



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสาร

สุขภาพจิต

แห่งประเทศไทย

ปีที่ 28 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2563

Volume 28 Number 4 October – December 2020

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

- 👤 การดำเนินงานสุขภาพจิตภายใต้วิกฤตโควิด 19 ของประเทศไทย
ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์
- 👤 ประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้ยาเมทฟอร์มินเสริมในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีกลุ่มอาการ
ความผิดปกติทางเมตาบอลิกจากการใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่
พงศ์ลดา ชื่นชูจิตร์
- 👤 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกัน
การเสพติดของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย จังหวัดชัยภูมิ
จุลจิรา จันทะมุงคุณ ธิติรัตน์ เหล่าคมพญาจารย์ ณีธิดา ราชบุตร
- 👤 การพัฒนาแบบประเมินสภาพช่องปากผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า
สุวรรณี ตุ่มทอง นารินทร์ ทองยงค์
- 👤 การพัฒนาชุดกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน
อัมเรศ เนตาลีธิ์ เศรษฐวิชัย ชโนวรรณ
- 👤 รูปแบบการพยากรณ์สถานการณ์ของผู้ป่วยจิตเวชของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
เบญจมาศ พุฒารา วิภาพร สิทธิจันทร์
- 👤 สุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน
จังหวัดนครราชสีมา
นครินทร์ ชุนงาม
- 👤 แคนนาบิสกับโรคจิตเวช : ปัจจัยเสี่ยงและประโยชน์ทางการแพทย์
รัศมน กัลยาศิริ สกล ศรีสุขล้อม

Journal of
Mental Health of Thailand

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



E-ISSN 2697-567X

ความคิดเห็น ข้อมูล และบทสรุปต่างๆ ที่ลงตีพิมพ์ในวารสาร
สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย เป็นของผู้เขียนบทความ และมีได้
แสดงว่ากองบรรณาธิการหรือกรมสุขภาพจิตเห็นพ้องด้วย



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

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

Journal of Mental Health of Thailand

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,
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.

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 Wongpiromsarn, M.D.
Director of Bureau of Mental Health Academic Affairs

Honorary Editor

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

Editor-in-Chief

Phunnapa Kittirattanapaiboon, M.D. Rajanagarindra Institute of
Child Development

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
Kusumavadee Kamklang, M.D. Bureau of Mental Health Academic Affairs

Editorial Board

Prof.Sawitri Assanangkornchai, M.D., Ph.D. Prince of Songkla University
Prof.Suwanna Arunpongpaissal, 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. Retired government employee on person
Hunsa Sethabouppha, Ph.D. Chiang Mai University

International Editors

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

Managing Editors (Bureau of Mental Health Academic Affairs)

Ms.Sorawan Intasitti, Ph.D. Mr.Phothorn Wuttiham

Managing Staffs (Bureau of Mental Health Academic Affairs)

Ms.Sirikul Chulkeeree Mrs.Thitiya Jantaprom
Mrs.Chanita Dumkhaew Mr.Chatuphot Phromsida
Mr.Tanpisith Boonpattapanorn

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 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2563

สารบัญ		หน้า
บรรณาธิการแถลง		A
บทความพิเศษ	การดำเนินงานสุขภาพจิตภายใต้วิกฤตโควิด 19 ของประเทศไทย ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์	280
นิพนธ์ต้นฉบับ	ประสิทธิผลและความปลอดภัยในการใช้ยาเมทฟอร์มินเสริมในผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางเมตาบอลิกจากการใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ พงศ์ลดา ชื่นชูจิตร์	292
	ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการเสพยาเสพติดของนักเรียนระดับ ประถมศึกษาตอนปลาย จังหวัดชัยภูมิ จุลจิรา จันทะมุงคุณ ธิติรัตน์ เหล่าคมพุดาจารย์ ณัฐิกา ราชบุตร	304
	การพัฒนาแบบประเมินสภาพช่องปากผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า สุวรรณี ตุ่มทอง นารีรัตน์ ทองยงค์	317
	การพัฒนาชุดกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้ครอบครัวและ ชุมชนเป็นฐาน อัมเรศ เนตาสีทิ เศรษฐวิชัย ชโนวรรณ	327
	รูปแบบการพยากรณ์สถานการณ์ของผู้ป่วยจิตเวชของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เบญจมาศ พงศาธารา วิภาพร สิทธิจันทร์	337
	สุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา นครินทร์ ชุนงาม	348
บทความปริทัศน์	แคนนาบิสกับโรคจิตเวช : ปัจจัยเสี่ยงและประโยชน์ทางการแพทย์ รัศมน กัลยาศิริ สกกล ศรีสุขล้อม	360
ดัชนี	ดัชนีวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 - 4 ประจำปี 2563	375
คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์		I
สารบัญวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย		

Journal of Mental Health of Thailand

Volume 28 Number 4 October – December 2020

CONTENTS PREFACE		Page
EDITORIAL ORIGINAL		A
SPECIAL ARTICLE	Mental health and the COVID-19 crisis in Thailand Yongyud Wongpiromsarn	280
ORIGINAL ARTICLES	Efficacy and safety of metformin as adjunctive treatment of metabolic syndrome caused by second generation antipsychotic (SGAs) in schizophrenia patients Ponglada Chuenchoojit	292
	The effectiveness of life skills enhancement program with participatory learning to prevent substance abuse among senior primary school students in Chaiyaphum province Jungera Janthamungkun, Thitirat Laokhompruttajan, Natika Rachabootr	304
	Development of forms for assessing the oral conditions of patients before undergoing electroconvulsive therapy Suwannee Toomtong, Nareerat Thongyindee	317
	The development of resilience activity set for elderly people by using family and community as a basis Ammaret Netasit, Setthawit Chanowan	327
	The model of situations of the psychiatric patients at the Galya Rajanagarindra Institute Benjamas Prutara, Wiphaporn Sittijan	337
	Mental health and burnout among physicians in general hospital and community hospital in Nakhon Ratchasima province Nakarin Choon-ngarm	348
REVIEW ARTICLE	Cannabis and psychiatric disorders: risk factors and medical use Rasmon Kalayasiri, Sakol Srisuklorm	360
INDEX	Index: Journal of Mental Health of Thailand 2020: 28 (1 - 4)	375
INSTRUCTION TO AUTHORS		I
CONTENTS PREFACE IN JOURNAL OF THE PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF THAILAND		

บรรณาธิการแถลง

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยเล่มที่ 4 ของปี พ.ศ. 2563 (ปีที่ 28) เดือนตุลาคม – ธันวาคม ฉบับสุดท้ายของปีนี้ ยังคงเนื้อหาสาระทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์อย่างเข้มข้น จากสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ที่ส่งผลกระทบต่อตลอดทั้งปี จนเราทุกคนต้องมีการปรับวิถีชีวิตใหม่ และมีพลังสุขภาพจิตเพื่อผ่านพ้นวิกฤตครั้งนี้ไปได้

ในฉบับนี้มีบทความพิเศษ เรื่อง การดำเนินงานสุขภาพจิตภายใต้วิกฤตโควิด 19 ของประเทศไทย โดย ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ เพื่อประมวลสรุปกิจกรรมหลักที่ขับเคลื่อนงานการสร้างเสริมสุขภาพจิต และการเฝ้าระวังดูแลจิตใจเชิงรุกในประชากรกลุ่มหลากหลายตามบริบทของประเทศไทย ในขณะเดียวกันจากการที่ประเทศไทยมีการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ในปี 2562 บทความพิเศษที่สำคัญเรื่อง แคนนาบิสกับโรคจิตเวช : ปัจจัยเสี่ยงและประโยชน์ทางการแพทย์ โดย รัศมน กัลยาศิริ และ สกกล ศรีสกุลอม ได้แสดงผลการทบทวนความสัมพันธ์ของกัญชากับการเกิดโรคจิตเวช รวมถึงโอกาสในการนำไปใช้เพื่อการศึกษาโรคจิตเวช ทั้งนี้เป็นข้อมูลสำคัญในการนำไปศึกษาต่อยอดต่อไป

ส่วนนิพนธ์ต้นฉบับ 6 เรื่อง มีประเด็นที่เกี่ยวกับการดำเนินงานในโรงพยาบาล ได้แก่ เรื่อง ประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้ยาเมทฟอร์มินเสริมในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางเมตาบอลิกจากการใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ โดย พงศ์ลดา ชื่นชูจิตร ซึ่งเป็นองค์ความรู้ที่สำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องใช้ยารักษาโรคจิตเป็นเวลานาน รวมถึงนิพนธ์ต้นฉบับ เรื่อง การพัฒนาแบบประเมินสภาพช่องปากผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้า โดย สุวรรณ ตุ่มทอง และ นาริรัตน์ ทองยงค์ ทั้งนี้เพื่อลดอันตรายในช่องปากจากการรักษาด้วยไฟฟ้า และ เรื่อง การพยากรณ์สถานการณ์การพบผู้ป่วยทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่มารับบริการที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดย เบญจมาศ พลธมรา และ วิภาพร สิทธิจันทร์ ที่มีประโยชน์ในการทำนายแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่จะมาเข้ารับบริการในอนาคต ทำให้สามารถวางแผนการจัดบริการที่เหมาะสมต่อไป อย่างไรก็ตาม ภาระงานที่ค่อนข้างหนักของแพทย์ ส่งผลให้แพทย์เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน แสดงจากนิพนธ์ต้นฉบับ เรื่อง สุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา โดย นครินทร์ ชุนงาม ซึ่งสะท้อนถึงภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์และปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจเกี่ยวข้อง ถือเป็นหนึ่งข้อมูลสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของประเทศให้มีประสิทธิภาพ

นิพนธ์ต้นฉบับอีก 2 เรื่องเป็นกลุ่มเป้าหมายกลุ่มวัยเรียน เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิต ร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการเสพยาเสพติดของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย จังหวัดชัยภูมิ โดย จุลจิรา จันทะมุงคุณ และคณะ และกลุ่มวัยสูงอายุ เรื่อง การพัฒนาชุดกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน โดย อัมเรศ เนตาสีทธิ และ เศรษฐวิชัย ชโนวรรณ

ดิฉันและกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่เชื่อมั่นและไว้วางใจส่งบทความเข้ามายังวารสาร ทั้งนี้ขอเชิญชวนทุกท่านอ่านบทความทางวารสารออนไลน์ www.tci-thaijo.org/index.php/jmht และยังสามารถส่งบทความเพื่อเข้ารับการพิจารณาเผยแพร่ทางเว็บไซต์ดังกล่าวด้วย

พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์
บรรณาธิการ

บทความพิเศษ

การดำเนินงานสุขภาพจิตภายใต้วิกฤตโควิด 19 ของประเทศไทย

วันรับ : 2 พฤษภาคม 2563

วันแก้ไข : 3 กันยายน 2563

วันตอบรับ : 4 ธันวาคม 2563

ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, พ.บ.

กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วิกฤตการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคลทุกระดับทั้งต่อประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง ผู้สงสัยว่าอาจติดเชื้อ ผู้ป่วย และญาติ ตลอดจนบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ทั้งในระหว่างและภายหลังวิกฤต จึงเป็นเรื่องท้าทายของงานสุขภาพจิตที่จะเข้ามามีส่วนสำคัญในการจัดการกับภาวะวิกฤตนี้

บทความนี้ได้ประมวลบทบาทขององค์กรสุขภาพจิตทั้งในระดับสากล ในระดับประเทศ และเน้นในบทบาทของกรมสุขภาพจิตที่วางแผนและผลักดันระบบการดูแลสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตนี้ในระดับชุมชน/องค์กร ครอบครัว และบุคคล ทั้งการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับประชาชน การเฝ้าระวังและดูแลจิตใจในกลุ่มเสี่ยง ผู้สงสัยติดเชื้อ และผู้ป่วย โดยเฉพาะการจัดการด้านสุขภาพจิตในสถานกักกันของรัฐและชุมชน รวมทั้งบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) การดูแลสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุข และที่สำคัญคือการดูแลสุขภาพจิตจนเข้าสู่ความปกติใหม่

การนำองค์ความรู้และการดำเนินงานสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตอย่างเป็นระบบโดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ เป็นส่วนสำคัญในความสำเร็จทั้งการควบคุมการระบาดและการแก้ไขผลกระทบทางจิตใจตามบริบทของประเทศ

คำสำคัญ : โควิด 19 ประเทศไทย สุขภาพจิต

ติดต่อผู้พิมพ์ : ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์; e-mail: yongyud1@gmail.com

Special article

Mental health and the COVID-19 crisis in Thailand

Received : 2 May 2020

Revised : 3 September 2020

Accepted : 4 December 2020

Yongyud Wongpiromsarn, M.D.

Department of Mental Health

Abstract

The coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic has produced a wide-ranging effect on mental health for people at all levels, from the general public to at-risk groups, people-under-investigations (PUI) to COVID patients, their relatives and also the health personnel both in the critical and later stages. Hence, this is a challenge for mental health in being an essential part of managing the crisis.

This article summarized the role of mental health organizations, both internationally and nationally, with the emphasis on the role of the Department of Mental Health (DMH) in planning and driving the mental health care system in this crisis. This role includes strengthening the resilience of the public in community/organizations, family and individual level, caring and monitoring for the mental health problems of the PUIs and the patients, especially at the state and local quarantine facilities. This article also underscores the role of community health volunteers. Moreover, it also looked at the mental health care of health professionals working during the crisis and finally, the preparation for the transition to the new normalcy.

All of this will enable the systematic implementation of mental health management during the crisis with the participation of various sectors that are integral in the successful outbreak control and mental health crisis response in Thai context.

Keywords: COVID-19, mental health, Thailand

Corresponding author: Yongyud Wongpiromsarn; e-mail: yongyud1@gmail.com

บทนำ

วิกฤตจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้ส่งผลกระทบต่อคนทั้งโลกทั้งในด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และการเมืองอย่างไม่เคยมีมาก่อน นอกจากเพราะการระบาดได้ง่ายและรุนแรงแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่พิเศษของยุคปัจจุบันก็คือ ทุกคนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างทันทีผ่านสื่อออนไลน์ ทำให้เกิดทั้งความรู้ ขณะเดียวกันก็เกิดความหวาดหวั่น กังวล ว้าวุ่นใจได้อย่างรวดเร็วและกว้างขวาง ประกอบกับมาตรการสำคัญที่ให้เว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) และอยู่แต่ในบ้าน ทำให้เกิดความปั่นป่วนทางสังคมและเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น เมื่อร่วมกับระยะเวลาการจัดการจนพ้นวิกฤตแล้วค่อย ๆ กลับมาดำเนินชีวิตตามปกติที่ดูจะยืดยาวออกไป จนกว่าจะมีวัคซีนที่สามารถนำมาใช้ได้กับคนทั้งประเทศ ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ภาวะสุขภาพจิตของประชาชนกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย (หมายถึงผู้ป่วยโรคโควิดหรือผู้ป่วยจิตเวชเดิม หรือจะใช้คำว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง) ที่ได้รับผลโดยตรงต้องตกอยู่ในความเครียด ความหวาดหวั่นและสะสมจนกลายเป็นภาวะของความท้อแท้ใจ ซึ่งในที่สุดอาจนำมาสู่ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายได้ ทั้งนี้ยังรวมไปถึงความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีภาระงานและความเสี่ยงเพิ่มเป็นเท่าทวีในฐานะเป็นบุคลากรด่านหน้าของการเผชิญกับโรคโควิด 19

ปัญหาเหล่านี้ล้วนเป็นความท้าทายให้ผู้ทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ทั้งจากองค์กรและสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้เข้ามามีส่วนร่วมจัดการกับภาวะวิกฤตินี้ที่เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง รุนแรง และยาวนาน ว่าจะมีทางออกสำหรับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งประชาชนและบุคลากรทางสาธารณสุขที่ได้รับผลกระทบอย่างไร ตลอดจนการสร้างความหวังที่จะฝ่าข้ามวิกฤตนี้ออกไปด้วยกัน

บทบาทขององค์กรสุขภาพจิต

ในระดับสากล องค์การอนามัยโลก¹ ได้นำเสนอแนวทางด้านสุขภาพจิตกับวิกฤตโควิด 19 มาเป็นลำดับ โดยภาพรวมคือให้ความสำคัญกับบุคลากรทางการแพทย์ที่จะต้องได้รับการดูแลอย่างดี ทั้งด้านความปลอดภัย ภาระงานและ

สุขภาพจิต และการดูแลประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะ ผู้สูงอายุ เด็ก ตลอดจนผู้ด้อยโอกาส เช่น ผู้พิการ คนยากจน และชนกลุ่มน้อย สำหรับประชาชนทั่วไปเน้นเรื่องการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของความเครียดและการพยายามรักษาวิถีชีวิตที่ปกติ แม้ต้องมีการเว้นระยะห่างทางกายภาพ แต่ทางด้านจิตใจก็ยังคงรักษาความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นในครอบครัวและชุมชน ผ่านการสื่อสารรูปแบบต่าง ๆ ที่ไม่จำเป็นต้องใกล้ชิดทางกายภาพ

IASC (Inter-Agency Standing Committee)³ ได้ให้คำแนะนำในมุมมองด้านสุขภาพจิตและจิตสังคมต่อการระบาดของโควิด 19 ที่มีรายละเอียดตามกลุ่มเป้าหมายอย่างครอบคลุม ทั้งประชาชนทั่วไปที่นอกจากจะเน้นการป้องกันตนเอง การรับข้อมูลข่าวสารที่น่าเชื่อถือ เน้นการลดตราบาปผู้ป่วย และเห็นใจผู้ได้รับผลกระทบ ในกลุ่มเด็กเสนอให้ผู้ปกครองช่วยให้เด็กได้รับความปลอดภัย มีชีวิตประจำวันที่เป็นปกติ แสดงและสื่อสารความรู้สึกตนเอง สำหรับผู้สูงอายุเน้นให้ข้อเท็จจริงที่เข้าใจง่าย เตรียมการขอรับความช่วยเหลือทั้งด้านการดำเนินชีวิตและการแพทย์ และสร้างการติดต่อสื่อสารกับคนใกล้ชิดอย่างสม่ำเสมอผ่านช่องทางที่เป็นไปได้ทั้งทางโทรศัพท์และสื่อสังคมต่าง ๆ ในผู้ที่ถูกกักกันโรคมีข้อเสนอแนะให้รักษากิจวัตรประจำวัน ทั้งการเว้นระยะห่างทางกายภาพแต่ยังคงรักษากิจวัตรทางสังคมผ่านโทรศัพท์และสื่อสังคม ดูแลสุขภาพและมองโลกในแง่ดี สุดท้ายคือกลุ่มบุคลากรสุขภาพจะต้องมีการจัดการกับความเครียด รักษาสุขภาพของจิตใจ ติดต่อสื่อสารกับคนใกล้ชิด และหลีกเลี่ยงการเบี่ยงเบนความเครียดที่ไม่เหมาะสม เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ให้ดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งการออกกำลังกาย รับประทานอาหารและพักผ่อนที่เพียงพอ IASC ยังแนะนำให้บุคลากรสุขภาพพยายามสื่อสารสร้างความเข้าใจกับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้พิการทางจิตใจและสติปัญญาด้วย

ในประเทศไทยหน่วยงานทางวิชาชีพ เช่น สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยได้จัดเสวนาออนไลน์ เพื่อให้ความรู้กับจิตแพทย์ และจัดบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนราชวิทยาลัยจิตแพทย์

แห่งประเทศไทย² ได้ออกบทความเพื่อให้ความรู้กับประชาชน ให้คำแนะนำในการดูแลจิตใจในช่วงการระบาดของโรค โดยเน้นเรื่องการใช้เวลาและการรับส่งข้อมูล การใช้ชีวิตที่สมดุล การตระหนักและยอมรับถึงความเครียดและอารมณ์ทางลบต่าง ๆ และหาทางออกอย่างเหมาะสม การแสดงความคิดเห็นเห็นใจผู้ป่วย รวมทั้งการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

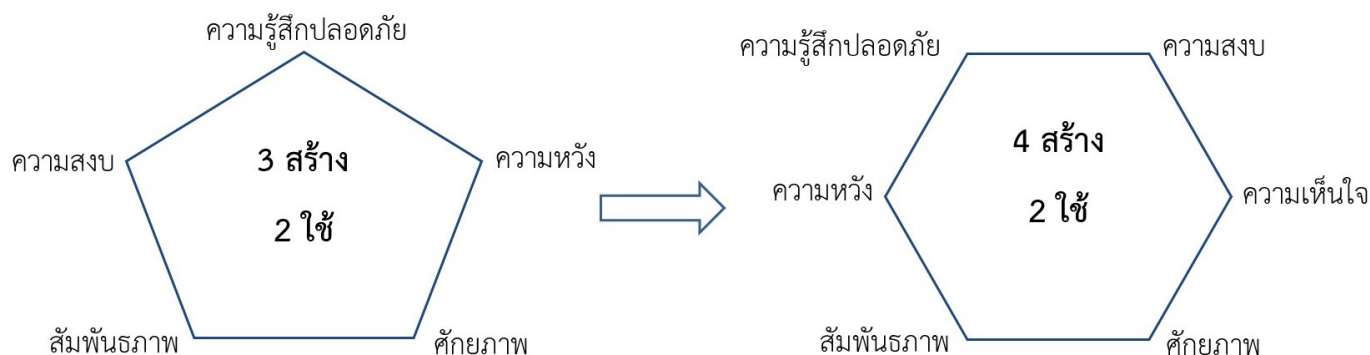
สำหรับกรมสุขภาพจิตซึ่งเป็นองค์กรหลักในการดูแลด้านสุขภาพจิตของประเทศไทย ได้ปรับเปลี่ยนการทำงานขององค์กร ให้สามารถรับมือกับวิกฤตได้ดีขึ้น มีการจัดตั้งคณะกรรมการขึ้นมาดูแลทั้งทางการแพทย์และการสื่อสาร มีการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพจิตของกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ด้วยสื่อที่หลากหลาย และมีการแปลและนำเสนอองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตเพื่อจัดการกับวิกฤตโควิดทั้งจากองค์การอนามัยโลกจาก IASC รวมทั้งบทความต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องนำเสนอในฐานเว็บไซต์ของกรมสุขภาพจิตให้สืบค้นเข้าถึงได้ง่าย และนำมาพัฒนาการทำงานทั้งของกรมและภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามหลักฐานวิชาการ โดยมุมมองการทำงานของกรมสุขภาพจิตในด้านสุขภาพจิตภายใต้ภาวะวิกฤตโควิด 19 นี้ ไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะประชาชนในระดับบุคคลหรือการจัดบริการในสถานพยาบาลเท่านั้น แต่รวมถึงการขับเคลื่อนผ่านกลไกจากทุกหน่วยทางสังคม ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตไปด้วยกัน ในขณะที่เผชิญกับวิกฤตโควิด 19 ครั้งนี้

การขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตภายใต้ภาวะวิกฤตโควิด 19 โดยกรมสุขภาพจิต

การใช้หลัก 5 ประการ ในการสนับสนุนบทบาทขององค์กร และชุมชนในการเผชิญภาวะวิกฤต

หลักสำคัญที่ผู้เชี่ยวชาญด้านวิกฤตได้รวบรวมงานวิจัยและประสบการณ์ในภาคสนามออกมาเป็นหลัก 5 ประการในการเผชิญกับช่วงระยะแรก และระยะกลางของวิกฤต โดยอาจสรุปเป็นหลักให้จดจำได้ง่ายว่า 3 สร้าง (ความรู้สึกปลอดภัย ความสงบไม่ว้าวุ่น และความหวัง) 2 ใช้ (สัมพันธ์ภาพและศักยภาพร่วมกัน)⁴ ดังภาพที่ 1

แนวทางนี้ให้ความสำคัญกับภาคนโยบายในการดำเนินการที่ต้องวางอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ เพราะความเชื่อเดิม ๆ จะไปมุ่งเน้นการช่วยเหลือรายบุคคลที่มักไม่มีประสิทธิภาพในยามวิกฤต และยังส่งผลทางลบในระยะยาว บทเรียนนี้กรมสุขภาพจิตได้เคยนำมาใช้ในการเผชิญกับภาวะวิกฤตน้ำท่วมครั้งใหญ่ในปี 2554 อย่างได้ผล โดยเสนอให้เปลี่ยนความคิดในการดำเนินการที่มองประชาชนเป็นเหยื่อ (ของวิกฤต) ให้เป็นผู้ร่วมกอบกู้วิกฤตและเปลี่ยนบทบาทจากตั้งรับสถานการณ์ คอยปฏิบัติตามคำสั่งและรอรับความช่วยเหลือ มาเป็นแบบมีส่วนร่วมที่จะทำอะไรให้กับชุมชนหรือองค์กรที่ตนสังกัด ซึ่งเมื่อนำมาใช้ในวิกฤตโควิด 19 ได้มีการเปลี่ยนใหม่ให้เป็น 4 สร้าง 2 ใช้⁵ โดยเพิ่มสร้างความเห็นใจไม่รังเกียจกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยซึ่งอาจสรุปได้ ดังตารางที่ 1



ภาพที่ 1 หลักสำคัญในการเผชิญภาวะวิกฤต

ตารางที่ 1 หลัก 4 สร้าง 2 ใช้ และบทบาทของบุคคล ครอบครัว ชุมชน/องค์กร

หลัก 4 สร้าง 2 ใช้	บทบาทของบุคคล ครอบครัว ชุมชน/องค์กร
สร้าง 1 : สร้างความปลอดภัย Promote SAFETY	การให้สมาชิกทำตามกฎแห่งความปลอดภัย - เว้นระยะห่างทางสังคม - หมั่นล้างมือด้วยสบู่/แอลกอฮอล์ - สวมหน้ากากผ้าเมื่อไปในที่ชุมชน
สร้าง 2 : สร้างความสงบ Promote CALM	- ทำความสะอาดพื้นผิวที่สัมผัสสัมผัส (โต๊ะ เก้าอี้ ที่หยิบจับ) - การรับส่งข่าวสารที่เชื่อถือได้และใช้เวลากับสื่ออย่างเหมาะสม - ส่งเสริมการฝึกจิตให้มีความสุข (สมาธิ สติ ให้จิตสงบ มั่นคง สมดุล)
สร้าง 3 : สร้างความคาดหวัง Instill HOPE	- ยืนยันว่าเราป้องกันได้ - อุปสรรคต่าง ๆ เราสามารถแก้ไขได้
สร้าง 4 : สร้างความเห็นใจ DESTIGMATIZATION	- ไม่รังเกียจผู้ป่วยรวมทั้งกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางมาจากพื้นที่ระบาดสูง ทั้งในและต่างประเทศ ด้วยการแสดงความเห็นใจ ยอมรับและดูแลในฐานะเพื่อนมนุษย์ตามหลักความปลอดภัย
ใช้ 1 : ใช้ศักยภาพให้เต็มที่ Promote EFFECTIVENESS	- จัดระบบความปลอดภัย (การคัดกรองก่อนเข้างาน จัดวางระยะห่าง) - ดูแลการทำงาน/รายได้ - สวัสดิการ (เช่น อาหารกลางวัน สบู่ หน้ากากผ้า) - จิตอาสา (เช่น ผลิตหน้ากากผ้า ทำอาหาร)
ใช้ 2 : ใช้สายสัมพันธ์สร้างความเข้มแข็ง Promote social CONNECTEDNESS	- ให้กำลังใจผู้ที่อ่อนแอ - ใส่ใจ/ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

หลัก 4 สร้าง 2 ใช้ เป็นการสร้างความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในยุทธศาสตร์การจัดการกับวิกฤตโควิด 19 ที่ไม่เน้นแต่เพียงหลักปฏิบัติให้กับบุคคลเท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญกับบทบาทของหน่วยทางสังคมคือ ชุมชนซึ่งรวมทั้งองค์กรด้วย เพื่อให้องค์กรและชุมชนเข้ามามีบทบาทในการสร้างความรู้สึกปลอดภัย ความสงบ ความหวังและความเห็นใจไม่ตีตราผู้ป่วย รวมไปถึงเปลี่ยนบทบาทของประชาชนจากการเป็นเหยื่อของโรคระบาดมาเป็นร่วมกอบกู้วิกฤตไปด้วยกัน โดยสามารถมีบทบาทต่าง ๆ เพื่อทำสิ่งดี ๆ ให้เกิดขึ้นในสังคม

กรมสุขภาพจิตจึงได้มีการสื่อสารหลัก 4 สร้าง 2 ใช้ ออกไปอย่างกว้างขวางทั้งในรูปแบบ infographic ให้ความรู้และคลิปวิดีโอสร้างแรงบันดาลใจจากองค์กรและชุมชนต่าง ๆ ทั้งในเขตเมืองและชนบท

ที่สำคัญคือ หลัก 4 สร้าง 2 ใช้ นี้ยังมีความสำคัญหลังจากผ่านช่วงวิกฤตในระยะแรกไปแล้ว จำนวนผู้ป่วยเริ่มลดลง

ต่อเนื่อง แม้จะยังไม่มีวัคซีนแต่เริ่มมีการกลับไปใช้ชีวิตในภาวะปกติแบบใหม่อย่างเป็นขั้นเป็นตอน เช่น ผู้คนเริ่มกลับมาเดินทางและทำงาน แต่ยังรักษามาตรการในการป้องกันตนเอง กิจกรรมส่วนใหญ่เริ่มกลับมาดำเนินการ ยกเว้นกิจการที่มีความเสี่ยงสูงเนื่องจากนำคนจำนวนมากมารวมกัน ในช่วงนี้เองที่หน่วยทางสังคมคือ ชุมชนและองค์กรจะต้องใช้ศักยภาพและสัมพันธ์ภาพขององค์กรอย่างเต็มที่โดยเฉพาะในการสร้างความปลอดภัยและความหวัง

การสร้างความเข้มแข็งให้กับประชาชนทั่วไปและประชากรที่ได้รับผลกระทบ

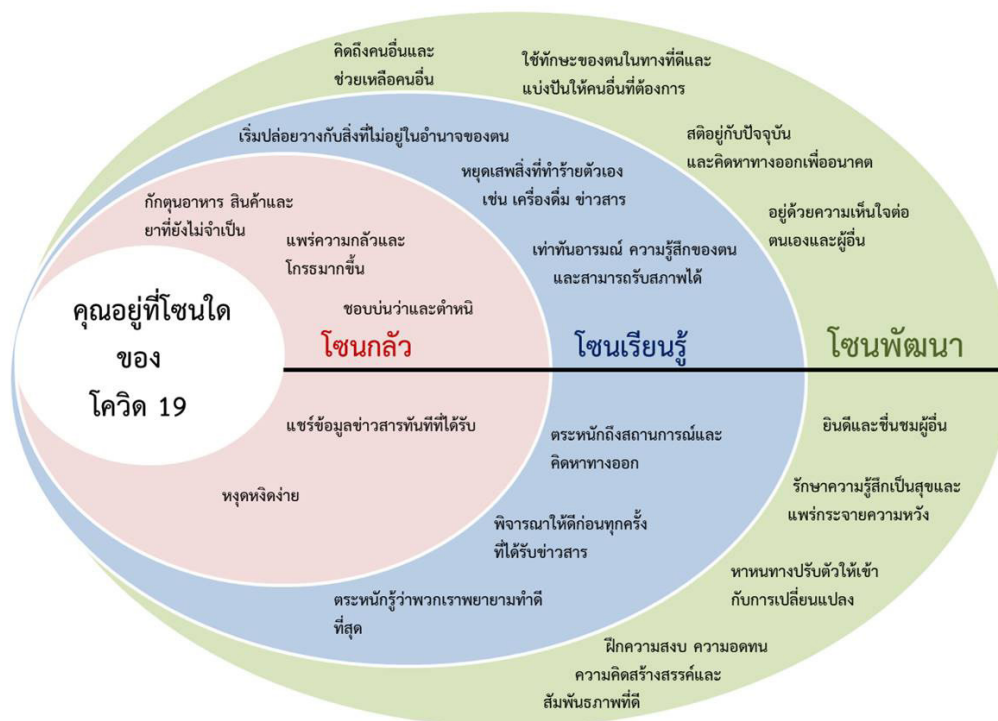
การสร้างปัจจัยทางบวกให้กับประชาชนกลุ่มต่าง ๆ รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นด่านแรกในการจัดการกับโควิด 19 เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง กรมสุขภาพจิตเคยมีบทเรียนสำคัญในการสร้างความเข้มแข็งทางใจในวิกฤตต่าง ๆ ด้วยหลักสามประการ คือ “อิด ฮีต ลู” หรือ “I am, I have, I can”

ในวิกฤตโควิด 19 ประชาชนมักจะได้ยิน คำว่า “มีสติ” อยู่เสมอ ในการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัย การรับส่งข้อมูลข่าวสารและการจัดการกับอารมณ์ แต่ปัญหาสำคัญคือ จะทำได้อย่างไร เพราะสติไม่ใช่เป็นเพียงความคิดที่สั่งตนเองให้มีสติแล้วจะมีได้ทันที แต่ในเชิงจิตวิทยานั้น สติเป็นสภาวะจิตขั้นสูงกว่าจิตพื้นฐานและฝึกฝนได้ ส่วนจิตพื้นฐานเป็นจิตที่พัวพันคือหลับกับจิตที่ทำงานคือตื่น ที่มีกระบวนการคิดกลายเป็นอารมณ์และความเครียดอย่างที่เราเผชิญในวิกฤตโควิด 19 แต่จิตขั้นสูงกว่า (จิตที่พัวพันคือสมาธิ จิตที่ทำงานคือสติ) จะมีคุณภาพที่ดีกว่าของความสงบ มั่นคง สมดุล ทำให้บุคคลที่มีสภาวะจิตขั้นสูงดังกล่าวจะเผชิญกับภาวะวิกฤตได้ดีกว่า และเมื่อนั้นจะสามารถทำประโยชน์ให้กับผู้อื่นในชุมชนและองค์กรของตนได้

ในคู่มือการป้องกันและรักษาโรคโควิด 19⁶ ซึ่งเป็นเอกสารทางวิชาการฉบับแรกที่น่าประสพการณ์จากแพทย์รุ่นแรกทีจีนที่เผชิญกับวิกฤตในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19 โดยในส่วนของ การดูแลด้านสังคมจิตใจเน้นบทบาทของสติว่าเป็นการช่วยเหลือที่สำคัญกับสภาวะความวุ่นที่เกิดขึ้น เช่นเดียวกับวารสาร Psychology Today ได้

ออกบทความที่กล่าวถึงบทบาทของสติในท่ามกลางความไม่แน่นอน⁷

การมีสติยังเป็นส่วนสำคัญของการเปลี่ยนแปลงตนเองออกจากโซนความกลัวไปสู่โซนการเรียนรู้และก้าวไปสู่โซนพัฒนา หากอยู่ในโซนความกลัวที่มากเกินไปจะทำให้หงุดหงิดง่าย ชอบบ่นว่า ตำหนิสื่อต่าง ๆ เผยแพร่ส่งต่อข้อมูลโดยไม่ได้ตรวจสอบ ขยายความกลัวและความโกรธของตนออกไป รวมทั้งมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น กักตุนสินค้าหรือแสดงความรังเกียจผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงที่กลับมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดสูง ส่วนความกลัวที่ไม่มากเกินไปจะนำไปสู่โซนการเรียนรู้ ทำให้เกิดการรับส่งข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสมเข้าใจสถานการณ์และทางออกที่เป็นไปได้ รู้เท่าทันและยอมรับอารมณ์ตนเอง โดยไม่หันไปโทษหรือรังเกียจผู้อื่น ซึ่งจะนำไปสู่โซนพัฒนาที่เน้นการมีสติอยู่กับปัจจุบัน เพื่อจะช่วยคิดหาทางออกในอนาคต มีความสงบ ความอดทน ใช้ความคิดสร้างสรรค์ และรักษาสัมพันธภาพที่ดี ใช้ทักษะทีมในการปรับตัวและช่วยเหลือผู้อื่น ยินดีชื่นชมกับผู้ที่ปรับตัวได้ เห็นใจและช่วยเหลือผู้ที่ยากลำบากเพราะสามารถรักษาสติและความรู้สึกเป็นสุขของตนเองไว้ได้ แสดงดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 คุณอยู่ที่โซนใดของโควิด 19 (แปลจาก Who do I want to be during COVID-19?)⁸

กรมสุขภาพจิตได้นำเสนอโปรแกรมการดูแลจิตใจในวิกฤตโควิด 19⁹ ด้วยการฝึกสมาธิและสติในแนวสุขภาพจิตโดยไม่อิงศาสนาแต่อธิบายด้วยจิตวิทยาและวิทยาศาสตร์ ทั้งนี้เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์จึงจัดทำเป็นการเรียนรู้แบบออนไลน์ที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยและบุคลากร สามารถฝึกได้เองวันละ 20-30 นาทีเป็นเวลา 7 วัน จะเกิดทักษะและนำมาใช้เป็นวิถีชีวิตได้ในวันที่ 8 และวันต่อ ๆ ไป ทั้งการฝึกสมาธิ ฝึกสติในการทำกิจต่าง ๆ ฝึกสติให้จิตใจได้ปล่อยวาง ความคิด และความรู้สึกลบ สติสื่อสาร สติเมตตาและให้อภัย รวมไปถึงการดำเนินชีวิตอย่างมีสติทั้งในการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและการใช้ชีวิตให้มีระยะห่าง ทั้งนี้ได้จัดทำหลักสูตรออนไลน์ทั้งในระบบเสียงและระบบภาพเพื่อให้ผู้ใช้เลือกเรียนได้ตามความเหมาะสม โดยมีวัตถุประสงค์ของการฝึกแต่ละวัน ดังนี้

วันที่ 1 ฝึกสมาธิ ช่วยลดความวุ่นวายจากโรคโควิด 19

วันที่ 2 ฝึกสติพื้นฐาน ช่วยให้ออกกำลังกายโดยไม่รับและแพร่เชื้อโควิด 19

วันที่ 3 สติในการกิน ช่วยให้อาหารสุขภาพได้ดีและปลอดภัยจากโรค

วันที่ 4 สติควบคุมอารมณ์ ช่วยจัดการกับอารมณ์ลบที่เกิดขึ้น

วันที่ 5 สติใคร่ครวญ ช่วยให้ทราบว่าได้เรียนรู้อะไรจากวิกฤต เปลี่ยนความคิดลบเป็นความคิดบวก

วันที่ 6 สติสื่อสาร ช่วยให้สื่อใจถึงใจกับคนใกล้ชิด

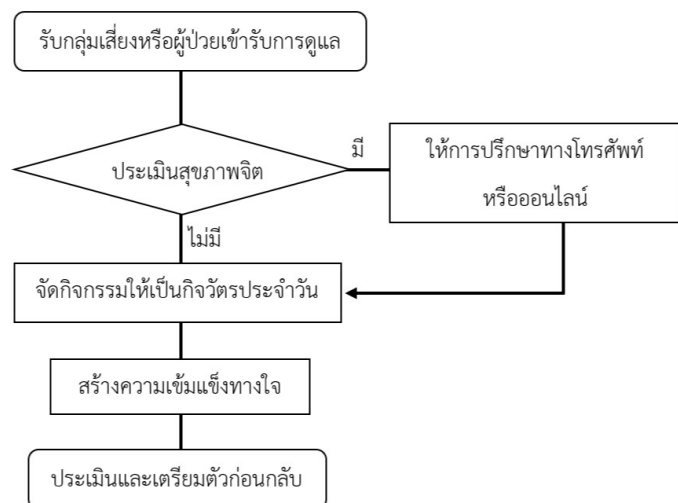
วันที่ 7 สติเมตตาให้อภัย ช่วยให้ออกกำลังกาย แม้อยู่ในยามวิกฤต

วันที่ 8 สติเป็นวิถี สร้างความเข้มแข็งในจิตใจเรา และเป็นพลังใจให้ผู้อื่น

การดูแลทางสังคมจิตใจให้กับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโควิด 19

เพื่อให้ประชาชนที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากโรคโควิด 19 โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่ต้องอยู่ในการกักกันซึ่งดูแลโดยภาครัฐ (state quarantine) หรือการกักกันตนเองที่บ้าน (home quarantine) และผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 ทั้งของโรงพยาบาลและโรงแรม ได้รับการดูแลด้านสังคมจิตใจให้เป็นองค์รวมควบคู่ไปกับสุขภาพกาย กรมสุขภาพจิตจึงได้ออกแนวทางและคู่มือการปฏิบัติงาน

ที่ช่วยเหลือนเยียวยาทางจิตใจทุกระดับ¹⁰ ให้กับกลุ่มดังกล่าว โดยให้ความสำคัญกับหลัก 4 ประการ ดังนี้ 1) ใช้ชีวิตเหมือนปกติโดยมีตารางเวลาช่วย 2) เรียนรู้ทำความเข้าใจโรคที่เกิดขึ้น 3) พัฒนาสร้างความเข้มแข็งทางใจ 4) ประเมินดูแล ติดตามภาวะสุขภาพจิต โดยนำมาจัดเป็นระบบการดูแลดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แผนภูมิแสดงระบบการดูแลทางด้านสังคมจิตใจในกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโควิด 19

ในการประเมินสุขภาพจิต ได้ใช้ประโยชน์จากเครื่องมือที่มีอยู่แล้ว และให้ผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ใช่บุคลากรสุขภาพจิตสามารถนำไปใช้ร่วมกับกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยได้ง่าย คือแบบประเมินความเครียดด้วย ST5¹¹ และการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 2Q¹² (ถ้าตอบใช่จะนำไปสู่การประเมินภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายด้วย 9Q และ 8Q ต่อไป) เพื่อจะได้ดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้ใกล้ชิดมากขึ้น

สิ่งสำคัญของการมีสุขภาพจิตที่ดีในระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลหรือระยะกักกัน คือการมีกิจวัตรประจำวันเพื่อไม่ให้หมดเวลาไปกับการติดตามข่าวสารผ่านสื่อสังคมที่มักทำให้เกิดพฤติกรรมเนือยนิ่งและอารมณ์ทางลบ กรมสุขภาพจิตได้จัดให้โรงพยาบาลจิตเวชเป็นหน่วยงานตัวอย่างในการจัดกิจกรรมตลอดวันโดยไม่ปล่อยให้กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยว่างเกินไปโดยมีตัวอย่างกิจกรรมประจำวัน ดังนี้

เวลา 06.00 - 07.00 น.	ตื่นนอน ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล
เวลา 07.00 - 08.00 น.	ออกกำลังกาย
เวลา 08.00 - 09.00 น.	รับประทานอาหารเช้า
เวลา 09.00 - 10.00 น.	กิจกรรมการเรียนรู้
เวลา 10.00 - 11.00 น.	กิจกรรมช่วยพ่อแม่
เวลา 11.00 - 12.00 น.	ทำกิจกรรมที่สนใจ
เวลา 12.00 - 13.00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน
เวลา 13.00 - 14.00 น.	กิจกรรมการเรียนรู้
เวลา 14.00 - 15.00 น.	ทำกิจกรรมที่สนใจ
เวลา 15.00 - 16.00 น.	กิจกรรมช่วยพ่อแม่
เวลา 16.00 - 18.00 น.	ดูโทรทัศน์ ทำกิจกรรมสันทนาการ
เวลา 18.00 - 19.00 น.	รับประทานอาหารเช้า
เวลา 19.00 - 21.00 น.	กิจกรรมครอบครัว
เวลา 21.00 น.	เข้านอน

แนวทางดังกล่าวกรมสุขภาพจิตได้มอบหมายให้ทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team; MCATT) ที่มีอยู่ครอบคลุมทั่วประเทศ นำไปใช้ในการเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงต่ำที่ทางรัฐให้กำกับตนเองที่บ้าน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขและท้องถิ่นไปเยี่ยมเยียน โดยเพิ่มเติมการนำหลักการสัมภาษณ์แบบสร้างแรงจูงใจ (motivation interviewing) เข้าไปด้วยเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่บ้านให้ครบ 14 วันตามที่ทางภาครัฐกำหนด

การดูแลสุขภาพจิตของบุคลากรสุขภาพ

บุคลากรสุขภาพเป็นด่านแรกในการจัดการกับโควิด 19 และจากภาระงานที่หนัก รวมทั้งมีความเสี่ยงสูงมากจนทำให้บุคลากรมีความเครียดหรือเกิดภาวะหมดไฟ (burnout) ในการทำงาน และอาจตามมาด้วยปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง กรมสุขภาพจิตจึงได้ออกคู่มือและแนวทางการดูแลด้านสังคมจิตใจในบุคลากรสาธารณสุข^{10,13} โดยครอบคลุมทั้งแนวทางสำหรับผู้บริการ บุคลากรทั่วไปและบุคลากรที่ถูกกักตัวหรือป่วย รวมทั้งกรณีที่เกิดการสูญเสียสำหรับผู้บริการ กรมสุขภาพจิตได้นำหลัก 4 สร้าง 2 ใช้ ที่กล่าวข้างต้นมาปรับให้เหมาะสมกับองค์กรแบบโรงพยาบาล โดยองค์กรจะต้องมี

กลไกต่าง ๆ เพื่อดูแลบุคลากรทุกระดับโดยเฉพาะ มาตรการตามหลัก 4 สร้าง 2 ใช้ ดังตารางที่ 2

คำแนะนำในการดูแลจิตใจของบุคลากรซึ่งมักจะมี ความเครียดจากภาระงานและความเสี่ยง โดยใช้หลักของการจัดการความเครียด คือ

1. ตระหนักในตนเอง โดยสังเกตและยอมรับ ความเครียดที่เกิดขึ้นว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่จะเกิดขึ้นและคนส่วนใหญ่จะปรับตัวได้ รวมทั้งมีแบบประเมิน (ST5¹¹ และ 2Q¹² สำหรับประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้า)

2. มีวิธีการลดความเครียดตามที่เหมาะสมกับตนเอง โดยจัดทำเป็นโปรแกรมออนไลน์ ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดในแนวลบ การฝึกหายใจคลายเครียดและฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อควบคู่ไปกับการฝึกสมาธิในแนวจิตวิทยา รวมทั้งหลีกเลี่ยงวิธีการที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ

3. การป้องกันความเครียด โดยเน้นการจัดการเวลา การสื่อสารกับคนใกล้ชิดและการพูดให้กำลังใจตนเองควบคู่ไปกับการฝึกสติในแนวจิตวิทยา

ในกรณีที่มีการสูญเสียชีวิตผู้ป่วยหรือบุคลากร ผู้ที่ใกล้ชิดย่อมได้รับผลกระทบทางจิตใจไม่มากนักน้อย กรมสุขภาพจิตได้นำหลัก postvention มาใช้โดยแนะนำให้บุคลากรที่ใกล้ชิด ไม่โทษตนเอง ยอมรับสถานการณ์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และรักษาความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติภารกิจต่อไปอย่างมีความหวัง แต่ถ้าหากมีความเครียดหรือความท้อแท้มากแม้ผ่าน 2 สัปดาห์ไปแล้ว แนะนำให้ไปปรึกษากับบุคลากรสุขภาพจิตในช่องทางของโรงพยาบาล และ กรมสุขภาพจิตได้เพิ่มช่องทางพิเศษเป็นการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สำหรับบุคลากรสุขภาพ

การดูแลสุขภาพจิตในระยะเตรียมก่อนเข้าสู่ภาวะปกติ

ตั้งแต่กลางเดือนเมษายน 2563 สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ได้ดีขึ้นตามลำดับ ทำให้รัฐเริ่มเปลี่ยนจากช่วงควบคุมมาเป็นช่วงผ่อนคลายแต่ก็ทำอย่างเป็นขั้นตอน กรมสุขภาพจิตและเครือข่ายได้ตระหนักถึงความสำคัญของงานสุขภาพจิตในช่วงฟื้นฟูดังกล่าว เนื่องจากประชาชนที่ได้รับผลกระทบมีจำนวนมากจากการสูญเสีย

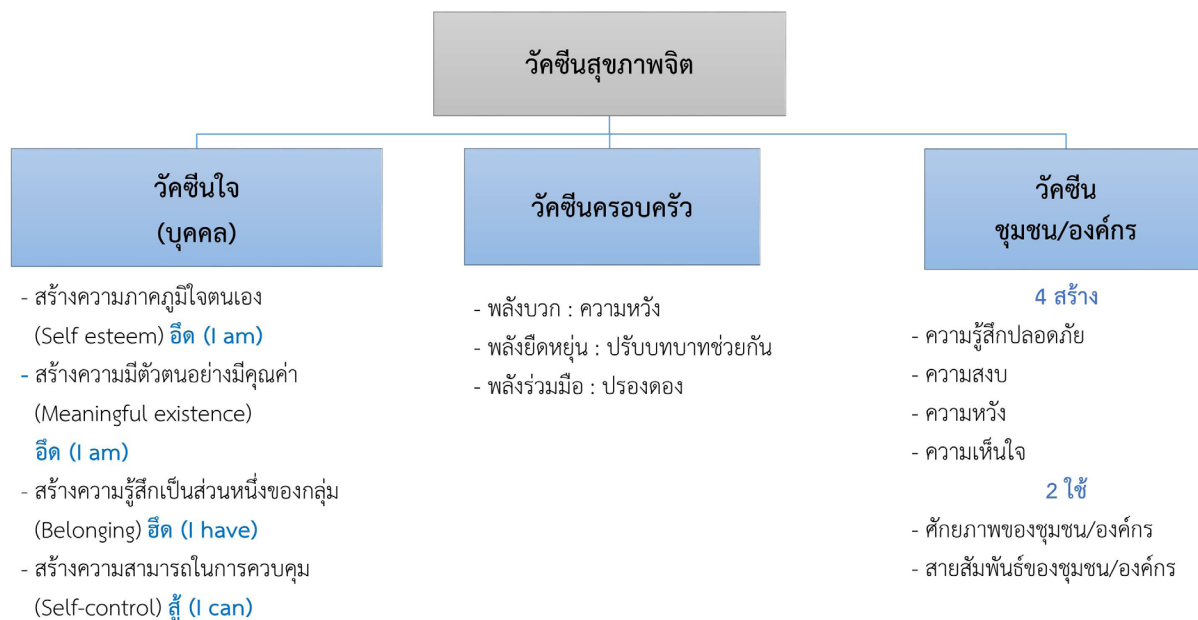
ตารางที่ 2 หลัก 4 สร้าง 2 ใช้ และบทบาทของโรงพยาบาล

