



วารสาร

สุขภาพจิต

แห่งประเทศไทย

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2563
Volume 28 Number 2 April – June 2020
www.tci-thaijo.org/index.php/jmht

- การศึกษารายการผู้รับบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ในภาวะวิกฤตและแนวทางให้การปรึกษา
ภาสกร คุ่มศิริ ศศิญา จันทร์แก้ว ธนาภรณ์ กองพล
อัสมะห์ เช็งสะ ัญญาภรณ์ คำแก้ว
- ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความจำในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มีความพร้อมพุทธิปัญญา
อรษา ฉวาง ฉันทพร สุขประเสริฐ มาลี หนานเจียง
- แนวโน้มและปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตคนไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี พ.ศ. 2561
พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์ อธิบ ต้นอารีย์
บังอร สุปรिता
- ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย: การสำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ
วิมลวรรณ ปัญญาว่อง รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล โชชิตา ภาวสุทธิไพศรีฐ
- ภาระทางเศรษฐศาสตร์ของโรคติดเชื้อจากระดับโรงพยาบาลสู่ภาพรวมระดับประเทศ
วัลลดา พุ่มไพศาลชัย ชิตชนก เรือนก้อน
- การพัฒนากิจกรรมกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรู้คิดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
สมศรี กิตติพงศ์พิศาล ภัทรวรรณ สุขยิธัญญา ฌาณวัฒน์ ลิขิตบุรเดชา
- การพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำ เขตสุขภาพที่ 10
มานิดา สิงห์ขุติธิต ธีราภา ธานี สุพัตรา สุขาวท
พัชนี พิมพ์บุตร

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.พันธุ์นา กิตติรัตนไพบูลย์

สำนักวิชาการสุขภาพจิต

รองบรรณาธิการ

ดร.นพ.นพพร ตันติรังสี

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12

ดร.นพ.อธิป ตันอารีย์

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

นพ.สุทธา สุปัญญา

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

ดร.นพ.วรงค์ โชติพิทยสุนนท์

สำนักวิชาการสุขภาพจิต

กองบรรณาธิการ

ศ.พญ.ดร.สวาทรี อัมมณังกรชัย

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.พญ.พรจิรา บริวรัชกุล

มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.พญ.ศิริจิต สุทธิจิตต์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รศ.นพ.ดร.ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร.ดร.ณัฐ ภูขาว

มหาวิทยาลัยมหิดล

พญ.เบญจพร ปัญญา

ข้าราชการบำนาญ

พญ.ดุชนันท์ จิตศิริกุลวิทย์

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น
ราชนครินทร์

ดร.นพ.พิทักษ์พล บุญมาลิก

กองตรวจราชการ

ดร.สุตา วงศ์สวัสดิ์

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ดร.ทรรษา เศรษฐบุปผา

กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต

ดร.ทรรษา เศรษฐบุปผา

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บรรณาธิการต่างประเทศ

Prof. Walter Ling, M.D.

University of California, Los Angeles, USA

Assoc. Prof. Robert Ali, M.D.

University of Adelaide, Australia

Rudy RD Bogdan, M.D.

Independent Professional Role

บรรณาธิการบริหาร (สำนักวิชาการสุขภาพจิต)

ดร.โสฬสวรรณ อินทสิทธิ์

นายภพร วุฒินาร

กองบรรณาธิการฝ่ายจัดการ (สำนักวิชาการสุขภาพจิต)

นางสาวสมพร อินทร์แก้ว

นางสาวสิริกุล จุลศิริ

นางจุติญา จันทพรหม

นางณานิตา 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 2 เมษายน - มิถุนายน 2563

สารบัญ

หน้า

บรรณาธิการแถลง

A

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษารายกรณีผู้รับบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ในภาวะวิกฤตและ แนวทางให้การปรึกษา	99
ภาสกร คุ่มศิริ	ศศิญา จันทร์แก้ว
ธนาภรณ์ กองพล	อัสมะห์ แซ่สง
ธัญญาภรณ์ คำแก้ว	
ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความจำในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มี ความพร้อมพหุปัญญา	111
อรสา ฉวาง	ธัญพร สุขประเสริฐ
มาลี หนานเจียง	
แนวโน้มและปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตคนไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี พ.ศ. 2561	121
พันธัญญา กิตติรัตนไพบูลย์	ดุชนันท์ จิราธิวรรธิน
อธิป ตันอารีย์	บังอร สุปรินดา
ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย: การสำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ	136
วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน	รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล
โซษิตา กาวสุทธิไพศาล	
ภาระทางเศรษฐศาสตร์ของโรคติดเชื้อจากระดับโรงพยาบาลสู่ภาพรวม ระดับประเทศ	150
วัลลดา พุ่มไพศาลชัย	จิตชนก เรือนก้อน
การพัฒนากิจกรรมกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรู้คิดสำหรับ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง	161
สมศรี กิตติพงศ์พิศาล	ภัทรวรรณ สุขยิธัญ
ณณวัฒน์ สืบพันธุ์เดช	
การพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำ เขตสุขภาพที่ 10	173
มานิดา สิงห์ขจร	ธีรภา ธาณี
สุพัตรา สุขาวท	พัชนี พิมพ์บุตร

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

i



Journal of Mental Health of Thailand

Volume 28 Number 2 April - June 2020

CONTENTS PREFACE		Page
EDITORIAL		A
ORIGINAL ARTICLES		
	A case study of determinants of using Mental Health Helpline 1323 in crisis and effective practice of the counselor	99
	Passakorn Koomsiri Sasiya Jankaew	
	Thanapond Kongpon Asmah Sengsa	
	Tanyaporn Kamkaew	
	The effectiveness of memory training program on cognitive function of geriatric patients with schizophrenia	111
	Orasa Chawang Thanyaporn sukprasert	
	Malee Nanchaing	
	Trend and associated factors of mental health in Thailand: a national survey 2018	121
	Phunnapa Kittirattanapaiboon Dutsadee Juengsiragulwit	
	Athip Tanaree Bungorn Supreda	
	Prevalence of depression and suicidal risks in Thai adolescents: a survey in schools from 13 Public Health Region	136
	Wimonwan Panyawong Rattanasak Santitadukul	
	Chosita Pavasuthipaisit	
	Economic burden of alcohol dependence at a hospital and national level	150
	Wanlada Pumpaisalchai Chidchanok Ruengorn	
	Developing of group cognitive rehabilitation activities for people with chronic schizophrenia	161
	Somsri Kittipongpisal Pattarawat Sukyirun	
	Channawat Leebuntoondej	
	The development of mental health service system for schizophrenia inmates in Public Health Region 10	173
	Manida Singhussatith Teerapa Thanee	
	Supattra Sukhawaha Pushanee Pimpaboot	
INSTRUCTION TO AUTHORS		i



บรรณาธิการแถลง

จากการระบาดของโคโรนาไวรัส (COVID-19) ในช่วงหลายเดือนที่ผ่านมา ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคมโลกอย่างใหญ่หลวงในหลากหลายมิติ โดยเฉพาะระบบการแพทย์และสาธารณสุข และยังส่งผลกระทบต่อทางจิตใจและสังคมอย่างรุนแรง ถือเป็นการปรับตัวครั้งใหญ่ของประชากรโลก ปัญหาสุขภาพจิตเป็นหนึ่งในผลกระทบที่ต้องเฝ้าระวัง และวางแผนป้องกันและให้การดูแลช่วยเหลืออย่างทัน่วงที

ภายใต้ข้อจำกัดในวิกฤติครั้งนี้ กองบรรณาธิการยังคงมุ่งให้กำหนดการเผยแพร่วารสารฯ เป็นไปตามกำหนดเวลา ซึ่งวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย เล่มที่ 2 ของปี พ.ศ. 2563 (ปีที่ 28) เดือนเมษายน – มิถุนายน ยังคงเนื้อหาสาระทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์อย่างเข้มข้น โดยเป็นนิพนธ์ต้นฉบับถึง 7 เรื่อง ประกอบด้วย รายงานการสำรวจระดับจิตเวชสุขภาพจิตขนาดใหญ่ระดับประเทศถึง 2 รายงาน ในเรื่อง **แนวโน้มและปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตคนไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี พ.ศ. 2561** โดย พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ และ เรื่อง **ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย: การสำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ** โดย วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน และคณะ นอกจากนี้ ยังมีรายงานวิจัย เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (health economic) ในโรคติดเชื้อ เรื่อง **ภาระทางเศรษฐศาสตร์ของโรคติดเชื้อจากระดับโรงพยาบาลสู่ภาพรวมระดับประเทศ** โดย วัลลดา พุ่มไพศาลชัย และ ชิดชนก เรือนก้อน ที่สะท้อนค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมในการรักษาผู้ติดเชื้อที่น่าสนใจมาก และมีรายงานวิจัยด้านการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในมิติที่หลากหลายถึง 3 เรื่อง ได้แก่ **ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความจำในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มีความพร้อมพุทธิปัญญา** โดย อรษา ฉวาง และคณะ **การพัฒนากิจกรรมกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรู้คิดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง** โดย สมศรี กิตติพิงศ์พิศาล และคณะ และ **การพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำ เขตสุขภาพที่ 10** โดย มานิดา สิงห์ขุติ และคณะ เรื่องสุดท้าย เป็นอีกหนึ่งบริการสุขภาพจิตที่สำคัญในยุคใหม่ ในเรื่อง **การศึกษารายกรณีผู้รับบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ในภาวะวิกฤตและแนวทางให้การปรึกษา** โดย ภาสกร คุ่มศิริ และคณะ

ดิฉันและกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้สนับสนุนทุกท่านที่เชื่อมั่นและไว้วางใจส่งบทความเข้ามายังวารสาร ทั้งนี้ ขอเชิญชวนทุกท่านอ่านบทความทางวารสารออนไลน์ www.tci-thaijo.org/index.php/jmht และยังสามารถส่งบทความเพื่อเข้ารับการพิจารณาเผยแพร่ทางเว็บไซต์ดังกล่าวด้วย

สุดท้ายนี้ เราจะผ่านวิกฤติครั้งนี้ไปด้วยกัน พร้อมกับปรับตัวเข้าสู่ “ความปรกติใหม่” หรือ ฐานวิถีชีวิตใหม่” หรือ “new normal” ด้วยสุขภาพจิตที่ดีและมีความเข้มแข็งทางใจ ด้วยการเพิ่มวัคซีนใจ วัคซีนครอบครัว และวัคซีนชุมชน

พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์
บรรณาธิการ

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษารายกรณีผู้รับบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ในภาวะวิกฤตและแนวทางให้การปรึกษา

วันรับ : 23 สิงหาคม 2562

วันแก้ไข : 16 มีนาคม 2563

วันตอบรับ : 28 เมษายน 2563

ภาสกร คุ่มศิริ, วท.ม., ศศิปญญา จันทร์แก้ว, วท.ม., ธนาภรณ์ กองพล, วท.บ.,

อัสมะห์ เชิงสะ, ศศ.บ., ธัญญาภรณ์ คำแก้ว, วท.ม.

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัญหาและสาเหตุของผู้รับบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ที่มีภาวะวิกฤต และแนวทางให้การปรึกษาจากผู้ให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์

วิธีการ: การวิจัยเชิงคุณภาพ เลือกประชากรเป้าหมายแบบเจาะจง 5 ราย ที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายสูงมากและได้รับการปรึกษาคบกระบวนการจากฐานข้อมูลการให้บริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 โดยใช้ข้อมูลจากแบบบันทึกและเทปบันทึกเสียงการให้บริการ และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้บริการปรึกษา 5 ราย ถึงกระบวนการให้การปรึกษา ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผล: ปัญหาและสาเหตุของผู้รับบริการพบปัจจัยด้านกายภาพ (ภาวะซึมเศร้า ประวัติฆ่าตัวตายในครอบครัว) ด้านจิตใจ (เผชิญปัญหาวิกฤต วิธีคิดต่อเหตุการณ์ต่างๆ ในทางลบ) และด้านสังคม (สภาพครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ และการถูกคุกคาม) แนวทางการให้บริการปรึกษาพบว่า การสร้างสัมพันธภาพเป็นสิ่งสำคัญ ทักษะที่ใช้บ่อยคือ การฟังอย่างตั้งใจ ใช้คำถามปลายเปิด และสะท้อนความ ส่วนเทคนิคที่ใช้คือ ค้นหาศักยภาพ สำรวจสิ่งยึดเหนี่ยวใจ ความหวัง และเป้าหมาย ปัจจัยสนับสนุนให้การปรึกษาได้ผลคือ ความพร้อมของผู้ให้การปรึกษา เพื่อนร่วมงาน ที่ปรึกษา และหน่วยงานในพื้นที่ แต่อุปสรรคของการให้คำปรึกษาคือ บริบทการให้การปรึกษา ความพร้อมของผู้ให้บริการ ความพร้อมของพื้นที่ และขาดข้อมูลแหล่งช่วยเหลือ สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการให้บริการคือ ควรคำนึงถึงการฟังอย่างตั้งใจ ปลอดภัยให้กำลังใจ พยายามค้นหาจุดแข็ง จัดการความคาดหวังของตนเอง ตั้งสติ ไม่ทำร้ายความรู้สึกและเคารพในการตัดสินใจของผู้รับบริการ

สรุป: หลักสำคัญในการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ในภาวะวิกฤตสุขภาพจิต ได้แก่ การตั้งสติ พยายามค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ความหวัง เป้าหมาย และการทำงานเป็นทีมประสานกับหน่วยงานในพื้นที่ให้เร็วที่สุด

คำสำคัญ: การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ ฆ่าตัวตาย ผู้ให้การปรึกษา ภาวะวิกฤต สายด่วนสุขภาพจิต 1323

ติดต่อผู้นิพนธ์: ภาสกร คุ่มศิริ; e-mail: taitae_ong9@hotmail.com

Original article

A case study of determinants of using Mental Health Helpline 1323 in crisis and effective practice of the counselor

Received : 23 August 2019

Revised : 16 March 2020

Accepted : 28 April 2020

Passakorn Koomsiri, M.S., Sasiya Jankaew, M.S., Thanapond Kongpon, B.S.,

Asmah Sengsa, B.A., Tanyaporn Kamkaew, M.S.

Child and Adolescence Mental Health Rajanagarindra Institute

Abstract

Objective: To explore the problems and causes for help seeking callers who utilised Mental Health Helpline 1323 in crisis and the effective practice of the counselor

Methods: This is a qualitative study that used a purposive sampling to selected five clients from the database of the Mental Health Helpline 1323 with high suicidal risk and was given counseling. The client case record form and audio recording were examined. In-depth interviews were conducted with 5 experienced counselors for the procedure. All the data were analysed by content analysis.

Results: The most common possible factors were an underlying biological risk, i.e. previous diagnosis of depression and family history of suicidal. The psychological factors were coping mechanisms and negative thinking. The sociological factors were family conditions, economic problem, and external threats. The counsellors reported the importance of building a healthy relationship. The frequently used skills were active listening, opened-end questioning, and reflection. The techniques used are searching for potential, exploring for attachment, hope, and goal. The supporting factors for effective counselling are the readiness of the counsellors and co-workers and supervisors, leagues, consultants, and availability of local agencies. The obstacles of counselling were the environment of counselling, the readiness of psychologist and the environment provided, the lack of information about resources. Also, the things that have been learned were active listening, comforting, paying attention, looking for the strength, not hurting the clients' feelings, attention, looking for the strength, not hurting the clients' feelings, managing expectations, concentration, and respect their decision.

Conclusion: The key factors for effective telephone counseling in a mental health crisis in this study were concentration, finding emotional anchors, hopes and goals, and working as a team then coordinated with the relevant agencies in the area as soon as possible.

Keywords: counselor, crisis, Mental Health Helpline 1323, suicide, telephone counseling

Corresponding author: Passakorn Koomsiri; e-mail: taitae_ong9@hotmail.com

บทนำ

วิกฤตในชีวิตอาจก่อให้เกิดปัญหาทางจิตใจได้ ผู้ประสบปัญหาบางคนเลือกใช้วิธีหนีปัญหาด้วยการฆ่าตัวตาย จากรายงานวิจัยในประเทศไทยปี พ.ศ. 2556 กลุ่มตัวอย่าง 330 ราย มีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 110 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 69.1) และผู้พยายามฆ่าตัวตาย 220 ราย เป็นชาย (ร้อยละ 48.6) เมื่อวิเคราะห์พบว่าเพศชายมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง 2.4 เท่า และในปี พ.ศ. 2557 พบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงคิดเป็นอัตราส่วน 2.9: 1 ขณะที่กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายคิดเป็นอัตราส่วน 1.2: 1^{1,2} ปัจจัยที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม เช่น ปัญหาความสัมพันธ์ การหย่าร้าง ปัญหาสัมพันธภาพ ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น ส่วนโรคทางจิตเวชที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท และภาวะการติดสุราหรือสารเสพติด ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมักมีความรู้สึกเจ็บปวดทางจิตใจ ได้แก่ ความอับอาย ความเจ็บปวด รู้สึกสิ้นหวัง เหนงา ความกลัวขั้นรุนแรง และขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์ ทั้งนี้ผู้ที่เคยมีประวัติทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนมีโอกาสรู้สึกสูงที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ นอกจากนั้นความเจ็บป่วยทางกาย เช่น อาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วย ทูพพลภาพ ก็เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตาย สำหรับการเข้าถึงบริการดูแลช่วยเหลือทางจิตใจอย่างทันท่วงทีจะสามารถช่วยป้องกันปัญหาดังกล่าวได้ ซึ่งการรับการบำบัดรักษาแบบตัวต่อตัวมีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ การเดินทาง ความไวต่อการเข้าถึง การจัดการดูแลเป็นแบบตั้งรับ ดังนั้นการปรึกษาทางโทรศัพท์จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง ซึ่งมีการใช้บริการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเพื่อดูแลปัญหาสุขภาพจิตสำหรับผู้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงการรักษา ลดค่าใช้จ่ายในการให้บริการ และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทันท่วงที^{3,4}

จากการศึกษาวิจัยในต่างประเทศพบว่า ผู้รับบริการที่บำบัดโรคซึมเศร้าสองในสามรายงานว่าการบำบัดแบบตัวต่อตัวจะมีอุปสรรคเกิดขึ้นอย่างน้อยหนึ่งอย่าง คือ

มีอุปสรรคในการเดินทาง ซึ่งการบำบัดรักษาทางโทรศัพท์ช่วยลดอุปสรรคดังกล่าวได้⁵ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาในภาวะวิกฤตออนไลน์พบว่าในหลายประเทศ เช่น ประเทศเนเธอร์แลนด์ และออสเตรเลีย มีการให้บริการทางออนไลน์ได้แก่ ภัยพิบัติ ปัญหาฆ่าตัวตาย และบาดแผลทางใจ (trauma) ในประเทศฝั่งตะวันออกกลาง เช่น อิหร่าน พบว่ามีการจัดบริการปรึกษาปัญหาวิกฤตทางโทรศัพท์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาคู่สมรส โรคทางอารมณ์ ปัญหาสัมพันธภาพ และการสื่อสาร ปัญหาพฤติกรรมในเด็ก และปัญหาอื่นๆ^{6,7}

กรมสุขภาพจิต โดยสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงมีนโยบายการดูแลช่วยเหลือทางจิตใจแบบบูรณาการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ โดยเปิดบริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต 2 รูปแบบคือ สายด่วนสุขภาพจิต 1323 ที่มีระบบโทรศัพท์ 12 คู่สาย บริการตลอด 24 ชั่วโมง และบริการทางเพจเฟซบุ๊ก 1323 เพื่อช่วยเหลือผู้ที่ประสบปัญหาสุขภาพจิตต่างๆ เช่น ภาวะเครียด ซึมเศร้า วิตกกังวล ปัญหาอารมณ์ พฤติกรรม ปัญหาครอบครัว เศรษฐกิจ รวมถึงภาวะวิกฤตสุขภาพจิต เช่น การทำร้ายตนเองและผู้อื่นหรือการฆ่าตัวตาย จากผลการให้บริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ในปี พ.ศ. 2561 พบผู้รับบริการที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง 673 สาย คิดเป็นร้อยละ 0.95 ของสายที่ขอรับบริการทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2560 ที่พบเพียงร้อยละ 0.68 ส่วนข้อมูลจากสมาคมสมาพันธ์สายด่วนรับฟังเพื่อช่วยไม่ให้คนฆ่าตัวตายในปี พ.ศ. 2561 พบว่ามีผู้ขอรับบริการปรึกษาด้วยความคิดฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองจำนวน 5,541 ราย หรือเฉลี่ย 461 รายต่อเดือน⁸ จากแนวโน้มของปัญหาดังกล่าวที่สูงขึ้น คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการรับรู้บริการของสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ที่มีภาวะวิกฤต เพื่อศึกษาปัญหาและสาเหตุของผู้รับบริการในภาวะวิกฤต และเพื่อค้นหาแนวทางให้การปรึกษาของผู้ให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ที่ประสบความสำเร็จ โดยจะนำความรู้ที่ได้มาพัฒนาระบบการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ในภาวะวิกฤตให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพในผู้รับบริการและ

ผู้ให้บริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ประชากรเป็นผู้รับ
บริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ปีงบประมาณ 2561 จำนวน
673 ราย คัดเลือกประชากรเป้าหมายด้วยการสุ่มแบบเฉพาะ
เจาะจง (purposive random sampling) โดยมีเกณฑ์ ดังนี้
1) เป็นผู้ที่โทรมารับการปรึกษาปัญหาวิกฤตในชีวิตของ
ตนเอง 2) ผ่านการคัดกรองด้วยแบบประเมินความเสี่ยงการ
ฆ่าตัวตาย (8Q) ที่มีผลคะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป มี
แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง หรือผู้รับบริการที่แสดง
เจตนาารมณ์ที่ชัดเจน เช่น เตรียมอุปกรณ์ในการทำร้ายตนเอง
ได้แก่ อาวุธ ของมีคม เชือก ยาอันตราย ฯลฯ หรือขณะที่โทร
เข้ามา กำลังอยู่ในสถานที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง เช่น
ริมระเบียง ริมแม่น้ำ บนอาคารที่สูง ฯลฯ 3) ได้รับการครบ
ตามกระบวนการให้การปรึกษา และมีเกณฑ์คัดออกคือมี
ประวัติในการรักษาโรคจิตเวชอื่นๆ ยกเว้น กลุ่มโรคทาง
อารมณ์ (mood disorder) ได้ประชากรเป้าหมาย 161 ราย
หลังจากนั้นนำผลคะแนน 8Q มาเรียงลำดับจากมากไป
หาน้อย ทำการคัดเลือกคะแนน 8Q ที่สูงสุด ได้ประชากร
เป้าหมาย 5 ราย ทั้งนี้อ้างอิงจำนวนประชากรตามการศึกษา
ของ Tohid⁹ จากนั้นศึกษาปัญหาและสาเหตุของผู้รับบริการ
โดยใช้ข้อมูลจากแบบบันทึกการให้บริการจากฐานข้อมูล
1323 และเทปบันทึกเสียงการให้บริการ ประกอบด้วย 1)
ข้อมูลส่วนตัวผู้รับบริการ ได้แก่ เพศ อายุ ประเภทปัญหา
สุขภาพจิต ระดับความรุนแรงของปัญหา และรายละเอียด
ของปัญหาที่บันทึกตั้งแต่เริ่มจนจบกระบวนการให้การ
ปรึกษา และ 2) แนวทางในการให้การปรึกษา ประกอบด้วย
กระบวนการ เทคนิค และทักษะที่ใช้ในการให้บริการปรึกษา
การประเมินสุขภาพจิตด้วยแบบประเมิน 8Q การวางแผน
แก้ไขปัญา และการส่งต่อ ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลตาม
แนวคิดทฤษฎีฐานรากของ Strauss and Glaser¹⁰ เริ่มด้วย
การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากนั้นเปิดรหัส (open
coding) นำข้อมูลจากการถอดการบันทึกเสียงและเอกสาร
บันทึกการให้บริการทางสายด่วนสุขภาพจิต 1323 มาอ่าน
และลงรหัส ทำการแยกหมวดหมู่ ให้ความหมายข้อมูล
รวมถึงหาแก่นของเรื่องภายใต้โมเดลกายจิตสังคม

(biopsychosocial model) และการวิเคราะห์ปัจจัย 4 ประการ
(4P's) โดยเชื่อมโยงและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในแง่ต่างๆ ทั้งใน
เชิงเหตุและผล รายงานผลการวิเคราะห์ในลักษณะการพรรณนา

ในส่วนของผู้ให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ ทำการ
สัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้การปรึกษาที่มีประสบการณ์ให้บริการ
ผู้มีภาวะวิกฤตของสายด่วนสุขภาพจิต 1323 จำนวนทั้งสิ้น 5 ราย
อ้างอิงจำนวนผู้ให้การปรึกษาตามการศึกษาของ Rossouw และ
คณะ¹¹ ดำเนินการสัมภาษณ์ครั้งละ 1-2 ชั่วโมงจนข้อมูลอิ่มตัว
และบันทึกเสียง การสัมภาษณ์เชิงลึกใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่ง
โครงสร้าง (semi-structured interview) ภายใต้กระบวนการ
ให้การปรึกษาในประเด็นหลักดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพกับ
ผู้รับบริการ 2) ขั้นตอนของการสำรวจปัญหาและการประเมิน
ผู้รับบริการที่มีภาวะวิกฤต 3) แนวทางในการช่วยเหลือหรือแก้ไข
ปัญหา 4) ปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนหรือนำไปสู่ความช่วยเหลือ
ผู้รับบริการ 5) การประเมินเหตุการณ์เพื่อการส่งต่อเครือข่ายใน
การช่วยเหลือ 6) อุปสรรคในการช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีภาวะ
วิกฤต 7) การใช้ทักษะและเทคนิค และ 8) สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการ
ให้บริการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาเริ่มจากการทำการทบทวนงาน
วิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์
จากนั้นถอดข้อความจากแบบบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึก แล้วนำ
มาลงรหัสข้อความเกี่ยวแนวทางในการให้บริการปรึกษา ทำการอ่าน
ทบทวนข้อมูลซ้ำหลายครั้งแล้วถอดรหัสข้อความเป็นหมวดหมู่
เดียวกันภายใต้ประเด็นหลักข้างต้น

คณะผู้วิจัยได้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดย
ใช้วิธีตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) โดย
พิจารณาแหล่งที่มาของข้อมูล ได้แก่ แหล่งเวลา ถ้าข้อมูลต่างเวลา
กันจะเหมือนกันหรือไม่ แหล่งสถานที่ ถ้าต่างสถานที่ข้อมูลจะ
เปลี่ยนไปหรือไม่ และแหล่งบุคคล นั่นคือ ถ้าเปลี่ยนผู้ให้ข้อมูล
ข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่ รวมถึงตรวจสอบสามเส้าด้านการ
ศึกษาข้อมูล (investigator triangulation) โดยตรวจสอบว่า
ผู้วิจัยแต่ละคนได้ข้อมูลเหมือนหรือต่างกันอย่างไร ทำการเปลี่ยน
ผู้เก็บข้อมูลโดยไม่ใช้ผู้สัมภาษณ์หรือผู้รวบรวมข้อมูลจากเอกสาร
เพียงคนเดียว จากนั้นนำข้อมูลไปให้ผู้ให้ข้อมูลอ่านหรือกลับไป
ถามซ้ำอีก เพื่อให้ได้ข้อมูลตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ เลขที่ CAM-RI-IRB-2562/004 ลงวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2562 ในชื่อวิจัยเรื่องการศึกษารายกรณี: ผู้รับบริการของสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ที่มีภาวะวิกฤต

ผลการศึกษา

1. ด้านผู้รับบริการ เป็นเพศหญิงทั้ง 5 ราย มีช่วงอายุระหว่าง 20-36 ปี ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าหรือโรคอื่นที่เกี่ยวข้อง จำนวน 2 ราย ปัญหาครอบครัว 1 ราย ปัญหาความรัก 1 ราย และเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 1 ราย

ผลการวิเคราะห์โดยหลักปัจจัยทางจิตสังคม มีดังนี้ 1) ปัจจัยด้านกายภาพ (biological factors) พบว่า ผู้รับบริการมีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือมีความเสี่ยงจากการประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย 8Q และการประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q ว่ามีภาวะซึมเศร้า บางรายมีประวัติบุคคลในครอบครัวมีความคิดหรือพยายามฆ่าตัวตายและทำได้สำเร็จ นอกจากนี้ในผู้รับบริการที่มีความเปราะบางของอวัยวะในร่างกาย ผู้ป่วยติดเตียงหรือมีความเจ็บป่วยทางกายที่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้โทรมารับบริการด้วยความคิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย 2) ปัจจัยด้านจิตใจ พบว่ามีความคิดที่ไม่เหมาะสมที่ส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม และมีการเผชิญปัญหา เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาการใช้ชีวิตที่เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดความเครียดและมีวิธีการจัดการกับความเครียดไม่เหมาะสมที่ทำให้สถานการณ์เลวร้ายมากขึ้น เช่น หลบปัญหาและถอยหนี และ 3) ปัจจัยด้านสังคม พบว่าสภาพแวดล้อมในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ การถูกสังคมข่มขู่หรือคุกคาม เป็นตัวกระตุ้นที่ส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความเครียดและความกดดันอย่างต่อเนื่อง

ผลการวิเคราะห์โดยหลักปัจจัย 4 ประการ มีดังนี้ 1) ปัจจัยเสี่ยง (predisposing factors) ได้แก่ ความเจ็บป่วยหรือความเสี่ยงโรคซึมเศร้า ประวัติปัญหาสุขภาพจิต การถ่ายทอดทางพันธุกรรม ประวัติบุคคลในครอบครัวมีความคิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย 2) ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการ (precipitating factors) ได้แก่ การเผชิญปัญหา เช่น ปัญหาหนี้สิน ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว 3) ปัจจัยที่ทำให้อาการคงอยู่ (perpetuating factors)

ได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาหนี้สิน การตกงาน อาการป่วยที่ไม่ดีขึ้น 4) ปัจจัยป้องกัน (protective factors) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนทางจิตใจ อาทิ พ่อแม่ ลูก ศักยภาพในตนเอง เป้าหมายในชีวิตของผู้รับบริการที่เป็นกำลังใจ และเป็นความหวังที่อาจช่วยประคับประคองให้ผู้รับบริการปรับตัวกับปัญหาวิกฤตที่เผชิญอยู่ได้อย่างเหมาะสม

2. ด้านผู้ให้บริการปรึกษา เป็นเพศชาย 2 ราย หญิง 3 ราย ช่วงอายุระหว่าง 27-35 ปี และมีประสบการณ์ในการให้การปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์ 3-5 ปี

ด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้รับบริการ พบว่าโดยรวมผู้ให้บริการจะให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธ์กับผู้รับบริการเป็นลำดับแรก เพื่อให้การปรึกษาเป็นไปในทิศทางเดียวกันและเกิดความราบรื่นในการให้การปรึกษาหรือช่วยเหลือ โดย

1) พูดคุยเรื่องทั่วไป ชวนผู้รับบริการพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องราวต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ตัวอย่างข้อมูล “วันนี้ทานข้าวหรือยังคะ” “วันนี้วางแผนจะทำอะไรบ้าง”

2) สร้างความร่วมมือในการจัดการปัญหา โดยผ่านการสะท้อนความรู้สึกให้ผู้รับบริการรับรู้ได้ว่าผู้ให้บริการเข้าใจและรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้รับบริการอย่างแท้จริง และพร้อมที่จะช่วยเหลือด้วยความเต็มใจเป็นที่สุด ตัวอย่างข้อมูล “ฟังจากน้ำเสียงแล้วดูเหมือนคุณกำลังรู้สึกเศร้านะคะ” “วันนี้มีอะไรให้ทาง 1323 ช่วยเหลือคะ”

3) สร้างความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และไว้วางใจ เพื่อให้เกิดความร่วมมือจากผู้รับบริการ หากผู้รับบริการไม่ให้ความร่วมมือ ไม่ไว้วางใจผู้ให้บริการ จะทำให้การให้บริการปรึกษาหรือช่วยเหลือไม่ประสบความสำเร็จ วิธีการสร้างความอบอุ่นปลอดภัยมักแสดงออกผ่านการรับฟังอย่างตั้งใจ สะท้อนความรู้สึก การเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้รับบริการในขณะนั้น ตัวอย่างข้อมูล “เขาต้องการใครสักคนอยู่เคียงข้างในยามที่ตนเองรู้สึกหมดหนทาง รู้สึกหมดคุณค่า ต้องการพึ่งใครสักคนให้ก้าวข้ามความทุกข์ใจนี้” “ยิ่งในกรณีภาวะวิกฤตยิ่งต้องสร้างสัมพันธ์ภาพให้เกิดความไว้วางใจเป็น

ที่สุดด้วยทักษะการฟังการสะท้อนความ

ขั้นตอนสำรวจปัญหาและประเมินผู้รับบริการที่มี

ภาวะวิกฤต ผู้ให้การปรึกษาใช้ทักษะการปรึกษาในการสำรวจ
ปัญหา รวมถึงการประเมินผู้รับบริการที่มีภาวะวิกฤต ดังนี้

1) การฟังอย่างตั้งใจ เป็นทักษะสำคัญมากที่สุดของผู้
ให้การปรึกษาเพื่อรับฟังปัญหาของผู้รับบริการและสามารถ
เข้าใจตรงกันกับผู้รับบริการถึงปัญหาที่เกิดขึ้น รับรู้ถึงข้อมูล
ต่างๆ ได้อย่างครบถ้วน ทั้งในเรื่องของสภาพแวดล้อม ที่อยู่
พิกัดหรือสถานที่ที่ผู้รับบริการอยู่ ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญให้กับ
หน่วยงานในพื้นที่ หากผู้รับบริการมีความรุนแรงที่จำเป็นต้อง
ประสานกับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ผู้รับบริการมากที่สุด ตัวอย่างข้อมูล
“เนื่องจากการให้บริการช่วยเหลือผ่านทางโทรศัพท์ ผู้ให้การ
ปรึกษาไม่สามารถสังเกตถึงพฤติกรรมหรือการกระทำใดๆ ของ
ผู้รับบริการได้ การฟังจึงเป็นทักษะสำคัญที่ควรฝึกให้นาย
เป็นอย่างแรก” “มีสติ ไวที่จะฟังว่าเขาอยู่ที่ใด มีความเสี่ยง
กระทำมากน้อยแค่ไหน และให้ผู้รับบริการได้ระบายเรื่องราว
ปัญหา”

2) การใช้คำถามปลายเปิด เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับ
บริการได้เล่าถึงปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างครบถ้วน และให้ผู้ให้
บริการทำความเข้าใจถึงสถานการณ์ปัญหาอย่างชัดเจน จะส่ง
ผลให้การช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำถามที่ใช้เป็น
ทั้งการถามเพื่อหาคำตอบใหม่ และการถามเพื่อสะท้อนความ
ซึ่งช่วยให้เกิดความเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งในส่วนของผู้ให้
บริการปรึกษาและผู้รับบริการปรึกษา ตัวอย่างข้อมูล “ควร
ถามเพื่อทบทวนความรู้สึกของผู้รับบริการ และทำความเข้าใจ
ปัญหาที่เกิดขึ้น”

3) การสะท้อนความ ทั้งการสะท้อนความรู้สึกและ
การสะท้อนความคิด ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับบริการรับรู้ว่าคุณให้การ
ปรึกษารับฟังปัญหาและรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้รับบริการอย่าง
แท้จริง ผู้ให้การปรึกษาสามารถสะท้อนความรู้สึกตรงกับความรู้สึก
ของผู้รับบริการได้อย่างถูกต้อง ตัวอย่างข้อมูล เป็นการ
บอกให้ผู้รับบริการรู้ว่าตนเองคิดหรือรู้สึกอย่างไรในขณะนั้น
จะเป็นการสะท้อนแบบซับซ้อน เช่น ผู้รับบริการพูดว่า “ไม่มี
ใครรักฉันหรอก ฉันเลยต้องอยู่คนเดียว” ผู้ให้บริการสะท้อน

ว่า “คุณกำลังรู้สึกโดดเดี่ยว คุณอยากให้มีคนเห็นใจและเข้าใจ”

แนวทางการช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีภาวะวิกฤต

1) ค้นหาศักยภาพของผู้รับบริการ โดยผู้ให้การปรึกษา
ต้องมีความเชื่อว่าทุกคนมีศักยภาพในตนเอง ช่วยให้ผู้รับบริการ
มองเห็นถึงข้อดีและความสามารถของตนเอง เน้นการพิจารณา
เฉพาะข้อดีของตนเอง เพื่อให้ผู้รับบริการมีกำลังใจในตนเองมาก
ขึ้น รับรู้ว่าตนเองก็มีศักยภาพและมีความสามารถเช่นกัน ตัวอย่าง
ข้อมูล “ใช้เนื้อหาจากการฟังในสิ่งที่ผู้รับบริการพูดออกมาเพื่อ
ทบทวนศักยภาพหรือความสำเร็จในอดีต” “ชื่นชมและให้กำลังใจ
ผู้รับบริการเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการพัฒนาตนเอง”

2) ค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ โดยจะเป็นบุคคล สิ่งของ
หรือสัตว์เลี้ยง ให้ผู้รับบริการคิดถึงสิ่งที่ทำให้ตนเองยังมีความสุข
และอยากมีชีวิตอยู่เพื่อบุคคลหรือสิ่งของเหล่านั้น ตัวอย่างข้อมูล
ผู้ให้บริการ “อะไรที่ทำให้คุณตัดสินใจอยู่ต่อไป” ผู้รับบริการ
“ตอนนี้ก็ยังเป็นห่วงแมว กลัวว่าจะไม่มีใครดูแล”

3) ค้นหาความหวังของผู้รับบริการ ตัวอย่างข้อมูล “เน้น
ถึงสิ่งที่ผู้รับบริการคาดหวังกับตนเอง บุคคลที่ผู้รับบริการรัก”
“ทำให้ผู้รับบริการไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีความหวังที่จะมีชีวิตอยู่
ต่อไป” “ทำให้ผู้รับบริการเกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองเพื่อทำ
ในสิ่งที่ตั้งใจไว้”

4) ค้นหาเป้าหมายในชีวิตของผู้รับบริการ ตัวอย่างข้อมูล
“เริ่มต้นวางแผนเป้าหมายจากสิ่งที่สามารถทำได้ในทุกๆ วัน” “ใช้สิ่ง
ยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้รับบริการเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการไม่รู้สึก
โดดเดี่ยวหรือท้อแท้ในการทำตามที่ตั้งเป้าหมายไว้”

5) ประสานกับญาติและหน่วยงานในพื้นที่ โดยเริ่มต้น
จากการประสานกับทางญาติเพื่อรับทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นก่อน
จากนั้นประสานงานกับเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือเจ้าหน้าที่ปกครองใน
พื้นที่ในการเข้าสำรวจสถานการณ์ และประสานกับทางหน่วยงาน
ด้านสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อเข้าช่วยเหลือเยียวยาและรักษาต่อไป
ตัวอย่างข้อมูล “ประสานให้ตำรวจให้ลงพื้นที่ เข้าไปตรวจดู
เหตุการณ์จริง” “ค้นหาบุคคลที่ผู้รับบริการไว้วางใจ”

**ปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนหรือนำไปสู่ความช่วยเหลือผู้รับ
บริการที่มีภาวะวิกฤต** เช่น เพื่อนนักจิตวิทยาเข้าช่วยเหลือในการ
ประสานงานกับหน่วยงานในพื้นที่ การทบทวนการทำงานร่วมกัน

หลังจบการช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีภาวะวิกฤต ได้แก่

1) พัฒนาศักยภาพนักจิตวิทยา เพื่อให้เกิดความพร้อมด้านจิตใจในการจะรับมือกับผู้รับบริการที่มีภาวะวิกฤต โดยผู้ให้การปรึกษาต้องมีสติ สมาธิ ไม่วิตกกังวลว่าจะช่วยเหลือไม่ได้ ตัวอย่างข้อมูล “ต้องให้นักจิตวิทยาผ่านการอบรมทบทวนความรู้อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จากผู้เชี่ยวชาญ” “การศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับแนวทางการจัดการปัญหาในผู้ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย”

2) ถอดบทเรียนแนวทางการจัดการปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างข้อมูล “การทบทวนความรู้ในกลุ่มผู้ให้บริการ (peer review) และการประชุมปรึกษารายกรณี (case conference) ของกลุ่มงานและหน่วยงาน”

การประเมินเหตุการณ์เพื่อการส่งต่อเครือข่ายในการช่วยเหลือ โดยหลักสำคัญคือ ผู้ให้การปรึกษาจะประเมินความเสี่ยงของผู้รับบริการที่มีแนวโน้มในการที่จะกระทำซ้ำอีก ด้วยการพิจารณาจากโรคจิตเวช โรคซึมเศร้า โรคทางกายเรื้อรัง ตัวกระตุ้นที่อาจจะทำให้ผู้รับบริการมีความคิดฆ่าตัวตาย เช่น บางคนมีโรคประจำตัวเรื้อรังที่ทำให้ไม่ยอมมีชีวิตอยู่ ได้รับการกดดันทางสังคม เช่น ตกงาน หย่าร้าง มีปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ มีภาวะซึมเศร้า มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย จำเป็นต้องมีการส่งต่อเพื่ออยู่ในความดูแลของทีมที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ตัวอย่างข้อมูล “ประเมินความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ด้วยแบบประเมิน 2Q 9Q และ 8Q” “ค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้รับบริการมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย” “ควรมีข้อมูลเกี่ยวกับการประสานหน่วยงานพื้นที่เพื่อเข้าให้การช่วยเหลือ”

อุปสรรคในการช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีภาวะวิกฤต ได้แก่ สภาพแวดล้อมของผู้รับบริการไม่เอื้อต่อการช่วยเหลือได้ทันทีทั้งที่ เช่น อยู่ตัวคนเดียว ไม่รู้จักเพื่อนบ้าน มีความขัดแย้งกับญาติหรือเพื่อนบ้าน สำหรับปัจจัยเฉพาะของตัวผู้รับบริการ ได้แก่ ความรุนแรงของการป่วย ขาดยา ไม่ให้ความร่วมมือ หมกมุ่นความหวัง มีความเชื่อที่ผิดต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม ตัวอย่างข้อมูล “ปัญหาล้วนใหญ่ที่พบคือผู้รับบริการหมดความหวัง ไม่เห็นค่าในตนเอง” “ขาดการทำงาน

ที่ประสานกับหน่วยงานในท้องที่เพื่อช่วยเหลือ” “ผู้รับบริการมักอยู่ตัวคนเดียว แยกตัว คิดว่าตนเองไร้ค่า”

การใช้ทักษะ ทฤษฎี และเทคนิคในการให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีภาวะวิกฤตตลอดระยะเวลาของการให้การปรึกษา เพื่อดึงศักยภาพของผู้รับบริการมาใช้ในการแก้ไขปัญหา ตัวอย่างข้อมูล “สิ่งที่สำคัญคือการสร้างความไว้วางใจ ผู้รับบริการจึงจะพูดคุยปัญหาที่เกิดขึ้น” “เวลาที่ผู้รับบริการเริ่มสับสนจำเป็นต้องสรุปความเพื่อให้การพูดคุยนั้นไม่หลงประเด็น” “น้ำเสียงที่ใช้ในการพูดคุยต้องชัดเจน และหนักแน่นมั่นคง” “การจัดการความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดขึ้นของผู้รับบริการทั้งความคิดต่อตนเองและต่อสิ่งรอบข้าง” “ใช้เทคนิคของจิตบำบัด แนวชาเทียร์¹² เป็นแนวทางในการพูดคุยเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้รับบริการ” “ใช้พื้นฐานเรื่องผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง”

สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการให้บริการปรึกษาแก่ผู้รับบริการที่มีภาวะวิกฤต ตัวอย่างข้อมูล ได้แก่ “การฟังอย่างตั้งใจจะช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่นที่จะเล่าปัญหาออกมา และสามารถให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม” “ผู้ให้การปรึกษาคควรพยายามหาจุดดี จุดแข็ง เพื่อนำมากระตุ้นให้ผู้รับบริการเห็นคุณค่าของตนเอง” “ในการให้การปรึกษาในภาวะวิกฤต ผู้รับบริการมักจะมาด้วยปัญหาที่หลากหลายและมีความแตกต่างกัน ทำให้ผู้ให้บริการได้เรียนรู้และพัฒนาตนเองในการใช้ทักษะและเทคนิคต่างๆ มาใช้กับผู้รับบริการรายอื่นๆ” สุดท้ายความสำเร็จของการช่วยเหลือเกิดขึ้นจากการที่ผู้ให้การปรึกษาไม่ทำร้ายความรู้สึกของผู้รับบริการและต้องจัดการความคาดหวังของตนเอง หากไม่สามารถช่วยเหลือผู้รับบริการได้ประสบความสำเร็จ และเคารพในการตัดสินใจของผู้รับบริการ

