



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสาร

สุขภาพจิต

1 แห่งประเทศไทย

ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2564

Volume 29 Number 1 January – March 2021

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

- ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ คลินิกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
*อิสริย์ ศิริวรรณกุลธร, วิชุดา จิรพรเจริญ, กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์, ชัยสิริ อังกระวรรณท์,
อัศวิน โรจนสุมาพงศ์, ชลอวัฒน์ อินปา, นพคุณ นันทศุภวัฒน์*
- ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19
ของประชาชนเขตคลินิกหมอบรรณบุรีบ้านทุ่งเสี้ยว อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่
ธนาสิทธิ์ วิจิตราพันธ์
- ผลของโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา
ของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
สุบิน สมน้อย, วิภาดา คมะไชย, อัครา ฤๅชา, สาคร บุพผาเฮ้า, รัชชะฎา ธารจันทร์
- ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องและผู้ดูแลในโรงพยาบาลสงขลา
สังวาลย์ พงษ์ศรี, กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์
- ความชุกของภาวะความเครียดของประชาชน (solastalgia) ต่อสภาวะหมอกควันของชุมชนตำบลพระบาท
อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง
สุพิมล ขอมผล, ปิยธรรม เร่งเร็ว, ภิญญาดา สิริยาวาณิช, สุวรรณ วงศ์สุวรรณ
- Mindset and its impact on academic performance and school-related happiness
among upper primary school students
ภัทธีรา เศรษฐบุตร, ชาศรียา ซีเรนตร, เขมิกา เขมะกนก สุตนาวา
- การพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง
กัลยาณี โนนินทร์, อารี ชิวเกษมสุข, สุภมาส อังศุโชติ
- พื้นอารมณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กปฐมวัย
พนิดา ศิริอำพันกุล, จุไรรัตน์ กีบาง

Journal of
Mental Health of Thailand

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



กรมสุขภาพจิต

Department of Mental Health

คณะที่ปรึกษา

อธิบดีกรมสุขภาพจิต	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
นพ.ม.ล.สมชาย จักรพันธ์	นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์
ผู้อำนวยการสำนักวิชาการสุขภาพจิต	

บรรณาธิการกิตติมศักดิ์

ศ.เกียรติคุณ นพ.พิเชษฐ อุดมรัตน์	กรรมการสมาคมจิตแพทย์โลกตัวแทนภาคพื้นเอเชียใต้
----------------------------------	---

บรรณาธิการ

พญ.พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์	สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนครินทร์
-------------------------------	--------------------------------

รองบรรณาธิการ

ดร.นพ.นพพร ตันติรังสี	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12
ดร.นพ.อธิป ตันอารีย์	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
นพ.สุทธา สุปัญญา	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
ดร.นพ.วรงค์ โชติพิทยสุนนท์	สำนักวิชาการสุขภาพจิต
พญ.กุสุมาวดี คำเกลี้ยง	สำนักวิชาการสุขภาพจิต

กองบรรณาธิการ

ศ.พญ.ดร.สาวิตรี อัจฉนากรกรชัย	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.พญ.พรจิรา ปรีวีชรากุล	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.พญ.ศิริจิต สุทธิจิตต์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.นพ.ดร.ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.ดร.ณิ ภูขาว	มหาวิทยาลัยมหิดล
พญ.เบญจพร ปัญญา	ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต
พญ.ดุขฎิ จิงศิริกุลวิทย์	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ราชชนครินทร์
ดร.นพ.พิทักษ์พล บุญยมลิก	กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ดร.สุดา วงศ์สวัสดิ์	ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต
ดร.हरรรษา เศรษฐบุปผา	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บรรณาธิการต่างประเทศ

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

บรรณาธิการบริหาร (สำนักวิชาการสุขภาพจิต)

ดร.โสฬรรณ อินทสิทธิ์	นายภพร วุฒิหาร
----------------------	----------------

กองบรรณาธิการฝ่ายจัดการ (สำนักวิชาการสุขภาพจิต)

นางสาวสิริกุล จุลศิริ	นางจิตติญา จันทพร
นางฉานิตา คำเขียว	นายจัญจนันท์ พรหมสีดา
นายธัญพิสิษฐ์ บุญพัฒนาภรณ์	

ISSN 0859-497X

E-ISSN 2697-567X

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต เพื่อเป็นช่องทางสำหรับเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ และเป็นสื่อกลางเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพจิต

กำหนดออก:

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

ดาวน์โหลดและส่งบทความ:

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

การติดต่อ:

กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย
สำนักวิชาการสุขภาพจิต ชั้น 3 อาคาร 2 กรมสุขภาพจิต
88/20 ถนนติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมืองนนทบุรี
จ.นนทบุรี 11000
โทร. 0-2590-8254, 8183 โทรสาร 0-2149-5539
e-mail: jmht.dmh@gmail.com

บทความที่จะตีพิมพ์ให้ปฏิบัติตาม “คำแนะนำผู้พิมพ์” ของวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

หมายเหตุ:

ผู้อ่านสามารถนำข้อความ ข้อมูลจากวารสารไปใช้ไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการได้ เช่น เพื่อการสอน เพื่อการอ้างอิง แต่การนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่น เช่น เพื่อการค้า จะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากกรมสุขภาพจิตก่อน

ความคิดเห็น ข้อมูล และบทสรุปต่างๆ ที่ลงตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย เป็นของผู้เขียนบทความ และไม่ได้แสดงว่ากองบรรณาธิการหรือกรมสุขภาพจิตเห็นพ้องด้วย



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. WPA Board for Zonal Representative 16
(Southern Asia)

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 Kamkliang, M.D. Bureau of Mental Health Academic Affairs

Editorial Board

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

Managing Staffs (Bureau of Mental Health Academic Affairs)

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

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.



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2564

สารบัญ	หน้า
บรรณาธิการแถลง	A
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ คลินิกผู้ป่วยนอก เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ อิสริย์ ศิริวรรณกุลธร, วิชุดา จิรพรเจริญ, กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์, ชัยสิริ อังกุลระวานนท์, อัครวิน โจรจนสุมาพงศ์, ชลอวัฒน์ อินปา, นพคุณ นันทศุภวัฒน์	1
ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์ แพร่ระบาดโรคโควิด-19 ของประชาชนเขตคลินิกหมอครอบครัวบ้านทุ่งเสี้ยว อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ธนาสิทธิ์ วิจิตราพันธ์	12
ผลของโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการ เผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ สุบิน สมิน้อย, วิภาดา คมะไชย, อชรา ฤๅชา, สาคร บุบผาเฮ้า, รัชชะฎา ธารจันทร์	22
ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง และผู้ดูแลในโรงพยาบาลสงขลา สังวาลย์ พงษ์ศรี, กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์	34
ความชุกของภาวะความเครียดของประชาชน (solastalgia) ต่อสภาวะหมอกควัน ของชุมชนตำบลพระบาท อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง สุพิมล ขอผล, ปิยธรณ์ เร่งเร็ว, ภิชญาดา สิริยาวาณิช, สุวรรณ วงศ์สุวรรณ	45
Mindset and its impact on academic performance and school-related happiness among upper primary school students ภัทธีรา เศรษฐบุตฺร, ชาศรียา ธีรเนตร, เขมิกา เขมะกนก สุนทาวา	56
การพัฒนาารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน แห่งหนึ่ง กัลยาณี โนนินทร์, อารี ชิวเกษมสุข, สุภมาส อังศุโชติ	69
พื่นอารมณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กปฐมวัย พนิดา ศิริอำพันธ์กุล, จุไรรัตน์ กีบาง	80

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

I

สารบัญวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย



กรมสุขภาพจิต

Department of Mental Health

Journal of Mental Health of Thailand

Volume 29 Number 1 January – March 2021

	Page
CONTENTS PREFACE	
EDITORIAL ORIGINAL	A
ORIGINAL ARTICLES	
Prevalence and factors associated with depression in elderly patients in family medicine outpatient clinic, Chiang Mai University Isaree Siriwankulthon, Wichuda Jiraporncharoen, Kanokporn Pinyopornpanish, Chaisiri Angkurawaranon, Auswin Rojanasumapong, Chalawat Inpa, Nopakoon Nantsupawat	1
Prevalence and factors associated with stress and depression in COVID-19 pandemic among residents of Tung Seaw primacy care clinic, Sanpathong District, Chiang Mai Province Tanasit Wijitraphan	12
The effect of empowerment group program on coping ability of patients at risk of suicide, outpatient department, Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital Subin Sminoy, Vipada Kanachai, Achara Luecha, Sakorn Buphahou, Ratchada Tarachun	22
Prevalence and factors associated with depression among peritoneal dialysis patients and their caregivers at Songkhla Hospital Sangwan Pongsorn, Krit Pongpirul	34
Prevalence of stress caused by bushfires smog (solastalgia) of people in Prabat, Lampang, Thailand Supimon Khorphon, Piyathorn Rengrew, Pitchayada Siriyawanich, Suwan Wongsuwan	45
Mindset and its impact on academic performance and school-related happiness among upper primary school students Pattheera Settabut, Chakriya Threeranate, Khemika Khemakanok Sudhawa	56
The development of a reducing burnout model for professional nurses in a community hospital Kanlayanee No-in, Aree Cheevakasemsook, Supamas Angsuchoti	69
Temperament and related factors in early childhood Panida Sirumpunkul, Jurairat Keebang	80
INSTRUCTION TO AUTHORS	I
CONTENTS PREFACE IN JOURNAL OF THE PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF THAILAND	



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

บรรณาธิการแถลง

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยเล่มนี้ เป็นฉบับแรกของปี 2564 ประจำเดือนมกราคม - มีนาคม ซึ่งเป็นการทำงานต่อเนื่องจนถึงปีที่ 29 ของวารสาร แม้ว่าเราจะเพิ่มการตีพิมพ์เป็นสี่เล่มต่อปี และเพิ่มจำนวนบทความเป็นอย่างน้อย 7 - 8 เรื่องต่อเล่ม แต่ยังคงมีบทความวิชาการที่อยู่ระหว่างการพิจารณาและปรับแก้ไขอีกเป็นจำนวนมาก จึงอาจมีผลให้ผู้ส่งบทความใหม่เข้ามาอาจต้องรออย่างน้อย 4 - 6 เดือน กว่าผลงานจะได้รับการตีพิมพ์ ที่สำคัญวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ยังคงเน้นเนื้อหาสาระทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์อย่างเข้มข้น

วารสารฉบับนี้เป็นนิพนธ์ต้นฉบับทั้ง 8 เรื่อง โดยมีเรื่องที่เป็นความรู้ใหม่ทันสมัยต่อเหตุการณ์ที่น่าสนใจ ดังเช่นสถานการณ์โควิด-19 ในบทความเรื่อง *ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของประชาชนเขตคลินิกหมอบรรณศิริบ้านทุ่งเสี้ยว อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่* โดย ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์ และภาวะมลพิษจากฝุ่นควันที่กำลังเป็นปัญหาหนักโดยเฉพาะภาคเหนือของประเทศไทยในช่วงนี้ของทุกปีด้วยเรื่อง *ความชุกของภาวะความเครียดของประชาชน (solastalgia) ต่อสภาวะหมอกควัน ของชุมชนตำบลพระบาท อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง* โดย สุพิมล ขอมผล และคณะ

นอกจากนี้ ยังมีนิพนธ์ต้นฉบับที่น่าสนใจในกลุ่มวัยเด็ก ในเรื่อง *Mindset and its impact on academic performance and school-related happiness among upper primary school students* โดย ภัทธีรา เศรษฐบุตร และคณะ ซึ่งเป็นนิพนธ์ต้นฉบับภาษาอังกฤษ และเรื่อง *พื้นที่อารมณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กปฐมวัย* โดย พนิดา ศิริอำพันธ์กุล และ จุไรรัตน์ กีบาง บทความในกลุ่มวัยสูงอายุในเรื่อง *ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ คลินิกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่* โดย อิศริย์ ศิริวรรณกุลธร และคณะ

บทความวิชาการด้านสุขภาพจิตในกลุ่มเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องล้างไตทางช่องท้องในเรื่อง *ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องและผู้ดูแลในโรงพยาบาลสงขลา* โดย สังวาลย์ พงษ์ศรี และ กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ และในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายเรื่อง *ผลของโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์* โดย สุบิน สมิน้อย และคณะ สุดท้ายเป็นบทความสำหรับการดูแลสุขภาพจิตของบุคลากรสุขภาพเองในเรื่อง *การพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง* โดย กัลยาณี โนนินทร์ และคณะ

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

พินิจนภา กิตติรัตนไพบูลย์
บรรณาธิการ

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ คลินิกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

วันรับ : 19 กรกฎาคม 2563

วันแก้ไข : 22 กุมภาพันธ์ 2564

วันที่ตอบรับ : 23 กุมภาพันธ์ 2564

อิสริย์ ศิริวรรณกุลธร, พ.บ., วิชุดา จิรพรเจริญ, พ.บ.,

กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์, พ.บ., ชัยสิริ อังกูระวารานนท์, ปร.ด.,

อัศวิน โจนสุมาพงศ์, พ.บ., ชลอวัฒน์ อินปา, พ.บ.,

นพคุณ นันทศุภวัฒน์, พ.บ.

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า รวมถึงความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในผู้สูงอายุคลินิกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว

วิธีการ : ศึกษาแบบภาคตัดขวางในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่คลินิกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ถึงมกราคม พ.ศ. 2561 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ (Thai Version of Geriatric Depression Scale-15; TGDS - 15) และแบบสอบถามความพึงพอใจแรงสนับสนุนจากครอบครัว (The Family APGAR Questionnaire) วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square test และ logistic regression

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 196 ราย อายุเฉลี่ย 66.1 ± 5.4 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.7 พบความชุกภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวระดับปานกลางถึงต่ำ ต้องมีผู้ดูแลในชีวิตประจำวัน การรับรู้ความเพียงพอของรายได้ รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา การไม่ได้ออกกำลังกาย และเพศหญิง โดยการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวระดับปานกลางถึงต่ำ เพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้า 17.5 เท่า กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว 5 ด้าน ต่ำกว่ากลุ่มไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$)

สรุป : ความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในการศึกษานี้สูงเล็กน้อย โดยการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า การเพิ่มแรงสนับสนุนจากครอบครัวและคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในผู้สูงอายุอาจช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ : การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ความชุก เชียงใหม่ ผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้า

ติดต่อผู้นิพนธ์ : นพคุณ นันทศุภวัฒน์; e-mail: nopakoon.n@cmu.ac.th

Original article

Prevalence and factors associated with depression in elderly patients in family medicine outpatient clinic, Chiang Mai University

Received : 19 July 2020

Revised : 20 February 2021

Accepted : 22 February 2021

Isaree Siriwankulthon, M.D., Wichuda Jiraporncharoen, M.D.,

Kanokporn Pinyopornpanish, M.D., Chaisiri Angkurawaranon, Ph.D.,

Auswin Rojanasumapong, M.D., Chalawat Inpa, M.D.,

Nopakoon Nantsupawat, M.D.

Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

Abstract

Objective: To find the prevalence, associated factors, and family function of depression among the elderly in family medicine outpatient clinic

Methods: This was a descriptive, cross-sectional study conducted at family medicine outpatient clinic at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital (Chiang Mai University Hospital) between November 2017 and January 2018. The elderly aged more than 60 who visited the clinic were enrolled and assessed by the Thai Geriatric Depression Scale (TGDS - 15) and Thai version of the Family APGAR Questionnaire to evaluate depressive symptoms and family function respectively. The data was analyzed using descriptive statistic, chi-square statistics and logistic regression

Results: Of 196 participants, the means age was 66.1 ± 5.4 years with 61.7% female. The prevalence of depression was 13.3%. Factors associated with depression in the participants were poor to moderate family functioning, need for caregiver, inadequate income, low income, the absence of exercise, lower education and being female. The participants with moderate to poor family functioning have 17.5 times more depressive symptoms compared to those with good family functioning. The depressive participants were significantly lower family functioning in all five areas than non-depressive participants.

Conclusion: The prevalence of depression in the elderly in this study was slightly high. Family functioning is one of the important factors associated with depression. Enhancing family support and increasing self-care will promote efficiency of care for elderly with depression.

Keywords: Chiang Mai, depression, elderly, family function, prevalence

Corresponding author: Nopakoon Nantsupawat; e-mail: nopakoon.n@cmu.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากข้อมูลในปี 2558 พบว่าประชากรไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 11 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16 และคาดการณ์ว่าประเทศไทย จะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ คือมีสัดส่วนประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 20 ในปี 2564 และจะเข้าสู่สังคม สูงวัยระดับสุดยอด (สัดส่วนผู้สูงอายुर้อยละ 28) ในปี 2574^{1,2} ช่วงวัยสูงอายุนี้เป็นวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายประการ ทั้ง จากร่างกายที่เสื่อมลง การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ จิตใจ และ ด้านสังคม เช่น การเกษียณอายุ การเสียชีวิตของคู่สมรส การ แยกจากของบุตรหลาน³ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผล กระทบทางจิตใจอย่างมาก หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวต่อ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ตามมาได้^{3,4} ด้วยเหตุนี้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงเป็นหน้าที่ สำคัญของผู้ให้บริการทางสาธารณสุข

ภาวะซึมเศร้ามีความชุกค่อนข้างสูงในผู้สูงอายุ เป็น โรคจิตเวชที่พบบ่อยเป็นอันดับแรกในกลุ่มวัยนี้⁵ ภาวะซึมเศร้า ก่อให้เกิดภาระโรคสูง (burden of disease) ไม่ว่าจะเป็น ผลกระทบจากตัวโรคหรือผลต่อเนื่อง เช่น ระยะเวลาของการ เจ็บป่วยที่ยาวนาน ทำให้สูญเสียทรัพยากร กำลังคน และเพิ่ม อัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย^{4,6} ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะ ซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีหลากหลาย เช่น การเป็นหม้ายหรือ แยกกันอยู่ รายได้ไม่เพียงพอ การดื่มสุรา ความพอใจในสุขภาพ ที่น้อย การสูญเสียคนใกล้ชิด และปัญหาการนอน^{4,5} รวมถึง ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว² และการปฏิบัติหน้าที่ ของครอบครัว (family function)⁷ มีรายงานว่า การปฏิบัติ หน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าถึง 6,125 เท่า⁸ โดยการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวส่งผลต่อ โรคซึมเศร้าด้วยกลไกจากแรงสนับสนุนทางครอบครัวที่ลดลง และขาดความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึก ถูกทอดทิ้ง (abandonment) และความว่างเปล่าทางจิตใจ (psychological emptiness) ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าและกลายเป็นโรคซึมเศร้าในอนาคต^{8,9} ซึ่งการศึกษาในประเด็นดังกล่าว ในประเทศไทยยังไม่มีมากนัก

จังหวัดเชียงใหม่มีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง 291,149 คน คิดเป็นร้อยละ 15.7¹⁰ ของประชากรทั้งหมด ใกล้เคียงกับ สถิติของประเทศ ส่วนผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็น ประชากรสูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 และยังไม่เคยมีการศึกษา ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้มาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ความชุกของภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และระดับความ สัมพันธ์ของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวที่ส่งผลต่อภาวะ ซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุในคลินิกผู้ป่วยนอกที่รับผิดชอบ เพื่อ นำผลการศึกษาที่ได้ไปวางแผนคัดกรอง ป้องกัน และดูแล รักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าควบคู่ไปกับการดูแล ทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างเหมาะสมต่อไป

วิธีการ

เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (cross-sectional descriptive study) ประชากรเป็นผู้ป่วย ที่มารับการตรวจรักษาและตรวจสุขภาพที่แผนกผู้ป่วยนอก เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ถึง 31 มกราคม พ.ศ. 2561 เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ ผู้ที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือผู้ที่ไม่สามารถ สื่อสารภาษาไทยได้ หรือมีภาวะสมองเสื่อมจากแบบประเมิน ภาวะสมองเสื่อม Mini-Mental State Examination: Thai version (MMSE-Thai 2002) (ไม่ได้เรียนหนังสือมี คะแนน < 14; เรียนจบระดับประถมศึกษา มีคะแนน < 17 และเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา มีคะแนน < 22) คำนวณ กลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Krejcie and Morgan¹¹ กำหนด ค่า P เท่ากับร้อยละ 30 โดยใช้ค่าเทียบเคียงความชุกจากภาวะ ซึมเศร้าของจังหวัดเชียงใหม่ (ร้อยละ 29.2)¹² ใช้ค่า d (precision) ที่ร้อยละ 5 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 226 ราย

ผู้วิจัยร่วมกับผู้ช่วยวิจัยดำเนินการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่าง ในวันปฏิบัติงานที่คลินิก 3 วันต่อสัปดาห์ ช่วงเวลา 9.00 - 11.30 น. ผู้ช่วยวิจัย 2 คน ที่ผ่านการอบรม อย่างเข้มข้นเป็นผู้อธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัย

แก่ผู้สนใจที่ตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ มีการลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยก่อนทำแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม MMSE-Thai 2002 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมทำการตอบแบบสอบถามการวิจัยด้วยตนเอง โดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ช่วยเหลือ เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามถึงลักษณะพื้นฐานทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษา รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ รูปแบบการอยู่อาศัย โรคประจำตัว การดื่มสุรา บุหรี่ สารเสพติด การออกกำลังกาย การเป็นสมาชิกกลุ่มสังคม 2) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ Thai Version of Geriatric Depression Scale - 15 (TGDS - 15)^{13,14} เป็นเครื่องมือที่ใช้เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีคำถามให้ตอบว่าใช่หรือไม่ใช่จำนวน 15 ข้อ ประกอบไปด้วยคำถามความพึงพอใจในชีวิต ความสนใจในกิจกรรม ความรู้สึกเบื่อหน่ายหรือหมดหวัง และอารมณ์ มีค่าความเที่ยงสอดคล้องภายใน (alpha coefficient reliability) เท่ากับ 0.75 โดยถ้าได้คะแนน 6 คะแนนขึ้นไป บ่งบอกว่าอาจมีภาวะซึมเศร้า และ 11 คะแนนขึ้นไปมีภาวะซึมเศร้าแน่นอน การศึกษานี้ใช้คะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป ในการบ่งบอกว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า 3) การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัววัดโดย แบบสอบถาม The Family APGAR Questionnaire ฉบับภาษาไทย^{15,16} เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนของครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา (adaptation) 2) วิธีการพูดคุยและการแก้ปัญหา (partnership) 3) การยอมรับความต้องการในการทำสิ่งใหม่ ๆ (growth) 4) การแสดงความรักและเอาใจใส่ (affection) และ 5) การใช้เวลาอยู่ร่วมกัน (resolve) เครื่องมือนี้มีค่าความเที่ยงสอดคล้องภายใน (alpha coefficient reliability) 0.91 คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 20 โดยมีเกณฑ์ ดังนี้ 0 - 6 หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนระดับต่ำ คะแนน 7 - 13 หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุน ระดับปานกลาง และคะแนน 14 - 20 หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนระดับสูง

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรม Software for Statistics and Data Science (Stata) for Mac version 12

ข้อมูลพื้นฐานใช้สถิติแบบพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (chi-square) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวโดยใช้การทดสอบด้วยการทดสอบที (t-test) และวิเคราะห์ความถดถอยแบบลอจิสติก (multivariate logistic regression) เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คัดเลือกตัวแปรพยากรณ์ด้วยวิธี backward method โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า .05

การศึกษาได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Study Code: FAM-2560-05066/ Research ID: FAM-2560-05066 โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณาเอกสารตามหมายเลขการร้องขอ REC-25601004-11544 และอนุมัติเมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560

ผล

จากผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับบริการผู้ป่วยนอก 1,038 ราย เข้าเกณฑ์การวิจัย 752 ราย มีจำนวนผู้ยินยอมเข้าโครงการวิจัย 197 ราย พบผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม 1 ราย (MMSE = 19, ระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา) จึงได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมด 196 ราย ค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 66.1 ± 5.4 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.7) อายุระหว่าง 60 - 70 ปี (ร้อยละ 80.6) สถานภาพสมรสและอาศัยกับคู่สมรส (ร้อยละ 71.8) การศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 40.3) ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 51.6) มีสิทธิการรักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งเป็นกลุ่มสิทธิเบิกตรงหรือประกันสังคม (ร้อยละ 94.9) รายได้ต่อเดือนระหว่าง 10,001 - 30,000 บาท (ร้อยละ 43.9) และมีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรค (ร้อยละ 53.6)

ความชุกของภาวะซึมเศร้าผู้สูงจากการศึกษานี้คิดเป็นร้อยละ 13.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศหญิง ระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า

ประถมศึกษา มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท การรับรู้รายได้ของตนเองไม่เพียงพอ ต้องมีผู้ดูแลในการประกอบชีวิตประจำวัน การไม่ได้ออกกำลังกาย และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวระดับปานกลางถึงต่ำ แสดงดังตารางที่ 1

ในส่วนการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวพบว่า กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวทั้ง 5 ด้าน มากกว่ากลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญในทุกหัวข้อ ($p < .01$) แสดงดังตารางที่ 2

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เมื่อควบคุมปัจจัยเพศ ระดับการศึกษา การมีรายได้ ความเพียงพอของ

รายได้ ความต้องการมีผู้ดูแล และการออกกำลังกาย พบว่าการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวระดับปานกลางถึงต่ำเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าถึง 17.5 เท่า (OR = 17.49, 95% CI = 4.12 - 74.33) การที่ผู้สูงอายุไม่ได้ออกกำลังกายเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้า 5.4 เท่า (OR = 5.54, 95% CI = 1.44 - 21.26) และการที่ผู้สูงอายุต้องมีผู้ดูแลในการประกอบชีวิตประจำวันเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้า 4.7 เท่า (OR = 4.66, 95% CI = 1.36 - 15.93) แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ลักษณะประชากร ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 170)		มีภาวะซึมเศร้า (n = 26)		p - value**
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ						
ชาย	75 (38.3)	70	41.2	5	19.2	.03*
หญิง	121 (61.7)	100	58.8	21	80.8	
อายุ						
60 - 70 ปี	158 (80.6)	135	79.4	23	88.5	.22
71 - 80 ปี	35 (17.9)	33	19.4	2	7.7	
> 80 ปี	3 (1.5)	2	1.2	1	3.9	
สถานภาพ						
โสด	12 (6.2)	10	5.9	2	8.0	.16
สมรสและอยู่ด้วยกัน	140 (71.8)	126	74.1	14	56.0	
หย่า/แยกกันอยู่/หม้าย	43 (22.1)	34	20.0	9	36.0	
missing data	1			1		
การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว						
ระดับปานกลางถึงต่ำ	19 (9.7)	10	5.9	9	34.6	< .01*
ระดับสูง	177 (90.3)	160	94.1	17	65.4	

ตารางที่ 1 ลักษณะประชากร ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 170)		มีภาวะซึมเศร้า (n = 26)		p - value**
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
การศึกษา						
ต่ำกว่าประถมศึกษา	53 (27)	40	23.5	13	50.0	.01*
มัธยม/อนุปริญญา	64 (32.7)	56	32.9	8	30.8	
ปริญญาตรีขึ้นไป	79 (40.3)	74	43.5	5	29.2	
รายได้ต่อเดือนในปัจจุบัน						
< 10,000 บาท	72 (38.1)	54	32.9	18	72.0	.01*
10,001 - 30,000 บาท	83 (43.9)	78	47.6	5	20.0	
30,001 - 50,000 บาท	25 (13.2)	24	14.6	1	4.0	
> 50,000 บาท	9 (4.8)	8	4.9	1	4.0	
ไม่ระบุ		6		1		
โรคประจำตัว						
ไม่มี	11 (5.6)	8	4.7	3	11.5	.16
มี 1 โรค	80 (40.8)	73	42.9	7	26.7	
มีมากกว่า 1 โรค	105 (53.6)	89	52.4	16	61.5	
มีสิทธิการรักษา	185 (94.9)	160	94.1	26	100.0	.20
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	99 (51.6)	82	49.4	17	65.4	.13
คิดว่ารายได้ไม่เพียงพอ	46 (23.7)	32	19.1	14	53.9	< .01*
อาศัยอยู่บ้านตามลำพัง	10 (5.2)	9	5.4	1	4.0	.77
ต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแล	53 (27.6)	37	22.3	16	61.5	< .01*
ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมสังคม	66 (34.4)	53	31.9	13	50.0	.07
เคยสูญเสียบุคคลใกล้ชิด	156 (82.5)	139	84.2	17	70.8	.11
ปัจจุบันดื่มสุรา	32 (16.7)	29	17.5	3	11.5	.44
ปัจจุบันสูบบุหรี่	5 (2.6)	5	3.0	0	0	.38
ไม่ได้ออกกำลังกาย	22 (11.3)	14	8.3	8	30.8	.01*

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ** chi-square test

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวทั้ง 5 ด้าน ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า

การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า		p - value**
	Mean ± SD	95% CI	Mean ± SD	95% CI	
ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา	3.65 ± 0.04	3.56 - 3.73	3.08 ± 1.06	2.65 - 3.50	< .01*
วิธีการพูดคุยและการแก้ปัญหาพร้อมกัน	3.52 ± 0.05	3.41 - 3.62	2.73 ± 0.20	2.31 - 3.15	< .01*
การยอมรับความต้องการในการทำสิ่งใหม่ ๆ	3.40 ± 0.68	3.30 - 3.50	2.85 ± 1.01	2.44 - 3.25	< .01*
การแสดงความรักและเอาใจใส่	3.47 ± 0.73	3.36 - 3.58	2.81 ± 0.98	2.41 - 3.20	< .01*
การใช้เวลาอยู่ร่วมกัน	3.68 ± 0.58	3.59 - 3.77	3.59 ± 0.71	3.49 - 3.69	< .01*

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .01 ** t-test

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ปัจจัย	Adjusted OR (95% CI)	p - value [†]	Adjusted OR (95% CI)	p - value**
เพศหญิง	2.94 (1.00 - 10.41)	.03	2.89 (0.80 - 10.47)	.11
ระดับการศึกษาน้อย	0.31 (0.12 - 0.79)	< .01	0.90 (0.41 - 2.01)	.80
รายได้ต่ำ	0.19 (0.64 - 0.52)	< .01	0.45 (0.17 - 1.23)	.12
รายได้ที่ไม่เพียงพอ	4.96 (1.90 - 12.85)	< .01	2.65 (0.83 - 8.45)	.10
ต้องมีผู้ดูแลในการประกอบชีวิตประจำวัน	5.58 (2.15 - 14.85)	< .01	4.66 (1.36 - 15.93)	.01*
การไม่ได้ออกกำลังกาย	4.89 (1.54 - 14.49)	< .01	5.54 (1.44 - 21.26)	.01*
การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในระดับปานกลางถึงต่ำ	8.47 (2.60 - 26.57)	< .01	17.49 (4.12 - 74.33)	< .01*

[†] Univariate logistic regression * แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .01 ** Multivariate logistic regression

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้พบความชุกภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุร้อยละ 13.3 ต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่สำรวจภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ ในปี 2554 พบความชุกอยู่ที่ร้อยละ 5.9⁴ และต่างจากผู้สูงอายุในหมู่บ้านประชาชนิเวศน์¹⁷ ที่พบความชุกร้อยละ 8.3 ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่มารับบริการที่สถานพยาบาลมักมีโรคประจำตัวและมีความเครียดสะสมจากโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าจึงมีแนวโน้มพบภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุในชุมชน⁴ เช่นเดียวกับผลการศึกษาความชุกซึมเศร้า

ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดขอนแก่นที่พบสูงถึงร้อยละ 30¹⁸ อย่างไรก็ตามความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนต่าง ๆ พบได้แตกต่างกัน เช่น ร้อยละ 35 ในเขตเมือง กรุงเทพมหานคร¹⁹ หรือร้อยละ 13 ในจังหวัดนนทบุรี³ หรือร้อยละ 29.2 ในจังหวัดเชียงใหม่ (อายุ 45 ปีขึ้นไป)¹² ซึ่งลักษณะชุมชนเมืองใหญ่มีผลให้ประชากรมีความเครียดค่อนข้างสูง จึงมีโอกาสที่ความชุกของภาวะซึมเศร้าจะพบสูงได้เช่นเดียวกัน

นอกจากนั้นเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันในแต่ละการศึกษา เช่น Thai Beck Depression Inventory

(BDI)¹⁹, Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI)¹⁸ และ TGDS - 15^{13,17} ก็อาจส่งผลกระทบต่อจำนวนที่คัดกรองได้ โดยเครื่องมือ TGDS - 15 ที่เลือกใช้ในการศึกษานี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ระยะเวลาในการทำสั้น มีความจำเพาะกับผู้สูงอายุและใช้เป็นเกณฑ์ช่วยในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าได้^{13,14} ดังนั้นความชุกที่คัดกรองได้จากเครื่องมือนี้จึงมีความจำเพาะสูงอาจส่งผลให้ค่าความชุกในการคัดกรองต่ำกว่าเครื่องมืออื่นข้างต้น

ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศ ที่พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย^{3,20} ภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงสัมพันธ์กับปัจจัยทางชีวภาพหลายอย่าง เช่น ปัจจัยทางพันธุกรรม การเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนจากการเข้าสู่วัยทอง และการรับรู้ถึงสภาวะสุขภาพที่มากกว่าเพศชาย รวมไปถึงความตึงเครียดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและจิตใจ ได้แก่ ความเสียเปรียบด้านสถานะทางเศรษฐกิจสังคม ความตึงเครียดในเรื่องบทบาทของเพศในสังคม ความรับผิดชอบในครอบครัว^{12,20,21} อีกปัจจัยหนึ่งที่พบว่าสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุคือระดับการศึกษาที่น้อย ซึ่งอาจจะเชื่อมโยงไปถึงการประกอบอาชีพที่ทำให้มีรายได้น้อย จนเกิดการรับรู้ถึงความไม่เพียงพอของรายได้ตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่า การรับรู้รายได้ไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ²² การมีรายได้ไม่เพียงพอนี้ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการแสวงหาปัจจัยต่าง ๆ เพื่อความสะดวกสบาย มีความสุข และส่งเสริมให้สุขภาพแข็งแรง²

การศึกษาครั้งนี้พบปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การปฏิบัติหน้าที่ครอบครัวระดับปานกลางถึงต่ำ การที่ผู้สูงอายุไม่ได้ออกกำลังกาย และการที่ผู้สูงอายุต้องมีผู้ดูแลในการประกอบชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Jikun Wang⁷ และ Simone⁸ ที่พบว่า การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่ให้การช่วยเหลือแก่สมาชิกในครอบครัวที่มีความเปราะบาง

และต้องการการดูแล ดั่งเช่น เด็กและผู้สูงอายุ ดังนั้นครอบครัวที่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดีจะเกิดความยากลำบากในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดความตึงเครียด ความแตกแยก และเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตตามมาได้²² ในทางตรงกันข้าม การปฏิบัติหน้าที่ครอบครัวที่ดีจะเป็นการสนับสนุนด้านจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมลดลง ความสัมพันธ์ที่ดีกับลูกหลานจึงเป็นแหล่งสนับสนุนประคับประคองของผู้สูงอายุในวัยนี้ ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวจนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้²³ ซึ่งเมื่อพิจารณาการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวทั้งห้าด้านพบว่าคะแนนการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน แสดงให้เห็นว่าครอบครัวของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ารับรู้ถึงความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาจากครอบครัวที่ดี มีวิธีการพูดคุยและการแก้ปัญหาพร้อมกันดี มีการยอมรับความต้องการในการทำสิ่งใหม่ ๆ การแสดงความรักและเอาใจใส่ และการใช้เวลาอยู่ร่วมกันในครอบครัวได้ดี

การออกกำลังกายในผู้สูงอายุบ่งบอกถึงสภาวะทางสุขภาพและสัมพันธ์กับความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน โดยผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกายจะสัมพันธ์กับการมีกิจวัตรประจำวัน (activities daily living; ADL) ที่น้อยกว่า²⁴ สอดคล้องกับความต้องการมีผู้ดูแลซึ่งสะท้อนถึงความจำกัดในความสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวันเช่นกัน การศึกษาของ Taizo Wada²⁵ พบว่า ADL ที่น้อยสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอธิบายได้สองด้าน กล่าวคืออายุที่มากขึ้นนำไปสู่ภาวะเปราะบาง (frailty) โรคเรื้อรัง และภาวะทุพพลภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันได้ลดลงจนเกิดความรู้สึกว่าขาดความสามารถควบคุมชีวิตตนเองซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเอง ในทางกลับกัน ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่เดิม จะขาดซึ่งความคิดริเริ่มและแรงบันดาลใจ นำไปสู่ความสามารถในการประกอบชีวิตวันที่ลดลงเช่นกัน^{3,26}

จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้เห็นว่าในการดูแลปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ นอกจากการบำบัดทางกายแล้ว

ควรมีการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งหนึ่งในนั้นคือการให้คำปรึกษาครอบครัว หรือการทำครอบครัวบำบัด โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล รับฟังปัญหา สังเกตความผิดปกติต่าง ๆ ที่อาจบ่งถึงอาการของภาวะซึมเศร้า แนะนำให้สมาชิกครอบครัวแสดงความรัก เรียนรู้ที่จะเข้าใจและยอมรับความแตกต่างซึ่งกันและกัน²⁷ และที่สำคัญควรนำการประเมินความสามารถในการประกอบชีวิตประจำวันมาเป็นหนึ่งในผลลัพธ์ของการดูแล เพื่อช่วยผู้สูงอายุให้คงไว้ซึ่งความสามารถในการช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด เช่น ประเมินการมองเห็นหรือการได้ยิน เพื่อแก้ไขสายตาหรือใช้เครื่องช่วยฟัง หรือได้รับการกายภาพบำบัดในกรณีที่เป็น เป็นต้น²⁸

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางที่จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ทำให้บอกได้เพียงว่าปัจจัยใดสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แต่ไม่สามารถบอกปัจจัยที่เป็นเหตุหรือผลกันได้ นอกจากนี้ กลุ่มประชากรที่ศึกษามีลักษณะจำเพาะในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยน้อยกว่าที่คำนวณไว้ ร้อยละ 13 จึงอาจไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของประชากรผู้สูงอายุโดยทั่วไปได้ ทั้งนี้ยังมีภาวะอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า แต่ไม่ได้ทำการประเมินในครั้งนี้ได้แก่ จำนวนชั่วโมงการนอน ยาอื่นนอกจากยารักษาโรคประจำตัว และความเครียดในชีวิตที่ผ่านมา เป็นต้น อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ได้เลือกใช้เครื่องมือแบบวัดความเศร้าที่มีความจำเพาะต่อกลุ่มประชากรในผู้สูงอายุ และมีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบประเมินภาวะ

สมองเสื่อม (MMSE) เป็นเกณฑ์การคัดออก ช่วยให้ข้อมูลที่ได้จากคำตอบแบบสอบถามด้วยตนเองมีความคลาดเคลื่อนน้อยลง

สรุป

ความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่คลินิกผู้ป่วยนอกปฐมภูมิพบ ร้อยละ 13.3 การปฏิบัติหน้าที่ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดังนั้นการประเมินหน้าที่ของครอบครัวร่วมไปกับการดูแลรักษาและให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้สูงอายุ จะส่งผลดีต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า รวมถึงการประเมินความสามารถในการประกอบชีวิตประจำวัน และสนับสนุนผู้สูงอายุให้คงไว้ซึ่งความสามารถในการช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ช่วยลดภาระทางด้านเศรษฐกิจสังคม และด้านสาธารณสุขต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรทิพย์ มาลาธรรม ที่ได้อนุเคราะห์ให้ใช้แบบสอบถามแอปการ์ของครอบครัว (The Family APGAR Questionnaire) ฉบับแปลภาษาไทย และ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงณัทัย วงศ์ปาร์ณีย์ ที่ได้อนุเคราะห์ให้ใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ Thai Version of Geriatric Depression Scale - 15 (TGDS - 15) สำหรับการศึกษานี้

ความรู้เดิม : ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความชุกระหว่างร้อยละ 5 - 30 แตกต่างกันไปตามลักษณะประชากร พื้นที่ และเครื่องมือที่ใช้ประเมิน เป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ

ความรู้ใหม่ : การดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าควรมีการประเมินหน้าที่ของครอบครัวร่วมกับการดูแลรักษา การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม และสนับสนุนผู้สูงอายุให้คงไว้ซึ่งความสามารถในการช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ผู้สูงอายุที่มารับบริการสุขภาพในสถานพยาบาลปฐมภูมิ ควรได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และควรสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมและมีประสิทธิภาพสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). Situation of the Thai elderly 2015. Bangkok: Amarin Printing and Publishing; 2016.
2. นภาพวงรอด. การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี [The study on depression in Nonthaburi province elderly]. วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวรราชชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2558;2(1):63-74.
3. อรสา ไยยอง. ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี [Depression and grief of the elderly at the elderly associate in Nonthaburi province] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
4. เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยั้ง, อูมาพร อุดมทรัพย์ากุล. ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่ [Prevalence of depression among the elderly in Chiang Mai province]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2554;56(2):103-16.
5. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
6. Bundhamcharoen K, Odton P, Phulkerd S, Tangcharoensathien V. Burden of disease in Thailand: changes in health gap between 1999 and 2004. BMC Public Health. 2011;11:53. doi:10.1186/1471-2458-11-53.
7. Wang J, Zhao X. Family functioning and social support for older patients with depression in an urban area of Shanghai, China. Arch Gerontol Geriatr. 2012;55(3):574-9. doi:10.1016/j.archger.2012.06.011.
8. de Oliveira SC, dos Santos AA, Pavarini SC. The relationship between depressive symptoms and family functioning in institutionalized elderly. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(1):66-72. doi:10.1590/S0080-623420140000100008.
9. Marinho PEM, Melo KP, Apolinário AD, Bezerra E, Freitas J, Melo DM, et al. Undertreatment of depressive symptomatology in the elderly living in long stay institutions and in the community in Brazil. Arch Gerontol Geriatr. 2010;50(1):151-5. doi:10.1016/j.archger.2009.03.002.
10. รายงานสถิติจังหวัดเชียงใหม่ [Chiang Mai provincial statistic report] [Internet]. เชียงใหม่: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; [สืบค้นเมื่อวันที่ 15 ก.ค. 2562]. จาก: http://chiangmai.old.nso.go.th/nso/project/search/index.jsp?province_id=48&fid=3
11. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30:607-10.
12. Wangtongkum S, Sucharitakul P, Wongjaroen S, Maneechompoo S. Prevalence of depression among a population aged over 45 years in Chiang Mai, Thailand. J Med Assoc Thai. 2008;91(12):1812-6. PMID:19133514.
13. Wongpakaran N, Wongpakaran T. Prevalence of major depressive disorders and suicide in long-term care facilities: a report from northern Thailand. Psychogeriatrics. 2012;12(1):11-7. doi:10.1111/j.1479-8301.2011.00383.x.
14. Marc LG, Raue PJ, Bruce ML. Screening performance of the 15-item geriatric depression scale in a diverse elderly home care population. Am J Geriatr Psychiatry. 2008 Nov;16(11):914-21. doi:10.1097/JGP.0b013e318186bd67.
15. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. J Fam Pract. 1982;15(2):303-11.
16. พรทิพย์ มาลาธรรม, จิราพร คงเอี่ยม, ประคอง อินทรสมบัติ. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท [Relationships of family support and friend support to life satisfaction of older adults in rural areas]. ราชวิทยาลัยพยาบาลวลาสาร. 2552;15(3):431-48.

17. นัญศรา ดำรงค์พิวัฒน์, โชติมันต์ ชินวรารักษ์, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ณ หมู่บ้านประชาณีเวศน์ [Prevalence and associated factors of depression in the elderly at Pracha Niwet village]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2562;27(3):183-95
18. อาคม บุญเลิศ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน เขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น [Prevalence and factors associated with depression among the elderly community residents with chronic diseases in Samliam urban primary care unit, Khon Kaen]. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2559;31(1):25-33.
19. มาโนช ทับมณี. ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร [Depression and dementia among Thai elderly in Bangkok]. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 2544;2:43-57.
20. Acciai F, Hardy M. Depression in later life: a closer look at the gender gap. Soc Sci Res. 2017;68:163-75. doi:10.1016/j.ssresearch.2017.08.003.
21. Sassarini DJ. Depression in midlife women. Maturitas. 2016;94:149-54. doi:10.1016/j.maturitas.2016.09.004.
22. Baiyewu O, Yusuf AJ, Ogundele A. Depression in elderly people living in rural Nigeria and its association with perceived health, poverty, and social network. Int Psychogeriatr. 2015;27(12):2009-15. doi:10.1017/S1041610215001088.
23. Souza RA, Costa GD, Yamashita CH, Amendola F, Gaspar JC, Alvarenga MRM, et al. Family functioning of elderly with depressive symptoms. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(3):469-76. doi:10.1590/s0080-62342014000300012.
24. Yasunaga A, Tokunaga M. The relationships among exercise behavior, functional ADL, and psychological health in the elderly. J Physiol Anthropol Appl Human Sci. 2001;20(6):339-43. doi:10.2114/jpa.20.339.
25. Wada T, Ishine M, Sakagami T, Okumiya K, Fujisawa M, Murakami S, et al. Depression in Japanese community-dwelling elderly--prevalence and association with ADL and QOL. Arch Gerontol Geriatr. 2004;39(1):15-23. doi:10.1016/j.archger.2003.12.003.
26. Bhamani MA, Khan MM, Karim MS, Mir MU. Depression and its association with functional status and physical activity in the elderly in Karachi, Pakistan. Asian J Psychiatr. 2015;14:46-51. doi:10.1016/j.ajp.2014.12.004.
27. นริสา วงศ์พนารักษ์, สายสมร เฉลยกิตติ. ภาวะซึมเศร้า : ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ [Depression: a significant mental health problem of elderly]. วารสารพยาบาลทหารบก. 2014;15(3):24-31.
28. Lenze EJ, Rogers JC, Martire LM, Mulsant BH, Rollman BL, Dew MA, et al. The association of late-life depression and anxiety with physical disability: a review of the literature and prospectus for future research. Am J Geriatr Psychiatry. 2001;9(2):113-35. PMID:11316616.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและภาวะซึมเศร้า ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของประชาชนเขตคลินิกหมอครอบครัวบ้านทุ่งเสี้ยว อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

วันรับ : 2 กันยายน 2563
วันแก้ไข : 22 กุมภาพันธ์ 2564
วันตอบรับ : 24 กุมภาพันธ์ 2564

ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์, พ.บ.
โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อสำรวจความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของประชาชนเขตคลินิกหมอครอบครัวบ้านทุ่งเสี้ยว อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

วิธีการ : เป็นการศึกษาแบบตัดขวางในประชาชนเขตคลินิกหมอครอบครัวบ้านทุ่งเสี้ยว จำนวน 2,030 คน เก็บข้อมูลเดือนมิถุนายน 2563 โดยใช้แบบสอบถามประเมินความเครียด ST5 และแบบประเมินซึมเศร้า 2Q และ 9Q วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติ unpaired t-test และ chi-square

ผล : ความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้าของประชาชนเท่ากับร้อยละ 0.9 และ 1.5 ตามลำดับ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะซึมเศร้า กับอายุ เพศ อาชีพ โรคประจำตัว และลักษณะการทำงานที่เสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 ในขณะที่ประวัติไปในพื้นที่เสี่ยงโควิด-19 การเป็นผู้แยกสังเกตอาการ/ผู้กักกันตัว การเป็นผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และการมีญาติเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค/ติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับความเครียด

สรุป : กลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงการสัมผัสเชื้อโควิด-19 โดยตรง พบว่าสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า ควรมีการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในประชากรกลุ่มนี้และให้การดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจเพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้น

คำสำคัญ : ความเครียด โควิด-19 ภาวะซึมเศร้า

ติดต่อผู้นิพนธ์ : ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์; e-mail: tanasit.bird@gmail.com

Original article

Prevalence and factors associated with stress and depression in COVID-19 pandemic among residents of Tung Seaw primacy care clinic, Sanpathong District, Chiang Mai Province

Received : 2 September 2020

Revised : 22 February 2021

Accepted : 24 February 2021

Tanasit Wijitraphan, M.D.

Sanpatong hospital, Chiang Mai province

Abstract

Objective: To study the prevalence rate and relative factors associated with stress and depression in COVID-19 pandemic among Tung Seaw primary care clinic residents, Sanpatong district, Chiang Mai.

Methods: This study was a cross-sectional survey on 2,030 people who lived in Tung Seaw primary care cluster. Data was collected in June 2020 using stress (ST5) and depression (2Q & 9Q) questionnaires. The factors associated with stress and depression were analyzed using an unpaired t-test and chi-square.

Results: The prevalence rate of stress and depression were 0.9% and 1.5%, respectively. Sex, occupation, underlying disease, and job with high potential expose to COVID-19 were not associated with stress and depression. However, history of traveling to a COVID-19 risk area, being quarantine, being patient under investigation (PUI), and having relatives been PUI were significantly associated with depression but not with stress.

Conclusions: The persons with COVID-19 contact risk were associated with depression. Active surveillance and early intervention for depression should be implemented to decrease the adverse effects.

Keywords: COVID-19, depression, stress

Corresponding author: Tanasit Wijitraphan; e-mail: tanasit.bird@gmail.com

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด-19) เกิดจากเชื้อไวรัส severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) เป็นโรคอุบัติใหม่เกิดขึ้นครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ปลายปี พ.ศ. 2562 หลังจากนั้นมีการแพร่ระบาดไปทั่วโลกและมีผู้ติดเชื้อโควิด-19 เป็นจำนวนมาก ผู้ติดเชื้อจะมีอาการทางระบบหายใจ จนเกิดเป็นปอดบวมและอาจทำให้เสียชีวิตได้ ปัจจุบันยังไม่มียาที่ใช้ในการรักษาและเพิ่งเริ่มทดลองใช้วัคซีนในการป้องกันโรค โควิด-19 ก่อให้เกิดผลกระทบต่อด้านสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงเศรษฐกิจทั่วโลก¹ จากรายงานการศึกษาพบว่าประชาชนมีอาการของความกังวลและภาวะซึมเศร้าร้อยละ 16-28 และเกิดความเครียดร้อยละ 8² นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อการนอนหลับถึงร้อยละ 38.9³

สถานการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ระดับโลกพบผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตมากที่สุดในประเทศสหรัฐอเมริกา ส่วนในประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 21 มิถุนายน 2563 พบผู้ติดเชื้อมากกว่า 3,147 ราย และมีผู้เสียชีวิต 58 ราย⁴ จากรายงานสภาวะสุขภาพจิตคนไทยต่อไวรัสโควิด-19 ของกรมสุขภาพจิตพบว่า ในช่วงวันที่ 24 มีนาคม ถึง 11 มิถุนายน 2563 ประชาชนไทยมีความกังวลสูงในช่วงปลายเดือนมีนาคมถึงร้อยละ 18.1 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการระบาดมากของโรคโควิด-19 ในประเทศไทย แต่ในช่วงต้นเดือนมิถุนายนซึ่งเป็นช่วงที่ไม่มีรายงานการติดเชื้อใหม่ในประเทศ พบว่าประชาชนที่มีความกังวลสูงลดลงเหลือร้อยละ 3.1⁵ การศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ของประเทศตราบพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าจากสถานการณ์โควิด ด้านปัจจัยภายใน ได้แก่ เพศหญิง อายุช่วงวัยหนุ่มสาว และสถานภาพโสด ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ การทำงานที่ต้องสัมผัสการติดเชื้อ และความรู้สึกต่อความสามารถในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19⁶

ณ เดือนมิถุนายน 2563 จังหวัดเชียงใหม่พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 41 ราย และยังไม่พบผู้ที่ติดเชื้อในอำเภอสันป่าตอง⁷ อย่างไรก็ตาม พื้นที่และการเดินทางระหว่างอำเภอที่เชื่อมโยงถึงกันอย่างใกล้ชิด และการรับรู้ข่าวสารผ่านช่องทาง

ต่าง ๆ ย่อมส่งผลกระทบต่อจิตใจของประชาชนในทุกพื้นที่ ผู้วิจัยในฐานะที่รับผิดชอบการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของของประชากรในเขตคลินิกหอออร์บครวบ้านทุ่งเสี้ยว จึงสนใจศึกษาความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้า รวมทั้งหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของประชาชนในเขตคลินิกหอออร์บครวบ้านทุ่งเสี้ยว อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อทราบสถานการณ์ของปัญหา และเป็นข้อมูลวางแผนการดูแลป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ต่อไป

วิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง ดำเนินการในเดือนมิถุนายน 2563 ศึกษาในประชาชนเขตคลินิกหอออร์บครวบ้านทุ่งเสี้ยว อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีประชากรทั้งหมด 6,421 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่จริงในเขตคลินิกหอออร์บครวบ้านทุ่งเสี้ยว และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ไม่สามารถเขียนและอ่านหนังสือได้ หรือไม่สมัครใจ ในการเข้าร่วมการศึกษานี้มีผู้ที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกและยินยอมตอบแบบสอบถามทั้งหมด 2,030 คน โดยให้กลุ่มตัวอย่างกรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ประวัติความเกี่ยวข้องกับเชื้อโควิด-19 จำนวน 5 ข้อ ความเครียดจากแบบประเมินความเครียด ST5 และภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมินซึมเศร้า 2Q และ 9Q ของกรมสุขภาพจิต⁹ โดยในการวิจัยครั้งนี้ได้ให้นิยามผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การสอบโรค (PUI) คือผู้ป่วยที่ให้ประวัติว่ามีใช้/วัดอุณหภูมิร่างกายได้ตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส หายใจเร็ว หายใจเหนื่อยหรือหายใจลำบาก ร่วมกับ 14 วัน ก่อนวันเริ่มป่วยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วิเคราะห์เชิงพรรณนาโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้าโดยใช้ unpaired t-test สำหรับ continuous data และ Chi-square สำหรับ categorical

data โดยทั้งหมดของการวิเคราะห์ที่ใช้ระดับความเชื่อมั่นทางสถิติที่ $p < .05$

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสันป่าตอง โดยรับรองโครงการวิจัยแบบยกเว้น เลขที่ 007/63

ผล

กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 2,030 คน มีอายุเฉลี่ย 51.66 ปี (S.D. = 16.55) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ประกอบอาชีพรับจ้าง และไม่มีโรคประจำตัว ดังแสดงในตารางที่ 1 พบกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะการทำงานมีความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 มีประวัติไปในพื้นที่เสี่ยง เป็นผู้แยกสังเกตอาการ/ผู้กักกันตัว มีญาติเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค/ติดเชื้อโควิด-19 หรือเป็นผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (patient

under investigation: PUI) แสดงในตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในระดับมากและมากที่สุดร้อยละ 0.9 และมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 1.6 ดังแสดงในตารางที่ 3

ปัจจัยด้านอายุ เพศ อาชีพ โรคประจำตัว ลักษณะการทำงานที่เสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่การมีประวัติไปในพื้นที่เสี่ยงโควิด-19 การมีญาติเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค/ติดเชื้อโควิด-19 การเป็นผู้แยกสังเกตอาการ/ผู้กักกันตัว และการเป็นผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด แต่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4 และตารางที่ 5

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป (n = 2,030 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) (ปี)	51.66 ± 16.55
เพศ	
ชาย	912 (44.9)
หญิง	1,118 (55.1)
อาชีพ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	403 (19.9)
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	496 (24.4)
รับจ้าง	844 (41.6)
เกษตรกร	98 (4.8)
ข้าราชการ/พนักงานบริษัท	172 (8.5)
นักเรียน/นักศึกษา	8 (0.4)
บุคลากรทางการแพทย์	9 (0.4)
โรคประจำตัว	
มีโรคประจำตัว	1,426 (70.2)
ไม่มีโรคประจำตัว	604 (29.8)

ตารางที่ 2 ประวัติความเกี่ยวข้องกับเชื้อโควิด-19 (n = 2,030 คน)

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน (ร้อยละ)
ลักษณะการทำงานมีความเสี่ยงในการติดเชื้อ โควิด-19	
มีความเสี่ยง	43 (2.1)
ไม่มีความเสี่ยง	1,987 (97.9)
มีประวัติไปในพื้นที่เสี่ยง โควิด-19	
มีประวัติ	16 (0.8)
ไม่มีประวัติ	2,014 (99.2)
มีญาติเข้าเกณฑ์การสอบโรค/ติดเชื้อ โควิด-19	
มีญาติเข้าเกณฑ์	7 (0.3)
ไม่มีญาติเข้าเกณฑ์	2,023 (99.7)
เป็นผู้แยกสังเกตอาการ/ผู้กักกันตัว	
เป็น	10 (0.5)
ไม่เป็น	2,020 (99.5)
เป็นผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การสอบโรค	
เป็น	8 (0.4)
ไม่เป็น	2,022 (99.6)

ตารางที่ 3 ระดับของความเครียดและภาวะซึมเศร้า (n = 2,030 คน)

ความเครียดและภาวะซึมเศร้า	จำนวน (ร้อยละ)
ความเครียด (คะแนนเต็ม = 15)	
เครียดน้อย (คะแนน 0 - 4)	1,949 (96.0)
เครียดปานกลาง (คะแนน 5 - 7)	62 (3.1)
เครียดมาก (คะแนน 8 - 9)	9 (0.4)
เครียดมากที่สุด (คะแนน 10 - 15)	10 (0.5)
ภาวะซึมเศร้า (คะแนนเต็ม = 27)	
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (คะแนน 0 - 6)	1,999 (98.4)
ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (คะแนน 7 - 12)	20 (1.0)
ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (คะแนน 13 - 18)	10 (0.5)
ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (คะแนน 19 - 27)	1 (0.1)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความเครียด

ปัจจัย	ระดับความเครียด		p-value*
	มากและมากที่สุด (n = 19 คน) จำนวน (ร้อยละ)	น้อยและปานกลาง (n = 2,011 คน) จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ (ค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) (ปี)	51.7 ± 16.5	46.9 ± 18.7	.21
เพศ			.24
ชาย	6 (0.7)	906 (99.3)	
หญิง	13 (1.2)	1,105 (98.8)	
อาชีพ			.48
ไม่มีอาชีพ	5 (1.2)	398 (98.8)	
มีอาชีพ	14 (0.9)	1,613 (99.1)	
โรคประจำตัว			.24
ไม่มีโรคประจำตัว	11 (0.8)	1,415 (99.2)	
มีโรคประจำตัว	8 (1.3)	596 (98.7)	
ลักษณะการทำงานมีความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19			.06
มีความเสี่ยง	2 (4.7)	41 (95.3)	
ไม่มีความเสี่ยง	17 (0.9)	1,970 (99.1)	
ประวัติไปในพื้นที่เสี่ยงโควิด-19			.14
มีประวัติ	1 (6.2)	15 (93.8)	
ไม่มีประวัติ	18 (0.9)	1,996 (99.1)	
ญาติเข้าเกณฑ์การสอบโรค/ติดเชื้อโควิด-19			1.00
มีญาติ	0 (0.0)	7 (100.0)	
ไม่มีญาติ	19 (0.1)	2,004 (99.9)	
เป็นผู้แยกสังเกตอาการ/ผู้กักกันตัว			1.00
เป็น	0 (0.0)	10 (100.0)	
ไม่เป็น	19 (0.9)	2,001 (99.1)	
เป็นผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การสอบโรค			1.00
เป็น	0 (0.0)	8 (100.0)	
ไม่เป็น	19 (0.9)	2,003 (99.1)	

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .01

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า		p-value*
	มี (n = 31 คน) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มี (n = 1,999 คน) จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ (ค่าเฉลี่ย \pm ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) (ปี)	49.4 \pm 18.4	51.7 \pm 16.2	.45
เพศ			.48
ชาย	12 (1.3)	900 (98.7)	
หญิง	19 (1.7)	1,099 (98.3)	
อาชีพ			.08
ไม่มีอาชีพ	10 (2.5)	393 (97.5)	
มีอาชีพ	21 (1.3)	1,606 (98.7)	
โรคประจำตัว			.14
ไม่มีโรคประจำตัว	18 (1.3)	1,408 (98.7)	
มีโรคประจำตัว	13 (2.2)	591 (97.8)	
ลักษณะการทำงานมีความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19			.14
มีความเสี่ยง	2 (4.6)	41 (95.4)	
ไม่มีความเสี่ยง	29 (1.5)	1,958 (98.5)	
ประวัติไปในพื้นที่เสี่ยงโควิด-19			< .01
มีประวัติ	3 (18.8)	13 (81.2)	
ไม่มีประวัติ	28 (1.4)	1,986 (98.6)	
ญาติเข้าเกณฑ์การสอบโรค/ติดเชื้อโควิด-19			< .01
มีญาติ	2 (28.6)	5 (71.4)	
ไม่มีญาติ	29 (1.4)	1,994 (98.6)	
เป็นผู้แยกสังเกตอาการ/ผู้กักกันตัว			< .01
เป็น	2 (20.0)	8 (80.0)	
ไม่เป็น	29 (1.4)	1,991 (98.6)	
เป็นผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การสอบโรค			< .01
เป็น	2 (25.0)	6 (75.0)	
ไม่เป็น	29 (1.4)	1,993 (98.6)	

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$

วิจารณ์

ความชุกของความเครียดของประชาชนในอำเภอ สันป่าตองในสถานการณ์แพร่ระบาดเชื้อโควิด-19 เท่ากับร้อยละ 0.9 และความชุกของภาวะซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ 1.5 เมื่อเทียบกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่อง ความเครียด ความกังวล และภาวะซึมเศร้าของประชาชนในช่วงการระบาดโควิด-19 ที่เผยแพร่ในเดือนกรกฎาคม 2563 พบว่าความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้าของประชาชนในทวีปเอเชียเท่ากับร้อยละ 27.9 และ 35.3 ตามลำดับ⁹ และการศึกษาในประชาชนจีนที่พบความชุกของความเครียดเท่ากับร้อยละ 8.1 และความชุกของภาวะซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ 16.5¹⁰ จะเห็นว่าความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้าของประชาชนในเขตเขตคลินิกหมอครอบครัวบ้านทุ่งเสี้ยว อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ต่ำกว่ามาก ทั้งนี้ความรุนแรงของการระบาดที่แตกต่างกันส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจที่แตกต่างกันได้ เพราะในประเทศไทยถือว่ามียัตราการติดเชื้อที่ต่ำมากเมื่อเปรียบเทียบกับทั่วโลก นอกจากนี้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลของแต่ละการศึกษาที่แตกต่างกัน เช่น หลังการระบาดแล้ว ประชาชนอาจมีการปรับตัวทางด้านจิตใจได้ดีขึ้น ทำให้ความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้า น้อยกว่าเมื่อเทียบกับการเก็บข้อมูลช่วงระยะแรกของการระบาด เช่นเดียวกับผลการสำรวจความกังวลต่อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนไทย ที่พบว่าประชาชนที่มีความกังวลสูงลดลงเมื่อไม่มีการติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศ เปรียบเทียบกับช่วงก่อนหน้านั้นที่มีการระบาดสูง⁵

ข้อมูลพื้นฐานด้าน อายุ เพศ อาชีพ โรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของประชาชนในการศึกษานี้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ต่างจากการศึกษาอื่นที่พบว่าเพศหญิงจะมีโอกาสเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย¹¹⁻¹³ และลักษณะการทำงานที่เสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในพื้นที่ แม้จะมีอาชีพที่เสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 เช่น บุคลากรทางการแพทย์ แต่เนื่องจากอัตราการระบาดที่ต่ำมาก โอกาส

เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าจึงใกล้เคียงกับภาวะปกติทั่วไป นอกจากนี้การเก็บข้อมูลทำในช่วงที่การระบาดโรคโควิด-19 เริ่มควบคุมได้แล้ว ประชาชนมีความเชื่อมั่นต่อมาตรการควบคุมโรคของทางภาครัฐทำให้ลดความกังวลใจและความเครียดลงได้

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงการสัมผัสเชื้อโควิด-19 โดยตรง เช่น มีประวัติไปในพื้นที่เสี่ยงโควิด-19 การเป็นผู้แยกสังเกตอาการ/ผู้กักกันตัว การเป็นผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค และการมีญาติเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค/ติดเชื้อโควิด-19 ไม่พบความสัมพันธ์กับความเครียด แต่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้จากความกลัวจากการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้สึกผิดที่มีโอกาสเป็นผู้แพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ การถูกจำกัดพื้นที่และการติดต่อจากสังคม เหล่านี้เป็นเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

การศึกษานี้มีข้อจำกัด คือเป็นงานวิจัยภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถระบุได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่พบ เป็นผลจากการเผชิญสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 หรือเป็นภาวะที่มีอยู่ก่อนแล้ว ส่วนข้อมูลจากการศึกษานี้เป็นข้อมูลเฉพาะประชาชนในเขตคลินิกหมอครอบครัวบ้านทุ่งเสี้ยว อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งอัตราการแพร่ระบาดในแต่ละพื้นที่รวมถึงบริบทของพื้นที่มีความเฉพาะ ไม่สามารถเป็นตัวแทนของอำเภอสันป่าตอง หรือจังหวัดเชียงใหม่ได้ อีกทั้งการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณที่ตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง อาจมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนได้ในการตอบ การวิจัยเชิงคุณภาพอาจช่วยให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้น เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤติต่อไปได้

สรุป

ความเสี่ยงการสัมผัสเชื้อโควิด-19 ของบุคคลโดยตรง เช่น การมีประวัติไปในพื้นที่เสี่ยงโควิด-19 การเป็นผู้แยกสังเกตอาการ/ผู้กักกันตัว การเป็นผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค และการมีญาติเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค/ติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าประชากรกลุ่มเสี่ยงนี้เป็นกรณีพิเศษ รวมทั้งการให้

การดูแลช่วยเหลือตั้งแต่แรก จะช่วยป้องกันผลกระทบด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คุณรติรส บัวเปิด และเจ้าหน้าที่คลินิกหมอครอบครัวบ้านทุ่งเสี้ยวทุกท่านที่ช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัย

ความรู้เดิม : โรคโควิด-19 ทำให้เกิดผลกระทบทั้งต่อด้านสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงเศรษฐกิจทั่วโลก

ความรู้ใหม่ : ความเสี่ยงการสัมผัสเชื้อโควิด-19 ของบุคคลโดยตรง เช่น มีประวัติไปในพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 เป็นผู้แยกสังเกตอาการ/ผู้กักกันตัว เป็นผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค และมีญาติเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค/ติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : บุคคลที่มีความเสี่ยงสัมผัสเชื้อโควิด-19 โดยตรง ควรได้รับการเฝ้าระวังและดูแลช่วยเหลือเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

เอกสารอ้างอิง

- Li H, Liu S, Yu X, Tang S, Tang C. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): current status and future perspectives. *Int J Antimicrob Agents*. 2020;55(5):105951. doi:10.1016/j.ijantimicag.2020.105951.
- Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: a review of the existing literature. *Asian J Psychiatr*. 2020;52:102066. doi:10.1016/j.ajp.2020.102066.
- Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 2020;88:901-7. doi:10.1016/j.bbi.2020.05.026.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [Coronavirus disease 2019 (COVID-19)] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 21 มิ.ย. 2563]. จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia>
- กรมสุขภาพจิต. โควิด 19 กับสุขภาพจิต [COVID-19 and mental health] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 21 มิ.ย. 2563]. จาก: <https://www.dmh.go.th/covid19>
- Elbay RY, Kurtulmus A, Arpscioglu S, Karadere E. Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. *Psychiatry Res*. 2020;290:113-30. doi:10.1016/j.psychres.2020.113130.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. สถานการณ์ไวรัสโคโรนา (COVID-19) [Situation corona virus (COVID-19)] [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่; 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 21 มิ.ย. 2563]. จาก: https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/coronavirus_situation.php
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงานทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจทุกระดับ ผู้ประสบภาวะวิกฤตในกรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [Mental health crisis assessment and treatment team: MCATT COVID-19]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2563.
- Salari N, Hosseinian-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health*. 2020;6;16(1):57. doi:10.1186/s12992-020-00589-w.

10. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):1729. doi:10.3390/ijerph17051729.
11. Kavan MG, Elsasser GN, Barone EJ. The Physician's role in managing acute stress disorder. *Am Fam Physician*. 2012;86(7):643-9. PMID:23062092.
12. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LM, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: a systematic review. *J Affect Disord*. 2020;277:55-64. doi:10.1016/j.jad.2020.08.001.
13. Maurer DM, Raymond TJ, Davis BN. Depression: screening and diagnosis. *Am Fam Physician*. 2018;98(8):508-15. PMID:30277728.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา ของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

วันรับ : 11 มิถุนายน 2563
วันแก้ไข : 27 กุมภาพันธ์ 2564
วันตอบรับ : 28 กุมภาพันธ์ 2564

สุบิน สมิน้อย, ศษ.ม., วิชาดา คณะไชย, พย.บ.,
อัครา ฤ๗ษา, พย.บ., สาคร บุบผาเฮ้า, พย.บ.,
รัชชชฎา ธารจันทร, พย.บ.
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบผู้ป่วยนอกต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

วิธีการ : เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดซ้ำ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนดจำนวน 20 คน จับสลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 10 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบผู้ป่วยนอก และกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดทางจิตสังคมตามปกติ ประเมินผลลัพธ์ด้วยแบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาท่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และหลังติดตามหนึ่งเดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม และวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ

ผล : กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาสูงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}_1 = 91.6, SD = 12.14, \bar{X}_2 = 107, SD = 11.8, \bar{X}_3 = 106.6, SD = 11.13$) และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางจิตสังคมตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}_{\text{experimental}} = 106.6, SD = 11.13, \bar{X}_{\text{control}} = 99.5, SD = 15.29$) เมื่อติดตาม 1 เดือน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาลดลงน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางจิตสังคมตามปกติ (0.4 และ 5.9 ตามลำดับ)

สรุป : กลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาในผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อาจพิจารณาให้เป็นกลุ่มบำบัดทางเลือกในระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแบบผู้ป่วยนอกได้

คำสำคัญ : ความสามารถในการเผชิญปัญหา โปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ติดต่อผู้นิพนธ์ : สุบิน สมิน้อย; e-mail: ssmino@gmail.com

Original article

The effect of empowerment group program on coping ability in patients at risk of suicide, outpatient department, Khon Kaen Rajanagarindra psychiatric hospital

Received : 11 June 2020

Revised : 27 February 2021

Accepted : 28 February 2021

Subin Sminoy, M.Ed., Vipada Kanachai, B.N.S.,

Achara Luecha, B.N.S., Sakorn Buphahou, B.N.S.,

Ratchada Tarachun B.N.S.

Khon Kaen Rajanagarindra psychiatric hospital

Abstract

Objective: To study the effects of the outpatient empowerment group program on the coping ability in patients at risk of suicide.

Method: This was a quasi-experimental research with repeated measurement conducted in outpatient psychiatric hospital. Those with risk of suicide were selected by simple random sampling to the experimental group and the control group, 10 each. The experimental group received the empowerment program while the control group received routine psychosocial intervention. The coping ability assessment was measure as an outcome before and after the intervention and after one month follow up. Data was analyzed using descriptive statistics, covariance and one-way repeated measures ANOVA.

Result: The coping ability mean score in experimental group was significantly higher after receiving the program. ($\bar{X}_1 = 91.6$, $SD = 12.14$, $\bar{X}_2 = 107$, $SD = 11.8$, $\bar{X}_3 = 106.6$, $SD = 11.13$) and also significantly higher than those in the control group. ($\bar{X}_{\text{experimental}} = 106.6$, $SD = 11.13$, $\bar{X}_{\text{control}} = 99.5$, $SD = 15.29$). After 1 month follow-up, the average coping ability scores of experimental group were reduced compared with after intervention, but lesser than the control group (0.4 and 5.9, respectively).

Conclusion: Empowerment group program may increase coping ability in patients at risk of suicide. The program should be considered as an optional outpatient group therapy for patients at risk of suicide.

