



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสาร

สุขภาพจิต

แห่งประเทศไทย

ปีที่ 29 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2564

Volume 29 Number 4 October - December 2021

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



ความเครียดระหว่างการเรียนออนไลน์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ของนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

พรนภา พัฒนวิทยากุล, ธนภรณ์ ตั้งศิลาถาวร, พัทธ์พิชญา พิชญวณิชย์, ศณธร โกมลมนี่, กฤตยชญ์ อนวัชพงศ์, วัทธัญ เลิศวัชรโสภาคกุล, บังอรศรี จินดาวงค์, ศิริณทิพย์ บุญจรัสภิญโญ



ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วิภาวี เผ่ากันทรารกร, นภา จิรัฐจินตนา



ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลในรอบ 12 เดือน

ชมพูนุท กาบคำบา, เนตรชนก แก้วจันทา, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ



ความสัมพันธ์ระหว่างการฝึกสติและสติสนทนาในองค์กรกับระดับสติ ความสามารถในการสื่อสารและการทำงานเป็นทีม

ภาวิณี เพชรสว่าง, สมิตรา พรวัฒนเวทย์



ปัญหาสุขภาพจิตนักเรียนหลังเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียน

วรรณพักตร์ วิวัฒนวงศ์



การพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมอบรมออนไลน์โดยอิงแนวปฏิบัติโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น สำหรับแพทย์ในเขตสุขภาพที่ 10

วิริยอร์ จุมพระบุตร, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, สาวิตรี พละบุตร



การเข้าถึงบริการและความพร้อมการจัดบริการสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุราของระบบบริการสาธารณสุข

บุญศิริ จันศิริมงคล, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์, สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, โสพรรณ อินทสิทธิ์



ภาวะต้านโมโตในผู้ชายที่เกิดจากยา sertraline ในผู้สูงอายุ : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, นที วีวรรณ

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 จักรพันธุ์
นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์
นพ.เทอดศักดิ์ เดชคง

บรรณาธิการกิตติมศักดิ์

ศ.เกียรติคุณ นพ.พิเชษฐ อุดมรัตน์ กรรมการสมาคมจิตแพทย์โลกตัวแทน
ภาคพื้นเอเชียใต้
พญ.พันธุ์นา กิตติรัตนไพบูลย์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
(ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต)

บรรณาธิการ

ดร.นพ.อธิป ตันอารีย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา

รองบรรณาธิการ

ดร.นพ.นพพร ตันติรังสี ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12
นพ.สุทธา สุปัญญา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
พญ.กุสุมาวดี คำเกลี้ยง สำนักวิชาการสุขภาพจิต
นพ.สุจิระ ปรีชาวิทย์ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
นพ.ศุภเสก วิโรจนภา สำนักวิชาการสุขภาพจิต

กองบรรณาธิการ

ศ.พญ.ดร.สวาทิรี อัมมฉัตรกรชัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.พญ.พรจิรา ปรีชากรกุล มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.พญ.ศิริจิต สุทธิจิตต์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.นพ.ดร.ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.ดร.ณี ภูขาว มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.हरखा เศรษฐบุปผา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ดร.นพ.พิทักษ์พล บุญยมาลิก กองตรวจราชการ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
พญ.ดุชนันท์ จิรังกุลวิทย์ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น
ราชนครินทร์
พญ.เบญจพร ปัญญาียง ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต
ดร.สุดา วงศ์สวัสดิ์ ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต

บรรณาธิการต่างประเทศ

Dr.Alan Frederick Geater Faculty of Medicine, Prince of
Songkla University

บรรณาธิการบริหาร

ดร.โสพรรณ อินทสิทธิ์ นายภพธร วุฒินาร

กองบรรณาธิการฝ่ายจัดการ (สำนักวิชาการสุขภาพจิต)

นางสาวสิริกุล จุลศิริ นางฐิติญา จันทพรม
นายจากุพจน์ พรหมสิดา นายธัญพิสิฐ บุญพัฒนารณ

ISSN 0859-497X

E-ISSN 2697-567X

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต
เพื่อเป็นช่องทางสำหรับเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการของบุคลากร
ทางการแพทย์และสาธารณสุขในด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ และ
เป็นสื่อกลางเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพจิต

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, 8561 โทรสาร 0-2149-5539
e-mail: jmht.dmh@gmail.com

บทความที่จะตีพิมพ์ให้ปฏิบัติตาม “คำแนะนำผู้พิมพ์” ของ
วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

หมายเหตุ:

ผู้อ่านสามารถนำข้อความ ข้อมูลจากวารสารไปใช้ไปใช้ประโยชน์
ทางวิชาการได้ เช่น เพื่อการสอน เพื่อการอ้างอิง แต่การนำไปใช้เพื่อ
วัตถุประสงค์อื่น เช่น เพื่อการค้า จะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์
อักษรจากกรมสุขภาพจิตก่อน

ความคิดเห็น ข้อมูล และบทสรุปต่างๆ ที่ลงตีพิมพ์ในวารสาร
สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย เป็นของผู้เขียนบทความ และไม่ได้
แสดงว่ากองบรรณาธิการหรือกรมสุขภาพจิตเห็นพ้องด้วย



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

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

Journal of Mental Health of Thailand

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

Free subscription:

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

Download and Submission:

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

Contact:

Journal of Mental Health of Thailand
Bureau of Mental Health Academic Affairs,
Department of Mental Health,
Ministry of Public Health
88/20 Tiwanon Road, Nonthaburi, 11000 Thailand.
Tel. +66-2590-8254, 8561 Fax. +66-2149-5539
e-mail: jmht.dmh@gmail.com

Remark:

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

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

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.
Tedsak Dejpong, M.D.

Honorary Editor

Emeritus Prof.Pichet Udomratn, M.D. WPA Board for Zonal Representative 16
(Southern Asia)
Phunnapa Kittirattanapaiboon, M.D. Medical Doctor, Advisory Level
(Retired government official)

Editor-in-Chief

Athip Tanaree, M.D., Ph.D. Srithanya Hospital

Associate Editors

Nopporn Tantirangsee, M.D., Ph.D. Mental Health Center 12
Suttha Supanya, M.D. Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
Kusumavadee Kamkliang, M.D. Bureau of Mental Health Academic Affairs
Sujira Prechawit, M.D. Sakaeo Rachanakarindra
Psychiatric Hospital
Supasaek Virojanapa, M.D. Bureau of Mental Health Academic Affairs

Editorial Board

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

International Editors

Dr.Alan Frederick Geater Faculty of Medicine, Prince of
Songkla University

Managing Editors

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

Managing Staffs (Bureau of Mental Health Academic Affairs)

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

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

ปีที่ 29 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2564

สารบัญ		หน้า
บรรณาธิการแถลง		A
นิพนธ์ต้นฉบับ	ความเครียดระหว่างการเรียนออนไลน์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ของนักศึกษาแพทยมหาวิทยาลัยขอนแก่น พรณภา พัฒนวิทยากุล, ธนภรณ์ ตั้งศิลาถาวร, พัทธ์พิชญา พิษณุวนิชย์, ศณธร โกมลมนี่, กฤตยชญ์ อนุวัชพงศ์, วทีญญ เลิศวัชรโสภาคกุล, บังอรศรี จินดาวงค์, ศรินทิพย์ บุญจรัสสิริโย	273
	ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า วิภาวี เผ่ากันทรกรร, นภา จิรัฐจินตนา	286
	ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ในรอบ 12 เดือน ชมพูนุท กาบคำบา, เนตรชนก แก้วจันทา, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ	297
	ความสัมพันธ์ระหว่างการฝึกสติและสติสนทนาในองค์กรกับระดับสติ ความสามารถ ในการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม ภาวิณี เพชรสว่าง, สมิตรา พรวัฒนเวทย์	312
	ปัญหาสุขภาพจิตนักเรียนหลังเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียน วรรณพักตร์ วิวัฒนวงศา	323
	การพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมอบรมออนไลน์โดยอิงแนวปฏิบัติ โรคซึมเศร้าในวัยรุ่น สำหรับแพทย์ในเขตสุขภาพที่ 10 วิริยอร์ จุมพระบุตร, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, สาวิตรี พลະบุตร	333
	การเข้าถึงบริการและความพร้อมการจัดบริการสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ของระบบบริการสาธารณสุข บุญศิริ จันศิริมงคล, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, โสฬรรณ อินทสิทธิ์	345
รายงานผู้ป่วย	ภาวะไตล้มเหลวในผู้ชายที่เกิดจากยา sertraline ในผู้สูงอายุ : รายงานผู้ป่วย 1 ราย ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, นที วีวรรณ	358
ดัชนี	ดัชนีวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 - 4 ประจำปี 2564	365
คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์		I
สารบัญวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย		

Journal of Mental Health of Thailand

Volume 29 Number 4 October – December 2021

CONTENTS PREFACE		Page
EDITORIAL ORIGINAL		A
ORIGINAL ARTICLES	Stress among Khon Kaen University medical students during online learning in the era of the COVID-19 pandemic	273
	Ponnapa Pattanawittayakul, Thanaporn Tangsilatavorn, Patpitchaya Pichayavanich, Sanathorn Komolmanee, Krittayot Anawatchaphong, Whatanyou Lertwatcharasophakul, Bangonsri Jindawong, Sirintip Boonjaraspinyo	
	Effects of Mindfulness-Based Therapy Program on depression and quality of life among patients with Major Depressive Disorder	286
	Wipawee Phaokuntatakorn, Napa Jiratjitan	
	Prevalence and risk factors of non-suicidal self-harm behavior among nursing students in the past 12 months	297
	Chompoonoot Kabkumba, Netchanok Kaewjanta, Somporn Rungreangkulkij	
	The relationship between mindfulness and dialogue practices in organization and level of mindfulness, communication, and teamwork	312
	Pawinee Petchsawang, Samittra Pornwattanavate	
	Mental health problems of students after school shooting	323
	Wannaphak Wiwattanawongsa	
	Development and effectiveness of an online training program based on adolescent depression guidelines for physicians in the 10 th public health region	333
	Wireon Joomprabutra, Kedsaraporn Kenbubpha, Sawitree Palabut	
	The care accessibilities of people with alcohol-use disorder (AUD) and the health service system readiness	345
	Boonsiri Junsirimongkol, Phunnapa Kittiratanapaiboon, Sunan Chamroonsawasdi, Sorawan Intasitti	
CASE REPORT	Sertraline-induced gynecomastia in elderly: a case report	358
	Sirirat Kooptiwoot, Natee Viravan	
INDEX	Index: Journal of Mental Health of Thailand 2021: 29 (1 - 4)	365
INSTRUCTION TO AUTHORS		I
CONTENTS PREFACE IN JOURNAL OF THE PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF THAILAND		

บรรณาธิการแถลง

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยเล่มที่ 4 ของปี พ.ศ. 2564 (ปีที่ 29) ตุลาคม - ธันวาคม ยังคงเนื้อหาสาระทางวิชาการ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์อย่างเข้มข้น โดยเป็นบทความประเพณีพันธันฉบับ 7 เรื่องและรายงานผู้ป่วย 1 เรื่อง ครอบคลุมหลากหลายประเด็นและกลุ่มวัย

ประเด็นกลุ่มวัยเด็กและวัยรุ่น ผลกระทบด้านสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่นจากเหตุการณ์รุนแรงเรื่อง **ปัญหาสุขภาพจิตนักเรียนหลังเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียน** โดย วรณพภัทร วิวัฒนวงศา และจากการปรับตัวในระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เรื่อง **ความเครียดระหว่างการเรียนออนไลน์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ของนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น** โดย พรนภา พัฒนวิทยากุล และคณะ และเรื่อง **ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ในรอบ 12 เดือน** โดย ชมพูนุท กาบคำบา และคณะ มีประโยชน์ในการวางแผนทางการเฝ้าระวังคัดกรอง รวมถึงการดูแลเยียวยาจิตใจเด็กและวัยรุ่นทั้งในระยะเร่งด่วนและระยะยาว

แนวคิดเรื่องสติบำบัดได้รับความสนใจมากขึ้นในปัจจุบันและได้รับการประยุกต์ใช้เพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมทางบวก ในสถานที่ทำงาน ดังเช่นเรื่อง **ความสัมพันธ์ระหว่างการฝึกสติและสติสนทนาในองค์กรกับระดับสติ ความสามารถในการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม** โดย กาวิณี เพชรสว่าง และ สมิตรา พรวิวัฒนเวช และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า ดังเช่นเรื่อง **ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า** โดย วิภาวี เผ่ากัณฑ์กร และ นภา จิรัฐจินตนา สำหรับประเด็นระบบบริการสุขภาพจิต บทความเรื่อง **การเข้าถึงบริการและความพร้อมการจัดบริการสำหรับผู้มีปัญหาการติดยาของระบบบริการสาธารณสุข** โดย บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ ศึกษาสถานการณ์หลังการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้มีปัญหาการติดยาในระบบบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ และเรื่อง **การพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมอบรมออนไลน์โดยอิงแนวปฏิบัติโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น สำหรับแพทย์ในเขตสุขภาพที่ 10** โดย วิริย์อร จุมพระบุตร และคณะ มีประโยชน์ในการดูแลรักษาวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าที่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน

รายงานผู้ป่วย เรื่อง **ภาวะเต้านมโตในผู้ชายที่เกิดจากยา sertraline ในผู้สูงอายุ** : รายงานผู้ป่วย 1 ราย โดย ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และ นที วีวรรณ ซึ่งแม้เป็นอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคซึมเศร้าที่พบน้อยและไม่รุนแรง แต่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขควรทราบเพื่อให้การวินิจฉัยและการดูแลที่เหมาะสม

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

อธิป ตันอารีย์

บรรณาธิการ

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความเครียดระหว่างการเรียนออนไลน์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ของนักศึกษาแพทยมหาวิทยาลัยขอนแก่น

วันรับ : 19 พฤษภาคม 2564

วันแก้ไข : 4 พฤศจิกายน 2564

วันตอบรับ : 8 พฤศจิกายน 2564

พรนภา พัฒนวิทยากุล¹, ธนภรณ์ ตั้งศิลาถาวร¹, พัทธ์พิชญา พิษณุวนิชย์¹,ศมธร โกมลณีนี¹, กฤตยชญ์ อนวัชพงศ์¹, วัทธัญ เลิศวัชรโสภาคกุล¹,บังอรศรี จินดาวงค์, ปร.ด.², ศิริทิพย์ บุญจรัสสิริบุญ, ปร.ด.²นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 ปีการศึกษา 2563 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น¹ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกของนักศึกษาแพทยมหาวิทยาลัยขอนแก่นที่มีความเครียดระดับที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวันระหว่างการเรียนออนไลน์ สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียด และแนวทางการจัดการความเครียดในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19

วิธีการ : การศึกษาแบบตัดขวางในนักศึกษาแพทยมหาวิทยาลัยขอนแก่นปี 2 - 5 ปีการศึกษา 2563 โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ชนิดตอบเอง วัดความชุกของความเครียดด้วยแบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung stress test-20; SPST-20, cut-off ≥ 42 points) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา chi-square test, linear-by-linear association test และ Mann-Whitney U test

ผล : จากตัวอย่างทั้งหมด 378 คน มี 300 คนที่ตอบแบบสอบถาม (อัตราตอบกลับร้อยละ 79.4) พบว่าร้อยละ 54.7 ของกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในระดับที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน (95% CI 49.0, 60.2) พบความเครียดในนักศึกษาหญิงมากกว่านักศึกษาชาย และพบความสัมพันธ์ระหว่างรายได้และความเครียด สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดที่รายงานมากที่สุด คือ การสอบออนไลน์ (ร้อยละ 67.3) กลุ่มตัวอย่างจัดการความเครียดด้วยการหลีกเลี่ยงปัญหาหรือเบี่ยงเบนความสนใจมากกว่าการเผชิญหน้ากับปัญหาหรือการแสดงออกทางอารมณ์ วิธีจัดการความเครียดที่รายงานมากที่สุด คือ การฟังเพลง เล่นเกม และดูภาพยนตร์

สรุป : ครึ่งหนึ่งของนักศึกษาแพทย์มีความเครียดในระดับที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน ผลการศึกษานี้มีศักยภาพในการเป็นข้อมูลพื้นฐานให้แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม การแปลผลการศึกษาคควรพิจารณาถึงข้อจำกัดอันได้แก่ ความผิดพลาดในการรำลึกเหตุการณ์ และการขาดความสามารถในการระบุความเป็นเหตุและผลของปัจจัยต่าง ๆ

คำสำคัญ : การเรียนออนไลน์ ความเครียด โควิด 19 นักศึกษาแพทย์

ติดต่อผู้พิมพ์ : ศิริทิพย์ บุญจรัสสิริบุญ; e-mail: sboon@kku.ac.th

Original article

Stress among Khon Kaen University medical students during online learning in the era of the COVID-19 pandemic

Received : 19 May 2021

Revised : 4 November 2021

Accepted : 8 November 2021

Ponnapa Pattanawittayakul¹, Thanaporn Tangsilatavorn¹,Patpitchaya Pichayavanich¹, Sanathorn Komolmanee¹,Krittayot Anawatchaphong¹, Whatanyou Lertwatcharasophakul¹,Bangonsri Jindawong, Ph.D.², Sirintip Boonjaraspinyo, Ph.D.²¹ 5th year medical students, academic year 2020, Faculty of Medicine, Khon Kaen University¹Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University²

Abstract

Objective: To investigate the prevalence of stress which affects daily lives, stressors, the associated factors of stress, and stress management in medical students during online learning in the COVID-19 pandemic.

Methods: This cross-sectional study was conducted in the 2nd to 5th-year medical students at Khon Kaen University who enrolled in the academic year 2020. A self-administered online questionnaire was used. Stress was measured using the Suanprung stress test-20 (SPST-20, cut-off ≥ 42 points). Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, linear-by-linear association test and Mann-Whitney U test.

Results: Of 378 medical students who were selected by random sampling, 300 completed the questionnaire, yielding a response rate of 79.4%. Approximately 54.7% of the participants experienced a level of stress which affects their daily lives (95% CI 49.0, 60.2). The prevalence of stress was higher in female students than male students. Gender and income were significantly associated with stress. The most commonly reported stressor was taking online exams (67.3%). Participants were more likely to manage stress by avoidance or distraction than confrontation or emotional expression.

Conclusion: Half of the medical students experienced a level of stress that could affect their daily lives. The findings of this study can serve as basic information for relevant stakeholders. However, recall errors and lack of causal inference should be considered in interpreting the study findings.

Keywords: COVID-19, medical students, online learning, stress

Corresponding author: Sirintip Boonjaraspinyo; e-mail: sboon@kku.ac.th

ความรู้เดิม : ความสุขของภาวะความเครียดในนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิกในประเทศไทยก่อนการระบาดของโรคโควิด 19 อยู่ระหว่าง ร้อยละ 48.2 - 55.8 แตกต่างตามลักษณะประชากร และเครื่องมือที่ใช้ประเมิน

ความรู้ใหม่ : ความสุขของภาวะความเครียดในนักศึกษาแพทย์ระหว่างการเรียนออนไลน์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 เท่ากับร้อยละ 54.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ได้แก่ เพศ รายได้ของครอบครัว และปัญหาด้านการเรียน สุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : นักศึกษาแพทย์ควรได้รับการเฝ้าระวังความเครียดและควรสนับสนุนให้มีการให้คำปรึกษาที่เข้าถึงได้สะดวกในช่วงการเรียนออนไลน์เพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

บทนำ

ในการเรียนสาขาแพทยศาสตร์ นักศึกษาแพทย์มีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดสูง ดังการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบความสุขของภาวะความเครียดในนักศึกษาแพทย์สูงถึงร้อยละ 41.9 - 87.0¹⁻⁵ สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของนักศึกษาแพทย์ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยบนหอผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับอาจารย์ที่ปรึกษา¹ การเรียนและการสอบ³⁻⁵ การปรับตัวของตนเองเกี่ยวกับการเรียน⁵ จากสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทยที่มีการแพร่ระบาดมากขึ้นในปี พ.ศ. 2563 รัฐบาลมีนโยบายให้ปิดสถานที่ที่มีคนมารวมตัวกันเป็นกิจวัตร รวมถึงสถาบันการศึกษา และงดการจัดกิจกรรมรวมคนจำนวนมากที่มีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่ระบาดของโรค และประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร⁶ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้มีประกาศฉบับที่ 39/2563 เพื่อการป้องกันการระบาดของโรคโควิด 19 ในสถานศึกษา ให้ดำเนินการจัดการเรียนการสอนและการประเมินผลรายวิชาในรูปแบบออนไลน์ จนกว่าสถานการณ์จะเข้าสู่ภาวะปกติ⁷ นักศึกษาแพทย์จึงได้เรียนในรูปแบบออนไลน์ ทำให้ต้องมีการปรับตัวทั้งในการใช้โปรแกรม อุปกรณ์ที่ใช้ในการเรียน การติดต่อสื่อสารกับอาจารย์ การส่งงาน รวมทั้ง

การสอบออนไลน์ที่อาจมีปัญหาก่อเกิดขึ้น ทำให้นักศึกษาแพทย์ขาดทักษะในการฝึกปฏิบัติ ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้และผลลัพธ์ทางการศึกษา ประกอบกับนักศึกษาแพทย์มีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดได้สูงอยู่แล้วแม้ในภาวะปกติ¹⁻⁵ จึงอาจส่งผลให้เกิดความเครียดสูงมากขึ้นในช่วงของการเรียนออนไลน์ การศึกษาในต่างประเทศพบว่า นักศึกษาแพทย์มีความเครียดและผลการเรียนที่ไม่ดีในช่วงของการเรียนออนไลน์⁸ และพบนักศึกษาแพทย์ถึงครึ่งหนึ่งที่มีภาวะเครียดในระดับปานกลางถึงรุนแรงในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19⁹

การวัดความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในนักศึกษาแพทย์จะช่วยให้มีหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อสนับสนุนการทำงานของผู้เกี่ยวข้องต่อไป การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความทุกข์ของความเครียดระดับที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน ความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียด และแนวทางการจัดการความเครียดของนักศึกษาแพทย์ที่เรียนออนไลน์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19

วิธีการ

เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง ในคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับที่ 3093/2562 เลขที่โครงการ HE631360

ประชากรที่ศึกษาได้แก่ นักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ นักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นชั้นปีที่ 2 - 5 ที่ลงทะเบียนเรียนภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2563 และเกณฑ์การคัดออก คือ คณะผู้วิจัย (นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 จำนวน 6 คน) และนักศึกษาแพทย์ที่เข้าร่วมการทดสอบแบบสอบถามเบื้องต้น (เนื่องจากข้อมูลที่ได้อาจมีอคติจากการตอบคำถามซ้ำ) ได้ ประชากรศึกษาทั้งหมด 1,018 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยกำหนดสัดส่วนนักศึกษาแพทย์ที่มีความเครียด เท่ากับ 0.47 (จากการทดสอบแบบสอบถามเบื้องต้น) ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.047 ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และกำหนดอัตราการไม่ตอบกลับที่ร้อยละ 20 ได้ขนาด

ตัวอย่าง 378 คน สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบจากรายชื่อที่เรียงตามรหัสนักศึกษา คำนวณช่วง interval = $1018/378 = 2.693$ คน สุ่มตัวอย่างได้ลำดับที่ 1 เป็นค่าเริ่มต้น และหมายเลขลำดับของตัวอย่างคนถัดไปถูกกำหนดอย่างเป็นระบบโดยรวมหมายเลขที่สุ่มได้ค่าเริ่มต้นกับค่า interval ดังนี้ $1 + 2.693 = 3.693$ ได้ลำดับที่ 4 ลำดับถัดไป คือ $3.693 + 2.693 = 6.386$ ได้ลำดับที่ 6 เป็นต้น โดยใช้หลักการทศนิยม ≥ 0.5 ปัดขึ้น และ < 0.5 ปัดลง และดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบไปจนครบกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถามออนไลน์ชนิดตอบเอง ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม¹⁰⁻¹² ปรัชญาผู้เชี่ยวชาญจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และแบบประเมินมาตรฐานที่ได้รับการรับรองจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข¹³ แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย เช่น เพศ ชั้นปี กองที่ กำลังศึกษา เกรดเฉลี่ย รายได้ต่อเดือนของนักศึกษา และครอบครัว ที่อยู่อาศัยขณะเรียนออนไลน์ ผู้ที่นักศึกษาอาศัยอยู่ด้วย และสถานภาพของบิดามารดา

ส่วนที่ 2 แบบวัดระดับความเครียดสวนปรุง Suanprung stress test-20 (SPST-20) ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ แต่ละข้อเลือกตอบได้ 5 ระดับ ได้แก่ ไม่รู้สึกเครียด รู้สึกเครียดเล็กน้อย รู้สึกเครียดปานกลาง รู้สึกเครียดมาก และ รู้สึกเครียดมากที่สุด คะแนนรวมแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เครียดเล็กน้อย (0 - 23 คะแนน) เครียดปานกลาง (24 - 41 คะแนน) เครียดสูง (42 - 61 คะแนน) และเครียดรุนแรง (62 คะแนนขึ้นไป) โดยผู้ที่มีความเครียดในระดับสูงถึงระดับรุนแรง (คะแนน 42 คะแนนขึ้นไป) ถือว่าเป็นความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุของความเครียด 4 ด้าน คือ ด้านการเรียน ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม วัดโดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบตามความคิดเห็นของตนเองว่าในตัวแปรนั้นเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด โดยให้เลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่”

ส่วนที่ 4 แนวทางการจัดการกับความเครียด 3 ด้าน ได้แก่ 1) เผชิญหน้ากับปัญหา 2) หลีกเลียงปัญหา/เบี่ยงเบนความสนใจ และ 3) แสดงออกทางอารมณ์ แต่ละข้อมีคำตอบแบ่งตามความถี่ในการปฏิบัติ (ไม่เคยทำเลย ทำ 1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์ และทำมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง/สัปดาห์)

ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 16 - 30 กรกฎาคม 2563 ในช่วงที่นักศึกษาแพทย์ชั้นปรีคลินิกและชั้นคลินิกมีการเรียนออนไลน์ร้อยละ 100 และไม่พบผู้ติดเชื้อภายในประเทศ มีเพียงการพบผู้ติดเชื้อที่เป็นผู้เดินทางกลับจากต่างประเทศและพักอยู่ในสถานกักกันของรัฐ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยส่งลิงก์แบบสอบถามออนไลน์ในรูปแบบ Google form ผ่านทางหัวหน้าชั้นปี/หัวหน้ากอง แบบสอบถามที่ได้รับการตอบกลับถูกรวบรวมเข้าทาง Google sheets วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ นำเสนอข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ช่วงเชื่อมั่น ร้อยละ 95 มัชฌิมฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับความเครียดที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวันของนักศึกษาแพทย์ด้วยสถิติ chi-squared test ในกรณีที่ยังเป็น nominal scale สถิติ linear-by-linear association test ในกรณีที่ยังเป็น ordinal scale และสถิติ Mann-Whitney U test ในกรณีที่ยังเป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่มีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 378 คน ได้รับการตอบกลับ 300 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 79.4 โดยอัตราการตอบกลับของนักศึกษาชั้นปีที่ 2 เป็นร้อยละ 77.8 ชั้นปีที่ 3 เป็นร้อยละ 79.2 ชั้นปีที่ 4 เป็นร้อยละ 89.1 และชั้นปีที่ 5 เป็นร้อยละ 87.3 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.7 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 30 กำลังศึกษาในชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 43 มีเกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) 3.00 - 3.50 รายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐาน 8,000 บาท (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ 4,000 บาท) รายได้ต่อเดือนของครอบครัวมีค่ามัธยฐาน 80,000 บาท (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ 50,000 บาท) ขณะเรียนออนไลน์

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80.3 อาศัยอยู่ที่บ้าน ร้อยละ 52 อาศัยอยู่กับพ่อและแม่ และร้อยละ 86.7 มีบิดามารดามีสถานภาพอยู่ด้วยกัน

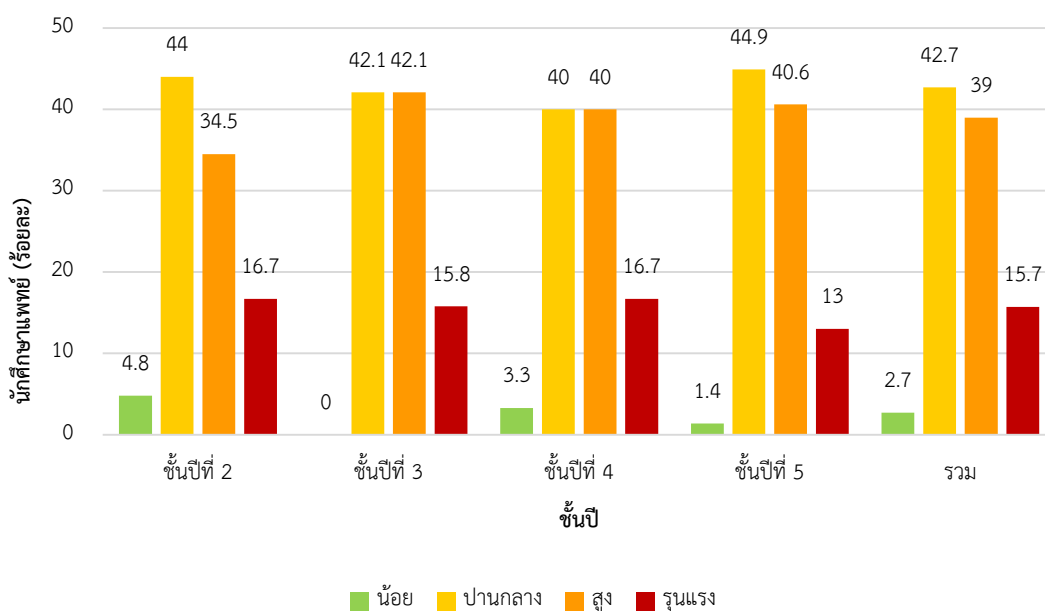
กลุ่มตัวอย่างมีความชุกของความเครียดที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวันในระหว่างการเรียนออนไลน์เท่ากับร้อยละ 54.7 (95% CI 49.0 - 60.2) เมื่อแบ่งตามระดับความเครียดพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 42.7) ดังแผนภาพที่ 1

ความชุกของความเครียดในระดับที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน แยกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่าเพศหญิงมีความเครียดมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 59.9 และ 48.1 ตามลำดับ) ชั้นปีที่ 3 มีความเครียดเท่ากับร้อยละ 57.9 ชั้นปีที่ 4 ที่ศึกษาอยู่กองใหญ่มีความเครียดเท่ากับร้อยละ 57.8 กลุ่มที่มีเกรดเฉลี่ยสะสมต่ำกว่า 3.00 มีความเครียดเท่ากับร้อยละ 60 กลุ่มที่อาศัยอยู่ที่หอพักเอกชนและอื่น ๆ ขณะเรียนออนไลน์มีความเครียดเท่ากับร้อยละ 60 กลุ่มที่อาศัยอยู่กับญาติมีความเครียดเท่ากับร้อยละ 70 กลุ่มที่มีบิดามารดาแยกกันอยู่มีความเครียดเท่ากับร้อยละ 81.8 เมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติ chi-squared test และ Mann-Whitney U test พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดระดับที่ส่งผลต่อ

ชีวิตประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ($p = .042$) และรายได้ต่อเดือนของครอบครัว ($p = .019$) ดังตารางที่ 1

ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเรียน ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม โดยกลุ่มตัวอย่างรายงานว่าในด้านการเรียนมีสาเหตุจากการสอบออนไลน์มากที่สุด (ร้อยละ 67.3) ด้านสังคมมีสาเหตุจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ลดลงมากที่สุด (ร้อยละ 49.2) ด้านเศรษฐกิจมีสาเหตุจากปัญหาค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในครอบครัวมากที่สุด (ร้อยละ 39.7) ส่วนด้านสุขภาพมีสาเหตุจากปัญหาสุขภาพจิตหรือรู้สึกส่วนตัวมากที่สุด (ร้อยละ 35.1) และเมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ chi-squared test พบว่า สาเหตุทุกข้อ (ยกเว้น การต้องขวนขวายเรียนรู้ด้วยตัวเองที่มากขึ้น) มีความสัมพันธ์กับความเครียดระดับที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 2

วิธีการจัดการความเครียดของกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 แนวทาง ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา การหลีกเลี่ยงปัญหาหรือเบี่ยงเบนความสนใจ และการแสดงออกทางอารมณ์ พบว่า แนวทางหลีกเลี่ยงปัญหาหรือเบี่ยงเบนความสนใจนั้น



แผนภาพที่ 1 ระดับความเครียดของนักศึกษาแพทย์ในระหว่างการเรียนออนไลน์ในแต่ละชั้นปี

ตารางที่ 1 สัดส่วนของนักศึกษาแพทย์ที่มีความเครียดระดับที่ส่งผลและไม่ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	มีความเครียดระดับที่ ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน จำนวน (ร้อยละ)	มีความเครียดระดับที่ ไม่ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน จำนวน (ร้อยละ)	p-value
รวม	300	164 (54.7)	136 (45.3)	
เพศ				.042
หญิง	167	100 (59.9)	67 (40.1)	
ชาย	133	64 (48.1)	69 (51.9)	
ชั้นปี				.736
2	84	43 (51.2)	41 (48.8)	
3	57	33 (57.9)	24 (42.1)	
4	90	51 (56.7)	39 (43.3)	
5	69	37 (53.6)	32 (46.4)	
เกรดเฉลี่ยสะสม (GPA)				.710
ต่ำกว่า 3.00	35	21 (60.0)	14 (40.0)	
3.00 - 3.50	129	70 (54.3)	59 (45.7)	
3.51 - 4.00	113	62 (54.9)	51 (45.1)	
กองที่กำลังศึกษา (ชั้นปีที่ 4)				.731
กองใหญ่ ^๑	64	37 (57.8)	27 (42.2)	
กองย่อย ^๒	26	14 (53.8)	12 (46.2)	
กองที่กำลังศึกษา (ชั้นปีที่ 5)				.618
กองใหญ่ ^๑	28	14 (50.0)	14 (50.0)	
กองย่อย ^๒	41	23 (56.1)	18 (43.9)	
รายได้ต่อเดือนของนักศึกษา				.608
Median (IQR) (บาท)	300	8,000 (4,000)	8,750 (3,868)	
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว				.019
Median (IQR) (บาท)	300	70,000 (50,000)	100,000 (70,000)	
ที่อยู่อาศัยขณะเรียนออนไลน์				.797
หอพักเอกชนและอื่น ๆ	30	18 (60.0)	12 (40.0)	
บ้าน	241	131 (54.4)	110 (45.6)	
หอพักในมหาวิทยาลัย	29	15 (51.7)	14 (48.3)	
ผู้ที่นักศึกษาอาศัยอยู่ด้วย				.887
ญาติ	10	7 (70.0)	3 (30.0)	
อยู่คนเดียว	55	31 (56.4)	24 (43.6)	
พ่อและแม่	156	84 (53.8)	72 (46.2)	
พ่อหรือแม่	54	29 (53.7)	25 (46.3)	
รูมเมท	25	13 (52.0)	12 (48.0)	

ตารางที่ 1 สัดส่วนของนักศึกษาแพทย์ที่มีความเครียดระดับที่ส่งผลและไม่ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	มีความเครียดระดับที่ ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน จำนวน (ร้อยละ)	มีความเครียดระดับที่ ไม่ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน จำนวน (ร้อยละ)	p-value
สถานภาพของบิดามารดา				.201
แยกกันอยู่	11	9 (81.8)	2 (18.2)	
บิดาหรือมารดาเสียชีวิต	16	10 (62.5)	6 (37.5)	
อยู่ด้วยกัน	260	139 (53.5)	121 (46.5)	
หย่าร้าง	12	5 (41.7)	7 (58.3)	

^a กองใหญ่ หมายถึง วิชาที่มีจำนวนหน่วยกิตตั้งแต่ 6 หน่วยกิตขึ้นไป ได้แก่ อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ สูติ-นรีเวชวิทยา และกุมารเวชศาสตร์

^b กองย่อย หมายถึง วิชาที่มีจำนวนหน่วยกิตน้อยกว่า 6 หน่วยกิต ได้แก่ ออร์โธปิดิกส์ เวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ฟื้นฟู นิติเวชศาสตร์ โสต ศอ นาสิกวิทยา จักษุวิทยา วัสดุทันตวิทยา จิตเวชศาสตร์ และรังสีวิทยา

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นของนักศึกษาแพทย์เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด

ความคิดเห็นของนักศึกษาแพทย์เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด	จำนวนนักศึกษา แพทย์ที่เห็นว่าสาเหตุ นั้นทำให้เกิดเครียด (ร้อยละ)	มีความเครียด ระดับที่ส่งผลต่อ ชีวิตประจำวัน จำนวน (ร้อยละ)	มีความเครียด ระดับที่ไม่ส่งผลต่อ ชีวิตประจำวัน จำนวน (ร้อยละ)	p-value
1. ด้านการเรียน				
1.1 ด้านรูปแบบการเรียนการสอน				
1.1.1 การสอบออนไลน์ (n = 300)	202 (67.3)	121 (59.9)	81 (40.1)	.009
1.1.2 การต้องขวนขวายเรียนรู้ด้วยตัวเองที่มากขึ้น (n = 300)	182 (60.7)	105 (57.7)	77 (42.3)	.191
1.1.3 ภาระงานที่ได้รับมอบหมาย (n = 300)	181 (60.3)	112 (61.9)	69 (38.1)	.002
1.1.4 รูปแบบการจัดตารางเรียน (n = 300)	146 (48.7)	92 (63.0)	54 (37.0)	.005
1.1.5 การเรียนการสอนผ่าน online meeting (n = 300)	144 (48.0)	93 (64.6)	51 (35.4)	.001
1.1.6 การเรียนการสอนผ่าน recorded video (n = 298)	59 (19.8)	43 (72.9)	16 (27.1)	.001
1.2 ด้านอุปกรณ์การเรียนและสถานที่เรียน				
1.2.1 ความไม่พร้อมของ software เช่น โปรแกรม สัญญาณอินเทอร์เน็ต (n = 300)	158 (52.7)	95 (60.1)	63 (39.9)	.045
1.2.2 ความไม่พร้อมของสถานที่ เช่น มีเสียงรบกวน ไม่มีความเป็นส่วนตัว (n = 300)	149 (49.7)	90 (60.4)	59 (39.6)	.047
1.2.3 ความไม่พร้อมของ hardware เช่น เครื่องคอมพิวเตอร์ tablet (n = 299)	98 (32.8)	65 (66.3)	33 (33.7)	.005
2. ด้านสุขภาพ				
2.1 ปัญหาสุขภาพจิตหรือนิสัยส่วนตัว เช่น perfectionist, OCD, MDD (n = 299)	105 (35.1)	73 (69.5)	32 (30.5)	< .001
2.2 ปัญหาสุขภาพกาย (n = 300)	93 (31.0)	66 (71.0)	27 (29.0)	< .001

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นของนักศึกษาแพทย์เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด (ต่อ)

ความคิดเห็นของนักศึกษาแพทย์เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด	จำนวนนักศึกษาแพทย์ที่เห็นว่าสาเหตุนั้นทำให้เครียด (ร้อยละ)	มีความเครียดระดับที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน (ร้อยละ)	มีความเครียดระดับที่ไม่ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน (ร้อยละ)	p-value
3. ด้านเศรษฐกิจ				
3.1 ปัญหาค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในครอบครัว (n = 300)	119 (39.7)	81 (68.1)	38 (31.9)	< .001
3.2 การขาดรายได้ของสมาชิกในครอบครัว (n = 298)	65 (21.8)	44 (67.7)	21 (32.3)	.015
3.3 ปัญหาหนี้สินในครอบครัว (n = 299)	62 (20.7)	47 (75.8)	15 (24.2)	< .001
3.4 การว่างงานของสมาชิกในครอบครัว (n = 298)	30 (10.1)	23 (76.7)	7 (23.3)	.010
4. ด้านสังคม				
4.1 การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ลดลง (n = 297)	146 (49.2)	95 (65.1)	51 (34.9)	.001
4.2 การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์ COVID-19 (n = 299)	106 (35.5)	73 (68.9)	33 (31.1)	< .001
4.3 ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน (n = 298)	67 (22.5)	44 (65.7)	23 (34.3)	.040
4.4 ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว (n = 299)	54 (18.1)	37 (68.5)	17 (31.5)	.026

OCD = obsessive-compulsive disorder, MDD = major depressive disorder

กลุ่มตัวอย่างระบายความเครียดโดยการฟังเพลง/เล่นเกม/ดูภาพยนตร์ มากที่สุด (ร้อยละ 87.5) แนวทางการเผชิญหน้ากับปัญหา ใช้วิธีพูดคุยปรึกษากับเพื่อนหรือคนสนิทมากที่สุด (ร้อยละ 35) มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่มีแนวทางแสดงออกทางอารมณ์ คือ การระบายความเครียดโดยการร้องไห้คนเดียว (ร้อยละ 6.4) ดังแผนภาพที่ 2

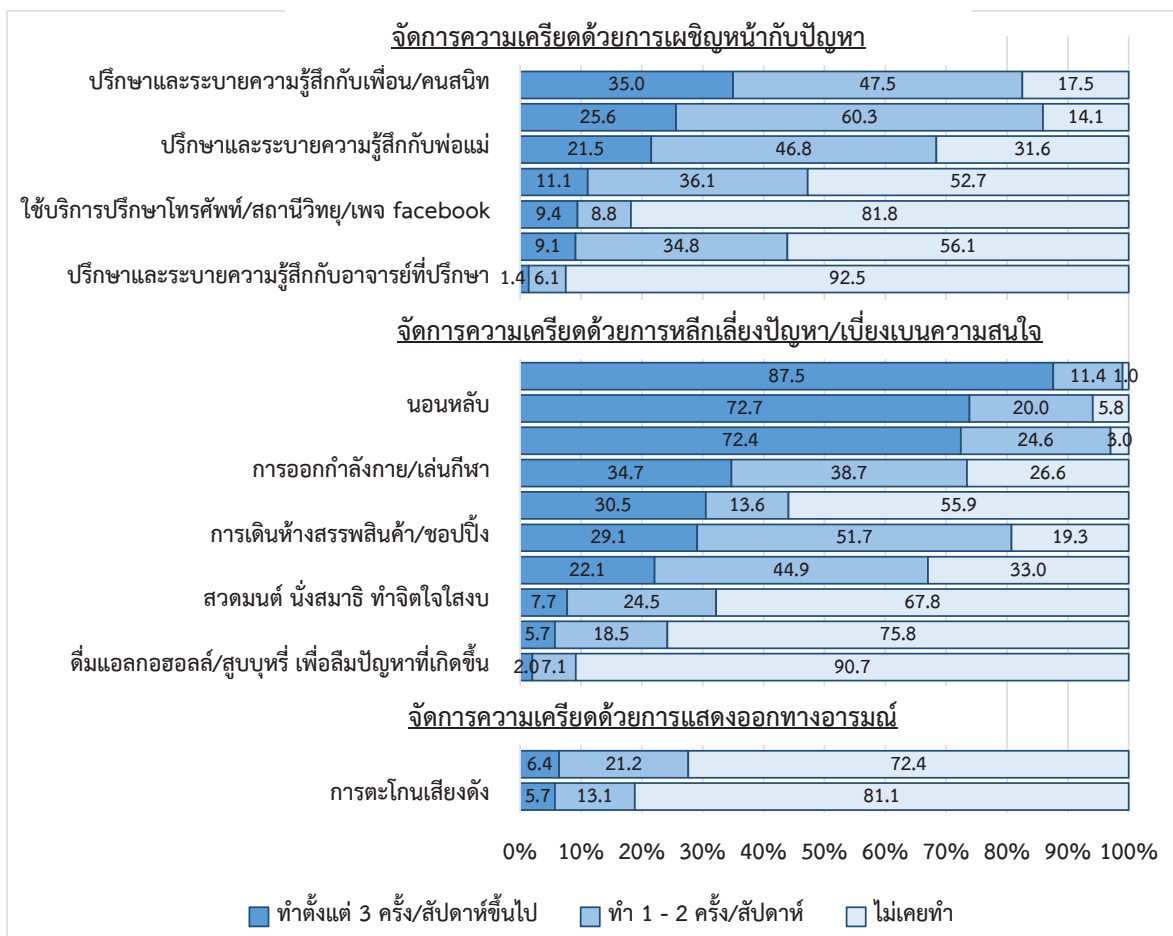
ความคิดเห็นเพิ่มเติมของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความเครียดระหว่างการเรียนออนไลน์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ได้แก่ การเรียนออนไลน์ทำให้ขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจริง และการสอบประเมินใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมขั้นตอนที่ 1 ที่ใกล้กับช่วงการสอบลงกองทำให้เกิดความเครียดมากขึ้น

วิจารณ์

การศึกษานี้สำรวจความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดระดับที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวันระหว่างการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของ

กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในระดับที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน พบความเครียดในนักศึกษาหญิงมากกว่านักศึกษาชาย และพบความสัมพันธ์ระหว่างรายได้และความเครียด สาเหตุที่ทำให้เครียดที่มีการรายงานมากที่สุด ได้แก่ การสอบออนไลน์ และกลุ่มตัวอย่างจัดการความเครียดด้วยการหลีกเลี่ยงปัญหาหรือเบี่ยงเบนความสนใจมากกว่าการเผชิญหน้ากับปัญหาหรือการแสดงออกทางอารมณ์

การศึกษานี้พบความชุกของนักศึกษาแพทย์ที่มีความเครียด เท่ากับร้อยละ 54.7 โดยส่วนมากมีคะแนนรวมค่อนข้างต่ำค่าขอบเขตบนของความเครียดระดับสูงถึงระดับรุนแรงที่ส่งผลกระทบทางกายและสุขภาพจิตได้ ถือเป็นระดับความเครียดที่น่ากังวล โดยสัดส่วนความเครียดที่พบในการศึกษานี้สูงกว่าการศึกษาในช่วงการเรียนรูปแบบปกติของ รุ่งรัตน์ รัชยาแก้ว และคณะ¹⁴ ที่พบว่าร้อยละ 48.2 ของนิสิตแพทย์ชั้นคลินิกมีความเครียดในระดับสูงถึงรุนแรง และใกล้เคียงกับการศึกษาของชัยวัชร อภิวัตน์ศิริ และคณะ⁵ ที่พบความชุกเท่ากับร้อยละ 55.8 เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาในต่างประเทศในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19



แผนภาพที่ 2 วิธีการจัดการความเครียดของนักศึกษาแพทย์

พบว่า ผลการศึกษามีความใกล้เคียงกัน โดยพบความชุกของความเครียดในนักศึกษาแพทย์อยู่ระหว่างร้อยละ 47 - 54.5^{8,9} อย่างไรก็ตาม แต่ละการศึกษามีความแตกต่างกันของลักษณะประชากร เครื่องมือที่ใช้ประเมิน รวมถึงช่วงเวลาของการเก็บข้อมูลที่มีสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในระดับที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน ได้แก่ เพศ โดยนักศึกษาแพทย์เพศหญิงมีความชุกของความเครียดมากกว่าเพศชาย อาจเนื่องมาจากผู้หญิงมีปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรมและชีวภาพของความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย¹⁵ ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงาน และความสัมพันธ์ในครอบครัว¹⁶ อีกทั้งนักศึกษาแพทย์หญิงมีความรู้สึกขัดแย้งและความกดดันที่สูงกว่านักศึกษาแพทย์ชาย¹⁷ และมีการรับรู้

ความเครียดที่สูงกว่านักศึกษาแพทย์ชายทั้งในช่วงเวลาปกติและช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19^{9,18,19} นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับรายได้ต่อเดือนของครอบครัว โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดในระดับที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวันมีค่ามัธยฐานของรายได้ของครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มที่มีความเครียดในระดับที่ไม่ส่งผลต่อชีวิตประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของสิริทรัพย์ สีหะวงษ์ และคณะ²⁰ ที่พบว่าปัจจัยด้านฐานะทางการเงินของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษา การศึกษานี้ยังพบว่า ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในครอบครัวเป็นสาเหตุที่มีการรายงานมากที่สุดและมีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการขาดรายได้ของสมาชิกในครอบครัว ปัญหาหนี้สินในครอบครัว และการว่างงานของสมาชิกในครอบครัว ข้อมูลจากการสำรวจ

ระดับชาติในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า ร้อยละ 54 ของครัวเรือนมีรายได้ลดลง²¹ ในขณะที่มีรายจ่ายเพิ่มขึ้นจากการเรียนออนไลน์ของนักศึกษา เช่น การติดตั้งอินเทอร์เน็ต คอมพิวเตอร์ หรือแท็บเล็ต

สาเหตุทางด้านการเรียนพบว่า การสอบออนไลน์มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pawlaczyk และคณะ²² ที่พบว่า ความเครียดของนักศึกษาแพทย์หลักสูตรภาษาโปแลนด์มีความสัมพันธ์กับการสอบ นอกจากนี้ ภาระงานที่ได้รับมอบหมาย รูปแบบการจัดตารางเรียน และการเรียนการสอนผ่าน online meeting และ recorded video มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสิรินิตย์ พรหมหาญ และคณะ²³ ที่พบว่าปัจจัยด้านการเรียนการสอนเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในระดับมากในนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิก และการศึกษาของ O'Byrne และคณะ⁹ ที่พบว่า การเปลี่ยนมาเรียนและประเมินในรูปแบบออนไลน์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับความเครียด อาจเนื่องมาจากในช่วงการสอบออนไลน์มีการเปลี่ยนรูปแบบของการสอบ มีการสอบถี่มากขึ้น และมีกฎระเบียบการเข้าสอบที่เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ยังเผชิญกับความไม่พร้อมของโปรแกรม อุปกรณ์ และสถานที่ อาจส่งผลให้การเรียนการสอนและการอภิปรายในชั้นเรียนขาดความต่อเนื่องหรือเกิดปัญหาทางเทคนิคที่คาดเดาล่วงหน้าไม่ได้ ส่วนปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพจิตหรือนิสัยส่วนตัว แม้ว่ามียารายงานว่าเป็นสาเหตุค่อนข้างน้อย แต่ก็พบว่ามีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่เคยมีปัญหาทางสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตอยู่เดิมมักมีความไวต่อการเกิดความเครียด²⁴⁻²⁶ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า การกักตัวส่งผลให้เกิดความเครียด²⁷ และปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้า²⁸

การสำรวจแนวทางการจัดการความเครียดพบว่า นักศึกษาแพทย์ใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหาหรือเบี่ยงเบนความสนใจโดยการฟังเพลง เล่นเกม และดูภาพยนตร์มากที่สุด

สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชัยวัชร อภิวัฒนศิริ และคณะ⁵ ที่พบว่า แนวทางที่นักศึกษาแพทย์ใช้เพื่อจัดการความเครียดของตนเองมากที่สุด ได้แก่ การเล่นเกม กิน นอน ดูโทรทัศน์ และฟังเพลงเช่นกัน เนื่องจากเป็นรูปแบบความบันเทิงที่เข้าถึงได้ง่ายในปัจจุบัน จึงเป็นวิธีการหลีกเลี่ยงหรือเบี่ยงเบนปัญหาที่นักศึกษาแพทย์ใช้มากที่สุดเพื่อลดความเครียดจากการเรียนออนไลน์ในช่วงที่ต้องรักษาระยะห่างทางสังคม

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีข้อจำกัด ได้แก่ รูปแบบการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามชนิดตอบเองย้อนหลัง อาจทำให้เกิด imperfect recall (การจดจำสิ่งต่าง ๆ ได้ไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะเมื่อเวลาผ่านไปแล้ว 2 สัปดาห์) และในข้อคำถามปัญหาสุขภาพจิต ได้ถามกลุ่มตัวอย่างถึงปัญหาสุขภาพจิตหรือนิสัยส่วนตัว เช่น perfectionist, obsessive-compulsive disorder และ major depressive disorder ซึ่งนักศึกษาแพทย์ชั้นปริคณีกอาจจะไม่เข้าใจศัพท์ทางจิตเวชในแบบสอบถาม และอาจสับสนหรือไม่อยากยอมรับว่าตัวเองมีปัญหาสุขภาพจิตหรือปัญหาด้านการเงิน หรือระบายความเครียดโดยการร้องไห้คนเดียวหรือตะโกนเสียงดัง เพื่อให้ตัวเองเป็นในแบบที่สังคมยอมรับ (social desirability bias) หรือเพื่อรักษาคุณค่าของตัวเองไว้ (self-serving bias) นอกจากนี้ เนื่องจากการศึกษานี้เป็นแบบตัดขวาง จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าปัจจัยใดเป็นสาเหตุของความเครียดระดับที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวันได้โดยตรง แต่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เบื้องต้นเพื่อนำไปสู่การสร้างสมมติฐานเพื่อใช้ในการศึกษาเชิงวิเคราะห์เพื่อสรุปเหตุและผลต่อไป