วิจารณ์

ปัญหาและสาเหตุของผู้รับบริการที่มีภาวะวิกฤตของผู้รับบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของอารมณ์ ทำให้การทำงานของสมองผิดปกติไป¹³ นอกจากนี้ปัจจัยด้านพันธุกรรมก็เป็นปัจจัยหนึ่งในการเกิดโรคซึมเศร้า ในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้าสมาชิกคนอื่นๆ ใน

ครอบครัวจะมีโอกาสป่วยได้มากกว่าคนทั่วไป 2.8 เท่า¹⁴ ทั้งนี้จากการวิเคราะห์ผู้รับบริการ 5 ราย พบว่ามีปัจจัยด้านกายภาพที่ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความผิดปกติของการจัดการกับปัญหาหรือการแก้ไขปัญหาที่ไม่เหมาะสมกับปัญหาที่เผชิญอาการที่พบจากการศึกษานี้ ได้แก่ นอนไม่หลับ เบื่อหน่าย ทำร้ายตนเอง เบื่ออาหาร ทำลายข้าวของ สอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าของทั้ง ICD-10 และ DSM-IV^{15,16} และสอดคล้องกับการวิจัยของ ศุภชัย และคณะ¹⁷ ที่พบว่า ปัจจัยด้านความคิดอัตโนมัติทางลบและได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยสามารถร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 39.1 และการวิจัยของกุศลภรณ์ และคณะ¹⁸ พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ ได้แก่ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม รู้สึกไม่อบอุ่นเมื่ออยู่บ้าน มีความเครียดขณะตั้งครรภ์ เคยผ่านการแท้งมาก่อน เคยป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และสมาชิกในครอบครัวมีอาการป่วยเป็นโรคจิตเภท นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้า โรคจิตเภท วิตกกังวล มีประวัติฆ่าตัวตายมาก่อน ความผิดปกติของบุคลิกภาพ การใช้สารเสพติด อยู่ในครอบครัวที่ขาดความผูกพัน พ่อแม่มีประวัติเคยฆ่าตัวตาย ความรู้สึกด้อยค่า เหตุการณ์สำคัญในชีวิตที่นำมาสู่ความเครียดอย่างมาก ใช้การเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งแตกต่างกันไปตามเพศภาวะ¹⁹ อีกทั้งการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ การมีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด การมีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว การผ่อนคลายความเครียดที่ไม่เหมาะสม และการไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม²⁰

แนวทางในการช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีภาวะวิกฤต การค้นหาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ความรู้สึกอบอุ่นหัวใจ ความไว้วางใจ ความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ จะช่วยให้เกิดความร่วมมือในการจัดการปัญหาและสามารถลดความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายได้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมชี้ให้เห็นว่าการให้การปรึกษาเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้า ป้องกันการทำร้ายตนเอง ช่วยให้คนเรียนรู้ต่อการปรับตัวเข้ากับสังคมได้มากขึ้น²¹

นอกจากนี้งานของวณ ปฐมวิชัยวัฒน์³ พบว่าผู้ให้การช่วยเหลือที่มีความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับทฤษฎี ขั้นตอน และกระบวนการให้การช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตาย การทำความเข้าใจสาเหตุแห่งความคิดฆ่าตัวตาย รวมถึงมีกลยุทธ์การสื่อสารด้วยความเป็นมิตร มีการจัดการอารมณ์และรักษาความมั่นคงทางอารมณ์ของตน สะท้อนปัญหาของผู้รับบริการ มีการรับรู้ตนเองของทั้งสองฝ่าย และดำเนินการสนทนาในเงื่อนไขของความลับและความเป็นส่วนตัว มีส่วนช่วยให้การปรึกษาประสบความสำเร็จได้

สำหรับรูปแบบหรือแนวทางในการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ในภาวะวิกฤต จากผลของการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ให้การปรึกษาไม่ได้ใช้เทคนิคหรือแนวทางอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น แต่เป็นการให้การปรึกษาแบบผสมผสานวิธี ขึ้นอยู่กับการได้รับการอบรมและฝึกหัดมาของผู้ให้บริการซึ่งแตกต่างกันออกไป จากผลการศึกษาพบว่าวิธีการให้การปรึกษาส่วนใหญ่ใช้รูปแบบผสมผสานทฤษฎี เป็นกระบวนการที่นำเอาแนวคิดและเทคนิคต่างๆ ของทฤษฎีการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาหลายแนวคิดมาประยุกต์ใช้ร่วมกัน ซึ่งแนวทางการให้การปรึกษาแบบผสมผสาน ประกอบด้วย 1) เป้าหมายเพื่อกำหนดสิ่งที่ต้องการทำให้สำเร็จทั้งในระยะสั้นและระยะยาว 2) เป็นการแสวงหาแนวทางที่หลากหลายเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และ 3) เน้นกำลังใจทั้งจากตนเองและคนรอบข้าง²² อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่ารูปแบบการให้การปรึกษาของผู้ให้บริการเน้นพื้นฐานการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางของ Carl Rogers ที่มองว่ามนุษย์จะใช้ศักยภาพที่มีอยู่ของตนเองเพื่อแสวงหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาและรับผิดชอบตนเอง เนื่องจากบุคคลเป็นผู้รู้ปัญหาของตนได้ดีที่สุด ถ้าบุคคลยอมรับตนเองก็จะสามารถจัดการปัญหาของตนเองได้²³

ทั้งนี้ เอกสารที่เกี่ยวข้องจากต่างประเทศพบว่าการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ได้รับความนิยมมากขึ้น เนื่องจากผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายและค่าใช้จ่ายที่ไม่สูงเกินไป อย่างไรก็ตามยังพบข้อจำกัดในการให้บริการหลายอย่าง เช่น ไม่สามารถควบคุมสภาพแวดล้อมขณะให้บริการได้ ข้อจำกัดของความเป็นส่วนตัวและความลับในการให้บริการ และการปรับตัว

ของผู้ให้บริการในการให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์⁴ สำหรับอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ 1323 คือสัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการที่อาจจะขาดความเชื่อมั่น รวมถึงการจัดการตนเองของผู้ให้บริการที่ยังมีความคาดหวังต่อผู้รับบริการ หรือขาดสมาธิในการจดจ่อรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้รับบริการ²⁴

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่สามารถนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงในสถานการณ์หรือบริบทอื่นได้ แต่สามารถใช้ในการอธิบายสถานการณ์เฉพาะที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับการศึกษาวิจัยนี้ และด้วยวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพอาจทำให้การผิดพลาดเกี่ยวกับความตรงของข้อมูล เช่น การสัมภาษณ์ หรือการถอดข้อมูล ในการเก็บข้อมูลจำเป็นอย่างยิ่งจะต้องมีการปฏิสัมพันธ์ที่ระหว่งผู้เก็บข้อมูลและประชากรที่ศึกษา นอกจากนี้โครงสร้างการเก็บข้อมูลไม่มีความแน่นอนจึงยากต่อการนำไปใช้ซ้ำ

สรุป

คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ให้บริการที่มีบริบทคล้ายคลึงกันในการช่วยเหลือผู้รับบริการ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการให้การปรึกษาทางสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ผู้ให้บริการจำเป็นต้องมีทักษะการปรึกษาทางโทรศัพท์ที่มีลักษณะเฉพาะต้องทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้รับบริการ เพื่อให้สามารถวางแผนและหาแนวทางในการจัดการภาวะอารมณ์และปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งนี้มีความจำเป็นที่จะต้องประเมินภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ที่อยู่ในภาวะวิกฤต เพื่อช่วยให้สามารถให้บริการปรึกษาได้ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการได้มากขึ้น

ความรู้เดิม: ยังไม่มีแนวทางให้บริการปรึกษาผู้มีภาวะวิกฤตทางโทรศัพท์ที่เป็นรูปธรรม

ความรู้ใหม่: ได้แนวทางการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของผู้รับบริการ รวมถึงแนวทางให้บริการปรึกษาผู้มีภาวะวิกฤตทางโทรศัพท์

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: ปรับใช้และเผยแพร่แนวทางให้บริการปรึกษาสำหรับหน่วยงานที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

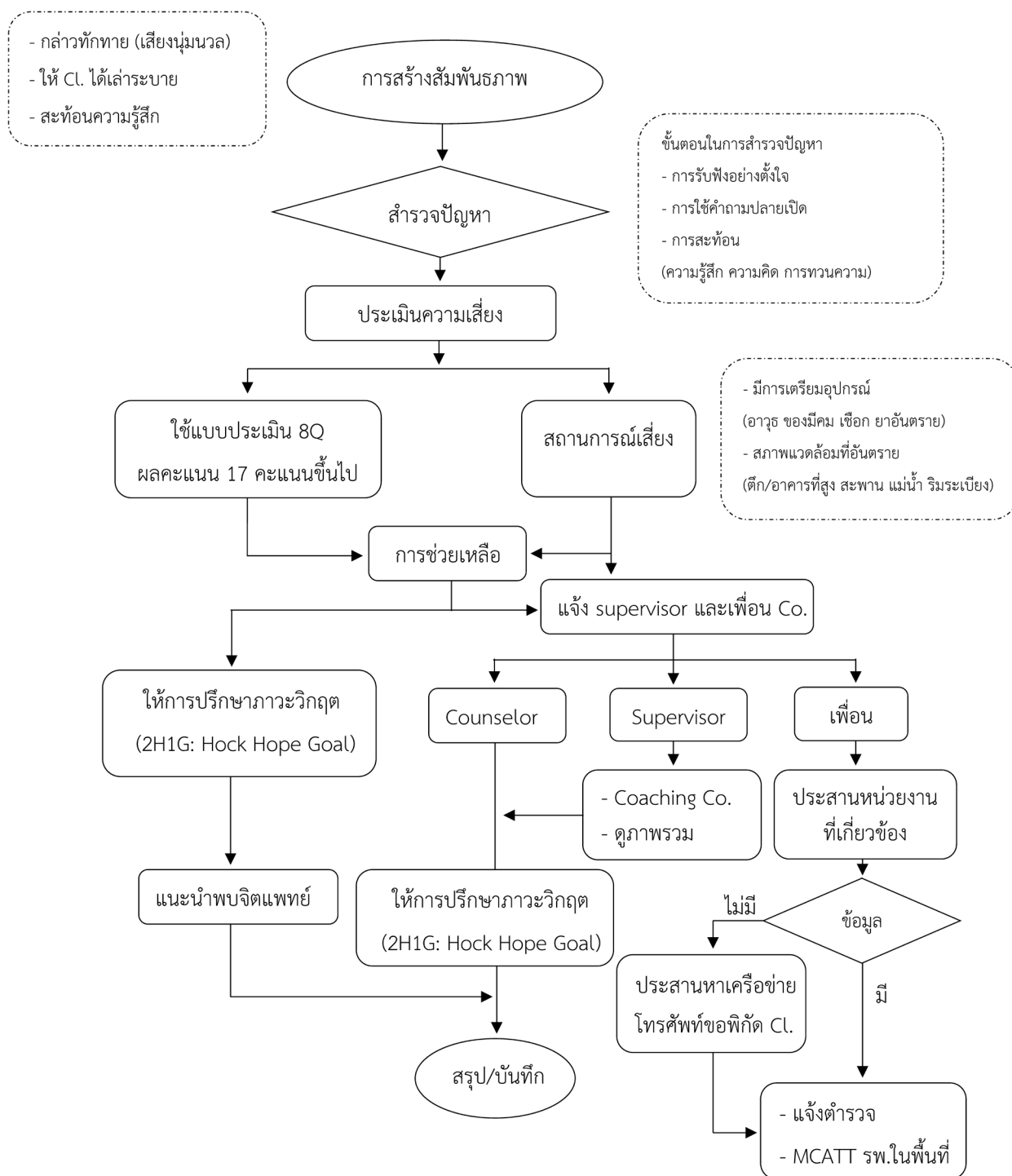
เอกสารอ้างอิง

1. อนุพงศ์ คำมา. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ: กรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย [Risk factors associated with suicide: A case-control study in Sukhothai province]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2556;58:3-16.
2. วรภรณ์ ประทีปธำนันต์. อัตราการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี [Rate of suicide and factors related to suicidal behavior at Chaophayayommarat hospital Suphanburi province]. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2557;28(3):90-103.
3. วฤณ ปฐมวิชัยวัฒน์. ประสบการณ์ทางจิตใจของนักจิตวิทยาให้การปรึกษาในการทำงานกับผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย [Psychological experience of counseling psychologists working with high risk suicidal clients] [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
4. Gretchen AB, Cobi WI, Suzanne CD. Benefits and challenges of conducting psychotherapy by telephone. Prof Psychol Res Pr. 2011; 42: 543-9. doi:10.1037/a0026135.

5. Mohr DC, Hart SL, Howard I, Julin L, Vella L, Catledge C, et al. Barriers to psychotherapy among depressed and nondepressed primary care patients. *Ann Behav Med.* 2006;32:254-8. doi:10.1207/s15324796abm3203_12.
6. da Silva JAM, Siegmund G, Bredemeier J. Crisis interventions in online psychological counseling. *Trends Psychiatry Psychother.* 2015;37:171-82. doi:10.1590/2237-6089-2014-0026.
7. Dadfar M, Lester D. A study of callers to a telephone counselling service. *Illness Crisis & Loss.* 2019 Feb. doi:10.1177/1054137319833299.
8. ฆฤณ ฆนอมกิตติ. สมาริตันส์สายด่วนรับฟังเพื่อช่วยไม่ให้คนฆ่าตัวตาย [Samritan suicidal helpline how to prevent a suicidal] [อินเทอร์เน็ต]. นิตยสาร a day. กรุงเทพฯ: บจก. เดย์ โพเฮอร์ส. 2561 [สืบค้นเมื่อวันที่ 22 พ.ย. 2562]. จาก: <https://adaymagazine.com/se-samaritans/>.
9. Tohid H. Robin Williams' suicide: a case study. *Trends Psychiatry Psychother.* 2016;38:178-82. doi:10.1590/2237-6089-2015-0064.
10. Gtaser BC, Strauss AL. The discovery of grounded theory. Chicago: Aldine; 1967.
11. Rossouw G, Rossouw G, Smythe E, Greener P. Therapists' Experience of Working with Suicidal Clients. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology.* 2011;11:1-12. doi:10.2989/IPJP.2011.11.1.4.1103.
12. นงพงา ลิ้มสุวรรณ, นวนันท์ปิยะวัฒน์กุล, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. Satir Model. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2550;52:1-6.
13. Aan het Rot M, Mathew SJ, Charney DS. Neurobiological mechanisms in major depressive disorder. *CMAJ.* 2009;180:305-13. doi:10.1503/cmaj.080697.
14. Shyn SI, Hamilton SP. The genetics of major depression: moving beyond the monoamine hypothesis. *Psychiatr Clin North Am.* 2010;33:125-40. doi:10.1016/j.psc.2009.10.004.
15. World health organization. International classification of diseases 10th revision (ICD-10). Malta: WHO; 1992.
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV, 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
17. ศุภชัย ตู้กลาง, อรพรรณ ทองแดง, ชีรศักดิ์ สาตรา, สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร [Factors influencing depression among early adolescents in extended educational opportunity school of Samutsakhon province]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2555;57:283-94.
18. กุศลภรณ์ วงษ์นิยม, สุพร อภินันท์เวช. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ โรงพยาบาลศิริราช [The prevalence and associated factors of depression in teenage pregnancy at Siriraj hospital]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2557;59:195-205.
19. สุพัทธรา สุขาวท, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. ปัจจัยเสี่ยงและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น: การทบทวนวรรณกรรมเชิงลึก [Risk factor and suicide theory associated with suicide in adolescents: a narrative reviews]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2560;62:359-78.
20. มาลินี อยู่ใจเย็น, สุทธนันท์ กัลป์กะ, ศศิวิมล บุณยะเรช, ไชณภา แก้วจันทร์รา. การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในชุมชนแออัดแห่งหนึ่ง [A study of factors relating to depressive disorder among people who live in slum in Bangkok]. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี.* 2561;34:100-7.
21. Snyder CR. Handbook of hope theory, measures, and applications. California: Academic Press; 2000.
22. ดวงมณี จงรักษ์. ทฤษฎีการให้การปรึกษาและจิตบำบัดเบื้องต้น [Introduction to theory of counselling and psychotherapy]. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น); 2556.

23. Corey G. Theory and practice of counseling and psychotherapy. Boston MA: Cengage Learning; 2017.
24. Haas LJ, Benedict JG, Kobos JC. Psychotherapy by telephone: risks and benefits for psychologists and consumers. Professional Psychology: Research and Practice. 1996;27:154–60. doi:10.1037/0735-7028.27.2.154.

แผนผังแนวทางการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ในภาวะวิกฤต สายด่วนสุขภาพจิต 1323



นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความจำในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มีความบกพร่องพุทธิปัญญา

วันรับ : 27 สิงหาคม 2562
 วันแก้ไข : 2 มีนาคม 2563
 วันตอบรับ : 28 เมษายน 2563

อรสา ฉวาง, กศ.ม., ัณยพร สุขประเสริฐ, พย.ม.,
 มาลี หนานเจียง, วท.ม.
 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบคะแนนผลการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่บกพร่องพุทธิปัญญาก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความจำและระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความจำกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการ: วิจัยกึ่งทดลองในผู้ป่วยโรคจิตเภทอายุ 60 ปีขึ้นไป ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 24 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย จับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะใกล้เคียงกัน ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นจิตเภท จับสลากเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 12 คน กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติและได้รับโปรแกรมส่งเสริมความจำที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น กลุ่มควบคุมได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมส่งเสริมความจำในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มีความบกพร่องพุทธิปัญญา ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini Mental State Examination Thai 2002; MMSE-Thai 2002) วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที

ผล: ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่บกพร่องพุทธิปัญญาหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความจำมีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่บกพร่องพุทธิปัญญา สามารถเรียนรู้และฝึกฝนได้ เมื่อได้รับการส่งเสริมและกระตุ้นความจำโดยประเมินได้จากคะแนนผลการทดสอบสภาพสมองที่เพิ่มขึ้น จึงควรนำโปรแกรมส่งเสริมความจำมาใช้ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ เพื่อเพิ่มความสามารถด้านความจำ

คำสำคัญ: ความบกพร่องพุทธิปัญญา จิตเภทสูงอายุ โปรแกรมส่งเสริมความจำ

ติดต่อผู้นิพนธ์: อรสา ฉวาง; e-mail: orasacw@gmail.com

Original article

The effectiveness of memory training program on cognitive function of geriatric patients with schizophrenia

Received : 27 August 2019

Revised : 2 March 2020

Accepted : 28 April 2020

Orasa Chawang, M.Ed., Thanyaporn sukprasert, M.N.S.,

Malee Nanchaing, M.S.

Somdet Chaopraya institute of psychiatry

Abstract

Objective: To compare the mean MMSE score of geriatric patients with schizophrenia and cognitive impairment before and after receiving memory training program, and the mean MMSE score of the patients who received the training and those who received only conventional nursing care.

Methods: This was a quasi-experimental study conducted in inpatients aged over 60 who were diagnosed with schizophrenia at Somdet Chaopraya institute of psychiatry. Twenty four people were allotted using purposive sampling into experimental and control groups, with twelve people in each group. The experimental group received conventional nursing care with the addition of memory training program while the control group received only conventional nursing care. Cognitive level were measured using the Mini Mental State Examination Thai 2002 (MMSE-Thai 2002). The data were analysed using percentage, mean, standard deviation and t-test.

Results: The mean MMSE score of the experimental group after receiving the memory training program was significantly higher than before the program and that of the control group ($p = .05$).

Conclusion: The geriatric schizophrenic patients with cognitive impairment could benefit from the memory training program. The result showed that the mean MMSE score after receiving the program was significantly higher than before the program. Hence the memory training program should be used in conventional nursing care.

Keywords: cognitive impairment, geriatric schizophrenic patients, memory training program

Corresponding author: Orasa Chawang; e-mail: orasacw@gmail.com

บทนำ

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นหนึ่งในโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดในประเทศไทย จากข้อมูล หน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ารับบริการเป็นจำนวนมากกว่าผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ ในปี พ.ศ. 2554-2556 มีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มาเข้ารับบริการทั้งสิ้น 431,901 คน 388,779 คน และ 354,695 คน ตามลำดับ คิดเป็นอัตรา 644.90, 604.95 และ 547.49 ต่อแสนประชากร และในทุกๆ ปีจะมีผู้ป่วยใหม่ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท 1 คนต่อประชากร 1 หมื่นคนหรือปีละประมาณ 6,000 คน¹ อาการของโรคจิตเภท แสดงออกถึงความผิดปกติของกระบวนการคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการหลัก² คืออาการด้านบวก เป็นอาการที่ผู้ป่วยแสดงออกมากกว่าคนปกติโดยทั่วไป ในด้านความคิด และประสาทสัมผัส ได้แก่ ความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของการพูด ความผิดปกติของพฤติกรรม อาการด้านลบ ได้แก่ เฉยเมยไม่แสดงอารมณ์ พูดน้อยหรือไม่พูด ไม่มีแรงจูงใจหรือเฉื่อยชาลง ภาวะไม่ยินดียินร้าย ไม่เข้าสังคม อาจจะค่อยเป็นค่อยไป และมักพบในช่วงหลังของการดำเนินโรค³ ซึ่งจะทำให้เป็นปัญหาต่อตนเอง เช่น การใช้ชีวิต การเรียนรู้ สภาวะสมองที่เสื่อมลง และเกิดความบกพร่องทางพุทธิปัญญา (cognitive impairment) การเข้าสังคม รวมถึงการดูแลตัวเองของผู้ป่วย ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้นแย่ลง และเกิดภาวะแก่ผู้ดูแล⁴ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของสารสื่อประสาทที่มีผลต่อการทำงานของสมอง ทำให้เกิดความบกพร่องพุทธิปัญญาในด้านต่างๆ ได้แก่ ความจำ ความสนใจ การบริหารจัดการ (executive functions) และ working memory⁵ และผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมีความผิดปกติของพุทธิปัญญามากถึงร้อยละ 73.0 ถึง 100.0⁶ และจากการที่โรคจิตเภท มีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง มีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว จึงส่งผลต่อความบกพร่องพุทธิปัญญาที่เพิ่มมากขึ้นด้วย ทำให้ผู้ป่วยประสบปัญหาเมื่อกลับเข้าสู่ครอบครัวและสังคม แม้จะได้รับการรักษาจนอาการทางจิตเวชดีขึ้นแล้วก็ตาม

ผู้ป่วยจิตเภทนอกจากมีความบกพร่องพุทธิปัญญาจากพยาธิสภาพของโรคแล้ว เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุความบกพร่องพุทธิปัญญาจะเพิ่มมากขึ้นจากความผิดปกติในการทำงานของ

สมองโดยรวมตามวัย รวมทั้งอาจมีสาเหตุจากโรคหรือภาวะต่างๆ ที่เกิดร่วมด้วย⁷ ผลการสำรวจความบกพร่องทางพุทธิปัญญาในผู้สูงอายุไทยจากการศึกษาระดับชาติ ปี 2551⁸ พบว่าความบกพร่องทางพุทธิปัญญามีความสัมพันธ์กับอายุ สถานภาพสมรส และอาชีพ ซึ่งภาวะบกพร่องพุทธิปัญญาหรือภาวะสมองเสื่อม มีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง ความบกพร่องสำคัญที่พบได้แก่ ความบกพร่อง ด้านความจำ ความสนใจ และการบริหารจัดการ ผลกระทบจากภาวะบกพร่องพุทธิปัญญา จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการหลงลืม ความจำบกพร่องและความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Bozikas⁹ ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับความจำบกพร่องจะมีระดับคุณภาพชีวิตด้านการนอนหลับ การพักผ่อน ความสัมพันธ์ต่อครอบครัว และเพื่อนต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีความบกพร่องของความจำ ข้อมูลจากงานสถิติเวชระเบียนที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่อายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในระหว่างปี พ.ศ. 2557 ถึง 2559 คือ 6372, 6591, 7039 ราย ในผู้ป่วยนอก และ 141, 158, 170 ราย ในผู้ป่วยใน ตามลำดับ และเมื่อสำรวจปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์พยาบาลด้วยคำถามที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องพุทธิปัญญา ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทักษะทางสังคม ความจำสัมพันธภาพ พบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการรับรู้เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ไม่ถูกต้องตามจริง รองลงมาคือ มีอาการหลงลืมสิ่งของและบุคคลที่ให้การพยาบาลในช่วงระหว่างวัน และความสามารถในการดูแลตัวเองด้านกิจวัตรประจำวันลดลง เช่น การใช้ห้องน้ำไม่ถูกต้อง การเคลื่อนไหวช้าลง ต้องมีคนคอยให้การช่วยเหลือ รวมทั้งปัญหาด้านสัมพันธภาพ เช่น การแยกตัวเอง ไม่ค่อยพูดคุยกับผู้อื่น สนิทสนมน้อยลง ดังนั้นภาวะบกพร่องพุทธิปัญญาจึงควรได้รับการป้องกันตั้งแต่ก่อนเริ่มมีอาการ หรือถ้าพบว่ามีอาการตั้งแต่เล็กน้อยหรือปานกลางควรได้รับการบำบัดฟื้นฟูเพื่อชะลอความรุนแรงของภาวะบกพร่องพุทธิปัญญาหรือการเกิดภาวะสมองเสื่อม

การใช้ยารักษาอาการทางจิตร่วมกับการฟื้นฟู

สมรรถภาพทางจิตสังคมบำบัดเป็นทางเลือกในการรักษาที่มีประสิทธิภาพในด้านการใช้ยารักษาภาวะบกพร่องพุทธิปัญญา มีรายงานว่าปัจจุบันยังไม่พบตัวยาใดที่ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงในการซ่อมแซมปรับปรุงปัญหาด้านความคิดหรือพุทธิปัญญาของผู้ป่วยจิตเภท ดังเช่น รายงานผลการรักษาของ Harvey และ Keefe¹⁰ ที่พบว่ายาต้านโรคจิตไม่ได้ช่วยแก้ไขด้านพุทธิปัญญาของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญสำหรับวิธีการทางจิตสังคมบำบัด มีผลการศึกษาพบว่าการศึกษาฝึกด้านพุทธิปัญญามีผลต่อการพัฒนาหน้าที่ของสมองที่สัมพันธ์กับจิตวิทยาในระดับบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทได้โดยเฉพาะเรื่องของสมาธิ ความจำ การเรียนรู้ และการปฏิบัติหน้าที่ขั้นสูง¹¹ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Tomás และคณะ¹² ที่พบว่าการใช้โปรแกรมการฝึกด้านพุทธิปัญญาสามารถแก้ปัญหาความบกพร่องทางพุทธิปัญญาของผู้ป่วยจิตเภทได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม และผลการศึกษาของ Kurtz¹³ ที่พบว่าโปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคมมีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างพุทธิปัญญาผู้ป่วยจิตเภทในด้าน working memory, verbal memory และการบริหารจัดการ การศึกษาของเยวาลักษณ์ โอโรสานนท์ และจุฬารัตน์ วิริยะรัตน์¹⁴ ได้พัฒนาและประเมินผลโปรแกรมฝึกความจำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเพศหญิงที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 2 ปีขึ้นไปพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมฝึกความจำ มีคะแนนความจำเฉลี่ยภายหลังการฝึกความจำสูงกว่าก่อนการฝึกความจำอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามการศึกษาก็เกี่ยวกับการฝึกด้านพุทธิปัญญานั้นพบว่าช่วยกระตุ้นความสามารถของสมองแต่ละด้านแยกกันตามวัตถุประสงค์ของแต่ละการศึกษาและจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในหลายงานวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาความบกพร่องพุทธิปัญญาในด้านความจำสอดคล้องกับปัญหาที่พบจากการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมส่งเสริมความจำมาฝึกด้านพุทธิปัญญาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ตรงตามปัญหาและความต้องการการพยาบาล

จากความสำคัญของการฝึกด้านพุทธิปัญญาใน

ผู้ป่วยที่มีปัญหาความบกพร่องพุทธิปัญญา ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิภาพของการนำโปรแกรมส่งเสริมความจำมาบำบัดทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่บกพร่องพุทธิปัญญา ซึ่งเป็นการดูแลทางจิตสังคมควบคู่กับการรักษาด้วยยา โดยศึกษาและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความจำจากโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มกระตุ้นความจำสำหรับผู้ป่วยในโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิต (memory training program for dementia with behavioral and psychological symptoms of dementia) ของอรษา ฉวาง¹⁵ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นและฟื้นฟูพุทธิปัญญาให้ดีขึ้นหรือช่วยชะลอความเสื่อมของพุทธิปัญญา ซึ่งเป็นมิติหนึ่งของการพยาบาลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งทำให้มีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่บกพร่องพุทธิปัญญาสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ

วิธีการ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยมีกลุ่มควบคุมวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาจำนวน 24 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือเป็นผู้ป่วยในระยะเรื้อรังติดต่อกัน หรือบำบัดระยะยาว มีแนวโน้มของความบกพร่องพุทธิปัญญาก่อนเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้าโดยมีคะแนนผลการประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยตรวจสอบคุณสมบัติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและพยาบาลที่ให้การดูแล ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย ให้ข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิ์ในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมวิจัย จับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (matched-pair) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาได้รับการวินิจฉัยเป็นจิตเภท แล้วจับสลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมความจำซึ่งผู้วิจัยศึกษาและพัฒนาจากโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มกระตุ้นความจำสำหรับผู้ป่วยในโรคสมองเสื่อม ที่มีปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิต (memory training program for dementia with BPSD) ของอรษา ฉวาง¹⁵ ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการฝึกด้านพุทธิปัญญาของสถาบันประสาทวิทยา¹⁶ และจัดทำตามกระบวนการจัดการความรู้ กิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและกระตุ้นการรับรู้ตามจริง

กิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมการรับรู้และความจำด้วยการระลึกความหลังระดับง่าย

กิจกรรมที่ 3 กระตุ้นการรับรู้ความรู้สึก ด้วยเสียงเพลงกลิ่นน้ำมันหอมระเหย และการออกกำลังกาย

กิจกรรมที่ 4 ส่งเสริมการรับรู้และความจำด้วยเรื่องราวในอดีต ระลึกถึงชีวประวัติ หรือประวัติในอดีต

กิจกรรมที่ 5 ส่งเสริมการรับรู้และความจำเกี่ยวกับประสาทสัมผัส การมองเห็น การสัมผัส การรับรส และการดมกลิ่น ใช้หลักของประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ ตา หู จมูก ลิ้น กาย (สัมผัส)

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมส่งเสริมการฝึกเรียงลำดับเหตุการณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ การจำได้ และเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเรียงลำดับเหตุการณ์

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่าการฝึกด้านพุทธิปัญญา โดยการ ฝึกทักษะ ความรู้ ความเข้าใจในด้านต่างๆ ด้วยกิจกรรมที่มีลักษณะเฉพาะสำหรับส่งเสริมทักษะด้านพุทธิปัญญาโดยตรงสามารถช่วยส่งเสริมด้านพุทธิปัญญาในผู้ป่วยสูงอายุได้¹⁶ โดยเฉพาะการใช้กิจกรรมส่งเสริมความจำ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษากิจกรรมส่งเสริมความจำที่มีประสิทธิผลต่อพุทธิปัญญาในด้านการรับรู้สภาวะรอบตัว การจำข้อมูลใหม่ สมาธิ และการคำนวณ การระลึกข้อมูล ภาษา การลอกเลียน และการจำภาพโครงสร้างด้วยตา ในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุง

แก้ไขตามข้อเสนอแนะ จากนั้นจึงนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 6 คน เพื่อหาข้อบกพร่อง แล้วนำมาปรับปรุงอีกครั้งก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นจิตเภท สถานภาพสมรส โรคร่วมทางกาย และผู้ดูแลหลัก 2) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination Thai version 2002: MMSE-Thai 2002) พัฒนาจากแบบทดสอบ MMSE ของ Folstein MF และคณะ¹⁷ โดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย¹⁶ ทดสอบแล้วมีความไว (sensitivity) ร้อยละ 92.0 ความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 92.6 โดยแบบสอบถามมี 11 หัวข้อ มีจุดตัดสำหรับคะแนนที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ในกลุ่มผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ใช้จุดตัดที่คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน (ไม่ต้องทำข้อ 4, 9, 10) ในกลุ่มผู้สูงอายุปกติที่เรียนหนังสือระดับประถมศึกษา ใช้จุดตัดที่คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนนในกลุ่มผู้สูงอายุปกติ ที่เรียนหนังสือสูงกว่าระดับประถมศึกษา ใช้จุดตัดที่คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน สำหรับข้อคำถามในการทดสอบประกอบด้วย 1) orientation for time (5 คะแนน) 2) orientation for place (5 คะแนน) 3) registration (3 คะแนน) 4) attention/calculation (5 คะแนน) 5) recall (3 คะแนน) 6) naming (2 คะแนน) 7) repetition (1 คะแนน) 8) verbal command (3 คะแนน) 9) written command (1 คะแนน) 10) writing (1 คะแนน) และ 11) visuconstruction (1 คะแนน)

การทดลองแบ่งออกเป็น 3 ระยะ

ระยะเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือและปรับปรุงเครื่องมือ ดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

จัดทำแผนดำเนินการทดลอง ขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และทดสอบสภาพสมองก่อนการทดลอง เตรียมผู้ช่วยในการวิจัยจำนวน 2 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยจิตเวช 5 ปีขึ้นไป ผ่านการอบรมฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือประเมินภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (หลักสูตร 3 วัน) ของสมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นผู้ช่วยผู้ในกลุ่มในการดำเนินการทดลอง กำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยวิจัย ดังนี้

ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 เป็นผู้ประเมินความบกพร่องพุทธิปัญญาของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมการทดลอง ด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเป็นผู้ช่วยผู้ในกลุ่ม

ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 เป็นผู้ประเมินความบกพร่องพุทธิปัญญาของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมการทดลอง ด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะดำเนินการทดลอง แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความจำ จัดกิจกรรมที่หอผู้ป่วยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 6 คน ทำกิจกรรม สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 60 นาที จำนวน 12 ครั้ง ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้การบำบัดด้วยโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมความจำทุกครั้ง โดยมีผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยนำกลุ่ม

ระยะประเมินผลการทดลอง หลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์ นัดหมายกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อทดสอบสภาพสมองหลังการทดลอง

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าทดสอบที เพื่อเปรียบเทียบคะแนน กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา

กลุ่มทดลองเป็นผู้หญิงร้อยละ 75.0 อายุ 60-70 ปี ร้อยละ 75.0 ระดับการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 58.3 ระยะเวลาได้รับการวินิจฉัย 9 ปีขึ้นไป ร้อยละ 83.4 สถานภาพแต่งงานร้อยละ 50.0 ไม่มีโรคร่วมทางกายร้อยละ 58.3 และมีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 58.3 ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.0 อายุ 60-70 ปี ร้อยละ 83.3 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 58.3 ระยะเวลาได้รับการวินิจฉัย 9 ปีขึ้นไป ร้อยละ 83.4 สถานภาพโสด ร้อยละ 58.3 มีโรคร่วมทางกาย ร้อยละ 58.3 และมีญาติเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 58.4 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนผลการทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มีความบกพร่องพุทธิปัญญาเมื่อได้รับโปรแกรมส่งเสริมความจำมีค่าเฉลี่ยของคะแนน ผลการทดสอบสภาพสมองหลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มีความบกพร่องพุทธิปัญญาเมื่อได้รับโปรแกรมส่งเสริมความจำมีคะแนนผลการทดสอบสภาพสมองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

วิจารณ์

ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มีความบกพร่องพุทธิปัญญาเมื่อได้รับโปรแกรมส่งเสริมความจำมีคะแนนผลการทดสอบสภาพสมองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมรวมทั้งมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ประเมินจากการสังเกตระหว่างร่วมกิจกรรมและเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมรวมทั้งจากบันทึกทางการพยาบาล พบว่าผู้ป่วยมีสมาธิมากขึ้นตามลำดับ สนใจกลุ่มมากขึ้น ให้ความร่วมมือในกลุ่มมากขึ้น ตอบคำถามได้ตรงประเด็นและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกต่อกันมากขึ้น มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยด้วยกันและบุคลากรดีขึ้น บ่งบอกถึงผู้ป่วยมีการรับรู้ เรียนรู้และเกิดการพัฒนาทางความคิดและพฤติกรรม แสดงว่าความบกพร่องพุทธิปัญญาในผู้ป่วย จิตเภทสามารถให้การฟื้นฟูได้เมื่อผู้ป่วยมี

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลการทดสอบสภาพสมองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ระดับการศึกษา	ค่าเฉลี่ยคะแนน MMSE		t	df	P - value
	ก่อนการทดลอง (SD)	หลังการทดลอง (SD)			
ประถมศึกษา	15.29 ± 2.63	23.14 ± 3.24	17.110	6	< .001*
สูงกว่าประถมศึกษา	21.40 ± 0.89	26.40 ± 1.52	11.180	4	< .001*

* SD แทนค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

* P-value < .05

* df แทน ค่าชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลการทดสอบสภาพสมองหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระดับการศึกษา	ค่าเฉลี่ยคะแนน MMSE	t	df	P - value
ประถมศึกษา				
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มควบคุม	15.86 ± 1.35	0.588	6	.578
กลุ่มทดลอง	15.29 ± 2.63			
หลังการทดลอง				
กลุ่มควบคุม	16.57 ± 1.72	4.831	6	.003*
กลุ่มทดลอง	23.14 ± 3.24			
สูงกว่าประถมศึกษา				
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มควบคุม	21.60 ± 0.55	0.535	4	.621
กลุ่มทดลอง	21.40 ± 0.89			
หลังการทดลอง				
กลุ่มควบคุม	21.80 ± 0.45	6.782	4	.002*
กลุ่มทดลอง	26.40 ± 1.52			

* SD แทนค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

* P-value < .05

* df แทน ค่าชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)

อาการทางจิตสงบ มีความพร้อมในการเข้าร่วมการบำบัดทางจิตสังคมซึ่งการพยาบาลด้วยกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมความจำทั้ง 6 กิจกรรม เป็นการบำบัดทางจิตสังกรมรูปแบบหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมการรับรู้และกระตุ้นความจำ ตามแนวคิดการฝึกด้านพุทธิปัญญา¹⁸ โดยกิจกรรมกระตุ้นการรับรู้ตามจริงที่ดำเนินการทุกครั้งก่อนเข้าสู่กิจกรรมหลัก ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้อย่างต่อเนื่อง และจำได้สามารถบอก วัน เวลา สถานที่ บุคคล และเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องได้ถูกต้องมากขึ้นตามลำดับ สำหรับการพัฒนามาตรฐานความสามารถในการจำจากกิจกรรมการระลึกความหลังระดับง่าย เมื่อผู้ป่วยได้รับการฝึกการรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นด้วยกิจกรรมกระตุ้นการรับรู้รู้สึกพบว่าการใช้กลิ่นจากดอกไม้ไทยเสริมกลิ่นที่เตรียมไว้ตามโปรแกรม เพลงเก่าๆ เช่น สุนทราภรณ์ และการออกกำลังกายพร้อมเสียงเพลงดังดอกไม้บาน เป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พูดคุยและคิดย้อนถึงสิ่งที่เกี่ยวข้องได้มากและช่วยกันให้ข้อมูลที่ถูกต้องรวมทั้งมีความพึงพอใจกับการได้เคลื่อนไหวร่างกายตามจังหวะ ส่วนกิจกรรมการเพิ่มการรับรู้และความสามารถในการจำผ่านเรื่องราวในอดีตตามแนวคิด reminiscence พบว่าการใช้ภาพสถานที่ท่องเที่ยวในประเทศไทย และภาพประเพณีวัฒนธรรมไทย ช่วยให้ผู้ป่วยระลึกถึงเรื่องราวที่ตนเองและครอบครัวเคยเกี่ยวข้องสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันได้มากขึ้น ในด้านการเพิ่มการรับรู้และความจำจากกิจกรรมเกี่ยวกับประสาทสัมผัส ประกอบด้วย การมองเห็น การสัมผัส การรับรส และการดมกลิ่น รวมทั้งได้รับการฝึกทักษะการเรียงลำดับเหตุการณ์ พบว่าการเรียนรู้และฝึกฝนดังกล่าว ช่วยให้ผู้ป่วยมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่กำลังทำ คิดทบทวนเชื่อมโยงกับประสบการณ์เดิมเกิดการรับรู้และจำได้ การเป็นสมาชิกในกระบวนการกลุ่มช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและทัศนคติร่วมกัน เกิดความเข้าใจตนเองและผู้อื่น ได้ฝึกทักษะทางสังคม นำไปสู่การพัฒนาทางความคิด การรับรู้ และความจำ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและการดูแลตนเองและการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดและผลการศึกษาในหลายงานวิจัย ได้แก่ Green¹⁸ ที่พบว่าการใช้โปรแกรมการฝึกด้านพุทธิปัญญา

สามารถแก้ปัญหาความบกพร่องทางพุทธิปัญญาของผู้ป่วยจิตเภทได้และ Baines⁵ ได้พบว่าการระลึกถึงความหลังแบบกลุ่มร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะบกพร่องด้านการรู้คิดระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงมีการรู้คิดดีขึ้นและพฤติกรรมที่ผิดปกติลดลง และตั้งรายงานของ Fukui & Toyoshima¹⁹ ว่าการฟังเพลงสามารถเพิ่มความจำได้โดยเสียงเพลงช่วยให้มีการเจริญของเซลล์ประสาท มีการสร้างเซลล์ประสาทใหม่ขึ้นมาแทนส่วนที่ถูกทำลาย เกิดการปรับการหลังฮอร์โมนสเตอรอยด์ ได้แก่ คอร์ติซอล เทสโตสเตอโรน และเอสโตรเจน ให้เหมาะสมเพื่อนำไปสู่การปรับตัวของโครงสร้างสมอง และฐานปณิ หงส์ตันนารกิจ²⁰ พบว่าการใช้น้ำมันหอมระเหยในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมสามารถช่วยกระตุ้นระบบประสาท และเพิ่มความจำ เช่น น้ำมันโรสแมรี่ น้ำมันเปปเปอร์มินท์ และพบว่าการออกกำลังกายเป็นกลไกการเพิ่มสมรรถนะของสมอง ที่เป็นผลจากการที่มีปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองมากขึ้น²⁰ รวมทั้ง Lawrence²¹ ที่พบว่าการฝึกสมองตามแนวคิดนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ ประกอบด้วย การมองเห็น การสัมผัส การรับรส และการดมกลิ่น สามารถเพิ่มความจำได้มากขึ้น

สรุป

การใช้โปรแกรมส่งเสริมความจำ สามารถเพิ่มคะแนนผลการทดสอบสภาพสมองของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่บกพร่องพุทธิปัญญาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการศึกษารั้งนี้ ซึ่งจะส่งผลต่อการแก้ปัญหาความบกพร่องพุทธิปัญญาของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุได้ สำหรับข้อเสนอแนะการนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่รับการรักษาในสถาบันให้เข้าถึงการบำบัดทางพุทธิปัญญา ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีนโยบายนำโปรแกรมมาใช้ในการบำบัดทางการพยาบาลร่วมกับการให้การดูแลตามปกติ รวมทั้งพัฒนาสมรรถนะบุคลากรพยาบาลให้สามารถใช้โปรแกรมได้อย่างมั่นใจ สำหรับการศึกษาวิจัยต่อไปควรมีการติดตามความบกพร่องพุทธิปัญญาของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุในระยะยาวทุก 1 เดือน หรือ 3 เดือน เพื่อประเมินความคงทนของพุทธิปัญญาตลอดจนเป็นการประเมินการใช้โปรแกรมด้วย

ความรู้เดิม: ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุพบว่ามี ความบกพร่องของพุทธิปัญญาซึ่งสามารถให้การบำบัดฟื้นฟู เพื่อชะลอความรุนแรงได้

ความรู้ใหม่: โปรแกรมส่งเสริมความจำสามารถช่วยกระตุ้นความจำเพิ่มคะแนนผลการทดสอบสภาพสมองในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่บกพร่องพุทธิปัญญาได้

ประโยชน์ที่นำไปใช้: นำโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมความจำมาจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ร่วมกับการพยาบาลปกติ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปี 2557 [Annual report 2014, Department of Mental Health]. นนทบุรี: สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต; 2558.
2. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์รามธิบดี [Ramathibodi essential psychiatry]. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
3. Benjamin JS, Virginia AS, Pedro R. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Vol X: Lippincott Williams & Wilkins. USA: Philadelphia; 2000.
4. Mosiłek A, Gierus J, Kowesko T, Szulc A. Cognitive impairment in schizophrenia across age groups: a case-control study. BMC Psychiatry. 2016;16:37. doi:10.1186/s12888-016-0749-1.5.
5. Baines ES, Oglesby FM. The elderly as caregivers of the elderly. Holistic Nursing Practice. 1992;7:61-9.
6. Velligan DI, Bow-Thomas CC. Executive function in schizophrenia. Semin Clin Neuropsychiatry. 1999;4:24-33.
7. พัชณีย์ไพไล ไชยวงศ์, เพื่อนใจ รัตตากร, พริยา มั่นเขตวิทย์. ผลของโปรแกรมฝึกความคิดความเข้าใจต่อความสามารถด้านความคิดความเข้าใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม [Effects of cognitive training program on cognitive abilities and quality of life in elderly with suspected dementia]. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่. 2558;48:182-91.
8. บุญชัย นวมงคลวัฒนา, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, เกษราภรณ์ เคนบุปผา. การสำรวจความบกพร่องทางพุทธิปัญญาในผู้สูงอายุไทย: การศึกษาระดับชาติปี 2551 [The survey of cognitive impairment in elderly Thai people: national survey 2008]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2553;18:1-13.
9. Bozikas VP, Kosmidis MH, Kiosseoglou G, Karavatos A. Neuropsychological profile of cognitively impaired patients with schizophrenia. Compr Psychiatry. 2006;47:136-43. doi:10.1016/j.comppsy.2005.05.002.
10. Harvey PD, Keefe RS. Studies of cognitive change in patients with schizophrenia following novel antipsychotic treatment. Am J Psychiatry. 2001;158: 176-84. doi:10.1176/appi.ajp.158.2.176.
11. วรพงษ์ เขียวอุกฤษฎ์, พรรณี อินทสะอาด, สุนารี ทิพดำรงกุล, นารีรัตน์ ทองยี่นดี. Healing environment for BPSD. บทคัดย่อผลงานพัฒนาคุณภาพ. กรุงเทพฯ: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา; 2554.
12. Tomás P, Fuentes I, Roder V, Ruiz JC. Cognitive rehabilitation program in schizophrenia: current status and perspectives. International journal of psychology and psychological therapy. 2010;10: 191-204.
13. Kurtz MM, Seltzer JC, Shagan DS, Thime WR, Wexler BE. Computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia: What is the active ingredient. Schizophr Res. 2007;89:251-60. doi:10.1016/j.schres.2006.09.001.

