบแบ่งครึ่งของ แบบวัดทั้งหมดเท่ากับ .88 และมีความเที่ยงตรงแบบ แอลฟาของแบบวัดทั้งหมดเท่ากับ .84 ทั้งนี้แบบวัดนี้ ยังได้ถูกพัฒนาต่อไปเรื่อยๆ ทั้งในรูปแบบของโปรแกรม คอมพิวเตอร์ และระบบออนไลน์ เป็นต้น⁸ แม้ว่าแบบ วัดความเครียดสำหรับคนไทยเป็นแบบวัดที่มีมาตรฐาน ทั้งความตรงและความเที่ยงอยู่ในระดับสูงและถูก พัฒนาเป็นไปในหลายรูปแบบ แต่ก็ยังไม่มีรูปแบบที่ เหมาะสมกับผู้พิการทางการมองเห็นโดยเฉพาะ ผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแบบวัดให้อยู่ในรูปแบบ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่เหมาะสมสำหรับผู้พิการทาง การมองเห็น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการประเมินภาวะ ความเครียด วางแผนป้องกันและรักษาในผู้พิการ ทางการมองเห็นได้ต่อไป

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบวัด ความเครียดสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์สำหรับผู้ พิการทางการมองเห็น และเพื่อศึกษาคุณภาพแบบ วัดความเครียดสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์ สำหรับผู้พิการทางการมองเห็น

วิธีการ

การศึกษานี้ใช้รูปแบบกระบวนการวิจัยและ พัฒนา มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาแบบวัดความเครียดสำหรับ คนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางการ มองเห็น

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักเรียน เรียนร่วมผู้มีความพิการทางการมองเห็นในโรงเรียน สอนคนตาบอดกรุงเทพที่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยม-

ศึกษาปีที่ 1-6 เนื่องจากเป็นโรงเรียนสำหรับผู้พิการ ทางการมองเห็นโดยเฉพาะ มีโสตทัศนูปกรณ์ต่างๆ พร้อมในการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ครั้งนี้ คือ ประชากรที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 53 คน

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยด้วยการ พัฒนาแบบวัดความเครียดสำหรับคนไทยรูปแบบ คอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางการมองเห็น (แบบวัดฯ) จากแบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย (Thai Stress Test: TST) ของ สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์ และคณะ⁸ โดยมีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้ 1) กำหนดจุดมุ่งหมายในการ สร้างแบบวัดฯ โดยพัฒนาจากแบบวัดความเครียด สำหรับคนไทยของสุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์ และคณะ⁸ 2) ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ คอมพิวเตอร์ในผู้พิการทางการมองเห็น และวิธีการ อ่านหนังสือเสียงสำหรับผู้พิการทางการมองเห็นเพื่อ เป็นแนวทางในการสร้างแบบวัดฯ 3) ออกแบบและวาง แนวทางในการนำเสนอ โดยเขียนเป็นแผนภาพ วาง ลำดับขั้นตอนของแผนภาพ ตรวจสอบความถูกต้อง ดูความเป็นไปได้ในการสร้างโปรแกรม และสร้าง สตอรี่บอร์ด 4) ดำเนินการสร้างแบบวัดความเครียด สำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการ ทางการมองเห็น ตามที่ได้ออกแบบไว้ โดยจะมี 6 ส่วน ได้แก่ หน้าหลัก วิธีการใช้โปรแกรม ข้อมูล ฝึกทำ ตัวอย่างแบบวัด แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย และผลการวัด 5) วิเคราะห์ค่าความตรง (validity) โดย นำแบบวัดความเครียดสำหรับคนไทยรูปแบบ คอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางการมองเห็นเสนอต่อ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่จากฝ่าย เทคโนโลยีสารสนเทศและสิ่งอำนวยความสะดวก สมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทย เพื่อประเมินความ

ตรงเชิงเนื้อหา และความถูกต้องเหมาะสมของโปรแกรม 6) นำข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านมาปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมตามความเหมาะสม 7) นำแบบวัดฯ ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 5 คน เพื่อดูความเข้าใจ ความสะดวกในการใช้งานว่ามีความเหมาะสมหรือต้องปรับปรุงแก้ไข และกลุ่มตัวอย่างทุกคนให้ความคิดเห็นต่อโปรแกรมว่าไม่มีส่วนใดต้องปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม

ตอนที่ 2 การศึกษาคุณภาพแบบวัดความเครียดสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางการมองเห็น

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาทางจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (Certificate of Approval: CoA No. SI 411/2016) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตจากบัณฑิตวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อผู้อำนวยการโรงเรียนสอนคนตาบอดกรุงเทพโดยชี้แจงการโครงการวิจัยและวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตจึงทำการนัดวัน เวลา สถานที่ ที่สะดวกและเหมาะสม

ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงรายละเอียดของการวิจัย ผลประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ในการเข้าถึงข้อมูล โดยปกปิดชื่อและนำข้อมูลไปวิเคราะห์ในภาพรวมเท่านั้น พร้อมแจ้งสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่จำเป็นต้องอธิบายเหตุผล หากผู้ที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยยินยอม จึงให้ลงนามในใบยินยอมหรือพิมพ์ลายนิ้วมือ หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดความเครียดสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางการมองเห็นเป็นรายบุคคล พร้อมสอบถาม

เพิ่มเติมถึงความต้องการความช่วยเหลือ อุปกรณ์ หรือสิ่งที่เป็นอุปสรรคในการทำแบบวัดฯ

หลังกลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดฯ แล้วเสร็จในแต่ละช่วง ได้แก่ หน้าหลัก วิธีการใช้โปรแกรม ข้อมูลเกี่ยวกับแบบวัด ผูกทำตัวอย่างแบบวัด แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย และผลการวัด ตามลำดับ ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ด้วยการบันทึกเสียงหรือจดลงในกระดาษคำตอบของผู้เข้าร่วมวิจัย (ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่อนุญาตให้บันทึกเสียง) เป็นการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างโดยมีหัวข้อและข้อคำถามดังต่อไปนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ และระดับชั้นปีที่กำลังศึกษาอยู่ 2) ความเข้าใจและความสะดวกในการใช้แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางการมองเห็น ได้แก่ ชื่อแบบวัดฯ วิธีในการทำแบบวัดฯ มีส่วนใดที่ยังอธิบายไม่ชัดเจนหรือไม่ ข้อคำถามใดในแบบวัดฯ ที่ท่านไม่เข้าใจหรือมีข้อสงสัยหรือไม่ น้ำเสียงและการออกเสียงมีความชัดเจนหรือไม่ การใช้โปรแกรมและการตอบข้อคำถามมีความสะดวกหรือไม่

การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย การวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และประเมินแบบวัดความเครียดรูปแบบคอมพิวเตอร์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยแปลงเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ และการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

ผล

แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางการมองเห็น

เป็นแบบวัดในรูปแบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่มีทั้งภาพและเสียงที่บรรยายอย่างละเอียด โดยใช้

วิธีการทดแทนพิมพ์ในการเลือกตัวเลือกต่างๆ ในโปรแกรม โปรแกรมมีเนื้อหาดังนี้ 1) *หน้าหลัก* จะมีตัวเลือกต่างๆ ให้เลือกหัวข้อที่ต้องการใช้งาน 2) *วิธีใช้โปรแกรม* แนะนำวิธีการใช้ปุ่มต่างๆ ภายในโปรแกรม 3) *ข้อมูลเกี่ยวกับแบบวัด* ที่อธิบายถึงผู้สร้างวัดภูประสงค์ และลักษณะของแบบวัดฯ 4) *ฝึกทำตัวอย่างแบบวัด* มีลักษณะข้อคำถามและใช้วิธีการตอบเช่นเดียวกับแบบวัดจริง โดยข้อคำถามจะมีเนื้อหาที่ถามถึงเรื่องในชีวิตประจำวันทั่วไป จำนวน 5 ข้อ และมีการอธิบายขั้นตอนการทำอย่างละเอียด เพื่อเป็น

ตัวอย่างให้ฝึกทำสำหรับผู้ที่ยังไม่คุ้นชินกับการทำแบบวัดในลักษณะนี้ 5) *แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย* โดยจะมีคำชี้แจงก่อนเข้าทำแบบวัดฯ และโปรแกรมจะทำการให้ยืนยันคำตอบก่อนให้ทำในข้อถัดๆ ไป ทั้งหมดจำนวน 24 ข้อ มีมาตรวัดแบบเรียงอันดับ (ordinal rating scale) 3 มาตรวัด ได้แก่ รู้สึกบ่อยๆ รู้สึกเป็นครั้งคราว และไม่เคยรู้สึกเลย 6) *ผลการวัด* จะแสดงผลการทดสอบทันทีเมื่อเสร็จสิ้นการตอบคำถามในข้อสุดท้าย



ภาพที่ 1 ภาพตัวอย่างหน้าหลักของแบบวัดความเครียดสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางการมองเห็น

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่า ด้านความชัดเจนในคำ อธิบายเนื้อหา ลำดับการใช้และความสะดวกในการใช้ และงานปุ่มกดมีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับใช้ได้ และควรปรับปรุงในด้านความชัดเจนของอักขระ ความเหมาะสมของน้ำเสียง และระดับ

ความดังของเสียง เนื่องจากมีจังหวะการอ่านช้า และคุณภาพของไฟล์เสียงต่ำ ทำให้ส่งผลในส่วนของความเหมาะสมของอักขระ น้ำเสียงและระดับความดังของเสียง รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน

ด้าน	คะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC	สรุปผล
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
ความชัดเจนในคำอธิบายในเนื้อหา	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
ลำดับการใช้และความสะดวกในการใช้งาน	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
ปุ่มกด	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
ความชัดเจนของอักขระ	+1	-1	+1	0.33	ปรับปรุง
ความเหมาะสมของน้ำเสียง	-1	-1	-1	-1	ปรับปรุง
ระดับความดังของเสียง	-1	-1	-1	-1	ปรับปรุง
+1 หมายถึง เหมาะสม 0 หมายถึง ไม่แน่ใจ -1 หมายถึง ไม่เหมาะสม					

ทั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญได้แนะนำเพิ่มเติมให้บันทึกเสียงด้วยเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้สำหรับการบันทึกเสียง และปรับการใช้งานในส่วนต่างๆ ของโปรแกรมปุ่มกด และให้ทำเป็นรูปแบบพกพา (portable) ซึ่งหลังจากพัฒนาและปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้ว ได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบสิ่งที่ได้แก้ไขอีกครั้งหนึ่ง ก่อนนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจ ความสะดวก และความเหมาะสมในการใช้งาน

โดยพบว่าผู้ทดลองใช้งานมีความพึงพอใจต่อการใช้งาน และมีความเห็นว่าแบบวัดฯ มีความเหมาะสมต่อการใช้งาน

คุณภาพแบบวัดความเครียดสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางการมองเห็น

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุ 16-18 ปี โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวนใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
13-15	16	30.2
16-18	24	45.3
19-21	13	24.5
ระดับชั้นปีที่กำลังศึกษาอยู่		
มัธยมศึกษาปีที่ 1-3	25	47.2
มัธยมศึกษาปีที่ 4-6	28	52.8
รวม	53	100.0

ค่าความเชื่อมั่นแบบแอลฟาของแบบวัดความเครียดสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางการมองเห็น ทั้งฉบับเท่ากับ .83

โดยมีค่าความเชื่อมั่นด้านลบและบวกเป็น .73 และ .80 ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความเครียดสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์ สำหรับผู้พิการทางการมองเห็น โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

Subscale	Alpha coefficient
ด้านลบ	.73
ด้านบวก	.80
ทั้งฉบับ	.83

ข้อคิดเห็นต่อแบบวัดความเครียดสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางการมองเห็นในด้านความเข้าใจในการแสดงผลและคำอธิบายในโปรแกรม ด้านความสะดวกในการใช้งาน

โปรแกรม ด้านระดับความดังของเสียง ด้านความเหมาะสมของน้ำเสียง ด้านความชัดเจนของอักขระ และความพึงพอใจในภาพรวม แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อคิดเห็นต่อแบบวัดความเครียดสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางการมองเห็น

ด้าน	พึงพอใจ (ร้อยละ)	ไม่พึงพอใจ (ร้อยละ)
ความเข้าใจในการแสดงผลและคำอธิบายในโปรแกรมความ	95.9	4.1
สะดวกในการใช้งานโปรแกรม	92.1	7.9
ระดับความดังของเสียง	97.8	2.2
ความเหมาะสมของน้ำเสียง	86.2	13.8
ความชัดเจนของอักขระ	99.1	0.9
ภาพรวม	100.0	0.0

เวลาที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการใช้งานแบบวัดความเครียดสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางการมองเห็นในช่วงข้อวัดถึงช่วงผล

การทดสอบเสร็จเสร็จมีค่าเฉลี่ยคือ 7.81 หรือ 7 นาที 48 วินาที และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.50

วิจารณ์

แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางการมองเห็นจากการศึกษานี้พบว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา โดยมีรูปแบบการใช้งานที่เป็นโปรแกรมที่ใช้เสียงในการอธิบายและสามารถโต้ตอบได้ด้วยการใช้งานแป้นพิมพ์ที่มีความสะดวก เหมาะสมแก่การนำมาใช้ในการวัดระดับความเครียดในผู้พิการทางการมองเห็นได้จริง

แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทยในรูปแบบเดิม ของสุชีรา ภัทรายุทธวรรณ และคณะ ได้มีการหาความตรงเชิงโครงสร้าง ด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) ซึ่งผลที่ได้สามารถแบ่งออกเป็นสององค์ประกอบ เป็นข้อคำถามทางบวกและข้อคำถามทางลบ⁸ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแบบวัดฯ มีข้อวัดที่สามารถวัดความเครียดได้ตรงและครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการวัด การศึกษาครั้งนี้จึงได้นำมาต่อยอดเป็นแบบวัดสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางการมองเห็น ด้วยการหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบความสามารถในการวัดว่ามีความเหมาะสมกับผู้พิการทางการมองเห็น ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาให้โปรแกรมมีรูปแบบตามหลักการสร้างแบบวัดสำหรับผู้พิการทางการมองเห็นโดยใช้คอมพิวเตอร์หรือผ่านระบบอินเทอร์เน็ตที่คำนึงถึงการใช้งานของผู้ที่มีความพิการทางการมองเห็น มีวิธีการนำเสนอหน้าจอที่แตกต่างและมีการปรับเรียงแบบวัดที่เหมาะสม นอกจากนี้ในการทำแบบวัดยังให้ผู้รับการทดสอบที่มีความพิการทางการมองเห็นได้ทดลองทำตัวอย่างแบบวัดก่อนเพื่อให้มั่นใจว่าสามารถใช้แบบวัดได้โดยไม่ลำบาก และมีการสอบถามเพิ่มเติมถึงความต้องการความช่วยเหลืออุปกรณ์ หรือสิ่งที่เป็นอุปสรรคในการทำแบบวัด เพื่อ

เอื้อให้ผู้รับการทดสอบสามารถทำแบบวัดได้อย่างราบรื่นที่สุด แต่ทั้งนี้ก็ยังคงภาพและตัวหนังสือบนหน้าจอไว้เพื่อให้สะดวกยิ่งขึ้นในผู้พิการทางการมองเห็นประเภทเลือนราง รวมทั้งยังจัดส่วนของการฝึกทำแบบวัดก่อนเพื่อดูว่าผู้ใช้งานสามารถใช้งานได้หรือไม่และสร้างความคุ้นเคยก่อนทำแบบวัดตัวจริง การทดสอบด้วยแบบวัดฯ ที่พัฒนาขึ้นใหม่นี้จึงมีความแตกต่างจากการวัดแบบดั้งเดิมที่มีรูปแบบที่ไม่เอื้อต่อผู้พิการทางการมองเห็น และมีความยากลำบากในการใช้งาน⁹ อีกทั้งการใช้คอมพิวเตอร์ช่วยให้การทำแบบวัดฯ และการประมวลผลมีความแม่นยำรวดเร็วต่างจากการทดสอบและการคำนวณผลด้วยบุคคล ซึ่งใช้เวลาและมีข้อผิดพลาดค่อนข้างสูง¹⁰

แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางการมองเห็นนี้ มีค่าสัมประสิทธิ์แบบแอลฟาด้านลบเท่ากับ .73 ค่าสัมประสิทธิ์แบบแอลฟาด้านบวกเท่ากับ .80 และค่าสัมประสิทธิ์แบบแอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ .83 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์การพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงตามแนวคิดของ Williams¹¹ พบว่าค่าความเชื่อมั่นแบบแอลฟาด้านลบมีความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่เป็นที่ยอมรับ (acceptable) ค่าความเชื่อมั่นแบบแอลฟาด้านบวกมีความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี และค่าความเชื่อมั่นแบบแอลฟาทั้งฉบับมีความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งใกล้เคียงกับค่าความเชื่อมั่นแบบแอลฟาของแบบวัดความเครียดสำหรับคนไทยในรูปแบบดั้งเดิมที่มีค่าเท่ากับ .84⁸

ความคิดเห็นต่อแบบวัดความเครียดสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางการมองเห็น พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการใช้งานในด้านความเข้าใจในการแสดงผลและ

คำอธิบายในโปรแกรม ความสะดวกในการใช้งาน โปรแกรม ระดับความดังของเสียง ความเหมาะสมของ น้ำเสียง ความชัดเจนของอักขระ และการใช้งานใน ภาพรวม โดยงานวิจัยนี้ได้พัฒนาให้มีความสอดคล้อง กับการใช้งานของผู้พิการทางสายตา โดยสร้างให้ สามารถใช้งานได้ง่าย ให้มีลักษณะคล้ายกับโปรแกรม เสียงสำหรับผู้พิการทางการมองเห็นใช้โดยทั่วไป ปุ่มกด ที่ใช้เป็นปุ่มกดพื้นฐานและอยู่ใกล้กันจึงสะดวกต่อทั้ง ผู้ที่มีหรือไม่มีความรู้พื้นฐานด้านคอมพิวเตอร์ ซึ่งในผู้ที่ มีสายตาเลือนรางสามารถใช้การฟังและการอ่านในการ ใช้โปรแกรมได้ สอดคล้องกับที่สมาคมคนตาบอดแห่ง ประเทศไทยกล่าวไว้ว่า ในการออกแบบโปรแกรมจะต้อง ออกแบบให้มีความสอดคล้องกับธรรมชาติของการรับรู้ เรียนรู้ และการสื่อสารของผู้พิการทางการมองเห็น โดย ในการใช้โปรแกรมต่างๆ ผู้พิการทางการมองเห็นจะใช้ การฟังเสียงและโต้ตอบกับคอมพิวเตอร์ด้วยการใช้ แป้นพิมพ์ และในการใช้งานคอมพิวเตอร์จะเน้นการใช้ งานด้วยแป้นคีย์บอร์ด หรือคอมพิวเตอร์ที่ออกแบบมา เป็นพิเศษโดยมีลักษณะแป้นพิมพ์เป็นอักษรเบรลล์¹² นอกจากนี้ผู้พิการทางการมองเห็นยังสามารถทำแบบ วัดด้วยตนเองเมื่อใดก็ได้และยังสามารถใช้เวลาในการ ตัดสินใจได้ สามารถรับรู้ผล การวัดได้ด้วยตนเองทำ ให้สามารถรับรู้ระดับความ เครียดของตัวเอง และนำ คำแนะนำไปใช้ในการจัดการกับความเครียดได้ ในส่วน ของระดับเสียงมีความเหมาะสม สามารถปรับที่ตัว คอมพิวเตอร์เองได้ น้ำเสียงมีความเหมาะสม ไพเราะ จังหวะการพูด ความหนักเบา เป็นธรรมชาติ และใน การออกเสียงมีความเหมาะสมถูกต้อง ควบกล้ำชัดเจน ซึ่งมีความสอดคล้องกับหลักการอ่านหนังสือเสียง คือ 1) น้ำเสียง ควรอ่านด้วยน้ำเสียงชัดเจน ไม่ตะโกน และ ใช้ระดับน้ำเสียงที่เสมอกัน 2) อักขระ และเครื่องหมาย

ออกเสียง “ร” “ล” เสียงควบกล้ำ เสียงวรรณยุกต์อย่าง ชัดเจน และอ่านในกรณีพบเครื่องหมาย เช่น เครื่องหมาย คำพูด เครื่องหมายวงเล็บ เป็นต้น 3) เว้นวรรคในกรณี เจอย่อหน้าให้อ่านว่า “ย่อหน้า” และเมื่อเจอเว้นวรรค ให้หยุดหายใจสักครู่จึงอ่านต่อ 4) ด้านสภาวะแวดล้อม ควรไร้เสียงรบกวน มีความเงียบสงบ เนื่องจากการทำให้ การฟังมีความสะดวกต่อการจับใจความและเข้าใจ ความหมายของเนื้อหา¹³ ทั้งนี้ได้มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วน ได้ให้ความคิดเห็นว่าเพิ่มเติมในเรื่องการใช้งานของ ปุ่มกดที่มีจำนวนมาก สืบสนได้ง่าย แนะนำให้ปรับ เปลี่ยนในบางปุ่มกด

กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการทำแบบวัดความ เครียดสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์สำหรับผู้ พิการทางการมองเห็นในช่วงข้อวัดถึงช่วงผลการ ทดสอบเสร็จเสร็จมีค่าเฉลี่ยคือ 7 นาที 48 วินาที และ มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.50 อย่างไรก็ตาม งานวิจัยของ Hertrich และคณะพบว่า ผู้พิการทาง การมองเห็นนั้นมีความสามารถในการเข้าใจคำพูดที่มี อัตราเร็วได้ถึงประมาณ 25 พยางค์ต่อวินาที ซึ่งโดย ปกติมนุษย์ไม่สามารถพูดด้วยความเร็วขนาดนี้ได้ ในขณะที่บุคคลที่มีสายตาปกตินั้นจะมีความสามารถ ในการฟังคำพูดอยู่ที่ 8-10 พยางค์ต่อวินาที¹⁴ นอกจากนี้ Ackermann ยังพบว่าผู้พิการทาง การมองเห็นสามารถฟังเสียงคอมพิวเตอร์ที่ช่วยอ่าน หนังสือ สามารถฟังได้เร็วถึงขั้นอ่านจบใน 3 เล่ม ในขณะที่คนทั่วไปอ่านแบบธรรมดาได้ 1 เล่ม ซึ่ง ความสามารถพิเศษดังกล่าวสามารถช่วยผู้พิการทาง การมองเห็นสามารถอ่าน หนังสือได้มากกว่าบุคคล ทั่วไปในการเรียนหนังสือ¹⁴ หรือสามารถนำไปใช้ในการ ประกอบอาชีพที่เกี่ยวกับการฟัง ที่อาจจะต้องใช้การ ฟังความเร็วสูงเข้ามาช่วย เช่น งานแปล หรืองานที่