Key words: coping ability, empowerment group program, patients at risk of suicide

Corresponding author: Subin Sminoy; e-mail: sminoy@gmail.com

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปรากฏการณ์ทางพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนจากปัจจัยหลายประการ และยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะในสังคมหรือภูมิภาคใดในโลก องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าทั่วโลกมีคนฆ่าตัวตาย 804,000 คนต่อปี คิดเป็นอัตรา 11.4 ต่อแสนประชากร การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองในกลุ่มคนอายุระหว่าง 15 - 29 ปี และร้อยละ 79 เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงที่สุดคือกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวช (ร้อยละ 45) รองลงมาคือกลุ่มผู้ใช้สุราและสารเสพติด¹ จากรายงานสถานการณ์การทำร้ายตนเองในประเทศไทย ปี 2560 พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 13.8 และผู้ป่วยจิตเวชที่ทำร้ายตนเองมีความเสี่ยงที่จะทำร้ายตนเองซ้ำภายในหนึ่งปีสูงถึง 100 เท่า เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป² ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้า โรคจิตเภท วิตกกังวล มีประวัติฆ่าตัวตายมาก่อน ความผิดปกติของบุคลิกภาพ การใช้สารเสพติด อยู่ในครอบครัวที่ขาดความผูกพัน พ่อแม่มีประวัติเคยฆ่าตัวตาย ความรู้สึกด้อยค่า เหตุการณ์สำคัญในชีวิตที่นำมาสู่ความเครียดอย่างมาก และมีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม³

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ได้รับมอบหมายจากกรมสุขภาพจิตให้เป็นหน่วยงานที่เป็นเลิศด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ในระบบบริการของโรงพยาบาลฯ มีการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้รับบริการผู้ป่วยนอกทุกราย หากพบว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในทุกกระดับ แพทย์จะประเมินปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง และพิจารณาปรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน กรณีที่ผู้ป่วยไม่ยินยอมรับการรักษานในโรงพยาบาลและ/หรือญาติดูแลได้ จะได้รับการส่งต่อมารับการบำบัดทางจิตสังคมรายบุคคลแบบผู้ป่วยนอกที่ศูนย์จิตประภัสร์ โดยการบำบัดทางจิตสังคมที่มีการจัดบริการให้ ได้แก่ cognitive behavioral therapy (CBT), Satir's model, mindfulness-based therapy and counseling (MBTC), motivational

interviewing (MI) หรือ psycho-education จากการติดตามผลลัพธ์ในช่วง 3 ปี พบว่ามีผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 32.8 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 34.8 และ 74.1 ในปี 2561 และ 2563 ตามลำดับ และมีผู้รับบริการที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำกลับมารับบริการสูงถึงร้อยละ 14.4⁴ การพัฒนาการบำบัดทางจิตสังคมที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำเป็นช่องว่างหนึ่งในการพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลฯ ให้มีคุณภาพมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาที่พบว่า การบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม^{5,6} ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวันตลอดเวลาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นเหตุให้เกิดปัญหาหรือความเครียดของจิตใจ หากขาดความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ จะส่งผลให้การเผชิญปัญหาอย่างไม่เหมาะสม ไม่มีแนวทางในการแก้ปัญหา ปัญหาไม่คลี่คลาย หรือการปรับตัวไม่ได้ผล อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะการทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตายได้ การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นแนวคิดในการพัฒนาทักษะผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหา และสามารถควบคุมตนเองได้⁷ สอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson ว่าเป็นการพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเอง แก้ปัญหาด้วยตนเอง เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีอำนาจ สามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือวิถีชีวิตของตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต⁸

นอกจากการบำบัดรายบุคคลแล้ว กระบวนการกลุ่มในผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดความรู้สึกโดดเดี่ยวของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ด้วยการแบ่งปันประสบการณ์ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เพิ่มความนับถือตนเอง เป็นการสนับสนุนทางสังคมด้วยคนกลุ่มเดียวกัน

โดยที่ผู้บำบัดเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการเอื้ออำนวยให้สภาพแวดล้อมมีความปลอดภัย สนับสนุนให้สมาชิกแสดงออกทางอารมณ์ มีความสะดวกใจในการแบ่งปันประสบการณ์และมุมมองของสมาชิก รวมถึงการตระหนักถึงความปลอดภัยส่วนบุคคลจากการฆ่าตัวตาย ผู้นำกลุ่มควรเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญและได้รับการฝึกอบรมทางคลินิกที่เหมาะสม⁹

ในบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลฯ ผู้วิจัยจึงได้นำกระบวนการกลุ่มบำบัดมาใช้ร่วมกับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยมุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เสริมสร้างผู้ป่วยให้ตระหนักในตนเอง รวมถึงเสนอแนะวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม สร้างความรู้สึกเป็นสมาชิกของกลุ่ม สร้างเครือข่ายการสนับสนุนที่มั่นคง และสามารถระบุเป้าหมายความสำเร็จในอนาคตได้ งานวิจัยฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบผู้ป่วยนอกต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเปรียบเทียบความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ และเปรียบเทียบความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางจิตสังคมตามปกติ ทั้งนี้เพื่อนำไปพัฒนาระบบบริการจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิผลต่อไป

วิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบวัดก่อนและหลังการทดลอง และวัดซ้ำภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนอกที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่เข้ารับบริการ ณ ศูนย์จิตประภัสร์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างเดือน มิถุนายน - กรกฎาคม พ.ศ. 2562 เกณฑ์คัดเข้า คือ อายุระหว่าง 20 - 59 ปี มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (คะแนน MINI-SUICIDE 4 คะแนนขึ้นไป) มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี มีการได้ยินและสื่อสารได้ตามปกติ เกณฑ์คัดออก คือ มีอาการ

ทางจิตในระยาระหว่างการดำเนินโครงการ มีคะแนนการรับรู้พลังอำนาจก่อนการทดลองต่ำกว่า 60 ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามที่กำหนด และขอยุติการร่วมโครงการ จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power ค่า Effect size ขนาดใหญ่ = 0.4¹⁰ ค่า Alpha = .05 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ = .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 18 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 9 คนและกลุ่มควบคุม 9 คน ทั้งนี้เพื่อความเหมาะสมในการจัดกระบวนการกลุ่ม¹¹ และมีขนาดพอที่จะมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติ ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มเป็นกลุ่มละ 10 คน วิธีการสุ่มเลือกโดยการจับฉลากเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการบำบัดทางจิตสังคมตามปกติ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การตกลงบริการ การค้นหาปัญหา การระบุปัญหา การร่วมกันแก้ไขปัญหา การยุติบริการ และการติดตามผล

โปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson⁸ ร่วมกับกระบวนการบำบัดกลุ่มสำหรับวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย¹² ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม วิธีดำเนินการ และการประเมินผล โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และนักจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index; CVI) เท่ากับ .83 มีการปรับแก้หัวข้อกิจกรรมให้สัมพันธ์ต่อเนื้อเรื่องและวัตถุประสงค์ให้สอดคล้องในแต่ละขั้นตอน นำโปรแกรมฯ ที่แก้ไขแล้วไปทดสอบกับกลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ไม่ใช่กลุ่มทดลองจำนวน 10 คน พบว่ามีความเหมาะสมดี โปรแกรมฯ ดำเนินการแบบกลุ่มปิด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60 - 90 นาที จำนวน 4 ครั้ง ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพ การกำหนดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย และการค้นพบสภาพการณ์จริง ทั้งสภาพการตอบสนองด้านอารมณ์ การตอบสนองทางด้านสติปัญญา การรับรู้ และการตอบสนองทางพฤติกรรมตามสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง โดยสมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการ

แสดงความคิดเห็น และทำความเข้าใจกับประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายที่ถูกต้อง นำไปสู่การยอมรับเหตุการณ์ครั้งที่ 2 เป็นการพัฒนาความรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมตนเอง ด้วยการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มทบทวนสถานการณ์อย่างรอบคอบเพื่อตัดสินใจและจัดการกับปัญหาและการแสวงหาทางเลือกที่เหมาะสม ครั้งที่ 3 เป็นการตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง โดยผู้วิจัยสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ มุมมอง และข้อคิดเห็นต่าง ๆ ซึ่งกันและกัน เพื่อประกอบการตัดสินใจ ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะเรียนรู้ในการแก้ปัญหา เรียนรู้ในการคงพฤติกรรม สร้างความรู้สึกมีส่วนร่วม ส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจ ครั้งที่ 4 เป็นการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เป็นขั้นตอนที่สมาชิกกลุ่มปฏิบัติตามข้อผูกพัน หากพบปัญหาการปฏิบัติตามทางเลือก ผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มจะเสนอแนะข้อคิดเห็นในการแก้ไข และเมื่อประสบผลสำเร็จก็จะชมเชยให้กำลังใจ ใ้รู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถ และจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการแก้ปัญหา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประวัติการฆ่าตัวตาย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประวัติความพยายามฆ่าตัวตาย และ/หรือฆ่าตัวตายสำเร็จของสมาชิกในครอบครัว 2) แบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา ของ Jalowiec^{13,14} ประกอบด้วย 6 ด้าน รวม 40 ข้อ ได้แก่ การแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด การบรรเทาอารมณ์ตึงเครียด การใช้การประคับประคอง การพึ่งพาตนเอง การเผชิญหน้ากับปัญหา และการมองเหตุการณ์ในแง่ดี โดยมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 160 คะแนน คะแนนรวมที่สูงบ่งบอกถึงการใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาในรูปแบบดังกล่าวสูง ตรวจสอบความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่า = .92 และ 3) แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจแห่งตน¹⁵ ตามแนวคิดของ Gibson⁸ มีข้อคำถามรวม 25 ข้อ ประกอบด้วย การประเมินการรับรู้พลังอำนาจ 6 ด้าน คือ ด้านการรับรู้และ

เข้าใจปัญหาของตนเอง ด้านการรับรู้ศักยภาพของตนเองว่าเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ ด้านมีความหวังและกำลังใจ ด้านความสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ด้านการรู้จักแหล่งประโยชน์และสามารถใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด และด้านความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี มีมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คะแนนรวม 100 คะแนน แบ่งเป็น 3 ช่วงคะแนน คือ คะแนนน้อยกว่า 60 หมายถึงการรับรู้พลังอำนาจแห่งตนระดับต่ำ คะแนน 60 - 80 หมายถึงการรับรู้พลังอำนาจแห่งตนระดับปานกลาง และคะแนน 80 ขึ้นไป หมายถึงการรับรู้พลังอำนาจแห่งตนระดับดี โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมฯ ควรจะได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 60 คะแนน ถือว่าผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง หากไม่ผ่านเกณฑ์ผู้วิจัยจะต้องพิจารณาการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม การตรวจสอบความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .88 กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง ในกรณีที่อ่านหนังสือไม่คล่องพยาบาลที่เก็บข้อมูลเป็นผู้อ่านให้กลุ่มตัวอย่างตอบ โดยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาและประเมินการรับรู้พลังอำนาจแห่งตน ก่อนและหลังการทดลอง และเมื่อติดตาม 1 เดือน

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหา ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (analysis of covariance: ANCOVA) และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาก่อนทดลองและหลังการทดลอง และเมื่อติดตาม 1 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA)

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เลขที่ 007/2562 ลงวันที่ 25 มิถุนายน 2562

ผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 20 - 29 ปี ครึ่งหนึ่งมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายและอีกครึ่งหนึ่งมีความคิดหรือวางแผนฆ่าตัวตาย เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามตัวแปรลักษณะประชากรและความเสี่ยงการฆ่าตัวตายพบว่า ปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการฆ่าตัวตาย

และประวัติสมาชิกในครอบครัวฆ่าตัวตายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม กลุ่มทดลองพบว่ามีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายสูงกว่า กล่าวคือ มีประวัติลงมือฆ่าตัวตาย/พยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 70 และประวัติสมาชิกในครอบครัวฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 30 ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบเพียงร้อยละ 30 และร้อยละ 10 ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและความเสี่ยงการฆ่าตัวตายก่อนการทดลอง (n = 20)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 10)		กลุ่มควบคุม (n = 10)		p - value
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	
เพศ					.141 [†]
ชาย	1	10.0	5	50.0	
หญิง	9	90.0	5	50.0	
อายุ					N/A
20 - 39 ปี	9	90.0	9	90.0	
40 - 59 ปี	1	10.0	1	10.0	
สถานภาพสมรส					N/A
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	6	60.0	6	60.0	
คู่	4	40.0	4	40.0	
ระดับการศึกษา					.37 [†]
ต่ำกว่าปริญญาตรี	6	60.0	3	30.0	
ปริญญาตรี ขึ้นไป	4	40.0	7	70.0	
อาชีพ					.37 [†]
ว่างงาน/ไม่มีงานทำประจำ	6	60.0	3	30.0	
มีงานทำ	4	40.0	7	70.0	
ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย					.07 ^{††}
มีความคิด/วางแผน	3	30.0	7	70.0	
ลงมือฆ่าตัวตาย/พยายามฆ่าตัวตาย	7	70.0	3	30.0	
สมาชิกในครอบครัวมีคนที่ยกยอฆ่าตัวตายและ/หรือฆ่าตัวตายสำเร็จ หรือไม่					.58 [†]
มี	3	30.0	1	10.0	
ไม่มี/ไม่แน่ใจ	7	70.0	9	90.0	

[†] Fisher's exact test, ^{††} Chi-square test

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(1,17)} = 9.9, p\text{-value} = .006$) และเมื่อเปรียบเทียบค่าประมาณคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาหลังการทดลอง (marginal effect) พบว่าค่าประมาณคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}_{diff} = 11.3, 95\% \text{ CI of } \bar{X}_{diff} = 4.3 - 18.4, p\text{-value} = .002$) โดยมีขนาดผลกระทบส่วนย่อยของกลุ่มเท่ากับร้อยละ 37 ($\eta^2_{partial} = .37, 95\% \text{ CI} = .04 - .60$) แสดงดังตารางที่ 2

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง และเมื่อติดตาม 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการ one - way repeated measures ANOVA ผู้วิจัยได้ตรวจสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นด้วยวิธีการ Mauchly's test แต่ไม่ผ่านข้อตกลง (Mauchly's $W = .358, \text{Chi}^2 = 18.5, \text{df} = 2$ และ $p\text{-value} = .0001$) จึงพิจารณา ค่า $p\text{-value}$ ที่ได้จากวิธีการปรับค่า degree of freedom

โดยเลือกค่า $p\text{-value}$ ของวิธี Greenhouse - Geisser correction พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง และเมื่อติดตาม 1 เดือนหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ ($F_{(2,32)} = 7.32, p\text{-value} = .009$) โดยมีขนาดผลกระทบบางส่วน (partial η^2) เท่ากับ .28 แสดงดังตารางที่ 3

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหารายคู่ด้วยวิธีการปรับค่าของ Bonferroni พบว่าในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อติดตามหนึ่งเดือนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของจำนวนครั้งที่วัดซ้ำแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ก่อนและหลังการทดลอง ($\bar{X}_{diff} = 15.4, 95\% \text{ CI of } \bar{X}_{diff} = 8.73 - 22.07$ และ $p\text{-value} < .001$) และก่อนการทดลองและเมื่อติดตามหนึ่งเดือน ($\bar{X}_{diff} = 15, 95\% \text{ CI of } \bar{X}_{diff} = 8.33 - 21.67$ และ $p\text{-value} < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 4 และเมื่อติดตาม 1 เดือนพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาและคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจแห่งตนของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มลดลง ดังแผนภาพที่ 1

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหา ก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากการศึกษาความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

กลุ่ม	ก่อนทดลอง $\bar{X} \pm SD$	หลังทดลอง $\bar{X} \pm SD$	ผลการเปรียบเทียบ ANCOVA		ค่าประมาณหลังปรับตัวแปรร่วม				
			$F_{(df_{repeat}, df_{residual})}$	p - value	$\bar{X}_{adjusted}$	95% CI of $\bar{X}_{adjusted}$	\bar{X}_{diff}	95% CI of \bar{X}_{diff}	p - value
กลุ่มทดลอง (n = 10)	91.6 ± 12.1	107.0 ± 11.8	$F_{(1,17)} = 9.9$.006	108.9	103.6 - 114.2	11.3	4.3 - 18.4	.002*
กลุ่มควบคุม (n = 10)	96.8 ± 17.9	99.5 ± 15.3			97.6	92.3 - 102.9			

ในส่วนย่อย (ระหว่างกลุ่ม) : = 0.37 (95% CI = .04 - .60), = .33 (95% CI = 0 - .58)

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 ความแปรปรวนวัดซ้ำทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง และติดตามหนึ่งเดือน

ตัวแปรวัดซ้ำ ^a	กลุ่มควบคุม $\bar{X} \pm SD$	กลุ่มทดลอง $\bar{X} \pm SD$	Greenhouse - Geisser Correction		
			$F_{(df_{repeat}, df_{residual})}$	p - value	Effect size (partial η^2)
ครั้งที่ 1	96.8 ± 17.94	91.6 ± 12.14	$F_{(2,38)} = 7.32$.009**	.28
ครั้งที่ 2	99.5 ± 15.29	107.0 ± 11.77			
ครั้งที่ 3	93.2 ± 15.44	106.6 ± 11.13			

^a ครั้งที่ 1 หมายถึงก่อนการทดลอง, ครั้งที่ 2 หมายถึงหลังการทดลอง และครั้งที่ 3 หมายถึงติดตามหนึ่งเดือน

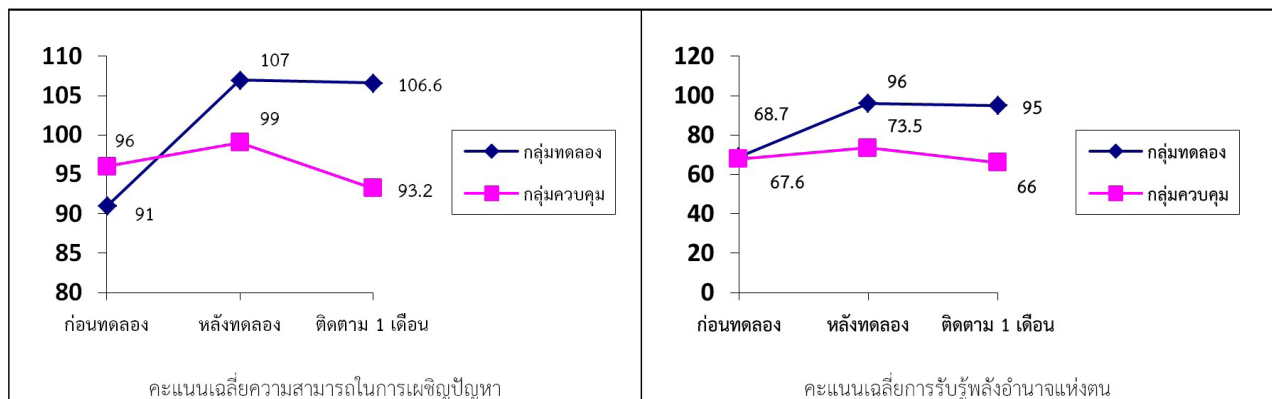
** มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหารายคู่ด้วยวิธีการปรับค่าของ Bonferroni

คู่ทดสอบ	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	\bar{X}_{diff}	95% CI of \bar{X}_{diff}	p - value	\bar{X}_{diff}	95% CI of \bar{X}_{diff}	p - value
ครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 2	2.7	3.97 - 9.37	.948	15.4	8.73 - 22.07	< .001**
ครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 3	3.6*	3.07 - 10.27	.551	15	8.33 - 21.67	< .001**
ครั้งที่ 2 กับ ครั้งที่ 3	6.3*	0.37 - 12.97	.069	0.4*	6.27 - 7.07	.986

* มีค่าติดลบ ซึ่งแสดงถึงขนาดที่ลดลง

** มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



แผนภาพที่ 1 แนวโน้มคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหา และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจแห่งตนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตาม 1 เดือน

วิจารณ์

จากการศึกษาใน กลุ่มตัวอย่างที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาสูงขึ้นและสูงกว่า กลุ่มที่ได้รับบริการจิตสังคมปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจและการเผชิญปัญหา เป็นกระบวนการที่สอดคล้องสัมพันธ์ ที่กระตุ้นให้บุคคลตอบสนองสิ่งที่เร้าภายในและภายนอก โดยเปลี่ยนแปลงความรู้ ความเข้าใจ อารมณ์ หรือพฤติกรรมเพื่อจัดการปัญหา¹⁶ ซึ่ง Gibson⁸ กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการส่งเสริม การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการ ตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเอง และ Woodall¹⁷ กล่าวถึงการเสริมพลังอำนาจว่าเป็นการเพิ่มขีดความสามารถส่วนบุคคล ให้เกิดความรู้สึกมั่นใจ ความรู้สึกมีคุณค่า และความภาคภูมิใจในตนเอง ในการพัฒนาหลักการเผชิญปัญหาที่นำไปสู่ทักษะการตัดสินใจ การควบคุมชีวิตของตนเอง ประสิทธิภาพโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจมีแนวโน้ม ในการสร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพให้ดีขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยฆ่าตัวตายของ วราภรณ์ ประทีปธีรานันต์ ที่พบว่าผู้ที่มีความเสี่ยงฯ มีความคิดด้านบวกเพิ่มขึ้น เชื่อมั่น และเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น สามารถเผชิญปัญหาอย่างมีเหตุมีผล มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้น ดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ไม่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำอีก⁶ จึงอาจกล่าวได้ว่า โปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจมีประสิทธิภาพต่อความสามารถ ในการเผชิญปัญหา

ส่วนกระบวนการกลุ่มบำบัด เป็นหนึ่งในวิธีที่ได้ผลในผู้ป่วยจิตเวชและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยเป็นการเสริมสร้างความหวัง เสริมสร้างพลังสุขภาพจิตให้เข้มแข็ง เสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง ช่วยให้เห็นคุณค่าในตัวเองมากขึ้น ลดอารมณ์ซึมเศร้า ลดความรู้สึกวิตกกังวล ช่วยให้ปรับตัวต่อความเครียด ลดความรู้สึกแยกตัว ลดความรู้สึกเป็นตราบบ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์และสามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น¹⁸⁻²² นอกจากนั้นยังพบว่า

การบำบัดด้วยกลุ่มในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะการแก้ปัญหา ลดภาวะซึมเศร้า ลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และลดการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในได้²³ กลุ่มบำบัดที่ทำให้เกิดประสิทธิผลนั้นประกอบด้วยส่วนเนื้อหา ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย รูปแบบการเผชิญปัญหาเดิมของแต่ละคน ผลกระทบที่เกิดจากการแบบเผชิญปัญหาเดิม การพิจารณาเลือกวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม การสร้างพื้นที่ปลอดภัย แผนการเผชิญปัญหา วิธีจัดการอารมณ์และความคิดด้านลบ สู่อารมณ์ด้านบวก และความรู้สึกต่อตนเองในการฟื้นฟูอุปสรรคชีวิต ส่วนกระบวนการ ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ทั้งนี้ ผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้ที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัดเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวผู้ป่วย โดยผ่านปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม²⁴ เกิดสัมพันธภาพที่ดี มีสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย มีการยอมรับกัน เกิดความไว้วางใจกันและกัน มีบรรยากาศในการแบ่งปันประสบการณ์และมุมมอง มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ให้กำลังใจกัน แสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการปรับปรุงวิธีการเผชิญปัญหาในแต่ละคน²⁵ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงภายในนี้ Yalom เรียกว่า ปัจจัยบำบัด²⁶ ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเมื่อเข้าร่วมกลุ่มจะเห็นว่าสมาชิกคนอื่นก็มีปัญหาเช่นเดียวกับตน และตนไม่ได้เป็นผู้ที่มีปัญหาอยู่เพียงคนเดียว รับรู้ว่าเป็นพวกเดียวกัน สามารถบอกกับผู้อื่นให้รับรู้ได้ไม่ใช่เรื่องน่าอับอาย การมีความหวังเมื่อเห็นสมาชิกในกลุ่มเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น มีเป้าหมายอันเดียวกัน เกิดความตระหนักในการเอาชนะปัญหา การได้รับข้อมูลต่าง ๆ จากการแลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์ ข้อเสนอแนะซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหา ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองที่ให้คำแนะนำแก่เพื่อนสมาชิกในการแก้ปัญหาที่ตนเองเคยประสบมาก่อน การพัฒนาทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกภายใต้บรรยากาศของการยอมรับ การสนับสนุนและรับฟังความคิดเห็นของสมาชิกทำให้เกิดความมั่นใจมากยิ่งขึ้น ปัจจัยเหล่านี้มีความสำคัญที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม สอดคล้องกับ Spears²⁷ พบว่ากระบวนการกลุ่มมีประสิทธิภาพ

ในการป้องกันการฆ่าตัวตาย สามารถลดความรู้สึกโดดเดี่ยวของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีการแบ่งปันประสบการณ์และวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เป็นการสนับสนุนทางสังคมด้วยคนกลุ่มเดียวกัน เช่นเดียวกับ Corey และ Sockalingamm ว่าเป็นวิธีการบำบัดที่สามารถเพิ่มความรู้สึกการมีตัวตน มีความเฉพาะเจาะจงในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ^{9,24}

อย่างไรก็ตาม เมื่อติดตามหนึ่งเดือนพบว่าความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอาจลดลงเมื่อเวลาผ่านไป แต่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มการเสริมพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาลดลงน้อยกว่าการให้จิตสังคมบำบัด (0.4 และ 5.9 ตามลำดับ) ทั้งนี้ Lazarus and Folkman²⁸ ได้กล่าวถึงความพยายามทางปัญญาและพฤติกรรมของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดยั้งเพื่อจะจัดการกับปัญหา ทั้งจากภายนอกและภายในตนเองที่บุคคลประเมินว่าถูกคุกคามหรือเกินกว่าความสามารถที่ตนจะรับได้ กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากการศึกษานี้ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนที่เปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวันตลอดเวลาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เช่นกัน จนก่อให้เกิดปัญหาหรือความเครียดของจิตใจ และความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจึงอาจลดลงได้เมื่อเวลาผ่านไป Spears เสนอว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถยกระดับความสามารถใน

การเผชิญปัญหาได้เป็นระยะ โดยอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญ และได้รับการฝึกอบรมทางคลินิกที่เหมาะสม²⁷

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อย และระยะเวลาการติดตามสั้น ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายที่เข้าร่วมวิจัยอาจมีวินิจฉัยโรค ความรุนแรงของโรคและการรักษาด้วยยาที่แตกต่างกัน จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องและติดตามผลระยะยาว รวมทั้งศึกษาผลลัพธ์โดยตรงต่อความเสี่ยงการฆ่าตัวตายเพิ่มเติม

สรุป

กลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นโปรแกรมที่ช่วยให้ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีความสามารถในการเผชิญปัญหาดีขึ้น อาจพิจารณาให้เป็นกลุ่มบำบัดทางเลือกในระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแบบผู้ป่วยนอกต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่สนับสนุนงบประมาณในการวิจัย นายแพทย์ศักรินทร์ แก้วเอ็นางานิชฐา สนเทห์ และนางกานดา ผาวงค์ ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และ รศ.ดร.พงษ์เดช สารการ ที่ให้คำปรึกษาด้านระเบียบวิธีวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลและการรายงานผลการวิจัย

ความรู้เดิม : กลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ช่วยเพิ่มศักยภาพผู้ป่วยในการควบคุมกำกับการดำเนินชีวิตตนเอง ให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

ความรู้ใหม่ : โปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจมีประสิทธิภาพต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา ของผู้ที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ความจริงว่าตนสามารถตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง ควบคุมชีวิตของตนเอง และปัญหาต่าง ๆ ได้

การนำไปใช้ประโยชน์ : โปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบผู้ป่วยนอก อาจเป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดกลุ่มผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Mental health: suicide data [internet]. Geneva: World Health Organization; [cited 2018 May 18]. Available from: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
- กรมสุขภาพจิต. รายงานจำนวนการฆ่าตัวตายของประเทศไทย 2560 [GIS Report 2560] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2562 [สืบค้นเมื่อวันที่ 13 ธ.ค. 2561]. จาก: <https://dmh.go.th/report/map/>.
- สุพัตรา สุขาวท, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. ปัจจัยเสี่ยงและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น: การทบทวนวรรณกรรมเชิงลึก [Risk factor and suicide theory associated with suicide in adolescents: a narrative reviews]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2560;62;359-78.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานประจำปี 2561 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ [Annual report 2018, Khon Kaen Rajanagarindra psychiatric hospital]. ขอนแก่น: โรงพยาบาล; 2561.
- Lindsay A. Bornheimer, Anao Zhang, Juliann Li, Matthew Hiller, Nicholas Tarrier. Effectiveness of suicide-focused psychosocial interventions in psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Services*. 2020;7:829-38. doi:10.1176/appi.ps.201900487.
- วราภรณ์ ประทีปธีรานันต์. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตาย [The effect of empowerment program on coping ability of suicidal attempters] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
- Englert C, Bertrams A, Dickhauser O. Dispositional self-control capacity and trait anxiety as relates to coping styles. *Psychology*. 2011;2:598-604. doi:10.4236/psych.2011.26092.
- Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *J Adv Nurs*. 1995;21:1201-10. doi:10.1046/j.1365-2648.1995.21061201.x.
- Corey G. Theory and practice of group counseling. 8th ed. Australia: Thomson & Brooks/Cole; 2010.
- นิพัทธ์พนธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาตร์เพ็ชร, ญาณานาอารักษ์. การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER [Sample size calculation using G*POWER program]. วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ. 2019;5:496-507.
- ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์, รณชัย คงสกนธ์. กลุ่มจิตบำบัดสำหรับคนไข้ใน [Inpatient group psychotherapy]. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์; 2542.
- Seaborg M. A Manual of counsellors: group therapy for post-crisis suicidal adolescent clients. Alberta CA: Athabasca University; 2011.
- Jalowiec A, Murphy SP, Powers MJ. Psychometric assessment of the Jalowiec coping scale. *Nurs Res*. 1984;33:157-61. PMID:6563533.
- Akey TM, Marquis JO, Ross ME. Validation of scores on the psychological empowerment scale: a measure of empowerment for parents of children with a disability. *Educational & Psychological Measurement*. 2000;60:419-38. doi:10.1177/00131640021970637.
- Galanakis M, Tsoi S, Darviri C. The effects of patient empowerment scale in chronic diseases. *Psychology*. 2016;7:1369-90. doi:10.4236/psych.2016.711138.
- Gutierrez, Lorraine M. Beyond Coping: An empowerment perspective on stressful life events. *J Sociol Soc Welf*. 1994;21(3):201-19. Available from: <https://scholarworks.wmich.edu/jssw/vol21/iss3/13>
- Woodall J, Raine G, South J, Warwick-Booth L. Empowerment & health and well-being: evidence review [Project Report]. UK: Centre for Health Promotion Research, Leeds Metropolitan University; 2010.

18. Marmarosh CL, Tasca GA. Adult attachment anxiety: using group therapy to promote change. *J Clin Psychol.* 2013;69:1172-82. doi:10.1002/jclp.22044.
19. Williams B. Group therapy: a natural opportunity for support. *Practice Nursing.* 2014;25:190-4. doi:10.12968/pnur.2014.25.4.190.
20. กรรณิการ์ ผ่องโต. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย [The effect of the resilience enhancement programe on suicidal ideation in suicidal attempter] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
21. Choi NG, Marti CN, Conwell Y. Effect of problem-solving therapy on depressed low-income homebound old adults' death/suicidal ideation and hopelessness. *Suicide Life Threat Behav.* 2016;46:323-36. doi:10.1111/sltb.12195.
22. ธวัชชัย พลละศักดิ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, รัชนิกร อุปเสน. ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า [The effect of the problem solving therapy program on depression of patients with major depressive disorder]. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.* 2560;31:60-74.
23. สุวดี ศรีวิเศษ, วัชนี หัตถพนม, สายชล ยุบลพันธ์, สโรชา บางแสง, อิงคภา โคตนารา. กลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย [Problem solving therapy group in patients with depressive symptoms and suicidal risk]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 2556;21(2):98-109.
24. Sockalingamm S, Flett H, Bergmans Y. A pilot study in suicide intervention training using a group intervention for patients with recurrent suicide attempts. *Acad Psychiatry.* 2010;34:132-5. doi:10.1176/appi.ap.34.2.132.
25. Crespi TD. Group counselling in the schools: Legal, ethical, and treatment issues in school practice. *Psychology in the schools.* 2009;46:273-80. doi:10.1002/pits.20373.
26. Yalom ID, Moly L. The theory and practice of group psychotherapy. 5th ed. New York: Basic Books, Inc.; 2005.
27. Spears AP, Sullivan SR, Goodman M, Peters J. The efficacy of groups in preventing suicide: Is contagion a concern of the past?. *Int Clin Med.* 2019;3:1-2. doi:10.15761/ICM.1000153.
28. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องและผู้ดูแล ในโรงพยาบาลสงขลา

วันรับ : 20 เมษายน 2563

วันแก้ไข : 1 มีนาคม 2564

วันตอบรับ : 3 มีนาคม 2564

สังวาลย์ พงษ์ศรี, วท.บ.¹

กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์, พร.ด.²

กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต¹

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องและผู้ดูแลในโรงพยาบาลสงขลา

วิธีการ : ศึกษาเชิงพรรณนาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องและผู้ดูแลหลัก (จับเป็นคู่) ในโรงพยาบาลสงขลา จำนวน 31 คู่ คัดเลือกด้วยวิธีสุ่มแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck depression inventory II: BDI-II Thai version) จำนวน 21 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วยสถิติเชิงอนุมาน Independent sample t-test และ Pearson's chi-squared test

ผล : ผู้ป่วยล้างไตช่องท้องพบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35.5 (95% CI = 0.19 - 0.54) สูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ที่พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 25.8 (95% CI = 0.11 - 0.44) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ สถานะความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ และโรคประจำตัวของผู้ป่วย

สรุป : ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตหนึ่งที่สำคัญทั้งในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องและผู้ดูแล ดังนั้น กระบวนการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ควรมีการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแล และหาแนวทางการป้องกันดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแล ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง

ติดต่อผู้พิมพ์ : สังวาลย์ พงษ์ศรี; e-mail: Sangwan_pong@hotmail.com

Original article

Prevalence and factors associated with depression among peritoneal dialysis patients and their caregivers at Songkhla hospital

Received : 20 April 2020

Revised : 1 March 2021

Accepted : 3 March 2021

Sangwan Pongsorn, B.Sc.¹

Krit Pongpirul, Ph.D.²

Division of Mental Health Promotion and Development, Department of Mental Health¹
Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University²

Abstract

Objective: To study the prevalence and the factors associated with depression among peritoneal dialysis patients and their caregivers at Songkhla hospital.

Methods: This was a descriptive study enrolled 31 pairs samples of peritoneal dialysis patients and their caregivers at Songkhla hospital. using a systematic random sampling method. Beck Depression Inventory-II (BDI-II Thai Version) with 21 items was used to assess symptoms of depression. The data was analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, and mean and inferential statistics, Independent sample t-test and Pearson's Chi-Squared test for the association factors.

Results: The prevalence of depression in the peritoneal dialysis patients was 35.5% (95% CI = 0.19 - 0.54), higher than their caregiver which was 25.8% (95% CI = 0.11 - 0.44). Factor significantly associated with depression in the caregiver was family status with the patients whereas factors associated with depression in the patient were gender and comorbidities.

Conclusion: Depression is one of significant mental health problem among peritoneal dialysis patients and their caregivers. The peritoneal dialysis should be consider the depression surveillance system for the patients and their caregiver and provide proper management.