14. เยาวลักษณ์ โอธรรานนท์, จุฬารัตน์ วิระรัตน์. โปรแกรมฝึกความจำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง [Memory training program for chronic schizophrenia]. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา. 2554;12:1-8.
15. อรษา ฉวาง. การพัฒนาโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มกระตุ้นความจำสำหรับผู้ป่วยในโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิต [The development of group activities to stimulate memory program in dementia with BPSD]. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. 2555;6(2);44-58.
16. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม [Clinical practice guideline for dementia]. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พิมพ์ลักษณ์; 2551.
17. Folstein MF, Folstein SE, Fanjiang G. Mini-Mental State Examination: Clinical guide. Lutz FL: Psychological Assessment Resources; 2001.
18. Green MF, Bearden CE, Cannon TD, Fiske AP, Helleman GS, Horan WP, et al. Social cognition in schizophrenia, Part 1: performance across phase of illness. Schizophr Bull. 2012;38:854-64. doi:10.1093/schbul/sbq171.
19. Fukui H, Toyoshima K. Music facilitate the neurogenesis, regeneration and repair of neurons. Medical Hypotheses. 2008;71;765-9. doi:10.1016/j.mehy.2008.06.019.
20. ฐานันท์ หงส์รัตนวรกิจ. น้ำมันหอมระเหยและการใช้ในสุนทรียบำบัด [Essential oil in Aromatherapy]. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วิฑูรย์การปก; 2550.
21. Lawrence CK. Neurobics is a unique new system of brain exercises. USA: Howard Hughes Medical Institute; 2010.

นิพนธ์ต้นฉบับ

แนวโน้มนและปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตคนไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี พ.ศ. 2561

วันรับ : 9 มีนาคม 2563

วันแก้ไข : 20 เมษายน 2563

วันตอบรับ : 2 พฤษภาคม 2563

พันธุ์นา กิตติรัตนไพบูลย์, พ.บ.¹, ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์, พ.บ.²,

อธิป ต้นอารีย์, ป.ร.ด.³, บังอร สุปรีดา, วท.ม.⁴

สำนักวิชาการสุขภาพจิต¹, สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์²,

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์³, แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต⁴

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของคนไทยในปี 2561 รวมทั้งศึกษาแนวโน้มนการเปลี่ยนแปลงระดับสุขภาพจิตในช่วงปี 2551-2561

วิธีการ: การสำรวจสุขภาพจิตเป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรมของสำนักงานสถิติแห่งชาติประจำปี พ.ศ. 2561 เก็บข้อมูลช่วงเดือนมกราคมถึงเมษายน สุ่มตัวอย่างประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป แบบ stratified two-stage sampling ได้จำนวนตัวอย่าง 27,190 คน ใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ดัชนีชี้วัดความสุข) ฉบับสั้น 15 ข้อเป็นแบบสอบถามด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผล: คะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเท่ากับ 31.6 คะแนน จากคะแนนเต็ม 45 คะแนน เป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไปร้อยละ 63.1 มีสุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไปร้อยละ 21.1 และมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปร้อยละ 15.8 แนวโน้มนผู้มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปมีสัดส่วนมากกว่าค่าเฉลี่ย 10 ปีย้อนหลัง แต่น้อยกว่าค่าเฉลี่ย 5 ปีย้อนหลัง คะแนนด้านสมรรถภาพจิตใจและคุณภาพจิตใจในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นต่ำกว่ากลุ่มวัยอื่น ส่วนคะแนนด้านการสนับสนุนทางสังคมต่ำที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ การมีสุขภาพจิตดีสัมพันธ์กับการมีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครัวเรือนดี สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป และการปฏิบัติตามหลักศาสนา

สรุป: คนไทยร้อยละ 84.2 มีระดับสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือดีกว่าปกติ ควรพิจารณาให้โปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความผูกพันในครอบครัว เสริมสร้างสมรรถภาพและคุณภาพจิตใจในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น และเพิ่มแหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ เพื่อสร้างเสริมให้คนไทยมีสุขภาพจิตดี

คำสำคัญ: การสำรวจ ความสุข สุขภาพจิต

ติดต่อผู้พิมพ์: พันธุ์นา กิตติรัตนไพบูลย์; e-mail: phunnapa@hotmail.com

Original article

Trend and associated factors of mental health in Thailand: a national survey 2018

Received : 9 March 2020

Revised : 20 April 2020

Accepted : 2 May 2020

Phunnapa Kittirattanapaiboon, M.D.¹, Dutsadee Juengsiragulwit, M.D.²,Athip Tanaree, Ph.D.³, Bungorn Supreda, M.S.⁴Bureau of Mental Health Academic Affairs¹,Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute²,Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital³, Thailand Mental Health Promotion Program⁴

Abstract

Objectives: To explore mental health and affecting factors, including the impacting trends among the Thai general population during the last decade.

Method: Mental health survey was part of the national survey of social and cultural situation carried out by National Statistical Office from January to April 2018. Thai representative samples aged 15 years old and above (N = 27,190) were selected using stratified two-stage sampling. Data was collected using the 15-item, self-report Thai Mental Health (Happiness) Questionnaire and analyzed using descriptive statistics and logistic regression.

Results: Overall, the survey found the selected sample reporting an average mental health score of 31.6 out of 45. Most of the respondents reported having a moderate level of mental health, followed by above average and below-average, i.e. 63.1%, 21.1% and 15.8% respectively. Mental capacity and mental quality were rated lower in young adulthood, while social support was rated lower in the elderly. From this data, the percentage of the respondents with below-average mental health was higher than the average percentage of those collected in the last decade, but lower than the past 5 years. Happiness or mental health was associated with a positive family relationship, marriage, higher education and religiosity.

Conclusion: Most, or 84.2% of the sample were reporting an average or above-average mental health. Marriage, higher education, religiosity and family bonding were associated with better mental health. Programs to strengthen the family relationship, enhanced mental capacity and quality support for young adults, and providing more supportive social system for the elderly will be beneficial in improving mental health for Thai people.

Keywords: happiness, mental health, survey

Corresponding author: Phunnapa Kittirattanapaiboon; e-mail: phunnapa@hotmail.com

บทนำ

สุขภาพจิต ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก หมายถึงสภาพสภาวะที่บุคคลรับรู้ศักยภาพของตน สามารถรับมือกับความเครียดในชีวิต สามารถทำงานให้เกิดประโยชน์และสร้างสรรค์ และสามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมของตนได้¹ ในปี พ.ศ. 2544 ประเทศไทยได้มีการพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตภายใต้คำจำกัดความสุขภาพจิตดังกล่าว ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ สภาพจิตใจ (mental state) สมรรถภาพจิตใจ (mental capacity) คุณภาพจิตใจ (mental quality) และปัจจัยสนับสนุน (supporting factors) ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตสำหรับผู้มีอายุ 15-60 ปี โดยเครื่องมือฉบับสมบูรณ์มี 66 ข้อ และมีการปรับเป็นฉบับสั้น 15 ข้อ² อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าในบริบทของสังคมไทยมองว่าสุขภาพจิตและความสุขเป็นเรื่องเดียวกัน จึงได้เปลี่ยนชื่อ “ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต” เป็น “ดัชนีชี้วัดความสุข” เพื่อให้เข้าใจง่ายและสะดวกในการเผยแพร่สู่ประชาชน³

การวัดความสุขเป็นการประเมินการรับรู้ถึงความรู้สึกในความสุขของบุคคลตามเกณฑ์ที่บุคคลหรือสังคมยึดถือและให้คุณค่า จึงทำให้มุมมองอาจแตกต่างกันไปตามบริบทของสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ มาตราวัดความสุขระดับประเทศที่เป็นที่นิยมใช้เปรียบเทียบกับความสุขระหว่างประเทศทั่วโลก เช่น Happiness Planet Index (HPI)⁴ รายงานความสุขโลก (world happiness report)^{5,6} หรือ Gross National Happiness (GNH)⁷ จะมีการนำองค์ประกอบอื่นมาพิจารณาาร่วมนอกเหนือจากความรู้สึกมีความสุข เช่น อายุคาดการณเฉลี่ย รายได้มวลรวมประชาชาติต่อหัว มาตรฐานการใช้ชีวิต สุขภาพ การศึกษา สัมพันธภาพในชุมชน การเฝ้าแบ่งปัน การสนับสนุนทางสังคม อิสรภาพในการเลือกตัดสินใจในชีวิต ความไม่เท่าเทียมของประชากรในประเทศ การบริหารจัดการภาครัฐที่ดี การรับรู้เรื่องทุจริตคอร์รัปชัน การรับรู้สภาพสังคมสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี หรือผลกระทบจากการใช้ทรัพยากรสิ่งแวดล้อม เป็นต้น หรือ “HAPPINOMETER” ที่พัฒนาขึ้นใช้ในประเทศไทยโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล⁸ เป็นการวัดความสุขระดับบุคคลตามแนวคิดองค์กรแห่งความสุข (happy workplace) ด้วยความสุข 9 มิติ ได้แก่ happy body (สุขภาพดี) happy relax (ผ่อนคลายดี)

happy heart (น้ำใจดี) happy soul (จิตวิญญาณดี) happy family (ครอบครัวดี) happy society (สังคมดี) happy brain (ใฝ่รู้ดี) happy money (สุขภาพเงินดี) และ happy work-life (การทำงานดี) เพื่อเป็นตัวสะท้อนความสุขคนทำงานในองค์กร ซึ่งความสุขจากแบบประเมินที่หลากหลายดังกล่าวต่างจากดัชนีชี้วัดความสุขของคนไทยที่เน้นเฉพาะมุมมองสภาวะสุขภาพจิตของบุคคลในประเทศเท่านั้น

ประเทศไทยมีการสำรวจสุขภาพจิตของประชากร โดยความร่วมมือระหว่างสำนักงานสถิติแห่งชาติและกรมสุขภาพจิต ด้วยดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (หรืออีกชื่อหนึ่งว่าดัชนีชี้วัดความสุข) ฉบับสั้น 15 ข้อ ในการสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรมได้ข้อมูลเป็นตัวแทนระดับประเทศและระดับภาค⁹ มีการสำรวจต่อเนื่องทุกปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ถึง พ.ศ. 2558¹⁰ หลังจากนั้นมีการวางแผนการสำรวจสุขภาพจิตไปสองปี และครั้งล่าสุดในปี พ.ศ. 2561 นี้ได้ใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ดัชนีชี้วัดความสุข) ฉบับสั้น 15 ข้อ ขุดเดิมอีกครั้งในการสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสุขภาพจิตและปัจจัยเกี่ยวข้องกับระดับสุขภาพจิตของคนไทยในปี พ.ศ. 2561 และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงระดับสุขภาพจิตในช่วงปี พ.ศ. 2551-2561 เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ไปใช้ในการพัฒนา และดำเนินการให้คนไทยในทุกช่วงวัยมีระดับของสุขภาพจิตที่ดีขึ้นต่อไปในอนาคต

วิธีการ

การสำรวจสุขภาพจิตครั้งนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรมของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ด้วยการวิจัยเชิงสำรวจประชากรภาคตัดขวาง (population based cross-sectional survey) ในประชากรไทยที่เป็นตัวแทนระดับประเทศและระดับภาคครอบคลุมครัวเรือนส่วนบุคคลในเขตกรุงเทพมหานครและทุกจังหวัดทั่วประเทศ (ยกเว้นครัวเรือนชาวต่างประเทศที่ทำงานในสถานทูตหรือองค์การระหว่างประเทศที่มีเอกสิทธิ์ทางการทูต) สุ่มตัวอย่างแบบ stratified two-stage sampling มีจังหวัดเป็นชั้นภูมิทั้งสิ้น 77 ชั้นภูมิ แต่ละชั้นภูมิ

แบ่งเป็น 2 ชั้นภูมิย่อยตามเขตการปกครองคือ ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) โดยมิเขต แจนนับ (enumeration area: EA) (สำหรับในเขตเทศบาล) และหมู่บ้าน (สำหรับนอกเขตเทศบาล) เป็นตัวอย่างขั้นที่ 1 ได้ EA ตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 1,990 เขต จาก EA ทั้งหมด 127,460 เขต ครั้วเรือนส่วนบุคคลเป็นตัวอย่างขั้นที่ 2 โดย สุ่มแบบมีระบบจากบัญชีรายชื่อครั้วเรือนจากการนับจดใน EA แต่ละเขต ตัวอย่างที่จัดเรียงรายชื่อครั้วเรือนใหม่ตาม ขนาดจำนวนสมาชิกในครั้วเรือน กำหนด 16 ครั้วเรือน ตัวอย่างต่อ EA ในเขตเทศบาล และ 12 ครั้วเรือนตัวอย่างต่อ EA นอกเขตเทศบาล หลังจากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลพร้อม กันทั่วประเทศในเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2561 โดยพนักงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติเป็นผู้ขอความ ยินยอมและสัมภาษณ์สมาชิกทุกคนที่อายุ 15 ปีขึ้นไปและอยู่ ที่ครั้วเรือนตัวอย่าง ณ วันและช่วงเวลาที่ยอมรับจากผู้ที่ อายุ 15 ปีขึ้นไปที่ตอบด้วยตนเอง 27,739 คน มีผู้ให้ข้อมูล 27,190 คน คิดเป็นอัตราเข้าร่วมโครงการเท่ากับร้อยละ 98.0 เครื่องมือที่นำมาวิเคราะห์ในการศึกษานี้ ได้แก่ ดัชนีชี้วัด สุขภาพจิตฉบับสั้น 15 ข้อ² ที่มีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพจิตใจในความรู้สึกที่ดี (3 ข้อ) ด้านความรู้สึกไม่ดี (3 ข้อ) ด้านสมรรถภาพจิตใจ (3 ข้อ) ด้านคุณภาพจิตใจ (3 ข้อ) และด้านปัจจัยสนับสนุน (3 ข้อ) โดยแต่ละข้อมี คะแนนในการประเมิน 4 ระดับ ดังนี้ 0 คะแนนหมายถึง ไม่เลย; 1 คะแนนหมายถึงเล็กน้อย; 2 คะแนนหมายถึงมาก; 3 คะแนนหมายถึงมากที่สุด และเพิ่มข้อคำถามแหล่ง สนับสนุน 5 ข้อ (ไม่คิดคะแนน) รวมคะแนนเต็ม 45 คะแนน กำหนดระดับสุขภาพจิตโดยอิงจากค่าปกติของคนทั่วไป แบ่ง เป็น 3 ระดับ ได้แก่ เกณฑ์ 0.00–27.00 คะแนนเป็นผู้มี สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป; 27.01–34.00 เป็นผู้มีสุขภาพจิต เท่ากับคนทั่วไป; และ 34.01–45.00 คะแนนเป็นผู้มีสุขภาพ จิตสูงกว่าคนทั่วไป ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 0.70² นอกจากนี้ยังมีข้อคำถามอื่นตามแบบสำรวจสภาวะทางสังคม และวัฒนธรรม พ.ศ. 2561 ประกอบด้วย 1) ลักษณะทั่วไป ของครั้วเรือนและสมาชิกในครั้วเรือน 2) ความถี่ของการ

ร่วมกิจกรรมทางศาสนา (รวมทุกศาสนา) และกิจกรรมสวดมนต์ (เฉพาะศาสนาพุทธ) ประเมินจากชุดคำถาม “ในรอบปีที่แล้ว โดย ปกติ...(ชื่อ)...ได้ทำกิจทางศาสนาต่อไปนี้บ่อยครั้งแค่ไหน” 3) ระดับความคิดเห็นและความรู้สึกต่อการได้รับการสนับสนุนทาง สังคม ประเมินจากชุดคำถาม “ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึง ปัจจุบัน...(ชื่อ)...ได้สำรวจตัวเองและประเมินเหตุการณ์ อาการ ความคิดเห็นและความรู้สึกของท่านว่าอยู่ในระดับใด” และ 4) ความถี่ของการมีปฏิสัมพันธ์หรือการทำกิจกรรมเชิงบวกร่วมกับ สมาชิกในครั้วเรือน ประเมินจากชุดคำถาม “โดยปกติ...(ชื่อ)...ได้ แสดงออกหรือมีการกระทำเหล่านี้บ่อยแค่ไหน” โดยตัวอย่าง เป็นผู้เลือกคำตอบที่ตรงกับตัวเองและครั้วเรือนที่อาศัยอยู่ มากที่สุด

วิเคราะห์ข้อมูลแบบถ่วงน้ำหนัก (complex survey design) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ นำเสนอข้อมูลเป็น ค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ และอัตราเสี่ยง (odds ratio)

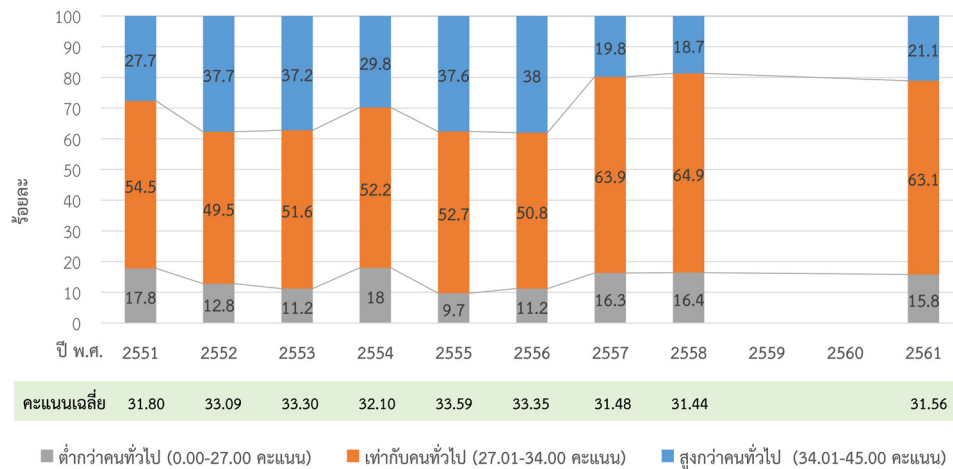
การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ พิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลา ราชนครินทร์ให้นำข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจฯ ปี พ.ศ. 2561 มาวิเคราะห์ได้ เมื่อวันที่ 7 มกราคม พ.ศ. 2562 เลขที่ 1/2562

ผล

จากการสำรวจพบว่า คะแนนเฉลี่ยของระดับสุขภาพ จิตของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในปี พ.ศ. 2561 เท่ากับ 31.6 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 45 คะแนน) ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 ที่แสดงระดับสุขภาพจิตและแนวโน้มระดับสุขภาพจิตคนไทยจาก ผลการสำรวจตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551- พ.ศ. 2561 (ยกเว้นปี พ.ศ. 2559 และ พ.ศ. 2560 ที่ไม่มีการสำรวจ)

เมื่อเปรียบเทียบระดับสุขภาพจิตของคนไทยระหว่าง ภาค เขตการปกครอง (ในและนอกเขตเทศบาล) และลักษณะ ประชากร พบภาคกลางที่มีระดับความสุขสูง (กว่าคนทั่วไป) ต่ำกว่าภาคอื่นๆ ส่วนกลุ่มเยาวชน ผู้ที่อยู่คนเดียว และผู้ที่มี สุขภาพกายไม่ดี มีค่าเฉลี่ยความสุขและร้อยละของผู้มีระดับ สุขภาพสูง (กว่าคนทั่วไป) น้อยที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่น สถานภาพสมรสคู่และระดับการศึกษาอุดมศึกษาหรือสูงกว่า มีค่าเฉลี่ยความสุขและร้อยละของผู้มีระดับความสุขสูง (กว่าคน

ทั่วไป) มากที่สุด คนที่ไม่มียานทำมีร้อยละของผู้มีระดับความสุขต่ำ (กว่าคนทั่วไป) มากกว่าคนที่มียานทำ ดังแสดงในตารางที่ 1



ภาพที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและร้อยละของระดับสุขภาพจิตคนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2551-2561

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและร้อยละของระดับสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย ปี พ.ศ. 2561 จำแนกตามภาค เขตการปกครอง ลักษณะประชากร เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา

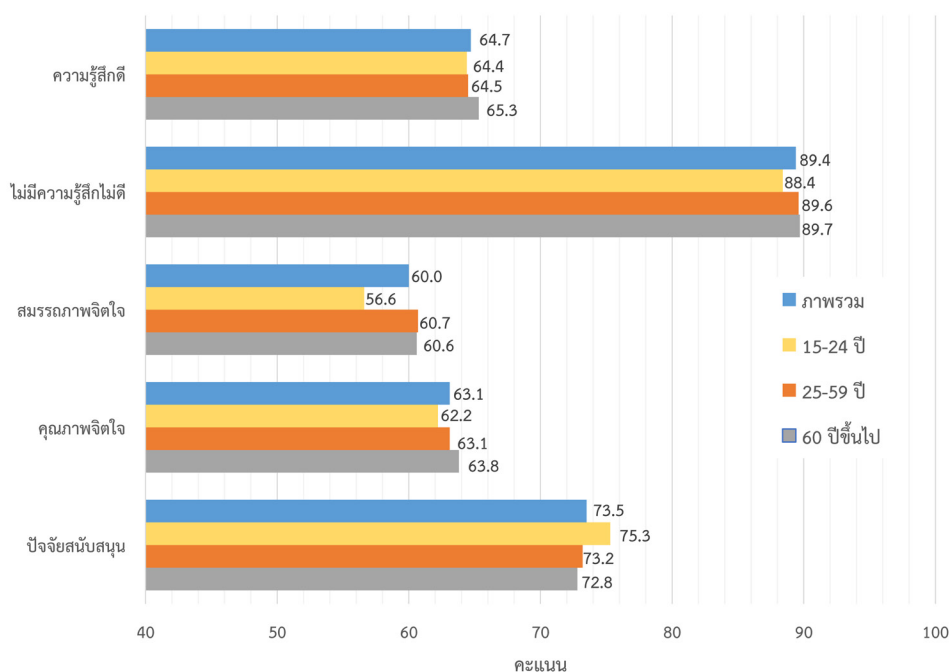
ปัจจัย	คะแนนเฉลี่ย (means + S.E.)	ร้อยละของระดับสุขภาพจิต (ความสุข)		
		ต่ำกว่าคนทั่วไป (0.00-27.00 คะแนน)	เท่ากับคนทั่วไป (27.01-34.00 คะแนน)	สูงกว่าคนทั่วไป (34.01-45.00 คะแนน)
ภาค				
กรุงเทพมหานคร	31.71 + 0.34	15.8	63.0	21.3
ภาคกลาง	31.20 + 0.18	17.6	64.6	17.9
ภาคเหนือ	31.41 + 0.26	17.5	60.1	22.4
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	31.85 + 0.20	13.7	63.7	22.6
ภาคใต้	31.80 + 0.22	13.8	62.8	23.5
เขตการปกครอง				
ในเขตเทศบาล	31.57 + 0.16	15.2	63.8	21.0
นอกเขตเทศบาล	31.54 + 0.12	16.2	62.6	21.2
เพศ				
ชาย	31.58 + 0.11	15.5	63.1	21.4
หญิง	31.54 + 0.01	16.0	63.1	20.9

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและร้อยละของระดับสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย ปี พ.ศ. 2561 จำแนกตามภาค เขตการปกครอง ลักษณะประชากร เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา (ต่อ)

ปัจจัย	คะแนนเฉลี่ย (means + S.E.)	ร้อยละของระดับสุขภาพจิต (ความสุข)		
		ต่ำกว่าคนทั่วไป (0.00-27.00 คะแนน)	เท่ากับคนทั่วไป (27.01-34.00 คะแนน)	สูงกว่าคนทั่วไป (34.01-45.00 คะแนน)
กลุ่มอายุ				
15-24 ปี (เยาวชน)	31.22 + 0.16	17.5	62.7	19.8
25-59 ปี (วัยผู้ใหญ่)	31.60 + 0.12	15.3	63.7	21.0
60 ปีขึ้นไป (วัยสูงอายุ)	31.71 + 0.08	15.8	61.8	22.5
สถานภาพสมรส				
โสด	31.11 + 0.14	18.3	63.0	18.7
คู่	31.98 + 0.11	12.9	63.7	23.4
หม้าย	30.95 + 0.11	20.4	62.4	17.3
หย่า	30.14 + 0.27	28.8	58.1	13.1
แยกกันอยู่	30.12 + 0.26	26.2	58.7	15.2
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	31.30 + 0.24	19.5	58.1	22.4
ประถมศึกษา	31.19 + 0.11	17.8	63.6	18.6
มัธยมศึกษา	31.49 + 0.13	15.8	64.1	20.1
อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	32.64 + 0.23	9.6	61.8	28.6
การทำงาน				
มีงานทำ	31.61 + 0.11	15.2	63.6	21.2
ไม่มีงานทำ	31.44 + 0.11	17.0	62.0	21.0
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน				
1 คน	30.48 + 0.15	22.7	62.1	15.2
2-4 คน	31.83 + 0.09	14.1	63.6	22.3
5 คนขึ้นไป	31.83 + 0.20	13.7	62.4	23.9
คะแนนสุขภาพกาย				
น้อยกว่า 5 คะแนน	26.97 + 0.55	48.6	43.2	8.2
5-7 คะแนน	30.36 + 0.17	24.3	61.8	13.9
8-10 คะแนน	32.27 + 0.09	10.7	64.1	25.2
ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป	31.56 + 0.10	15.8	63.1	21.1

เมื่อจำแนกสุขภาพจิตคนไทยตามองค์ประกอบหลัก 5 ด้าน โดยแปลงค่าคะแนนเต็มขององค์ประกอบแต่ละด้านเป็น 100 คะแนน พบว่ากลุ่มเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) มีคะแนนสมรรถภาพจิตใจและคุณภาพจิตใจต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มวัยอื่นแต่มีคะแนนปัจจัยสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด ส่วนผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีคะแนนความรู้สึกดีและคุณภาพจิตใจสูงกว่ากลุ่มวัยอื่นแต่มีคะแนนปัจจัยสนับสนุนทางสังคมต่ำที่สุด ดังแสดงในแผนภาพที่ 2

ความคิดเห็นและความรู้สึกของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาพบว่าเกือบร้อยละ 90 รู้สึกมั่นใจว่าชุมชนที่อาศัยอยู่มีความปลอดภัย รู้สึกมั่นคงปลอดภัยในทรัพย์สินเมื่ออยู่ในชุมชนนี้ และเมื่อเดือดร้อนมีหน่วยงานในชุมชนช่วยเหลือในระดับมากถึงมากที่สุด ส่วนแหล่งสนับสนุนที่กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าไม่ได้รับหรือได้รับเพียงเล็กน้อย เป็นสัดส่วนสูงที่สุด ได้แก่ การมีหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้าน รองลงมาคือมีเพื่อนหรือคนอื่นๆ ในสังคมคอยช่วยเหลือในยามที่ต้องการ ดังแสดงในตารางที่ 2



ภาพที่ 2 คะแนนองค์ประกอบหลักสุขภาพจิตคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ตามช่วงอายุ (ปรับเป็นคะแนนเต็ม 100 คะแนน)

ตารางที่ 2 ระดับความคิดเห็นและความรู้สึกต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	ร้อยละของระดับความคิดเห็นและความรู้สึก			
	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
มีเพื่อนหรือคนอื่นๆ ในสังคมคอยช่วยเหลือในยามที่ต้องการ	0.7	19.6	73.8	5.9
มั่นใจว่าชุมชนที่อาศัยอยู่มีความปลอดภัย	0.2	10.4	81.9	7.5
รู้สึกมั่นคงปลอดภัยในทรัพย์สินเมื่ออยู่ในชุมชนนี้	0.3	10.9	81.4	7.4
มีหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้าน	3.1	21.5	69.3	6.1
เมื่อเดือดร้อนมีหน่วยงานในชุมชนช่วยเหลือ (เช่น วัด มูลนิธิ ชุมชน ฯลฯ)	0.3	10.9	81.4	7.4

หากกำหนดว่าสุขภาพจิตดี หมายความว่ามีความสุขภาพจิตเท่ากับหรือสูงกว่าคนทั่วไป หรือมีคะแนนรวมตั้งแต่ 28 ขึ้นไปแล้ว พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีสุขภาพจิตดี ได้แก่ สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาระดับอุดมศึกษาหรือสูงกว่า การมีส่วนร่วมทางกิจกรรมทางศาสนาใดๆ เป็นประจำ การสวดมนต์เป็นประจำในผู้ที่มีภูมิลำเนาศาสนาพุทธ ลักษณะครอบครัวที่แสดงออกถึงความรัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร ความสนใจเอาใจใส่กับสมาชิกครอบครัวเป็นประจำ นำหลักคำสอนทางศาสนา หรือคุณธรรมมาใช้กับสมาชิกครอบครัวเป็นประจำ ใช้เวลาทำกิจกรรมพร้อมหน้ากันในบ้านกับสมาชิกครอบครัวอย่างมีความสุขเป็นประจำ

ใช้เวลาทำกิจกรรมร่วมกันนอกบ้านกับสมาชิกครอบครัวอย่างมีความสุขเป็นประจำ พุดคุยปรึกษาหารือหรือตัดสินใจร่วมกันด้วยเหตุผลในเรื่องสำคัญของครอบครัวเป็นประจำ ทำหน้าที่ตามบทบาทหรือความรับผิดชอบของตนเองในครอบครัวเป็นประจำ เข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวร่วมกับสมาชิกครอบครัวเป็นประจำ ส่วนปัจจัยทางเศรษฐกิจที่สัมพันธ์กับการมีสุขภาพจิตดี ได้แก่ การมีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย และการมีไฟฟ้าใช้ในที่อยู่อาศัย ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีสุขภาพจิตดี^a

ปัจจัย	Odds ratio (95%CI)
ปัจจัยจากข้อมูลประชากร	
เพศ	
ชาย	1.03 (0.93- 1.15)
หญิง	1
กลุ่มอายุ	
15-24 ปี	0.89 (0.72-1.09)
25-59 ปี	1.04 (0.88-1.22)
60 ปีขึ้นไป	1
สถานภาพสมรส	
โสด	1
คู่	1.52 (1.31-1.75)***
หม้าย/หย่า/แยก	0.75 (0.61- 0.91)**
การศึกษา	
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1
ประถมศึกษา	1.12 (0.94-1.33)
มัธยมศึกษา	1.29 (1.05- 1.59)*
อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	2.28 (1.61-3.24)***

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีสุขภาพจิตดี^a (ต่อ)

ปัจจัย	Odds ratio (95%CI)
ปัจจัยจากข้อมูลศาสนา และสังคม วัฒนธรรม	
ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา (รวมทุกศาสนา)	
ไม่ทำเลย	1
ทำ ไม่ประจำ (น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)	1.70 (1.08-2.67)*
ทำเป็นประจำ (ตั้งแต่ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป)	2.75 (1.67-4.55)***
กิจกรรมสวดมนต์ (ศาสนาพุทธ)	
ไม่ทำเลย	1
ทำ ไม่ประจำ (น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)	1.68 (1.45-1.96)***
ทำเป็นประจำ (ตั้งแต่ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป)	2.25 (1.82-2.79)***
ปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับสมาชิกในครัวเรือน	
ครอบครัวมีการแสดงออกถึงความรัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร ความสนใจเอาใจใส่กับสมาชิกครอบครัว	
เป็นประจำ	3.90 (2.41-6.32)***
บางครั้ง	1.29 (0.84-1.98)
นานๆ ครั้ง	1.05 (0.68-1.63)
ไม่ทำเลย	1
ครอบครัวนำหลักคำสอนทางศาสนา หรือคุณธรรมมาใช้กับสมาชิกครอบครัว	
เป็นประจำ	5.84 (3.60-9.48)***
บางครั้ง	2.24 (1.38-3.62)**
นานๆ ครั้ง	1.46 (0.81-2.62)
ไม่ทำเลย	1
ครอบครัวใช้เวลาทำกิจกรรมพร้อมหน้ากันในบ้านกับสมาชิกครอบครัวอย่างมีความสุข	
เป็นประจำ	4.80 (3.03-7.62)***
บางครั้ง	1.95 (1.19-3.21)**
นานๆ ครั้ง	1.01 (0.61-1.66)
ไม่ทำเลย	1
ครอบครัวใช้เวลาทำกิจกรรมร่วมกันนอกบ้านกับสมาชิกครอบครัวอย่างมีความสุข	
เป็นประจำ	4.96 (3.61-6.83)***
บางครั้ง	2.31 (1.73-3.10)***
นานๆ ครั้ง	1.74 (1.29-2.34)***
ไม่ทำเลย	1

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีสุขภาพจิตดี^a (ต่อ)

ปัจจัย	Odds ratio (95%CI)
ครอบครัวมีการพูดคุยปรึกษาหารือ หรือตัดสินใจร่วมกันด้วยเหตุผลในเรื่องสำคัญของครอบครัว	
เป็นประจำ	4.72 (3.46-6.44)***
บางครั้ง	1.97 (1.44-2.70)***
นานๆ ครั้ง	1.44 (1.06-1.95)*
ไม่ทำเลย	1
การทำหน้าที่ตามบทบาท หรือความรับผิดชอบของตนเองในครอบครัว	
เป็นประจำ	4.16 (2.65-6.53)***
บางครั้ง	1.73 (1.12-2.69)*
นานๆ ครั้ง	1.10 (0.75-1.62)
ไม่ทำเลย	1

^a สุขภาพจิตดี หมายถึงคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับหรือสูงกว่าคนทั่วไป โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 28 ขึ้นไป

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05, **มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.01, ***มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.001

วิจารณ์

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยเป็นวิธีการวัดจากการรับรู้ของตนเอง (subjective measures) จากหลายองค์ประกอบเพื่อสะท้อนความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพในการพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจภายใต้สังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง² ในขณะที่หลายการศึกษาในต่างประเทศอาจใช้เพียงคำถามเดียวว่า โดยรวมแล้วคุณรับรู้ถึงความรู้สึกในความสุข (subjective well-being) อยู่ในระดับใด โดยทั้งหมดนี้เป็นข้อมูลเฉพาะสภาพจิตใจในช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น^{11,12}

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าตามบริบทของประเทศไทย สุขภาพจิตมีความหมายใกล้เคียงกับความสุข³ แต่องค์ประกอบของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยนี้ยังไม่ครอบคลุมความหมายของความสุขตามมาตรวัดสากล ที่คำนึงถึงมิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อระดับความสุขของประชากร⁴⁻⁷ ทั้งปัจจัยในระดับมหภาค (macro level) เช่น ความมั่งคั่ง (wealth) อิสระเสรีภาพ (freedom) ความเท่าเทียม (equality) ความปลอดภัย (security) การทุจริตคอร์รัปชัน คุณภาพของการบริหารจัดการภาครัฐ หรือการ

เปลี่ยนแปลงสู่สังคมยุคใหม่ ปัจจัยระดับกลาง (meso level) หรือระดับชุมชน เช่น หน่วยงาน องค์กร โรงเรียน สถานทำงาน ว่าน่าอยู่ (livable) หรือความพึงพอใจในชีวิต (life-satisfaction) หรือปัจจัยระดับจุลภาค (micro level) ในระดับบุคคล เช่น สถานภาพทางสังคม รายได้ การศึกษา อาชีพ การมีส่วนร่วมในสังคม¹³ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ถือเป็นส่วนสำคัญที่เรียกว่าปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต (social determinants of mental health)¹⁴ และใช้วิธีวัดจากภายนอก (objective indicator) ดังนั้นการเปรียบเทียบกับข้อมูลความสุขจากคำว่า “ความสุข (happiness)” หรือ “คุณภาพชีวิต (quality of life)” หรือ “ความมีสุขภาวะ (well-being)” จากการศึกษาต่างๆ จึงควรทำด้วยความระมัดระวังเป็นอย่างยิ่งทั้งในความหมายและมาตรวัดที่แตกต่างกันสำหรับคำแต่ละคำ

แนวโน้มของระดับสุขภาพจิตคนไทยย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2561 แบ่งได้เป็น 2 ช่วง คือ ช่วงแรก (พ.ศ. 2551-2556) ที่แนวโน้มค่าเฉลี่ยความสุขสูงขึ้นและประชากรมากกว่าหนึ่งในสามมีความสุขสูงกว่าคนทั่วไป ยกเว้น ปี พ.ศ. 2554 ที่ค่าเฉลี่ยความสุขลดลงและร้อยละผู้มีความสุขต่ำ

(กว่าคนทั่วไป) สูงที่สุดในช่วงนี้ ส่วนในช่วงที่สอง (พ.ศ. 2557-2561) กลับพบค่าเฉลี่ยความสุขลดลง และมีประชากรเพียงหนึ่งในห้าที่มีความสุขสูงกว่าคนทั่วไป โดยค่าเฉลี่ยความสุขต่ำกว่าคนทั่วไปลดลงจากช่วง 5 ปีย้อนหลัง แม้แนวโน้มอาจมีทิศทางที่ดีขึ้นในปี พ.ศ. 2561 นี้ แต่เนื่องจากข้อมูลที่ขาดหายไปในช่วงปี พ.ศ. 2559 และ 2560 ทำให้พยากรณ์แนวโน้มได้ไม่ชัดเจน ในการเปรียบเทียบคะแนนความสุขในแต่ละช่วงเวลาเปลี่ยนแปลงไปนั้น คะแนนที่มักเปลี่ยนแปลงคือคะแนนด้านการมีความรู้สึกดีหรือความรู้สึกไม่ดี ซึ่งเป็นความสุขในรูปแบบของฮีโดนิค (hedonic) ที่เปลี่ยนแปลงได้ง่ายตามเหตุปัจจัยภายนอก ส่วนคะแนนด้านสมรรถภาพจิตใจและคุณภาพจิตใจจะสะท้อนความสุขในรูปแบบยูโดโมนิค (eudaimonic) หรือสุขภาวะทางใจ (mental well-being) มากกว่า เป็นคุณลักษณะทางจิตด้านบวกที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและการพัฒนาศักยภาพของบุคคลเปลี่ยนแปลงตามสิ่งแวดล้อมภายนอกได้น้อยกว่า¹⁵

ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงคะแนนความสุขในช่วงปี พ.ศ. 2557-2561 ดังกล่าว อาจอธิบายได้จากเหตุสภาวะสังคม เศรษฐกิจไทยในช่วงที่ผ่านมาที่มีความผันผวนค่อนข้างสูง สภาวะทางเศรษฐกิจ เหตุการณ์ความไม่สงบทางการเมืองในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งบริบทระดับประเทศ ด้านเศรษฐกิจสังคมและการเมืองถือเป็นปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิตที่ส่งผลทั้งต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่มีหลักฐานชัดเจน¹⁴

หากพิจารณาตามองค์ประกอบของความสุขพบว่า คะแนนสมรรถภาพจิตต่ำที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาปี พ.ศ. 2553¹⁶ และ 2558¹⁰ ที่สำคัญผลการสำรวจสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2558 ที่มีคะแนนองค์ประกอบของความรู้สึกดี ไม่มีความรู้สึกไม่ดี สมรรถภาพจิตใจ คุณภาพจิตใจ และปัจจัยสนับสนุน 63.2, 91.6, 57.6, 63.5 และ 73.5 (ปรับคะแนนเต็มแต่ละองค์ประกอบให้เป็นคะแนนเต็ม 100)¹⁰ เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาปี พ.ศ. 2561 พบว่าคะแนนด้านสมรรถภาพจิตใจ ไม่มีความรู้สึกไม่ดี และความรู้สึกที่ดีลดลงทุกด้าน ด้วยคะแนน 2.4, 2.3 และ 1.5 จุดตามลำดับ (หมายถึงความรู้สึกไม่ดีเพิ่มขึ้น) มีเฉพาะคุณภาพจิตใจที่เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย (0.4 จุด) และปัจจัยสนับสนุนที่คะแนนไม่เปลี่ยนแปลง สะท้อนให้เห็นว่านอกจากความรู้สึกที่ดี หรือความ

รู้สึกไม่ดีที่มีผลจากปัจจัยภายนอกแล้ว ควรเฝ้าระวังสมรรถภาพจิตใจที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการยอมรับปัญหา การควบคุมอารมณ์ และการจัดการสถานการณ์ร้ายแรงที่เผชิญ

การศึกษานี้พบว่ากลุ่มเยาวชนมีระดับความสุขน้อยที่สุด (31.2 คะแนน) ในขณะที่กลุ่มวัยสูงอายุมีระดับความสุขสูงที่สุด (31.7 คะแนน) แตกต่างจากผลการสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2558 ที่พบว่ากลุ่มวัยผู้ใหญ่มีระดับความสุขสูงที่สุด (31.5 คะแนน) ส่วนกลุ่มเยาวชนและกลุ่มวัยสูงอายุมีระดับความสุขใกล้เคียงกัน (31.3 คะแนนและ 31.3 คะแนนตามลำดับ)¹⁰ และยังแตกต่างจากการศึกษาใหญ่ที่ใช้ข้อมูลตัวอย่างมากกว่า 500,000 คน จากประเทศพัฒนาและกำลังพัฒนา 72 ประเทศ ที่พบว่าโดยทั่วไปแล้วความสุขของบุคคลจะลดลงต่ำสุดที่วัยกลางคน (middle age) ทั้งในเพศหญิงและชาย เป็นในลักษณะรูปตัว U (U-shaped)¹³ หรือแม้ในกลุ่มคนเอเชีย เช่น เกาหลีที่พบกลุ่มวัยกลางคนมีแนวโน้มจะมีระดับความสุขน้อยกว่ากลุ่มอื่นเช่นกัน¹⁷ แนวโน้มระดับความสุขของวัยรุ่นที่ลดลงและระดับความสุขของวัยสูงอายุที่เพิ่มขึ้นที่พบจากการศึกษานี้ จึงอาจสะท้อนว่าการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยในช่วงเวลาที่ผ่านมาส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของคนไทยแต่ละกลุ่มวัยที่ต่างกัน จึงควรมีการศึกษาเชิงลึกในประเด็นนี้ต่อไป

เมื่อวิเคราะห์คะแนนองค์ประกอบของความสุขในแต่ละวัยพบว่ากลุ่มคนสูงอายุมีความรู้สึกที่ดี ไม่มีความรู้สึกไม่ดี และสมรรถภาพจิตใจสูงที่สุด ส่วนคุณภาพจิตใจใกล้เคียงกับวัยทำงาน และปัจจัยสนับสนุนต่ำที่สุด ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งที่ผ่านมา^{10,16} ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากความเครียดจากการทำงานที่ลดลง ความสามารถในการปรับตัวและยอมรับดีขึ้น¹¹ หรือมีการเปลี่ยนจุดสนใจในชีวิตโดยลดความสำคัญของการทำงาน ให้ความสำคัญกับศาสนามากขึ้น ยอมรับกับการชีวิตลำพังได้ หรือได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่สุขสบายขึ้น (เช่น อยู่นอกเมือง) หรืออีกเหตุผลหนึ่งที่สำคัญคือคนที่มีความสุขมักจะมีอายุยืนกว่า สุขภาพแข็งแรงมากกว่า¹⁸ ในขณะที่