ต้องใช้ความเข้าใจ¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษานี้ที่กลุ่มตัวอย่างผู้พิการทางสายตาได้ให้ความเห็นว่าควรปรับเพิ่มความเร็วของเสียงได้ และผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ปรับปรุงในเรื่องจังหวะการอ่านให้เร็วขึ้น จึงเป็นโอกาสพัฒนาต่อไปเพื่อให้ผู้รับการทดสอบสามารถทำแบบวัดฯ ด้วยเวลาที่น้อยลงกว่าเดิม นอกจากนี้การทำแบบวัดฯ และการฟังผลในโปรแกรมจากการศึกษานี้ใช้เวลาค่อนข้างน้อยนั้น อธิบายได้จากการใช้คอมพิวเตอร์ที่ช่วยให้ใช้เวลาในการทำงานน้อยลงและประหยัดเวลาในการทดสอบทางจิตวิทยาเนื่องมาจากการทำงานและการประมวลผลที่รวดเร็ว¹⁶ และยังอาจมาจากความสามารถในการฟังจับใจความของตัวผู้พิการทางการมองเห็นที่รวดเร็ว ร่วมกับความรู้พื้นฐานในการใช้งานคอมพิวเตอร์ของกลุ่มตัวอย่างดังที่กล่าวไว้ในข้างต้น

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดที่เก็บข้อมูลในกลุ่มประชากรค่อนข้างจำกัดและมีความเฉพาะ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มในประชากรที่หลากหลายมากขึ้น เช่น กลุ่มที่ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษา หรือกลุ่มที่มีอายุการศึกษา อาชีพที่แตกต่างกัน เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาต่อยอดและพัฒนาแบบวัดสำหรับผู้พิการทางการที่ครอบคลุมได้

สรุป

แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางการมองเห็นนี้มีความตรงเชิงเนื้อหาสามารถนำไปใช้วัดความเครียดในผู้พิการทางการมองเห็นได้จริง โดยมีรูปแบบการใช้งานที่เหมาะสมกับผู้พิการทางการมองเห็น มีค่าสัมประสิทธิ์แบบแอลฟาด้านลบเท่ากับ .73 ค่าสัมประสิทธิ์แบบแอลฟาด้านบวกเท่ากับ .80 และค่าสัมประสิทธิ์แบบแอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ .83 และผู้เข้าร่วมวิจัยมีความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 80.0

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากทุนบัณฑิตศึกษา งานการศึกษาระดับหลังปริญญา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ขอขอบคุณ คุณจุฬารัตน์ หนูท่าทอง คุณสิทธิโชค วรวิธินันท์ และคุณปรามิทธิ์ วิจิตรสาร ในการเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และขอขอบคุณ คุณไอลยา เป้าพานิชย์ ในการประสานงานในการเก็บข้อมูลงานวิจัยในโรงเรียนสอนคนตาบอดกรุงเทพ

ความรู้เดิม: ผู้พิการทางการมองเห็นมีความเครียดในชีวิตประจำวันเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป แต่ในประเทศไทยยังไม่มีแบบวัดความเครียดสำหรับผู้พิการทางการมองเห็น

ความรู้ใหม่: แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางการมองเห็นมีความตรงเชิงเนื้อหาสามารถนำไปใช้วัดความเครียดในผู้พิการทางการมองเห็นได้จริง และมีรูปแบบการใช้งานที่เหมาะสมกับผู้พิการทางการมองเห็น

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: แบบวัดทางจิตวิทยาที่มีการพัฒนาตามบริบทของผู้พิการทางการมองเห็นสามารถนำไปใช้ได้จริงและเอื้อต่อการวางแผนป้องกันรักษาปัญหาสุขภาพจิตได้

เอกสารอ้างอิง

1. Steffens MC, Bergler R. Companion animals in human health. Thousand Oaks: SAGE; 1998.
2. World Health Organization. Visual impairment and blindness [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [Updated 2014; cited 2015 Sep 5]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. จำนวนประชากรพิการที่มีลักษณะความบกพร่อง จำแนกตามลักษณะความบกพร่อง กลุ่มอายุ เพศ และเขตการปกครอง ทั่วราชอาณาจักร พ.ศ. 2555 [Number of population, number and percentage of persons with disabilities by age group, sex and area, whole kingdom (Thailand): 2012] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2558 [สืบค้นเมื่อวันที่ 21 ก.พ. 2558]. จาก: http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_center/23project-th.htm
4. Hallemani S, Kale M, Gholap M. Level of stress and coping strategies adopted by adolescents with visual Impairment. Int J Sci Res. 2012;3:1182-7.
5. สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. คู่มือสิทธิของคนพิการ [Disabilities manual]. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ; 2558 [สืบค้นเมื่อวันที่ 26 ก.ย. 2558]. จาก: <http://nep.go.th/th/disabilities-knowledge>
6. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร บริการโทรคมนาคม เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการสื่อสาร และบริการสื่อสารสาธารณะ สำหรับคนพิการ พ.ศ. 2554 [Ministerial regulation prescribing the principles, methods and conditions of the accessibility to the news information, communication, telecommunication services, information technology and communication, assistive technology for the communication, and public media services for persons with disabilities B.E. 2554] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2537 [สืบค้นเมื่อวันที่ 6 ก.ย. 2558]. จาก: http://law.mysociety.go.th/law/module.php?name=search&tools=b#20150_203_10_10_12_4838.pdf
7. Cross OH. Braille edition of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory for use with the blind. J Appl Psychol. 1947;31:189-98.
8. Phattharayuttawat S, Ngamthipwattana T, Sukhatungkha K. The development of the Thai stress test. Journal of the Psychiatric association of Thailand. 2000;45:237-50.
9. Baron H. Visual impairment and psychometric testing: practical advice for test users managing the testing of people who have sight disabilities. Leicester: The British Psychological Society; 2006.
10. Gregory RJ. Psychological testing: history, principles, and applications. 5thed. Boston: Pearson Education; 2007.

11. สุชีรา ภัทรายุตวรรัตน. คู่มือการวัดทางจิตวิทยา [Manual of psychological testing]. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: เมติคัล มีเดีย; 2556.
12. สมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทย. คู่มืออาสาสมัครร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตคนตาบอด [A volunteer guide for improving quality of life for blind]. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2546.
13. มูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชินูปถัมภ์. ตัวช่วยเหลือการเข้าถึงเว็บไซต์ [Web accessibility] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชินูปถัมภ์; 2557 [สืบค้นเมื่อวันที่ 28 ต.ค. 2558]. จาก: <http://www.blind.or.th/accessibility/helps>
14. Hertrich I, Dietrich S, Moos A, Trouvain J, Ackermann H. Enhanced speech perception capabilities in a blind listener are associated with activation of fusiform gyrus and primary visual cortex. *Neurocase: The Neural Basis of Cognition*. 2009;15:163-70.
15. Fields RD. Why can some blind people process speech far faster than sighted person? [Internet]. New York: Scientific American; 2017 [Updated 2010; cited 2017 Jul 1]. Available from: <https://www.scientificamerican.com/article/why-can-some-blind-people-process/>.
16. Weir K. The beginnings of mental illness [Internet]. NE Washington, DC: American Psychological Association; 2016 [Updated 2012: cited 2016 Mar 27]. Available from: <http://www.apa.org/monitor/2012/02/mental-illness.aspx>

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความตรงและความเชื่อถือได้ของดัชนีชี้วัดความเครียดผู้ปกครอง ของเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 12 ปี

วันรับ : 12 กุมภาพันธ์ 2562

วันแก้ไข : 24 มกราคม 2563

วันตอบรับ : 26 มกราคม 2563

สุนทรี ศรีโกไสย, พย.ด.¹, พัชรี หมื่นชัย, พย.บ.¹, ชฎาพร คำฟู, พย.บ.¹,

ศิริวรรณ ทวีวัฒนปรีชา, วท.ม., บธ.ม.², รัตนา สายพานิชย์, พ.บ.,ส.ม.³

สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์¹, สมาคมพัฒนาศักยภาพมนุษย์และจิตบำบัดแนวชาเทียร์²

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ตรวจสอบความตรงและความเชื่อถือได้ของดัชนีชี้วัดความเครียดผู้ปกครองฉบับภาษาไทย

วิธีการ: พัฒนาเครื่องมือฉบับภาษาไทย โดยใช้ข้อคำถามจาก Parenting Stress Index-Fourth Edition-Short form (PSI-4-SF) ต้นฉบับภาษาอังกฤษที่มี 36 ข้อ ขั้นตอนแรก แปลเครื่องมือและประเมินความเข้าใจในความหมายและความเหมาะสมของภาษา ขั้นตอนที่สอง ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองเด็กพิเศษและผู้ปกครองเด็กปกติ 510 คน ตรวจสอบคุณภาพของข้อคำถาม ความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

ผล: ข้อคำถามในดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครองมีอำนาจจำแนกดี 36 ข้อ ข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมทั้งฉบับ $r \geq 0.3$ มี 33 ข้อ และข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยเข้าใกล้จุดกลางของช่วงคะแนน 5 คะแนน มี 33 ข้อ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาคมีค่า 0.88 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจมี 6 องค์ประกอบ ที่มีค่าไอเกนมากกว่า 1 ได้แก่ ผู้ปกครองมีแนวโน้มของโรคซึมเศร้า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก พฤติกรรมของเด็ก การแสดงอารมณ์ของเด็ก ความคาดหวังของผู้ปกครอง และทัศนคติของการเป็นพ่อแม่ น้ำหนักองค์ประกอบมีค่า 0.40-0.75 ร้อยละของความแปรปรวนที่สามารถอธิบายได้เท่ากับ 49.3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลที่ใช้พิสูจน์คือ parental distress (PD), parent-child dysfunctional interaction (P-CDI) และ difficult child (DC) ตามต้นฉบับ พบว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

สรุป: ดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครองมีความตรงเชิงโครงสร้างสอดคล้องกับทฤษฎี และมีความเชื่อถือได้ในระดับสูง จึงสามารถใช้เป็นเครื่องมือวัดความเครียดของผู้ปกครอง และประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติเพื่อจัดการความเครียดของผู้ปกครอง

คำสำคัญ: ความเครียด ความตรง ความเที่ยง คุณภาพ ผู้ปกครอง

ติดต่อผู้นิพนธ์: สุนทรี ศรีโกไสย; e-mail: s.srikosai@gmail.com

หมายเหตุ บทความมีการแก้ไขเฉพาะส่วนของภาคผนวก เนื่องจากข้อจำกัดด้านลิขสิทธิ์การเผยแพร่แบบประเมิน full scale

Original article

Validity and reliability of the Parenting Stress Index of children aged 1 month to 12 years

Received : 12th February 2019

Revised : 24th January 2020

Accepted : 26th January 2020

Soontaree Srikosai, Ph.D.¹, Patcharee Moanchai, B.N.S.¹,

Chadaporn Kamfou, B.N.S.¹, Siriwan Taweewattanaprecha, M.Sc., M.Ac.²,

Ratana Saipanish, M.D.³

Rajanagarindra Institute of Child Development¹

Satir Association for Human Development and Psychotherapy²

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University³

Abstract

Objective: To examine the psychometric properties of the Parenting Stress Index (PSI)-Thai version.

Methods: The instrument development research design was conducted based on the original scale with 36 items in two phases. Phase 1 encompassed the scale translation and readability testing of each question. Phase 2 included evaluation of the PSI psychometric properties through field-testing with 510 parents of delayed development children and parents of normal children using: 1) items analysis, 2) construct validity through exploratory factor analysis and confirmatory factor analysis, and 3) Cronbach's alpha coefficient for reliability.

Results: Overall, good item discrimination power was shown for all thirty-six items. There were 33 items that had an item-total correlation of at least 0.3 ($r \geq 0.3$), and 33 items with results close to the mean of a 5-point scale. Reliability analysis showed a Cronbach's alpha coefficient of 0.88. Exploratory factor analysis revealed six components with 36 items of the scale: parents tend to be depressed, interaction between parents and children, behaviours of children, emotional expression of children, expectations of parents, and attitude of being a parent. Thirty-six items had factor loadings ranking from 0.40 to 0.75, and displayed a total variance of 49.3%. Confirmatory factor analysis revealed that the model of parental distress (PD), parent-child dysfunctional interaction (P-CDI), and difficult child (DC) were relevant to the empirical data.

Conclusion: The PSI has high construct validity and high reliability. Therefore, the PSI can be used as a scale of parent's stress assessment and a measurement tool of intervention outcomes for parental stress management studies.

Keywords: parent, quality, reliability, stress, validity

Correspondence author: Soontaree Srikosai; e-mail: s.srikosai@gmail.com

บทนำ

ความเครียด เป็นปฏิกิริยาตอบสนองตามธรรมชาติของสิ่งมีชีวิตต่อสิ่งแวดล้อมที่เข้ามารบกวนความรู้ด้านกายภาพวิทยากล่าวถึง “ความเครียด” ว่าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่เหมาะสมต่อแรงกดดันแบบเฉียบพลัน การหยุดตอบสนองต่อความเครียดเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการอยู่รอดของสิ่งมีชีวิต ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวได้มากขึ้น และรับมือกับเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อสภาวะสมดุลโดยการเพิ่มความตระหนักในการรับรู้สภาพแวดล้อมและความรู้สึกที่เกิดขึ้น¹ “Selye” บิดาแห่งการวิจัยความเครียดได้ให้ความหมาย “ความเครียด” ว่าเป็นการตอบสนองที่ไม่จำเพาะเจาะจงต่อร่างกายไม่ว่าโดยทางใดก็ตาม และสิ่งเร้า (stressor) คือปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดการตอบสนองต่อความเครียด² โฟล์กแมนและลาซารัส (Folkman & Lazarus) ผู้พัฒนา “general model of stress” ค.ศ. 1985 กล่าวว่า ความเครียดเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ของบุคคลหรือครอบครัวกับสภาพแวดล้อม เมื่อบุคคลเห็นว่าแรงกดดันด้านสิ่งแวดล้อมทำให้ทรัพยากรของตนเองไม่สมดุล บุคคลก็จะมีส่วนร่วมในการเผชิญปัญหาเพื่อฟื้นฟูการทำงานของทรัพยากร อย่างไรก็ตาม หากกลไกการเผชิญปัญหาของบุคคลมีการปรับตัวไม่เหมาะสมหรือไม่สามารถตอบสนองความต้องการใหม่ได้ ผลลัพธ์ก็คือ “ความเครียด”³ ดังนั้น แต่ละบุคคลจึงมีโอกาสประสบกับความเครียดในชีวิตประจำวัน และอาจได้รับผลกระทบจากความเครียดหากวิธีการเผชิญความเครียดใช้ไม่ได้ผล

ผลกระทบของความเครียดอาจมีต่อร่างกายและจิตใจ เช่น ซึมเศร้า อ่อนแรง เหนื่อยเพลีย กระสับกระส่าย ระบบประสาทและฮอร์โมนทำงานเพิ่มขึ้น เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นแผลในกระเพาะ

อาหารหรือโรคหัวใจ⁴ ความเครียดเป็นเรื่องเฉพาะบุคคล ในทำนองเดียวกัน ความเครียดของผู้ปกครองเกิดจากการที่ครอบครัวไม่สามารถจัดการสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดซึ่งเกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูเด็ก เช่น พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก โดยผลการวิเคราะห์เมทาดาจาก 16 การศึกษาพบว่า ผู้ปกครองของเด็กออทิสติกมีความเครียดสูงกว่าผู้ปกครองของเด็กพิการหรือเด็กพิเศษที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคอื่นๆ และเมื่อเทียบกับผู้ปกครองของเด็กปกติ โดยการวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ของข้อมูลจากแบบวัด Parenting Stress Index-Short Form, Family Impact Questionnaire และ Questionnaire of Resources and Stress-Friedrich Version³

เครื่องมือวัดความเครียดที่มีในปัจจุบันในประเทศไทย ได้แก่ แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20) ใช้วัดความเครียดในบุคคลทั่วไป มี 20 ข้อคำถาม ประเมินความเครียดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา และแบบวัดความเครียดอย่างย่อชนิด Stress Test 5 ข้อ (ST-5) สร้างขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต ใช้วัดอาการหรือความรู้สึกในช่วง 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา⁵ โดยทั้งสองแบบวัดใช้สำหรับบุคคลทั่วไปและเป็นการคัดกรองความเครียดเบื้องต้น การทบทวนแบบวัดความเครียดที่ใช้กันในสากลพบมีหลายชนิด เช่น Holmes-Rahe Life Stress Inventory มีจำนวน 43 ข้อ ใช้ทำนายระดับความเสี่ยงของการเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิต⁶ Inventory of Stressful Life-Events ใช้วัด 34 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตใน 2 ปีที่ผ่านมา⁷ และ Parenting Stress Index-Fourth Edition-Short form (PSI-4-SF) ใช้วัดความเครียดของผู้ปกครองของเด็กอายุตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 12 ปี มีจำนวน 36 ข้อ ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 10 นาที สร้างขึ้นโดย Richard R. Abidin ในปี ค.ศ.

1995 มี 3 องค์ประกอบ คือ Parental Distress (PD), Parent-Child Dysfunctional Interaction (P-CDI) และ Difficult Child (DC)⁸ โดยใช้ทฤษฎีความเครียดที่เชื่อว่า “ความเครียดที่ผู้ปกครองเผชิญคือลักษณะบางประการของเด็ก ลักษณะของผู้ปกครอง และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับบทบาทของการเป็นพ่อแม่” เพื่อใช้เป็นเครื่องมือบ่งชี้ว่า 1) พ่อแม่และครอบครัวมีลักษณะที่ไม่สามารถส่งเสริมการพัฒนาและให้การเลี้ยงดูเด็กได้ตามปกติ 2) เด็กมีลักษณะของการมีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ และ 3) ผู้ปกครองมีความเสี่ยงต่อการเป็นพ่อแม่ที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น PSI จึงสามารถระบุการเลี้ยงดูที่ผิดปกติและคาดการณ์แนวโน้มของปัญหาพฤติกรรมผู้ปกครองและปัญหาการปรับตัวของเด็กในระบบของครอบครัว นำไปสู่การดูแลช่วยเหลือผู้ปกครองและเด็กได้สอดคล้องกับปัญหาที่พบ⁸ ในการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของผู้ปกครองจึงนิยมใช้แบบวัด PSI⁹⁻¹⁶ อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจนำเครื่องมือที่มีอยู่มาใช้ประโยชน์ ควรพิจารณาตั้งแต่การใช้แนวคิดหรือทฤษฎีที่ใช้สร้างเครื่องมือ วัตถุประสงค์ของเครื่องมือ กลุ่มเป้าหมายที่จะวัด วิธีการใช้ วิธีให้คะแนนและการแปลผลคะแนน ผลการทดสอบความทรงและความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ และหลักฐานเชิงประจักษ์ของการนำเครื่องมือขึ้นไปใช้หลากหลายวัฒนธรรม¹⁷⁻¹⁹

สถานพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในประเทศไทย ยังไม่มีเครื่องมือที่ใช้วัดความเครียดของผู้ปกครอง โดยเฉพาะความเครียดของผู้ปกครองของเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือมีความผิดปกติทางสมองมีสูงกว่าผู้ปกครองของเด็กปกติ การประเมินความเครียดของผู้ปกครองมีความสำคัญในเชิงป้องกันผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลเด็ก นำไปสู่การตัดสินใจวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือ

ผู้ปกครองได้ตรงตามสาเหตุและประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเครียด การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบคุณภาพดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครองฉบับภาษาไทย ในกลุ่มผู้ปกครองที่มีบุตรหลานอายุระหว่าง 1 เดือน - 12 ปี เพื่อการพิจารณาตัดสินใจนำไปเป็นแบบวัดความเครียดของผู้ปกครอง หรือการนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความเครียดต่อไป

วิธีการ

รูปแบบวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อตรวจสอบคุณภาพของดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครอง ด้วยการวิเคราะห์ความทรงเชิงเนื้อหาคุณภาพของข้อคำถาม องค์ประกอบเชิงสำรวจ องค์ประกอบเชิงยืนยัน และความสอดคล้องภายในของข้อคำถาม

ประชากรคือ ผู้ปกครองของเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 12 ปี ที่อาศัยในบ้านเดียวกันกับเด็ก แบ่งเป็นเด็กปกติที่อยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ และเด็กพิเศษที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยวิธีการสุ่มเจาะ ตอบแบบวัดดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครอง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม ถึง 30 ธันวาคม 2559 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 510 ราย แบ่งเป็นผู้ปกครองของเด็กปกติที่อาศัยในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 86 ราย ผู้ปกครองของเด็กที่มารับบริการ ณ สถาบันราชานุกูล 29 ราย สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น 70 ราย และสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ 325 ราย เข้าถึงกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองเด็กพิเศษโดยการประสานพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงาน ณ สถาบันฯ ทั้ง 3 แห่ง เพื่ออธิบายวิธีการใช้แบบวัดดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครอง

ฉบับภาษาไทยจนเป็นที่เข้าใจก่อนดำเนินการสัมภาษณ์ ส่วนการสัมภาษณ์ผู้ปกครองของเด็กปกติดำเนินการโดยทีมวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ ดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครองฉบับภาษาไทยประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบวัด และข้อคำถาม 36 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) เห็นด้วย (4) ไม่แน่ใจ (3) ไม่เห็นด้วย (2) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)

ขั้นตอนที่ 1 แปลแบบวัดดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครองและประเมินความเข้าใจในความหมายและความเหมาะสมของภาษา

หลังจากได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือต้นฉบับ Abidin⁸ แล้ว ทีมวิจัยได้ดำเนินการ 1) แปลต้นฉบับเป็นภาษาไทยโดยทีมวิจัยจำนวน 2 คน ใช้การแปลแบบสมมาตร คือยึดความเท่าเทียมกันระหว่างภาษาอังกฤษของแบบวัดต้นฉบับและแบบวัดชุดภาษาไทยในด้านความหมาย เนื้อหา และแนวคิด รวมทั้งคำนึงความสอดคล้องกับบริบทคนไทย ตรวจสอบความถูกต้องของความหมายและความเหมาะสมของภาษาโดยทีมวิจัยที่เหลือ 3 คน 2) แปลย้อนกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ โดยผู้เชี่ยวชาญการใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษจากภาควิชาภาษาอังกฤษ คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่ไม่เคยเห็นต้นฉบับมาก่อน และตรวจสอบการแปลคงความหมายตรงกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ 3) ปรับภาษาให้เข้ากับบริบทและความเข้าใจง่ายก่อนนำไปตรวจสอบความชัดเจนและความเข้าใจในข้อคำถามแต่ละข้อโดยผู้ปกครอง 12 คน ที่มารับบริการ ณ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ได้ข้อคำถามภาษาไทยในแบบวัด PSI-4-SF

ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) วิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 4 คน จิตแพทย์ 1 คน และพยาบาลจิตเวช 1 คน เพื่อประเมินความเหมาะสมของข้อคำถามเปรียบเทียบกับชุดต้นฉบับ และประเมินแนวคิดที่ใช้สร้างข้อคำถาม โดยพิจารณาตัดสินความตรงของข้อคำถามจากตัวเลือก 4 ระดับ คือ เกี่ยวข้องมาก (4) เกี่ยวข้องพอควร (3) เกี่ยวข้องเล็กน้อย (2) และไม่เกี่ยวข้อง (1) เพื่อกำหนดดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาจากคะแนนตัวเลือก 3 และ 4²⁰ ได้ค่า S-CVI=0.90 และ I-CVI=0.90 และปรับภาษาให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2) วิเคราะห์คุณภาพของข้อคำถาม (item analysis) โดยการหาอำนาจจำแนกของข้อคำถาม ใช้เทคนิคร้อยละ 25 แบ่งกลุ่มผู้มีคะแนนสูงและกลุ่มผู้มีคะแนนต่ำ หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ โดยพิจารณาค่า Cronbach's alpha เมื่อลบข้อคำถามนั้นออก และหาค่าเฉลี่ยของข้อคำถาม เพื่อประเมินค่าเฉลี่ยของคำถามแต่ละข้อที่เข้าใกล้ค่ากลางของช่วง 5 คะแนน (1.5-3.0)

3) วิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ดังนี้

3.1) วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis; EFA) เริ่มจากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้การวิเคราะห์ปัจจัย พบว่าค่า Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) เท่ากับ 0.913 ซึ่งเข้าใกล้ 1 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอที่จะใช้วิเคราะห์ และ Bartlett's test of sphericity มีค่า p-value < 0.001 แสดงว่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามเป็นเส้นตรง ทำการวิเคราะห์องค์ประกอบโดยวิธีการสกัดองค์ประกอบ

แบบ principle components analysis หมุนแกนด้วยวิธี Orthogonal แบบ varimax เพื่อให้ข้อคำถามบางข้อที่เดิมอยู่ในหลายองค์ประกอบให้อยู่ในองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งอย่างเด่นชัด ทำให้มีจำนวนตัวแปรน้อยที่สุดแต่มีความสัมพันธ์กันสูงและมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากในแต่ละองค์ประกอบเกณฑ์การเลือกองค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบที่มีค่าไอเกน (eigen-value) มากกว่า 1 ซึ่งบ่งบอกถึงความสามารถขององค์ประกอบว่าอธิบายความแปรปรวนของกลุ่มตัวแปรได้มาก 2) กราฟ scree plot มีจุดหักมุมชัดเจนที่องค์ประกอบใด 3) แยกข้อคำถามที่อยู่ในหลายองค์ประกอบ โดยพิจารณาจากค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) ที่มีค่า ≥ 0.3 ของแต่ละข้อคำถาม ว่ามีค่ามากที่สุดอยู่ที่องค์ประกอบใดก็จัดให้อยู่ในองค์ประกอบนั้น²¹

3.2) วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis; CFA) เพื่อทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับโครงสร้างขององค์ประกอบ ได้แก่ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ และความสอดคล้องกับโมเดลหรือทฤษฎีที่ใช้พิสูจน์²¹

3.3) ตรวจสอบความตรงร่วมสมัยระหว่าง PSI-4-SF กับความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต (n=80)

4) ตรวจสอบความเชื่อถือได้ของแบบวัด โดยการวิเคราะห์หาความสอดคล้องภายในของข้อคำถาม ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบวัดทั้งฉบับ (n=510) มีค่า 0.88 แต่ละองค์ประกอบมีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.50-0.85 ยกเว้นองค์ประกอบที่ 6 ที่มีจำนวน 3 ข้อคำถามทำให้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับต่ำ (alpha=0.32) การทดสอบความสอดคล้องภายในของข้อคำถามกับผู้ปกครองของเด็กออทิสติกและผู้ปกครองของเด็ก

สมาธิสั้น จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86 ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 10-15 นาที ผู้ปกครองเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยการตอบด้วยตนเองหรือใช้วิธีการสัมภาษณ์

วิเคราะห์ข้อมูลโดย 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย ใช้วิธีหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ใช้วิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ข้อคำถามที่อยู่ในระดับความคิดเห็น “เกี่ยวข้องเล็กน้อย” และ “ไม่เกี่ยวข้อง” จะถูกตัดออกหรือทบทวนใหม่²⁰ 3) คุณภาพของข้อคำถาม ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการทดสอบที่ (independent t-test) และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน 4) ความตรงของเครื่องมือ ใช้วิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ โดยวิธีการสกัดองค์ประกอบแบบ principle components analysis หมุนแกนด้วยวิธี Orthogonal แบบ varimax²¹ และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA)²¹ เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครองกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในดัชนีกลุ่มสัมบูรณ์ ทั้งนี้เพื่อยืนยันทฤษฎีตามแบบวัดต้นฉบับ แต่ไม่ได้ทำ CFA เพื่อยืนยัน EFA ที่ได้จากการวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่าง 5) ความตรงร่วมสมัยระหว่าง PSI-4-SF กับ life congruence scale โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และ 6) สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เพื่อประเมินความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ

การศึกษานี้ เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง “อาการทางคลินิกและความร่วมมือในการรับประทายยา และความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของผู้ปกครองของเด็กออทิสติกและเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงการบำบัดแบบ

เทียร์โมเดล” ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสถาบัน พัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ตามเอกสารที่ 4/2559 และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสาร ที่ 036/2559 รวมทั้งผ่านการพิจารณาจากคณะ กรรมการจริยธรรมการวิจัยของสถาบันราชานุกูล และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ โดยอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลาที่ศึกษาได้

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 510 ราย เป็นเพศหญิง 404 ราย (ร้อยละ 79.2) เป็นเพศชาย 106 ราย (ร้อยละ 20.8) อายุเฉลี่ย 40.44 ปี (SD=10.82) เป็นผู้ปกครอง ของเด็กอายุเฉลี่ย 8.16 ปี (SD=4.22)

ผลการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ จำแนก เป็น 4 ด้านดังนี้

1) การประเมินคุณภาพของข้อคำถาม พบว่า ค่าเฉลี่ยของข้อคำถามที่เข้าใกล้ 2.5 มี 33 ข้อ ความสัมพันธ์ของคะแนนระหว่างข้อคำถามมีค่า 0.23-0.89 และความสัมพันธ์ของคะแนนรายข้อกับคะแนน รวมทั้งฉบับ มีค่า 0.11-0.62 โดยมี 3 ข้อคำถามที่มี ค่าความสัมพันธ์น้อยกว่า 0.4 ความสัมพันธ์ระหว่าง องค์ประกอบอยู่ในระดับปานกลาง ($r=0.40-0.54$) ความสัมพันธ์ของแต่ละองค์ประกอบกับคะแนน รวมทั้งฉบับอยู่ในระดับปานกลาง ($r=0.40-0.78$) อำนาจในการจำแนกระดับคะแนนสูงและคะแนนต่ำ กลุ่มละ 128 คน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (mean different=49.91, $p<0.001$)

2) การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง ของเครื่องมือ โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิง สำร็จ พบว่า ดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครอง มี

6 องค์ประกอบ ได้แก่ ผู้ปกครองมีแนวโน้มของโรค ซึมเศร้า (9 ข้อ) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก (6 ข้อ) พฤติกรรมของเด็ก (7 ข้อ) การแสดงอารมณ์ ของเด็ก (7 ข้อ) ความคาดหวังของผู้ปกครอง (4 ข้อ) และทัศนคติของการเป็นพ่อแม่ (3 ข้อ) ร้อยละ ของความแปรปรวนที่สามารถอธิบายได้ทั้ง 6 องค์ประกอบมีค่าเท่ากับ 49.3

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพบว่า โมเดล parental distress (PD) มีผลการทดสอบค่า Chi-Square (χ^2) เท่ากับ 27.54 ที่องศาอิสระ 37 ค่าความน่าจะเป็น (p-value) เท่ากับ 0.87 ดัชนีวัด ความสอดคล้อง (GFI) เท่ากับ 0.99 ดัชนีวัดระดับค่า ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (AGI) เท่ากับ 0.98 ดัชนีรากที่สองของความคลาดเคลื่อนใน การประมาณค่า (RMSEA) มีค่าเท่ากับ 0.000 และค่า ดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อน มาตรฐาน (RMR) เท่ากับ 0.02 ซึ่งมีค่าเข้าใกล้ศูนย์ มาก แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิง ประจักษ์ แสดงดังตารางที่ 1

โมเดล parent-child dysfunctional interaction (P-CDI) มีผลการทดสอบค่า Chi-Square เท่ากับ 13.65 ที่องศาอิสระ 27 p-value เท่ากับ 0.98 GFI เท่ากับ 1.00, AGI เท่ากับ 0.99, RMSEA มีค่าเท่ากับ 0.000 และ RMR เท่ากับ 0.015 ซึ่งมีค่า เข้าใกล้ศูนย์มาก แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับ ข้อมูลเชิงประจักษ์ ส่วนโมเดล difficult child (DC) มีผลการทดสอบค่า Chi-Square เท่ากับ 21.84 ที่องศาอิสระ 33 p-value เท่ากับ 0.93 GFI เท่ากับ 0.99 AGI เท่ากับ 0.98 RMSEA มีค่าเท่ากับ 0.000 และ RMR เท่ากับ 0.018 ซึ่งมีค่าเข้าใกล้ศูนย์มาก แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการ

วัดดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครอง มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่มากกว่า 0 โดยอยู่ระหว่าง 0.10-0.71 โดยองค์ประกอบ parental-child dysfunctional interaction มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุดเท่ากับ 0.71 รองลงมาคือ parental distress มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด เท่ากับ 0.70 และ difficult child มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด เท่ากับ 0.68

3) การตรวจสอบความตรงร่วมสมัย พบว่าคะแนนดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับคะแนนความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต ($r=-0.32, p < 0.01$)

4) การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ Cronbach's alpha coefficient ของทั้ง 6 องค์ประกอบมีค่า 0.88 โดยองค์ประกอบ 1, 2, 3, 4, 5 และ 6 มีค่า 0.85, 0.81, 0.63, 0.64, 0.50 และ 0.22 ตามลำดับ

สรุป ผลการทดสอบข้างต้น แสดงถึงแบบวัด PSI-4-SF ฉบับภาษาไทย มีความน่าเชื่อถือของข้อคำถาม มีคุณภาพในการจำแนกระดับคะแนนสูงและคะแนนต่ำ มีความตรงเชิงโครงสร้างอยู่ในเกณฑ์ดี มีความสอดคล้องกับทฤษฎีตามแบบวัดต้นฉบับสามารถทำนายการมีความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต และมีความเชื่อถือได้ในระดับดี

ขั้นตอนการให้คะแนน อ้างอิงตามต้นฉบับภาษาอังกฤษ⁸ 1) รวมคะแนนข้อ 1, 2, 3, 7, 8, 9 และ 11 เพื่อตรวจสอบ defensive responding 2) รวมคะแนน ข้อ 1-12 = คะแนนของ parental distress (PD) 3) รวมคะแนน ข้อ 13-24 = คะแนนของ parent-child dysfunctional interaction (P-CDI) 4) รวมคะแนน ข้อ 25-36 = คะแนนของ difficult child (DC) 5) รวมคะแนนของ PD + P-CDI + DC = คะแนนรวมทั้งหมด (total stress) และ 6) แปลง

ข้อมูลคะแนน PD, P-CDI, DC และ total stress ให้เป็นคะแนน percentile

วิธีการแปลผลคะแนน⁹

Defensive responding ถ้าคะแนนรวมของข้อ 1, 2, 3, 7, 8, 9 และ 11 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 อาจมีความเป็นไปได้ 3 อย่าง คือ 1) ผู้ปกครองพยายามจะตอบให้ดูว่าตนมีความสามารถ ไม่มีปัญหาความเครียด โดยอาจจะไม่สามารถรับรู้อารมณ์ด้านลบของตนเอง หรือปฏิเสธความจริง 2) ผู้ปกครองไม่ได้มีบทบาทในการเลี้ยงดูเด็ก มักไม่ค่อยรู้ประวัติความเจ็บป่วยของเด็ก ไม่รู้สิ่งที่เด็กชอบหรือไม่ชอบ และความรู้สึกต่างๆ ของเด็ก และ 3) ผู้ปกครองมีความสามารถจริง รับผิดชอบได้เป็นอย่างดีและมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนอื่นๆ รวมถึงคู่ครอง มักจะเป็นคนที่มีความรู้มีประสบการณ์หรือทำหน้าที่การทำงานเกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือ มีฐานะความเป็นอยู่ที่ดีค่อนข้างดีที่จะช่วยให้หลายๆอย่างในชีวิตง่ายขึ้น

ระดับความเครียด นำคะแนนดิบเทียบกับคะแนน percentile โดยคะแนน 54-109 เท่ากับ percentile ที่ 16-84 หมายถึงมีความเครียดในระดับปกติ คะแนน 110-113 เท่ากับ percentile ที่ 85-89 หมายถึงมีความเครียดสูง คะแนน ≥ 114 เท่ากับ percentile ที่ ≥ 90 หมายถึงมีปัญหาความเครียดชัดเจน

ตารางที่ 1 ค่าดัชนีความสอดคล้องและดัชนีเปรียบเทียบของโมเดลการวัดดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครองจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ดัชนี	เกณฑ์	ค่าสถิติในโมเดล*		
		PD	P-CDI	DC
χ^2	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติหรือสัดส่วน χ^2 /df ไม่เกิน 2	χ^2 ที่ df 37=27.54 (p=0.87) χ^2 /df=27.54/37 =0.74	χ^2 ที่ df 27=13.65 (p=0.98) χ^2 /df=13.65 /27 =0.50	χ^2 ที่ df 33=21.84 (p=0.93) χ^2 /df=21.84/33 =0.66
GFI	มากกว่า 0.95	0.99	1.00	0.99
AGFI	มากกว่า 0.95	0.98	0.99	0.98
CFI	มากกว่า 0.95	1.00	1.00	1.00
RMSEA	น้อยกว่า 0.05	0.00	0.00	0.00
SRMR	น้อยกว่า 0.05	0.02	0.01	0.02

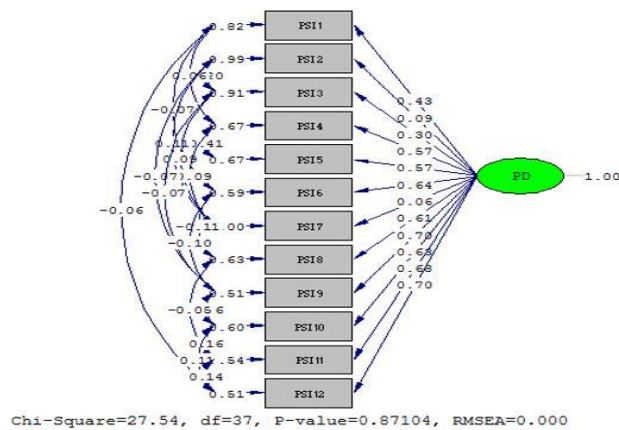
*PD = parental distress, P-CDI = parent-child dysfunctional interaction; DC = difficult child

วิจารณ์

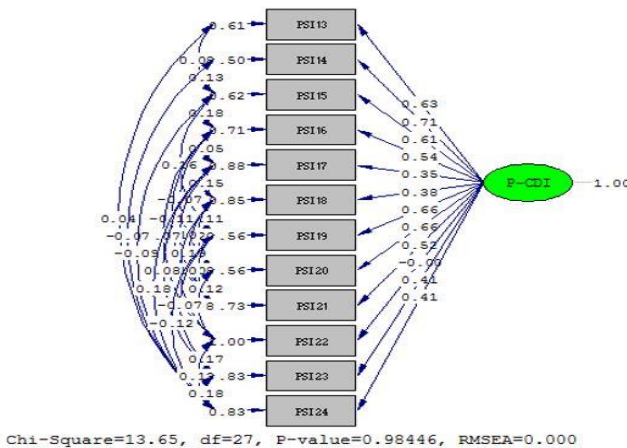
ดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครองฉบับภาษาไทย (PSI-4-SF ฉบับภาษาไทย) มีความตรงเชิงเนื้อหาสูง (S-CVI=0.90 และ I-CVI=0.90) หมายความว่า แบบวัดนี้สามารถวัดได้ตรงและครอบคลุมขอบเขตเนื้อหาที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของมโนทัศน์ที่ต้องการวัดได้อย่างครบถ้วน อาจเนื่องมาจากต้นฉบับภาษาอังกฤษของแบบวัด PSI-4-SF เป็นข้อคำถามที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อครอบคลุมความความเครียดของผู้ปกครอง ทั้งความเครียดจากปัจจัยด้านผู้ปกครอง ความเครียดจากลักษณะปฏิสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสมระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก และความเครียดจากปัจจัยด้านตัวเด็ก⁸

คุณภาพของข้อคำถามในด้านค่าเฉลี่ยที่เข้าใกล้ค่ากลางของช่วงคะแนนของเครื่องมือมีจำนวน 33 ข้อ แสดงให้เห็นว่า มีข้อคำถาม 3 ข้อที่เข้าใกล้ช่วงคะแนนสูงหรือช่วงคะแนนต่ำ ซึ่งอาจมีผลต่อ

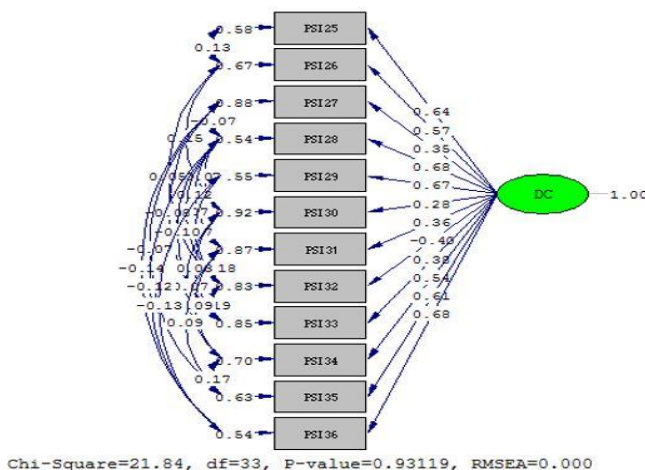
ความสามารถในการวัดที่ให้ได้ค่าคะแนนที่แท้จริง และอาจส่งผลให้ลดระดับความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามนั้นกับข้อคำถามอื่นๆ^{18,19} โดยพบว่ามีจำนวน 33 ข้อ ที่มีระดับความสัมพันธ์ของคะแนนระหว่างข้อคำถามมีค่า 0.23-0.89 แต่เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ พบว่าส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบอยู่ในระดับปานกลาง ($r=0.40-0.54$) และความสัมพันธ์ของแต่ละองค์ประกอบกับคะแนนรวมทั้งฉบับอยู่ในระดับปานกลาง ($r=0.40-0.78$) เช่นกัน ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ข้อคำถามในดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครองสามารถเป็นตัวแทนของแบบวัดทั้งฉบับ จึงอาจสรุปได้ว่า แบบวัด PSI-4-SF ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถามที่สามารถใช้ประเมินความเครียดของผู้ปกครองทั้ง 3 ด้านต่อไปนี้ได้จริง 1) แนวโน้มของปัญหาพฤติกรรมผู้ปกครอง (PD)



ภาพที่ 1 โมเดลการวัดดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครองในองค์ประกอบ parental distress



ภาพที่ 2 โมเดลการวัดดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครองในองค์ประกอบ parent-child dysfunctional interaction



ภาพที่ 3 โมเดลการวัดดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครองในองค์ประกอบ difficult child

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2563;28(1):56-71.

2) การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม (P-CDI) และ 3) ปัญหาพฤติกรรม/อารมณ์/การปรับตัวของเด็ก (DC) หรือได้คะแนนที่ตรงความจริงมากที่สุด เพราะการประเมินคุณภาพของข้อคำถามโดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามกับคะแนนรวมทั้งฉบับมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อคำถามในเครื่องมือนี้ๆ ความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามที่มีค่าสูงจะยิ่งเพิ่มความเชื่อถือได้ของข้อคำถามแต่ละข้อ ส่งผลให้ได้คะแนนที่เป็นจริง ถ้าข้อคำถามแต่ละข้อมีความเชื่อถือได้มากจะเพิ่มความเชื่อถือได้ของเครื่องมือนี้ๆ^{18,19} PSI-4-SF ฉบับภาษาไทยจึงสะท้อนคุณสมบัติด้านการมีอำนาจในการจำแนกระดับคะแนนสูงและคะแนนต่ำได้อย่างมีนัยสำคัญ (mean difference= 49.91, $p < 0.001$)

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจแสดงให้เห็นว่าความตรงเชิงโครงสร้างของ PSI-4-SF ฉบับภาษาไทยจัดอยู่ในเกณฑ์ดี เนื่องจากทั้ง 6 องค์ประกอบในแบบวัด PSI-4-SF สามารถอธิบายความแปรปรวนร่วมของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 49.3 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจโดยการหมุนแกนแบบ varimax ในการพัฒนาต้นฉบับภาษาอังกฤษของ Abidin^{8,22} ที่ได้ 7 องค์ประกอบ ร้อยละของความแปรปรวนร่วมที่สามารถอธิบายได้มีค่าเท่ากับ 54.0 จากหลักการอธิบายความแปรปรวนที่กำหนดไว้ว่า “ร้อยละของความแปรปรวนที่สามารถอธิบายได้หากมีค่าอยู่ในระดับสูง จะหมายถึงเครื่องมือนี้มีความตรงสูง”²¹ ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่า PSI-4-SF ฉบับภาษาไทย สามารถวัดคุณลักษณะที่ต้องการวัดได้ นอกจากนี้ ในแต่ละองค์ประกอบของ PSI-4-SF ฉบับภาษาไทย ได้แก่ ผู้ปกครองมีแนวโน้มของ

โรคซึมเศร้า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก พฤติกรรมของเด็ก การแสดงอารมณ์ของเด็ก ความคาดหวังของผู้ปกครอง และทัศนคติของการเป็นพ่อแม่ มีความสอดคล้องกับแนวคิดพื้นฐานที่ใช้เป็นโครงสร้างหลักของ PSI-4-SF คือ parental distress, parent-child dysfunctional interaction และ difficult child โดยในขั้นตอนการพัฒนา PSI-4-SF ต้นฉบับ แสดงผลการวิเคราะห์ PSI domain and subscale descriptions⁸ พบว่า “parent domain” ประกอบด้วย depression, competence, isolation, attachment, health, role restriction และ spouse/parenting partner relationship และ “child domain” ประกอบด้วย distractibility/hyperactivity, adaptability, mood, reinforces parent, demandingness และ acceptability จึงสามารถกล่าวได้ว่า PSI-4-SF ฉบับภาษาไทยนี้ สามารถระบุลักษณะสำคัญของเครื่องมือที่ดี

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดล PD มีค่า χ^2 เท่ากับ 27.54 ค่า p-value เท่ากับ 0.87 ซึ่งมีค่ามากกว่าค่าความกลมกลืนขั้นต่ำ (the minimum value of the fit function) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์มีความกลมกลืนกัน²³ และเมื่อพิจารณาจากค่าดัชนีการวัดความกลมกลืนอื่นๆ ก็ให้ผลสอดคล้องกัน คือดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 0.99 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ 0.98 และค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (RMR) เท่ากับ 0.02 ค่าดัชนีรากกำลังสองของความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า (RMSEA) เท่ากับ 0.000 เช่นเดียวกับโมเดล P-CDI และโมเดล DC ที่มีค่า χ^2 เท่ากับ 13.65, 21.84

ตามลำดับ มีค่า p-value เท่ากับ 0.98, 0.93 ตามลำดับ แสดงว่าโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์มีความกลมกลืนกัน²³ และค่าดัชนีการวัดความกลมกลืนอื่นๆ ก็ให้ผลสอดคล้องเช่นกัน คือ GFI เท่ากับ 1.00, 0.99 AGFI เท่ากับ 0.99, 0.98 ค่า RMR เท่ากับ 0.015, 0.018 และค่า RMSEA เท่ากับ 0.000, 0.000 ตามลำดับ จากค่าดัชนีดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครอง ได้แก่ ด้าน PD, P-CDI และ DC มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ว่า ความเครียดที่ผู้ปกครองเผชิญมี 3 ด้าน คือลักษณะของผู้ปกครอง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก และลักษณะบางประการของเด็ก^{8,22} แสดงถึงโมเดลที่สร้างขึ้นสามารถนำมาอธิบายโมเดลการวัดดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครองได้ โดยดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครองมี 3 โครงสร้างหลักคือ 1) parental distress ซึ่งมี subscale ด้านผู้ปกครองมีแนวโน้มของโรคซึมเศร้า 2) parent-child dysfunctional interaction มี subscale ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก ความคาดหวังของผู้ปกครอง และทัศนคติของการเป็นพ่อแม่ และ 3) difficult child มี subscale ด้านพฤติกรรมของเด็ก และการแสดงอารมณ์ของเด็ก (ภาคผนวก และภาพที่ 1-3) แสดงว่าคุณลักษณะความเครียดของผู้ปกครองทั้ง 3 องค์ประกอบหลัก สามารถวัดได้จากองค์ประกอบย่อยทั้ง 6 ด้านได้ จึงกล่าวได้ว่า โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของ PSI-4-SF ฉบับภาษาไทย มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และมีความตรงที่สามารถนำไปใช้วัดความเครียดของผู้ปกครองของเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 12 ปี ได้

ส่วนความตรงร่วมสมัยระหว่าง PSI-4-SF กับความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต มีขนาดความสัมพันธ์

ในระดับต่ำ ($r = -0.32, p < 0.01$) แสดงถึงหลักการและแนวคิดที่ว่า การมีความเครียดซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อแรงกดดันที่ทำให้เกิดความไม่สมดุลของอารมณ์ การรู้คิด และอาการทางร่างกาย¹⁻³ นั้นยังอาจไม่สามารถสรุปได้แน่ชัดว่าจะส่งผลกระทบต่อความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตซึ่งเป็นสภาวะของจิตใจที่มีการยอมรับตนเอง มีความสมดุลในจิตใจ และรับรู้คุณค่าของตนเอง อันเป็นผลมาจากการได้เชื่อมโยงสัมผัสกับชุมชนทั้งภายในตนเองและระหว่างตนเองกับผู้อื่น²⁴ แม้ว่าจะมีความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปรนี้ในทางสถิติก็ตาม จึงควรทำการศึกษาต่อไป

ผลการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของ PSI-4-SF ด้วยการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของข้อคำถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 แสดงให้เห็นว่า ข้อคำถามในดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครอง ทั้ง 36 ข้อ มีความสอดคล้องภายในระดับสูง สอดคล้องกับผลการทดสอบคุณสมบัติทางจิตมิติของต้นฉบับภาษาอังกฤษที่ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.90⁸

สรุป

ดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครองมีความตรงและความเชื่อถือได้ระดับดี จึงเหมาะสมที่จะนำไปใช้วัดความเครียดผู้ปกครองของเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 12 ปี และสามารถนำไปประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติเพื่อจัดการความเครียดของผู้ปกครองได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการฯ ขอขอบคุณ ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล ในการให้คำแนะนำและช่วยด้านการจัดการข้อมูลเบื้องต้น และขอขอบคุณ อ.รจนา เผือกจันทร์ทีก และคณะ ในการช่วยวิเคราะห์ข้อมูล

ความรู้เดิม: มีแบบวัดความเครียดที่ใช้กับบุคคลทั่วไปแต่ยังไม่มีแบบวัดความเครียดสำหรับผู้ปกครองที่มีลักษณะความเครียดเฉพาะ

ความรู้ใหม่: ได้แบบวัดความเครียดของผู้ปกครองเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 12 ปี ฉบับภาษาไทยที่มีโครงสร้างหลักที่สอดคล้องกับแหล่งความเครียดและประเภทของความเครียดของผู้ปกครอง

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: ใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองความเครียดของผู้ปกครอง เพื่อนำไปสู่คุณภาพบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และใช้ประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติเพื่อจัดการความเครียดของผู้ปกครอง

เอกสารอ้างอิง

1. Charmandari E, Tsigos C, Chrousos G. Endocrinology of the stress response. *Annu Rev Physiol.* 2005;67:259–84. doi:10.1146/annurev.physiol.67.040403.120816.
2. Szabo S, Tache Y, Somogyi A. The legacy of Hans Selye and the origins of stress research: a retrospective 75 years after his landmark brief “letter” to the editor of nature. *Stress.* 2012;15:472-8. doi:10.3109/10253890.2012.710919.
3. Hayes SA, Watson SL. The impact of parenting stress: a meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord.* 2013;43:629-42. doi:10.1007/s10803-012-1604-y.
4. Carpenter BN, Steffen PR. Stress. In: Haas LJ, editor. *Handbook of primary care psychology.* New York US: Oxford University Press; 2004:p.563-77.
5. กรมสุขภาพจิต. แบบทดสอบด้านสุขภาพจิต [Mental health testing scale] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2561. [สืบค้นเมื่อวันที่ 15 พ.ย. 61]. จาก: <https://www.dmh.go.th/test/qtest5/>.
6. Noone PA. The Holmes-Rahe Stress Inventory. *Occup Med (Lond).* 2017;67:581-2. doi:10.1093/occmed/kqx099.
7. Siegrist J, Dittmann KH. Inventory of stressful life-events (ILE). In: Cullen J, Siegrist J, Wegmann HM, editors. *Breakdown in human adaptation to ‘stress’.* Netherlands: Springer; 1984:p.251-6.
8. Abidin RR. Parenting stress index, fourth edition. Florida: PAR; 2012a. p. 2-3.
9. Hoffman CD, Sweeney DP, Hodge D, Lopez-Wagner MC, Looney L. Parenting stress and closeness: mothers of typically developing children and mothers of children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities.* 2009;24:178–87. doi:10.1177/1088357609338715.
10. Lee GK, Lopata C, Volker MA, Thomeer ML, Nida RE, Toomey JA, et al. Health-related quality of life of parents of children with high-functioning autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities.* 2009;24:227–39. doi:10.1177/1088357609347371.
11. Markham ER. Parenting stress in a clinical sample: assessment and implications [Doctor of Education]. Kentucky USA: University of Louisville; 2000 [cited 2018 Dec 6]. Available from: ProQuest Dissertations and Theses database UMI: 3000484.
12. Rao PA, Beidel DC. The impact of children with high-functioning autism on parental stress, sibling adjustment, and family functioning. *Behav Modif.* 2009;33:437–51. doi:10.1177/0145445509336427.
13. Richardson LL. The relationship of repetitive behavior and sensory behavior to parenting stress in mothers of boys with autism and mothers of boys with fragile X syndrome [Doctor of Philosophy]. Columbia USA: University of South Carolina; 2010 [cited 2018 Dec 6]. Available from: ProQuest Dissertations and Theses database UMI: 3402825.

14. Ferrin M, Moreno-Granados JM, Salcedo-Marin MD, Ruiz-Veguilla M, Perez-Ayala V, Taylor E. Evaluation of a psychoeducation programme for parents of children and adolescents with ADHD: immediate and long-term effects using a blind randomized controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23:637-47. doi:10.1007/s00787-013-0494-7.
15. Chen YC, Hwang-Gu SL, Ni HC, Liang S HY, Lin HY, Lin CF, et al. Relationship between parenting stress and informant discrepancies on symptoms of ADHD/ODD and internalizing behaviors in preschool children. *PLoS One*. 2017;12:e0183467. doi:10.1371/journal.pone.0183467.
16. Leavitt CE, McDaniel BT, Maas MK, Feinberg ME. Parenting stress and sexual satisfaction among first-time parent: a dyadic approach. *Sex Roles* 2017;76:346-55. doi:10.1007/s1199-016-0623-0.
17. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization 4th ed. Philadelphia PA: WB Saunders; 2001.
18. DeVellis RF. Scale development: theory and applications 2nd ed. Thousand Oaks CA: Sage; 2003.
19. Waltz CF, Strickland OL, Lens ER. Measurement in nursing research 3rd ed. Philadelphia PA: FA Davis; 2005.
20. สัจจิตรา เทียนสวัสดิ์. ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา: ข้อวิพากษ์และข้อเสนอแนะวิธีการคำนวณ [Content validity index: critique and recommendation for computation]. *พยาบาลสาร*. 2007;34(4):1-9.
21. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Multivariate data analysis 6th ed. New Jersey US: Pearson Prentice Hall; 2006.
22. Abidin RR. editor. Parenting stress index, fourth edition short form (PSI-4SF) [Internet]. Texas: Texas A&M University; 2012 [cited 2017 Aug 10]. Available from: <https://www.wpspublish.com/psi-4-parenting-stress-index-fourth-edition>
23. Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, Müller H. Evaluating the fit of structural equation models: test of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research*. 2003;8(2),23-74.
24. Satir V, Banmen J, Gerber J, Gomori M. The Satir Model: family therapy and beyond. California US: Science and behavior book; 1991.

เอกสารส่วนนี้ถูกถอดจากบทความ
เนื่องจากข้อจำกัดด้านลิขสิทธิ์การเผยแพร่แบบประเมินแบบ full scale

เอกสารส่วนนี้ถูกถอดจากบทความ
เนื่องจากข้อจำกัดด้านลิขสิทธิ์การเผยแพร่แบบประเมินแบบ full scale

นิพนธ์ต้นฉบับ

ระยะเวลาการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีอาการทางจิตเวชในประเทศไทย จากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตแห่งชาติ

วันรับ : 1 สิงหาคม 2562

วันแก้ไข : 25 มกราคม 2563

วันตอบรับ : 27 มกราคม 2563

นพดล วาณิชชิต, พ.บ.¹, สุทธา สุปัญญา, พ.บ.¹,
ปัทมานนท์ ขวัญสนิท, พ.บ.¹, นพพร ตันติรังสี, พร.ด.²,
พันธุภา กิตติรัตน์ไพบุลย์, พ.บ.³
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา¹, ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12²
สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาระยะเวลาก่อนเข้าสู่การรักษาของผู้ที่มีอาการทางจิตเวชที่พบบ่อยในประเทศไทยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเข้ารับบริการ

วิธีการ: ใช้ข้อมูลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติครั้งล่าสุด (พ.ศ. 2556) สำรวจในประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่ทำอาศัยในครัวเรือนที่ได้รับการสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์ World Mental Health - Composite International Diagnostic Interview version 3.0 (WMH-CIDI 3.0) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์หาความแตกต่างของระยะเวลาก่อนเข้าสู่การรักษาโดยนับจากช่วงที่มีอาการครั้งแรกของโรคจิตเวชที่พบบ่อยแต่ละโรค และความแตกต่างในการเข้าสู่การรักษาระหว่างเพศ อายุ และ ภูมิภาค

ผล: ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่มีอาการครั้งแรกของโรคจิตเวชจนเข้าสู่การรักษาคือ 10 ปี โดยพบระยะเวลานานที่สุด ในโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและโรคกลัวที่ชุมชน ใช้เวลา 18.6 ปี และ 17.8 ปี ตามลำดับ ระยะเวลาเฉลี่ยก่อนเข้าสู่การรักษาสั้นที่สุดพบในผู้ที่มีโรควิตกกังวลไปทั่ว (2.0 ปี) และโรคซึมเศร้า (2.7 ปี) ผู้หญิงเข้ารับการรักษาโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย แต่มักจะไม่เข้ารับรักษาหากมีความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย การเข้าสู่บริการของผู้ที่มีโรคจิตเวชเหล่านี้ไม่มีความแตกต่างในแต่ละภูมิภาคของประเทศ

สรุป: ระยะเวลาก่อนเข้าสู่การรักษาในผู้ที่มีโรคจิตเวชที่พบบ่อยของประเทศไทยค่อนข้างนาน อาจส่งผลเสียต่อผลลัพธ์การรักษา ควรคำนึงถึงการลดระยะเวลาก่อนการได้รับการรักษาในการพัฒนาระบบบริการจิตเวชของประเทศ

คำสำคัญ: ระบาดวิทยาสุขภาพจิต ระยะเวลาก่อนเข้าสู่การรักษา โรคจิตเวชที่พบบ่อย

ติดต่อผู้พิมพ์: สุทธา สุปัญญา; e-mail: suttha.supanya@hotmail.com

Original article

Duration of untreated period of psychiatric conditions in Thailand: Results from the Thai National Mental Health Survey

Received : 1st August 2019

Revised : 25th January 2020

Accepted : 27th January 2020

Noppadol Vanichrudee, M.D.¹, Suttha Supanya, M.D.¹,

Patanon Kwansanit, M.D.¹, Nopporn Tantirangsi, Ph.D.²,

Phunnapa Kittirattanapaiboon, M.D.³

Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry¹, Mental Health Center 12²

Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health³

Abstract

Objectives: To examine the duration of untreated period or illness (DUI) and factors associated with help-seeking behaviours in people with common mental disorders in the Thai population.

Methods: Using the latest data from the Thai National Mental Health Survey (TNMHS 2013) that collected data from eligible participants aged 18 and above in the community using the Thai version of the WHO-CIDI 3.0 to compute the mean difference between the time the participants seek help and the time that they first experienced the symptoms of each disorder. Help-seeking behaviours of the participants were then analysed for their possible association with gender, age and regional difference.

Results: The DUIs was, on average, 10.0 years. The longest DUIs was found in participant reporting post-traumatic stress disorder (PTSD), i.e. 18.6 years and 17.8 years in those with agoraphobia. Participants reporting generalised anxiety disorder (GAD) and major depressive disorder (MDD) had the shortest DUIs, i.e. 2.0 years and 2.7 years respectively. Women were more likely than men to seek help for major depressive disorder while much less likely than men to seek help for alcohol and illicit drug use disorders. There were no discernable differences in help-seeking behaviours between each region of the country.

Conclusions: There is still a long duration of untreated illness for mental disorders in Thailand possibly leading to less favorable outcomes. The DUIs should be factored in for mental health service planning for improved national mental healthcare.

Keywords: common mental disorders, duration of untreated illness, national mental health survey

Corresponding author: Suttha Supanya; e-mail: suttha.supanya@hotmail.com

บทนำ

โรคจิตเวชเป็นกลุ่มโรคที่ทำให้เกิดภาระของโรคเป็นอันดับต้นๆ เมื่อเทียบกับกลุ่มโรคอื่นๆ การศึกษาภาระของโรคระดับโลก ปี พ.ศ. 2553 โดย Whiteford และคณะ¹ พบว่าโรคจิตเวชเมื่อรวมกับโรคระบบประสาทและความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดมีค่านัยสำคัญนั้น ก่อให้เกิดความสูญเสียคิดเป็นร้อยละ 10.4 ของการสูญเสียปีสุขภาวะที่ปรับด้วยความพิการ (Disability Adjusted Life Years; DALYs) ทั่วโลก เป็นสาเหตุร้อยละ 28.5 ของการสูญเสียปีสุขภาวะจากความบกพร่องทางสุขภาพ (Years Lost due to Disability; YLD) ของโลกหรือเกือบหนึ่งในสามของจำนวน YLD ทั้งหมด เมื่อจำแนกตามกลุ่มโรคและเพศ พบว่ากลุ่มโรคซึมเศร้าและกลุ่มโรควิตกกังวลอยู่ในห้าอันดับแรกของโรคที่ก่อให้เกิดภาวะบกพร่องทางสุขภาพของผู้หญิง ในขณะที่ความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดก่อให้เกิดภาวะบกพร่องทางสุขภาพเป็นลำดับต้นๆ ในผู้ชาย¹ การศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557 โดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศพบว่าโรคจิตเวชเป็นสาเหตุที่สำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะจากความบกพร่องทางสุขภาพในประชากรไทย โดยพบว่ามีสัดส่วนเป็นร้อยละ 23.0 ในเพศชายและร้อยละ 17.0 ในเพศหญิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประชากรกลุ่มอายุ 15-29 ปี และ 30-44 ปี ทั้งสองเพศ²

ปัจจัยสำคัญที่มีหลักฐานสนับสนุนอย่างมากว่ามีผลต่อการดำเนินโรคทางจิตเวชคือ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการของโรคก่อนการเข้ารับการรักษานาน (duration of untreated period or illness; DUI) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มโรคจิตและจิตเภท^{3,4}

และบางการศึกษาในโรคทางอารมณ์ (mood disorders)⁵ พบว่าผลของการรักษานั้นมีความแปรผันตรงกันข้ามกับระยะเวลาก่อนเข้ารับการรักษามีนัยสำคัญ⁶ เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดย Kraus และคณะ⁷ ที่พบว่าระยะเวลาก่อนการเข้ารับการรักษานั้นเป็นปัจจัยพยากรณ์ที่สำคัญของการตอบสนองต่อการรักษา การดำเนินโรค และผลการรักษาในระยะยาวในการป่วยครั้งแรกและครั้งถัดๆ ไป โดยระยะเวลาก่อนการเข้ารับการรักษานั้นเป็นปัจจัยพยากรณ์ที่ดี Ghio และคณะ⁸ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของระยะเวลาก่อนเข้ารับการรักษากับโรคซึมเศร้าต่ออัตราการหายจากโรค พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้มารับรักษาก่อน 8 สัปดาห์มีโอกาสที่จะหายสนิท (full remission) มากกว่าผู้ที่มารับการรักษาช้ากว่านั้นถึงร้อยละ 65.0 (RR 1.65, CI 95% 1.31–2.07; $p < 0.00$)

ในประเทศไทยยังมีการศึกษาประเด็นนี้ค่อนข้างน้อย และยังไม่พบรายงานการศึกษาระยะเวลาของการเข้ารับการรักษานานของโรคจิตเวชในระดับประชากรนอกระบบบริการสุขภาพ มีเพียงรายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชที่จำกัดเฉพาะผู้เข้ารับบริการสุขภาพแล้วเท่านั้น และพบว่าการจัดบริการสำหรับโรคที่จัดอยู่ในความสำคัญลำดับต้น เช่น โรคซึมเศร้าที่มีการบูรณาการระบบเฝ้าระวังเข้ากับระบบสุขภาพทำให้เพิ่มระดับการเข้าถึงบริการได้อย่างก้าวกระโดด⁹

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ระยะเวลาก่อนการเข้ารับการรักษานานของผู้ที่มีอาการทางจิตเวชของโรคจิตเวชที่พบบ่อย เช่น กลุ่มโรควิตกกังวล กลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ และกลุ่มความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราและใช้สารเสพติด

ผิวดอกหมากในประชาชนไทย และปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเข้าสู่อารมณ์ เพื่อทำความเข้าใจและนำไปใช้ประกอบการพัฒนาระบบการดูแลโรคจิตเวชอื่นๆ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วิธีการ

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจระดับชาติ พ.ศ. 2556 ของกรมสุขภาพจิต เป็นการสำรวจสุขภาพจิตของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่ยังอาศัยในครัวเรือนทั่วประเทศ โดยใช้วิธีการแบบเดียวกับการสำรวจสุขภาพจิตโลกขององค์การอนามัยโลก (World Mental Health Survey; WMHS)^{10,11} ด้วยเครื่องมือ World Mental Health - Composite International Diagnostic Interview version 3.0 (WMH-CIDI 3.0) ฉบับภาษาไทยโดยรูปแบบและวิธีการสำรวจโดยละเอียดนั้นได้มีการตีพิมพ์ไว้แล้วในบทความก่อนหน้านี้¹²

โดยย่อแล้ว WMH-CIDI 3.0 เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างเพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรคจิตเวชที่พบบ่อยตามการวินิจฉัยทั้งแบบ ICD-10 และ DSM-IV-TR ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาและชั่วชีวิต โดยมีการแบ่งหมวดคำถามเพื่อที่จะเก็บข้อมูลพื้นฐานในเชิงประชากร (demographic) หมวดคำถามหมวดคัดกรอง (screener) และหมวดคำถามตามโรคที่จะทำให้ทราบถึงการวินิจฉัยโรคจิตเวช ความรุนแรงของโรค การรักษาที่ได้รับ และผลในปัจจุบันของภavnนั้นๆ โดยชุดคำถามที่นำมาใช้วิเคราะห์ในการศึกษานี้ ได้แก่ ชุดคำถามของแต่ละโรคที่มีข้อคำถามที่ถามถึงอายุที่เริ่มมีอาการของโรคนั้นๆ และอายุที่ได้รับการรักษาหรือการเข้าถึงระบบบริการครั้งแรก จึงสามารถวิเคราะห์เพื่อหาระยะเวลาการเข้าสู่บริการของกลุ่ม