Keywords: caregivers, depression, peritoneal dialysis patients

Corresponding author: Sangwan Pongsorn; e-mail: Sangwan_pong@hotmail.com

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease; CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขและภาวะโรคที่สำคัญทั่วโลก สำหรับประเทศไทยพบว่าอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกับหลายประเทศ โดยในปี 2550 ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ (incidence) ของโรคไตเรื้อรังเท่ากับ 68.35 คนต่อประชากรหนึ่งล้านคน และเพิ่มขึ้นเป็น 317.71 คนต่อประชากรหนึ่งล้านคนในปี 2558 สำหรับความชุก (prevalence) ของโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกัน โดยในปี 2542 ประเทศไทยมีความชุกของโรคไตเรื้อรังเท่ากับ 78.9 คนต่อประชากรหนึ่งล้านคน และในปี 2558 เพิ่มขึ้นเป็น 1,306.6 คนต่อประชากรหนึ่งล้านคน¹ แสดงให้เห็นแนวโน้มของโรคไตเรื้อรังที่เพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ

การรักษาโรคไตเรื้อรังต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีการรักษาหลายวิธี เช่น การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (kidney transplantation) ซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุดแต่มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง วิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไตเทียม (hemodialysis; HD)² และการล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis; PD) โดยการล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกในการรักษาที่ถูกใช้อย่างแพร่หลายในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เนื่องจากมีต้นทุนค่าใช้จ่ายต่ำกว่า ผู้ป่วยสามารถล้างไตเองได้ที่บ้าน ไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลบ่อยครั้ง และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันสะดวกกว่า³ ในประเทศไทยมีผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องทั่วประเทศ ถึง 24,244 ราย¹ อย่างไรก็ตาม การล้างไตทางช่องท้องส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม และผลกระทบต่อผู้ดูแลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากผู้ดูแลและผู้ป่วยต้องรับผิดชอบในการทำหัตถการซึ่งมีขั้นตอนยุ่งยาก ซับซ้อน⁴ รวมทั้งเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเยื่อช่องท้อง⁵ นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังต้องดูแลกิจวัตรประจำวันส่วนใหญ่ของผู้ป่วย ซึ่งมีผลกระทบไปถึงเวลาส่วนตัวและการเข้าสังคมของผู้ดูแลเอง อาจก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า⁶ ทั้งนี้ ผลกระทบทางจิตใจดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีตามมาด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งต่างประเทศและในประเทศ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องได้ตั้งแต่ร้อยละ 10.5 - 69.2⁷⁻¹² ขึ้นอยู่กับข้อมูลเฉพาะของแต่ละการศึกษา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ได้แก่ สถานภาพสมรส อายุ รายได้ การมีญาติผู้ดูแลในการล้างไตทางช่องท้อง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะโรคร่วม สถานภาพการทำงาน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า^{7,8,12} ในขณะที่การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องยังมีจำกัด แต่มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ใกล้เคียง เช่น ภาวะสมองเสื่อม โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ระดับการศึกษา การมีรายได้ของผู้ดูแล ความพอเพียงของค่าใช้จ่าย ปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้ดูแล โรคประจำตัวของผู้ดูแล และความสัมพันธ์กับญาติของผู้ป่วยกับผู้ดูแล^{13,14}

ในประเทศไทยมีการศึกษาวิจัยภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลและผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องของประเทศไทย โดยคัดเลือกจากประชากรกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง จาก 22 โรงพยาบาลทั่วประเทศไทย แม้ว่าในภาคใต้จะมีผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องเป็นอันดับ 4 ของประเทศ คือ 3,225 ราย (คิดเป็นร้อยละ 13.3) แต่เนื่องจากภาคใต้มีลักษณะทางวัฒนธรรม การสนับสนุนทางสังคม และบริบทพื้นที่แตกต่างจากภูมิภาคอื่น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องและผู้ดูแลหลักของโรงพยาบาลในภาคใต้ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลสงขลา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการ Peritoneal dialysis outcomes and practice patterns study Thailand; PDOPPS Thailand เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนเชิงรุกป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลและผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในพื้นที่ต่อไป

วิธีการ

การศึกษานี้คัดเลือกประชากรกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องของโครงการ PDOPPS Thailand จำนวน 1,100 คน จาก 22 โรงพยาบาลทั่วประเทศไทย

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนของประชากร หลังจากนั้นทำการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified sampling) จากทั้ง 4 ภาค ได้ 10 โรงพยาบาล จำนวน 280 ราย เฉลี่ยโรงพยาบาลละ 28 ราย สุ่มเลือกผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องจากแต่ละโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีประชากรเป้าหมายประมาณ 50 ราย ในส่วนของภาคใต้มี 1 โรงพยาบาล คือโรงพยาบาลสงขลา กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง 2) อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป 3) สามารถพูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ 4) มีผู้ดูแลหลักตามนิยามที่กำหนด และกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลที่จับคู่กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยตามนิยามที่กำหนด กล่าวคือ เป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือญาติที่อยู่อาศัยร่วมกับผู้ป่วยหรือพักอาศัยอยู่ใกล้เคียงในช่วงที่ดูแลผู้ป่วยและเป็นผู้ทำหน้าที่รับผิดชอบหลักในการดูแล โดยไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล 2) อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป 3) สามารถพูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ โดยทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักทั้งคู่ต้องสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและสมัครใจเข้าร่วม สุ่มตัวอย่างโดยนำรายชื่อผู้ป่วยมาเรียงลำดับและกำหนดลำดับเลขกำกับเรียงตามพยัญชนะรายชื่อผู้ป่วย (sampling frame) คำนวณช่วงของการสุ่ม โดยใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างหารด้วยจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ($28/50 = 0.56$ กำหนดเป็น 1) ตัวอย่างเริ่มต้นสุ่มแบบมีระบบด้วยวิธีการจับฉลาก แล้วนับหน่วยของตัวอย่างไปตามช่วงของการสุ่มเท่ากับ 1 จนได้ผู้ป่วยครบ 28 ราย พร้อมด้วยผู้ดูแลผู้ป่วยหลักต่อผู้ป่วย 1 คน ให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่จะเก็บข้อมูล จำนวน 28 คู่

ในการเก็บข้อมูลในพื้นที่จริงได้เพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 31 คู่ เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลและการขอยกเลิกระหว่างศึกษา สามารถนำมาวิเคราะห์ได้จริง 31 คู่ เป็นผู้ดูแล 31 ราย ผู้ป่วย 31 ราย ที่จับคู่กัน ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2562 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 โดย

เจ้าหน้าที่พยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องของโรงพยาบาลสงขลาที่ร่วมอยู่ในทีมงานเป็นผู้รวบรวมแบบสอบถามระหว่างที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลมารับบริการตามแพทย์นัด ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 10 - 20 นาที เครื่องมือประกอบด้วย 1) *ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป*

เป็นของผู้ดูแลและผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ โรคประจำตัวร่วม ระยะเวลาการล้างไตทางช่องท้องตั้งแต่เริ่มล้างไตทางช่องท้อง ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ดูแล สถานภาพของผู้ดูแล ความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแล จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มล้างไตทางช่องท้อง 2) *แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม* พัฒนาและดัดแปลงจากแบบสอบถามของ Schaefer¹⁵ โดย พิรพนธ์ ลีบุญธวัชชัย และอรพรรณ ลีบุญธวัชชัย¹⁶ ประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ 7 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร 4 ข้อ และด้านทรัพยากรและวัตถุ 5 ข้อ ในแต่ละข้อย่อยมีคะแนน 1 - 5 เรียงตามการสนับสนุนทางสังคมจากน้อยไปมาก คะแนนรวมทั้งหมดไม่เกิน 80 คะแนน แปลผลโดยการนำคะแนนทุกด้านมารวมกัน ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมน้อย คือ คะแนนรวมที่น้อยกว่าค่าเฉลี่ย-ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คือ คะแนนรวมอยู่ระหว่างค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการสนับสนุนทางสังคมมากคือ คะแนนรวมที่มากกว่าค่าเฉลี่ย+ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เครื่องมือนี้มีความเที่ยงและความเชื่อมั่นที่ดี ค่า Cronbach's alpha coefficient = 0.91 และ 3) *แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck depression inventory II, BDI-II Thai version)* เป็นแบบสอบถามประเมินด้วยตนเอง ใช้วัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า แปลและพัฒนาโดย นันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ นำคะแนนทุกข้อมารวมกันโดยแต่ละข้อมีคะแนน 0 - 3 คะแนน เทียบความรุนแรงตามค่าคะแนนระดับคะแนน 0 - 13 มีภาวะ minimal depression 14 - 19 มีภาวะ mild depression 20 - 28 มีภาวะ moderate depression และ 29 - 63 มีภาวะ severe depression เครื่องมือนี้ต้นฉบับ

พัฒนาโดย Beck และคณะ มีความแม่นยำและความน่าเชื่อถือ อยู่ในเกณฑ์ดีมี Cronbach's coefficient alpha ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบวัดที่ 0.91 และค่า Spearman's correlation coefficient ที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด BDI-II กับ HRSD เท่ากับ 0.71¹⁷

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรม Stata version 16 วิเคราะห์ข้อมูลเป็น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้สถิติ Independent sample t-test, Pearson's chi-squared test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การศึกษานี้ได้รับการยินยอมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย COA NO.678/2019 IRB No. 262/62 และโรงพยาบาลสงขลา SKH IRB 2019-Md-03-120112019-Md-O3-12011

ผล

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องมีอายุเฉลี่ย 51.4 ± 13.7 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและมีโรคประจำตัวร่วม ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มล้างไตทางช่องท้องของผู้ป่วยเฉลี่ย 29.4 เดือน ส่วนกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง อายุเฉลี่ย 42.6 ± 11.4 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุต่ำกว่า 50 ปี ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป สถานภาพสมรส มีรายได้เพียงพอ ไม่มีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบุตรหรือในฐานะสามี/ภรรยา และได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 9.5 ชั่วโมงต่อวัน และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นล้างไตทางช่องท้องเฉลี่ย 27.6 เดือน แสดงดังตารางที่ 1

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องสูงกว่าผู้ดูแล (10.3 ± 7.8 และ 8.5 ± 7.8 คะแนน ตามลำดับ) และภาวะซึมเศร้าระดับน้อยขึ้นไปของผู้ป่วยสูงกว่าผู้ดูแล (ร้อยละ 35.5 และร้อยละ 25.8 ตามลำดับ) แสดงดังตารางที่ 2

สถานะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P = .04) ส่วนเพศ และโรคประจำตัวร่วมของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P = .01 และ .02 ตามลำดับ) แสดงดังตารางที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการดูแล ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มล้างช่องท้อง และจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวันของผู้ดูแล ไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แสดงดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ดูแล (n = 31)		ผู้ป่วย (n = 31)	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	11	35.5	13	42.0
หญิง	20	64.5	18	58.0
อายุ mean ± SD (min, max)	42.6 ± 11.4 ปี (19 ปี, 65 ปี)		51.4 ± 13.7 ปี (21 ปี, 74 ปี)	
ต่ำกว่า 50 ปี	22	71.0	13	42.0
50 ปีขึ้นไป	9	29.0	18	58.0
อาชีพ				
งานบ้าน	5	16.1	7	22.6
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	9.7	8	25.8
รับจ้างทั่วไป	11	35.5	2	6.5
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	3	9.7	4	12.9

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยลำไ้ทางช่องท้อง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ดูแล (n = 31)		ผู้ป่วย (n = 31)	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อาชีพ (ต่อ)				
เกษตรกร	6	19.3	9	29.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	3.2	1	3.2
พนักงานบริษัทเอกชน	2	6.5	-	-
โรคประจำตัวร่วม				
ไม่มี	27	87.1	7	22.6
มี	4	12.9	24	77.4
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				
เป็นสามี/ภรรยา	11	35.5	-	-
เป็นพ่อ/แม่ของผู้ป่วย	1	3.2	-	-
เป็นที่น้องของผู้ป่วย	3	9.7	-	-
เป็นญาติของผู้ป่วย	5	16.1	-	-
เป็นบุตรของผู้ป่วย	11	35.5	-	-
สถานภาพผู้ดูแล				
โสด	14	45.2	-	-
สมรส	16	51.6	-	-
หม้าย/หย่า/แยก	1	3.2	-	-
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอ	17	54.8	-	-
ไม่เพียงพอ	14	45.2	-	-
จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน				
mean ± SD (min, max)	9.5 ± 6.3 ชม. (1 ชม., 20 ชม.)		-	
ระยะเวลา				
	เริ่มดูแลผู้ป่วยลำไ้ทางช่องท้อง		ผู้ป่วยเริ่มลำไ้ทางช่องท้อง	
mean ± SD (min, max)	27.6 ± 25.2 ปี (2 เดือน, 102 เดือน)		29.4 ± 26 เดือน (2 เดือน, 102 เดือน)	
ต่ำกว่า 12 เดือน	7	22.6	6	19.4
ตั้งแต่ 12 - 60 เดือน	21	67.7	21	67.7
มากกว่า 60 เดือนขึ้นไป	3	9.7	4	12.9
การสนับสนุนทางสังคม				
mean ± SD (min, max)	57.1 ± 11.1 (35, 80)		-	
น้อย (< 46 คะแนน)	4	12.9	-	-
ปานกลาง (46 - 68.2 คะแนน)	22	70.9	-	-
มาก (> 68.2 คะแนน)	5	16.2	-	-

ตารางที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลและผู้ป่วย

ภาวะซึมเศร้า (BDI-II)	ผู้ดูแล (n = 31)		ผู้ป่วย (n = 31)	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
คะแนน mean ± SD (min, max)	8.5 ± 7.8 (2, 25)		10.3 ± 7.8 (2, 29)	
มีภาวะ minimal depression (คะแนน 0 - 13)	23	74.2	20	64.5
มีภาวะ mild depression (คะแนน 14 - 19)	4	12.9	7	22.6
มีภาวะ moderate depression (คะแนน 20 - 28)	4	12.9	3	9.7
มีภาวะ severe depression (คะแนน 29 - 63)	0	0.0	1	3.2

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าผู้ดูแลโดยใช้สถิติ Pearson’s chi-squared test

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้าผู้ดูแล		ภาวะซึมเศร้าผู้ป่วย		X ²	p-value*
	มี (n = 8)	ไม่มี (n = 23)	มี (n = 11)	ไม่มี (n = 20)		
	ราย (ร้อยละ)	ราย (ร้อยละ)	ราย (ร้อยละ)	ราย (ร้อยละ)		
เพศ						
ชาย	1 (12.5)	10 (43.5)	8 (72.7)	5 (25.0)	2.49 ^a	.12
หญิง	7 (87.5)	13 (56.5)	3 (27.3)	15 (75.0)	6.64 ^b	.01*
ช่วงอายุ						
ต่ำกว่า 50 ปี	4 (50.0)	18 (78.3)	8 (72.7)	14 (70.0)	2.03 ^a	.13
50 ปีขึ้นไป	4 (50.0)	5 (21.7)	3 (27.3)	6 (30.0)	0.03 ^b	.87
อาชีพ						
งานบ้าน	4 (50.0)	1 (4.4)	2 (18.2)	5 (25.0)	11.31 ^a	.08
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	0 (0.0)	3 (13)	2 (18.2)	6 (30.0)	6.19 ^b	.28
รับจ้างทั่วไป	2 (25.0)	9 (39.1)	0 (0.0)	2 (10.0)	-	-
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	0 (0.0)	3 (13.0)	1 (9.1)	3 (15.0)	-	-
เกษตรกร	1 (12.5)	5 (21.7)	6 (54.5)	3 (15.0)	-	-
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0 (0.0)	1 (4.4)	0 (0.0)	1 (5.0)	-	-
พนักงานบริษัทเอกชน	1 (12.5)	1 (4.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	-
โรคประจำตัวรวม						
ไม่มี	6 (75.0)	21 (91.3)	5 (45.5)	2 (10.0)	1.40 ^a	.24
มี	2 (25.0)	2 (8.7)	6 (54.5)	18 (90.0)	5.10 ^b	.02*
สถานะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย						
เป็นสามี/ภรรยา	4 (50.0)	7 (30.4)	-	-	7.96 ^a	.04*
เป็นพ่อ/แม่ของผู้ป่วย	0 (0.0)	1 (4.4)	-	-	-	-
เป็นพี่น้องของผู้ป่วย	1 (12.5)	2 (8.7)	-	-	-	-

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าผู้ดูแลโดยใช้สถิติ Pearson's chi-squared test (ต่อ)

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้าผู้ดูแล		ภาวะซึมเศร้าผู้ป่วย		X ²	p-value*
	มี (n = 8)	ไม่มี (n = 23)	มี (n = 11)	ไม่มี (n = 20)		
	ราย (ร้อยละ)	ราย (ร้อยละ)	ราย (ร้อยละ)	ราย (ร้อยละ)		
สถานะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (ต่อ)						
เป็นญาติของผู้ป่วย	3 (37.5)	2 (8.7)	-	-	-	-
เป็นบุตรของผู้ป่วย	0 (0.0)	11 (47.8)	-	-	-	-
สถานภาพผู้ดูแล						
โสด	2 (25.0)	12 (52.2)	-	-	2.46 ^a	.29
สมรส	6 (75.0)	10 (43.5)	-	-	-	-
หม้าย/หย่า/แยก	0 (0.0)	1 (4.3)	-	-	-	-
ความเพียงพอของรายได้ผู้ดูแล						
เพียงพอ	5 (62.5)	12 (52.2)	-	-	2.26 ^a	.61
ไม่เพียงพอ	3 (37.5)	11 (47.8)	-	-	-	-
ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มล้างไตทางช่องท้องของผู้ดูแล						
ต่ำกว่า 12 เดือน	2 (25.0)	12 (52.2)	1 (9.1)	5 (25.0)	2.46 ^a	.29
ตั้งแต่ 12 - 60 เดือน	6 (75.0)	10 (43.5)	9 (81.8)	12 (60.0)	1.61 ^b	.54
มากกว่า 60 เดือนขึ้นไป	0 (0.0)	1 (4.3)	1 (9.1)	3 (15.0)	-	-
การสนับสนุนทางสังคม						
น้อย	1 (12.5)	3 (13.1)	-	-	2.16 ^a	.34
ปานกลาง	7 (87.5)	15 (65.2)	-	-	-	-
สูง	0 (0.0)	5 (21.7)	-	-	-	-

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .05, ^a ค่า Pearson's chi-squared ของผู้ดูแล, ^b ค่า Pearson's chi-squared ของผู้ป่วย

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าผู้ดูแลโดยใช้สถิติ Independent sample t-test

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้าผู้ดูแล				t-value	df	p-value*
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า				
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน			
จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยต่อวันของผู้ดูแล	10.0	1.4	7.9	1.6	1.01	19	.32

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .05

วิจารณ์

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลและผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง : การศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลและผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องมีความชุกของภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (mild depression) ขึ้นไปร้อยละ 25.8 ถือว่าสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ดังเช่นการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมของชองคินัวต ศศิภิญโญ¹⁵ ที่พบภาวะซึมเศร้าในได้ร้อยละ 15.9 และการศึกษาของบุชรา หิรัญสาโรจน ที่พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 19.7¹⁴ ในการใช้มาตรวัดเดียวกัน แม้ว่าภาวะสมองเสื่อมจะส่งผลต่อการรู้คิด การตัดสินใจ การเรียนรู้แลความจำมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและเป็นภาวะแก่ผู้ดูแลสูง แต่การศึกษาดังกล่าวกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย¹⁴ ในขณะที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลเหมือนกัน และต้องเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตทุกวันซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้ความระมัดระวังในการรักษาความสะอาด มิเช่นนั้นอาจเกิดการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง จึงอาจเพิ่มความเครียดให้กับผู้ดูแลได้

ส่วนผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องจากการศึกษานี้พบความชุกภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35.5 ใกล้เคียงกับการศึกษาของสิทธิพร โนรี⁹ ที่ใช้เครื่องมือ BDI-II เช่นเดียวกัน พบว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 34.1 และการศึกษาของศิริอร สินธุ⁸ ที่พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 31 แม้จะใช้เครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าต่างกันคือ PHQ-9 โดยกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในการศึกษานี้พบต่ำกว่าผู้ป่วยล้างไตด้วยการฟอกเลือดในการศึกษาของสิริภิญโญ ท่อแก้ว¹² ที่พบภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 69.2 โดยใช้เครื่องมือ BDI-II ทั้งนี้อาจเกิดจากผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเป็นผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย และวิธีการล้างไตด้วยวิธีฟอกเลือดมีวิธีการปฏิบัติในการดูแลตนเองแตกต่าง ผู้ป่วยต้องเดินทางไปล้างไตที่โรงพยาบาลกับเจ้าหน้าที่พยาบาลเป็นประจำ ใช้เวลาต่อครั้งนาน 3 - 4 ชั่วโมง เสียทั้งค่าใช้จ่ายและเวลาในการเดินทาง อาจส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่า อย่างไรก็ตามมีรายงานผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่พบภาวะซึมเศร้าได้สูงถึงร้อยละ 47.3¹¹ โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาดังกล่าว

ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้น้อย และพบการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องหลังการรักษา และอีกการศึกษาหนึ่งที่พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 42¹⁰ เป็นกลุ่มตัวอย่างเฉพาะผู้ป่วยหญิง เช่นเดียวกับในประชากรทั่วไปที่เพศหญิงมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย¹⁸ แต่ในการศึกษาของรัศมี บัณฑิตธีรรัตน์⁷ พบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพียงร้อยละ 10.5 ทั้งนี้ เนื่องจากการศึกษานี้เป็นกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั่วไป และส่วนมากมีอาชีพรับราชการและเป็นข้าราชการบำนาญ มีรายได้ และใช้สิทธิสวัสดิการราชการ อาจไม่ต้องกังวลด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากนัก นอกจากนี้ยังใช้เครื่องมือประเมินซึมเศร้าที่แตกต่างกัน คือ Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) การเลือกจุดตัดภาวะซึมเศร้าที่ความรุนแรงต่างกัน เครื่องมือต่างกัน ทำให้เกิดผลที่แตกต่างกันได้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลและผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง : การศึกษานี้พบว่าสถานะความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของบุชรา หิรัญสาโรจน และคณะ¹⁴ ซึ่งมีลักษณะความสัมพันธ์ของผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วยเหมือนกัน ในสังคมไทยมีค่านิยมที่บุตรมีความกตัญญูแลบิดามารดาเป็นหน้าที่ได้ตอบแทนพระคุณ และการที่ผู้ดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือผู้ป่วยมีผลต่อการสนับสนุนด้านจิตใจกับผู้ป่วย

โรคประจำตัวร่วมของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของอาทิตย์ อติวิชยานนท์¹¹ ที่พบว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันรวมทั้งการทำงานและประกอบอาชีพ เมื่อไม่สามารถประกอบอาชีพและมีรายได้ ทำให้เกิดความเครียดนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย และการศึกษาของศิริอร สินธุ และคณะ⁸ ที่ภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้เนื่องจากการล้างไตเป็นการดูแลตนเอง และหากมีโรคประจำตัวร่วมจะยิ่งส่งผลต่อภาวะโรคที่เป็นอยู่ เพิ่มความรุนแรงของโรค และส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวันมากขึ้น นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าใน

ผู้ป่วยได้ ส่วนปัจจัยด้านเพศที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษานี้ยังไม่พบความสัมพันธ์เช่นนี้ในการศึกษาอื่น

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ เป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลและผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งไม่สามารถระบุทิศทางความสัมพันธ์ได้ นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าเป็นสภาวะที่สามารถเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลา สภาพแวดล้อม และสิ่งกระตุ้นที่เปลี่ยนแปลงได้

สรุป

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตหนึ่งที่สำคัญทั้งในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องและผู้ดูแล ดังนั้น กระบวนการดูแล

ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ควรมีการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมด้วย และหาแนวทางการป้องกันดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ทีมเจ้าหน้าที่หน่วยล้างไตทางช่องท้องโรงพยาบาลสงขลาที่ร่วมเก็บข้อมูลวิจัย และภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยบทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต หัวข้อ การศึกษาภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลและผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในประเทศไทย

ความรู้เดิม : ภาวะซึมเศร้าพบได้สูงในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง

ความรู้ใหม่ : ภาวะซึมเศร้าพบได้สูงทั้งในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องและผู้ดูแล

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การจัดบริการสำหรับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ควรมีการวางแผนเชิงรุกจัดการและป้องกันภาวะซึมเศร้าทั้งในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องและผู้ดูแลที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. The Nephrology Society of Thailand. Thailand renal replacement therapy 2015. Bangkok: The Nephrology Society of Thailand; 2015.
2. Fleming GM. Renal replacement therapy review: past, present and future. Organogenesis. 2011;7:2-12. doi:10.4161/org.7.1.13997.
3. Baboolal K, McEwan P, Sondhi S, Spiewanowski P, Wechowski J, Wilson K. The cost of renal dialysis in a UK setting--a multicentre study. Nephrol Dial Transplant. 2008;23:1982-9. doi:10.1093/ndt/gfm870.
4. Kanjanabuch T. CAPD apparatus, access devices, implantation techniques and surgical complication. Bangkok: Text and Journal Publication; 2008.
5. Kanjanabuch T, Chanchaoentana W, Katavetin P, Sritippayawan S, Praditpornsilpa K, Ariyapitipan S, et al. The incidence of peritoneal dialysis-related infection in Thailand: a nationwide survey. J Med Assoc Thai. 2011;94 Suppl 4:S7-12. PMID:22043560.
6. รวีวรรณ กลิ่นสุวรรณ, นันทิยา วัฒมา, นันทวรรณ สุวรรณรูป. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง [Factors predicting quality of life in family caregivers among patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis]. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2560;29(1):51-66.

7. รัศมี บัณณสิทธิ์รัตน์. ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [Anxiety, depression, and psychosocial factors in patients with chronic kidney disease in Department of Medicine, King Chulalongkorn Memorial hospital] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
8. ศิริอร สีนธ, รสสุคนธ์ วาริตสกุล, อรวมน ศรียุคตศุตร. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง [Factors associated with depression in elderly peritoneal dialysis patients]. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2554;29 ฉบับเพิ่มเติม 2:84-92.
9. สิทธิพร โนรี, อัจจิมา บวรธรรมปิติ, สุรพล โนชัยวงศ์, เกียรติเกรียงไกร โกยรัตโกศล, ชยุดพงศ์ ใจใส, เศรษฐพล ปัญญาทอง, และคณะ. ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยฟอกเลือดในเครื่องไตเทียมและผู้ป่วยล้างไตช่องท้อง [Prevalence and the correlation between depression and health related quality of life among hemodialysis and peritoneal dialysis patients]. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2560;35(4):301-12.
10. ประพัฒน์สินี ประไพวงษ์, อรวมน ศรียุคตศุท, ศศิมา กุสุมาณ ออยุธยา, นพพร ว่องสิริมาศ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้หญิงที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง [Factors influencing quality of life in women receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis]. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2558;7(3):37-48.
11. อาทิตยา อติวิชญานนท์, ภาวนา กิรติยดวงศ์, สุภาภรณ์ ด้วงแพง. ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง [Predictors of self management in patients with chronic kidney disease undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis]. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2558;21(2):172-85.
12. สิริกาญจน์ ท่อแก้ว. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือด ล้างไตในเขตจังหวัดนครปฐม [Depression in hemodialysis patients in Nakhon Pathom province] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
13. ดนุวัศ ศศิภิญโญ. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่รับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [The prevalence of depression in caregivers of dementia patients at dementia clinic, King Chulalongkorn Memorial hospital] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
14. บุชรา ทิรัญสาโรจน, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, นพพร ว่องสิริมาศ, วรพรรณ เสนาณรงค์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม [Factors influencing depressive symptoms in caregivers of older adults with dementia]. วารสารสภาการพยาบาล. 2563;35(2): 85-98.
15. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health related functions of social support. J Behav Med. 1981;4(4):381-406. doi:10.1007/BF00846149.
16. Lueboonthavatchai P, Lueboonthavatchai O. Quality of life and correlated health status and social support of schizophrenic patients' caregivers. J Med Assoc Thai. 2006;89 Suppl 3:S13-9. PMID:17718264.
17. อัจฉรา มุ่งพานิช. การพัฒนาแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-II ฉบับภาษาไทย โรงพยาบาลขอนแก่นราชชนครินทร์ [Development of the Thai version of the BDI-II depression assessment form at Khon Kaen Rajanagarindra hospital]. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 7; 25 ส.ค. 2551; กรุงเทพฯ.
18. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ศิริพร จิรวัดน์กุล, ธรณินทร์ กองสุข, สุพัตรา สุขาวท, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, เยาวเรศ สุตะโท. เพศหญิงหรือความเป็นหญิง...จึงนำมาสู่การเป็นโรคซึมเศร้า [Sex or gender leading to a high risk of depressive disorder in women]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2555;57(1):61-74.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกของภาวะความเครียดของประชาชน (solastalgia)

ต่อสภาวะหมอกควัน ของชุมชนตำบลพระบาท อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

วันรับ : 22 พฤษภาคม 2563

วันแก้ไข : 2 มีนาคม 2564

วันที่ตอบรับ : 3 มีนาคม 2564

สุพิมล ขอผล, วท.ม.¹, ปิยธรณ์ เร่งเร็ว, พย.ม.¹,

ภิญญาดา สิริยาวาณิช, พย.ม.¹, สุวรรณ วงศ์สุวรรณ, ส.ป.²

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น¹

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโทกหัวช้าง จังหวัดลำปาง²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินภาวะ solastalgia จากการวัดระดับความเครียดของประชาชนต่อภาวะหมอกควัน ในพื้นที่ตำบลพระบาท อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

วิธีการ : เป็นวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมินความเครียด (SPST-20) กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลพระบาท จำนวน 434 คน คัดเลือกแบบสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและแบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของความเครียดกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วยค่าสถิติไคสแควร์

ผล : กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.4 มีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์หมอกควันในระดับมากและมากที่สุด และมีความเครียดอยู่ในระดับสูงและรุนแรงร้อยละ 36.8 และระดับปานกลางร้อยละ 47.7 ทั้งนี้ระดับความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับเพศหรืออายุ แต่มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา อาชีพ และความวิตกกังวลต่อสถานการณ์หมอกควันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประชาชนส่วนใหญ่เห็นว่าหมอกควันจากไฟป่าเกิดจากการกระทำของคนและต้องการให้ทุกภาคส่วนร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง ผลกระทบที่ประชาชนได้รับมากที่สุด คือ สุขภาพกาย ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ รองลงมา คือ ผลกระทบด้านสุขภาพจิตจากความเครียด ความหดหู่ และวิตกกังวล

สรุป : ประชาชนในตำบลพระบาท จังหวัดลำปาง เกิดภาวะ solastalgia จากการเกิดหมอกควันไฟป่า ควรมีการศึกษาเชิงลึกเพิ่มเติมเพื่อให้หาแนวทางการดูแลช่วยเหลือทางจิตใจที่เหมาะสม

คำสำคัญ : ความเครียด ความเครียดจากปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป หมอกควันไฟ

ติดต่อผู้นิพนธ์ : สุพิมล ขอผล; e-mail: supimon_kho@nation.ac.th

Original article

Prevalence of stress caused by bushfires smog (solastalgia) of people in Prabat, Lampang, Thailand

Received : 22 May 2020

Revised : 2 March 2021

Accepted : 3 March 2021

Supimon Khorphon, M.S.¹, Piyathorn Rengrew, M.S.¹,Pitchayada Siriyawanich, M.N.S.¹, Suwan Wongsuwan, B.P.H.²Faculty of Nursing, Nation University¹Tokhauchang Health Promoting Hospital, Lampang province²

Abstract

Objective: To assess the solastalgia at Phra Bat, Muang, Lampang province by measure the level of stress on bushfires smog.

Methods: This was survey research using questionnaires and stress test (SPST-20) on sample of 434 people in Phra Bat. Employing simple random selection, the respondents were asked to fill in the questionnaires and self-assessment on stress test. The data collected were analyzed by descriptive statistics, percentage and the relationship of stress with related factors by chi-square statistics.

Results: 66.4% of sample were anxious about smog as high and marked high level, with 36.8% reporting their stress level as high and severe, and 47.7% reported moderate stress level. The stress level was not related to sex or age, but was significant related to education, occupation and anxious about the smog. Most participants believed that the bushfires smog is caused by human actions and want all sectors to solve the problem seriously. The most significant impact on people is physical health, including the respiratory system, followed by mental health like stress, anxiety and depression.

Conclusion: People in Phra Bat may exhibit symptoms of solastalgia from bushfires smog. Further in-depth studies should be undertaken to determine appropriate psychological intervention.

Key words: bushfire smog, solastalgia, stress

Corresponding author: Supimon Khorphon; e-mail: supimon_kho@nation.ac.th

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมของโลกเป็นปรากฏการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสัตว์และมนุษย์บนโลกนี้ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการกระทำของมนุษย์¹ ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่สุดในปัจจุบัน คือ มลพิษทางอากาศที่ทำให้ประชากรโลกกว่าร้อยละ 90 ต้องมีชีวิตรอยู่ภายใต้สภาพการณ์อันเลวร้ายและเกิดอันตรายต่อสุขภาพของมนุษย์ มีผลให้ประชากรโลกอย่างน้อย 7 ล้านคนเสียชีวิต² มลพิษทางอากาศ หมายถึง ภาวะอากาศที่มีสารเจือปนอยู่ในปริมาณที่สูงกว่าระดับปกติทำให้เกิดอันตรายแก่มนุษย์ สัตว์ พืช หรือทรัพย์สินต่าง ๆ เมื่อสะสมเป็นเวลานานพอ ส่วนสารเจือปน หมายถึง สารมลพิษ อันประกอบไปด้วย ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (carbon monoxide) ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (sulfur dioxide) ก๊าซออกไซด์ของไนโตรเจน (oxide of nitrogen) ก๊าซโอโซน (ozone) สารประกอบไฮโดรคาร์บอน (hydrogen compound) สารตะกั่ว (lead) และฝุ่นละอองขนาดเล็กที่เรียกว่า particulate matters หรือ PM³ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ ฝุ่นละอองขนาดเล็กผ่านศูนย์กลางเฉลี่ยไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5) และขนาดไม่เกิน 10 ไมครอน (PM 10)⁴ โดย PM 2.5 เกิดจากการเผาไหม้ทั้งจากยานพาหนะ การเผาวัสดุการเกษตร กระบวนการอุตสาหกรรม โดยเฉพาะไฟป่าเป็นแหล่งกำเนิดมลพิษทางอากาศที่สำคัญ⁵ PM 2.5 เป็นมลพิษต่อสุขภาพของมนุษย์ตามที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ⁶ หากสูดดมเข้าไปอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ เนื่องจากขนาดที่เล็กมากจึงสามารถเข้าไปถึงถุงลมในปอดได้ หากได้รับในปริมาณมากหรือเป็นเวลานานจะสะสมในเนื้อเยื่อปอด ทำให้การทำงานของปอดเสื่อมประสิทธิภาพลง เกิดโรคในระบบทางเดินหายใจ เช่น หลอดลมอักเสบหรือหอบหืดได้ ทั้งนี้ใน ค.ศ. 2016 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) รายงานว่าประเทศไทยมีอัตราการตายของ 4 โรค จากมลพิษทางอากาศต่อจำนวนประชากร 1 แสนคน อยู่ในอันดับที่ 3 รองจากประเทศจีนและอินเดีย⁷

ปัญหามลพิษทางอากาศของประเทศไทยได้เพิ่มมากขึ้นอย่างน่าวิตกจากปัญหาการจราจร โรงงานอุตสาหกรรม และการเผาในที่โล่ง ประกอบกับเกิดสภาพอากาศนิ่งและ

ชั้นอากาศผกผันใกล้พื้นดิน ทำให้ระดับ PM 2.5 ที่แขวนลอยอยู่ในอากาศซึ่งไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่าสูงขึ้นผิดปกติเมื่อรวมกับไอน้ำ ควัน และก๊าซต่าง ๆ จะเพิ่มพื้นที่ในอากาศมหาศาล เกิดเป็นหมอกควันล่องลอยอยู่ในชั้นบรรยากาศ³ ในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แม่ฮ่องสอน พะเยา เชียงราย แพร่ และน่าน มีการสะสมของฝุ่นละอองขนาดเล็กในปริมาณที่สูงกว่าจังหวัดข้างเคียง เนื่องจากมีลักษณะภูมิประเทศแบบแอ่งกระทะ อากาศหมุนเวียนน้อย ซึ่งเกิดจากหมอกควันในการเผาไร่เผาและผืนป่าโดยมนุษย์ รวมทั้งไฟป่าตามธรรมชาติในช่วงฤดูหนาวถึงฤดูแล้ง ระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงเมษายน จากรายงานสถิติพื้นที่ป่าที่ถูกไฟไหม้รวมทั้งประเทศสะสมตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 ถึง 23 เมษายน 2563 มีทั้งหมด 170,835 ไร่ และอยู่ในพื้นที่ภาคเหนือกว่าร้อยละ 75⁸

จังหวัดลำปางเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทยที่เผชิญกับภาวะหมอกควันจากไฟป่าเป็นประจำทุกปี รายงานช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 1 มกราคม 2563 พบว่าจังหวัดลำปางมีอัตราการเกิดไฟป่าสูงเป็นอันดับ 3 ของภาคเหนือ รองจากจังหวัดแม่ฮ่องสอนและจังหวัดเชียงใหม่⁹ และจากสถิติปี 2561 จำนวนผู้ป่วยใน 4 กลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องจากหมอกควันในจังหวัดลำปางมีจำนวนมากเป็นลำดับที่ 3 ของประเทศรองลงมาจากจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดเชียงราย จุดยุทธศาสตร์สำคัญ คือ เขตอภัยพระบาทซึ่งเป็นป่าที่ใกล้ตัวเมืองลำปางมากที่สุดและอยู่ตรงข้ามกับศูนย์ราชการจังหวัดลำปาง ตำบลพระบาทตั้งอยู่ในพื้นที่ใกล้ภูเขาอภัยพระบาท มีจำนวน 8 หมู่บ้าน 16 ชุมชน 3,394 ครัวเรือน มีประชากรทั้งหมด 11,710 คน ชาย 5,553 คน และหญิง 6,157 คน ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรม มีโรงงานเซรามิกอยู่ในพื้นที่ 9 แห่ง พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นภูเขาและเกิดปัญหาไฟป่ารุนแรงบ่อยครั้ง ทำให้การปฏิบัติการดับไฟป่าเป็นไปด้วยความยากลำบาก เกิดภาวะหมอกควันและมีมลพิษทางอากาศสูงเกินค่ามาตรฐาน โดยในวันที่ 14 มกราคม 2563 มีรายงานค่าเฉลี่ยฝุ่นละออง PM 2.5 เขตตำบลพระบาท อำเภอเมืองจังหวัดลำปาง วัดได้ 92 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร จัดว่าสูงสุดในประเทศไทย¹⁰

ทั้งนี้ประชาชนในภาคเหนือได้รับผลกระทบทางสุขภาพจากภาวะหมอกควันมีจำนวนถึงหกหมื่นคน¹¹ จากผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนที่อยู่ในภาคเหนือตอนบน พบว่า ปัญหาหมอกควันมีผลกระทบทางด้านอารมณ์มากที่สุด รองลงมา คือ ด้านเศรษฐกิจ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ขาดรายได้จากการหยุดงาน และรายได้ภาคธุรกิจท่องเที่ยวลดลง ด้านสุขภาพ มีอาการระคายเคืองหรือแสบตา หายใจไม่สะดวก และการดำรงชีวิต ประชาชนต้องช่วยเหลือตัวเองในการป้องกันภาวะสุขภาพของตนเองและเป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการประกอบอาชีพเกิดภาวะความเครียด¹² ตามลำดับ โดยประชาชนร้อยละ 81.4 มีภาวะเครียดจากการเกิดหมอกควัน และร้อยละ 80.2 เกิดความวิตกกังวลกลัวตัวเองป่วย

Solastalgia¹³ เป็นคำศัพท์ใหม่ที่บัญญัติขึ้น โดย Prof. Glenn Albrecht นักปรัชญาด้านสิ่งแวดล้อม เมื่อ ค.ศ. 2004 หมายถึง ความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและปรากฏการณ์ทางธรรมชาติอื่น ๆ ที่เกิดจากมือของมนุษย์ซึ่งเป็นผลมาจากวิถีชีวิตใหม่และการบิดเบือนของมนุษย์จากธรรมชาติ ก่อให้เกิดภาวะเครียดเป็นทุกข์ และภาวะซึมเศร้าได้จากความรู้สึกว่ามีการเปลี่ยนแปลงที่ไม่พึงประสงค์ในสภาพแวดล้อมของตนเองหรือความเสื่อมโทรมของระบบนิเวศ (ecosystem distress syndromes) เป็นการเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพของมนุษย์และระบบนิเวศโดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณของคนเรา ดังนั้นภาวะ solastalgia นี้จะมีบทบาทและเป็นตัวกำหนดให้เกิดการตระหนักความหวงแหนในสิ่งแวดล้อมของโลก ซึ่งถือเสมือนเป็นบ้านของตนเองในอนาคต¹³⁻²¹