วัยรุ่นมีสมรรถภาพจิตใจต่ำสุดและปัจจัยสนับสนุนสูงสุด และเมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาปี พ.ศ. 2553 พบว่า กลุ่มวัยรุ่นมีคะแนนไม่มีความรู้สึกไม่ดีสูงสุดเปลี่ยนมาเป็นต่ำสุดในการศึกษาครั้งนี้ (หมายถึงคะแนนความรู้สึกไม่ดีเพิ่มขึ้น) และสมรรถภาพและคุณภาพของจิตใจค่อนข้างต่ำในทุกกลุ่มวัย สอดคล้องกับผลการประเมินสภาพแวดล้อมการพัฒนาประเทศตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบสอง พ.ศ. 2560-2564 ที่ระบุว่าคุณภาพคนไทยทุกกลุ่มวัยยังมีปัญหา และคนไทยส่วนใหญ่ยังมีปัญหาด้านคุณธรรมจริยธรรม ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการมีวินัย ความซื่อสัตย์สุจริต และการมีจิตสาธารณะ¹⁹ ดังนั้นเยาวชนควรได้รับการพัฒนาด้านสมรรถภาพจิตใจและคุณภาพจิตใจอย่างมีรูปธรรม คือการพัฒนาทักษะการสร้างสัมพันธ์และแก้ปัญหาต่างๆ ในชีวิต และการพัฒนาจิตสาธารณะ สร้างเสริมประสบการณ์การทำงานดี การได้ช่วยเหลือผู้อื่น ส่วนในผู้สูงอายุควรมีมาตรการสร้างปัจจัยสนับสนุนโดยเฉพาะจากครอบครัวและชุมชนให้มากขึ้น และในทุกกลุ่มวัยควรได้รับการพัฒนาสมรรถภาพจิตใจซึ่งเป็นทักษะที่สามารถฝึกฝนและพัฒนาได้¹⁶

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นปัจจัยเสริมสุขภาพจิตนั้น จากการสำรวจพบว่าเกือบร้อยละ 80.0 ของคนไทยรู้สึกว่าชุมชนปลอดภัยทั้งต่อตัวเองและทรัพย์สิน และมีหน่วยงานในชุมชนช่วยเหลือหากมีปัญหา แต่มีการช่วยเหลือในระดับบุคคลน้อยหรือไม่มีเลยถึงร้อยละ 20.0 สะท้อนภาพสังคมไทยที่แม้ระบบสนับสนุนระดับชุมชนค่อนข้างดี แต่สังคมเริ่มเปลี่ยนเป็นปัจเจกบุคคลมากขึ้นจากปัญหาการขยายตัวของเขตเมือง (urbanization) ที่สำคัญการได้รับการสนับสนุนจากงานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านยังพบว่าอยู่ในระดับต่ำสุด ทั้งที่ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ได้รับการชื่นชมจากองค์การอนามัยโลกว่ามีโครงสร้างที่เข้มแข็ง กระจายถึงระดับตำบล มีอาสาสมัครสาธารณสุขครอบคลุมทุกหมู่บ้านและมีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุม²⁰ ทั้งนี้การขาดความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นเหตุให้เข้ารับบริการสุขภาพช้าและทราบข้อมูลแหล่งบริการสุขภาพน้อย²¹ ดังนั้นควรเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยตัวเองเพิ่มเติม

ปัจจัยบุคคลที่สัมพันธ์กับการมีสุขภาพจิตดีอย่างมีนัยสำคัญคือ สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาสูง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ทั้งนี้อธิบายได้จากการมีคู่สมรสช่วยสนับสนุนทั้งด้านการเงิน สังคมและสุขภาพ โดยเฉพาะหากสัมพันธ์ภาพสมรสที่ดีจะยิ่งเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่า ร่วมกันแก้ไข ปัญหาต่างๆ หรืออีกเหตุผลหนึ่งคือ คนที่มีบุคลิกภาพที่มีความสุข (happy personality trait) มีโอกาสแต่งงานมากกว่า^{18,22} ส่วนระดับการศึกษาสูงมักส่งผลโดยตรงต่อการมีอาชีพที่ดีและรายได้สูง อย่างไรก็ตามแม้จะควบคุมปัจจัยด้านรายได้ อาชีพ และปัจจัยอื่นๆ แล้ว ยังคงพบความสัมพันธ์นี้อยู่ ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากการศึกษาส่งผลให้มีความมั่นใจในตัวเอง (self-confidence) หรือ มีการประเมินค่าตัวเอง (self-estimation)²³

ปัจจัยสังคม ศาสนาและวัฒนธรรมจากการศึกษานี้พบว่ากลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาสม่ำเสมอมีสุขภาพจิตดีกว่ากลุ่มที่ไม่เข้าร่วมมากกว่า 2 เท่า โดยเฉพาะการสวดมนต์เป็นประจำในผู้นับถือศาสนาพุทธ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างชาวมุสลิมอายุระหว่าง 17-40 ปี พบว่าการปฏิบัติตามหลักศาสนาสัมพันธ์กับระดับความสุข การมีทัศนคติที่ดีและความนับถือตนเองในบริบทของมุสลิม²⁴ การศึกษาของ Green M และคณะในปี 2010 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติตามหลักศาสนา (religiosity) มีแนวโน้มจะมีสุขภาพจิตดีกว่าและมีความสุขมากกว่า เมื่อควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานและครอบครัวแล้ว²⁵ ทั้งนี้อธิบายได้จากคนที่มีศาสนายึดเหนี่ยวจิตใจ จะสามารถสัมพันธ์กับสิ่งอื่นนอกเหนือจากตัวเอง และสามารถค้นหาจุดมุ่งหมายหรือมีชีวิตที่มีความหมาย ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นมีความสุขและมีความสุขพึงพอใจในชีวิต²⁶ สอดคล้องกับการศึกษาในเกาหลีใต้ที่พบว่า การให้คุณค่า (personal value) เช่น ความเชื่อ หลักการหรือแนวคิดของบุคคลเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้คนเราดำรงชีวิต โดยพบว่าผู้ที่ให้ความสำคัญกับศาสนามีแนวโน้มมีความสุขมากที่สุด รองลงมาคือผู้ที่ให้ความสำคัญกับสัมพันธ์ภายในสังคมทั้งจากครอบครัว เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน ในขณะที่ผู้ที่ให้ความสำคัญกับปัจจัยความสำเร็จภายนอก เช่น เงิน อำนาจ การศึกษา การงาน หรือ

งานอดิเรก หรือให้ความสำคัญกับสุขภาพกลับมีแนวโน้มความซึ้งที่น้อยกว่า²⁷

เช่นเดียวกับการศึกษาที่ปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับสมาชิกในครัวเรือนทั้งในเรื่องการแสดงออกถึงความผูกพันทางอารมณ์ (affective involvement) การนำหลักศาสนามาใช้ในครอบครัว (family religious practice) การทำกิจกรรมร่วมกันทั้งในบ้านและนอกบ้าน (family time spending) การพูดคุยตัดสินใจเรื่องสำคัญร่วมกัน (shared decision making) และการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเองในครอบครัว (family role) ส่งผลต่อการเพิ่มระดับสุขภาพจิตของคนไทยตั้งแต่ 3.9-5.8 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีลักษณะครอบครัวดังกล่าว อิทธิพลจากปัจจัยครอบครัวในการศึกษานี้มากกว่าอิทธิพลจากปัจจัยด้านลักษณะประชากรของแต่ละบุคคล และสอดคล้องกับการศึกษาในฮ่องกงโดยโครงการ Happy Family Kitchen II ซึ่งศึกษาผลของการใช้จิตวิทยาเชิงบวกกับครอบครัวต่อความสุขเชิงอัตวิสัยและคุณภาพชีวิตในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (health-related quality of life) ระดับบุคคล โดยทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง 1,261 คน ที่ 31 หน่วยบริการด้านสังคมและโรงเรียน พบว่าเมื่อให้โปรแกรมกลุ่มกับครอบครัวจะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีความสุขเชิงอัตวิสัยเพิ่มขึ้นด้วย²⁸

การศึกษานี้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงฐานข้อมูลดิบในการสำรวจก่อนหน้านี้ จึงไม่สามารถวิเคราะห์ย้อนหลังแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของแต่ละองค์ประกอบได้ รวมทั้งขาดการศึกษาต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2559-2560 และเนื่องจากการสำรวจสุขภาพจิตในทุกครั้งที่ผ่านมาเป็นเพียงการผนวกข้อคำถามของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจระดับชาติที่ดำเนินการโดยสำนักสถิติแห่งชาติในปีนั้นๆ ซึ่งในแต่ละปีอาจมีประเด็นสำรวจ ลักษณะของชุดคำถามหลัก จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และช่วงเวลาของปีที่เก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน จึงอาจส่งผลต่อความแปรปรวนของค่าคะแนนสุขภาพจิตในแต่ละปี ในอนาคตจึงควรเน้นการเปรียบเทียบกับการศึกษาที่เป็นชุดเดียวกันในช่วงเวลาใกล้เคียงกันในแต่ละปี เช่นการสำรวจสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีการดำเนินการทุก 3 ปี เพื่อให้เห็นแนวโน้มได้ดีขึ้น นอกจากนี้การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตนั้นเป็นการ

วิเคราะห์แบบตัดขวาง ทำให้บอกได้เพียงว่าสุขภาพจิตในช่วง 1 เดือนก่อนการสัมภาษณ์เท่านั้น และไม่สามารถระบุความสัมพันธ์ของสุขภาพจิตกับปัจจัยต่างๆ ได้ว่าเป็นเหตุหรือผล ต้องอาศัยการวิเคราะห์ร่วมกับการศึกษาแบบไปข้างหน้า หรือการศึกษาที่มีการควบคุมตัวแปรต้นที่คาดว่าจะส่งผลต่อสุขภาพจิตเพิ่มเติม

ในส่วนของการเครื่องมือชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยนี้ ได้มีการพัฒนาและใช้มานานเกือบยี่สิบปี จึงควรมีการทบทวนเครื่องมือชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยอีกครั้งว่ายังสามารถคงความทันสมัยในยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อมอย่างมากนี้ อีกทั้งควรพิจารณาเทียบเคียงกับเครื่องมือสากลอื่นๆ ด้วย

ข้อเสนอจากจากการศึกษานี้คือ ควรมีการเสริมสร้างความเข้มแข็งและความอบอุ่นในครอบครัวเพื่อเป็นการสร้างเสริมสุขภาพจิตระดับบุคคล ส่วนในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นควรมีการพัฒนาสมรรถภาพและคุณภาพของจิตใจและวัยสูงอายุโดยเฉพาะในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ควรเพิ่มแหล่งสนับสนุนทางสังคม

สรุป

คนไทยร้อยละ 84.2 มีระดับสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือดีกว่าปกติ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีสุขภาพจิตดี ได้แก่ สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาสูง การปฏิบัติตามหลักศาสนา และครอบครัวอบอุ่นเข้มแข็ง ควรมีการพัฒนาโปรแกรมที่เสริมสร้างความอบอุ่นในครอบครัว เสริมสร้างสมรรถภาพและคุณภาพจิตใจในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น และการเพิ่มแหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ

ความรู้เดิม: การสำรวจความสุขคนไทยที่ผ่านมาใช้เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย 15 ข้อ ต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 โดยถือว่าตามบริบทของสังคมไทยสุขภาพจิตมีความหมายเดียวกับความสุข

ความรู้ใหม่: ดัชนีชี้วัดความสุขของคนไทยไม่ตรงกับมาตรวัดความสุขสากลที่คำนึงถึงปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิตร่วมด้วย อย่างไรก็ตามปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีสุขภาพจิตดีของคนไทย ได้แก่ สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาสูง การปฏิบัติตนตามหลักศาสนา และครอบครัวอบอุ่นเข้มแข็ง

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: ควรเสริมสร้างความเข้มแข็งและความอบอุ่นในครอบครัว เพื่อจะส่งผลเชิงการสร้างเสริมสุขภาพจิตระดับบุคคลในประชากรทุกกลุ่มวัย ส่วนในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นควรมีการพัฒนาสมรรถภาพและคุณภาพของจิตใจ และวัยสูงอายุควรเพิ่มแหล่งสนับสนุนทางสังคม

เอกสารอ้างอิง

- Herrman H, Saxena S, Moodie R. Promotion mental health: concepts - emerging evidence - practice: summary report. Geneva: World Health Organization; 2004.
- อภิชัย มงคล, วัชนันท์ หัตถพนม, ภัสรา เชษฐโชติศักดิ์, วรณประภา ชะลอกุล, ละเอียด ปัญญาใหญ่, สุจริต สุวรรณชีพ. การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย [The study to develop Thai mental health indicator]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2544;46:209-25.
- อภิชัย มงคล, วัชนันท์ หัตถพนม, ภัสรา เชษฐโชติศักดิ์, วรณประภา ชะลอกุล, ละเอียด ปัญญาใหญ่, สุจริต สุวรรณชีพ. สุขภาพจิตในบริบทสังคมไทย [Happiness and mental health in the context of the Thai society]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2554;46:227-32.
- Jeffrey K, Wheatley H, Abdallah S. The Happy Planet Index 2016: a global index of sustainable wellbeing. London: New Economic Foundation; 2016.
- Helliwell J, Layard R, Sachs J. World happiness report [Internet]. Columbia university earth institute; 2012 [update 2012; cited 2018 May 12]. Available from: <http://worldhappiness.report/ed/2012/>.
- Helliwell J, Layard R, Sachs J. World happiness report 2017. New York: Sustainable development solutions network; 2017.
- Center for Bhutan studies. A compass toward a just and harmony society: 2015 GNH survey report. Thimphu: Centre of Bhutan studies & GNH research; 2016.
- ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, สุรศักดิ์ จรัสสิทธิ์, เฉลิมพล สายประสิทธิ์, พงศา บุญยศิริธนะ, วรณภา อารีย์. คู่มือการวัดความสุขด้วยตนเอง [HAPPINOMETER: the happiness self-assessment]. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
- รศรินทร์ เกรย์, ประเวศ ตันติพัฒน์สกุล, เรวดี สุวรรณเพ็ญ. ความสุขของคนไทย: การดำเนินชีวิตอย่างมีคุณธรรม จิตวิญญาณ และความภาคภูมิใจในตัวเอง [Happiness among Thai people: living a virtuous life, spirituality and self-esteem]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2553;18:71-85. จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/999>
- สำนักสถิติเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย พ.ศ. 2558 [Thai mental health (happiness) survey 2015]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2559.
- Conceição P, Bandura R. Measuring subjective well-being: A summary review of the literature. New York: United Nations Development Programme (UNDP); 2008.
- Blanchflower DG, Oswald AJ. Is well-being U-shaped over the life cycle?. Soc Sci Med. 2008;66:1733-49. doi:10.1016/j.socscimed.2008.01.030.

13. Veenhoven R. Social conditions for human happiness: A review of research. *Int J Psychol.* 2015;50:379-91. doi:10.1002/ijop.12161.
14. World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva: World Health Organization; 2014.
15. Nave CS, Sherman RA, Funder DC. Beyond Self-Report in the Study of Hedonic and Eudaimonic Well-Being: Correlations with Acquaintance Reports, Clinician Judgments and Directly Observed Social Behavior. *J Res Pers.* 2008;42:643-59. doi:10.1016/j.jrp.2007.09.001.
16. ประเวช ตันติพิพัฒนสกุล, เอกองค์ สัตลาภินันท์. คู่มือสร้างสุขระดับจังหวัด [Happiness manual at provincial level]. นนทบุรี: แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต; 2554.
17. Kye SY, Park K. Health-related determinants of happiness in Korean adults. *Int J Public Health.* 2014;59:731-8. doi:10.1007/s00038-014-0588-0.
18. Lelkes O. Happiness across the life cycle: exploring age-specific preferences. Policy brief. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research; 2008.
19. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบสอง พ.ศ. 2560-2564 [The 12th National economic and social development plan 2017-2021]. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี; 2559.
20. 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. *Lancet.* 2018;391(10126):1205-23. doi:10.1016/S0140-6736(18)30198-3.
21. Levy H, Janke A. Health literacy and access to care. *J Health Commun.* 2016;21 Suppl 1:43-50. doi:10.1080/10810730.2015.1131776.
22. Thomas PA, Liu H, Umberson D. Family relationship and well-being. *Innovation in Aging.* 2017; 1(3):1-11. doi:10.1093/geroni/igx025.
23. Cuñado J, De Gracia F. Does education affect happiness? evidence for Spain. *Soc Indic Re.* 2012;108:185-96.
24. Achour M, Religious commitment and its relation to happiness among Muslim students: the educational level as moderator. *J Relig Health.* 2017;56:1870-89.
25. Green M, Elliott M. Religion, health, and psychological well-being. *J Relig Health.* 2010;49:149-63. doi:10.1007/s10943-009-9242-1.
26. Sharma SK, Sharma OP. Spirituality leads to happiness: a correlative study. *Int J Indian Psychol.* 2016;3(2): 50-4. doi:10.25215/0302.177.
27. Lee MA, Kawachi I. The keys to happiness: associations between personal values regarding core life domains and happiness in South Korea. *PLoS ONE.* 2019;14:e0209821. doi:10.1371/journal.pone.0209821.
28. Ho HC, Mui M, Wan A, Ng YL, Stewart SM, Yew C, et al. Happy Family Kitchen II: a cluster randomized controlled trial of a community-based positive psychology family intervention for subjective happiness and health-related quality of life in Hong Kong. *Trials.* 2016;17:367. doi:10.1186/s13063-016-1508-9.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย: การสำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ

วันรับ : 22 สิงหาคม 2562
วันแก้ไข : 23 เมษายน 2563
วันตอบรับ : 4 พฤษภาคม 2563

วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน, วท.ม., รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล, วท.ด.,
โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พ.บ., วท.ม.
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของวัยรุ่นไทยในโรงเรียนในภาพรวมของประเทศ และ 13 เขตสุขภาพ

วิธีการ: กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ วัยรุ่นอายุ 11-19 ปี ที่ศึกษาในโรงเรียนเป็นตัวแทน 13 จังหวัด จาก 13 เขตสุขภาพทั่วประเทศ ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นฉบับภาษาไทย (Thai version of Patient Health Questionnaire for Adolescents; PHQ-A) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ Odds Ratio (OR)

ผล: กลุ่มตัวอย่าง 5,345 คน พบวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า (คะแนน PHQ-A ≥ 10) ร้อยละ 17.5 และมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (5-9 คะแนน) ร้อยละ 49.8 โดยเขตสุขภาพที่พบวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 5 (ร้อยละ 25.0) เขตสุขภาพที่ 7 (ร้อยละ 24.0) และเขตสุขภาพที่ 13 (ร้อยละ 23.9) พบวัยรุ่นที่มีความคิดอยากตาย ร้อยละ 20.5 มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.1 และเคยพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 6.4 จากวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายทั้งหมด ร้อยละ 22.5 มีวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงสูง ร้อยละ 2.2 ทั้งนี้วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายมีโอกาสที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 9.8 เท่า (OR = 9.8; 95% CI. 8.4-11.5)

สรุป: ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงขนาดของปัญหาภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในบริบทโรงเรียนซึ่งควรได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ซึ่งให้เห็นถึงความสำคัญของระบบคัดกรองด้านสุขภาพจิตในโรงเรียนและการส่งต่อสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ใกล้เคียง

คำสำคัญ: เขตสุขภาพ ความคิดฆ่าตัวตาย ความชุก ซึมเศร้า วัยรุ่น

ติดต่อผู้พิมพ์: วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน; e-mail: w.panyawong@gmail.com

Original article

Prevalence of depression and suicidal risks in Thai adolescents: a survey in schools from 13 Public Health Region

Received : 22 August 2019

Revised : 23 April 2020

Accepted : 4 May 2020

Wimonwan Panyawong, M.Sc., Rattanasak Santitadukul, Ph.D.,

Chosita Pavasuthipaisit, M.D., M.Sc.

Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute.

Abstract

Objective: This study aimed to examine the prevalence of depression and suicidal ideation of Thai adolescents in schools from 13 Public Health Region.

Methods: The samples were adolescents in schools aged between 11 and 19 years old from 13 Public Health Region across Thailand. The Thai version of Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) was used. Descriptive statistics and Odd Ratios (OR) were used for data analysis.

Results: From a total of 5,345 children, 17.5% were possibly diagnosable with depression (PHQ-A score ≥ 10) and 50.0% had mild depression (PHQ-A score 5-9). The public health region found to have the highest proportion of adolescents with depression were the 5th (25.0%), 7th (24.0%), and 13th (23.9%) respectively. In terms of suicidality 20.5% had thoughts of death; 5.1% had suicidal thoughts; and 6.4% has attempted suicide at least once. Regarding the severities of suicidal risk, of the 22.5% who reported suicidal risk, 2.2% exhibited high risk. Moreover, teenagers who had suicidal risk were 9.8 times more likely to have depression than those who did not (OR = 9.8; 95% CI. 8.4-11.5).

Conclusion: The results illustrated the magnitude of Thai adolescents with depression and suicidal problems in schools who should receive proper treatment as soon as possible. Screening system in school and referral system to mental services would be recommended.

Key words: adolescents, depression, prevalence, public health region, suicidal idea

Corresponding author: Wimonwan Panyawong; e-mail: w.panyawong@gmail.com

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่พบมากที่สุดที่สุดในวัยรุ่น และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹⁻³ อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในช่วงหลายปีที่ผ่านมาโดยตั้งแต่ปี ค.ศ. 2005 ถึง 2015 มีอัตราเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 18.4³ ในกลุ่มวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี ที่มีรายงานพบความชุกโรคซึมเศร้าร้อยละ 3.0-5.0 แม้ว่าจะค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น แต่ภาวะซึมเศร้าถูกจัดเป็นสาเหตุอันดับสองของการสูญเสียสุขภาพ (years lived with disability: YLDs) ของกลุ่มอายุนี้อีกทั้งยังเป็นปัจจัยสำคัญที่เชื่อมโยงกับการฆ่าตัวตาย การทำร้ายตัวเอง และการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น นำไปสู่ปัญหาด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่รุนแรงมากขึ้น¹⁻³

ในประเทศไทย จากผลการสำรวจระดับชาติวิทยาความชุกโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นอายุ 13-17 ปี โดยกรมสุขภาพจิตพบมีความชุกร้อยละ 1.6 โดยพบในวัยรุ่นหญิงมากกว่าวัยรุ่นชายเล็กน้อย⁴ และจากการสำรวจโดยองค์การอนามัยโลกพบความชุกร้อยละ 4.4³ นอกจากนี้จากรายงานสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตวัยรุ่นในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าวัยรุ่นไทยมีความคิดอยากตายร้อยละ 15.0 และเคยลงมือพยายามฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 13.0⁵ จากสถานการณ์ปัญหาภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายในวัยรุ่นส่งผลให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขตื่นตัวและให้ความสำคัญในการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับวัยรุ่นทั้งในแง่สุขภาพกายและสุขภาพจิต อย่างไรก็ตามระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทยยังขาดข้อมูลสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นรายเขตสุขภาพ ทำให้ไม่มีฐานข้อมูลที่จะสะท้อนปัญหาซึมเศร้าในแต่ละพื้นที่ได้อย่างชัดเจน

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย อายุ 11-19 ปี ที่ศึกษาในโรงเรียนระดับชั้นประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอาชีวศึกษา ครอบคลุม 13 เขตสุขภาพทั่วประเทศ โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Thai version of Patient Health Questionnaire for Adolescents; PHQ-A)⁶ เพื่อให้ได้ฐานข้อมูลภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทยที่ครอบคลุมกลุ่มอายุที่กว้างขึ้น และเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญ

สำหรับหน่วยงานสุขภาพจิตและจิตเวชในแต่ละเขตบริการสุขภาพ เพื่อวางแผนช่วยเหลือและส่งเสริมป้องกันภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายในวัยรุ่นให้เหมาะกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

วิธีการ

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรมสุขภาพจิต เลขที่หนังสือรับรอง DMH.IRB.CO.A 03/2561

การศึกษานี้ ทำการศึกษาเฉพาะวัยรุ่นในระบบการศึกษาพื้นฐานซึ่งเป็นกลุ่มประชากรใหญ่ของช่วงวัยนี้ ประชากร ได้แก่ วัยรุ่นอายุ 11-19 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 และโรงเรียนอาชีวศึกษา ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ปี 3 และระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ปี 1 ไม่รวมวัยรุ่นที่อยู่นอกระบบการศึกษา วัยรุ่นในระบบแรงงาน และวัยรุ่นในโรงเรียนการศึกษาพิเศษ คำนวณขนาดตัวอย่างจากฐานข้อมูลประชากรอายุ 10-19 ปี กระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามเขตสุขภาพปี พ.ศ. 2559⁷ โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของเครซีและมอร์แกน กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ .05 คำนวณขนาดตัวอย่างให้เพียงพอกับค่าความชุกโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นที่พบตั้งแต่ร้อยละ 0.20-20.0 ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ค่าความชุกร้อยละ 15.0 ซึ่งใกล้เคียงกับความชุกที่มาจาก การประเมินด้วยแบบคัดกรองเช่นเดียวกับงานวิจัยครั้งนี้ ได้ขนาดตัวอย่างจำแนกตามเพศ จำนวนเพศละ 196 รายต่อเขตสุขภาพ ปรับเพิ่มจำนวนเพื่อป้องกันความไม่ครบถ้วนของข้อมูลอีกร้อยละ 5.0 เป็นขนาดตัวอย่างจำนวนเพศละ 210 คน รวม 420 คนต่อเขตสุขภาพ รวมจำนวนที่จะต้องเก็บข้อมูลทั้งหมด 5,460 คน

สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ โดยสุ่ม 1 จังหวัดต่อ 1 เขตสุขภาพ รวมเป็น 13 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดลำพูน (เขต 1) อุตรดิตถ์ (เขต 2) นครสวรรค์ (เขต 3) นครนายก (เขต 4) ประจวบคีรีขันธ์ (เขต 5) จันทบุรี (เขต 6) ขอนแก่น (เขต 7) นครพนม (เขต 8) บุรีรัมย์ (เขต 9) ยโสธร (เขต 10) กระบี่ (เขต 11) ยะลา (เขต 12) และกรุงเทพมหานคร (เขต 13) ในแต่ละ

จังหวัดสุ่มเลือกโรงเรียนในระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และ อาชีวศึกษา อย่างละ 1 โรงเรียน จากนั้นสุ่มเลือกห้องเรียนในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ระดับชั้นละ 1 ห้องเรียนด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย ระดับชั้นละ 50 คน (ชาย 25 คน และหญิง 25 คน) กรณีนักเรียนในชั้นมีจำนวนไม่ครบให้สุ่มนักเรียนเพิ่มจากอีก 1 ห้องเรียนจนครบตามที่กำหนด ส่วนในโรงเรียนอาชีวศึกษา เก็บข้อมูลในนักเรียนชั้น ปวช. ปี 3 และ ปวส. ปี 1 รวม 70 คน รวมเป็น 420 คน ต่อจังหวัด รวมกลุ่มตัวอย่างที่คาดหวัง 5,460 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจ ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นฉบับภาษาไทย (Thai version of the Patient Health Questionnaire for Adolescent: PHQ-A)⁶ พัฒนาขึ้นจาก PHQ-A ต้นฉบับภาษาอังกฤษ^{8,9} เป็นแบบประเมินที่ได้รับการยอมรับทางวิชาการและใช้อย่างแพร่หลายในการประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น¹⁰ โดย PHQ-A ฉบับภาษาไทยใช้ได้กับวัยรุ่นอายุ 11-20 ปี เป็นแบบประเมินตอบด้วยตัวเอง (self-report) ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ถึงอาการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คำตอบเป็นระดับความรุนแรง 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย (not at all) มีบางวัน (several days) มีมากกว่า 7 วัน (more than half of the days) และมีแทบทุกวัน (nearly every day) โดยมีค่าความเที่ยงตรงภายใน (internal consistency) ในระดับดีมาก (Alpha coefficient = 0.92) ในกลุ่มตัวอย่างในคลินิกที่จุดตัด 8 คะแนน มีค่าความไว ร้อยละ 76.0 และค่าความจำเพาะ ร้อยละ 81.0 แต่ในการศึกษาครั้งนี้ใช้จุดตัดที่ 10 คะแนน ทำให้มีค่าความไวร้อยละ 66.0 และจะมีค่าความจำเพาะร้อยละ 90.0⁶ เพื่อป้องกันผลบวกлож (false positive) และเป็นค่ากลางที่นิยมใช้ในการวิจัยเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า^{8,9,11} นอกจากนี้ยังได้เพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายอีก 2 ข้อ ได้แก่ ความคิดอยากฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และเคยพยายามลงมือฆ่าตัวตายในตลอดช่วงชีวิต เพื่อประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตายให้ครอบคลุม โดยการศึกษาที่ใช้เกณฑ์ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ได้แก่ ตอบ PHQ-A ข้อที่ 9 คิดอยากตาย ได้ 1 คะแนน (มีบางวัน) ขึ้นไป หรือตอบว่า “ใช่” ในข้อคำถามด้านการฆ่าตัวตาย 2 ข้อ

การเก็บข้อมูลได้ดำเนินการตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึง กันยายน พ.ศ. 2561 ผู้วิจัยภาคสนาม ได้แก่ สหวิชาชีพที่ทำงานในส่วนงานจิตเวชหรือจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในโรงพยาบาลในพื้นที่นั้นๆ ที่ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการในการเก็บข้อมูลจริยธรรมการวิจัย และการใช้เครื่องมือวิจัยจากทีมวิจัยหลัก หลังจากสุ่มโรงเรียนและห้องเรียนแล้ว ในกลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ขอความยินยอมจากผู้ปกครองและตัววัยรุ่นเองก่อน ส่วนกลุ่มที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ขอความยินยอมจากตัววัยรุ่น เก็บข้อมูลทำในห้องเรียนในช่วงเวลาที่นักเรียนและครูสะดวก จัดที่นั่งให้มีระยะห่างเพื่อความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยภาคสนามชี้แจงเบื้องต้น จากนั้นให้วัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนทำแบบประเมิน PHQ-A และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปด้วยตนเอง และส่งกลับผู้วิจัยเมื่อทำเสร็จ ใช้เวลาต่อคนประมาณ 5-10 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและการถ่วงน้ำหนักกับข้อมูลประชากรจริงเพื่อประมาณค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในระดับประเทศและรายเขตสุขภาพโดยใช้เกณฑ์คะแนนรวม PHQ-A ตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไป และวิเคราะห์ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าจากคะแนนรวม PHQ-A ได้แก่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-4 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (5-9 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (10-14 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้ามาก (15-19 คะแนน) และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (20-27 คะแนน) นอกจากนี้ ได้ทำการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าจากคะแนน PHQ-A ตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป 5 ข้อ จาก 9 ข้อ โดยหนึ่งในนั้นจะต้องมีข้อ 1 อารมณ์เศร้า หรือข้อ 2 หมดความสนใจ รวมอยู่ด้วย (ยกเว้นข้อ 9 ความคิดอยากตายตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป) ส่วนเกณฑ์ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย พิจารณาจาก 3 คำถาม ได้แก่ PHQ-A ข้อ 9 “คิดว่าถ้าตายไปเสียจะดีกว่า หรือคิดจะทำร้ายตัวเองด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง” ตอบ 1 (มีบางวัน) ขึ้นไป หรือตอบว่า “ใช่” ในข้อคำถาม “ใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีช่วงไหนที่คุณมีความคิดอยากตาย หรือไม่อยากมีชีวิตอยู่อย่างจริงจังหรือไม่” หรือ “ตลอดชีวิตที่ผ่านมา คุณเคยพยายามที่จะทำให้ตัวเองตาย หรือลงมือฆ่าตัวตายหรือไม่” โดยแบ่งระดับความเสี่ยงฆ่าตัวตาย เป็น 4 ระดับ คือ ไม่มีความเสี่ยง (ปฏิเสธทั้งสามข้อ) ความเสี่ยงน้อย (ตอบ 1 ใน 3 ข้อ) เสี่ยงปานกลาง (ตอบ 2 ใน 3 ข้อ) จนถึงเสี่ยงสูง (ตอบทั้ง

สามข้อ) นอกจากนี้ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับภาวะซึมเศร้ากับความเสี่ยงฆ่าตัวตายโดยใช้ความถี่และร้อยละ และ Odds ratio

ผล

กลุ่มตัวอย่างจาก 13 จังหวัด ที่เป็นตัวแทน 13 เขตสุขภาพ ทั้งหมด 5,345 คน (ยกเว้นเขตสุขภาพที่ 7 ที่ขาดข้อมูลจากโรงเรียนอาชีวศึกษา จึงไม่มีข้อมูลกลุ่มอายุ 19 ปี) เป็นเพศชายร้อยละ 47.9 และเพศหญิงร้อยละ 52.1 สัดส่วนระหว่างวัยรุ่นชายและหญิงใกล้เคียงกันเกือบทุกจังหวัด ยกเว้นเขตสุขภาพที่ 4, 5 และ 12 ที่พบเพศหญิงมากกว่าเพศชายกว่าเล็กน้อย ดังแสดงในตารางที่ 1

ภาวะซึมเศร้า

ความชุกของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถ่วงน้ำหนักประชากรวัยรุ่นอายุ 11-19 ปี ทั่วประเทศ เท่ากับ ร้อยละ 17.5 เขตสุขภาพที่มีความชุกความเสี่ยงภาวะซึมเศร้ามากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 5, 7 และ 13 มีค่าร้อยละ 25.0, 24.0 และ 23.9 ตามลำดับ ภาพรวมความชุกของความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 19.4 และ 15.6 ตามลำดับ) ยกเว้น เขตสุขภาพที่ 4 และ 2 ที่พบในเพศชายมากกว่าหญิง สัดส่วนของวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มอายุ 11-14 ปี กับ 15-19 ปี มีความใกล้เคียงกันกับสัดส่วนรวมทั่วประเทศ ส่วนในแต่ละเขตสุขภาพมีการกระจายกลุ่มอายุที่แตกต่างกันไป ดังแสดงในตารางที่ 1

เมื่อจำแนกระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าจากคะแนน PHQ-A พบว่า ครึ่งหนึ่งของวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (5-9 คะแนน) และประมาณ 1 ใน 3 ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-4 คะแนน) วัยรุ่นหญิงมีสัดส่วนของคนที่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นชายเล็กน้อยในทุกระดับความรุนแรง กลุ่มอายุวัยรุ่นตอนต้นและตอนปลายมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ในทุกเขตสุขภาพกลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยมีสัดส่วนมากที่สุด เมื่อเทียบกับกลุ่มอื่นๆ ยกเว้น เขตสุขภาพที่ 1, 3 และ 6 ที่มีสัดส่วนวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 2 เมื่อใช้คะแนน PHQ-A เพื่อการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า พบวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 4.1 ที่ตรงตาม

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า โดยพบในวัยรุ่นหญิงมากกว่าวัยรุ่นชาย และเขตสุขภาพที่ 5 มีสัดส่วนวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยมากที่สุด รองลงมาคือเขตสุขภาพที่ 13 และ 7 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

กลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลครบถ้วน 5,331 คน (ไม่ตอบ 14 คน) พบกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ตอบ PHQ-A ข้อ 9 ว่ามีความคิดอยากตายเป็นบางวัน (1 คะแนน) ขึ้นไป ร้อยละ 20.5 วัยรุ่นที่มีความคิดฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 5.1 และวัยรุ่นที่เคยพยายามฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้งตลอดช่วงชีวิต ร้อยละ 6.4 เมื่อจัดกลุ่มความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 4 ระดับ คือ ไม่มีความเสี่ยง (ปฏิเสธทุกข้อ) เสี่ยงน้อย (ตอบ 1 ใน 3 ข้อ) เสี่ยงปานกลาง (ตอบ 2 ใน 3 ข้อ) และเสี่ยงสูง (ตอบทั้ง 3 ข้อ) โดยรวมพบวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายสูงร้อยละ 2.2 โดยวัยรุ่นหญิงมีสัดส่วนความเสี่ยงฆ่าตัวตายสูงมากกว่าวัยรุ่นชาย และวัยรุ่นตอนต้นมีสัดส่วนความเสี่ยงฆ่าตัวตายสูงมากกว่ากลุ่มอายุอื่น เขตสุขภาพที่มีสัดส่วนวัยรุ่นที่เสี่ยงฆ่าตัวตายสูงมากที่สุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 5, 7 และ 9 ตามลำดับ ในขณะที่เขตสุขภาพที่มีวัยรุ่นที่ไม่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายมากที่สุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 8, 3 และ 2 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

สัดส่วนของวัยรุ่นตามระดับภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตาย แสดงในตารางที่ 5 ค่า Odds ratio ระหว่างการมีภาวะซึมเศร้า ($PHQ-A \geq 10$) และมีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (ตั้งแต่เสี่ยงน้อยถึงเสี่ยงสูง) เท่ากับ 9.8 (95% CI: 8.4-11.5) หมายความว่า วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายมีโอกาสที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 9.8 เท่า

ตารางที่ 1 ความชุกของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า (PHQ-A คะแนน ≥ 10) ตามรายละเอียดสุขภาพและระดับประเทศแบบถ่วงน้ำหนักทั่วประเทศ* จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

เขตสุขภาพ	จำนวน (คน)	ภาวะซึมเศร้า		เพศ				กลุ่มอายุ			
		จำนวน (คน) (ถ่วงน้ำหนัก)*	ร้อยละ	ชาย		หญิง		11 – 14 ปี		15 – 19 ปี	
				จำนวน (คน)	ภาวะซึมเศร้า; คน (ร้อยละ)	จำนวน (คน)	ภาวะซึมเศร้า; คน (ร้อยละ)	จำนวน (คน)	ภาวะซึมเศร้า; คน (ร้อยละ)	จำนวน (คน)	ภาวะซึมเศร้า; คน (ร้อยละ)
1	421	61	14.4*	210	26 (12.4)	211	35 (16.6)	182	27 (14.8)	239	34 (14.2)
2	425	40	9.4*	213	22 (10.3)	212	18 (8.5)	168	10 (6.0)	257	30 (11.7)
3	421	57	13.4*	208	22 (10.6)	213	35 (16.4)	172	24 (14.0)	249	33 (13.3)
4	428	67	16.0*	167	29 (17.4)	261	38 (14.6)	182	19 (10.4)	246	48 (19.5)
5	368	92	25.0*	161	40 (24.8)	207	52 (25.1)	194	49 (25.3)	174	43 (24.7)
6	418	59	14.0*	205	23 (11.2)	213	36 (16.9)	190	18 (9.5)	228	41 (18.0)
7	350	84	24.0*	175	39 (22.3)	175	45 (25.7)	171	53 (31.0)	180	32 (17.8)
8	421	59	14.0*	213	29 (13.6)	208	30 (14.4)	174	25 (14.4)	247	34 (13.8)
9	421	70	16.5*	210	27 (12.9)	211	43 (20.4)	181	41 (22.7)	240	29 (12.1)
10	420	59	14.0*	208	26 (12.5)	212	33 (15.6)	171	21 (12.3)	249	38 (15.3)
11	433	88	20.2*	216	33 (15.3)	217	55 (25.4)	184	31 (16.8)	249	57 (22.9)
12	399	77	18.7*	164	26 (15.8)	235	51 (21.7)	138	14 (10.1)	261	63 (24.1)
13	420	101	23.9*	212	45 (21.2)	208	56 (26.9)	176	37 (21.0)	244	64 (26.2)
ประเทศ	5,345	914	17.5*	2,562	387 (15.6*)	2,783	527 (19.4*)	2,283	369 (16.2)	3,062	546 (17.8)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของวัยรุ่นตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ และเขตสุขภาพ

ปัจจัย	วัยรุ่นตามระดับคะแนน PHQ-A (ร้อยละ)					รวม (คน)
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-4 คะแนน)	ซึมเศร้าเล็กน้อย (5-9 คะแนน)	ซึมเศร้าปานกลาง (10-14 คะแนน)	ซึมเศร้ามาก (15-19 คะแนน)	ซึมเศร้ารุนแรง (20-27 คะแนน)	
เพศ						
ชาย	36.4	48.5	12.5	2.2	0.4	2,562
หญิง	30.0	51.1	13.8	4.2	0.9	2,783
อายุ						
11-14 ปี	34.6	49.3	11.7	3.9	0.5	2,283
15-19 ปี	32.0	50.2	14.3	2.7	0.8	3,062
เขตสุขภาพ						
1	43.9	41.6	11.6	2.4	0.5	421
2	44.5	46.1	8.0	0.9	0.5	425
3	43.9	42.5	11.6	1.7	0.2	421
4	26.9	57.5	11.9	3.5	0.2	428
5	24.5	50.5	15.8	7.9	1.4	368
6	43.5	42.3	11.0	2.2	1.0	418
7	26.6	49.4	17.1	5.1	1.7	350
8	27.6	58.4	12.1	1.7	0.2	421
9	27.6	55.8	11.9	4.3	0.5	421
10	35.7	50.2	11.0	2.9	0.2	420
11	28.4	51.3	16.6	2.8	0.9	433
12	27.8	52.9	16.3	2.8	0.3	399
13	26.9	49.0	17.9	5.0	1.2	420
รวม	33.1	49.8	13.2	3.2	0.7	5,345

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของวัยรุ่นในกลุ่มตัวอย่างที่คะแนน PHQ-A เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า* จำแนกตามเพศ และเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	4	1.9	10	4.7	14	3.3
2	4	1.9	3	1.4	7	1.6
3	6	2.9	3	1.4	9	2.1
4	2	1.2	12	4.6	14	3.3
5	8	5.0	25	12.1	33	9.0
6	6	2.9	14	6.6	20	4.8
7	9	5.1	13	7.4	22	6.3
8	2	0.9	4	1.9	6	1.4
9	3	1.4	10	4.7	13	3.1
10	7	3.4	6	2.8	13	3.1
11	5	2.3	13	6.0	18	4.2
12	8	4.9	13	5.5	21	5.3
13	9	4.2	21	10.1	30	7.1
รวม	73	2.8	147	5.3	220	4.1

*เกณฑ์: ตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป 5 ข้อ จาก 9 ข้อ โดยหนึ่งในนั้นจะต้องมี ข้อ 1 อารมณ์เศร้า หรือข้อ 2 หมดความสนใจ รวมอยู่ด้วย (ยกเว้นข้อ 9 ความคิดอยากตาย ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของวัยรุ่นในกลุ่มตัวอย่างตามระดับความเสี่ยงฆ่าตัวตาย จำแนกตาม เพศ กลุ่มอายุ และเขตสุขภาพ

ปัจจัย	ระดับความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (ร้อยละ)				รวม (คน)
	ไม่มีความเสี่ยง	เสี่ยงน้อย	เสี่ยงปานกลาง	เสี่ยงสูง	
เพศ					
ชาย	81.1	13.9	4.1	0.9	2,555
หญิง	74.1	16.3	6.2	3.4	2,776
อายุ					
11-14 ปี	75.2	15.5	6.1	3.2	2,275
15-19 ปี	79.2	14.9	4.5	1.4	3,056
เขตสุขภาพ					
1	79.0	16.9	3.3	0.7	420
2	86.3	10.9	2.4	0.5	423
3	89.5	8.8	1.2	0.5	421

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างตามระดับความเสี่ยงฆ่าตัวตาย จำแนกตาม เพศ กลุ่มอายุ และเขตสุขภาพ (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (ร้อยละ)				รวม (คน)
	ไม่มีความเสี่ยง	เสี่ยงน้อย	เสี่ยงปานกลาง	เสี่ยงสูง	
เขตสุขภาพ (ต่อ)					
4	75.3	16.5	5.4	2.8	425
5	62.7	20.2	12.3	4.9	367
6	74.9	15.1	6.0	4.1	418
7	68.4	18.5	8.3	4.8	351
8	85.4	11.9	2.1	0.5	419
9	78.4	13.8	4.3	3.6	421
10	79.2	14.4	4.5	1.9	420
11	73.0	18.9	4.3	1.3	433
12	76.0	18.4	4.3	1.3	396
13	75.7	14.0	7.9	2.4	420
รวม	77.5	15.2	5.2	2.2	5,331

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างตามระดับความเสี่ยงฆ่าตัวตาย จำแนกตาม เพศ กลุ่มอายุ และเขตสุขภาพ

ระดับภาวะซึมเศร้า	ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (N=5,331)								รวม	
	ไม่มีความเสี่ยง (N = 4,130)		เสี่ยงน้อย (N = 808)		เสี่ยงปานกลาง (N = 277)		เสี่ยงสูง (N = 116)			
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	1,700	41.2	58	7.2	6	2.2	1	0.9	1,765	33.1
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	2,087	50.5	438	54.2	100	36.1	32	27.6	2,657	49.8
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	316	7.7	252	31.2	98	35.4	36	31.0	702	13.2
มีภาวะซึมเศร้ามาก	27	0.7	55	6.8	56	20.2	34	29.3	172	3.2
มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง	0	0	5	0.6	17	6.1	13	11.2	35	0.7