ตัวอย่างตามรายโรค ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน อายุเฉลี่ยอายุน้อยและมากที่สุดที่กลุ่มตัวอย่างเข้าสู่ระบบบริการ เนื่องจากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่ง 4 ชั้นภูมิ (stratified four-stage probability sampling) โดยมีสตรัทคือ ภูมิภาคต่างๆ ได้แก่ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร จึงมีการถ่วงน้ำหนักเพื่อให้ได้ค่าสถิติที่เป็นตัวแทนของประชากรไทย โดยคำนวณจากค่าถ่วงน้ำหนักเริ่มต้น ค่าถ่วงน้ำหนักที่ปรับจากผู้ที่ถูกเลือกเข้าร่วมโครงการ ค่าถ่วงน้ำหนักที่ปรับจากเพศ ค่าถ่วงน้ำหนักที่ปรับจากอายุ และค่าถ่วงน้ำหนักที่ปรับจากการแบ่งข้อมูลออกเป็นชั้นภูมิ (post stratification calibration adjustment) โดยปรับค่าตามการคาดประมาณสัดส่วน ประชากรของประเทศไทย ณ เดือนกรกฎาคม 2556 ในการศึกษานี้คัดเลือกข้อมูลของตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์โรคจิตเวชที่พบบ่อย (common mental disorders) คัดเลือกมาเฉพาะกลุ่มโรควิตกกังวล (any anxiety disorders) ได้แก่ โรควิตกกังวลไปทั่ว (generalized anxiety disorder; GAD) โรคแพนิก (panic disorder) โรคกลัวที่ชุมชน (agoraphobia) และโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder; PTSD) กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (any affective disorders) ได้แก่ โรคซึมเศร้า (major depressive episode) และภาวะแมนี/ไฮโปแมนี (manic/hypomanic episode) และกลุ่มความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด (substance use disorders) ได้แก่ ความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย (illicit drug use disorders) ภาวะดื่มสุราแบบอันตราย (alcohol abuse) และภาวะติดสุรา (alcohol dependence) และนำมาวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับ

พฤติกรรม การเข้าถึงบริการ โดยในขั้นตอนแรกนำมาวิเคราะห์แบบถดถอย (regression analysis) กับเพศและอายุเพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของอัตราการเข้าสู่บริการ และความสัมพันธ์นี้จะเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่อย่างไรหากได้ทำการวิเคราะห์โดยจัดการกับปัจจัยรบกวนทางประชากรศาสตร์ ต่อจากนั้นได้ทำการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) ระหว่างภูมิภาคที่อาศัยและการเข้าสู่บริการ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายหลังด้วยวิธี Bonferroni เพื่อดูลักษณะความสัมพันธ์ของการแปรปรวน สถิติทั้งหมดถูกวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม STATA 14¹³

ผล

จากครัวเรือนทั้งหมด 6,360 ครัวเรือนที่ได้รับการสุ่มเพื่อเป็นตัวแทนของประชากรไทยจากทุกภูมิภาคและกรุงเทพฯ มีตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การสำรวจ 4,878 คน คิดเป็นร้อยละ 76.7 โดยมีผู้ยินยอมเข้าร่วมโครงการ 4,766 คน คิดเป็นร้อยละ 74.9 และสัมภาษณ์ครบถ้วนจนสามารถวิเคราะห์ผลได้ 4,727 คน คิดเป็นอัตราตอบรับ (response rate) ร้อยละ 74.3 กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสัมภาษณ์จนครบถ้วนเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย มีอายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป มีสถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับประถมหรือต่ำกว่า และมียานทำงานมากที่สุด การแจกแจงข้อมูลลักษณะทั่วไปทางประชากรอย่างละเอียดได้มีการนำเสนอไว้แล้วในการศึกษาของพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ¹⁴

ตารางที่ 1 แสดงถึงความชุกตลอดชีพของกลุ่มโรคจิตเวชที่พบบ่อยในประชากรไทยและประมาณการจำนวนประชากรในแต่ละโรคของการ

สำรวจครั้งนี้ ในภาพรวมพบว่าความชุกของโรคจิตเวชที่พบบ่อยถึงร้อยละ 32.3 โดยพบความชุกของความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราสูงถึงร้อยละ 18.0 ส่วนความชุกในกลุ่มโรควิตกกังวลและกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์พบร้อยละ 3.1 และร้อยละ 1.9 ตามลำดับ ประมาณการได้ว่าประชากรในปีนั้นเกือบ 17 ล้านคนเคยมีโรคจิตเวชใดๆ อย่างน้อยหนึ่งโรคในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต สำหรับความชุกของโรคจิตเวชโดยละเอียดผู้ที่สนใจสามารถศึกษาได้จากการศึกษาของพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะดังกล่าว¹⁴

เมื่อวิเคราะห์ระยะเวลาก่อนได้รับการรักษา โดยคำนวณความแตกต่างของอายุเฉลี่ยเมื่อกลุ่มตัวอย่างพบผู้รักษาครั้งแรกกับอายุเฉลี่ยเมื่อกลุ่มตัวอย่างเริ่มมีอาการครั้งแรก พบว่าผู้ที่มีโรคจิตเวชที่พบบ่อย มีระยะเวลาดังแต่เริ่มป่วยจนเข้าถึงบริการครั้งแรกโดยเฉลี่ย 10 ปี โดย PTSD มีระยะเวลาก่อนเข้าถึงบริการเฉลี่ยนานที่สุด 18.6 ปี ในขณะที่ GAD มีระยะเวลาก่อนเข้าถึงบริการสั้นที่สุดเฉลี่ยประมาณ 2 ปี แต่หากรวมกลุ่มโรควิตกกังวลทั้งหมด พบว่าโดยเฉลี่ยผู้ที่ได้รับการรักษาหลังจากที่มีอาการครั้งแรกนานถึง 12.3 ปี ส่วนในกลุ่มความผิดปกติพฤติกรรมใช้สุราและสารเสพติดนั้นพบว่าผู้ที่มีภาวะติดสุราจะเข้าพบผู้รักษาเร็วที่สุดคือ 5.2 ปี สำหรับกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ พบว่าเวลาเฉลี่ยก่อนได้รับการรักษาคือ 3.2 ปี โดยผู้ที่มึนเมาหรือซึมเศร้าจะพบผู้รักษาประมาณ 2.7 ปีหลังเริ่มมีอาการ และผู้ที่มีภาวะแมเนียจะมาพบแพทย์หลังเริ่มมีอาการประมาณ 3.4 ปี แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ความชุกตลอดชีพของโรคจิตเวชและประมาณการจำนวนประชากรไทย¹⁴

โรค	ความชุกตลอดชีพ (SE)	ประมาณการจำนวนประชากร
any affective disorders	1.9 (0.2)	988,480
major depressive episode	1.8 (0.2)	916,979
manic/ hypomanic episode	0.2 (0.1)	113,161
any anxiety disorders	3.1 (0.4)	1,594,153
generalized anxiety disorder	0.3 (0.0)	148,169
panic disorder	0.8 (0.1)	390,514
agoraphobia	1.5 (0.4)	774,708
post-traumatic stress disorder	0.9 (0.1)	469,414
Illicit drug use disorders	4.1 (0.6)	2,106,345
alcohol use disorders	18.0 (1.2)	9,308,625
alcohol abuse	13.9 (0.9)	7,170,851
alcohol dependence	4.1 (0.5)	2,137,774
any mental disorders	32.3 (1.3)	16,698,511

ตารางที่ 2 ระยะเวลาก่อนเริ่มการรักษาของโรคที่สำรวจ

โรค/ปัญหาทางจิตเวช หน่วย:ปี	อายุเฉลี่ยน้อยที่สุดที่ เริ่มมีอาการ (SD)	อายุที่ไปพบผู้รักษา ครั้งแรก (SD)	ระยะเวลาเฉลี่ยก่อน ได้รับการรักษา
any affective disorders	38.6 (14.5)	41.8 (13.8)	3.2
major depressive episode	39.5 (14.5)	42.2 (14.0)	2.7
manic/ hypomanic episode	29.6 (13.2)	33.0 (0)	3.4
any anxiety disorders	33.3 (16.6)	45.6 (11.1)	12.3
generalized anxiety disorder	41.2 (14.3)	43.2 (13.8)	2.0
panic disorder	38.0 (15.6)	46.78 (11.3)	8.7
agoraphobia	29.2 (16.9)	47.2 (10.4)	17.8
post-traumatic stress disorder	31.9 (15.5)	50.5 (5.0)	18.6
Illicit drug use disorders	23.5 (9.0)	33.5 (15.8)	11.0
alcohol use disorders	31.4 (11.1)	37.5 (12.3)	6.1
alcohol abuse	29.5 (10.5)	37.7 (11.8)	8.2
alcohol dependence	32.9 (11.9)	38.1 (12.6)	5.2
any mental disorders	23.6 (3.8)	33.6 (1.0)	10.0

เมื่อนำข้อมูลเฉพาะโรคที่มีจำนวนผู้เข้ารับการรักษารักษาเพียงพอในการวิเคราะห์ถดถอยแบบตัวแปรเดียวเพื่อดูความสัมพันธ์ในการเข้ารับการรักษาของผู้ที่มีโรคจิตเวช พบว่าเพศเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาเฉพาะบางโรค โดยผู้หญิงที่มีโรคซึมเศร้าจะเข้ารับการรักษามากกว่าผู้ชายประมาณสามเท่า (adj. OR = 2.6, 95%CI=1.1-5.8) ในทางกลับกันผู้หญิงที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดผิดกฎหมายหรือความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราจะเข้ารับการรักษาน้อยกว่าผู้ชายถึงร้อยละ 70.0 และร้อยละ

90.0 ตามลำดับ (adj. OR =0.3, 95%CI=0.1-0.6 และ adj. OR= 0.1, 95%CI=0.1-0.2) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญระหว่างเพศกับการเข้ารับบริการในโรคอื่นๆ สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างการเข้ารับบริการกับช่วงอายุไม่พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดผิดกฎหมายที่พบว่าอายุมากขึ้นจะสัมพันธ์กับโอกาสในการเข้ารับบริการที่ลดลง (coefficient=-0.0001755, p-value=0.05) แสดงดังตารางที่ 3

ตาราง 3 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยระหว่างการเข้ารับบริการกับเพศและอายุ

โรค	จำนวน (ร้อยละ)	ผู้ชาย	ผู้หญิง	OR (95% CI)	Adj. OR (95% CI)	อายุ		
						Coefficient	SE	p-value
major depressive episode	44 (0.6)	7 (15.9)	37 (84.1)	3.0*(1.4-6.8)	2.6*(1.1-5.8)	0.0000311	0.0001043	0.766
GAD	38 (0.5)	10 (26.3)	28 (73.7)	1.6 (0.8-3.3)	1.5 (0.7-3.2)	0.0001007	0.0000971	0.300
panic disorder	44 (0.6)	12 (27.3)	32 (72.7)	1.5 (0.8-3.0)	1.4 (0.7-2.8)	0.0000447	0.0001043	0.669
agoraphobia	23 (0.3)	9 (39.1)	14 (60.9)	0.9 (0.4-2.1)	0.8 (0.3-2.0)	0.0000092	0.0000756	0.120
PTSD	33 (0.6)	10 (30.3)	23 (69.7)	1.3 (0.6-2.8)	1.2 (0.6-2.6)	0.0001637	0.0000905	0.071
drug use disorder	32 (0.9)	20 (62.5)	12 (37.5)	0.3*(0.2-0.7)	0.3*(0.1-0.6)	-0.0001755	0.0000891	0.05*
alcohol use disorders	63 (1.3)	54 (85.7)	9 (14.3)	0.1*(0.1-0.2)	0.1*(0.1-0.2)	0.0001962	0.0001238	0.113

* = ผลที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่นระดับ p-value น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.05

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของอัตราการเข้ารับบริการของผู้มีโรคทางจิตเวชในแต่ละภูมิภาค พบว่า ในกลุ่มโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่ ผู้ที่อาศัยในแต่ละภูมิภาคไม่ได้มีความแตกต่างในอัตราการเข้ารับ

บริการอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นในโรคแพนิคและความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดผิดกฎหมายที่พบว่ามีความแตกต่างระหว่างภูมิภาคในพฤติกรรมการเข้ารับบริการสุขภาพจิต แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการเข้ารับบริการสุขภาพจิตระหว่างภูมิภาค

กลุ่มโรค	แหล่งความแปรปรวน	องศาอิสระ (df)	ผลรวมกำลังสอง (SS)	ผลรวมกำลังสองเฉลี่ย (MS)	ค่าสถิติ F	p-value
major depressive episode	ระหว่างกลุ่ม	4	0.05	0.013	1.39	0.235
	ภายในกลุ่ม	4722	43.54	0.009		
	รวม	4726	43.59	0.009		
GAD	ระหว่างกลุ่ม	4	0.02	0.006	0.78	0.53
	ภายในกลุ่ม	4722	37.67	0.008		
	รวม	4726	37.69	0.008		
panic disorder	ระหว่างกลุ่ม	4	0.09	0.024	2.55	0.04*
	ภายในกลุ่ม	4722	43.50	0.009		
	รวม	4726	43.59	0.009		
agoraphobia	ระหว่างกลุ่ม	4	0.04	0.009	1.92	0.1050
	ภายในกลุ่ม	4722	22.85	0.004		
	รวม	4726	22.89	0.004		
PTSD	ระหว่างกลุ่ม	4	0.03	0.008	1.14	0.3377
	ภายในกลุ่ม	4722	32.74	0.007		
	รวม	4726	32.77	0.007		
drug use disorder	ระหว่างกลุ่ม	4	0.07	0.015	2.28	0.05*
	ภายในกลุ่ม	4722	31.72	0.006		
	รวม	4726	31.78	0.007		
alcohol use disorders	ระหว่างกลุ่ม	4	0.03	0.008	0.59	0.6687
	ภายในกลุ่ม	4722	62.13	0.013		
	รวม	4726	62.16	0.013		

* ผลที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่นระดับ p-value น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.05

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายหลังด้วยวิธี Bonferroni เพื่อดูลักษณะความแตกต่างในอัตราการเข้ารับบริการระหว่างภูมิภาคในโรคแพนิคและความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย พบว่าผู้ที่เป็นโรคแพนิคในภาคกลางและเหนือจะเข้าสู่งการรักษาน้อยกว่ากรุงเทพฯ และผู้ที่เป็นโรคแพนิคในภาคใต้เข้าสู่งการรักษาน้อยกว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แต่เมื่อเทียบระหว่างภาคอื่นๆ แล้วไม่พบ

ความแตกต่างของอัตราการเข้ารับบริการ ส่วนผู้ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดผิดกฎหมายในภาคเหนือมีอัตราการเข้าสู่งการรักษาน้อยกว่าภาคกลางและผู้ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดผิดกฎหมายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้เข้าสู่งการสุขภาพจิตน้อยกว่าทั้งภาคกลางและภาคเหนือ แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย Bonferroni เทียบระหว่างสองภูมิภาคสำหรับการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคแพนิค และความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย

โรค	กรุงเทพฯ	กลาง	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ
panic disorder				
กลาง	-0.002			
เหนือ	-0.002	0.001		
ตะวันออกเฉียงเหนือ	0.010	0.012	0.012	
ใต้	0.000	0.002	0.002	-0.010
drug use disorder				
กลาง	0.010			
เหนือ	0.005	-0.005		
ตะวันออกเฉียงเหนือ	0.000	-0.010	-0.004	
ใต้	0.003	-0.007	-0.001	0.003

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าโดยเฉลี่ยแล้วผู้ที่มีอาการทางจิตเวชในกลุ่มโรคจิตเวชที่พบบ่อยใช้เวลาเฉลี่ยถึง 10 ปีกว่าที่จะเข้าสู่กระบวนการรักษา โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการในกลุ่มโรควิตกกังวล เช่น PTSD และ agoraphobia มีระยะเวลาก่อนเข้าสู่การรักษาจนถึง 18.6 ปี และ 17.6 ปี ตามลำดับ รองลงมาคือผู้ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดผิดกฎหมายใช้ระยะเวลา 11 ปี ในขณะที่ผู้ที่มีโรคซึมเศร้าและ GAD มีระยะเวลาก่อนเข้าสู่การรักษาสั้นกว่าคือ 2.7 และ 2 ปีตามลำดับ และยังพบว่าผู้หญิงที่มีโรคซึมเศร้ามีโอกาสเข้าสู่การรักษา มากกว่าผู้ชายถึงสามเท่า ในทางกลับกันถ้าหากผู้หญิงที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย กลับมีโอกาสเข้ารับบริการน้อยกว่าผู้ชายถึงร้อยละ 70.0 การศึกษานี้ไม่พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเข้าหาบริการของคนไทย ยกเว้นในกลุ่มผู้ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย

ที่พบว่าอายุแปรผกผันกับโอกาสการเข้ารับบริการ และผู้ที่เข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคในแต่ละภูมิภาคมีอัตราการเข้าถึงบริการไม่แตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ เช่น การศึกษา The collaboration study of psychological problems in general health care ขององค์การอนามัยโลก³ ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากผู้เข้าร่วมการศึกษา 2,767 คนจาก 10 ประเทศในทุกทวีป พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยก่อนเข้าการรักษาของโรคในกลุ่มโรคที่ใกล้เคียงกันเท่ากับ 37.7 สัปดาห์ หรือประมาณ 0.7 ปีเท่านั้นซึ่งสั้นกว่าระยะเวลาเฉลี่ยที่พบในการศึกษานี้ที่ไม่พบว่าโรคใดที่มีระยะเวลาเฉลี่ยน้อยกว่าหนึ่งปี ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างในชุมชนที่มีความรุนแรงน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่แสวงหาและเข้ารับบริการแล้ว อย่างไรก็ตามพบว่ามีบางโรคที่ระยะเวลาการเข้าถึงบริการที่พบในการศึกษานี้ใกล้เคียงกับผลการศึกษาจากต่างประเทศ เช่น Van Meter และคณะพบว่าผู้ที่มี

อาการเมเนียร์เริ่มมีอาการมาก่อนเข้ารับการรักษาโดยเฉลี่ย 27.1 (± 23.1) เดือน หรือประมาณ 2.3 ปี⁵ ใกล้เคียงกับผลการศึกษานี้

ความแตกต่างระหว่างเพศในการเข้าสู่การรักษาอาการทางจิตเวชซึ่งพบในการศึกษานี้ พบว่ามีรายงานอยู่ในการศึกษาจากหลายประเทศ^{6,15,16} ซึ่งสามารถอธิบายได้จากสมมติฐานหลายประเด็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นบทบาททางเพศ ซึ่งส่งผลให้พฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือ การเข้าสู่การรักษา และการได้รับการรักษามีความแตกต่างกัน การที่บทบาททางเพศถูกกำหนดให้ผู้ชายต้องเข้มแข็ง ไม่แสดงออกทางอารมณ์อาจจะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ชายไทยไม่พยายามเข้ารับบริการเมื่อมีอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นหนึ่งในปัญหาทางสุขภาพจิตที่มีความชุกสูงและมีระบบติดตามที่ครอบคลุม แสดงถึงความจำเป็นในการวางแผนสร้างรูปแบบการบริการเพื่อให้ผู้ชายที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์เข้าสู่ระบบบริการทางสุขภาพจิตมากขึ้น¹⁷ เช่นเดียวกับการศึกษาถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงระบบบริการที่มีอยู่ในปัจจุบันในผู้หญิงที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราและใช้สารเสพติด เพื่อวางแผนจัดการระบบบริการที่มีความเฉพาะสำหรับผู้หญิงที่มีปัญหาดังกล่าว¹⁸

การศึกษานี้ก็ยังถือว่ามีข้อจำกัดโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากข้อจำกัดของการทำสำรวจในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่เช่นการสำรวจระดับชาตินี้ เนื่องจากการศึกษานี้ศึกษาในประชากรไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และต้องอาศัยอยู่ในครัวเรือนนั้นๆ อย่างน้อย 3 เดือน จึงอาจเกิด selection bias ได้ดังที่จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างประกอบไปด้วย ผู้หญิง และผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เป็นต้น เนื่องจากกลุ่มวัยทำงาน โดยเฉพาะผู้ชายมีการย้ายไปทำงานต่างถิ่น

นอกจากนี้ความสามารถในการที่จะเข้าใจในอาการของโรคทางจิตเวชเองก็เป็นประเด็นที่ต้องคำนึงถึงเนื่องจากอาการของโรคทางจิตเวชหลายอาการมีความคาบเกี่ยวกันสูง^{19,20} อีกทั้งเครื่องมือ CIDI ที่ใช้เป็นเครื่องมือสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวนมาก และส่วนใหญ่เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีต ทำให้มีโอกาสเกิดความผิดพลาดในการให้ข้อมูล (recall bias) ทั้งในเรื่องอาการและระยะเวลาได้

ในประเทศไทยเคยมีรายงานการประเมินผลโครงการลดช่องว่างการเข้าถึงบริการโรคจิตที่พบระยะเวลาเริ่มป่วยด้วยโรคจิตจนถึงได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเฉลี่ย 5 ปี 4 เดือน ในขณะที่หลังดำเนินการพัฒนาระบบบริการเฉพาะแล้วลดลงเหลือเพียง 3.5 เดือน²¹ แต่ยังไม่พบรายงานการศึกษาในโรคจิตเวชกลุ่มอื่นๆ ทั้งที่มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าระยะเวลาของการเริ่มเกิดอาการทางจิตเวชจนเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเวชที่ยาวนานก่อนเข้าสู่การรักษาครั้งแรก ส่งผลเชิงลบต่อการตอบสนองต่อการรักษา การดำเนินโรค และระดับคุณภาพชีวิต โดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเวชเข้าสู่การรักษาคือระดับความรู้สึกต้องการความช่วยเหลือ (perceived need)²² และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (mental health literacy) ที่จะต้องเกิดความเข้าใจทั้งในผู้ป่วยและญาติว่า อาการที่เป็นอยู่นั้นเป็นความผิดปกติที่ควรได้รับการรักษา โดยเฉพาะกับกลุ่มโรคทางจิตเวชทั่วไป เช่น โรคซึมเศร้าและวิตกกังวล ที่จะมีอาการแสดงที่มีความคล้ายคลึงกันและคาบเกี่ยวกันได้อย่างสูง²³

เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการเข้าถึงบริการของโรคจิตเวชแต่ละโรค จะเห็นได้ว่าโรคที่เป็นที่รู้จักและมีการผลักดันให้เพิ่มอัตราการเข้าสู่ระบบ