สรุป

ครึ่งหนึ่งของนักศึกษาแพทย์มีความเครียดที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันระหว่างการเรียนออนไลน์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ดังนั้นควรพิจารณาการปรับรูปแบบการเรียนการสอนออนไลน์ให้เหมาะสม ทั้งการสอบออนไลน์ ภาระงานที่ได้รับมอบหมาย รูปแบบการจัดตารางเรียน การเรียนการสอนสดผ่าน online meeting การเรียนการสอนผ่าน recorded video และควรมีการเฝ้าระวังความเครียดในนักศึกษาแพทย์ ผลการวิจัยนี้มีศักยภาพในการ

เป็นข้อมูลพื้นฐานให้แก่ผู้เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม การแปลผล การศึกษาควรพิจารณาถึงข้อจำกัดอันได้แก่ ความผิดพลาด ในการรำลึกเหตุการณ์ ทัศนคติต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น และการขาด ความสามารถในการระบุความเป็นเหตุและผลของปัจจัยต่าง ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.นพ.สุรพล วีระศิริ รศ.พญ.จุฬาพรหม อังจะนิล และ ผศ.นพ.วรานนท์ มั่นคง ที่ให้ความอนุเคราะห์ ในการพัฒนาและตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุน การทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Firth J. Levels and sources of stress in medical students. Br Med J (Clin Res Ed). 1986;292(6529): 1177-80. doi:10.1136/bmj.292.6529.1177.
2. Sherina MS, Rampal L, Kaneson N. Psychological stress among undergraduate medical students. Med J Malaysia. 2004;59(2):207-11.
3. Bamuhair S, Al Farhan A, Althubaiti A, Agha S, Rahman S, Ibrahim N. Sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students enrolled in a problem-based learning curriculum. J Biomed Educ. 2015;(2015):1-8. doi:10.1155/2015/575139.
4. สุวรรณาสีสมประสงค์. การศึกษาความเครียดของนักศึกษา แพทย์ระดับชั้นปีที่ 4 - 6 [A study of stress of the fourth-year to the sixth-year medical students]. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ; 2552.
5. ชัยวัชร อภิวัฒน์ศิริ, กฤติยา โสมะเกษตรินทร์, กิตติศักดิ์ สุระประยูร, ไกรวุฒิ เลื่อมประเสริฐ, นุชวดี วันแก้ว, ภาพลักษณ์ หอมจำปา, และคณะ. ความเครียด และการจัดการ ความเครียด ของนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิก มหาวิทยาลัย ขอนแก่น [Stress and coping in medical students at clinical level, Khon Kaen University]. ศรีนครินทร์ เวชสาร. 2550;22(4):416-24.
6. สำนักนายกรัฐมนตรี. ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขต ท้องที่ทั่วราชอาณาจักร พ.ศ. 2563 [Declare a state of emergency in all local areas throughout the Kingdom 2020]. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 137, ตอนพิเศษ 69 ง (ลงวันที่ 25 มี.ค. 2563).
7. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ประกาศ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เรื่อง แนวทางการ จัดการเรียนการสอนและการประเมินผลรายวิชาคณะ แพทยศาสตร์ กรณีเพื่อการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 [Announcement of the faculty of medicine, Khon Kaen university subject: guidelines for teaching and evaluation of courses faculty of medicine case for the prevention of the outbreak of the novel Coronavirus disease 2019]. ประกาศฉบับที่ 39/2563 (ลงวันที่ 9 เม.ย. 2563).
8. Fadhila R, Hernawan B. Relationship between stress, anxiety, and depression with learning achievement in medical student during online learning in the COVID 19 pandemic era. In: Anwar M, Khoiriyah U, editors. ICME international conference on medical education: Proceeding ICME 2021 virtual conference --- excellence in health profession education, through globalization & collaboration; 2021 April 1-4; Universitas Islam Indonesia, Yogyakarta. Indonesia: Ull press; 2021. p. 139-49.
9. O'Byrne L, Gavin B, Adamis D, Lim YX, McNicholas F. Levels of stress in medical students due to COVID-19. J Med Ethics. 2021;47:383-8. doi:10.1136/medethics-2020-107155.
10. หงส์ศิริ ภิชัยดิถีลภชัย, อรุณวรรณ กัมภูสิริพงษ์, มยุรี สวัสดิ์เมือง, ทศน์ จันทราภาส. ความเครียดและการแก้ปัญหา ความเครียดของนักศึกษาสาขาวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศทาง ธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์ บพิตรพิมุข จักรวรรดิ [Stress and stress coping of business information technology students of Rajamangala university of Technology Rattanakosin, Bophit Phimuk Chakkrawat]. นครปฐม: มหาวิทยาลัย เทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์; 2558.

11. รุ่งนภา เตชะกิจโกศล. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพโรงพยาบาลศิริราช [Stress and coping in the rehabilitation stroke patient at siriraj hospital] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2552.
12. กองแผนงาน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ความเครียดและวิธีการจัดการกับความเครียดของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม [Stress and stress coping of Mahasarakham university students. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2551.
13. สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, พิมมาศ ตาปัญญา. การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรง [The construction of Suan Prung stress test for Thai population]. วารสารสวนปรง. 2540;13(3):1-20.
14. รุ่งรัตน์ ระย้าแก้ว, วลัย สัตยาภัย. ความเครียดของนิสิตแพทย์ ชั้นปีที่ 4 - 6 กรณีศึกษาศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก [4 - 6th year medical students' stress: case study at medical center, Buddhachinaraj hospital, Phitsanulok]. ธรรมศาสตร์เวชสาร. 2556;13(1):17-23.
15. Department of Gender and Women's Health. Gender and Mental Health. Geneva: World health organization; 2002.
16. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. เพศภาวะกับสุขภาพจิต [Gender and mental health]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2553;55(1):109-18.
17. Sawant NS, Mishra K. Are medical students stressed out?: a study of gender differences and coping in undergraduates. Malaysian Journal of Psychiatry. 2015;24(1).
18. Worly B, Verbeck N, Walker C, Clinchot DM. Burnout, perceived stress, and empathic concern: differences in female and male Millennial medical students. Psychol Health Med. 2019;24(4):429-38. doi:10.1080/13548506.2018.1529329.
19. Abdulghani HM, Sattar K, Ahmad T, Akram A. Association of COVID-19 pandemic with undergraduate medical students' perceived stress and coping. Psychol Res Behav Manag. 2020;13:871-81. doi:10.2147/PRBM.S276938.
20. สิริทรัพย์ สีหะวงษ์, นิชกานต์ ผ่องดี, ณัฐธิดา ยานะรมย์, ณัฐนรี น้อยนาง, ณัฐมล อาไนย์, ตฤาภรณ์ บุญเจริญ, และคณะ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี [Factors causing to stress of nursing students, Ubon Ratchathani university]. วารสาร มจร.วิชาการ. 2561;21(42):93-106.
21. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ผลกระทบของ COVID-19 ต่อความยากจน ภาวะสังคมไทย ไตรมาสสาม ปี 2563 [The impact of COVID-19 on poverty, Thai society in the third quarter of 2020]. จดหมายข่าวสภาพัฒน์. 16 พ.ย. 2563: น. 6.
22. Pawlaczyk M, Siembida J, Balaj K, Rajewska-Rager A. The assessment of stress level, anxiety, depressive symptoms, and defense mechanisms among Polish and English medical students. Ann Gen Psychiatry. 2020;19:29-38. doi:10.1186/s12991-020-00274-7.
23. สิรินิตย์ พรธนาญ, บุญมี พันธุ์ไทย, กมลทิพย์ ศรีหาเศษ. ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในการเรียนของนักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 4 - 6 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล [Factors affecting learning stress of 4th - 6th year medical students. faculty of medicine, Ramathibodi hospital Mahidol university]. วารสารวิชาการ Veridian E-Journal Silpakorn University (สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ). 2561;11(3):2579-93.
24. Flores E, Tschann JM, Dimas JM, Bachan EA, Pasch LA, de Groat CL. Perceived discrimination, perceived stress, and mental and physical health among mexican-origin adults. Hisp J Behav Sci. 2008;30(4):401-24. doi:10.1177/0739986308323056.

25. Chatterjee SS, Barikar C M, Mukherjee A. Impact of COVID-19 pandemic on pre-existing mental health problems. *Asian J Psychiatr.* 2020;51:102071. doi:10.1016/j.ajp.2020.102071.
26. Mheidly N, Fares MY, Fares J. Coping with stress and burnout associated with telecommunication and online learning. *Front Public Health.* 2020;8:574969. doi:10.3389/fpubh.2020.574969.
27. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet.* 2020;395(10227): 912-20. doi:10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
28. Bhatti AB, Haq AU. The pathophysiology of perceived social isolation: effects on health and mortality. *Cureus.* 2017;9(1):e994. doi:10.7759/cureus.994.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วันรับ : 22 มกราคม 2564
วันแก้ไข : 9 พฤศจิกายน 2564
วันตอบรับ : 10 พฤศจิกายน 2564

วิภาวี เผ่ากันทรารกร, พร.ด.
นภา จิรัฐจินตนา, พย.ม.
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : ศึกษาผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วิธีการ : เป็นการวิจัยแบบสุ่มที่มีการควบคุม ศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 44 คนที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยใช้รูปแบบจับคู่ตามอายุ เพศ และระดับภาวะซึมเศร้า แบ่งเป็นกลุ่มบำบัดและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 คน กลุ่มบำบัดได้รับโปรแกรมสติบำบัดจำนวน 8 ครั้ง และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ติดตามสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ในเดือนที่ 6 ประเมินภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังโปรแกรมด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory IA) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบไคสแควร์ และสถิติทดสอบค่าที

ผล : กลุ่มบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($t = 10.71, p < .01$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.80, p < .01$) และมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($t = -12.38, p < .01$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.92, p < .01$) การติดตามในเดือนที่ 6 พบว่า ในกลุ่มบำบัดมี 2 คนที่มีอาการกำเริบของโรคซึมเศร้า ในขณะที่ในกลุ่มควบคุมมี 10 คนที่มีอาการกำเริบ

สรุป : ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสติบำบัดช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ดีขึ้น

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต โปรแกรมสติบำบัด ภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า

ติดต่อผู้นิพนธ์ : วิภาวี เผ่ากันทรารกร; e-mail: wkuntara@hotmail.com

Original article

Effects of Mindfulness-Based Therapy Program on depression and quality of life among patients with Major Depressive Disorder

Received : 22 January 2021

Revised : 9 November 2021

Accepted : 10 November 2021

Wipawee Phaokuntatakorn, Ph.D.

Napa Jiratjitan, M.N.S.

Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, Department of Mental Health

Abstract

Objective: To examine the effects of a mindfulness-based therapy program on depressive symptoms and quality of life among patients with major depressive disorder.

Methods: This was a randomized controlled trial in outpatients with major depressive disorder at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. Forty-four participants were matched in pairs based on age, gender, and severity of depression, and randomly assigned to either the experimental or control group. The experimental group received eight sessions of mindfulness-based therapy, whereas the control group received treatment as usual. Both groups were followed with a telephone interview six months after the program. Depression and quality of life were measured before and after the program using the Beck Depression Inventory IA (BDI-IA) and the World Health Organization Quality of Life Brief-Thai (WHOQOL-BREF-THAI), respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, and t-test.

Results: The mean depression score after the program in the experimental group was significantly lower than before the program ($t = 10.71, p < .01$) and that in the control group ($t = 3.80, p < .01$). The mean quality of life score after the program in the experimental group was significantly higher than before the program ($t = -12.38, p < .01$) and that in the control group ($t = 3.92, p < .01$). At a six-month follow-up, two participants in the experimental group met the criteria for relapse, compared to 10 in the control group.

Conclusion: The mindfulness-based therapy program is potential in reducing depression severity and improving the quality of life in patients with major depressive disorder.

Keywords: depression, major depressive disorder, Mindfulness-Based Therapy program, quality of life

Corresponding author: Wipawee Phaokuntatakorn; e-mail: wkuntara@hotmail.com

ความรู้เดิม : การเจริญสติหรือสติบำบัดเป็นวิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้ผลดี

ความรู้ใหม่ : โปรแกรมสติบำบัดสามารถนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตเมื่อเทียบกับการดูแลปกติ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : โปรแกรมสติบำบัดสามารถนำมาเป็นทางเลือกในการบำบัดร่วมกับการดูแลปกติเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า

บทนำ

โรคซึมเศร้าก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพและปีสุขภาวะ (Disability-adjusted life years; DALYs) อย่างมาก โดยพบว่า ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2005 - 2015 ประชากรที่ต้องใช้ชีวิตอยู่กับภาวะซึมเศร้ามีจำนวนเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 18.4¹ องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของการสูญเสียปีสุขภาวะ โดยมีผลกระทบต่อประชากรทั่วโลกประมาณ 300 ล้านคน² นอกจากผลกระทบด้านความรุนแรงของอาการแล้ว ภาวะซึมเศร่ายังมีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ³⁻⁴ และเป็นสาเหตุสำคัญอันหนึ่งของการฆ่าตัวตายสำเร็จ⁵ จากการสำรวจระดับสุขภาพจิตระดับชาติของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2556 โดยพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ⁶ พบว่าโรคซึมเศร้าโดยรวมมีความชุกตลอดชีวิตร้อยละ 1.9 โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ

การรักษาโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพในปัจจุบัน ได้แก่ การรักษาด้วยยา จิตบำบัด หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน³ โดยมีความพยายามที่จะพัฒนารูปแบบจิตบำบัดที่มีความเสี่ยงน้อยและได้ผลดีขึ้น เพื่อใช้เป็นการบำบัดแบบเสริมหรือเป็นทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานของ Goldberg และคณะ⁷ พบว่า การเจริญสติหรือการบำบัดโดยใช้สติเป็นฐาน (mindfulness-based therapy; MBT) เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตได้

โดยลดความคิดครุ่นคิด⁸ โดยเฉพาะความคิดด้านลบซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของโรคซึมเศร้า ช่วยให้มีสติเพิ่มขึ้น⁴ มีความยืดหยุ่นทางความคิดและอารมณ์มากขึ้น ส่งผลต่อความสามารถกำกับตนเองและมีความเมตตาต่อตนเอง ส่งผลให้เกิดความสุขมากขึ้น⁹ และลดความเสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำ^{10,11} ในประเทศไทยได้มีผู้สนใจนำการเจริญสติตามแนวพุทธและการบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานมาประยุกต์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า¹²⁻¹⁴ และผู้ป่วยโรคทางกาย^{15,16}

โปรแกรมสติบำบัด (mindfulness-based therapy program) หรือชื่อเต็มคือ การบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน (mindfulness based therapy and counseling; MBTC) ถูกพัฒนาขึ้นโดยยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์¹⁷ โดยผสมผสานหลักการของจิตวิทยาและพุทธธรรมตามแนวคิดการให้การปรึกษาแนวพุทธ (Buddhist counseling) และการมีสติในการเมตตาตนเอง (mindfulness self-compassion) มีโครงสร้างตามการบำบัดความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติ (mindfulness based cognitive therapy; MBCT) ได้แก่ การเรียงลำดับด้วยการฝึกจิต หยุดความคิดด้วยลมหายใจจนจิตสงบ และฝึกสติด้วยลมหายใจที่เป็นปัจจุบันควบคู่กับการรับรู้ในกิจที่ทำ มีการศึกษาผลของโปรแกรมนี้ในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม เช่น ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลพบว่า สามารถลดความเครียดของนักศึกษาพยาบาลได้¹⁸ ในกลุ่มผู้ต้องขังพบว่า สามารถลดความเครียด ลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความเมตตาต่อผู้อื่นได้^{19,20} และในกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) พบว่า สามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้²¹ แต่ยังไม่พบการศึกษาผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งแสดงถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยรวม ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาการในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

วิธีการ

เป็นการวิจัยแบบสุ่มที่มีการควบคุม (randomized controlled trial) ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า

เป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ของ ICD-10 อายุระหว่าง 20 - 59 ปี และสามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทย และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีอาการทางจิต เช่น หูแว่วและประสาทหลอน ใช้สารเสพติด มีโรคทางกาย เช่น ความผิดปกติทางระบบประสาท หรือมีภาวะที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมการวิจัย

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power of test)²² โดยอ้างอิงผลการศึกษาก่อนหน้านี้ อารีกิจ และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย¹² กำหนดอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 17 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการเข้าร่วมวิจัย (drop out) จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive selection) และจัดให้ตัวอย่างมีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่เพศ ช่วงอายุ และระดับภาวะซึมเศร้า แบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยจับฉลากแบบไม่ใส่คืนเข้ากลุ่มบำบัดและกลุ่มควบคุมจนครบ 22 คู่ ได้กลุ่มบำบัดและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสติบำบัดพัฒนาโดยยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์¹⁷ ประกอบด้วยกลุ่มกิจกรรม 8 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 90 - 120 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง นาน 8 สัปดาห์ กิจกรรมแบ่งเป็น 1) การจัดการกับความวุ่นวายใจด้วยการฝึกสมาธิ ให้ผู้ป่วยสามารถแยกสมาธิกับสติ ตระหนักถึงผลของอารมณ์และความเครียด และเรียนรู้วิธีพัฒนาสภาวะจิตขั้นสูง 2) การดำเนินชีวิตด้วยความสงบด้วยการมีสติในกิจและการรู้ลมหายใจในขณะที่มีกิจกรรมเพื่อวางแผนนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน 3) รู้จักปล่อยวางอารมณ์ มีสติกับความรู้สึกทั่วร่างกายด้วยการฝึก body scan ในท่านั่ง และการเรียนรู้การปล่อยวางอารมณ์ที่เกิดขึ้น 4) รู้ทันความคิด และปล่อยวาง มีสติกับความคิดที่สัมพันธ์กับบุคคลสำคัญ แยกแยะได้ระหว่างความคิดกับความจริง และเรียนรู้วิธีปล่อยวาง

ความคิดที่เกิดขึ้น 5) ทบทวนสัมพันธภาพใหม่ 6) ปรับการสื่อสารให้ดีขึ้นด้วยการใคร่ครวญสัมพันธภาพ มองเห็นความเป็นจริงที่มีจริง มีการปรับปรุงความสัมพันธ์และมีสติในการสื่อสารกับบุคคลรอบข้าง 7) เมตตาและให้อภัยด้วยการเมตตาตัวเอง ให้อภัยกับประสบการณ์ที่เจ็บปวด เรียนรู้การรักตัวเอง การมองคนรอบข้างอย่างที่เขาเป็น ให้อภัยสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเองและผู้อื่น รวมทั้งความปรารถนาดีต่อตนเองและผู้อื่น และ 8) ชีวิตต้องเดินหน้า มองสิ่งที่จะเกิดขึ้นอย่างมีสติ ควบคุมการใช้สติสมาธิในการรักษาสมดุลของการดำเนินชีวิตในอนาคต หลังกิจกรรมแต่ละครั้งมีการบ้านให้ฝึกต่อเป็นเวลา 1 สัปดาห์ก่อนฝึกในกิจกรรมครั้งต่อไป โปรแกรมนี้ได้รับการพิจารณาความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 25 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 2 คน นักจิตวิทยาคลินิก 6 คน พยาบาลจิตเวช 7 คน นักสังคมสงเคราะห์ 7 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 3 คน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 0.94 และนำฉบับปรับปรุงไปทดลองใช้กับผู้ป่วยซึมเศร้า 2 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างก่อนนำไปใช้จริง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck depression inventory IA; BDI-IA) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์²³ ประกอบด้วย 21 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 63 คะแนน แบ่งระดับซึมเศร้าเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ภาวะอารมณ์ปกติ (0 - 9 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (10 - 15 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (16 - 19 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (20 - 29 คะแนน) และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (30 - 63 คะแนน) และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (30 - 63 คะแนน) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.84 ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.92 และ 3) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ²⁴ มีจำนวนข้อคำถาม 26 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้าน

สิ่งแวดล้อม แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 26 - 130 คะแนน แบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26 - 60 คะแนน) การมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ (61 - 95 คะแนน) และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (96 - 130 คะแนน) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.82 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง คือ แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)²⁵ สำหรับคัดผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย มีข้อคำถาม 9 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 3 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 27 คะแนน แบ่งระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีอาการหรือมีอาการระดับน้อยมาก (0 - 6 คะแนน) อาการระดับเล็กน้อย (7 - 12 คะแนน) อาการระดับปานกลาง (13 - 17 คะแนน) และอาการระดับรุนแรง (≥ 18 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 ค่าความไวร้อยละ 75.6 และค่าความจำเพาะร้อยละ 92.8

เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน 2561 - มิถุนายน 2562 โดยดำเนินการ ดังนี้ 1) **ขั้นตอนเตรียมการวิจัย** มีการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย เครื่องมือในการวิจัย สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และคัดเลือกตัวอย่างด้วยแบบประเมิน 9Q 2) **ขั้นตอนดำเนินการวิจัย** แบ่งตัวอย่างออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มบำบัด กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มบำบัดได้รับโปรแกรมสติบำบัดจำนวน 8 ครั้ง ประเมินภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตก่อนโปรแกรมด้วยแบบประเมิน BDI-IA และ WHOQOL-BREF-THAI 3) **ขั้นตอนการประเมินผล** ประเมินภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในสัปดาห์ที่ 8 ด้วยแบบประเมิน BDI-IA และ WHOQOL-BREF-THAI และติดตามผลทางโทรศัพท์ในเดือนที่ 6 ด้วยคำถาม 1) ตอนนี้คุณเป็นอย่างไร 2) มีอาการซึมเศร้าหรือไม่เพราะอะไร ทำอย่างไร 3) คุณทำอะไรถึงอยู่ได้ตลอด 6 เดือน มีอะไรช่วย หรือมีอะไรทำให้เกิดความยุ่งยากใจ และจัดการอย่างไร โดยได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างทุกคน ก่อนการติดตามผลทางโทรศัพท์

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มบำบัดและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของกลุ่มบำบัดและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการบำบัดด้วยสถิติทดสอบที กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาตามเอกสารรับรอง รหัสโครงการที่ 023/2561 วันที่ 18 มิถุนายน 2561 กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการแจ้งวัตถุประสงค์วิธีการ การเก็บข้อมูล สิทธิในการรับหรือปฏิเสธโดยไม่มีผลกระทบต่อการบริการ การเก็บข้อมูลเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

ผล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 30 - 49 ปี มีสถานภาพโสด มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีรายได้พอใช้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดยอมรับว่ามีปัญหาสุขภาพจิต มีบางส่วนเข้าใจว่าตนเองเป็นโรคเครียดวิตกกังวล แต่ไม่ทราบว่าได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า และไม่เคยถามว่าตัวเองป่วยเป็นโรคอะไร กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการรักษาด้วยยา โดยได้รับยารักษาโรคซึมเศร้า เช่น fluoxetine, sertraline, amitriptyline และ trazodone และยาคลายวิตกกังวลและยานอนหลับ เช่น diazepam, lorazepam, clorazepate และ clonazepam กลุ่มบำบัดและกลุ่มควบคุมมีลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกัน ยกเว้นการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อนการบำบัดจากแบบประเมิน 9Q และ BDI-IA ของกลุ่มบำบัดและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ดังตารางที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มพบว่า ทั้งกลุ่มบำบัดและกลุ่มควบคุมมีคะแนนซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตก่อนและหลัง

การทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า กลุ่มบำบัดและกลุ่มควบคุมมีคะแนนซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า คุณภาพชีวิตทุกด้านหลังการทดลองของกลุ่มบำบัดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยด้านสุขภาพกายและด้านจิตใจต่างกันมากกว่าด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ดังตารางที่ 4

การติดตามทางโทรศัพท์ในเดือนที่ 6 พบว่า กลุ่มบำบัดจำนวน 20 คน ไม่มีอาการกำเริบของโรคซึมเศร้า โดย 14 คนมีความคิดฟุ้งซ่านลดลง รู้สึกว่าอาการซึมเศร้าลดลง มีสติในการจัดการปัญหาต่าง ๆ ได้ดี มีความสุขในการดำเนินชีวิต และแพทย์ได้ปรับลดขนาดยา อีก 6 คนมีความคิดฟุ้งซ่านมากขึ้นหลังการบำบัด 4 เดือน เนื่องจากมีเหตุการณ์ที่ยุ่งยากใจแต่สามารถจัดการอารมณ์ได้ดีขึ้น และดูแลตัวเองด้วยการมีสติรู้ลมหายใจ ส่วนอีก 2 คนมีอาการกำเริบของโรคซึมเศร้าเนื่องจากมีปัญหาครอบครัวและการทำงานที่รุนแรง จึงใช้การดื่มสุราเพื่อจัดการกับปัญหา กลุ่มบำบัดทุกคนรู้สึกรักตัวเองมากขึ้น ให้อภัยบุคคลรอบข้างได้มากขึ้น โดยเฉพาะ 2 คนที่มีอาการกำเริบของโรคซึมเศร้า ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 12 คนไม่มีอาการของโรคซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำ โดย 8 คนมีความคิดฟุ้งซ่าน มีความทุกข์และความเศร้าเป็นระยะ และมีการปรึกษาแพทย์เพื่อปรับยา อีก 4 คนมีความคิดฟุ้งซ่านและความเศร้าเกิดขึ้นบ้าง แต่ควบคุมตัวเองได้โดยการออกกำลังกายและฟังเพลง และมีคนรอบข้างเข้าใจคอยรับฟัง ส่วนอีก 10 คนมีอาการกำเริบของโรคซึมเศร้าเนื่องจากรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และดื่มสุราเพื่อสังสรรค์หรือเวลาที่มีความทุกข์ และมีความคิดฆ่าตัวตายเป็นบางครั้ง