วิจารณ์

ภาวะซึมเศร้า

การศึกษาครั้งนี้เป็นการสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไทยอายุ 11-19 ปี ในโรงเรียนเป็นตัวแทนจากทุกเขตสุขภาพของประเทศไทย โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A) พบวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า (คะแนน ≥ 10) ร้อยละ 17.5 เกือบเคียงกับผลการสำรวจในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายและวิทยาลัยอาชีวศึกษาในปี พ.ศ. 2547 ที่ใช้แบบประเมิน Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) ได้ค่าความชุกร้อยละ 16.4 และกรุงเทพมหานครมีความชุกซึมเศร้ามากที่สุด (ร้อยละ 20.6)¹² การศึกษาครั้งนี้ความชุกของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในแต่ละเขตสุขภาพแตกต่างกันมากตั้งแต่ร้อยละ 9.4 ถึง 25.0 โดยเขตสุขภาพที่พบสัดส่วนวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 5 (ภาคกลางตอนล่าง) เขตสุขภาพที่ 7 (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง) และเขตสุขภาพที่ 13 (กรุงเทพมหานคร) ตามลำดับ แม้ว่าความชุกวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าของเขตกรุงเทพมหานครในการศึกษานี้จะสูงเป็นลำดับที่สามของประเทศ แต่เมื่อเทียบกับผลการสำรวจครั้งก่อนแล้วกลับพบความชุกที่สูงขึ้นเล็กน้อยคือ ร้อยละ 23.9 อย่างไรก็ตาม ยังไม่สามารถอธิบายความชุกในระดับเขตสุขภาพได้ชัดเจน เนื่องจากการสำรวจครั้งก่อนทำการศึกษาในระดับภาค และยังมีข้อจำกัดที่ในการศึกษานี้ เขตสุขภาพที่ 5 และ 7 เป็นเขตที่ได้กลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าจำนวนกำหนด อาจทำให้สัดส่วนของกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามักคลื่อนได้

เมื่อทำการวิเคราะห์คะแนนจาก PHQ-A ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า พบกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัย ร้อยละ 4.1 เกือบเคียงกับตัวเลขจากการสำรวจความชุกภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยขององค์การอนามัยโลกที่พบร้อยละ 4.4 แต่สูงกว่าตัวเลขจากการสำรวจระดับวิทยาลัยสุขภาพจิตวัยรุ่น โดยกรมสุขภาพจิต ซึ่งทำการศึกษาในวัยรุ่นอายุ 13-17 ปี พบความชุกโรคซึมเศร้าร้อยละ 1.6 ทั้งนี้เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน การสำรวจดังกล่าวใช้แบบสัมภาษณ์ Thai Diagnostic Interview for

Children and Adolescents-Revised (T-DICA-R) มีรายละเอียดข้อคำถามและเกณฑ์การให้คะแนนที่ละเอียดกว่าและสัมภาษณ์โดยทีมสหวิชาชีพด้านจิตเวช จึงมีความแม่นยำในการวินิจฉัยสูงกว่าทำให้ได้ผลความชุกโรคซึมเศร้าที่ต่ำกว่า ในขณะที่การศึกษานี้เป็นเพียงการรายงานด้วยตัวเอง (self-report) แต่สามารถทำได้ง่ายและสะดวกกว่า

เมื่อใช้คะแนน PHQ-A จำแนกตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า พบวัยรุ่น 1 ใน 3 ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-4 คะแนน) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (5-9 คะแนน) ซึ่งเป็นไปได้ตามพัฒนาการวัยรุ่น เป็นวัยที่มีความอ่อนไหวทางอารมณ์และมีอารมณ์แปรปรวนได้ง่ายตามธรรมชาติ^{13,14} อีกทั้งการวิจัยนี้เป็นการวัดเพียงครั้งเดียว วัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินตามความรู้สึกที่เป็นอยู่ในช่วงเวลานั้น ๆ โดยไม่ได้ควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจทำให้มีอาการคล้ายภาวะซึมเศร้า เช่น ความเครียดกังวล ปัญหาความสัมพันธ์หรือความทุกข์ใจต่างๆ อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า วัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างในสถานศึกษาประมาณ 2 ใน 3 มีแนวโน้มปัญหาอารมณ์ไปจนถึงมีภาวะซึมเศร้า สะท้อนถึงความสำคัญของการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และการจัดบริการด้านสุขภาพจิตวัยรุ่นในทุกเขตบริการสุขภาพทั่วประเทศ เพื่อป้องกันไม่ให้พัฒนาไปเป็นโรคทางจิตเวชในอนาคต

ผลการวิจัยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นหญิงมากกว่าวัยรุ่นชาย ทั้งในระดับประเทศและเกือบทุกเขต โดยเฉพาะสัดส่วนของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยพบว่าวัยรุ่นหญิงที่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นชายถึงสองเท่า ผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงระบาดวิทยาโรคซึมเศร้าซึ่งมักพบได้ในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในทุกช่วงวัย^{4,12,13,15} อย่างไรก็ตาม มีประเด็นเพศภาวะ (gender) ที่ควรคำนึงถึงจากสังคมวัฒนธรรมที่มีผลต่อการรับรู้และการแสดงออกของเพศหญิงชายที่แตกต่างกัน โดยผู้หญิงอาจถูกวินิจฉัยเกินจริง ในขณะที่ผู้ชายอาจถูกมองข้ามและไม่นับว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง ทำให้ไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือเท่าที่ควร¹⁶

เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ ระหว่างกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นอายุ 11-14 ปี และวัยรุ่นตอนปลาย 15-19 ปี พบว่าวัยรุ่นที่มี

ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นมีสัดส่วนน้อยกว่าวัยรุ่นตอนปลายเล็กน้อย (ร้อยละ 16.2 และ 17.8 ตามลำดับ) สอดคล้องกับข้อมูลเชิงระบาดวิทยาโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น โดยหลายการศึกษาพบว่าความชุกโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ และวัยรุ่นตอนปลายมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าวัยรุ่นตอนต้น^{13,15,17-19} อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่พบ 6 เขตสุขภาพที่มีสัดส่วนของวัยรุ่นตอนต้นมากกว่าวัยรุ่นตอนปลาย โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 7 และ 9 ซึ่งมีสัดส่วนวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าวัยรุ่นตอนปลายมาก ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาอื่นๆ เขตสุขภาพดังกล่าวอาจต้องทบทวนข้อมูลในพื้นที่อีกครั้ง และดำเนินการส่งเสริมป้องกันและบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าที่เน้นกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นตั้งแต่ประถมศึกษาตอนปลายถึงมัธยมศึกษาตอนต้นเพิ่มเติม ซึ่งยังเป็นกลุ่มที่ได้รับความสนใจน้อย

ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

การศึกษาค้นคว้าพบว่า วัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างมีความคิดอยากตายหรือไม่อยากอยู่ในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนการประเมินถึงร้อยละ 20.5 แต่เมื่อถามคำถามที่เฉพาะเจาะจงความคิดอยากฆ่าตัวตายอย่างจริงจัง สัดส่วนลดลงเหลือร้อยละ 5.1 หรือ 1 ใน 20 อาจเป็นไปได้ว่าวัยรุ่นจำนวนมากอาจมีความคิดไม่ตายอยู่หรือคิดว่าอยากตาย แต่ยังไม่ได้คิดจะฆ่าตัวตายอย่างจริงจัง อย่างไรก็ตาม วัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะรับข้อมูลจากสื่อและสังคมออนไลน์ที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายได้มากกว่าผู้ใหญ่ที่อาจนำไปสู่การเลียนแบบได้²⁰ และผลการศึกษาพบว่า PHQ ข้อ 9 สามารถใช้เป็นตัวพยากรณ์ความเสี่ยงฆ่าตัวตายได้ โดยเฉพาะในรายที่ตอบ 3 คะแนน (มีเกือบทุกวัน) ถือว่ามีความเสี่ยงสูงและควรได้รับการเฝ้าระวังอย่างเหมาะสมทันที²¹ นอกจากนี้การสำรวจเรื่องการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นโดยใช้แบบสอบถามตอบด้วยตัวเองเช่นเดียวกับการวิจัยนี้ มีแนวโน้มที่จะได้ตัวเลขสัดส่วนปัญหาฆ่าตัวตายที่สูงกว่าการประเมินจากการสัมภาษณ์²² เนื่องจากเป็นคำถามที่มีความอ่อนไหว

ผลการศึกษาที่พบสัดส่วนวัยรุ่นที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนก่อนการประเมิน ร้อยละ 5.1 และวัยรุ่นที่เคยพยายามลงมือฆ่าตัวตาย ร้อยละ 6.4 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการ

สำรวจวัยรุ่นในอเมริกา อายุ 10-24 ปี ที่พบวัยรุ่นเคยพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 7.4²³ ถือเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่รุนแรงและควรได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน โดยเมื่อจำแนกความเสี่ยงฆ่าตัวตาย พบวัยรุ่นร้อยละ 22.6 ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายถือเป็นตัวเลขที่ค่อนข้างสูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับตัวเลขจากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกในวัยรุ่นไทย อายุ 13-17 ปี ที่พบตัวเลขความคิดอยากตายและการพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 13.0 และ 15.0⁵ ตามลำดับ ทั้งนี้วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงสูงจากการตอบข้อคำถามทั้งความคิดอยากตาย คิดฆ่าตัวตาย และเคยพยายามฆ่าตัวตาย พบถึงร้อยละ 2.2 ซึ่งเป็นไปในทางเดียวกันกับสถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จในประเทศไทยปี พ.ศ. 2560 พบร้อยละ 3.5 ของวัยรุ่นไทยอายุ 10-19 ปี ทั่วประเทศ²⁴

เมื่อพิจารณาความแตกต่างตามเพศ พบสัดส่วนของวัยรุ่นหญิงที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย โดยเฉพาะในกลุ่มความเสี่ยงสูง โดยพบวัยรุ่นหญิงร้อยละ 3.4 และวัยรุ่นชายร้อยละ 0.9 สอดคล้องกับผลการวิจัยอื่นๆ ที่พบพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย^{22,23,25} แต่เมื่อเทียบกับข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนใหญ่ผู้ชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้หญิง²⁷ ลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า วัยรุ่นหญิงมีแนวโน้มพยายามฆ่าตัวตายจำนวนมากกว่าวัยรุ่นชาย แต่วัยรุ่นชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่า¹⁴ อาจอธิบายได้จากรูปแบบการฆ่าตัวตายของผู้ชายที่มักเป็นวิธีที่รุนแรงกว่า เช่น ปีน ในขณะที่ผู้หญิงนิยมใช้วิธีแขวนคอและกินยาเกินขนาด^{14,27} ในขณะที่เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่า วัยรุ่นตอนต้น 11-14 ปี มีสัดส่วนคนที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายมากกว่าวัยรุ่นตอนปลาย 15-19 ปี โดยเฉพาะกลุ่มที่เสี่ยงปานกลางถึงมาก โดยวัยรุ่นตอนต้นพบร้อยละ 9.3 ส่วนวัยรุ่นตอนปลายพบ ร้อยละ 5.9 แตกต่างจากทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นที่ผ่านมา ที่มักพบว่ากลุ่มวัยรุ่นตอนต้นมีความเสี่ยงฆ่าตัวตายน้อยกว่า¹³ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับผลการสำรวจพฤติกรรมวัยรุ่นในประเทศสหรัฐอเมริกาและเกาหลีใต้ ที่พบสัดส่วนวัยรุ่นเคยพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่นระดับ

มัธยมต้นมากกว่ามัธยมปลาย^{23,25} ทั้งนี้ มีงานวิจัยพบว่าวัยรุ่นตอนต้นที่มีความคิดฆ่าตัวตายมีความเสี่ยงสูงจะลงมือฆ่าตัวตายจริงเมื่อถึงวัยรุ่นตอนปลาย^{13,26}

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายมีโอกาสมีภาวะซึมเศร้า (PHQ-A > 10) มากกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 9.8 เท่า (Odds ratio = 9.8; 95% CI. 8.4 -11.5) แม้การศึกษานี้จะเป็นภาคตัดขวางไม่สามารถบอกความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ แต่แสดงให้เห็นความเชื่อมโยงของความเสี่ยงฆ่าตัวตายกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยและวรรณกรรมที่ผ่านมา การมีภาวะซึมเศร้าก็เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงการมีความคิดอยากฆ่าตัวตายไปจนถึงการลงมือพยายามฆ่าตัวตาย²⁵⁻²⁷ ในขณะที่ การมีความคิดอยากตายเป็นหนึ่งในอาการนำและเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า^{10,13,20,21}

การวิจัยครั้งนี้ มีข้อจำกัดหลายประการ ประการแรกคือขนาดตัวอย่างในแต่ละเขตสุขภาพที่ไม่เท่ากัน เนื่องจากปัญหาอุปสรรคในการเก็บข้อมูลในหลายพื้นที่ ทำให้ไม่สามารถควบคุมได้อย่างทั่วถึง ข้อมูลนี้จึงอาจมีความคลาดเคลื่อนได้ในการเป็นตัวแทนของพื้นที่ในบางเขตสุขภาพ ประการที่สอง การวิจัยครั้งนี้เป็นการสำรวจสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายในวัยรุ่นโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A) ด้วยตัวเอง เพื่อเทียบระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และเทียบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค อย่างไรก็ตาม การประเมินนี้เป็นการคัดกรองและบอกความรุนแรงของภาวะ

ซึมเศร้าในมุมมองของวัยรุ่นเอง แต่ยังไม่สามารถเป็นข้อสรุปวินิจฉัยโรคได้ จึงไม่สามารถใช้บอกความชุกโรคได้ นอกจากนี้ การสำรวจนี้เป็นการสำรวจเฉพาะวัยรุ่นในโรงเรียนสายสามัญและอาชีวศึกษา ตัวเลขที่ได้นี้จึงไม่ครอบคลุมวัยรุ่นตอนปลายที่อยู่ในระดับมหาวิทยาลัยและวัยรุ่นที่อยู่นอกระบบโรงเรียนได้

สรุป

ผลการศึกษาช่วยแสดงสถานการณ์ของปัญหาในระดับประเทศ และรายเขตสุขภาพ 13 เขต นักวิจัยและบุคลากรในแต่ละพื้นที่เขตสุขภาพ อาจใช้ข้อมูลจากงานวิจัยครั้งนี้เป็นจุดเริ่มต้น เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายในวัยรุ่นในภาพประเทศ หรือภาพของเขตสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษาชี้ให้เห็นแล้วว่าแต่ละเขตพื้นที่น่าจะมีบริบทที่แตกต่างกันไปซึ่งส่งผลต่อขนาดของปัญหาที่ต่างกัน ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างมากในการวางแผนการช่วยเหลือและส่งเสริมป้องกันปัญหาซึมเศร้าและฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้อย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย ภายใต้โครงการศึกษาวิจัยเพื่อดำเนินงานสร้างเสริมศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทยยุคใหม่ (smart citizen) ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาในเขตพื้นที่ทั้ง 13 เขตสุขภาพที่ช่วยดำเนินการให้การเก็บข้อมูลภาคสนามสำเร็จได้ด้วยดี

ความรู้เดิม: ภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในวัยรุ่น

ความรู้ใหม่: วัยรุ่นไทย อายุ 11-19 ปี ในสถานศึกษา มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 17.5 และมีความคิดอยากฆ่าตัวตายจริงจั่งร้อยละ 5.1 โดยข้อมูลระดับเขตสุขภาพทั้ง 13 เขตสุขภาพแตกต่างกันไป วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายมีโอกาสมักมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 9.8 เท่า

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายและการดำเนินงานการดูแลสุขภาพจิตวัยรุ่นทั้งในระดับประเทศและรายเขตสุขภาพ โดยเฉพาะปัญหาซึมเศร้าและฆ่าตัวตายในวัยรุ่น และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยต่อยอดในประเด็นที่เกี่ยวข้องต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization (WHO). Depression and other common mental disorders: global health estimates [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2018 Nov 16]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- World Health Organization (WHO). Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. Geneva: WHO; 2014.
- GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388:1545–602.
- ศุภรัตน์ เอกอัครวิน, 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.
- World Health Organization (WHO). Mental health status of adolescents in south-east Asia: evidence for action [Internet]. New Delhi: WHO, Regional Office for South-East Asia; 2017 [cited 2018 Nov 16]. Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/254982>
- วิมลวรรณ ปัญญาว่อง, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล. รายงานการวิจัย เรื่องการพัฒนาแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นฉบับภาษาไทย. [Development of the Thai version of the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A)]. กรุงเทพฯ: ปิยอนต์ พับลิชชิ่ง; 2561.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. ประชากรกลางปี 59. [Mid Population 2559] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560 [สืบค้นเมื่อวันที่ 15 ม.ค. 2561]. จาก: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/Mid%20Population%202559.pdf
- Kronke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16:606-13.
- Johnson JG, Harris ES, Spitzer RL, Williams JBW. The Patient Health Questionnaire for Adolescents: Validation of an instruments for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. *J Adolesc Health*. 2002;30:196-204.
- Siu AL. Screening for depression in children and adolescents: US preventive services task force recommendation statement. *Pediatrics*. 2016 Mar;137(3):e20154467. doi:10.1542/peds.2015-4467.
- Manea L, Gilbody S, McMillan D. Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *CMAJ*. 2012;184:e191-6.
- พิทักษ์พล บุญยมาลิก, พนมศรี เสาร์สาร, วรวรรณ จุฑา. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและประโยควิชาชีพ: การสำรวจโรงเรียนและวิทยาลัยระดับชาติ ปี 2547 [Prevalence of depression among senior high school and vocational certificate students: a national school and college survey in 2004]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2550;52:172-80.
- Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet*. 2012;379(9820):1056–67. doi:10.1016/S0140-6736(11)60871-4.
- Maslow GR, Dunlap K, Chung RJ. Depression and suicide in children and adolescents. *Pediatr Rev*. 2015;36:299-310.
- Weller BE, Blanford KL, Butler AM. Estimated prevalence of psychiatric comorbidities in U.S. adolescents with depression by race/ethnicity, 2011–2012. *J Adolesc Health*. 2018;62:716–21. doi:10.1016/j.jadohealth.2017.12.020.
- Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Gender differences in depression in representative national samples: meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychol Bull*. 2017;143:783–822. doi:10.1037/bul0000102.

17. Avenevoli S, Swendsen J, He JP, Burstein M, Merikangas K. Major depression in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54:37–44.e2. doi:10.1016/j.jaac.2014.10.010.
18. Mojtabai R, Olfson M, Han B. National trends in the prevalence and treatment of depression in adolescents and young adults. *Pediatrics*. 2016;138. doi:10.1542/peds.2016-1878.
19. Mohammadia MR, Alavia SS, Ahmadib N, Khaleghia A, Kamalic K, Ahmadi A, et. al. The prevalence, comorbidity and socio-demographic factors of depressive disorder among Iranian children and adolescents: to identify the main predictors of depression. *J Affect Disord*. 2019;247:1–10. doi:10.1016/j.jad.2019.01.005.
20. Shain B and AAP committee on adolescence. Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*. 2016;138:e20161420. doi:10.1542/peds.2016-1420.
21. Simon GE, Rutter CM, Peterson D, Oliver M, Whiteside U, Operskalski B, et. al. Do PHQ depression questionnaires completed during outpatient visits predict subsequent suicide attempt or suicide death?. *Psychiatr Serv*. 2013;64:1195–202. doi:10.1176/appi.ps.201200587.
22. Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Suicide and Life-threatening Behavior*. 2005;35:239-50.
23. Kann L, McManus T, Harris WA, Shanklin SL, Flint K, Queen B, et al. Youth risk behavior surveillance, United States, 2017 [internet]. *MMWR Surveill Summ* 2018 [cited 2019 Jun 13];67(8):1-114. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/ss/ss6708a1.htm>
24. ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์. อัตราการฆ่าตัวตายแยกตามช่วงอายุ ประจำปี 2560. [Suicide rate divided by age group 2017] [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: โรงพยาบาล; 2561 [สืบค้นเมื่อวันที่ 18 มิ.ย. 2562]. จาก: <https://www.suicide.dmh.go.th/report/suicide/viewg1.asp?id=26>
25. Jeon GS, Choi K, Cho S. Gender differences in exposure and vulnerability to psychosocial and behavioral factors of suicide attempt among Korean adolescents. *Asia Pac Psychiatry*. 2017 Dec;9. doi:10.1111/appy.12272.
26. Soole R, Kölves K, Leo D. Suicide in children: A systematic review. *Arch Suicide Res*. 2015;19: 285-304. doi:10.1080/13811118.2014.996694.
27. Haw C, Hawton K, Niedzwiedz C, Platt S. Suicide clusters: a review of risk factors and mechanisms. *Suicide Life Threat Behav*. 2013 Feb;43:97-108. doi:10.1111/j.1943-278X.2012.00130.x.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ภาระทางเศรษฐศาสตร์ของโรคติดสุราจากระดับโรงพยาบาล สู่ภาพรวมระดับประเทศ

วันรับ : 20 มกราคม 2563

วันแก้ไข : 3 พฤษภาคม 2563

วันตอบรับ : 9 พฤษภาคม 2563

วัลลดา พุ่มไพศาลชัย, ภ.บ., ชิตชนก เรือนก้อน, ปร.ด.
ภาควิชาบริหารเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาภาระทางเศรษฐศาสตร์ของโรคติดสุรา ณ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้มุมมองทางสังคม และวิเคราะห์ภาพรวมในระดับประเทศ

วิธีการ: วิจัยเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้า สุ่มผู้ป่วยโรคติดสุรา ตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2559 จำนวน 192 คน ติดตามคนละ 12 เดือน โดยคนสุดท้ายติดตามจนถึง 3 กันยายน 2560 เก็บข้อมูลการรักษาจากเวชระเบียน คำนวณต้นทุนตรงทางการแพทย์จากฐานข้อมูลโรงพยาบาล สัมภาษณ์ค่าเดินทาง ค่าที่พัก ค่าอาหารส่วนเพิ่ม ความเสียหายจากโรคติดสุรา ผลกระทบการทำงานที่ลดลง และปรับต้นทุนเป็นปี 2562 ด้วยดัชนีราคาผู้บริโภค วิเคราะห์ข้อมูลภาระทางเศรษฐศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างและภาพรวมระดับประเทศจากสถิติกรมสุขภาพจิตและรายงานองค์การอนามัยโลก

ผล: กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.6 เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 43.93 ± 10.11 ปี เข้ารักษารวม 724 ครั้ง เป็นผู้ป่วยนอก 491 ครั้ง (3.56 ± 3.07 ครั้ง/คน) คิดเป็นต้นทุนเมื่อปรับดัชนีราคาผู้บริโภค 7,005.85 บาท/คน/ปี ผู้ป่วยใน 233 ครั้ง (1.82 ± 1.29 ครั้ง/คน หรือ 37.24 ± 29.84 วันนอน/คน) เป็นต้นทุน 70,794.20 บาท/คน/ปี รวมต้นทุนตรงเฉลี่ยผู้ป่วยในและนอกเป็น 52,268.08 บาท/คน/ปี ต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์และต้นทุนทางอ้อมคิดเป็น 7,977.90 และ 12,263.53 บาท/คน/ปี ตามลำดับ รวม 72,736.08 บาท/คน/ปี ภาระทางเศรษฐศาสตร์ภาพรวมการรักษาของกรมสุขภาพจิตปี พ.ศ. 2561 เป็น 31,451.020 ล้านบาท และขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2559 เป็น 52,059.065 ล้านบาท

สรุป: ผู้ป่วยติดสุราก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐศาสตร์จำนวนมาก โดยเฉพาะผู้ที่ต้องรักษาแบบผู้ป่วยใน การช่วยให้ผู้ป่วยลดหรือหยุดดื่มสุราระยะยาว จะสามารถลดต้นทุนจากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาลดได้

คำสำคัญ: การวิเคราะห์ต้นทุน ต้นทุนความเจ็บป่วย ผู้ป่วยติดสุรา ภาระโรค

ติดต่อผู้พิมพ์: วัลลดา พุ่มไพศาลชัย; e-mail: winwanara@gmail.com

Original article

Economic burden of alcohol dependence at a hospital and national level

Received : 20 January 2020

Revised : 3 May 2020

Accepted : 9 May 2020

Wanlada Pumpaisalchai, Pharm D., Chidchanok Ruengorn, Ph.D.

Department of Pharmaceutical Care, Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University

Abstract

Objective: To estimate the economic burden of alcohol dependence on societal perspective at Suanprung Psychiatric Hospital, Chiang Mai, and national level.

Methods: Study design was prospective descriptive with the cost of illness data approach. Data were collected from 192 alcohol dependence patients for 12 months since June 1, 2016 and follow the last patient until Sep 3, 2017. Then adjusted present value by the consumer price index in 2019. Data were collected from 1) therapy activities from hospital database to estimate the direct medical cost and 2) patients and relatives were interviewed to calculate direct nonmedical costs and indirect costs to estimate the total costs in a societal perspective. The results were extended to the Thai economic burden with statistics of the Department of Mental Health and global status report on alcohol and health 2018 by the World Health Organization.

Results: The majority of participants were male (89.6%) with an average age of 43.93 ± 10.11 years-old. Among a total of 724 hospital visits, 491 visits were to the outpatient department (OPD) (average 3.56 ± 3.07 times/year) at 7,005.85 Baht/person/year and 233 visits were to the inpatient department (IPD) 1.82 ± 1.29 times/person/year (average length of stay 37.24 ± 29.84 days/person/year), at 70,794.20 Baht/person/year. The average total cost of direct medical cost was 52,268.08 Baht/person/year. The direct nonmedical cost and productivity loss were 7,977.90 and 12,263.53 Baht/person/year. The total cost of alcohol dependence in a societal perspective was 72,736.08 Baht/person/year. The economic burden of Thailand from the Department of Mental Health in 2018 was estimated at 31,451.020 million Baht and from WHO statistics in 2016 approximately 52,059.065 million Baht.

Conclusion: Alcohol dependence causes a high economic burden, especially inpatient treatment because of severe symptoms. If healthcare providers can help patients reduce or cut back on drinking alcohol for the long term, the burden of the disease will be decreased.

Key words: alcohol dependence, burden of disease, cost analysis, cost of illness

Corresponding author: Wanlada Pumpaisalchai; e-mail: winwanara@gmail.com

บทนำ

ติดสุรา (alcohol dependence) คือ ผู้ที่ต้องดื่มสุราจนไม่สามารถควบคุมหรือหยุดการดื่มได้ ต้องเพิ่มปริมาณที่ดื่มเพื่อให้มีความสุข เมื่อหยุดดื่มกะทันหันจะมีอาการต่างๆ ตามมา เช่น อาการสั่น เห็นภาพหลอน หิวแหว่ หรือชักได้ จากผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ พ.ศ. 2556 พบว่าประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป มีความชุกของการติดสุราในหนึ่งปีและตลอดชีพ ร้อยละ 1.8 และ 4.1 ตามลำดับ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง¹ สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2559² สุราก่อให้เกิดผลกระทบต่องาน เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพทั่วโลก โดยการศึกษาส่วนใหญ่มักศึกษาผลกระทบทางสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตจากการบริโภคสุรา³

การประมาณภาระทางเศรษฐศาสตร์ (economic burden) หรือต้นทุนจากความเจ็บป่วย (cost of illness) จากโรคในสังคมนั้นๆ เป็นจุดอ้างอิงในการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์ ส่วนใหญ่มักประมาณโดยใช้ต้นทุนทางตรงและต้นทุนโดยอ้อมในการอ้างอิง เปรียบเทียบภาระของโรคต่อสังคมกับโรคอื่นๆ⁴ ที่ผ่านมามีการศึกษาต้นทุน ผลกระทบทางสังคม สุขภาพและเศรษฐกิจของการติดสุราในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2551 พบว่าต้นทุนและความสูญเสียที่เกิดจากการติดสุรามีมูลค่าสูงถึง 156,105 ล้านบาท⁵ อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวอาศัยการประมาณต้นทุนเชิงสถิติจากฐานข้อมูลการลงทะเบียน ไม่ครอบคลุมต้นทุนจากตัวผู้ป่วยและโรงพยาบาลโดยตรง

โรงพยาบาลสวนปรุง เป็นโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ ให้บริการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตครอบคลุมครอบคลุมเขตสุขภาพที่ 1 ภาคเหนือตอนบน 8 จังหวัดของประเทศไทย จากสถิติ พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยติดสุรารับบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจำนวน 1,622 คน และ 1,055 คน ตามลำดับ ปัจจุบันโรงพยาบาลสวนปรุงเป็นโรงพยาบาลจิตเวชที่มีเป้าประสงค์หลักในการแก้ปัญหาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ ข้อมูลด้านภาระทางเศรษฐศาสตร์ยังไม่เคยมีการรวบรวมอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังสนใจผลกระทบของภาระทางเศรษฐศาสตร์ในผู้ป่วยติดสุราในระดับประเทศ จึงนำต้นทุนต่อหน่วยจากโรงพยาบาลสวนปรุงไปใช้ในการประมาณการณ์ การศึกษานี้จึงมี

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาระทางเศรษฐศาสตร์ของผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง โดยใช้มุมมองทางสังคม และวิเคราะห์ภาพรวมในระดับประเทศเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นให้กับผู้ใช้ข้อมูลในการวางแผนเชิงนโยบายเพื่อการวางแผนดูแลโรคติดสุราต่อไป

วิธีการ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้า (prospective descriptive study) รวบรวมข้อมูลต้นทุนความเจ็บป่วยแบบ prevalence-based bottom-up ประกอบไปด้วย 1) ต้นทุนตรงทางการแพทย์จากการรักษาต่อหน่วยบริการ โดยกระจายต้นทุนในฐานข้อมูลโรงพยาบาลจากหน่วยต้นทุนสนับสนุนไปยังหน่วยต้นทุนหลักที่ให้บริการผู้ป่วย ร่วมกับข้อมูลกิจกรรมการรักษาที่เกิดขึ้นจริงของผู้ป่วยแต่ละรายจากเวชระเบียนผู้ป่วย 2) ต้นทุนตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ได้แก่ ค่าเดินทาง ค่าที่พัก ค่าอาหารส่วนเพิ่ม ความเสียหายและอุบัติเหตุจากโรคติดสุรา และ 3) ต้นทุนทางอ้อมจากผลผลิตการทำงานที่ลดลง โดยใช้มุมมองทางสังคม ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2559 และติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 1 ปี ปรับต้นทุนให้เป็นปัจจุบันโดยใช้ค่าดัชนีราคาผู้บริโภค (consumer price index) หยอดค่าตรวจรักษาและค่ายาของกองสารสนเทศและดัชนีเศรษฐกิจการค้า สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์การค้า⁶

ประชากร คือ ผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD-10 รหัสโรค F10.2 ที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยติดสุรา 192 ราย ซึ่งเข้ารับการรักษาตัวตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2559 โดยการสุ่มอย่างง่าย และติดตามผู้ป่วยเป็นเวลา 12 เดือน โดยติดตามผู้ป่วยรายสุดท้ายจนถึงวันที่ 3 กันยายน 2560 แบ่งเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจำนวน 139 และ 128 รายตามลำดับ ในจำนวนนี้มี 75 ราย ที่เข้ารับการรักษาทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร finite population mean โดยอาศัยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานร้อยละ 50.0 ของค่าเฉลี่ยต้นทุนและค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 10.0 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวม 175 ราย ประกอบด้วย

ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจำนวนอย่างน้อย 90 และ 85 ราย ตามลำดับ เก็บตัวอย่างเพิ่มเติมร้อยละ 10.0 ดังนั้นการศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากผู้ป่วยทั้งสิ้น 192 ราย

วิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1) กระจายต้นทุนจากศูนย์สนับสนุนไปสู่ศูนย์ต้นทุนหลักที่ให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล จนหมดด้วยวิธี activity-based costing method (ABC) โดยจัดสรรข้อมูลแบบ simultaneous equation method และใช้สมการเส้นตรง (linear equation)⁷ เพื่อทำการกระจายต้นทุนและวิเคราะห์ต้นทุนตรงทางการแพทย์ของผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยการวิเคราะห์ต้นทุนค่าแรงบุคลากรก่อนที่จากฐานข้อมูลเงินเดือนบุคลากรของโรงพยาบาลสวนปรุง ใช้ข้อมูลกิจกรรมการรักษาที่เกิดขึ้นรวมถึงยาและเวชภัณฑ์ที่มีการใช้จริงของผู้ป่วยจากเวชระเบียน 2) ใช้ข้อมูลต้นทุนที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ ค่าเดินทาง ค่าที่พัก ค่าอาหารส่วนเพิ่ม และสอบถามข้อมูลความเสียหายที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุจากโรคติดเชื้อของผู้ป่วยจากค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยเสียไปเพื่อนำมาวิเคราะห์ต้นทุนตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ 3) ใช้เครื่องมือ work productivity and activity impairment-general health (WPAI-GH)⁸ ในการวิเคราะห์ต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วย 4) วิเคราะห์ภาระทางเศรษฐศาสตร์ของโรคติดเชื้อด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์) วิเคราะห์ความไวด้วยวิธีตัวแปรเดียว โดยใช้ข้อมูลต้นทุนของโรงพยาบาลสวนปรุง ปรับค่า จำนวนของบุคลากรทางการแพทย์ จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อที่เข้ารับบริการจากรายงานของโรงพยาบาล และจำนวนวันนอนของผู้ป่วย นำเสนอแผนภูมิการวิเคราะห์ความไวด้วย tornado plot และ 5) ประเมินการณภาระเศรษฐศาสตร์ภาพรวมของการรักษาโรคติดเชื้อของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต โดยใช้ข้อมูลสถิติผู้ติดเชื้อปี พ.ศ. 2558-2561⁹ และสำหรับภาพรวมระดับประเทศ อาศัยสถิติการสำรวจขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2559²

ผล

จากผู้ป่วยติดเชื้อจำนวน 192 ราย เป็นเพศชาย (ร้อยละ 89.6) อายุเฉลี่ย 43.93 ± 10.11 ปี ประกอบอาชีพ

รับจ้างทั่วไปร้อยละ 28.7 และว่างงานร้อยละ 17.7 ค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์) รายได้ต่อเดือน 6,750 (10,500) บาท เดินทางมารับการรักษาด้วยพาหนะส่วนตัว (ร้อยละ 69.8) ค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์) ของระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล 31 (114) กิโลเมตร ต้นทุนค่าแรงพื้นฐานและต้นทุนแต่ละกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ดังแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2 ตามลำดับ ทั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษา 724 ครั้ง ในระยะเวลา 1 ปี เป็นบริการผู้ป่วยนอก 491 ครั้ง ผู้ป่วยใน 233 ครั้ง ต้นทุนเฉลี่ย 52,268.08 บาท/ราย ต้นทุนในการบำบัดโรคติดเชื้อที่เกิดขึ้นรวม 13,965,327.71 บาท/ปี คิดเป็นต้นทุนเฉลี่ย 72,736.08 บาท/ราย/ปี ดังแสดงในตารางที่ 3

เมื่อทำการวิเคราะห์ความไวแบบทางเดียวด้วยข้อมูลต้นทุนของโรงพยาบาลสวนปรุง โดยปรับจำนวนของผู้ป่วยติดเชื้อที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตามแนวโน้มความเป็นไปได้จากสถิติย้อนหลังของโรงพยาบาลสวนปรุง ร้อยละ 7.5 ต่อครั้ง ปรับจำนวนวันนอนของผู้ป่วยติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในครั้งละ 1 วันนอน พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงต้นทุนรวมสูงสุด รองลงมาเป็นจำนวนของผู้ป่วยนอก และจำนวนวันนอนในการรักษาแต่ละครั้ง ตามลำดับปรับจำนวนแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และเภสัชกร ซึ่งเป็นต้นทุนค่าแรงหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่ถือเป็นกลุ่มบุคลากรที่มีความขาดแคลนครั้งละ 1 คนที่ละตัวแปรในการคำนวณต้นทุนเฉลี่ยของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก พบว่าจำนวนของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงต้นทุนรวมสูงสุด รองลงมาเป็นจำนวนผู้ช่วยเหลือคนไข้และเภสัชกรผู้ป่วยใน ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

เมื่ออ้างอิงจากสถิติจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2558-2561⁹ พบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 33,920 ราย ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 606,014 ราย ในปี พ.ศ. 2561 วิเคราะห์ภาระทางเศรษฐศาสตร์ด้วยต้นทุนตรงทางการแพทย์ที่ปรับค่าดัชนีราคาผู้บริโภคแต่ละปี ต้นทุนเพิ่มขึ้นจาก 1,718.791 ล้านบาท เป็น 31,451.020 ล้านบาท ในจำนวนนี้พบว่าเขตบริการสุขภาพของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (เขตบริการสุขภาพที่ 7-10) มีแนวโน้มภาระทาง

เศรษฐกิจสูงกว่าเขตภูมิภาคอื่นๆ ดังแสดงในตารางที่ 4 เมื่อเฉลี่ยภาระทางเศรษฐกิจของแต่ละเขตสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 122.770 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2558 เป็น 2,246.501 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2561 แสดงดังแผนภูมิที่ 2

เมื่อพิจารณาภาพรวมระดับประเทศอ้างอิงจากผลสำรวจสถานการณ์การดื่มสุรากับสุขภาพประชากรไทยโดย

องค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2559 พบว่าประชากรไทยที่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกเป็นผู้ป่วยติดสุราร้อยละ 1.8 คิดเป็นภาระทางเศรษฐกิจรวม 52,059.65 ล้านบาท ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 1 ต้นทุนค่าแรงพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยติดสุราแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

ประเภทของผู้ป่วย	ระยะเวลาที่ใช้บริการผู้ป่วย (นาท/ราย/วัน)				ต้นทุนค่าแรง (บาท/วัน/ราย)
	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วยเหลือคนไข้	เวชระเบียน	
บริการผู้ป่วยนอก					
ผู้ป่วยรายใหม่	8.4	20	3.4	10.1	585.17
ผู้ป่วยรายเก่า	7.3	17.2	3.3	6.1	502.64
บริการผู้ป่วยใน					
ไม่รุนแรง (CIWA = 0)	2.5	35.1	30.4		1,095.45
มีอาการเล็กน้อย (CIWA 1-9)	1.5	27.8	35.7		949.03
มีอาการปานกลาง (CIWA 10-14)	1.7	28.1	55.8		1,090.50
มีอาการรุนแรง (CIWA 15 – 18)	1.5	78.8	105.0		2,470.49
มีอาการรุนแรงมาก (CIWA ≥ 19)	3.0	223.3	125.2		5,684.32

ตารางที่ 2 ข้อมูลภาระทางเศรษฐกิจในแต่ละกิจกรรมในการรักษาโรคติดสุรา (จำนวน 192 ราย)

กิจกรรม	ต้นทุนต่อครั้ง (บาท)			
	ค่าแรง	ค่าวัสดุไม่รวมค่ายา*	ค่าลงทุน	ต้นทุนรวม
บริการผู้ป่วยใน	29,518.10	316.40	64.99	29,899.50
บริการบันทึกคลื่นไฟฟ้าในสมอง	3,354.30	291.98	238.24	3,884.52
บริการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาสลบ	2,950.89	91.70	30.70	3,073.29
บริการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยา	2,844.66	53.21	46.63	2,944.50
บริการจิตบำบัด	948.23	53.21	46.63	1,048.07
บริการสังคมสงเคราะห์	846.65	90.88	62.85	1,000.38
บริการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยไม่ใช้ยาสลบ	791.67	20.18	8.28	820.13
บริการทางพันธุกรรม	584.31	153.92	80.90	819.13
บริการตรวจวินิจฉัยทางรังสีเทคนิค	443.34	91.78	179.79	714.92
บริการผู้ป่วยนอก	518.50	79.34	13.53	611.37
บริการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	514.47	25.23	7.48	547.18

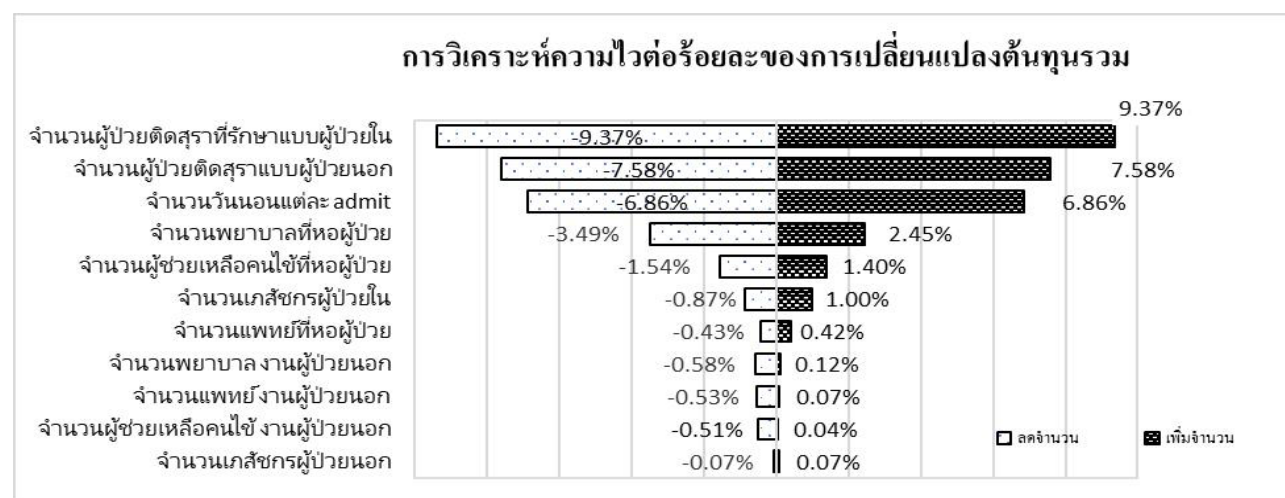
ตารางที่ 2 ข้อมูลภาระทางเศรษฐศาสตร์ในแต่ละกิจกรรมในการรักษาโรคติดเชื้อ (จำนวน 192 ราย) (ต่อ)

กิจกรรม	ต้นทุนต่อครั้ง (บาท)			
	ค่าแรง	ค่าวัสดุไม่รวมค่ายา*	ค่าลงทุน	ต้นทุนรวม
บริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน	265.81	26.78	33.69	326.28
บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย	225.61	48.42	11.07	285.09
บริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก	204.41	12.77	13.33	230.50
บริการตรวจทางเทคนิคการแพทย์	27.20	4.39	7.89	39.47

*ต้นทุนค่ายาและเวชภัณฑ์คำนวณจากต้นทุนที่มีการใช้จริงซึ่งแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย

ตารางที่ 3 ข้อมูลภาระทางเศรษฐศาสตร์ในแต่ละกิจกรรมในการรักษาโรคติดเชื้อ (จำนวน 192 ราย)

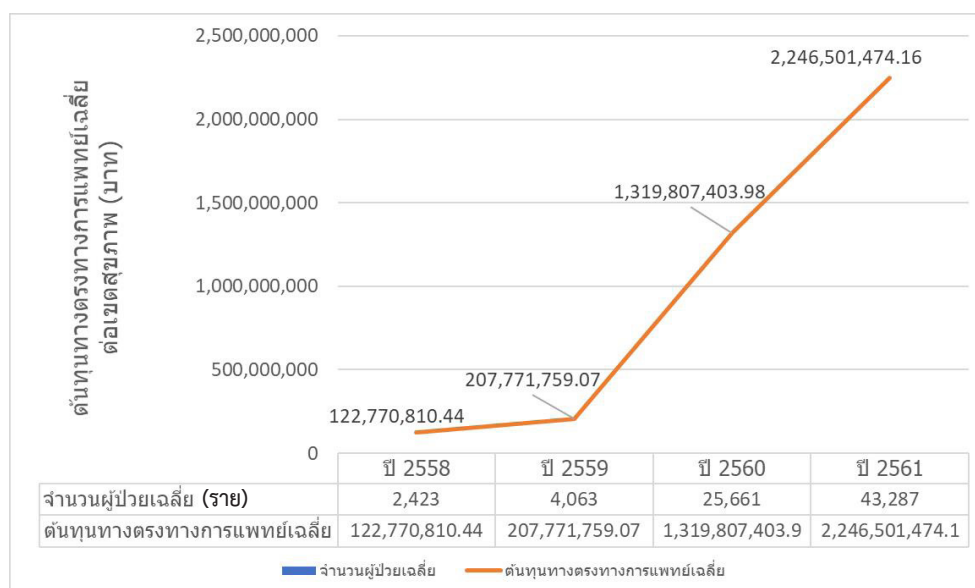
ต้นทุน	มูลค่ารวมทั้งหมด (บาท)	ต้นทุนเฉลี่ยต่อราย (ต่ำสุด-สูงสุด) (บาท)
ต้นทุนตรงทางการแพทย์ใน รพ. สวนปรุง	10,035,470.45	52,268.08 (7,659.69 – 331,026.20)
ผู้ป่วยนอก	973,812.43	7,005.85 (595.51 – 48,173.61)
ผู้ป่วยใน	9,061,658.02	70,794.21 (4,156.64 – 329,106.80)
ต้นทุนตรงทางการแพทย์นอก รพ. สวนปรุง	43,503.00	226.58 (0 – 1,700.00)
ต้นทุนค่าเดินทาง	605,281.60	3,152.51 (0 – 8,500)
ต้นทุนค่าอาหารส่วนเพิ่ม	124,754.50	649.76 (0 – 23,000)
ต้นทุนค่าที่พัก	57,800.00	301.04 (0 – 11,900)
ความเสียหายจากโรคติดเชื้อ	743,920.00	3,874.59 (0 – 510,000)
ต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพรวม	2,354,598.16	12,263.53 (0 – 88,951.48)
รวม	13,965,327.71	72,736.08 (8,009.69 – 247,045.31)