หลัก 4 สร้าง 2 ใช้	บทบาทของโรงพยาบาล
สร้าง 1 : สร้างความปลอดภัย	- ปรับปรุงระบบป้องกันการติดเชื้อ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ภาวะวิกฤตโควิด 19 - จัดหาอุปกรณ์ป้องกันให้เพียงพอและจัดการอบรมให้บุคลากรมีทักษะต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน - จัดสวัสดิการให้แก่บุคลากรทั้งด้านที่พัก อาหาร การประกันชีวิต เพื่อความปลอดภัย - หากมีความเสี่ยงติดเชื้อให้มีบริการประเมิน ตรวจ วินิจฉัยได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว กรณีบุคลากรติดเชื้อ ควรวางแผนการรักษา รายงานความคืบหน้าและแจ้งภาวะสุขภาพปัจจุบัน
สร้าง 2 : สร้างความสงบ	- สื่อสารข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ถูกต้อง ชัดเจน ทันต่อเหตุการณ์ แก่บุคลากรทุกระดับ และตอบโต้ข้อมูลข่าวสารเชิงลบที่มาจากทั้งภายในและภายนอก - ส่งเสริมให้บุคลากรเรียนรู้เรื่องการจัดการความเครียด และมีการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อความผ่อนคลาย - ติดตามการประเมินและดูแลบุคลากรที่มีภาวะเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และความเสี่ยงการฆ่าตัวตายอย่างสม่ำเสมอ
สร้าง 3 : สร้างความหวัง	- สื่อสารเป้าหมายเชิงบวกและผลลัพธ์ความสำเร็จเป็นระยะ ๆ ให้เห็นว่าหน่วยงาน/สถานพยาบาล/โรงพยาบาล สามารถผ่านสถานการณ์ภาวะวิกฤตนี้ไปได้ - รับฟังปัญหาและแนวทางการแก้ไขอย่างมีส่วนร่วม - จัดช่องทางในการแบ่งปันเรื่องราวดี ๆ ผ่านเรื่องเล่าแรงบันดาลใจของบุคลากรและผู้ป่วย
สร้าง 4 : สร้างความเข้าใจ/เห็นใจ	- ส่งเสริมให้บุคลากรในองค์กรให้กำลังใจซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะผู้ที่ต้องถูกกักกันหรือติดเชื้อ - ส่งเสริมให้บุคลากรมีบทบาทสำคัญในการลดการรังเกียจผู้ป่วยและผู้ที่ถูกกักกัน
ใช้ 1 : ใช้ศักยภาพองค์กรให้เต็มที่	- จัดตารางเวลาที่ยืดหยุ่นสำหรับบุคลากรที่ได้รับผลกระทบโดยตรง เช่น จัดให้มีการหมุนเวียนบุคลากรที่มีความเครียดสูงและความเครียดต่ำ เพื่อไม่ให้เกิดความเหนื่อยล้ามากเกินไป - ระดมทรัพยากรทั้งจากภายในและภายนอกในการสนับสนุนความต้องการที่เป็นรูปธรรม - จัดระบบจิตอาสาเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและบรรเทาภาระงานของบุคลากร
ใช้ 2 : ใช้สายสัมพันธ์ สร้างความเข้มแข็ง	- ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เน้นให้กำลังใจและเอาใจใส่ ระหว่างเพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน หรือบุคคลอื่น ๆ ที่ไว้ใจ เช่น ระบบ buddy การเยี่ยมเยียนของผู้นำองค์กร เพื่อช่วยให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบากได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น - ประชุมบุคลากรสั้น ๆ อย่างสม่ำเสมอด้วยรูปแบบที่เหมาะสม เพื่อให้บอกเล่าถึงความกังวลและสอบถามความเป็นอยู่ รวมถึงสนับสนุนให้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างเพื่อนร่วมงาน - ชื่นชม ให้เกียรติ สร้างขวัญกำลังใจให้กับบุคลากรทุกระดับ

กิจการ ตกงาน หรือรายได้ลด มีแนวโน้มที่จะมีความเครียดและสิ้นหวัง อันจะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย การติดสารเสพติด และความรุนแรงในครอบครัว กรมสุขภาพจิตจึงได้กำหนดกรอบการดำเนินงานสุขภาพจิตโดยใช้คำว่า “วัคซีนสุขภาพจิต”⁵ ในระยะตั้งแต่เดือนพฤษภาคมไปจนถึงปลายปี 2563 ไว้ แสดงดังภาพที่ 4

นอกจากนี้ยังมีการดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกัน

ปัญหาการฆ่าตัวตาย ทั้งในด้านการณรงค์ การทำงานกับสื่อ การคัดกรองและดูแลกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาสัมพันธภาพและความรุนแรงในครอบครัว ผู้ที่มีโรคเรื้อรัง หรือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย การดำเนินงานในทุกมิตินั้น กรมสุขภาพจิตได้ตั้งเป้าหมายไว้ว่า ในปี 2563 จะทำให้อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ดีกว่าตัวเลขจริงภายหลังการเผชิญวิกฤต



ภาพที่ 4 กรอบการดำเนินงานวัคซีนสุขภาพจิต

เศรษฐกิจปี 2540 ที่พบว่าในปี 2542 มีอัตราการฆ่าตัวตาย สูงถึง 8.59 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน¹⁴

บทบาทของกรมสุขภาพจิตอีกประการหนึ่งคือการ ส่งเสริมให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้าสู่วิถีปกติใหม่ (new normal) โดยคำนึงถึงการให้ประชาชนได้ดำเนินชีวิต อย่างมีความปลอดภัยด้วยการเว้นระยะห่างทางสังคม การล้างมือบ่อย ๆ และสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อ ออกจากบ้าน รวมทั้งสามารถผ่านวิกฤตเศรษฐกิจไปได้ด้วยกัน ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาการเรียนรู้อย่างมีสติ การใช้ชีวิตอย่าง พอเพียง และการรู้จักแบ่งปัน

สรุป

การเผชิญวิกฤตโควิด 19 ได้ทำให้บทบาทของ งานสุขภาพจิตมีความชัดเจนขึ้น หลักการดูแลด้านสุขภาพจิต จึงควรครอบคลุมบุคคลตามกลุ่มเป้าหมายในวัยต่าง ๆ และ ครอบคลุมในทุกมิติทั้งครอบครัว ชุมชน และองค์กร รวมทั้งให้

ความสำคัญกับประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วย รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นแนวหน้าในการจัดการ ควบคุม ป้องกันและรักษาโรค บทบาทของงานสุขภาพจิตยิ่งมี ความสำคัญเมื่อวิกฤตโควิด 19 เริ่มคลี่คลายลง แต่ผลกระทบ ทางเศรษฐกิจ สังคม ทำให้ประชาชนมีโอกาสเกิดปัญหา สุขภาพจิตขึ้นได้ การเสริมความเข้มแข็งทางใจเป็นสิ่งสำคัญ โดยวัคซีนใจ (บุคคล) วัคซีนครอบครัว และวัคซีนชุมชน

ทั้งหมดนี้ทำให้องค์ความรู้และการดำเนินงาน สุขภาพจิตในภาวะวิกฤตของประเทศไทย ได้เกิดขึ้นอย่าง เป็นระบบและไม่เคยมีมาก่อน การทำงานของกรมสุขภาพจิต ร่วมพลังกับเครือข่ายงานสุขภาพจิตทั้งกลุ่มวิชาชีพ กลุ่มวิชาการ และเครือข่ายงานระบบบริการสุขภาพจิตทั้งหมด จึงทำให้สามารถดำเนินการที่ผ่านมาแล้วและที่จะดำเนินการ ต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมในทุกกลุ่ม ประชากรเป้าหมายและทุกมิติอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak [Internet]. Geneva: World Health Organization (WHO); c2020 [cited 2020 Mar 18]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>
2. The Inter-Agency Standing Committee. Interim Briefing Note: addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 outbreak (Version 1.5) [Internet]. Geneva: The Inter-Agency Standing Committee (IASC); c2020 [cited 2020 Mar 27]. Available from: https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS_0.pdf
3. ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. คำแนะนำในการดูแลจิตใจช่วงการระบาดของไวรัส Covid-19 [Mental care advice during the Covid-19 virus outbreak] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการ; [สืบค้นเมื่อวันที่ 27 มี.ค. 2563]. จาก: <https://www.rcpsych.org/th/organization/laws-regulations>
4. Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ, et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry*. 2007;70:283-315. doi:10.1521/psyc.2007.70.4.283.
5. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. แนวทางการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [Combat 4th Wave of COVID-19: C4]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2563.
6. Liang T, editor. Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment [Internet]. 2020 Mar 26 [cited 2020 Mar 30]. Available from: <https://covid-19.alibabacloud.com/>.
7. Weil Z. What COVID-19 Can Teach Us About Mindfulness [Internet]. 2020 Mar 13 [cited 2020 Mar 30]. Available from: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/becoming-solutionary/202003/what-covid-19-can-teach-us-about-mindfulness>
8. สุวิทย์ เมษินทรีย์. คุณจะเลือกเป็นคนกลุ่มไหน ในวิกฤตโควิด 19? [Which group will you choose? In the COVID-19 crisis?] [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 7 เม.ย. 2563]. จาก <https://www.facebook.com/drsuvitpage/>.
9. สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. หลักสูตรออนไลน์ การดูแลจิตใจในภาวะวิกฤตโควิด 19 [Online courses in mental care crisis COVID-19] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 7 เม.ย. 2563]. จาก: <https://www.dmh.go.th/covid19/>.
10. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการปฏิบัติงานที่ช่วยเหลือเยียวยาทางจิตใจทุกระดับ [Handbook of operations for psychological healing at all levels] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 เม.ย. 2563]. จาก: <https://www.thaidmh-elibrary.org/content/8117/คู่มือการจัดทำแผนประกอบกิจการสำหรับการปฏิบัติงานในภาวะการระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา-2019-covid-19-business-continuity-plan-bcp>
11. กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินความเครียด [Stress test-5: ST5] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 เม.ย. 2563]. จาก: <https://www.dmh.go.th/test/qttest5/>.
12. กรมสุขภาพจิต. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม [Depression screening form 2 questions] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 เม.ย. 2563]. จาก: [https://www.dmh.go.th/test/download/files/2Q%209Q%208Q%20\(1\).pdf](https://www.dmh.go.th/test/download/files/2Q%209Q%208Q%20(1).pdf)

13. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลสังคมจิตใจบุคลากรสุขภาพในภาวะวิกฤตโควิด 19 [Handbook of care for society, mind and health personnel in the crisis of COVID-19] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 7 เม.ย. 2563]. จาก: <https://www.thaidmh-elibrary.org/content/8059/คู่มือการดูแลสังคมจิตใจบุคลากรสุขภาพในภาวะวิกฤตโควิด 19>
14. กรมสุขภาพจิต. อัตราฆ่าตัวตายต่อประชากรหนึ่งแสนคน [The rate of suicides per one lakh people] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2544. [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 เม.ย. 2563]. จาก: <https://dmh.go.th/report/suicide/download/view.asp?id=25>

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลและความปลอดภัยในการใช้ยาเมทฟอร์มินเสริม ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางเมตาบอลิก จากการใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่

วันรับ : 12 เมษายน 2563

วันแก้ไข : 30 สิงหาคม 2563

วันตอบรับ : 31 สิงหาคม 2563

พงศ์ลดา ชื่นชูจิตร, พ.บ.

โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลและความปลอดภัยในการใช้ยาเมทฟอร์มินเสริมในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางเมตาบอลิกจากการใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่

วิธีการ : เป็นการศึกษาเชิงทดลองไปข้างหน้าโดยวิธีการสุ่มแบบเปิดเป็นเวลา 6 เดือน ในผู้ป่วยจิตเภทอายุ 18-45 ปี ที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางเมตาบอลิกจากการใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ จำนวน 50 คน สุ่มผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานกับกลุ่มที่ได้รับยาเมทฟอร์มินเสริมขนาด 1,000 มิลลิกรัมต่อวัน ประเมินประสิทธิผลจากการเปลี่ยนแปลงค่าความผิดปกติทางเมตาบอลิก และติดตามความปลอดภัยจากการข้างเคียง ผลตรวจเลือดและความร่วมมือในการรับประทานยาที่ก่อนเริ่มการศึกษา และที่เวลาหนึ่ง สาม และ หก เดือน

ผล : เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับยาเมทฟอร์มินเสริมมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญตั้งแต่เดือนแรกจนตลอดระยะเวลาการศึกษา และเมื่อสิ้นสุดการทดลองในเดือนที่ 6 มีขนาดรอบเอวลดลงและระดับ HDL คอเลสเตอรอลเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .04$ และ $p = .02$ ตามลำดับ) แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญกับความดันเลือดและระดับไตรกลีเซอไรด์ ผู้ร่วมทดลองอาการข้างเคียงที่พบคือ ไม่สบายท้อง คลื่นไส้/อาเจียน และง่วงนอน พบมากที่สุดในเดือนแรกและลดลงได้เอง ตรวจพบเอนไซม์ตับสูงกว่าปกติเล็กน้อยโดยไม่พบอาการทางคลินิก ผู้ป่วยร้อยละ 76.2 สามารถทนต่อยาและมีความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับดีมาก

สรุป : ยาเมทฟอร์มินมีประสิทธิผลและความปลอดภัย เป็นทางเลือกหนึ่งที่ใช้เสริมในการดูแลรักษาอาการความผิดปกติทางเมตาบอลิกในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่

คำสำคัญ : กลุ่มอาการความผิดปกติทางเมตาบอลิก ยาเมทฟอร์มิน ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ โรคจิตเภท

ติดต่อผู้นิพนธ์ : พงศ์ลดา ชื่นชูจิตร; e-mail: ponglada51@gmail.com

Original article

Efficacy and safety of metformin as adjunctive treatment of metabolic syndrome caused by second generation antipsychotic (SGAs) in schizophrenia patients

Received : 12 April 2020

Revised : 30 August 2020

Accepted : 31 August 2020

Ponglada Chuenchoojit, M.D.

Nakhon Sawan Rajanagarindra Psychiatric Hospital

Abstract

Objective: To evaluate the effectiveness and safety of metformin as an adjunctive treatment of metabolic syndrome in schizophrenia patients using second-generation antipsychotics (SGAs).

Methods: This was a six months open-labelled, randomized, prospective trial at Nakhon Sawan Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Fifty schizophrenia patients aged between 18 and 45 who were diagnosed with metabolic syndrome after receiving SGAs were selected and randomized into two groups with the control group received treatment- as- usual, while the experimental group receiving adjunctive treatment of 1,000 mg of metformin daily. The metabolic parameters as well as blood chemistry, self-reported of side effects and drug compliance were measured at baseline, one, three and six months.

Results: There were statistically significant reductions in fasting blood sugar (FBS) in the experimental group at all points of the evaluation compared to the control group. At the end of 6 months, the experimental group showed a significant reduction in waist circumference and an increase in high-density lipoprotein more than the control group. No significant change in blood pressure nor triglyceride were recorded. Abdominal discomfort, nausea/vomiting, and drowsiness were the most common side effects reported in the first month and abated on their own. In some participants, the liver enzymes were slightly higher than average, with no clinical symptoms, and 76.2% were tolerant and had good adherence.

Conclusion: Metformin is effective and safe. It is a possible alternative therapy for the treatment of metabolic disorders in schizophrenic patients taking newer antipsychotic drugs.

Keywords: metabolic syndrome, metformin, second generation antipsychotic, schizophrenia

Corresponding author: Ponglada Chuenchoojit; e-mail: ponglada51@gmail.com

บทนำ

การเกิดความผิดปกติทางเมตาบอลิกในผู้ป่วยโรคจิตเภทมีหลายสาเหตุ หนึ่งในนั้นเกิดจากตัวยารักษาโรคจิตเอง^{1,2} โดยเฉพาะยากกลุ่มใหม่ (second generation antipsychotic; SGAs) ซึ่งมีผลข้างเคียงทำให้อยากอาหารง่วงซึม และเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน³ ผู้ป่วยที่ใช้ยา SGAs จะเกิดความผิดปกติทางเมตาบอลิกมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับยานี้สามเท่า และมากกว่าผู้ที่ได้รับยากกลุ่มเก่า (first generation antipsychotics; FGAs) สามเท่าเมื่อติดตามไปนาน 3 ปี⁴ ความผิดปกตินี้เริ่มเกิดตั้งแต่ 8-12 สัปดาห์หลังได้รับยารักษาโรคจิต⁵ โดยพบมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (มากกว่าร้อยละ 7) น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น และไขมันในเลือดแย่ง ยาที่มีผลมากคือ olanzapine, clozapine และ risperidone^{6,7} ผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าประชากรทั่วไป 2-3 เท่า⁸ ในขณะที่ตัวผู้ป่วยนั้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเองได้ยาก⁹⁻¹¹ เช่นเดียวกับข้อมูลจากคลินิกให้การบริบาลเฉพาะโรคจิตเภทของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ที่ดำเนินการในปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาความผิดปกติทางเมตาบอลิกหลังได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่เกิดผลสำเร็จของกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ค่อนข้างน้อย

ปัจจุบันมีการพัฒนายาที่รบกวนระบบเมตาบอลิกน้อย เช่น aripipazole, paliperidone¹² และมีการใช้มากขึ้น แต่ทางเลือกอื่นที่สามารถลดกลุ่มอาการนี้ได้ผลและน่าสนใจอีกทางหนึ่งคือยาเมทฟอร์มิน¹³⁻¹⁵ ซึ่งเป็นยาเบาหวานกลุ่ม biguanide ออกฤทธิ์ลดการสร้างกลูโคสที่ตับ นำกลูโคสกลับเข้าสู่เซลล์ เพิ่มการสะสมไกลโคเจนในกล้ามเนื้อ เพิ่มความไวของอินซูลิน และเพิ่มการแตกตัวของน้ำตาลแบบไม่ใช้ออกซิเจน จึงช่วยลดระดับน้ำตาลโดยไม่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และไม่เพิ่มความอยากอาหาร^{16,17} เกิดอันตรกิริยาระหว่างยาน้อยและไม่ส่งผลต่อระดับยารักษาโรคจิตเพราะไม่ถูกกำจัดโดย CYP450¹⁸ ขนาดที่ใช้ทั่วไปคือ 500-3,000 มิลลิกรัม (มก.) ต่อวัน และต้องอยู่ในการควบคุมดูแลของแพทย์ ในต่างประเทศมีการใช้ยาเมทฟอร์มินรักษากลุ่มอาการความผิดปกติทาง

เมตาบอลิกจากการได้รับยารักษาโรคจิตพบว่าช่วยลดน้ำหนักในทั้งผู้ที่เป็นและไม่เป็นเบาหวาน¹⁹ ผู้ที่ใช้ยา olanzapine มีการเพิ่มของน้ำหนักตัวลดลง²⁰⁻²² ช่วยลดรอบเอวและ body mass index ในผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มีน้ำหนักเกินร่วมกับน้ำตาลผิดปกติจากการได้รับยากกลุ่ม SGAs^{8,19} ยาเมทฟอร์มินขนาด 1,000 มก. ต่อวัน ป้องกันภาวะความผิดปกติทางเมตาบอลิกในผู้ที่ใช้ยา risperidone ได้ผล²⁴ แต่ไม่ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน¹⁹ ยานี้จึงเป็นทางเลือกสำหรับผู้ที่ไม่สามารถเปลี่ยนไปใช้ยาที่รบกวนระบบเมตาบอลิกน้อยกว่า²⁵ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อายุน้อยและเพิ่งเริ่มได้รับยา^{26,27} แต่ในประเทศไทยยาเมทฟอร์มินยังไม่ถูกนำมาศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาความผิดปกติทางเมตาบอลิกจากการใช้ยา SGAs ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยในการใช้ยาดังกล่าว เพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วิธีการ

การศึกษานี้เป็น open-label, randomize, prospective, comparative, single centered, parallel group study ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับบริการในคลินิกให้การบริบาลเฉพาะโรคจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ และมีปัญหาความผิดปกติทางเมตาบอลิกหลังจากได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ โดยเกณฑ์การวินิจฉัยกลุ่มอาการความผิดปกติทางเมตาบอลิกของ NCEP ATPIII (National Cholesterol Education Program- Adult Treatment Panel guidelines) คือ มีความผิดปกติอย่างน้อย 3 ข้อใน 5 ข้อ ได้แก่ 1) อ้วนลงพุง โดยเส้นรอบเอวในผู้ชาย > 90 ซม. หรือผู้หญิง > 80 ซม. 2) ไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride; TGL) $\geq$ 150 mg/dl 3) เอชดีแอลคอเลสเตอรอล (HDL cholesterol) ในผู้ชาย $\leq$ 40 mg/dl หรือผู้หญิง $\leq$ 50 mg/dl 4) ความดันเลือด $\geq$ 130/85 mmHg หรือใช้ยาลดความดันเลือดอยู่ และ 5) น้ำตาลขณะอดอาหาร (fasting blood sugar; FBS) $\geq$ 110 mg/dl

จำนวนกลุ่มตัวอย่างเทียบจากตารางของ Krejcie และ Morgan โดยกำหนดสัดส่วนของลักษณะที่สนใจใน

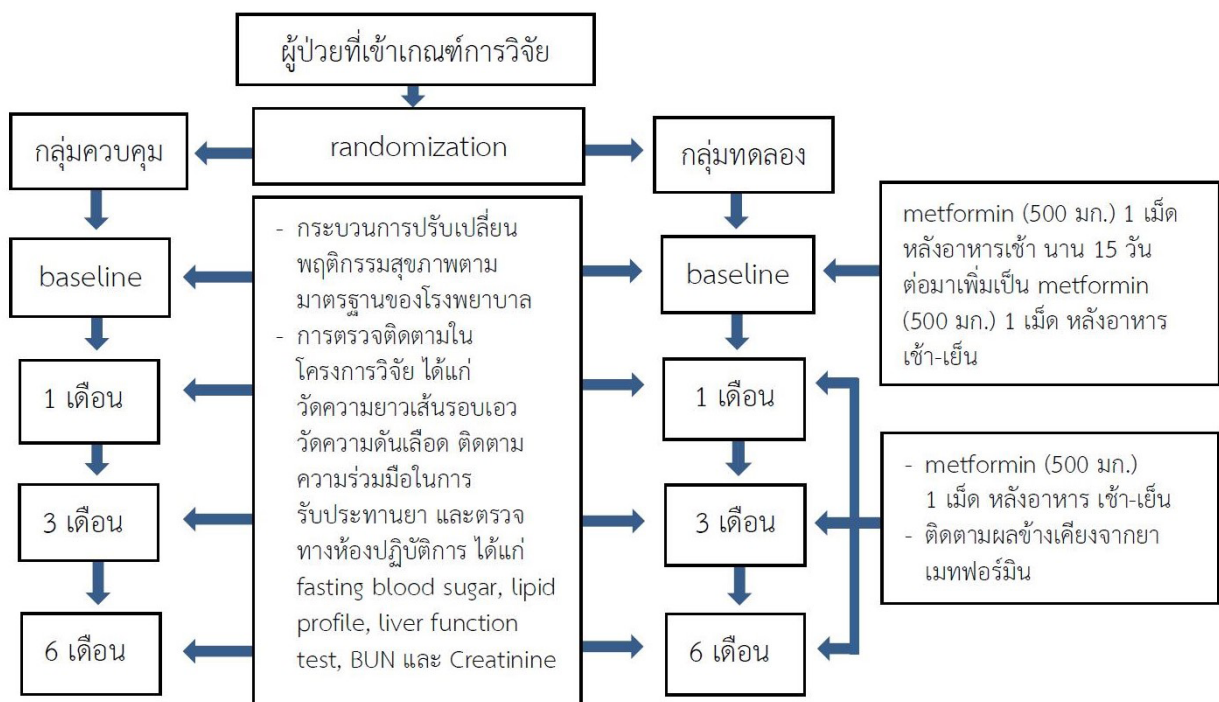
ประชากรเท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับร้อยละ 5 และระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้ขนาดประชากรเท่ากับ 40 คน ซึ่งในการวิจัยนี้ได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างขึ้นเป็น 50 คนเพื่อป้องกันการสูญเสียของสมาชิกกลุ่มในระหว่างการทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 25 คน

ประชากรเป็นผู้ป่วยที่มีมารับบริการระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 - ตุลาคม พ.ศ. 2562 ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ ใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกคือ เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV/ DSM-5 อายุ 18-45 ปี ทั้งหญิงและชาย ที่ได้รับยา SGAs (risperidone/olanzapine/quetiapine หรือ clozapine) มาไม่ต่ำกว่า 3 เดือน อาการทางจิตสงบ ร่วมกับความผิดปกติทางเมตาบอลิกตามเกณฑ์ของ NCEP ATPIII และสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร มีโรคทางอายุรกรรมหรือมีการใช้สุรา ยาเสพติดที่ยังควบคุมไม่ได้ มีข้อห้ามหรือได้รับยาเมทฟอร์มิน

อยู่ก่อนแล้ว ได้รับยาอื่นที่มีผลต่อน้ำหนักตัว หรือมีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ สุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยจับฉลากแบบไม่ใส่กลับคืนจากฉลาก 50 ใบ ประกอบด้วยกลุ่มควบคุมจำนวน 25 ใบ (รหัส A01-A25) และกลุ่มทดลองจำนวน 25 ใบ (รหัส B01-B25) กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติด้วยกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามมาตรฐาน และกลุ่มทดลองได้รับยาเมทฟอร์มิน 1,000 มก. ต่อวัน เสริมกับการดูแลตามกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามมาตรฐาน นัดตรวจติดตามที่ระยะ 1, 3 และ 6 เดือน กระบวนการวิจัยแสดงดังภาพที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาในการสรุปข้อมูลพื้นฐาน วิเคราะห์ข้อมูลที่มีการวัดซ้ำด้วย repeated measure ANOVA ตามแนวทางการวิเคราะห์ของ Greenhouse-Geisser จัดการข้อมูลสูญหาย (missing data) ด้วยวิธีการ Pairwise deletion

ประเมินประสิทธิผลของยาเมทฟอร์มินด้วยการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มอาการความผิดปกติทาง



ภาพที่ 1 แผนภูมิแสดงกระบวนการวิจัย

เมตาบอลิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดย independent t-test และภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลัง รับประทานเมตฟอร์มินเสริมโดย paired sample t-test ติดตามจำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะความผิดปกติทางเมตาบอลิกตามเกณฑ์ของแต่ละกลุ่มเมื่อสิ้นสุดการศึกษา ด้านความปลอดภัย ใช้การบันทึกผลข้างเคียงจากยาด้วยรายงานด้วยตัวเอง (self-report) จำนวนครั้งที่พบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มโดยใช้การวิเคราะห์ chi-square test และ Fisher's exact test เมื่อจำนวนความถี่ที่คาดหวังที่น้อยกว่า 5 มีจำนวนเกินร้อยละ 20 และติดตามความร่วมมือในการรับประทานยาโดยการนับเม็ดยาและคำนวณเป็นร้อยละในการรับประทานยา ข้อมูลที่มีนัยสำคัญทางสถิติคือ p-value น้อยกว่าหรือเท่ากับ .05

โครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ได้รับการทบทวนและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์ เลขที่ 05/2561 ลงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2561

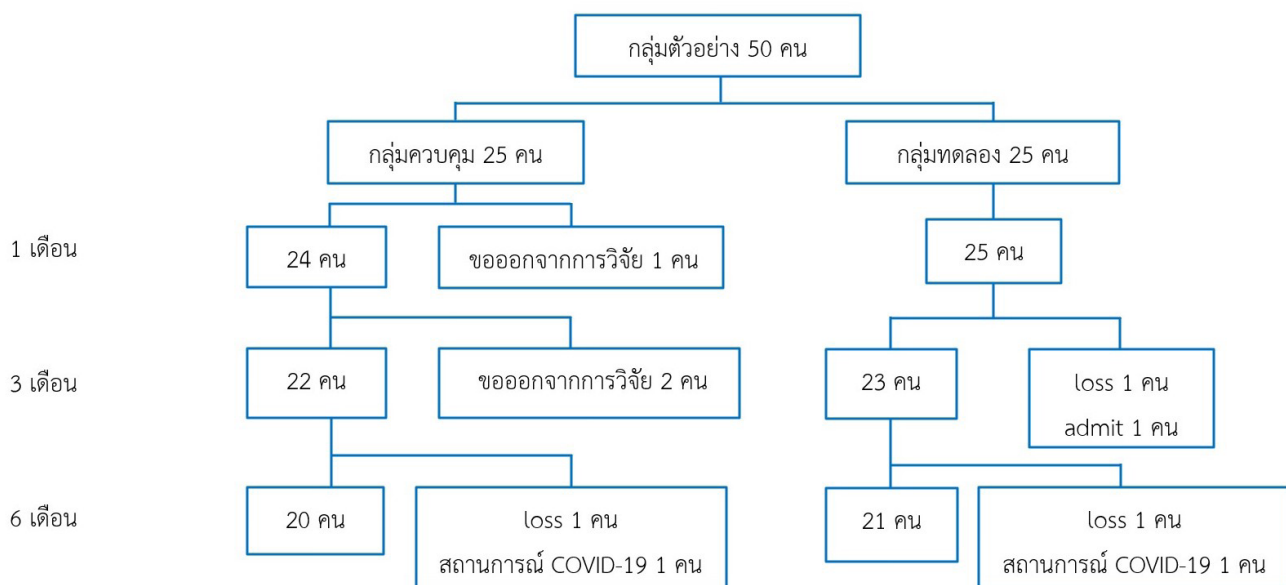
ผล

กลุ่มตัวอย่าง 50 คน เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 คน เมื่อสิ้นสุดการศึกษา กลุ่มควบคุมเหลือ 20 คน กลุ่มทดลองเหลือ 21 คน สาเหตุของการออกจากการวิจัย แสดงดังภาพที่ 2

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีกลุ่มตัวอย่างเพศชาย และเพศหญิงจำนวนเท่ากันคือ ชาย 16 คน และหญิง 9 คน อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกันคือ 34-35 ปี ข้อมูลพื้นฐานค่าเฉลี่ยขนาดรอบเอว ความดันเลือดตัวบนและตัวล่าง ระดับ HDL และระดับ FBS ของกลุ่มตัวอย่างควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แสดงดังตารางที่ 1

กลุ่มอาการความผิดปกติทางเมตาบอลิก

กลุ่มอาการความผิดปกติทางเมตาบอลิกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ระยะเวลา 1, 3 และ 6 เดือน พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญตลอดการติดตามในการศึกษาในเดือนที่ 1, 3 และ 6 และในเดือนที่ 6 กลุ่มทดลองมีขนาดรอบเอวลดลงและระดับ HDL เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมี



ภาพที่ 2 แผนภูมิแสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มต้นและสิ้นสุดการวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและค่าเมตาบอลิกของกลุ่มตัวอย่างก่อนให้การรักษาความผิดปกติทางเมตาบอลิก

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 25)	กลุ่มทดลอง (n = 25)	P value ^a
เพศ	จำนวน (ร้อยละ)		
ชาย	16 (64)	16 (64)	1.00 ^b
หญิง	9 (36)	9 (36)	
	ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
อายุ (ปี)	34.40 $\pm$ 6.7	35.36 $\pm$ 5.58	.58
ขนาดรอบเอว (ซม.)	90.68 $\pm$ 6.06	93.53 $\pm$ 8.1	.08
ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (fasting blood sugar; FBS): mg/dl	118.00 $\pm$ 35.33	126.88 $\pm$ 20	.25
ความดันเลือดตัวบน (systolic blood pressure; SBP): mmHg	138 $\pm$ 11.18	130.80 $\pm$ 14.12	.29
ความดันเลือดตัวล่าง (diastolic blood pressure; DBP): mmHg	92.40 $\pm$ 6.64	85.80 $\pm$ 9.1	.06
ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride): mg/dl	181.76 $\pm$ 58.87	199.80 $\pm$ 31.97	.09
High density lipoprotein (HDL): mg/dl	44.00 $\pm$ 11.88	42.64 $\pm$ 7.69	.08
คอเลสเตอรอล (Cholesterol): mg/dl	245.80 $\pm$ 50.36	260.84 $\pm$ 45.83	.96

^a Independent t-test, ^b Chi-square test

นัยสำคัญของการเปลี่ยนแปลงระดับ triglyceride และความดันเลือดระหว่างกลุ่มตัวอย่าง แสดงดังตารางที่ 2

ค่าเมตาบอลิกของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับยาเมทฟอร์มินพบว่า ค่าเฉลี่ยขนาดรอบเอว ระดับ triglyceride และ FBS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญตลอดการติดตามในเดือนที่ 1, 3 และ 6 โดยเมื่อสิ้นสุดการวิจัยเดือนที่ 6 พบรอบเอวลดลงเฉลี่ย 5.9 ซม. ระดับ triglyceride ลดลงเฉลี่ย 16.9 mg/dl และระดับ FBS ลดลงเฉลี่ย 33.9 mg/dl ส่วนค่าเฉลี่ยระดับความดันเลือดตัวบน (SBP) ลดลงและค่าเฉลี่ยระดับ HDL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในเดือนที่ 3 และ 6 โดยเมื่อสิ้นสุดการศึกษาระดับความดันเลือดตัวบนลดลงเฉลี่ย 3.7 มม.ปรอท และระดับ HDL เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.8 mg/dl แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญกับระดับความดันเลือดตัวล่าง (DBP) แสดงดังตารางที่ 3

เมื่อสิ้นสุดการศึกษา กลุ่มควบคุมยังคงมีผลการตรวจเข้าเกณฑ์ของการวินิจฉัยภาวะกลุ่มอาการความผิดปกติทางเมตาบอลิกตามเกณฑ์ NCEP III ในขณะที่กลุ่มทดลองมีผลการตรวจไม่เข้าเกณฑ์ของการวินิจฉัยภาวะกลุ่มอาการความผิดปกติทางเมตาบอลิกฯ จำนวน 5 คน คำนวณ absolute risk reduction (ARR) เท่ากับร้อยละ 20 มีค่า number need to treat (NNT) เท่ากับ 5

ความปลอดภัยในการใช้ยาเมทฟอร์มิน

อาการข้างเคียง การศึกษานี้พบการเกิดผลข้างเคียงจากยาเมทฟอร์มินมากที่สุดในเดือนที่ 1 อาการที่พบ 3 อันดับแรกได้แก่ ไม่สบายท้อง (ร้อยละ 64) คลื่นไส้/อาเจียน (ร้อยละ 40) และง่วงนอน (ร้อยละ 28) ผลข้างเคียงลดลงในเดือนต่อ ๆ มา ผู้ป่วย 1 ใน 3 มีอาการตลอดระยะเวลาที่ศึกษาแต่ไม่รุนแรง ในเดือนที่ 3 พบผู้ป่วย 1 รายแจ้งว่ารู้สึกไม่สบายตัวมือสั่น ตัวสั่น วิดกกังวลมากขึ้น เป็นหลังจากที่ไปดื่มเบียร์

ตารางที่ 2 ค่าเมตาบอลิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัย ณ ก่อนให้การรักษาและหลังรักษาแล้ว 1, 3 และ 6 เดือน

ตัวแปร	ระยะเวลา	ค่าเมตาบอลิก (Mean; SD)		Mean difference	P Value ^a
		กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง		
ขนาดรอบเอว (ซม.)	baseline	90.68 (5.80)	93.53 (8.10)	-2.85	.08
	1 เดือน	90.88 (7.49)	92.73 (7.64)	-1.85	.35
	3 เดือน	91.22 (6.11)	90.75 (6.77)	-0.47	.76
	6 เดือน	91.40 (6.35)	87.66 (6.26)	3.74	.04*
Fasting blood sugar (FBS); mg/dl	baseline	118.00 (35.32)	126.88 (20.01)	-8.88	.25
	1 เดือน	118.38 (34.62)	100.60 (16.62)	17.78	.04*
	3 เดือน	118.95 (36.52)	96.04 (12.88)	22.91	.03*
	6 เดือน	116.85 (35.04)	92.95 (9.28)	23.90	.03*
Systolic blood pressure (SBP); mmHg	baseline	138.00 (11.18)	130.80 (14.12)	7.20	.29
	1 เดือน	132.25 (29.66)	129.20 (17.06)	3.05	.35
	3 เดือน	134.55 (11.00)	125.21 (17.02)	9.33	.33
	6 เดือน	135.5 (12.76)	127.14 (14.54)	8.36	.45
Diastolic blood pressure (DBP); mmHg	baseline	92.40 (6.63)	85.80 (9.09)	6.60	.06
	1 เดือน	90.00 (9.78)	80.40 (16.45)	9.60	.24
	3 เดือน	88.64 (8.89)	81.52 (10.81)	7.11	.33
	6 เดือน	88.50 (8.75)	81.67 (10.64)	6.83	.15
Triglyceride (TGL); mg/dl	baseline	181.76 (58.57)	199.80 (31.97)	-18.04	.09
	1 เดือน	187.50 (55.19)	193.96 (30.61)	-6.46	.51
	3 เดือน	190.27 (54.27)	184.96 (32.17)	5.31	.61
	6 เดือน	188.25 (54.63)	182.90 (31.14)	5.35	.31
High density lipoprotein (HDL); mg/dl	baseline	44.00 (11.88)	42.64 (7.69)	1.36	.08
	1 เดือน	43.79 (10.75)	43.44 (7.36)	0.35	.48
	3 เดือน	45.41 (12.14)	44.56 (8.42)	0.84	.66
	6 เดือน	43.10 (12.83)	45.47 (7.78)	-2.38	.04*

* Statistically significant, ^a Independent t-test

ในงานวิจัย และได้รับไว้ในโรงพยาบาล ไม่พบภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือภาวะเลือดเป็นกรดเกิน อาการทางจิตสงบ ไม่พบภาวะถอนพิษสุรา ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐานและออกจากการวิจัย

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเลือดที่ระยะเวลา 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน กลุ่มทดลองพบค่าเอนไซม์ตับสูงขึ้นเกินค่าปกติมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมากกว่าร้อยละ 60 พบมีค่า SGOT และ SGPT สูงเกินกว่าค่ามาตรฐานอ้างอิง โดยแต่ละครั้งพบว่าสูงกว่าค่าปกติ 5-14 U/L (ไม่สูงเกิน 1.5 เท่า)

ความร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับดีมากจำนวนเพิ่มขึ้นคือ ร้อยละ 36 ร้อยละ 47.8 และร้อยละ 76.2 ในเดือนที่ 1, 3 และ 6 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ค่าเมตาบอลิกของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับยาเมทฟอร์มินเสริม ณ เดือนที่ 1, 3 และ 6

ตัวแปร	ระยะเวลา	ค่าเมตาบอลิก (Mean; SD)	mean difference from baseline	CI		P value ^a
				Lower	Upper	
ขนาดรอบเอว (ซม.)	baseline	93.53 (8.10)	-	-	-	-
	1 เดือน	92.73 (7.64)	-0.80	-2.23	-0.51	.04*
	3 เดือน	90.75 (6.77)	-2.78	-3.96	-0.23	≤.01*
	6 เดือน	87.66 (6.26)	-5.87	-9.04	-1.73	≤.01*
Fasting blood sugar (FBS); mg/dl	baseline	126.88 (20.01)	-	-	-	-
	1 เดือน	100.60 (16.62)	-26.28	-33.42	-19.13	≤.01*
	3 เดือน	96.04 (12.88)	-30.84	-34.14	-22.37	≤.01*
	6 เดือน	92.95 (9.28)	-33.93	-38.36	-24.39	≤.01*
Systolic blood pressure (SBP); mmHg	baseline	130.80 (14.12)	-	-	-	-
	1 เดือน	129.20 (17.06)	-1.60	-3.98	4.17	.21
	3 เดือน	125.21 (17.02)	-5.58	-7.96	3.21	.01*
	6 เดือน	127.14 (14.54)	-3.66	-6.18	-0.78	.01*
Diastolic blood pressure (DBP); mmHg	baseline	85.80 (9.09)	-	-	-	-
	1 เดือน	80.40 (16.45)	-5.40	-7.31	11.11	.06
	3 เดือน	81.52 (10.81)	-4.28	-8.74	8.82	.06
	6 เดือน	81.67 (10.64)	-4.13	-7.20	9.68	.06
Triglyceride (TGL); mg/dl	baseline	199.80 (31.97)	-	-	-	-
	1 เดือน	193.96 (30.61)	-5.84	-11.64	-0.03	.04*
	3 เดือน	184.96 (32.17)	-14.84	-24.63	-2.68	.02*
	6 เดือน	182.90 (31.14)	-16.89	-27.18	-6.61	≤.01*
High density lipoprotein (HDL); mg/dl	baseline	42.64 (7.69)	-	-	-	-
	1 เดือน	43.44 (7.36)	0.80	-1.76	0.16	.10
	3 เดือน	44.56 (8.42)	1.92	0.86	2.69	≤.01*
	6 เดือน	45.47 (7.78)	2.83	1.03	3.12	≤.01*

* Statistically significant, ^a Paired sample t-test, SD-standard deviation; CI-Confidence Interval

วิจารณ์

การศึกษานี้ทำให้ทราบถึงประสิทธิผลและความปลอดภัยในการใช้ยาเมทฟอร์มินเสริมในผู้ป่วยโรคจิตเภทคนไทยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางเมตาบอลิกจากการใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ โดยพบว่ายามีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญตั้งแต่เดือนแรกของการได้รับยา ขนาดรอบเอวลดลงและ HDL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ในเดือนที่ 6 ของการได้รับยาเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม และในการศึกษานี้พบว่ายาเมทฟอร์มินไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความดันเลือดตัวล่าง (DBP) แม้จะให้ยานานถึงหกเดือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Baptista²¹, Shin¹², Geerling²⁹ และ Vishnupriya²⁴ ในส่วนการลดลงของระดับน้ำตาลและรอบเอวนั้น Mannuci³⁰ ได้อธิบายถึงกลไกที่อาจเกี่ยวข้องว่า ยาเมทฟอร์มินมีผลเพิ่มระดับ glucagon-like peptide

(GLP-1) ทำให้ลดความอยากอาหาร ทำให้การบีบตัวของกระเพาะเพื่อดันอาหารลงสู่ลำไส้เล็กช้าลง เพิ่มความไวต่ออินซูลินและลดภาวะการหลั่งอินซูลินมากผิดปกติ แต่ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับผลการสังเคราะห์งานวิจัยโดยใช้การวิเคราะห์ห่อภิณของ Silva²⁶ ที่ไม่พบว่ายานี้มีผลกับระดับน้ำตาลหลังอดอาหารในภาพรวม แต่มีการตั้งข้อสังเกตกับการศึกษาที่ทำในประเทศจีนที่พบว่ายาเมทฟอร์มิน ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญซึ่งอาจเป็นผลจากเชื้อชาติของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนการลดลงของระดับ triglyceride นั้น การศึกษาของ Geerling²⁹ พบว่า ยาไปเพิ่มปฏิกิริยาของ AMP-dependent protein kinase (AMPK) และฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับเอนไซม์ lipase ของเซลล์ไขมัน สิ้นน้ำตาล จึงทำให้ very-low density lipoprotein (VLDL)-TGL กลับเข้าสู่เซลล์และย่อยสลาย ร่วมกับเกิด fatty acid oxidation ที่ไมโทคอนเดรียจึงทำให้ triglyceride ลดลง

ในด้านความปลอดภัยของยาเมทฟอร์มินพบว่าการข้างเคียง (ไม่สบายท้อง คลื่นไส้/อาเจียน ง่วงนอน) พบมากที่สุดในเดือนแรกและลดลงได้เอง มากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ที่ได้รับยามีค่าเอนไซม์ตับเพิ่มขึ้นเกินค่าปกติเล็กน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Vishnupriya²⁴ ในการศึกษาพบผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาเมทฟอร์มิน 3 ใน 4 สามารถทนต่อผลข้างเคียงและมีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับดีมากเมื่อสิ้นสุดการศึกษา

ในระหว่างการศึกษาพบผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์ ร่วมกับการใช้ยาเมทฟอร์มินจนมีอาการไม่พึงประสงค์ (ไม่สบายตัว มือสั่น ตัวสั่น วิดกกังวล) แต่ไม่พบภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือเลือดเป็นกรดเกิน อย่างไรก็ตาม ผลข้างเคียงที่สำคัญคือ ภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกเกินซึ่งสัมพันธ์กับการใช้

ยาเมทฟอร์มิน (Metformin-associated lactic acidosis: MALA) ซึ่งจะพบบ่อยในผู้ที่การทำงานของไตลดลง (eGFR น้อยกว่า 60 ml/min/1.73 m²) โรคตับ หัวใจวาย ขาดน้ำ หรือติดเชื้อ ภาวะนี้ป้องกันได้โดยประเมินปัจจัยเสี่ยงในข้างต้นและติดตามค่าการทำงานของไตเป็นระยะ นอกจากนี้ในระยะยาวพบว่ายาเมทฟอร์มินทำให้เกิดการขาดวิตามิน B12 ซึ่งทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง หรือเกิดภาวะขาดแคลเซียมได้อีกด้วย³¹

การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย โดยศึกษาในผู้ป่วยของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ ราชนครินทร์เพียงแห่งเดียวและใช้เวลาการศึกษาเพียง 6 เดือน จึงยังไม่สามารถใช้อ้างอิงได้ในวงกว้าง อีกทั้งยังไม่ทราบถึงผลข้างเคียงหรือประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นในระยะเวลายาวนานกว่านี้ และเป็นการศึกษาแบบเปิด การรายงานถึงผลข้างเคียงจากยามีแนวโน้มจะเกิดความไม่เที่ยงตรงได้มากกว่า กระบวนการศึกษาที่ใช้ยาหลอกร่วมด้วย

สรุป

ยาเมทฟอร์มิน ขนาด 1,000 มก. ต่อวัน สามารถนำมาใช้เสริมกับกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อดูแลรักษาภาวะกลุ่มอาการความผิดปกติทางเมตาบอลิกที่เกิดในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่อย่างได้ผล และมีความปลอดภัยเช่นเดียวกับผลการศึกษาของต่างประเทศ ยาชนิดนี้จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งหากผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเปลี่ยนไปใช้ยารักษาโรคจิตที่มีฤทธิ์รบกวนระบบเมตาบอลิกน้อยกว่า แต่ผู้รักษาต้องติดตามผลตรวจเม็ดเลือด การทำงานของไตและตับ ระมัดระวังใช้แอลกอฮอล์ อาการของภาวะขาดแคลเซียม รวมทั้งโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นตลอดการให้การรักษาสารด้วยยาดังกล่าว

ความรู้เดิม : ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ยาโรคจิตกลุ่มใหม่เกิดกลุ่มอาการความผิดปกติทางเมตาบอลิกได้มาก การศึกษาในต่างประเทศพบว่ายาเมทฟอร์มินสามารถช่วยลดความเสี่ยงและรักษากลุ่มอาการนี้ได้

ความรู้ใหม่ : ยาเมทฟอร์มิน ขนาด 1,000 มก. ต่อวัน ใช้เสริมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลรักษากลุ่มอาการความผิดปกติทางเมตาบอลิกจากการใช้ยาโรคจิตกลุ่มใหม่ในผู้ป่วยจิตเภทไทยได้ผลและมีความปลอดภัย

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ยาเมทฟอร์มินเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทไทยที่มีปัญหาเมตาบอลิกเสริมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนยา โดยควรให้ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และตรวจเลือดติดตามภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

เอกสารอ้างอิง

1. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med.* 2005;353:1209-23. doi:10.1056/NEJMoa051688.
2. Dixon L, Postrado L, Delahanty J, Fischer PJ, Lehman A. The association of medical comorbidity in schizophrenia with poor physical and mental health. *J Nerv Ment Dis.* 1999;187:496-502. doi:10.1097/00005053-199908000-00006.
3. Khalafian A, Tucker P. Current and future treatment option for preventing metabolic syndrome due to atypical antipsychotics. *Psychiatric times.* 2014 [cited 2018 Aug 13];1(6):[about 3 p.]. Available from: <https://www.psychiatrytimes.com/psychopharmacology/current-and-future-treatment-options-preventing-metabolic-syndrome-due-atypical-antipsychotics>
4. De Hert M, Schreurs V, Sweers K, Van Eyck D, Hanssens L, Šinko S, et al. Typical and atypical antipsychotics differentially affect long-term incidence rates of the metabolic syndrome in first-episode patients with schizophrenia: a retrospective chart review. *Schizophr Res.* 2008;101:295-303. doi:10.1016/j.schres.2008.01.028.
5. Nebhinani N, Grover S, Chakrabarti S, Kate N, Avasthi A. A longitudinal study of change in prevalence of metabolic syndrome and metabolic disturbances 3 months after clozapine therapy. *Journal of Mental Health and Human Behavior.* 2013 [cited 2018 Aug 13];18(1):9-17. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/303444151>
6. Grover S, Kulhara P, Chakrabarti S, Malhotra N. Metabolic syndrome in schizophrenia. *Indian J Psychol Med.* 2013;35:227-40. doi:10.4103/0253-7176.119471.
7. Meena P, Gautam S. Drug-emergent metabolic syndrome in patients with schizophrenia receiving atypical (second-generation) antipsychotics. *Indian J Psychiatry.* 2011;53:128-33. doi:10.4103/0019-5545.82537.
8. Pramyothin P, Khaothiar L. Metabolic syndrome with the atypical antipsychotics. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2010;17:460-6. doi:10.1097/MED.0b013e32833de61c.
9. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, et al. Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med.* 2005;353:1209-23. doi:10.1056/NEJMoa051688.