การศึกษาภาวะ solastalgia ในประเทศไทยยังมีจำกัด ผู้วิจัยจึงต้องการประเมินภาวะ solastalgia ด้วยการวัดระดับความเครียดของประชาชนต่อภาวะหมอกควัน ในชุมชนตำบลพระบาท อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ที่ได้รับผลกระทบจากภาวะหมอกควันอย่างรุนแรง ทั้งนี้เพื่อแสดงถึงภาวะปัญหาสุขภาพจิตของคนในชุมชนและเตรียมหาแนวทางในการดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจในอนาคต และเชื่อมโยงให้เกิดการตระหนัก

ถึงภาวะเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อมของชุมชนและร่วมมือกันแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมในชุมชนของตนเอง^{21,22}

วิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยสำรวจ ในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่อ่านออกเขียนได้ อาศัยอยู่ในตำบลพระบาท อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง คัดเลือกชุมชนแบบจำเพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 4 ชุมชน เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่เกิดไฟป่ามากที่สุด จากทั้งหมด 16 ชุมชน มีประชากรทั้งหมด 10,392 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร Yamane ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 403 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมีนาคม 2563 สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) จากข้อมูลเลขที่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยให้ผู้อำนวยการ (รพ.สต.) ผู้นำหมู่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ประสานงานชุมชนและให้สัตยาบันพยาบาลผู้เก็บข้อมูลจับคู่กับ อสม. ลงพื้นที่อธิบายตามเอกสารแนะนำการวิจัยและผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะได้รับแบบสอบถามและตอบคำถามด้วยตัวเองอย่างอิสระ และกลับมารับแบบสอบถามกลับในวันเดียวกัน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) *แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะ solastalgia* ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับหมู่บ้าน เพศ อาชีพ อายุ การศึกษา สถานะในชุมชน ระยะเวลาที่อยู่ในพื้นที่ ผลกระทบที่ได้รับ การมีส่วนร่วมช่วยลดปัญหาไฟป่า และความวิตกกังวลต่อภาวะหมอกควัน ลักษณะมีตัวเลือกให้เลือกตอบและเติมคำสั้น ๆ ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของแบบสอบถามเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล 2 ท่าน ผู้อำนวยการป้องกันไฟป่าประจำตำบล 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน แบบสอบถามนี้มีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.8 และ 2) *แบบประเมินความเครียดสวนปรุง (SPST-20)* ของกรมสุขภาพจิต²³ ที่สามารถวัดความเครียดโดยทั่วไปจากสถานการณ์ในชีวิตประจำวันรวมทั้งที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่เหมาะสม

สำหรับคนไทย มีข้อความสั้นเหมาะสมที่ผู้ตอบสามารถตอบได้ด้วยตนเองตามความรู้สึกรหรือประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับผู้ตอบ มีมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่รู้สึกเครียด รู้สึกเครียดเล็กน้อย รู้สึกเครียดปานกลาง รู้สึกเครียดมาก รู้สึกเครียดมากที่สุด มีค่าความน่าเชื่อถือคอรีนบาคแอลฟา มากกว่า 0.7 และมีความแม่นยำตรงตามสภาพมากกว่า 0.27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่ออิงตามค่า EMG ที่ช่วงความถี่ 95 แพลผลโดยแบ่งระดับของความเครียดเป็น 4 ระดับ คือ 0 - 23 คะแนน มีความเครียดน้อย; 24 - 41 คะแนน มีความเครียดปานกลาง; 42 - 61 คะแนน มีความเครียดสูง; และ 62 คะแนนขึ้นไป มีความเครียดระดับรุนแรง

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ วิเคราะห์ระดับความเครียด รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความเครียดกับปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและความวิตกกังวลต่อภาวะหมอกควันด้วยค่าสถิติ ไคสแควร์ จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient)

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง และได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2562 เลขที่ E2562/006

ผล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จำนวน 434 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.6 เพศชายร้อยละ 45.3 อายุเฉลี่ย

48.3 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 63.3) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 41.2) อายุ 46 - 60 ปี (ร้อยละ 45.6) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 45.6) เป็นสมาชิกในชุมชนแบบผู้อยู่อาศัย (ร้อยละ 95.85) และอยู่ในพื้นที่ตลอดเวลา (ร้อยละ 46.7) ความเครียดของประชาชนตำบลพระบาทจากเครื่องมือวัดความเครียด SPST-20 อยู่ในระดับสูงและระดับรุนแรง ร้อยละ 36.8 และระดับปานกลาง ร้อยละ 47.7 แสดงดังตารางที่ 1 และมีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์หมอกควันในจังหวัดลำปางอยู่ในระดับมากและมากที่สุด ร้อยละ 42.6 และ 13.8 ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 2

ระดับความเครียดของประชาชนไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ แต่มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่อยู่ในพื้นที่หมอกควัน และความวิตกกังวลต่อหมอกควันมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 3

ประชาชนในตำบลพระบาทส่วนใหญ่ร้อยละ 41.5 เห็นว่าสาเหตุของภาวะหมอกควันเกิดขึ้นจากการเผาป่าโดยน้ำมือมนุษย์ และเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาควรมีการร่วมมือกันทุกภาคส่วน ทั้งระดับประชาชน ชุมชน ภาครัฐ และเอกชน และให้งดเผาป่าโดยเด็ดขาด แสดงดังตารางที่ 4 และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 74.2 รายงานว่าได้รับผลกระทบด้านสุขภาพในระบบทางเดินหายใจ และร้อยละ 19.7 ได้รับผลกระทบด้านจิตใจ เกิดความเครียด จิตใจหดหู่ กลัวและวิตกกังวล

ตารางที่ 1 ระดับของความเครียดของประชาชนจาก SPST-20 (n = 431)

ระดับความเครียด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อย	64	14.7
ปานกลาง	207	47.7
สูง	126	29.0
รุนแรง	34	7.8

ตารางที่ 2 ระดับความวิตกกังวลต่อสถานการณ์หมอกควันในจังหวัดลำปาง (n = 434)

ระดับความวิตกกังวล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อยมาก	17	3.9
ปานกลาง	172	39.6
มาก	185	42.6
มากที่สุด	60	13.8

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความเครียดกับปัจจัยด้านบุคคลและภาวะหมอกควัน

ข้อมูลพื้นฐาน	ระดับความเครียด (ร้อยละ)				p-value ^a
	น้อย	ปานกลาง	สูง	รุนแรง	
เพศ					.09
ชาย	7.4	23.9	10.6	3.2	
หญิง	7.4	24.1	18.5	4.6	
ช่วงอายุ					.08
15 - 30 ปี	0.4	3.9	3.2	0.7	
31 - 45 ปี	3.4	15.5	10.0	3.9	
46 - 60 ปี	7.9	22.5	13.0	1.8	
> 60 ปี	2.7	6.0	3.0	1.4	
สถานภาพ					.33
โสด	3.5	11.8	7.6	0.9	
คู่	9.0	29.6	18.4	6.5	
หม้าย	2.3	6.5	3.0	0.4	
อาชีพ					.01*
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ พนักงานท้องถิ่น/นักธุรกิจ	1.3	4.4	0.9	0.7	
เกษตรกร	0.4	9.5	6.0	0.2	
ค้าขายรับจ้าง	10.4	25.7	16.2	5.1	
แม่บ้าน/นักเรียน/นักศึกษา	2.5	8.3	6.0	1.8	
การศึกษา					.00*
ไม่ได้เรียน	0.4	8.5	4.1	0.7	
ประถมศึกษา/มัธยมศึกษาตอนต้น	12.0	25.0	17.4	3.0	
มัธยมศึกษาปลาย/ปวช./ปวส./กศน.	0.7	5.5	4.1	2.7	
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	1.3	5.3	2.0	1.1	

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความเครียดกับปัจจัยด้านบุคคลและภาวะหมอกควัน (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	ระดับความเครียด (ร้อยละ)				p-value ^a
	น้อย	ปานกลาง	สูง	รุนแรง	
ระยะเวลาที่อยู่ในพื้นที่หมอกควัน					.01*
ช่วงสั้น ๆ	4.6	3.4	4.4	1.8	
ช่วงกลางวัน	1.8	10.0	5.5	1.6	
ช่วงกลางคืน	1.6	11.1	5.8	1.1	
ตลอดเวลา	6.7	23.2	13.4	3.2	
ความวิตกกังวลต่อหมอกควัน					.00*
น้อยมาก	2.3	1.1	0	0.2	
ปานกลาง	5.5	20.4	10.6	3.0	
มาก	3.9	20.1	15.0	3.4	
มากที่สุด	3.0	6.2	3.4	1.1	

^a Chi-square test; * แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .05

ตารางที่ 4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการแก้ปัญหาหมอกควัน

ลำดับ	ประเด็นที่ได้จากข้อคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อภาวะหมอกควันไฟป่า การแก้ปัญหาหมอกควันในจังหวัดลำปาง (จากแบบสอบถาม)	ร้อยละ
1.	ทุกภาคส่วนต้องร่วมมือป้องกันและดูแล เช่น ประชาชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน เทศบาล เทศบาลเขลางค์นคร เจ้าหน้าที่ป่าไม้จังหวัด ชุมชน หน่วยดับไฟป่าของชุมชน หมู่บ้านและท้องถิ่น องค์กรส่วนท้องถิ่น ภาครัฐต้องจริงจังในการแก้ไขปัญหา	43.9
2.	การประชาสัมพันธ์ รมรงค์ห้ามเผาป่า การประกาศไม่ให้เผาป่า เผาขยะ	26.8
3.	ชาวบ้านต้องงดเผาขยะ ไม่เผาป่า	10.9
4.	มีจิตอาสาร่วมมือช่วยดับไฟป่า อาสาดับไฟป่า	10.9
5.	ให้ความรู้ประชาชนให้ความรู้เรื่องหมอกควัน	2.4
6.	ประกาศใช้กฎหมายอย่างจริงจัง	2.4
7.	มีจุดสกัดในการขึ้นป่าเพื่อป้องกันการเผาป่า	2.4

วิจารณ์

การศึกษานี้แสดงถึงผลกระทบทางจิตใจของกลุ่มตัวอย่างต่อภาวะหมอกควันไฟโดยเฉพาะความเครียด โดยใช้แบบประเมินความเครียดสวนปรง (SPST-20) เนื่องจากยังไม่ได้มีแบบวัดความเครียดจากสิ่งแวดล้อมโดยตรง พบว่าประชาชนมากกว่าหนึ่งในสาม (ร้อยละ 36.8) มีความเครียด

ระดับสูงและระดับรุนแรง และอีกเกือบครึ่ง (ร้อยละ 47.7) มีความเครียดระดับปานกลาง และพบว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลต่อภาวะหมอกควันในระดับปานกลางและสูงจะเกิดภาวะเครียดมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความเครียดที่เกิดขึ้นมาจากความวิตกกังวลต่อหมอกควันของประชาชนนี้อาจถือได้ว่าเป็นภาวะ solastalgia¹⁷⁻²² เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจ

ความเครียดของประชาชนด้วยแบบประเมินความเครียด ST-5 โดยกรมสุขภาพจิต²⁴ ในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน พบว่า ช่วงเดือน มีนาคม 2563 มีประชาชนเครียดมากถึงมากที่สุดร้อยละ 4.4 เครียดปานกลางร้อยละ 14.1 และเครียดน้อยร้อยละ 81.5 แสดงให้เห็นว่าประชาชนในตำบลพระบาทมีความเครียดในระดับที่สูงกว่าประชาชนทั่วไปของประเทศที่ขณะนั้นมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 แต่ไม่พบภาวะหมอกควันในพื้นที่อื่นของประเทศ ความชุกของภาวะ solastalgia ในการศึกษาที่สูงกว่าการศึกษาไฟฟ้าในรัฐอริโซนา สหรัฐอเมริกา²⁵ ที่ประเมินโดย K10 (The Kessler Psychological Distress Scale) พบว่ามีประชาชนมีความเครียดในระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 35 นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนตำบลพระบาทที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดเวลา มีความเครียดสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้จากผู้อยู่อาศัยในพื้นที่จะมีความรู้สึกเหมือนบ้านของตนเอง ถูกทำลาย การมีสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมต่อการอาศัยอยู่ แต่ไม่สามารถย้ายที่อยู่ได้ และร้อยละ 96.5 ไม่คิดย้ายออกจากพื้นที่เพราะที่นี่คือบ้านของตนเอง ผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดเวลาจึงเกิดภาวะ solastalgia ได้มากกว่า²⁵ อย่างไรก็ตาม เครื่องมือประเมินความเครียดที่ต่างกันอาจทำให้ได้ผลระดับความเครียดที่คลาดเคลื่อนกันได้

จากการศึกษานี้พบปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับความเครียดในภาวะหมอกควัน ได้แก่ การศึกษาและอาชีพ ต่างจากการศึกษาในประเทศออสเตรเลียที่พบว่าเพศและอายุเป็นตัวแปรที่สำคัญ โดยเพศหญิงที่มีอายุต่ำกว่า 35 ปีจะมีแนวโน้มเกิด solastalgia ได้มากกว่า¹⁸ ทั้งนี้ จากข้อจำกัดด้านระดับการศึกษา การค้นหาความรู้และวิธีการดูแลตนเอง ซึ่งอาจเชื่อมโยงไปถึงข้อจำกัดในสถานะทางเศรษฐกิจ ทำให้ไม่มีอุปกรณ์ป้องกันภาวะหมอกควันสำหรับตนเองและครอบครัวได้เพียงพอ ส่งผลให้เกิดความเครียดมากกว่ากลุ่มอื่นซึ่งภาวะ solastalgia พบเพิ่มขึ้นจากปัจจัยด้านลบทางเศรษฐกิจของประชาชน²⁵ ส่วนอาชีพที่อยู่นอกอาคารหรือที่โล่งจะมีโอกาสสัมผัสกับภาวะหมอกควันมากกว่าอาชีพอื่น ๆ หรือการทำงานและการประกอบอาชีพที่ไม่สะดวกต้องใช้อุปกรณ์

ป้องกันตนเองส่งผลให้เกิดความเครียดมากขึ้น จากภาวะหมอกควันไฟฟ้า ผู้ที่มีอาชีพค้าขายของป่าไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าพื้นที่ป่าเพื่อหาอาหารตามธรรมชาติและสูญเสียรายได้ และเกษตรกรไม่สามารถทำการเตรียมผืนดินเพื่อการเพาะปลูกด้วยการเผาวัชพืชได้เหมือนในอดีต ทำให้มีข้อจำกัดในการทำการเกษตรในผืนดินของตนเองมากขึ้น มีโอกาสส่งผลกระทบต่อความเครียดได้มากขึ้น

จากภาวะหมอกควันไฟในพื้นที่นั้น เป็นแรงผลักดันให้ชุมชนตำบลพระบาทตระหนักถึงปัญหาความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อมในที่อยู่อาศัยของตนเอง เกิดผลกระทบหลาย ๆ ด้าน ทั้งในด้านสุขภาพและการประกอบอาชีพ ไม่สามารถไปประกอบอาชีพตามปกติได้ มีผลต่อการขาดรายได้เลี้ยงชีพเกิดความเครียดเพิ่มขึ้น²⁵ การศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างในชุมชนส่วนใหญ่ได้เรียกร้องให้ทุกภาคส่วนร่วมมือกันแก้ไขปัญหาการเผาป่าอย่างจริงจัง^{21,22} ด้วยตระหนักว่าปัญหาลingkunganไม่ใช้ของใครคนใดคนหนึ่ง²⁶ ทุกคนเป็นเจ้าของปัญหาและเสนอวิธีการแก้ไขปัญหาในการป้องกันไฟฟ้า เช่น การประชาสัมพันธ์รณรงค์ให้ความรู้ถึงผลกระทบจากไฟฟ้า ร่วมมือกันในการงดการเผาป่าและขยะต่าง ๆ การมีจิตอาสาช่วยเหลือนในการดับไฟฟ้า สอดส่องดูแลไฟรั่วซึ่งการเกิดไฟฟ้า และการให้ใช้กฎหมายควบคุมอย่างจริงจัง นอกจากนี้ชุมชนตำบลพระบาทได้เสนอแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำรงชีวิต (behavior and life style)²² เช่น การช่วยกันปลูกต้นไม้ ปลูกป่า และหันมาใช้จักรยานให้มากขึ้น ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาระยะยาว ทั้งนี้ชุมชนควรมีการขยายแนวคิดและผลักดันให้เกิดการปฏิบัติได้จริงต่อไป รวมทั้งการหาแนวทางหรือวิธีการฟื้นฟูจิตใจของคนในชุมชนด้วย^{25,26} และใช้ภาวะ solastalgia กระตุ้นการมีส่วนร่วมและการพึ่งตนเองในการแก้ไขปัญหามลพิษในชุมชนทั้งระยะสั้นและระยะยาว²⁷

การศึกษานี้เป็นเพียงการสำรวจภาวะ solastalgia เบื้องต้นในชุมชนตำบลพระบาท ที่ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากภาวะหมอกควัน อย่างไรก็ตามปัญหาดังกล่าวพบได้ทั่วประเทศโดยเฉพาะภาคเหนือตอนบน จึงควรมีการศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นในวงกว้างมากขึ้น ที่รวมถึงผลกระทบ

ด้านจิตใจอื่น ๆ เช่น ภาวะซึมเศร้า และตัวแปรที่สำคัญ เช่น ด้านรายได้²⁵ และทำการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อหาแนวทางการดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจที่เหมาะสมต่อไป นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาแบบประเมินภาวะ solastalgia ที่สามารถใช้ได้ในบริบทของคนไทยและประเมินติดตามผลได้

สรุป

ชุมชนตำบลพระบาทมีภาวะเครียดจากการเผชิญกับหมอกควัน เกิดภาวะ solastalgia ที่มาจากความวิตกกังวลต่อภาวะหมอกควัน และมีข้อเสนอแนะให้มีการแก้ไขปัญหาหมอกควันจากไฟป่าอย่างจริงจัง ควรใช้ประโยชน์จากสภาวะนี้กระตุ้นให้ชุมชนร่วมมือกันแก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

ความรู้เดิม : Solastalgia เป็นภาวะเครียดและซึมเศร้าของมนุษย์จากการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมลงของอากาศและสิ่งแวดล้อมบนโลก ในประเทศไทยยังมีการศึกษาค่อนข้างจำกัด

ความรู้ใหม่ : ชุมชนตำบลพระบาทในช่วงที่ได้รับผลกระทบจากหมอกควันไฟพบมีความเครียดสูงกว่าประชากรทั่วไป

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : จากหมอกควันไฟที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้นสม่ำเสมอในช่วงฤดูของไทย ควรได้รับการเฝ้าระวังภาวะ solastalgia และหาแนวทางดูแลช่วยเหลือทางจิตใจ และเป็นข้อมูลเพื่อสร้างความตระหนักและร่วมมือแก้ไขอย่างจริงจัง

เอกสารอ้างอิง

- Bambrick HJ, Capon AG, Barnett GB, Beaty RM, Burton AJ. Climate change and health in the urban environment: adaptation opportunities in Australian cities. *Asia Pac J Public Health.* 2011;23 (2 Suppl):675-9. doi:10.1177/1010539510391774.
- World Health Organization. WHO global strategy on health, environment and climate change. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2019 Dec 12]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/climate-change/who-global-strategy-on-health-environment-and-climate-change-a72-15.pdf?sfvrsn=20e72548_2
- World Health Organization. Air pollution in the South-East Asia Region. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2020 Dec 12]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/searo/wsh-och-searo/what-is-air-pollution-2019.pdf?sfvrsn=6dcc13ee_2
- สำนักงานรัฐมนตรี กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. รู้จักฝุ่นพิษ PM 2.5 ที่มากับมลภาวะ และวิธีการเลือกหน้ากากป้องกัน [now PM 2.5 toxic dust that comes with pollution and how to choose a protective mask] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงาน; 2562 [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ก.ย. 2563]. จาก: <http://www.mnre.go.th/om/th/news/detail/31459>
- Vardoulakis S, Jalaludin BB, Morgan GG, Hanigan IC, Johnston FH. Bushfire smoke: urgent need for a national health protection strategy. *The Medical Journal of Australia.* 2020;212(8):349. doi:10.5694/mja2.50511.
- World Health Organization. Health effects of particulate matter. Geneva: World Health Organization; 2013 [cited 2019 Dec 2]. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/189051/Health-effects-of-particulate-matter-final-Eng.pdf
- World Health Organization. Public health and environment/Air pollution. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2019 Dec 12]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/ambient-air-pollution>

8. ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. ไฟป่า...ความสูญเสียที่ไม่อาจประเมินค่า [Wildfire ... losses that may not be evaluated] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์; 8 พ.ค. 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 2 ธ.ค. 2563]. จาก: <https://www.kasikornresearch.com/th/analysis/k-social-media/Pages/Wildfire-FB080520.aspx>
9. ส่วนควบคุมไฟป่า กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช. ตารางแสดงพื้นที่ไฟไหม้ป่าในแต่ละจังหวัด ปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 1 มกราคม 2563) [Table showing forest fire areas in each province, fiscal year 2020 (1 Oct 2019 to 1 Jan 2020)] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ส่วน; 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ก.ย. 2563]. จาก: <http://www.dnp.go.th/forestfire/web/frame/statistic.html>
10. ลำปาง - หมอกควันปกคลุมลำปางค่าฝุ่นสูงสุดในไทย เกินมาตรฐาน 9 วันติดต่อกัน เร่งฉีดพ่นชะล้างฝุ่นละอองในอากาศ [Lampang - Haze covers Lampang, the highest dust value in Thailand exceeds the standard 9 days in a row, accelerates spraying to wash away dust in the air] [อินเทอร์เน็ต]. โปสทูเดย์. 14 ม.ค. 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ก.ย. 2563]. จาก: <https://www.post-today.com/social/local/611621>
11. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. คู่มือการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากปัญหาหมอกควันสำหรับบุคลากรสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2561) [Manual monitoring the health effects of smog problem for health personnel (revised version 2018)]. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์; 2561.
12. กลุ่มสื่อสารและประชาสัมพันธ์ กรมสุขภาพจิต. กรมสุขภาพจิตห่วงใยปัญหาหมอกควันภาคเหนือ แนะนำใช้ 3 ส. รับมือช่วยลดเครียด [The Department of Mental Health concerned about the haze problem in the North and recommends 3-L to cope with stress] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กลุ่ม; 4 เม.ย. 2562 [สืบค้นเมื่อวันที่ 28 ก.พ. 2563]. จาก: <http://www.prdmh.com/ข่าวสาร/ข่าวแจ้งกรมสุขภาพจิต/1361-กรมสุขภาพจิต-ห่วงใยปัญหาหมอกควันภาคเหนือ-แนะนำใช้-3-ส-รับมือช่วยลดเครียด>
13. Albrecht G. 'Solastalgia': a new concept in health and identity. PAN: Philosophy Activism Nature. 2005;3:41-55. doi:10.4225/03/584f410704696.
14. Albrecht G, Sartore G-M, Connor L, Higginbotham N, Freeman S, Kelly B, et al. Solastalgia: The distress caused by environmental change. Australasian Psychiatry. 2007;15(1 suppl):S95-8. doi:10.1080/10398560701701288.
15. Askland HH, Bunn M. Lived experiences of environmental change: Solastalgia, power and place. Emotion, Space and Society. 2018;27:16-22. doi:10.1016/j.emospa.2018.02.003.
16. Seamus PM. What makes "a mental illness?" What makes "a new mental illness"? The cases of solastalgia and hubris syndrome. Cosmos and History: The Journal of Natural and Social Philosophy. 2009;5(2):210-25.
17. Ines T, Laura M, Gaia Luisa M, Adriano Z, Mihaela B, Gabriela D. Solastalgia's mourning and the slowly evolving effect of asbestos pollution: a qualitative study in Italy. Heliyon. 2019;5(12):e03024. doi:10.1016/j.heliyon.2019.e03024.
18. Searle K, Gow K. Do concerns about climate change lead to distress?. International Journal of Climate Change Strategies and Management. 2010;2(4):362-79. doi:10.1108/17568691011089891.
19. Obradovich N, Migliorini R, Paulus MP, Rahwan I. Empirical evidence of mental health risks posed by climate change. Proc Natl Acad Sci USA. 2018;115(43):10953-8. doi:10.1073/pnas.1801528115.
20. Warsini S, Mills J, Usher K. Solastalgia: living with the environmental damage caused by natural disasters. Prehospital and Disaster Medicine. 2014;29(1):87-90. doi:10.1017/S1049023X13009266.
21. Doherty TJ, Clayton S. The psychological impacts of global climate change. Am Psychol 2011;66(4):265-76. doi:10.1037/a0023141.

22. Kjellstrom T, Weaver HJ. Climate change and health: impacts, vulnerability, adaptation and mitigation. NSW Public Health Bull. 2009;20(1-2):5-9. doi:10.1071/nb08053.
23. สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, พิมพมาศ ตาปัญญา. การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง [The construction of Suan Prung stress test for Thai population]. วารสารสวนปรุง. 2540;13(3):1-20.
24. กระทรวงสาธารณสุขเปิดเผยผลสำรวจคนไทยเครียดลดลง หลังรัฐผ่อนคลายมาตรการ [The Ministry of Public Health has released the results of the survey of Thai people with reduced stress after the relaxed state] [อินเทอร์เน็ต]. สถานีโทรทัศน์ไทยพีบีเอส. 18 พ.ค. 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ส.ค. 2563]. จาก: <https://news.thaipbs.or.th/content/292597>
25. Eisenman D, McCaffrey S, Donatello I, Marshal G. An ecosystems and vulnerable populations perspective on solastalgia and psychological distress after a wildfire. EcoHealth. 2015;12(4):602-10. doi:10.1007/s10393-015-1052-1.
26. Moffic HS. While Australia burns: what psychiatrists can learn from each other. Psychiatric Times. 2020;37(2):5-33.
27. สุพิมล ขอผล, จินตวีร์พร แป้นแก้ว, ธณัชชนรี สโรบล, สมพร สิทธิสงคราม, สายัณห์ ชัยศรีสวัสดิ์, สุมาลี ชัยศรีสวัสดิ์, และคณะ. การใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการดื่มสุราในชุมชนหมู่บ้านหนองเต่าคำใหม่ ตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ [Use of participatory action research (PAR) in preventing and solving problems caused by alcohol consumption in the community of Nong Toa Kammai Village, Pa Phai sub-district, San Sai district, Chiang Mai province]. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต. 2557;2(3):313-24.

Original article

Mindset and its impact on academic performance and school-related happiness among upper primary school students

Received : 8 July 2020

Revised : 1 March 2021

Accepted : 3 March 2021

Pattheera Settabut, M.D., Chakriya Threeranate, M.D.,

Khemika Khemakanok Sudnawa, M.D.

Department of Pediatrics, Phramongkutklao hospital

Abstract

Objectives: The study aimed to determine students' mindsets and correlations between mindset and academic performance as well as school-related happiness among upper primary school students.

Methods: We conducted a cross-sectional analytic study of fourth, fifth and sixth grade students, to determine students' mindsets and school-related happiness using questionnaires. At the end of the semester, we collected percentage of the final examination score. The results were analyzed using descriptive statistical methods, multiple linear regression analysis and Pearson's correlation.

Results: Of 1,516 participants, 84.2% and 15.8% were classified into growth mindset and fixed mindset groups, respectively. Growth mindset was significantly associated with higher percentage of the final examination score and school-related happiness score ($p < .05$). Regarding multiple linear regression analysis, mindset score was significantly correlated with higher percentage on the examination score when controlling for Intellectual Quotient (IQ) and parental education ($\beta = .153$, $p < .01$). Furthermore, Pearson's correlation analysis revealed that mindset score was correlated with school-related happiness ($\beta = .499$, $p < .05$).

Conclusion: Growth mindset was the predominant mindset among upper primary school students and significantly related to higher percentage on the examination and school-related happiness scores.

Keywords: academic performance, happiness, growth mindset

Corresponding author: Khemika Khemakanok Sudnawa; e-mail: khemikafa@gmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

ชุดความคิดและผลของชุดความคิดที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความสุขในการเรียน ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

วันรับ : 8 กรกฎาคม 2563

วันแก้ไข : 1 มีนาคม 2564

วันตอบรับ : 3 มีนาคม 2564

ภัทธีรา เศรษฐบุตร, พ.บ., ชาศรียา ธีรเนตร, พ.บ.,

เขมิกา เขมะกนก สุนานาวา, พ.บ.,

กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาลักษณะชุดความคิดของนักเรียน และเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของชุดความคิดกับร้อยละของคะแนนสอบปลายภาค และคะแนนความสุขในการเรียน

วิธีการ : ศึกษาแบบตัดขวางเชิงวิเคราะห์ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 โดยเก็บข้อมูลชุดความคิด ความสุขในการเรียน และร้อยละของคะแนนสอบรวมทุกวิชาปลายภาคการศึกษา จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติเชิงพรรณนา การถดถอยเชิงพหุคูณ และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผล : ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 1,516 คน จำแนกเป็นกลุ่มชุดความคิดเดบิตร้อยละ 84.2 และกลุ่มชุดความคิดฝั่งแน่นร้อยละ 15.8 จากการศึกษพบว่ากลุ่มชุดความคิดเดบิตมีร้อยละของคะแนนสอบและคะแนนความสุขในการเรียนที่มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณพบว่าคะแนนชุดความคิดมีความสัมพันธ์กับร้อยละของคะแนนสอบรวมที่มากกว่าเมื่อควบคุมระดับสติปัญญาและการศึกษาของผู้ปกครอง ($\beta = .153, p < .01$) จากสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันพบว่าคะแนนชุดความคิดมีความสัมพันธ์กับคะแนนความสุขในการเรียน ($\beta = .499, p < .05$)

สรุป : นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 มีชุดความคิดเดบิตมากที่สุด และกลุ่มชุดความคิดแบบเดบิตมีความสัมพันธ์กับร้อยละของคะแนนสอบและมีความสุขในการเรียนที่มากกว่า

คำสำคัญ : ความสุข ชุดความคิด ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

ติดต่อผู้นิพนธ์ : เขมิกา เขมะกนก สุนานาวา; e-mail: khemikafa@gmail.com

Introduction

The mindset is a self-concept indicating an individual's beliefs concerning their intelligence and capability.¹ According to mindset theory, people hold either a fixed (entity) or growth (incremental) mindset.² Mindset is developed from the belief about their own intelligence. Based on learning and attribution theory, people create beliefs from their experiences, then these beliefs play a role in their motivation. People attempt to find explanations for what happens to them and these explanations then shape their emotions and reactions to the experience.³ Individuals with growth mindset believe that their intelligence and talents are malleable and advance through learning as well as practicing with effort, endurance and guidance; they can increase their abilities. Therefore, they have a mastery goal leading them to perform to learn and increase their competence. They embrace and pursue challenging tasks, with effort as a path to mastery, learn from mistakes and feedback and are inspired by the success of others. On the other hand, individuals with fixed mindset believe that their intelligence and talents are innate remain unchanged. They have a performance goal leading them to act to appear smart. Therefore, they avoid and refrain from challenging tasks, see effort as useless, ignore feedback and feel threatened by the success of others.²⁻⁴ As children try to make sense of their intelligence, what they experience reveals the meaning to them. Parents might transmit mindsets to their children though their reactions to their children's success or failure. After a success, praise for intelligence or outcome was more likely to induce a fixed mindset than praise for the effort or process involved.³

Academic achievement represents performance outcomes indicating the accomplishments of a student. Many factors affect academic achievement such as community characteristics, family factors and the child.⁶ The child's factors influencing academic performance include cognitive (intelligence) and noncognitive factors.⁷ Presently, people are more interested in noncognitive factors which comprise a set of attitudes, behaviors, and strategies such as self-efficacy, self-control, motivation and mindset.

Happiness or well-being is composed of several elements, including positive emotions, engagement, relationships, meaning and accomplishment; evaluating these elements as a whole provides an indicator of an individual's wellbeing.⁸ Happiness depends upon many factors including genetic, health, social, socio-economic status and attitudes comprising thoughts, beliefs and expectations.⁹⁻¹¹

Mindset may affect students' emotions, motivation, learning behaviors and academic outcomes. Studies have shown that students who have a growth mindset tend to obtain greater academic achievement and psychological wellbeing than those with a fixed mindset.¹²⁻²⁰ Furthermore, studies about mindset interventions found that developing a growth mindset among students leads to higher academic achievement and enjoyment in education.^{12,21-25}

However, the meta-analytic review of Sisk, et al.¹⁷ and Costa, et al.¹⁶ found that mindsets were moderated by cultural background and most of the studies were conducted in middle school to college students. Thus, limited data is available

concerning mindset among primary school students in Thailand and how mindset would affect their academic achievement and school-related happiness. This study aimed to determine children's mindsets, and associations and correlations between mindset and academic achievement and school-related happiness among upper primary school students.

Methods

Study design and population

We conducted a cross-sectional analytic study of fourth, fifth and sixth grade students from June 1 to September 30, 2018. The participants were selected using purposive sampling from nine schools located in Bangkok, Nonthaburi, Prachinburi, Ratchaburi, Kanchanaburi and Nakhon Ratchasima province for generalizability. The exclusion criteria included children with known case of Autism Spectrum Disorder (ASD) or intellectual disability (IQ <70). Before obtaining consents and distributing the questionnaires, parents and participants were informed about the objectives of this research, and assured that all data would be kept confidential, accessible only to the researchers and to be only used for research purposes. At one month after the beginning of the semester, we collected demographic data, measured intelligence quotient (IQ) using the Standard Progressive Matrices (SPM) raw score and converted to IQ score, and determined mindset and school-related happiness levels using questionnaires. At the end of the semester, we measured academic performance of each participant using the percentage of the final examination score among all subjects. We measured the mindset in

the beginning of the trimester to see how the mindset would affect academic performance in the end of the trimester. The study was approved by the Institutional Review Board of the Royal Thai Army Medical Department.

The mindset questionnaire was developed from the mindset assessment profile which was permitted from Mindsetworks.²⁶ It comprised eight questions consisting of statements regarding intelligence theory, learning goals, effort beliefs and response to failure.^{2,12} Participants completed questionnaires by rating the level of agreement from 1 to 6. Scores 8 to 28 and 29 to 48 were categorized to represent fixed mindset and growth mindset respectively. Content validity of questionnaire which was translated into Thai exhibited Index of Item-Objective Congruence (IOC) was 0.8 to 1.0. The internal reliability was tested among 30 participants revealed Cronbach's alpha coefficient was 0.65.

The school-related happiness questionnaire was developed in a short form questionnaire with ten statements concerning self-esteem, affect and depression. Participants were asked to decide how much they agreed or disagreed with a statement, rating from 1 (disagree a lot) to 4 (agree a lot). Higher scores indicated higher school-related happiness level. Content validity of the questionnaire was tested by two developmental behavioral pediatricians and one child psychiatrist. The Index of Item-Objective Congruence (IOC) was 0.6 to 1.0. Therefore, we revised some of the items in the questionnaire according to experts' advice. The questionnaire's internal reliability was tested

among 30 children, and the Cronbach's alpha coefficient was 0.7.

Statistical analysis

Statistical analysis was performed using IBM SPSS Statics for Windows, Version 23 (Armonk, NY: IBM Corp.) Demographic and mindset data were presented in the descriptive statistics. We assessed associations between mindset and academic achievement and school-related happiness using Independent sample t-test. Multiple linear regression analysis and Pearson's correlation coefficient were used to determine the correlations between mindset and academic achievement and school-related happiness.

Results

A total of 1,516 students participated in the study; 47.6% were male, 26.4% were in fourth grade, 36.6% in fifth grade, and 36.8% in sixth grade, with the average IQ score of 112.52 ± 15.5 . Parents of most participants had educational levels below a bachelor's degree. (Table 1) A significant difference between paternal and maternal education was found between both mindset groups ($p < .05$) (Table 2)

According to their mindset score; 239 students (15.8%) had fixed mindset, and 1,277

students (84.2%) had growth mindsets. Prevalence of growth mindset among fourth, fifth, and sixth grade students were 87.0%, 86.2% and 80.3%, respectively. Interestingly, sixth grade students significantly had a lower growth mindset than fourth and fifth grade students ($p < .05$). (Fig. 1).

We found associations between types of mindsets and academic performance and school-related happiness. A significantly higher percentage of the final examination score was found in the growth mindset group than the fixed mindset group (77.55 ± 9.12 vs. 74.85 ± 8.67 , $p < .001$). A significantly higher school-related happiness score was found in the growth mindset group than the fixed mindset group (20.83 ± 4.10 vs. 15.89 ± 4.45 , $p < .001$).

The mindset score was correlated with the final examination score ($\beta = .153$, $p < .001$). When paternal and maternal education and IQ score were controlled, a one point increment of mindset score predicted an increasing percentage of final examination score by 0.29 point ($B = 0.29$, $SE = 0.04$) (Table 3).

According to Pearson's correlation analysis, mindset score was positively correlated with school-related happiness ($r = 0.499$, $p < .05$) (Table 4).