แผนภูมิที่ 1 การวิเคราะห์ความไวต่อร้อยละการเปลี่ยนแปลงต้นทุนรวม

ตารางที่ 4 ประมาณการณ์ภาระทางเศรษฐศาสตร์ของการรักษาโรคติดสุราในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต

กลุ่มประชากร	จำนวนผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตและประมาณการณ์ต้นทุน							
	พ.ศ. 2558		พ.ศ. 2559		พ.ศ. 2560		พ.ศ. 2561	
	จำนวน (ราย)	ต้นทุน (ล้านบาท)	จำนวน (ราย)	ต้นทุน (ล้านบาท)	จำนวน (ราย)	ต้นทุน (ล้านบาท)	จำนวน (ราย)	ต้นทุน (ล้านบาท)
เขตสุขภาพที่ 1	7,034	356.426	5,446	278.470	46,599	2,396.679	39,657	2,058.125
เขตสุขภาพที่ 2	1,497	75.855	2,161	110.498	17,547	902.477	18,786	974.959
เขตสุขภาพที่ 3	1,447	73.322	2,506	128.139	16,246	835.564	17,939	931.001
เขตสุขภาพที่ 4	1,511	76.565	2,072	105.947	16,978	873.212	32,651	1,694.527
เขตสุขภาพที่ 5	1,146	58.070	1,980	101.243	20,172	1,037.486	34,022	1,765.679
เขตสุขภาพที่ 6	1,270	64.353	4,191	214.298	17,772	914.049	38,252	1,985.208
เขตสุขภาพที่ 7	4,415	223.716	7,635	390.400	64,701	3,327.701	48,829	2,534.135
เขตสุขภาพที่ 8	2,268	114.923	5,226	267.221	42,588	2,190.385	62,721	3,255.105
เขตสุขภาพที่ 9	5,706	289.133	8,067	412.490	41,615	2,140.342	68,251	3,542.102
เขตสุขภาพที่ 10	3,030	153.535	8,930	456.617	22,496	1,157.014	27,261	1,414.796
เขตสุขภาพที่ 11	658	33.342	2,038	104.209	22,058	1,134.486	26,769	1,389.262
เขตสุขภาพที่ 12	1,318	66.785	2,465	126.042	26,906	1,383.829	72,894	3,783.065
กรุงเทพมหานคร	659	33.392	1,975	100.987	2,991	153.833	7,116	369.307
ไม่ทราบจังหวัด	1,961	99.367	2,195	112.236	588	30.242	110,866	5,753.743
รวม	33,920	1,718.791	56,887	2,908.804	359,257	18,477.303	606,014	31,451.020



แผนภูมิที่ 2 ประมาณการณ์ภาระทางเศรษฐศาสตร์เฉลี่ยจากสถิติผู้ป่วยเฉลี่ยแต่ละเขตสุขภาพของกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2558 -2561

ตารางที่ 5 ประเมินภาระทางเศรษฐศาสตร์ของการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบเอในภาพรวมระดับประเทศปี พ.ศ. 2559

ภาระทางเศรษฐศาสตร์จากความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบเอในประเทศไทย**			
กลุ่มประชากร	ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบเอในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป (ร้อยละ)	จำนวนประชากรไทยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบเอ (ราย)	ประมาณการต้นทุน (ล้านบาท)
เพศชาย	3.5	971,022.74	49,651.333
เพศหญิง	0.2	57,636.36	2,947.121
รวม	1.8	1,018,110.34	52,059.065

**ข้อมูลสถิติความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบเอในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 56,561,686 ราย ในปี พ.ศ. 2559 โดยองค์การอนามัยโลก

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในช่วงวัยทำงาน สอดคล้องกับรายงานการสำรวจของประชากรไทยโดยองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2559² ต้นทุนความเจ็บป่วยเมื่อปรับดัชนีราคาผู้บริโภค พ.ศ. 2562 ได้ต้นทุนการรักษาแบบผู้ป่วยใน 70,794.20 บาท/คน/ปี ต้นทุนการรักษาแบบผู้ป่วยนอก 7,005.85 บาท/คน/ปี ส่วนใหญ่เป็นต้นทุนค่าแรง (ร้อยละ 71.8) สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2559 ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลสวนปรุงเป็นโรงพยาบาลที่มีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเป็นส่วนใหญ่และพบว่ามีอายุงานของบุคลากรทางการแพทย์มาก จึงทำให้เงินเดือนและค่าจ้างสูง ส่วนต้นทุนค่าวัสดุและค่าลงทุนที่เกิดขึ้นคิดเป็นต้นทุนค่ายาและเวชภัณฑ์ เพียงร้อยละ 8.3 ซึ่งต่ำกว่าต้นทุนต่อหน่วยบริการของโรคทั่วไปอื่นๆ ที่พบว่าต้นทุนค่ายาและเวชภัณฑ์เป็นต้นทุนส่วนใหญ่¹⁰ เหตุผลเนื่องจากแนวทางมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบเอที่ไม่สูง และการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังต้องนำกระบวนการบำบัดอื่นๆ เข้ามาร่วมรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบเอที่มีปัญหาโรคร่วมทางกาย (alcohol-related physical illness) อาทิเช่น ภาวะตับแข็ง (cirrhosis) เลือดออกในทางเดินอาหาร (gastrointestinal bleeding) ตับอ่อนอักเสบ (pancreatitis) โรคสมองจากตับ (hepatic encephalopathy) ฯลฯ ซึ่งมีความจำเป็นที่ต้องส่งตัวผู้ป่วยที่มีภาวะทางกายรุนแรงดังกล่าวไปรักษายังโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งมีความเชี่ยวชาญให้หายาก่อนจึงกลับมารักษาโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบเอที่โรงพยาบาลจิตเวช จึงอาจทำให้ต้นทุน

ทางการแพทย์ในการรักษาส่วนนี้ขาดหายไป ส่วนต้นทุนค่าลงทุนมีส่วนในต้นทุนรวมต่ำที่สุด เนื่องจากอายุของอาคารต่างๆ ที่ใช้ในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาลสวนปรุงมีการใช้งานเกินกว่า 20 ปี

ระยะทางและต้นทุนเฉลี่ยในการเดินทางของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ สูงกว่าการศึกษาอื่นๆ เช่น การศึกษาจากโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี¹¹ สาเหตุที่ต้นทุนค่าเดินทางเฉลี่ยสูงกว่าการศึกษาอื่นเนื่องจากโรงพยาบาลสวนปรุงเป็นโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ ที่รับการส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตครอบคลุมพื้นที่ 8 จังหวัดทางภาคเหนือตอนบน ซึ่งภูมิประเทศมีลักษณะเป็นภูเขาซับซ้อน การเดินทางจึงมีความยากลำบากและระยะทางไกล โดยผลการศึกษาครั้งนี้ยังหมายรวมถึงค่าใช้จ่ายทั้งหมดจากญาติที่มาส่ง เนื่องจากบริบทของผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ไม่สามารถเดินทางมาเพียงลำพัง และนอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายในการพักค้างคืนเพื่อมารับการรักษาด้วย

ต้นทุนจากเหตุการณ์ทรัพย์สินเสียหายจากโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบเอที่น้อยกว่าผลการศึกษาจากงานวิจัยเรื่องผลกระทบจากทางสังคมจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2558 ที่รายงานว่าความเสียหายในดำเนินคดีเฉลี่ย 5,444.29 บาท/ครั้ง และต้นทุนเฉลี่ยในการฟ้องร้องคดีความ 7,188.13 บาท/คดี¹² อาจเนื่องจากการศึกษาดังกล่าวเก็บรวบรวมข้อมูลต้นทุนจากผลของการบริโภคสุราทั้งหมดโดยมิได้แสดงผลกระทบของเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบเออีกทั้งพบว่าเหตุการณ์ทรัพย์สินเสียหายในระหว่างการรักษาของกลุ่มตัวอย่างอาจน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการรักษา ทำให้จำนวน

เหตุการณ์ทรัพย์สินเสียหายและการฟ้องร้องดำเนินคดีจากโรคติดสุราต่ำกว่าการศึกษาดังกล่าว

เมื่อรวมภาระทางเศรษฐศาสตร์ของโรคติดสุราเป็น 72,736.08 บาท/ราย/ปี จากโรงพยาบาลสวนปรุงพบว่ามีความแตกต่างจากรายงานผลการวิจัยการศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจของการบริโภคสุรา ที่พบว่าในปี พ.ศ. 2549 มีต้นทุนหรือความเสียหายทางเศรษฐกิจรวมทั้งสิ้น 156,105.4 ล้านบาท คิดเป็นต้นทุนเฉลี่ยต่อหัวประชากรเป็น 2,391 บาท/ราย/ปี¹³ เนื่องจากมีกลุ่มประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยติดสุราและศึกษาจากโรงพยาบาลตติยภูมิที่รับส่งต่อ ซึ่งมักเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุรารุนแรง จึงมีต้นทุนการรักษาสูงกว่าต้นทุนของผู้บริโภคสุราทั่วไป

การศึกษานี้ทำการประมาณการวิเคราะห์ภาระทางเศรษฐศาสตร์ในระดับประเทศของกรมสุขภาพจิตโดยใช้ข้อมูลต้นทุนจากโรงพยาบาลสวนปรุงเป็นพื้นฐานในการคำนวณภายใต้ข้อสันนิษฐาน (assumption) ว่าโรงพยาบาลจิตเวชอื่นๆ ใช้แนวทางการรักษาไม่แตกต่างกัน โดยพบว่าจากจำนวนผู้ป่วยโรคติดสุราทั้งหมดในการรายงานของกรมสุขภาพจิต การแบกรับจากต้นทุนตรงทางการแพทย์ของผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2561 คิดเป็น 31,451 ล้านบาท ซึ่งพบว่าเป็นภาระที่สูงโดยที่ยังไม่ได้รวมผลกระทบทางสังคมในภาพรวม

ข้อจำกัดของการศึกษา การวิเคราะห์ภาระทางเศรษฐศาสตร์จากต้นทุนของโรคต่อโรงพยาบาลเป็นหลัก โดยยังไม่รวมความเสียหายต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ ส่วนข้อมูลต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติย้อนหลังประมาณ 1–3 เดือน ซึ่งอาจจะเกิดอคติจากความจำได้ (recall bias) แต่ไม่น่ามีผลต่อข้อสรุปของการศึกษามากนัก การศึกษาในอนาคตอาจให้ยืนยันด้วยหลักฐานค่าใช้จ่ายที่ชัดเจนและน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

สำหรับภาระทางเศรษฐศาสตร์ในภาพรวมระดับประเทศอาจยังไม่สะท้อนต้นทุนที่เกิดขึ้นจริงทั้งหมด เนื่องจากใช้ฐานการคำนวณจากโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว อีกทั้งยังมีผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่นๆ นอกเหนือจาก

โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้น้อยน้อยทำให้ได้เห็นภาระทางเศรษฐศาสตร์ในโรคติดสุราทั้งในส่วนต้นทุนของการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชและในภาพรวมระดับประเทศ ที่ยังไม่เคยมีการประมาณจากต้นทุนต่อหน่วยบริการของโรงพยาบาลจิตเวชใดมาก่อน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา เนื่องจากพบว่าต้นทุนค่าเดินทางเป็นต้นทุนหลักที่ผู้ป่วยต้องแบกรับเอง ในขณะที่ต้นทุนหลักของการรักษาผู้ป่วยติดสุราส่วนใหญ่เป็นจำนวนครั้งของการเข้ารับบริการ นอกจากนี้ผู้ป่วยติดสุราที่มารับการรักษามีจำนวนไม่น้อยที่เข้ารับการรักษาระยะหนึ่งแล้วหยุดรักษาไป (partial treatment) ดังนั้นหากสามารถพัฒนาศักยภาพสถานพยาบาลในพื้นที่ต่างๆ ให้ดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุราและผู้ที่มียาการถอนพิษสุราไม่รุนแรง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราจากหน่วยให้บริการใกล้บ้าน จะช่วยลดต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ของผู้ป่วย เช่น ค่าเดินทาง ค่าที่พัก และต้นทุนทางอ้อมจากการเสียเวลาในการทำงาน ประกอบกับความพร้อมของสถานพยาบาลที่มีบุคลากรทางการแพทย์รวมถึงยาและเวชภัณฑ์ซึ่งใช้ในการรักษาโรคติดสุราเป็นยาพื้นฐานที่มีการสำรองในโรงพยาบาลเกือบทุกระดับ ดังนั้นต้นทุนค่าลงทุนและค่าแรงจะไม่มีเพิ่มขึ้นจากเดิม และนอกจากนี้ควรมีการส่งเสริมโครงการทุกโครงการที่เอื้อให้ผู้ป่วยติดสุราสามารถลด ละ เลิก การกลับมาดื่มสุราได้ยาวนานขึ้น และเสนอแนะให้มีการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยหรือภาระทางเศรษฐศาสตร์จากโรงพยาบาลที่ทำการรักษาผู้ป่วยโรคติดสุราทั้งในโรงพยาบาลของกรมสุขภาพจิตและโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อให้สามารถใช้ข้อมูลในการคำนวณภาระเศรษฐศาสตร์ที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

สรุป

ผู้ป่วยติดสุราก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐศาสตร์ที่สูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ต้นทุนความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไม่เพียงแต่ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์เท่านั้น แต่ผู้ป่วยและญาติยังต้องแบกรับต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ โดยเฉพาะค่าเดินทางและค่าเสียโอกาสจากการทำงาน ดังนั้นเพื่อให้ต้นทุนความเจ็บป่วยในภาพรวม

ลดลง รัฐบาลและหน่วยงานของรัฐควรมีนโยบายและกิจกรรม หรือหยุดดื่มสุราระยะยาว ที่ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษ โดยช่วยให้ผู้ป่วยลด

ความรู้เดิม: ต้นทุนและผลกระทบของการบริโภคสุราในประเทศไทย พ.ศ. 2551

ความรู้ใหม่: ภาระทางเศรษฐศาสตร์ของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษในโรงพยาบาลคิดเป็น 72,736.08 บาท/ราย/ปี และประมาณการณเฉพาะต้นทุนตรงทางการแพทย์ของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2561 ในการ จัดบริการรักษาผู้ติดสุราคิดเป็น 31,451 ล้านบาท

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: โรงพยาบาลและรัฐบาลสามารถนำข้อมูลภาระทางเศรษฐศาสตร์ไปใช้ในการกำหนดนโยบายและ แผนงานบริหารจัดการงบประมาณ รวมถึงการพัฒนากระบวนการเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุราอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. บริทรศ ศิลปกิจ, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, ชิตชนก เรือนก้อน, ชลัพร สมใจ, จงรักษ์ ฐาปนวรรกุล. ความชุกของความผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์ในคนไทย โรคร่วมทางจิตเวชและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. [Prevalence of alcohol use disorders, psychiatric co-morbidity and associated factors among the Thai population] วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2560;25:107-21. จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/142712>
2. World health organization. Global status report on alcohol and health 2018. Switzerland: WHO; 2018.
3. Shield K, Manthey J, Rylett M, Probst C, Wettlaufer A, Parry CDH, et al. National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study. Lancet Public Health. 2020;5:e51-61. doi:10.1016/S2468-2667(19)30231-2.
4. Byford S, Torgerson DJ, Raftery J. Economic note: cost of illness studies. BMJ. 2000;320(7245):1335. doi:10.1136/bmj.320.7245.1335.
5. Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Yothasamut J, Lertpitakpong C, Thitiboonsuwan K, Neramitpitagkul P, et al. The economic costs of alcohol consumption in Thailand, 2006. BMC Public Health. 2010;10:323. doi:10.1186/1471-2458-10-323.
6. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์การค้า กระทรวงพาณิชย์. ดัชนีราคาผู้บริโภคทั่วไป [Consumer price index] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนัก; 2562 [สืบค้นเมื่อวันที่ 19 ม.ค. 2563]. จาก: http://www.price.moc.go.th/price/cpi/index_new.asp.
7. วิเชียร เทียนจารุวัฒนา, ถาวร สกุลพาณิชย์, ดิษพงศ์ พงศ์ภัทรชัย, ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย. คู่มือการศึกษาต้นทุนสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [The manual of unit cost study in the hospital, 2013]. นนทบุรี: ศูนย์ศึกษาต้นทุนค่าใช้จ่ายสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2554.
8. Zhang W, Bansback N, Boonen A, Young A, Singh A, Anis AH. Validity of the work productivity and activity impairment questionnaire--general health version in patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Res Ther. 2010;12(5):R177. doi:10.1186/ar3141.
9. ระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต. รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวชภาพรวมทั้งประเทศ [Report of psychiatric patients in national overview]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2561.

10. ไพรินทร์ เชื้อสมุทร, ชมพูนุท โกสลากร เพิ่มพูนวิวัฒน์, สุรรัตน์ งามเกียรติไพศาล. การศึกษาต้นทุนการให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรี [A study of cost of universal coverage scheme in Chonpratan primary care unit]. วารสารเศรษฐศาสตร์และนโยบายสาธารณะ. 2554;4(2):61-72. จาก: <https://so01.tci-thaijo.org/index.php/econswu/article/view/74982>
11. วิน เตชะเคหะกิจ, ศิรรัตน์ ชูศรี, ศศิวิมล ชัยกุล, นิชนันท์ กาญจนสุกัศ, สิรินาถ จันทร์ลา, เด่นชัย ชัยสวัสดิ์, และคณะ. การศึกษาต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี [The study of direct non-medical costs of in-patients at Suratthani hospital: A cross-sectional survey]. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2555;6: 467-75. จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3792?locale-attribute=th>
12. อังชนันท์ โกมลไพศาล. การศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคมจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย: การพัฒนาไฟล์ต้นแบบในการประเมิน [The estimation of societal cost of alcohol consumption in Thailand: the development of estimation template]. กรุงเทพฯ: คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
13. มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์, ยศ ตีระวัฒนานนท์, อุษา ฉายเกล็ดแก้ว, ชนิดา เลิศพิทักษ์พงศ์, จอมขวัญ โยธาสุมทร, กรรณิการ์ ฐิติบุญสุวรรณ, และคณะ. การศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคม สุขภาพและเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย [A study on costs of social, health and economic consequences of alcohol consumption in Thailand]. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีการพิมพ์; 2551.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนากิจกรรมกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรู้คิดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

วันรับ : 4 กันยายน 2562
 วันแก้ไข : 29 เมษายน 2563
 วันตอบรับ : 9 พฤษภาคม 2563

สมศรี กิตติพงศ์พิศาล, วท.ม., ภัทรวรรณ สุขยิธี, พร.ด.
 ฌานวัฒน์ สืบพันธุ์เดช, วท.ม.
 โรงพยาบาลศรีธัญญา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อสร้างและศึกษานำร่องผลของกิจกรรมกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรู้คิดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีต่อการทำหน้าที่ทางการรู้คิดของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

วิธีการ: ชันแรกจัดทำร่างกิจกรรมกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรู้คิดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญและนำไปทดลองใช้ ขั้นที่สองนำชุดกิจกรรมที่สร้างขึ้นศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังโรงพยาบาลศรีธัญญาในเดือนเมษายน ถึงกันยายน 2561 เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ได้จำนวน 16 คน ประเมินความสามารถทางการรู้คิดด้วยแบบทดสอบทางประสาทจิตวิทยาก่อนและหลังจบกิจกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Wilcoxon matched-pairs signed-rank test

ผล: กิจกรรมกลุ่มฯ ประกอบด้วย 5 โมดูล ใช้เวลา 12 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง จากกลุ่มตัวอย่าง 16 คน มีผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยครบตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 10 คน จากแบบทดสอบ Word List Learning (WLL) พบว่าคะแนนการเรียนรู้ WLL1, WLL3, WLL total สูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนการยืดหยุ่นทางความคิดจากคะแนน perseverative error ของแบบทดสอบ Wisconsin sorting card (WCST) การวางแผนจากคะแนน total move score ของแบบทดสอบ Tower of London และความจำเพื่อการใช้งานจากคะแนน digit backward จากแบบทดสอบย่อย digit span สูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.1

สรุป: กิจกรรมกลุ่มที่สร้างขึ้นสามารถใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพการรู้คิดของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้ โดยเฉพาะความสามารถของสมองด้านบริหารจัดการ (executive function) และ immediate verbal memory

คำสำคัญ: การทำหน้าที่ทางการรู้คิด การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรู้คิด จิตเภทเรื้อรัง

ติดต่อผู้นิพนธ์: ภัทรวรรณ สุขยิธี; e-mail: talnamon@hotmail.com

Original article

Developing of group cognitive rehabilitation activities for people with chronic schizophrenia

Received : 4 September 2019

Revised : 29 March 2020

Accepted : 9 May 2020

Somsri Kittipongpisal, M.Sc., Pattarawat Sukyirun, Ph.D.

Channawat Leebuntoondej, M.Sc.

Srithanya Hospital

Abstract

Objective: To design group activities for cognitive rehabilitation for people with chronic schizophrenia and to conduct a pilot study on the effectiveness of these activities.

Methods: A novel program for cognitive rehabilitation activities were designed and tested for content validity. These activities were then piloted in participants diagnosed with chronic schizophrenia at Srithanya hospital from April 2018 to September 2018. Participants were purposively selected to participate in the activities and were assessed with neuropsychological tests before and after the program. Data were analyzed using descriptive statistic and Wilcoxon matched-pairs signed-rank test.

Result: The group activities consisted of consisted of 5 modules that were to be implemented for 12 weeks, three sessions per week and three hours per session. Of the sixteen selected participants, ten participants met the minimal requirement for the program were included in the analysis. After completing the activities, the participants demonstrated higher scores of learning ability, from the WLL1, WLL3, and WLL total scores of word list learning. Participants' cognitive flexibility ability from the perseverative error score of WCST, planning ability from the overall move score of Tower of London and working memory from the digit backward of digit span subtest also increased significantly.

Conclusion: The cognitive rehabilitation group activities designed may improve the cognitive functions of people with chronic schizophrenia. However, more study should be conducted in a larger sample and should include a control group.

Keywords: cognitive functions, chronic schizophrenia, cognitive rehabilitation

Corresponding author: Pattarawat Sukyirun; e-mail: talnamon@hotmail.com

บทนำ

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคจิตเวชที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการสุขภาพจิต¹ โรคจิตเภทมีลักษณะเรื้อรังซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพในระยะยาวและก่อให้เกิดการสูญเสียอย่างมากทั้งต่อตัวของผู้ป่วยเอง ครอบครัว และสังคม^{2,3} แม้ว่าการพัฒนารักษาโรคจิตเภทมีความก้าวหน้าไปมาก แต่ผู้ป่วยจำนวนมากยังคงมีกับปัญหาด้านสังคม การทำงาน และการทำหน้าที่ต่างๆ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง⁴ การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวนี้ไม่สามารถจัดการกับผลกระทบที่เกิดตามมานี้ได้ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการที่ยาทางจิตเวชไม่ได้มุ่งเน้นแก้ไขความบกพร่องทางสังคมและทักษะต่างๆ ที่สูญเสียไปของผู้ป่วย เช่น ทักษะทางสังคมและทักษะทางการรู้คิด ซึ่งเป็นความผิดปกติสำคัญที่พบได้ในผู้ป่วยโรคจิตเภท การศึกษาโรคจิตเภทในปัจจุบันจึงได้หันมาให้ความสำคัญกับการศึกษาถึงความบกพร่องของสมอง⁵ มีการศึกษาจำนวนมากแสดงให้เห็นว่า ความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองหรือความบกพร่องทางการรู้คิดนี้ เป็นลักษณะสำคัญของโรคจิตเภทที่ทำให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ ของผู้ป่วย เช่น การดำเนินชีวิต การคิดอย่างมีเหตุผล เป็นต้น จากการประชุมครั้งที่สามของโครงการ CNTRICS (Cognitive Neuroscience Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia) ได้สรุปความเห็นร่วมกันว่าการทำหน้าที่ทางการรู้คิด (cognitive function) 6 ด้าน ที่บกพร่องในโรคจิตเภท ได้แก่ การรับรู้ (perception) ความจำเพื่อการใช้งาน (working memory) ความตั้งใจ (attention) ความสามารถของสมองด้านบริหารจัดการ (executive function) ความจำระยะยาว และความคิดเชิงสังคม (social cognition)⁶ โดยพบว่าความจำ ความสามารถของสมองด้านบริหารจัดการ และด้านความตั้งใจมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยในระยะยาว ความบกพร่องทางการรู้คิดมีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยในการใช้ชีวิตประจำวัน ทักษะการจัดการปัญหาทางสังคม และทักษะทางจิตสังคมของผู้ป่วย ได้แก่ ด้านความสามารถของสมองด้านบริหารจัดการ ด้าน secondary verbal memory ด้านความจำที่ใช้งาน และ

ด้านความตั้งใจ⁷

จากการศึกษาศักยภาพการเรียนรู้ในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญาจำนวน 89 คน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองมีเพียงร้อยละ 16.0 ส่วนกลุ่มที่ต้องสอนและเกิดการเรียนรู้ได้นั้นคิดเป็นร้อยละ 35.0 ของกลุ่มตัวอย่าง และอีกร้อยละ 49.0 ที่ไม่เกิดการเรียนรู้⁸ จะเห็นได้ว่า มีผู้ป่วยครึ่งหนึ่งที่ต้องการการสอนแบบพิเศษในการเรียนรู้สิ่งต่างๆ และเมื่อพิจารณาองค์ประกอบทางการรู้คิดจากแบบทดสอบทางจิตวิทยาพบว่า คะแนนที่เกี่ยวกับความจำระยะสั้น ความจำที่ใช้งาน ความยืดหยุ่นทางความคิด และความสามารถทางเขาวนปัญญาที่เกี่ยวกับภาษาพูด (verbal IQ) นั้นอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ โดยกลุ่มที่ไม่เกิดการเรียนรู้มีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มีการพัฒนาชุดกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรู้คิดเพิ่มมากขึ้น^{5,9} ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรู้คิด (cognitive rehabilitation) นั้นเป็นกระบวนการส่งเสริมกระบวนการรู้คิดหรือป้องกันไม่ให้เกิดความบกพร่องในส่วนที่เกี่ยวกับการรู้คิดด้วยการพัฒนาหน้าที่การทำงานต่างๆ ของสมอง โดยฝึกทักษะที่เกี่ยวข้องกับการคิด การตัดสินใจ การจำ การรับรู้ การเรียนรู้ การวางแผน การจัดลำดับ ความตั้งใจ และสมาธิ ซึ่งวิธีการบำบัดแนวทางต่างๆ ถูกพัฒนาขึ้นจากหลักการจิตวิทยาการทดลองและจิตวิทยาคลินิก ทั้งแบบรายบุคคล และแบบรายกลุ่ม รายงานการศึกษา meta-analysis พบว่าโปรแกรมการฟื้นฟูการรู้คิดแบบ Integrated Psychological Therapy for Schizophrenia (IPT)¹⁰ เป็นโปรแกรมที่มีงานศึกษาถึงมากที่สุด¹¹⁻¹³ โดยมีรูปแบบการฟื้นฟูเพื่อเสริมสร้างการรู้คิดเช่นเดียวกับโปรแกรม Cognitive Remediation Training (CRT)¹⁴ ที่ฟื้นฟูโดยใช้แนวคิด cognitive-behavioral approach กล่าวคือเป็นการบำบัดที่รวมเอาแนวคิดแบบเก่าที่มุ่งพัฒนาทักษะทางสังคม และแนวคิดสมัยใหม่ที่มุ่งจัดการความบกพร่องของ neurocognitive และ cognitive bias ของผู้ป่วยจิตเภท โปรแกรม IPT มุ่งเน้นช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถจัดการความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน ใช้พื้นฐานการเรียนรู้ที่ถูกถ่ายทอดอย่างเป็นลำดับขั้นตอนเพื่อ

ให้ผู้ป่วยมีทักษะทางสังคมที่สำคัญและกลับมาใช้ชีวิตที่มีความหมายในสังคม วัตถุประสงค์หลักของโปรแกรม IPT คือกระตุ้นการทำหน้าที่ทางจิตสังคมและความสามารถของผู้ป่วยในการปรับตัวเข้ากับสังคมในสิ่งแวดล้อมที่ต้องประสบในชีวิตประจำวัน กระบวนการบำบัดแบบ IPT เน้นการจัดการความลำบากในด้านสมาธิ ความจำเพื่อการใช้งาน และความสามารถของสมองด้านบริหารจัดการ (executive function) การรับรู้และตีความที่ผิดพลาด เช่น อาการทางบวก แบบแผนทางความคิด การรับรู้ทางด้านอารมณ์ การขาดทักษะทางอารมณ์ การจัดการความเครียดและการจัดการสถานการณ์ที่ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลง เช่น ทักษะการปรับตัว เป็นต้น

การผลิตชุดกิจกรรมกลุ่มเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพสมองให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชเป็นการพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิตที่มีความจำเป็นสำหรับการป้องกันและคงไว้ซึ่งสมรรถภาพการรู้คิดในผู้ป่วยจิตเวชเพื่อสนับสนุนการคืนสู่สภาวะ คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจสร้างกิจกรรมกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรู้คิดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังตามแนวทางการฟื้นฟูการรู้คิดแบบ IPT และศึกษานำร่องถึงผลของกิจกรรมกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรู้คิดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีต่อการทำหน้าที่ทางการรู้คิด เพื่อให้ได้กิจกรรมกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรู้คิดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย และสามารถนำไปให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

วิธีการ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลศรีธัญญาให้ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 30 ตุลาคม 2560 ถึง 29 ตุลาคม 2561 ในการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการใน 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การจัดทำต้นร่างกิจกรรมกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรู้คิดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ยึดตามแนวทางการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีกรมสุขภาพจิต¹⁵ มีขั้นตอนดังนี้ 1) วิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนา 2) กำหนดกรอบแนวคิดและเนื้อหาของกิจกรรมกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรู้คิดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจากการ

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 3) ออกแบบและจัดทำต้นร่างกิจกรรมตามแนวทางการฟื้นฟูแบบ Integrated Psychological Therapy for Schizophrenia (IPT)^{16,17} 4) กำหนดรูปแบบของชุดกิจกรรม 5) ตรวจสอบคุณภาพกิจกรรมฯ ที่พัฒนาแล้วโดยผู้เชี่ยวชาญที่เป็นนักจิตวิทยาคลินิกเชี่ยวชาญด้านประสาทจิตวิทยา จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมและความตรงตามเนื้อหาของชุดกิจกรรมที่สร้างขึ้น หลังจากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำกิจกรรมฯ ที่ผ่านการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน เพื่อดูความเหมาะสมของกิจกรรมเนื้อหา เวลาที่ใช้ ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นแล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสม

ระยะที่ 2 การทดลองใช้กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรู้คิดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดสองครั้ง (one group pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม ต้องการค่าเฉลี่ย 2 ค่าเปรียบเทียบกันและไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired data) โดยวัดก่อนและหลังการให้การบำบัด¹⁸ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 12 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ที่กำหนด ได้แก่ 1) อายุ 18-59 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทมาแล้วอย่างน้อย 2 ปี 3) อาการทางจิตสงบมาแล้วอย่างน้อย 90 วันหรือไม่รักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในภายใน 3 เดือน และ 4) ได้ลงนามในหนังสือยินยอมและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย 16 คน เก็บข้อมูลในช่วงเดือน เมษายน 2561 ถึงเดือนกันยายน 2561

ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม 1 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 16 คน ได้รับการทดสอบทางจิตวิทยาก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม โดยนักจิตวิทยาคลินิกที่ไม่ใช่ผู้ดำเนินกลุ่มทำการทดสอบกลุ่มตัวอย่างตามเวลาที่นัดหมายที่แผนกจิตวิทยาผู้ป่วยนอก

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา 2) แบบทดสอบ Wisconsin Card Sorting Test-64 (WCST)¹⁹ นำคะแนนในส่วน perseverative error มาใช้ เพื่อประเมิน executive function ของกลุ่มตัวอย่าง 3) แบบทดสอบ Tower of London-Drexel university (TOLDXTM) 2nd edition²⁰ เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของ executive function ที่เกี่ยวกับการวางแผน 4) แบบทดสอบ Word List Learning (WLL) ฉบับภาษาไทย²¹ เพื่อประเมิน immediate memory และการเรียนรู้ และใช้คะแนนหลังการเรียนรู้ 20 นาที เพื่อประเมิน secondary verbal memory ของกลุ่มตัวอย่าง 5) แบบทดสอบ Wechsler Adult Intelligence Scale 4th edition (WAIS-IV)²² โดยใช้แบบทดสอบย่อย digit span forward เพื่อประเมิน attention และแบบทดสอบย่อย digit span sequencing เพื่อประเมิน working memory ของกลุ่มตัวอย่าง

ทดลองใช้ชุดกิจกรรมที่ตีพิมพ์จากโรงพยาบาลศรีธัญญา ในวันจันทร์ พุธ ศุกร์ เวลา 09.00 น. ถึง 12.00 น. ต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 36 ครั้ง โดยจัดกิจกรรมตามชุดกิจกรรมที่ออกแบบ ดำเนินกิจกรรมกลุ่มโดยมีผู้วิจัยหลักเป็นผู้นำกลุ่มทุกครั้ง และมีผู้ช่วยนำกลุ่มเป็นนักจิตวิทยาคลินิกที่มีส่วนร่วมในการประชุมเพื่อออกแบบชุดกิจกรรมครั้งละ 1-2 คน นักกิจกรรมบำบัดสอนการออกกำลังกายสมองทุกวันจันทร์ และครูสอนภาษาจีนอย่างง่ายในชั่วโมงสนุกกับอักษรภาพ 2 คน หลังจบการเข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมดแล้ว 1 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมตามเกณฑ์และมีคุณสมบัติครบจำนวน 10 คน ได้รับการทดสอบทางจิตวิทยาซ้ำโดยนักจิตวิทยาคลินิกที่ไม่ใช่ผู้นำกลุ่ม

วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบความแตกต่างขององค์ประกอบการรู้คิด (neurocognitive construct) ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมด้วย Wilcoxon matched-pairs signed-rank test

ผล

ระยะที่ 1: ดำเนินกิจกรรมกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรู้คิดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เป็นโปรแกรมที่ประกอบด้วยชุดกิจกรรม 5 โมดูล ดังแสดงในตารางที่ 1

รูปแบบการจัดกิจกรรมเป็นแบบกลุ่ม จำนวน 12 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง แต่ละครั้งดำเนินกลุ่มแบ่งเป็น 3 ช่วง ดังนี้ ช่วงที่ 1 กิจกรรมเตรียมความพร้อมประมาณ 30 นาที ได้แก่ ทำบริหารสมอง ช่วงที่ 2 เลือกกิจกรรมจากโมดูลการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรู้คิด ประมาณ 30 นาที (พัก 30 นาที) และช่วงที่ 3 เลือกกิจกรรมจากโมดูลการรับรู้ทางสังคม โมดูลการสื่อสารด้วยภาษาพูด โมดูลทักษะทางสังคม หรือ โมดูลการจัดการปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ประมาณ 60 นาที

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความสอดคล้องของกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นกับเนื้อหาของโมดูลของชุดกิจกรรม ผลการวิเคราะห์ค่า IOC พบว่ามีค่าอยู่ระหว่าง 0.66-1.00 ดังแสดงในตารางที่ 2

ระยะที่ 2 การนำชุดต้นแบบกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรู้คิดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 16 คน เพศชายและหญิงเท่ากัน (ร้อยละ 50.0) ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มตัวอย่างอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 40.0) การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ (50.0) มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมขอถอนตัวจากโครงการ 1 คน ติดตามไม่ได้ 2 คน เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ 20 ครั้ง 3 คน เหลือกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมครบตามเกณฑ์ 10 คน โดยเฉลี่ยเข้าร่วมกิจกรรม 25 ครั้ง มีผู้ที่เข้าร่วมครบ 36 ครั้ง จำนวน 2 คน และเข้าร่วมกิจกรรมน้อยที่สุด 24 ครั้งจำนวน 1 คน

การเปรียบเทียบผลแบบทดสอบต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรู้คิด พบว่าคะแนนด้าน WLL1, WLL3 และ WLL total (จากแบบทดสอบ Word List Learning; WLL) ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมหลังเข้ากลุ่มสูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.03, 0.01 และ 0.02 ตามลำดับ ส่วนคะแนนด้าน total move score (จากแบบทดสอบ Tower of

London) คะแนนด้าน perseverative error (จากแบบทดสอบ Wisconsin sorting card) และคะแนนด้าน digit backward (จากแบบทดสอบย่อย digit span) ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมหลังเข้ากลุ่มสูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.08, 0.05 และ 0.06 ตามลำดับ ส่วนคะแนนด้านอื่นๆ นั้นพบว่ามีคะแนนหลังเข้ากลุ่มสูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มเช่นกันแต่ไม่มีนัยสำคัญ

ทางสถิติ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการทำหน้าที่ทางการรู้คิดด้านการเรียนรู้ การวางแผน การยืดหยุ่นทางความคิด และความจำที่ใช้งาน ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนการทำหน้าที่ทางการรู้คิดด้าน secondary verbal memory ด้านการจัดการปัญหา และด้านความตั้งใจ ดีขึ้นแต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ชุดกิจกรรมกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรู้คิดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

โมดูล	วัตถุประสงค์	ตัวอย่างของกิจกรรม
1. การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรู้คิด	เพื่อฝึกและกระตุ้นการทำหน้าที่ของการรู้คิดพื้นฐานที่บกพร่องไป เช่น ความสนใจและการคงสมาธิ ความจำ การยืดหยุ่นทางความคิด การคิดสรุปขยายต่อ เป็นต้น	กิจกรรมบริหารสมอง เพื่อพัฒนาสมองทั้งสองซีกให้มีการทำงานที่ดีขึ้น ด้วยการใช้การฝึกอย่างง่ายๆ แบบการเคลื่อนไหวสลับข้าง ก่อนเริ่มกิจกรรมทุกวันๆ ละ 15-20 นาที โดยสอนสัปดาห์ละท่าจาก ท่าง่ายๆ ไปสู่ท่าที่มีความซับซ้อนมากขึ้น
2. การรับรู้ทางสังคม	เพื่อแก้ไขความบกพร่องของการรับรู้ทางสังคม โดยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำงานเป็นกลุ่มร่วมกันวิเคราะห์ภาพที่นำเสนอสถานการณ์ทางสังคมที่มีเหตุการณ์หลากหลาย เริ่มต้นด้วยเนื้อหากระตุ้นความคิดง่ายๆ และสถานการณ์ที่เป็นกลางทางอารมณ์จากนั้นเพิ่มความยากขึ้นเป็นเนื้อหาที่ซับซ้อนและสถานการณ์ที่กระตุ้นอารมณ์ สมาชิกจะต้องอธิบายวัตถุประสงค์ของภาพและตีความเนื้อหาของวัตถุประสงค์ของกิจกรรมนี้คือการหลีกเลี่ยงการตีความที่ไม่เหมาะสม และแก้ไข cognitive schemata ที่ผิดพลาดที่มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภท	กิจกรรมฝึกลำดับเหตุการณ์ จากนิทานสั้นๆ หรือจากภาพเหตุการณ์ทางสังคมหรือประโยคเหตุการณ์ โดยสมาชิกกลุ่มต้องฝึกการวิเคราะห์เรียงลำดับเหตุการณ์ด้วยตนเองก่อน จากนั้นจึงนำมาอภิปรายในกลุ่มร่วมกัน โดยฝึกจากง่ายไปหายาก คือ จากจำนวนภาพหรือประโยคจาก 4 เป็น 5 เป็น 6 และเพิ่มจำนวนไปเรื่อย
3. การสื่อสารด้วยภาษาพูด	เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกมีทักษะการสื่อสารเบื้องต้นผ่านเกมการเรียนรู้หรือบทบาทสมมติ สมาชิกจะได้ฝึกทักษะการฟัง พัฒนาความเข้าใจ และเรียนรู้ที่จะตอบสนองอย่างเหมาะสม กิจกรรมในโมดูลนี้	กิจกรรมใบคำ แบ่งสมาชิกเป็น 2 กลุ่ม ให้แต่ละกลุ่มคิดคำใบ้เพื่อให้อีกกลุ่มทายแข่งขันกัน โดยกลุ่มที่ทายจะส่งสมาชิกออกมาแสดงท่าทางใบ้คำให้กับกลุ่มตน หรือใบ้ท่าทางการประกอบอาชีพ หรือ ทายชื่อสิ่งของด้วยการให้สมาชิกคนหนึ่งเลือกคำหรือสิ่งของให้ทายจากนั้นให้เพื่อนสมาชิกคนอื่นตั้งคำถามปลายปิดทายไปเรื่อยๆ จนกว่าจะทายถูก โดยเจ้าของคำทายจะตอบได้เพียง ใช่หรือไม่ใช่
4. ทักษะทางสังคม	เพื่อพัฒนาทักษะทางสังคมที่หลากหลายเพื่อนำไปใช้ในสถานการณ์ทางสังคมที่มีความแตกต่างกัน สมาชิกได้รับการกระตุ้นตามความสามารถหรือความต้องการให้ทำงานภายใต้สถานการณ์ทางสังคมที่แตกต่างกันที่สมาชิกแต่ละคนประสบ โดยใช้เทคนิคทางพฤติกรรมและความคิด เช่น การให้คำแนะนำ การแสดงบทบาทสมมติ การทำเป็นแบบอย่าง การทำซ้ำๆ เป็นต้น	กิจกรรมคาดเดาเหตุการณ์ เป็นการสอนทักษะการแก้ไขปัญหาผ่านการให้วิเคราะห์เหตุการณ์ทางสังคมต้นเหตุและผลลัพธ์ที่จะตามมาของการเลือกแสดงพฤติกรรม เช่น เมื่อมีความโกรธเมื่อถูกล้อเลียน เป็นต้น หรือสอนผ่านการเล่นละคร โดยให้สมาชิกสวมบทบาทเป็นตัวละคร และนำมาอภิปรายร่วมกัน

ตารางที่ 1 ชุดกิจกรรมกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรู้คิดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (ต่อ)

โมดูล	วัตถุประสงค์	ตัวอย่างของกิจกรรม
5. การจัดการปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	เพื่อฝึกวิเคราะห์ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ตามประสบการณ์ของสมาชิก สถานการณ์จะถูกประเมินตามขั้นตอนของทักษะการแก้ปัญหา ได้แก่ กำหนดและวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดแนวความคิดเกี่ยวกับปัญหา และการประเมินแนวทางการแก้ปัญหาที่เหมาะสม โมเดลนี้จะกระตุ้นให้สมาชิกได้ใช้ทักษะที่ได้รับมาก่อนหน้านี้เพื่อนำมาประยุกต์ใช้เพื่อแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวัน	กิจกรรมไดอารี่ของฉัน เป็นการทำกลุ่มพูดคุย 1.30 ชม. ทุกวันศุกร์ เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้พูดคุยถึงเรื่องราวที่เกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของตนเองกับบุคคลรอบข้าง ดำเนินกลุ่มด้วยการให้สมาชิกเขียนไดอารี่ส่วนบุคคลสัปดาห์ละเรื่องตามลำดับ (“เรื่องเล่าของฉัน” “บันทึกของฉัน” “ในรอบสัปดาห์ของฉัน” “ผู้นำกลุ่มของฉัน” “เพื่อนที่ฉันชอบ” “สมาชิกครอบครัวของฉัน” “คนที่ฉันรู้จัก” “วันที่ฉันชอบ” “วันสำคัญที่ฉันชอบ” “ช่วงเวลาที่สำคัญของฉัน” “ครอบครัวของฉัน” “คนที่ฉันรู้จัก”) จากนั้นนำเรื่องของแต่ละคนมาพูดคุยอภิปราย เพื่อให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึก ฝึกการรับฟังและการให้ข้อเสนอแนะ การหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ตารางที่ 2 ค่าดัชนีความสอดคล้องของชุดกิจกรรมแต่ละโมดูล