10. Klein DJ, Cottingham EM, Sorter M, Barton BA, Morrison JA. A Randomized, Double-Blind Placebo-Controlled trial of metformin treatment of weight gain associated with initiation of atypical antipsychotic therapy in children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 2006;163:2072-9. doi:10.1176/ajp.2006.163.12.2072.
11. Correll CU, Manu P, Olshansky V, Napolitano B, Kane JM, Malhotra AK. Cardiometabolic risk of second-generation antipsychotic medications during first-time use in children and adolescents. *JAMA*. 2009;302:1765-73. doi:10.1001/jama.2009.1549.
12. Shin L, Bregman H, Breeze JL, Noyes N, Frazie JA. Metformin for weight control in pediatric patients on atypical antipsychotic medication. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2009;19:275-9. doi:10.1089/cap.2008.094.
13. Stroup TS, McEvoy JP, Ring KD, Hamer RH, LaVange LM, Swartz MS, et al. A randomized trial examining the effectiveness of switching from olanzapine, quetiapine, or risperidone to aripiprazole to reduce metabolic risk: comparison of Antipsychotics for Metabolic Problems (CAMP). *Am J Psychiatry*. 2011;168:947-56. doi:10.1176/appi.ajp.2011.10111609.
14. Wu RR, Zhao JP, Jin H, Shao P, Fang MS, Guo XF, et al. Lifestyle intervention and metformin for treatment of antipsychotic-induced weight gain: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2008;299:185-93. doi:10.1001/jama.2007.56-b.
15. Caemmerer J, Correll CU, Maayan L. Acute and maintenance effects of non-pharmacological interventions for antipsychotic associated weight gain and metabolic abnormalities: a meta-analytic comparison of randomized controlled trials. *Schizophr Res*. 2012;140:159-68. doi:10.1016/j.schres.2012.03.017.
16. Jesus C, Jesus I, Agius M. A review of the evidence for the use of metformin in the treatment of metabolic syndrome caused by antipsychotics. *Psychiatr Danub*. 2015;27 Suppl 1:S489-91. PubMed PMID: 26417824.
17. Chen CH, Huang MC, Kao CF, Lin SK, Kuo PH, Chiu CC, et al. Effects of adjunctive metformin on metabolic traits in nondiabetic clozapine-treated patients with schizophrenia and the effect of metformin discontinuation on body weight: a 24-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry*. 2013;74:e424-30. doi:10.4088/JCP.12m08186.
18. Brunton L, Chabner A, Knollman C. Endocrine pancreas and pharmacotherapy of diabetes mellitus and hypoglycemia: introduction. Goodman's and Gilman's the pharmacological basis of therapeutic. Mc Graw Hill publications, 12th edition. 2011. p. 1258-74.
19. Ellinger LK, Ipema HJ, Stachnik JM. Efficacy of metformin and topiramate in prevention and treatment of second-generation antipsychotic-induced weight gain. *Ann Pharmacother*. 2010;44:668-79. doi:10.1345/aph.1M550.
20. Caemmerer J, Correll CU, Maayan L. Acute and maintenance effects of non-pharmacological interventions for antipsychotic associated weight gain and metabolic abnormalities: a meta-analytic comparison of randomized controlled trials. *Schizophr Res*. 2012;140:159-68. doi:10.1016/j.schres.2012.03.017.
21. Bepista T, Martinez J, Lacruz A, Rangel N, Beaulieu S, Serrano A, et al. Metformin for prevention of weight gain and insulin resistance with olanzapine: a double-blind placebo-controlled trial. *Can J Psychiatry*. 2006;51:192-6. doi:10.1177/070674370605100310.

22. Maayan L, Vakhrusheva J, Correll CU. Effectiveness of medications used to attenuate antipsychotic-related weight gain and metabolic abnormalities: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychopharmacology*. 2010;35:1520-30. doi:10.1038/npp.2010.21.
23. Chen CH, Chiu CC, Wu TH, Lui HC, Huang MC, Lu ML. Metformin for metabolic dysregulation in schizophrenic patients treated with olanzapine. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2008;32:925-31. doi:10.1016/j.pnpbp.2007.11.013.
24. Vishnupriya R, Ezhilramya J, Meenakshi B. Metformin in the prevention of metabolic syndrome with initiation of atypical antipsychotic therapy in adolescent and young adult-A randomized, open labeled, single center study. *International Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2016 [cited 2018 Aug 13];8:199-206. Available from: <https://innovarea-cademics.in/journals/index.php/ijpps/article/view/10625>
25. Howlett HC, Bailey CJ. A risk-benefit assessment of metformin in type 2 diabetic mellitus. *Drug saf*. 1999;20:489-503. doi:10.2165/00002018-199920060-00003.
26. De Silva VA, Suraweera C, Ratnatunga SS, Dayabandara M, Wanniarachchi N, Hanwella R. Metformin in prevention and treatment of antipsychotic induced weight gain: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2016;16:341. doi:10.1186/s12888-016-1049-5.
27. Newall H, Myles N, Ward PB, Samaras K, Shiers D, Curtis J. Efficacy of metformin for prevention of weight gain in psychiatric populations. *Int Clin Psychopharmacol*. 2012;27(2):69-75. doi:10.1097/yic.0b013e32834d0a5b.
28. Boland CL, Harris JB, Harris KB. Pharmacological management of Obesity in pediatric patients. *Ann Pharmacother*. 2015;49:220-32. doi:10.1177/1060028014557859.
29. Geerling JJ, Boon MR, van der Zon GC, van den Berg SAA, van den Hoek AM, Lombes M, et al. Metformin lowers plasma triglycerides by promoting VLDL-triglyceride clearance by brown adipose tissue in mice. *Diabetes*. 2014;63:880-91. doi:10.2337/db13-0194.
30. Mannucci E, Ognibene A, Cremasco F, Bardini G, Mencucci A, Pierazzuoli E, et al. Effect of metformin on glucagon-like peptide 1 (GLP-1) and leptin levels in obese nondiabetic subjects. *Diabetes Care*. 2001;24:489-94. doi:10.2337/diacare.24.3.489.
31. รจนา จักรเมธากุล. ภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกเกิน ซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน [Metformin-associated lactic acidosis]. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*. 2561;8:147-51.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับ กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการเสพยาเสพติดของ นักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย จังหวัดชัยภูมิ

วันรับ : 10 เมษายน 2563

วันแก้ไข : 29 ตุลาคม 2563

วันตอบรับ : 30 ตุลาคม 2563

จุลจีรา จันทะมุงคุณ, ศษ.ม.¹, อติรัตน์ เหล่าคมพญาจารย์, รป.ด.²

ณัฐิกา ราชบุตร, กษ.ม.³

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ¹, คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ²

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการเสพยาเสพติดของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย จังหวัดชัยภูมิ

วิธีการ : เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 ในจังหวัดชัยภูมิ จำนวนสองโรงเรียน สุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยการจับสลากเป็นโรงเรียนกลุ่มทดลองและโรงเรียนกลุ่มเปรียบเทียบ นักเรียนตัวอย่างจากโรงเรียนกลุ่มทดลองได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์การวิจัย 55 คน เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ และนักเรียนตัวอย่างจากโรงเรียนกลุ่มเปรียบเทียบ 58 คนที่เข้าร่วมเฉพาะกิจกรรมที่ทางโรงเรียนจัดให้ตามปกติ ประเมินผลโดยแบบสอบถามทักษะชีวิตทั้ง 7 ด้านที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีค่าความเที่ยงอยู่ระหว่าง .87 - .90 เก็บข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Fisher's Exact Test, paired sample t-test และ independence sample t-test

ผล : กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าทักษะชีวิตทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ การตระหนักรู้ การปฏิเสธ การตัดสินใจและแก้ไขปัญหา การจัดการอารมณ์และความเครียด ความภาคภูมิใจ ความคิดสร้างสรรค์ และความรับผิดชอบ ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป : โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตฯ สามารถเพิ่มทักษะชีวิตในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลายของจังหวัดชัยภูมิได้ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมและนำไปประยุกต์ใช้ในสถานศึกษาอื่น เพื่อให้ให้นักเรียนได้เรียนรู้ทักษะชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อป้องกันการเสพยาเสพติดได้

คำสำคัญ : กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม นักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย โปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิต สารเสพติด

ติดต่อผู้นิพนธ์ : จุลจีรา จันทะมุงคุณ; e-mail: jungera2520@gmail.com

Original article

The effectiveness of life skills enhancement program with participatory learning to prevent substance abuse among senior primary school students in Chaiyaphum province

Received : 10 April 2020

Revised : 29 October 2020

Accepted : 30 October 2020

Jungera Janthamungkun, M.Ed.¹, Thitirat Laokhompruttajan, D.P.A.²,

Natika Rachabootr, M.Ed.³

Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University¹

Faculty of Political Science, Chaiyaphum Rajabhat University²

Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University³

Abstract

Objective: To study the effectiveness of life skills enhancement program with participatory learning to prevent substance abuse among senior primary school students in Chaiyaphum province.

Methods: This was a quasi-experimental study conducted in two senior primary schools in Chaiyaphum province. The schools were randomized to experimental and control schools. The students were selected according to research criteria. Fifty-five students from experimental school received a 7-week life skills enhancement program with participatory learning whereas 58 students from control school received regular class. The measurement tool was life skills questionnaire developed by the researchers which had validity of .87 - .90 in seven skill domains. Data were collected before and after the intervention and were analyzed using percentage, mean with standard deviation, Fisher's Exact Test, paired sample t-test and independence sample t-test.

Results: The life skill scores of the experimental group in all domains such as self-awareness, drug refusal, decision-making, problem solving, emotional and anxiety control, empathy, creative thinking and social responsibility, after receiving the program were significantly higher than before implementing the program and also higher than those of the control group ($p < .05$).

Conclusion: The life skills enhancement program with participatory learning to prevent substance abuse showed effectiveness among senior primary school students in Chaiyaphum province. The further and applied study should be considered in others schools to enhanced life skills and early prevention of substance abuse in early adolescents.

Keywords: life skills enhancement program, participatory learning process, senior primary school students, substance abuse

Corresponding author: Jungera Janthamungkun; e-mail: jungera2520@gmail.com

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาการแพร่ระบาดของสารเสพติด โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน ผู้ใช้สารเสพติดมากกว่าร้อยละ 50 เป็นเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 16 - 25 ปี คิดเป็นจำนวน 600,000 - 1,000,000 คน¹ จากการศึกษาปัญหาการใช้สารเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชน ระหว่าง พ.ศ. 2558 - 2560 ปัญหาที่พบมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการใช้สารเสพติด ตามลำดับ โดยเริ่มสูบบุหรี่และดื่มสุราครั้งแรกในช่วงอายุ 15 - 19 ปี เยาวชนในชนบทมีแนวโน้มเริ่มสูบบุหรี่เร็วกว่าเขตเมืองเล็กน้อย สาเหตุของการสูบบุหรี่และดื่มสุราเนื่องจากความสนุก ทำตามกลุ่มเพื่อน ความเหงา และความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต² ส่วนสารเสพติด ผิดกฎหมายพบว่าเด็กและเยาวชนเริ่มใช้ครั้งแรกในช่วงอายุ 15 - 25 ปี ประเภทของสารเสพติดที่มีสัดส่วนการใช้สูงที่สุดในช่วงปี 2556 - 2560 ได้แก่ ยาบ้า (ร้อยละ 39.8) รองลงมา ได้แก่ กัญชา (ร้อยละ 22.5) และ กาว/ทินเนอร์ (ร้อยละ 19.5)³ ตามลำดับ สาเหตุที่สำคัญของการใช้สารเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชน คือ การถูกชักชวนโดยเพื่อน ความอยากรู้อยากลอง การเลียนแบบเพื่อน ถูกเพื่อนผู้ใกล้ชิดบังคับและเร้าท้าทายให้ลองเสพ ตามลำดับ เพื่อนจึงมีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของเด็กและเยาวชนเป็นอย่างมาก ดังนั้นหากเด็กและเยาวชนขาดความตระหนัก ไม่มีผู้ให้คำปรึกษาชี้แนะแนวทางที่ดีก็ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ขาดทักษะการจัดการแก้ไข ปัญหา และแนวทางประพฤติดนที่เหมาะสม อาจส่งผลให้ไปใช้สารเสพติดและเกิดปัญหาทางสังคมตามมาได้⁴

ข้อมูลสถิติด้านการใช้สารเสพติดของเด็กและเยาวชน ในจังหวัดชัยภูมิ ระหว่าง พ.ศ. 2558 - 2560 พบว่าเด็กและเยาวชนเริ่มใช้สารเสพติดครั้งแรกในช่วงอายุระหว่าง 12 - 17 ปี ประเภทของสารเสพติดที่ใช้นั้น ได้แก่ ยาบ้า ยาไอซ์ กัญชา และสารระเหย (กาวและทินเนอร์) ตามลำดับ จังหวัดชัยภูมิได้ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยมีการณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ ควบคุมพื้นที่สาธารณะที่เป็นแหล่งมั่วสุม ลดปัจจัยเสี่ยงด้วยการจัดระเบียบสังคม และออกปฏิบัติการเร่งรัดเพื่อค้นหาผู้เสพยาเสพติด⁵ ซึ่งสอดคล้องกับ

แนวนโยบายของรัฐบาลด้านการป้องกันและปราบปรามสารเสพติด แม้ว่ามาตรการดังที่กล่าวมาจะทำให้จำนวนเยาวชนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดในปัจจุบันมีแนวโน้มลดลง แต่การป้องกันการใช้สารเสพติดในเยาวชนกลุ่มเสี่ยงยังคงมีความจำเป็นอย่างมาก ในช่วงที่มีการแข่งขันทางสังคมจำนวนเยาวชนที่ใช้สารเสพติดอาจลดลงได้โดยเร็ว และเมื่อใดที่สังคมลดการแข่งขันลง กลุ่มเยาวชนที่มีความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดก็สามารถเข้าสู่วงจรการเสพติดเพิ่มขึ้นได้⁶ ดังนั้นทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสนใจในการติดตามเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหา ป้องกันก่อนเริ่มใช้สารเสพติด เน้นการเสริมสร้างทักษะชีวิตและความเข้มแข็งทางใจให้กับเยาวชน ตั้งแต่ต้นจะได้ผลดีและคุ้มค่ากว่าการบำบัดรักษาหรือแก้ไขปัญหายาเสพติด ซึ่งใช้งบประมาณและทรัพยากรที่สูงกว่า

โปรแกรมการป้องกันสารเสพติดในเด็กและเยาวชน ได้มีการศึกษามาแล้วทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย⁷⁻¹⁰ และยืนยันถึงประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ที่สามารถทำให้เด็กอายุ 10 - 15 ปี ละเลิกการใช้สารเสพติดและส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติดได้ โดยการประยุกต์โปรแกรมทักษะชีวิตตามกรอบขององค์การอนามัยโลก¹¹ ร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยทักษะชีวิตที่สำคัญ ได้แก่ 1) ทักษะการตระหนักรู้ในตนเอง 2) ทักษะการปฏิเสธ 3) ทักษะการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา 4) ทักษะการจัดการอารมณ์และความเครียด 5) ความภาคภูมิใจในตัวเอง 6) ความคิดสร้างสรรค์ และ 7) ความรับผิดชอบทางสังคม

ดังนั้น เพื่อเป็นการเสริมสร้างศักยภาพของเยาวชน ตั้งแต่ระยะต้นให้สามารถป้องกันตัวเองจากสารเสพติด ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตตามกรอบขององค์การอนามัยโลก¹¹ และกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม¹² ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและมีกระบวนการสร้างความรู้ให้เกิดขึ้นด้วยตัวของผู้เรียนเอง ส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถปรับตัวและต่อสู้กับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อนตนเอง ช่วยให้ได้รับประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับชีวิตจริงและก่อให้เกิดภูมิคุ้มกันต่อปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวเองได้¹³ จึงเหมาะที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในการ

สอนทักษะชีวิตให้แก่ผู้เรียนเพื่อพัฒนาทักษะการเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาต่าง ๆ ในสังคม และเป็นเกราะป้องกันตนเองจากสิ่งยั่วเย้าต่าง ๆ โดยเฉพาะสารเสพติด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลเบื้องต้นของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการเสพยาเสพติดของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลายในจังหวัดชัยภูมิ

วิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) โดยออกแบบการวิจัยแบบ 2 กลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (pre-test, post-test control group design) ประชากร ได้แก่ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 ของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาชัยภูมิ เขต 1 จำนวน 284 โรงเรียน (17,546 คน)¹⁴ กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 ของโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาชัยภูมิ เขต 1 จำนวน 2 โรงเรียน ที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป G Power Version 3.1.9.2 โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบจากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้น้อยที่สุดที่ระดับร้อยละ 80 กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = .05$ กำหนดค่าอิทธิพลสำหรับการทดสอบด้วยสถิติ t-test ในระดับกลางที่ระดับ .50 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างต่ำ 102 คน และทดสอบความแปรปรวนจากการวัดซ้ำกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบจากค่ามาตรฐานที่ระดับ .80 กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = .05$ กำหนดอิทธิพลสำหรับการทดสอบค่าสถิติ ANOVA repeated measures ในระดับกลางที่ระดับ .25 สำหรับการวัดสามครั้ง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างต่ำ 82 คน ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างอย่างต่ำในการศึกษานี้อยู่ระหว่าง 82-102 คน เนื่องจากการวิจัยนี้ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ เพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 113 คน โดยเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นนักเรียน

ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 ที่ไม่เคยใช้สารเสพติด และผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออกคือ มีโรคประจำตัวที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมได้ สม่่าเสมอ และเกณฑ์ยุติการเข้าร่วมการศึกษาคือ กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 2 ครั้ง หรือขอถอนตัวออกจากการวิจัย

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มโรงเรียนแบบง่าย ด้วยการจับสลากเพื่อเลือกโรงเรียนที่เป็นกลุ่มทดลอง (55 คน) กำหนดให้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิต และโรงเรียนกลุ่มควบคุม (58 คน) เข้าร่วมเฉพาะกิจกรรมที่ทางโรงเรียนจัดให้ตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ พักอาศัยอยู่กับใคร นิัยส่วนตัว ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย อาชีพหลักของผู้ปกครอง ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจผู้ที่เข้าไปปรึกษาเมื่อเกิดปัญหา สมาชิกในครอบครัวและมีเพื่อนสนิทที่มีประวัติการใช้สารเสพติด และส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามทักษะชีวิต 7 ด้าน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยยึดตามกรอบขององค์การอนามัยโลก¹¹ ประกอบด้วย 1) การตระหนักรู้ในตนเอง 2) ทักษะการปฏิเสธ 3) การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา 4) การจัดการอารมณ์และความเครียด 5) ความภาคภูมิใจในตัวเอง 6) ความคิดสร้างสรรค์ และ 7) ความรับผิดชอบทางสังคม โดยแบบสอบถามแต่ละด้านเป็นคำถามแบบปรนัยให้เลือกตอบตามสถานการณ์ที่กำหนด มี 4 ตัวเลือกด้านละ 5 ข้อ คะแนนเต็มด้านละ 15 คะแนน รวม 105 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ถ้าเลือกตัวเลือกที่แสดงการเลือกสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือเป็นผลดีต่อตนเองพร้อมกับแสดงเหตุผลที่เหมาะสมได้ 3 คะแนน ถ้าเลือกตัวเลือกที่แสดงการเลือกสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือเป็นผลดีต่อตนเองแต่ไม่แสดงเหตุผลหรือแสดงเหตุผลไม่เหมาะสมได้ 2 คะแนน และถ้าเลือกตัวเลือกที่แสดงการเลือกสิ่งที่ไม่เป็นประโยชน์หรือไม่เป็นผลดีต่อตนเองได้ 1 คะแนน

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

เพื่อป้องกันการเสพยาเสพติด ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากโปรแกรมทักษะชีวิตของ Huang CM และคณะ⁷ และวุฒิไกร ศักดิ์สุรกันต์⁹ และหลักการกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรม ดังนี้ 1) ศึกษาค้นคว้าตำราเอกสาร แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 2) สังเคราะห์และกำหนดขอบเขตของเนื้อหา 3) กำหนดกิจกรรมที่มุ่งเน้นทักษะชีวิตแบบมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการกลุ่ม และ 4) จัดทำร่างโปรแกรมฯ หลังจากนั้นตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมและความสอดคล้องของชุดการสอนโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาและรูปแบบการฝึกทักษะ โดยเครื่องมือทั้ง 2 ชุด ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ตั้งแต่ .50 ขึ้นไป และมีการแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิในประเด็นเรื่องภาษาที่เข้าใจง่ายและสถานการณ์ควรเป็นสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และได้ปรับแก้ไขแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติดตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมฯ โดยใช้สูตรของ Cronbach: ค่าความเที่ยง โดยวิธีวัดความคงที่ภายใน ด้วยสถิติ Cronbach's alpha coefficient¹⁵ นำแบบสอบถามทักษะชีวิตฯ ไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 ในจังหวัดชัยภูมิ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ 1) การตระหนักรู้ (.89) 2) ทักษะการปฏิเสธ (.88) 3) การตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหา (.90) 4) การจัดการอารมณ์และความเครียด (.87) 5) ความภาคภูมิใจในตนเอง (.88) 6) ความคิดสร้างสรรค์ (.87) และ 7) ความรับผิดชอบ (.89)

วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคล นำมาแจกแจงความถี่ วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test และ independent t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ paired sample t-test โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk พบว่าตัวแปรทุกตัว

มีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ independence sample t-test โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยใช้สถิติ Kolomogorov-Smirnov พบว่าตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เลขที่ 7/2563

ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นนักเรียนหญิง พักอาศัยกับบิดามารดา ได้รับเงินจากผู้ปกครองเป็นค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่วันละไม่เกิน 100 บาท ซึ่งเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในแต่ละวัน ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและเกษตรกร ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจในชีวิตประจำวันส่วนใหญ่เป็นเรื่องทะเลาะกับเพื่อนและสอบไม่ผ่าน ข้อมูลที่แตกต่างกันคือ นิสัยส่วนตัวของนักเรียนโดยกลุ่มทดลองเกือบครึ่งมีความเชื่อมั่นในตนเอง เชื่อฟังคำสั่งสอนของพ่อแม่และมีสัมมาคารวะ แต่กลุ่มเปรียบเทียบมีความเชื่อมั่นในตนเองสูง รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น และเมื่อมีปัญหา มักจะหงุดหงิดง่าย กลุ่มทดลองมีบิดาและพี่ชายใช้สารเสพติดจำนวน 3 คน (ร้อยละ 5.4) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีบิดาใช้สารเสพติด จำนวน 3 คน (ร้อยละ 5.1) กลุ่มทดลองไม่มีเพื่อนใช้สารเสพติด ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีเพื่อนสนิทจำนวน 1 คน เคยใช้สารเสพติด (ร้อยละ 1.7) อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยจำแนกตามเพศ การพักอาศัยร่วมกัน ความเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในแต่ละวัน อาชีพหลักของผู้ปกครอง ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจ นิสัยส่วนตัว การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนสนิท โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) และจำแนกตามค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากผู้ปกครอง

โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

ค่าทักษะชีวิตทั้ง 7 ด้านของนักเรียนกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงทักษะชีวิตไปในทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ค่าเฉลี่ยทักษะชีวิตทั้ง 7 ด้านของนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงทักษะชีวิตไปในทางที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

วิจารณ์

โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการเสพยาเสพติดของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย จังหวัดชัยภูมิ พบว่ากลุ่มนักเรียนหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการเปลี่ยนแปลงทักษะชีวิตดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มนักเรียนที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ ดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 7 ด้าน

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยของทักษะชีวิต 7 ด้านของกลุ่มทดลองเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (N = 55 คน)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t-value	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
การตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับสารเสพติด	6.95	1.56	8.91	0.87	10.26	< .001
ทักษะการปฏิเสธ	8.95	1.78	9.73	0.65	4.08	< .001
การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา	7.64	0.16	9.64	0.80	12.58	< .001
การจัดการอารมณ์และความเครียด	5.46	1.51	8.00	1.12	13.55	< .001
ความภาคภูมิใจในตัวเอง	7.38	1.53	8.82	1.02	7.62	< .001
ความคิดสร้างสรรค์	7.75	1.41	9.24	0.80	8.20	< .001
ความรับผิดชอบทางสังคม	10.04	1.70	11.51	0.69	7.07	< .001
รวมทักษะชีวิต 7 ข้อ	7.74	1.46	9.41	1.09	9.05	< .001

ทักษะด้านการตระหนักรู้ในตนเอง กลุ่มทดลองมีทักษะชีวิตด้านการตระหนักรู้ในตนเองดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากกิจกรรม “รู้ไว้...ไม่เสียใจ” เป็นกิจกรรมที่จัดอยู่ในองค์ประกอบของทักษะชีวิตด้านจิตพิสัยหรือเจตคติโดยใช้กิจกรรมกลุ่มแบบมีส่วนร่วม มีจุดประสงค์เพื่อให้นักเรียนตระหนักในปัญหาที่เกิดจากการใช้สารเสพติดที่อาจส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว บุคคลใกล้ชิดและสังคม หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นกิจกรรมที่ต้องการให้นักเรียนเกิดความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับโทษของการเสพยาเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก¹¹ ที่กล่าวว่า การสอนทักษะชีวิตหรือการเสริมสร้างทักษะชีวิต คือ การกระทำ การจัดสถานการณ์หรือกิจกรรมให้บุคคลได้มีการเรียนรู้และฝึกการใช้ทักษะชีวิตให้เกิดทักษะความชำนาญและนำไปแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดการแสดงออกของพฤติกรรมและพัฒนาการที่ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของวุฒิไกร ศักดิ์สุรกันต์⁹ ที่ประยุกต์โปรแกรมทักษะชีวิตเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติดของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ในอำเภอเมืองชลบุรี พบว่านักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการเปลี่ยนแปลงทักษะชีวิตด้านตระหนักรู้ตนเองไปในทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองเช่นกัน

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยทักษะชีวิต 7 ด้านเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (N = 55)		กลุ่มเปรียบเทียบ (N = 58)		t-value	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
การตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับสารเสพติด						
ก่อนการทดลอง	6.95	1.56	6.48	1.53	1.41	.16
หลังการทดลอง	8.91	.87	7.37	1.51	5.87	< .001
ทักษะการปฏิเสธ						
ก่อนการทดลอง	8.95	1.78	8.41	2.44	1.18	.24
หลังการทดลอง	9.73	.65	8.55	2.10	3.56	< .001
การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา						
ก่อนการทดลอง	7.64	1.13	6.88	1.57	2.60	.01
หลังการทดลอง	9.64	.80	7.37	1.34	9.67	< .001
การจัดการอารมณ์และความเครียด						
ก่อนการทดลอง	5.46	1.51	5.27	1.69	0.54	.58
หลังการทดลอง	8	1.12	6.18	1.53	6.34	< .001
ความภาคภูมิใจในตัวเอง						
ก่อนการทดลอง	7.35	1.53	6.81	1.34	1.75	.08
หลังการทดลอง	8.82	1.02	7.30	1.31	5.87	<0.001
ความคิดสร้างสรรค์						
ก่อนการทดลอง	7.75	1.41	8.16	1.23	-1.43	.15
หลังการทดลอง	9.24	.8	8.25	1.07	4.91	< .001
ความรับผิดชอบทางสังคม						
ก่อนการทดลอง	10.04	1.70	10	1.71	.12	.90
หลังการทดลอง	11.51	.69	10	1.71	9.67	< .001

ทักษะด้านการปฏิเสธ กลุ่มทดลองมีทักษะชีวิตด้านทักษะการปฏิเสธดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกิจกรรม “ทักษะการปฏิเสธ” ที่เน้นการทำความเข้าใจและฝึกปฏิบัติจริงในสถานการณ์จำลองร่วมกับผู้อื่น มีจุดประสงค์เพื่อให้นักเรียนมีทักษะในการปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดและเป็นอันตรายต่อตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของสายสุตา สุพรรณทอง²⁰ ที่กล่าวว่า เทคนิคปฏิเสธ

เมื่ออยู่ในสถานการณ์เสี่ยงให้ใช้การปฏิเสธอย่างจริงจังทั้งท่าทาง คำพูดและน้ำเสียง ใช้ความรู้สึกเป็นข้ออ้างประกอบเหตุผลด้วย เช่น ไม่สบาย หมอสั่งห้าม ไปไม่ได้หรอก ไม่ชอบ และให้ออกจากสถานการณ์นั้นโดยเร็ว และสอดคล้องกับงานวิจัยของปิยพร สิงห์คำ และคณะ²¹ ที่ศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา พบว่านักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และทักษะในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดีขึ้น

ทักษะการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา กลุ่มทดลองมีทักษะชีวิตด้านการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกิจกรรม “การตัดสินใจและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้ากรณีเจอสถานการณ์ที่เสี่ยง” เป็นกิจกรรมที่เน้นความเข้าใจการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าและการปฏิบัติเพื่อตัดสินใจในกรณีอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม เป็นกิจกรรมที่ต้องการให้นักเรียนสามารถตัดสินใจและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างเหมาะสมเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติด สอดคล้องกับแนวคิดของดุซงกี นรศาตวัต²² ที่กล่าวว่า การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาเป็นการเลือกโดยผ่านกระบวนการตัดสินใจด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมและไม่เสี่ยงต่อการเกิดอันตราย และสอดคล้องกับงานวิจัยของสุพัตรา สุขาวท และคณะ²³ ที่พบว่าต้นแบบในการป้องกันการเสพยาเสพติดในเยาวชนกลุ่มเสี่ยงด้านทักษะการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาส่งผลให้เยาวชนเกิดความเข้าใจสามารถนำไปใช้ป้องกันตนเองได้และส่งผลในการดำเนินงานด้านการป้องกันสารเสพติดที่มีประสิทธิภาพ

ทักษะการจัดการอารมณ์และความเครียด กลุ่มทดลองมีทักษะชีวิตด้านการจัดการอารมณ์และความเครียดดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การฝึกผ่านกิจกรรม “การแสดงออกทางอารมณ์และการจัดการกับความเครียด” นักเรียนจะได้ฝึกการประเมินสภาพอารมณ์ของตนเองและผู้อื่นรวมถึงร่วมกันหาวิธีการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ เป็นกิจกรรมที่ต้องการให้นักเรียนสามารถรับรู้อารมณ์หรือความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น มีแนวทางในการจัดการกับอารมณ์หรือความเครียดเกี่ยวกับปัญหาด้านสารเสพติดได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข²⁴ ที่กล่าวว่า การจัดการกับอารมณ์และความเครียดเป็นความสามารถในการประเมินอารมณ์และทำทันอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมและรู้สาเหตุของความเครียด รู้วิธีการควบคุม

ระดับของความเครียด รู้วิธีผ่อนคลายและหลีกเลี่ยงสาเหตุ พร้อมทั้งเบี่ยงเบนพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ สอดคล้องกับงานวิจัยของยชญ์วรินทร์ จรบุรณย์²⁵ ที่พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางอารมณ์สามารถลดความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นได้

ทักษะความภาคภูมิใจในตัวเอง กลุ่มทดลองมีทักษะชีวิตด้านความภาคภูมิใจในตัวเองดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากกิจกรรม “ความภาคภูมิใจในตนเอง” จัดขึ้นเพื่อให้นักเรียนมีความรู้สึกเกิดความภาคภูมิใจในตนเองเกี่ยวกับความสามารถด้านต่าง ๆ และเป็นภูมิคุ้มกันทางจิตใจในการป้องกันปัญหาสารเสพติดที่อาจเข้ามาเกี่ยวข้องกับนักเรียนในสถานะต่าง ๆ โดยไม่ได้คาดคิด สอดคล้องกับแนวคิดของ Dryden²⁶ ที่กล่าวว่า ความภาคภูมิใจในตนเองเป็นการยอมรับนับถือตนเองอย่างไม่มีเงื่อนไข เป็นผลมาจากความเชื่อในทางที่ดี คือเชื่อว่าคนเรามีโอกาสผิดพลาดได้ รู้จักยืดหยุ่นกับสิ่งต่าง ๆ ว่าไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามความต้องการของตนเองเสมอไป รวมทั้งยอมรับกับอารมณ์ผิดหวังเสียใจที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของจุลจิรา จันทะมุงคุณ²⁷ ที่ศึกษาโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชน ตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าเยาวชนมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมความตั้งใจปฏิบัติตนและความภาคภูมิใจในตนเองเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ดีขึ้น

ทักษะความคิดสร้างสรรค์ กลุ่มทดลองมีทักษะชีวิตด้านความคิดสร้างสรรค์ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกิจกรรม “ความคิดสร้างสรรค์ด้านการแก้ไขปัญหาสารเสพติด” ได้จัดให้นักเรียนได้ร่วมอภิปรายและร่วมวางแผนเพื่อแก้ไขหรือป้องกันปัญหาสารเสพติดที่อาจส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว บุคคลใกล้ชิดและสังคม ช่วยส่งเสริมให้นักเรียนเป็นผู้ที่มีความคิดสร้างสรรค์เพื่อการป้องกันสารเสพติดเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Anderson²⁸ ที่กล่าวว่า ความคิดสร้างสรรค์คือ ความสามารถของบุคคลในการคิด

แก้ปัญหาด้วยการคิดอย่างลึกซึ้งซึ่งหนีไปจากการคิดอย่างปกติธรรมดา เป็นลักษณะภายในตัวบุคคลที่สามารถคิดได้หลายแง่หลายมุม ผสมผสานจนได้ผลผลิตใหม่ที่ต้องการสมบูรณ์กว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของกนก พานทอง และคณะ²⁹ ที่ศึกษาในนักศึกษาระดับอาชีวศึกษาและพบว่าการพัฒนาทักษะชีวิตด้านทักษะทางปัญญาอย่างมีวิจารณ์ญาณสามารถเพิ่มทักษะชีวิตด้านความคิดสร้างสรรค์ของนักศึกษาได้

ทักษะความรับผิดชอบทางสังคม กลุ่มทดลองมีทักษะชีวิตด้านความรับผิดชอบทางสังคมดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ในกิจกรรม “หน้าที่ของเยาวชนต่อสังคม” ได้จัดให้นักเรียนได้ร่วมแสดงความคิดเห็นว่าตนเองจะปฏิบัติตนในฐานะเยาวชนที่ดีและแสดงความรับผิดชอบต่อสังคมเพื่อป้องกันปัญหาที่เกิดจากการใช้สารเสพติดอย่างไร เป็นกิจกรรมที่ทำให้นักเรียนเกิดความตระหนักต่อหน้าที่หรือความรับผิดชอบหน้าที่ของตนเองต่อสังคมเกี่ยวกับปัญหาสารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของกรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ³⁰ ที่กล่าวว่าความรับผิดชอบต่อสังคมหรือส่วนรวมเป็นความรับผิดชอบของตนเองที่มีต่อครอบครัว โรงเรียน ชุมชนและสังคม ซึ่งเป็นพฤติกรรมสำคัญที่ควรปลูกฝังเพื่อพัฒนาคนให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น และงานวิจัยของ สุรัตน์ เพชรนิล และคณะ³¹ พบว่าการพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสังคมของนักศึกษาโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ที่ประกอบด้วยการจัดการเรียนรู้แบบใช้ปัญหาและโครงการเป็นฐาน การปฏิบัติการเพื่อรับใช้สังคมและการสะท้อนคิด พบว่านักศึกษาที่เข้าร่วมกิจกรรมมีระดับความรับผิดชอบต่อสังคมสูงขึ้น

ในส่วนของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตด้านการป้องกันการเสพยาเสพติดสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย เป็นการสร้างความรู้สึกให้คล้อยตามไปกับเรื่องที่เรียน พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อสิ่งนั้น ๆ เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น ถือเป็นการเชื่อมความสัมพันธ์อันดีและเชื่อมโยงเนื้อหาในการสอนได้ ใช้สื่อและกิจกรรม

ที่หลากหลายเพื่อให้ผู้เรียนเกิดความสนใจ สนุกสนาน ได้รับความรู้และคล้อยตามไปกับเรื่องที่เรียน ส่งเสริมให้ผู้เรียนนำสิ่งที่ได้เรียนรู้มาวิเคราะห์ผ่านกระบวนการกลุ่ม ทำให้ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกของตนเองแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม ได้เรียนรู้ถึงความรู้สึกของผู้อื่นที่หลากหลายและต่างไปจากตนเอง ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขึ้น แล้วสรุปทั้งหมดจากสิ่งที่เรียนมาจนเกิดความคิดรวบยอด และขั้นสุดท้ายเป็นการประยุกต์แนวคิด เพื่อผู้เรียนได้ฝึกทักษะต่าง ๆ ที่ได้จากการเรียนรู้ จนเกิดเป็นทักษะของตนเองและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ จะเห็นได้ว่ากระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสามารถช่วยพัฒนาโปรแกรมทักษะชีวิตฯ ในการป้องกันปัญหาสารเสพติดได้ ซึ่งในการจัดการเรียนรู้ นอกจากผู้เรียนจะได้รับความรู้และทักษะชีวิตด้านการป้องกันตนเองจากสารเสพติดแล้ว ผู้เรียนยังได้รับการปลูกฝังด้านเจตคติและพัฒนาการเรียนรู้ไปพร้อม ๆ กัน จึงถือได้ว่าเป็นการพัฒนาทักษะชีวิตที่สมบูรณ์ สอดคล้องกับงานวิจัยของอานนท์ พิงสาย³² ที่พบว่าผลการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทำให้นักเรียนมีเจตคติในการเรียนอยู่ในระดับสูงและพฤติกรรมของนักเรียนอยู่ในระดับดี

อย่างไรก็ตามการควบคุมคุณภาพในเชิงทักษะของผู้นำกลุ่มเป็นสิ่งสำคัญที่ควรได้รับการสนับสนุนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และควรมีการติดตามผลในระยะยาวถึงความคงอยู่ของทักษะชีวิตด้านการป้องกันสารเสพติดนี้ การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ศึกษาเฉพาะกลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย จังหวัดชัยภูมิเท่านั้น ผลการศึกษาจึงยังไม่สามารถอ้างอิงประชากรในพื้นที่อื่นได้ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมและนำไปประยุกต์ใช้ในสถานศึกษาอื่น เพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ทักษะชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อป้องกันการเสพยาเสพติดได้

สรุป

โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการเสพยาเสพติดของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย จังหวัดชัยภูมิ เป็นกิจกรรมเสริมหลักสูตรในรูปแบบบูรณาการที่เน้นการเรียนรู้

ทักษะชีวิตแบบมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการกลุ่มในช่วงกิจกรรมทุกวันศุกร์จำนวน 7 ครั้ง เน้นทักษะชีวิต 7 ด้าน ได้แก่ การตระหนักรู้ การปฏิเสธ การตัดสินใจและแก้ไขปัญหา การจัดการอารมณ์และความเครียด ความภาคภูมิใจฯ ความคิดสร้างสรรค์ และความรับผิดชอบ พบว่ากลุ่มนักเรียนที่ได้รับโปรแกรมฯ มีทักษะชีวิตทั้ง 7 ด้านดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการ คุณครูและนักเรียนโรงเรียนบ้านหนองหญ้าปล้องและโรงเรียนบ้านนาฝาย ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย

ความรู้เดิม : การป้องกันปัญหาการเสพยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนเป็นสิ่งสำคัญ ถือเป็นการเสริมสร้างศักยภาพของเยาวชนตั้งแต่ระยะต้นให้สามารถป้องกันตัวเองจากสารเสพติดได้

ความรู้ใหม่ : โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มทักษะชีวิตทั้ง 7 ด้าน เพื่อป้องกันปัญหาสารเสพติดของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานศึกษาอื่น เพื่อให้นักเรียนได้เรียนรู้ทักษะชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถนำไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักยุทธศาสตร์ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2558-2562 [Strategic plan for drug prevention and solution 2015-2019]. กรุงเทพฯ: สำนักงาน; 2554.
2. ชูชัย ศุภวงศ์, สุกกร บัวสาย, จิตสิริ ธนภัทร. วิวัฒนาการของการควบคุมการบริโภคยาสูบในเมืองไทย [The evolution of tobacco control in Thailand]. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย; 2542.
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์และแนวโน้มของปัญหาสุขภาพในแต่ละกลุ่มอายุ [Situations and trends of health problems in each age group]. กรุงเทพฯ: กรม; 2561.
4. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์. ปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชน [Problems of drug epidemic among children and youth]. กรุงเทพฯ: สถาบัน; 2559.
5. กลุ่มงานข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานจังหวัดชัยภูมิ. สถิตินักเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดชัยภูมิ [Primary school student statistics, Chaiyaphum province.]. ชัยภูมิ: สำนักงาน; 2562.
6. วินัดดา ปิยะศิลป์, พนม เกตุมาน. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น [Child and adolescent psychiatry]. กรุงเทพฯ: ปิยอนต์เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2545.
7. Huang CM, Chien LY, Cheng CF, Guo JL. Integrating life skills in to a theory-based drug-use prevention program: effectiveness among junior high students in Taiwan. J Sch Health. 2012;82(7):328-35. doi:10.1111/j.1746-1561.2012.00706.x.
8. O'Neill JM, Clark JK, Jones JA. Promoting mental health and preventing substance abuse and violence in elementary students: a randomized control study of the Michigan model for health. J Sch Health. 2011;81(6):320-30. doi:10.1111/j.1746-1561.2011.00597.x.
9. วุฒิไกร ศักดิ์สุรกันต์. ประสิทธิภาพการประยุกต์โปรแกรมทักษะชีวิตเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติดของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ในอำเภอเมืองชลบุรี [Effectiveness of applied life skill program for promoting health behavior to prevention substance abuse among primary school students in Muaeng district, Chonburi province]. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2558;24:612-20.

10. ศิริพร รุ่งสุวรรณ, นิตยา ตากวิริยะนันท์, วณิดา ทองใบ. ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตเพื่อลดการดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นนอกระบบการศึกษาที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ จังหวัดนครนายก [The effect of a life-skills training program for reducing alcohol use among out-of-school adolescents in Nakhonnayok province]. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2562;33:162-77.
11. World Health Organization. Life skills education in school. Geneva: World Health Organization; 1997.
12. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม [Participatory learning]. นนทบุรี: สำนัก; 2545.
13. บุญเชิด ภัฏญอนันตพงษ์. การเรียนรู้แบบสร้างสรรค์สร้างความรู้ [Creative learning]. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ; 2540.
14. สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาชัยภูมิ เขต 1. ข้อมูลนักเรียน [Student information]. ชัยภูมิ: สำนักงาน; 2561.
15. Cronbach, Lee J. Essentials of psychological testing. 5th ed. New York: Harper & Row; 1990.
16. สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์. รู้ไว้ไม่เสียใจ [Know that I'm not sorry] [วีดิทัศน์]. เชียงใหม่: สถาบัน; 2561.
17. สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE. เป็นหนึ่งไม่พึ่งยา [Being one does not rely on medicine] [วีดิทัศน์]. นนทบุรี: สำนักงาน; 2561.
18. สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. เธอคือพลังอันยิ่งใหญ่ [You are a great power] [วีดิทัศน์]. กรุงเทพฯ: สำนักงาน; 2561.
19. ธนวรรณ ทองจันทร์. หน้าที่ของเยาวชนที่มีต่อสังคมและประเทศชาติ [The duty of youth to society and the nation] [วีดิทัศน์]. สระบุรี: โรงเรียนสระบุรีวิทยาคม; 2553.
20. สายสุดา สุพรรณทอง. เทคนิคปฏิเสธ [Technical rejection]. นครราชสีมา: โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์; 2562.
21. ปิยพร สิงห์คำ, สามารถ ใจเตี้ย, สิวลี รัตนปัญญา. การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดพะเยา [Promoting self-efficacy in refusing to drink alcohol of secondary school students, Phayao province]. วารสารควบคุมโรค. 2563;46:42-51.
22. ดุษฎี นรศาสตร์. การแก้ปัญหาและการตัดสินใจ [Problem solving and decision making]. นครสวรรค์: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3; 2561.
23. สุพัตรา สุขาวท, มานพ คณะโต. การพัฒนาต้นแบบความรู้ในการป้องกันการใช้สารเสพติดในเยาวชนกลุ่มเสี่ยง [Developing drugs abuse prevention model for adolescence]. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน. 2557;2: 245-62.
24. กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. การจัดการกับอารมณ์และความเครียด [The management with emotions and stress]. กรุงเทพฯ: กอง; 2562.
25. ยชญ์วินทร์ จรบุรมย์. ผลของการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางอารมณ์เพื่อลดความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น [Effect of the resilience enhancement program on reduced stress of students secondary school]. วารสารกองการพยาบาล. 2560;44:103-15.
26. Dryden G, Vos J. The Learning revolution. Auckland: The learning Web; 1997.
27. จุลจิรา จันทะมุงคุณ. ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชน ตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ [The effects of the ability development program and social support on smoking prevention of the youth groups in Ban-yang sub-district, Muang district, Buriram province]. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2561;21:35-47.
28. Anderson JE. Public policy - making. New York: Praeger; 1975.
29. กนก พานทอง, ภัทราวดี มากมี, ปริญญญา เรืองทิพย์, ประวิทย์ ทองไชย, ปิยะทิพย์ ประดุจพรม. การพัฒนาทักษะชีวิตด้านทักษะทางปัญญาอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษา [The development of life skills in critical cognitive skills of student in the vocational school]. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2562;27(3):10-22.
30. กรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ. หลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน [Basic education course]. กรุงเทพฯ: กรม; 2545.

31. สุรัตน์ เพชรนิล, ศิริณา จิตต์จรัส. การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสังคมของนักศึกษา ระดับอุดมศึกษา [A development of learning activities for university students social responsibility enhancement]. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย. 2561;10:194-210.
32. อานนท์ พึ่งสาย. ผลของการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่มีต่อเจตคติในการเรียนของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 [The results of participatory learning management on the attitude of Matthayomsuksa 5 students]. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย. 2557;6:233-45.