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสติบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการบำบัดต่ำกว่า และมีคะแนน

เฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการบำบัดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Dang และคณะ³ ที่พบว่า งานวิจัยที่ใช้การบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานจำนวน 16 เรื่อง ประกอบด้วย mindfulness-based stress reduction (MBSR) จำนวน 5 เรื่อง MBCT จำนวน 5 เรื่อง และการประยุกต์วิธีการของ MBT จำนวน 6 เรื่อง สามารถลดอาการซึมเศร้า (Cohen's $d = 0.04 - 1.06$) และเพิ่มคุณภาพชีวิต (Cohen's $d = 0.05 - 1.09$) ภายหลังการบำบัด 8 สัปดาห์เมื่อเทียบกับการดูแลปกติ และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Naibili และ Permana²⁶ ที่พบว่า MBCT มีประสิทธิภาพสามารถลดอาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความทุกข์ทางอารมณ์ และปรับปรุงคุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ในสังคม และความเป็นอยู่ที่ดีทางจิตใจ ในขณะที่สมชาย ปโยโค และอุทัย สุดสุข¹⁶ ได้ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการพบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าและระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาก่อนหน้านี้ยังพบว่า แนวโปรแกรมสติบำบัดสามารถใช้ในประชากรกลุ่มอื่น เช่น ลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว²¹ และลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความเมตตาต่อผู้อื่นในกลุ่มผู้ต้องขังได้²⁰

การศึกษานี้พบว่าคุณภาพชีวิตหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน สูงกว่าก่อนบำบัด และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยด้านสุขภาพกายและด้านจิตใจสูงกว่าด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการของสมชาย ปโยโค และคณะ¹⁶ พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านสูงกว่าก่อนบำบัด โดยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมต่างกันสูงสุด รองลงมาได้แก่ ด้านจิตใจ ด้านสุขภาพกาย และด้านสิ่งแวดล้อม ในขณะที่การศึกษาของ Dang และคณะ³ พบว่าการบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ประสบปัญหาสุขภาพต่าง ๆ เช่น อาการปวดเรื้อรัง (Cohen's $d = .39, p = .04$) หรือภาวะเรื้อรังอื่น ๆ ที่

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		กลุ่มบำบัด (n = 22)	กลุ่มควบคุม (n = 22)	p-value
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ	ชาย	7 (31.8)	7 (31.8)	> .99
	หญิง	15 (68.2)	15 (68.2)	
อายุ	20 - 29 ปี	4 (18.2)	4 (18.2)	
	30 - 39 ปี	7 (31.8)	7 (31.8)	
	40 - 49 ปี	7 (31.8)	7 (31.8)	
	50 - 59 ปี	4 (18.2)	4 (18.2)	
อายุเฉลี่ย		$\bar{X} = 38.5$; S.D. = 11.62 Min = 21; Max = 59	$\bar{X} = 37.04$; S.D. = 10.25 Min = 20; Max = 53	.51
สถานภาพสมรส	โสด	15 (68.2)	15 (68.2)	.31
	คู่	5 (22.7)	7 (31.8)	
	แยกกันอยู่/หย่า/หม้าย	2 (9.1)	-	
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	-	2 (9.1)	.33
	มัธยมศึกษา	-	1 (4.5)	
	ปวช./ปวส.	2 (9.1)	2 (9.1)	
	ปริญญาตรี	12 (54.5)	14 (63.6)	
	สูงกว่าปริญญาตรี	8 (36.4)	3 (13.6)	
อาชีพ	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7 (31.8)	2 (9.1)	.16
	ธุรกิจส่วนตัว	4 (18.2)	7 (31.8)	
	รับจ้าง	6 (27.3)	6 (27.3)	
	ว่างงาน	2 (9.1)	6 (27.3)	
	อื่น ๆ	3 (13.6)	1 (4.5)	
รายได้	มีเหลือเก็บ	5 (22.7)	-	.10
	พอใช้	14 (63.6)	16 (72.7)	
	ไม่พอใช้	3 (13.6)	6 (27.3)	
ปัญหาสุขภาพ	สุขภาพทางจิต			.03
	- ความเครียด	2 (9.1)	2 (9.1)	
	- วิตกกังวล	1 (4.5)	5 (22.7)	
	- ซึมเศร้า	15 (68.2)	10 (45.5)	
	- เครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าร่วมกัน	4 (18.2)	5 (22.7)	
	สุขภาพทางกาย			
	- มี	4 (18.2)	2 (9.1)	
	- ไม่มี	18 (68.2)	20 (90.9)	
ระยะเวลาการรักษาทางจิตเวช	น้อยกว่า/เท่ากับ 5 ปี	22 (100.0)	21 (95.5)	.26
	รักษา > 5 ปีและ < 10 ปี	0 (0.0)	1 (4.5)	
การรักษาด้วยยา		22 (100.0)	22 (100.0)	> .99
การบำบัดอื่น ๆ	- เคย	3 (13.6)	2 (9.09)	.36
	- ไม่เคย	19 (86.4)	20 (90.9)	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ากลุ่มบำบัดและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า	กลุ่มบำบัด (n = 22)	กลุ่มควบคุม (n = 22)	T	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q)				
ระดับน้อยมาก	0 (0.0)	0 (0.0)		
ระดับเล็กน้อย	9 (40.9)	9 (40.9)		
ระดับปานกลาง	7 (31.8)	7 (31.8)		
ระดับรุนแรง	6 (27.3)	6 (27.3)		
	$\bar{X}$ = 15.82 (S.D. = 5.88)	$\bar{X}$ = 16.14 (S.D. = 6.42)	0.17	.45
แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (BDI-IA)				
ภาวะอารมณ์ปกติ – ระดับน้อย	0 (0.0)	0 (0.0)		
ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	4 (18.2)	6 (27.3)		
ภาวะซึมเศร้าระดับมาก	10 (45.4)	8 (36.4)		
ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	8 (36.4)	8 (36.4)		
	$\bar{X}$ = 28.14 (S.D. =10.99)	$\bar{X}$ = 28.23 (S.D. = 11.42)	0.87	.63

BDI-IIA = Beck depression inventory IA

ตารางที่ 3 คะแนนซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มบำบัดและกลุ่มควบคุม

ระดับคะแนน	กลุ่มบำบัด (n = 22)		กลุ่มควบคุม (n = 22)	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)
ภาวะซึมเศร้า	28.14 (10.99)	7.27 (5.36)	28.23 (11.42)	14.00 (6.34)
ความแตกต่างก่อน - หลัง	t = 10.71, p = < .01		t = 7.28, p < .01	
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	t = 3.80, p = <.01			
คุณภาพชีวิตโดยรวม	70.82 (19.36)	104.95 (10.06)	73.41 (15.52)	90.77 (13.66)
ความแตกต่างก่อน-หลัง	t = - 12.38, p = < .01		t = - 6.59, p < .01	
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	t = 3.92, p = < .01			

ตารางที่ 4 คุณภาพชีวิตแต่ละองค์ประกอบหลังการทดลองของกลุ่มบำบัดและกลุ่มควบคุม

ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตแต่ละองค์ประกอบ	กลุ่มบำบัด (n = 22)	กลุ่มควบคุม (n = 22)	T	p-value
	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)		
ด้านสุขภาพกาย	28.18 (2.86)	25.05 (4.03)	- 2.98	< .01
ด้านจิตใจ	24.36 (2.82)	20.36 (4.23)	- 3.69	< .01
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	11.73 (1.80)	10.32 (2.08)	- 2.40	.02
ด้านสิ่งแวดล้อม	32.91 (3.89)	28.36 (6.99)	- 2.67	.01

ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสติบำบัดสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ แต่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านแตกต่างกัน ในแต่ละการศึกษา อาจเกี่ยวข้องกับรูปแบบการบำบัดที่แตกต่างกัน และเนื่องจากการประเมินคุณภาพชีวิตเป็นการประเมินตามมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง จึงขึ้นกับบริบทวัฒนธรรม และความเชื่อในขณะนั้น

จากการติดตามทางโทรศัพท์ในเดือนที่ 6 พบว่า กลุ่มบำบัดมีผู้ป่วยอาการกำเริบน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและสามารถดูแลตัวเองได้ดีกว่า สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการของ Schuman-Olivier และคณะ²⁷ ที่พบว่า การบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความสามารถควบคุมกำกับตัวเองทั้งด้านความคิดและอารมณ์ เพิ่มความทนต่อสิ่งเร้า ปรับปรุงวิธีจัดการกับปัญหา ปรับปรุงมุมมองและพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพิ่มความภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเอง เพิ่มความพึงพอใจในชีวิต และยกระดับคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้าลดลงและไม่เกิดอาการกำเริบ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์ และคณะ¹³ ที่ศึกษาการทำกลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นพบว่า ภาวะเครียดและซึมเศร้าหลังการทำกลุ่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับสติเพิ่มสูงขึ้นหลังทำกลุ่มครบ 3 เดือน จำนวนกลุ่มเสี่ยงลดลงเหลือร้อยละ 25 หลังการทำกลุ่ม และลดลงเหลือร้อยละ 11 หลังครบ 3 เดือน การศึกษาในกลุ่มผู้ต้องขังของอัจฉรา มุ่งพานิช และกิตติยา กุดกุง²⁰ พบว่า เมื่อติดตามผลที่ระยะ 1 เดือน กลุ่มบำบัดมีภาวะซึมเศร้าลดลงและความเมตตาต่อผู้อื่นสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -1.99$, $p\text{-value} = .046$ และ $Z = -2.08$, $p\text{-value} = .038$ ตามลำดับ) ส่วนการศึกษาของธีรยุทธ เกิดสังข์ และคณะ¹⁸ ที่ใช้โปรแกรมสติบำบัดในนักศึกษาพยาบาล โดยติดตามผลความเครียดและระดับสติที่ 1, 3 และ 6 เดือน พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่า และมีคะแนนเฉลี่ยระดับสติสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การให้สัมภาษณ์ของกลุ่มบำบัดที่ระยะ

6 เดือนพบว่า การมีสติอยู่กับลมหายใจและกับร่างกายช่วยให้สามารถรับรู้ถึงความคิดความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ สามารถปล่อยให้สิ่งต่าง ๆ ผ่านไปได้ ไม่หมกมุ่นครุ่นคิดเกี่ยวกับสถานการณ์และความรู้สึกด้านลบเกี่ยวกับตนเองและคนรอบข้าง ส่งผลให้ความเครียดและความซึมเศร้าลดลง มีความเห็นอกเห็นใจ ไม่ตัดสิน และให้อภัยสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีความสุข มีความพึงพอใจกับชีวิตมากขึ้น สามารถทำงานได้ดี และอยู่กับคนรอบข้างอย่างมีความสุข ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของผู้ป่วยรายหนึ่งว่า “รู้สึกดีขึ้นมาก จากที่เคยกลัวสามีเก่าที่เคยตบตีเราแม้จะหย่ากันแล้ว เวลาเขามาเยี่ยมลูก เราเห็นเขาเราจะสั่นมาก แต่เดี๋ยวนี้เราไม่เป็นเลย เราคุยกับเขาได้ เรารู้สึกเมตตาและอภัยเขาได้ คุยกับเขาอย่างปกติ มองเขาอยู่กับลูกอย่างมีความสุข ไม่โกรธ ไม่กลัวเขาเลย” จึงกล่าวได้ว่าโปรแกรมสติบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและจัดการกับความคิดและอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้น เรียนรู้การนำสติมากำกับอารมณ์ และการแผ่เมตตาทำให้เกิดสภาวะจิตและอารมณ์เชิงบวก²⁸ ลดความโกรธ ความขัดเคือง ความไม่พอใจ ช่วยให้มีสมาธิเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และอาการกำเริบลดลง

สรุป

โปรแกรมสติบำบัดช่วยลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดอาการกำเริบในระยะ 6 เดือนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ อย่างไรก็ตามโปรแกรมสติบำบัดเป็นโปรแกรมใหม่ที่ต้องการหลักฐานเชิงประจักษ์ในแง่มุมต่าง ๆ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมหลายประเด็นเพื่อให้เห็นถึงประสิทธิผลที่ชัดเจน เช่น ศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานอื่น ๆ ที่เป็นโปรแกรมสากล การวัดตัวแปรต่าง ๆ ที่อาจเกี่ยวข้อง เช่น ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการกำเริบ/ป่วยซ้ำ การวัดการครุ่นคิด การควบคุมอารมณ์ ปฏิกริยาทางอารมณ์ต่อความเครียด ความเห็นอกเห็นใจตนเอง ความเมตตา ระดับความมีสติ การดื่มสุรา และโรคร่วมต่าง ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และนางสาวสมพร อินทร์แก้ว กรมสุขภาพจิต ที่ให้ความรู้และข้อคิดเห็นในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2018 Nov 2]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
2. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008.
3. Dang JM, Bashmi L, Meenaghan S, White J, Hedrick R, Djurovic J, et al. The efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms and quality of life: a systematic review of randomized controlled trials. *OBM Integr Complement Med*. 2018;3(2):011. doi:10.21926/obm.icm.1802011.
4. Kolovos S, Kleiboer A, Cuijpers P. Effect of psychotherapy for depression on quality of life: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2016;209(6):460-8. doi:10.1192/bjp.bp.115.175059.
5. Geurts DEM, Compen FR, Van Beek MHCT, Speckens AEM. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for major depressive disorder: evidence from routine outcome monitoring data. *BJPsych Open*. 2020;6(6):e144. doi:10.1192/bjo.2020.118.
6. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรพรรณ จุฑา, อธิบ ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสินี, สวัสดิ์ อัมมามังกรชัย. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต : การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี พ.ศ. 2556 [Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2560;25(1):1-19.
7. Goldberg SB, Tucker RP, Greene PA, Davidson RJ, Wampold BE, Kearney DJ, et al. Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2018;59:52-60. doi:10.1016/j.cpr.2017.10.011.
8. Perestelo-Perez L, Barraca J, Peñate W, Rivero-Santana A, Alvarez-Perez Y. Mindfulness-based interventions for the treatment of depressive rumination: Systematic review and meta-analysis. *Int J Clin Health Psychol*. 2017;17(3):282-95.
9. Pérez-Aranda A, García-Campayo J, Gude F, Luciano JV, Feliu-Soler A, González-Quintela A, et al. Impact of mindfulness and self-compassion on anxiety and depression: the mediating role of resilience. *Int J Clin Health Psychol*. 2021;21(2):100229. doi:10.1016/j.ijchp.2021.100229.
10. Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, et al. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: an individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(6):565-74. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.0076.
11. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2013.
12. พรเพ็ญ อารีกิจ, อรพรรณ สือบุญรัชชัย. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า [The effect of cognitive behavioral therapy and mindfulness on depression in depressive disorder patients]. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 2555;26(3):71-80.
13. ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์, ญาดา ธงธรรมรัตน์, ปรียา ประณีตพลกรัง, ปราณีต ชุ่มพุทรา, ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล. กลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น : การศึกษานำร่อง [The efficacy of group mindfulness-based cognitive therapy in prevention of youth depression: a pilot study]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2558;23(3):143-53.
14. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, สวิตตา ธงยศ, อิงกญา โคตรนารา, ขจรศักดิ์ วรรณทอง. ประสิทธิผลของการให้การปรึกษาแนวพุทธธรรมต่อการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า [Efficacy of Buddhist counseling on decrease depressive symptoms of patients with depressive disorder]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2557;59(4):381-93.

15. สมจิตร เสริมทองทิพย์, ภัทรภัทร เฮงอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, เวทีส ประทุมศรี. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน [Effect of mindfulness-based cognitive therapy program on depression among persons with diabetes]. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. 2560;25(3):66-75.
16. สมชาย ปโยโค, อุทัย สุดสุข. พุทธบูรณาการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสังคมไทย [Buddhist integration of caring for chronic diseases in Thai society]. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร. 2558;3(2):45-64.
17. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. คู่มือสติบำบัด [Mindfulness-based therapy and counseling (MBTC) manual]. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัทปิโยนส์พับลิชชิง จำกัด; 2559.
18. อธิยุทธ เกิดสังข์, อุไรวรรณ เกิดสังข์, เบญจวรรณ งานวงศ์วิวัฒน์. ผลของโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐานต่อความเครียดและระดับสติในนักศึกษาพยาบาล [Effects of Mindfulness-Based Therapy and Counseling program on stress and mindfulness in Nursing students]. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2561;32(1):33-48.
19. ภัทรภรณ์ วงษกรณ์. ผลของโปรแกรมการฝึกสติต่อความเครียดในผู้ต้องขัง [The effects of mindfulness-based practice on stress among inmates] [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
20. อัจฉรา มุ่งพานิช, กิตติยา กุดกุง. ผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง [Effect of mindfulness-based therapy and counseling group on suicidal risk of prisoners]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2563;28(3):240-51.
21. นัชรินทร์ เชื้อบ้านเกาะ, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว [The effect of mindfulness-based cognitive therapy program on depression of bipolar disorder patients]. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2562;11(2):421-32
22. Ngamjarus C, Chongsuvivatwong V. n4Studies: Sample size and power calculations for android. Songkla: The Royal Golden Jubilee Ph.D. Program - The Thailand Research Fund & Prince of Songkla University; 2014.
23. มุกดา ศรียงค์. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค [Beck depression inventory IA (BDI-IA)]. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2522.
24. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, ราณี พรมานะรังกุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด [Comparison of the WHO-QOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items)]. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต; 2540.
25. ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทร์ทอง, เบญจมาศ พงษ์กานนท์, สุพัตรา สุขาวท, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถามฉบับปรับปรุงภาษากลาง [Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai central dialect]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2561;63(4):321-34.
26. Naibili M, Permana I. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) Towards Depression. Jurnal Ilmu Keperawatan: Journal of Nursing Science. 2020;8(1):35-42. doi:10.21776/ub.jik.2020.008.01.6.
27. Schuman-Olivier Z, Trombka M, Lovas DA, Brewer JA, Vago DR, Gawande R, et al. Mindfulness and behavior change. Harv Rev Psychiatry. 2020;28(6):371-94. doi:10.1097/HRP.0000000000000277.
28. Foroughi A, Sadeghi K, Parvizifard A, Parsa Moghadam A, Davarinejad O, Farnia V, et al. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for reducing rumination and improving mindfulness and self-compassion in patients with treatment-resistant depression. Trends Psychiatry Psychother. 2020;42(2):138-46. doi:10.1590/2237-6089-2019-0016.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลในรอบ 12 เดือน

วันรับ : 16 มีนาคม 2564
วันแก้ไข : 15 พฤศจิกายน 2564
วันตอบรับ : 16 พฤศจิกายน 2564

ชมพูนุท กาบคำบา, พย.ม.
เนตรชนก แก้วจันทา, พร.ด.
สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, พร.ด.
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลในช่วงเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา

วิธีการ : เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 141 คน เก็บรวบรวมข้อมูลแบบออนไลน์โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต และแบบสอบถามเหตุการณ์สำคัญในชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตด้วยวิธี multiple logistic regression นำตัวแปรเข้าแบบ enter method

ผล : ความชุกของพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาเท่ากับร้อยละ 31.9 (95% CI = 24.8 - 40.4) ปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คือ ปัญหาด้านการเงิน (OR = 4.60, 95% CI = 1.16 - 13.15)

สรุป : นักศึกษาพยาบาลประมาณ 1 ใน 3 มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต และการประสบปัญหาด้านการเงินมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษานี้เก็บข้อมูลด้วยการรายงานด้วยตนเอง ซึ่งอาจทำให้ผลการวิจัยมีอิทธิพลจากการมีแนวโน้มที่จะตอบในแบบที่สังคมยอมรับได้ ดังนั้นการนำผลการวิจัยไปใช้ควรคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าว

คำสำคัญ : ความชุก นักศึกษาพยาบาล พฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต

ติดต่อผู้พิมพ์ : เนตรชนก แก้วจันทา; e-mail: knetch@kku.ac.th

Original article

Prevalence and risk factors of non-suicidal self-harm behavior among nursing students in the past 12 months

Received : 16 March 2021

Revised : 15 November 2021

Accepted : 16 November 2021

Chompoonoot Kabkumba, M.S.N.

Netchanok Kaewjanta, Ph.D.

Somporn Rungreangkulkij, Ph.D.

Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Abstract

Objective: To study the prevalence and risk factors of non-suicidal self-harm behavior among Thai-university nursing students in the past 12 months.

Methods: A cross-sectional study was conducted among 141 nursing students. We performed online data collection by using the Self-harm inventory (Thai-version) and the Stressful life event questionnaires. We analyzed data using descriptive statistics and multivariate logistic regression analyses with enter method.

Results: The prevalence of non-suicidal self-harm behavior among nursing students in the past 12 months was 31.9% (95% CI = 24.8 - 40.4). Risk factors of non-suicidal self-harm behavior in the past 12 months was experience of financial problems (OR = 4.60, 95% CI = 1.16 - 13.15).

Conclusion: Approximately one-third of nursing students reported self-harm behavior, which was associated with experience of financial problems. However, self-reporting could have introduced social desirability bias.

Keywords: non-suicidal self-harm behavior, nursing students, prevalence

Corresponding author: Netchanok Kaewjanta; e-mail: knetch@kku.ac.th

ความรู้เดิม : ยังไม่มีการศึกษาพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในนักศึกษาไทย

ความรู้ใหม่ : ความชุกของพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาเท่ากับร้อยละ 31.9 ปัญหาทางการเงินเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในช่วง 12 เดือน

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเฝ้าระวังและคัดกรองพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในนักศึกษา โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาทางการเงิน

บทนำ

องค์การสหประชาชาติ (UN) กำหนดอัตราการฆ่าตัวตายเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน¹ สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญระดับนานาชาติ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต (non-suicidal self-harm behavior) เป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย^{2,3} บุคคลที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความคิดฆ่าตัวตายเกือบ 5 เท่า⁴ และมีโอกาสเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายถึง 9.4 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป⁵ ปัญหาพฤติกรรมทำร้ายตนเองยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโดยเฉพาะในประชากรอายุ 15 - 29 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มนักเรียนและนักศึกษาในมหาวิทยาลัย^{1,6} นอกจากนี้ การศึกษาแบบวิเคราะห์ห่อถักพบว่ามี ร้อยละ 38.9 ของนักเรียนและนักศึกษาทั่วโลกมีประสบการณ์ทำร้ายตนเองอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต⁷ และร้อยละ 19 ทำร้ายตนเองในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ทั้งยังพบว่าทวีปเอเชียมีความชุกของการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาสูงที่สุด⁶ พบได้ถึงร้อยละ 29.2 ในนักศึกษาชาวจีน⁸ เมื่อเทียบกับประมาณร้อยละ 19 ในนักศึกษาชาวแอฟริกาใต้⁹ และนักศึกษาชาวนอร์เวย์¹⁰

พฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตหมายถึง พฤติกรรมที่ทำให้ตนเองได้รับบาดเจ็บแต่ไม่ถึงขั้นทำให้ตนเองเสียชีวิต^{2,11} ทั้งการทำร้ายตนเองโดยตรง (direct injuring) และการทำร้ายตนเองทางอ้อม (indirect injuring) การทำร้ายตนเองโดยตรงเป็นการกระทำที่ร่างกายเกิดบาดแผลหรือเกิดความเจ็บปวด (physical self-harm) เช่น การใช้เล็บขีดข่วนเพื่อให้เกิดบาดแผลตามผิวหนัง การดื่มหรือชนของตัวเอง การเผา การกัด การตัด การตีร่างกายตัวเอง หรือวิธีการอื่น ๆ เพื่อให้ตนเองเกิดบาดแผลและความเจ็บปวด¹² สำหรับการทำร้ายตนเองทางอ้อม (indirect injuring) เป็นพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยไม่ก่อให้เกิดความเสียหายหรืออันตรายต่อเนื้อเยื่อของร่างกายในทันที¹³ แต่มีแนวโน้มที่จะสะสมมากขึ้นเรื่อย ๆ จนส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจในระยะยาว¹⁴ เช่น พฤติกรรมการใช้สารเสพติด การอดอาหาร¹⁵ การทำให้ตนเองตกอยู่ในความสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม การแสดงพฤติกรรมเสี่ยงหรือประมาทในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การขับรถเร็ว¹³ การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศด้วยการเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ และการทำให้ตนเองตกอยู่ในความสัมพันธ์ที่ถูกปฏิเสธ⁷ ทั้งนี้ รูปแบบพฤติกรรมทำร้ายตนเองอาจมีความแตกต่างกันในกลุ่มเพศ ช่วงอายุ และกลุ่มคนตามบริบทสังคมวัฒนธรรมนั้น ๆ ตัวอย่าง เช่น รูปแบบการชกต่อย พบได้ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง¹⁶ ในขณะที่เพศหญิงมักใช้วิธีการกินยาเกินขนาด¹⁷ รูปแบบทำร้ายตนเองด้วยการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศพบสูงที่สุดในกลุ่มประชากรอายุ 21 ปี⁷ และการขีดข่วนร่างกายตนเองเป็นรูปแบบพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่พบได้บ่อยในนักศึกษาผิวขาวแต่กลับพบน้อยในกลุ่มนักศึกษาผิวสี¹⁸

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยสัมพันธ์ต่อการเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในกลุ่มนักศึกษา มีดังนี้ 1) ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ อายุที่มากขึ้น¹⁹ เพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองมากกว่าเพศชายถึง 2.5 เท่า⁹ ประวัติใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด²⁰ และปัญหาทางสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง²¹ 2) ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด และ