โมดูล	กิจกรรม	ค่า IOC	แปลผล
1. การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรู้คิด	- นิทานสัตว์โลก - ตัวเลขและรูปทรง - เกมรักนะ จะบ้าเธอ - เกมใบคำ - ตัวเลข 3, 6, 9 - เกมกระดานแบบรายบุคคล	1.00	สอดคล้อง
2. การรับรู้ทางสังคม	- เรียงลำดับเหตุการณ์จากภาพเหตุการณ์ทางสังคมหรือประโยคเหตุการณ์ - การคาดเดาเหตุการณ์ - การเล่นเกม - บทสนทนากับเพื่อน - ใ้ทำทางประกอบอาชีพ - เกมกระดานแบบกลุ่ม - ข้อดีของฉันและเพื่อน	1.00 0.67	สอดคล้อง สอดคล้อง
3. การสื่อสารด้วยภาษาพูด	- สัตว์โลกน่ารัก - ตัวเลขและรูปทรงประยุกต์ - การรายงานตนเองช่วงเปิดและปิดกลุ่ม - บทสนทนากับเพื่อน - ข้อดีของฉันและเพื่อน - ทักษะทางสังคมเพื่อความสำเร็จในชีวิต - สิ่งของของใคร - เกมกระชับความลับ - เกมสาระน่ารู้ - เกมนักเล่านิทาน - เกมกระดานแบบกลุ่ม - ตามหาฮีโร่ - การเล่นเกม - เกมอะไรเอ่ย - อารมณ์ความรู้สึก - ไดอารี่ของฉัน	1.00 0.67	สอดคล้อง สอดคล้อง
4. ทักษะทางสังคม	- การเรียงลำดับเหตุการณ์จากภาพเหตุการณ์ทางสังคมหรือประโยคเหตุการณ์	1.00	สอดคล้อง

ตารางที่ 2 ค่าดัชนีความสอดคล้องของชุดกิจกรรมแต่ละโมดูล (ต่อ)

โมดูล	กิจกรรม	ค่า IOC	แปลผล
4. ทักษะทางสังคม (ต่อ)	- เกมกระดานแบบกลุ่ม - เกมอะไรเอ่ย - การคาดเดาเหตุการณ์ - การเล่นเกมละคร - การรายงานตนเองช่วงเปิดและปิดกลุ่ม	- บทสนทนากับเพื่อน - ใ้ทำทางการประกอบอาชีพ - ทักษะทางสังคมเพื่อความสำเร็จในชีวิต - ไดอารี่ของฉัน	สอดคล้อง
5. การจัดการปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	- ตามหาฮีโร่ - คาดเดาเหตุการณ์ - การเล่นเกมละคร - สัตว์โลกน่ารัก	- ตัวเลขและรูปทรงประยุกต์ - เกมกระดานแบบกลุ่ม - ไดอารี่ของฉัน	สอดคล้อง

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบผลคะแนนเฉลี่ยจากแบบทดสอบต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรู้คิดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (n=10)

แบบทดสอบที่ใช้	ค่าเฉลี่ย		ค่า D (หลัง-ก่อน)	ค่า Z	ค่านัยสำคัญทางสถิติ
	ก่อน	หลัง			
Wisconsin sorting card (WCST) (เกณฑ์ปกติ: standard score 90-109)					
perseverative error	83.4	93.4	10	-1.94	0.05*
Tower of London (TOL) (เกณฑ์ปกติ: standard score 90-109)					
total move score (TMS)	75.8	89.6	13.8	-1.74	0.08*
total correct score (TCS)	89.0	92.2	3.2	-0.94	0.35
total violate rule score (TVRS)	87.0	91.4	4.4	-1.00	0.32
word list learning (WLL)					
WLL1	4.1	5.8	1.7	-2.20	0.03**
WLL2	4.8	5.7	0.9	-1.34	0.18
WLL3	5.6	7.3	1.7	-2.46	0.01**
WLL total	14.5	18.8	4.3	-2.30	0.02**
20 min delayed recall	4.2	5.2	1.0	-1.44	0.15
digit span subtest (เกณฑ์ปกติ: standard score 7-13)					
digit forward (DSF)	9.6	10.4	0.8	-1.40	0.16
digit backward (DSB)	6.0	7.1	1.1	-1.90	0.06*
digit sequencing (DSS)	5.7	6.1	0.4	-0.28	0.78

*ค่านัยสำคัญที่ 0.1 **ค่านัยสำคัญที่ 0.05

วิจารณ์

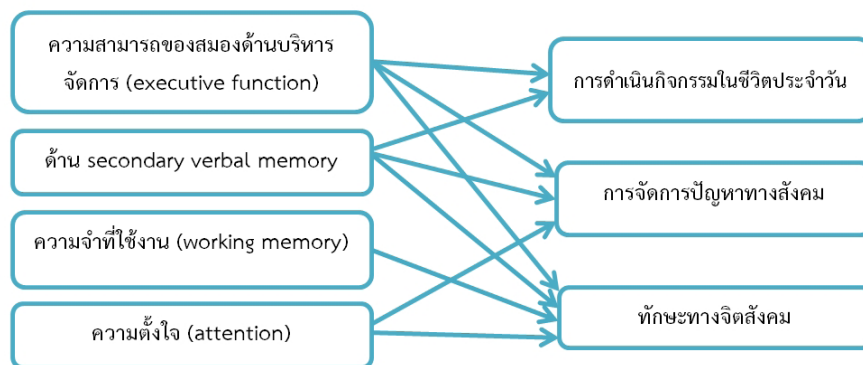
กิจกรรมกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรู้คิดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังพัฒนาขึ้นโดยยึดตามแนวทางการฟื้นฟูการรู้คิดแบบ IPT¹⁰ ซึ่งเป็นโปรแกรมการฝึกการรู้คิดที่มีการศึกษาถึงมากที่สุด¹¹⁻¹³ เมื่อพิจารณาจากค่าคะแนน perseverative error จาก WCST ที่แสดงถึงการทำผิดซ้ำแม้จะได้ข้อมูลย้อนกลับแล้วว่าผิด ซึ่งนักวิชาการบางส่วนให้ความเห็นว่า perseverative error เป็นตัวการประเมินที่เป็นประโยชน์มากที่สุดของ WCST และเป็นตัวทำนายความล้มเหลวในด้าน inhibition^{23,24} ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ค่าคะแนนด้าน perseverative error ของแบบทดสอบ WCST ที่ปรับเป็นคะแนนมาตรฐาน แล้วของผู้เข้าร่วมโปรแกรมสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม แสดงว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความสามารถด้าน inhibition หรือมีกระบวนการ inhibition ที่ดีขึ้น สามารถเรียนรู้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำผิดได้ดีขึ้น ส่วนแบบทดสอบ TOL เป็นแบบทดสอบมาตรฐานที่นิยมในการประเมินทักษะด้านการวางแผน มีสาระสำคัญของการประเมิน อยู่ที่ยังวางแผนเพื่อจัดเรียงลำดับการเคลื่อนไหว ที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของสมองด้านบริหารจัดการ (executive function) ใน 3 ด้าน คือ provision memory (ความจำเพื่อการใช้งานในการจดจำข้อมูลเดิม เพื่อใช้เป็นสูตรและโครงสร้างในการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย) prospective memory (การเตรียมการและกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย) และ interference control (การควบคุมและป้องกันการถูกรบกวนจากสิ่งรบกวนภายในและภายนอกเพื่อจะได้ทำตามพฤติกรรมเป้าหมาย) ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ย TMS ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างจากก่อนการฝึก แสดงให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีทักษะด้านการวางแผนการดีขึ้น แต่ค่าเฉลี่ยของ TCS, TVRS ไม่เปลี่ยนแปลง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก TCS เกี่ยวกับความสามารถด้านการวางแผนและการแก้ไขปัญหา ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำแบบทดสอบในส่วนนี้คือ การรู้คิดด้านความจำเพื่อการใช้งาน ผู้ที่ทำแบบทดสอบได้ดี แสดงถึง ความสามารถในการนำแผนที่วางไว้ในใจให้แสดงออกเป็นพฤติกรรม การที่ TMS และ TCS ไม่ไปด้วยกันแสดงถึงปัญหาด้านการประยุกต์และคงไว้ซึ่งแผนเพื่อ

แสดงออกเป็นการกระทำ ส่วน TVRS จะเกี่ยวเนื่องกับสมองส่วนการรู้คิดด้าน processing speed และ rule bound control การทำคะแนนส่วนนี้ได้ไม่ดีเนื่องมาจากความบกพร่องในการใช้ภาษาเป็นตัวนำและเป็นสื่อกลางในเวลาแก้ปัญหา หรืออาจสะท้อนถึงความหุนหันพลันแล่น ขาดการยั้งยั้งหรือการไม่สามารถจดจำกฎไว้ในความจำเพื่อการใช้งาน การที่ค่าเฉลี่ย TVRS ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างจากเดิมอาจเกี่ยวเนื่องกับเหตุผลที่กล่าวมา²⁰

ผลการเรียนรู้จาก WLL ซึ่งเป็นแบบทดสอบการเรียนรู้เกี่ยวกับภาษาและความจำอาศัยเหตุการณ์²⁵ และประเมินความจำเฉพาะหน้า²⁶ พบว่า คะแนน WLL ในรอบแรก รอบที่สาม และโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แสดงว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความจำเฉพาะหน้าและการเรียนรู้ที่ดีขึ้น สำหรับค่าเฉลี่ย 20 minute delayed recall พบว่า ค่าเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างจากเดิมแสดงถึง โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ยังไม่สามารถพัฒนา secondary verbal memory ของผู้เข้าร่วมวิจัยได้ ซึ่งเป็นโอกาสพัฒนาปรับปรุงชุดกิจกรรมที่จะพัฒนาความสามารถในด้านนี้ต่อไป

จากแบบทดสอบย่อย digit span ทั้ง 3 ด้านซึ่งประกอบด้วย DSF ที่มีความไวต่อการประเมิน attention, DSB มีความไวต่อการประเมิน working memory และ DSS ที่มีความไวต่อการประเมิน auditory memory พบว่ามีเพียงค่าเฉลี่ยของคะแนน DSB ที่ดีขึ้นมากกว่าก่อนร่วมกิจกรรม อาจเนื่องมาจากสมาธิและความตั้งใจของผู้เข้าร่วมโปรแกรมยังไม่แตกต่างจากเดิม แต่ในส่วนของ DSS จะเกี่ยวกับการจัดเรียงลำดับและการจัดข้อมูลเป็นกลุ่ม (chunking)

หากพิจารณาตามภาพที่ 1 ที่แสดงความสัมพันธ์ของการศึกษาองค์ประกอบการรู้คิดกับการทำหน้าที่ต่างๆ คะแนนการรู้คิดของผู้เข้าร่วมโปรแกรมความสามารถของสมองด้านบริหารจัดการ (executive function) และ immediate verbal memory ที่เพิ่มขึ้นบ่งชี้ถึงแนวโน้มที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมในชุมชนดีขึ้น การจัดการปัญหาทางสังคมและทักษะทางจิตสังคมดีขึ้น ซึ่งครอบคลุมผลลัพธ์การทำหน้าที่ตามสมมติฐานของงานวิจัยชิ้นนี้ และจากการสังเกต



ภาพที่ 1 น้าหนักความสัมพันธ์ของการศึกษาองค์ประกอบการเรียนรู้คิดกับการทำหน้าที่ต่างๆ⁷

พบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมหลายคนมีการปรับตัวที่ดีขึ้น รู้จักควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์ กล้าแสดงออก หรือรู้จักสื่อความได้ดีขึ้น งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าระดับการรู้คิดด้านประสาทวิทยาสามารถอธิบายถึงผลลัพธ์การทำหน้าที่ โดยแม้มีค่าความแปรปรวนร้อยละ 20.0-60.0 แต่สามารถใช้ทำนายได้ดีกว่าลักษณะทางอาการของการเจ็บป่วย⁷ อย่างไรก็ตามการจะเลือกใช้แบบประเมินทางอ้อมหรือทางตรงนี้ยังเป็นปัญหาและข้อถกเถียงในงานศึกษาผลลัพธ์การทำหน้าที่ของสมอง และเป็นเรื่องท้าทายของงานฟื้นฟูสมรรถภาพการรู้คิดที่จำเป็นต้องเชื่อมโยงเป้าหมายการบำบัดกับการประเมินผลลัพธ์การทำหน้าที่²⁷ ในบางงานวิจัยสนับสนุนว่าการประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมแต่ละด้าน ต้องอาศัยการประเมินการรู้คิดที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในด้านนั้นๆ เพราะความบกพร่องของการรู้คิดแต่ละด้านมีผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมแต่ละด้านแตกต่างกัน เช่น แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมในชุมชน สัมพันธ์กับการรู้คิดทางสังคม แต่การแสดงสวभावบาทไม่สัมพันธ์กับการรู้คิดทางสังคม²⁸ ดังนั้น ในการศึกษาต่อไปควรเลือกใช้แบบประเมินทั้งด้านประสาทวิทยาควบคู่กับผลลัพธ์การทำหน้าที่โดยตรงเพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น อย่างไรก็ตามผลการทำหน้าที่รู้คิดบางด้านที่คะแนนยังไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญ เช่น attention ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการจัดการปัญหาทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยอาจยังจัดการปัญหาทางสังคมได้ไม่ตึง จึงเป็นสิ่งที่คณะผู้วิจัยควรเพิ่มเติมการฝึกที่ช่วยพัฒนา attention เช่น การฝึกสติในชีวิตประจำวัน

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดที่เป็นเพียงการวิจัยนำร่องที่ศึกษาผลของกิจกรรมกลุ่มที่สร้างขึ้นเฉพาะ จึงควรศึกษาต่อเนื่องโดยนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่จำนวนมากกว่านี้และศึกษาร่วมกับปัจจัยอื่นๆ เช่น ปัจจัยภูมิหลัง ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย เป็นต้น อีกทั้งควรศึกษาติดตามในระยะหลังการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อติดตามความเปลี่ยนแปลงของความสามารถทางการรู้คิดของกลุ่มตัวอย่างในระยะยาว

สรุป

กิจกรรมกลุ่มที่สร้างขึ้นมีความตรงตามเนื้อหาและมีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพการรู้คิดของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้ โดยคะแนนการรู้คิดส่วนความสามารถของสมองด้านการบริหารจัดการ (executive function) และ immediate verbal memory เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนการรู้คิดด้าน secondary verbal memory และ attention ยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ อาจต้องมีการปรับเพิ่มเติมกิจกรรมที่ใช้ความสามารถทางการรู้คิดดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมกิจกรรมสามารถทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมในชุมชนดีขึ้น รวมถึงการจัดการปัญหาทางสังคมและมีทักษะทางจิตสังคมที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ สมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตแห่งประเทศไทยที่สนับสนุนค่าใช้จ่ายให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรม

ความรู้เดิม: ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางการรู้คิด

ความรู้ใหม่: ชุดกิจกรรมกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรู้คิดนี้ ช่วยให้การทำหน้าที่ทางการรู้คิด ส่วนความสามารถของสมอง ด้านบริหารจัดการ (executive function) และ immediate verbal memory ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังดีขึ้นได้

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: สามารถนำกิจกรรมกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรู้คิดไปใช้เป็นส่วนหนึ่งในการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2557 [Annual report 2014, department of mental health]. กรุงเทพฯ: บริษัทปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด; 2557.
2. มานิต ศรีสุกานนท์, จำลอง ดิษยวณิช. ตำราจิตเวชศาสตร์ [Textbook of psychiatry]. เชียงใหม่: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542.
3. Steven MS. Psychiatric rehabilitation of schizophrenia: unresolved issues, current trends, and future directions. Appl Prev Psychol. 2000;9:227-47. doi:10.1016/S0962-1849(00)80002-5.
4. Swartz MS, Perkins DO, Stroup TS, Davis SM, Capuano G, Rosenheck RA, et al. Effects of antipsychotic medications on psychosocial functioning in patients with chronic schizophrenia: findings from the NIMH CATIE study. Am J Psychiatry. 2007;164:428-36. doi:10.1176/ajp.2007.164.3.428.
5. Green MF, Kern RS, Braff DL, Mintz J. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: Are we measuring the "right stuff"? Schizophr Bull. 2000;26:119-36. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a033430.
6. Barch DM, Braver TS, Carter CS, Poldrack RA, Robbins TW. CNTRICS final task selection: executive control. Schizophr Bull. 2009;35:115-35. doi:10.1093/schbul/sbn154.
7. Terry EG, Michael FG. Neurocognitive functioning in patients with schizophrenia. In: Davis KL, Charney D, Coyle, JT, Nemeroff C. Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress. Brentwood TN: American College of Neuropsychopharmacology; 2015.
8. สมศรี กิตติพงศ์พิศาล. ศักยภาพการเรียนรู้ของผู้ป่วยจิตเภท [Learning proficiency in schizophrenic patients]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2556;21:185-97.
9. Bellack AS1, Gold JM, Buchanan RW. Cognitive rehabilitation for schizophrenia: problems, prospects, and strategies. Schizophr Bull. 1999;25:257-74. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a033377.
10. Brenner H, Roder V, Hodel B, Kienzle N, Reed D, Liberman R. Integrated Psychological Therapy for Schizophrenic Patients. Toronto CA: Hogrefe and Huber; 1994.
11. Medalia A, Revheim N, Casey M. Remediation of problem-solving skills in schizophrenia: evidence of a persistent effect. Schizophr Res. 2002;57:165-71. doi:10.1016/S0920-9964(01)00293-6.
12. Roder V, Mueller DR, Schmidt SJ. Effectiveness of integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia patients: a research update. Schizophr Bull. 2011;37:S71-9. doi:10.1093/schbul/sbr072.
13. Mueller DR, Roder V. Empirical evidence for group therapy addressing social perception in schizophrenia. In Teiford JB, editor. Social perception: 21st century issues and challenge. New York: Nova; 2008.
14. Tomas P, Fuentes I, Roder V, Ruiz JC. Cognitive rehabilitation programs in schizophrenia: current status and perspectives. Rev Int Psicol Ter Psicol. 2010;2:191-204.
15. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต [Manual for research and development in mental health technology]. นนทบุรี: บริษัทเบสท์สเต็ป แอ็ดเวอร์ไทซิง; 2554.

16. Roder V, Müller DR, Mueser KT, Brenner HD. Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective?. *Schizophr Bull.* 2006;32 Suppl 1:S81-93. doi:10.1093/schbul/sbl021.
17. Roder V, Mueller DR, Spaulding W, Brenner HD. Integrated psychological therapy for schizophrenia patients (IPT). Goettingen: Hogrefe; 2010.
18. ชนากานต์ บุญนุช, ยุวดี เกตสัมพันธ์, สุทธิพล อุดมพันธุ์รัก, จุฬารัตน์ พูลเอี่ยม, ปรีชญา พลเทพ. เอกสารชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลศิริราช; 2554.
19. Susan KK, Laetitia LT, Grant LI, Robert KH. Wisconsin card sorting test- 64 card version: professional manual. UAS: PAR; 2000.
20. Culbertson WC, Zillmer EA. Tower of London Drexel university (2nd ed). Toronto CA: Multi-Health Systems; 2010.
21. สมศรี กิตติพงษ์พิศาล. การพัฒนาแบบทดสอบการเรียนรู้รายการคำศัพท์ฉบับภาษาไทย [The accuracy study of the Thai word list learning test]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 2558;23:91-101.
22. Wechsler D. WAIS-IV: Wechsler adult intelligence scale. Antonio: Psychological Corporation; 2008.
23. Heaton RK. Wisconsin card sorting test manual. Odessa FL: Psychological Assessment Resources; 1981.
24. Braff DL, Heaton R, Kuck J, Cullum M, Moranville J, Grant I, et al. The generalized pattern of neuropsychological deficits in outpatients with chronic schizophrenia with heterogeneous Wisconsin card sorting test results. *Arch Gen Psychiatry.* 1991;48:891-8. doi:10.1001/archpsyc.1991.01810340023003.
25. Elias MF, Beiser A, Wolf PA, Au R, White RF, D'Agostino RB. The preclinical phase of Alzheimer disease: A 22-year prospective study of the Framingham cohort. *Arch Neurol.* 2000;57:808-13. doi:10.1001/archneur.57.6.808.
26. Chaves MLF, Camozzato AL. How many items from a word list can Alzheimer's disease patients and normal controls recall? Do they recall in a similar way?. *Dement Neuropsychol.* 2007;1:52-8. doi:10.1590/S1980-57642008DN10100009.
27. Rodewald K, Rentrop M, Holt DV, Roesch-Ely D, Backenstrass M, Funke J, et al. Planning and problem-solving training for patients with schizophrenia: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2011;11:73. doi:10.1186/1471-244X-11-73.
28. Cohen AS, Forbes CB, Mann MC, Blanchard JJ. Specific cognitive deficits and differential domains of social functioning impairment in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2006;81:227-38. doi:10.1016/j.schres.2005.09.007.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำ เขตสุขภาพที่ 10

วันรับ : 23 มีนาคม 2563

วันแก้ไข : 5 พฤษภาคม 2563

วันตอบรับ : 12 พฤษภาคม 2563

มานิดา สิงห์ขุติ, พ.บ., ธีรภา ธานี, ศษ.ม.,
สุพัตรา สุขาวห, ป.ร.ด., พัทธนี พิมพ์บุตร, พย.ม.
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ระบบการให้บริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังในเรือนจำ เขตสุขภาพที่ 10 และปรับปรุงระบบการดูแลผู้ต้องขังจิตเภทต่อเนื่องหลังกลับสู่ชุมชน

วิธีการ: ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์และประเมินระบบการให้บริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังในเรือนจำด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา 2) ออกแบบพัฒนาโปรแกรม “จากเรือนจำสู่ชุมชน” และ 3) ทดสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมฯ ในผู้ต้องขังจิตเภทของเรือนจำนาร่อง ประเมินอาการด้วยแบบประเมินอาการผู้ป่วยจิตเภท 8 ข้อ ฉบับพระศรีมหาโพธิ์ (Prasri Assessment Schizophrenia Scale; PASS 8) วิเคราะห์เชิงพรรณนาด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ

ผล: ระบบบริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังจิตเวชในเรือนจำของเขตสุขภาพที่ 10 มีผู้ต้องขังจิตเภท 167 คน คิดเป็นร้อยละ 62.1 ของผู้ต้องขังจิตเวชทั้งหมด พบมีช่องว่างการดูแลรักษาทั้งระหว่างอยู่ในเรือนจำและหลังกลับสู่ชุมชน ครอบครัวและชุมชนส่วนใหญ่กังวลว่าผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบและกระทำผิดซ้ำ โปรแกรม “จากเรือนจำสู่ชุมชน” ที่พัฒนาขึ้นเน้นการเตรียมความพร้อมผู้ต้องขังจิตเภทและเตรียมความพร้อมบุคลากรสุขภาพในพื้นที่ ครอบครัว และชุมชน ทดลองโปรแกรมฯ ในเรือนจำนาร่อง มีผู้ต้องขังจิตเภทที่มีกำหนดออกจากเรือนจำ 6 คน อายุเฉลี่ย 41.5 ปี มีอาการทางจิตเฉลี่ย 10.7 คะแนน ผลการติดตามเยี่ยมบ้านเบื้องต้น 3 รายหลังออกจากเรือนจำ 2 สัปดาห์ และ 1 เดือน พบผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ และไม่มีการกระทำผิดซ้ำ

สรุป: โปรแกรม “จากเรือนจำสู่ชุมชน” ที่พัฒนาขึ้นสามารถเสริมระบบบริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังในเรือนจำเขตสุขภาพที่ 10 ได้ และผู้ต้องขังจิตเภทได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังกลับสู่ชุมชน

คำสำคัญ: การกระทำผิด บริการสุขภาพจิต ผู้ต้องขังจิตเภท

ติดต่อผู้พิมพ์: สุพัตรา สุขาวห; e-mail: ssstboon@gmail.com

Original article

The development of mental health service system for schizophrenia inmates in Public Health Region 10

Received : 23 March 2020

Revised : 5 May 2020

Accepted : 12 May 2020

Manida Singhussatith, M.D., Teerapa Thanee, M.Ed.,

Supattra Sukhawaha, Ph.D., Pushanee Pimpaboot, M.N.S.

Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital

Abstract

Objectives: To analyze the situation of the mental health service system for inmates with psychiatric conditions in Public Health Region 10 and to improve the system of continuing care in schizophrenia inmates after return back to the community.

Methods: We applied the 3-step research and development process consisting of 1) analyzing the situation and assessing the care of inmates with psychiatric conditions using in-depth interviews and group discussions, these data were analyzed by content analysis, 2) designing and developing a program of care for schizophrenia inmates and 3) testing the feasibility of the program implementation in a pilot prison. We also assessed the symptoms of schizophrenia inmates using the Prasri Assessment Schizophrenia Scale (PASS 8). Descriptive statistics were then conducted.

Results: Of the total inmates with psychiatric conditions in Public Health Region 10, 62.1% (n = 167) schizophrenia inmates have been found. There exists a gap of care for psychiatric inmates, both during imprisonment and after back to the community. Families and communities are most concerned that patients will relapse and repeated the offenses. The program, “From prisons back to community”, has been developed which focused on preparing schizophrenia inmates along with the preparation of local health personnel and inmates’ family and community during imprisonment. After the program implementation in pilot prisoner, 6 schizophrenic inmates with the average age of 41.5 and average psychotic symptoms score 10.7 points were scheduled release. The results of three cases preliminary follow-up visits after leaving the prison for 2 weeks and 1 month found that the patients had stable psychotic symptoms and had no recidivism.

Conclusion: The “From prisons back to community” program was found to be feasible in the mental health service system for inmates in Public Health Region 10. The program could help the continuing of care in schizophrenia inmates after back to the community.

Keywords: mental health service system, offending, schizophrenia inmates

Corresponding author: Supattra Sukhawaha; e-mail: ssstboon@gmail.com

บทนำ

ผู้ต้องขังทั่วโลกมีจำนวนประมาณ 11 ล้านคน คิดเป็นอัตรา 144 คนต่อแสนประชากร ในจำนวนนี้ร้อยละ 10.0 ได้รับการรักษาทางจิตเวช¹ ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความชุกของผู้ต้องขังที่ป่วยด้วยโรคจิตเวชในเรือนจำทั่วโลกระหว่างปี ค.ศ. 2003-2015 พบความชุกของผู้ต้องขังโรคจิต (psychotic illness) เพศชายร้อยละ 3.6 และเพศหญิงร้อยละ 3.9 ความชุกของผู้ต้องขังโรคซึมเศร้า (major depression) เพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 14.1 และร้อยละ 10.2 ตามลำดับ) ผู้ต้องขังที่มีปัญหาการดื่มสุรา (alcohol misuse) มีความชุกในเพศชาย (ร้อยละ 18.0-30.0) สูงกว่าในเพศหญิง (ร้อยละ 10.0-24.0) เช่นเดียวกับผู้ต้องขังที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด (drug misuse) มีความชุกในเพศชาย (ร้อยละ 10.0-48.0) สูงกว่าในเพศหญิง (ร้อยละ 30.0-60.0)^{2,3} ซึ่งพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบสูงต่อสังคม อาการทางจิตที่มีความสัมพันธ์กับการกระทำผิดและคดีทางกฎหมายจนได้รับโทษมักมีความซับซ้อน นอกจากนั้น ผู้ต้องขังที่ป่วยด้วยโรคจิตเวชมักมีพยาธิสภาพทางจิตอื่นร่วมด้วย เช่น บุคลิกภาพต่อต้านสังคม หรือมีพฤติกรรมรุนแรงมาก่อน และมีลักษณะที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกระทำผิดในอนาคต เช่น อายุน้อย ขาดความยับยั้งชั่งใจ ไม่เป็นมิตร ขาดความตระหนักรู้ในตัวเอง ไม่ได้รับการบำบัดรักษาต่อเนื่อง ใช้สารเสพติด มีอาการทางบวกและทางลบในระดับสูง โดยในผู้ที่ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวหลายปัจจัย ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการกระทำผิดทางกฎหมายมากขึ้น^{4,5} ผู้ต้องขังที่มีอาการทางจิต เช่น โรคจิตเภทและโรคความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดสองขั้วมีความเสี่ยงในการกลับเข้าเรือนจำซ้ำสูงกว่าผู้ต้องขังที่ไม่มีอาการทางจิต⁶ ผู้ต้องขังที่ใช้สารเสพติดเพิ่มความเสี่ยงต่อการกระทำผิดซ้ำ ร้อยละ 33.0 และผู้ต้องขังที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพเพิ่มความเสี่ยงต่อการกระทำผิดซ้ำร้อยละ 21.0 แต่ผู้ที่มีโรคจิต โรควิตกกังวล และโรคความผิดปกติทางอารมณ์ไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการกระทำผิดซ้ำ ยกเว้นหากมีภาวะโรคร่วมกับการติดสารเสพติดและความผิดปกติทางบุคลิกภาพจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการกระทำผิดซ้ำสูงขึ้น ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ต้องขัง

ที่ป่วยด้วยโรคจิตเวช จึงไม่ควรดูแลเฉพาะอาการทางคลินิกของโรคเพียงอย่างเดียว แต่ควรให้ความสำคัญกับการดูแลป้องกันการใช้สารเสพติดและบุคลิกภาพผิดปกติด้วยเพื่อป้องกันการกระทำผิดซ้ำ⁷ ความท้าทายสำคัญในการติดตามผู้ต้องขังจิตเวชหลังจากออกจากเรือนจำไปอยู่ในชุมชน ได้แก่ การจัดการกับภาวะการว่างงาน ความโดดเดี่ยวขาดการยอมรับ และไร้ที่พึ่งพิงซึ่งมีผลต่อการกระทำผิดซ้ำหลังจากออกจากเรือนจำ⁸

ในประเทศไทยการศึกษาความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถาน 10 แห่งทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2561 พบผู้ต้องขังที่มีโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 45.6 โดยพบความชุกในผู้ต้องขังชายมากกว่าหญิง โรคจิตเวชที่พบมากที่สุดของผู้ต้องขังชาย ได้แก่ ความผิดปกติของการใช้สุราและสารเสพติด (ร้อยละ 32.5) โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 17.3) และบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (ร้อยละ 15.9) ส่วนโรคจิตเวชที่พบมากที่สุดของผู้ต้องขังหญิง ได้แก่ ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 20.0) ความผิดปกติของการใช้สุราและสารเสพติด (ร้อยละ 12.5) และโรคจิตเภท (ร้อยละ 7.5) คดีความผิดต้องโทษที่พบมากที่สุดคือ ความผิดจากพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ร้อยละ 86.0)⁹ กรมสุขภาพจิตและกรมราชทัณฑ์ได้มีแผนพัฒนาการให้บริการสุขภาพจิตให้ผู้ต้องขังจิตเวชโดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการคุ้มครองสิทธิ ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างถูกต้องเหมาะสม จึงได้มีการพัฒนางานสุขภาพจิตผู้ต้องขังผู้ในเรือนจำขึ้นในปี พ.ศ. 2553 และต่อมากรมราชทัณฑ์ได้ทำข้อตกลงร่วมกับกรมสุขภาพจิตพัฒนาการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำขึ้น โดยสถาบันกัลยาธนากรนครินทร์เป็นแกนนำจัดทำแนวทางการดูแลผู้ต้องขังจิตเวชสำหรับบุคลากรในเรือนจำ ในปี พ.ศ. 2558 และกรมราชทัณฑ์ได้ปรับปรุงเป็นแนวปฏิบัติใช้ดำเนินการในเรือนจำ/ทัณฑสถานทั่วประเทศจนถึงปัจจุบัน

เขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร มีเรือนจำที่ดูแลผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิต 6 แห่ง คือ

เรือนจำกลางจังหวัดอุบลราชธานี เรือนจำจังหวัดศรีสะเกษ เรือนจำอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ เรือนจำจังหวัดยโสธร เรือนจำจังหวัดอำนาจเจริญ และเรือนจำจังหวัดมุกดาหาร พบว่า จำนวนผู้ต้องขังที่เป็นโรคจิตเวช จำนวน 201 คน (ร้อยละ 1.5) ในปี 2560 และ 232 คน (ร้อยละ 1.5) ในปี 2561 โดยส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเภท กล่าวคือ 147 คน (ร้อยละ 73.1) และ 138 คน (ร้อยละ 59.4) ตามลำดับ ผู้ต้องขังกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้อาการสงบ ไม่เป็นอันตรายทั้งต่อตัวเองและต่อผู้อื่น อย่างไรก็ตาม จากการดำเนินการตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นมา พบปัญหาผู้ต้องขังจิตเภทขาดการดูแลต่อเนื่อง หลังออกไปอยู่ชุมชน บางรายกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และบางรายมีการกระทำผิดซ้ำ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบการให้บริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังจิตเวชในเรือนจำเขตสุขภาพที่ 10 และพัฒนาโปรแกรม “จากเรือนจำสู่ชุมชน” เพื่อปิดช่องว่างดังกล่าว และทดสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมเบื้องต้นในการดูแลผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำนาร่อง เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังจิตเวชในเรือนจำเขตสุขภาพที่ 10 เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลต่อเนื่อง ไม่กลับป่วยซ้ำและไม่กระทำผิดซ้ำ

วิธีการ

เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ดำเนินการ 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1: วิเคราะห์สถานการณ์และผลการดำเนินงาน ระบบการให้บริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังจิตเวชที่ผ่านมาของเรือนจำ 6 แห่ง ในเขตสุขภาพที่ 10 โดยใช้กรอบแนวคิด CIPP model ได้แก่ การประเมินบริบท (context) ของเรือนจำทั้ง 6 แห่ง การประเมินปัจจัยนำเข้า (input) ได้แก่ แผนบุคลากร การสนับสนุนจากเรือนจำและสาธารณสุขการประเมินกระบวนการ (process) ด้านการดูแลรักษาผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำและการประเมินผลลัพธ์ (product) อาการทางจิตของผู้ต้องขังจิตเภท การกลับป่วยซ้ำ หรือการกระทำผิดซ้ำ ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2562 เก็บข้อมูลโดย

1) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้บัญชาการเรือนจำทุกแห่ง จำนวน

6 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงด้วยแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง โดยจิตแพทย์ ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง

2) สันทนากลุ่มกับพยาบาลและเจ้าหน้าที่เรือนจำ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ที่ปฏิบัติงานกะเช้าของวันที่ไปสัมภาษณ์ที่ห้องประชุมในเรือนจำ ด้วยแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง โดยพยาบาลจิตเวช 2 คน ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง

3) สัมภาษณ์ผู้ต้องขังจิตเวชในเรือนจำ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท (F20) จากเรือนจำแต่ละแห่งที่สามารถออกมารับการประเมินจากนักวิจัยพยาบาลจิตเวชได้ และประเมินอาการด้วยแบบประเมินอาการผู้ป่วยจิตเภท 8 ข้อ ฉบับพระศรีมหาโพธิ์ (Prasri Assessment Schizophrenia Scale; PASS8) โดยแต่ละข้อมีคะแนนให้เลือกตามระดับความรุนแรง (rating scale) ตั้งแต่ 1-5 คะแนน แปลผลตามคะแนนรวมแบ่งออกเป็น อาการระดับปกติ/น้อย (8-16 คะแนน) ระดับปานกลาง (17-30 คะแนน) และระดับรุนแรง (คะแนน 31 ขึ้นไป) ผลการทดสอบคุณสมบัติด้านความตรงตามเกณฑ์ด้วยแบบประเมิน CGI-SCH โดยจิตแพทย์ พบว่ามีค่าความสอดคล้อง Pearson's correlation coefficient (r) เท่ากับ 0.741 (p-value < 0.001) โดยในการประเมินอาการทางจิตระดับน้อยมีค่าความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 64.0 ความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 64 และ likelihood ratio เท่ากับ 1.78 (0.38-0.85) ในอาการทางจิตระดับปานกลางมีค่าความไวเท่ากับร้อยละ 37.0 ค่าความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 67.0 และ likelihood ratio เท่ากับ 1.11 (0.65-1.91) และในระดับรุนแรงมีค่าความไวเท่ากับร้อยละ 75.0 ความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 93.0 และ likelihood ratio เท่ากับ 11.25 (2.84-244.64)¹⁰

4) สันทนากลุ่มกับญาติผู้ต้องขังจิตเภทที่คัดเลือกแบบสุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำแต่ละจังหวัด จังหวัดละ 6 คน ติดต่อประสานงานกับญาติและนัดหมายที่บ้านในพื้นที่ที่ผู้ต้องขังจิตเภทอาศัยอยู่ก่อนเข้าเรือนจำ สันทนากลุ่มกับญาติทุกคนที่ได้อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ต้องขังหรือญาติที่มีความเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ต้องขังแม้ไม่ได้อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน ใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างโดย

พยาบาลจิตเวช 2 คน ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง

5) สนทนากลุ่มกับคนในชุมชนที่ผู้ต้องขังจิตเภทจะกลับไปอยู่หลังจากออกจากเรือนจำ คัดเลือกแบบสุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำแต่ละแห่ง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากแกนนำชุมชนและคนในชุมชนที่อาศัยอยู่ในละแวกบ้านเดียวกับครอบครัวผู้ต้องขังหมู่บ้านละ 5-8 คน ใช้แนวคำถามถึงโครงสร้าง สัมภาษณ์โดยพยาบาลจิตเวชจำนวน 2 คน ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง

คุณสมบัติของนักวิจัยเก็บข้อมูล คือเป็นจิตแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพ ปรียญาโทด้านการพยาบาลจิตเวช มีประสบการณ์การปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วยในเรือนจำเป็นระยะเวลา 3 ปีขึ้นไป ผ่านการอบรมการเก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม และผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือ PASS8

ขั้นตอนที่ 2: พัฒนาโปรแกรม “จากเรือนจำสู่ชุมชน”

เป็นการพัฒนาต่อยอดจากระบบการให้บริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังจิตเวชในเขตสุขภาพที่ 10 เพื่อการดูแลผู้ต้องขังจิตเภทอย่างต่อเนื่องจนถึงหลังปล่อยตัวกลับชุมชน โดยนำผลการวิเคราะห์สถานการณ์มาจัดทำร่างต้นแบบเพิ่มกิจกรรมการเตรียมความพร้อมของผู้ต้องขังจิตเภทก่อนออกจากเรือนจำ และเตรียมความพร้อมของครอบครัวและชุมชน รวมทั้งประสานบุคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในพื้นที่เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของโปรแกรมฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริการผู้ป่วยจิตเวชในเรือนจำ 4 คน และผู้บัญชาการเรือนจำ 1 คน หาค่าดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.95 นำข้อมูลที่ได้จากการให้ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงเป็นโปรแกรมต้นแบบ

ขั้นตอนที่ 3: ทดสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมฯ

ในเรือนจำนำร่องจังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงเดือนมกราคม ถึง มีนาคม 2563 มีผู้ต้องขังจิตเภทที่มีกำหนดออกจากเรือนจำในปีงบประมาณ 2563 จำนวน 6 คน ประเมินความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม ประเมินอาการทางจิตด้วยแบบประเมิน

PASS 8 และติดตามต่อเนื่องหลังจากออกจากเรือนจำ ประเมินการกลับป่วยซ้ำหรือการก่อคดีซ้ำ

ผล

ระบบการดูแลผู้ต้องขังจิตเวชของเรือนจำในเขตสุขภาพที่ 10 บริบท (context) เรือนจำทุกแห่งตั้งอยู่ในชุมชนเขตเมือง นโยบายของผู้บริหารเรือนจำมีความชัดเจนและสนับสนุนนโยบายดำเนินงานตามแนวทางการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้ต้องขังในเรือนจำ/ทัณฑสถานตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ผลการสัมภาษณ์ผู้บริหารเรือนจำละ 1 คน รวมเป็น 6 คน สรุปได้ดังนี้

1. นโยบายการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในเรือนจำ ผู้บริหารเรือนจำสนับสนุนการดูแลผู้ต้องขังจิตเวชโดยมีการนำระบบประชุมทางไกล (teleconference) มาใช้การดูแลผู้ต้องขังเป็นไปตามหลักวิชาการ มีโซนเฉพาะแยกผู้ต้องขังจิตเวชจากผู้ต้องขังอื่นเพื่อป้องกันผู้ต้องขังทำร้ายกัน มีการสัมภาษณ์คัดกรองค้นหาความเจ็บป่วยและการให้ยารักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ มีการดูแลสุขภาพจิตตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต และดำเนินตามหลักสิทธิมนุษยชนเน้นให้ความเมตตา ทำเรือนจำให้เป็นครอบครัวเหมือนบ้านให้มากที่สุด ให้ความสำคัญเอาใจใส่ดูแล รับฟังเวลามีปัญหาและให้คำแนะนำ จับคู่เพื่อนผู้ต้องขัง (บัดดี้) เพื่อคอยช่วยเหลือและดูแลการรับประทานยาให้ผู้ต้องขังได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆในเรือนจำ จัดสถานที่ภายในเรือนจำให้น่าอยู่ จัดวันให้ญาติเยี่ยม บางเรือนจำจัดให้มีบ้านพักที่หน้าเรือนจำกรณีที่ยังไม่มีญาติมารับ และมีการหาอาชีพให้

2. ผลกระทบต่อระบบการทำงานในเรือนจำหากมีผู้ป่วยจิตเวช การจัดการดูแลยากขึ้นและต้องดูแลอย่างใกล้ชิด มีการจัดแยกผู้ต้องขังจิตเวชจากผู้ต้องขังทั่วไป อาการของผู้ป่วยและการสื่อสารที่ไม่เข้าใจอาจเป็นเหตุให้ทำร้ายคนอื่น ทำร้ายเจ้าหน้าที่ ทำร้ายตัวเอง หรือถูกคนอื่นทำร้ายได้ เจ้าหน้าที่และพยาบาลทำงานหนักและลำบากมากขึ้นระวังเรื่องอาวุธทุกชนิดดูแลตรวจตรามากขึ้น จัดผู้ช่วยเหลือและมีการดูแลเป็นพิเศษ เช่น คอยสังเกตอาการ จัดผู้ต้องขังชั้นดีช่วยดูแลเพราะอาจถูกกลั่นแกล้ง ข่มขู่ได้ นอกจากนี้ จากอาการป่วยที่แสดงออกทำให้

ผู้ต้องขังอื่นรำคาญและอาจทำร้ายผู้ป่วยหรืออาจทำให้เจ้าหน้าที่ในเรือนจำบางคนใช้ความรุนแรงกับผู้ป่วยได้

3. *ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน* เรือนจำยังไม่มีเจ้าหน้าที่ที่เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต เจ้าหน้าที่เรือนจำมีจำนวนน้อยและขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จึงอาจมีปัญหาในการดูแลและไปรับยาต่อเนื่อง การที่ผู้ต้องขังอยู่รวมกันทำให้ยากต่อการดูแล ต้องอาศัยผู้ต้องขังจิตอาสาช่วยดูแล

4. *แนวทางที่จะให้การดำเนินการมีประสิทธิภาพต่อเนื่องยั่งยืน* ที่ผ่านมามีผู้ป่วยจิตเวชมีกลุ่มอยู่ในชุมชนได้ไม่นานและก่อคดีซ้ำ ควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วยในเรือนจำ โดยเรือนจำพร้อมจัดเตรียมสถานที่เชิญแกนนำชุมชนพยาบาลสุขภาพจิตในพื้นที่รับผิดชอบ และญาติมาร่วมประเมินวางแผนการดูแลผู้ต้องขังจิตเวชต่อเมื่อที่เรือนจำ กรมราชทัณฑ์ มีนโยบายประสานเครือข่ายและสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่มีจิตสำนึกในการช่วยเหลือดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากสังคม การดูแลต่อเนื่องต้องอาศัยความร่วมมือจากท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน ญาติ ช่วยดูแลผู้ป่วยหลังพ้นโทษให้สามารถอยู่ในชุมชนได้ และได้รับการรักษาต่อเนื่อง สังคมควรให้กำลังใจและเข้ามามีส่วนร่วม ไม่ปล่อยปละละเลยช่วยสานต่อให้ผู้ต้องขังมีที่ยืน ได้รับการยอมรับทั้งจากคนในครอบครัวและคนในชุมชน มีงานทำ สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ และไม่กลับไปก่อคดีซ้ำ

5. *ความต้องการได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลจิตเวชและกรมสุขภาพจิต* มีการอบรมบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยมีวิทยากรมาอบรมและให้คำแนะนำอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง สนับสนุนยาจิตเวชและฝึกทักษะการให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล

1: *ปัจจัยนำเข้า (input)* บุคลากรในเรือนจำที่มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ต้องขังจิตเวช ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค นักจิตวิทยา โดยเรือนจำอุบลราชธานีมีพยาบาลวิชาชีพ 5 คน และพยาบาลเทคนิค 1 คน เรือนจำศรีสะเกษมีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน และนักจิตวิทยา 1 คน เรือนจำยโสธรมีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน เรือนจำอำนาจเจริญมีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน เรือนจำมุกดาหารมีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน และเรือนจำ

อำนาจกันทรลักษณ์มีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน และพยาบาลเทคนิค 1 คน ในแต่ละวันมีเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์จัดเวรมาช่วยดูแลวันละ 1-2 คน ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนนอนด้านจิตเวช (อสจร.) ซึ่งคัดเลือกจากนักโทษชั้นดี พฤติกรรมเหมาะสมและปฏิบัติตามกฎระเบียบ บุคลากรเรือนจำได้รับการสนับสนุนให้อบรมจากโรงพยาบาลจิตเวชปีละ 1 ครั้ง เรื่องการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช การสังเกตอาการ การปฐมพยาบาลทางใจเบื้องต้น เทคนิคการให้คำปรึกษา ฝึกทักษะการรับฟังและสื่อสารให้กำลังใจ การดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และการสังเกตอาการข้างเคียงของยา แต่ยังไม่ครอบคลุมบุคลากรทุกคน ในปีที่ผ่านมา กลุ่ม อสจร. ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเบื้องต้นจากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เรือนจำละ 30 คน รวม 180 คน โดยบุคลากรจากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์มีบทบาทช่วยจัดระบบบริการผู้ต้องขังจิตเวชในเรือนจำและนิเทศติดตามผ่านระบบพี่เลี้ยงของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

P: กระบวนการ (Process) การให้บริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังจิตเวชในเรือนจำ ยึดตามแนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชในเรือนจำ/ทัณฑสถาน ปี 2558 ที่กรมสุขภาพจิตและกรมราชทัณฑ์พัฒนาขึ้น หลังรับผู้ต้องขังเข้าเรือนจำ พยาบาลเรือนจำจะสัมภาษณ์ประวัติและประเมินเบื้องต้น หากพบว่ามีประวัติเจ็บป่วยทางจิตเวชหรือสงสัยว่ามีอาการทางจิต พยาบาลเรือนจำจะประสานกับพยาบาลจิตเวชจากหน่วยงานจิตเวชชุมชนของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เพื่อปรึกษาขอประวัติ ขอรับการตรวจรักษา และนัดหมายจิตแพทย์ผ่านการสื่อสารทางโทรศัพท์และระบบประชุมทางไกล จิตแพทย์ทำการตรวจวินิจฉัยและสั่งให้การรักษากลยุทธ์จัดเตรียมยาเพื่อให้เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์มารับยาจากโรงพยาบาลไปให้ผู้ป่วย หากพยาบาลเรือนจำประเมินว่าผู้ป่วยเป็นอันตรายและจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจะนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์โดยเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ จะมีช่วยในกระบวนการดูแลความปลอดภัย ประสานงาน ทำกิจกรรมในเรือนจำ และระหว่างการประชุมทางไกล

ผู้ต้องขังจิตเวชส่วนใหญ่จะไม่ได้ร่วมกิจกรรมปกติ โดยหลังตื่นนอนตอนเช้าผู้ต้องขังจิตเวชจะมารวมกันที่แดนใกล้สถานพยาบาล บางเรือนจำจะไปอยู่ที่สถานพยาบาล เพื่อให้พยาบาลประจำเรือนจำดูแล ร่วมกับเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ 1-2 คน และ อสรจ.