ภาคผนวก

โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการเสพยาเสพติด

เป็นกิจกรรมเสริมหลักสูตรในรูปแบบบูรณาการที่เน้นการเรียนรู้ทักษะชีวิตแบบมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการกลุ่มในชั่วโมงกิจกรรมทุกวันศุกร์จำนวน 7 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง (เวลา 14.00 - 15.00 น.) เป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 การตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับสารเสพติด

กิจกรรมที่ 1 การละลายพฤติกรรม ด้วยเกม “น้องชื่ออะไร ลมเพลมพัดและกระดาศหรรษา”

กิจกรรมที่ 2 ดูวิดีโอ “รู้ไว้...ไม่เสียใจ” (เกี่ยวกับโทษของ สารเสพติด)¹⁶ ให้นักเรียนตอบว่าได้อะไรจากวิดีโอ ให้ทำกิจกรรมตาม ใบงานที่ 1 ให้นักเรียนบอกจุดเด่น สิ่งที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ จุดด้อยหรือสิ่งที่ต้องปรับปรุงของตนเอง คนละ 2-3 ข้อ

กิจกรรมที่ 3 แบ่งกลุ่มเป็น 5 กลุ่ม โดยให้แต่ละกลุ่มดูภาพ ตัวอย่าง 10 ภาพ นักเรียนร่วมอภิปรายและสรุปแนวคิดและความเสี่ยงต่อการชักจูงให้ไปใช้สารเสพติด

ครั้งที่ 2 ทักษะการปฏิเสธ

กิจกรรมที่ 1 นำเข้าสู่บทเรียนด้วยเกมประกอบเพลง “ปรบมือ หัวเราะ กระตืบเท้า 5 ครั้ง และบริหารสมอง”

กิจกรรมที่ 2 บรรยายหลักการปฏิเสธ การเตือนเพื่อนและแสดงบทบาทสมมติ “ทักษะการปฏิเสธ” ให้นักเรียนดูตัวอย่าง

กิจกรรมที่ 3 ให้ความรู้และงานกลุ่มตามใบงานพร้อมทั้งแสดงบทบาทสมมติ โดยให้สถานการณ์ที่ 1 - 3 ทักษะในการปฏิเสธการสูบบุหรี่ การดื่มสุราและการใช้สารเสพติด

ครั้งที่ 3 การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา

กิจกรรมที่ 1 การนำเข้าสู่บทเรียนด้วยเพลง “เป็นหนึ่งในหนึ่ง”¹⁷ ของชมรม To Be Number One

กิจกรรมที่ 2 จำลองสถานการณ์ตัวอย่างที่มีเพื่อนชวนให้หนีเรียนเพื่อไปทำกิจกรรม ได้แก่ เล่นเกมร้านอินเทอร์เน็ต ขับรถแว่น และเที่ยวห้างสรรพสินค้า โดยแบ่งนักเรียนเป็น 7 กลุ่ม ให้แสดงความคิดเห็นในกลุ่ม

กิจกรรมที่ 3 ให้นักเรียนแต่ละกลุ่มนำเสนอหน้าชั้นเรียนและรับฟังข้อเสนอแนะจากเพื่อนและวิทยากร

ครั้งที่ 4 การจัดการอารมณ์และความเครียด

กิจกรรมที่ 1 นำเข้าสู่บทเรียนด้วยเกมประกอบเพลง “หากว่าเรากำลังสบาย ขอเข้าไปหน่อยนะและผู่วานร”

กิจกรรมที่ 2 ให้นักเรียนดูภาพการแสดงออกของอารมณ์และแสดงความรู้สึกว่าเป็นอย่างไร

กิจกรรมที่ 3 ให้นักเรียนบอกประโยชน์ของการรับรู้อารมณ์/ความรู้สึกของตนเอง/ผู้อื่นและแนวทางในการจัดการกับความเครียด โดยการนำเสนอหน้าชั้นเรียน

ครั้งที่ 5 ความภาคภูมิใจในตัวเอง

กิจกรรมที่ 1 ละลายพฤติกรรมด้วยเกม “ท่องสูตรคูณ/เขว่นอับและรักนะ-จะบ้าเธอ”

กิจกรรมที่ 2 ให้นักเรียนคิดสัญลักษณ์ที่บ่งบอกถึงตัวเอง คนละ 1 สัญลักษณ์ จากนั้นให้วาดภาพลงในกระดาษ พร้อมนำเสนอให้เพื่อนในกลุ่มรับฟัง

กิจกรรมที่ 3 ให้นักเรียนเขียนคำขวัญประจำตัวและสิ่งที่ตนเองรู้สึกภาคภูมิใจลงใต้ภาพและนำเสนอหน้าห้องพร้อมสรุปความคิดร่วมกัน

ครั้งที่ 6 ความคิดสร้างสรรค์

กิจกรรมที่ 1 นำเข้าสู่บทเรียนด้วยเกมประกอบเพลง “เธอคือพลังอันยิ่งใหญ่”¹⁸ ของชมรม To Be Number One

กิจกรรมที่ 2 แบ่งกลุ่มนักเรียน กลุ่มละ 8 - 10 คน แจกใบงานที่ 1 สมมติว่านักเรียนทุกคนเป็นครูใหญ่ของโรงเรียนหรือผู้ที่มีหน้าที่ด้านการป้องกันยาเสพติดในพื้นที่จะแก้ปัญหาเสพติดอย่างไร ให้ร่วมอภิปรายและนำเสนอในกลุ่มย่อย

กิจกรรมที่ 3 ให้นักเรียนแต่ละกลุ่มทำใบงานที่ 2 โดยให้ร่วมอภิปรายในประเด็นหากคนที่นักเรียนรู้จัก เช่น เพื่อน พ่อแม่และญาติพี่น้องไปข้องเกี่ยวกับยาเสพติดนักเรียนจะอย่างไร ให้นำเสนอหน้าชั้นเพื่อรับฟังข้อเสนอแนะจากเพื่อนและวิทยากร

ครั้งที่ 7 ความรับผิดชอบทางสังคม

กิจกรรมที่ 1 นำเข้าสู่บทเรียนด้วยเกม “เรียกพลังความพร้อมความเข้าใจ แมงมุมชักใยและส่งรหัสลับ”

กิจกรรมที่ 2 ให้นักเรียนชมวิดีโอ เรื่อง “หน้าที่ของเยาวชนต่อสังคม”¹⁹ และนำเสนอในกลุ่มย่อย

กิจกรรมที่ 3 ให้นักเรียนแต่ละกลุ่มย่อย ร่วมแสดงความคิดเห็นว่าตนเองจะแสดงความรับผิดชอบต่อสังคมอย่างไรและนำเสนอหน้าชั้นเรียนเพื่อรับฟังข้อเสนอแนะ

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาแบบประเมินสภาพช่องปากผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า

วันรับ : 20 เมษายน 2563
วันแก้ไข : 17 พฤศจิกายน 2563
วันตอบรับ : 4 ธันวาคม 2563

สุวรรณีย์ ตุ่มทอง, ท.บ.
นารีรัตน์ ทองยงค์, วท.ม.
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาแบบประเมินสภาพช่องปากผู้ป่วยจิตเวชก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า

วิธีการ : พัฒนาแบบประเมินสภาพช่องปากผู้ป่วยจิตเวชก่อนได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า 2 ฉบับ ได้แก่ ฉบับทันตแพทย์ และฉบับวิสัญญีพยาบาล ใช้ค่าดัชนีความแม่นยำตรงด้านเนื้อหาจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ประเมินความเชื่อถือได้ภายในของผู้ประเมินทั้ง 2 กลุ่ม ระหว่างทันตแพทย์ 2 คน และวิสัญญีพยาบาล 3 คน ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ Cohen's kappa และหาความแม่นยำตรงเทียบกับการประเมินของผู้วิจัยเป็นเกณฑ์มาตรฐาน

ผล : ค่าดัชนีความแม่นยำตรงด้านเนื้อหาของแบบประเมิน ทุกหัวข้อในแบบประเมินทั้งสองฉบับมีค่าเท่ากับ 1 ค่าความเชื่อถือได้ภายในของผู้ประเมิน (Cohen's kappa) ฉบับทันตแพทย์มีค่าเท่ากับ .92 และฉบับวิสัญญีพยาบาลมีค่าอยู่ระหว่าง .71 - .85 ฉบับทันตแพทย์หัวข้อการตรวจที่มีค่าความไวสูง ได้แก่ การตรวจฟันโยก ฟันปลอมถอดได้ และเครื่องมือจัดฟันติดแน่น ทุกหัวข้อมีความจำเพาะมากกว่าร้อยละ 90 ฉบับวิสัญญีพยาบาลหัวข้อการตรวจที่มีค่าความไวสูง ได้แก่ การตรวจฟันปลอมถอดได้ และเครื่องมือจัดฟันติดแน่น ทุกหัวข้อมีความจำเพาะมากกว่าร้อยละ 89

สรุป : แบบประเมินสภาพช่องปากผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า ฉบับทันตแพทย์และฉบับวิสัญญีพยาบาล มีความน่าเชื่อถือและความแม่นยำตรงอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางประเมินสภาพช่องปากผู้ป่วยก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้า

คำสำคัญ : การพัฒนา การรักษาด้วยไฟฟ้า แบบประเมินช่องปาก

ติดต่อผู้นิพนธ์ : สุวรรณีย์ ตุ่มทอง; e-mail: swneetoom@gmail.com

Original article

Development of forms for assessing the oral conditions of patients before undergoing electroconvulsive therapy

Received : 20 April 2020

Revised : 17 November 2020

Accepted : 4 December 2020

Suwannee Toomtong, D.D.S.

Nareerat Thongyindee, M.Sc.

Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Abstract

Objective: To develop forms for assessing oral conditions before undergoing electroconvulsive therapy (ECT) in psychiatric patients.

Methods: Two oral assessment forms for psychiatric patients requiring ECT were developed, one for dentists and the other one for nurse anesthetists. Each form was evaluated by five experts for content validity index (CVI). The inter-rater reliability were assessed using Cohen's kappa coefficient by two dentists for dentist form and three nurse anesthetists for nurse anesthetists form. The validity of both assessment forms was examined using clinical assessment by dentist researcher as the gold standard.

Results: Both assessment forms had the CVI of 1. The inter-rater reliability (Cohen's kappa coefficient) of dentist form between dentists was .92, while the reliability of nurse anesthetists form among nurse anesthetists were between .71 - .85. The oral assessment form for dentists had high sensitivity in presence of loose teeth, presence of removable dentures or removable orthodontic appliance and presence of fixed orthodontic treatment, while it had high specificity (> 90%) in all items. The oral assessment form for nurse anesthetists had high sensitivity in presence of removable dentures or removable orthodontic appliance and presence of fixed orthodontic treatment, while it had high specificity (> 89%) in all items.

Conclusion: The oral assessment forms for psychiatric patients requiring ECT for dentists and nurse anesthetists have acceptable reliability and validity and can be applied to patients before ECT.

Keywords: development, electroconvulsive therapy, oral assessment form

Corresponding author: Suwannee Toomtong; e-mail: swneetoom@gmail.com

บทนำ

การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy; ECT) เป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยจิตเวชวิธีหนึ่งที่สามารถควบคุมอาการได้อย่างรวดเร็วในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงมาก หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและ/หรือผู้อื่น นอกจากนี้ยังเป็นทางเลือกของการรักษาผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือมีผลกระทบจากอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยยา ปัจจุบันการรักษาด้วยไฟฟ้าได้รับการยอมรับว่าเป็นการรักษาที่ได้ผลดี มีประสิทธิภาพ มีข้อบ่งชี้ในโรคไบโพลาร์หรือโรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้า และโรคจิตเภทในระยะเฉียบพลัน^{1,2} และมีผลการศึกษายืนยันว่าการให้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยาทำให้ได้ผลการรักษาที่ดีขึ้น³

ถึงแม้ว่าการรักษาด้วยไฟฟ้าจะให้ผลการรักษาที่ดี แต่อาจพบภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังการรักษา โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนต่อระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ จึงมีการปรับเป็นการรักษาด้วยไฟฟ้าภายใต้ยาระงับความรู้สึก (modified ECT) เพื่อลดและหลีกเลี่ยงปัญหากระดูกสันหลังส่วนคอหักและข้อต่อกระดูกสันหลังส่วนคอเคลื่อนขณะที่ผู้ป่วยชักจากการรักษาด้วยไฟฟ้า แต่การบาดเจ็บที่เกี่ยวกับฟันและอวัยวะในช่องปากยังคงเป็นปัญหาอยู่ ทั้งนี้เนื่องจากข้อไฟฟ้ากระตุ้นที่กล้ามเนื้อบดเคี้ยวโดยตรง ทำให้ขากรรไกรกระดูกอย่างรุนแรง^{1,4} การบาดเจ็บของฟันและอวัยวะในช่องปากเป็นปัญหาที่มีการรายงานมากที่สุด⁵ และมีโอกาสเกิดมากขึ้นในผู้ที่มีปัญหาทันตสุขภาพ^{4,6} ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชเป็นกลุ่มประชากรที่มีปัญหาทันตสุขภาพรุนแรง โรคฟันผุ เหงือกอักเสบ และรอยโรคในช่องปากสูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป เนื่องจากผลข้างเคียงของยาจิตเวชบางชนิดทำให้ปากแห้ง น้ำลายน้อย อีกทั้งผู้ป่วยมักได้รับประทานอาหารที่มีน้ำตาลสูง ละเลยการดูแลสุขภาพช่องปาก กลัวการทำฟัน และยังมีข้อจำกัดในการไปพบทันตแพทย์ ดังนั้น เพื่อป้องกันการบาดเจ็บที่อาจเกิดกับฟันและอวัยวะในช่องปากขณะทำการรักษาด้วยไฟฟ้า สมาคมจิตแพทย์ของประเทศสหรัฐอเมริกาแนะนำให้ใช้อุปกรณ์ป้องกันช่องปาก (mouth guard) ที่ทำจากวัสดุที่มีความ

ยืดหยุ่นและครอบคลุมถึงฟันกรามขณะทำการรักษาด้วยไฟฟ้า⁸ และแนะนำให้มีการตรวจประเมินสภาพฟันและอวัยวะในช่องปากอย่างสมบูรณ์โดยทันตแพทย์ก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้า เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับฟันและอวัยวะในช่องปาก⁹ ขณะที่ McCall และคณะ แนะนำว่าการตรวจประเมินสภาพฟันและอวัยวะในช่องปากสามารถทำได้โดยทีมผู้ให้การรักษาด้วยไฟฟ้า และหากพบปัญหาในช่องปากจึงส่งปรึกษาทันตแพทย์¹⁰

ประเทศไทยมีการให้การรักษาด้วยไฟฟ้าในโรงพยาบาลจิตเวชทุกแห่ง และบางโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปที่มีจิตแพทย์ประจำ³ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช เนื่องจากเป็นหน่วยที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชระดับรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน (supra specialist service)¹¹ โดยก่อนและหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการประเมินสภาพช่องปาก เมื่อจิตแพทย์วางแผนการรักษาด้วยไฟฟ้าและกำหนดจำนวนครั้งแล้ว ทันตแพทย์จะเป็นผู้ประเมินสภาพช่องปากผู้ป่วยก่อนเริ่มต้นการรักษา แต่เนื่องจากการประเมินสภาพช่องปากเพื่อการรักษาด้วยไฟฟ้านี้มีความเฉพาะต้องครอบคลุมประเด็นความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนเฉพาะของการรักษาด้วยไฟฟ้า จึงมีข้อจำกัดในโรงพยาบาลที่ไม่มีทันตแพทย์ประจำ หรือทันตแพทย์ที่ขาดประสบการณ์เฉพาะทางด้านนี้ ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาแบบประเมินสภาพช่องปากผู้ป่วยก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้า 2 ฉบับ คือ แบบประเมินสภาพช่องปากฯ ฉบับทันตแพทย์ และแบบประเมินสภาพช่องปากฯ ฉบับวิสัญญีพยาบาล เนื่องจากวิสัญญีพยาบาลเป็นหนึ่งในทีมการรักษาที่มีความสำคัญ เป็นผู้ประเมินผู้ป่วยก่อนบริหารยาระงับความรู้สึกและเป็นผู้ใส่อุปกรณ์ป้องกันช่องปากขณะรักษาด้วยไฟฟ้า แบบประเมินสภาพช่องปากฯ ทั้งสองฉบับนี้ จะเป็นแนวทางในการประเมินสภาพช่องปากผู้ป่วยก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้า เพื่อลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับฟันและอวัยวะในช่องปากของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า

วิธีการ

การพัฒนาแบบประเมินสภาพช่องปากผู้ป่วยก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้า 2 ฉบับ ได้แก่ ฉบับที่ประเมินโดยทันตแพทย์ และฉบับที่ประเมินโดยวิสัญญีพยาบาล มีขั้นตอนการพัฒนาแบ่งออกเป็น 2 ระยะ

ระยะที่ 1 พัฒนาหัวข้อของแบบประเมิน

ผู้วิจัยได้สร้างหัวข้อแบบประเมินฯ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับฟันและอวัยวะในช่องปากของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า และแนวทางการจัดการทางทันตกรรมสำหรับผู้ป่วยก่อนการเข้ารับการรักษาด้วยไฟฟ้า^{4,12-14} ประกอบด้วยการซักประวัติ 1 ข้อ การตรวจช่องปากฉบับทันตแพทย์มีการตรวจ 11 หัวข้อ ฉบับวิสัญญีพยาบาลมีการตรวจ 6 หัวข้อ การสรุปผลการประเมินมีตัวเลือก 3 ข้อ ให้เลือกตอบ 1 ข้อ พร้อมจัดทำคู่มือการใช้แบบประเมิน ทดสอบค่าความแม่นยำตรงด้านเนื้อหาของแบบประเมินโดยการหาค่าดัชนีความแม่นยำตรงด้านเนื้อหา (content validity index; CVI) จากความเห็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาด้วยไฟฟ้าจำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 2 คน ทันตแพทย์ภายนอกสถาบันฯ 2 คน และวิสัญญีพยาบาลภายนอกสถาบันฯ 1 คน หาค่าดัชนีความแม่นยำตรงด้านเนื้อหาสองรอบ แม้ว่าในรอบแรกค่า CVI ทุกข้อมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 แต่มีข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญให้ปรับแก้ฉบับทันตแพทย์ให้เนื้อหาบางหัวข้อชัดเจนขึ้น และเพิ่มการตรวจการสบฟันผิดปกติ การมีฟันหน้าเหลือเป็นซี่โดด ๆ จึงปรับหัวข้อการตรวจเป็น 12 หัวข้อ และฉบับวิสัญญีพยาบาลให้ปรับหัวข้อการตรวจเป็น 12 หัวข้อ เหมือนฉบับทันตแพทย์ และหาค่า CVI รอบที่สองอีกครั้ง

ระยะที่ 2 ทดสอบคุณสมบัติของแบบประเมินทั้งสองฉบับ

ผู้วิจัยหาค่าความเชื่อถือได้ระหว่างผู้ประเมิน โดยแบบประเมินฯ ฉบับทันตแพทย์ เป็นทันตแพทย์ปฏิบัติงานที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาจำนวน 2 คน มีประสบการณ์ทางด้านทันตกรรมมากกว่า 10 ปี และมีประสบการณ์ในการประเมินผู้ป่วยก่อนให้การรักษาด้วย

ไฟฟ้า ผู้ประเมินทันตแพทย์ทุกคนผ่านกระบวนการทำ focus-group discussion เพื่อทบทวนคู่มือและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการตรวจประเมินแต่ละหัวข้อให้มีความเข้าใจตรงกัน หลังจากนั้นทันตแพทย์ทั้งสองคนใช้แบบประเมินฯ ในผู้ป่วยรายเดียวกัน จำนวน 10 คน ส่วนแบบประเมินฯ ฉบับวิสัญญีพยาบาล ทดสอบโดยวิสัญญีพยาบาลปฏิบัติงานที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาจำนวน 3 คน มีประสบการณ์ด้านวิสัญญีพยาบาลมากกว่า 3 ปี ผู้ประเมินวิสัญญีพยาบาลทุกคนได้รับการอบรมการใช้แบบประเมินฯ และเทคนิคการตรวจโดยผู้วิจัยซึ่งเป็นทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์ในงานทันตกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า 15 ปี เป็นเวลา 2 ชั่วโมง และฝึกทักษะการตรวจโดยใช้แบบประเมินฯ ในผู้ป่วยจำนวน 5 คน หลังจากนั้นวิสัญญีพยาบาล 3 คน ใช้แบบประเมินฯ ฉบับวิสัญญีพยาบาล ประเมินผู้ป่วยรายเดียวกัน จำนวน 10 คน คำนวณค่าความเชื่อถือได้ระหว่างผู้ประเมิน โดยการทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์ Cohen's kappa หลังจากนั้น ให้ทีมวิจัย (ทันตแพทย์สองคน วิสัญญีพยาบาลสามคน) ใช้แบบประเมินฯ ฉบับทันตแพทย์ และฉบับวิสัญญีพยาบาล ทำการประเมินกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไว้ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2563 เป็นระยะเวลารวม 4 เดือน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดคือเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวชจากเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 หรือ DSM-5 โดยจิตแพทย์และรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และมีคำสั่งให้การรักษาด้วยไฟฟ้า 1 ชุด พร้อมกำหนดจำนวนครั้งในการรักษา ผู้ป่วยยินยอมรับการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยวิธีใช้ยาระงับความรู้สึกและลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออกคือผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจฟัน นำผลการตรวจประเมินมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบกับผลการตรวจประเมินโดยผู้วิจัยเป็นเกณฑ์มาตรฐาน (gold standard) เพื่อหาความแม่นยำ โดยแสดงเป็นค่าความไว ความจำเพาะ ค่าอำนาจในการทำนายเชิงบวก (positive predictive value; PPV) ค่าอำนาจในการทำนายเชิงลบ (negative predictive

value; NPV) และค่า likelihood ratio positive (LR+) ของฉบับทันตแพทย์และฉบับวิสัญญีพยาบาล และศึกษาความสัมพันธ์กันในการสรุปผลการประเมินระหว่างกลุ่มทันตแพทย์และกลุ่มวิสัญญีพยาบาลเทียบกับผู้วิจัย ด้วยค่า kappa index of agreement (k)

การศึกษานี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเอกสารรับรองโครงการที่ 024/2562

ผล

แบบประเมินสภาพช่องปากผู้ป่วยก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้า มีค่าดัชนีความแม่นยำด้านเนื้อหาของแบบประเมิน (CVI) ฉบับทันตแพทย์เท่ากับ 1 และฉบับวิสัญญีพยาบาลเท่ากับ 1 ค่าความเชื่อถือได้ภายในของผู้ประเมินแสดงเป็นค่า Cohen's kappa โดยในกลุ่มทันตแพทย์ 2 คน มีค่าเท่ากับ .92 และกลุ่มวิสัญญีพยาบาล 3 คน มีค่าอยู่ระหว่าง .71 - .85 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ .78 หลังจากนั้นนำไปหาค่าความแม่นยำของเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า

ผู้ป่วยจิตเวชที่จิตแพทย์มีคำสั่งให้การรักษาด้วยไฟฟ้า ในช่วงเวลา 4 เดือนของการวิจัย มีจำนวน 111 ราย มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวิจัยจำนวน 100 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 54 เพศหญิงร้อยละ 46 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 44 ปี (SD = 13.64) ช่วงอายุระหว่าง 15-75 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท โรคจิตอื่น ๆ โรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้า และโรคอื่น ๆ ที่มีปัญหาพฤติกรรม ร้อยละ 78, 11, 4, 4 และ 3 ตามลำดับ สาเหตุหลักที่ต้องให้การรักษาด้วยไฟฟ้า ได้แก่ ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา เสี่ยงเป็นอันตรายต่อตนเอง และเสี่ยงเป็นอันตรายต่อผู้อื่น เท่ากับร้อยละ 54, 2 และ 2 ตามลำดับ สาเหตุอื่น ๆ ร้อยละ 33 ได้แก่ การรักษาด้วยไฟฟ้าเสริมการรักษาด้วยยา มีประวัติตอบสนองต่อการรักษาด้วยไฟฟ้ามาก่อน มีอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาด้วยยารุนแรง และมีหลายสาเหตุร่วมกันเท่ากับร้อยละ 9 จำนวนครั้งที่กำหนดในการให้การรักษาด้วยไฟฟ้า กำหนดที่ 3 ครั้ง 6 ครั้ง และ 9 ครั้ง เท่ากับร้อยละ 5, 81 และ 14 ตามลำดับ

ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ฟันถอน ฟันอุด เท่ากับ 4.07, 7.33, 2.05 ซึ่งต่อกัน (SD = 4.98, 8.12, 3.32) ตามลำดับ มีจำนวนฟันในช่องปากเฉลี่ยเท่ากับ 24.68 ซึ่งต่อกัน (SD = 8.13) รวมฟันผุที่เหลือแต่รากฟัน ผู้ป่วยใส่ฟันปลอมถอดได้บางส่วน 3 ราย ฟันปลอมถอดได้ทั้งปาก 2 ราย ผู้ป่วยที่ไม่มีฟันในช่องปากเลย 5 ราย ผู้ป่วยใส่ฟันปลอมติดแน่น 13 ราย ในจำนวนนี้เป็นฟันปลอมติดแน่นที่ฟันหน้าบน 6 ราย

ผลการศึกษาความแม่นยำ โดยการหาค่าความไว ความจำเพาะ ค่าอำนาจในการทำนายเชิงบวก (PPV) ค่าอำนาจในการทำนายเชิงลบ (NPV) และค่า LR+ จากการศึกษาครั้งนี้ ไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการบวมบริเวณใบหน้า/รอยโรคกระแฉะในช่องปาก จึงไม่สามารถหาค่าความน่าเชื่อถือและความแม่นยำในหัวข้อนี้ได้ ในแบบประเมินฯ ฉบับทันตแพทย์ หัวข้อการตรวจที่มีค่าความไวสูง (ร้อยละ 100) ได้แก่ 1) การตรวจฟันโยกหรือฟันที่มีกระดูกรองรับรากฟันเหลืออยู่น้อย 2) ฟันปลอมถอดได้/เครื่องมือจัดฟันชนิดถอดได้ และ 3) เครื่องมือจัดฟันชนิดติดแน่น หัวข้อการตรวจที่มีค่าความไวต่ำ เรียง 3 ลำดับ ได้แก่ 1) การตรวจปัญหาข้อต่อขากรรไกร (ร้อยละ 27.3) 2) รอยโรคในช่องปาก (ร้อยละ 28.6) และ 3) ฟันหน้าที่มีวัสดุอุดฟันขนาดใหญ่/วีเนียร์ (ร้อยละ 33.3) หัวข้อการตรวจทุกข้อมีค่าความจำเพาะและค่า NPV มากกว่าร้อยละ 90 ค่า PPV มากกว่าร้อยละ 75.0 ค่า LR+ มีค่าตั้งแต่ 17.5 จนถึง Infinity แสดงดังตารางที่ 1

ในแบบประเมินฯ ฉบับวิสัญญีพยาบาล พบว่าหัวข้อการตรวจที่มีค่าความไวสูง (ร้อยละ 100) ได้แก่ 1) การตรวจฟันปลอมถอดได้/เครื่องมือจัดฟันชนิดถอดได้ และ 2) เครื่องมือจัดฟันชนิดติดแน่น หัวข้อการตรวจที่มีค่าความไวต่ำ (ร้อยละ 0) ได้แก่ 1) การตรวจปัญหาข้อต่อขากรรไกร 2) รอยโรคในช่องปาก และ 3) ฟันหน้าที่มีวัสดุอุดฟันขนาดใหญ่/วีเนียร์ หัวข้อการตรวจทุกข้อมีค่าความจำเพาะมากกว่าร้อยละ 89.4 ค่า NPV มากกว่าร้อยละ 67.8 ค่า PPV และค่า LR+ ในหัวข้อการตรวจฟันหน้าที่มีวัสดุอุดฟันขนาดใหญ่/วีเนียร์ รอยโรคในช่องปากแสดงเป็น NaN ส่วนการตรวจปัญหาข้อต่อขากรรไกรมีค่าเท่ากับร้อยละ 0 และ 0 ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าความชุก ค่าความไว ความจำเพาะ ค่าอำนาจในการทำนายเชิงบวก (PPV) ค่าอำนาจในการทำนายเชิงลบ (NPV) และค่า LR+ ของแบบประเมินฯ ฉบับต้นตแพทย์

หัวข้อประเมิน	ความชุก (%)	ความไว (%) (95%CI)	ความจำเพาะ (%) (95%CI)	PPV (%) (95%CI)	NPV (%) (95%CI)	LR+
อาการบวมบริเวณใบหน้า/ รอยโรคกระแงในช่องปาก	0	NaN	100 (95.3-100)	NaN	100 (95.3-100)	NaN
ฟันโยกหรือฟันที่มีกระดูกรองรับ รากฟันเหลืออยู่น้อย	6	100 (51.6-100)	97.8 (91.7-99.6)	75 (35.5-95.5)	100 (95-100)	47
ฟันปลอมถอดได้/ เครื่องมือจัดฟัน ชนิดถอดได้	5	100 (46.2-100)	100 (95.1-100)	100 (46.3-100)	100 (95.1-100)	Infinity
เครื่องมือจัดฟันชนิดติดแน่น	1	100 (5.4-100)	100 (95.3-100)	100 (5.4-100)	100 (95.3-100)	Infinity
ฟันปลอมติดแน่นที่ฟันหน้าบน (รากฟันเทียม ครอบฟัน สะพานฟัน)	6	66.7 (24.1-94)	98.9 (93.3-99.9)	80.0 (29.8-98.9)	97.8 (91.8-99.6)	62.7
ฟันหน้าที่มีวัสดุอุดฟันขนาดใหญ่/ วีเนียร์	3	33.3 (1.7-87.4)	100 (95.2-100)	100 (5.4-100)	97.9 (92.1-99.6)	Infinity
รอยโรคในช่องปาก	7	28.6 (5.1-69.7)	100 (95.0-100)	100 (19.7-100)	94.9 (87.9-98.1)	Infinity
หินปูนขนาดใหญ่ที่เกาะคลุมฟัน	14	78.6 (48.8-94.2)	97.7 (91.0-99.5)	84.6 (53.6-97.2)	96.6 (89.5-99.1)	33.8
ฟันผุขนาดใหญ่ ผุเหลือแต่รากฟัน ฟันสึกคอฟันที่มีรอยสึกขนาดใหญ่	41	92.7 (78.9-98)	94.9 (84.9-98.6)	92.7 (78.9-98)	94.9 (84.9-98.6)	18.2
ฟันหน้าหรือฟันกรามน้อยที่เหลือเป็น ซีดดัด ๆ ไม่มีฟันข้างเคียง	16	87.5 (60.4-97.8)	97.6 (90.8-99.5)	87.5 (60.4-97.8)	97.6 (90.8-99.5)	36.8
การสบฟันผิดปกติ/ ฟันหลังไม่มีคู่สบ	34	79.4 (61.5-90.6)	95.5 (86.4-98.8)	90 (72.3-97.3)	90 (79.8-95.5)	17.5
ปัญหาข้อต่อขากรรไกร	11	27.3 (7.3-60.6)	98.9 (93.0-99.9)	75 (21.9-98.6)	91.7 (83.7-96)	24.3

NaN = not a number

ผลการศึกษาความสัมพันธ์กันในการสรุปผลแบบ ประเมินฯ ฉบับต้นตแพทย์เทียบกับการประเมินโดยผู้วิจัยที่ถือเป็น gold standard อยู่ในระดับดีมาก แสดงด้วยค่า kappa index of agreement (k) เท่ากับ 0.8 แสดงถึงความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผลแบบประเมินฯ ฉบับวิสัญญีพยาบาลเทียบกับผู้วิจัยที่ถือเป็น gold standard

อยู่ในระดับปานกลาง แสดงด้วยค่า k เท่ากับ 0.46 แสดงถึงความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แสดงดัง ตารางที่ 3

วิจารณ์

การตรวจประเมินสภาพฟันและอวัยวะในช่องปาก เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยจิตเวชจำเป็นต้องได้รับก่อนการรักษา

ตารางที่ 2 ค่าความซุก ค่าความไว ค่าความจำเพาะ ค่าอำนาจในการทำนายเชิงบวก (PPV) ค่าอำนาจในการทำนายเชิงลบ (NPV) และค่า LR+ ของแบบประเมินฯ ฉบับวิสัญญีพยาบาล

หัวข้อประเมิน	ความซุก (%)	ความไว (%) (95%CI)	ความจำเพาะ (%) (95%CI)	PPV (%) (95%CI)	NPV (%) (95%CI)	LR+
อาการบวมบริเวณใบหน้า/ รอยโรคกระแฉังในช่องปาก	0	NaN	100 (95.3-100)	NaN	100 (95.3-100)	NaN
ฟันโยกหรือฟันที่มีกระดูกรองรับ รากฟันเหลืออยู่น้อย	6	66.7 (24.1-94)	96.8 (90.2-99.1)	57.1 (20.2-88.1)	97.8 (91.7-99.6)	20.9
ฟันปลอมถอดได้/ เครื่องมือจัดฟัน ชนิดถอดได้	5	100 (46.2-100)	100 (95.1-100)	100 (46.3-100)	100 (95.1-100)	Infinity
เครื่องมือจัดฟันชนิดติดแน่น	1	100 (5.4-100)	100 (95.3-100)	100 (5.4-100)	100 (95.3-100)	Infinity
ฟันปลอมติดแน่นที่ฟันหน้าบน (รากฟันเทียม ครอบฟัน สะพานฟัน)	6	16.7 (0.8-63.5)	100 (95.1-100)	100 (5.4-100)	94.9 (88.0-98.1)	Infinity
ฟันหน้าที่มีวัสดุอุดฟันขนาดใหญ่/ วีเนียร์	3	0 (0-69)	100 (95.2-100)	NaN	97. (90.8-99.2)	INaN
รอยโรคในช่องปาก	7	0 (0-43.9)	100 (95.0-100)	NaN	93 (85.6-96.8)	NaN
หินปูนขนาดใหญ่ที่เกาะคลุมฟัน	14	42.9 (18.8-70.3)	98.8 (92.7-99.9)	85.7 (42.0-99.2)	91.1 (83.2-95.9)	36.9
ฟันผุขนาดใหญ่ ผุเหลือแต่รากฟัน ฟันสึกคอฟันที่มีรอยสึกขนาดใหญ่	41	31.7 (18.5-48.2)	100 (92.3-100)	100 (71.6-100)	67.8 (56.8-77.2)	Infinity
ฟันหน้าหรือฟันกรามน้อยที่เหลือเป็น ซีดๆ ไม่มีฟันข้างเคียง	16	62.5 (35.8-83.7)	95.2 (87.5-98.4)	71.4 (42-90.4)	93 (84.8-97.1)	13.1
การสบฟันผิดปกติ/ ฟันหลังไม่มีคู่สบ	34	58.8 (40.8-74.8)	89.4 (78.7-95.2)	74.1 (53.4-88.1)	80.8 (69.5-88.7)	5.5
ปัญหาข้อต่อขากรรไกร	11	0 (0-32.1)	98.8 (93-99.9)	0 (0-94.5)	88.9 (80.5-94)	0

NaN = not a number

ตารางที่ 3 ค่าความสัมพันธ์กันในการสรุปผลแบบประเมินฯ ฉบับทันตแพทย์และฉบับวิสัญญีพยาบาลเทียบกับ gold standard

การสรุปผลการประเมิน	Spearman Correlation		Kappa index of agreement (k)
	Value	Sig.	
ฉบับทันตแพทย์	0.83	p < .001	.80
ฉบับวิสัญญีพยาบาล	0.55	p < .001	.46

ด้วยไฟฟ้า¹ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินประเด็นความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขณะให้การรักษาดด้วยไฟฟ้าอย่างครอบคลุม จากการทบทวนฯ ยังไม่พบเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานในการประเมินสภาพฟันและอวัยวะในช่องปากก่อนการรักษาดด้วยไฟฟ้ามาก่อนฯ การประเมินนี้ควรทำโดยทันตแพทย์ หรือทีมผู้ให้การรักษาดด้วยไฟฟ้า การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบประเมินสภาพช่องปากผู้ป่วยก่อนทำการรักษาดด้วยไฟฟ้าจำนวน 2 ฉบับ ได้แก่ ฉบับที่ประเมินโดยทันตแพทย์ และฉบับที่ประเมินโดยวิสัญญีพยาบาล เนื่องจากวิสัญญีพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของทีมผู้ให้การรักษาด มีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วยก่อนบริหารยาระงับความรู้สึก และยังเป็นผู้ใส่อุปกรณ์ป้องกันช่องปากขณะรักษาดด้วยไฟฟ้า แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นเป็นเครื่องมือเพื่อใช้ค้นหาความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อฟันและอวัยวะในช่องปากของผู้ป่วยขณะชักด้วยไฟฟ้า มิใช่เพื่อเป็นเครื่องมือในการวินิจฉัยโรคทางทันตกรรม

ผลการประเมินทั้งสองฉบับ พบว่าหัวข้อการตรวจฟันปลอมถอดได้ และเครื่องมือจัดฟันชนิดติดแน่น มีค่าความไว ค่าความจำเพาะสูง และสอดคล้องกัน เนื่องจากหัวข้อดังกล่าวสามารถตรวจได้ง่าย ประกอบกับในแบบบันทึกการรักษาดด้วยไฟฟ้า มีการประเมินเรื่องฟันปลอมถอดได้อยู่แล้ว ส่วนหัวข้อการตรวจฟันหน้าที่มีวัสดุอุดฟันขนาดใหญ่/วีเนียร์ การตรวจรอยโรคในช่องปาก และการตรวจปัญหาข้อต่อขากรรไกร ทั้งสองกลุ่มมีค่าความไวต่ำ เนื่องจากหัวข้อการตรวจเหล่านี้ ผู้ตรวจต้องมีความละเอียดรอบคอบในการตรวจ อาจต้องซักถามผู้ป่วยเพิ่มเติม อีกทั้งการตรวจปัญหาข้อต่อขากรรไกร มีขั้นตอนการตรวจค่อนข้างยุ่งยาก ผู้ตรวจอาจไม่ได้ตรวจครบถ้วนตามที่คู่มือระบุไว้

สำหรับหัวข้อการตรวจฟันปลอมติดแน่นที่ฟันหน้าบน และการตรวจฟันผุขนาดใหญ่ ฟันผุเหลือแต่รากฟัน คอฟัน สีขนาดใหญ่ การตรวจโดยทันตแพทย์มีค่าความไวสูง ในขณะที่ของวิสัญญีพยาบาลมีค่าความไวต่ำ เนื่องจากเป็นหัวข้อที่ผู้ตรวจต้องมีความรู้เฉพาะด้านและประสบการณ์ ทำให้กลุ่มวิสัญญีพยาบาลตรวจพบได้น้อย ส่งผลให้ทั้งสองกลุ่มได้ผลการ

ตรวจที่ไม่สอดคล้องกัน ผู้วิจัยเห็นว่าในการนำแบบประเมินไปใช้จริงควรมีการปรับปรุงรายละเอียดการตรวจบางหัวข้อ ในคู่มือการใช้แบบประเมินทั้งสองฉบับ ในกลุ่มวิสัญญีพยาบาลควรเพิ่มเติมเนื้อหาการสอนและฝึกปฏิบัติมากขึ้น

ส่วนการประเมินเทียบกับผู้วิจัย พบว่า กลุ่มทันตแพทย์มีค่า k อยู่ในระดับดีมาก แสดงว่าทันตแพทย์มีทักษะและความแม่นยำตรงในการตรวจดี ขณะที่กลุ่มวิสัญญีพยาบาลค่า k อยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้จากการศึกษาของ Moris และคณะ¹⁵ ในการฝึกจิตแพทย์รุ่นใหม่เพื่อประเมินช่องปากผู้ป่วยก่อนรักษาดด้วยไฟฟ้าพบว่า จิตแพทย์กลุ่มนี้ตรวจประเมินผู้ป่วยได้ดีบางหัวข้อซึ่งสอดคล้องกับการประเมินโดยวิสัญญีพยาบาลในการวิจัยครั้งนี้ อย่างไรก็ตาม การที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินช่องปากก่อนเข้ารับการรักษาอย่างเหมาะสม ประโยชน์กว่าไม่ได้รับการประเมิน นอกจากนี้วิสัญญีพยาบาลที่ร่วมการวิจัยให้ความเห็นว่า การฝึกตรวจทำให้มีทักษะในการประเมินช่องปากผู้ป่วยดีขึ้น เพิ่มความระมัดระวังขณะให้การรักษาดผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง และสามารถเลือกอุปกรณ์ป้องกันช่องปากได้เหมาะสมกับผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติมาหาค่าความแม่นยำตรงได้ เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยมีความคลาดเคลื่อนสูงขึ้นอยู่กับอาการทางจิตของผู้ป่วย แต่การซักประวัติยังมีความสำคัญเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตรวจ อย่างไรก็ตามผู้ตรวจสามารถตรวจพบฟันโยกหรือฟันที่มีกระดูกรองรับรากฟันเหลืออยู่น้อยได้ดี โดยกลุ่มทันตแพทย์มีค่าความไวสูง (ร้อยละ 100) ในขณะที่กลุ่มวิสัญญีพยาบาลมีค่าความไวค่อนข้างสูง (ร้อยละ 66.7) ทำให้ผู้ป่วยได้รับการถอนฟันก่อน ลดการเกิดอุบัติเหตุภาวะแทรกซ้อนฟันโยกหลุดระหว่างการรักษาดด้วยไฟฟ้า

การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ เป็นกลุ่มตัวอย่างในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเท่านั้น ทำให้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้ประเมินที่เป็นทันตแพทย์และวิสัญญีพยาบาลมีจำนวนน้อย และความซุกของหัวข้อประเมินบางหัวข้อต่ำหรือเป็นศูนย์ จึงยังไม่สามารถหาค่าความไวและความจำเพาะในหัวข้อนั้นได้ ควรมีการปรับแบบประเมิน คู่มือ และวิธีการสอน/ฝึกปฏิบัติ

และขยายการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น ก่อนจะนำแบบประเมินไปใช้ในบุคลากรอื่น ๆ ในทีมให้การรักษา เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช ร่วมกับการพัฒนารูปแบบการสอนในรูปแบบอื่น ได้แก่ วีดีโอ โดยมีการทดสอบความรู้ก่อนและหลังการสอนร่วมด้วย นอกจากนี้ควรทำการศึกษาเพื่อติดตามผลลัพธ์การใช้แบบประเมินฯ นี้เพื่อลดความเสี่ยงทางทันตกรรมต่อไป

สรุป

การตรวจประเมินสภาพฟันและอวัยวะในช่องปากเป็นหัวข้อหนึ่งที่ต้องประเมินก่อนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาดด้วยไฟฟ้า แบบประเมินสภาพช่องปากผู้ป่วยก่อนทำการรักษาดด้วยไฟฟ้าสำหรับทันตแพทย์และวิสัญญีพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีความน่าเชื่อถือและความแม่นยำตรงอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ แต่อาจต้องมีการปรับปรุงคู่มือ และการสอน/ฝึกปฏิบัติเพิ่มเติม โดยเฉพาะในบางหัวข้อ เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางประเมินสภาพช่องปากของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาดด้วยไฟฟ้าได้

ความรู้เดิม : ผู้ป่วยจิตเวชควรได้รับการตรวจประเมินสภาพฟันและอวัยวะในช่องปากก่อนทำการรักษาดด้วยไฟฟ้า แต่ยังไม่มียแบบประเมินฯ ที่เป็นมาตรฐานเพื่อค้นหาความเสี่ยงเฉพาะทางทันตกรรมในการรักษาดด้วยไฟฟ้า

ความรู้ใหม่ : แบบประเมินสภาพช่องปากผู้ป่วยก่อนทำการรักษาดด้วยไฟฟ้า ฉบับทันตแพทย์และฉบับวิสัญญีพยาบาลมีความน่าเชื่อถือและความแม่นยำตรงอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : แบบประเมินสภาพช่องปากผู้ป่วยก่อนทำการรักษาดด้วยไฟฟ้าฉบับทันตแพทย์และฉบับวิสัญญีพยาบาลสามารถนำไปใช้ได้ โดยมีคู่มือและการสอน/ฝึกปฏิบัติการใช้แบบประเมิน และอาจขยายผลให้บุคลากรในทีมการรักษา เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นำไปใช้ได้เช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

1. รัตน์ สายพานิชย์. Electroconvulsive therapy (ECT) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554 [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ม.ค. 2562]. จาก: <https://med.mahidol.ac.th/ramamenta/sites/default/files/public/pdf/ECT%20%28mechanism%20and%20procedure%29.pdf>
2. ชีระ ลีลำนันทกิจ. การรักษาดด้วยไฟฟ้าทฤษฎีและภาคปฏิบัติ [Electroconvulsive therapy (ECT) theory and practice]. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2553.
3. วรวัฒน์ จันทร์พัฒน. การรักษาดด้วยไฟฟ้าในโรคจิตเวช [The origin of electroconvulsive therapy]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2543;44:156-69.
4. Martin D. Dental issues related to ECT. In: Waite J & Easton A, editor. The ECT handbook. Glasgow: Bell & Bain Limited; 2017. p. 87-93.
5. Watts BV, Groft A, Bagian JP, Mills PD. An examination of mortality and other adverse events related to electroconvulsive therapy using a national adverse events report system. J ECT. 2011;27(2):105-8. doi:10.1097/YCT.0b013e3181f6d17f.
6. Muzyka BC, Glass M, Glass OM. Oral health in electroconvulsive therapy a neglected topic. J ECT. 2017;33(1):12-5. doi:10.1097/YCT.0000000000000351.
7. Stiefel DJ, Truelove EL, Anderson VK, Doyle PE, Mandel LS. A comparison of the oral health of persons with and without chronic mental illness in community settings. Spec Care Dentist. 1990;10:6-12. doi:10.1111/j.1754-4505.1990.tb01079.x.
8. Minneman SA. A history of oral protection for the ECT patient: past, present, and future. Convuls Ther. 1995;11:94-103. PubMed PMID:7552060.

9. Weiner RD, McCall WV. Dental consultation in ECT [Letter]. *Convuls Ther.* 1992;8:146. PubMed PMID:11941164.
10. McCall WV, Minneman SA, Weiner RD, Shelp FE, Austin S. Dental pathology in ECT patients prior to treatment. *Convuls Ther.* 1992;8:19-24. PubMed PMID:11941145.
11. สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. แนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน [Guidelines for quality development mental health and psychiatric service system: super specialist service]. นนทบุรี: บริษัท วิศพอเรียอิมเมจ จำกัด; 2560.
12. Beli N, Bentham P. Nature and extent of dental pathology and complications arising in patients receiving ECT. *Psychiatric Bulletin.* 1998;22:562-5. doi:10.1192/pb.22.9.562.
13. สุวรรณีย์ ตุ่มทอง. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับฟันและอวัยวะในช่องปากของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้า [Dental complications in patient who received electroconvulsive therapy]. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา.* 2560;11(2):52-61.
14. คณะทำงานโครงการพัฒนาระบบการรักษาทางทันตกรรมผู้ป่วยจิตเวช. แนวทางการรักษาทางทันตกรรมผู้ป่วยจิตเวช [Clinical dental practice guideline for psychiatric patients]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
15. Morris AJ, Roche SA, Bentham P, Wright J. A dental risk management protocol for electroconvulsive therapy. *J ECT.* 2002;18(2):84-9. doi:10.1097/00124509-200206000-00004.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาชุดกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

วันรับ : 28 มีนาคม 2563
วันแก้ไข : 3 ธันวาคม 2563
วันตอบรับ : 4 ธันวาคม 2563

อัมเรศ เนตาสิตี, ค.ด.
เศรษฐวิชัย ชโนวรรณ, ค.ม.
คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : พัฒนาชุดกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิต (resilience) สำหรับผู้สูงอายุ และศึกษาผลการใช้ชุดกิจกรรม

วิธีการ : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในชุมชนตำบลนาแก้ว อำเภอกะเคา จังหวัดลำปาง 31 คน คัดเลือกแบบสุ่มเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม แบบสังเกต การประชุมสนทนากลุ่ม และแบบประเมินพลังสุขภาพจิต สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผล : ได้ชุดกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ ชื่อชุด “ผู้สูงวัย ใจเกินร้อย” ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ได้แก่ ตุงปรับอารมณ์ ภาพปรับความคิด แพลนชีวิต แลกของขวัญ รู้ทันเทคโนโลยี รำวงกระชับมิตร และเรื่องเล่าของวันวาน หลังเข้าร่วมชุดกิจกรรมพบว่าพฤติกรรมการแสดงออกของผู้สูงอายุเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกิจกรรม ในภาพรวมผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ร้อยละ 16.4 โดยค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตในแต่ละด้านที่เพิ่มขึ้นเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ร้อยละ 17.7 ด้านการจัดการกับปัญหา ร้อยละ 15.2 และด้านกำลังใจ ร้อยละ 15.2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม และเมื่อติดตามหนึ่งเดือนด้วยการทดสอบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ พบว่าค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตทุกด้านก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตทุกด้านเมื่อติดตามหนึ่งเดือนยังคงมีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป : ชุดกิจกรรม “ผู้สูงวัย ใจเกินร้อย” ส่งผลให้ผู้สูงอายุในชุมชนนาแก้วมีพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : ครอบครัว ชุมชน ผู้สูงอายุ พลังสุขภาพจิต

ติดต่อผู้นิพนธ์ : อัมเรศ เนตาสิตี; e-mail: a.netasiti@yahoo.com

Original article

The development of resilience activity set for elderly people by using family and community as a basis

Received : 28 March 2020

Revised : 3 December 2020

Accepted : 4 December 2020

Ammaret Netasit, Ph.D.

Setthawit Chanowan, M.Ed.

Faculty of Education, Lampang Rajabhat University

Abstract

Objective: To develop and trialed a resilience activity set for older adults.

Methods: A group of older adults ageing more than 60 years old from Nakaew sub-district, Koh Kha, Lampang were invited to participate, of which 31 volunteered. The participants were interviewed using a questionnaire whose data was then analyzed with a content analysis form, a behavioral observation form for the group discussion, and the resilience assessment test. The statistics used for data analysis were descriptive, i.e. percentage, means, standard deviations and the association were tested using two-way repeated measure ANOVA.

Results: Using a newly-developed resilience activity set for elderly people called “Poo Soong Wai Jai Gern Roy” (means elderlies with inner strength more than 100) that consisted of 7 sub-activities; emotional-adjusting flag, pictures and mind transformation, life plan, exchanging presents, keeping in touch with technology, friendship-circling dance, and the tales of yesterday, we found that the participants were able to follow the objectives of each of the activity. Overall, the participants’ resilience score showed an increase of 16.4%. Individually, the change in resilience score varied among the activities, i.e. 17.7% for emotional stability, 15.2% for problem-resolving management and 15.2 for morale. Moreover, the result of the ANOVA analyses showed that there was a statistically significant difference in the average resilience score of all domains before and after the activities as well as before and one-month follow-up of all domains.

Conclusion: “Poo Soong Wai Jai Gern Roy” activity may increase the resilience among the elderlies.