วิตกกังวล²² 3) ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว เช่น ปัญหาสัมพันธภาพกับครอบครัว หรือมีพ่อแม่ที่มีสถานภาพสมรสของพ่อแม่หย่าร้าง หรืออยู่อาศัยกับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่พ่อแม่ หรือครอบครัวมีรายได้ไม่เพียงพอ^{20,23-25} ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเพื่อน เช่น ปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อน ถูกกลั่นแกล้งจากเพื่อน และถูกวิจารณ์เกี่ยวกับบรรณนิยทางเพศ^{10,20,23,24} ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านการเรียน เช่น ปัญหาผลการเรียนตกต่ำหรือไม่เป็นไปตามความคาดหวัง การเรียนในสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ และการเรียนในระดับชั้นปีที่สูงขึ้น^{6,16,20,22} ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลให้นักเรียนหรือนักศึกษาเกิดความทุกข์ ความคับข้องใจ หรืออารมณ์ด้านลบอื่น ๆ จึงอาจเลือกใช้วิธีการระบายอารมณ์กับร่างกายของตนเองเพื่อเป็นการปลดปล่อยอารมณ์ดังกล่าว¹⁰ อย่างไรก็ตาม มีข้อสรุปการวิจัยที่ขัดแย้งกับข้อมูลข้างต้น เช่น อายุไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง²⁰ นักศึกษาชายมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองมากกว่านักศึกษาหญิง¹⁶ ชั้นปีที่นักศึกษาเรียนไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง²⁶ บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลมีความชุกของพฤติกรรมทำร้ายตนเองไม่แตกต่างกันกับบุคคลที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวล¹⁰ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความแตกต่างของกลุ่มประชากรที่ศึกษา บริบท รวมถึงสังคม วัฒนธรรมของพื้นที่นั้น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลให้ผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างกัน ดังนั้นจึงไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่ามีปัจจัยใดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในนักศึกษา โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทย

การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาได้อธิบายเหตุผลของบุคคลที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต ผ่านกลไกหน้าที่ (function of self-harm) สองกลุ่มใหญ่ ๆ คือ 1) กลไกความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal function) ได้แก่ 1.1) ความเป็นอิสระ (autonomy) เพื่อแสดงให้เห็นว่าตนไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือขอความช่วยเหลือ 1.2) อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influence) มีจุดมุ่งหมายเพื่อต้องการมีอิทธิพลต่อบุคคลอื่น เช่น คนรัก เพื่อน ในการควบคุมหรือต่อรองเพื่อให้ได้โน้ตสิ่งที่ตนเองต้องการหรือเพื่อขอความช่วยเหลือ 1.3) การสร้างขอบเขตความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal boundaries) เพื่อยืนยันขอบเขตของตัวเอง

ด้วยการสร้างหรือแยกตนเองทางความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหรือสิ่งแวดล้อม อาจช่วยให้บุคคลรู้สึกเป็นอิสระหรือแตกต่างจากคนอื่น บางคนอธิบายการทำร้ายตัวเองเป็นสิ่งที่ “ฉันควบคุมได้และไม่มีใครควบคุมได้” 1.4) การแสวงหาความรู้สึก (sensation seeking) เป็นการแสวงหาความรู้สึกตื่นเต้นให้กับตนเอง และ 1.5) ความทรหดอดทน (toughness) เพื่อคิดว่าตนเองทนต่อความเจ็บได้หรือไม่ และ 2) กลไกความสัมพันธ์ภายในบุคคล (intrapersonal functions) ได้แก่ 2.1) การจัดการอารมณ์ (affect-regulation) เพื่อหยุดหรือปลดปล่อยอารมณ์ด้านลบ เช่น โกรธ วิตกกังวล เศร้า ความรู้สึกไม่มั่นคงที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ 2.2) การต่อต้านการแยกอารมณ์ความรู้สึก (anti-dissociation) เนื่องจากผู้ที่ทำร้ายตนเองบางคนระบุว่าบางครั้งรู้สึกไม่จริงหรือบางครั้งไม่รู้สึกอะไรเลย ประสบการณ์ทางอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้อาจทำให้บางคนใช้วิธีการทำร้ายตนเองเพื่อหยุดหรือจัดการกับอารมณ์แปลกแยกที่เกิดขึ้น การบาดเจ็บของร่างกายหรือการเห็นเลือดจะช่วยดึงความรู้สึกกลับมาเป็นตัวของตัวเอง 2.3) การต่อต้านการฆ่าตัวตาย (anti-suicide) ด้วยการทำร้ายตนเองเพื่อเป็นวิธีการในการหยุดความคิดที่จะฆ่าตัวตาย 2.4) ทำเครื่องหมายของความทุกข์ (marking distress) ด้วยการสร้างสัญลักษณ์ทางกายภาพเพื่อให้ตนเองรู้สึกแย่ 2.5) การดูแลตนเอง (self-care) ด้วยการสร้างบาดแผลทางร่างกายซึ่งดูเล่ง่ายกว่าการดูแลความทุกข์ใจที่เกิดขึ้นกับตนเอง และ 2.6) การลงโทษตนเอง (self-punishment) ผู้ที่ทำร้ายตนเองมักมีแนวโน้มที่จะวิพากษ์วิจารณ์ตนเองในเชิงลบ ต่ำหนิ และโทษตนเอง โกรธตนเอง จึงใช้วิธีการทำร้ายตนเองเพื่อเป็นการลงโทษตนเอง ทั้งนี้บุคคลที่ทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตอาจมีเหตุผลหรือกลไกมากกว่าหนึ่งเหตุผลในการทำร้ายตนเอง²⁷⁻²⁹

ผลกระทบของการทำร้ายตนเองในแง่ของความบกพร่อง (impairment) ที่เกิดขึ้นกับผู้ที่ทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตนั้น อาจกล่าวได้ยากเนื่องจากการทำร้ายตนเองส่วนใหญ่นั้นกระทำโดยมีเหตุผลรองรับผ่านกลไกหน้าที่ (function of self-harm) ตามที่ได้กล่าวข้างต้น ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ผู้ทำร้ายตนเองคาดหวังไว้

อย่างไรก็ตาม การทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตสามารถพัฒนาไปสู่พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย เช่น ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) การวางแผนฆ่าตัวตาย (suicidal plan) การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt)³⁰ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย^{3-5,9,11,30} หากจำนวนครั้งที่ทำร้ายตนเองมากขึ้นยิ่งมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากขึ้น¹⁵ และการทำร้ายตนเองยังเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของการฆ่าตัวตาย^{2,3}

ในประเทศไทย สถิติอัตราการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 - 2562 สูงถึงร้อยละ 18.2, 18.8 และ 17.6 ตามลำดับ³¹ สอดคล้องกับผลการศึกษามหาวิทยาลัยในประเทศไทยที่พบว่า ประมาณร้อยละ 35 ของนักศึกษาที่มีการคิดฆ่าตัวตาย³² และในตลอดชีวิตที่ผ่านมาพบว่า ร้อยละ 6.4 เคยพยายามฆ่าตัวตาย และร้อยละ 12.1 เคยทำร้ายตนเองมาก่อน³³ อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความชุก รูปแบบ และปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในกลุ่มนักศึกษาในประเทศไทย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลในช่วงเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมและป้องกันพฤติกรรมการทำร้ายตนเองในกลุ่มนักศึกษาที่มีประสิทธิภาพ

วิธีการ

เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ที่ลงทะเบียนเรียนในระดับปริญญาตรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ภาคการศึกษาต้น ปีการศึกษา 2563 ตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 ถึง 4 จำนวน 692 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสูตรการประมาณค่าสัดส่วน ในกรณีที่ทราบจำนวนประชากรของปฏิกูณ์พัฒนา ไชยเมล์³⁵ ดังนี้

กำหนดค่าสถิติที่แน่นอนในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างดังนี้ ค่าระดับความเชื่อมั่น (confidence level) เท่ากับ 1.96 ความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ .05 ระดับของความแปรปรวน (degree of variability) ที่ .5 ($p = .5$) ปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อลดปัญหาจำนวนการตอบกลับน้อยด้วยสูตรการปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างของปฏิกูณ์พัฒนา ไชยเมล์³⁵ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จำนวน 308 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตามความสะดวก (convenience sampling)

เครื่องมือการเก็บข้อมูลและขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1) แบบสอบถามพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต (self-harm inventory: SHI) พัฒนาโดย Sansone และคณะ³⁴ เพื่อใช้ในการสำรวจพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต โดยผู้ตอบรายงานด้วยตนเอง (self-report) มีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ แต่ละข้อถามถึงประสบการณ์ที่ผู้ตอบเคยเจอใจลงมือทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในรูปแบบหรือวิธีการต่าง ๆ ตลอดช่วงชีวิตคำถามขึ้นต้นด้วย “ท่านเคยตั้งใจหรือจงใจทำร้ายตนเองด้วยวิธีดังต่อไปนี้หรือไม่” โดยมีตัวเลือกให้ตอบคือ ใช่/ไม่ใช่ ซึ่งใช้เวลาในการตอบคำถามทั้งฉบับประมาณ 5 นาที เครื่องมือนี้ถูกอนุญาตให้ใช้อย่างเป็นสาธารณะโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ³⁴ ผู้วิจัยแปลแบบสอบถามนี้ตามขั้นตอนการแปลของ Brislin³⁶ และตัดคำถามข้อ 14 ออก “คุณตั้งใจเว้นระยะห่างจากพระเจ้าของคุณเพื่อเป็นการลงโทษตัวเอง” เพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ผู้วิจัยได้เพิ่มความเจาะจงของระยะในการสอบถามประสบการณ์พฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต ดังนั้น แบบสอบถามนี้จึงถามประสบการณ์ดังกล่าวในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 คนตรวจสอบความเท่าเทียมด้านความหมายระหว่าง SHI ฉบับดั้งเดิมและฉบับแปลย้อนกลับ ผลการตรวจสอบเครื่องมือทั้งสองฉบับมีความเท่าเทียมกันด้านความหมายมากถึงมากที่สุด (คะแนนระหว่าง 1 - 2 คะแนน ซึ่งค่าคะแนน 1 หมายถึง ข้อคำถามทั้งสองฉบับมีความเท่าเทียมด้านความหมายกันมากที่สุด 2 หมายถึง ข้อคำถามทั้งสองฉบับมีความเท่าเทียมกันด้านความหมายมาก) นอกจากนี้ผู้วิจัย

ได้ทดสอบสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเชิงความสอดคล้องภายในด้วย Kuder-Richardson coefficient (KR-20) ทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.827

2) แบบสอบถามเหตุการณ์สำคัญในชีวิต (stressful life event questionnaires) ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์สำคัญในชีวิตต่อการเกิดการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในนักศึกษาและนำมาพัฒนาเป็นแบบสอบถามนี้ มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ถามถึงประสบการณ์เหตุการณ์สำคัญในชีวิตในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ ปัญหาทางการเงิน ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ถูกตำหนิหรือใช้คำพูดดูถูกจากพ่อแม่ ถูกกดดันและ/หรือคาดหวังจากครอบครัว การเรียนไม่เป็นไปตามความคาดหวัง กังวลต่อการฝึกปฏิบัติ ผลการเรียนตก ทำงานไม่ทันกับงานที่ได้รับมอบหมาย ถูกตำหนิหรือใช้คำพูดดูถูกจากครูอาจารย์ ไม่สามารถตอบคำถามอาจารย์เมื่อถูกถามต่อหน้าเพื่อนหรือบุคคลอื่น ผิดหวังในเรื่องความรัก สูญเสียบุคคลสัตว์ หรือสิ่งของอันเป็นที่รัก ปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อน ไม่ได้ได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ถูกตำหนิหรือใช้คำพูดดูถูกจากเพื่อน การถูก bully (กลั่นแกล้ง) จากกลุ่มเพื่อน ความขัดแย้งในบุคลิกภาพของตนเอง การถูกวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับรูปร่างหน้าตา ถูกวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับรสนิยมทางเพศ และการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) ตั้งแต่ 0.66 - 1 และผลทดสอบค่าความเชื่อมั่นเชิงความสอดคล้องภายในทั้งฉบับด้วย Kuder-Richardson coefficient (KR-20) เท่ากับ 0.92

3) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วยข้อมูลเพศ อายุ ชั้นปีที่ศึกษา เกรดเฉลี่ยสะสม ประเภทที่รับเข้าศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ รายได้ของนักศึกษา ประวัติการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด

สำหรับขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลแบบออนไลน์ ในช่วงเดือนกันยายน

ถึงตุลาคม พ.ศ. 2563 โดยใช้ช่องทางต่าง ๆ ในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างเพื่อเพิ่มอัตราการตอบกลับ ดังนี้ 1) ช่องทางการสื่อสารในโซเชียลมีเดียของนักศึกษาแต่ละชั้นปี ได้แก่ เฟซบุ๊ก (Facebook) และไลน์แอปพลิเคชัน (Line) 2) ช่องทางเว็บไซต์ของคณะฯ และ 3) แผ่นประชาสัมพันธ์ เข้าถึงกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ทั้ง 3 ช่องทางพร้อมกัน ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์ครบสองสัปดาห์หลังจากเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล พบว่าอัตราการตอบกลับเพียง 41 คน จึงขอให้หัวหน้าชั้นปีแจ้งข่าวแก่นักศึกษาอีกครั้ง เมื่อครบสัปดาห์หลังจากประสานงานกับหัวหน้าชั้นปีจึงยุติการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาของกลุ่มตัวอย่างและความชุกของพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต และวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตโดยหาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต คราวละปัจจัย (univariate analysis) ก่อน หลังจากนั้นนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมาวิเคราะห์แบบคราวละหลายปัจจัย (multivariate analysis) ด้วยวิธี multiple logistic regression นำตัวแปรเข้าแบบ enter method กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ในการตอบแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจำเป็นต้องลงรหัสนักศึกษาเพื่อเข้าสู่ระบบตอบแบบสอบถาม ทั้งเป็นการป้องกันการทำแบบสอบถามซ้ำและใช้เป็นฐานข้อมูลในการดูแลนักศึกษาต่อไป อย่างไรก็ตามเมื่อข้อมูลส่งกลับถึงผู้วิจัย ผู้วิจัยได้ใช้รหัสของแบบสอบถามแทนรหัสนักศึกษา ดังนั้นแบบสอบถามไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้ มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่ทราบ ข้อมูลแบบสอบถามทั้งหมดของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยถูกเก็บรักษาในคอมพิวเตอร์ในห้องทำงานผู้วิจัยที่มีการตั้งรหัสผ่านซึ่งมีเพียงผู้วิจัยและทีมวิจัยเท่านั้นที่ได้รับอนุญาตให้เข้าถึงข้อมูล โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE632171 วันที่ 21 กรกฎาคม 2564

ผล

กลุ่มตัวอย่างที่ส่งแบบสอบถามกลับจำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 45.7 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด ร้อยละ 92.9 เป็นนักศึกษาเพศหญิง ร้อยละ 39.7 กำลังศึกษาใน ชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 66.7 มีผลการเรียน (GPA) มากกว่าหรือ เท่ากับ 3.00 ร้อยละ 65.2 ครอบครัวมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 51.1 มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ และมีเพียงร้อยละ 0.7 ที่รายงานว่า มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติด กลุ่มตัวอย่างมีความชุก ของพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในช่วง 12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 31.9 (95% CI = 24.8 - 40.4) รูปแบบพฤติกรรมทำร้ายตัวเองที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ จงใจทำให้ตนเองถูกไฟหรือน้ำร้อนลวก (ร้อยละ 14.9) จงใจใช้ยาละลายในทางที่ผิดจนทำให้เกิดโทษต่อตนเอง (ร้อยละ 11.3) และจงใจอดอาหารเพื่อให้ตนเองได้รับความทรมาน (ร้อยละ 11.3) ดังตารางที่ 1

พบปัญหาด้านการเงินเป็นเหตุการณ์สำคัญในชีวิต ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาที่มีความถี่มากที่สุด (ร้อยละ 38.3) ตามด้วยเหตุการณ์ถูกตำหนิหรือใช้คำพูดดูถูกจากพ่อแม่ (ร้อยละ 31.9) เหตุการณ์ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ไม่สามารถตอบคำถามอาจารย์เมื่อถูกถามต่อหน้าเพื่อนหรือ บุคคลอื่น ถูกกลั่นแกล้งจากกลุ่มเพื่อน และถูกวิพากษ์วิจารณ์ เกี่ยวกับบรณิยามทางเพศ (ร้อยละ 30.5 เท่ากันทั้งหมด) ดังตารางที่ 2

การวิเคราะห์ multiple logistic regression พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ เสียชีวิตในนักศึกษาพยาบาลในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ ปัญหาด้านการเงิน (OR = 4.60, 95% CI = 1.16 - 13.15) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของรูปแบบพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต (n = 141)

รูปแบบพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต	ช่วง 12 เดือน	
	จำนวน	ร้อยละ
1. จงใจทำให้ตนเองถูกไฟหรือน้ำร้อนลวก	21	14.9
2. อดอาหารเพื่อให้ตนเองได้รับความทรมาน	16	11.3
3. ใช้ยาละลายในทางที่ผิดจนทำให้เกิดโทษต่อตนเอง	16	11.3
4. จงใจใช้ของมีคมทำร้ายตนเอง	13	9.2
5. ทำให้ตนเองอยู่ในความสัมพันธ์ที่ถูกทำร้ายทางเพศ	12	8.5
6. ทำให้ตนเองอยู่ในความสัมพันธ์ที่ถูกทำร้ายทางด้านอารมณ์	11	7.8
7. กินยาเกินขนาด	9	6.4
8. จงใจทรมานตนเองเพื่อให้รู้สึกแย่ด้วยการคิดลบต่อตนเอง	8	5.7
9. ดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไปจนทำให้เกิดโทษต่อตนเอง	6	4.3
10. จงใจทำให้แผลหายช้า	5	3.5
11. จงใจใช้ยาในทางที่ผิดเพื่อไม่ให้เป็นไปตามแผนการรักษา	4	2.8
12. ตี หรือตบหน้าตนเอง	2	1.4
13. จงใจกรีด ข่วน ผิวหนังตนเอง	2	1.4
14. จงใจโขก ศีรษะตนเอง	1	0.7
15. จงใจขับซี้พาหนะให้มีความเสี่ยง	1	0.7
16. พยายามฆ่าตัวตาย	1	0.7
17. จงใจทำให้ตนเองบาดเจ็บด้วยวิธีการออกกำลังกาย	1	0.7
18. จงใจทำให้ตนเองตกงาน/จงใจให้ถูกออกจากการศึกษา	1	0.7
19. จงใจไม่กินยาตามที่แพทย์สั่งเพื่อให้อาการแย่ลง	0	0.0
20. เปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ	0	0.0
21. จงใจทำให้ตนเองตกอยู่ในความสัมพันธ์ที่ถูกปฏิเสธ	0	0.0

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลเหตุการณ์สำคัญในชีวิตในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

เหตุการณ์สำคัญในชีวิต	ในช่วง 12 เดือน (n = 141)			
	ไม่ใช่		ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ปัญหาทางการเงิน	87	61.7	54	38.3
2. ถูกตำหนิหรือใช้คำพูดถูกจากพ่อแม่	96	68.1	45	31.9
3. ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว	98	69.5	43	30.5
4. ไม่สามารถตอบคำถาม อาจารย์เมื่อถูกถามต่อหน้าเพื่อน หรือบุคคลอื่น	98	69.5	43	30.5
5. การถูก bully (กลั่นแกล้ง) จากกลุ่มเพื่อน	98	69.5	43	30.5
6. ถูกวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับรสนิยมทางเพศ	98	69.5	43	30.5
7. ถูกกดดันและ/หรือคาดหวังจากครอบครัว	100	70.9	41	29.1
8. ปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อน	102	72.3	39	27.7
9. ผลการเรียนตก	103	73.0	38	27.0
10. สูญเสียบุคคล สัตว์ หรือสิ่งของอันเป็นที่รัก	109	77.3	32	22.7
11. ถูกตำหนิหรือใช้คำพูดถูกจากครูอาจารย์	110	78.0	31	22.0
12. ถูกตำหนิหรือใช้คำพูดถูกจากเพื่อน	110	78.0	31	22.0
13. การถูกวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับรูปร่างหน้าตา	110	78.0	31	22.0
14. ทำงานไม่ทันกับงานที่ได้รับมอบหมาย	115	81.6	26	18.4
15. ความขัดแย้งในบุคลิกภาพของตนเอง	121	85.8	20	14.2
16. กังวลต่อการฝึกปฏิบัติ	123	87.2	18	12.8
17. ผิดหวังในเรื่องความรัก	123	87.2	18	12.8
18. การเรียนไม่เป็นไปตามความคาดหวัง	128	90.8	13	9.2
19. การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย	132	93.6	9	6.4
20. ไม่ได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน	133	94.3	8	5.7

ตารางที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาของนักศึกษาพยาบาล

ปัจจัย	พฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต ช่วง 12 เดือน (n = 141)				univariate analysis		multivariate analysis*	
	ไม่		ใช่		crude OR (95% CI)	p-value	adjust OR (95% CI)	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
1. เพศ						.99		
ชาย	3	60.0	2	40.0	1			
หญิง	88	67.2	43	32.8	1.13 (0.12 - 10.57)			
เพศทางเลือก	5	100	0	0	-			
2. อายุ						.01		.20
< 20 ปี	69	62.7	41	37.3	1		1	
≥ 20 ปี	21	87.1	4	12.9	0.25 (0.08 - 0.76)		0.32 (0.05 - 1.88)	
3. ระดับชั้นปีที่ศึกษา						.02		.83
ชั้นปีที่ 1 - 2	63	62.4	38	37.6	1		1	
ชั้นปีที่ 3 - 4	33	82.5	7	17.5	0.35 (0.14 - 0.87)		0.84 (0.17 - 4.15)	

ตารางที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาของนักศึกษาพยาบาล (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต ช่วง 12 เดือน (n = 141)				univariate analysis		multivariate analysis*	
	ไม่		ใช่		crude OR (95% CI)	p-value	adjust OR (95% CI)	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
4.เกรดเฉลี่ยสะสม (GPA)						.70		
< 3.00	31	66.0	16	34.0	1			
≥ 3.00	65	69.1	29	30.9	0.86 (0.41 - 1.82)			
5.รูปแบบการรับเข้า						.31		
คุณสมบัติ	6	54.5	5	45.5	1			
สอบคัดเลือก	90	69.2	40	30.8	0.53 (0.15 - 1.85)			
6.รายได้ของนักศึกษา						.68		
เพียงพอ	65	67.0	32	33.0	1			
ไม่เพียงพอ	31	70.5	13	29.5	0.85 (0.39 - 1.84)			
7.สถานะภาพสมรสของบิดา มารดา						.62		
คู่	71	67.0	35	33.0	1			
หย่า/หม้าย	25	71.4	10	28.6	0.81 (0.35 - 1.87)			
8.บุคคลที่เลี้ยงดูนักศึกษา						.56		
พ่อแม่/พ่อหรือแม่	90	68.7	41	31.3	1			
ปู่ย่า/ตายาย	6	60.0	4	40.0	1.46 (0.39 - 5.46)			
9.รายได้ของครอบครัว						.61		
เพียงพอ	64	69.6	28	30.4	1			
ไม่เพียงพอ	32	65.3	17	34.7	1.21 (0.58 - 2.53)			
10.ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์						.03		.59
ไม่	53	76.8	16	23.2	1		1	
ใช่	43	59.7	29	40.3	2.23 (1.07 - 4.64)		1.31 (0.47 - 3.60)	
11.ประวัติเคยใช้สารเสพติด						.49		
ไม่	95	67.9	45	32.1	1			
ใช่	1	100	0	0.0	0.99 (0.96 - 1.01)			
12.เหตุการณ์สำคัญในชีวิต								
12.1 ปัญหาทางการเงิน						.03		<.01
ไม่มี	65	74.7	22	25.3	1		1	
มี	31	57.4	23	42.6	2.19 (1.06 - 4.52)		4.60 (1.16 - 13.15)	
12.2 ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว						.19		
ไม่มี	70	71.4	28	28.6	1			
มี	26	60.5	17	39.5	1.63 (0.77 - 3.46)			

ตารางที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาของนักศึกษาพยาบาล (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต ช่วง 12 เดือน (n = 141)				univariate analysis		multivariate analysis*	
	ไม่		ใช่		crude OR (95% CI)	p-value	adjust OR (95% CI)	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
12. เหตุการณ์สำคัญในชีวิต (ต่อ)								
12.3 ถูกตำหนิหรือใช้คำพูดดูถูกจากพ่อแม่						.07		
ไม่มี	70	72.9	26	21.1	1			
มี	26	57.8	19	42.2	1.96 (0.93 - 4.13)			
12.4 ถูกกดดันและ/หรือคาดหวังจากครอบครัว						.11		
ไม่มี	72	72.0	28	28.0	1			
มี	24	58.5	17	41.5	1.82 (0.85 - 3.89)			
12.5 การเรียนไม่เป็นไปตามความคาดหวัง						.24		
ไม่มี	89	69.5	39	30.5	1			
มี	7	53.8	6	46.2	1.95 (0.61 - 6.20)			
12.6 กังวลต่อการฝึกปฏิบัติ						.02		.29
ไม่มี	88	71.5	35	28.5	1		1	
มี	8	44.4	10	55.6	3.14 (1.14 - 8.61)		2.36 (0.46 - 12.06)	
12.7 ผลการเรียนตก						.04		.67
ไม่มี	75	72.8	28	27.2	1		1	
มี	21	55.3	17	44.7	2.16 (1.01 - 4.69)		0.72 (0.15 - 3.05)	
12.8 ทำงานไม่ทันกับงานที่ได้รับมอบหมาย						.08		
ไม่มี	82	71.3	33	28.7	1			
มี	14	53.8	12	46.2	2.13 (0.89 - 5.08)			
12.9 ถูกตำหนิหรือใช้คำพูดดูถูกจากครูอาจารย์						.02		.06
ไม่มี	80	72.7	30	27.3	1		1	
มี	16	51.6	15	48.4	2.50 (1.10 - 5.67)		3.56 (0.91 - 13.85)	
12.10 ไม่สามารถตอบคำถาม อาจารย์เมื่อถูกถามต่อหน้าเพื่อน หรือบุคคลอื่น						.03		.09
ไม่มี	72	73.5	26	26.5	1		1	
มี	24	55.8	19	44.2	2.19 (1.03 - 4.64)		0.24 (0.05 - 1.26)	
12.11 ผิดหวังในเรื่องความรัก						.49		
ไม่มี	85	69.1	38	30.9	1			
มี	11	61.1	7	38.9	1.42 (0.51 - 3.95)			
12.12 สูญเสียบุคคล สัตว์ หรือสิ่งของอันเป็นที่รัก						.01		.90
ไม่มี	80	73.4	29	26.6	1		1	
มี	16	50.0	16	50.0	2.75 (1.22 - 6.21)		0.92 (0.25 - 3.40)	