Table 1 Demographic data

Data	n (%)
Sex	
Male	722 (47.6)
Female	794 (52.3)
IQ (mean \pm SD)	112.52 \pm 15.5

Table 1 Demographic data (continued)

Data	n (%)
Grade	
4 th	401 (26.4)
5 th	556 (36.6)
6 th	559 (36.8)
Paternal education	
Below bachelor's degree	1131 (74.6)
Bachelor's degree or above	385 (25.4)
Maternal education	
Below bachelor's degree	1040 (68.6)
Bachelor's degree or above	476 (31.4)

Table 2 Association between mindset and demographic data

Variables	Fixed Mindset (n = 239)		Growth Mindset (n = 1277)		Total		X ²	p-value
	n	%	n	%	n	%		
Sex							2.06	.151
Male	124	8.1	598	39.4	722	47.6		
Female	115	7.5	679	44.7	794	52.3		
IQ	M = 111.57, SD = 16.43		M = 112.69, SD = 15.37		M = 112.52, SD = 15.54		t = -1.21	.305
Grade							10.35	.006*
4 th	52	3.4	349	23.0	401	26.4		
5 th	77	5.0	479	31.6	556	36.6		
6 th	110	7.2	449	29.6	559	36.8		
Paternal education							3.97	.046*
Below bachelor's degree	166	10.9	965	63.6	1131	74.6		
Bachelor's degree or above	73	4.8	312	20.5	385	25.4		
Maternal education							4.49	.034*
Below bachelor's degree	150	9.8	890	58.7	1040	68.6		
Bachelor's degree or above	89	5.8	387	25.5	476	31.4		

* statistically significant at p < .05

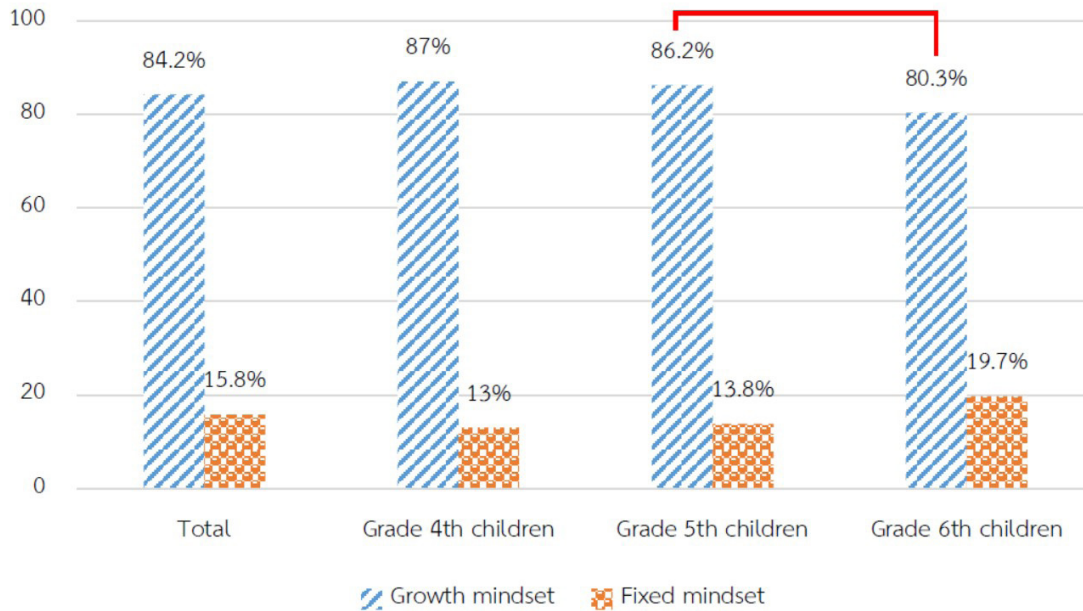


Figure 1 Percentage of mindset among fourth to sixth grade students

Table 3 Relation between mindset score with academic achievement using multiple linear regression analysis

Independent variable	B	SE(B)	β	t	p
Dependent variable: GPA					
Constant	45.25	1.99		22.70	< .001*
Paternal education: Bachelor’s degree or above	1.97	0.53	0.098	3.74	< .001*
Maternal education: Bachelor’s degree or above	2.40	0.50	0.128	4.83	< .001*
Intelligence quotient	0.19	0.01	0.335	14.31	< .001*
Mindset	0.29	0.04	0.153	6.62	< .001*
Analysis of Variance (ANOVA)					
F (4, 1511) = 93.07, p < .001*					
Model fit					
R = 0.445 , R ² = 0.198, R ² _{adjust} = 0.196, SE = 7.81					

* statistically significant at p < .05

Table 4 Correlation between growth mindset and school happiness using Pearson’s correlation analysis

Variables	Mindset	Happiness
Mindset	1	
Happiness	0.499*	1
M	33.01	30.1
SD	4.66	4.55

* statistically significant at p < .05

Discussion

This study found that 84.2% of students have growth mindset while 15.8% held fixed mindset. The sixth grade students held lower percentage of growth mindset than the fourth and fifth grade students. The prevalence of each mindset differed from the general population in related studies which reported that prevalence of growth and fixed mindsets were equally 40% and the rest 20% were undecided.² However, most related mindset research was conducted among middle school to college students or adult subjects. Therefore, young children in primary school might hold growth mindsets more than fixed mindsets. A substantial body of research on age differences in intelligence conceptions concluded that older children were more likely than younger children to view intelligence as stable over time.²⁷ Concerning young children, perceived levels of their intrinsic motivation and competence were very high and exaggerated at the beginning of education.²⁸ According to the constructivist perspective, children's perceptions are the result of development and construction over time through learning experiences.²⁹ This may be explained by several reasons. Young children tend to equate effort with ability, having tried hard or mastered a task could lead them to feel smart and positive evaluate their abilities.³⁰ Feedback in a positive way from teachers or parents could cultivate growth mindset.³¹⁻³³ Some studies have reported that children's initial optimism rapidly and systematically declines along elementary school years.³⁴⁻³⁶ Studies have reported that learning goals decrease with age starting in late elementary school and beyond.^{37,38} Among older

children, academic performance is emphasized more in school and home environment. They face more stress or critical experience related to education such as some feedback or learning environment. Thus, they may focus more on the outcome and avoiding failure which are the performance goals that might cultivate fixed mindsets.^{31-33,38} However, some studies found that older children were more likely than younger children to view intelligence as an internally controllable ability or among older versus younger students, theories of intelligence were more incremental, whereas learning goals were lower.^{32,39} Secondly, culture may affect people's mindset differently. The meta-analytic review by Costa et al. considered that more collectivist societies, which is the type of society in Thailand, emphasize on learning process which may cultivate growth mindsets rather individual results.¹⁶

This study showed that students with growth mindset were correlated with higher academic achievement when measured by the percentage of examination score at modest level after controlling for confounding factors such as parent's education and intelligence quotient. This finding was similar to the meta-analytic review by Costa A, et al.,¹⁶ which reviewed 46 studies among middle school to college students and found a positive direct association between students' implicit theories of intelligence (or growth mindset) and their academic performance at a modest level and highlighted those implicit theories of intelligence can be particular importance in challenging academic situations. In our study in Thailand, most of the parents' education levels were below a bachelor's

degree, which may be classified in low socio-economic status, and may represent a challenging academic situation for a child. As a result, students with the growth mindset would believe in their malleable abilities, having learning goals, using effort as the key to success, believing in the meaning of setback in that they need to work harder or alter their strategies, and sustaining their academic improvement through self-reinforcing cycles of motivation and learning-oriented behaviors. These variables explain why students with growth mindset were more resilient and acquire higher academic achievement than students with fixed mindset when they confronted a challenging academic situation.⁴⁰

This study also found that growth mindset was correlated with higher school-related happiness scores at a moderate level. This finding was consistent with related studies reporting that growth mindset was positively correlated with positive emotion or well-being.¹⁸⁻²⁰ A study by King RB showed that the entity theory of intelligence (fixed mindset) was negatively associated with life satisfaction and positively associated with adverse effects while the implicit theories (growth mindset) and specific dimensions of subjective well-being were reciprocally related.⁴¹ Thus, children with a growth mindset may experience more happiness in school or, on the other hand, when they are happy at school they will probably develop the growth mindset. Zeng, et al. reported that high level of growth mindset among students predicts higher psychological well-being by enhancing resilience.¹⁸ However, studies on mindset type and happiness levels remain limited.

Our research's strength was related to the large study sample comprising children younger than those in other related studies. However, this study encountered some limitations. Due to employed a cross-sectional design in our study, so we could not conclude that growth mindset contributes to academic achievement and school-related happiness or vice versa.

Conclusion

Among upper primary school students, growth mindsets predominated. Growth mindset was correlated with higher academic achievement and school-related happiness levels. Further growth mindset studies using longitudinal designs or growth mindset interventions are needed.

Acknowledgements

We would like to express our great appreciation to Asst. Prof. Nithipun Suksumek (Neonatology Head, Phramongkutklao College of Medicine) and Asst. Prof. Chalinee Monsereenusorn for their valuable and constructive suggestions while preparing the manuscript. This research was funded by the Pramongkutklao College of Medicine.

ความรู้เดิม : ยังไม่มีการศึกษาชุดความคิด (mindset) ในเด็กนักเรียนของประเทศไทย

ความรู้ใหม่ : เด็กนักเรียนส่วนใหญ่มีชุดความคิดแบบเติบโต ซึ่งชุดความคิดแบบเติบโตนี้มีความสัมพันธ์กับผลคะแนนสอบและความสุขในการเรียนที่มากกว่า

ประโยชน์ที่นำไปใช้ : จัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้เด็กนักเรียนมีชุดความคิดแบบเติบโต

Reference

1. Dweck CS, Master A. Self-relations, self-esteem, self-care, and self-control. In: Carey WB, Crocker AC, Coleman WL, Elias ER, Feldman HM, editors. *Developmental-behavioral pediatrics*. 4th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2009. p. 427-35.
2. Dweck CS. *Mindset the new psychology of success*. New York: Ballantine book; 2008.
3. Dweck CS, Yeager DS. Mindsets: a view from two eras. *Perspect Psychol Sci*. 2019;14(3):481-96. doi:10.1177/1745691618804166.
4. Dweck CS. *Self-theories: their role in motivation, personality, and development*. New York: Psychology press; 2000.
5. Dweck CS, Leggett EL. A social-cognitive approach to motivation and personality. *Psychol. Rev*. 1988;95(2):256-73.
6. Wegner LM. School achievement and underachievement. In: Carey WB, Crocker AC, Coleman WL, Elias ER, Felman HM, editors. *Developmental behavioral pediatrics*. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2009. p. 497-505.
7. Gutman L, Schoon I. The impact of non-cognitive skills on outcomes for young people: literature review. London: Education Endowment Foundation; 2013. p. 57.
8. Seligman MEP. *Flourish: a visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Free Press; 2011.
9. Gray RS, Chamrathirong A, Pattaravanich U, Prasartkul P. Happiness among adolescent students in Thailand: family and non-family factors. *Soc Indic Res*. 2013;110(2):703-19. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9954-y>.
10. Natvig GK, Albrektsen G, Qvarnstrøm U. Associations between psychosocial factors and happiness among school adolescents. *Int J Nurs Pract*. 2003;9(3):166-175. doi:10.1046/j.1440-172x.2003.00419.x.
11. Minkov M, Bond MH. A genetic component to national differences in happiness. *J Happiness Stud*. 2017;18(2):321-40. doi:10.1007/s10902-015-9712-y.
12. Blackwell LS, Trzesniewski KH, Dweck CS. Implicit theories of intelligence predict achievement across and adolescent transition: a longitudinal study and an intervention. *Child Dev*. 2007;78:246-63. doi:10.1111/j.1467-8624.2007.00995.x.
13. Romero C, Master A, Paunesku D, Dweck CS, Gross JJ. Academic and emotional functioning in middle school: the role of implicit theories. *Emotion*. 2014;14(2):227-34. doi:10.1037/a0035490.
14. Stipek D, Gralinski-Bakker JH. Children's beliefs about intelligence and school performance. *J Educ Psychol*. 1996;88(3):397-407. doi:10.1037/0022-0663.88.3.397.
15. Claro S, Paunesku D, Dweck CS. Growth mindset tempers the effects of poverty on academic achievement. *PNAS*. 2016;113:8664-8. doi:10.1073/pnas.1608207113.
16. Costa A, Faria L. Implicit theories of intelligence and academic achievement: a meta-analytic review. *Front Psychol*. 2018;9:829. doi:10.3389/fpsyg.2018.00829.
17. Sisk VF, Burgoyne AP, Sun J, Butler JL, Macnamara BN. To what extent and under which circumstances are growth mind-sets important to academic achievement? two meta-analyses. *Psychol Sci*. 2018;29(4):549-71. doi:10.1177/0956797617739704.

18. Zeng G, Hou H, Peng K. Effect of growth mindset on school engagement and psychological well-being of Chinese primary and middle school students: the mediating role of resilience. *Front Psychol.* 2016;7:1873. doi:10.3389/fpsyg.2016.01873.
19. Kern ML, Waters LE, Adler A, White MA. A multidimensional approach to measuring well-being in students: application of the PERMA framework. *J Posit Psychol.* 2015;10(3):262-71. doi: 10.1080/17439760.2014.936962.
20. Ortiz Alvarado NB, Rodriguez Ontiveros M, Ayala Gaytan EA. Do mindsets shape students' well-being and performance. *J Psychol.* 2019;153(8):843-59. doi:10.1080/00223980.2019.1631141.
21. Aronson J, Fried CB, Good C. Reducing the effects of stereotype threat on African American college students by shaping theories of intelligence. *J Exp Soc Psychol.* 2001;38(2):113-25. doi:10.1006/jesp.2001.1491.
22. Good C, Aronson J, Inzlicht M. Improving adolescents' standardized test performance: an intervention to reduce the effects of stereotype threat. *J Appl Dev Psychol.* 2003;24(6):645-62. doi:10.1016/j.appdev.2003.09.002.
23. Paunesku D, Walton GM, Romero C, Smith EN, Yeager DS, Dweck CS. Mind-set interventions are a scalable treatment for academic underachievement. *Psychol Sci.* 2015;26(6):784-93. doi:10.1177/0956797615571017.
24. Yeager DS, Romero C, Paunesku D, Hulleman CS, Schneider B, Hinojosa C, et al. Using design thinking to improve psychological interventions: the case of the growth mindset during the transition to high school. *J Educ Psychol.* 2016;108(3):374-91. doi:10.1037/edu0000098.
25. Yeager DS, Hanselman P, Walton GM, Murray JS, Crosnoe R, Muller C, et al. A national experiment reveals where a growth mindset improves achievement. *Nature.* 2019;573(7774):364-9. doi:10.1038/s41586-019-1466-y.
26. Mindset Works ® EducatorKit - Module 1 Toolkit [Internet]. Mindset assessment profile tool. [cited 2020 Sep 17]. Available from: <https://achieve.lausd.net/cms/lib/CA01000043/Centricity/Domain/173/MindsetAssessmentProfile.pdf>
27. Stipek D, Iver DM. Developmental change in children's assessment of intellectual competence. *Child Dev.* 1989;60(3):521-38. doi:10.2307/1130719.
28. Flink C, Boggiano AK, Main DS, Barrett M and Katz, P. Children's achievement-related behaviors: the role of extrinsic and intrinsic motivational orientations. In: Boggiano AK and Pittman TS editors. *Cambridge studies in social and emotional development. Achievement and motivation: a social-developmental perspective.* New York: Cambridge University Press; 1992. p. 189–214.
29. Bouffard T, Vezeau C. The developing self-system and self-regulation of primary school children. *Self-awareness: its nature and development.* New York: Guilford Press; 1998. p. 246-72.
30. Nicholls JG. The development of the concepts of effort and ability, perception of academic attainment, and the understanding that difficult tasks require more ability. *Child Dev.* 1978;49(3): 800-14. doi:10.2307/1128250.
31. Mueller CM, Dweck CS. Praise for intelligence can undermine children's motivation and performance. *J Pers Soc Psychol.* 1998;75(1):33-52. doi:10.1037//0022-3514.75.1.33.
32. Gunderson EA, Donnellan MB, Robins RW, Trzesniewski KH. The specificity of parenting effects: differential relations of parent praise and criticism to children's theories of intelligence and learning goals. *J Exp Child Psychol.* 2018;173:116-35. doi:10.1016/j.jecp.2018.03.015.

33. Xing S, Gao X, Jiang Y, Archer M, Liu X. Effects of ability and effort praise on children's failure attribution, self-handicapping, and performance. *Front Psychol.* 2018;9:1883. doi:10.3389/fpsyg.2018.01883.
34. Wigfield A, Eccles J, Yoon KS, Harold R, Arbretton A, Freedman-Doan C, et al. Change in Children's competence beliefs and subjective task values across the elementary school years: a 3-year study. *J Educ Psychol.* 1997;89:451-69. doi:10.1037/0022-0663.89.3.451.
35. Eccles J, Wigfield A, Harold RD, Blumenfeld P. Age and gender differences in children's self- and task perceptions during elementary school. *Child Dev.* 1993;64(3):830-47.
36. Bouffard T, Marcoux M-F, Vezeau C, Bordeleau L. Changes in self-perceptions of competence and intrinsic motivation among elementary schoolchildren. *Br J Educ Psychol.* 2003;73:171-86. doi:10.1348/00070990360626921.
37. Anderman LH, Anderman EM. Social predictors of changes in students' achievement goal orientations. *Contemp Educ Psychol.* 1999;24(1):21-37. doi:10.1006/ceps.1998.0978.
38. Gonida EN, Cortina KS. Parental involvement in homework: relations with parent and student achievement-related motivational beliefs and achievement. *Br J Educ Psychol.* 2014;84(Pt 3): 376-96. doi:10.1111/bjep.12039.
39. Pomerantz EM, Saxon JL. Conceptions of ability as stable and self-evaluative processes: a longitudinal examination. *Child Dev.* 2001;72(1):152-73. doi:10.1111/1467-8624.00271.
40. Yeager D, Dweck C. Mindsets that promote resilience: when students believe that personal characteristics can be developed. *Educ Psychol.* 2012;47. doi:10.1080/00461520.2012.722805.
41. King RB. Fixed mindset leads to negative affect: the relations between implicit theories of intelligence and subjective well-being. *Z Psychol.* 2017;225(2):137-45. doi:10.1027/2151-2604/a000290.

Supplements

แบบประเมินกรอบความคิด

คำชี้แจง ให้วงกลมรอบตัวเลขในข้อที่หนูเห็นด้วยมากที่สุด

ท่านเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความเหล่านี้	ไม่เห็นด้วย		เห็นด้วย		คะแนน	
	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยเล็กน้อย	เห็นด้วยอย่างมาก		
1. หนูสามารถฉลาดขึ้นได้ ไม่ว่าหนูจะมีความฉลาดแค่ไหน	1	2	3	4	5	6
2. หนูเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้ แต่จริง ๆ แล้ว หนูฉลาดขึ้นไม่ได้	1	2	3	4	5	6
3. หนูชอบงานที่ได้ใช้ความคิด	1	2	3	4	5	6
4. หนูชอบงานที่หนูสามารถทำได้ดีโดยไม่ยากเกินไป	1	2	3	4	5	6
5. หนูชอบงานที่ทำให้หนูได้เรียนรู้ ถึงแม้ว่า หนูจะทำผิดพลาดก็ตาม	1	2	3	4	5	6
6. หนูชอบงานที่หนูทำได้ดีที่สุดโดยไม่มีข้อผิดพลาด	1	2	3	4	5	6
7. งานที่ยาก ทำให้หนูพยายามมากขึ้น และไม่ท้อถอย	1	2	3	4	5	6
8. เมื่อหนูทำงานหนัก ทำให้หนูรู้สึกที่ หนูไม่ฉลาด	1	2	3	4	5	6

แบบประเมินความสุขในการเรียน

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความ และเลือกคำตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือที่ตรงกับระดับความเห็นของหนูมากที่สุด เพียงช่องเดียว โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ข้อความในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างมาก
1. ฉันกระปรี้กระเปร่าเวลาเรียน				
2. ฉันรู้สึกกังวลกับการเรียน				
3. ฉันอยากไปโรงเรียนเพื่อเรียนหนังสือ				
4. ฉันรู้สึกผ่อนคลายเวลาเรียน				
5. ฉันมีสมาธิในการเรียน				
6. ฉันรู้สึกหงุดหงิดเวลาเรียน				
7. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้เวลาเรียน				
8. ฉันเหนื่อยเวลาเรียน				
9. ฉันรู้สึกดีเวลาเรียน				
10. ฉันอยากเลิกเรียนหนังสือ				

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

วันรับ : 12 พฤษภาคม 2563

วันแก้ไข : 3 มีนาคม 2564

วันตอบรับ : 5 มีนาคม 2564

กัลยาณี โนนินทร์, ปร.ด.¹, อารี ชิวเกษมสุข, ปร.ด.²,

สุภมาส อังคุโชติ, ค.ด.²

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่¹

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน

วิธีการ : ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ศึกษาสภาพปัญหาความเหนื่อยหน่าย พัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย ทดลองใช้ และประเมินผล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำการปฏิบัติงานอย่างน้อยหนึ่งปี ที่ตีกลุ่มผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงแห่งหนึ่ง จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบวัดความเหนื่อยหน่าย และแบบประเมินระยะของความเหนื่อยหน่าย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การทดสอบ Wilcoxon matched pairs signed - ranks test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผล : ปัญหาของความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล ได้แก่ ด้านร่างกาย อารมณ์ และการตระหนักรู้ ส่วนปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่าย ได้แก่ ปัจจัยด้านงาน และด้านองค์กร รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาขึ้นเป็นแบบแผนกิจกรรมที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อบรรเทาอาการอ่อนล้าทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และการตระหนักรู้ของพยาบาลวิชาชีพ และลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายทั้งด้านบุคคล ด้านงาน และด้านองค์กร หลังทดลองใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายในกลุ่มตัวอย่าง 6 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพทั้งโดยรวมด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย และด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ น้อยกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป : รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นช่วยลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพได้ และเป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าไปใช้ลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนได้

คำสำคัญ : ความเหนื่อยหน่าย พยาบาลวิชาชีพ รูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย โรงพยาบาลชุมชน

ติดต่อผู้นิพนธ์ : กัลยาณี โนนินทร์; e-mail: kanlayanee_n@yahoo.com

Original article

The development of a reducing burnout model for professional nurses in a community hospital

Received : 12 May 2020

Revised : 3 March 2021

Accepted : 5 March 2021

Kanlayanee No-in, Ph.D.¹, Aree Cheevakasemsook, Ph.D.²,

Supamas Angsuchoti, Ph.D.²

Boromrajonani College of Nursing, Phrae¹

Sukhothai Thammathirat Open University²

Abstract

Objective: To develop a burnout reducing model for professional nurses (BRMPN) in a community hospital and study its effects.

Methods: The study using research and development process was divided into 4 phases: situational analysis of the burnout, develop the BRMPN, pilot implementation, and evaluation. Ten professional nurses who worked at in-patient unit in 30 beds community hospital for at least 1 year were purposively selected. The measurement consisted a burnout measurement and a burnout cycle questionnaire. The data were analyzed by descriptive statistics, the Wilcoxon matched pairs signed - ranks test, and content analysis.

Results: Three main burnout problems of nurses included physical fatigue, emotional exhaustion, and cognitive weariness. Two factors that caused the burnout were their work and organization factors. The BRMPN is a systematic method which is designed to reduce stress/burnout of their physical, emotional, and cognitive conditions due to nursing practice, and relieve the related factors including personal, work and organization dimensions. After using the model for 6 weeks, both total burnout scores and two burnout subscale scores of physical fatigue and emotional exhaustion were significantly less than before using the model at the statistic level of .05.

Conclusion: The BRMPN reduced burnout of professional nurses. Therefore, it is an option that can be used to reduce burnout of professional nurses.

Keywords: burnout, community hospital, professional nurses, reducing burnout model

Corresponding author: Kanlayanee No-in; e-mail: kanlayanee_n@yahoo.com

บทนำ

ความเหนื่อยหน่ายเกิดขึ้นได้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งปฏิบัติงานทั้งด้านการบริการพยาบาลและภารกิจอื่น ๆ ที่ไม่ใช่การบริการพยาบาลโดยตรง โดยพบว่าสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานอื่นที่ไม่ใช่งานบริการพยาบาลมีมากกว่าร้อยละ 50¹ นอกจากนี้ภาระงานที่มีจำนวนมากแล้ว การมีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการมากและมีความคาดหวังสูงต่อการบริการที่จะได้รับการต้องตัดสินใจอย่างฉับไวเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ฉุกเฉิน ความเข้มงวดในการปฏิบัติงานอันเนื่องมาจากนโยบายด้านสุขภาพของรัฐบาล การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาตรฐานวิชาชีพ เทคโนโลยีด้านการสื่อสาร และการฟ้องร้องของผู้ป่วย ซึ่งจากรายงานล่าสุดพบแพทย์และพยาบาลมีประสบการณ์ในการถูกผู้ป่วยร้องเรียนมากถึงร้อยละ 64.8 โดยเป็นคดีแพ่งร้อยละ 61² เหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกายและจิตใจในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนทั้งระยะสั้นและระยะยาว นำไปสู่สาเหตุของการเกิดความเครียด ความพึงพอใจในงานลดลง และเกิดความเหนื่อยหน่ายได้มากที่สุด^{3,4}

ความเหนื่อยหน่าย (burnout) เป็นความรู้สึกด้านลบที่เกิดขึ้นเป็นเวลานาน ประกอบด้วย ความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย (physical fatigue) ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) และความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ (cognitive weariness)⁵ เนื่องมาจากภาระงานมาก⁶ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายเกิดจากทั้งปัจจัยด้านบุคคล ด้านงาน และด้านองค์กร⁷ ความเหนื่อยหน่ายมีผลกระทบต่อระบบการพยาบาล อาทิ ผลกระทบต่อพยาบาล เช่น เกิดความไม่พึงพอใจในงาน และการลาออกจากงาน⁸ และผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยอันเป็นผลที่สืบเนื่องมาจากความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล อาทิ อัตราตายของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ความปลอดภัยของผู้ป่วยลดลง^{8,9} ดังเช่นผลการศึกษาหนึ่งในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย พบว่าพยาบาลที่มีความเหนื่อยหน่ายรายงานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางหรือควรปรับปรุงร้อยละ 16 โดยมีการ

รายงานผู้ป่วยตกเตียงร้อยละ 5 ความคลาดเคลื่อนทางยา ร้อยละ 11 และการติดเชื้อร้อยละ 14 ตามลำดับ¹⁰ พยาบาลที่มีความเหนื่อยหน่ายจะมีอัตราการลาออกจากงานสูง ความเหนื่อยหน่ายสัมพันธ์กับสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยต่อจำนวนพยาบาล ซึ่งเป็นตัวทำนายของการลาออกจากงาน¹¹ จึงกล่าวได้ว่าความเหนื่อยหน่ายส่งผลกระทบต่อทั้งต่อพยาบาลและผู้ป่วย

โรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอหรือระดับทุติยภูมิที่มีความสำคัญต่อชุมชน มีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตักผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนถือเป็นบุคลากรสำคัญของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่รับรักษาไว้ในโรงพยาบาลจำนวนมากอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน บันทึกข้อมูลการรักษาในแฟ้มรับใหม่ ระหว่างการรักษาและสรุปจำหน่ายกลับบ้าน ให้คำแนะนำการดูแลรักษาทั้งผู้ป่วยและญาติ และดำเนินการและประสานงานให้ผู้ป่วยที่จำเป็นได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาอย่างเหมาะสมและทันเวลาที่ นอกจากนี้ยังต้องรับผิดชอบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน โปรแกรมคอมพิวเตอร์/อินเทอร์เน็ต การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และงานบริหารจัดการของโรงพยาบาลอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย จะเห็นว่าภารกิจที่มากและหลากหลายบทบาทข้างต้น ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความเครียด และความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานได้

การศึกษาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่รูปแบบการศึกษาเป็นแบบสำรวจและแบบทดลองในแง่การศึกษาเชิงจิตวิทยาด้วยการนำเทคนิคทางจิตวิทยาเพียง 1 - 2 เทคนิคมาแก้ปัญหาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล เพื่อมุ่งเน้นลดความเหนื่อยหน่ายเฉพาะปัจจัยที่เกิดจากบุคคลอย่างเดียว สถานที่ที่ใช้ในการทำวิจัยส่วนใหญ่มักเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์¹²⁻¹⁷ แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายในพยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบการวิจัยและ

พัฒนาในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลชุมชนมาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนและศึกษาผลการใช้รูปแบบฯ ดังกล่าวในโรงพยาบาลชุมชนตัวอย่างหนึ่งแห่งที่มีขนาด 30 เตียง เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

วิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ประยุกต์ใช้แนวคิดของชัยวิชิต เขียรชนะ¹⁸ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาสภาพปัญหา 2) การพัฒนารูปแบบตัวอย่าง 3) การทดลองใช้ และ 4) การประเมินผล โดยรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนที่พัฒนาขึ้น ใช้กรอบแนวคิดแสดงดังแผนภาพที่ 1

กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ตึกผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงแห่งหนึ่ง จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเจาะจง มีเกณฑ์คัดเลือกดังนี้ 1) เป็นพยาบาลประจำการที่ตึกผู้ป่วยในอย่างน้อย 1 ปี ยกเว้นหัวหน้าตึก และ 2) ยินดีให้ความร่วมมือและเข้าร่วมโครงการ ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดโครงการ ผู้วิจัยประสานและทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน หลังจากนั้นเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์และ

ขั้นตอนการทำวิจัยแก่หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และกลุ่มตัวอย่าง ตามลำดับ

การพัฒนาารูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย 4 ขั้นตอน ดังนี้ **ขั้นที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตึกผู้ป่วยใน** (สัปดาห์ที่ 1) โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และประชุมกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 1 - 2 ชั่วโมง ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความเหนื่อยหน่ายด้วยตนเองโดยใช้แบบวัดความเหนื่อยหน่าย สรุปสาเหตุของความเหนื่อยหน่าย และแนวทางการพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ **ขั้นที่ 2 พัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ** (สัปดาห์ที่ 1 - 2) โดยอิงฐานข้อมูลจากขั้นที่ 1 ได้ร่างรูปแบบฯ ประกอบด้วย การให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติเพื่อลดความเหนื่อยหน่าย 1 สัปดาห์ และการฝึกปฏิบัติเพื่อลดความเหนื่อยหน่ายต่อเนื่องนาน 6 สัปดาห์ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หลังจากนั้นปรับกิจกรรมการฝึกปฏิบัติให้มีความยืดหยุ่นเหมาะสมกับการนำไปใช้ **ขั้นที่ 3 การนำรูปแบบฯ ไปใช้** (สัปดาห์ที่ 2-10) ในกลุ่มตัวอย่าง 10 คน และ **ขั้นที่ 4 การประเมินผลการใช้รูปแบบฯ** (สัปดาห์ที่ 10) โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความเหนื่อยหน่ายและระยะของความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพด้วยตนเองตามเครื่องมือที่กำหนด

รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน

- | | |
|---|---|
| 1. ลดความเหนื่อยหน่ายด้านบุคคล มี 3 ด้าน | } โดยผ่านกิจกรรม - การเจริญสติ
- การทำสมาธิ
- การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ |
| 1.1 ลดความอ่อนล้าทางร่างกาย | |
| 1.2 ลดความอ่อนล้าทางอารมณ์ | |
| 1.3 ลดความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ | |
| 2. กิจกรรมลดความเหนื่อยหน่ายที่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง | |
| 2.1 ขยายเวลาพักรับประทานอาหารกลางวัน | |
| 2.2 ประสานงานการวางแผนการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพอย่างเป็นรูปธรรม | |



ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ มี 3 ด้าน

1. ความอ่อนล้าทางร่างกาย
2. ความอ่อนล้าทางอารมณ์
3. ความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นคำถามแบบให้เลือกตอบและแบบปลายปิดจำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบวัดความเหนื่อยหน่าย แพลและปรับปรุงจากแบบวัดความเหนื่อยหน่ายของ Shirom - Melamed (Shirom - Melamed burnout measure: SMBM)⁵ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 3 ด้าน รวม 14 ข้อ ได้แก่ ความอ่อนล้าทางร่างกาย (6 ข้อ) ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (3 ข้อ) และความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ (5 ข้อ) โดยปรับลักษณะคำตอบแบบประมาณค่า 7 ระดับของต้นฉบับ เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ เพื่อให้ตอบได้ง่ายขึ้นและสอดคล้องตามความรู้สึกร่วมของกลุ่มตัวอย่าง โดย 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยมีความรู้สึกตามที่ระบุในรายการประเมิน จนถึง 5 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกตามที่ระบุในรายการประเมินเป็นประจำ มีค่า IOC ระหว่าง 0.60 - 1.00 และค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยรวมเท่ากับ 0.94 และรายด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย ความอ่อนล้าทางอารมณ์ และความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ เท่ากับ 0.82, 0.91 และ 0.93 ตามลำดับ แพลผลคะแนนโดยใช้คะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยหน่ายในแต่ละด้าน และความเหนื่อยหน่ายโดยรวม คำนวณได้จากการรวมคะแนนของ แต่ละข้อแล้วหารด้วยจำนวนข้อ²² โดยใช้ค่าเฉลี่ยกลาง (mid - point) เป็นเกณฑ์ในการแปลความหมาย²³ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง ความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับมากที่สุด; ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง ความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับมาก; ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับปานกลาง; ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง ความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับน้อย; และค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง ความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับน้อยที่สุด ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการตามขั้นของการเกิดความเหนื่อยหน่าย เป็นแบบประเมินอาการตามขั้นของการเกิดความเหนื่อยหน่ายที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดวงจรการเกิดความเหนื่อยหน่ายของ Miller และ Smith²¹ มีวงจรการเกิดความเหนื่อยหน่าย 5 ขั้น คือ ขั้นฮันนีมูน (the honeymoon)

ขั้นตื่น (the awakening) ขั้นภาวะไฟตก (the brownout) ขั้นความเหนื่อยหน่าย (the full scale burnout) และขั้นปรากฏการณ์ฟีนิกซ์ (the phoenix phenomenon) มีข้อคำถามจำนวน 3, 3, 7, 3 และ 1 ข้อ ตามลำดับ รวมทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นการให้เลือกตอบว่า มีอาการตามแบบประเมิน ได้ 1 คะแนน และไม่มีอาการตามแบบประเมิน ได้ 0 คะแนน มีค่า IOC ระหว่าง 0.60 - 1.00 และค่าความเที่ยงด้วยวิธี Kuder - Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.81

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลจากการประชุมกลุ่มใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบระดับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนก่อนและหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายใช้การทดสอบ Wilcoxon matched pairs signed - ranks test

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช รหัสโครงการ NS No. 30/2561 เมื่อวันที่ 25 กันยายน 2561

ผล

สภาพปัญหาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตึกผู้ป่วยใน

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 43.5 ± 5 ปี ประสบการณ์ทำงาน 20.5 ± 6.5 ปี ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 40 ปี (ร้อยละ 70) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 70) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปี (ร้อยละ 50) ในด้านความขัดแย้งและสัมพันธ์ภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความขัดแย้งกับพยาบาลวิชาชีพ และกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 80 และร้อยละ 60 ตามลำดับ) โดยภาพรวมการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีมากกับหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ และทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 70 ร้อยละ 60 และร้อยละ 40 ตามลำดับ)

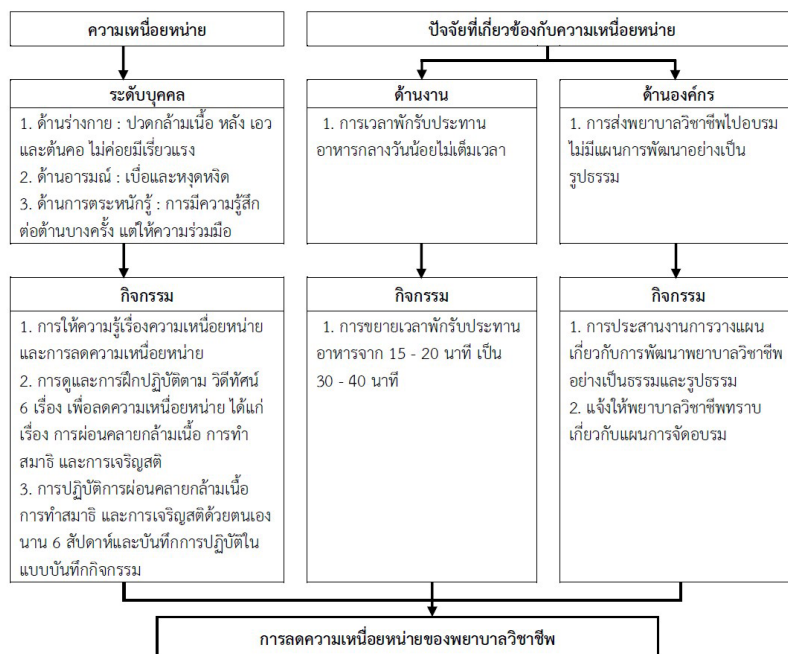
จากผลการประชุมกลุ่ม สรุปได้ว่าความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น ความเหนื่อยหน่ายในระดับ