Keywords: community, elderly, families, resilience

Corresponding author: Ammare Netasit; e-mail: a.netasit@yahoo.com

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ สรุปลงว่า ประชากรที่เกิดระหว่างปี พ.ศ. 2506 - 2526 กำลังทยอยกลายเป็นผู้สูงอายุในอีก 10 ปีข้างหน้า¹ สอดคล้องกับการคาดการณ์ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่ระบุว่า ในปี 2566 ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นเป็น 14.1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21 ของประชากรทั้งหมด จึงกล่าวได้ว่า ประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” ในเร็ววันนี้ การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ ภาวะพึ่งพา การใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งด้านสังคมและสุขภาพ ซึ่งอัตราการเพิ่มขึ้นของไทยนับว่ามีอัตราสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วในระดับที่สูงมาก²

นอกจากนั้น ผู้สูงอายุยังประสบกับปัญหามากมาย เช่น ปัญหาสุขภาพกายทั้งโรคทางกายและทางสมอง ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาด้านความรู้และขาดโอกาสได้รับความรู้เพื่อพัฒนาตนเองให้เหมาะสมกับวัยและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาสังคมโดยอาจไม่ได้รับการยอมรับนับถือเหมือนเดิม ปัญหาจิตใจเนื่องจากไม่ได้รับการเอาใจใส่จากบุตรหลานอย่างเพียงพอ ปัญหาครอบครัวจากลักษณะครอบครัวเดี่ยวในปัจจุบันส่งผลให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยวมากขึ้น และปัญหาค่านิยมที่เปลี่ยนแปลงไปรวมถึงความไม่เข้าใจกันกับคนต่างวัย อาจถูกมองว่าล้าสมัย ไร้ประโยชน์ ในอนาคตบุตรหลานโตขึ้นก็จะไม่เลี้ยงดูพ่อแม่เมื่อแก่ชรา³ ปัญหาข้างต้นเป็นปัญหาที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและทางจิตใจ เกิดความกังวลใจ เศร้าโศก เสียใจ ท้อแท้ เบื่อหน่าย สับสน เครียด บางรายอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติเมื่อปี 2551 - 2553 พบว่าทั้งเพศชายและหญิงมีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น โดยพบว่าความเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี มีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 28.1 และอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 33.6⁴ สอดคล้องกับการสำรวจในปี 2557 ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ยังคงมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าช่วงอายุอื่น ๆ⁵

พลังสุขภาพจิต (resilience) เป็นความสามารถในการปรับตัวและหาวิธีแก้ไขปัญหามาผ่านพ้นไปได้ ของบุคคลเมื่อเผชิญกับปัญหาวิกฤตหรือความยากลำบากที่เข้ามาในชีวิต พลังสุขภาพจิตเป็นพลังอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้และการสั่งสมประสบการณ์ในสถานการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต นอกจากนี้พลังสุขภาพจิตยังสามารถพัฒนาให้เพิ่มขึ้นได้ด้วยตัวเองหรือเรียนรู้จากผู้อื่น⁶ ถ้าผู้สูงอายุมีพลังสุขภาพจิตย่อมมีความพร้อมในการจะแก้ปัญหาดำเนินชีวิตเมื่อต้องเผชิญกับวิกฤต และสามารถผ่านพ้นช่วงนั้นไปได้ด้วยดี ทั้งนี้สามารถจัดการเรียนรู้กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผ่านกระบวนการกลุ่ม ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ผู้ร่วมกิจกรรมได้รับความรู้จากการลงมือกันปฏิบัติเป็นกลุ่ม กลุ่มจะมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ของสมาชิกแต่ละคน และสมาชิกแต่ละคนในกลุ่มก็มีอิทธิพลและปฏิสัมพันธ์ต่อกันและกัน⁷

เนื่องจากในเขตเทศบาลตำบลนาแก้ว อำเภอกะลา จังหวัดลำปาง ยังไม่มีการดำเนินการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้ การจัดกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุควรเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาชุดกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลนาแก้ว และศึกษาผลพลังสุขภาพจิตหลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ ดังกล่าว ซึ่งชุดกิจกรรมการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุนี้อาจเป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชนอื่น ๆ นำไปประยุกต์ใช้ต่อไป

วิธีการ

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลนาแก้ว อำเภอกะลา จังหวัดลำปาง จำนวน 1,821 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 31 คน เกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นผู้สูงอายุในชุมชนตำบลนาแก้วที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออกคือ ไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบไปด้วย แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม แบบสังเกตพฤติกรรม

การประชุมสนทนาผู้ทรงคุณวุฒิ และแบบประเมินพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข^๑ จำนวน 20 ข้อ คะแนนรวม 80 คะแนน แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ 10 ข้อ (10 - 40 คะแนน) ด้านกำลังใจ 5 ข้อ (5 - 20 คะแนน) และด้านการจัดการกับปัญหา (5 - 20 คะแนน) นำคะแนนในภาพรวมแต่ละด้านมาเทียบเกณฑ์เป็นต่ำกว่า เกณฑ์ปกติ เกณฑ์ปกติ และสูงกว่าเกณฑ์ปกติ มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยมีดังนี้

1. พัฒนาชุดกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรม 1) ศึกษาเอกสาร ผลการวิจัย และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง แนวคิด ทฤษฎี และหลักการเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิต 2) วิเคราะห์วิธีการและกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิต โดยการศึกษาเอกสาร เว็บไซต์ และการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านพลังสุขภาพจิต ครอบครัว และชุมชนผู้สูงอายุ รวม 13 คน เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ 3) ร่างชุดกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุจากผลการทบทวนและสัมภาษณ์และตามแนวคิดการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข^๑ 4) ประเมินความเหมาะสมและการยอมรับชุดกิจกรรมการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้แบบสอบถามในลักษณะประมาณค่าจากนักวิชาการด้านจิตวิทยา รวมจำนวน 30 คน 5) ปรับปรุงชุดกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุตามข้อคิดเห็นที่ได้รับ 6) ตรวจสอบชุดกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ โดยการจัดประชุมสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ด้านพลังสุขภาพจิตด้านการจัดกิจกรรม รวมทั้งผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนของผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

2. ทดสอบชุดกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ โดยนำชุดกิจกรรมฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในชุมชน วัดศรีดอนมูล ตำบลนาแก้ว อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง รวมทั้งหมด 7 ครั้ง ในผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 31 คน โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมด้วย

ทุกกิจกรรม ผู้สูงอายุประเมินพลังสุขภาพจิตด้วยตัวเองก่อน และหลังดำเนินการชุดกิจกรรมฯ เสร็จสิ้นและติดตามหนึ่งเดือน เปรียบเทียบผลการประเมินก่อน หลัง และเมื่อติดตามหนึ่งเดือน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์สาระและสรุปผลการวิเคราะห์ และวิเคราะห์เชิงปริมาณด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โครงร่างวิจัยของการศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เลขที่ E 2561/38

ผล

ชุดกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ “ผู้สูงวัย ใจเกินร้อย” เป็นกิจกรรมกลุ่มที่สามารถนำกิจกรรมได้โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) หรือบุคลากรทางการศึกษาที่มีความรู้ด้านจิตวิทยา คู่มือชุดกิจกรรมฯ จัดทำเป็นรูปเล่มมีภาพประกอบและสีสันสวยงาม ขนาด A5 เพื่อให้สะดวกต่อการพกพาไปใช้งานและการเผยแพร่ มีตัวอย่างแผนการจัดกิจกรรม และบทบาทของวิทยากร/ผู้ช่วยวิทยากร ในการจัดกิจกรรม โดยชุดกิจกรรมฯ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดังนี้ *กิจกรรมที่ 1* เรื่องตั้งปรับอารมณ์ มุ่งเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุรู้เท่าทันอารมณ์ ยอมรับอารมณ์ รู้จักวิธีการควบคุมอารมณ์ของตนเอง สามารถวิเคราะห์ถึงผลกระทบของอารมณ์ต่อพฤติกรรมของตนเองได้ จัดการกับอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมต่อไป *กิจกรรมที่ 2* เรื่องภาพปรับความคิด มุ่งเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุสามารถปรับความคิด และปรับการกระทำให้เหมาะสม รู้วิธีการดูแลตนเองให้มีความสุขเมื่อเกิดความทุกข์จากปัญหาต่าง ๆ และปรับแนวคิดให้ยืดหยุ่นตามสถานการณ์ ซึ่งจะช่วยลดความกดดันและความเครียดได้ *กิจกรรมที่ 3* เรื่องแปลนชีวิต มุ่งเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุสามารถปรับการกระทำเพื่อให้ตนเองเกิดกำลังใจที่จะต่อสู้ เป็นคนที่วางแผนการใช้ชีวิตในแต่ละวัน

มากกว่าการอยู่ไปวัน ๆ มีงานอดิเรกเพื่อสร้างรายได้ และเพื่อให้เกิดเป้าหมายในการใช้ชีวิต *กิจกรรมที่ 4* เรื่องแลกเปลี่ยนมุมมองส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้วิธีการยืดหยุ่น และปรับเป้าหมายให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ และมีมุมมองทางบวกกับปัญหา *กิจกรรมที่ 5* เรื่องรู้ทันเทคโนโลยี มุ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดศรัทธาในตนเอง เชื่อว่าชีวิตมีคุณค่าและมีความหวัง *กิจกรรมที่ 6* เรื่องรางวัลกระชับมิตร มุ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุผูกมิตรซึ่งกันและกัน และให้ความช่วยเหลือคนอื่นเท่าที่ทำได้ เกิดทักษะด้านการสื่อสารและการรับสาร และเกิดแนวคิดทางบวก และ *กิจกรรมที่ 7* เรื่องเรื่องเล่าของวันวาน มุ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเปิดใจปรับเปลี่ยนมุมมอง และยอมรับความคิดของคนอื่นที่แตกต่างจากตนเอง

กลุ่มตัวอย่างในการทดสอบชุดกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 61.3) และมีช่วงอายุ 66 - 70 ปี (ร้อยละ 41.9) รองลงมาคือ ช่วงอายุ 71 - 75 ปี (ร้อยละ 25.8) อายุ 60 - 65 ปี (ร้อยละ 12.9) อายุ 76 - 80 ปี (ร้อยละ 12.9) อายุ 81 - 85 ปี (ร้อยละ 3.2) และอายุ 85 - 90 ปี (ร้อยละ 3.2)

หลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ ในภาพรวมผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 16.4 และมีค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตในแต่ละด้านเพิ่มขึ้น ดังนี้ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์เพิ่มขึ้นร้อยละ 17.7 ด้านกำลังใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.2 และด้านการจัดการกับปัญหาเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.2 แสดงดังตารางที่ 1 และผลการเปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ และเมื่อติดตามหนึ่งเดือน แสดงดังตารางที่ 2

ผลการทดสอบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตรายด้าน ทั้งด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิต และเมื่อติดตามหนึ่งเดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อย่างน้อย 1 คู่ แสดงดังตารางที่ 3

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรวมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และค่าเฉลี่ยด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ระหว่างก่อนและหลังร่วมกิจกรรมฯ และเมื่อติดตามหนึ่งเดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกคู่ ในขณะที่ค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา ระหว่างก่อนกับหลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ และระหว่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรมฯ กับเมื่อติดตามหนึ่งเดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตด้านกำลังใจและด้านการจัดการกับปัญหา หลังเข้าร่วมกิจกรรมกับเมื่อติดตามหนึ่งเดือน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม หลังร่วมกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิต ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมพลังสุขภาพจิต และค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตรายด้านทั้งสามด้านสูงกว่าในระยะอื่น ๆ ผลการเปรียบเทียบรายคู่ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมพลังสุขภาพจิต แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิต และเมื่อติดตามหนึ่งเดือน แยกตามองค์ประกอบพลังสุขภาพจิต 3 ด้าน

องค์ประกอบ ของพลังสุขภาพจิต	ค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต				
	ก่อน	หลัง	ความต่างก่อนหลัง	ร้อยละความต่างค่าเฉลี่ย	ระยะติดตามผล
ด้านความมั่นคงทางอารมณ์	28.7	33.7	5.1	(+) 17.7	31.8
ด้านกำลังใจ	15.5	17.9	2.4	(+) 15.2	17.5
ด้านการจัดการกับปัญหา	14.6	16.8	2.2	(+) 15.2	16.5
รวม	58.8	68.4	9.7	(+) 16.4	65.8

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม และเมื่อติดตามหนึ่งเดือนในภาพรวมและตามองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตสามด้าน แยกตามเกณฑ์การประเมิน

พลังสุขภาพจิต	ก่อนทำกิจกรรม (Pre)		หลังทำกิจกรรม (Post)		การเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ)	ระยะติดตามผล	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		จำนวน (คน)	ร้อยละ
พลังสุขภาพจิต							
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	8	25.8	0	0	(+) 25.8	1	3.2
เกณฑ์ปกติ	22	71	19	61.3	(+) 9.7	20	64.5
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	1	3.2	12	38.7	(+) 35.5	10	32.3
ด้านความมั่นคงทางอารมณ์							
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	12	38.7	0	0	(+) 38.7	3	9.7
เกณฑ์ปกติ	18	58.1	20	64.5	(+) 6.5	21	67.7
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	1	3.2	11	35.5	(+) 32.3	7	22.6
ด้านกำลังใจ							
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	7	22.6	0	0	(+) 22.6	0	0
เกณฑ์ปกติ	23	74.2	23	74.2	0	22	71
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	1	3.2	8	25.8	(+) 22.6	9	29
ด้านการจัดการกับปัญหา							
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	5	16.1	0	0	(+) 16.1	0	0
เกณฑ์ปกติ	24	77.4	26	83.9	(+) 6.5	25	80.7
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	2	6.5	5	16.1	(+) 9.7	6	19.3
รวม	31	100	31	100		31	100

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิต และเมื่อติดตามหนึ่งเดือน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2820.24	30		
ภายในกลุ่ม	2341.33	62		
สิ่งทดลอง	1542.86	2	771.43	57.97**
ส่วนที่เหลือ	798.47	60	13.31	
ทั้งหมด	5161.57	92		

** p < .01

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรวมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิต และเมื่อติดตามหนึ่งเดือนเป็นรายคู่ โดยวิธีการของบอนเฟอรอนี (Bonferroni)

กลุ่ม	ก่อน	หลัง	ติดตามผล
ก่อน ($\bar{X} = 58.81$, $SD = 7.21$)	0.00	9.65*	7.03*
หลัง ($\bar{X} = 68.45$, $SD = 5.24$)		0.00	2.61*
ติดตามผล ($\bar{X} = 65.84$, $SD = 6.4$)			0.00

* $p < .05$

วิจารณ์

การศึกษานี้คัดเลือกผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ซึ่งเป็นไปตามงานวิจัยของอรรวรรณดวงจันทร์ ที่เสนอว่าควรมีการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัยสำหรับวัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป⁹ และผลจากการสัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อพัฒนาชุดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุในการศึกษานี้พบว่าควรเน้นกิจกรรมแบบกลุ่ม เช่น กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มออกกำลังกาย และเป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ฝึกการเป็นผู้ฟังที่ดี ฝึกตั้งคำถาม การสนทนากับผู้อื่น การคิดเชิงเหตุผล เป็นต้น ดังนั้นกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุทั้ง 7 กิจกรรมจึงเป็นการทำกิจกรรมในลักษณะของกระบวนการกลุ่มเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีบทบาท และมีส่วนร่วมมากที่สุด วิทยากรจะเป็นเพียงผู้กระตุ้น จัดบรรยากาศ และเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของคมเพชร ฉัตรศุภกุล ที่กล่าวว่า การจัดกิจกรรมกลุ่มในผู้สูงอายุมีข้อดีคือ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีทักษะการทำกิจกรรมร่วมกัน ทักษะทางสังคม มีการพัฒนาการด้านอารมณ์ และพัฒนาด้านทัศนคติอีกด้วย¹⁰ และสอดคล้องกับแนวคิดกลุ่มบำบัดตามที่วิลัยพร สุวรรณบุรณ์กล่าวว่า กระบวนการของกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม เข้าใจตนเอง สามารถปรับความคิดและพัฒนาพฤติกรรมไปในทางที่ดี นอกจากนั้นปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มยังส่งผลให้สมาชิกรู้สึกได้รับการยอมรับ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง¹¹

ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ ผู้สูงอายุมีพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นทุกด้าน และพลังสุขภาพจิตด้านความมั่นคงทางอารมณ์สูงกว่าด้านอื่น ๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากิจกรรมตบปรับอารมณ์ ได้มุ่งเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเอง ยอมรับอารมณ์ของตนเอง รู้จักวิธีการควบคุมอารมณ์ของตนเอง สามารถวิเคราะห์ถึงผลกระทบของอารมณ์ต่อพฤติกรรมของตนเองได้ สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ซึ่งจากการร่วมกิจกรรมตบปรับอารมณ์ส่งผลให้อารมณ์ของผู้สูงอายุเป็นไปในทิศทางตรงกันข้ามกับทฤษฎีพัฒนาการของผู้สูงอายุทั่วไป ดังที่ศรีเรือน แก้วกังวาล ได้กล่าวว่า อารมณ์ที่มีจะพบบ่อย ๆ ในวัยผู้สูงอายุ ได้แก่ อารมณ์เศร้า เปื่อหน่าย ท้อแท้ เหงา น้อยใจง่าย ลึนหวัง มีอาการเครียด หงุดหงิดง่าย เป็นต้น¹² นอกจากนี้การทำกิจกรรมฯ ได้เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมด้วย อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขจากการดำรงความสัมพันธ์ที่ดีกับบุตรหลาน ครอบครัวและให้ความสำคัญกับครอบครัว¹³ เป็นไปตามแนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน (family and community-based) ของวิทยากร เชียงกูล ที่กล่าวว่าความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวมีส่วนสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพอนามัย การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและเครือข่ายถือเป็นความช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้ใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ¹⁴ นอกจากนี้การได้รับกำลังใจจากเพื่อนในกลุ่ม การเกิดเครือข่ายทางสังคมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีทักษะการ

จัดการอารมณ์ที่เหมาะสม มีทักษะการเผชิญปัญหาในแต่ละสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม¹⁵

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุให้สะท้อนความรู้สึกส่วนใหญ่จะรู้สึกดีใจที่มีคนชม และรู้สึกภูมิใจในความสำเร็จของตนเองที่ผ่านมา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนางนภัส พรหมมี และคณะ ที่ศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ปัจจัยด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้แก่ ความสำเร็จในชีวิต และการเป็นที่ยอมรับของครอบครัวและสังคม¹⁶ และยังสอดคล้องกับทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของมนุษย์ ของมาสโลว์ ขั้นที่ 3 ที่กล่าวถึงความต้องการทางสังคม (social needs) ว่าเป็นความต้องการความรักและเป็นส่วนหนึ่งของหมู่ มนุษย์ทุกคนมีความปรารถนาที่จะให้เป็นที่รักของผู้อื่น และต้องการมีสัมพันธ์กับผู้อื่น คนที่รู้สึกเหงา ไม่มีเพื่อน มีชีวิตไม่สมบูรณ์ เป็นผู้ที่ต้องซ่อมความต้องการประเภทนี้ คนที่รู้สึกว่าเป็นที่รักและยอมรับของหมู่จะเป็นผู้ที่สมปรารถนาในการความต้องการความรักและเป็นส่วนหนึ่งของหมู่¹⁷ นอกจากนี้การชื่นชมกันและกันของผู้สูงอายุดังกล่าวยังสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมแรงทางบวก (positive reinforcement) ของสกินเนอร์ โดยตัวเสริมแรงที่นำมาใช้ในการเสริมแรงทางบวก เช่น คำพูด คำชม การได้รับความสนใจ ซึ่งการให้การเสริมแรงทางบวกนั้น ควรเลือกตัวเสริมแรงมาเสริมแรงให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคลที่ไม่เหมือนกันด้วย¹⁸

หลังเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิต ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตในภาพรวมสูงกว่าในระยะอื่น ๆ ทั้งนี้ อาจจะเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุเพิ่งผ่านการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตทำให้มีความคงอยู่ของพลังสุขภาพจิต แต่เมื่อติดตามเป็นช่วงเวลาที่ผ่านการเข้าร่วมกิจกรรมไปแล้วหนึ่งเดือน ซึ่งผู้สูงอายุไม่ได้รับการกระตุ้นพลังสุขภาพจิตต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพลังสุขภาพจิตที่ลดลง สะท้อนให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุควรจัดอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ เพื่อให้ระดับพลังสุขภาพจิตยังคงอยู่ โดยครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ควรร่วมมือให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ

ปิ่นธนา ป่องขารี ที่พบว่า ครอบครัว ชุมชน และสังคมต้องยื่นมือเข้าช่วยเหลือ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การจัดกิจกรรมทางสังคมและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ โดยภาครัฐต้องมีนโยบายที่ชัดเจน มีงบประมาณสนับสนุนให้กิจกรรมต่าง ๆ เกิดขึ้นได้¹⁹ เช่นเดียวกับศรดา ศรีสว่าง และคณะ ที่กล่าวว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดหาสถานที่ที่ผู้สูงอายุและคนในชุมชนสามารถใช้ในการมีปฏิสัมพันธ์ พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งจะนำไปสู่การรวมกลุ่มในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ต่อไป²⁰

การวิจัยในครั้งนี้มีข้อจำกัดคือ การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยความสมัครใจเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีพลังสุขภาพจิตดีอยู่แล้วจากการได้เข้าสังคมหรือทำกิจกรรมรวมกลุ่มอยู่บ่อยครั้ง จึงอาจทำให้ก่อนร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับเกณฑ์ปกติขึ้นไป ประกอบกับการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้กำหนดกลุ่มควบคุมไว้เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบ จึงไม่อาจสรุปได้อย่างชัดเจนว่า ผลพลังสุขภาพจิตเป็นผลมาจากกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิตที่ให้แก่ผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียว ดังนั้น ผู้ที่จะนำผลการวิจัยไปใช้จึงพึงระมัดระวังในประเด็นดังกล่าว และในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่หลากหลาย

ชุดกิจกรรมนี้ได้นำไปขยายผลการจัดกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุชุมชนเทศบาลตำบลนาแก้วที่ยังไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมมาก่อน และชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียง จำนวน 2 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนเทศบาลเมืองเขลางค์นคร อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง และชุมชนเทศบาลตำบลบ้านแป้น อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน อย่างไรก็ตามควรมีพัฒนาชุดกิจกรรมดังกล่าวให้เหมาะกับบริบทที่หลากหลายต่อไป

สรุป

การจัดกิจกรรมกลุ่มกับผู้สูงอายุโดยใช้ชุดกิจกรรม “ผู้สูงวัย ใจเกินร้อย” ชุมชนเทศบาลตำบลนาแก้ว อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น โดยการจัดกิจกรรมดังกล่าวชุมชนและครอบครัวของผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกัน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

ความรู้เดิม : พลังสุขภาพจิต (resilience) ในผู้สูงอายุมีความสำคัญและสามารถพัฒนาให้เพิ่มขึ้นผ่านการเรียนรู้ได้

ความรู้ใหม่ : ชุดกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานสามารถเพิ่มพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ชุดกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุนี้นำไปใช้ส่งเสริมพลังสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. กรอบการวิจัยประจำปีงบประมาณ 2559 [Research Framework 2016]. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
2. วลัยพร นันทศุภวัฒน์. การพยาบาลผู้สูงอายุ : ความท้าทายกับภาวะประชากรสูงอายุ [Elderly nursing: challenges and aging]. มหาสารคาม: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2551.
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ปัญหาที่พบในผู้สูงอายุ [Problems found in the elderly] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; [สืบค้นเมื่อวันที่ 18 ส.ค. 2559]. จาก: <http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/health/prepared/topic001.php>
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2551-2553 [The important results of the Thai mental health survey 2008 – 2010]. กรุงเทพฯ: ธนาพรส; 2554.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พฤษภาคม พ.ศ. 2557 [Summary of the survey of mental health in Thailand in May, 2014]. กรุงเทพฯ: สำนัก; 2557.
6. กชกร ฉายากุล. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา [Effect of the resilience quotient enhancement program among nursing students of Boromarajonani college of nursing, Nakhon Ratchasima]. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. 2018;24(2):96-107.
7. สุวิทย์ มูลคำ, อรทัย มูลคำ. วิธีการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะ [Learning management methods for improving knowledge and skills]. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2547.
8. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต สำหรับสื่อมวลชนท้องถิ่น [Promoting resilience in local mass media]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2555.
9. อรวรรณ ดวงจันทร์. การพัฒนามาตรฐานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชน [Developing the standards of mental health promotion and mental health problem prevention for community hospital]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2561; 26(3):173-83.
10. คมเพชร ฉัตรศุภกุล. กิจกรรมกลุ่มในโรงเรียน [Group activities in school]. กรุงเทพฯ: พัฒนาศึกษา; 2546.
11. วลัยพร สุวรรณบุรณ. ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยจิตเภท [Effects of interpersonal group therapy on quality of life among schizophrenic patients] [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
12. ศรีเรือน แก้วกังวาล. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย [Developmental psychology]. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2540.

13. ขวัญสุดา บุญทศ, ขนิษฐา นันทบุตร. ความสุข ความทุกข์ และสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในชุมชนแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย [Happiness, distress and mental health of the elderly in a community in the upper north region of Thailand]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2560;62(3):257-70.
14. วิทยากร เชียงกุล. อธิบายศัพท์สังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา [The social sciences for development]. กรุงเทพฯ: สายธาร; 2550.
15. จารุวรรณ ก้านศรี, อุทัยวรรณ แก้วพิจิตร, นภัทร เตียอนุกุล, ปรีทรรณ วันจันทร์. ผลของโปรแกรมกลุ่มสัมพันธ์ทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ [The effects of a social relationship program on the depression of elderly]. พุทธชินราชเวชสาร. 2562;35(1):1-10.
16. นงนภัส พรหมมี, นวรัตน์ สุวรรณผ่อ, มธุรส ทิพยมงคลกุล, จารุวรรณ หมั่นมี. ความสุขในชีวิตผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร [Life happiness of the elderly in Bangkok]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2562;27(2):80-94.
17. Maslow HA. Motivation and Personality. 2nd ed. New York: Harper and Row; 1970.
18. Skinner BF. Science and Human Behavior. New York: Free Press; 1953.
19. ปิณัณณา ป้องขารี. แนวทางการพัฒนาการดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุตำบลนาตูน อำเภอนาตูน จังหวัดมหาสารคาม [The development of aging union activities : a case study of Nadoon sub-district, Nadoon district, Mahasarakham province]. วารสารบัณฑิตศึกษามหาจุฬาลงกรณ์. 2559;3(1):69-77.
20. ศรดา ศรีสว่าง, นฤมล ตันธสุเรศรัษฎ์. แนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุตำบลหลักหก อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี [Community participation in the organizing of recreational activities for the elderly in Tambon Lak Hok, Amphoe Mueang Pathum Thani, Pathum Thani province]. รายงานการประชุมวิชาการและนำเสนอผลการวิจัยระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 6 กลุ่มระดับชาติ ด้านการศึกษา. 2558;3(6):418-27.

นิพนธ์ต้นฉบับ

รูปแบบการพยากรณ์สถานการณ์ของผู้ป่วยจิตเวช
ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

วันรับ : 6 กุมภาพันธ์ 2563

วันแก้ไข : 3 ธันวาคม 2563

วันที่ตอบรับ : 4 ธันวาคม 2563

เบญจมาศ พงศมรรคา, ศ.ม., วิภาพร สิทธิจันทร์, วท.บ.

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : ศึกษารูปแบบสมการการพยากรณ์ทางสถิติที่เหมาะสมสำหรับการพยากรณ์โรค สถานการณ์การเข้ารับบริการของผู้ป่วย และพยากรณ์แนวโน้มของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

วิธีการ : ศึกษาวิธีการพยากรณ์ทางสถิติด้วยข้อมูลทุติยภูมิอนุกรมเวลา ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยเป็นข้อมูลผู้ป่วยนอกที่มารับบริการทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2555 – กันยายน 2561 โดยใช้เทคนิคการพยากรณ์อนุกรมเวลาทั้ง 5 วิธีหารูปแบบวิธีการพยากรณ์ทางสถิติที่เหมาะสม วัดค่าความถูกต้องของการพยากรณ์ด้วยค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ความคลาดเคลื่อนสัมบูรณ์ (MAPE) และนำมาพยากรณ์แนวโน้มเดือนตุลาคม 2561 – กันยายน 2563

ผล : สถานการณ์ผู้ป่วยนอกจิตเวช ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 40 - 49 ปี สถานภาพโสด อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 5 สิทธิการรักษาชำระเงินเอง ได้รับการวินิจฉัยกลุ่มโรค F20-F29 (โรคจิตเภท พฤติกรรมแบบจิตเภท และความหลงผิด) โดยรหัส F20 (โรคจิตเภท) พบมากที่สุด วิธีการพยากรณ์ทางสถิติที่เหมาะสมคือ Exponential Smoothing แบบ Winters' Additive โดยมีค่า MAPE = 3.775 ในการนำมาพยากรณ์แนวโน้มผู้ป่วยจิตเวช ผลการพยากรณ์พบว่าผู้ป่วยนอกจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี คาดว่าน่าจะมีผู้ป่วยในปี 2562 – 2563 ประมาณ 40,695 คน และ 43,806 คน ตามลำดับ โดยจะมีผู้มารับบริการสูงสุดในเดือนสิงหาคม จำนวน 3,582 คน และ 3,841 คน ส่วนกลุ่มโรคที่พบมากที่สุด คือ F20 - F29 จำนวน 3,890 คน และ 3,920 คน ทั้งนี้ภายใต้สภาวะทางภูมิศาสตร์หรือสิ่งแวดล้อมที่ไม่เปลี่ยนแปลงมาก

สรุป : ควรมีการวางแผนพัฒนาระบบบริการ บริหารจัดการงบประมาณ เวชภัณฑ์ให้มีประสิทธิภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมในการรองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นจากผลการพยากรณ์สถานการณ์ผู้ป่วย

คำสำคัญ : การพยากรณ์ ผู้ป่วยจิตเวช สถานการณ์

ติดต่อผู้นิพนธ์ : เบญจมาศ พงศมรรคา; e-mail: benjamart_pr@hotmail.com

Original article

The model of situations of the psychiatric patients at the Galya Rajanagarindra Institute

Received : 6 February 2020

Revised : 3 December 2020

Accepted : 4 December 2020

Benjamas Prutara, M.Econ., Wiphaporn Sittijan, B.Sc.

Galya Rajanagarindra Institute

Abstract

Objective: To study the suitable statistical prediction model for the prognosis of patients encountered situations and forecasting the trends of psychiatric patients receiving service at the Galya Rajanagarindra Institute.

Methods: The research aims to studying the forecasting methods by using secondary time series data. The data used was information of outpatients who received psychiatric services from October 2012 - September 2018. The 5 time series forecasting techniques were examined to find the suitable statistical forecasting method. The accuracy of the forecast was measured by absolute percentage deviation (MAPE) and it was applied to forecast the trend from October 2018 to September 2020.

Results: The results showed that most of the psychiatric patients are males, single status, aged around 40-49 years old, living in the 5th health area and paying their own treatment cost. They were mostly diagnosed with ICD-10 code F20 - F29 (schizophrenia, schizophrenic behavior and delusions) with the highest number of F20 (schizophrenia). The appropriate forecasting model was Winters' Additive Exponential Smoothing technique with the MAPE value 3.775 for predicting the trend of psychiatric outpatients. The forecasting indicated that the number of patients receiving services is likely to increase every year. It is expected that there will be 40,695 and 43,806 patients in the year 2019 and 2020, respectively. The highest number of patients were in August (3,582 and 3,841). The most common diagnosis was F20 - F29 that estimated to 3,890 in 2019 and 3,920 in 2020. The prediction results were under stable geographic or environmental conditions.

Conclusion: There should be plans for service system development, budget management and medical supplies according to the predicted increasing number of patients.

Keywords: prediction, psychiatric patients, situation

Corresponding author: Benjamas Prutara; e-mail: benjamart_pr@hotmail.com

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ผลการสำรวจจะบาติวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ พ.ศ. 2556 โดยกรมสุขภาพจิต¹ พบว่าคนไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีปัญหาสุขภาพจิตในช่วง 12 เดือนร้อยละ 13.4 หรือประมาณ 7 ล้านคน และพบว่าปัญหาเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจเมื่อ พ.ศ. 2551 แต่คาดว่าปัญหาสุขภาพจิตจะมีมากขึ้น โดยเฉพาะปัญหาแอลกอฮอล์และสารเสพติด จากข้อมูลสถานการณ์ความชุกของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและป่วยจิตเวช จะช่วยในการวางแผนการจัดบริการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองสิทธิและได้รับการดูแลบำบัดรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม ลดอาการและระยะเวลาความเจ็บป่วย และลดความรุนแรงที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตร่างกาย และทรัพย์สินของผู้ป่วยและของผู้อื่นในสังคม

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลข้างต้นเป็นการประมาณการความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ส่วนข้อมูลของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวชที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลนั้น สามารถใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยจากโปรแกรมระบบบริหารงานโรงพยาบาล เช่น HOSxP, JHos ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ของข้อมูลจากผู้ดูแลระบบของโรงพยาบาลเป็นอย่างดี การใช้วิธีการพยากรณ์ทางสถิติเข้ามาช่วยในการพยากรณ์^{2,9} แนวโน้มการเกิดโรคในอนาคตที่มีข้อมูลเชิงปริมาณ^{3,5} จะทำให้สามารถคาดการณ์แนวโน้มการเข้ารับบริการของผู้ป่วยในอนาคตได้ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพยากรณ์สถานการณ์การพบผู้ป่วยจิตเวช⁴ พบว่ารูปแบบการพยากรณ์การพบผู้ป่วยด้วยวิธีเชิงพรรณนาและเชิงวิเคราะห์ โดยการ นำข้อมูลมาวิเคราะห์การพยากรณ์ทางสถิติด้วยวิธีการปรับให้เรียบเอ็กซ์โพเนนเชียลแบบง่าย (Exponential Smoothing technique) การพยากรณ์โรคเชิงปริมาณด้วยวิธีทางสถิติมีความเหมาะสมสามารถนำมาใช้พยากรณ์การเกิดโรคในอนาคตที่มีข้อมูลเชิงปริมาณในอดีตได้ โดยค่าพยากรณ์ที่ได้จะขึ้นอยู่กับข้อมูลในอดีตที่ผ่านมา

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์เป็นโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิตที่รับผิดชอบการบริการจิตเวชระดับรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน (supra specialist service) ขนาด 185 เตียง ดูแลและให้บริการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตสุขภาพที่ 5 และบริการเฉพาะทางด้านนิติจิตเวช ในปีงบประมาณ 2561⁸ มีจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการสถาบันฯ รวมทั้งสิ้น 65,401 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป 41,315 ราย ผู้ป่วยนิติจิตเวช (ผู้ป่วยคดี) 532 ราย ผู้ป่วยสารเสพติด 2,311 ราย และผู้ป่วยสุรา 821 ราย และมีการบันทึกข้อมูลการรับบริการผู้ป่วยด้วยโปรแกรมระบบบริหารงานโรงพยาบาล (HOSxP)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบสมการการพยากรณ์ทางสถิติที่เหมาะสมสำหรับการพยากรณ์โรคจิตเวช สถานการณ์การพบผู้ป่วย และพยากรณ์แนวโน้มของการพบผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ในอนาคต เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพัฒนาระบบการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตสุขภาพที่ 5 ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วิธีการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ป่วยนอกที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่มารับบริการที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกที่มารับบริการฯ ข้อมูลรายเดือน จำนวน 72 เดือน ตั้งแต่ตุลาคม 2555 - กันยายน 2561 (ปีงบประมาณ 2556 - 2560) จากโปรแกรมระบบบริหารงานโรงพยาบาล (HOSxP) หน่วยนับเป็นจำนวนคน คัดเลือกวินิจฉัยโรคหลักคือ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม (mental and behavioral disorders) ในรหัส F00 - F99 ตามบัญชีการจำแนกโรคทางจิตเวช (ICD-10) เท่านั้น และไม่รวมผู้ป่วยนอกที่มีโรคหลักโรครอง โรคร่วมในรหัส F00 - F99 ที่มารับบริการหลักด้วยโรคทางกาย เช่น ทันตกรรม อายุรกรรม แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทย ฯลฯ ข้อมูลที่ใช้ประกอบด้วย เลขประจำตัวโรงพยาบาล (HN) วันเดือนปีที่มารับบริการ เพศ อายุ ที่อยู่ ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสโรคหลัก โรครอง และโรคร่วม

วิธีการพยากรณ์ทางสถิติด้วยข้อมูลทุติยภูมิอนุกรมเวลา นำมาพยากรณ์การเกิดโรคในอนาคต โดยศึกษารูปแบบสมการการพยากรณ์ ซึ่งจะนำค่า mean absolute percentage error (MAPE) ที่ได้จากการพยากรณ์ของรูปแบบทั้ง 5 รูปแบบมาเปรียบเทียบกัน และสุดท้ายจะเลือกรูปแบบที่เหมาะสมจากค่า MAPE ที่มีค่าน้อยที่สุดและเหมาะสมในการนำมาพยากรณ์แนวโน้มการพบผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่สถาบันกัลยาณราชนครินทร์ ได้ค่าพยากรณ์เดือนตุลาคม 2560 - กันยายน 2561 (ปีงบประมาณ 2561) จำนวน 12 เดือน แล้วนำค่าพยากรณ์ที่ได้เปรียบเทียบกับค่าจริงของเดือนตุลาคม 2560 - กันยายน 2561 เพื่อวิเคราะห์หาค่าพยากรณ์ที่ได้มีค่าใกล้เคียงกับค่าจริงหรือไม่ หลังจากนั้นนำมาพยากรณ์เดือนตุลาคม 2561 - กันยายน 2563 (ปีงบประมาณ 2562 - 2563) จำนวน 24 เดือน สมการที่ใช้ในการพยากรณ์ในการคำนวณหาค่าความแม่นยำ ประเมินผลการพยากรณ์ด้วยวิธี MAPE

$$MAPE = \frac{\sum \frac{|\text{Actual} - \text{Forecast}|}{\text{Actual}}}{n} * 100\%$$

การวัดค่าความถูกต้องของการพยากรณ์ด้วยวิธี MAPE ซึ่งเป็นการวัดผลที่ได้จากการพยากรณ์นั้นมีข้อผิดพลาดมากน้อยเพียงใด ค่า MAPE ยิ่งน้อย หมายถึง ความแม่นยำในการพยากรณ์สูงสุด เพราะมีค่าความผิดพลาดในการพยากรณ์น้อยสุด

ระยะเวลาดำเนินงานวิจัย เดือนธันวาคม 2561 - มิถุนายน 2562 การวิจัยนี้ผ่านรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวชสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต เลขที่หนังสือรับรอง 11/2562

ผล

สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการ

ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2555 - เดือนกันยายน 2561 พบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเวชรายปีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทุกปี โดยมีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชในระหว่างปี 2556 - 2561 จำนวน 7,438 คน 7,564 คน 8,151 คน 8,724 คน 9,722 คน และ

11,073 คน ตามลำดับ มีผู้ป่วยเข้ามารับบริการมากที่สุดในแต่ละปี คือช่วงเดือนมีนาคมและสิงหาคมของทุกปี กลุ่มโรคที่มีผู้รับบริการมากที่สุด คือ กลุ่มรหัสโรค F20 - F29 (โรคจิตเภท พฤติกรรมแบบจิตเภท และความหลงผิด) มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชในระหว่างปี 2556 - 2561 จำนวน 3,126 คน, 3,130 คน, 3,278 คน 3,308 คน 3,599 คน และ 3,743 คน รองลงมาคือ กลุ่มรหัสโรค F30 - F39 (โรคความผิดปกติทางอารมณ์) มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชในระหว่างปี 2556 - 2561 จำนวน 1,579 คน 1,620 คน 1,763 คน 1,940 คน 2,209 คน และ 2,740 คน และกลุ่มรหัสโรค F40 - F49 (โรคประสาท อารมณ์ทางกายที่เกิดจากจิตใจและความเครียด) มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชในระหว่างปี 2556 - 2561 จำนวน 1,108 คน 1,088 คน 1,206 คน 1,384 คน 1,454 คน และ 1,543 คน ตามลำดับ

ผู้ป่วยนอกที่มีวินิจฉัยโรคหลักในรหัส F00 - F99 ปีงบประมาณ 2561 (ตุลาคม 2560 - กันยายน 2561) เข้ารับบริการทั้งสิ้น 11,073 คน ข้อมูลทั่วไปแสดงดังตารางที่ 1 โดยเป็นกลุ่มที่มีช่วงอายุ 30 - 59 ปีมากที่สุด กล่าวคือ ช่วงอายุ 40 - 49 ปี ร้อยละ 19.4 รองลงมาคือ อายุ 30 - 39 ปี (ร้อยละ 18.3) และอายุ 50 - 59 ปี (ร้อยละ 16.5) จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามวินิจฉัยโรคและกลุ่มอายุ พบว่า ช่วงอายุ 40-49 ปีมีจำนวนผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค F20 - 29 สูงที่สุด คือ 1,090 คน แสดงดังตารางที่ 2

จากผู้ป่วยนอกที่มีวินิจฉัยโรคหลักในรหัส F00 - F99 ปีงบประมาณ 2561 (ตุลาคม 2560 - กันยายน 2561) จำนวน 11,073 คน เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ 8 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 6,344 คน และ 7 เขต ในเขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพฯ 2,878 คน รวมทั้งสิ้น 9,222 คน โดยกลุ่มโรคที่พบ 3 ลำดับแรกคือ กลุ่มโรค F20 - F29 (โรคจิตเภท พฤติกรรมแบบจิตเภท และความหลงผิด) กลุ่มโรค F30 - F39 (โรคความผิดปกติทางอารมณ์) และกลุ่มโรค F40 - F49 (โรคประสาท อารมณ์ทางกายที่เกิดจากจิตใจและความเครียด) ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยนอกที่มีวินิจฉัยโรคหลักในรหัส F00-F99 ปีงบประมาณ 2561

ข้อมูลส่วนบุคคล	ปี 2561	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	11,073	
ชาย	5,901	53.3
หญิง	5,172	46.7
อายุ		
0 - 5 ปี	82	0.7
6 - 12 ปี	478	4.3
13 - 15 ปี	201	1.8
16 - 18 ปี	232	2.1
19 - 24 ปี	900	8.1
25 - 29 ปี	952	8.6
30 - 39 ปี	2,030	18.3
40 - 49 ปี	2,153	19.4
50 - 59 ปี	1,829	16.5
60 - 69 ปี	1,201	10.9
70 - 79 ปี	643	5.8
80 ปี ขึ้นไป	372	3.4
สถานภาพ		
โสด	5,753	52
คู่	3,553	32.1
หม้าย	686	6.2
แยกกันอยู่	492	4.4
หย่า	404	3.7
ไม่ทราบ/ไม่ระบุ	185	1.7
จำแนกที่อยู่ปัจจุบัน ตามเขตสุขภาพ		
8 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 5	6,344	57.3
จังหวัด อื่น ๆ นอกเขตสุขภาพที่ 5 (ยกเว้นกรุงเทพฯ)	1,138	10.3
เขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพฯ ในเขตรับผิดชอบ 7 เขต	2,878	26
เขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพฯ นอกเขตรับผิดชอบ	713	6.4

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยนอกที่มีวินิจฉัยโรคหลักในรหัส F00-F99 ปีงบประมาณ 2561 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ปี 2561	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
วินิจฉัยโรค		
F06 อาการทางจิตประสาท เนื่องจากสมองถูกทำลายหรือทำงานผิดปกติ	488	4.4
F10 ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาท ซึ่งเกิดจากการเสพแอลกอฮอล์	257	2.3
F15 ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาท เนื่องจากการเสพสารกระตุ้นระบบประสาทอื่น รวมทั้งคาเฟอีน	82	0.7
F20 จิตเภท	518	4.7
F25 ความผิดปกติชนิดจิตเภทแบบอารมณ์แปรวนแปร	3,054	27.6
F31 ความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำและมีซึมเศร้าหรือตื่นเต้น	245	2.2
F32 อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราวซ้ำๆ	562	5.1
F41 กลุ่มอาการวิตกกังวลอื่น ๆ	1,917	17.3
F43 กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดและการปรับตัวที่ผิดปกติ	1,080	9.8
F49 กลุ่มอาการเคลื่อนไหวมากผิดปกติ	329	3
F90 กลุ่มอาการเคลื่อนไหวมากผิดปกติ	487	4.4
สิทธิการรักษา		
ชำระเงินเอง	5,715	51.6
จ่ายตรง (กรมบัญชีกลาง)	1,093	9.9
จ่ายตรง (กทม.)	125	1.1
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท ในเขต	136	1.2
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท นอกเขต	788	7.1
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ท.) นอกเขต	302	2.7
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้านอกเขต (ฉุกเฉิน)	245	2.2
ประกันสังคม (เบิกยานอกไม่ได้)	306	2.8
ผู้พิการ (ในเขต)	600	5.4
ผู้พิการ (นอกเขต)	1,460	13.2

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบวิธีการพยากรณ์อนุกรมเวลา หารูปแบบการพยากรณ์ที่เหมาะสม

ผลการเปรียบเทียบวิธีการพยากรณ์อนุกรมเวลา
ทั้ง 5 วิธี ด้วยค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ความคลาดเคลื่อนสัมบูรณ์
(MAPE) พบว่า วิธีการแยกส่วนประกอบ เป็นวิธีที่มีค่า
คลาดเคลื่อนที่น้อยที่สุด ค่า MAPE = 1.000 รองลงมาคือ

วิธีการทำให้เรียบด้วยเอกซ์โพเนนเชียลแบบ Winters'
Additive มีค่า MAPE = 3.775 และวิธีการทำให้เรียบด้วย
เอกซ์โพเนนเชียลแบบ Winters' multiplicative มีค่า
MAPE = 4.106
วิธีการแยกส่วนประกอบเป็นวิธีที่ให้ค่าเฉลี่ยเคลื่อนที่
ที่ทำให้ทำนายหรือความสำคัญของข้อมูลทุกช่วงเวลาเท่ากัน

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (คน) จำแนกตามช่วงอายุกับการวินิจฉัยโรค ปีงบประมาณ 2561

ช่วงอายุ	วินิจฉัยโรค											รวม (คน)
	F00-F09	F10-F19	F20-F29	F30-F39	F40-F49	F50-F59	F60-F69	F70-F79	F80-F89	F90-F98	F99	
0 - 5 ปี	0	0	0	0	0	0	0	0	34	47	1	82
6 - 12 ปี	2	0	0	24	15	0	0	17	55	365	0	478
13 - 15 ปี	4	8	5	61	19	0	1	11	23	68	1	201
16 - 18 ปี	5	35	25	72	30	0	1	21	16	27	0	232
19 - 24 ปี	33	228	199	266	82	3	20	28	25	16	0	900
25 - 29 ปี	38	202	326	255	84	6	2	18	13	7	1	952
30 - 39 ปี	73	304	967	425	193	23	13	24	7	1	0	2,030
40 - 49 ปี	55	180	1,090	487	293	29	6	11	0	2	0	2,153
50 - 59 ปี	102	83	695	522	372	46	3	5	0	1	0	1,829
60 - 69 ปี	121	27	324	400	261	61	0	7	0	0	0	1,201
70 - 79 ปี	194	6	90	164	137	51	1	0	0	0	0	643
80 ปีขึ้นไป	200	1	22	64	57	28	0	0	0	0	0	372
รวม	827	1,074	3,743	2,740	1,543	247	47	142	173	534	3	11,073

แต่ในทางปฏิบัติข้อมูลที่ใกล้เคียงปัจจุบันควรมีความสำคัญมากกว่าข้อมูลในอดีต วิธีปรับเรียบด้วย exponential smoothing จึงเหมาะสมในการนำมาพยากรณ์อนุกรมเวลา เพราะเป็นวิธีที่ให้ความสำคัญแก่ข้อมูลล่าสุดมากที่สุดและความสำคัญจะลดลงสำหรับข้อมูลที่มีระยะห่างออกไป โดยวิธีปรับเรียบด้วย exponential smoothing จะแยกเป็น 4 วิธี ผลการเปรียบเทียบ วิธีปรับเรียบด้วย exponential smoothing แบบ Winters' additive มีค่าน้อยที่สุดใน 4 วิธี ค่า MAPE = 3.775 หมายถึง มีความผิดพลาดในการพยากรณ์เมื่อเทียบกับค่าจริงโดยเฉลี่ยเพียงร้อยละ 3.7 ถือว่าต่ำมาก ค่า R-squared = 0.879 หรือ ร้อยละ 87.9 หมายถึง เวลาที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงยอดผู้ป่วยถึงร้อยละ 87.9 ดังนั้น วิธีปรับเรียบด้วย exponential smoothing แบบ Winters' additive จึงมีความเหมาะสมในการนำมาพยากรณ์แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยจิตเวช

ผลการพยากรณ์แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยพบว่าแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี คาดว่าน่าจะมีจำนวนผู้ป่วยใน

ปีงบประมาณ 2562 และ 2563 ประมาณ 40,695 คน และ 43,806 คน ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการสูงสุดในเดือนสิงหาคม (ช่วงไตรมาสที่สี่) จำนวน 3,582 คน และ 3,841 คน จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการน้อยที่สุดในเดือนกุมภาพันธ์ จำนวน 3,155 คน และ 3,414 คน ตามลำดับ กลุ่มโรคที่พบมากที่สุดคือ กลุ่มโรค F20-F29 (โรคจิตเภท พฤติกรรมแบบจิตเภท และความหลงผิด) จำนวน 3,890 คน และ 3,920 คน รองลงมาคือ กลุ่มโรค F30-F39 (โรคความผิดปกติทางอารมณ์) จำนวน 2,845 คน และ 3,236 คน ในปีงบประมาณ 2562 และ 2563 ตามลำดับทั้งนี้ภายใต้สภาวะทางภูมิศาสตร์หรือสิ่งแวดล้อมที่ไม่เปลี่ยนแปลงมาก แสดงดังภาพที่ 1 และ ภาพที่ 2

วิจารณ์

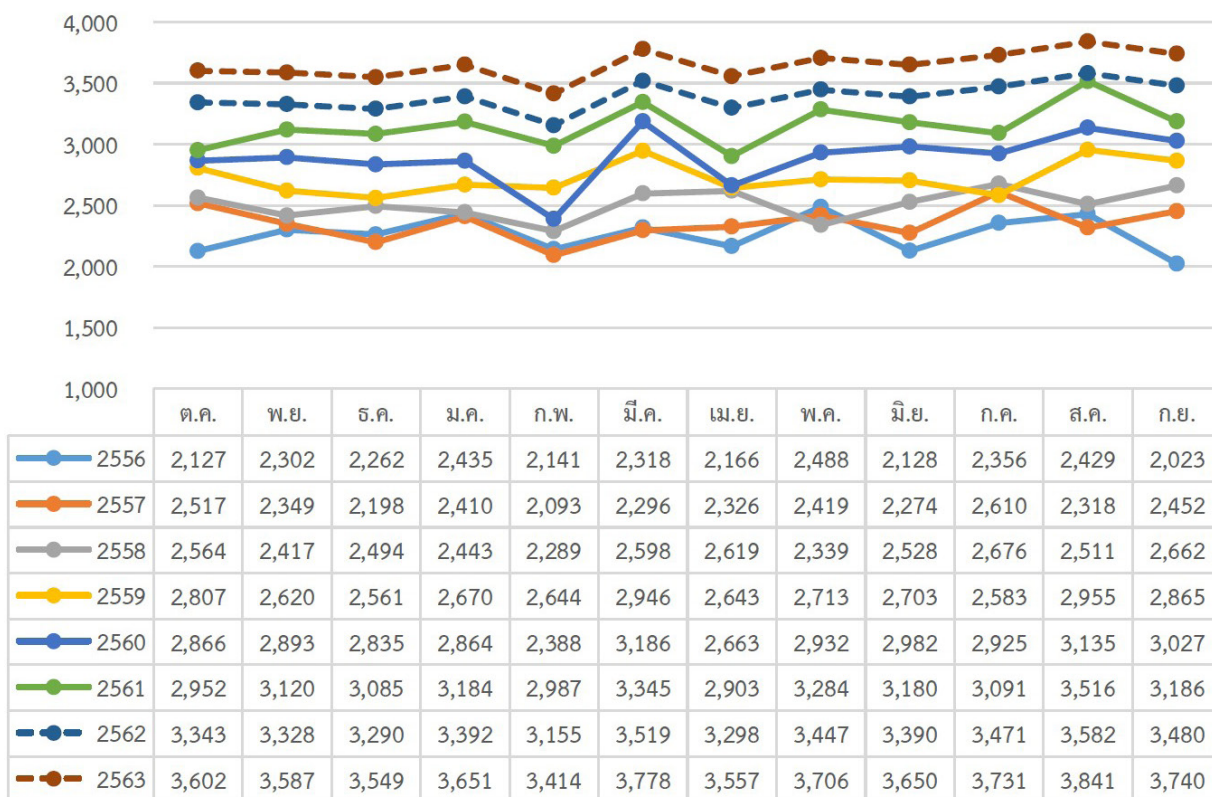
รูปแบบสมการการพยากรณ์ทางสถิติที่เหมาะสมสำหรับการพยากรณ์ผู้ป่วยทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยใช้วิธีการพยากรณ์ทางสถิติด้วยข้อมูลทุติยภูมิอนุกรมเวลา^{1,2}