ตารางที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาของนักศึกษาพยาบาล (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต ช่วง 12 เดือน (n = 141)				univariate analysis		multivariate analysis*	
	ไม่		ใช่		crude OR (95% CI)	p-value	adjust OR (95% CI)	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
12. เหตุการณ์สำคัญในชีวิต (ต่อ)								.24
12.13 ปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อน						< .01		
ไม่มี	75	73.5	27	26.5	1		1	
มี	21	53.8	18	46.2	1.09 (1.01 - 1.20)		2.26 (0.57 - 8.87)	
12.14 ไม่ได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน						.25		
ไม่มี	92	69.2	41	30.8	1			
มี	4	50.0	4	50.0	2.24 (0.53 - 9.41)			
12.15 ถูกตำหนิหรือใช้คำพูดดูถูกจากเพื่อน						.17		
ไม่มี	78	70.9	32	29.1	1			
มี	18	58.1	13	41.9	1.76 (0.77 - 4.01)			
12.16 การถูก bully (กลั่นแกล้ง) จากกลุ่มเพื่อน						.03		.74
ไม่มี	72	73.5	26	26.5	1		1	
มี	24	55.8	19	44.2	2.19 (1.03 - 4.64)		0.80 (0.22 - 2.93)	
12.17 ความขัดแย้งในบุคลิกภาพของตนเอง						.01		.46
ไม่มี	87	71.9	34	28.1	1		1	
มี	9	45.0	11	55.0	3.12 (1.19 - 8.21)		0.58 (0.13 - 2.51)	
12.18 การถูกวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับรูปร่างหน้าตา						.17		
ไม่มี	78	70.9	32	29.1	1			
มี	18	58.1	13	41.9	1.76 (0.77 - 4.01)			
12.19 ถูกวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับรสนิยมทางเพศ						< .01		.27
ไม่มี	74	75.5	24	24.5	1		1	
มี	22	51.2	21	48.8	2.94 (1.38 - 6.26)		2.01 (0.57 - 7.06)	
12.20 การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย						.92		
ไม่มี	90	68.2	42	31.8	1			
มี	6	66.7	3	33.3	1.07 (0.25 - 4.49)			

* Constant = - 2.183, Nagelkerke R² = 0.243

วิจารณ์

การศึกษานี้พบความชุกของพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในช่วง 12 เดือนมีค่าสูงกว่าการศึกษาวิเคราะห์หรือปริมาณความชุกจากหลายประเทศที่ผ่านมาที่อยู่ระหว่างร้อยละ 12.2 - 19.5^{6,19} อาจเป็นเพราะช่วงเวลาเก็บ

ข้อมูลเป็นช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งส่งผลกระทบต่อประเทศไทย รวมถึงตัวนักศึกษาพยาบาลที่จำเป็นต้องปรับตัวต่อการเรียนในรูปแบบออนไลน์ ทั้งเนื้อหาการเรียนที่เข้มข้นด้วยลักษณะของวิชาทางการแพทย์ การจัดซื้อและการเรียนรู้เทคโนโลยีที่จำเป็นต่อการเรียนออนไลน์ และพบว่า

นักศึกษาที่มีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนลดลง อาจทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความเครียดและความกดดันต่อการปรับตัวในช่วงเวลาดังกล่าว จึงอาจเลือกการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตเพื่อจัดการกับภาวะกดดันทางอารมณ์หรือเพื่อให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายจากภาวะกดดัน ซึ่งเป็นเหตุผลที่พบได้มากในกลุ่มนักเรียนนักศึกษาที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต¹⁰

รูปแบบพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตของกลุ่มตัวอย่างในช่วง 12 เดือนที่พบมากที่สุด ได้แก่ การจงใจทำให้ตนเองถูกไฟหรือน้ำร้อนลวก ซึ่งเป็นการทำร้ายตนเองโดยตรง (direct injuring) ให้ตนเองได้รับความเจ็บปวด สอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษาชาวจีนของ Wu และคณะ¹⁶ และการศึกษาวิเคราะห์ห่อหุ้มจากหลายประเทศทั่วโลกที่พบว่ารูปแบบการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตที่เกิดบ่อยคือการทำร้ายตนเองทางร่างกาย (physical self-harm)^{6,10} ทั้งนี้อาจสามารถอธิบายผ่านกลไกหน้าที่ของพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในลักษณะเพื่อจัดการอารมณ์ กล่าวคือนักศึกษาอาจใช้วิธีการทำให้ร่างกายของตนเองได้รับบาดเจ็บ ได้รับความเจ็บปวดเพื่อระบายความกดดัน ความเครียด หรืออารมณ์คับข้อง ซึ่งอารมณ์ดังกล่าวมักเกิดขึ้นก่อนที่บุคคลจะลงมือทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต⁶ และเหตุผลส่วนใหญ่ของนักศึกษาที่ลงมือทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตคือเพื่อระบายอารมณ์ด้านลบ^{10,16}

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตพบปัญหาด้านการเงินเป็นปัจจัยเสี่ยงในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่มีปัญหาด้านการเงินมีโอกาสเสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในช่วง 12 เดือนเป็น 4.6 เท่าของกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่ไม่มีปัญหาด้านการเงิน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเผชิญกับปัญหาทางการเงินเพิ่มโอกาสให้บุคคลเผชิญกับความกดดันทางด้านอารมณ์ โดยเฉพาะปัญหาการเงินในครอบครัวที่พบว่าส่งผลต่อความกดดันทางด้านอารมณ์ภายในครอบครัว²⁰ ซึ่งอาจมีผลทั้งทางตรงและ

ทางอ้อมต่อนักศึกษา ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีถึง 1 ใน 3 ที่รายงานว่าทั้งครอบครัวและตนเองมีรายได้ไม่เพียงพอ การเผชิญกับปัญหาเรื่องการเงินอาจทำให้นักศึกษาเกิดความเครียด วิตกกังวล จึงเลือกใช้การระบายอารมณ์ด้านลบด้วยการแสดงพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินเดียและประเทศจีนที่พบปัญหาวิกฤตทางการเงินเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต^{20,22}

สำหรับปัจจัยอื่น เช่น ปัญหาสัมพันธภาพ ถูกกลั่นแกล้ง ผลการเรียนมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำลง กังวลต่อการฝึกปฏิบัติ ถูกตำหนิหรือใช้คำพูดดูถูกจากครูอาจารย์ ไม่สามารถตอบคำถามอาจารย์เมื่อถูกถามต่อหน้าเพื่อนหรือบุคคลอื่น สูญเสียบุคคล สัตว์ หรือสิ่งของอันเป็นที่รัก ปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อน การถูก bully (กลั่นแกล้ง) จากกลุ่มเพื่อน และถูกวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับรสนิยมทางเพศ ในการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต ทั้งนี้อาจเป็นเพราะนักศึกษาในกลุ่มตัวอย่างบางคนอาจประสบเหตุการณ์นั้น ๆ เพียงครั้งเดียว ซึ่งอาจยังไม่สามารถส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตได้ โอกาสเสี่ยงของพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตอาจขึ้นอยู่กับจำนวนครั้ง ความถี่ ระยะเวลา ความรุนแรง หรือจำนวนชนิดของเหตุการณ์ที่ประสบ รวมทั้งผลกระทบทางจิตใจที่ตามมา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกของประเทศไทยที่สำรวจความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในนักศึกษามหาวิทยาลัยในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม ด้วยขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็กกว่าที่กำหนด จึงอาจมีผลต่ออำนาจของการทดสอบทางสถิติ (power of test) ได้ การเก็บข้อมูลทางออนไลน์โดยใช้วิธีการรายงานด้วยตนเองอาจทำให้ผลการศึกษได้รับอิทธิพลจากการมีแนวโน้มที่จะตอบตามที่สังคมยอมรับ (social desirability bias) รวมทั้งยังอาจเกิดอคติจากการลืม (recall bias) ได้เนื่องจากเป็นการถามประสบการณ์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา การศึกษานี้เลือกใช้กลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก

อีกทั้งนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาเพศหญิง จึงไม่อาจเป็นตัวแทนของนักศึกษาทั้งหมด นอกจากนี้เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตที่สอบถามเพียงว่าตัวอย่างเคยมีพฤติกรรมดังกล่าวหรือไม่ ซึ่งความเสี่ยงของพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตนั้นอาจขึ้นอยู่กับจำนวนครั้ง ความถี่ ระยะเวลา ระดับความรุนแรง หรือจำนวนชนิดของเหตุการณ์ที่ประสบด้วย ดังนั้นการนำผลการวิจัยนี้ไปใช้จึงควรคำนึงถึงอิทธิพลจากประเด็นดังกล่าว การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรสำรวจพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในมิติเชิงลึกทั้งด้านจำนวนครั้ง ความถี่ ระยะเวลา ระดับความรุนแรงของพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต โดยอาจพัฒนาเครื่องมือให้สามารถวัดตัวแปรด้วยมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) หรือการจัดกลุ่มพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตเป็นกลุ่มที่ทำร้ายตนเองด้านร่างกาย และกลุ่มที่เป็นพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อให้เข้าใจถึงประสบการณ์การทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตของนักศึกษาทั้งในกลุ่มผู้หญิง ผู้ชาย และกลุ่มเพศทางเลือก ภายใต้บริบทของประเทศไทย

สรุป

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกของประเทศไทยที่สำรวจความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในนักศึกษามหาวิทยาลัย พบว่าในช่วง 12 เดือน เกือบ 1 ใน 3 ของนักศึกษามีพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต รูปแบบพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตที่พบมากที่สุด คือ พฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยตรง และปัญหาด้านการเงินเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เอกสารอ้างอิง

1. สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข, สุพร อภินันท์เวช. การฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในประเทศไทย : อุบัติการณ์ สาเหตุ และการป้องกัน [Adolescent suicide in Thailand: incidence, causes and prevention]. เวชบัณฑิตยสาร. 2563;13(1):40-7.
2. Gholamrezaei M, Heath N, Panaghi L. Non-suicidal self-injury in a sample of university students in Tehran, Iran: prevalence, characteristics and risk factors. Int J Cult Ment Health. 2016;10(2):136-49. doi:10.1080/17542863.2016.1265999.
3. Olfson M, Wall M, Wang S, Crystal S, Bridge JA, Liu SM, et al. Suicide after deliberate self-harm in adolescents and young adults. Pediatrics. 2018;141(4):e20173517. doi:10.1542/peds.2017-3517.
4. Castellví P, Lucas-Romero E, Miranda-Mendizábal A, Parés-Badell O, Almenara J, Alonso I, et al. Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: a systematic review with meta-analysis. J Affect Disord. 2017;215:37-48. doi:10.1016/j.jad.2017.03.035.
5. Gillies D, Christou MA, Dixon AC, Featherston OJ, Rapti I, Garcia-Anguita A, et al. Prevalence and characteristics of self-harm in adolescents: meta-analyses of community-based studies 1990-2015. J Am Acad Child Adolesc Psychiatr. 2018;57(10):733-41. doi:10.1016/j.jaac.2018.06.018.
6. Lim KS, Wong CH, McIntyre RS, Wang J, Zhang Z, Tran BX, et al. Global lifetime and 12-month prevalence of suicidal behavior, deliberate self-harm and non-suicidal self-injury in children and adolescents between 1989 and 2018: a meta-analysis. Int J Environ Res Pu. 2019;16(22):4581. doi:10.3390/ijerph16224581.
7. Cipriano A, Cella S, Cotrufo P. Nonsuicidal self-injury: a systematic review. Front Psychol. 2017;8:1946. doi:10.3389/fpsyg.2017.01946.

8. Tang J, Yang W, Ahmed NI, Ma Y, Liu HY, Wang JJ, et al. Stressful life events as a predictor for non-suicidal self-injury in southern Chinese adolescence: a cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(9):e2637. doi:10.1097/MD.00000000000002637.
9. van der Walt F. Self-harming behaviour among university students: a South African case study. *J Psychol Afr*. 2016;26(6):508–12. doi:10.1080/14330237.2016.1250420.
10. Sivertsen B, Hysing M, Knapstad M, Harvey AG, Reneflot A, Lønning KJ, et al. Suicide attempts and non-suicidal self-harm among university students: prevalence study. *BJPsych Open*. 2019;5(2):e26. doi:10.1192/bjo.2019.4.
11. Huang YH, Liu HC, Sun FJ, Tsai FJ, Huang KY, Chen TC, et al. Relationship between predictors of incident deliberate self-harm and suicide attempts among adolescents. *J Adolesc Health*. 2017;60(5):612–8. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.12.005.
12. สุภาวดี เจริญวานิช. Self-Cyberbullying: มิติใหม่ของการทำร้ายตนเองในวัยรุ่น [Self-cyberbullying: new way of self-harm in adolescents]. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*. 2562;27(6):1099-105.
13. Hooley JM, St. Germain SA. Nonsuicidal self-injury, pain, and self-criticism: does changing self-worth change pain endurance in people who engage in self-injury?. *Clin Psychol Sci*. 2014;2(3):297-305. doi:10.1177/2167702613509372.
14. Uh S, Dalmaijer ES, Siugzdaite R, Ford TJ, Astle DE. Two pathways to self-harm in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2021:S0890-8567(21)00219-7. doi:10.1016/j.jaac.2021.03.010.
15. Bennardi M, McMahon E, Corcoran P, Griffin E, Arensman E. Risk of repeated self-harm and associated factors in children, adolescents and young adults. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1):421. doi:10.1186/s12888-016-1120-2.
16. Wu D, Rockett RHI, Yang T, Feng X, Jiang S, Yu L. Deliberate self-harm among Chinese medical students: a population-based study. *J Affect Disord*. 2016;202:137-44. doi:10.1016/j.jad.2016.05.030.
17. Cully G, Corcoran P, Leahy D, Griffin E, Dillon C, Cassidy E, Shiely F, Arensman E, et al. Method of self-harm and risk of self-harm repetition: findings from a national self-harm registry. *J Affect Disord*. 2019;246:843-50. doi:10.1016/j.jad.2018.10.372.
18. Borrill J, Fox P, Roger D. Religion, ethnicity, coping style, and self-reported self-harm in a diverse non-clinical UK population. *Mental Health, Religion & Culture*. 2011;14(3):259–69. doi:10.1080/13674670903485629.
19. Benjet C, Gutiérrez-García RA, Abrego-Ramírez A, Borges G, Covarrubias-Díaz A, Durán MDS, et al. Psychopathology and self-harm among incoming first-year students in six Mexican universities. *Salud Publica Mexico*. 2019;61(1):16-26. doi:10.21149/9158.
20. Kumar A, Srivastava M, Srivastava M. A situational analysis of tendency of deliberate self-harm among students. *Indian J Prev Soc Med*. 2017;48(1-2):90-7.
21. Siu AMH. Self-Harm and suicide among children and adolescents in Hong Kong: a review of prevalence, risk factors, and prevention strategies. *J Adolesc Health*. 2019;64(6):S59-64. doi:10.1016/j.jadohealth.2018.10.004.
22. Wan Y, Chen J, Sun Y, Tao F. Impact of childhood abuse on the risk of non-suicidal self-injury in mainland Chinese adolescents. *PLoS One*. 2015;10(6):e0131239. doi:10.1371/journal.pone.0131239.
23. Guerreiro DF, Sampaio D, Figueira ML, Madge N. Self-harm in adolescents: a self-report survey in schools from Lisbon, Portugal. *Arch Suicide Res*. 2017;21(1):83–99. doi:10.1080/13811118.2015.1004480.

24. Aggarwal S, Patton G, Reavley N, Sreenivasan SA, Berk M. Youth self-harm in low- and middle-income countries: systematic review of the risk and protective factors. *Int J Soc Psychiatr*. 2017;63(4):359-75. doi:10.1177/0020764017700175.
25. Borschmann R, Becker D, Coffey C, Spry E, Moreno-Betancur M, Moran P, et al. 20-year outcomes in adolescents who self-harm: a population-based cohort study. *Lancet Child Adolesc Health*. 2017;1(3):195-202. doi:10.1016/S2352-4642(17)30007-X.
26. Abbasi NU, Raza A, Khurshid M, Ansari MI. The relationship between depression, anxiety, stress and self harm among college students: a cross-sectional survey. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*. 2018;68(1):137-42.
27. Klonsky ED. The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Res*. 2009;166(2-3):260-8. doi:10.1016/j.psychres.2008.02.008.
28. Klonsky ED, Muehlenkamp JJ. Self-injury: a research review for the practitioner. *J Clin Psychol*. 2007;63(11):1045-56. doi:10.1002/jclp.20412.
29. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psycho Rev*. 2007;27(2):226-39. doi:10.1016/j.cpr.2006.08.002.
30. Russell K, Allan S, Beattie L, Bohan J, MacMahon K, Rasmussen S. Sleep problem, suicide and self-harm in university students: a systematic review. *Sleep Med Rev*. 2019;44:58-69. doi: 10.1016/j.smr.2018.12.008.
31. กรมสุขภาพจิต. อัตราการฆ่าตัวตายแยกตามช่วงอายุ ประจำปี 2560 [Suicide rate by age group, 2017]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต: 2561 [สืบค้นเมื่อวันที่ 30 ม.ค. 2563]. จาก: <https://www.dmh.go.th/report/suicide/viewg1.asp?id=26>
32. วรณคล เชื้อมงคล, ปรีดา รุ่งรัตนพงษ์พร, สุรพงศ์ ฉันทะฉิมมะ. ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการคิดฆ่าตัวตายในนิสิตคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ [Depression and suicidal risk among pharmacy students at Srinakharinwirot University]. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 2561;25(2): 124-34.
33. สุกัญญา รักษ์ขจีกุล. ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร [Depression and suicidal behaviors among Naresuan University students]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2556;58(4):359-70.
34. Sansone AR, Sansone AL. Measuring self-harm behavior with the self-harm inventory. *Psychiatry (Edmont)*. 2010;7(4):16-20.
35. ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ. การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนาในงานสาธารณสุข [Sample size determination in descriptive study in public health]. *วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ*. 2556;16(2):9-18.
36. Brislin WR. Back-translation for cross-cultural research. *J Cross Cult Psychol*. 1970;1(3):185-216. doi:10.1177/135910457000100301.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างการฝึกสติและสติสนทนาในองค์กรกับระดับสติ

ความสามารถในการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม

วันรับ : 19 กรกฎาคม 2564

วันแก้ไข : 16 พฤศจิกายน 2564

วันตอบรับ : 18 พฤศจิกายน 2564

ภาวิณี เพชรสว่าง, บธ.ด.

สมิตรา พรวัฒนเวทย์, ส.ม.

คณะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการฝึกสติและสติสนทนาในองค์กรกับระดับสติ ความสามารถในการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม

วิธีการ : เป็นการศึกษาแบบตัดขวางในบริษัทที่เข้าร่วมโปรแกรมสติในองค์กรจำนวน 4 แห่ง จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 699 คน ประเมินผลด้วยแบบวัดสติ (mindfulness) ความสามารถในการสื่อสาร (communication) และการทำงานเป็นทีม (teamwork) วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ANOVA เพื่อการเปรียบเทียบระดับสติ ความสามารถในการสื่อสารและการทำงานเป็นทีม แยกตามความถี่ในการฝึกสติและใช้สูตรแบบต่าง ๆ และ Pearson correlation เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับสติ ความสามารถในการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม

ผล : ความถี่ของการฝึกสติและการใช้สติสนทนาในการประชุมที่แตกต่างกัน มีระดับสติ ความสามารถในการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบความสัมพันธ์ทางบวกที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างระดับสติกับความสามารถในการสื่อสาร และระหว่างระดับสติกับการทำงานเป็นทีม ($r = 0.41$ และ 0.33 ตามลำดับ)

สรุป : ระดับสติที่เพิ่มขึ้นจากการร่วมโปรแกรมสติในองค์กรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางบวกของพนักงาน จึงควรส่งเสริมให้มีการฝึกสติอย่างจริงจังทั่วทั้งองค์กร

คำสำคัญ : การทำงานเป็นทีม ความสามารถในการสื่อสาร สติ สติในองค์กร

ติดต่อผู้พิมพ์ : ภาวิณี เพชรสว่าง; e-mail: pawpetch@gmail.com

Original article

The relationship between mindfulness and dialogue practices in organization and level of mindfulness, communication, and teamwork

Received : 19 July 2021

Revised : 16 November 2021

Accepted : 18 November 2021

Pawinee Petchsawang, Ph.D.

Samittra Pornwattanaivate, M.P.H.

School of Human Resource Development,
National Institute of Development Administration (NIDA)

Abstract

Objective: To assess the relationship between mindfulness and dialogue practices in organization and level of mindfulness, communication, and teamwork.

Methods: This cross-sectional study was conducted in four organizations which participated in the mindfulness in organization (MIO) program. We collected data by using three measurements to assess mindfulness, communication, and teamwork among 699 employees. Data were analyzed by using ANOVA to test the differences of levels of mindfulness, communication, and teamwork in terms of different mindfulness activities, and Pearson correlation to test the relationships among levels of mindfulness, communication, and teamwork.

Results: There were significant differences in levels of mindfulness, communication, and teamwork among groups with different frequencies of practicing mindfulness and dialogu. Additionally, there were significantly positive relationships between mindfulness and communication, and mindfulness and teamwork ($r = 0.41$ and 0.33 respectively).

Conclusion: Increased mindfulness in employees who participate in the MIO program was associated with positive behaviors. Therefore, the MIO program should be implemented in all organizations.

Keywords: communication, mindfulness, mindfulness in organization, teamwork

Corresponding author: Pawinee Petchsawang; e-mail: pawpetch@gmail.com

ความรู้เดิม : การฝึกสติรูปแบบต่าง ๆ ส่งผลต่อระดับสติ
ความสามารถในการสื่อสาร และระดับการทำงานเป็นทีม

ความรู้ใหม่ : ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสติในองค์กรที่มีความถึ
ในการฝึกสติ การใช้สติในการสื่อสารกับบุคคลอื่น และการ
ใช้สติสนทนาในการประชุมทีมที่แตกต่างกันมีระดับสติ
ความสามารถในการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีมที่
แตกต่างกัน และระดับสติสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถ
ในการสื่อสารและการทำงานเป็นทีม

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : องค์กรต่าง ๆ ที่สนใจสามารถใช้
ผลการวิจัยนี้เป็นแนวทางในการส่งเสริมโปรแกรมสติใน
องค์กรและวัดประสิทธิผลการดำเนินการต่อไป

บทนำ

แนวคิดเรื่องสติในองค์กรได้รับการยอมรับอย่าง
กว้างขวาง เนื่องจากปัจจัยผลักดันหลายประการ เช่น ในยุค
ของการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะสังคมและเศรษฐกิจอย่าง
รวดเร็วทำให้คนต้องมีการปรับตัวเพื่อความอยู่รอด ตอบสนอง
ต่อความเป็นพลวัตร คนมีความเครียดมากขึ้นต้องการหา
ความสงบทางจิตใจ ถึงแม้การพัฒนาทางเทคโนโลยีสมัยใหม่
ที่ย่นย่อโลกช่วยในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ แต่สามารถ
สร้างให้เกิดผลเสียได้หากผู้ใช้ไม่ใช้อย่างมีสติ¹

การฝึกอบรมสติเป็นที่แพร่หลายทั้งในประเทศไทย
และต่างประเทศ โปรแกรมฝึกอบรมสติในต่างประเทศมี
จุดเริ่มต้นจากการพัฒนาเพื่อปรับใช้กับผู้ที่มีความผิดปกติ
ทางด้านจิตใจหรือร่างกาย เช่น โปรแกรมการใช้สติลด
ความเครียด (mindfulness-based stress reduction; MBSR)
ที่เน้นบรรเทาความทุกข์ทรมานและส่งเสริมคุณภาพชีวิต
ให้กับผู้ที่ประสบความยากลำบากทางด้านร่างกายและจิตใจ
ผ่านการยอมรับและการรับรู้ปัจจุบันขณะ² ซึ่งมีระยะเวลา
ในการฝึกสติที่ค่อนข้างนาน จึงไม่เหมาะกับพนักงานและบริบท
ขององค์กร Eby และคณะ³ ได้ทำการรวบรวมและสรุป
โปรแกรมเจริญสติที่นำมาใช้กับพนักงานในองค์กรพบว่า
องค์กรได้นำ MBSR ฉบับเต็มไปใช้เพียงร้อยละ 7.5 จาก

งานวิจัย 67 เรื่อง ในขณะที่มากกว่าร้อยละ 40 มีการปรับลด
ชั่วโมงการเรียนรู้และเนื้อหาของโปรแกรมให้เหมาะกับพนักงาน
และบริบทขององค์กร นอกจากนี้ยังมีโปรแกรม mindfulness-
based cognitive therapy (MBCT) และโปรแกรม acceptance
and commitment therapy (ACT) based training แต่
โปรแกรมนี้ไม่ได้นำมาปรับใช้ในบริบทของ องค์กร เนื่องจาก
เน้นการบำบัดผู้ป่วยที่มีประวัติการเป็นโรคซึมเศร้าและการ
ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย นอกจากนี้
โปรแกรมฝึกอบรมสติในวงการการแพทย์ที่กล่าวในข้างต้นแล้ว
โปรแกรมฝึกอบรมสติในองค์กรที่มีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับมาก
ที่สุดโปรแกรมหนึ่ง คือ โปรแกรม “การค้นหภายในตัวเอง”
(search inside yourself) โดยเน้นการพัฒนาความฉลาดทาง
อารมณ์ (emotional intelligence) โดยมีองค์ประกอบด้วย
สามส่วน คือ 1) การฝึกฝนสติ 2) การพัฒนาองค์ความรู้และ
การตระหนักรู้ตน (self-knowledge and self-mastery) และ
3) การสร้างเป็นนิสัย (mental habits)⁴ ผลจากผู้ฝึกปฏิบัติ
1,500 คน พบว่า ร้อยละ 66 สามารถลดความเครียด
ร้อยละ 60 เพิ่มความสามารถในการฟื้นตัว (resilience) และ
ร้อยละ 65 มีสติมากขึ้น⁵ ส่วนโปรแกรมเจริญสติในประเทศไทย
หรือในแถบตะวันออกจะมีความเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกับ
ศาสนาพุทธการฝึกสมาธิและวิปัสสนากรรมฐาน ได้ถูกเขียน
ไว้ในพระสูตรต้นตปิฎก หมวดพระสูตร ว่าด้วยประมวล
พระธรรมเทศนาและคำบรรยายธรรม ซึ่งประกอบด้วย ศีล
สมาธิ และปัญญา⁶ โปรแกรมเจริญสติที่ใช้หลักการดังกล่าว
เช่น หลักสูตรพัฒนาสติ (อบรมวิปัสสนา) โดย Goenka⁷ และ
หลักสูตรพัฒนาสติเพื่อปัญญาและสันติสุขของยุวพุทธิกะ
สมาคม⁸