บริการ เช่น โรคซึมเศร้า⁹ มีเวลาเฉลี่ยก่อนเข้าสู่การรักษาสั้นกว่าโรคอื่นๆ มาก ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการควรดำเนินการอย่างครอบคลุม โดยเฉพาะกลุ่มโรคจิตเวชที่พบบ่อยหรือมีผลกระทบสูง ไม่จำกัดเฉพาะบางโรคเนื่องจากสามารถใช้ทรัพยากรบุคลากรและระบบบริการชุดเดียวกัน ทั้งนี้ยังควรส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความรอบรู้และความเข้าใจปัญหาสุขภาพจิตและโรคจิตเวชให้มากขึ้น เพื่อให้สามารถตระหนักและตัดสินใจเลือกรับบริการที่เหมาะสม ทั้งนี้รวมถึงความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราและใช้สารเสพติดที่นับว่ายังเป็นปัญหาขนาดใหญ่ของประเทศ มีผลกระทบในวงกว้าง การบูรณาการระบบบริการโรคจิตเวชและความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราและใช้สารเสพติดเข้าไประบบบริการสุขภาพจิตชุดเดียวกัน จะสามารถเพิ่มศักยภาพการจัดบริการที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างของอัตราการเข้าสู่บริการทางสุขภาพจิตของผู้ที่มีอาการทางจิตเวชในแต่ละภูมิภาค อาจแสดงให้เห็นว่าระบบบริการสุขภาพจิตของประเทศไทยมีคุณภาพที่ใกล้เคียงกันในทุกภูมิภาค อาจเป็นผลจากที่ประเทศไทยได้มีการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่องมากกว่า 50 ปี ที่เน้นการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานด้านการบริการสุขภาพระดับอำเภอและตำบล การพัฒนาบุคลากรสุขภาพทุกระดับ กระจายทรัพยากรบุคคลไปยังพื้นที่ชนบทและพื้นที่ขาดแคลน และผลักดันให้เกิด หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ใน พ.ศ. 2545²⁴ นอกจากนั้นการวางรากฐานและพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องส่งผลเชิง

บวกต่อสุขภาพจิตของประชากรไทย ตัวอย่างเช่น นโยบายเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าที่บูรณาการเข้ากับระบบบริการสุขภาพของประเทศ มีการคัดกรองโรคซึมเศร้าในชุมชนและสถานบริการปฐมภูมิ และส่งต่อในกรณีที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อการยืนยันวินิจฉัยและรักษาโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชน และมีทีมพยาบาลให้การดูแลระดับประคับประคองสภาพจิตใจ เฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำและป้องกันการฆ่าตัวตาย ซึ่งดำเนินงานมาตั้งแต่ พ.ศ. 2552 จนถึงปัจจุบัน พบว่าสามารถเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการจากไม่ถึงร้อยละ 10.0 เมื่อเริ่มพัฒนาจนถึงกว่าร้อยละ 60.0 ในปัจจุบัน⁹ หากสามารถนำบทเรียนและรูปแบบดังกล่าวมาปรับใช้เพื่อการวางแผนเพิ่มการเข้าถึงบริการโรคจิตเวชอื่นๆ อย่างครอบคลุมทุกโรค โดยเฉพาะโรคที่ยังมีการเข้าสู่บริการได้ช้า เช่น PTSD และ agoraphobia ก็จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อประชากรได้ยิ่งขึ้น

ความรู้เดิม: ระยะเวลาก่อนการได้รับการรักษามีผลอย่างมากต่อผลของการรักษาของโรคทางจิตเวช แต่ประเทศไทยยังขาดข้อมูลที่ศึกษาในระดับประชากรนอกระบบสุขภาพ

ความรู้ใหม่: ผลการสำรวจจะบ่งชี้ว่าคนไทยพบว่าผู้ที่มีอาการของโรคจิตเวชมีระยะเวลาก่อนเริ่มเข้าสู่กระบวนการรักษาโรคจิตเวชเฉลี่ยนานถึง 10 ปี โดยโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญใช้เวลานานที่สุด และโรควิตกกังวลไปทั่วใช้เวลาสั้นที่สุด

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: การพัฒนาระบบบริการจิตเวช ควรคำนึงถึงการลดระยะเวลาก่อนเข้ารับการรักษา เพื่อเกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L, Feigin V, Vos T. The global burden of mental, neurological and substance use disorders: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. PloS one. 2015;10(2):e0116820. doi:10.1371/journal.pone.0116820.
- ชนิษฐา กู้ศรีสกุล, พันธน์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, ณัฐพัชร มรรคา, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. ภาระโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุราสารเสพติดในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 [The burden of mental and alcohol/substance use disorders in Thailand 2014]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2561;26:1-15.
- Sartorius N, Ustun T, Costa de Silva J. An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on Psychological Problems in General Health Care. Arch Gen Psychiatry. 1993;50:819-24.
- Kiseley S, Scott A, Denney J, Simon G. Duration of untreated symptoms in common mental disorders: association with outcomes. BJ Psych. 2006;189:79-80. doi:10.1192/bjp.bp.105.019869.
- Van Meter AR, Burke C, Youngstrom EA, Faedda GL, Correll CU. The bipolar prodrome: meta-analysis of symptom prevalence prior to initial or recurrent mood episodes. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2016;55:543-55. doi:10.1016/j.jaac.2016.04.017.
- Liddon L, Kingerlee R, Barry JA. Gender differences in preferences for psychological treatment, coping strategies, and triggers to help-seeking. Br J Clin Psychol. 2018;57:42-58. doi:10.1111/bjc.12147.
- Kraus C, Kadriu B, Lanzenberger R, Zarate CA Jr, Kasper S. Prognosis and improved outcomes in major depression: a review. Transl Psychiatry. 2019;9:127. doi:10.1038/s41398-019-0460-3.

8. Ghio L, Gotelli S, Marcenaro M, Amore M, Natta W. Duration of untreated illness and outcomes in unipolar depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2014;152-154:45-51. doi:10.1016/j.jad.2013.10.00
9. Kongsuk T, Supanya S, Kenbubpha K, Phimtra S, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Services for depression and suicide in Thailand. *WHO South-East Asia J Public Health*. 2017;6:34-8. doi:10.4103/2224-3151.206162.
10. Kessler RC, Haro JM, Heeringa SG, Pennell BE, Ustun TB. The World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2006;15:161-6.
11. Heeringa SG, Wells JE, Hubbard F, Mneimneh ZN, Chiu WT, Sampson NA, et al. Sample designs and sampling procedures. In: Kessler RC, Ustun TB, editors. *The WHO World Mental Health Surveys*. New York: Cambridge University Press; 2008. p. 14-32.
12. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา, สาวิตรี อัจฉนงค์กรชัย, สุทธา สุปัญญา. การสำรวจระดับชาติปี พ.ศ. 2556 ปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย: การสำรวจระดับชาติปี พ.ศ. 2556 [Thai National Mental Health Survey 2013: methodology and procedure]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2560;24:1-14.
13. StataCorp. *Stata Statistical Software: Release 14*. Release 14 ed. College Station, TX: StataCorp LP; 2015.
14. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา, อธิป ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสินี, สาวิตรี อัจฉนงค์กรชัย. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย: การสำรวจ ระดับชาติปี พ.ศ. 2556 [Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai National Mental Health Survey 2013]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2560; 25:1-19.
15. Wendt D, Shafer K. Gender and attitudes about mental health help seeking: results from national data. *Health & Social Work*. 2016;41(1):e20-e8.
16. Thompson AE, Anisimowicz Y, Miedema B, Hogg W, Wodchis WP, Aubrey-Bassler K. The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: a QUALICOPC study. *BMC Fam Pract*. 2016;17:38.
17. McKenzie SK, Collings S, Jenkin G, River J. masculinity, social connectedness, and mental health: men's diverse patterns of practice. *Am J Mens Health*. 2018;12:1247-61. doi:10.1177/1557988318772732.
18. Green CA. Gender and use of substance abuse treatment services. Washington, DC: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 2018.
19. Goldberg D. The overlap between the common mental disorders--challenges for classification. *Int Rev Psychiatry*. 2012;24:549-55.

20. Vaidyanathan U, Patrick CJ, Iacono WG. Examining the overlap between bipolar disorder, nonaffective psychosis, and common mental disorders using latent class analysis. *Psychopathology*. 2012;45:361-5. doi:10.1159/000337265.
21. อธิพิณ สุนัข, เป็ญจมาศ พฤษภานนท์. ประสิทธิภาพโครงการเพื่อลดช่องว่างการบริการสุขภาพจิตในประเทศไทย [Effectiveness of the Mental Health Gap Action Programme in Thailand]. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2557;23:427-36.
22. van Belijouw I, Verhaak P, Cuijpers P, van Marwijk H, Penninx B. The course of untreated anxiety and depression, and determinants of poor one-year outcome: a one-year cohort study. *BMC Psychiatry*. 2010;10:86. doi:10.1186/1471-244X-10-86.
23. Merikangas KR, Zhang HP, Avenevoli S, Acharyya S, Neuenschwander M, Angst J. Longitudinal trajectories of depression and anxiety in a prospective community study - The Zurich cohort study. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:993-1000. doi:10.1001/archpsyc.60.9.993.
24. Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *The Lancet*. 2018;391(10126):1205-23.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

วันรับ : 19 พฤศจิกายน 2562

วันแก้ไข : 30 มกราคม 2563

วันตอบรับ : 1 กุมภาพันธ์ 2563

อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, ปรด., อรุณ ยอดกลาง, พย.ม.,

วิภาดา คณะไชย, พย.บ., จารุพันธ์ คำชมภู, พย.ม.,

สาคร บุปผาเฮ้า, พย.บ.

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (problem-solving therapy program for psychiatric patients with suicidal ideations and behaviors: PST-PPS)

วิธีการ: ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็นสองระยะ ได้แก่ ระยะพัฒนาโปรแกรม และระยะทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายแบบกลุ่มเดียวจำนวน 34 คน วัดผลก่อนและหลังทดลองทันทีและติดตามผล 1 และ 3 เดือน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ ต้นแบบโปรแกรม PST-PPS แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA)

ผล: โปรแกรม PST-PPS เป็นการบำบัดรายบุคคล มีเป้าหมายหลักเพื่อเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาและลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พบว่าสามารถเพิ่มทักษะการแก้ปัญหา และลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายหลังสิ้นสุดการบำบัด และหลังติดตาม 1 และ 3 เดือน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาสูงขึ้นกว่าก่อนบำบัดจาก 52.91 (95% CI=51.63-54.19) เป็น 60.88 (95% CI=60.26-61.50), 62.29 (95% CI=61.54-63.04) และ 62.58 (95% CI=61.84-63.32) ตามลำดับ และคะแนนเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงกว่าก่อนบำบัดจาก 19.11 (95% CI=15.51-22.72) เป็น 4.88 (95% CI=2.37-7.39), 2.55 (95% CI=1.71-3.40) และ 2.44 (95% CI=1.59-3.29) ตามลำดับ

สรุป: โปรแกรม PST-PPS เหมาะสมในการใช้บำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย สามารถเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาและลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้และคงทนอยู่ จึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับการจัดบริการจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก

คำสำคัญ: การบำบัดโดยการแก้ปัญหา ความคิดฆ่าตัวตาย พฤติกรรมฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยจิตเวช

ติดต่อผู้พิมพ์: อัครเดช กลิ่นพิบูลย์; e-mail: tu.akk@hotmail.com

Original article

The development of problem-solving therapy program for psychiatric patients with suicidal ideations and behaviors (PST-PPS)

Received : 19th November 2019

Revised : 30th January 2020

Accepted : 1st February 2020

Akkaradech Klinpiboon, Ph.D., Orapin Yodklang, M.N.S.,

Vipada Kaanachai, N.S., Jarunan Kamchompoo, M.N.S.,

Sakon Bupahouse, N.S.

Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital

Abstract

Objective: To develop and evaluate the problem-solving therapy program for psychiatric patients with suicidal ideations and behaviors (PST-PPS).

Methods: The research and development divided into two phases, the first phase was program development and the second phase was an evaluating its effectiveness among 34 psychiatric patients with suicidal thought or behaviors from Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital. The study design was one group, measure pre-and post-test results immediately, and within 1 and 3 months follow up. The instruments were PST-PSS treatment programs, problem-solving skills inventory (PSI), M.I.N.I.-suicidality. The data analyzed using repeated measure ANOVA.

Results: The PST-PPS was an individual psychotherapy aimed to increase problem solving skill and decreased suicidal ideations and behaviors for psychiatric patients. The study showed that the average problem-solving score was increased from baseline, immediately after intervention, 1 and 3 months follow up, from 52.91 (95% CI=51.63-54.19) to 60.88 (95% CI=60.26-61.50), 62.29 (95% CI=61.54-63.04), and 62.58 (95% CI=61.84-63.32), and the M.I.N.I.-suicidality score was decreased from 19.11 (95% CI=15.51-22.72) to 4.88 (95% CI=2.37-7.39), 2.55 (95% CI=1.71-3.40), and 2.44 (95% CI=1.59-3.29), respectively.

Conclusion: The PST-PPS was effective in enhance problem-solving skills and reduce thoughts and behaviors among psychiatric patients with suicidal ideations and behaviors, which should be considered as an optional suicide prevention intervention in outpatient psychiatric service.

Keywords: problem-solving therapy, psychiatric patients, suicidal attempted, suicidal ideation

Corresponding author: Akkaradech Klinpiboon; e-mail: tu.akk@hotmail.com

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็น 1 ใน 10 ของสาเหตุการเสียชีวิตที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลกพบการฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ย 10.6 ต่อแสนประชากรต่อปี¹ โดยร้อยละ 75.0 เป็นเพศชาย และส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่² และพบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเวชมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 45.0³ เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความเสี่ยงสูงสุดเป็นอันดับหนึ่ง⁴ รองลงมาเป็นกลุ่มที่ใช้สุราและสารเสพติด² การดื่มสุราอย่างหนักสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะการดื่มสุราในปริมาณสูง⁵ ผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่มีอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย สูงถึงร้อยละ 7.0⁶ และหากผู้ป่วยสุราที่มีโรคซึมเศร้าร่วมด้วยจะยิ่งมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ไม่มโรคซึมเศร้า⁷ ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าฆ่าตัวตายสำเร็จถึงร้อยละ 13.8 ซึ่งสูงกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า⁸ จากรายงานสถานการณ์การทำร้ายตนเองของประเทศไทยในปี 2560 พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ทำร้ายตนเองจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จจะระยะหนึ่งปีหลังการทำร้ายตนเองครั้งแรกเพิ่มขึ้นเป็น 100 เท่า เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป⁹ และแนวโน้มการฆ่าตัวตายจะสูงขึ้นในกลุ่มวัยรุ่น⁹

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชให้บริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสำหรับผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน และเป็นหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายจากกรมสุขภาพจิตให้เป็นศูนย์พัฒนาวิชาการด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ จากการทบทวนผลการปฏิบัติงานย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2557-2561)¹⁰ การจัดบริการผู้ป่วยนอกจิตเวชของ

โรงพยาบาล มีการคัดกรองความเสี่ยงการฆ่าตัวตายด้วยคำถาม 3 คำถาม ได้แก่ 1) ในสามเดือนที่ผ่านมา คุณเคยพยายามฆ่าตัวตายใช่หรือไม่ 2) ในสามเดือนที่ผ่านมา คุณเคยคิดอยากตาย (ปรารถนาที่จะตาย)/เคย คิดฆ่าตัวตาย/วางแผนฆ่าตัวตายหรือไม่ และ 3) ในสามเดือนที่ผ่านมาคุณเคยทำร้ายตัวเองหรือไม่ หากตอบใช่ข้อใดข้อหนึ่งจะประเมินซ้ำด้วยเครื่องมือ Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย หมวด suicidality หากพบว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในทุกระดับ แพทย์จะประเมินปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องแล้วรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยินยอมรับการรักษาและ/หรือญาติดูแลได้ จะถูกส่งต่อมาที่ศูนย์จิตประภัสร์ เพื่อบำบัดทางจิตสังคมแบบผู้ป่วยนอกตามโปรแกรม เช่น cognitive behavioral therapy (CBT), Satir's, mindfulness-based therapy and counseling (MBTC), motivational interviewing (MI) หรือ psychoeducation อย่างไรก็ตาม จากการติดตามผลลัพธ์การบำบัดของศูนย์จิตประภัสร์ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาพบว่ามีผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำกลับมารับบริการร้อยละ 2.8-14.4 แสดงให้เห็นว่าการฆ่าตัวตายซ้ำยังเป็นปัญหาสำคัญและหน่วยงานยังไม่มีรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมปัญหาและสาเหตุของการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช พบว่าสถานการณ์ความเครียดและปัญหาในชีวิตประจำวัน ทักษะการแก้ปัญหาที่ไม่ดี พฤติกรรมหุนหันพลันแล่น และอาการทางจิตเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ไปสู่การฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตามมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า การบำบัดทางจิตสังคมมีประสิทธิภาพต่อการ

ลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช¹¹ โดยเฉพาะการบำบัดโดยการแก้้ปัญหา (problem-solving therapy: PST) จะเป็นวิธีการบำบัดที่ช่วยบรรเทาความทุกข์และความเศร้าโศกในผู้ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย¹² เช่นเดียวกับ Brown และคณะ¹³ ที่พบว่า PST การช่วยลดระดับความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย แก้้ไขพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ และเสริมสร้างความรู้สึกลึกในความสามารถของตนเองและการพึ่งพาตนเอง โดยมีจุดเด่นที่มุ่งเน้นการบำบัดไปที่การปรับมุมมองปัญหาในทางลบให้เป็นทางบวก เพิ่มทักษะการแก้้ปัญหาให้มากขึ้นแม้จะมีปัญหาจิตเวชมาก่อน¹⁴ และเป็นวิธีการบำบัดทางจิตสังคมแบบสั้นที่น่าสนใจในประสิทธิภาพ และง่ายต่อการเรียนรู้ ไม่ต้องมีการฝึกอบรมที่ยาวนาน¹⁵ จึงที่มีความเหมาะสมต่อการแก้้ไขปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เพิ่มการพึ่งพาตนเองและทักษะการแก้้ไขปัญหาและส่งเสริมความรู้สึกลึกในความสามารถของตนเอง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมบำบัดโดยการแก้้ไขปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

วิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ดำเนินการตั้งแต่ เดือนมิถุนายน 2561 ถึงเดือนธันวาคม 2562 แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ¹⁶ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาโปรแกรมประกอบด้วย 4 กระบวนการ ได้แก่

1) ศึกษาสภาพการณ์ วิเคราะห์ปัญหา และประเมินความต้องการจำเป็น ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงตุลาคม 2561 โดยศึกษาสภาพการณ์ของหน่วยงานสำรวจข้อมูลการให้บริการที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายย้อนหลัง 5 ปี ศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพผู้บำบัดทางจิตสังคมถึงแนวปฏิบัติในการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่ใช้ในปัจจุบันและผลลัพธ์ ปัญหาและสาเหตุที่พบจากการให้บริการ และข้อเสนอแนะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบำบัดเพื่อแก้้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย และทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวกับการบำบัดโดยการแก้้ไขปัญหา (PST) ที่พบว่ามีผลลัพธ์ที่ดีต่อการเพิ่มทักษะแก้้ไขปัญหาและลดความคิดฆ่าตัวตาย

2) พัฒนาโปรแกรมบำบัดต้นแบบโปรแกรมบำบัดโดยการแก้้ไขปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (problem-solving therapy program for psychiatric patients with suicidal ideations and behaviors; PST-PPS) ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2562 โดยประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดโดยการแก้้ไขปัญหา (PST) และทีมจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวชจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อพัฒนาโปรแกรมต้นแบบที่อ้างอิงกรอบแนวคิดกระบวนการแก้้ไขปัญหาตาม 5 Factors Model¹⁷ และดัดแปลงมาจากโปรแกรมบำบัดโดยการแก้้ไขปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้า¹⁸ ที่ประกอบด้วย การรับรู้ปัญหาทางบวก การรับรู้ปัญหาทางลบ การแก้้ไขปัญหาโดยการหลีกเลี่ยง การแก้้ไขปัญหาอย่างรุนแรง พลังงาน และการแก้้ไขปัญหาอย่างมีเหตุผล โดยปรับปรุงเทคนิคการบำบัดและขั้นตอนที่ยืดยาวให้สั้นลงและเข้าใจได้ง่าย สะดวกต่อการนำไปใช้จริง และ

ปรับเปลี่ยนเป้าหมายหลักของโปรแกรมฯ เป็นเพื่อปรับเปลี่ยนมุมมองปัญหาทางลบเป็นมุมมองทางบวกตามความเป็นจริงต่อปัญหาที่มีอยู่ และลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย หลังจากนั้นฝึกอบรมทักษะการบำบัดด้วย PST แก่พยาบาลจิตเวช 16 คน ทีมนักวิจัย 5 คน สรุปผลและประเมินร่างต้นแบบโปรแกรมบำบัด PST-PPS โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม วิธีดำเนินการ และการประเมินผล ได้ค่า CVI=0.96

3) ตรวจสอบประสิทธิภาพต้นแบบโปรแกรมบำบัด PST-PPS เพื่อประเมินความเป็นไปได้และประสิทธิภาพต่อการเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาและลดระดับความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และนำปัญหาและอุปสรรคจากการบำบัดมาปรับปรุงโปรแกรม PST-PPS ในเดือนมกราคม-เมษายน พ.ศ. 2562 โดยประชุมทีมนักวิจัยบำบัดเพื่อทบทวนการบำบัดตามโปรแกรมฯ นักวิจัยผู้บำบัดเป็นพยาบาลจิตเวชที่สมัครใจและผ่านการอบรมและฝึกทักษะปฏิบัติตามมาตรฐานจำนวน 5 คน หลังจากนั้นให้นักวิจัยบำบัดทดลองบำบัดรายบุคคลตามขั้นตอนโปรแกรมบำบัด PST-PPS ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายจำนวน 10 คน เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิภาพ ข้อจำกัด ปัญหา และอุปสรรคจากการบำบัดตามโปรแกรมฯ

4) ปรับปรุงต้นแบบโปรแกรมบำบัด PST-PPS ให้สมบูรณ์เหมาะสมกับบริบทตรงตามประเด็นปัญหาของกลุ่มเป้าหมายโดย ประชุมสรุปผลต้นแบบโปรแกรม PST-PPS และจัดทำคู่มือโปรแกรมบำบัด PST-PPS ฉบับปรับปรุง ซึ่งโปรแกรม PST-PP เป็นการบำบัดแบบรายบุคคล ใน 3 ขั้นตอน จำนวน 1-6 ครั้ง ครั้งละ 45-90 นาที ห่างกัน 1-3 วัน สัปดาห์ละ