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยนอกที่มีวินิจฉัยโรคหลักในรหัส F00-F99 ปีงบประมาณ 2561 (คน) จำแนกตามจังหวัด/เขต และการวินิจฉัยโรค

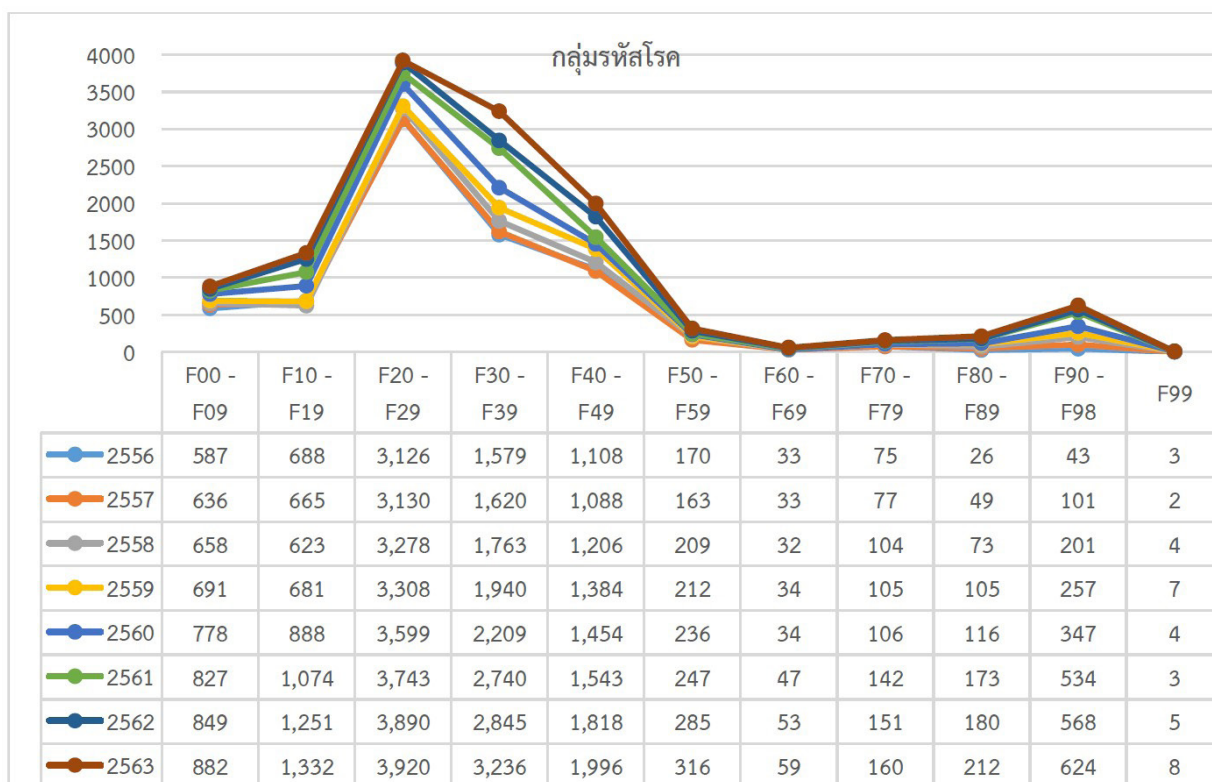
จังหวัด/เขต	วินิจฉัยโรค											รวม (คน)
	F00-F09	F10-F19	F20-F29	F30-F39	F40-F49	F50-F59	F60-F69	F70-F79	F80-F89	F90-F98	F99	
เขตสุขภาพที่ 5	451	693	2,236	1,496	851	146	25	86	87	271	2	6,344
นครปฐม	249	230	1,018	835	545	95	12	47	56	165	1	3,253
สมุทรสาคร	105	180	560	363	212	39	5	24	22	85	1	1,596
สุพรรณบุรี	25	88	210	86	23	4	2	3	2	10	0	453
กาญจนบุรี	18	50	118	58	20	3	0	0	2	3	0	272
ราชบุรี	24	33	92	62	22	1	6	5	3	3	0	251
ประจวบคีรีขันธ์	12	50	83	34	16	1	0	5	0	2	0	203
เพชรบุรี	10	38	73	28	6	2	0	2	1	2	0	162
สมุทรสงคราม	8	24	82	30	7	1	0	0	1	1	0	154
เขตสุขภาพที่ 13 (กทม.)	248	239	869	743	409	72	12	39	65	182	0	2,878
หนองแขม	91	56	278	250	134	22	2	6	14	49	0	902
บางแค	60	69	209	152	103	13	1	12	15	45	0	679
ทวีวัฒนา	47	40	142	174	86	17	3	12	23	52	0	596
ภาษีเจริญ	13	21	84	59	31	9	2	1	3	18	0	241
บางบอน	13	21	66	47	27	2	2	2	3	7	0	190
ตลิ่งชัน	17	20	55	44	22	6	1	1	6	11	0	183
บางพลัด	7	12	35	17	6	3	1	5	1	0	0	87
รวม	699	932	3,105	2,239	1,260	218	37	125	152	453	2	9,222

ทั้ง 5 รูปแบบ พบว่าวิธีปรับเรียบด้วย exponential smoothing แบบ Winters' additive⁹ มีความเหมาะสมในการนำมาพยากรณ์แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยจิตเวช เพราะเป็นวิธีที่ให้ความสำคัญแก่ข้อมูลล่าสุดมากที่สุดและความสำคัญจะลดลงสำหรับข้อมูลที่มีระยะห่างออกไป โดยปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อการพยากรณ์ ได้แก่ เหตุการณ์ที่ผิดปกติ น้ำท่วม ไฟไหม้ อุทกภัย อาจทำให้มี forecast error สูงได้ ดังนั้นวิธีทำให้การพยากรณ์เกิดความแม่นยำ ควรแยกข้อมูลที่ผิดปกติออกจาก

ข้อมูลปกติ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาพยากรณ์ จะทำให้เกิดความผิดพลาดลดลงได้ การลดระยะเวลาการพยากรณ์ให้สั้นลงจะช่วยให้เกิดความผิดพลาดลดลงได้ รวมทั้งทำการพยากรณ์ใหม่เมื่อมีข้อมูลใหม่เกิดขึ้นทุกเดือนหรือไตรมาส ปัจจัยทั้งหมดนี้ส่งผลให้ได้ผลการพยากรณ์ที่แม่นยำขึ้นได้^{6,7} ผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับงานวิจัยการพยากรณ์สถานการณ์การพบผู้ป่วยทางจิตเวชของ อ.หวัหิณ จ.ประจวบคีรีขันธ์⁴ ที่ได้ศึกษาหาแบบการพยากรณ์การพบผู้ป่วยด้วยนำข้อมูลการคัดกรอง



ภาพที่ 1 แผนภาพการพยากรณ์แนวโน้มจำนวนผู้ป่วย จำแนกรายเดือน ปีงบประมาณ 2556 – 2563



ภาพที่ 2 แผนภาพการพยากรณ์แนวโน้มจำนวนผู้ป่วย จำแนกรหัสโรค ปีงบประมาณ 2556 – 2563

ผู้ป่วยทางด้านจิตเวช วิเคราะห์การพยากรณ์ทางสถิติด้วยวิธีการปรับให้เรียบเอ็กซ์โพเนนเชียลแบบง่าย ซึ่งใช้รูปแบบการพยากรณ์ที่เหมือนกัน กลุ่มรหัสโรคที่พบและแนวโน้มการพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเหมือนกัน และสอดคล้องกับงานวิจัยการพยากรณ์โรคไข้เลือดออก ปี 2557⁹ ซึ่งได้รูปแบบการพยากรณ์โรคที่เหมือนกัน คือ exponential smoothing แบบ Winters ในการพยากรณ์ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

การศึกษานี้ไม่สามารถเปรียบเทียบการสำรวจระดับชาติ³ ได้ เนื่องจากเป็นความชุกของโรคกลุ่มจิตเวชกลุ่มประชากรทั่วไป ในขณะที่การศึกษานี้เป็นประชากรผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลซึ่งหมายถึงผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการ และในการสำรวจระดับชาติวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาตินั้น ไม่ได้รายงานความชุกของกลุ่มโรคจิต (psychosis) ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่พบมากที่สุดในการศึกษานี้

การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ จำนวนผู้ป่วยที่รายงานเป็น คน (person) ไม่ใช่ราย (visit) ซึ่งมีประโยชน์ในการทราบจำนวนผู้ป่วยที่ชัดเจน (ไม่ซ้ำคน) แต่อาจไม่สะท้อนภาระการเข้าถึงบริการอย่างแท้จริง แนวทางการพัฒนาต่อไป จึงควรมีการแยกวิเคราะห์ทั้งจำนวนคน และจำนวนราย (visit) เพื่อสะท้อนภาระงานจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแต่ละช่วงเวลาได้ชัดเจนขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยข้อมูลที่ได้จากการพยากรณ์นี้ มีประโยชน์ในการพยากรณ์โรคและช่วงเวลาของ

ผู้ป่วยที่จะเข้ารับบริการ และพยากรณ์แนวโน้มของพื้นที่หรือกลุ่มวัยที่จะเข้ามาใช้บริการได้ เป็นการเตรียมความพร้อมในการรับมือการจัดบริการผู้ป่วยนอกของสถาบันฯ และพัฒนาแนวทางการพัฒนางานระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และควรนำแนวทางการพยากรณ์ผู้ป่วยนอกที่ได้นี้ ไปใช้เป็นแนวทางในการพยากรณ์ผู้ป่วยต่อไป

สรุป

รูปแบบสมการการพยากรณ์ทางสถิติด้วยวิธี exponential smoothing แบบ Winters' additive มีความเหมาะสมในการพยากรณ์แนวโน้มผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันฯ โดยแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดและจำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ กลุ่มโรค และช่วงอายุของผู้เข้ารับบริการสามารถนำมาใช้เพื่อการวางแผนการจัดบริการผู้ป่วยนอกของสถาบันฯ การงบประมาณ อัตรากำลังเวชภัณฑ์ รวมถึงพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตสุขภาพที่ 5 ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ งานเวชระเบียนและสถิติ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ที่ให้อาณัติและข้อมูล

ความรู้เดิม : วิธีการพยากรณ์ทางสถิติด้วยข้อมูลทุติยภูมิอนุกรมเวลา ข้อมูลในอดีตสามารถนำมาใช้ในการพยากรณ์อนาคตได้ และค่าพยากรณ์ที่ได้มีค่าใกล้เคียงกับค่าจริง

ความรู้ใหม่ : วิธีการพยากรณ์ทางสถิติด้วย exponential smoothing แบบ Winters สามารถนำมาใช้ในการพยากรณ์แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชของหน่วยงานได้

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ผลการพยากรณ์สามารถนำมาใช้เพื่อการวางแผนการจัดบริการและพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่รับผิดชอบได้

เอกสารอ้างอิง

1. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรพรรณ จุฑา, อธิป ตันอารีย์, ปธานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อัยณรงค์กรชัย. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต : การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 [Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย; 2560;25(1):1-19.
2. คงฤช ปิ่นทอง. การพยากรณ์การผลิตชิ้นส่วนยางในรถยนต์ : กรณีศึกษา อินโนเว รับเบอร์ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) [Production forecasting of automobile rubber part: case study of Inoue Rubber (Thailand) Public Company Limited] [การค้นคว้าอิสระปริญญา มหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2554.
3. ญัฏฐพันธ์ เขจรนันท์. การวิเคราะห์เชิงปริมาณทางธุรกิจ [Business quantitative analysis]. กรุงเทพฯ: ธรรมการพิมพ์; 2545.
4. อังคณา จัดตามาศ, พิมพ์ปวีณ์ มะณีวงศ์. การพยากรณ์สถานการณ์การพบผู้ป่วยทางด้านจิตเวชในผู้สูงอายุเขตพื้นที่เผ่าละว้าผู้ป่วยของอำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ [Prediction of situation in the elderly psychiatric patients of monitoring zone in Hua Hin district, Prachaubkirikhan]. วารสารสังคมศาสตร์. 2558;4:92-100.
5. อุไรวรรณ แยมเนียม. การวิเคราะห์เชิงปริมาณทางการตลาด [Quantitative marketing analysis]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2544.
6. Gaither N, Frazier G. Operation Management. Boston: McGraw-Hill; 2003.
7. Render B, Stair RM, Hanna ME. Quantitative analysis for management. 9th ed. New Jersey: Prentice Hall; 2006.
8. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. รายงานประจำปีสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2561 [Annual report 2018, Galya rajanagarindra institute]. กรุงเทพฯ: สถาบัน; 2561.
9. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา. รายงานการพยากรณ์โรคไข้เลือดออก ปี 2557 DPC 11 [Report of dengue fever forecast in 2014 DPC 11] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักโรคระบาดวิทยา; 2557 [สืบค้นเมื่อวันที่ 19 พ.ค. 2563]. จาก: <http://www.interfetpthailand.net/forecast/index.php>

นิพนธ์ต้นฉบับ

สุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา

วันรับ : 4 มิถุนายน 2563
วันแก้ไข : 3 ธันวาคม 2563
วันตอบรับ : 4 ธันวาคม 2563

นครินทร์ ชุนงาม, พ.บ.
โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาระดับสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา หาความสัมพันธ์ของสุขภาพจิตกับภาวะหมดไฟในการทำงาน และปัจจัยทำนายภาวะหมดไฟในการทำงาน

วิธีการ : ศึกษาประชากรแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา สุ่มแบบง่าย ได้กลุ่มตัวอย่าง 185 คน ส่งแบบสอบถามไปรษณีย์ ประกอบด้วยแบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต (TMHI-55) และแบบประเมิน ภาวะหมดไฟในการทำงานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข วิเคราะห์ทางสถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์โดยสถิติสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และใช้สถิติถดถอยพหุแบบ stepwise เพื่อหาปัจจัยทำนาย

ผล : อัตราการตอบกลับร้อยละ 60.5 กลุ่มตัวอย่างเพศชาย ร้อยละ 51.8 อายุเฉลี่ย 29.24 ปี คะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยอยู่ใน ระดับเท่ากับคนทั่วไปทั้งภาพรวมและแต่ละด้าน ภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูงร้อยละ 43.7 การลดความเป็นบุคคลในระดับสูงร้อยละ 45.5 และความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับสูงร้อยละ 100 สุขภาพจิตมีความ สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานในเชิงลบ โดยสุขภาพจิต การเป็นแพทย์เฉพาะทาง และความพึงพอใจในการทำงานสามารถ ทำนายภาวะหมดไฟด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และการลดความเป็นบุคคลได้ร้อยละ 50.5 และ 45.5 ตามลำดับ ในขณะที่ สุขภาพจิต เพศหญิง และชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ทำนายภาวะหมดไฟด้านความสำเร็จส่วนบุคคลได้ร้อยละ 45.5

สรุป : แพทย์ส่วนใหญ่มีภาวะหมดไฟในการทำงานแต่ละด้านในระดับสูง ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องสามารถทำนายภาวะ หมดไฟในการทำงานของแพทย์ได้ การพัฒนาแนวทางการป้องกันและการดูแลช่วยเหลือภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ ควรเป็นหนึ่งในความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข

คำสำคัญ : แพทย์ ภาวะหมดไฟ สุขภาพจิต

ติดต่อผู้พิมพ์ : นครินทร์ ชุนงาม; e-mail: nakarinc@hotmail.com

Original article

Mental health and burnout among physicians in general hospital and community hospital in Nakhon Ratchasima province

Received : 4 June 2020

Revised : 3 December 2020

Accepted : 4 December 2020

Nakarin Choon-ngarm, M.D.

Debaratana Nakhon Ratchasima Hospital

Abstract

Objective: The objectives are to study the level of mental health status and job burnout syndrome among physicians in general hospitals and community hospitals in Nakhon Ratchasima province, the relationships between the mental health status and burnout syndrome and predictive factors of burnout syndrome in physicians.

Methods: A sample of 185 physicians in general hospitals and community hospitals of Nakhon Ratchasima were asked to answer the TMHI-55 questionnaire which were sent by mail. The questionnaire consist of burnout syndrome assessment form designed for public health officers. Pearson's product correlation coefficient was applied to calculate a relationship and stepwise multiple regression analysis to calculate predictive factors.

Results: The respond rate was 60.5%. The samples were 51.8% males with an average age 29.24 years old. Their mental health status was at the same level as the general population in all aspects including 43.7% with a high level of emotional exhaustion, 45.5% with a high level of depersonalization and 100% of with a high level of personal accomplishment. Mental health status had a negative correlation with burnouts syndrome Mental health status, specialty, and job satisfaction can predict emotional exhaustion and depersonalization by 50.5% and 45.5%, respectively. While mental health, female and working hours per week were predict personal success by 45.5%.

Conclusion: The burnout among physicians has been observed in all domain. Some risk and protective factors predicting burnout were reported. The burnout intervention for physicians should be considered as priority in health care system development in Thailand.

Keywords: burnout, mental health, physicians

Corresponding author: Nakarin Choon-ngarm; e-mail: nakarinc@hotmail.com

บทนำ

การทำงานในภาวะปัจจุบัน ก่อให้เกิดความเครียดของพนักงาน ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน และผลกระทบต่อองค์กรได้ ได้มีการกล่าวถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับพนักงานที่เรียกว่า ภาวะหมดไฟในการทำงาน (job burnout) โดยให้นิยามว่า คือ กลุ่มอาการที่แสดงออกมาในลักษณะของความอ่อนเพลียทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ มีความคับข้องใจ มีความรู้สึกที่ไม่ดี ไร้ความสามารถ ทำงานไม่สำเร็จ พบได้ในหลากหลายบริบทของการทำงานทั้งภาคบริการ อุตสาหกรรม ราชการ หรือเอกชน อันจะก่อผลเสียต่อองค์กรที่ไม่เพียงทำให้สูญเสียบุคลากร ยังทำให้เกิดการสูญเสียโอกาสทางธุรกิจได้ ภาวะหมดไฟในการทำงานพบได้ในบุคลากรสุขภาพที่ต้องพบกับความเครียดในการทำงานระดับสูงแทบตลอดเวลาที่ทำงาน องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ระบุว่าภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout syndrome) เป็นเรื่องสำคัญ¹ จัดเป็นกลุ่มอาการที่มีความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) การลดความเป็นบุคคล (depersonalization) และการลดความสำเร็จส่วนบุคคล (low personal accomplishment)^{1,2} ภาวะหมดไฟในงานนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าได้ในภายหลัง³ มุมมองด้านอาชีวอนามัยอธิบายว่าภาวะหมดไฟนี้เชื่อมโยงกับความเครียดจากการทำงานเรื้อรัง และมีหลักฐานการศึกษาที่บ่งชี้ว่าเป็นสาเหตุทางคลินิกและมีความคล้ายคลึงกับภาวะซึมเศร้า ทำให้การแยกความแตกต่างอาจทำได้ยาก จนมีแนวคิดที่ว่าความเหนื่อยหน่ายหรือภาวะหมดไฟอาจเป็นรูปแบบหนึ่งของภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการทำงานนั่นเอง ในการประชุมองค์การอนามัยโลกเดือนพฤษภาคม 2562 ได้ระบุว่า ภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นภาวะที่ต้องได้รับการรักษาในทางการแพทย์ และจะถูกระบุในคู่มือการวินิจฉัยและจัดประเภทของโรคระหว่างประเทศ ฉบับที่ 11 (The International Classification of Disease 11th: ICD-11) ด้วย¹

ในต่างประเทศมีการศึกษาภาวะหมดไฟในหลากหลายสาขาอาชีพ อาชีพบุคลากรทางสุขภาพเป็นหนึ่งในอาชีพที่มีความเครียดจากการทำงานสูง โดยเฉพาะแพทย์ทั้งที่เป็นแพทย์ประจำ และแพทย์ประจำบ้าน (residency)

จากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งส่วนใหญ่ประเมินภาวะหมดไฟโดยแบบประเมิน Maslach Burnout Inventory (MBI) พบความชุกสูงถึงร้อยละ 50 ในสหรัฐอเมริกาและร้อยละ 80.5 ในยุโรปบางประเทศ^{5,6} ภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์นั้นจัดว่าเป็นกลุ่มอาการทางจิตใจที่แสดงออกจากการตอบสนองที่ยืดเยื้อต่อความเครียดจากการทำงานเรื้อรังที่ยาวนาน อาจย้อนไปถึงขณะเป็นนักศึกษาแพทย์ หรือแพทย์ใช้ทุน⁷ ความชุกของภาวะหมดไฟในแพทย์ยังพบได้แตกต่างกันในกลุ่มแพทย์เฉพาะทาง การสนับสนุนทางสังคม และความเอาใจใส่ในโรงเรียนแพทย์ ซึ่งนับเป็นปัจจัยเสี่ยงด้วยเช่นกัน⁸

จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดขนาดใหญ่ มีโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 29 แห่ง มีแพทย์ในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 767 คน จากจำนวนที่ควรมี 859 คน คิดเป็นร้อยละ 89.3 ซึ่งยังไม่เพียงพอในภาพรวม มีแพทย์เพิ่มพูนทักษะประมาณ 90 คนต่อปี การให้บริการผู้ป่วยนอกประมาณ 1.2 ล้านครั้งต่อเดือน ผู้ป่วยในประมาณ 26,000 คนต่อเดือน แตกต่างกันตามขนาดโรงพยาบาล มีการรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลลูกข่ายและจากนอกจังหวัดด้วย จากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการและส่งต่อจำนวนมาก และความคาดหวังจากผู้รับบริการสูง แพทย์ผู้ปฏิบัติงานมักเผชิญกับความเครียดอยู่ตลอดเวลา ผลการเก็บข้อมูลเบื้องต้นโดยผู้วิจัย ในช่วง พ.ศ. 2560 - 2563 มีแพทย์ใช้ทุนและแพทย์เฉพาะทางลาออกทุกปี ประมาณปีละ 1-3 คน มีการขอย้ายสถานที่ทำงาน (โรงพยาบาล) และมีแพทย์ที่มาปรึกษาเนื่องจากมีความเครียด และมีปัญหาด้านสุขภาพกายและจิตใจอยู่เป็นระยะ นอกจากนี้ยังรวมถึงการเกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงานหรืออุบัติเหตุจราจรของแพทย์ด้วย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา ความสัมพันธ์ของระดับสุขภาพจิตกับภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ โดยมีการออกแบบคิดเรื่องปัจจัยส่วนตัวและการทำงาน ภาวะสุขภาพจิต กับภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์เป็นกรอบในการศึกษานี้ ทั้งนี้ เพื่อเป็นข้อมูลในการดูแลบุคลากรแพทย์ทั้งด้านสุขภาพจิต

และป้องกันแก้ไขภาวะหมดไฟในการทำงานที่เกิดขึ้นกับแพทย์ รวมทั้งนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการบริหารงาน ส่งเสริมและพัฒนาบุคลากร ให้มีสุขภาพจิตที่ดีในการทำงาน มีการวางแผนและช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ในที่สุด

วิธีการ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวาง (cross sectional descriptive surveys) ประชากร คือ แพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา ที่มีอายุการทำงานมากกว่า 6 เดือน ไม่อยู่ระหว่างการลาศึกษาและเรียนต่อแบบเต็มเวลาดำเนินงานของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane ได้ 185 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) สุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนโดยผู้วิจัยคัดเลือกจากรายชื่อแพทย์ทั้งหมดในจังหวัดจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เก็บข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามไปให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล ส่งและรับคืนแบบสอบถามทางไปรษณีย์ แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการทำงาน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทยฉบับสมบูรณ์ของกรมสุขภาพจิต 55 ข้อ (TMHI-55)⁹ มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .92 เป็น rating scale 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เลย ถึง มากที่สุด การแปลผลใช้ตามช่วงคะแนนและเปรียบเทียบกับเกณฑ์ คือ ช่วงคะแนน 179 - 220 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ช่วงคะแนน 158 - 178 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีเท่ากับคนทั่วไป ช่วงคะแนน 157 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงาน จากโครงการวิจัยพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจ ป้องกันภาวะหมดไฟ ดูแลใจคนทำงาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7¹⁰ จำนวน 22 ข้อ มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.80 เป็น rating scale 7 ระดับ

ตั้งแต่ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย ถึง มีความรู้สึกเช่นนั้น ทุก ๆ วัน ลักษณะคำถามประกอบด้วยด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ กับด้านการลดความเป็นบุคคลเป็นข้อคำถามทางลบ จำนวน 9 ข้อ และ 5 ข้อตามลำดับ ส่วนด้านความสำเร็จส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 8 ข้อ การแบ่งระดับความเหนื่อยหน่ายในแต่ละด้าน ความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับต่ำ คือ 0 - 16 คะแนน ปานกลาง 17 - 26 คะแนน และสูงคือตั้งแต่ 27 คะแนนขึ้นไป การลดความเป็นบุคคลระดับต่ำ คือ 0 - 6 คะแนน ปานกลาง 7 - 12 คะแนน และสูงคือตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป ส่วนความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำ คือตั้งแต่ 39 คะแนนขึ้นไป ปานกลาง 32 - 38 คะแนน และสูงคือ 0 - 31 คะแนน การแปลผลคือ ผู้ที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานสูงจะมีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคลสูง และด้านความสำเร็จส่วนบุคคลต่ำ ผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายปานกลาง จะมีคะแนนความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง และผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายต่ำ จะมีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคลต่ำ แต่จะมีด้านความสำเร็จส่วนบุคคลสูง โดยมีเกณฑ์การกำหนดคะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสำรวจปัจจัยต่าง ๆ ในการทำงาน ที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็นด้านต่าง ๆ มีค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (IOC) เท่ากับ .92 คำถามให้ตอบเกี่ยวกับประเด็นความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา/เพื่อนร่วมงาน ความปลอดภัยในการทำงาน นโยบายที่ต้องปฏิบัติ ผลตอบแทนจากงาน ปริมาณงาน ภาวะกดดันจากงาน และความยุติธรรม คำตอบเป็นแบบ rating scale 6 ระดับ ตั้งแต่ 0 คือ ไม่เป็นสาเหตุ จนถึง 5 คือ เป็นสาเหตุมากที่สุด

เก็บข้อมูลในเดือนมกราคม ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ประยุกต์ ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ หาค่าความสัมพันธ์โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

และทำนายตัวแปรและหาตัวแบบที่ดีที่สุดในการทำนายโดยการถดถอยพหุ multiple regression analysis แบบ Stepwise เพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์

การศึกษาผ่านคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยได้รับการรับรองตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคน เลขที่โครงการวิจัย NRPH 050

ผล

จากกลุ่มตัวอย่างที่ส่งแบบสอบถาม 185 คน ได้รับแบบสอบถามที่มีครบถ้วนสมบูรณ์กลับคืนทั้งสิ้น จำนวน 112 คน คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 60.5 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามมีสัดส่วนของเพศ อายุ ใกล้เคียงกับประชากรแพทย์ในจังหวัด และมีสัดส่วนแพทย์จากโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียงกัน เป็นแพทย์เพศชาย ร้อยละ 51.8 อายุเฉลี่ย 29.2 ปี ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานแพทย์เฉลี่ย 4.3 ปี ให้บริการผู้ป่วยเฉลี่ย 58.3 คนต่อวัน ทำงาน 76.9 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และมีเวรนอกเวลาราชการ 10.4 วันต่อเดือน มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานร้อยละ 92 และมีความคิดลาออกจากราชการ ร้อยละ 16.1 ข้อมูลทั่วไปแสดงดังตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตเฉลี่ยด้านสภาพจิตใจ (mental state) สมรรถภาพของจิตใจ (mental capacity) คุณภาพของจิตใจ (mental quality) ปัจจัยสนับสนุน (supporting factors) และโดยรวมเท่ากับคนทั่วไปทั้งหมด มีสุขภาพจิตดีและเท่ากับคนทั่วไปร้อยละ 72.3 แสดงดังตารางที่ 2

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 43.7 มีค่าคะแนนเฉลี่ย 23.51 (S.D. 11.06) อยู่ในระดับปานกลางด้านการลดความเป็นบุคคล อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 45.5 มีค่าเฉลี่ย 12.48 (S.D. 9.01) อยู่ในระดับปานกลาง และด้านความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับสูงทั้งหมด ร้อยละ 100 ค่าเฉลี่ย 11.83 (S.D. 7.33) อยู่ในระดับสูง แสดงดังตารางที่ 3

ความสัมพันธ์ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตกับภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดความเป็นบุคคล และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล เท่ากับ -.533, -.466 และ -.629 ตามลำดับ มีค่า p-value < .05 มีความสัมพันธ์ในเชิงลบทั้งหมด ในระดับปานกลาง แสดงดังตารางที่ 4

เมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติ multiple regression analysis แบบ Stepwise เพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานแต่ละด้าน พบว่ามีปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานดังนี้ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ สามารถทำนายได้ร้อยละ 50 ได้สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน เท่ากับ -.384 (ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต) -.345 (การเป็นแพทย์เฉพาะทาง) -.265 (ความพึงพอใจในการทำงาน) ด้านการลดความเป็นบุคคล สามารถทำนายได้ร้อยละ 45.5 ได้สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน เท่ากับ -.428 (การเป็นแพทย์เฉพาะทาง) -.288 (ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต) -.226 (ความพึงพอใจในการทำงาน) และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล สามารถทำนายได้ร้อยละ 45.5 ได้สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน เท่ากับ -.677 (ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต) +.202 (เพศหญิง) +.143 (ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์) แสดงดังตารางที่ 5

ส่วนปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา เมื่อเรียงตามลำดับ 5 อันดับแรกพบว่าปริมาณงาน (ความคิดเห็นเรื่อง การต้องดูแลผู้ป่วยในปริมาณมากทุกวัน) เป็นสาเหตุสูงสุด รองลงมาคือ การต้องอยู่เวรนอกเวลาบ่อยครั้ง ผลตอบแทนจากงาน (การจ่ายค่าตอบแทนล่าช้า ค้างจ่าย) ภาวะกดดันจากงาน (การให้บริการต่อเนื่องเป็นเวลานาน ไม่หยุดพัก) และการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการเสียชีวิตอย่างไม่คาดฝันในผู้ป่วยที่ดูแล

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 112)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	58	51.8
หญิง	54	48.2
อายุ (ปี)	$\bar{X} = 29.2$ ปี S.D. = 5.6 Min = 24 ปี max = 53 ปี	
สถานะภาพ		
โสด	96	85.7
สมรส	16	14.3
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอมีเงินเก็บ	100	89.3
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	12	10.7
การทำเวชปฏิบัติส่วนตัว		
ไม่ทำ/ไม่เปิดคลินิก	93	83.0
เปิดคลินิกส่วนตัว/รพ.เอกชน	19	17.0
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน (ปี)	$\bar{X} = 4.3$ ปี S.D. = 5.0 Min = 1 ปี max = 28 ปี	
ตำแหน่งนายแพทย์		
ปฏิบัติการ	83	74.1
ตั้งแต่ชำนาญการขึ้นไป	29	25.9
ความเชี่ยวชาญ		
สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป	81	72.3
สาขาเฉพาะทาง	31	27.7
จำนวนผู้ป่วยที่ให้บริการเฉลี่ยต่อวัน	$\bar{X} = 58.3$ ราย S.D. = 23.0 Min = 10 ราย max = 120 ราย	
จำนวนชั่วโมงทำงานรวมเฉลี่ยต่อสัปดาห์	$\bar{X} = 76.9$ ชม. S.D. = 24.6 Min = 8 ชม. max = 122 ชม.	
จำนวนวันที่อยู่เวรเฉลี่ยต่อเดือน	$\bar{X} = 10.4$ วัน S.D. = 4.7 Min = 0 วัน max = 25 วัน	
ระดับความพึงพอใจในการทำงาน		
ไม่ค่อยพอใจ	9	8.0
พอใจ	103	92.0
ความคิดต่อการลาออกจากราชการ		
มีความคิด	18	16.1
ไม่มีความคิด	94	83.9

ตารางที่ 2 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต	ค่าเฉลี่ย (S.D.)	จำนวนแพทย์ : คน (ร้อยละ)		
		สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป	สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป	สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป
ด้านสภาพของจิตใจ	42.28 (4.25)	9 (8.1)	78 (69.6)	25 (22.3)
ด้านสมรรถภาพของจิตใจ	42.65 (5.21)	21 (18.8)	55 (49.1)	36 (32.1)
ด้านคุณภาพของจิตใจ	45 (6.01)	21 (18.8)	51 (45.5)	40 (35.7)
ปัจจัยสนับสนุน	37.04 (4.81)	33 (29.5)	64 (57.1)	15 (13.4)
โดยรวม	166.96 (15.8)	25 (22.3)	56 (50)	31 (27.7)

ตารางที่ 3 ภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต	ค่าเฉลี่ย (S.D.)	จำนวนแพทย์ : คน (ร้อยละ)		
		ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	23.51 (11.06)	32 (28.6)	31 (27.7)	49 (43.7)
ด้านการลดความเป็นบุคคล	12.48 (9.01)	28 (25)	33 (29.5)	51 (45.5)
ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล	11.83 (7.33)	0 (0)	0 (0)	112 (100)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต กับภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต	ภาวะหมดไฟในการทำงาน		
	ความอ่อนล้าทางอารมณ์	การลดความเป็นบุคคล	ความสำเร็จส่วนบุคคล
โดยรวม	-.533**	-.466**	-.629**

*p < .05 (2-tailed), **p < .001 (2-tailed)

วิจารณ์

จากระดับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา ทั้งด้านสภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจ ปัจจัยสนับสนุน และโดยรวม เท่ากับคนทั่วไปทั้งหมด เช่นเดียว กับผลการศึกษาก่อนหน้านี้^{9,11,12} แสดงว่าแพทย์ยังมีสุขภาพจิตที่ดี หรือสามารถปรับตัวจัดการกับความเครียดหรือสิ่งต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเครียดความกดดันได้

ภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในการศึกษานี้ ภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และ

ด้านการลดความเป็นบุคคล คะแนนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 43.7 และ 45.5 ตามลำดับ แต่มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลางทั้งสองด้าน แต่ด้านความสำเร็จส่วนบุคคลคะแนนอยู่ในระดับสูงทั้งหมด ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Romani M และ Ashkar K¹³ พบความเหนื่อยหน่ายในบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์ที่มีความเครียดในการทำงานสูง เกิดภาวะหมดไฟทั้ง 3 ด้านเช่นกัน แตกต่างกับการศึกษาของ ณรงค์ พิมพ์ และคณะ¹⁴ พบว่าแพทย์ที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดสุโขทัย มีความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง แต่ด้านความรู้สึกที่มีต่อ

ตารางที่ 5 ปัจจัยทำนายภาวะหมดไฟในการทำงาน ด้วยวิธี Stepwise multiple linear regression

ตัวแปร	B	Beta	t	p-value
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ($R = .707$, $R^2 = .500$, constant 80.657)				
ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต	-.269	-.384	-5.257	< .001
การเป็นแพทย์เฉพาะทาง	-8.496	-.345	-4.875	< .001
ความพึงพอใจในการทำงาน	-10.727	-.265	-3.68	< .001
ด้านการลดความเป็นบุคคล ($R = .674$, $R^2 = .455$, constant 42.132)				
การเป็นแพทย์เฉพาะทาง	-6.935	-.428	-5.790	< .001
ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต	-.133	-.288	-3.776	< .001
ความพึงพอใจในการทำงาน	-6.028	-.226	-3.009	.003
ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล ($R = .675$, $R^2 = .455$, constant 59.616)				
ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต	-.314	-.677	-9.201	< .001
เพศ (หญิง)	2.944	.202	2.739	.007
ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์	.042	.143	2.006	.047

ผลสำเร็จในการทำงานอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจอธิบายได้จากอายุ ความภาคภูมิใจในงาน และการปรับตัวในการทำงาน ในขณะที่ การศึกษาของตริยา เลิศหัตถศิลป์¹⁵ ที่ศึกษาในจิตแพทย์ไทย พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งมีความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับ ปานกลางและสูง ด้านการลดความเป็นบุคคลที่อยู่ในระดับต่ำ และด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับต่ำ สอดคล้อง กับการศึกษาครั้งนี้ ทั้งนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าแพทย์มี ศักยภาพในการปรับตัวต่อปัญหา มีความสามารถในการแก้ไข ปัญหา มีความรู้สึกที่ดีกับการดูแลผู้ป่วย^{14,15} แม้เกิดภาวะ ยุ่งยากกดดันจากการที่แพทย์ต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมากหรือ ชับซ้อนแต่ยังสามารถปรับตัวกับปัญหาต่าง ๆ ได้ดี อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในต่างประเทศ^{3,6} พบว่าความกดดันด้านการ ดูแล เวลา ภาระงานที่มากเกินไปตามความรู้สึกของตนเองเป็น ปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงาน ส่วนการ ได้รับการยอมรับจากสังคมสูง มีความรู้สึกที่ดีต่ออาชีพนี้ตั้งแต่ ก่อนเข้าศึกษา จนสำเร็จการศึกษามาทำงาน มีความตั้งใจใน การดูแลผู้ป่วย มีการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลต่าง ๆ ถือเป็นปัจจัยป้องกันที่มีความสำคัญต่อภาวะหมดไฟ โดยที่

Maslach อธิบายว่าการสัมผัสกับความเครียดเป็นเวลานานมัก เป็นสาเหตุหลักของความอ่อนเพลียทางอารมณ์และแสดงออก ถึงการสูญเสียความกระตือรือร้นในการทำงานรู้สึกหมดหนทาง ติดกับดักและพ่ายแพ้ การลดความเป็นบุคคลเกิดขึ้นเมื่อแพทย์ รักษาผู้ป่วยและพัฒนาทัศนคติเชิงลบต่อเพื่อนร่วมงานและ อาชีพของพวกเขา ความไร้ประสิทธิภาพหรือขาดความรู้สึกรักของ ความสำเร็จส่วนตัวมาจากการถอนตัวจากความรับผิดชอบและ การปลีกตัวออกจากงานของแต่ละบุคคล⁴

ความสัมพันธ์ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตกับภาวะ หมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา มีค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r) ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็น บุคคล และความสำเร็จส่วนบุคคล เท่ากับ -.533, -.466 และ -.629 ตามลำดับ ซึ่งทุกด้านมีความสัมพันธ์กันในเชิงลบใน ระดับปานกลาง เมื่อตัวแปรหนึ่งมีค่าสูง ตัวแปรอีกตัวหนึ่งจะ มีค่าต่ำ องค์การอนามัยโลก¹ ระบุว่าความเหนื่อยหน่าย อาจเกิดขึ้นจากการจัดการกับความเครียดจากการทำงานที่ไม่ ประสบความสำเร็จ จึงส่งผลให้กลุ่มอาการนี้เกิดขึ้น ยังมี

หลักฐานที่บ่งชี้ว่าความเหนื่อยหน่ายนั้นเป็นสาเหตุทางคลินิก และคล้ายคลึงกับภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาที่เปรียบเทียบโดยตรงกับอาการซึมเศร้าในคนที่มีภาวะหมดไฟและผู้ป่วยซึมเศร้า ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในการวินิจฉัยระหว่างสองกลุ่ม และคนที่มีภาวะหมดไฟมีอาการซึมเศร้ามากเท่ากับผู้ป่วยเองด้วย^{16,17} โดยประมาณร้อยละ 90 ของผู้ที่มีอาการภาวะหมดไฟจะมีเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า¹⁷ จึงทำให้เกิดมุมมองเรื่องภาวะหมดไฟเป็นรูปแบบหนึ่งของภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจแยกออกจากกันได้ยาก

จากการศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ คือปริมาณงานที่หนัก (work load) จากการดูแลผู้ป่วยในปริมาณมากทุกวัน และต้องอยู่เวรนอกเวลาบ่อยครั้ง ร่วมกับการจ่ายค่าตอบแทนล่าช้า ค้างจ่าย และปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการเสียชีวิตอย่างไม่คาดฝัน จากการศึกษาของ Shanafelt¹⁸ รายงานว่าแพทย์ที่มีระดับความเหนื่อยหน่ายสูงมักมีรายงานว่ามีความเสี่ยงต่อการแพทย์มากขึ้น ซึ่งปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุคือ ปริมาณงานที่หนัก (work load) และความเครียดในการทำงาน (work stress) เป็นลำดับต้น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Patel³ และ Maslach¹⁹ ที่อธิบายว่างานของแพทย์เป็นงานในลักษณะที่เน้นปริมาณ มีความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณงานภายใต้ความกดดันด้านเวลา กับภาวะหมดไฟในการทำงานซึ่งเป็นภาระงานที่มากเกินไป แต่ในการศึกษานี้ไม่พบภาระงานเฉพาะบางอย่าง เช่น จำนวนผู้ป่วยต่อวัน จำนวนวันที่อยู่เวรต่อเดือน เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรง ทั้งนี้อาจเนื่องจากบทบาทการทำงานของแพทย์ไทยไม่จำกัดเพียงการตรวจผู้ป่วยเท่านั้น ยังมีภาระงานด้านอื่น ๆ ในบทบาทที่মনาขององค์กร และยังขึ้นกับปัจจัยอื่น เช่น ปัญหาจากชีวิตส่วนตัว และบุคลิกภาพส่วนตัว นอกจากนั้น ปัจจัยปกป้องที่สำคัญ เช่น บริบทสถานที่ทำงาน การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานหรือผู้บริหาร การมีที่ปรึกษาที่ดี เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้การทำงานเป็นไปอย่างราบรื่น¹⁹⁻²²

ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนจังหวัด

นครราชสีมาในการศึกษานี้ ข้อค้นพบในแต่ละด้านจะมีปัจจัยดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต แม้มีความสัมพันธ์ในเชิงลบแต่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานในระดับปานกลาง โดยหากมีสุขภาพจิตที่ดีภาวะหมดไฟในการทำงานจะลดลงไปด้วย อาจอธิบายได้จากการมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถเรียนรู้วิธีการจัดการกับปัญหาได้ดี มีความเข้าใจปัญหา ลดความคาดหวัง มีภาวะหมดไฟในการทำงานน้อยลง ดังเช่นที่ Cherniss²¹ พบว่าผู้ที่มีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานในช่วงแรกที่สามารถปรับตัวได้ จะมีภาวะหมดไฟน้อยลงเรื่อย ๆ และกลับมาทุ่มเทรับผิดชอบงานได้มากขึ้น โดย Maslach¹⁹ อธิบายปรากฏการณ์นี้ว่า อคติจากการเหลือรอด (survival bias) คือ ผู้ที่มีความท้อแท้ในการทำงานตั้งแต่แรกเข้าทำงานมักออกจากงานไปในที่สุด ในทางตรงกันข้ามผู้ที่ปรับตัวได้จึงคงอยู่ในงานต่อไป การเป็นแพทย์เฉพาะทาง (specialist) เป็นอีกปัจจัยที่สำคัญ การเรียนรู้ที่ผ่านประสบการณ์มากขึ้น มีความรู้ความสามารถมากขึ้น และยังมีอำนาจในการบริหารจัดการตนเองและทีมได้มากกว่าเดิม มีเทคนิคการจัดการเรื่องต่าง ๆ ที่ดีกว่าแพทย์ที่มีประสบการณ์น้อย มีวิธีการจัดการกับผู้ป่วยได้ดีขึ้น มีความเข้าใจในผู้ป่วยมากขึ้น ลดความคาดหวังลง ทำให้ความเหนื่อยล้าหรือภาวะหมดไฟในการทำงานลดลง เช่นกันกับความพึงพอใจในการทำงานที่ส่งผลต่อการยอมรับการทำงานที่ตนเองได้เลือกและตั้งใจแก้ไขปัญหานั้น เมื่อประสบปัญหาในการทำงานสามารถจัดการได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดความพึงพอใจในการทำงานได้ ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานที่ลดลง โดย วิลลิก วิชญาเจริญสุข²² ได้ศึกษาพบว่าสิ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในการทำงานมาจากการสนับสนุนจากองค์กร การมีที่ปรึกษาเมื่อประสบปัญหาในการทำงาน การพัฒนาความรู้ความสามารถ ส่งเสริมให้มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น คล้ายกับการศึกษาของตริยา เลิศหัตถศิลป์¹⁵ ที่ศึกษาในจิตแพทย์พบว่าปัจจัยที่ทำนายทั้งด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคล คือ ความรู้สึกพึงพอใจในการทำงาน และการได้รับการสนับสนุนจากผู้ร่วมงาน ส่วนด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคล พบว่า เพศหญิง ชั่วโมงการทำงาน เป็นปัจจัยที่สำคัญ สอดคล้องกับการศึกษานี้ที่ปัจจัยทำนายด้านความ

สำเร็จส่วนบุคคล พบว่าเพศมีความสำคัญ โดยเพศหญิงมีความรู้สึกประสบความสำเร็จส่วนบุคคลมากกว่าชาย ตามแนวคิดของ Leiter²³ ความรู้สึกประสบความสำเร็จส่วนบุคคลที่ลดลงนั้น อาจมาจากการรู้สึกว่าจะไปไม่ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้สูงในครั้งแรก โดยเพศชายให้ความสำคัญกับความสามารถของตนในความก้าวหน้าและความสำเร็จของงาน จึงอาจรู้สึกว่าจะไม่ถึงเป้าหมายที่ต้องการและรู้สึกประสบความสำเร็จน้อยกว่าเพศหญิงที่ให้ความสำคัญกับเรื่องความสัมพันธ์และการสนับสนุนการทำงานมากกว่า ส่วนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์เป็นสาเหตุของความเครียดในการทำงาน ซึ่งภาระงานที่สูงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานได้ สอดคล้องกับการศึกษาของศรีณีย์ ศรีคำ²⁰ ที่ศึกษาในแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบว่า การปฏิบัติงาน ชั่วโมงการทำงานนอกเวลาราชการ และความไม่พึงพอใจในวิชาชีพแพทย์ เป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญ ส่วนการสนับสนุนจากองค์กร การมีที่ปรึกษาเมื่อประสบปัญหาในการทำงาน การพัฒนาความรู้ความสามารถ เป็นสิ่งสนับสนุนให้มีความพึงพอใจในการทำงานได้เช่นเดียวกับการศึกษาก่อนหน้านี้^{15,18,20} การบริหารจัดการเวลาในการปฏิบัติงานให้เหมาะสม และมีเวลาพักผ่อนที่เพียงพอ รวมถึงมีภาระงานในปริมาณที่เหมาะสม เพิ่มการดูแลหรือให้คำปรึกษาในกลุ่มที่มีโอกาสมีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานระดับสูง ตลอดจนส่งเสริมการพัฒนาทักษะในการรับมือกับความเครียด สร้างความภาคภูมิใจในตนเองและความพึงพอใจในงานที่ทำ และสร้างทักษะในการบริหารจัดการตนเอง จึงเป็นสิ่งที่ผู้บริหารควรให้ความสำคัญในการดูแลแพทย์อย่างเหมาะสม

การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ ทศนคติต่อคำว่าภาวะหมดไฟในการทำงานอาจเป็นความรู้สึกทางลบและทำลายต่อการยอมรับ แพทย์ผู้ตอบแบบสอบถามอาจไม่ตอบตามความเป็นจริงทั้งหมด และจากอัตราการตอบกลับของแบบสอบถามที่มีเพียงร้อยละ 60.5 ซึ่งกลุ่มที่ปฏิเสธการตอบแบบสอบถามอาจเป็นผู้ที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานมาก ไม่ต้องการให้ข้อมูล หรือเลี่ยงคำตอบที่เป็นจริง ยุ่งยากใจ ดังนั้นหากปรับวิธี

การเก็บข้อมูลโดยวิธีอื่น เช่น แบบสอบถามใน google form ที่ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้นและไม่แสดงความเป็นส่วนตัว หรือปรับเป็นการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์รายบุคคล (in-depth interview) หรือการสัมภาษณ์รายกลุ่ม (focus group) อาจทำให้ได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น นอกจากนั้นการศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางจึงทราบเพียงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา แต่ไม่สามารถบอกสาเหตุหรือผลได้

อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษารั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าแพทย์ในจังหวัดนครราชสีมามีปัญหาเรื่องภาวะหมดไฟในการทำงานมากใน 2 ด้าน จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่สามารถส่งเสริมภาวะสุขภาพจิต และการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์เพิ่มเติมนอกจากนี้ควรคำนึงถึงรูปแบบการช่วยเหลือตามบริบทของแพทย์ไทยในระบบสาธารณสุข เพื่อลดความเหนื่อยล้าในการทำงาน การสนับสนุนการทำงาน of แพทย์ เช่น โอกาสในการทำงาน การเรียนต่อ การเพิ่มกำลังคนให้เพียงพอ การพัฒนาศักยภาพหรือพัฒนาทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งการพัฒนาประสบการณ์ทั้งในด้านบริหารจัดการ ระบบการทำงาน ทีม การดูแลจิตใจตนเองเมื่อประสบปัญหา มีแพทย์ที่ปรึกษา แพทย์พี่เลี้ยง หรือกลุ่มที่ช่วยให้คำปรึกษาและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ซึ่งจะสามารถช่วยให้แพทย์ได้ปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุขและมีประสิทธิภาพต่อไป

สรุป

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตโดยเฉลี่ยของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา เท่ากับคนทั่วไป และภาวะหมดไฟในการทำงานในด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคลในระดับปานกลาง แต่มีด้านความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับสูง และมีปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานได้ ซึ่งหลายปัจจัยหากได้รับการแก้ไขที่ดีจะช่วยป้องกันและลดภาวะนี้ได้

ความรู้เดิม : ปัญหาสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ เป็นปัญหาที่สำคัญแต่ยังมีการศึกษาจำกัดในประเทศไทย

ความรู้ใหม่ : สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ โดยปัจจัยด้าน สุขภาพจิต การเป็นแพทย์เฉพาะทาง ความพึงพอใจในการทำงาน เพศหญิง และชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ สามารถทำนายภาวะหมดไฟในด้านต่าง ๆ ได้

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ เป็นหนึ่งประเด็นสำคัญที่ควรคำนึงถึงในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทย และพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันและป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในแพทย์อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Burn-out an “Occupational phenomenon”: international Classification of Diseases [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2019 Nov 11]. Available from: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/.
2. กมลพร วรรณฤทธิ์. ภาวะหมดไฟในการทำงาน [burnout syndrome] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2562 [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ต.ค. 2562]. จาก: https://www.si.mahidol.ac.th/siriraj_online/thai_version/Health_detail.asp?id=1385
3. Patel RS, Bachu R, Adikey A, Malik M, Shah M. Factor related to physician burnout and its consequences: a review. Behav Sci (Basel). 2018;8(11):98. doi:10.3390/bs8110098.
4. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual. 3rd ed. Palo Alto CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
5. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et. al. Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. JAMA. 2008;320:1131–50. doi:10.1001/jama.2018.12777.
6. Rothenberger DA. Physician burnout and well-being: a systematic review and framework for action. Dis Colon Rectum. 2017;60:567-76. doi:10.1097/DCR.0000000000000844.
7. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. World Psychiatry. 2016;15:103-11. doi:10.1002/wps.20311.
8. Dyrbye LN, Burke SE, Hardeman RR, Herrin J, Wittlin NM, Yeazel M, et al. Association of clinical specialty with symptoms of burnout and career choice regret among US resident physicians. JAMA. 2018;320:1114-30. doi:10.1001/jama.2018.12615.
9. อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, ทวี ตั้งเสรี, วัชนิ หัตถพนม, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, แก้วใจ เทพสุธรรมรัตน์, และคณะ. การศึกษาสุขภาพจิตคนไทย ปี พ.ศ. 2550 [Thai mental health study 2007]. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมชนัน; 2552.
10. นันทาวดี วรสุวิธ, มนัสพงษ์ มาลา, กุลิสรา พิศาลเอก. โครงการวิจัยพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจ ป้องกันภาวะหมดไฟ ดูแลใจคนทำงาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 [The development of model to enhancing psychological immunity and burnout prevention for Health Region 7 Health Officials: EPI-BP Model]. ขอนแก่น: ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7; 2560.
11. ภักศพล วงศ์นาตาล, ฟาติยะห์ หะยี, ฟาติมะ นู่งอาหลี, ภักทรวดี แก้วเนตร, ภัสสร ชัยมุสิก. สุขภาพจิตของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา [Mental health of personnel in Meung Songkhla Hospital, Songkhla]. สงขลา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา; 2554.