ในปี พ.ศ. 2558 กรมสุขภาพจิตร่วมกับโครงการ
สร้างสุขและจิตสำนึกด้วยโปรแกรมสติในองค์กร ภายใต้
แผนงานสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรของสำนักงานกองทุน
สนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.) จึงได้จัดทำโปรแกรม
สร้างสุขด้วยสติในองค์กร (mindfulness in organization;
MIO) เพื่อมุ่งส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข
ในการทำงาน โดยใช้ “การมีสติและสมาธิ” มาเป็นเครื่องมือ

ในการพัฒนาทักษะ (meta-skills) นำไปสู่การสร้างคุณลักษณะที่ดี เช่น เห็นอกเห็นใจผู้อื่น มีความรับผิดชอบ มีความคิดบวก สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพดีขึ้น มีสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานดีขึ้น เกิดความสงบ ด้วยการรับฟังอย่างมีสติ เกิดการสื่อสารอย่างมีสติ เกิดความคิดสร้างสรรค์สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ ทั้งในระดับตนเอง ระดับทีม และระดับองค์กร”⁹ โครงสร้างของหลักสูตร MIO ประกอบด้วยการพัฒนาตน พัฒนาทีม (เน้นสติในทีม) และพัฒนาองค์กร โดยใช้วิธีการฝึกสติที่เฉพาะเจาะจง เช่น กลยณมิตรสนทนา (dialogue) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เน้นการฟังและการถาม โดยการพยายามรู้ลมหายใจขณะพูดหรือฟัง หรือเรียกว่าการใช้สติในการสื่อสาร โดยใช้ร่วมกับเทคนิคการฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) กล่าวคือ “การรู้ลมหายใจตนเอง ฟัง และใคร่ครวญ เป็นการฟังอย่างตั้งใจและฟังเพื่อให้ได้ยิน มีการเฝ้าสังเกตอารมณ์และความรู้สึกของตนเองในขณะที่ได้ยินเสียงต่าง ๆ ผ่านเข้ามากระทบ เป็นการฟังแบบ “มนุษย์สัมผัสมนุษย์” โดยละวางภาพลักษณ์ อารมณ์ การครอบงำ ไม่ด่วนสรุปหรือวิพากษ์วิจารณ์คำพูด ความคิด และผู้พูด แต่จะฟังเพื่อให้ได้ยินทั้งความหมาย (meaning) ที่แท้จริงที่แต่ละคนต้องการสื่อ”¹⁰ นอกจากนี้ โปรแกรมใช้หลักการการอภิปรายอย่างสร้างสรรค์ (creative discussion) เพื่อ “การแก้ปัญหา คิดค้นทางเลือกต่าง ๆ เพื่อหาทางออกที่ดีที่สุด โดยใช้การรู้ลมหายใจในการคิดและการพูด ใช้สติในการเสนอประเด็นที่ชัดเจน มีข้อมูลสนับสนุน ขอความเห็นผู้อื่น ยอมรับข้อมูลที่แตกต่าง และไม่ปกป้องตนเองเมื่อถูกถาม รวมทั้งใช้สติในการถามแบบไม่คุกคาม ถามเพื่อสร้างความเข้าใจ และฟังคำตอบอย่างใส่ใจ”¹¹ ซึ่งทั้งวิธีการฝึกสติและสองหลักการนี้ร่วมกับเทคนิควิธีการอื่น ๆ จะถูกใช้ร่วมกับการฝึกสมาธิสั้น ๆ ก่อนการประชุม และการใช้ระฆังสติติดตั้งเป็นเสียงตามสายในองค์กรหรือเป็น แอปพลิเคชันในมือถือของพนักงานเพื่อใช้เตือนสติให้ตระหนักรู้ลมหายใจทุกครั้งเมื่อได้ยินเสียงระฆัง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการฝึกสติและการใช้สติสนทนาตามโปรแกรมสติใน

องค์กร (MIO) กับระดับสติ ความสามารถในการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม โดยมีวัตถุประสงค์ย่อย 2 ข้อ ได้แก่ 1) เพื่อเปรียบเทียบระดับสติ ความสามารถในการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีมในกลุ่มพนักงานที่มีความถนัดในการฝึกสติและการใช้สติในการทำงานที่แตกต่างกัน โดยมีสมมติฐานว่า ความถนัดในการฝึกสติ ความถนัดในการใช้สติสื่อสาร และความถนัดในการประชุมด้วยสติสนทนาที่แตกต่างกันมีระดับสติ ความสามารถในการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีมแตกต่างกัน และ 2) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับสติ ความสามารถในการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม โดยมีสมมติฐานว่า ระดับสติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการสื่อสารและการทำงานเป็นทีม

วิธีการ

เป็นศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2564 ในบริษัทที่เข้าร่วมโครงการ MIO จำนวน 4 แห่ง เก็บข้อมูลการวิจัยหลังจากองค์กรนำโปรแกรม MIO ไปใช้ ระยะเวลาโดยเฉลี่ย คือ 3 - 6 เดือน เกณฑ์การคัดเลือกองค์กร ได้แก่ เป็นองค์กรที่มีความเข้มแข็งในการดำเนินการตามโปรแกรม MIO มากที่สุด และอยู่ในช่วงการดำเนินงานในระยะเวลาเดียวกัน และแต่ละองค์กรต้องสร้างระบบสนับสนุนหลัก เช่น ประกาศให้การพัฒนาจิตเป็นนโยบายขององค์กร มีแผนกลยุทธ์การพัฒนา MIO ขององค์กรอย่างชัดเจน มีทีมข้ามสายงานรับผิดชอบการบริหารจัดการ มีการจัดสรรทรัพยากรในการดำเนินงาน MIO มีทีมวิทยากร มีระบบพี่เลี้ยง และมีการเก็บข้อมูลในการวัดและประเมินผลการดำเนินงาน การศึกษานี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ หมายเลข ECNIDA 2021/0004 ในวันที่ 14 มกราคม 2564

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 17 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ปัญหาสุขภาพและประสบการณ์การฝึกสมาธิ/วิปัสสนา/สติ ก่อนเข้าร่วมการอบรมโปรแกรม MIO

ความถี่ในการฝึกสมาธิรายสัปดาห์ แบ่งระดับความถี่เป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีการปฏิบัติเลย ปฏิบัติ 1 - 2 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 3 - 4 วันต่อสัปดาห์ และปฏิบัติ 5 - 7 วันต่อสัปดาห์ ความถี่ในการใช้สติสื่อสารกับบุคคลอื่น แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มีการปฏิบัติเลย (ร้อยละ 0) มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง (ร้อยละ 25) มีการปฏิบัติบางครั้ง (ร้อยละ 50) มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง (ร้อยละ 75) และ ปฏิบัติทุกครั้ง (ร้อยละ 100) และ ความถี่ในการประชุมด้วยสติสนทนา แบ่งความถี่เป็น 5 ระดับ ดังเช่นความถี่ในการใช้สติสื่อสาร

ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลของโปรแกรมสติในองค์กร จำนวน 35 ข้อ โดยเป็นแบบวัด 3 ตัวแปร คือ 1) สติ (mindfulness) ปรับปรุงจากแบบวัดตระหนักรู้มีสติ (mindfulness attention awareness scale; MAAS)^{11,12} จำนวน 9 ข้อ แปลโดย ภาวิณี เพชรสว่าง¹² เป็นแบบวัดที่ประเมินความขาดสติ (mindlessness) โดยแนวคิดพื้นฐาน คือ ความขาดสตินั้นเป็นส่วนตรงกันข้ามกับการมีสติ 2) ความสามารถในการสื่อสาร (communication) ปรับปรุงจากแบบวัดของ หทัยพร ทิมสว่าง¹³ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบวัดสำหรับประเมินความสามารถในการสื่อสารเชิงกลยุทธ์ และทักษะในการสื่อสาร ครอบคลุมทั้งระดับบุคคล กลุ่ม และองค์กรของบุคลากรผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญ โดยเลือกใช้ข้อคำถามที่มีความสอดคล้องกับโครงสร้างโปรแกรม MIO เรื่องการสื่อสารอย่างมีสติ และ 3) การทำงานเป็นทีม (teamwork) จำนวน 16 ข้อ ประยุกต์ใช้แบบวัด the Mayo high performance teamwork scale (MHPTS) ของ Malec และคณะ¹⁴ แปลโดย สมคิด บุญสำเร็จ¹⁵ เป็นแบบวัดที่ทบทวนและประเมินประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีม ได้แก่ ความร่วมมือและการสื่อสาร (การสร้างทีมและการบำรุงรักษา การพิจารณาและสนับสนุนผู้อื่นและการแก้ปัญหา) ภาวะผู้นำและการจัดการ (การใช้อำนาจ และความมั่นใจในการจัดหาและรักษา มาตรฐานการ) การรับรู้สถานการณ์ (การรับรู้ของระบบการตระหนักถึงสิ่งแวดล้อม และการตระหนักถึงเวลาและการคาดการณ์เหตุการณ์ในอนาคต) และการตัดสินใจรวมถึงปัญหาและการวินิจฉัยสำหรับการสร้างทางเลือกในการแก้ไข

ตัวอย่างคำถาม เช่น “เวลามีงานสำคัญและเร่งด่วน ทุกคนในทีมมาช่วยเหลือกันเพื่อทำให้งานสำเร็จได้ตามระยะเวลาที่กำหนด” เก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-report) การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ โดยกำหนดให้ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ผลการทดสอบความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามแต่ละตัวแปร มีดังนี้ สติ (mindfulness) มีค่า 0.96 ความสามารถในการสื่อสาร (communication) มีค่า 0.84 และการทำงานเป็นทีม (teamwork) มีค่า 0.95

โปรแกรม MIO เป็นโครงการฝึกอบรม 2 วัน ครอบคลุมเนื้อหาทั้งหมด 3 หน่วยการเรียนรู้ การอบรมแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับผู้บริหาร ดำเนินการโดยวิทยากรหลักของโปรแกรม MIO และระดับพนักงานทุกคนในองค์กร ดำเนินการโดยวิทยากรภายในองค์กรนั้น ๆ ที่ได้รับการฝึกอบรมจากทีมวิทยากรของโปรแกรม (train the trainers) ดังตารางที่ 1

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ANOVA ในการเปรียบเทียบระดับสติ ความสามารถในการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม ระหว่างการใช้สติรูปแบบต่าง ๆ และใช้ Pearson correlation ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับสติ ความสามารถในการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม

ผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจาก 4 องค์กร จำนวน 699 คน อายุเฉลี่ยประมาณ 30.1 ปี ประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 14.4 ปี เป็นเพศหญิง 406 คน (ร้อยละ 58.1) การศึกษาระดับมัธยมจำนวน 282 คน (ร้อยละ 40.3) อยู่ในตำแหน่งปฏิบัติงาน 557 คน (ร้อยละ 79.7) และมีประสบการณ์ฝึกสมาธิ/วิปัสสนา/สติ 495 คน (ร้อยละ 70.8)

ผลความถี่ในการใช้สติในชีวิตประจำวันและการประชุม ความถี่ในการฝึกสติพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากฝึกสติ 1 - 2 วันต่อ สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 69.4 สำหรับช่วงเวลาฝึกสติ ซึ่งเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ พบว่า พนักงาน

ตารางที่ 1 หน่วยการเรียนรู้ในโปรแกรม MIO

หน่วยการเรียนรู้		กิจกรรม	ข้อกำหนด
บุคคล	1. สติกับการพัฒนาตน	1.1 การเห็นคุณค่าในตนเอง 1.2 ฝึกสมาธิ : พักจิตเพื่อคลาย อารมณ์และความเครียด 1.3 ฝึกสติ : สร้างความสงบในการ ทำงาน	1. สติในงาน 1.1 การทำสมาธิก่อนและหลังงาน 1.2 การทำงานอย่างมีสติโดยมีเครื่องมือช่วย เตือนสติ
ทีม	2. สติในการทำงานร่วมกัน	2.1 ฝึกสติในการสื่อสาร (พูดและฟังอย่างมีสติ) 2.2 ฝึกสติในการประชุม (creative discussion)	2. สติในทีม 2.1 การสื่อสารระหว่างบุคคลอย่างมีสติ 2.2 การประชุมทีมและหน่วยงานด้วยสติสนทนา
องค์กร	3. สติกับการพัฒนาองค์กร	3.1 ค่านิยมและวัฒนธรรมในการ ทำงานด้วยสติ	3. สติในการขับเคลื่อนพันธกิจองค์กร 3.1 การประชุมทีมข้ามสายงานแบบ กัลยาณมิตร สนทนา และการอภิปรายอย่างสร้างสรรค์ 3.2 การประชุมกรรมการบริหารแบบ กัลยาณมิตร สนทนา และการอภิปรายอย่างสร้างสรรค์

ฝึกสติในการทำงานสูงสุด 469 คน รองลงมา ได้แก่ ฝึกสติในการประชุมสูงสุด 332 คน ฝึกสติในกิจวัตรประจำวัน 242 คน และฝึกสติเวลาพูดกับเพื่อนร่วมงาน/ลูกค้า 218 คน ความถี่ในการใช้สติในการสื่อสารกับบุคคลอื่นในการทำงานพบว่า พนักงานมีการใช้สติสนทนาบ่อยครั้งคิดเป็นร้อยละ 43.2 รองลงมา คือ ปฏิบัติบางครั้งคิดเป็นร้อยละ 29.6 และความถี่ในการประชุมด้วยสติสนทนาของหน่วยงานพบว่า มีการใช้สติสนทนาบ่อยครั้งคิดเป็นร้อยละ 40.5 และมีการใช้บางครั้งคิดเป็นร้อยละ 29.3

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1 พนักงานที่มีความถี่ในการฝึกสติ ความถี่ในการใช้สติสื่อสารกับบุคคลอื่นในการทำงาน และความถี่ในการประชุมด้วยสติสนทนาที่แตกต่างกัน มีระดับสติ ความสามารถในการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีมที่แตกต่างกัน

ในการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) พบว่า ประชากรมีการแจกแจงปกติ แต่ประชากรแต่ละกลุ่มมีความแปรปรวนไม่เท่ากัน อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นในการวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ (multiple comparison) จึงเลือกสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวน

ไม่เท่ากัน คือ Dunnett's T3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า พนักงานที่มีความถี่ในการฝึกสติ ความถี่ในการใช้สติสื่อสารกับบุคคลอื่นในการทำงาน และความถี่ในการประชุมด้วยสติสนทนาที่แตกต่างกันมีระดับสติ ความสามารถในการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีมที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 2 พบว่า พนักงานที่มีความถี่ในการฝึกสติที่แตกต่างกันมีระดับสติ ความสามารถในการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีมที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบรายคู่พบว่า พนักงานที่ฝึกสติ 5 - 7 วัน ต่อสัปดาห์ มีระดับค่าคะแนนต่าง ๆ มากกว่าพนักงานที่ไม่มีการฝึกสติเลยทั้งในด้านระดับสติ ความสามารถในการสื่อสาร และความสามารถในการทำงานเป็นทีม โดยค่าเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างสองกลุ่มคือ 0.31, 0.24 และ 0.40 คะแนนตามลำดับ

จากตารางที่ 3 พบว่า พนักงานที่มีความถี่ในการใช้สติสื่อสารที่แตกต่างกันมีระดับสติ ความสามารถในการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีมที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบรายคู่พบว่าพนักงานที่ปฏิบัติทุกครั้งมีระดับค่าคะแนนต่าง ๆ มากกว่าพนักงานที่มีการปฏิบัติบางครั้ง

ทั้งในด้านระดับสติ ความสามารถในการสื่อสาร และความสามารถในการทำงานเป็นทีม โดยค่าเฉลี่ยแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม คือ 0.59, 0.35 และ 0.45 คะแนนตามลำดับ พนักงานที่ปฏิบัติทุกครั้งมีระดับค่าคะแนนต่าง ๆ มากกว่าพนักงานที่มีการปฏิบัติบางครั้ง ทั้งในด้านระดับสติ ความสามารถในการสื่อสาร และความสามารถในการทำงานเป็นทีม โดยค่าเฉลี่ยแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม คือ 0.37, 0.22 และ 0.23 คะแนนตามลำดับ และพนักงานที่ปฏิบัติทุกครั้งมีระดับสติมากกว่าพนักงานที่มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง โดยค่าเฉลี่ยแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม คือ 0.23 คะแนน นอกจากนี้พนักงานที่ปฏิบัติบ่อยครั้งยังมีระดับสติ ความสามารถในการสื่อสาร และความสามารถในการทำงานเป็นทีมมากกว่าพนักงานที่มีการปฏิบัติน้อยครั้ง โดยค่าเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างสองกลุ่มนี้คือ 0.36, 0.32 และ 0.43 คะแนนตามลำดับ

จากตารางที่ 4 พบว่า พนักงานที่มีความถี่ในการใช้สติสนทนาในการประชุมที่แตกต่างกันมีระดับสติ ความสามารถในการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีมที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบรายคู่พบว่า พนักงานที่ปฏิบัติทุกครั้งมีระดับค่าคะแนนต่าง ๆ มากกว่าพนักงานที่ไม่มีการปฏิบัติเลยในด้านความสามารถในการสื่อสาร และความสามารถในการทำงานเป็นทีม โดยค่าเฉลี่ยแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม คือ 0.34 และ 0.49 คะแนนตามลำดับ พนักงานที่ปฏิบัติทุกครั้งมีระดับค่าคะแนนต่าง ๆ มากกว่าพนักงานที่มีการปฏิบัติบางครั้ง ทั้งในด้านระดับสติ ความสามารถในการสื่อสาร และความสามารถในการทำงานเป็นทีม โดยค่าเฉลี่ยแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม คือ 0.50, 0.41 และ 0.39 คะแนนตามลำดับ และพนักงานที่ปฏิบัติทุกครั้งมีระดับค่าคะแนนต่าง ๆ มากกว่าพนักงานที่มีการปฏิบัติบางครั้ง ทั้งในด้านระดับสติ ความสามารถในการสื่อสาร และความสามารถในการทำงานเป็นทีม โดยค่าเฉลี่ยแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม คือ 0.24, 0.23 และ 0.24 คะแนนตามลำดับ นอกจากนี้พนักงานที่ปฏิบัติบ่อยครั้งมีระดับสติ ความสามารถในการสื่อสาร และความสามารถในการทำงานเป็นทีมมากกว่าพนักงานที่มีการปฏิบัติบางครั้ง โดยค่าเฉลี่ยแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม คือ 0.40, 0.35 และ 0.39 คะแนนตามลำดับ

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2 ระดับสติมี

ความสัมพันธ์กับความสามารถในการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีมในทางบวก

การวิเคราะห์ด้วย Pearson correlation แสดงผลความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างระดับสติ ความสามารถในการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยระดับสติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการสื่อสาร ($r = 0.41$) และความสามารถในการทำงานเป็นทีม ($r = 0.33$) ดังตารางที่ 5

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า พนักงานที่เข้าร่วมโปรแกรม MIO ที่มีการฝึกสติ และใช้สติสนทนาในการประชุมที่ความถี่แตกต่างกันมีระดับสติ ความสามารถในการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ จากการวิเคราะห์รายคู่พบว่า กลุ่มพนักงานที่มีความถี่ในการใช้สติสื่อสารกับบุคคลอื่น การทำสมาธิก่อนการประชุม รวมทั้งใช้สติในการประชุม บ่อยครั้งกว่า มีระดับสติ ความสามารถในการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีมมากกว่ากลุ่มที่มีความถี่ในการใช้สติและฝึกสมาธิก่อนการประชุมน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Petchsawang และ Duchon¹² และ Jnaneswar และ Sulphrey¹⁶ ที่พบว่า พนักงานที่มีการฝึกสติ (จากการวิปัสสนากรรมฐาน) บ่อยครั้งมีระดับสติมากกว่าพนักงานกลุ่มที่มีความถี่ในการฝึกสติน้อยกว่า การศึกษาของ Pratscher และคณะ¹⁷ และ Liu และคณะ¹⁸ พบว่า การฝึกสติสนทนาระหว่างบุคคล บ่อยครั้งส่งผลให้พนักงานมีระดับคุณภาพของมิตรภาพ ความสัมพันธ์ และการทำงานเป็นทีมมากกว่าพนักงานที่ฝึกสติน้อยกว่า ส่วนการศึกษาของ Kelm และคณะ¹⁹ และ Singh และคณะ²⁰ พบว่า พนักงานที่มีการฝึกสมาธิและฝึกสติบ่อยครั้ง มีระดับระดับความเครียดน้อยลง มีประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมที่ดีขึ้นในด้านการจัดการงานและการทำงานร่วมกันด้วยใจที่เปิดกว้างและรับฟัง มีการปรับปรุงกระบวนการในการประชุมทีมที่เกี่ยวกับการรับฟังและการอภิปราย และมีการเคารพสมาชิกในทีมมากยิ่งขึ้น

ตารางที่ 2 ระดับสติ ความสามารถในการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม แยกตามระดับความถี่ในการฝึกสติ

ตัวแปร	ความถี่ในการฝึกสติ								F	p
	ไม่มีการปฏิบัติเลย (n = 94)		ปฏิบัติ 1 - 2 วัน ต่อสัปดาห์		ปฏิบัติ 3 - 4 วัน ต่อสัปดาห์		ปฏิบัติ 5 - 7 วัน ต่อสัปดาห์			
			(n = 485)		(n = 70)		(n = 48)			
M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
ระดับสติ	3.95	.66	4.13	.64	4.04	.80	4.26	.62	3.25	.02
ความสามารถในการสื่อสาร	3.78	.48	3.94	.40	3.99	.48	4.02	.37	5.72	.00
การทำงานเป็นทีม	3.64	.52	3.92	.46	3.94	.55	4.04	.45	11.28	.00

ตารางที่ 3 ระดับสติ ความสามารถในการสื่อสารและการทำงานเป็นทีม แยกตามระดับความถี่ในการใช้สติสื่อสารกับบุคคลอื่นในการทำงาน

ตัวแปร	ความถี่ในการใช้สติสื่อสารกับบุคคลอื่น										F	p
	ไม่มีการปฏิบัติเลย		มีการปฏิบัติน้อยครั้ง		มีการปฏิบัติบางครั้ง		มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง		ปฏิบัติทุกครั้ง			
	(ร้อยละ 0)		(ร้อยละ 25)		(ร้อยละ 50)		(ร้อยละ 75)		(ร้อยละ 100)			
	(n = 12)		(n = 71)		(n = 207)		(n = 302)		(n = 107)			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
ระดับสติ	4.07	.50	3.79	.73	4.01	.68	4.15	.58	4.38	.70	10.60	.00
ความสามารถในการสื่อสาร	3.80	.35	3.70	.45	3.83	.41	4.02	.37	4.05	.48	14.95	.00
การทำงานเป็นทีม	3.76	.32	3.57	.54	3.79	.46	4.00	.43	4.02	.57	16.69	.00

ตารางที่ 4 ระดับสติ ความสามารถในการสื่อสารและการทำงานเป็นทีม แยกตามระดับความถี่ในการประชุมด้วยสติสนทนา

ตัวแปร	ความถี่ในการประชุมด้วยสติสนทนา										F	p
	ไม่มีการปฏิบัติเลย		มีการปฏิบัติน้อยครั้ง		มีการปฏิบัติบางครั้ง		มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง		ปฏิบัติทุกครั้ง			
	(ร้อยละ 0)		(ร้อยละ 25)		(ร้อยละ 50)		(ร้อยละ 75)		(ร้อยละ 100)			
	(n = 22)		(n = 77)		(n = 205)		(n = 283)		(n = 112)			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
ระดับสติ	4.03	.73	3.78	.75	4.04	.63	4.18	.57	4.28	.78	8.33	.00
ความสามารถในการสื่อสาร	3.74	.52	3.67	.43	3.85	.38	4.02	.37	4.08	.47	18.67	.00
การทำงานเป็นทีม	3.53	.55	3.63	.53	3.78	.47	4.02	.40	4.02	.57	18.88	.00

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับสติ ความสามารถในการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีมของพนักงานที่เข้าร่วมโปรแกรม MIO พบว่า ตัวแปรทั้ง 3 ตัวมีความสัมพันธ์กันในทางบวก โดยพนักงานมีระดับสติที่สูง จะยังมีความสามารถในการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีมสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jones และคณะ²¹ ที่

พบว่า คนที่มีระดับสติสูงจะมีการสื่อสารเชิงบวกมากกว่า คนที่ไม่ได้ใช้สติในการสื่อสาร และการศึกษาของ Huston และคณะ²² ที่พบว่า การมีสติในการบรรยายประสบการณ์ภายในออกมาให้ผู้อื่นเข้าใจส่งผลเชิงบวกต่อความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นและการฟังอย่างตั้งใจ

ตารางที่ 5 ผลความสัมพันธ์ระหว่างระดับสติ ความสามารถในการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม (n = 699)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับสติ	ความสามารถในการสื่อสาร	การทำงานเป็นทีม
ระดับสติ	4.11	.66	1.00	0.41*	0.33*
ความสามารถในการสื่อสาร	3.93	.42		1.00	0.58*
การทำงานเป็นทีม	3.89	.49			1.00

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .01$

ดังนั้น การนำการพัฒนาสติมาเป็นวิถีในการทำงาน และให้พนักงานมีโอกาสได้ฝึกและใช้สติในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การนั่งสมาธิก่อนเริ่มงานและการประชุม การฝึกใช้ “I message/ U message” และการใช้สติสนทนาในการประชุมจะทำให้ระดับสติของพนักงานอยู่ในระดับสูงซึ่งส่งผลเชิงบวกกับประสิทธิภาพในการสื่อสารของพนักงาน ในด้านผู้ฟัง สติช่วยให้มีจิตจดจ่ออยู่กับผู้พูด คำพูดที่ได้ยิน และภาษาท่าทาง โดยไม่วกแวกไปยังสิ่งแวดล้อมภายนอก รวมทั้งมีสติที่จะไม่ตัดสิน มีอคติต่อคำพูดที่ได้ยิน ตระหนักถึงทั้งอากัปกิริยาของผู้พูด และความรู้สึกนึกคิดของตนเอง¹⁷ จึงทำให้ได้รับข้อความนั้นอย่างเป็นกลาง ในด้านของผู้พูดนั้น สติทำให้ผู้พูดพูดได้อย่างตรงประเด็น เลือกสรรคำพูดได้เหมาะสมกับเนื้อหา ผู้ฟัง และสถานที่ จึงทำให้ความสามารถในการสื่อสารสูงขึ้น และพัฒนาความสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกัน

การศึกษานี้มีข้อจำกัด ได้แก่ ไม่มีการวัดตัวแปรก่อนนำโปรแกรม MIO ไปดำเนินการ (pre-test) และไม่ได้สอบถามประสบการณ์การฝึกสติของผู้ตอบแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรม MIO ดังนั้น ในการวิจัยครั้งต่อไปควรออกแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) โดยเพิ่มการทดสอบตัวแปรก่อนดำเนินการสติในองค์กร และเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ควรเพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ในการฝึกสติมาก่อนโปรแกรม MIO และระยะเวลาที่ฝึก เพื่อควบคุมปัจจัยที่อาจมีผลต่อโปรแกรม MIO

สรุป

ระดับสติของพนักงานที่เพิ่มขึ้นจากการร่วมโปรแกรมสติในองค์กรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางบวกของพนักงาน หากเพิ่มสติในการนำสติไปใช้ในกิจกรรมต่าง ๆ ในการทำงานมากขึ้นจะยังประโยชน์ให้พฤติกรรมในการทำงานทางบวกเหล่านี้สูงขึ้น ซึ่งมีหลากหลายงานวิจัยรองรับว่า หากพฤติกรรมการทำงานเหล่านี้สูงจะส่งผลต่อผลการปฏิบัติงานที่ดี และนำไปสู่ความสำเร็จขององค์กรในที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ขอขอบคุณ นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์ หัวหน้าโครงการสร้างสุขด้วยจิตสำนึกในองค์กร (mindfulness in Organization: MIO) ที่ให้คำแนะนำตลอดการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. ภาวิณี เพชรสว่าง. สติและจิตวิญญาณองค์กร [Mindfulness and workplace spirituality]. Journal of HR Intelligence. 2563;15(1):118-44.
2. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness: how to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation. New York: Delta; 1990.