1-3 ครั้ง ใน 1-3 สัปดาห์ **ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ** **แห่งความไว้วางใจ**ในครั้งที่ 1 ระยะเริ่มต้นการบำบัด **ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้กับผู้รับการบำบัด**เรื่อง **การแก้ไขปัญหา** ในครั้งที่ 2 ทำความเข้าใจกับปัญหา แนวคิดในการแก้ไขปัญหา และวิธีการแก้ปัญหา **ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดโดยการแก้ปัญหา** โดยครั้งที่ 3 ฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา ฝึกตั้งเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาที่ตรงกับความเป็นจริง ฝึกสร้างทางเลือกในการแก้ไขปัญหา ฝึกการตัดสินใจ และฝึกแก้ปัญหา ครั้งที่ 4 ฝึกการแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา ครั้งที่ 5 ฝึกลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา ครั้งที่ 6 สรุปผลการแก้ปัญหา คงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหา และยุติการบำบัด โดยเพิ่มการฝึกทักษะแก้ปัญหาซ้ำๆ ของ **ขั้นตอนที่ 3** ในครั้งที่ 4 และ 5 และมุ่งเน้นการฝึกทักษะทางสังคมเพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้รับประสบการณ์ที่มากที่สุด ลดกิจกรรม home work ให้เหลือเพียง 2 ครั้ง และลดความซ้ำซ้อนโดยนำมาเล่าประสบการณ์แทน หลังจากนั้นพัฒนาทักษะผู้บำบัดพยาบาลจิตเวชให้เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดโดยการแก้ปัญหา รวมถึงวิธีการใช้เครื่องมือ และการประเมินผล

ระยะที่ 2 เป็นการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม ในช่วงเดือนมิถุนายน-ตุลาคม พ.ศ. 2562 โดยเป็นการทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังทดลองทันทีและหลังติดตามผล 1 และ 3 เดือน ประชากรเป้าหมายเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และมารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกที่ศูนย์จิตประภัสร์ ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบก่อนการวิจัย (priori power analysis) โดยใช้โปรแกรม G*Power

3.1 กำหนดให้มีค่าการวิเคราะห์แบบ two tails, effect size $d_z = 0.5$, α err prob = 0.05 และ Power ($1-\beta$ err prob) = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 34 คน ใช้เกณฑ์คัดเข้าคือ 1) เป็นผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39) หรือกลุ่มที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเนื่องจากการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-F19) 2) อายุ 20-60 ปี 3) คะแนน brief psychiatric rating scale (BPRS) ≤ 36 คะแนน คะแนน M.I.N.I. หมวด suicidality ≥ 9 คะแนนขึ้นไป ระดับทักษะการแก้ปัญหา (problem solving inventory: PSI ≤ 58 คะแนน) และ Thai mental status examination (TMSE) ≥ 24 คะแนน และใช้เกณฑ์คัดออกจากกลุ่มตัวอย่างกรณีที่มีโรคร่วมทางกายหรือออกจาก การบำบัดก่อนครบเวลาหรือไม่ตอบแบบประเมิน

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรม PST-PPS ที่พัฒนาขึ้น ประเมินผลหลังการบำบัดทันที และหลังติดตามผล 1 และ 3 เดือน ด้วยแบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (PSI) 23 ข้อ¹⁹ มีค่าความเชื่อมั่น = 0.71 แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I. หมวด suicidality)²⁰ มีค่าความเชื่อมั่น = 0.80 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้บำบัดหลักเป็น พยาบาลจิตเวช 3 คน ที่มีประสบการณ์บำบัดทางจิตสังคมอย่างน้อย 5 ปี ผ่านการฝึกทักษะการบำบัดด้วย PST-PPS ผู้ช่วยเก็บข้อมูลและติดตาม ประเมินผลหลังการบำบัดเป็นพยาบาลจิตเวช 3 คน ผ่านการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือต่างๆ ในการประเมินผลลัพธ์การบำบัด และไม่มีส่วนร่วมในการ

บำบัด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA)

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองโครงการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ รหัสโครงการ 014/2561 ลงวันที่ 17 ธันวาคม 2561 การเข้าร่วมโครงการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างไปตามความสมัครใจ

ผลการศึกษา

ผลของโปรแกรมบำบัด PST-PPS มีลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 34 คน ดังตารางที่ 1 จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำพบว่า แนวโน้มความแตกต่างและความคงทนในประสิทธิภาพของโปรแกรมบำบัด PST-PPS พบว่า คะแนนเฉลี่ย PSI เพิ่มขึ้นมากกว่าในระยะก่อนทดลองและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหลังติดตาม 1 และ 3 เดือนและคะแนนเฉลี่ย M.I.N.I.-suicidality พบว่า ลดลงกว่าในระยะก่อนทดลองและมีแนวโน้มลดลงหลังติดตาม 1 เดือนและ 3 เดือน แสดงดังภาพที่ 1

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหา (PSI) และคะแนนเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I. หมวด suicidality) จากการประเมิน 4 ครั้ง คือ ก่อนและหลังการทดลอง และหลังติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน ในภาพรวมการวัดทั้ง 4 ครั้งนี้ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ ($F=134.39$, $p<.001$, Effect size=.80) ($F=60.50$, $p<.001$, Effect size=.65) ดังตารางที่ 2 และการวัดทั้ง 4 ครั้ง มีค่าเฉลี่ยที่แตกต่างกันโดยมีค่าช่วงความเชื่อมั่น (95% Confidence Interval) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=34)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	17	50.0
	หญิง	17	50.0
อายุ	20 - 29 ปี	19	55.9
	30 - 39 ปี	5	14.7
	40 - 49 ปี	7	20.6
	50 - 60 ปี	3	8.8
	$\bar{X} = 31.61$, $SD=12.04$, $Min= 20$ $Max=59$		
สถานะภาพสมรส	โสด	20	58.8
	สมรส	9	26.5
	หม้าย หย่าร้าง	5	14.7
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	12	35.3
	มัธยมต้น	4	11.8
	มัธยมปลาย/ปวช./ปวส.	11	32.3
	ปริญญาตรีขึ้นไป	7	20.6
อาชีพ	นักเรียน/นักศึกษา	8	23.5
	เกษตรกร	7	20.6
	ค้าขาย/รับจ้าง	10	29.4
	รับราชการ	1	2.9
	ว่างงาน	8	23.5
การวินิจฉัยโรค	Depressive episode (F32)	21	61.8
	Mental and behavioural disorders due to use of alcohol (F10)	5	14.7
	Mental and behavioural disorders due to of other stimulants including caffeine (F15)	5	14.7
	Mental and behavioural disorders due to multiple drug use and use of other psychoactive substances (F19)	3	8.8
ประวัติ	มีประวัติการฆ่าตัวตาย	15	44.1
	ไม่มีประวัติการฆ่าตัวตาย	19	55.9
ระยะเวลาที่มี	1 เดือน หรือน้อยกว่า	10	29.4
ความคิดฆ่าตัวตาย	> 1 เดือน ถึง 6 เดือน	5	14.7
	> 6 เดือน ถึง 1 ปี	4	11.8
	> 1 ปี ขึ้นไป	15	44.1

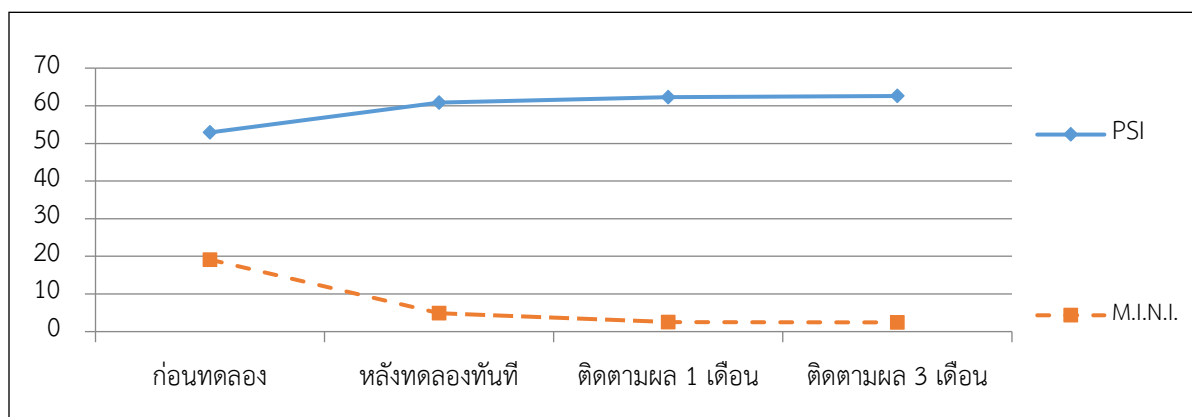
ตารางที่ 2 ความแปรปรวน PSI และ M.I.N.I.-suicidality ก่อนและหลังทดลองทันทีและหลังติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน (n=34)

แหล่งความแปรปรวน	SS	Df	MS	F	p-value	Partial Eta Squared
PSI	2126.55	1.19	1775.18	134.39	.000	.80
Error (PSI)	522.19	39.53	13.21			
M.I.N.I.-suicide	6513.67	1.71	3810.21	60.50	.000	.65
Error (MINI-suicide)	3552.82	56.41	62.97			

*มีนัยสำคัญที่ .05

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย PSI และ M.I.N.I.-Suicidality ก่อนและหลังทดลองทันทีและหลังติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน (n=34)

คะแนนเฉลี่ย		ก่อนทดลอง	หลังทดลองทันที	ติดตาม 1 เดือน	ติดตาม 3 เดือน
PSI	Mean	52.91	60.88	62.29	62.58
	Std. Deviation	3.66	1.77	2.15	2.11
	95% Confidence Lower Bound	51.63	60.26	61.54	61.84
	Interval Upper Bound	54.19	61.50	63.04	63.32
M.I.N.I.-suicide	Mean	19.11	4.88	2.55	2.44
	Std. Deviation	10.33	7.19	2.41	2.43
	95% Confidence Lower Bound	15.51	2.37	1.71	1.59
	Interval Upper Bound	22.72	7.39	3.40	3.29



ภาพที่ 1 กราฟแสดงคะแนนเฉลี่ย PSI และ M.I.N.I.-suicidality ก่อนและหลังทดลองทันที และหลังติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน

วิจารณ์

ผลของการบำบัดด้วย PST-PPS พบว่า หลังสิ้นสุดการบำบัดและ หลังติดตามผล 1 และ 3 เดือน คะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาสูงขึ้น แสดงถึงทักษะการแก้ปัญหาดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Ajtay และคณะ²¹ ที่พบว่าโปรแกรม PST ในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายสามารถเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เนื่องจาก การบำบัดด้วย PST-PPS ช่วยฝึกให้บุคคลเป็นผู้แก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและได้ผลลัพธ์อย่างแท้จริงตามวิธีการ ที่ละขั้นตอน ด้วยกระบวนการระบุปัญหาและปรับใช้วิธีการแก้ปัญหาในแต่ละวัน และเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาโดยการ ใช้เหตุผล (rational problem solving) ให้มากขึ้น และช่วยลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายลงได้ โดยให้ ผู้มีความคิดฆ่าตัวตายและผู้ที่เคยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย สามารถกำกับตนเอง ปรับมุมมองในการแก้ปัญหาและหาวิธีในการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล และมีการวางแผนที่ดีจนสามารถลดความคิดการฆ่าตัวตาย และในโปรแกรมนี้มุ่งเน้นการฝึกแก้ปัญหาซ้ำๆ และมุ่งเน้นการฝึกทักษะทางสังคมเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับประสบการณ์ที่มากขึ้น เช่นเดียวกับการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในรูปแบบ I.T.C.H. ของ Wenzel และคณะ²² ได้แก่ I คือ การระบุปัญหา (identify the problem) T คือ คิดวิธีแก้ปัญหที่เป็นไปได้ (think of possible solutions) C คือ เลือกวิธีการที่เป็นไปได้ (choose a possible solution) และ H คือ การสรุปผลว่า จะทำอะไร (how did it work?/evaluate)

การศึกษานี้พบว่า การบำบัดด้วย PST-PPS สามารถลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

ลงได้ โดยพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ย M.I.N.I. หมวด suicidality ลดลงหลังได้รับการบำบัดทันทีและหลังติดตามผล 1 และ 3 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาของ Gustavson และคณะ²³ ที่พบว่าการบำบัดด้วย PST มีประสิทธิภาพต่อการลดการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ Eskin และคณะ²⁴ ที่พบว่า PST มีประสิทธิภาพต่อการบำบัดรักษาการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นและหนุ่มสาว และการศึกษาในประเทศไทยโดย สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ¹⁹ ที่พบว่า PST เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิผลลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ต่างกันที่การศึกษานี้ได้ศึกษาในผู้มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมด้วย

นอกจากนี้ PST-PPS ยังมีความคงทนในประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการลดความคิดฆ่าตัวตายที่พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะติดตามผล 1 และ 3 เดือนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Choi และคณะ²⁵ ที่รายงานว่า PST ได้แสดงให้เห็นว่าความคิดฆ่าตัวตายได้ลดต่ำลงในระยะติดตามผล ซึ่งสามารถอธิบายได้จากการบำบัดด้วย PST-PPS จะช่วยให้มีการคิดแบบมีเหตุมีผลและให้มีการฝึกทักษะแก้ปัญหาซ้ำๆ ทำให้ช่วยลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายลง แม้ว่าการศึกษานี้ยังไม่สามารถติดตามถึงการฆ่าตัวตายซ้ำ แต่มีหลายการศึกษาที่พบว่า PST ช่วยให้ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายมีโอกาสร้ายตัวเองซ้ำน้อยลง^{26,27} โดยเสริมสร้างความรู้สึกมีศักยภาพและการพึ่งพาตนเอง และเสนอให้ใช้ PST เป็นทางเลือกในการแก้พฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ²⁸

โปรแกรม PST-PPS พัฒนา ขึ้นเพื่อการบำบัดแบบรายบุคคลสอดคล้องกับ Kiosses และ Alexopoulos²⁹ ที่เสนอว่า PST เหมาะกับการบำบัดรายบุคคลแต่ก็ใช้บำบัดในรูปแบบกลุ่มได้ และมีข้อแตกต่างจากโปรแกรมบำบัด PST อื่นๆ โดยได้เพิ่มเทคนิคการลดอารมณ์ทางลบ ผีกรามีสติ และลดการมอบหมายการบ้านที่ผู้รับการบำบัดรู้สึกเบื่อหน่ายมาเป็นการฝึกทักษะการแก้ปัญหาซ้ำๆ ในช่วงเวลาที่ได้รับบำบัด โดยผู้รับการบำบัดได้แสดงออกถึงความพึงพอใจและยอมรับต่อวิธีการบำบัดและการได้ฝึกทักษะแก้ปัญหาซ้ำๆ สอดคล้องกับ Barnes และคณะ³⁰ ที่พบว่าผู้รับการบำบัดด้วย PST มีความพึงพอใจสูงและเห็นในคุณค่าของการบำบัด นอกจากนี้ยังพบว่าการบำบัดที่สั้นลงเพียง 3 ขั้นตอน จำนวน 1-6 ครั้ง ช่วยให้ผู้รับการบำบัดพึงพอใจและร่วมมือในการบำบัด ซึ่งเหมาะกับบริบทที่มีความหลากหลายในปัญหาทางจิตเวช สอดคล้องกับ Beaudreau และคณะ¹⁴ ที่พบว่า PST ใช้บำบัดความวิตกกังวล หรือการรักษาอาการทางจิตในผู้ป่วยที่จิตเวชได้ ซึ่งโปรแกรม PST-PPS จะเน้นการบำบัดให้สามารถแก้ปัญหาหรือมีทักษะแก้ปัญหาเพิ่มมากขึ้น ช่วยลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายลงได้ แต่การบำบัดด้วย PST ในผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีขั้นตอนที่มากกว่าและใช้ระยะเวลาที่ยาวนานกว่าแต่มีเป้าหมายเพียงเพื่อลดอาการซึมเศร้าเท่านั้น

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดคือเป็นการทดลองในกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการบำบัด และมีจำนวนผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างน้อย และจำกัดเฉพาะบางโรค และไม่สามารถควบคุมปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย เช่น อาการทางจิต ความรุนแรงของโรค การใช้ยารักษา แหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ

การขยายผลโปรแกรม PST-PPS สามารถนำไปใช้ในงานประจำของศูนย์จิตประภัสร์ หรือนำไปใช้ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช การศึกษาเพิ่มเติมควรมีการทดลองใช้ในบริบทของโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ รวมถึงการศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพผู้บำบัดและการพัฒนาเครื่องมือประเมินการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาที่สอดคล้องกับองค์ประกอบของกระบวนการแก้ปัญหา

สรุป

โปรแกรมบำบัด PST-PPS ช่วยเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหา และช่วยสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการปัญหา ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายมีการจัดการกับปัญหาและมีทักษะการแก้ไข้ปัญหาในเชิงบวกมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ รศ.ดร.พงษ์เดช สารการ และคุณประหยัด ประภาพรหมที่ได้ให้คำปรึกษาด้านการวิจัย

ความรู้เดิม: การบำบัดด้วย PST มีประสิทธิผลต่อการลดอาการซึมเศร้า

ความรู้ใหม่: โปรแกรม PST-PPS มีความเหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชและกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ด้วยการฝึกให้มีมุมมองเชิงบวกและมีความเชื่อมั่นว่าจะจัดการกับปัญหาได้ มีประสิทธิผลต่อการเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาและลดความเสี่ยงการฆ่าตัวตายได้

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: PST-PPS สามารถใช้เป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดรักษาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรม ฆ่าตัวตาย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Suicide data [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2018 May 18]. Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en
2. World Health Organization. Suicide data. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2018 Oct 15]. Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en
3. Hawton, Saunders & O'Connor. Self-harm and suicide in adolescents. Lancet. 2012;379: 2373-82. doi:10.1016/S0140-6736(12)60322-5.
4. Sharifi V, Eaton WW, Wu LT, Roth KB, Burchett BM, Mojtabai R. Psychotic experiences and risk of death in the general population: 24-27 years follow-up of the Epidemiologic Catchment Area study. Br J Psychiatry. 2015;207:30-6. doi:10.1192/bjp.bp.113.143198.
5. Borges G, Benjet C, Orozco R, Medina-Mora ME, Menendez D. Alcohol, cannabis and other drugs and subsequent suicide ideation and attempt among young Mexicans. J Psychiatr Res. 2017;91:74-82. doi:10.1016/j.jpsychires.2017.02.025.
6. Moreira CA, Marinho M, Oliveira J, Sobreira G, Aleixo A. Suicide attempts and alcohol use disorder. European Psychiatry, 2015;30:521. doi:10.1016/S0924-9338(15)30409-0.
7. วินัย รอบคอบ, สมบัติ สกุลพรรณ, หรรษา เศรษฐบุปผา. ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น [Depression, alcohol drinking behaviors, and suicidal risks of adolescents]. พยาบาลสาร. 2561;45:144-158.
8. กรมสุขภาพจิต. รายงานจำนวนการฆ่าตัวตายของประเทศไทย 2560 [GIS Report 2560] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2562 [สืบค้นเมื่อวันที่ 13 ธ.ค. 2561]. จาก: <https://dmh.go.th/report/map/>.

9. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ภาพสัณฐานไทยไตรมาสสองปี 2560 [Social situation and outlook 2560] [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 13 ธ.ค. 2561] จาก: https://social.nesdc.go.th/social/Portals/0/Documents/รายงานภาพสัณฐานไทยไตรมาสสองปี%20Q2-2560_final_243.pdf
10. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานประจำปี 2561 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. [Annual Report JVKK 2561]. ขอนแก่น: โรงพยาบาล; 2561.
11. Donker T, Caeleer A, Grant JB, Spijker B van, Fenton K, Hehir KK, et al. Suicide prevention in schizophrenia spectrum disorders and psychosis: a systematic review. *BMC Psychol.* 2013;1:6. doi:10.1186/2050-7283-1-6.
12. National Registry of Evidence-Based Programs and Practices: NREPP. Problem-Solving Therapy (PST). Massachusetts: Suicide Prevention Resource Center; 2018 [cited 2018 Oct 15]. Available from: <http://impact-uw.org/training/>.
13. Brown GK, Jager-Hyman S. Evidence-based psychotherapies for suicide prevention: future directions. *Am J Prev Med.* 2014;47(3 Suppl 2):S186-94. doi:10.1016/j.amepre.2014.06.008.
14. Beaudreau SA, Gould CE, Sakai E, Huh JWT. Problem-Solving Therapy. In: Pachana N. (eds) *Encyclopedia of Geropsychology*. Singapore: Springer. 2015.
15. Gask L. Problem-solving treatment for anxiety and depression: a practical guide. *The British Journal of Psychiatry*, 2006;189:287-8.
16. กิตติยา วงษ์ชนันท์. รูปแบบการวิจัยเชิงนวัตกรรม (R&D, D&D, AR, R2R) โครงการฝึกอบรม “สร้างนักวิจัยรุ่น” (ลูกไก่) รุ่นที่ 5 ปี 2560 [Innovative research patterns] [อินเทอร์เน็ต]. อุบลราชธานี: คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2560 [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ส.ค. 2561]. จาก: http://www.ubu.ac.th/web/files_up/08f2017060214303228.pdf
17. D'Zurilla TJ, Nezu AM. Problem-solving therapy. In K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: Guilford Press; 2010. p. 197-225.
18. ดาราวรรณ ต๊ะปินตา, สมบัติ สกกุลพรรณ, สุวิทย์ อินทอง. ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง [Effect of problem solving therapy program on depression among chronically ill patients]. เชียงใหม่: สำนักงานคณะพยาบาลศาสตร์; 2556.
19. สุวดี ศรีวิเศษ, วชิณี หัตถพนม, สายชล ยุบลพันธ์, สโรชา บางแสง, อิงคณา โคตรนารา. กลุ่มบำบัดโดยการแก้้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย [Problem solving therapy group in patients with depressive symptoms and suicidal risk]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2556;21:98-109.
20. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, มธุริน คำวงศ์ปิ่น. ความตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย [The Validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) - Thai Version]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2548;13:125-35.