12. มัณฐวรรณ ลียุทธานนท์, ผกาสรณ์ อุไรวรรณ, ขวัญตา ภูริวิทยาธิระ. สุขภาพจิตของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขในเครือข่ายภาคใต้ [Mental health of personnel in Southern College Network]. เอกสารประกอบการประชุม : การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ร่วมมือ ร่วมพลัง มุ่งหวังสู่สุขภาพจิตดีในปี 2563 ครั้งที่ 7 ประจำปี 2551 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; กรุงเทพฯ.
13. Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. *Libyan J Med.* 2014;9:23556. doi:10.3402/ljm.v9.23556.
14. ณรงค์ พิมพ์, วิษณุ มงคลคำ, สุทธิชัย ศิรินว. การศึกษาความท้อแท้และสาเหตุของความท้อแท้ของแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสุโขทัย [The study of burnout and its causes, among medical doctors who work in the hospitals attached to the ministry of public health in Sukhothai Province] [การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองปริญญามหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2550.
15. ดิเรยา เลิศทัศนศิลป์. ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของจิตแพทย์ในประเทศไทย [Burnout among psychiatrists in Thailand: National survey]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2554;56:437-48.
16. Ahola K, Hakanen J, Perhoniemi R, Mutanen P. Relationship between burnout and depressive symptoms: a study using the person-centred approach. *Burn Res.* 2014;1:29-37. doi:10.1016/j.burn.2014.03.003.
17. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Is burnout a depressive disorder? a re-examination with special focus on atypical depression. *International Journal of Stress Management.* 2014;21:307-24. doi:10.1037/a0037906.
18. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russel T, Dyrbye L, Satele D, et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg.* 2010;251:995-1000. doi:10.1097/SLA.0b013e3181bdfdb3.
19. Maslach C, Schaudeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:397-422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397.
20. ศรีณย์ ศรีคำ. ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [Job burnout and related factors among residents of King Chulalongkorn Memorial Hospital] [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
21. Cherniss C. Long-term consequences of burnout: an exploratory study. *Journal of Organization Behavior.* 1992;13:1-11. doi:10.1002/job.4030130102.
22. วัลลภ วิชาญเจริญสุข. ภาวะหมดไฟในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้แทนยาบริษัทข้ามชาติ [Job burnout and related factors among pharmaceutical representatives of international pharmaceutical company] [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
23. Leiter MP. Coping patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organization Behavior.* 2006;12:123-44.

บทความปริทัศน์

แคนนาบิสกับโรคจิตเวช : ปัจจัยเสี่ยงและประโยชน์ทางการแพทย์

วันรับ : 29 มีนาคม 2563

วันแก้ไข : 3 ธันวาคม 2563

วันตอบรับ : 4 ธันวาคม 2563

รัศมน กัลยาศิริ, พ.บ., สกล ศรีสุขล้อม, วท.ม.

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคจิตเวชที่สัมพันธ์กับการใช้แคนนาบิสและประโยชน์ทางการแพทย์

วิธีการ : คัดเลือกเอกสารทางวิชาการย้อนหลังไป 30 ปี ตั้งแต่ ค.ศ. 1991 ที่เกี่ยวกับผลจากกัญชาต่อโรคจิตเวช โดยใช้คำสืบค้น คือ cannabis, marijuana, psychosis, psychiatric disorders, risk factors และ protective factors จากฐานข้อมูล PubMed, ScienceDirect และ SpringerLink คัดเลือกบทความที่เกี่ยวข้องกับกัญชาและโรคจิตเวชที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันและมีความหลากหลายทางบริบท จากชื่อบทความ บทคัดย่อ และเนื้อความ รวมทั้งเนื้อหาทางชีววิทยา ชีวเคมี ระบาดวิทยา การแพทย์ และกฎหมาย

ผล : สืบค้นได้ 1,940 บทความ คัดเลือกมาวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 77 บทความ พบว่าแคนนาบิสเป็นพืชที่มีสาร Δ -9-THC และสาร CBD เป็นสารหลัก โดยสาร Δ -9-THC เป็นสารที่ก่อให้เกิดความมึนเมา และสาร CBD อาจช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากสาร Δ -9-THC ได้ ทั้งนี้การใช้กัญชาอย่างต่อเนื่อง การใช้ในปริมาณมาก การเริ่มใช้ตั้งแต่อายุยังน้อย และระดับความรุนแรงของการใช้กัญชา อาจสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดโรคจิตเภท โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคไบโพลาร์ และโรคจิตจากการใช้กัญชา ในทางกลับกันสาร CBD อาจสามารถนำมาป้องกันและรักษาโรคจิตเภทและโรคจิตได้ อย่างไรก็ตาม ยังจำเป็นต้องศึกษาถึงความคุ้มค่า และเทียบเคียงประสิทธิผลกับยารักษาที่มีอยู่

สรุป : ความสัมพันธ์ของกัญชากับโรคจิตเวชนั้น ยังต้องมีการศึกษาค้นคว้าวิจัยอีกมากในอนาคต ทั้งความเสี่ยงในการเกิดโรคจิตเวชและโอกาสการนำไปใช้สำหรับโรคจิตเวช

คำสำคัญ : กัญชา แคนนาบิส ปัจจัยเสี่ยง โรคจิต โรคจิตเวช

ติดต่อผู้พิมพ์ : รัศมน กัลยาศิริ; e-mail: rasmon.k@chula.ac.th

Review article

Cannabis and psychiatric disorders: risk factors and medical use

Received : 29 March 2020

Revised : 3 December 2020

Accepted : 4 December 2020

Rasmon Kalayasiri, M.D., Sakol Srisuklorm, M.Sc.

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Abstract

Objective: This article aims to synthesize current scientific knowledge of risk factors on psychiatric disorders especially psychotic disorder that related to cannabis use and its medical use.

Methods: Scientific publication in the last 30 years since 1991 that related to the impact of cannabis use on psychiatric disorders were selected. Searching terms included cannabis, marijuana, psychosis, psychiatric disorders, risk factors, and protective factors from various database including PubMed, ScienceDirect, and SpringerLink. The publications were then further selected only if they focused on the relationship between cannabis use and psychiatric disorders from the title, abstract, and results including biological, biochemistry, epidemiology, medicine, and laws.

Results: Of the 1,940 articles, 77 passed the selected criteria. Cannabis is a plant with Δ -9-THC and CBD as the main active substances. Δ -9-THC causes intoxicated and CBD may have the property to cut the effects of Δ -9-THC. Continuous use, high amount of use, or early onset and severity of cannabis use related to increased risk of anxiety disorder, depressive disorder, bipolar disorder, and psychotic disorder. In contrast, CBD may have the property to prevent and treat anxiety disorder and psychotic disorder. However, further work is still needed to study cost-effectiveness and compare the efficacy to the current approved medicines for certain diseases.

Conclusion: The study about relationship between cannabis and psychiatric disorders needs further investigation.

Keywords: cannabis, marijuana, psychosis, psychiatric disorders, risk factors

Corresponding author: Rasmon Kalayasiri; e-mail: rasmon.k@chula.ac.th

บทนำ

แคนนาบิส (cannabis) เป็นพืชที่บางสายพันธุ์มีสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทสูง เช่น พืชกัญชา ที่มีการนำมาใช้เพื่อความรื่นเริงหรือเพื่อการสันทนาการกันอย่างแพร่หลาย ประชากรทั่วโลกประมาณ 192 ล้านคนมีประสบการณ์ใช้กัญชา¹ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) พบว่า ในหลายประเทศมีอัตราการรักษาโรคที่เป็นผลกระทบจากการใช้กัญชาเพิ่มมากขึ้น เช่น การรักษาภาวะติดกัญชาและผลกระทบทางสุขภาพอื่นที่เกิดจากการใช้กัญชา² โดยกลุ่มประเทศทางยุโรปมีอัตราการรักษาเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 76³ อย่างไรก็ตาม แม้ว่ากัญชาถูกกำหนดให้เป็นสารเสพติดผิดกฎหมายในประเทศส่วนใหญ่ทั่วโลกที่โดยมีการควบคุมห้ามใช้โดยทั่วไป แต่มีบางประเทศอนุญาตให้ใช้สารจากกัญชาได้เฉพาะเหตุผลทางการแพทย์ และส่วนหนึ่งในประเทศเหล่านี้มีการอนุญาตให้ใช้เพื่อความรื่นเริงหรือสันทนาการภายใต้การควบคุมที่เคร่งครัดและชัดเจน⁴ สำหรับประเทศไทยกัญชาจัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 แต่เพิ่งได้มีการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ในปี 2562 สารที่พบในกัญชามีฤทธิ์หลากหลายและบางชนิดสามารถส่งผลกระทบต่อจิตใจและระบบประสาทส่วนกลาง ทั้งนี้ กัญชามีสารกลุ่มแคนนาบินอยด์ (cannabinoids) มากกว่า 100 ชนิด โดยสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่สำคัญ ได้แก่ Δ -9-Tetrahydrocannabinol (Δ -9-THC) พบมากในส่วนของช่อดอกและใบ ซึ่งสาร Δ -9-THC นี้จัดอยู่ในกลุ่มวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท⁵ และเชื่อว่าเป็นสารในกัญชาที่ทำให้มีฤทธิ์เสพติด ในปัจจุบันมีการศึกษาวิจัยมากมายเกี่ยวกับสารออกฤทธิ์ต่าง ๆ ในกัญชา เพื่อนำกัญชามาใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ เช่น นำสารสกัดจากกัญชาที่ทราบสัดส่วน Δ -9-THC หรือ cannabidiol (CBD) ที่แน่นอน หรือสารสังเคราะห์มาผลิตเป็นยารักษาอาการของโรคบางชนิด เช่น อาการกล้ามเนื้อเกร็งจากโรคปลอกประสาทแข็ง (multiple sclerosis) อาการคลื่นไส้ อาเจียนจากยาเคมีบำบัด อาการชักในโรคลมชักบางชนิด เป็นต้น⁶⁻⁸ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษางานวิจัยพบว่าการใช้กัญชาอาจก่อให้เกิดผลกระทบอันตรายต่อสุขภาพ

บางประการได้ เช่น การใช้กัญชาอย่างหนักและการเสพติด กัญชาสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเวช^{9,10} การใช้กัญชาก่อนอายุ 25 ปี จะมีปัจจัยเสี่ยงในการเป็นโรคซึมเศร้า พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย และโรคจิตกำเริบได้¹¹⁻¹³ นอกจากนี้ การใช้กัญชายังเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งในการเกิดโรคจิตเภท โดยพบโรคจิตเภทเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัวในกลุ่มผู้ที่มีความเปราะบางที่ใช้กัญชา¹⁴ เช่น กลุ่มที่มีปัจจัยทางพันธุกรรมบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาและการเกิดโรคจิตเวช¹⁵ เป็นต้น ในขณะเดียวกันพบว่าสารบางชนิดในกัญชาเอง เช่น สาร CBD อาจเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดโรคจิตที่เกิดจากสารออกฤทธิ์สำคัญของกัญชา เช่น Δ -9-THC ได้โดยสามารถป้องกันความเสียหายของสมองเนื่องจากไปต่อต้านการทำงานของ Δ -9-THC ในการทำปฏิกิริยากับเอนโดแคนนาบินอยด์ (endocannabinoids) ตามธรรมชาติในสมอง นั่นหมายความว่า สาร CBD อาจมีคุณสมบัติต้านโรคจิตได้¹⁶

เนื่องจากความรู้ที่จำกัดและเพื่อเตรียมความพร้อมกับการใช้กัญชาในประเทศที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะทางการแพทย์ การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับกัญชาและโรคจิตเวช โดยมีขอบเขตการทำงานเป็นการทบทวน วิเคราะห์ และสังเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับกัญชาและโรคจิตเวช ทั้งปัจจัยเสี่ยงในการใช้กัญชาที่ก่อให้เกิดโรคจิตเวชและการใช้กัญชาทางการแพทย์ เพื่อช่วยให้สามารถใช้ประโยชน์จากกัญชาได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ และลดผลกระทบที่อาจเกิดจากการใช้กัญชาอย่างไม่เหมาะสม นอกจากนี้ ยังสามารถนำช่องว่างจากการวิเคราะห์ข้อมูลมาพัฒนางานวิจัยเพิ่มเติมต่อไป

วิธีการ

คัดเลือกเอกสารทางวิชาการจากบทความทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบจากกัญชาที่มีต่อโรคจิตเวช ทั้งในแง่ของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน โดยทำการค้นคว้าย้อนหลังกลับไป 30 ปี ตั้งแต่ ค.ศ. 1991 โดยใช้คำค้นคือ cannabis, marijuana, psychosis, psychiatric disorders, risk factors และ protective factors จากฐานข้อมูล PubMed, ScienceDirect และ SpringerLink ได้บทความทั้งหมดจำนวน 1,940 บทความ จากนั้นจึงคัดเลือก

บทความที่เกี่ยวข้องกับกัญชาและโรคจิตเวชที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน และมีความหลากหลายทางบริบททั้งจากข้อบ่งชี้ บทความ บทคัดย่อ และเนื้อความทั้งเนื้อหาทางด้านชีววิทยา ชีวเคมี ระบาดวิทยา การแพทย์ และกฎหมาย มาวิเคราะห์ข้อมูลเป็นจำนวน 77 บทความ ดังภาพที่ 1

ผล

สายพันธุ์ของกัญชา และสารเคมีในกัญชา

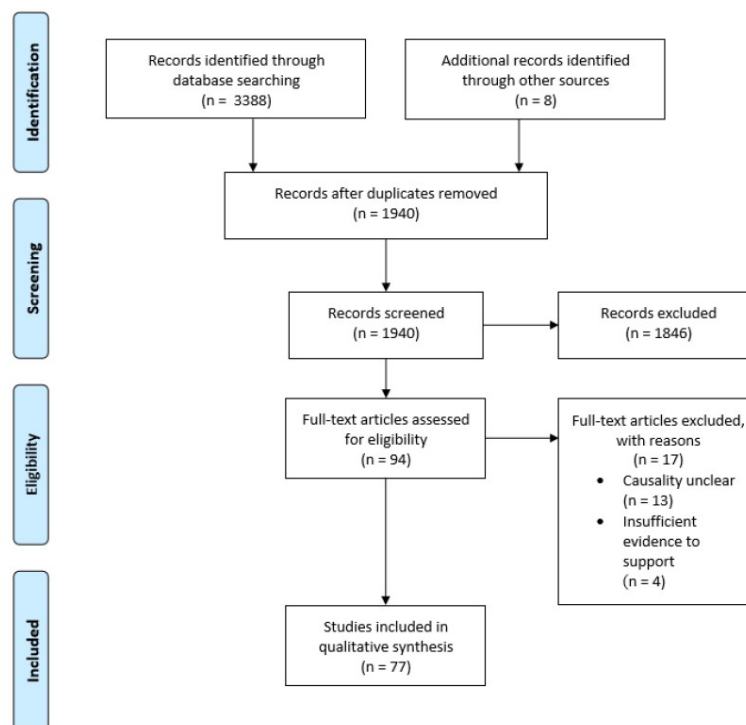
แคนนาบิส (cannabis) เป็นชื่อเรียกทั่วไปของพืชล้มลุกชนิดหนึ่งที่มีการปลูกใช้ประโยชน์เป็นพืชเส้นใย เช่น กัญชง และปลูกเป็นพืชเพื่อนำไปใช้เพื่อความรื่นเริงมาเป็นระยะเวลายาวนาน เช่น กัญชา ประชากรทั่วโลกประมาณ 119 - 224 ล้านคนมีการนำกัญชามาใช้ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การสูบ ในกลุ่มประเทศที่มีการใช้กัญชากันอย่างแพร่หลาย พบว่าประชากรวัยรุ่นและผู้ใหญ่อายุ 15 - 64 ปี ใช้กัญชาอยู่ประมาณร้อยละ 26.3 ของประชากร กัญชาประกอบด้วยสายพันธุ์ที่หลากหลายกระจายอยู่ตามภูมิภาคต่าง ๆ ของโลก^{17,18} โดยสายพันธุ์ของแคนนาบิส มีชื่อเรียกวิทยาศาสตร์ คือ *Cannabis sativa* L. (Linneus) จัดเป็นพืชให้ดอกในตระกูล Cannabaceae แบ่งออกเป็น 2 สายพันธุ์ที่สำคัญ ได้แก่

1. *Cannabis sativa subsp. sativa* เป็นสายพันธุ์ที่มี Δ -9-Tetrahydrocannabinol (Δ -9-THC) น้อยกว่าร้อยละ 0.3 ของน้ำหนักแห้ง มักเพาะปลูกเพื่อนำไปผลิตเส้นใยหรือน้ำมัน แบ่งเป็นสายพันธุ์ย่อย คือ *Cannabis sativa subsp. sativa var. sativa* และ *Cannabis sativa subsp. sativa var. spontanea Vavilov*

2. *Cannabis sativa subsp. indica* (Lam.) เป็นสายพันธุ์ที่มี Δ -9-THC มากกว่าร้อยละ 1 ของน้ำหนักแห้ง มักเพาะปลูกไว้ใช้สูบ แบ่งเป็นสายพันธุ์ย่อย คือ *Cannabis sativa subsp. indica var. indica* (Lam.) Wehmer และ *Cannabis sativa subsp. indica var. kafiristanica* (Vavilov)

สำหรับสารเคมีจำพวกแคนนาบินอยด์ที่ค้นพบในกัญชา (cannabinoids) มีมากกว่า 120 ชนิด แบ่งออกได้กว่า 11 ประเภท ได้แก่ 1) (-)-trans- Δ 9-tetrahydrocannabinol (Δ -9-THC) 2) (-)-trans- Δ 8-tetrahydrocannabinol

สำหรับสารเคมีจำพวกแคนนาบินอยด์ที่ค้นพบในกัญชา (cannabinoids) มีมากกว่า 120 ชนิด แบ่งออกได้กว่า 11 ประเภท ได้แก่ 1) (-)-trans- Δ 9-tetrahydrocannabinol (Δ -9-THC) 2) (-)-trans- Δ 8-tetrahydrocannabinol



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการคัดเลือกบทความ

(Δ -8-THC) 3) cannabigerol (CBG) 4) cannabichromene (CBC) 5) cannabidiol (CBD) 6) cannabinodiol (CBND) 7) cannabielsoin (CBE) 8) cannabicyclol (CBL) 9) cannabinol (CBN) 10) cannabitol (CBT) และ 11) ประเภอื่น ๆ

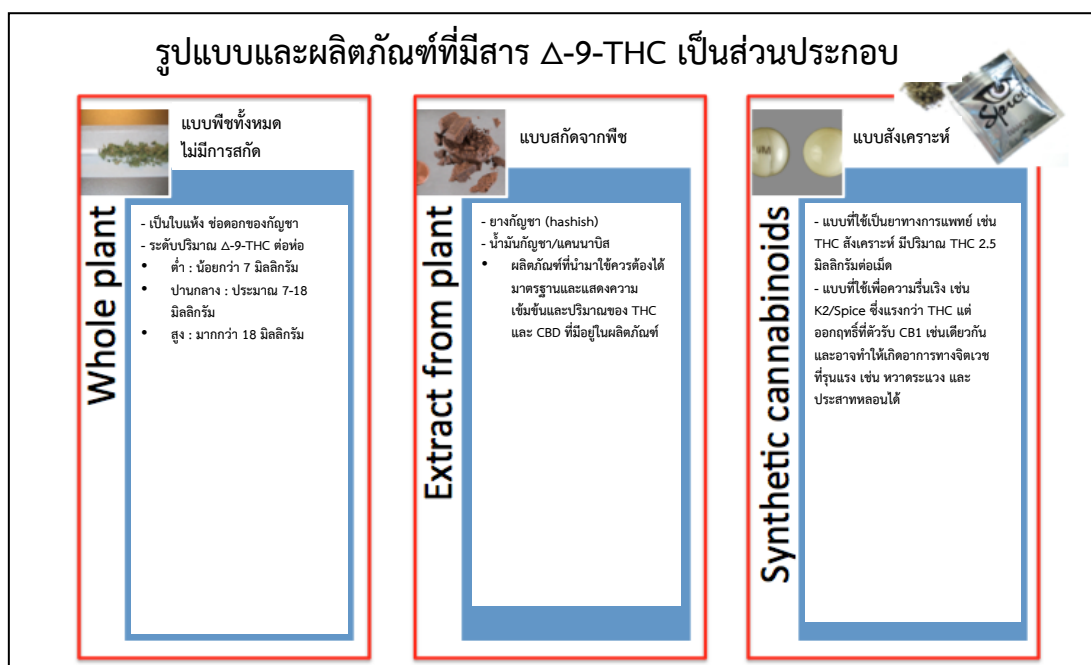
สาร Δ -9-THC และ CBD จัดเป็นสารที่สำคัญที่สุดเนื่องจาก Δ -9-THC จัดเป็นสารที่เชื่อว่าก่อให้เกิดความมึนเมา ในขณะที่สาร CBD เชื่อว่าเป็นสารที่ไม่ก่อให้เกิดความมึนเมา¹⁹ โดยสาร Δ -9-THC เป็นสารที่มีฤทธิ์ทำให้เกิดการเสพติดและมีการศึกษาทดลองดูผลการออกฤทธิ์ของ Δ -9-THC ต่อการทำงานของสมองและพฤติกรรมจำนวนมาก สำหรับในต่างประเทศพบการเพิ่มขึ้นของสัดส่วน Δ -9-THC ของพืชที่ทำการเพาะปลูกเมื่อเวลาผ่านไป ซึ่งอาจมีผลกระทบต่ออาการทางจิตและระบบประสาทได้ สำหรับผลิตภัณฑ์ที่มีการนำมาใช้เพื่อความรื่นเริงในปัจจุบันแสดงในภาพที่ 2

การออกฤทธิ์ของกัญชาในร่างกาย

การใช้กัญชาในลักษณะที่แตกต่างกันส่งผลต่อการออกฤทธิ์ของกัญชาที่ต่างกัน โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการออกฤทธิ์ที่ต่างกันของกัญชา ดังนี้

- วิธีการนำกัญชาเข้าสู่ร่างกาย มีผลต่อความเร็วในการออกฤทธิ์ของกัญชาในร่างกายที่ต่างกัน เช่น การสูดควันกัญชาจะถูกดูดซึมผ่านปอดเข้าสู่กระแสเลือดแล้วเข้าสู่สมอง จะเห็นผลของกัญชาภายในเวลาเพียงไม่กี่นาที ในขณะที่การกินทางปากจะได้ผลที่แตกต่างค่อนข้างมากเนื่องจากสารเคมีในกัญชาจะเข้าสู่กระแสเลือดได้เพียงร้อยละ 25 - 30 (เมื่อเทียบกับการสูดควัน) และผ่านตับ ทำให้การออกฤทธิ์ช้ากว่า โดยอาจใช้เวลาประมาณครึ่งชั่วโมงถึงสองชั่วโมง แต่ฤทธิ์จะอยู่ได้นานกว่าเนื่องจากกัญชาจะค่อย ๆ ถูกดูดซึมผ่านลำไส้ อย่างไรก็ตาม วิธีการสูดควันเป็นวิธีที่นิยมในหมู่ผู้ที่ต้องการใช้กัญชาเพื่อให้เกิดการมึนเมาและเพื่อความรื่นเริงซึ่งนำไปสู่การเสพติดได้^{20,21}

- การใช้กัญชาซ้ำระยะเวลานานอย่างต่อเนื่องเมื่อกัญชาเข้าสู่ร่างกาย สาร cannabinoids ในกัญชาจะแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อต่าง ๆ โดยความเร็วในการแพร่กระจายขึ้นอยู่กับอัตราการไหลเวียนเลือด และจะเข้าไปสะสมอยู่ในไขมัน เนื่องจากสาร cannabinoids สามารถละลายได้ดีในไขมัน โดยจะใช้เวลาประมาณ 4 - 5 วันจึงจะถึงจุดอิ่มตัว และจะค่อย ๆ ปล่อยสาร cannabinoids ไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ดังนั้น หากมีการใช้กัญชาซ้ำอยู่เรื่อย ๆ



ภาพที่ 2 ผลิตภัณฑ์กัญชาที่มี Δ -9-THC อันเป็นสารจากกัญชาที่ก่อให้เกิดการมึนเมา

สาร cannabinoids ที่มีความเข้มข้นสูงจะไปสะสมอยู่ในร่างกาย^{20,21}

- ขนาดในการใช้กัญชา ปริมาณกัญชาที่ใช้ต่างกันจะส่งผลต่อร่างกายแตกต่างกัน เช่น ถ้าใช้กัญชาที่มีปริมาณ Δ -9-THC ขนาด 3 - 5 มิลลิกรัม อาจส่งผลให้เกิดอาการเคลิ้มสุข (euphoria) ง่วงซึม (mild sedation) การรับรู้วันเวลาเสีย (mild disorientation) และขาดการยับยั้งชั่งใจ (disinhibition) แต่หากใช้กัญชาที่มีปริมาณ Δ -9-THC ถึงขนาด 15 มิลลิกรัม อาจส่งผลให้เกิดความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (orthostatic hypotension) หัวใจเต้นเร็ว การเปลี่ยนแปลงของระดับการรับรู้ตัว (obtundation) เกิดภาวะวิตกกังวล มีการกดระบบประสาทส่วนกลาง และอาจมีอาการโรคจิต (psychotic symptoms) ได้²⁰

สาร cannabinoids ในกัญชาส่วนหนึ่งจะไปจับกับตัวรับ cannabinoid receptor และทำให้สารเกิดการออกฤทธิ์ โดยตัวรับมีสองชนิดหลัก ได้แก่ CB1 receptor ที่อยู่บริเวณเซลล์ประสาท และ CB2 receptor ที่อยู่ตามเซลล์ระบบภูมิคุ้มกัน สำหรับการออกฤทธิ์ในสมองนั้นสาร cannabinoids จะกระจายไปตามส่วนต่าง ๆ ของสมองทั้งเปลือกสมองคอร์เทกซ์ (cortex) ลิมบิก (limbic) ระบบการรับรู้ประสาทสัมผัส และระบบการเคลื่อนไหว ทั้งนี้ สาร cannabinoids บางชนิดมีฤทธิ์ต่อจิตประสาทและมีค่าครึ่งชีวิตนานหลายวัน จากนั้นจะถูกขับออกทางปัสสาวะ แต่สาร cannabinoids ส่วนหนึ่งจะอยู่ในลำไส้และถูกดูดซึมกลับ ทำให้ฤทธิ์ของกัญชาสามารถคงอยู่ได้เป็นระยะเวลานาน²¹

กัญชามีฤทธิ์ทำให้เสพติด ผู้เสพกัญชาประมาณร้อยละ 8 จะมีภาวะเสพติดและปัญหาอื่น ๆ ตามมา ส่วนใหญ่เนื่องจากฤทธิ์ของสาร Δ -9-THC ที่สามารถทำให้เกิดอาการดื้อสาร (tolerance) ได้ กล่าวคือใช้กัญชาปริมาณเท่าเดิมแล้วไม่ได้ผลเหมือนเดิมหรือได้ผลลดลงกว่าเดิมทำให้จำเป็นต้องเพิ่มปริมาณการใช้มากขึ้น และทำให้เกิดอาการถอนกัญชา (withdrawal) ได้ภายหลังหยุดกัญชาราว 12 ชั่วโมง ถึง 3 วัน โดยจะมีอาการหนักที่สุดในวันที่ 4 - 7 อาการถอนกัญชาอาจยังคงอยู่ได้นานประมาณ 1 - 3 สัปดาห์ อาการถอนกัญชา

มีดังนี้²⁰ หงุดหงิดง่าย โกรธ พฤติกรรมก้าวร้าว วิตกกังวล กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ ซึมเศร้า รู้สึกไม่สุขสบาย ลดความอยากอาหาร น้ำหนักลด ปวดศีรษะ เหงื่อออก หรือหนาวสั่น ตัวสั่น ปวดตะคริวที่ท้อง และปวดกล้ามเนื้อ โดยระดับความรุนแรงของอาการข้างต้นขึ้นกับสารที่ใช้ ปริมาณ ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้กัญชา โดยอาจไปทำให้โรคจิตเวชที่เป็นอยู่แล้วมีอาการมากขึ้นได้ เช่น อารมณ์ไม่คงที่ นอกจากนี้สารแคนนาบินอยด์สังเคราะห์ (synthetic cannabinoids) อาจทำให้มีอาการถอนในขณะที่ยังมีอาการเป็นพิษหลงเหลืออยู่ เช่น อาการหวาดระแวง หูแว่ว ภาพหลอน เป็นต้น^{20,21}

กัญชากับโรคจิตเวช

การใช้กัญชาอย่างต่อเนื่อง การใช้กัญชาในปริมาณมาก และการเริ่มต้นใช้กัญชาตั้งแต่อายุน้อย จะส่งผลให้สมองเกิดการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะสมองส่วนที่มี cannabinoid receptors จำนวนมาก เช่น สมองส่วนฮิปโปแคมปัส (hippocampus) ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำ สมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการตัดสินใจและวางแผน สมองส่วนอะมิกดาลา (amygdala) ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์โดยเฉพาะความวิตกกังวล หวาดระแวง กลัว และสมองส่วนหลัง (cerebellum) ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการทรงตัว โดยการเปลี่ยนแปลงของสมองส่วนต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับการใช้กัญชาดังกล่าว สามารถพบการเปลี่ยนแปลงทั้งในส่วนของกระบวนการสร้างและเผาผลาญกลูโคส ความเร็วในการไหลเวียนเลือดในสมอง ปริมาตรของน้ำไขสันหลังในช่องสมองเวนทริเคิล (ventricular cerebrospinal fluid, CSF) และความหนาแน่นของสมองเนื้อสีเทา (gray matter) และสมองเนื้อสีขาว (white matter)²²⁻²⁶ นอกจากนี้ยังมีรายงานถึงรูปแบบการทำงานของสมองส่วน posterior cingulate ในผู้ใช้กัญชาที่เกิดโรคจิตเวช โดยพบว่ามีอัตราการสร้างและเผาผลาญที่เปลี่ยนแปลงไปในรูปแบบเช่นเดียวกันกับการเกิดโรคจิตเวชที่ไม่ได้เกิดจากการใช้กัญชา เช่น โรคจิตเภท (schizophrenia) โรคไบโพลาร์ที่มีอาการโรคจิต (bipolar disorder with psychosis)^{27,28} เป็นต้น

ทั้งนี้ ภัยสุขภาพชนิดที่มี Δ -9-THC สูง แต่ CBD ต่ำ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเวชได้ โดยขนาดของ ความรุนแรงของโรคจิตเวชที่เกิดจากการใช้กัญชา จะขึ้นกับ ปริมาณและความต่อเนื่องในการใช้ รวมถึงอายุเมื่อเริ่มต้น ใช้กัญชา²⁹ ซึ่งกระบวนการในการศึกษาผลกระทบจากกัญชา กับโรคจิตเวชจะมุ่งเน้นไปที่ปฏิสัมพันธ์ของสาร Δ -9-THC ซึ่งเป็นสารหลักที่มีผลต่อจิตประสาทกับพันธุกรรมและ สิ่งแวดล้อม และสาร CBD ที่เป็นตัวที่ช่วยลดผลกระทบจาก Δ -9-THC³⁰ โดยผลจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการใช้กัญชา ปริมาณสูงอย่างต่อเนื่องอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ ระบบเอนโดแคนนาบินอยด์ (endocannabinoids) ในสมอง ซึ่งเป็นแคนนาบินอยด์ที่มีอยู่แล้วตามธรรมชาติในระบบ ประสาทส่วนกลาง โดยเฉพาะในขณะที่สมองกำลังพัฒนา เช่น ในช่วงวัยรุ่น การใช้กัญชาจะทำให้มีโอกาสเพิ่มความเสี่ยงต่อ การเกิดโรคจิตเวชต่าง ๆ ได้มากกว่าเด็กที่ไม่ได้ใช้กัญชา^{31,32} รายละเอียดของกัญชากับโรคจิตเวชต่าง ๆ มีดังต่อไปนี้

โรควิตกกังวล (anxiety disorders)

โรควิตกกังวล เป็นกลุ่มของความผิดปกติทาง สุขภาพจิตในลักษณะที่มีอาการกลัว หรือวิตกกังวลที่มากเกินไป จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่ามีประชากรที่เป็น โรควิตกกังวลทั่วโลกอยู่ที่ประมาณ ร้อยละ 3.6 และ พบมากในเพศหญิง โดยโรควิตกกังวลสามารถแบ่งออกได้ หลายชนิด^{33,34} ได้แก่ โรคกลัวการพรางจาก (separation anxiety disorder) โรคไม่พูดในสถานการณ์จำเพาะ (selective mutism) โรคกลัว (specific phobia) โรควิตกกังวล สถานการณ์ทางสังคม (social anxiety disorder) โรคแพนิค (panic disorder) โรคกลัวที่ชุมชน (agoraphobia) โรควิตกกังวลไปทั่ว (generalized anxiety disorder) และ โรควิตกกังวลจากการใช้สาร (substance/medication-induced anxiety disorder)

สำหรับในกลุ่มผู้ที่เสพติดกัญชาจะมีความชุกของ โรควิตกกังวลอยู่ที่ประมาณร้อยละ 23 - 40³¹ จากงานวิจัยที่ ผ่านมาพบว่าการเกิดภาวะวิตกกังวลและความความชุกของ โรควิตกกังวลที่เพิ่มมากขึ้นสัมพันธ์กับการใช้กัญชาอย่าง

ต่อเนื่อง^{35,36} เพศหญิง³⁷ และการใช้กัญชาในปริมาณมาก ส่วนใหญ่เป็นกัญชาที่มีสาร Δ -9-THC สูง^{13,35-37} จึงอาจ กล่าวได้ว่าภาวะการเกิดโรควิตกกังวลอาจมีความสัมพันธ์กับ การใช้กัญชาในรูปแบบที่ใช้อย่างต่อเนื่อง ใช้ปริมาณมาก และ ใช้ผลิตภัณฑ์ที่มี Δ -9-THC สูง⁴¹⁻⁴⁴ รวมถึงการใช้กัญชาตั้งแต่วัยยังน้อย^{13,45-47}

แต่ในทางตรงกันข้ามมีรายงานว่าสาร CBD ที่ได้จากกัญชาสามารถนำมารักษาโรควิตกกังวลโดยเฉพาะ social anxiety disorder ได้³⁸⁻⁴⁰ โดยมีการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 103 คน พบว่า CBD มีผลช่วยคุณภาพนอนหลับและ ความวิตกกังวลจากการใช้แบบการวัดคุณภาพการนอนหลับ Pittsburg Sleep Quality Index และแบบวัดความวิตกกังวล Hamilton Anxiety Rating Scale³⁸ นอกจากนี้ มีการศึกษา พบว่า CBD มีผลต่อ social anxiety disorder โดยมี ผลสัมพันธ์กับการทำงานของสมองในส่วน limbic และ paralimbic จากการใช้เทคนิคการตรวจสแกนสมองแบบ Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT) และวัดความวิตกกังวลโดยใช้ Brief Social Phobia Scale (BSPS) และ Social Phobia Inventory (SPIN)³⁹ และการใช้ CBD ในกลุ่มผู้มีอายุ 18 - 19 ปี ที่เป็น social anxiety disorder ช่วยลดค่าคะแนนความวิตกกังวล จากการใช้แบบวัด Fear of Negative Evaluation Questionnaire (FNE) และ Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)⁴⁰ สอดคล้องกับการศึกษาแบบทดลอง เปรียบเทียบผลของ CBD กับยาหลอก พบว่า CBD ช่วยลด ความวิตกกังวลในผู้เป็น social anxiety disorder⁴⁸ เช่นกัน

ความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorders)

โรคซึมเศร้า (depressive disorders) เป็นโรคที่ ผู้ป่วยมีลักษณะอาการซึมเศร้า ไม่มีความสุข รู้สึกผิด หรือไร้ค่า มีปัญหาในการนอนและความรู้สึกอยากอาหาร น้อยลง และไม่มีสมาธิ โดยอาการเหล่านี้จะคงอยู่เป็นระยะเวลายาวนาน และเป็นซ้ำ ๆ จนทำให้ไม่สามารถเรียน ทำงาน หรือใช้ชีวิตตามปกติได้ และหากมีอาการหนักอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่ามีประชากรที่เป็น

โรคซึมเศร้าทั่วโลกอยู่ประมาณร้อยละ 4.4 และพบมากในเพศหญิง โรคซึมเศร้า^{33,34} มีหลายชนิด ได้แก่ disruptive mood dysregulation disorder, major depressive disorder, persistent depressive disorder (dysthymia), premenstrual dysphoric disorder และ substance/medication-induced depressive disorder ส่วนโรคไบโพลาร์ (bipolar disorder) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์อีกชนิดหนึ่ง ที่มีลักษณะที่ประกอบด้วยอาการที่บางช่วงมีภาวะซึมเศร้า (depression) และบางช่วงมีภาวะแมเนีย (mania) โดยช่วงภาวะแมเนีย ผู้ป่วยจะมีระดับอารมณ์สูงขึ้น ครื้นเครง หรือหงุดหงิดง่ายอย่างมาก รู้สึกมีพลังมากขึ้น ทำกิจกรรมต่าง ๆ เพิ่มขึ้นจนเกินพอดี ช่างพูดมากขึ้น และไม่ต้องการการพักผ่อน โดยโรคไบโพลาร์แบ่งได้หลายรูปแบบ^{33,34} เช่น Bipolar I disorder, Bipolar II disorder, Cyclothymic disorder และ substance/medication-induced bipolar and related disorder

ในกลุ่มผู้ที่เสพติดกัญชาจะมีความชุกของโรคซึมเศร้าอยู่ที่ประมาณร้อยละ 18 - 32³¹ จากงานวิจัยที่ผ่านมาหลายรายงานที่พบว่าการเกิดโรคซึมเศร้าสัมพันธ์กับการใช้กัญชา โดยเฉพาะการใช้อย่างต่อเนื่อง^{42,47,49-54} และอายุเมื่อเริ่มต้นใช้กัญชาตั้งแต่อายุน้อย^{42,45,46} นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้กัญชาทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย^{11,41,51,52} การศึกษาแบบไปข้างหน้าในเด็กอายุ 16 ปีที่มีความคิดฆ่าตัวตายแต่ไม่เคยมีการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน หรือเคยมีการทำร้ายตนเองแต่ไม่ได้คิดถึงขั้นฆ่าตัวตายเมื่อติดตามเด็กเหล่านี้ไปจนถึงอายุ 21 ปี พบว่าจะมีความเสี่ยงในการเกิดการพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นราวสองเท่าหากเด็กเหล่านี้มีการใช้กัญชาเมื่อเทียบกับเด็กกลุ่มเดียวกันที่ไม่ได้ใช้กัญชา⁵⁵ นอกจากนี้ กลุ่มผู้ที่เสพติดกัญชาจะมีความชุกของโรคไบโพลาร์อยู่ที่ประมาณร้อยละ 8 - 9³¹ ซึ่งเป็นความชุกที่สูงกว่าประชากรทั่วไป และการใช้กัญชาอย่างต่อเนื่องจะเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นไบโพลาร์ได้^{54,56,57}

โรคจิต (psychosis, psychotic disorders)

โรคจิตเป็นภาวะที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง โดยการทดสอบความเป็นจริงเสียไป (impaired reality testing) หากเกิดโดยไม่มีสาเหตุและเป็นระยะเวลา นานจะเรียกว่า โรคจิตเภท (schizophrenia) ซึ่งจะพบได้ประมาณร้อยละ 0.3 - 0.7 ของประชากรทั่วไป ภาวะโรคจิตจะประกอบด้วย การมีความคิด พฤติกรรม และสภาวะอารมณ์ที่ผิดปกติ จนไม่สามารถทำงานหรือเข้าสังคมได้ตามปกติ โดยจะมีอาการต่าง ๆ เหล่านี้อย่างน้อย 1 อาการ ได้แก่³⁴ ความเชื่อหลงผิด (delusions) ประสาทสัมผัสสับสน (hallucinations) การพูดไม่เป็นระบบระเบียบ (disorganized speech) พฤติกรรมไม่เป็นระบบระเบียบ (grossly disorganized behavior) หรือพฤติกรรมคาทาโทนิค (catatonic behavior) และอาการด้านลบ (negative symptoms)

ผู้ที่ใช้สารเสพติดนั้นจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตจากการใช้สาร (substance/ medication - induced psychotic disorder) โดยพบการใช้กัญชาในผู้ที่มีอาการโรคจิตครั้งแรกในชีวิตได้สูงถึงร้อยละ 33.7⁵⁸ จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ากัญชาจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอาการโรคจิต และเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคจิตเภท (schizophrenia)^{41,59} โดยเฉพาะการใช้กัญชาอย่างหนัก⁶⁰⁻⁶³ การใช้กัญชาอย่างต่อเนื่อง^{64,65} การใช้กัญชาที่มีฤทธิ์รุนแรง^{64,66} การใช้สารสังเคราะห์จากกัญชา⁶⁶ การเสพติดกัญชา⁷³ การเริ่มต้นใช้กัญชาตั้งแต่อายุน้อย^{45,61,66,68,69} หรือเคยมีอาการโรคจิตมาก่อน⁶¹

นอกจากนี้ พบว่าปัจจัยทางพันธุกรรมอาจมีผลเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอาการโรคจิตบางชนิดจาก การใช้กัญชา เช่น ยีน *CHRM3* อาจมีความเกี่ยวข้องกันกับการเกิดประสาทหลอน (hallucinations) อันเนื่องมาจากการใช้กัญชา⁷⁰ ยีน *AKT1* ในรูปแบบ C/C genotype จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคจิตครั้งแรกได้ในกลุ่มผู้ที่ใช้กัญชาเมื่อเทียบกับผู้ที่มีรูปแบบเป็น T/T genotype⁷¹ นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยที่พบว่าปฏิกิริยาระหว่างยีน *AKT1* กับ ยีน *DRD2* ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตในผู้ที่ใช้กัญชาอีกด้วย⁷² และ

ก่อนหน้านี้ยังมีการศึกษาใน *COMT* กับการเกิดโรคจิตเภท โดยพบว่าผู้ที่ใช้กัญชาตอนวัยรุ่นที่มียีนรูปแบบ Val/Val genotype จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคจิตเภทเมื่ออายุมากขึ้นเมื่อเทียบกับเด็กที่มียีนในรูปแบบ Met/Met⁷³ อย่างไรก็ตามการศึกษาทางพันธุกรรมเหล่านี้ ยังต้องการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อชี้ชัดให้ได้ว่ายีนตัวใดบ้างที่น่าจะเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคจิตอันเนื่องมาจากการใช้กัญชา

นอกจากนี้ จากการศึกษาใน ค.ศ. 2018 โดยใช้การศึกษาเพื่อประมาณการและหาหลักฐานที่ใช้การศึกษาทางพันธุศาสตร์ร่วมด้วยในกลุ่มตัวอย่างประมาณ 34,000 ราย พบว่าการใช้กัญชาเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคจิตเภทได้จริง โดยเพิ่มความเสี่ยงอยู่ที่ราว 1.4 - 1.5 เท่า เทียบกับผู้ที่ไม่ได้ใช้กัญชา⁷⁵ นอกจากนี้ มีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา เช่น รัฐโคโลราโด พบว่าความชุกของโรคจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับกัญชา ที่มารับการบริการที่แผนกฉุกเฉินมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นราว 5 เท่า ในช่วงที่มีการเปิดอนุญาตให้ใช้กัญชาได้⁷⁶

ในทางตรงกันข้าม นอกจากการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคจิตจากการใช้กัญชาแล้ว มีรายงานปัจจัยที่อาจเป็นตัวป้องกันไม่ให้เกิดอาการโรคจิต เช่น มีการศึกษาพบว่าการใช้ CBD ในกัญชาอาจ สามารถป้องกันการเกิดอาการโรคจิตแบบฉับพลัน (acute psychotic symptoms) ที่เกิดจากการได้รับสาร Δ -9-THC ที่พบในกัญชาได้เช่นกัน⁷⁴ โดยมีรายงานการวิจัยศึกษาผลของ CBD ในผู้ป่วยจิตเภทอายุระหว่าง 18 - 50 ปี พบว่าการใช้ CBD ช่วยเพิ่มระดับของ serum anandamide ในน้ำไขสันหลังซึ่งอาจสัมพันธ์กับผลของ CBD ในการต้านอาการโรคจิตได้⁷⁷ ในทางคลินิก แพทย์ควรพิจารณาประวัติเดิมของผู้ป่วยจิตเวชถึงการใช้กัญชาไปด้วย หากมีประวัติดังกล่าว ควรให้ผู้ป่วยงดการใช้กัญชาและสารสังเคราะห์ต่าง ๆ จากกัญชา เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ถือเป็นผู้ที่ต้องได้รับคำปรึกษาเพื่อช่วยป้องกันความเสี่ยงในการเป็นโรคจิตเวช และหากผู้ป่วยเป็นผู้ที่เสพติดกัญชา แพทย์ควรสามารถใช้การบำบัดทางจิตสังคมในรูปแบบต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น motivational interviewing, cognitive behavioral therapy, contingency management และ family therapy ควบคู่ไปกับการรักษาได้

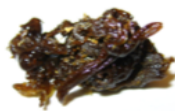
ในต่างประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา มีประกาศคำเตือนทางสาธารณสุขจากเจ้ากรมแพทยทหารของสหรัฐอเมริกา (U.S. Surgeon General) ใน ค.ศ. 2019 เกี่ยวกับผลจากกัญชาต่อสมองที่กำลังเติบโตในเด็กและวัยรุ่น โดยมีความเป็นห่วงว่าการเพิ่มการเข้าถึงได้ของกัญชาที่มีปริมาณ Δ -9-THC ที่มากขึ้น รวมไปถึงการรับรู้ที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับกัญชาว่ากัญชาที่มี Δ -9-THC เป็นสารที่มีความปลอดภัย และเข้าใจผิดว่ากัญชาที่มี Δ -9-THC ไม่ได้ทำให้เกิดการเสพติดหรือเกิดผลกระทบทางพฤติกรรม ความคิด และอารมณ์ อาจส่งผลให้เด็กและเยาวชนไปใช้กัญชามากขึ้น จนเกิดผลกระทบดังกล่าวมากขึ้นได้ จึงต้องมีการศึกษาและเฝ้าระวังผลกระทบดังกล่าวอย่างต่อเนื่องต่อไป แสดงดังภาพที่ 3