บุคคลมี 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดกล้ามเนื้อ หลัง เอว และต้นคอ 2) ด้านอารมณ์ ได้แก่ เบื่อและหงุดหงิด และ 3) ด้านการตระหนักรู้ ได้แก่ รู้สึกต่อต้านเป็นบางครั้ง เมื่อไม่ได้บอกเหตุผลที่ต้องให้ปฏิบัติตาม หรือมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกัน แต่ให้ความร่วมมือ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของกลุ่มตัวอย่างมี 2 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านงาน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพมีปริมาณงานในความรับผิดชอบมาก การมีเวลาพักรับประทานอาหารกลางวันไม่เต็มเวลา และการมีภาระงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล และ 2) ด้านองค์กร ได้แก่ การส่งพยาบาลวิชาชีพไปอบรมไม่มีแผนการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม

รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตึกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชน

รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาขึ้น มีการบูรณาการแนวคิด 5 ประการ ประกอบด้วย 1) แนวคิดการพัฒนาแบบของ ชัยวิจิตต์ เขียวชนะ¹⁸ 2) แนวคิดความเหนื่อยหน่ายของ Shirom-Melamed⁵ 3) แนวคิดการประเมินความเหนื่อยหน่ายของ Shirom-Melamed⁵ 4) แนวคิดการประเมินระยะความเหนื่อยหน่ายของ Miller และ Smith²¹ และ 5) แนวคิดการลดความ

เหนื่อยหน่ายจำนวน 3 แนวคิด ได้แก่ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ¹² การเจริญสติ¹⁷ และการทำสมาธิ¹⁹ โดยรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาขึ้น เป็นแบบแผนกิจกรรมที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อลดกลุ่มอาการอ่อนล้าทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพ อันเนื่องมาจากการปฏิบัติกรพยาบาล การลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) การลดความเหนื่อยหน่ายในระดับบุคคล มี 3 ด้าน คือ ด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ และ 2) การลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่าย มี 3 ด้าน คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านบุคคล ด้านงาน และด้านองค์กร ได้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาขึ้นแสดงดังแผนภาพที่ 2 โดยในระดับบุคคล ผู้วิจัยสอนกิจกรรมที่ 1 และ 2 และเปิดวิดีโอที่สั้นจำนวน 6 เรื่องให้กลุ่มตัวอย่างดูและฝึกปฏิบัติตาม ใช้เวลานาน 3 ชั่วโมง ทั้งนี้รูปแบบฯ และวิดีโอที่สั้นผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน นำมาหาความตรงเชิงเนื้อหาด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง (item objective congruence; IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.80 - 1.00



แผนภาพที่ 2 รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน

ผลลัพธ์การใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ

เมื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนก่อนและหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายพบว่า หลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย และความอ่อนล้าทางอารมณ์ ลดลงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงดังตารางที่ 1

ผลการประเมินอาการตามขั้นของการเกิดความเหนื่อยหน่ายหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายแล้ว 6 สัปดาห์ พบว่า พยาบาลวิชาชีพ 9 ใน 10 คน มีระยะของความเหนื่อยหน่ายอยู่ในขั้นปรากฏการณ์ฟิสิกซ์ และมีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน มีระยะของความเหนื่อยหน่ายอยู่ในขั้นฮันนีมูน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับความเหนื่อยหน่ายรายข้อ รายด้าน และโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย

ความเหนื่อยหน่าย	ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ (10 คน)						Z	p-value
	ก่อนการใช้รูปแบบ			หลังการใช้รูปแบบ				
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ		
ด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย	2.3	0.75	น้อย	1.3	0.42	น้อยที่สุด	-2.81	.003*
รู้สึกเหน็ดเหนื่อย	3.3	0.82	ปานกลาง	1.8	0.79	น้อย	-2.72	.004*
รู้สึกเหน็ดเหนื่อยกายเป็นอย่างมาก	2.4	1.17	น้อย	1.3	0.48	น้อยที่สุด	-2.23	.013*
รู้สึกเหนื่อยหน่าย	2.3	0.82	น้อย	1.2	0.42	น้อยที่สุด	-2.60	.005*
รู้สึกเบื่อหน่าย	2.1	0.99	น้อย	1.3	0.48	น้อยที่สุด	-2.33	.010*
รู้สึกเหมือนหมดพลังงาน	2.0	1.05	น้อย	1.2	0.42	น้อยที่สุด	-1.93	.027*
ไม่มีแรงพอที่จะไปทำงานในตอนเช้า	1.8	0.63	น้อย	1.2	0.42	น้อยที่สุด	-1.90	.029*
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	1.7	0.59	น้อย	1.2	0.28	น้อยที่สุด	-2.03	.021*
รู้สึกว่าไม่สามารถไวต่อความต้องการของเพื่อนร่วมงานและผู้ให้บริการ	2.0	0.67	น้อย	1.3	0.48	น้อยที่สุด	-2.07	.019*
รู้สึกว่าไม่สามารถรองรับอารมณ์ของเพื่อนร่วมงานและผู้รับบริการได้	1.7	0.95	น้อย	1.3	0.48	น้อยที่สุด	-1.30	.097
รู้สึกว่าไม่สามารถแสดงความเห็นอกเห็นใจเพื่อนร่วมงานและผู้ให้บริการได้	1.3	0.48	น้อยที่สุด	1.0	0	น้อยที่สุด	-1.73	.042*

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับความเหนื่อยหน่ายรายข้อ รายด้าน และโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย (ต่อ)

ความเหนื่อยหน่าย	ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ (10 คน)						Z	p-value
	ก่อนการใช้รูปแบบ			หลังการใช้รูปแบบ				
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ		
ด้านความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้	1.7	0.53	น้อย	1.4	0.37	น้อยที่สุด	-1.36	.088
มีความลำบากในการคิดกับสิ่งที่ซับซ้อน	1.8	0.79	น้อย	1.4	0.52	น้อยที่สุด	-1.41	.079
รู้สึกว่าความคิดของฉันแข็งขี้	1.7	0.95	น้อย	1.4	0.52	น้อยที่สุด	-1.13	.129
ไม่ค่อยมีสมาธิในการทำงาน	1.6	0.70	น้อย	1.5	0.53	น้อยที่สุด	-0.45	.328
รู้สึกว่าคิดอะไรไม่ชัดเจน	1.6	0.70	น้อย	1.5	0.97	น้อยที่สุด	-0.37	.357
รู้สึกว่าขณะที่คิดอะไรก็ตามฉันไม่ได้จดจ่อกับสิ่งที่คิด	1.6	0.52	น้อย	1.2	0.42	น้อยที่สุด	-1.63	.051
โดยรวม	1.9	0.60	น้อย	1.3	0.33	น้อยที่สุด	-2.67	.004*

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

วิจารณ์

รูปแบบการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถนำไปใช้ลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงในการศึกษานี้ได้จริงสอดคล้องกับแนวคิดของ McCormack และ Cotter⁷ ที่กล่าวว่าความเหนื่อยหน่ายเกิดจากสาเหตุ 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านบุคคล ด้านงาน และด้านองค์กร การศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อนำไปใช้ลดความเหนื่อยหน่ายกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป เช่น โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริงซึ่งเป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลเป็นกลุ่มตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เพื่อให้ตระหนักถึงตนเองเกี่ยวกับความรับผิดชอบของตนเองตามความเป็นจริงและความถูกต้อง และโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสซีฟ เป็นวิธีการลดความเครียดหรือความตึงตัวของกล้ามเนื้อแต่ละมัดอย่างเป็นระบบทั่วร่างกาย รวมทั้งเรียนรู้การควบคุมความคิด ความรู้สึก

ของตนเองให้สามารถผ่อนคลายความรู้สึกและอาการที่เกิดขึ้น¹² ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวนี้ได้เน้นการแก้ไขปัญหาความเหนื่อยหน่ายที่เป็นปัจจัยด้านบุคคล ส่วนรูปแบบฯ ในการศึกษานี้พัฒนามาจากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริงตามบริบทของตึกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง โดยพยาบาลวิชาชีพได้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะตามปัญหาที่พบ ประกอบด้วยการลดความเหนื่อยหน่ายในระดับบุคคล 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย ทางอารมณ์ และทางการตระหนักรู้ตามแนวคิดความเหนื่อยหน่ายของ Shirom - Melamed²⁰ และการลดปัจจัยเกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพทั้งปัจจัยด้านบุคคล ด้านงาน และด้านองค์กร และได้วิเคราะห์และค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของความเหนื่อยหน่าย เพื่อพัฒนารูปแบบฯ ที่คำนึงถึงทั้งระบบ จึงทำให้มองปัญหาความเหนื่อยหน่ายและมีการแก้ไขปัญหาคือครอบคลุมมากขึ้น ในขณะที่การศึกษาที่ผ่านมามองปัญหาความเหนื่อยหน่ายที่ปฏิบัติการของบุคคลหรือชุมชนต่อสาเหตุของความเครียด

โดยให้ความสำคัญกับวิธีการตอบสนองต่อความเครียดของพยาบาลในการป้องกันระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ¹⁴ ซึ่งการลดความเหนื่อยหน่ายได้แก้ไขเฉพาะในระดับบุคคลเท่านั้น แต่ไม่ได้แก้ไขปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายด้วย นอกจากนี้วิธีการและกิจกรรมที่ใช้ลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในรูปแบบๆ ที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ ได้แก่ การเจริญสติหรือการฝึกสติ การทำสมาธิ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยผ่านวิถีทัศน์ที่นำมาใช้ให้ความรู้ในการอบรมแล้วให้พยาบาลวิชาชีพฝึกปฏิบัติตามวิถีทัศน์จนสามารถปฏิบัติได้เอง และนำกิจกรรมทุกกิจกรรมไปปฏิบัติต่อเนื่องนาน 6 สัปดาห์ พร้อมบันทึกในแบบบันทึกการทำกิจกรรมจนกิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนมีทักษะ ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความเหนื่อยหน่ายลดลง

เปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนก่อนและหลังการใช้รูปแบบๆ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายโดยรวมและรายด้าน 2 ด้าน ได้แก่ ความอ่อนล้าทางร่างกายและความอ่อนล้าทางอารมณ์หลังการใช้รูปแบบๆ น้อยกว่าก่อนการใช้รูปแบบๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คล้ายคลึงกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา (mindfulness education program) ในบุคลากรด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิ¹⁷ ทั้งนี้ อธิบายได้จากการพัฒนารูปแบบๆ นี้เป็นการพัฒนารูปแบบการแก้ปัญหาที่รากเหง้าของปัญหา ซึ่งเป็นปัญหาที่ตรงกับบริบทการทำงานที่ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ จึงมีผลทั้งความเหนื่อยหน่ายระดับบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และด้วยวิธีการและกิจกรรม การเจริญสติหรือการฝึกสติ การทำสมาธิ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อมีผลทำให้ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริงและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมที่มีต่อความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานของพยาบาล¹² ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในบุคลากรด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิ¹⁷ การประเมินผลการทำสมาธิเพื่อลดผลกระทบจากความเครียด

ที่เกิดจากความเหนื่อยล้าของพยาบาล¹⁹ และการเจริญสติ การประเมินความเป็นไปได้ของการจัดกระทำเพื่อลดความเครียดและความเหนื่อยหน่าย²⁴ ที่พบว่า การเจริญสติหรือการฝึกสติ การทำสมาธิ และการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนความเหนื่อยหน่ายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการประเมินระยะของความเหนื่อยหน่ายของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้รูปแบบๆ พบว่า พยาบาลวิชาชีพจำนวน 9 คน มีอาการตามขั้นของความเหนื่อยหน่ายอยู่ในขั้นปรากฏการณ์ฟินิกซ์ ซึ่งหมายถึงบุคคลที่มีประสบการณ์ระยะของความเหนื่อยหน่ายเป็นลำดับขั้นตั้งแต่ขั้นฮันนิมูน ขั้นตื่นขึ้นภาวะไฟตก และขั้นความเหนื่อยหน่ายมาก่อน แล้วจึงเข้าสู่ขั้นปรากฏการณ์ฟินิกซ์ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือขั้นฟื้นตัว และมีความเหนื่อยหน่ายเหลืออยู่น้อย บุคคลที่ผ่านเข้าสู่ขั้นปรากฏการณ์ฟินิกซ์นี้ มักใช้วิธีการต่าง ๆ ในการปรับตัวเองเพื่อลดความเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้น เช่น การพักผ่อน และการผ่อนคลายอย่างเต็มที่ เป็นต้น ทำให้บุคคลกลับเข้าสู่โลกความเป็นจริงในเรื่องความคาดหวัง แรงบันดาลใจ และเป้าหมายในงาน²¹ การวิจัยครั้งนี้วิธีการที่กลุ่มตัวอย่างนำไปใช้ในการปรับตัวเองเพื่อลดความเหนื่อยหน่าย ได้แก่ การรู้จักเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองด้วยวิธีการที่เหมาะสม จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยหน่ายเหลืออยู่น้อยและน้อยที่สุด อย่างไรก็ตามมีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ที่มีระยะของความเหนื่อยหน่ายอยู่ในขั้นฮันนิมูน ถือเป็นขั้นตอนในอุดมคติที่มองว่าบุคคลมีแรงจูงใจสูง มีความกระตือรือร้น มีความต้องการทำงานอย่างเหมาะสม ถูกต้อง และมีความรู้สึกปิติยินดีกับงาน เพื่อนร่วมงาน และองค์กร²¹ แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในขั้นนี้ยังไม่มีความเหนื่อยหน่ายเกิดขึ้น

ในด้านสัมพันธภาพ พบว่า การมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกัน ทีมสหสาขาวิชาชีพ และหัวหน้าหรือผู้ป่วยอยู่ในระดับดีปานกลาง ถึง ดีมาก โดยเฉพาะภาพรวมการมีสัมพันธภาพกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพที่ดีมาก ร้อยละ 60 ด้วยการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

และมีความรักใคร่กันเสมือนพี่น้อง นำไปสู่ความผูกพันและความเห็นอกเห็นใจกัน ซึ่งพบเป็นลักษณะเด่นที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานติดผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ และลักษณะดังกล่าวถือว่าการสนับสนุนทางด้านสังคมจากเพื่อนร่วมงาน ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้พบความเหนื่อยหน่ายในพยาบาลวิชาชีพได้น้อย⁷

การวิจัยนี้มีข้อจำกัด ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างมีความเฉพาะและมีจำนวนน้อย และกลุ่มตัวอย่างยังเป็นผู้พัฒนา ผู้ใช้และผู้ประเมินตัวเองก่อน-หลังใช้รูปแบบฯ อาจส่งผลต่อการเกิดอคติในงานวิจัยได้ นอกจากนี้แบบประเมินระยะของความเหนื่อยหน่ายวัดผลเฉพาะหลังการนำรูปแบบฯ ไปใช้ ซึ่งหากวัดก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ อาจทำให้ได้ผลการวิเคราะห์ความเหนื่อยหน่ายที่ชัดเจนมากขึ้น ข้อเสนอแนะใน

การทำการศึกษาครั้งต่อไป คือ ศึกษาเพิ่มเติมในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอื่น ๆ เช่น แผนกผู้ป่วยนอก รวมทั้งศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนอื่นที่มีขนาดเตียงแตกต่างกัน นอกจากนั้น การศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุมจะแสดงให้เห็นประสิทธิภาพของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นอย่างแท้จริง และหากมีการติดตามวัดผลในระยะยาว เช่น 1 เดือน 3 เดือน หรือ 6 เดือน เป็นต้น จะสามารถเห็นความคงอยู่ของการลดความเหนื่อยหน่ายได้ของพยาบาลวิชาชีพได้

สรุป

รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาขึ้นนี้ ช่วยลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนได้ จึงมีประโยชน์สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่จะนำไปใช้ลดความเหนื่อยหน่าย

ความรู้เดิม : พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานบริการทุกระดับโดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนมีความเหนื่อยหน่ายจากการปฏิบัติงาน แต่ยังไม่รู้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน

ความรู้ใหม่ : รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนที่มีองค์ประกอบทั้งปัจจัยด้านบุคคล ด้านงาน และด้านองค์กร สามารถนำไปใช้ลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนได้จริง

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ใช้เป็นทางเลือกหนึ่งในการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักการพยาบาล. รายงานข้อมูลสำคัญด้านการพยาบาล ปี 2557 [Nursing annual report 2014]. นนทบุรี: สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2558.
2. วิรุจน์ คุณกิตติ, ชนิษฐา นวลไธสง. ผลของการร้องเรียนแพทย์และพยาบาล : ศึกษาในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย [Results of the complaints at doctor and nurse: study in the northeastern region of Thailand]. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2560;32:366-71.
3. Khamisa N, Peltzer K, Oldenburg B. Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: a systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2013;10:2214-40.
4. Khamisa N, Oldenburg B, Peltzer K, Illic D. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. Int J Environ Res Public Health. 2015;12:652-66.
5. Shirom A, Melamed S. A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. Int J Stress Manag. 2006;13:176-200.
6. Maslach C, Goldberg J. Prevention of burnout: new perspectives. Appl Prev Psychol. 1998;7:63-74.
7. McCormack N, Cotter C. Managing burnout in the workplace. Witney: Chandos Publishing; 2013.

8. Miller JF. Burnout and its impact on good work in nursing. *J Radiol Nurs*. 2011;30:146-49.
9. Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB. Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: a systematic review. *PLoS One*. 2016;11:e0159015.
10. Nantsupawat A, Nantsupawat R, Kunaviktikul W, Turale S, Poghosyan L. Nurse burnout, nurse-reported quality of care, and patient outcomes in Thai hospitals. *J Nurs Scholarsh*. 2016;48:83-90.
11. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002;288:1987-93.
12. ภิญญา วงษ์นกแก้วทอง. ผลการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริงและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟ ที่มีต่อความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานของพยาบาล [The effects of group reality therapy and progressive muscle relaxation on burnout of nurses] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2545.
13. กัลยา เตชนันท์รัตน์. ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล [Effects of group counseling on decreasing burnout of nurses] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2537.
14. Gunusen NP, Ustun B. An RCT of coping and support groups to reduce burnout among nurses. *Int Nurs Rev*. 2010;57:485-92.
15. Wei R, Ji H, Li J, Zhang L. Active intervention can decrease burnout in Ed Nurses. *J Emerg Nurs*. 2017;43:145-9.
16. Redhead K, Bradshaw T, Braynion P, Doyle M. An evaluation of the outcomes of psychosocial intervention training for qualified and unqualified nursing staff working in a low-secure mental health unit. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2011;18:59-66.
17. Asuero AM, Queralto JM, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Rodriguez-Blanco T, Epstein RM. Effectiveness of a mindfulness education program in primary health care professionals: a pragmatic controlled trial. *J Contin Educ Health Prof*. 2014;34:4-12.
18. ชัยวิชิต เขียรชนะ. การสร้างและการพัฒนาโมเดล/รูปแบบ/แบบจำลอง/ตัวแบบ [Creating and developing model]. *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย*. 2560;9:1-11.
19. Hevezi JA. Evaluation of a meditation intervention to reduce the effects of stressors associated with compassion fatigue among nurses. *J Holist Nurs*. 2016;34:343-50.
20. Shirom A. Job-related burnout: a review. In: Quick JC, Tetrick LE, editors. *Handbook of occupational health psychology*. Washington, DC: American Psychological Association; 2002. p. 245-65.
21. Nuallaong W. Burnout symptoms and cycles of burnout: the comparison with psychiatric disorders and aspects of approaches. In: Bährer-Kohler S, editor. *Burnout for experts prevention in the context of living and working*. Basel: Springer; 2013.
22. Bilgel N, Bayram N, Ozdemir H, Dogan F, Ekin D. Work engagement, burnout and vigor among a group of medical residents in Turkey. *British Journal of Education, Society & Behavioural Science*. 2012;2:220-38.
23. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น [Basic research]. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2553.
24. Montanari KM, Bowe CL, Chesak SS, Cutshall SM. Mindfulness: assessing the feasibility of a pilot intervention to reduce stress and burnout. *J Holist Nurs*. 2019;37:175-88.

นิพนธ์ต้นฉบับ

พื่นอารมณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กปฐมวัย

วันรับ : 9 สิงหาคม 2563
 วันแก้ไข : 7 มีนาคม 2564
 วันตอบรับ : 8 มีนาคม 2564

พนิดา ศิริอำพันธ์กุล, ปร.ด.
 จุไรรัตน์ กีบาง, พย.ม.
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาลักษณะพื่นอารมณ์และปัจจัยที่มีผลต่อพื่นอารมณ์ในเด็กปฐมวัย

วิธีการ : เก็บข้อมูลจากบิดามารดาและเด็กปฐมวัย (อายุ 1 - 5 ปี) จำนวน 444 ครอบครัว ด้วยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน จากคลินิกสุขภาพเด็กดีของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติและโรงพยาบาลปทุมธานี และจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน 6 แห่ง ในจังหวัดปทุมธานี เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเชิงปริมาณ คือ ข้อมูลพื้นฐานของเด็กปฐมวัยและครอบครัว แบบประเมินภาวะโภชนาการเด็ก แบบบันทึกการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (developmental surveillance and promotion manual; DSPM) และแบบประเมินพื่นอารมณ์เด็กปฐมวัย เครื่องมือที่เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นแนวคำถามและแบบบันทึกการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพด้วยการจัดกลุ่มหัวข้อหรือประเด็น

ผล : เด็กพื่นอารมณ์เลี้ยงง่ายร้อยละ 15.5 เด็กพื่นอารมณ์เลี้ยงยากในบางเรื่อง ร้อยละ 69.1 และเด็กพื่นอารมณ์เลี้ยงยาก ร้อยละ 15.3 โดยพื่นอารมณ์ด้านครอบครัว พบว่าหัวข้อการเลี้ยงดูมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M = 2.17) โดยร้อยละ 69.1 ของครอบครัวมองว่าการเลี้ยงดูเด็กเป็นงานที่ยุ่ยาก และพื่นอารมณ์ด้านตัวเด็ก พบว่าหัวข้อลักษณะการเคลื่อนไหวมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M = 3.40) เด็กส่วนใหญ่ชอบเล่นโดยการวิ่ง กระโดดหรือปีนป่าย รายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าเฉลี่ยพื่นอารมณ์เด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุป : เด็กปฐมวัยควรได้รับการคัดกรองพื่นอารมณ์ เพื่อค้นหาเด็กที่มีปัญหาพื่นอารมณ์และให้การช่วยเหลือตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

คำสำคัญ : เด็กปฐมวัย เด็กเลี้ยงง่าย เด็กเลี้ยงยาก พื่นอารมณ์

ติดต่อผู้พนธ์ : พนิดา ศิริอำพันธ์กุล; e-mail: panida@nurse.tu.ac.th

Original article

Temperament and related factors in early childhood

Received : 9 August 2020

Revised : 7 March 2021

Accepted : 8 March 2021

Panida Sirumpunkul, Ph.D.

Jurairat Keebang, M.N.S.

Faculty of Nursing, Thammasat University

Abstract

Objective: To study the temperament and possible related factors of temperament in early childhood.

Methods: Data was collected from parents and primary children aged 1 - 5 in 444 families using a multistage randomized method. These were selected from well-baby clinic at Thammasat University hospital and Pathum Thani hospital, and from six child development center and school in Pathum Thani province. The quantitative measurement methods include general information, children and family questionnaire, children nutrition, child development (developmental surveillance and promotion manual; DSPM), and early childhood temperament assessment. The qualitative data was collected via in depth interview and child observation. The data was analyzed using descriptive statistics, percentage, means and correlation coefficients. The qualitative data was analyzed by topics-grouping.

Result: For the temperament: 15.5% of children were classified as easy child, 69.1% were somewhat difficult and 15.3% were difficult child. On the family temperament parenting topic was found to be highest average score ($M = 2.17$) and 69.1% of the family thought that parenting was a difficult task. On the children temperament, physical movement characteristic topic was found to be the highest average score ($M = 3.40$) and most children enjoyed running, jumping or climbing. Family income was significantly negatively associated with the average of children temperament ($p < .01$).

Conclusion: Early childhood should be screened for temperament to find children with temperament problem and support them at the early stage.

Keyword: early childhood, easy child, difficult child, temperament

Corresponding author: Panida Sirumpunkul; e-mail: panida@nurse.tu.ac.th

บทนำ

พื้นอารมณ์ (temperament) เป็นอารมณ์พื้นฐานของบุคคลที่ได้รับอิทธิพลจากชีวพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม^{1,2} เด็กทุกคนมีลักษณะพื้นอารมณ์ที่แตกต่างกันตั้งแต่กำเนิดจากการที่เด็กมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมผ่านกระบวนการเรียนรู้ ทำให้พัฒนาการของอารมณ์ซับซ้อนมากขึ้น^{1,2} และพัฒนาลำดับขั้นของพื้นอารมณ์กลายเป็นบุคลิกภาพในวัยผู้ใหญ่ อันส่งผลต่อความคิด พฤติกรรมการกระทำ และการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น³ ดังนั้นการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวจึงมีความสำคัญและส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก⁴

เด็กที่มีปัญหาพื้นอารมณ์ จะมีพฤติกรรมแสดงออกที่มีลักษณะเฉพาะที่ส่งผลต่อความสามารถในการเรียนรู้และมีการจัดการกับอารมณ์ของตนได้ไม่ดี⁵ แล้วจึงส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านสติปัญญา ด้านสังคม และด้านอื่น ๆ เป็นเหตุให้เกิดปัญหาพฤติกรรมในวัยต่อ ๆ มาได้ ตัวอย่างปัญหาพฤติกรรมที่พบ เช่น สมาธิสั้น ขน ก้าวร้าวต่อต้านสังคม^{6,7} เป็นต้น นอกจากนี้ ยังพบว่าเด็กที่มีปัญหาพื้นอารมณ์มีความสัมพันธ์สูงกับเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมหรือกระทำผิดกฎหมาย^{8,9} และยิ่งเด็กที่มีปัญหาพื้นอารมณ์แล้วได้รับการอบรมเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม (negative parenting) จะส่งผลให้มีปัญหาพฤติกรรมต่อเนื่องเมื่อเติบโตเข้าสู่วัยเรียนและวัยทำงาน โดยอาจพบความขัดแย้งในบุคลิกภาพและมีปัญหาสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ปัญหาพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการสูญเสียและปัญหาที่ต้องแก้ไขตามมามากมาย ซึ่งการแก้ไขปัญหายาภายหลังย่อมยากกว่าการป้องกันอย่างไรก็ตาม แม้ว่าพื้นอารมณ์ในวัยเด็กเล็กอาจขึ้นกับชีวพันธุกรรมมากกว่า แต่เมื่อโตขึ้นสิ่งแวดล้อมจะยังมีอิทธิพลมากขึ้น โดยเด็กที่มีพื้นอารมณ์เลี้ยงยากอาจเป็นตัวกระตุ้นให้พ่อแม่เลี้ยงดูไม่เหมาะสม หรือพ่อแม่เลี้ยงดูไม่เหมาะสมจึงทำให้เกิดพื้นอารมณ์เลี้ยงยากขึ้น¹³ ดังนั้นมีความจำเป็นที่ต้องให้ความสำคัญแก่เด็ก ครอบครัวหรือผู้ดูแลเด็กที่ต้องดูแลเด็กที่มีปัญหาพื้นอารมณ์ ในการช่วยพัฒนาเด็กและตอบสนองเด็กอย่างเหมาะสมเพื่อลดปัญหาดังกล่าว

ในปัจจุบัน จากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลง สังคมมีภาวะการแข่งขันเพิ่มมากขึ้น ครอบครัวมีความตึงเครียด

บิดามารดาต้องทำงานหนักเพื่อหารายได้ เวลาที่ให้กับบุตรเพื่อดูแลตอบสนองความต้องการของเด็กทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจลดลง ที่ผ่านมากการศึกษาวิจัยเด็กปฐมวัยในประเทศไทยส่วนใหญ่มักเน้นการส่งเสริมภาวะโภชนาการ การเจริญเติบโต พัฒนาการ ทันตสุขภาพ การตรวจสุขภาพ และการป้องกันอุบัติเหตุ ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีปัญหาพื้นอารมณ์เลี้ยงยาก (difficult temperament) และแนวทางการป้องกันแก้ไขยังมีค่อนข้างจำกัด ทั้งที่พื้นอารมณ์ในเด็กปฐมวัยเป็นหัวใจสำคัญของพัฒนาการด้านจิตใจและลักษณะบุคลิกภาพที่สำคัญของบุคคลเมื่อเติบโตขึ้น^{4,7,11,12} ในเด็กที่เลี้ยงยาก (difficult child) หรือมีปัญหาการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ในช่วงแรก ๆ ของชีวิต หากไม่ได้รับการแก้ไขอาจส่งผลให้เด็กมีแนวโน้มกระทำผิดกฎหมายเกิดบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ซึ่งจะก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายจำนวนมากทั้งจากการรักษาและค่าใช้จ่ายทางสังคมและอาชญากรรม¹⁴ การศึกษาวิจัยในประเทศพื้นอารมณ์นี้มีการศึกษามากมายในหลากหลายประเทศ เช่น การศึกษาวัฒนธรรมพื้นอารมณ์ และเด็กเลี้ยงยากใน 7 ประเทศตะวันตก¹⁵ แต่การอ้างอิงข้อมูลจากต่างประเทศมีข้อจำกัด เนื่องจากอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่ขึ้นกับบริบท วิธีการอบรมเลี้ยงดู และวัฒนธรรมที่เฉพาะของประเทศซึ่งแตกต่างออกไป ทีมวิจัยจึงต้องการศึกษาสภาพพื้นอารมณ์เด็กปฐมวัย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพื้นอารมณ์เด็กปฐมวัยในบริบทสังคมและวัฒนธรรมของประเทศไทย โดยดำเนินการศึกษาในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี เพราะอยู่ใกล้พื้นที่ของมหาวิทยาลัยที่ปฏิบัติงานอยู่ ทั้งนี้เพื่อสะดวกในการเก็บข้อมูลและการศึกษาต่อเนื่องเพื่อวางแผนพัฒนาการรูปแบบการดูแลเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาด้านพื้นอารมณ์ในพื้นที่ต่อไป การศึกษานี้ใช้แนวคิดการพัฒนาการเด็กปฐมวัย การพัฒนาด้านอารมณ์และสังคมเด็กปฐมวัย และแนวคิดพื้นอารมณ์^{7,11,12,16} และระบบโครงสร้างหน้าที่ (structure-functional theory) การเป็นบิดามารดา¹⁷

วิธีการ

การศึกษานี้ เป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงการแนวทางการพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตเด็กเลี้ยงยากช่วงปฐมวัย ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2558 ถึง

เดือนมกราคม 2559 เป็นการศึกษาทั้งแบบเชิงปริมาณและคุณภาพ ประชากร คือ บิดาและ/หรือมารดาและเด็กปฐมวัยที่มีอายุ 1 - 5 ปี (จับคู่เป็นหนึ่งครอบครัว) ที่เข้ารับบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดีของโรงพยาบาล 2 แห่ง หรือที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนที่มีห้องเรียนก่อนวัยเรียนในเขตเทศบาลท่าโขลงและเทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี 6 แห่ง โดยใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มเท่ากับ 0.5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 384 ครอบครัว ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 เท่ากับ 58 ครอบครัว ได้จำนวน 442 ครอบครัว การศึกษาครั้งนี้วางแผนเก็บข้อมูลรวม 444 ครอบครัว

$$n = \frac{P(1-P)Z^2}{E^2}$$

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ บิดาและ/หรือมารดาที่เป็นผู้ดูแลเด็กปฐมวัย (อายุตั้งแต่ 1 - 5 ปี) ยินดีให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม มีบุตรสุขภาพดี ไม่มีปัญหาการเจ็บป่วยร่างกายและ/หรือปัญหาสุขภาพจิต เช่น เด็กเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง เด็กออทิสติก เด็กสมองพิการ เป็นต้น เกณฑ์การคัดออก คือ บิดาและ/หรือมารดา มีปัญหาร่างกายเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง และ/หรือปัญหาสุขภาพจิตที่ทำให้ประวัติได้รับการรักษา เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ มีภาวะซึมเศร้า เป็นต้น สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้นภูมิ (multistage stratified sampling) โดยเลือกแบบเจาะจงโรงพยาบาล 2 แห่ง ที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม คลินิกสุขภาพเด็กดี เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่และมีผู้รับบริการจำนวนมาก สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายตามสัดส่วนจากเด็กที่มารับวัคซีน ส่วนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพัฒนาเด็กและโรงเรียนที่ดูแลเด็กปฐมวัยในเขตเทศบาลท่าโขลงและเทศบาลนครรังสิต ทั้งหมด 11 แห่ง สุ่มลำดับขั้นเลือกเทศบาลท่าโขลง 5 แห่ง และเทศบาลรังสิต 5 แห่ง และจับฉลากสุ่มเลือกกลุ่มละ 3 แห่ง รวมเป็น 6 แห่ง แล้วสุ่มอย่างง่ายเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แสดงดังแผนภาพที่ 1

ข้อมูลเชิงปริมาณได้จากเครื่องมือแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของเด็กปฐมวัยและครอบครัว แบบประเมินพื้นอารมณ์

และแบบสอบถามสภาวะสุขภาพของเด็กปฐมวัยโดยให้บิดา/มารดาตอบสอบถามด้วยตัวเอง ส่วนแบบบันทึกการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ที่มิวิจัยที่รับการอบรมการใช้ DSPM เป็นผู้ประเมินทั้งหมด ใช้เวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในบิดามารดาและการสังเกตพฤติกรรมเด็ก โดยสุ่มเลือกเด็กที่ได้รับการประเมินว่าเป็นเด็กเลี้ยงยาก การเก็บข้อมูลดำเนินการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน หรือคลินิกสุขภาพเด็กดี

เครื่องมือเก็บข้อมูลประกอบด้วย 1) *ข้อมูลพื้นฐานของเด็กปฐมวัยและครอบครัว* แบบสอบถามอายุและเพศของเด็ก; อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพของบิดามารดา; รายได้ของครอบครัว และรูปแบบการเลี้ยงดูของครอบครัว แบบบันทึก และกราฟมาตรฐานน้ำหนักและส่วนสูงของเด็ก และอุปกรณ์เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความยาว/ความสูง 2) *แบบสอบถามสภาวะสุขภาพเด็กปฐมวัย* ได้แก่ ประวัติการคลอด น้ำหนักส่วนสูง ประวัติการเจ็บป่วยแบบบันทึกการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)¹⁸ 3) *แบบประเมินพื้นอารมณ์เด็กปฐมวัย* ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบประเมินพื้นอารมณ์เลี้ยงยากของพินดาศิริอำพันธ์กุล¹⁹ ให้บิดามารดาเป็นผู้ประเมิน คุณสมบัติของเครื่องมือ คือ ใช้ในเด็ก อายุ 1 - 3 ปี มีค่าความเชื่อมั่นระดับสูง ($\alpha = 0.847$) แบบประเมินแบ่งเป็นด้านครอบครัวและด้านตัวเด็ก มี 11 หัวข้อ รวมข้อคำถาม 40 ข้อ โดยผู้วิจัยปรับข้อคำถามเพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้นและใช้ประเมินในเด็กอายุ 1 - 5 ปี ตัวอย่างข้อคำถามที่ปรับ เช่น ข้อคำถามเดิม “รู้สึกกังวลเมื่อต้องพาลูกไปในที่สาธารณะ” เป็น “กังวลเมื่อต้องพาลูกไปในที่สาธารณะเพราะกลัวจัดการกับอารมณ์หรือพฤติกรรมลูกไม่ได้” ข้อคำถามเดิมจาก “มีพลังงานมากแทบจะไม่หยุดพัก” เป็น “เล่นหรือมีกิจกรรมตลอด” ข้อคำถามเดิมจาก “ขณะนั่งรับประทานที่โต๊ะจะนั่งได้ไม่นาน อยากจะลุกจากโต๊ะตลอดเวลา” เป็น “นั่งกินอาหารได้ไม่นาน จะลุกไปเดินหรือเล่น” เป็นต้น การให้คะแนนแบ่งเป็นระดับพื้นอารมณ์เลี้ยงยาก มีเกณฑ์ให้เลือกเป็น เป็นประจำ ส่วนมาก บางครั้ง นานครั้ง และแทบจะไม่เลย แปลความหมายคะแนน

พื้นอารมณ์โดยรวม ค่าเฉลี่ยรวมมากกว่า 2.818 (มากกว่าค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) หมายถึงพื้นอารมณ์ลูกเลี้ยงยาก; ค่าเฉลี่ยรวมระหว่าง 1.798 - 2.818 (ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) หมายถึงพื้นอารมณ์ลูกเลี้ยงยากในบางเรื่อง; และค่าเฉลี่ยรวมน้อยกว่า 1.798 (น้อยกว่าค่าเฉลี่ย - ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) หมายถึงพื้นอารมณ์ลูกไม่เลี้ยงยาก/เลี้ยงง่าย หากความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบเกี่ยวกับเนื้อหาและข้อความให้ความตรงกันร้อยละ 80 แบบประเมินที่ปรับปรุงแล้วมาทดลองใช้กับบิดามารดาที่มีเด็กปฐมวัย อายุ 1 - 5 ปี จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มเดียวกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟา (Cronbach's alpha coefficient method)¹⁸ ได้ $\alpha = 0.87$

การวิจัยได้ผ่านการพิจารณารับรองจาก คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ หนังสือรับรองเลขที่ 060/2558 ลงวันที่ 18 พฤศจิกายน 2558 ที่มวิจัยได้อธิบายแก่อสาสมัครถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่

จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และเปิดโอกาสให้สอบถามและตอบคำถามโดยที่ไม่มีการปิดบัง ซ่อนเร้น การเข้าหรือไม่เข้าร่วมงานวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลเด็ก ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวม

การวิเคราะห์ทางสถิติข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพื้นอารมณ์เด็กวิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการจัดกลุ่มหัวข้อหรือประเด็น

ผล

ข้อมูลเด็กปฐมวัยทั้งหมด 444 คน พบว่า เพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 51.8 และร้อยละ 48.2 ตามลำดับ) ช่วงอายุที่มากที่สุด 3 - 3 ปี 11 เดือน 29 วัน (ร้อยละ 44.1) อันดับรองมาช่วงอายุ 4 - 4 ปี 11 เดือน 29 วัน (ร้อยละ 28.8) ส่วนใหญ่เป็นบุตรลำดับที่ 1 (ร้อยละ 53.6) อันดับรองมาเป็นบุตรลำดับที่ 2 (ร้อยละ 35.8)



แผนภาพที่ 1 วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multistage stratified sampling)

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 444 คน ส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 83.3) อายุอยู่ในช่วง 30 - 39 ปี (ร้อยละ 48) มีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 82.4) สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 92.1) มีจำนวนบุตรในครอบครัว 2 คน (ร้อยละ 43.4) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96.6) บิดาส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 47.5) อาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 48.9) มารดาส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาเช่นกัน (ร้อยละ 46.2) อาชีพแม่บ้านไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 32.9) รายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,001 - 20,000 บาท (ร้อยละ 39.9) รูปแบบการเลี้ยงดูส่วนใหญ่อิสระตามใจ (ร้อยละ 49.8) อันดับรองมารูปแบบประชาธิปไตย (ร้อยละ 30.9) ผลการประเมินภาวะโภชนาการในกลุ่มตัวอย่างพบมีเด็กที่โภชนาการไม่สมส่วน กล่าวคือโภชนาการน้อยกว่าเกณฑ์หรือเกินเกณฑ์รวม ร้อยละ 32 แสดงดังตารางที่ 1 ผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามแบบบันทึกการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) พบเด็กที่ประเมินพัฒนาการผ่านตามเกณฑ์ทั้ง 5 ด้าน ร้อยละ 56.1 และเด็กที่ประเมินพัฒนาการไม่ผ่านตามเกณฑ์ทั้งหมดรวมกัน ร้อยละ 43.9 และพบมีเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการมากกว่า 1 ด้าน แสดงดังตารางที่ 2

ผลการประเมินพื้นอารมณ์ด้านครอบครัว พบว่าด้านการเลี้ยงดูบุตร เช่น การดูแลบุตรเป็นงานที่ยุ่งยากเป็นบางครั้ง การจัดการลูกในแต่ละวันทำให้เหนื่อยจนหมดแรง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ 2.17 รองลงมาด้านความเข้าใจในพฤติกรรมบุตร ที่บิดามารดาไม่เข้าใจว่าเด็กต้องการอะไร ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.92 ส่วนพื้นอารมณ์ด้านตัวเด็กปฐมวัยพบว่าด้านลักษณะการเคลื่อนไหว เช่น ชอบเล่นโดยการวิ่ง กระโดด หรือปีนป่าย มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ 3.40 รองลงมา คือด้านปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้า มีการแสดงออกของอารมณ์อย่างสุด ๆ เช่น ดีใจ เสียใจ มีค่าเฉลี่ย 3.13 แสดงดังตารางที่ 3

กลุ่มตัวอย่างมีพื้นอารมณ์เลี้ยงง่ายร้อยละ 15.5 พื้นอารมณ์เลี้ยงยากในบางเรื่อง ร้อยละ 69.1 และพื้นอารมณ์เลี้ยงยากร้อยละ 15.3 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะพื้นอารมณ์กับปัจจัยต่าง ๆ พบว่า ปัจจัยด้านเด็ก เช่น เพศ ลำดับบุตร

ภาวะสุขภาพเด็ก และพัฒนาการ ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ บทบาทในครอบครัว สภาพการสมรส จำนวนสมาชิก ศาสนา การศึกษาและอาชีพบิดาของมารดา และรูปแบบการเลี้ยงดู ไม่พบความสัมพันธ์กับชนิดพื้นอารมณ์เด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 4

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงสาเหตุของข้อมูลด้านครอบครัวกับพื้นอารมณ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่ารายได้รวมของครอบครัวและพื้นอารมณ์ มีความสัมพันธ์กันทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.13$; $p = .01$) และมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้านบวกกับพื้นอารมณ์ ได้แก่ ด้านการเลี้ยงดูบุตร ($r = 0.56$; $p = .01$) ด้านความเข้าใจในพฤติกรรมบุตร ($r = 0.58$; $p = .01$) ด้านปฏิสัมพันธ์กับบุตร ($r = 0.51$; $p = .01$) ด้านการรับรู้บทบาทบิดามารดา ($r = 0.42$; $p = .01$) ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดามารดา ($r = 0.38$; $p = .01$) แสดงดังตารางที่ 5

ข้อมูลเชิงคุณภาพจาก 5 ครอบครัว ที่ได้มีการสุ่มจากเด็กพื้นอารมณ์เลี้ยงยาก บิดามารดาให้ข้อมูลลักษณะพื้นอารมณ์ที่สำคัญคือ 1) ด้านการเคลื่อนไหว ชอบเล่นโดยการวิ่ง กระโดด หรือปีนป่าย ชน ไม่อยู่นิ่ง ไม่นั่งคอยเงียบ ๆ และนั่งกินอาหารได้ไม่นานจะลุกไปเดินหรือเล่น และ 2) ด้านการตอบสนอง ได้แก่ ไม่ว่าชอบใจหรือไม่ชอบใจจะแสดงอาการให้เห็นชัดเจนสุด ๆ มีการแสดงออกอาการดีใจสุด ๆ เมื่อได้ของเล่นใหม่ แสดงออกของอารมณ์อย่างรุนแรงเมื่อถูกตำหนิหรือดุ เด็กจำนวน 2 คน ที่มีลักษณะอารมณ์การแสดงออกเมื่อไม่พอใจอาจตะโกนหรือกรีดร้องดิ้นกับพื้น หรือขว้างของ หงุดหงิดอารมณ์เสีย เวลาล้มหรือเจ็บตัวจะร้องไห้ไวเวยาวนาน และมีเด็กจำนวน 1 คน ที่มีสมาธิจดจ่อได้ไม่นาน เมื่อได้ยินเสียงแปลกหรือเสียงอื่นจะหยุดกิจกรรมที่ทำอยู่ทันที และหันไปสนใจในสิ่งอื่น

ข้อมูลจากการสังเกตการทำกิจกรรมของกับเพื่อนที่โรงเรียน พบว่าเด็ก 3 คน เด็กทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนได้ เด็ก 1 คน ขณะทำกิจกรรมจะมีแหย่เพื่อน ครูต้องคอยกระตุ้นขณะทำกิจกรรม ส่วนเด็กอีก 1 คนครูต้องคอยกระตุ้นและกำกับเป็นส่วนใหญ่ ไม่ค่อยอยู่นิ่ง

ตารางที่ 1 ภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย* จำแนกตามช่วงอายุแสดงจำนวนและร้อยละ

แบ่งตามช่วงอายุ	จำนวน (ร้อยละ); n = 444 คน		
	น้อยกว่าเกณฑ์	สมส่วน	เกินกว่าเกณฑ์
1 - 1 ปี 11 เดือน 29 วัน	16 (3.6)	28 (6.3)	8 (1.8)
2 - 2 ปี 11 เดือน 29 วัน	15 (3.4)	42 (9.5)	8 (1.8)
3 - 3 ปี 11 เดือน 29 วัน	20 (4.5)	140 (31.5)	36 (8.1)
4 - 4 ปี 11 เดือน 29 วัน	22 (5.0)	90 (20.3)	16 (3.6)
5 - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน	1 (0.3)	2 (0.5)	0 (0.0)
รวม	74 (16.7)	302 (68.0)	68 (15.3)

* หมายเหตุ อ้างอิงเกณฑ์จากสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558

ตารางที่ 2 การประเมินพัฒนาการ แสดงจำนวนและร้อยละจำนวนเด็กที่ผ่านเกณฑ์ จำแนกตามจำนวนด้านที่ผ่านเกณฑ์

จำนวนด้านพัฒนาการที่ผ่านเกณฑ์	จำนวนเด็กปฐมวัยที่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ); n = 444 คน
ไม่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 5 ด้าน	2 (0.5)
ผ่านเกณฑ์ 1 ด้าน	22 (0.5)
ผ่านเกณฑ์ 2 ด้าน	20 (4.5)
ผ่านเกณฑ์ 3 ด้าน	61 (13.7)
ผ่านเกณฑ์ 4 ด้าน	110 (24.8)
ผ่านเกณฑ์ 5 ด้าน	249 (56.1)

ตารางที่ 3 การประเมินพื้นที่อารมณ์ แสดงคะแนนเฉลี่ยและค่าเฉลี่ยมาตรฐาน

ข้อมูล (ช่วงคะแนน 1 - 5)	คะแนนเฉลี่ย (mean)	SD
ข้อมูลด้านครอบครัว	1.71	0.5
1. ด้านการเลี้ยงดู เช่น การเลี้ยงดู... การจัดการลูก...	2.17	0.05
2. ด้านความเข้าใจในพฤติกรรมบุตร	1.92	0.3
3. ด้านปฏิสัมพันธ์กับบุตร	1.39	0.03
4. ด้านการรับรู้บทบาทบิดามารดา	1.5	0.33
5. ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดามารดา	1.56	0.79
ข้อมูลด้านตัวเด็ก	2.57	0.5
1. ด้านพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน	2.27	0.42
2. ด้านลักษณะการเคลื่อนไหว	3.4	0.3
3. ด้านความสามารถในการปรับตัว	1.92	0.31
4. ด้านปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้า	3.13	0.6
5. ด้านลักษณะอารมณ์	2.12	0.28
6. ด้านความสนใจ	2.69	0.19
รวมคะแนนเฉลี่ยรวม	2.36	0.46

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของเด็กและครอบครัวกับพื้นอารมณ์เด็กปฐมวัย

ปัจจัย	พื้นอารมณ์เด็กปฐมวัย (ร้อยละ)			X ²	p-value*
	เลี้ยงง่าย (n = 69)	ยุ่งยากบางเรื่อง (n = 307)	เลี้ยงยาก (n = 68)		
ภาพรวม	15.5	69.1	15.3		
ข้อมูลเด็ก					
เพศ				4.13	.13
ชาย	12.2	71.7	16.1		
หญิง	19.2	66.4	14.5		
บุตรลำดับที่				6.16	.41
1	15.1	71.4	13.4		
2	17.6	67.3	15.1		
3	11.4	65.7	22.9		
4 ขึ้นไป	8.3	58.3	33.3		
ภาวะโภชนาการ				3.8	.43
น้อยกว่าเกณฑ์	18.9	63.5	17.6		
สมส่วน	14.9	68.9	16.2		
เกินกว่าเกณฑ์	14.7	76.5	8.8		
พัฒนาการเด็ก					
ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่				6.10	.05
ผ่านเกณฑ์	14.6	69.8	15.6		
ไม่ผ่านเกณฑ์	35.0	55.0	10.0		
ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก				1.34	.52
ผ่านเกณฑ์	16.6	69.1	14.3		
ไม่ผ่านเกณฑ์	13.3	69.2	17.5		
ด้านเข้าใจภาษา				5.52	.06
ผ่านเกณฑ์	17.2	68.6	14.2		
ไม่ผ่านเกณฑ์	7.7	71.8	20.5		
ด้านการใช้ภาษา				2.49	.29
ผ่านเกณฑ์	16.2	69.0	14.7		
ไม่ผ่านเกณฑ์	8.1	70.3	21.6		
ด้านช่วยเหลือตัวเองและสังคม				1.02	.60
ผ่านเกณฑ์	16.0	68.7	15.3		
ไม่ผ่านเกณฑ์	9.4	75.0	15.6		
ข้อมูลครอบครัวเด็ก					
บทบาทในครอบครัว				0.42	.81
หัวหน้าครอบครัว	15.1	67.1	17.8		
สมาชิกในครอบครัว	15.6	69.5	14.8		

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของเด็กและครอบครัวกับพื้นที่อารมณ์เด็กปฐมวัย (ต่อ)

ปัจจัย	พื้นที่อารมณ์เด็กปฐมวัย (ร้อยละ)			X ²	p-value*
	เลี้ยงง่าย (n = 69)	ยุ่งยากบางเรื่อง (n = 307)	เลี้ยงยาก (n = 68)		
สถานภาพสมรส				7.67	.02
อยู่ด้วยกัน	16.9	68.5	14.7		
แยกกันอยู่	0.0	77.1	22.9		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว				17.78	.12
2	27.3	63.6	9.1		
3	11.3	75.7	13.0		
4	17.1	69.3	13.6		
5	17.1	70.7	12.2		
6	19.6	60.9	19.6		
7	25.0	55.0	20.0		
8 คนขึ้นไป	3.3	63.3	33.3		
ศาสนา				1.83	.77
พุทธ	15.9	69.0	15.2		
คริสต์	16.7	66.7	16.7		
อิสลาม	0.0	77.8	22.2		
การศึกษาบิดา				8.25	.22
ปริญญาตรีขึ้นไป	6.6	83.6	9.8		
ปวช./ปวส.	17.5	65.8	16.7		
มัธยมศึกษา	15.6	68.2	16.1		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	21.2	63.5	15.4		
การศึกษามารดา				9.36	.15
ปริญญาตรีขึ้นไป	12.6	78.9	8.4		
ปวช./ปวส.	13.0	70.7	16.3		
มัธยมศึกษา	16.1	65.4	18.5		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	23.1	63.5	13.5		
บิดาอาชีพ				5.97	.43
ข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ	5.0	80.0	15.0		
พนักงาน	15.2	68.6	16.2		
รับจ้างทั่วไป	19.7	66.0	14.4		
ธุรกิจส่วนตัว/เกษตรกร	11.5	72.5	16.0		
มารดาอาชีพ				9.52	.30
ข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ	12.5	87.5	0.0		
พนักงาน	15.8	75.0	9.2		
รับจ้างทั่วไป	15.3	71.2	13.6		

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของเด็กและครอบครัวกับพื้นอารมณ์เด็กปฐมวัย (ต่อ)

ปัจจัย	พื้นอารมณ์เด็กปฐมวัย (ร้อยละ)			X ²	p-value*
	เลี้ยงง่าย (n = 69)	ยุ่งยากบางเรื่อง (n = 307)	เลี้ยงยาก (n = 68)		
มารดาอาชีพ (ต่อ)				9.52	.30
ธุรกิจส่วนตัว/เกษตรกร	14.3	68.1	17.6		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	16.8	62.9	20.3		
รูปแบบการเลี้ยงดู				3.23	.52
ประชาธิปไตย	16.1	73.0	10.9		
เผด็จการ	16.3	65.1	18.6		
อิสระตามใจ	14.9	68.3	16.7		

X² = chi square; * แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .05

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้และค่าเฉลี่ยคะแนนพื้นอารมณ์กับระดับพื้นอารมณ์ของเด็กปฐมวัย

ตัวแปร	ระดับพื้นอารมณ์
รายได้รวมของครอบครัว	-0.13**
พื้นอารมณ์ด้านครอบครัว	
- ด้านการเลี้ยงดูบุตร	0.56**
- ด้านความเข้าใจในพฤติกรรมบุตร	0.58**
- ด้านปฏิสัมพันธ์กับบุตร	0.51**
- ด้านการรับรู้บทบาทบิดามารดา	0.42**
- ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดามารดา	0.38**

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed) ** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างเด็กปฐมวัยจากการศึกษานี้ มีเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่เป็นเด็กช่วงอายุ 3 - 4 ปี เป็นบุตรคนแรก บิดามารดาส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา บิดาอาชีพรับจ้างทั่วไป ส่วนมารดาไม่ได้ทำงาน รายได้ครอบครัว (ต่อเดือน) อยู่ในช่วง 10,001 - 20,000 บาท ข้อมูลพื้นฐานของลักษณะครอบครัวใกล้เคียงกับการศึกษาของจินตนา พัฒนพงศ์ธร, และคณะ²¹ ในระดับการศึกษาและอาชีพของบิดาที่ศึกษาในเด็กปฐมวัยไทยเช่นกัน แต่การศึกษาดังกล่าวส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า คือ ไม่เกิน 9,000 บาท/เดือน ในขณะที่ผลการสำรวจประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 สุขภาพเด็ก ในปี 2557²² ที่ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ย 15,000 บาท/เดือน ใกล้เคียงกัน แต่การศึกษาวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2564;²⁹(1):80-92.

ส่วนใหญ่จบปริญญาตรี อย่างไรก็ตามข้อมูลพื้นฐานดังกล่าว แสดงว่าครอบครัวจากการศึกษานี้เป็นตัวแทนประชากรได้ดีในระดับหนึ่ง

การศึกษานี้พบว่าภาวะโภชนาการในกลุ่มตัวอย่างเด็กปฐมวัยน้อยกว่าเกณฑ์ถึงร้อยละ 16.7 และมากกว่าเกณฑ์ร้อยละ 15.3 รวมเป็นร้อยละ 32 ถือว่ามากกว่ารายงานของกรมอนามัยในปีงบประมาณ 2556 ที่พบเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี มีภาวะโภชนาการน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์เพียงร้อยละ 11.6 และภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์เพียงร้อยละ 8.3 แต่ใกล้เคียงกับการศึกษาของนพร อึ้งอาภรณ์²³ ที่ศึกษาภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียนในเขตพื้นที่รอบมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พบเด็กมีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ร้อยละ 14.8 ซึ่งปัญหาภาวะโภชนาการนี้โดยเฉพาะเด็กที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์จะมี

ผลต่อการเจริญโตและพัฒนาการได้ ทั้งนี้จากเป้าหมายของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้กำหนดร้อยละของเด็กที่มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ในปี 2553, 2578 และ 2603 ไม่มากกว่าร้อยละ 16.3, 10.8 และ 6.7 เห็นได้ว่าปัญหาของเด็กภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ยังคงเป็นปัญหาที่ยังคงอยู่ที่ต้องได้รับการแก้ไข และยังมีแนวโน้มที่ไม่ลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด นอกจากนี้ยังต้องเฝ้าระวังเด็กกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการมากกว่าเกณฑ์ด้วย

พื้นอารมณ์เด็กจากการประเมินของบิดามารดาผู้เลี้ยงดูนั้น แปลความหมายคะแนนพื้นอารมณ์เป็นสามระดับ พบกลุ่มตัวอย่างเด็กปฐมวัยที่มีพื้นอารมณ์ยุ่งยากบางเรื่องมีจำนวนมากที่สุด ถึงร้อยละ 69.1 รองมาเป็นเด็กเลี้ยงง่าย (ร้อยละ 15.5) และเด็กเลี้ยงยาก (ร้อยละ 15.3) ต่างจากการศึกษาของโทมัส เซส และบิซซ์²⁴ ที่แบ่งสัดส่วนของเด็กตามพื้นอารมณ์พบว่าเด็กส่วนใหญ่เป็นเด็กเลี้ยงง่าย (ร้อยละ 40) รองลงมาเป็นลักษณะผสม (ร้อยละ 35) เด็กปรับตัวช้า (ร้อยละ 15) และเด็กเลี้ยงยาก (ร้อยละ 10) ทั้งนี้อาจเนื่องจากมีวิธีการจำแนกกลุ่มแตกต่างกันโดยเพิ่มกลุ่มเด็กที่มีลักษณะผสม และเด็กปรับตัวช้า นอกจากนี้บริบททางวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน อาจมีการรับรู้ตามข้อคำถามการเลี้ยงเด็กและพื้นอารมณ์ที่แตกต่างกันได้¹⁵ อีกทั้งช่วงเวลาที่แตกต่างกันไปมากกว่าสิบปีและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอาจมีผลต่อการรับรู้ของบิดามารดาได้

สำหรับปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับพื้นอารมณ์เด็กไม่พบปัจจัยจากตัวเด็ก จากพ่อแม่ หรือจากครอบครัวที่สัมพันธ์กับลักษณะพื้นอารมณ์ของเด็ก อย่างไรก็ตาม พบว่ารายได้อาจมีความสัมพันธ์ทางลบกับพื้นอารมณ์ โดยครอบครัวที่มีรายได้น้อยจะมีความสัมพันธ์กับเด็กเลี้ยงยาก สอดคล้องกับการรายงานของศูนย์กระตุ้นพัฒนาการและการบริการการวิจัย (Advanced Center for Intervention and Services Research: 2009) ที่พบว่าปัญหาทางพฤติกรรมเกิดขึ้นในเด็กปฐมวัย ประมาณร้อยละ 8 - 17 เกิดขึ้นและพบมากในกลุ่มเด็กที่มาจากชนบทและมีรายได้น้อย²⁵ และอีกหลายการศึกษาที่พบว่า ร้อยละ 23 ของเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนที่

มีรายได้น้อยมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านพฤติกรรม²⁶ หรือในทางกลับกัน ร้อยละ 20 - 33 ของเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมมาจากครอบครัวที่มีพื้นฐานเศรษฐกิจฐานะต่ำและอีกรายงานหนึ่ง พบว่าร้อยละ 75 ของเด็กก่อนวัยเรียนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคคือ มาจากครอบครัวที่มีรายได้น้อย^{27,28}

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จึงไม่อาจแสดงเหตุและผลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้ รายได้ครอบครัวต่ำอาจทำให้พ่อแม่ต้องทำงานหนักเกิดความเครียด ภาวะทุพโภชนาการ และส่งผลต่อวิธีการเลี้ยงลูกจนทำให้เด็กเลี้ยงยาก หรือการที่เด็กเลี้ยงยากทำให้พ่อแม่ต้องทุ่มเทเวลาในการเลี้ยงลูกจนส่งผลให้มีรายได้น้อย จึงควรทำการศึกษาติดตามต่อเนื่องแบบระยะยาว (prospective cohort) จะทำให้เข้าใจสถานการณ์และหาแนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสมได้

สรุป

เด็กปฐมวัยที่พบว่ามีพื้นอารมณ์เป็นเด็กเลี้ยงยากพบได้ร้อยละ 15.3 และปัจจัยที่สัมพันธ์เชิงลบกับพื้นอารมณ์เลี้ยงยาก คือรายได้ของครอบครัว เด็กปฐมวัยควรได้รับการประเมินพื้นอารมณ์เด็ก เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือต่อบิดามารดาและผู้ดูแลเด็ก ทั้งลักษณะพัฒนาการและพื้นอารมณ์ วิธีการเลี้ยงดูและการตอบสนองเด็กอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันปัญหาพฤติกรรมในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ที่ให้ทุนสนับสนุน และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่สนับสนุนการทำวิจัย

ความรู้เดิม : พื้นอารมณ์ของเด็กแต่ละคนมีความแตกต่างกัน มีอิทธิพลต่อบุคลิกภาพและการปรับตัวของบุคคล

ความรู้ใหม่ : พื้นอารมณ์เลี้ยงยากในเด็กปฐมวัยพบได้สูงถึงร้อยละ 15.3 โดยรายได้เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับพื้นอารมณ์เด็กเลี้ยงยาก

ประโยชน์ที่นำไปใช้ : ควรมีการประเมินพื้นอารมณ์ในเด็กปฐมวัย เพื่อให้ตระหนักถึงเด็กที่มีปัญหาพื้นอารมณ์และให้การดูแลช่วยเหลือตั้งแต่ระยะแรก ติดตามประเมินเด็กอย่างต่อเนื่อง และจัดระบบการดูแลส่งต่ออย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. Krueger RF, South S, Johnson W, Iacono W. The heritability of personality is not always 50%: gene-environment interactions and correlations between personality and parenting. *J Pers.* 2008;76(6):1485-522. doi:10.1111/j.1467-6494.2008.00529.x.
2. Glynn LM, Howland MA, Sandman CA, Davis EP, Phelan M, Baram TZ, et al. Prenatal maternal mood patterns predict child temperament and adolescent mental health. *J Affect Disord.* 2018;228:83-90. doi:10.1016/j.jad.2017.11.065.
3. Zentner M. Identifying child temperament risk factors from 2 to 8 years of age: validation of a brief temperament screening tool in the US, Europe, and China. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2020;29(5):665-78. doi:10.1007/s00787-019-01379-5.
4. Bronfenbrenner U. Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist.* 1977;32(7):513-31. doi:10.1037/0003-066X.32.7.513.
5. Klein MR, Lengua LJ, Thompson SF, Moran L, Ruberry EJ, Kiff C, et al. Bidirectional relations between temperament and parenting predicting preschool-age children's adjustment. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2018;47(sup 1):S113-26. doi:10.1080/15374416.2016.1169537.
6. Sanson A, Hemphill S, Yagmurlu B, McClowry S. Temperament and social development. In: Smith PK, Hart CH, editors. *Wiley-Blackwell handbook of childhood social development.* Chichester: Wiley-Blackwell; 2011. p. 227-45.
7. Vassallo S, Sanson A, editors. *The Australian Temperament Project: the first 30 years.* Melbourne: Australian institute of family studies; 2013.
8. Nigg JT. Temperament and developmental psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006;47(3-4):395-422. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01612.x.
9. Lahey BB. Commentary: role of temperament in developmental models of psychopathology. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2004;33(1):88-93. doi:10.1207/S15374424JCCP3301_9.
10. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) [Strategic plan for the development of health and environmental health promotion system according to the national health development plan during the 12th national economic and social development plan (2017-2021)]. นนทบุรี: กรม; 2554.
11. Goodnight JA, Donahue KL, Waldman ID, Van Hulle CA, Rathouz PJ, Lahey BB, et al. Genetic and environmental contributions to associations between infant fussy temperament and antisocial behavior in childhood and adolescence. *Behav Genet.* 2016;46(5):680-92. doi:10.1007/s10519-016-9794-2.
12. Hasenfratz L, Benish-Weisman M, Steinberg T, Knafo-Noam A. Temperament and peer problems from early to middle childhood: Gene-environment correlations with negative emotionality and sociability. *Dev Psychopathol.* 2015;27(4):1089-109. doi:10.1017/S095457941500070X.

13. Micalizzi L, Wang M, Saudino KJ. Difficult temperament and negative parenting in early childhood: a genetically informed cross-lagged analysis. *Dev Sci.* 2017;20(2):e12355. doi:10.1111/desc.12355.
14. Scott S, Knapp M, Henderson J, Maughan B. Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *BMJ.* 2001;323(7306):191. doi:10.1136/bmj.323.7306.191.
15. Super CM, Axia G, Harkness S, Welles-Nyström B, Zylicz PO, Parmar P, et al. Culture, temperament, and the "difficult child": a study in seven western cultures. *International Journal of Developmental Sciences.* 2008;2(1-2):136-57. doi:10.3233/DEV-2008-21209.
16. Plomin R, Dunn J, editors. *The study of temperament: changes, continuities and challenges* [Internet]. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1986. Available from: <https://www.gwern.net/docs/genetics/heritable/1986-plomin-thestudyoftemperament.pdf>
17. Friedman MM, Bowden VR, Jones EG. *Family nursing: research, theory, and practice.* 5th ed. New Jersey: Upper Saddle River; 2003.
18. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย [Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM)]. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การส่งเสริมการค้าผ่านศึก; 2560.
19. พนิดา ศิริอำพันธ์กุล. ประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดาที่มีลูกเลี้ยงยากวัยเตาะแตะ [Lived experiences of parents having difficult toddler] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2556.
20. Polit DF, Beck CT, Hungler BP, Hungler BP. *Essentials of nursing research: appraisal and utilization.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
21. จินตนา พัฒนพงศ์ธร, ชัยชนะ บุญสุวรรณ, นฤมล ธนเจริญวัชร. ผลการศึกษาพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย [The study of Thai early child development]. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2558.
22. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 ฉบับสุขภาพเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2559. [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 พ.ย. 2563]. จาก: <https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/thai-2014kid.pdf>
23. นพร อึ้งอารมณ์. โครงการการศึกษาภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียนในเขตพื้นที่รอบมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี [Nutritional status in preschool children in area of Suranaree university of technology]. นครราชสีมา: สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2556.
24. Thomas A, Chess S, Birch HG. The origin of personality. *Sci Am.* 1970;223(2):102-9. doi:10.1038/scientificamerican0870-102.
25. Koblinsky SA, Kvalanka KA, Randolph SM. Social skills and behavior problems of urban, African American preschoolers: role of parenting practices, family conflict, and maternal depression. *Am J Orthopsychiatry.* 2006;76(4):554-63. doi:10.1037/0002-9432.76.4.554.
26. Ann Del'Homme M, Sinclair E, Kasari C. Preschool children with behavioral problems: observation in instructional and free play contexts. *Behavioral Disorders.* 1994;19(3):221-32.
27. Keenan K, Wakschlag LS. Can a valid diagnosis of disruptive behavior disorder be made in preschool children?. *Am J Psychiatry.* 2002;159(3):351-8. doi:10.1176/appi.ajp.159.3.351.
28. Keenan K, Wakschlag LS, Danis B, Hill C, Humphries M, Duax J, et al. Further evidence of the reliability and validity of DSM-IV ODD and CD in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46(4):457-68. doi:10.1097/CHI.0b013e31803062d3.



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ โดยรับบทความเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ บทความที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ **ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ผู้พิมพ์จะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์อย่างเคร่งครัด** ผู้พิมพ์ต้องแน่ใจว่าได้ตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้ว ไม่มีการลอกเลียนงานวิชาการ (plagiarism) และมีการอ้างอิงตามแหล่งที่มาตามหลักการที่ต้องครบถ้วน บทความทุกประเภทที่ส่งมาให้พิจารณาตีพิมพ์จะได้รับการตรวจทานต้นฉบับจากคณะกรรมการและผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งจากภายในและภายนอกอย่างน้อย 2 ท่าน บทความที่ได้รับการตีพิมพ์แล้วจะเป็นลิขสิทธิ์ของกรมสุขภาพจิตและผู้พิมพ์

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. หนังสือรับรองการนำส่ง (ใบนำส่ง) (link แบบฟอร์มท้ายเล่ม) ให้ระบุชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ ด้วยวุฒิการศึกษาสูงสุด หน่วยงาน ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ พร้อมทั้งที่อยู่และ e-mail address ของผู้พิมพ์ทุกคนและระบุตัวแทนผู้พิมพ์ที่

ทั้งนี้การพิจารณาถ้อยแถลงของผู้ทรงคุณวุฒิจะทบทวนบทความโดยไม่ทราบชื่อผู้พิมพ์ (blindly review)

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

3. บทความย่อ แยกภาษาไทยและภาษาอังกฤษโดยมีเนื้อหาที่เหมือนกัน ใส่ชื่อเรื่องตามด้วยบทความย่อแต่ไม่ต้องระบุชื่อผู้พิมพ์ ขอให้ผู้พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้องและไวยากรณ์ภาษาอังกฤษก่อนส่งต้นฉบับ เขียนตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วิธีการ ผล วิจารณ์ 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

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงใช้ รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver) กำหนดหมายเลขเรียงตามลำดับการอ้างอิงในเรื่อง 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

หรือ Angsana UPC ขนาด 16 และให้พิมพ์ข้อความ 1 สดมภ์ (1 column) ต่อ 1 หน้า และไม่ต้องจัดหน้าชิดขวา ระยะห่างจากขอบกระดาษทุกด้านไม่น้อยกว่า 2.5 ซม. ต้นฉบับแต่ละเรื่อง **ไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ** (ไม่รวมใบนำส่ง) ตัวเลขทั้งหมดให้ใช้เลขอารบิก และใส่เลขหน้าทุกหน้า

5. เนื้อเรื่อง ใช้ภาษากระชับรัดกุม หลีกเลี่ยงการใช้คำซ้ำ ประกอบด้วย 1) **บทนำ** คือ ความเป็นมาและคำถามการวิจัย 2) **วิธีการ** คือ ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือการเก็บข้อมูล การวัดวิเคราะห์ ระบุการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย 3) **ผล** แสดงผลการศึกษาที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เท่านั้น 4) **วิจารณ์** ควรเขียนอภิปรายว่าผลการวิจัยเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด แสดงให้เห็นว่าผลที่ได้ในครั้งนี้เหมือนหรือแตกต่างจากการศึกษาอื่นอย่างไร และต้องมีการอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการศึกษาของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย รวมทั้งระบุข้อจำกัดของการวิจัย 5) **สรุป** ควรสรุปประเด็นค้นพบจากการวิจัยที่สำคัญ และข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์ 6) **กิตติกรรมประกาศ** (ถ้ามี) 7) **การตอบคำถามสั้น ๆ** 3 ข้อ ได้แก่ ความรู้เดิมเกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา ความรู้ใหม่ที่ได้จากการศึกษา และประโยชน์ที่จะนำไปใช้

6. การเตรียมตาราง และรูปภาพตาราง ประกอบด้วย ชื่อตาราง สดมภ์มีหน่วยนับ มีเส้นตารางเฉพาะแนวนอน และให้เรียงต่อจากคำอธิบาย จำนวนรวมทั้งตารางและรูปภาพ 3 - 5 ตาราง/รูปภาพ สำหรับรูปภาพดิจิทัลให้ใช้รูปแบบ JPEG

และตามด้วยอักษรชื่อต้นภาษาอังกฤษ ไม่เว้นวรรคหลังเครื่องหมายวรรคตอนระหว่างปี ปีที่ และหน้า (สำหรับวารสารที่จัดพิมพ์ โดยมีเลขหน้าต่อเนื่องกันตลอด 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 โดยมีชื่อเรื่องภาษาอังกฤษไว้ในวงเล็บเหลี่ยม ต่อท้ายชื่อเรื่องภาษาไทย

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

1.1.3 บทความในวารสารของไทย ที่วารสารนั้นตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ ให้เขียนเหมือนวารสารภาษาอังกฤษ เช่นเดียวกับข้อ 1.1.1

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

1.2 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

Glaser 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]. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 13 ประชากรและสังคม พ.ศ. 2560; 30 มิ.ย. 2560; กรุงเทพฯ.

3. รายงานทางวิชาการ

3.1 รายงานวิจัย

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

3.2 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

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

ปราณี จงสมจิตร. ผลของการนวดกดจุดฝ่าเท้าต่อการตอบสนองทางสรีระการผ่อนคลายและความพึงพอใจในผู้เป็นความดันโลหิตสูง [Effects of foot reflexology on physiological response relaxation and satisfaction in persons with hypertension] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต]. 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 วิบูลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย 2548-2550 [Thailand health profile 2005-2007] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2550 [สืบค้นเมื่อวันที่ 21 มี.ค. 2554]. จาก: http://www.moph.go.th/ops/health_50/.

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

4.2 โชมเพจ/เว็บไซต์

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

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). เตรียมตัวรับมือ Cyberbullying [Prepare for Cyberbullying] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงาน; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 มี.ค. 2564]. จาก: <https://www.thaihealth.or.th/Content/53960-เตรียมตัวรับมือ%20Cyberbullying.html>

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 ทาระภูมิ. 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 หรือไฟล์แนบอื่น ๆ

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





วารสารสมาคมนิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 65 ฉบับที่ 4

ตุลาคม - ธันวาคม 2563

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง	315
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ผลกระทบของการใช้สื่อมัลติมีเดียช่วงก่อนนอนต่อปัญหาการนอนของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น หทัยภัทร วิทยศักดิ์พันธุ์, สุวรรณี พุทธิศรี	317
ผลของบทเรียนสำเร็จรูปต่อทักษะการอ่านของนักเรียนชั้นประถมศึกษา ที่เป็นโรคการเรียนรู้บกพร่อง หัญฐกร สำเร็จดี, ศิริพร คำสะอาด, ประภัสรา ศิริกาญจน์, นิรมล พจน์สุนทร	331
ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาสาขาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาหนึ่งของประเทศไทย กวรรณิการ์ กาญจนสุวรรณ, ชนัญญา จิระพรกุล, เนาวรัตน์ มณีนิล	343
ความผูกพันทางจิตใจกับพ่อแม่ในผู้มีความทุกข์ใจในเพศสภาพ (gender dysphoria) ที่เข้ารับบริการ ในโรงพยาบาลรามาธิบดีและความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมทางเพศและการใช้สารเสพติด รชนิศ เย็นสบาย, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์	355
ความเครียดและภาวะซึมเศร้าในแพทย์ฝึกหัด โรงพยาบาลตำรวจ สุวรรณยา งานวิวัฒน์ถาวร, ญัฐพงษ์ กุลสิทธิจินดา	373
ความชุกของความรุนแรงจากการถูกทำร้ายโดยคู่สมรสของผู้ป่วยจิตเวชหญิง ระพีพร เวียงคำ, เอนกวิช เต็มบุญเกียรติ, ธวัชชัย ลิฬหานาจ, วนิดา รัตนสุมาวงศ์, เจษฎา ยิ่งวิวัฒน์พงษ์	385
ความเครียดและอารมณ์เศร้าของบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์, สิริรัตน์ แสงศิริรักษ์	401
ดัชนีคำสำคัญ	409
ดัชนีชื่อผู้นิพนธ์	411
คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ (ปรับปรุงใหม่)	
สารบัญวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย	

สำหรับผู้สนใจส่งบทความ
สามารถดูรายละเอียดได้ตามคิวอาร์โค้ดนี้



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

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