การสนทนากลุ่มกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในเรือนจำจังหวัดอุบลราชธานี ยโสธร ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ กันทรลักษ์ แห่งละ 1 คน มุกดาหาร 2 คน รวมเป็น 7 คน และเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ที่ปฏิบัติงานในเรือนจำจังหวัดอุบลราชธานี ยโสธร อำนาจเจริญ แห่งละ 2 คน มุกดาหาร 3 คน รวมเป็น 9 คน ผลการสนทนากลุ่มส่วนใหญ่เห็นว่าการมีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในเรือนจำเป็นเรื่องปกติที่ต้องดูแล ทุกคนพอใจกับระบบประชุมทางไกลที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในเรือนจำ เพราะสะดวกลดภาระบุคลากรที่ต้องดูแลระหว่างมารักษาที่โรงพยาบาล แต่มีข้อจำกัดที่สถานที่เรือนจำยังไม่มีห้องเฉพาะที่เก็บเสียงได้สำหรับการประชุมทางไกลทำให้การสื่อสารไม่ชัดเจนเป็นบางครั้งบุคลากรในเรือนจำยังขาดองค์ความรู้และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เช่น ยาจิตเวช ผลข้างเคียงของยาจิตเวช การเจรจาต่อรอง การผูกมัดจำกัดพฤติกรรม และการจัดการกับพฤติกรรมผู้ป่วย เช่น การแอบซ่อนยานอกจากนั้นสถานที่ยังไม่เอื้ออำนวยโดยไม่มีห้องแยกเฉพาะสำหรับผู้ต้องขังจิตเวชที่สำคัญคือยังไม่มีเตรียมครอบครัว และชุมชนก่อนออกจากเรือนจำ พยาบาลเรือนจำมีภาระงานมาก ไม่สามารถส่งต่อข้อมูลให้เครือข่ายติดตามต่อหลังจากออกจากเรือนจำ อีกทั้งข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยเช่นมีการปล่อยตัว อภัยโทษ พักโทษ ลดโทษ บุคลากรเรือนจำมีความต้องการรับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลจิตเวชในด้านการอบรมเตรียมความพร้อมผู้ป่วยจิตเวชก่อนพ้นโทษ การฝึกทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การกินยา การประกอบอาชีพ รวมทั้งการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และ อสรจ. เกี่ยวกับเทคนิคการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบ ยาจิตเวชและ ผลข้างเคียง โดยต้องการให้มีการอบรมบุคลากรทุกคนอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ต้องการให้มีแนวทางการดูแลผู้ต้องขังจิตเภทที่มีอาการโรคจิตกำเริบให้เจ้าหน้าที่เรือนจำที่ปฏิบัติงานในกรณีที่พยาบาลเรือนจำไม่อยู่ เช่น แนวปฏิบัติ

ในการให้ยาเพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดความรุนแรง ควรมีช่องทางด่วนให้เรือนจำในการติดต่อประสานงานและรับยาแทนผู้ป่วยจิตเวช ควรมีอุปกรณ์ที่ใช้ในการควบคุมเพื่อจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น ฝามุขมัดการสนับสนุนสื่อความรู้สุขภาพจิต แผ่นพับ และให้มีระบบการดูแลผู้ต้องขังจิตเวชหลังพ้นโทษอย่างต่อเนื่อง เช่น การเตรียมครอบครัวและชุมชน และการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง

ดังตัวอย่างคำกล่าว

“พยาบาลเราปกติก็มีภาระงานมากอยู่แล้วค่ะ ต้องดูคนไข้คนอื่นด้วยไม่ใช่เฉพาะจิตเวช เราเลย ไม่มีเวลาในการส่งข้อมูลให้เครือข่ายติดตามต่อหลังจากออกจากเรือนจำ และข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยเช่นมีการปล่อยตัว อภัยโทษ พักโทษ ลดโทษ ต้องตามรายคนมันเลยไม่ต่อเนื่อง” (พยาบาล ID01)

“อย่างการให้ทำเทเลคอนเฟอเรนซ์ในการตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวชช่วยได้ดีมาก ซึ่งปกติในเรือนจำจะไม่ให้นำมาใช้ เพราะมีความลุ่มเสี่ยงในการลักลอบติดต่อกับคนข้างนอกได้ ผู้บัญชาการท่านไหนนโยบายมาเลย ที่อื่นไม่มีนะครับ เพราะเสี่ยงต่อการลักลอบใช้คลื่น แต่เอามาใช้ลดค่าใช้จ่าย ลดไม่ใช้ผู้คุมลดความเสี่ยงที่ผู้ป่วยไม่หลบหนีได้ด้วย” (เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ ID01)

“ก็ยังไม่ดีที่สุดอยากให้มีอบรมต่อเนื่องใหม่ๆ ยาจิตเวช ผลข้างเคียง การเจรจาและผูกมัดผู้ป่วย ทั้งพยาบาล เจ้าหน้าที่และ อสรจ. ที่เขาช่วยได้มากเป็นเหมือนหูตาแขนขาที่ช่วยดูแลผู้ป่วย” (พยาบาล ID05)

“ต้องเตรียม 3 ส่วน คือ ผู้ป่วย ญาติ และคนในชุมชนที่ผู้ป่วยกลับอยู่เพราะสำคัญมาก เขาต้องเข้าใจผู้ป่วยให้โอกาสผู้ป่วยจิตเวชไม่ว่าเรื่อง อาชีพ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน” (เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ ID08)

P: ด้านผลลัพธ์ (product) การสนทนากลุ่มญาติ 37 คน เป็นบิดา 4 คน มารดา 18 คน ลูกสาว 2 คน พี่ชาย 4 คน น้องชาย 1 คน พี่สาว 6 คน และน้องชาย 2 คน มีความกังวลใจในการดูแลผู้ป่วยหลังจากออกจากเรือนจำไปอยู่กับครอบครัวในบ้านหลังเดียวกัน ทุกครอบครัวมีทั้งดีใจที่พ้นโทษ

และเกิดความกังวลใจ ระวัง ไม่ค่อยไว้วางใจ กังวลว่าผู้ป่วยจะไม่รับประทานยา และจะมีอาการกำเริบ กลัวว่าการกระทำผิดซ้ำ กังวลว่าจะมีการตีสุราสุบหรือใช้สารเสพติด/ยาบ้าร่วมด้วย ญาติลำบากใจที่ผู้ป่วยมักขอเงินเพื่อไปซื้อสุรา/ยาเสพติดบ่อยครั้งและหากถูกขัดใจอาจทำร้ายคนในครอบครัว เช่น บิดามารดาที่สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีความรู้สึกว่าเป็นตราบาปทางสังคม ไม่อยากให้ผู้ป่วยไปยุ่งเกี่ยวกับใคร ไม่ได้คาดหวังให้ผู้ป่วยทำหน้าที่อะไรในครอบครัว เพียงอยากให้ผู้ป่วยอยู่บ้าน กินยารักษาไม่ใช้สุรา/สารเสพติด และไม่กระทำความผิดซ้ำ ครอบครัวต้องการให้มีทีมโรงพยาบาลจิตเวชมาเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เทคนิคการให้ยาสำหรับญาติ รวมทั้งให้สอนผู้ป่วยไม่ใช้สุรา/ยาเสพติดซ้ำและให้การรักษาดูแลต่อเนื่อง

ดังตัวอย่างคำกล่าว

“เหนื่อยใจ ตอนแรกอาการทุเลาแล้วนะ กินยาต่อเนื่อง แม่ดูแลตลอด แนะนำอะไรก็ฟัง วันที่ 28 สิงหาคม 2562 แม่ไปทำนา ปลอมให้ผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียว มีเพื่อนมาหาที่บ้าน เอายามาให้ผู้ป่วยเสพ เลยทำให้ผู้ป่วยถูกตำรวจจับตรวจ ปัสสาวะ และได้กลับเข้าไปอยู่ในเรือนจำอีก” (ญาติ ID01)

“รู้สึกกังวลใจ หนักใจ เพราะบางวันพ่อแม่ไม่อยู่ก็ไปคบเพื่อนเสพยาบ้า สุบหรือตี มีวันหนึ่ง หงุดหงิด ทุบทำลายข้าวของเสียหายเป็นหลังกลับออกจากเรือนจำสองสัปดาห์ หนักใจบางวันไม่กินยา เสพยาบ้า กินลิโป้ ไปเซนต์เงินร้านค้า ซื้อเหล้าดื่ม แม่เคยโดนทำร้าย อยากให้พาไปบำบัดยาเสพติด ลำบากใจไปหาเพื่อนบ่อย อยากให้ผู้ป่วยมีงานทำ” (ญาติ ID05)

“รู้สึกดีใจ อาการดี ตอนที่ลูกชายออกจากเรือนจำ ไม่รู้เลยว่าจะมีวันไหน รู้แต่เดือนที่พ้นโทษ เห็นลูกชายมาถึงหน้าบ้าน ดีใจมากจนร้องไห้ ลูกก้มกราบเท้า แต่ก็กังวลกลัวอาการกำเริบอีก” (ญาติ ID03)

การสนทนากลุ่มแกนนำชุมชน โดยเลือกจากชุมชนที่ไปสัมภาษณ์ญาติและครอบครัวผู้ต้องขังจิตเวชเรือนจำละ 1 ชุมชน ชุมชนละ 10 คน รวมผู้ให้ข้อมูล 60 คน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และสมาชิกในชุมชน พบว่าคนในชุมชนมีความกลัว

ไม่อยากเข้าใกล้ และในชุมชนมีผู้ติดยาเสพติดหลายรายที่มีอาการแต่ยังไม่ได้รับการรักษา แม้ชุมชนจะแนะนำผู้ปกครองแล้วแต่ครอบครัวของผู้ป่วยไม่สนใจจึงไม่ได้เข้าไปยุ่งอีก ต้องการให้ผู้ต้องขังอยู่ในเรือนจำต่อไป นอกจากนี้ยังรู้สึกเห็นใจผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่เป็นมารดาที่สูงอายุที่ต้องรับภาระในการดูแลทั้งด้านการรับประทานยา การป้องกันไม่ให้ใช้ยาเสพติดและต้องระวังการถูกผู้ป่วยจิตเวชข่มขู่ทำร้าย อยากได้เงินไปซื้อยาเสพติด ผู้นำชุมชนที่มีส่วนช่วยเหลือ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ ชุมชนต้องการให้โรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลในพื้นที่ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาต่อเนื่อง ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย สอนวิธีการดูแลตัวเองไม่ให้ใช้สุรา/ยาเสพติดและกระทำความผิดซ้ำ

ดังตัวอย่างคำกล่าว

“จะกลัวและโกรธด้วยนะถ้าพวกนี้มีอาการ แขนงนำมาดูแลและช่วยเหลือญาติเขา แต่ทำอะไรไม่ได้ เพราะเขาว่าตีผีบ้าก็ผิด แต่ผีบ้าผิด ทั้งๆ ที่มันจะมาตีคนดี เราป้องกันตัวมันน่ากลัวมากนะคุณหมอ เวลามันขึ้นมาก” (แกนนำชุมชน ID01)

“อยากให้ขังเอาไว้นานๆ ให้หาย เพราะกลับมาอยู่ใหม่ๆ อาการจะดี แต่พอสักระยะมีอาการอีก น่าจะมีที่อยู่สำหรับกลุ่มพวกนี้จะได้ดูแลต่อเนื่อง” (แกนนำชุมชน ID03)

“อยากให้สนับสนุนวิทยากรมาสอนการจับกุมที่ถูกต้องเพราะเคยมีตำรวจมาจับผู้ป่วยแล้ว แขนหัก เลยอยากให้วิทยากรทางโรงพยาบาลพระศรีมาช่วยครับ” (แกนนำชุมชน ID04)

ผู้ต้องขังจิตเวชในเรือนจำเขตสุขภาพที่ 10 ในปี 2562 มีจำนวน 15,801 คน (เพิ่มขึ้นจาก 15,163 คนในปี 2561) โดยในจำนวนนี้มีผู้ต้องขังที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช 269 คน คิดเป็นร้อยละ 1.7 ของผู้ต้องขังทั้งหมด มีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทจำนวน 167 คน คิดเป็นร้อยละ 62.1 ของผู้ต้องขังจิตเวชทั้งหมด เรือนจำที่มีผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุดได้แก่ เรือนจำอุบลราชธานี (57 คน) รองลงมาได้แก่ เรือนจำยโสธร (34 คน) เรือนจำศรีสะเกษ (25 คน) เรือนจำกันทรลักษ์ (20 คน)

เรือนจำอำนาจเจริญ (19 คน) และเรือนจำมุกดาหาร (12 คน) ตามลำดับผู้ต้องขังโรคจิตเภทที่ได้รับการประเมินในการศึกษาครั้งนี้ 162 คน เป็นเพศชายทั้งหมดอายุเฉลี่ย 36.7 ปี (19-54 ปี) ลักษณะคดีที่รับโทษ 3 ลำดับแรก ได้แก่ คดียาเสพติด รองลงมาคือคดีเกี่ยวกับทรัพย์สิน ปล้น ชิงทรัพย์และความผิดต่อชีวิต ตามลำดับ จำนวนปีที่ได้รับโทษระยะเวลาที่อยู่ในเรือนจำ พบว่าผู้ต้องขังจิตเภทได้รับโทษมากที่สุด 25 ปี 3 เดือน

น้อยที่สุด 8 เดือน ระยะเวลาที่อยู่ในเรือนจำจนถึงวันประเมิน PASS 8 มากที่สุด 7 ปี 4 เดือน น้อยที่สุด 17 วัน ดังแสดงในตารางที่ 1 อาการจิตเภทจากการประเมินด้วย PASS 8 ผู้ต้องขังโรคจิตเภทของเขตสุขภาพที่ 10 มีผู้ป่วยอาการจิตเภทตั้งแต่ระดับปกติ/น้อย ถึงระดับรุนแรง (8-34 คะแนน) แต่ภาพรวมเขต 10 ความรุนแรงอาการเฉลี่ยอยู่ในระดับปกติ/น้อย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนปีที่ได้รับโทษและระยะเวลาที่อยู่ในเรือนจำ

ระยะเวลา	เรือนจำ 1	เรือนจำ 2	เรือนจำ 3	เรือนจำ 4	เรือนจำ 5	เรือนจำ 6	ภาพรวมเขต 10
จำนวนปีที่ได้รับโทษ							
มากที่สุด	25 ปี 3 เดือน	12 ปี	25 ปี 3 เดือน	14 ปี 5 เดือน	7 ปี 9 เดือน	3 ปี 10 เดือน	25 ปี 3 เดือน
น้อยที่สุด	11 เดือน	9 เดือน	1 ปี 4 เดือน	1 ปี 9 เดือน	10 เดือน	8 เดือน	8 เดือน
เฉลี่ย	2 ปี 5 เดือน	3 ปี 4 เดือน	9 ปี 8 เดือน	5 ปี 5 เดือน	5 ปี 3 เดือน	1 ปี 9 เดือน	4 ปี 6 เดือน
ระยะเวลาที่อยู่ในเรือนจำจนถึงวันประเมิน PASS 8							
มากที่สุด	7 ปี 3 เดือน	3 ปี	7 ปี 4 เดือน	5 ปี	2 ปี 10 เดือน	2 ปี 7 เดือน	7 ปี 4 เดือน
น้อยที่สุด	3 เดือน	3 เดือน	9 เดือน	1 เดือน	17 วัน	7 เดือน	17 วัน
เฉลี่ย	1 ปี 8 เดือน	1 ปี 4 เดือน	3 ปี 6 เดือน	2 ปี 2 เดือน	1 ปี 8 เดือน	1 ปี 7 เดือน	1 ปี 9 เดือน

ตารางที่ 2 อาการทางจิตของผู้ต้องขังจิตเภทจากการประเมินด้วย PASS 8*

คะแนน PASS 8	เรือนจำ 1	เรือนจำ 2	เรือนจำ 3	เรือนจำ 4	เรือนจำ 5	เรือนจำ 6	ภาพรวมเขต 10
ค่าสูงสุด	22	18	34	21	16	21	22
ค่าต่ำสุด	8	8	8	8	8	8	8
เฉลี่ย	10.8	11.3	18	11	10.4	12.6	12.4

*การแปลผล: อาการระดับปกติ/น้อย (8-16 คะแนน) ระดับปานกลาง (17-30 คะแนน) และระดับรุนแรง (คะแนน 31 ขึ้นไป)

โปรแกรม “จากเรือนจำสู่ชุมชน” เพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง

โปรแกรมต้นแบบ “จากเรือนจำสู่ชุมชน” ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดังนี้ 1) การสัมภาษณ์ประวัติและประเมินคัดกรองตามแนวทางการดูแลผู้ต้องขังจิตเวชสำหรับบุคลากรในเรือนจำ โดยพยาบาลประจำเรือนจำ หากพบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชพยาบาลประจำเรือนจำดำเนินการประสานโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์เพื่อขอทราบประวัติการรักษาเดิมหรือขอรับการตรวจประเมินในรายที่ยังไม่เคยมีประวัติการรักษา 2) การจัดเตรียมสำหรับ

เรือนจำ เรือนจำแยกผู้ต้องขังจิตเภทให้มีเจ้าหน้าที่และจัด อสจร. ดูแลเรื่องการรับประทานยาและประเมินเฝ้าระวังความเสี่ยง 3) การตรวจรักษาผ่านการประชุมทางไกล โดยจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ประเมินอาการตรวจรักษาติดตาม ผู้ต้องขังจิตเภทผ่านการประชุมทางไกล หลังจากนั้นเภสัชกรจัดเตรียมยาให้เจ้าหน้าที่เรือนจำมารับให้ผู้ต้องขัง 4) การเยี่ยมติดตามในเรือนจำ พยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ นิเทศให้คำปรึกษา ฟื้นฟูความรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแก่พยาบาลในเรือนจำและร่วมประเมินอาการทาง

จิตผู้ต้องขังในเรือนจำ เตรียมความพร้อมของผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำก่อนกลับบ้านและให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดก่อนปล่อยตัวผู้ต้องขังจิตเภท 2 เดือน นักกิจกรรมบำบัดเข้าไปทำกิจกรรมกับผู้ป่วยในเรือนจำตามแนวทางกิจกรรมกลุ่ม 6 ครั้ง ประกอบด้วย การฝึกทักษะการดูแลตัวเอง ขึ้นพื้นฐาน การการดูแลตัวเองการทำงาน การพักผ่อนและการออกกำลังกาย เรือนจำประสานโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เพื่อเตรียมประสานพื้นที่ในชุมชน 5) *การประสานเครือข่ายสาธารณสุขในพื้นที่* ทีมพยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ประสาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมวางแผนเตรียมการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน 6) *การเตรียมความพร้อมชุมชน* ทีมพยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ลงพื้นที่ประชุมแกนนำชุมชน เพื่อเตรียมครอบครัวผู้ป่วย เตรียมการเรื่องการรับยาต่อเนื่อง เตรียมความพร้อมของคนในชุมชนและแหล่งสนับสนุนทางสังคม เมื่อเกิดปัญหาในการดูแล 7) *การติดตามหลังจำหน่าย* หลังจำหน่ายผู้ต้องขังจิตเภทออกจากเรือนจำ ภายใน 2 สัปดาห์ 1 เดือน และ 3 เดือน ทีมพยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ติดตามประเมินอาการทางจิต ความร่วมมือในการรักษาต่อเนื่อง การดูแลตัวเองและการทำหน้าที่ในชีวิต

ประจำวันของผู้ป่วย รวมทั้งการกระทำผิดซ้ำ และร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน แกนนำชุมชน และครอบครัวในพื้นที่ รวมทั้งกำหนดช่องทางการประสานงานเพื่อดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์ให้เครือข่ายในพื้นที่

การทดลองใช้โปรแกรมฯ ในผู้ต้องขังจิตเภทของเรือนจำนาร่อง

นาร่องที่เรือนจำจังหวัดอุบลราชธานี ช่วงเดือนมกราคม - มีนาคม พบมีผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำนาร่องที่มีกำหนดออกจากเรือนจำในปีงบประมาณ 2563 จำนวน 6 คน อายุเฉลี่ย 41.5 ปี (28-58 ปี) ประเมินอาการจิตเภทด้วย PASS 8 พบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงในระดับปกติ/น้อย (10.7 คะแนน) ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ครบทุกขั้นตอน ผู้ป่วย 3 ราย ได้ออกจากเรือนจำในวันที่ 24 มกราคม, 10 กุมภาพันธ์ และ 17 กุมภาพันธ์ 2563 ได้ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินอาการทางจิตและประเมินครอบครัวและชุมชนหลังออกจากเรือนจำ 2 สัปดาห์ และ 1 เดือน ทุกรายพบอาการอยู่ในระดับปกติ/น้อย ไม่มีการกระทำผิดซ้ำ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลเบื้องต้นการดูแลผู้ต้องขังจิตเภทตามโปรแกรมจากเรือนจำสู่ชุมชน

คนที่	วินิจฉัยโรค	อายุ (ปี)	ความร่วมมือในการทำกลุ่ม	กำหนดพ้นโทษ	PASS 8			การกระทำผิดซ้ำ
					ในเรือนจำ	2 สัปดาห์ หลังจากเรือนจำ	1 เดือน หลังจากเรือนจำ	
1	F10.5, F29	28	ร่วมมือปฏิบัติได้	24 ม.ค. 63	8	8	8	ไม่มี
2	F29	38	ร่วมมือปฏิบัติได้	24 พ.ค. 63	12			ยังไม่พ้นโทษ
3	F15.2, F29	42	ร่วมมือปฏิบัติได้	8 พ.ค. 63	8			ยังไม่พ้นโทษ
4	F20	58	ร่วมมือปฏิบัติได้	10 ก.พ. 63	14	16	16	ไม่มี
5	F20.9	42	ร่วมมือปฏิบัติได้	17 ก.พ. 63	13	13	12	ไม่มี
6	F29, F41.9	41	ร่วมมือปฏิบัติได้	17 ก.ย. 63	9			ยังไม่พ้นโทษ

ผู้ป่วยรายแรก อาศัยอยู่กับหลานที่เป็นบุตรของป้า ผู้ป่วยดูแลตัวเองได้ ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว หลานมีความพร้อมที่จะดูแล แต่กังวลใจว่าผู้ป่วยจะไปใช้ยาเสพติดอีก เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการทางจิตตั้งแต่อายุ 18 ปี จากการใช้ยาเสพติดและอาการบุกรุกบ้านคนอื่น ถ้ามีเงินมักจะไปซื้อยาเสพติดมาใช้เสมอ และบริเวณพื้นที่ที่ครอบครัวอาศัยอยู่เป็นพื้นที่สีแดงของยาเสพติด ในช่วงกลางวันหลานได้ให้ผู้ป่วยไปช่วยงานป้าที่มีกิจการร้านอาหารในชุมชนนั้น พยาบาลผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในพื้นที่ยังได้ไปทำครอบครัวบำบัดและการบำบัดยาเสพติดที่บ้านผู้ป่วย ในช่วง 1 เดือน หลังออกจากเรือนจำอาการทางจิตจากการประเมิน PASS 8 ได้ 8 คะแนน

ผู้ป่วยรายที่สอง กลับไปอยู่กับครอบครัวบิดา มารดา พี่ชาย และน้องชาย มารดาเป็นคนดูแลการกินยา แต่จัดยาไม่ถูกต้อง จึงมีการแนะนำวิธีกินยาให้ใหม่ มารดาขอรับยาใกล้บ้าน ไม่สะดวกพาผู้ป่วยไปรับยาที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เนื่องจากไม่มีเงินค่ารถ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านจึงรับยาแทนตามแผนการรักษาและออกใบรับรองความพิการทางจิตเพื่อช่วยเหลือด้านสวัสดิการ ผู้ป่วยอาการทุเลา ควบคุมตัวเองได้ดี ปฏิเสธหิวแหว่ แต่ยังมีความคิดหลงผิดว่ามีบ้านอีกหลังสีทองลอยอยู่ข้างบนก้อนเมฆ ประเมิน PASS 8 ได้ 16 คะแนน ครอบครัวและคนในชุมชนให้การยอมรับผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายที่สาม อาศัยอยู่กับครอบครัวภรรยา (พ่อตาและแม่ยาย) และบุตร 2 คน (ชาย 1 คน และหญิง 1 คน) ภรรยาไปทำงานที่ต่างจังหวัด ผู้ป่วยอาการทุเลา ปฏิเสธหิวแหว่ ภาพหลอน ควบคุมตัวเอง ดูแลตัวเองได้ รับยาที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ประเมิน PASS 8 ได้ 12 คะแนน ครอบครัวและชุมชนให้การยอมรับผู้ป่วย

ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานตามโปรแกรม ได้แก่ นโยบายจากผู้บัญชาการเรือนจำ ความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในเรือนจำ ผู้ต้องขังจิตเภทและทีมสหวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยในเรือนจำ ทั้งจิตแพทย์ พยาบาล และนักกิจกรรมบำบัด รวมทั้งความร่วมมือจากเครือข่ายสาธารณสุข หน่วยงานที่

เกี่ยวข้อง ครอบครัวและชุมชนหลังการเตรียมความพร้อม ครอบครัวและชุมชนก่อนผู้ต้องขังจิตเวชออกจากเรือนจำ ปัจจัยอุปสรรค ได้แก่ ลักษณะกิจกรรมเตรียมความพร้อมผู้ต้องขังจิตเวชโดยบุคลากรทีมสุขภาพจิตโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่ต้องทำที่เรือนจำต่อเนื่อง 6 วัน ซึ่งใช้เวลามาก หากมีจำนวนผู้ต้องขังจิตเภทมากขึ้นอาจไม่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุม และมีข้อจำกัดหากดำเนินการนอกจังหวัดอุบลราชธานีที่ต้องใช้เวลาในการเดินทางไกลออกไป อาจไม่สามารถทำครบทุกราย อาจต้องพิจารณาเป็นรายกรณีที่มีอาการรุนแรงและมีความเสี่ยงในการก่อคดีซ้ำ

วิจารณ์

การศึกษานี้แสดงให้เห็นระบบบริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังในเรือนจำในเขตสุขภาพที่ 10 มีประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ต้องขังจิตเวช โดยมีจุดเด่นคือได้รับการสนับสนุนด้านนโยบายจากผู้บัญชาการทุกเรือนจำ มีอัตราค่าจ้างที่ได้รับการพัฒนาให้ดำเนินงานได้ ผู้ต้องขังได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคและรักษาที่สะดวกผ่านระบบประชุมทางไกลทำให้ผู้ต้องขังจิตเวชมีอาการทางจิตอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ แต่ยังมีช่องว่างด้านความต่อเนื่องในการดูแลหลังผู้ต้องขังออกจากเรือนจำ การเตรียมความพร้อมผู้ต้องขังจิตเวช ครอบครัว และชุมชน ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและการยอมรับผู้ป่วยจากครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะผู้ต้องขังจิตเภท ดังนั้นโปรแกรม “จากเรือนจำสู่ชุมชน” ที่พัฒนาขึ้นได้ช่วยปิดช่องว่างดังกล่าว ส่งผลให้ผลลัพธ์การรักษาดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ ป้องกันการกระทำผิดซ้ำและการกลับมาป่วยซ้ำ ซึ่งมีรายงานวิจัยว่าผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงชัดเจนในช่วง 6 เดือน ก่อนการปล่อยตัวจะมีความเสี่ยงต่อการกระทำผิดซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรงและได้รับการรักษาต่อเนื่อง ดังนั้นการติดตามประเมินอาการทางจิตและรักษาผู้ต้องขังจิตเวชต่อเนื่องจึงมีความสำคัญมากต่อการป้องกันการกระทำผิดซ้ำของผู้ต้องขัง¹¹

จากขั้นตอนการประเมินวิเคราะห์สถานการณ์และต้นทุนที่มีอยู่ครอบคลุมผู้เกี่ยวข้องทุกส่วน ทำให้การพัฒนาปรับปรุงการดูแลผู้ต้องขังจิตเวชเกิดจากความต้องการและสอดคล้องกับปัญหาของผู้มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้อง ทั้งเจ้าหน้าที่

ผู้ปฏิบัติงานในเรือนจำ ผู้ป่วย ครอบครัว และคนในชุมชน และสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลในการเตรียมพร้อมผู้ต้องขังก่อนปล่อยและโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำดีเพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ จากการทดลองโปรแกรมฯ นำร่อง พบว่ามีความเป็นไปได้ที่จะปฏิบัติเป็นงานประจำ เช่น การเตรียมความพร้อมของผู้ต้องขังก่อนออกจากเรือนจำโดยนักกิจกรรมบำบัดและพยาบาลวิชาชีพ ขั้นตอนการทำกิจกรรมที่เรียงจากกิจกรรมที่ง่ายไปหา กิจกรรมที่ยากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศสิงคโปร์ที่มีการเตรียมความพร้อมของผู้ต้องขังจิตเวชก่อนออกจากเรือนจำ โดยการฝึกทักษะการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นกลุ่มโดยนักกิจกรรมบำบัดอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ผ่านโปรแกรม psychiatric housing unit (PHU) พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 ปี ผู้ต้องขังจิตเวชมีทักษะในการทำกิจกรรมต่างๆ เพิ่มขึ้นได้ดีขึ้น¹²

นอกจากนี้ยังมีความเป็นไปได้ในการออกพื้นที่เตรียมความพร้อมของครอบครัวและชุมชนก่อนที่ผู้ต้องขังจิตเวชออกจากเรือนจำ เนื่องจากมีจำนวนในแต่ละเดือนไม่มากนัก ไม่เป็นภาระงานที่หนักมากขึ้น ผลการศึกษาด้านสถานการณ์ อุปสรรคในการปฏิบัติงานที่พบจากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ ที่พบว่ามีอุปสรรคในการดำเนินงานทั้งด้านบุคลากรที่ขาดความเชี่ยวชาญในการประเมินและการดูแลรักษา ด้านสถานที่ซึ่งมีข้อจำกัดในการให้การดูแลรักษา ผู้ป่วยที่ยังมีอาการรุนแรงและต้องการการเฝ้าระวังก่อนส่งรักษาต่อการขาดความต่อเนื่องของการส่งต่อข้อมูลเพื่อการรักษาหรือกลับสู่ชุมชน กระบวนการส่งต่อที่ไม่สามารถเตรียมความพร้อมของชุมชนก่อนจำหน่ายผู้ต้องขังจิตเวชออกจากเรือนจำได้ และยังไม่สามารถติดตามผู้ต้องขังกลุ่มนี้หลังจำหน่ายได้ ทำให้ผู้ต้องขังจิตเวชขาดการรักษา มีอาการกำเริบ และอาจนำมาสู่การก่อคดีซ้ำได้ ดังที่พบในการศึกษานี้เช่นเดียวกัน ดังนั้นการปิดช่องว่างดังกล่าวจึงมีความสำคัญ ซึ่งจะทำได้หากมีการดำเนินงานร่วมกันอย่างเป็นระบบระหว่างเรือนจำและโรงพยาบาลจิตเวชแม่ข่าย

หากพิจารณาในด้านภาระงานอาจเพิ่มกระบวนการทำงานขึ้นในด้านการเตรียมความพร้อมของชุมชน และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและประเมินสถานการณ์ในชุมชนหลังผู้ป่วย

ออกจากเรือนจำไปอยู่ชุมชน สอดคล้องกับในประเทศอังกฤษ ที่มีกระบวนการดูแลสุขภาพจิตผู้ต้องขัง โดยให้บุคลากรใช้เครื่องมือประเมินเบื้องต้นค้นหาผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิต เพื่อคัดแยกและตรวจประเมินโดยทีมบุคลากรทางแพทยด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ให้การดูแลรักษาตามโรคและปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วย และวางแผนการดูแลผู้ป่วยในชุมชนโดยการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามพบว่ายังไม่ครอบคลุมผู้ต้องขังจิตเวชทั้งหมด¹ การศึกษาเกี่ยวกับการจัดบริการหลังผู้ต้องขังที่ป่วยจิตเวชออกจากเรือนจำไปอยู่ในชุมชนในประเทศอังกฤษ ยังพบว่ามีผู้ต้องขังจิตเวชเพียงร้อยละ 25.0 เท่านั้นที่ได้รับการเฝ้าระวังอาการกำเริบและการกระทำผิดซ้ำอย่างต่อเนื่อง¹³ นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่าการป้องกันการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความจำเป็นในกระบวนการดูแลผู้ต้องขังจิตเวชจากเรือนจำสู่ชุมชน เนื่องจากญาติมีความกังวลว่าหากผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติด จะมีความเสี่ยงที่จะกระทำผิดซ้ำและอาการกำเริบมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ซึ่งพบว่าการช่วยป้องกันการกระทำผิดซ้ำของผู้ต้องขังจิตเวชที่ดีที่สุดคือการดูแลเรื่องการป้องกันไม่ให้ใช้สารเสพติดโดยเฉพาะเครื่องดื่มแอลกอฮอล์¹⁴

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ เนื่องจากเป็นเพียงรายงานเบื้องต้นเฉพาะเรือนจำนำร่องที่ยังมีระยะเวลาในการติดตามผลได้สั้น อีกทั้งยังมีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการติดตามค่อนข้างน้อย อย่างไรก็ตามตลอดระยะเวลาที่ติดตามผลในรายที่ครบ 1 เดือนนี้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตระดับน้อย ครอบครัวและชุมชนให้การยอมรับผู้ป่วยและยังไม่มีผู้การก่อคดีซ้ำ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ด้านบริการ ควรมีการเพิ่มสมรรถนะบุคลากรในการดำเนินงานตามระบบการให้บริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังจิตเวชในเรือนจำ เขตสุขภาพที่ 10 และสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมฯ ไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่อื่นๆ และควรศึกษาติดตามต่อเนื่องในระยะยาวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้น รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีผลกลับป่วยซ้ำ หรือการกระทำผิดซ้ำและการกลับของผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นนอกเหนือจากผู้ป่วยจิตเวช

สรุป

ระบบบริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังในเรือนจำเขตสุขภาพที่ 10 มีประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ต้องขังจิตเวช แต่ยังมีช่องว่างด้านความต่อเนื่องในการดูแลหลังผู้ต้องขังออกจากเรือนจำ รวมทั้งการเตรียมความพร้อมผู้ต้องขังจิตเวช ครอบครัว ชุมชน และการยอมรับผู้ป่วยจากครอบครัวและชุมชน โปรแกรม “จากเรือนจำสู่ชุมชน” ช่วยลดช่องว่างดังกล่าว โดยเฉพาะในผู้ต้องขังจิตเวช ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังจากออกจากเรือนจำ ครอบครัวและชุมชนได้รับการเตรียมความพร้อมให้ยอมรับผู้ป่วย มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ส่งผลให้

อาการทางจิตอยู่ในระดับเล็กน้อย สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ ไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำและกระทำผิดซ้ำในระยะ 1 เดือนแรก อย่างไรก็ตามยังต้องศึกษาประสิทธิภาพในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง และขยายกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านผู้บัญชาการเรือนจำทั้ง 6 แห่ง ในเขตบริการสุขภาพที่ 10 และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในเรือนจำในการร่วมให้ข้อมูลวิจัยครั้งนี้

ความรู้เดิม: การบริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังจิตเวชในเรือนจำช่วยให้ผู้ต้องขังที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม

ความรู้ใหม่: โปรแกรมจากเรือนจำสู่ชุมชน พบว่าช่วยปิดช่องว่างอุปสรรคการดูแลผู้ต้องขังจิตเวชต่อเนื่องในชุมชน การเตรียมความพร้อมผู้ต้องขังจิตเวชและเตรียมความพร้อมของครอบครัวและชุมชน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องและอาการอยู่ในระดับน้อย และสามารถอาศัยอยู่ในชุมชนได้

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: สามารถนำไปปรับใช้กับผู้ต้องขังจิตเวชในเรือนจำอื่นในเขตสุขภาพในพื้นที่ได้

เอกสารอ้างอิง

- Forrester A, Till A, Simpson A, Shaw J. Mental illness and the provision of mental health services in prisons. Br Med Bull. 2018;127:101-9. doi:10.1093/bmb/ldy027.
- Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. Lancet Psychiat. 2016;3:871-81. doi:10.1016/S2215-0366(16)30142-0.
- Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. Br J Psychiatry. 2012;200:364-73. doi:10.1192/bjp.bp.111.096370.
- Coid J, Ullrich S. Prisoners with psychosis in England and Wales: diversion to psychiatric inpatient services?. Int J Law Psychiatry. 2011;34:99-108. doi:10.1016/j.jljp.2011.02.003.
- Witt K, van Dorn R, Fazel S. Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. PLoS One. 2013;8(2):e55942-e. doi:10.1371/journal.pone.0055942.
- Verma S, Poon LY, Subramaniam M, Chong S-A. Aggression in Asian patients with first-episode psychosis. Int J Soc Psychiatry. 2005;51:365-71. doi:10.1177/0020764005060852.
- O'Driscoll C, Larney S, Indig D, Basson J. The impact of personality disorders, substance use and other mental illness on re-offending. J Forens Psychiatry Psychol. 2012;23:382-91. doi:10.1080/14789949.2012.686623.
- Baillargeon J, Hoge SK, Penn JV. Addressing the challenge of community reentry among released inmates with serious mental illness. Am J Community Psychol. 2010;46:361-75. doi:10.1007/s10464-010-9345-6.

9. กมลชนก มนตะเสวี, ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, วิชชุดา จันทรรามภูรี. โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ [The studies of mental health problems among Thai prisoners and psychiatric services in Thai prisons]. กรุงเทพฯ: สถาบันกัลยาธราชนครินทร์; 2561.
10. Kongsuk T, Wannasewok K, Thongtao J, Konkhamdee S, Kenbubpha K, Thanee T, et al. The development, validity and reliability of psychotic symptoms rating scale for patients with schizophrenia (Prasimahabhodi Assessment Schizophrenia Scale: PASS 8). *J Med Assoc Thai*. 2018;101:S126-34.
11. Igoumenou A, Kallis C, Coid J. Treatment of psychosis in prisons and violent recidivism. *BJPsych Open*. 2015;1:149-57. doi:10.1192/bjpo.bp.115.000257.
12. Leet B, Kumar RV, Davaraj P. Development of a new occupational therapy service in a Singapore prison. *Brit J Occup Ther*. 2015;78:525-9.
13. Senior J, Birmingham L, Harty MA, Hassan L, Hayes AJ, Kendall K, et al. Identification and management of prisoners with severe psychiatric illness by specialist mental health services. *Psychol Med*. 2013;43:1511-20. doi:10.1017/S0033291712002073.
14. Kim JI, Kim B, Kim BN, Hong SB, Lee DW, Chung JY, et al. Prevalence of psychiatric disorders, comorbidity patterns, and repeat offending among male juvenile detainees in South Korea: a cross-sectional study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2017;11:6. doi:10.1186/s13034-017-0143-x.



คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ โดยรับบทความเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ บทความที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ **ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ผู้นิพนธ์จะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์อย่างเคร่งครัด** ผู้นิพนธ์ต้องแน่ใจว่าได้ตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้วไม่มีการลอกเลียนงานวิชาการ (plagiarism) และมีการอ้างอิงตามแหล่งที่มาตามหลักการที่ถูกต้องครบถ้วน บทความทุกประเภทที่ส่งมาให้พิจารณาตีพิมพ์จะได้รับการตรวจทานต้นฉบับจากคณะกรรมการและผู้ทรงคุณวุฒิ 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)

เป็นการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ผลเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: systematic review) เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าของเรื่องนั้นในสถานการณ์ปัจจุบันพร้อมข้อเสนอแนะ 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 แสดงผลการศึกษาที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น 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 สำหรับรูปภาพดิจิทัลให้ใช้รูปแบบ 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 (ไม่เว้นวรรคหลังเครื่องหมายวรรคตอนระหว่างปี 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 จุฑา, พัทธกมล 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/mplusdictionary.html>

4.2 โสมเพจ/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 เอกสารอ้างอิงเป็นพจนานุกรมต่างๆ

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 หรือไฟล์แนบอื่นๆ

ขั้นที่ 3 กรอกรายละเอียดข้อมูลต่างๆ 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 65 ฉบับที่ 1

มกราคม - มีนาคม 2563

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

1

นิพนธ์ต้นฉบับ

- การศึกษานำร่องผลของกลุ่มบำบัดแบบเจริญสติต่อกระบวนการคิดขั้นสูงในนักเรียนชั้นประถมศึกษา 3
พชรพล กิจกัญญาชัย, สุพร อภินันทเวช, วัลลภ อัจฉริยะสิงห์ 3
- ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดอุบลราชธานี 15
สุพัตรา สุขาวห, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, กมลทิพย์ สงวนรัมย์,
กฤษณ์ชลีย์ เพียรทอง, สุภาภรณ์ ทองเบญจมาศ, พลัปปะลัง หาสุข
- การตรวจสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของมาตรวัดความยึดหยุ่นทางจิตใจในวัยรุ่น 25
ธัญพิชชา แสนนรินทร์, ไชยันต์ สกุลศรีประเสริฐ, กุลวดี ทองไพบูลย์
- ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูในวัยรุ่นสมารถสัน 37
ปาณิสดา พันธุ์อุบล, ชัยมพร หอศิริ, สุพร อภินันทเวช
- การพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม 47
สำหรับวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าในโรงเรียนมัธยมศึกษา
นันทิยา จีระทรัพย์, สุพัตรา สุขาวห, กมลทิพย์ สงวนรัมย์, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, หทัยรัตน์ ดิษฐอึ้ง
- กรณีศึกษาการใช้ยาเคตามีนแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำเพื่อรักษาภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา 63
มัณฑุกร สิละตานนท์, ธีรยุทธ รุ่งนรินทร์, พรพรรณ เอลิมกิจพานิชย์, พร ทิสิกยากร
- ทัศนคติต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในประชากรไทย 75
ณัฐพงษ์ ตั้งจิตบุญสง่า, ชวนันท์ ขาญศิลป์
- อุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าในช่วงระยะเวลา 1 ปี 89
ที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามารักษ์
รัชชญา เพียรจงกล, ภาพันท์ ไทยพิสุทธิกุล

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ (ปรับปรุงใหม่)

สารบัญวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

สำหรับผู้สนใจส่งบทความ
สามารถดูรายละเอียดได้ตามคิวอาร์โค้ดนี้



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

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