วิจารณ์

จากการทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับแคนนาบิส และปัจจัยเสี่ยงในการทำให้เกิดโรคจิตเวช และการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ พบว่าแคนนาบิสเป็นพืชที่ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลกทั้งการปลูกเพื่อใช้เส้นใยในเชิงอุตสาหกรรม หรืออาจมีการนำสารสกัดมาใช้ในผลิตภัณฑ์ภายนอกร่างกาย และมีการปลูกเพื่อนำสารสกัดหรือใบแห้ง ช่อดอกมาใช้เพื่อความรื่นเริง เช่น พืชกัญชา โดยส่วนมากจะนำมาใช้ในรูปแบบสูบและเกิดการเสพติดกัญชาได้ในผู้ใช้อย่างไร จึงเป็นความจำเป็นที่จะต้องมีการระมัดระวังการนำพืชกัญชามาใช้ประโยชน์ โดยหากมีการมองแต่ประโยชน์เพียงอย่างเดียว อาจทำให้ประชาชนทั่วไปรวมถึงเด็กและเยาวชนเข้าใจคลาดเคลื่อนว่ากัญชามีความปลอดภัยสูงและมีแต่ประโยชน์ ทำให้เกิดการนำไปใช้แบบผิดวิธีได้ ในขณะเดียวกัน การนำไปใช้ประโยชน์เป็นส่วนที่สามารถทำได้ภายใต้การดูแลจัดการที่เหมาะสม และผ่านกระบวนการไตร่ตรองอย่างรอบด้าน โดยหากมีประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนในเรื่องของประโยชน์ที่ได้รับก็ยังคงควรที่จะชะลอการดำเนินการไปก่อนจนกว่าจะมีข้อมูลที่เพียงพอในเรื่องประโยชน์ของกัญชา และยังคงคำนึงถึงประโยชน์ที่ได้รับนั้นมีความคุ้มกับราคาที่อาจต้องเสียไปกับผลที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้จากกัญชาอีกด้วย

คำเตือนจากเจ้ากรมแพทย์ทหารสหรัฐอเมริกา : การใช้กัญชาและผลต่อสมองที่กำลังพัฒนา

“กระผม เจ้ากรมแพทย์ทหารสหรัฐอเมริกา เจอโรม อัดัมส์ ขอเน้นย้ำความสำคัญในการปกป้องประเทศจากความเสียหายทางสุขภาพที่มาจากการใช้กัญชาในเด็กวัยรุ่นและระหว่างการตั้งครรภ์ เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของการเข้าถึงกัญชา และความแรงของผลิตภัณฑ์กัญชาที่สูงขึ้น ซึ่งมาพร้อมกันกับการรับรู้ที่ผิดเกี่ยวกับความปลอดภัยของการใช้กัญชา ก่อให้เกิดอันตรายต่อทรัพยากรที่ทรงคุณค่ายิ่งของประเทศคือเด็กและเยาวชนของเรา”



©Guildextracts



©Vjiced



<http://archive.is/2018/02/11/110179984402/>
<http://archive.is/1114624160560.html>

Hash oil / dabs / waxes / shatter

- กัญชาที่หาได้ในทุกวันนี้มีความแรงมากขึ้นกว่าเดิม
- เปอร์เซ็นต์ของ THC เพิ่มขึ้นสามเท่าระหว่าง ค.ศ. 1995 กับ ค.ศ. 2014 โดยเพิ่มจากร้อยละ 4 เป็นร้อยละ 12
- ผลิตภัณฑ์ที่เข้มข้นที่รู้จักในชื่อ dabs หรือ waxes อาจมีความเข้มข้นของ THC ได้สูงระหว่างร้อยละ 23.7 ถึง ร้อยละ 75.9
- ผลิตภัณฑ์ CBD โดยส่วนใหญ่ไม่ได้ผ่านการตรวจสอบและมีความบริสุทธิ์ที่ไม่คงที่

<https://www.hhs.gov/surgeongeneral/reports-and-publications/>

ภาพที่ 3 ประกาศคำเตือนจากเจ้ากรมแพทย์ทหารของประเทศสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับผลกระทบจากกัญชา ค.ศ. 2019

กัญชามีสารต่าง ๆ มากมาย แต่สาร Δ -9-THC และสาร CBD จะเป็นสารหลักที่จะนำมาใช้โดยสาร Δ -9-THC เป็นสารที่ก่อให้เกิดความมึนเมา และสาร CBD สามารถช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากสาร Δ -9-THC ได้ จากกลไกดังกล่าวทำให้จำเป็นต้องระมัดระวังการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มาจากกัญชาในแง่ระดับความเข้มข้นของแต่ละสารที่ใช้ และจำเป็นต้องหลีกเลี่ยงการใช้กัญชาที่ไม่ทราบความเข้มข้นดังกล่าวโดยเฉพาะการใช้เพื่อความรื่นเริงที่อาจมีการทำให้สายพันธุ์กัญชามีปริมาณของ Δ -9-THC สูง เกิดการมึนเมาและเสพติดได้ง่าย และทำให้เกิดอาการทางจิตเวชได้ง่ายอีกด้วย

นอกจากนี้ ปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดผลกระทบจากการใช้กัญชาต่อโรคจิตเวชขึ้นกับรูปแบบการใช้ โดยพบว่า การใช้กัญชาอย่างต่อเนื่อง การใช้ในปริมาณมาก การใช้กัญชาเริ่มตั้งแต่อายุยังน้อย รวมถึงระดับความรุนแรงในการเสพติดกัญชา และเพศ อาจมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเป็นโรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคไบโพลาร์ และโรคจิตได้ ดังนั้นจึงควรปกป้องเด็กและเยาวชนจากการใช้กัญชาแบบผิดวิธี โดยควรต้องให้ความรู้ความเข้าใจว่าไม่ควรใช้เพื่อความรื่นเริง

ที่สำคัญคือการใช้กัญชาอย่างต่อเนื่องในปริมาณมากอาจเกิดผลกระทบที่อันตราย โดยเฉพาะการเกิดอาการทางจิตเวชได้

สาร CBD ที่ได้มาจากกัญชา มีรายงานว่าอาจสามารถนำมาป้องกันและรักษาโรคจิตเภท และโรคจิตได้ อย่างไรก็ตามยังมีความจำเป็นต้องศึกษาถึงความคุ้มค่า การเทียบเคียงประสิทธิผลที่ได้กับยารักษาที่มีอยู่แล้วในปัจจุบัน รวมถึงการศึกษถึงความเสี่ยงและผลกระทบที่ตามมา หากมีการนำสารจากกัญชาบางชนิดในการรักษาโรคจิตเวช ในปัจจุบันการศึกษความสัมพันธ์ของกัญชากับโรคจิตเวชนั้น ยังต้องมีการศึกษาค้นคว้าวิจัยอีกมากเพื่อให้ได้ความกระจ่างชัดทั้งในแง่ของความเสี่ยงในการเกิดโรคจิตเวช และปัจจัยที่จะนำมาป้องกันการเกิดโรคจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นในอนาคตต่อไป

สรุป

แคนนาบิสเป็นพืชที่ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลกทั้งการปลูกเพื่อใช้เส้นใย และการปลูกเพื่อใช้เสฟ เช่น พืชกัญชา โดยกัญชามีสายพันธุ์ที่สำคัญ คือ *cannabis sativa* subsp. *sativa* และ *cannabis sativa* subsp. *indica*

ซึ่งในกัญชานั้นมีสารต่าง ๆ มากมาย แต่สาร Δ -9-THC และ สาร CBD มักจะเป็นสารหลัก ที่จะนำมาใช้ในการศึกษา เนื่องจากสาร Δ -9-THC เป็นสารที่ก่อให้เกิดความมึนเมา และ สาร CBD สามารถช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากสาร Δ -9-THC ได้ โดยกลไกการออกฤทธิ์ของกัญชาเกิดจากการที่สาร cannabinoids ในกัญชาไปจับกับ CB1 และ CB2 receptor ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายรวมถึงในสมอง จนทำให้เกิดกระบวนการการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ตามมา รวมถึงทำให้เกิดโรคจิตเวช ทั้งนี้ การใช้กัญชาอย่างต่อเนื่องและใช้ในปริมาณมาก เริ่มต้นใช้กัญชาเริ่มตั้งแต่อายุน้อย รวมถึงระดับความรุนแรงในการเสพติดกัญชา และเพศ อาจมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเป็นโรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคไบโพลาร์ และโรคจิตได้ แต่ในทางกลับกันสาร CBD ที่ได้จากกัญชา

และมีการนำมาใช้ในทางการแพทย์ก็มีรายงานว่าอาจสามารถนำมาป้องกันและรักษาโรคจิตเภท และ โรคจิตได้ อย่างไรก็ตามยังมีความจำเป็นต้องศึกษาวิจัยต่อไปถึงความคุ้มค่าและเทียบเคียงประสิทธิผลกับยารักษาที่มีอยู่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ แผนงานนวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และกรมสุขภาพจิต ที่สนับสนุนงบประมาณ และขอบคุณศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) ในการสนับสนุนการดำเนินงาน และขอขอบคุณ Professor Michael Maes สำหรับการตรวจทานบทความ

ความรู้เดิม : แคนนาบิสมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายมานานและยังมีการถกเถียงเกี่ยวกับผลในการทำให้เกิดโรคจิตเวช

ความรู้ใหม่ : สารบางชนิดในแคนนาบิสมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเวช และบางชนิดอาจสามารถนำมาป้องกันและรักษาโรคจิตเวชได้ แต่ยังไม่พบหลักฐานข้อบ่งชี้การใช้ทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคจิตเวช

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : จากแนวโน้มการใช้กัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทยที่เพิ่มขึ้น จึงควรคำนึงถึงการเฝ้าระวังโรคจิตเวชร่วมด้วย และจากข้อมูลบทวนนี้นำไปสู่การศึกษาต่อเนื่องเพื่อแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการใช้แคนนาบิสกับการเกิดโรคจิตเวชและแนวทางการป้องกันและรักษาโรคจิตเวชต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2018. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2018.
- World Health Organization. The health and social effects of nonmedical cannabis use. Geneva: World Health Organization; 2016.
- Manthey J. Cannabis use in Europe: current trends and public health concerns. International Journal of Drug Policy. 2019;68:93-6. doi:10.1016/j.drugpo.2019.03.006.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. สังเคราะห์สถานการณ์สารเสพติด พ.ศ. 2545-2555. กรุงเทพฯ: สำนักงาน; 2555.
- Montoya ID, Weiss SRB. Introduction to cannabis use disorders. In: Montoya I, Weiss S (eds) cannabis use disorders. Springer, Cham. 2019. doi:10.1007/978-3-319-90365-1_1.
- Makary P, Parmar JR, Mims N, Khanfar NM, Freeman RA. Patient counseling guidelines for the use of cannabis for the treatment of chemotherapy-induced nausea/vomiting and chronic pain. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2018;32(4):216-25. doi:10.1080/15360288.2019.1598531.
- Chaillon A, Nakazawa M, Anderson C, Christensen-Quick A, Ellis RJ, Franklin D, et al. Effect of cannabis use on human immunodeficiency virus DNA during suppressive antiretroviral therapy. Clin Infect Dis. 2020;70(1):140-3. doi:10.1093/cid/ciz387.
- Scherma M, Masia P, Deidda M, Fratta W, Tanda G, Fadda P. New perspectives on the use of cannabis in the treatment of psychiatric disorders. Medicines (Basel). 2018;5(4):107. doi:10.3390/medicines5040107.

9. Ksir C, Hart CL. Cannabis and psychosis: a critical overview of the relationship. *Curr Psychiatry Rep.* 2016;18(2):12. doi:10.1007/s11920-015-0657-y.
10. Kraan T, Velthorst E, Koenders L, Zwaart K, Ising HK, van den Berg D, et al. Cannabis use and transition to psychosis in individuals at ultra-high risk: review and meta-analysis. *Psychol Med.* 2016;46(4):673-81. doi:10.1017/S0033291715002329.
11. Gobbi G, Atkin T, Zytynski T, Wang S, Askari S, Boruff J, et al. Association of cannabis use in adolescence and risk of depression, anxiety, and suicidality in young adulthood: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2019;76(4):426-34. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.4500.
12. Van Ours JC, Williams J, Fergusson D, Horwood LJ. Cannabis use and suicidal ideation. *Journal of Health Economics.* 2013;32(3):524-37. doi:10.1016/j.jhealeco.2013.02.002.
13. Hosseini S, Oremus M. The effect of age of initiation of cannabis use on psychosis, depression, and anxiety among youth under 25 years. *Can J Psychiatry.* 2019;64(5):304-12. doi:10.1177/0706743718809339.
14. Ortiz-Medina MB, Perea M, Torales J, Ventriglio A, Vitrani G, Aguilar L, et al. Cannabis consumption and psychosis or schizophrenia development. *Int J Soc Psychiatry.* 2018;64(7):690-704. doi:10.1177/0020764018801690.
15. Soler J, Arias B, Moya J, Ibáñez MI, Ortet G, Fañanás L, et al. The interaction between the ZNF804A gene and cannabis use on the risk of psychosis in a non-clinical sample. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2019;89:174-80. doi:10.1016/j.pnpbp.2018.08.009.
16. Hermann D, Schneider M. Potential protective effects of cannabidiol on neuroanatomical alterations in cannabis users and psychosis: a critical review. *Curr Pharm Des.* 2012;18(32):4897-905. doi:10.2174/138161212802884825.
17. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. สัมภาษณ์สถานการณ์สารเสพติด พ.ศ. 2545-2555. กรุงเทพฯ: จริยสุนิทางค์การพิมพ์; 2556.
18. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European drug report 2017: trends and developments. Luxembourg: The European Union. 2017.
19. Simão M, Hill S, Forte G, Poovendran D, Zwart WD. Cannabis and cannabis resin. Geneva: World Health Organization; 2018.
20. Vallejo NE. Cannabis (Marijuana). *MOJ Addict Med Ther.* 2019;6(2):67-77. doi: 10.15406/mojamt.2019.06.00149.
21. Ashton CH. Pharmacology and effects of cannabis: a brief review. *Br J Psychiatry.* 2001;178:101-6. doi:10.1192/bjp.178.2.101.
22. Lorenzetti V, Solowij N, Yücel M. The role of cannabinoids in neuroanatomic alterations in cannabis users. *Biol Psychiatry.* 2016;79(7):e17-31. doi:10.1016/j.biopsych.2015.11.013.
23. Volkow ND, Gillespie H, Mullani N, Tancredi L, Grant C, Ivanovic M, et al. Cerebellar metabolic activation by delta-9- tetrahydrocannabinol in human brain: a study with positron emission tomography and 18F-2-fluoro-2-deoxyglucose. *Psychiatry Res.* 1991;40(1):69-78. doi:10.1016/0925-4927(91)90030-T.
24. Mathew RJ, Wilson WH, Humphreys DF, Lowe JV, Wiethe KE. Regional cerebral blood flow after marijuana smoking. *J Cereb Blood Flow Metab.* 1992;12(5):750-8. doi:10.1038/jcbfm.1992.106.
25. Block RI, O'Leary DS, Ehrhardt JC, Augustinack JC, Ghoneim MM, Arndt S, et al. Effects of frequent marijuana use on brain tissue volume and composition. *Neuroreport.* 2000;11(3):491-6. doi:10.1097/00001756-200002280-00013.
26. Matochik JA, Eldreth DA, Cadet JL, Bolla KI. Altered brain tissue composition in heavy marijuana users. *Drug Alcohol Depend.* 2005;77(1):23-30. doi:10.1016/j.drugalcdep.2004.06.011.
27. Dragogna F, Mauri MC, Marotta G, Armao FT, Brambilla P, Altamura AC. Brain metabolism in substance-induced psychosis and schizophrenia: a preliminary PET study. *Neuropsychobiology.* 2014;70(4):195-202. doi:10.1159/000366485.
28. Altamura AC, Delvecchio G, Marotta G, Oldani L, Pigoni A, Ciappolino V, et al. Structural and metabolic differentiation between bipolar disorder with psychosis and substance-induced psychosis: an integrated MRI/ PET study. *Eur Psychiatry.* 2017;41:85-94. doi:10.1016/j.eurpsy.2016.09.009.

29. Sideli L, Quigley H, La Cascia C, Murray RM. Cannabis use and the risk for psychosis and affective disorders. *J Dual Diagn.* 2020;16(1):22-42. doi:10.1080/15504263.2019.1674991.
30. Hall W, Hoch E, Lorenzetti V. Cannabis use and mental health: risks and benefits. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2019;269(1):1-3. doi:10.1007/s00406-019-00986-2.
31. Gorelick DA. Psychiatric comorbidity of cannabis use disorder. In: Montoya I, Weiss S (eds) *Cannabis use disorders*. Springer, Cham. 2019. doi:10.1007/978-3-319-90365-1_13.
32. Shrivastava A, Johnston M, Terpstra K, Bureau Y. Cannabis and psychosis: neurobiology. *Indian J Psychiatry.* 2014;56(1):8-16. doi:10.4103/0019-5545.124708.
33. World Health Organization. *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. Geneva: World Health Organization; 2017.
34. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington VA: American Psychiatric Association; 2013.
35. Crippa JA, Zuardi AW, Martín-Santos R, Bhattacharyya S, Atakan Z, McGuire P, et al. Cannabis and anxiety: a critical review of the evidence. *Hum Psychopharmacol.* 2009;24(7):515-23. doi:10.1002/hup.1048.
36. Kedzior KK, Laeber LT. A positive association between anxiety disorders and cannabis use or cannabis use disorders in the general population-a meta-analysis of 31 studies. *BMC Psychiatry.* 2014;14:136. doi:10.1186/1471-244X-14-136.
37. Hellemans KG, Wilcox J, Nino JN, Young M, McQuaid RJ. Cannabis use, anxiety, and perceptions of risk among Canadian undergraduates: the moderating role of gender. *Canadian Journal of Addiction.* 2019;10(3):22-9. doi:10.1097/CXA.000000000000059.
38. Shannon S, Lewis N, Lee H, Hughes S. Cannabidiol in anxiety and sleep: a large case series. *Perm J.* 2019;23:18-041. doi:10.7812/TPP/18-041.
39. Papagianni EP, Stevenson CW. Cannabinoid regulation of fear and anxiety: an update. *Curr Psychiatry Rep.* 2019;21(6):38. doi:10.1007/s11920-019-1026-z.
40. Masataka N. Anxiolytic effects of repeated cannabidiol treatment in teenagers with social anxiety disorders. *Front Psychol.* 2019;10:2466. doi:10.3389/fpsyg.2019.02466.
41. Karila L, Roux P, Rolland B, Benyamina A, Reynaud M, Aubin HJ, et al. Acute and long-term effects of cannabis use: a review. *Curr Pharm Des.* 2014;20(25):4112-8. doi:10.2174/13816128113199990620.
42. Hayatbakhsh MR, Najman JM, Jamrozik K, Mamun AA, Alati R, Bor W. Cannabis and anxiety and depression in young adults: a large prospective study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46(3):408-17. doi:10.1097/chi.0b013e31802dc54d.
43. Hoch E, Bonnetn U, Thomasius R, Ganzer F, Havemann-Reinecke U, Preuss UW. Risks associated with the non-medicinal use of cannabis. *Dtsch Arztebl Int.* 2015;112(16):271-8. doi:10.3238/arztebl.2015.0271.
44. Cheung JTW, Mann RE, Ialomiteanu A, Stoduto G, Chan V, Ala-Leppilampi K, et al. Anxiety and mood disorders and cannabis use. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2010;36(2):118-22. doi:10.3109/00952991003713784.
45. Anglin DM, Corcoran CM, Brown AS, Chen H, Lighty Q, Brook JS, et al. Early cannabis use and schizotypal personality disorder symptoms from adolescence to middle adulthood. *Schizophr Res.* 2012;137(1-3):45-9. doi:10.1016/j.schres.2012.01.019.
46. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. The short-term consequences of early onset cannabis use. *J Abnorm Child Psychol.* 1996;24(4):499-512. doi:10.1007/BF01441571.
47. Copeland J, Rooke S, Swift W. Changes in cannabis use among young people: impact on mental health. *Curr Opin Psychiatry.* 2013;26(4):325-9. doi:10.1097/YCO.0b013e328361eae5.
48. Bergamaschi MM, Queiroz RHC, Chagas MHN, de Oliveira DCG, De Martinis BS, Kapczinski F, et al. Cannabidiol reduces the anxiety induced by simulated public speaking in treatment-naïve social phobia patients. *Neuropsychopharmacology.* 2011;36(6):1219-26. doi:10.1038/npp.2011.6.

49. Schoeler T, Theobald D, Pingault JB, Farrington DP, Coid JW, Bhattacharyya S. Developmental sensitivity to cannabis use patterns and risk for major depressive disorder in mid-life: findings from 40 years of follow-up. *Psychol Med*. 2018;48(13):2169-76. doi:10.1017/S0033291717003658.
50. Chen CY, Wagner FA, Anthony JC. Marijuana use and the risk of major depressive episode. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37(5):199-206. doi:10.1007/s00127-002-0541-z.
51. Gobbi G, Atkin T, Zytynski T, Wang S, Askari S, Boruff J, et al. Association of cannabis use in adolescence and risk of depression, anxiety, and suicidality in young adulthood: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(4):426-34. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.4500.
52. Halladay JE, Munn C, Boyle M, Jack SM, Georgiades K. Temporal changes in the cross-sectional associations between cannabis use, suicidal ideation, and depression in a nationally representative sample of Canadian adults in 2012 compared to 2002. *Can J Psychiatry*. 2020;65(2):115-23. doi:10.1177/0706743719854071.
53. Troup LJ, Andrzejewski JA, Braunwalder JT, Torrence RD. The relationship between cannabis use and measures of anxiety and depression in a sample of college campus cannabis users and non-users post state legalization in Colorado. *PeerJ*. 2016;4:e2782. doi:10.7717/peerj.2782.
54. van Laar M, van Dorsselaer S, Monshouwer K, de Graaf R. Does cannabis use predict the first incidence of mood and anxiety disorders in the adult population?. *Addiction*. 2007;102(8):1251-60. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.01875.x.
55. Mars B, Heron J, Klonsky ED, Moran P, O'Connor RC, Tilling K, et al. Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2019; 6:327-37. doi:10.1016/S2215-0366(19)30030-6.
56. Feingold D, Weiser M, Rehm J, Lev-Ran S. The association between cannabis use and mood disorders: a longitudinal study. *J Affect Disord*. 2015;172:211-8. doi:10.1016/j.jad.2014.10.006.
57. Gibbs M, Winsper C, Marwaha S, Gilbert E, Broome M, Singh SP. Cannabis use and mania symptoms: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2015;171:39-47. doi:10.1016/j.jad.2014.09.016.
58. Myles H, Myles N, Large M. Cannabis use in first episode psychosis: Meta-analysis of prevalence, and the time course of initiation and continued use. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016;50(3):208-19. doi:10.1177/0004867415599846.
59. Smit F, Bolier L, Cuijpers P. Cannabis use and the risk of later schizophrenia: a review. *Addiction*. 2004;99(4):425-30. doi:10.1111/j.1360-0443.2004.00683.x.
60. Marconi A, Di Forti M, Lewis CM, Murray RM, Vassos E. Meta-analysis of the association between the level of cannabis use and risk of psychosis. *Schizophr Bull*. 2016;42(5):1262-9. doi:10.1093/schbul/sbw003.
61. Semple DM, McIntosh AM, Lawrie SM. Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. *J Psychopharmacol*. 2005;19(2):187-94. doi:10.1177/0269881105049040.
62. Rubino T, Zamberletti E, Parolaro D. Adolescent exposure to cannabis as a risk factor for psychiatric disorders. *J Psychopharmacol*. 2012;26(1):177-88. doi:10.1177/0269881111405362.
63. Rubino T, Parolaro D. Long lasting consequences of cannabis exposure in adolescence. *Mol Cell Endocrinol*. 2008;286(1-2 Suppl 1):S108-13. doi:10.1016/j.mce.2008.02.003.
64. Di Forti M, Quattrone D, Freeman TP, Tripoli G, Gayer-Anderson C, Quigley H, et al. The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): a multicentre case-control study. *Lancet Psychiatry*. 2019;6:427-36. doi:10.1016/S2215-0366(19)30048-3.
65. Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*. 2007;370(9584):319-28. doi:10.1016/S0140-6736(07)61162-3.

66. Murray RM, Englund A, Abi-Dargham A, Lewis DA, Di Forti M, Davies C, et al. Cannabis-associated psychosis: neural substrate and clinical impact. *Neuropharmacology*. 2017;124:89-104. doi:10.1016/j.neuropharm.2017.06.018.
67. Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell NR. Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people. *Psychol Med*. 2003;33(1):15-21. doi:10.1017/s0033291702006402.
68. Kalayasiri R, Gelernter J, Farrer L, Weiss R, Brady K, Gueorguieva R, et al. Adolescent cannabis use increases risk for cocaine-induced paranoia. *Drug Alcohol Depend*. 2010;107(2-3):196-201. doi:10.1016/j.drugalcdep.2009.10.006.
69. Harley M, Kelleher I, Clarke M, Lynch F, Arseneault L, Connor D, et al. Cannabis use and childhood trauma interact additively to increase the risk of psychotic symptoms in adolescence. *Psychol Med*. 2010;40(10):1627-34. doi:10.1017/S0033291709991966.
70. Cheng Z, Phokaew C, Chou Y, Lai D, Meyers JL, Agrawal A, et al. A regulatory variant of CHRM3 is associated with cannabis-induced hallucinations in European Americans. *Transl Psychiatry*. 2019;9:309. doi:10.1038/s41398-019-0639-7.
71. Di Forti M, Iyegbe C, Sallis H, Kolliakou A, Falcone MA, Paparelli A, et al. Confirmation that the AKT1 (rs2494732) genotype influences the risk of psychosis in cannabis users. *Biol Psychiatry*. 2012;72(10):811-6. doi:10.1016/j.biopsych.2012.06.020.
72. Colizzi M, Iyegbe C, Powell J, Blasi G, Bertolino A, Murray RM, et al. Interaction between DRD2 and AKT1 genetic variations on risk of psychosis in cannabis users: a case-control study. *NPJ Schizophr*. 2015;1:15025. doi:10.1038/npjschz.2015.25.
73. Caspi A, Moffitt TE, Cannon M, McClay J, Murray R, Harrington H, et al. Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction. *Biol Psychiatry*. 2005;57(10):1117-27. doi:10.1016/j.biopsych.2005.01.026.
74. Bhattacharyya S, Morrison PD, Fusar-Poli P, Martin-Santos R, Borgwardt S, Winton-Brown T, et al. Opposite effects of delta-9-tetrahydrocannabinol and cannabidiol on human brain function and psychopathology. *Neuropsychopharmacology*. 2010;35(3):764-74. doi:10.1038/npp.2009.184.
75. Vaucher J, Keating BJ, Lasserre AM, Gan W, Lyall DM, Ward J, et al. Cannabis use and risk of schizophrenia: a Mendelian randomization study. *Mol Psychiatry*. 2018;23(5):1287-92. doi:10.1038/mp.2016.252.
76. Hall KE, Monte AA, Chang T, Fox J, Brevik C, Vigil DI, et al. Mental health-related emergency department visits associated with cannabis in Colorado. *Acad Emerg Med*. 2018;25(5):526-37. doi:10.1111/acem.13393.
77. Leweke FM, Piomelli D, Pahlisch F, Muhl D, Gerth CW, Hoyer C, et al. Cannabidiol enhances anandamide signaling and alleviates psychotic symptoms of schizophrenia. *Transl Psychiatry*. 2012;2(3):e94. doi:10.1038/tp.2012.15.

ดัชนีชื่อเรื่อง

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 - 4 ประจำปี 2563

	ชื่อเรื่อง	ฉบับที่	หน้า
ก	การดำเนินงานสุขภาพจิตภายใต้วิกฤตโควิด 19 ของประเทศไทย	4	280
	การตรวจคัดกรองโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่และปัจจัยที่สัมพันธ์ ในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	1	16
	การพัฒนากิจกรรมกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรู้คิดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง	2	161
	การพัฒนาชุดกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน	4	327
	การพัฒนาแบบประเมินสภาพช่องปากผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า	4	317
	การพัฒนาแบบวัดความเครียดสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางการมองเห็น	1	43
	การพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามโนทัศน์ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย	1	86
	การพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำ เขตสุขภาพที่ 10	2	173
	การศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน : การศึกษานำร่อง	1	1
	การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น	3	231
	การศึกษาคุณสมบัติการวัดของเครื่องมือ 14 ข้อคำถามในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ	3	199
	การศึกษารายกรณีผู้รับบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ในภาวะวิกฤตและแนวทางให้การปรึกษา	2	99
ค	ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย : การสำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ	2	136
	ความตรงและความเชื่อถือได้ของดัชนีชี้วัดความเครียดผู้ปกครองของเด็กอายุ 1 เดือนถึง 12 ปี	1	56
	เครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุชาวไทย : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ	3	252
	แคนนาบิสกับโรคจิตเวช : ปัจจัยเสี่ยงและประโยชน์ทางการแพทย์	4	360
น	แนวโน้มและปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตคนไทย : การสำรวจระดับชาติ ปี พ.ศ. 2561	2	121
	แนวปฏิบัติ 2.0 : การพัฒนาอย่างเป็นระบบของรายการตรวจสอบเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติให้ครอบคลุมและประสบความสำเร็จ	3	266

ดัชนีชื่อเรื่อง

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 - 4 ประจำปี 2563

	ชื่อเรื่อง	ฉบับที่	หน้า
ป	ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการเสพติดของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย จังหวัดชัยภูมิ	4	304
	ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความจำในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มีความพร่องพุทธิปัญญา	2	111
	ประสิทธิผลและความปลอดภัยในการใช้ยาเมทฟอร์มินเสริมในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางเมตาบอลิกจากการใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่	4	292
ผ	ผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง	3	240
	ผลของการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารร่วมกับการใช้เบี่ยงเบนการของผู้ป่วยจิตเภท	3	211
	ผลของโปรแกรมสนับสนุนศักยภาพครอบครัวต่อความสามารถทางการเรียนรู้ในเด็กนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้	3	187
พ	พลวัตความผูกพันทางอารมณ์กับคู่อริของบุคคลที่เคยมีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก	3	221
ภ	ภาระทางเศรษฐศาสตร์ของโรคติดเชื้อจากระดับโรงพยาบาลสู่ภาพรวมระดับประเทศ	2	150
ร	ระยะเวลาการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีอาการทางจิตเวชในประเทศไทยจากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตแห่งชาติ	1	72
	รูปแบบการพยากรณ์สถานการณ์ของผู้ป่วยจิตเวชของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	4	337
ส	สุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา	4	348
อ	อาการถอนกระท่อมที่ทำให้ทุกข์ทรมานของผู้เสพติดกระท่อมในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา	1	30

Title index

Journal of Mental Health of Thailand 2020: 28 (1 - 4)

	Title	No.	Page
A	A case study of determinants of using Mental Health Helpline 1323 in crisis and effective practice of the counselor	2	99
	A study of association between family relationship and adolescent depression	3	231
C	Cannabis and psychiatric disorders: risk factors and medical use	4	360
D	Dementia screening tests in Thai older adults: a systematic review	3	252
	Developing of group cognitive rehabilitation activities for people with chronic schizophrenia	2	161
	Development of forms for assessing the oral conditions of patients before undergoing electroconvulsive therapy	4	317
	Duration of untreated period of psychiatric conditions in Thailand: results from the Thai National Mental Health Survey	1	72
	Dynamic formulation of romantic attachment in people with adverse childhood experiences	3	221
E	Economic burden of alcohol dependence at a hospital and national level	2	150
	Effect of mindfulness-based therapy and counseling group on suicidal risk of prisoners	3	240
	Efficacy and safety of metformin as adjunctive treatment of metabolic syndrome caused by second generation antipsychotic (SGAs) in schizophrenia patients	4	292
F	Feasibility study of clinical practice guideline for adolescents with depression in community at district level: A pilot study	1	1
G	Guidelines 2.0: systematic development of a comprehensive checklist for a successful guideline enterprise	3	266
M	Mental health and burnout among physicians in general hospital and community hospital in Nakhon Ratchasima province	4	348
	Mental health and the COVID-19 crisis in Thailand	4	280
P	Prevalence of depression and suicidal risks in Thai adolescents: a survey in schools from 13 Public Health Region	2	136

Title index

Journal of Mental Health of Thailand 2020: 28 (1 - 4)

	Title	No.	Page
T	The development of a computerized version of the Thai stress test for visual handicap	1	43
	The development of mental health service system for schizophrenia inmates in Public Health Region 10	2	173
	The development of problem-solving therapy program for psychiatric patients with suicidal ideations and behaviors (PST-PPS)	1	86
	The development of resilience activity set for elderly people by using family and community as a basis	4	327
	The distressing withdrawal symptoms of Kratom dependent patients in the psychiatric clinic of Takuapa hospital, Phang-nga province, Thailand	1	30
	The effectiveness of life skills enhancement program with participatory learning to prevent substance abuse among senior primary school students in Chaiyaphum province	4	304
	The effectiveness of memory training program on cognitive function of geriatric patients with schizophrenia	2	111
	The effects of family potential support program on the learning ability of students with learning disabilities	3	187
	The effects of social and communication skills training with the token economy in schizophrenic patients	3	211
	The model of situations of the psychiatric patients at the Galya Rajanagarindra Institute	4	337
	The screening of adult attention deficit hyperactivity disorder and related factors in the first-year students at Prince of Songkla University	1	16
	Trend and associated factors of mental health in Thailand: a national survey 2018	2	121
V	Validation of a 14-item self-reporting questionnaire for the screening of dementia in the elderly	3	199
	Validity and reliability of the Parenting Stress Index of children aged 1 month to 12 years	1	56

ดัชนีชื่อผู้พิมพ์ (Author index)

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 - 4 ประจำปี 2563

(Journal of Mental Health of Thailand 2020: 28 (1 - 4))

	ชื่อ-สกุล	ฉบับที่	หน้า		Title	No.	Page
ก	กนกพร วิทยุพรพาณิชย์	3	199	A	Akkaradech Klinpiboon	1	86
	กนกวรรณ ไชยสุรยกานต์	1	43		Ammaret Netasit	4	327
	กัมพล ใหม่จันทร์ดี	3	221		Amornrut Bangphichet	1	30
	กิตติยา กุดกง	3	240		Araya Pontanya	3	221
	เกียรติกำจร กุศล	3	187		Artchara Mungpanich	3	240
จ	จตุรพร แสงกุล	1	16	B	Asmah Sengsa	2	99
	จารุนันท์ คำชมภู	1	86		Athip Tanaree	2	121
	จิตรัตน์ พิมพ์ดีด	3	211		Benjamas Prutara	4	337
	จุฑามาศ โชติบาง	3	266		Bungorn Supreda	2	121
	จุลจิรา จันทะมุงคุณ	4	304		Chadaporn Kamfou	1	56
ข	ชฎาพร คำฟู	1	56	C	Chaisiri Angkurawaranon	3	199
	ชัยสิริ อังกระวรรณท์	3	199		Channawat Leebuntoondej	2	161
	ชิตชนก เรือนก้อน	2	150		Chidarat Pimdeed	3	211
	โชษิตา ภาวสุทธีไพศิฐ	1	1		Chidchanok Ruengorn	2	150
	โชษิตา ภาวสุทธีไพศิฐ	2	136		Chosita Pavasuthipaisi	2	136
ณ	ณาวินวัฒน์ สืบพันธุ์เดช	2	161	D	Chosita Pavasutthipaisit	1	1
ณ	ณัฐราภรณ์ เป้าเรือง	3	211		Dutsadee Juengsiragulwit	2	121
	ณัฐิกา ราชนบุตร	4	304		Jarunan Kamchompoo	1	86
	ณัฐินี ณ เชียงใหม่	3	252		Jaturaporn Sangkool	1	16
ด	ดุขฎี จิงศิริกุลวิทย์	2	121		Jungera Janthamungkun	4	304
ต	เต็มหทัย นาคเทวีญ	1	16	K	Jutamas Chotibang	3	266
ธ	ธนาภรณ์ กองพล	2	99		Kampon Maichandee	3	221
	ธัญญาภรณ์ คำแก้ว	2	99		Kanokporn Pinyopornpanish	3	199
	ธันยพร สุขประเสริฐ	2	111		Kanokwan Chaiyasurayakan	1	43
	จิตรัตน์ เอกศิรินิมิตร	3	187		Kiatkamjorn Kusol	3	187
	จิตรัตน์ เหล่าคมพุดผาจารย์	4	304		Kitiya Kudkung	3	240
	ธีรศักดิ์ สาดรา	1	43		Malee Nanchaing	2	111
	ธีราภา ธานี	2	173		Manida Singhussatith	2	173
					Monthira Phothisuwan	3	187

ดัชนีชื่อผู้นิพนธ์ (Author index)

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 - 4 ประจำปี 2563

(Journal of Mental Health of Thailand 2020: 28 (1 - 4))

	ชื่อ-สกุล	ฉบับที่	หน้า		Title	No.	Page
น	นครินทร์ ชุนงาม	4	348	N	Nakarin Choon-ngarm	4	348
	นงลักษณ์ เฉลิมสุข	3	266		Nareerat Thongyindee	4	317
	นพดล วาณิชฤดี	1	72		Natika Rachabootr	4	304
	นพพร ตันติรังสี	1	72		Natinee Na Chiangmai	3	252
	นารีรัตน์ ทองยินดี	4	317		Nonglak Chaloumsuk	3	266
บ	บังอร สุปรिता	2	121		Noppadol Vanichrudee	1	72
	เบญจมาศ พงศาธารา	4	337		Nopporn Tantirangsi	1	72
ป	ปทานนท์ ขวัญสนิท	1	72		Nuttaporn Baouraeng	3	211
	ปิยะนุช ชูโต	3	266		Orapin Yodklang	1	86
พ	พงศ์ลดา ชื่นชูจิตร	4	292		Orasa Chawang	2	111
	พัชนี พิมพ์บุตร	2	173		Passakorn Koomsiri	2	99
	พัชรีย์ หมั่นชัย	1	56		Patanon Kwansanit	1	72
	พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์	1	72		Patcharee Moanchai	1	56
	พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์	2	121		Patraporn Tungpunkom	3	266
	พีร วงศ์อุปราช	3	252		Pattarawat Sukyirun	2	161
ภ	ภัทรวรรณ สุขยิธัญญ์	2	161		Peera Wongupparaj	3	252
	ภัทราภรณ์ พุ่งปันคำ	3	266		Phunnapa Kittirattanapaiboon	1	72
	ภาสกร คุ่มศิริ	2	99		Phunnapa Kittirattanapaiboon	2	121
ม	มลทิรา โพธิ์สุวรรณ	3	187		Piyanut Xuto	3	266
	มานิดา สิงห์ขจิต	2	173		Ponglada Chuenchoojit	4	292
	มาลี หนานเจียง	2	111		Pushanee Pimpaboot	2	173
ย	ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์	4	280	R	Rasmon Kalayasiri	4	360
ร	รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล	2	136		Ratana Saipanish	1	56
	รัตนา สายพานิชย์	1	56		Rattanasak Santitadukul	2	136
	รัศมน กัลยาศิริ	4	360		Ruetairat Sangna	3	199
ฤ	ฤทัยรัตน์ แสงนา	3	199	S	Sakol Srisuklorm	4	360
ว	วณิชา พึ่งชมภู	3	266		Sakon Bupahouse	1	86
	วันชัย เลิศวัฒนวิลาส	3	266		Sasiya Jankaew	2	99
	วัลลดา พุ่มไพศาลชัย	2	150				

ดัชนีชื่อผู้พิมพ์ (Author index)
วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 - 4 ประจำปี 2563
(Journal of Mental Health of Thailand 2020: 28 (1 - 4))

	ชื่อ-สกุล	ฉบับที่	หน้า		Title	No.	Page
ว	วิชุดา จิรพรเจริญ	3	199	S	Setthawit Chanowan	4	327
	วิภาดา คณະไชย	1	86		Siriwan Taweewattanaprecha	1	56
	วิภาพร สิทธิจันทร์	4	337		Somsri Kittipongpisal	2	161
	วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน	2	136		Soontaree Srikosai	1	56
	วิริย์อร จุมพระบุตร	1	1		Sucheera Phattharayuttawat	1	43
ศ	ศศิญา จันทร์แก้ว	2	99		Sunlamai Takumjai	3	211
	ศิริวรรณ ทวีวัฒนปรีชา	1	56		Supattra Sukhawaha	2	173
	ศุทธา เอื้ออภิสิทธิ์วงศ์	3	231		Suthra Auapisithwong	3	231
	เศรษฐวิญญ์ ชโนวรรณ	4	327		Suttha Supanya	1	72
ส	สกล ศรีสุขล้อม	4	360	T	Suwannee Toomtong	4	317
	สมศรี กิตติพงษ์พิศาล	2	161		Tanyaporn Kamkaew	2	99
	สาคร บุปผาเฮ้า	1	86		Teerapa Thanee	2	173
	สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ	1	43		Teerasakdi Satra	1	43
	สุทธา สุปัญญา	1	72		Temhathai Nakthewan	1	16
	สุนทรี ศรีโกไสย	1	56		Thanapond Kongpon	2	99
	สุนละมัย ทาคำใจ	3	211		Thanyaporn sukprasert	2	111
	สุพัตรา สุขาวห	2	173		Thidarat Eksirinit	3	187
	สุวรรณี ตุ่มทอง	4	317		Thitirat Laokhompruttajan	4	304
อ	อธิป ตันอารีย์	2	121	V	Vipada Kaanachai	1	86
	อมรรัตน์ บางพิเชษฐ์	1	30		Wanchai Lertwatthanawilat	3	266
	อรพิน ยอดกลาง	1	86		Wanicha Pungchompoo	3	266
	อรชา ฉวาง	2	111	W	Wanlada Pumpaisalchai	2	150
	อัครเดช กลิ่นพิบูลย์	1	86		Wichuda Jiraporncharoen	3	199
	อัจฉรา มุ่งพานิช	3	240		Wimonwan Panyawong	2	136
	อัมเรศ เนตาสีทิ	4	327		Wiphaporn Sittijan	4	337
	อัสมะห์ เซ็งสะ	2	99		Wireon Joomprabutra	1	1
	อารยา ผลธัญญา	3	221	Y	Yongyud Wongpiromsarn	4	280



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์โดยรับบทความเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ บทความที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ **ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ผู้นิพนธ์จะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์อย่างเคร่งครัด** ผู้นิพนธ์ต้องแน่ใจว่าได้ตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้ว ไม่มีการลอกเลียนงานวิชาการ (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 จากนั้นสมัครสมาชิก และ submission ทาง <https://www.tci-thaijo.org/index.php/jmht> โดยมีรายละเอียดการเตรียมต้นฉบับ ดังนี้

1. หนังสือรับรองการนำส่งหรือใบนำส่ง (ตัวอย่างท้ายเล่ม) ให้ระบุชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ ด้วยข้อมูลการศึกษาสูงสุด หน่วยงาน ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ พร้อมทั้งที่อยู่และ e-mail address ของผู้นิพนธ์ทุกคนและระบุตัวแทนผู้นิพนธ์ที่

ทั้งนี้การพิจารณาถ้อยแถลงของบทความของผู้ทรงคุณวุฒิจะทบทวนบทความโดยไม่ทราบชื่อผู้พิมพ์ (blindly review)

2. การใช้ภาษา ให้ใช้ 2 ภาษา คือ ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ โดยบทความต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ถ้าต้นฉบับเป็นภาษาไทยควรใช้ศัพท์ภาษาไทยให้มากที่สุด โดยใช้พจนานุกรมศัพท์วิทยาศาสตร์ฉบับราชบัณฑิตยสถาน เป็นบรรทัดฐาน สำหรับคำศัพท์แพทย์ภาษาอังกฤษที่ไม่มีคำแปลในพจนานุกรมฯ และในหนังสือศัพท์จิตเวช อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้ คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในภาษาไทยให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด **ยกเว้นชื่อเฉพาะ** ให้ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วยคำศัพท์ภาษาอังกฤษ หลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นกิริยา การเขียนคำร้อยละให้ใช้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง ค่าสถิติอื่นและค่า p-value ให้ใช้ทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น $p < .01$, $p = .10$

3. บทคัดย่อ แยกภาษาไทยและภาษาอังกฤษโดยมีเนื้อหาที่เหมือนกัน ใส่ชื่อเรื่องตามด้วยบทคัดย่อแต่ไม่ต้องระบุชื่อผู้พิมพ์ ขอให้ผู้พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้องและไวยากรณ์ภาษาอังกฤษก่อนส่งต้นฉบับ เขียนตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วิธีการ ผล วิจัย 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 พิมพ์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรม Word Processor for Window ตัวอักษร TH SarabunPSK

หรือ Angsana UPC ขนาด 16 และให้พิมพ์ข้อความ 1 สดมภ์ (1 column) ต่อ 1 หน้า ระยะห่างจากขอบกระดาษทุกด้าน ไม่น้อยกว่า 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 เครื่องมือการเก็บข้อมูล การวัดวิเคราะห์ ระเบียบการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย 3) **ผล** แสดงผลการศึกษาค้นคว้าที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เท่านั้น 4) **วิจารณ์** ควรเขียนอภิปรายว่าผลการวิจัยเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด แสดงให้เห็นว่าผลที่ได้ในครั้งนี้เหมือนหรือแตกต่างจากการศึกษาอื่นอย่างไร และต้องมีการอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการศึกษของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย รวมทั้งระบุข้อจำกัดของการวิจัย 5) **สรุป** ควรสรุปประเด็นค้นพบจากการวิจัยที่สำคัญ และข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์ 6) **กิตติกรรมประกาศ** (ถ้ามี) 7) **การตอบคำถามสั้นๆ 3 ข้อ** ได้แก่ ความรู้เดิมเกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา ความรู้ใหม่ที่ได้จากการศึกษา และประโยชน์ที่จะนำไปใช้

6. การเตรียมตาราง และรูปภาพตาราง ประกอบด้วยชื่อตาราง สดมภ์มีหน่วยนับ มีเส้นตารางเฉพาะแนวนอน และให้เรียงต่อจากคำอธิบาย จำนวนรวมทั้งตารางและรูปภาพ 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 โดยใช้นามสกุลขึ้นต้น

และตามด้วยอักษรชื่อต้นภาษาอังกฤษ 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 ให้เขียนเหมือนวารสารภาษาอังกฤษเช่นเดียวกันกับข้อ 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 กรณีที่มีผู้พิมพ์ร่วมมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. โดยใช้นามสกุลขึ้นต้นและตามด้วยอักษรชื่อต้นภาษาอังกฤษ (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 กรณีที่ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

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 suppl 1:52-7.

1.4.2 ฉบับเสริมของเล่ม

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

1.5 กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นคอลัมน์เฉพาะ อาจแสดงชนิดของเอกสารได้ตามความจำเป็นภายใน เครื่องหมาย []

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;76:482-8. 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. 1990;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 ความเป็นธรรมและความเป็นไทด้านเพศและการเจริญพันธุ์: ความท้าทายที่ไม่สิ้นสุด; 30 มิ.ย. 2560; กรุงเทพฯ.

3. รายงานทางวิชาการ

3.1 รายงานวิจัย

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

3.2 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

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

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

4. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

4.1 เอกสารเฉพาะเรื่องบนอินเทอร์เน็ต

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

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

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

4.2 โคมเพจ/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 [Bringing quality medicine (China) to help patients with chronic kidney failure]. 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



โครงการแลกเปลี่ยนการพิมพ์สารบัญระหว่างวารสารสุขภาพจิตฯ และวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ



วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 65 ฉบับที่ 3

กรกฎาคม - กันยายน 2563

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง 205

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกของความเครียดจากการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแพทย์ประจำบ้าน
โรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่ง 207

คณิน จินตนาปราโมทย์, พรชัย สิทธิศรีธัญกุล, เดชา ลลิตอนันต์พงศ์

แบบประเมินมุมมองของแพทย์ต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ฉบับนักศึกษาแพทย์
Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale (Medical student version) MICA-2 ฉบับภาษาไทย 219

จินิส สีห์รา, นิชาดา นิยมมาวิชัย, ศรัณย์ วานิชพงษ์พันธุ์, วรภัทร รัตอาภา

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการดูแลเด็กของมารดากับความภาคภูมิใจ
แห่งตนของเด็กและวัยรุ่นที่มีความบกพร่องในการเรียนรู้ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ 233

ศิริวรรณ ปิยะวัฒนเมธา, กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม, นิรมล พจน์สุนทร, นวนันท์ ปิยะวัฒนกุล

ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันกับพ่อแม่ เพื่อนและครูกับการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล
มีเดีย 245

อัญมณี หล้าหนัก, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์

ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูและพฤติกรรมการรังแกกัน
ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ณ โรงเรียนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร 263

สุวรรณยา เสาวภาพ, สุวรรณีย์ พุทธิศรี

การศึกษานำร่อง: ประสิทธิภาพของการใช้ Mu Soft bite ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า
เมธิณี พิศาลายน, วรณิภา สิทธิธรรมวิไล, ชวิกา พิสิฐศักดิ์, 279

ปัญญาภรณ์ วาสิประโคน, พิชัย อภิรัฐกุล, อัมพร ปิติธรรมภรณ์

ภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสงขลา 289

ปิยนัฐ สุวรรณโณ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายซ้ำของผู้สูงอายุไทย 301

ศกรินทร์ แก้วเข้า, ไพรวลัย รมชัย, พิมพ์นิดา กุลสุนทราลัย, อำไพ โพธิ์คำ, สุนิศา เจือหนองแขง

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ (ปรับปรุงใหม่)

สารบัญวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

สำหรับผู้สนใจส่งบทความ
สามารถดูรายละเอียดได้ตามคิวอาร์โค้ดนี้



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

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