21. Ajtay G, Bérdis M, Szilágyi S, Perczel FD. An effective method of therapy in suicide prevention: problem solving training in the clinical population. *Psychiatr Hung*. 2012;27:92-102.
22. Wenzel A, Gregory KB, Beck AT. Cognitive therapy for suicidal patients: scientific and clinical applications. Washington DC: American Psychological Association; 2009 [cited 2018 Oct 15]. Available from: <https://psycnet.apa.org/PsycBOOKS/toc/11862>
23. Gustavson KA, Alexopoulos GS, Niu GC, McCulloch C, Meade T, Areán PA. Problem-solving therapy reduces suicidal ideation in depressed older adults with executive dysfunction. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2016;24:11-17. doi:10.1016/j.jagp.2015.07.010.
24. Eskin Me, Ertekin K, Demir H. Efficacy of a problem-solving therapy for depression and suicide potential in adolescents and young adults. *Cognitive Therapy and Research*. 2008;32:227-45.
25. Choi NG, Marti CN, Conwell Y. Effect of problem-solving therapy on depressed low-income homebound older adults' death/suicidal ideation and hopelessness. *Suicide Life Threat Behav*. 2016;46:323-36. doi:10.1111/sltb.12195.
26. Gibbs LM, Dombrovski AY, Morse J, Siegle GJ, Houck PR, Szanto K. When the solution is part of the problem: problem solving in elderly suicide attempters. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009;24:1396-404. doi:10.1002/gps.2276.
27. Crabb RM, Areán, PA. Problem-solving treatment for late-life depression. In P.A. Areán (Ed.), *Treatment of late-life depression, anxiety, and substance abuse*. Washington DC: American Psychological Association; 2015. p. 83-102.
28. D'Zurilla TJ, Nezu AM. Problem-solving therapy: a positive approach to clinical intervention. New York: Springer Publishing Company; 2007.
29. Kiosses DN, Alexopoulos GS. Problem solving therapy in the elderly. *Curr Treat Options Psychiatry*. 2014;1:15-26. doi:10.1007/s40501-013-0003-0.
30. Barnes SM, Monteith LL, Gerard GR, Hoffberg AS, Homaifar BY, Brenner LA. Problem-solving therapy for suicide prevention in veterans with moderate-to-severe traumatic brain injury. *Rehabilitation psychology*. 2017;62:600-8. doi:10.1037/rep0000154.



คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ โดยรับบทความเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ บทความที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ **ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ผู้นิพนธ์จะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์อย่างเคร่งครัด** ผู้นิพนธ์ต้องแน่ใจว่าได้ตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้วไม่มีการลอกเลียนงานวิชาการ (plagiarism) และมีการอ้างอิงตามแหล่งที่มาตามหลักการที่ถูกต้องครบถ้วน บทความทุกประเภทที่ส่งมาให้พิจารณาตีพิมพ์จะได้รับการตรวจทานต้นฉบับจากคณะบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งจากภายในและภายนอกอย่างน้อย 2 ท่าน บทความที่ได้รับการตีพิมพ์แล้วจะเป็นลิขสิทธิ์ของกรมสุขภาพจิตและผู้นิพนธ์

ประเภทของบทความ

1. บทความพิเศษ (Special article)

เป็นบทความซึ่งวิเคราะห์ผลงานทางการแพทย์หรือสุขภาพจิต หรืออาจเป็นข้อคิดเห็นเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ มีองค์ประกอบดังนี้: บทนำ (Introduction) เนื้อเรื่อง (Text) สรุป (Summary) และเอกสารอ้างอิง (References)

2. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

เป็นบทความรายงานการวิจัย มีองค์ประกอบดังนี้: ชื่อเรื่อง (Title) บทคัดย่อ (Abstract) และคำสำคัญ (Key words) ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ บทนำ

(Introduction) วิธีการ (Methods) ผล (Results) วิจารณ์ (Discussion) สรุป (Conclusion) กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) และเอกสารอ้างอิง (References)

3. บทความปริทัศน์ (Review article)

เป็นการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ผลเรื่องใดเรื่องหนึ่งเพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าของเรื่องนั้นในสถานการณ์ปัจจุบัน พร้อมข้อเสนอแนะ มีองค์ประกอบดังนี้: บทคัดย่อ (Abstract) คำสำคัญ (Key words) บทนำ (Introduction) วิธีการ (Methods) ผล (Results) วิจารณ์ (Discussion) สรุป (Conclusion) และเอกสารอ้างอิง (References)

4. รายงานผู้ป่วย (Case report)

เป็นรายงานเกี่ยวกับผู้ป่วยที่น่าสนใจ มีองค์ประกอบดังนี้: บทคัดย่อ (Abstract) คำสำคัญ (Key words) บทนำ (Introduction) เนื้อเรื่อง (Text) สรุป (Conclusion) เอกสารอ้างอิง (References)

5. ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความทั่วไปที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตหรือทางสาธารณสุข

การเตรียมต้นฉบับ

เอกสารประกอบการนำส่ง ได้แก่ 1) ไฟล์บทความต้นฉบับ 2) หนังสือรับรองการส่งบทความ (ใบนำส่ง) 3) เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากนั้นสมัครสมาชิกและ submission ทาง <https://www.tci-thaijo.org/index.php/jmht>

โดยมีรายละเอียดการเตรียมต้นฉบับ ดังนี้

1. หนังสือรับรองการนำส่งหรือใบนำส่ง (ตัวอย่างท้ายเล่ม) ให้ระบุชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ ตัวย่อวุฒิการศึกษาสูงสุด หน่วยงาน ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ พร้อมที่อยู่และ e-mail address ของผู้พิมพ์ทุกคนและระบุตัวแทนผู้พิมพ์ที่ประสานติดต่อกองบรรณาธิการ (corresponding author) ทั้งนี้การพิจารณาถ้อยแถลงบทความของผู้ทรงคุณวุฒิจะทบทวนบทความโดยไม่ทราบชื่อผู้พิมพ์ (blindly review)

2. การใช้ภาษา ให้ใช้ 2 ภาษา คือ ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ โดยบทความต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ถ้าต้นฉบับเป็นภาษาไทยควรใช้ศัพท์ภาษาไทยให้มากที่สุด โดยใช้พจนานุกรมศัพท์วิทยาศาสตร์ฉบับราชบัณฑิตยสถาน เป็นบรรทัดฐานสำหรับคำศัพท์แพทย์ภาษาอังกฤษที่ไม่มีคำแปลในพจนานุกรมฯ และในหนังสือศัพท์จิตเวช อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้ คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะให้ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วยคำศัพท์ภาษาอังกฤษ หลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นกิริยา การเขียนคำร้อยละให้ใช้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง ค่าสถิติอื่นและค่า p-value ให้ใช้ทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น $p < .01$, $p = .10$

3. บทความย่อ แยกภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยมีเนื้อหาที่เหมือนกัน ใส่ชื่อเรื่องตามด้วยบทความย่อ แต่ไม่ต้องระบุชื่อผู้พิมพ์ ขอให้ผู้พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้องและไวยากรณ์ภาษาอังกฤษก่อนส่งต้นฉบับ เขียนตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วิธีการ ผล วิเคราะห์ สรุป ไม่เกิน 300 คำ ใช้ภาษารัดกุม ตามด้วยคำสำคัญ จำนวน 3-5 คำ โดยใช้ Medical Subject Heading (MeSH) items ของ U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญ

4. ต้นฉบับ พิมพ์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรม Word Processor for Window ตัวอักษร TH SarabunPSK หรือ Angsana UPC ขนาด 16 และให้พิมพ์ข้อความ 1 สดมภ์ (1 column) ต่อ 1 หน้า ระยะห่างจากขอบกระดาษทุกด้านไม่น้อยกว่า 2.5 ซม. (1 นิ้ว) ต้นฉบับแต่ละเรื่อง ไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (ไม่รวมใบนำส่ง) วัน เดือน ปี ในเนื้อหาและตัวเลขทั้งหมดให้ใช้เลขอารบิก และใส่เลขหน้าทุกหน้า

5. เนื้อเรื่อง ใช้ภาษากระชับรัดกุม หลีกเลี่ยงการใช้คำซ้ำ ประกอบด้วย 1) บทนำ คือ ความเป็นมาและคำถามการวิจัย 2) วิธีการ คือ ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ การเก็บข้อมูล การวัดวิเคราะห์ ระบุการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย 3) ผล แสดงผลการศึกษาที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการศึกษารุ่นนี้เท่านั้น 4) วิเคราะห์ ควรเขียนอภิปรายว่าผลการวิจัยเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด แสดงให้เห็นว่าผลที่ได้ในครั้งนี้เหมือนหรือแตกต่างจากการศึกษาอื่นอย่างไร และต้องมีการอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการศึกษาของผู้ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย รวมทั้งระบุข้อจำกัดของการวิจัย 5) สรุป ควรสรุปประเด็นค้นพบจากการวิจัยที่สำคัญ

และข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

6) กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) 7) การตอบคำถามสั้นๆ 3 ข้อ ได้แก่ ความรู้เดิมเกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา ความรู้ใหม่ที่ได้จากการศึกษา และประโยชน์ที่จะนำไปใช้

6. การเตรียมตาราง และรูปภาพตาราง ประกอบด้วยชื่อตาราง สดมภ์มีหน่วยนับ มีเส้นตาราง เฉพาะแนวนอน และให้เรียงต่อจากคำอธิบาย จำนวน รวมทั้งตารางและรูปภาพ 3-5 ตาราง/รูปภาพ สำหรับ รูปภาพดิจิทัลให้ใช้รูปแบบ JPEG

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงใช้ รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver) กำหนดหมายเลขเรียงตามลำดับการอ้างอิงในเนื้อเรื่อง โดยแสดงเป็นตัวเลขยก ไม่มีวงเล็บ เช่น XX¹ การอ้างอิง 2 รายการต่อเนื่องกันใช้เครื่องหมาย , คั่น เช่น XX^{1,2} การอ้างอิง 3 รายการขึ้นไปต่อเนื่องกัน ใช้เครื่องหมาย - คั่น เช่น XX⁵⁻⁷ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. วารสาร

1.1 การอ้างอิงจากบทความในวารสารที่ได้มาตรฐานทั่วไป ที่มีผู้แต่ง 1-6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน โดยใช้ นามสกุลขึ้นต้นและตามด้วยอักษรชื่อต้นภาษาอังกฤษ ไม่เว้นวรรคหลังเครื่องหมายวรรคตอนระหว่างปี ปีที่ และหน้า (สำหรับวารสารที่จัดพิมพ์โดยมีเลขหน้าต่อเนื่องกันตลอด Volume ไม่ต้องใส่เดือนและฉบับที่พิมพ์)

1.1.1 บทความในวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใช้ชื่อย่อวารสารตาม Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals> (สำหรับวารสารที่ยังไม่ได้เข้า Index Medicus ให้เขียนชื่อวารสารแบบชื่อเต็ม ไม่ใช่ชื่อย่อ)

Kittirattanapaiboon P, Srikosai S, Wittayanookulluk A. Methamphetamine use and dependence in vulnerable female populations. Curr Opin Psychiatry. 2017;30:247-52.

1.1.2 บทความในวารสารของไทย ให้เขียนเป็นภาษาไทยตามที่ปรากฏ โดยมีชื่อเรื่องภาษาอังกฤษไว้ในวงเล็บเหลี่ยมต่อท้ายชื่อเรื่องภาษาไทย

ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. บทเรียนด้านสุขภาพจิตในภัยพิบัติ: กรณีการช่วยเหลือทีมหมูป่าพลัดหลงในถ้ำหลวง [Lesson learned in disaster mental health from Tham Luang Cave rescue]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2561;26:152-59.

1.1.3 บทความในวารสารของไทย ที่วารสารนั้นตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ ให้เขียนเหมือนวารสารภาษาอังกฤษ เช่นเดียวกับข้อ 1.1.1

Silpakit C, Silpakit O, Chomchuen R. Mindfulness based relapse prevention program for alcoholism. Siriraj Med J. 2015;67:8-13.

1.2 กรณีที่มีผู้นิพนธ์ร่วมมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. โดยใช้นามสกุลขึ้นต้น และตามด้วยอักษรชื่อต้นภาษาอังกฤษ (ไม่ว่าวรรคหลังเครื่องหมายวรรคตอนระหว่างปี ปีที่ และหน้า)

Meydani SN, Leka LS, Fine BC, Dallal GE, Keusch GT, Singh MF, et al. Vitamin E and respiratory tract infections in elderly nursing home residents: a randomized controlled trial. JAMA. 2004;292:828-36.

1.3 กรณีที่ไม่มีชื่อผู้นิพนธ์

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J. 1994;84:15.

1.4 กรณีที่เป็นฉบับเสริม (Supplement)

1.4.1 ฉบับเสริมของปี

Strauss SE. History of chronic fatigue syndrome. Rev Inf Dis. 1991;11 suppl1:52-7.

1.4.2 ฉบับเสริมของเล่ม

Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. Neurology. 2002;58(12 Suppl 7): S6-12.

1.5 กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นคอลัมน์เฉพาะ อาจแสดงชนิดของเอกสารได้ตามความจำเป็นภายในเครื่องหมาย []

Cleare AJ, Wessly S. Fluoxetine and chronic fatigue syndrome [letter]. Lancet 1996;347:1770.

1.6 วารสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

1.6.1 บทความที่มี Digital Object Identifier (DOI)

Stultz J. Integrating exposure therapy and analytic therapy in trauma Treatment. Am J Orthopsychiatry. 2006;76:482-88. doi:10.1037/00029432.76.4.482.

1.6.2 บทความไม่มี DOI

Lemanek K. Adherence issues in the medical management of asthma. J Pediatr Psychol [Internet]. 1990 [cited 2010 Apr 22];15:437-58. Available from: <http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/reprint/15/4/437>

2. หนังสือ

2.1 หนังสือมาตรฐานทั่วไป

2.1.1 หนังสือภาษาไทย ให้เขียนเป็นภาษาไทย โดยเพิ่มชื่อเรื่องภาษาอังกฤษไว้ในวงเล็บเหลี่ยม [] ต่อท้ายชื่อเรื่องภาษาไทย และใส่ชื่อภาษาของภาษาต้นฉบับเป็นคำภาษาอังกฤษไว้ตอนท้ายสุด

เทอดศักดิ์ เดชคง. เทคนิคให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ [Motivational Counseling]. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน; 2555.

2.1.2 หนังสือภาษาอังกฤษ

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.

2.2 หนังสือที่มีผู้พิมพ์เป็นหน่วยงานและผู้พิมพ์

World Health Organization, Regional Office for South- East Asia. Mental health and psychosocial relief efforts after the tsunami in South-East Asia. New Delhi: WHO Regional Office for South- East Asia; 2005.

2.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นบทหนึ่งในหนังสือที่มีบรรณาธิการ

Baer RA, Walsh E, Lykins ELB. Assessment of mindfulness. In: Didonna F, editor. Clinical handbook of mindfulness. New York: Springer; 2009. p. 153-65.

2.4 เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ

รีนา ต๊ะดี. ชีวิตวัยรุ่นหญิงเมื่อต้องเป็นแม่ [Life of Female Adolescent as Mothers]. เอกสารประกอบการประชุม: การประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 13 ประชากรและสังคม 2560 ความเป็นธรรมและความเป็นไท ด้านเพศและการเจริญพันธุ์: ความท้าทายที่ไม่สิ้นสุด; 30 มิ.ย. 2560; กรุงเทพฯ.

3. รายงานทางวิชาการ

3.1 รายงานวิจัย

วชิระ เพ็งจันทร์, ธรณินทร์ กองสุข, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, วรวรรณ จูชา, พิทักษ์พล บุญมาลิก, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. ความชุกของโรคจิตเวชของคนไทย: การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตระดับชาติ ปี พ.ศ. 2551 [Prevalence of mental disorders in Thailand: results from the epidemiology of mental disorders national survey 2008]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2553.

3.2 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

Silpakit C. A study of common mental disorders in primary care in Thailand [dissertation]. London: University of London; 1998.

ปราณี จงสมจิตร. ผลของการนวดกดจุดฝ่าเท้าต่อการตอบสนองทางสรีระการผ่อนคลายและความพึงพอใจในผู้เป็นความดันโลหิตสูง [Effects of foot reflexology on physiological response relaxation and satisfaction in persons with hypertension] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.

4. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

4.1 เอกสารเฉพาะเรื่องบนอินเทอร์เน็ต

ใช้หลักเกณฑ์เดียวกับหนังสือ ยกเว้น 1) หลังชื่อเรื่องให้ใส่คำว่า [Internet]. หรือ [อินเทอร์เน็ต]. 2) เพิ่มวันสืบค้น [cited ปี ค.ศ. เดือน(ย่อ) วัน]. หรือ [สืบค้นเมื่อ วัน เดือน(ย่อ) ปี พ.ศ.]. ต่อจากปีที่พิมพ์ 3) ใส่ที่มาภาษาอังกฤษใช้คำว่า Available from: ภาษาไทยให้ใช้คำว่า จาก: ใส่ URL หลัง URL ไม่ใส่เครื่องหมาย . ยกเว้น URL นั้นจบด้วย เครื่องหมาย /

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย 2548-2550 [Thailand health profile 2005-2007] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; 2550 [สืบค้นเมื่อวันที่ 21 มี.ค. 2554]. จาก: http://www.moph.go.th/ops/health_50/.

Merriam-Webster medical dictionary [Internet]. Springfield (MA): Merriam-Webster Incorporated; c2005 [cited 2006 Nov 16]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/medlineplusdictionary.html>

4.2 โฮมเพจ/เว็บไซต์

รูปแบบ: ผู้แต่ง.\ชื่อเรื่อง\ [อินเทอร์เน็ต].\สถานที่พิมพ์:\สำนักพิมพ์;\ปีพิมพ์\ [สืบค้นเมื่อวันที่ เดือน (ย่อ)\ปี].\จาก: URL

สสส.: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงาน; [สืบค้นเมื่อวันที่ 21 มี.ค. 2554]. จาก: <http://www.thaihealth.or.th/>.

World Health Organization. Depression: Let's talk [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2018 May 12]. Available from: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/en/>.

5. การอ้างอิงในรูปแบบอื่น

5.1 บทความหนังสือพิมพ์

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

วฤตดา หาระภูมิ. ดึงคุณภาพยา(จีน)ช่วยผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. มติชน. 3 มี.ค. 2554;น. 10.

5.2 เอกสารอ้างอิงเป็นพจนานุกรมต่าง ๆ

Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

ศัพท์แพทยศาสตร์ อังกฤษ-ไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. แก้ไขและเพิ่มเติม. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน; 2543. Cystitis; น. 89.

รายละเอียดการเขียนอ้างอิงตามรูปแบบแวนคูเวอร์ ดูได้จาก

https://drive.google.com/open?id=1ZsuBJ70USzjvR5mkamXCWOKYn-D_5cl หรือ สแกนคิวอาร์โค้ดนี้



การส่งต้นฉบับในระบบวารสารออนไลน์

ผู้พิมพ์สมัครสมาชิกและส่งต้นฉบับบทความในระบบ ThaiJo ตามขั้นตอนดังนี้

1. สมัครสมาชิก (Register) สร้าง Username/ Password และสร้าง Profile

2. การส่งบทความ (Submission)

ขั้นที่ 1 เริ่มต้นการส่ง กรอกข้อมูลและตรวจสอบทุกข้อเพื่อเป็นการยืนยันว่าบทความของท่านเป็นไปตามเงื่อนไขที่วารสารกำหนด

ขั้นที่ 2 อัปโหลดบทความเป็นไฟล์ word ตามข้อแนะนำการเตรียมต้นฉบับ หรือไฟล์แนบอื่น ๆ

ขั้นที่ 3 กรอกรายละเอียดข้อมูลต่าง ๆ สำหรับบทความของท่าน เช่น ข้อมูล Author, Title,

Abstract, Keyword, References

ขั้นที่ 4 ยืนยันการส่งบทความ

ขั้นที่ 5 เสร็จสิ้นการ Submission และเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบ

3. การแก้ไขบทความ (Revision)

เอกสาร/ ขั้นตอนการใช้ระบบวารสารออนไลน์ ดูได้จาก

<https://www.tci-thaijo.org/index.php/jmht/information/authors>
หรือ สแกนคิวอาร์โค้ดนี้





วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 64 ฉบับที่ 4

ตุลาคม - ธันวาคม 2562

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง	297
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ประสิทธิภาพของจิตสังคมบำบัดในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จามรี ณ บางช้าง, วริญญา อรรถยุกติ	299
ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะบกพร่องในการทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อ ในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ศิริชชรินทร์ ชัยงาม, อัครวิน นาคพงศ์พันธุ์	309
ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ วิลาลินี พิศณุ, ธรรมนาถ เจริญบุญ	317
ภาวะสุขภาพจิต สภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในนักศึกษาระดับปริญญาตรี ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ภาคใต้ของประเทศไทย รัตนาภรณ์ ชูทอง, ภควัต วิวัฒน์วรเศรษฐ์, ณภัทรวรรต บัวทอง, ยุพา หนูทอง, ชาตินันท์ อยู่สุข, ณัฐกุล รุ่งเรือง, นพดล หมัดอาหว่า, พิระสิทธิ์ แซ่ลิ้ม, แพรวภา ชัยทวีทรัพย์, ภัทรเนตร ชี้เจริญ, เรณูภา จันทร์สุวรรณ, องค์อร สราวุธพิทักษ์	337
ปัจจัยทำนายความตั้งใจแสวงหาความช่วยเหลือด้านปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาแพทย์ สมจิตร ห่องบุตรศรี, ชนกฤทัย ชื่นอารมณ์, สุรพล วีระศิริ	351
การทำงานที่ผิดปกติของต่อมไทรอยด์ในผู้ป่วยโรคทางอารมณ์: ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ภาพันธ์ วัฒนวิทยกิจ, ปานใจ สันดุษฐี, พงศธร พหลภาคย์, ศิริณา อภิลิทธิภิญโญ, กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม	359
ลักษณะปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง ศิริณา อภิลิทธิภิญโญ, พูนศรี รังษิณี, พงศธร พหลภาคย์, ภัทรี พหลภาคย์, วรินทร์ พุทธิรักษ์	371
ดัชนีคำสำคัญ	385
ดัชนีชื่อผู้นิพนธ์	387
คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ (ปรับปรุงใหม่)	

สำหรับผู้สนใจส่งบทความ
สามารถดูรายละเอียดได้ตามคิวอาร์โค้ดนี้



- 1 คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์
- 2 Template รูปแบบการเขียนบทความ
- 3 หนังสือรับรองการส่งบทความ/ผลการวิจัย (ใบนำส่ง)
- 4 ขั้นตอนการใช้ระบบวารสารออนไลน์

อ่านบทความและส่งบทความได้ทาง:
www.tci-thaijo.org/index.php/jmht