3. Eby L, Allen TD, Conley KM, Williamson RL, Henderson TG, Mancini VS. Mindfulness-based training interventions for employees: a qualitative review of the literature. *Human Resource Management Review*. 2019;29(2):156-78. doi:10.1016/j.hrmr.2017.03.004.
4. Meng CT. Search inside yourself: the unexpected path to achieving success, happiness and world peace. New York: HarperOne; 2012.
5. Search inside Yourself Leadership Institute. Search inside yourself [Internet]. California; 2020 [cited 2021 Jun 27]. Available from: <https://siyli.org/programs/search-inside-yourself>
6. Ko Lay U. Guide to Tipitaka [Internet]. New South Wales: Buddha Dharma Education Association Inc.; 1990 [cited 2021 Jun 27]. Available from: <http://enlight.lib.ntu.edu.tw/FULLTEXT/JR-MISC/misc140122.pdf>
7. Pradhan S, Ajithkumar VV, Singh M. Effect of Vipassana meditation on mindfulness and life satisfaction of employees. *International Journal of Research in Commerce & Management*. 2016;7(3): 11-6.
8. ยุวพุทธิกะสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ [The young Buddhists association of Thailand under royal patronage] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 27 มิ.ย. 2564]. จาก: <https://web.ybatnet.org/th/about/>.
9. โครงการสร้างสุขและจิตสำนึกด้วยโปรแกรมสติในองค์กร ประวัติโครงการสร้างสุขและจิตสำนึกด้วยโปรแกรมสติในองค์กร [อินเทอร์เน็ต]. [Project to create happiness and consciousness through mindfulness in the organization]. นนทบุรี; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 27 มิ.ย. 2564]. จาก: <http://www.thaimio.com/เกี่ยวกับเรา/ประวัติโครงการ.html>
10. โครงการสร้างสุขและจิตสำนึกด้วยโปรแกรมสติในองค์กร. คุณภาพของการอยู่ร่วมกันสร้างได้ด้วย ‘สติสื่อสาร’ (2) [The quality of coexistence can be built by ‘mindful communication’ (2)] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: โครงการ; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 13 ต.ค. 2564]. จาก: <http://www.thaimio.com/สื่อสร้างสุข/บทความ/บทความสติในองค์กร.html>
11. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์. สุขภาพจิตกับการพัฒนามนุษย์ด้วยสติ [Mental health and human development through mindfulness]. เอกสารที่นำเสนอในการประชุม. งานเสวนาตอนพิเศษ เนื่องในโอกาสฉลองครบรอบ 30 ปี คณะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์; 11 ก.พ. 2564; สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพฯ.
12. Petchsawanga P, Duchon D. Workplace spirituality, meditation, and work performance. *Journal of Management, Spirituality & Religion*. 2012;9(2): 189-208. doi:10.1080/14766086.2012.688623.
13. หทัยพร ทิมสว่าง. การพัฒนาความสามารถในการสื่อสารสำหรับบุคลากรผู้มีความรู้สูงในองค์กรเอกชน [Development of communication skills high potential personnel in private organization] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
14. Malec JF, Torsher LC, Dunn WF, Wiegmann DA, Arnold JJ, Brown DA, et al. The mayo high performance teamwork scale: reliability and validity for evaluating key crew resource management skills. *Simul Healthc*. 2007;2(1):4-10. doi:10.1097/SIH.0b013e31802b68ee.
15. สมคิด บุญสำเร็จ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสติ ความสามารถในการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีมของพนักงานที่เข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุขด้วยสติในองค์กร กรณีศึกษา: บริษัท A ที่ประกอบธุรกิจด้านผลิตและจำหน่าย กระสอบพลาสติกทอสาน [The relationship among mindfulness, communication competence and teamwork of employees participating in the mindfulness in organization program : a case study of company A which production and sells woven plastic sacks] [ภาคินิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. กรุงเทพฯ: คณะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2563.

16. Jnaneswar K, Sulphey MM. A study on the relationship between workplace spirituality, mental wellbeing and mindfulness. *Management Science Letters*. 2021;11(3):1045-54. doi:10.5267/j.msl.2020.9.038.
17. Pratscher SD, Rose AJ, Markovitz L, Bettencourt A. Interpersonal mindfulness: Investigating mindfulness in interpersonal interactions, co-rumination, and friendship quality. *Mindfulness*. 2018;9(4):1206-15. doi:10.1007/s12671-017-0859-y.
18. Liu S, Xin H, Shen L, He J, Liu J. The influence of individual and team mindfulness on work engagement. *Front Psychol*. 2020;10:1-8. doi:10.3389/fpsyg.2019.02928.
19. Kelm DJ, Ridgeway JL, Gas BL, Mohan M, Cook DA, Nelson DR, et al. Mindfulness meditation and interprofessional cardiopulmonary resuscitation: a mixed-methods pilot study. *Teach Learn Med*. 2018;30(4):433-43. doi:10.1080/10401334.2018.1462186.
20. Singh NN, Lancioni GE, Winton AS, Curtis WJ, Wahler RG, Sabaawi M, et al. Mindful staff increase learning and reduce aggression in adults with developmental disabilities. *Res Dev Disabil*. 2006;27(5):545-58. doi:10.1016/j.ridd.2005.07.002.
21. Jones SM, Bodie GD, Hughes SD. The impact of mindfulness on empathy, active listening, and perceived provisions of emotional support. *Communic Res*. 2016;46(6):838-65. doi:10.1177/0093650215626983.
22. Huston DC, Garland ER, Farb NAS. Mechanisms of mindfulness in communication training. *J Appl Commun Res*. 2011;39(4):406-21. doi:10.1080/00909882.2011.608696.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัญหาสุขภาพจิตนักเรียนหลังเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียน

วันรับ : 20 พฤษภาคม 2564

วันแก้ไข : 12 พฤศจิกายน 2564

วันตอบรับ : 22 พฤศจิกายน 2564

วรรณพักร์ วิวัฒนวงศา, พ.บ.

โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) และภาวะซึมเศร้าของนักเรียนหลังเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียน

วิธีการ : นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 ชั้นปีเดียวกับห้องที่เกิดเหตุการณ์ จำนวน 178 คน ประเมินตนเองหลังเกิดเหตุการณ์ 5 เดือนด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินผลกระทบจากเหตุการณ์ภัยพิบัติ (CRIES-13) และภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ และหาความสัมพันธ์โดยใช้ chi-square และ odds ratio

ผล : กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 13 ปี เพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 46.6 และ 54.4 ตามลำดับ) ร้อยละ 22.5 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนในห้องที่เกิดเหตุการณ์ ร้อยละ 16.9 เห็นเหตุการณ์ยิงกัน ร้อยละ 64 ไม่เห็นเหตุการณ์แต่ได้ยินเสียงปืนและเสียงหวีดร้อง ร้อยละ 27.0 มีความเสี่ยง PTSD (CRIES-13 $\geq$ 25) ร้อยละ 10.1 มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า (PHQ-A $\geq$ 10) และร้อยละ 6.2 มีความเสี่ยงทั้ง PTSD และภาวะซึมเศร้า เด็กที่มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยง PTSD มากกว่ากลุ่มที่ไม่เสี่ยงซึมเศร้า 5.2 เท่า (95% CI = 1.9 - 14.4) ไม่พบตัวแปรส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับความเสี่ยง PTSD ส่วนตัวแปรที่มีผลต่อความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การมีประสบการณ์ความรุนแรงในอดีต (OR = 4.7; 95% CI = 1.7 - 13.2) และความสนิทสนมกับผู้เสียชีวิต (OR = 2.9; 95% CI = 1.1 - 7.9)

สรุป : นักเรียนมีผลกระทบทางจิตใจ ความเสี่ยงของ PTSD และภาวะซึมเศร้าหลังการเผชิญเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียนชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการคัดกรอง การปฐมพยาบาลจิตใจของเด็กที่ใกล้ชิดกับเหตุการณ์ รวมถึงระบบการติดตามในระยะยาว

คำสำคัญ : การยิงกันในโรงเรียน ภาวะเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ภาวะซึมเศร้า

ติดต่อผู้พิมพ์ : วรรณพักร์ วิวัฒนวงศา; e-mail: poohmom.w@gmail.com

Original article

Mental health problems of students after school shooting

Received : 20 May 2021

Revised : 12 November 2021

Accepted : 22 November 2021

Wannaphak Wiwattanawongsa, M.D.

Srithanya Hospital, Department of Mental Health

Abstract

Objective: To explore the prevalence and associated factors of post-traumatic stress disorder (PTSD) and depression among students after the school shooting incidence.

Methods: Total of 178 students in the same year as the classroom where the incident took place (grade 7) were assessed for mental health problems 5 months after the incidence, using the children's revised impact of event scale (CRIES-13) and the Thai version of the patient health questionnaire for adolescents (PHQ-A). Data were analyzed by using descriptive statistics (frequency and percentage). Associations between mental health problems and personal factors were assessed by using chi-square and odds ratio.

Results: The mean age of participants was 13 years. Percentages of male and female participants were approximately equal (46.6% and 53.4%, respectively). Of all participants, 22.5% were in the same classroom as the shooter and the victim, 16.9% saw the shooting, whereas 64% did not see the shooting but heard gunshot and screaming. Approximately 27.0% were at risk of PTSD (CRIES-13 $\geq$ 25), 10.1% were at risk of depression (PHQ-A $\geq$ 10), and 6.2% were at risks of both conditions. Those who were at risk of depression, compared to those who were not, were 5.2 times more likely to have risk of PTSD (95% CI = 1.9 - 14.4). PTSD risk was not significantly associated with any of personal factors, while depression risk was related to having past traumatic experiences (OR = 4.7; 95% CI = 1.7 - 13.2) and closeness to the victim (OR = 2.9; 95% CI = 1.1 - 7.9).

Conclusion: Psychological effects, specifically risks of PTSD and depression, were found among students 5 months after the school shooting. It is recommended that all students close to the incidence should receive screening, psychological first aids, and long-term follow-up.

Keywords: depression, post-traumatic stress disorder, school shooting

Corresponding author: Wannaphak Wiwattanawongsa; e-mail: poohmom.w@gmail.com

ความรู้เดิม : การประเมินผลกระทบปัญหาสุขภาพจิตหลังเหตุการณ์รุนแรง มักให้ความสำคัญในช่วงหลังเกิดเหตุและติดตามดูแลในช่วง 1 เดือนหลังเหตุการณ์

ความรู้ใหม่ : ภาวะ PTSD และซึมเศร้าหลังเกิดเหตุการณ์รุนแรง เกิดได้หลังเหตุการณ์ผ่านไปมากกว่า 6 เดือน

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ปรับแนวทางการประเมินดูแลเด็กหลังเหตุการณ์รุนแรง ให้เข้าช่วยเหลือทันทีหลังเกิดเหตุและติดตามสม่ำเสมออย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป เพื่อลดผลกระทบด้านสุขภาพจิต

บทนำ

วันที่ 18 ธันวาคม พ.ศ. 2562 เกิดเหตุการณ์เด็กนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ก่อเหตุยิงเพื่อนนักเรียนร่วมชั้นเสียชีวิต 1 ราย เหตุการณ์ดังกล่าวถือเป็นเหตุการณ์ความรุนแรงในโรงเรียนในระดับถึงแก่ชีวิต สร้างความตื่นตระหนกและสะเทือนใจ ไม่เพียงผู้เกี่ยวข้องในโรงเรียนและชุมชนนั้น ๆ แต่ยังรวมถึงประชาชนทั่วไปด้วย จากเหตุการณ์ครั้งนี้ ทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (mental health crisis assessment and treatment team; MCATT) ทีมดูแลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศรีธัญญาและศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เข้าลงพื้นที่เพื่อตรวจประเมินสภาวะสุขภาพจิตและจัดกิจกรรมเยียวยาจิตใจทั้งกับครูและนักเรียนในชั้นเรียนของนักเรียนผู้ก่อเหตุและเหยื่อ รวมถึงนักเรียนห้องอื่น ๆ ในชั้นเรียนเดียวกัน ซึ่งมีความใกล้ชิดกับผู้ก่อเหตุและผู้เสียชีวิตและอยู่ในห้องเรียนชั้นเดียวกับบริเวณที่เกิดเหตุการณ์ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียนพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในเชิงอาชววิทยาและจิตวิทยาที่มุ่งเน้นไปที่การวิเคราะห์ ทำความเข้าใจผู้ยิงและเหยื่อผู้ถูกยิง แต่ยังมีจำนวนน้อยที่ศึกษาผลกระทบต่อบุคคลรอบตัวผู้ยิงและผู้ถูกยิง โดยเฉพาะในประเด็นสุขภาพจิต จากข้อมูลผู้ก่อเหตุยิงกันในโรงเรียนใน

สหรัฐอเมริกาซึ่งเกิดเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียนมากที่สุดประเทศหนึ่งของโลก¹ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (ค.ศ. 2009 - 2018) จากเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียน 179 เหตุการณ์พบว่าลักษณะของผู้ยิงหรือผู้ก่อเหตุ ส่วนใหญ่มีอายุ 15 - 19 ปี แต่ขณะเดียวกันก็พบว่าผู้ยิงวัยผู้ใหญ่ (อายุ 20 ปีขึ้นไป) ที่ไม่ใช่ นักเรียนในโรงเรียนมีแนวโน้มใช้อาวุธที่รุนแรงและมีผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตรุนแรงกว่า ส่วนผู้ยิงที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี พบร้อยละ 21.4 ของเหตุการณ์ทั้งหมด² ส่วนใหญ่ผู้ก่อเหตุเป็นผู้ใหญ่มากกว่านักเรียนในโรงเรียน³ การศึกษาบริบทของเหตุการณ์พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการยิงโดยมีเป้าหมายเฉพาะ โดยมีเพียงร้อยละ 11 ที่เป็นการกราดยิงแบบสุ่ม สถานที่เกิดเหตุส่วนใหญ่เป็นโรงเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และเกิดในโรงเรียนนอกเมืองมากกว่าในเมือง โดยผู้ก่อเหตุกราดยิงแบบสุ่มมีแนวโน้มฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ก่อเหตุที่มีเป้าหมายชัดเจน⁴

การศึกษาผลกระทบจากเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียน โดยเฉพาะผลกระทบด้านสุขภาพจิต พบว่า เด็กนักเรียนที่ผ่านเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียนมีโอกาสเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder; PTSD) และภาวะซึมเศร้า⁵⁻⁷ ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการพัฒนาไปเป็นโรค PTSD และโรคซึมเศร้ามากที่สุด ได้แก่ ระดับความใกล้ชิดกับเหตุการณ์ความรุนแรง เช่น ผู้รอดชีวิต หรือผู้เห็นเหตุการณ์ ส่วนปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่มีผลรองลงมา ได้แก่ เพศหญิง ความรู้สึกสูญเสียคนใกล้ชิด (loss) และประวัติการมีประสบการณ์ความรุนแรงในอดีต (past-traumatic experiences)^{5,6} ซึ่งส่งผลกระทบต่อเนื่องในระยะยาวได้⁸ อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาวิจัยในประเทศนี้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาภาวะเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) และภาวะซึมเศร้าหลังเหตุการณ์ความรุนแรงในโรงเรียน ในเด็กที่เรียนอยู่ในชั้นเรียนชั้นเดียวกับห้องเรียนที่เกิดเหตุการณ์ รวมถึงผลกระทบด้านความรู้สึกไม่ปลอดภัยในชีวิตและการมาโรงเรียนหลังเกิดเหตุการณ์ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยง PTSD และภาวะซึมเศร้า กับตัวแปรส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับ

ความใกล้ชิดกับเหตุการณ์ ความใกล้ชิดกับผู้ก่อเหตุและเหยื่อ ผู้เสียชีวิต และประวัติการมีประสบการณ์ความรุนแรงในอดีต

วิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพจิตของเด็กนักเรียนที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียน โดยการประเมินความเสี่ยง PTSD และภาวะซึมเศร้าของเด็กภายใน 5 เดือนหลังเกิดเหตุการณ์ โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต เลขที่ STY.IRB008/2563 ลงวันที่ 2 เมษายน 2563

ประชากรที่ศึกษา คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาระดับชั้นเดียวกับห้องเรียนที่เกิดเหตุการณ์ ซึ่งเป็นกลุ่มนักเรียนที่มีโอกาสเสี่ยงต่อผลกระทบด้านจิตใจจากเหตุดังกล่าว เนื่องจากอยู่ใกล้เคียงกับบริเวณที่เกิดเหตุมากที่สุด มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและประสบการณ์ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ทุกคนในห้องเรียนที่อยู่ชั้นเดียวกับห้องเรียนที่เกิดเหตุการณ์ จำนวน 214 คน โดยขอความยินยอมในการเก็บข้อมูลทั้งกับเด็กและผู้ปกครอง เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมดมี 178 คน คิดเป็นร้อยละ 83 ของประชากรทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเพื่อประเมินความเสี่ยง PTSD และภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นหลังผ่านเหตุการณ์ความรุนแรง อ้างอิงจากคู่มือการปฏิบัติงานที่ช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต กรมสุขภาพจิต⁹ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 2 ส่วน (1) ข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา การอยู่อาศัย และประวัติการประสบเหตุการณ์รุนแรงที่ผ่านมา (2) ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ยิงกัน ได้แก่ ระดับความใกล้ชิดกับเหตุการณ์ ระดับความสนิทสนมกับผู้ก่อเหตุและผู้เสียชีวิต และความรู้สึกต่อเหตุการณ์และโรงเรียน รวม 14 ข้อ โดยผู้วิจัยได้ทดลองใช้

ในเด็กวัยใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในเนื้อหาและภาษาของแบบประเมินก่อนนำไปใช้จริง

2) แบบสอบถามผลกระทบจากเหตุการณ์ภัยพิบัติสำหรับเด็ก (the children's revised impact of event scale; CRIES-13) พัฒนาขึ้นภายใต้โครงการช่วยเหลือนักเรียนที่ประสบภัยสึนามิ¹⁰ โดยแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ¹¹ เป็นแบบสอบถามที่ใช้คัดกรองอาการ PTSD ในเด็กและวัยรุ่น มี 13 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบตอบเอง (self-report) เพื่อประเมินอาการตนเองในช่วง 7 วัน คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย (0 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (1 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) และ บ่อย ๆ (5 คะแนน) คะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 65 คะแนน โดยจุดตัดที่ 25 คะแนนขึ้นไปหมายถึงมีความเสี่ยงต่อ PTSD แบบสอบถามมีค่าความไวร้อยละ 76 และค่าความจำเพาะร้อยละ 81

3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Thai version of the patient health questionnaire for adolescent; PHQ-A)¹² พัฒนาขึ้นจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ¹³ ใช้ในวัยรุ่นอายุ 11 - 20 ปี เป็นแบบประเมินประเภทตอบเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ โดยประเมินระดับความรุนแรงของอาการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย มีบางวัน มีมากกว่า 7 วัน และมีแทบทุกวัน มีค่าความเที่ยงตรงภายในระดับดีมาก (alpha coefficient = 0.92) ค่าความไวร้อยละ 76 และค่าความจำเพาะร้อยละ 81 โดยในการวิจัยครั้งนี้ใช้จุดตัดที่ 10 คะแนนขึ้นไปหมายถึงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

การเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ผู้วิจัยดำเนินการประสานจากโรงเรียนและครูประจำชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ทุกห้องเรียนเพื่อขอเก็บข้อมูลในโรงเรียน 2) ชี้แจงโครงการวิจัยและขอความยินยอมจากเด็กและผู้ปกครองผ่านทางครูประจำชั้นและเอกสารชี้แจงโครงการ หลังจากนั้นครูประจำชั้นรวบรวมเอกสารยินยอม แจ้งรายชื่อเด็กที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ และนัดหมายวันเวลาในการเข้าเก็บข้อมูลวิจัย 3) เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างพร้อมกันทั้งหมดในห้องประชุมของโรงเรียน

โดยก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงและตอบข้อซักถามของกลุ่มตัวอย่าง กระบวนการขั้นตอนในการเก็บข้อมูล และแนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีพบกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต

ในวันที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงโครงการ วัตถุประสงค์ และแนวทางการตอบแบบประเมินกับกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง รวมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างซึ่งสามารถปฏิเสธไม่ตอบคำถามหรือยุติการทำแบบประเมินได้ หากรู้สึกไม่สบายใจโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการเรียนหรือการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในอนาคต พร้อมเปิดโอกาสให้เด็กซักถาม จากนั้นจัดกลุ่มเด็กเป็นรายห้องโดยมีผู้ช่วยวิจัยประจำกลุ่มเพื่อให้เด็กตอบแบบประเมินอย่างอิสระและตอบข้อซักถามกรณีที่เด็กมีปัญหาเรื่องการอ่าน ทีมวิจัยอ่านข้อคำถามให้เด็กฟังและให้ตอบอย่างอิสระ ใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 10 นาทีต่อคน หลังจากเด็กทุกคนทำแบบประเมินเสร็จ ทีมผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมกลุ่มเสริมสร้างทักษะการดูแลจิตใจเพื่อส่งเสริมทักษะในการดูแลจิตใจตนเองที่เหมาะสมตามวัย

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ เพื่อแสดงขนาดของปัญหาสุขภาพจิต PTSD และภาวะซึมเศร้า รวมถึงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ประวัติการประสบเหตุการณ์ความรุนแรงในอดีต ระดับความใกล้ชิดกับเหตุการณ์ ความสัมพันธ์กับผู้ก่อเหตุ และความสัมพันธ์กับเหยื่อ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยง PTSD และภาวะซึมเศร้า กับตัวแปรส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ประวัติการประสบเหตุการณ์ความรุนแรงในอดีต ระดับความใกล้ชิดกับเหตุการณ์ ความสัมพันธ์กับผู้ก่อเหตุ และความสัมพันธ์กับเหยื่อ ด้วยสถิติ chi-square และแสดงระดับความสัมพันธ์ด้วย odds ratio

ผล

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 178 คน มีเพศชายและหญิงจำนวนใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่อายุ 13 ปี (ร้อยละ 73.6) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.2) อาศัยอยู่กับบิดามารดา (ร้อยละ 65.8) และส่วนใหญ่มีเพื่อนสนิท และผู้ใหญ่ที่ใกล้ชิด

ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง (ตารางที่ 1) พบว่า หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 33.7) เคยมีประสบการณ์ความรุนแรงในอดีต แต่ส่วนใหญ่ไม่เคยประสบเหตุการณ์ความรุนแรงในโรงเรียน (ร้อยละ 94.4) มีเด็กที่อยู่ห้องเดียวกับผู้ก่อเหตุและผู้เสียชีวิต 40 คน (ร้อยละ 22.5) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เห็นเหตุการณ์แต่ได้ยินเสียงปืนและเสียงหวีดร้อง (ร้อยละ 64) ความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์ความรุนแรงในโรงเรียนในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างรู้สึกตกใจมากที่สุด (ร้อยละ 86.5) รองลงมา รู้สึกกลัว (ร้อยละ 50) และรู้สึกเสียใจ (ร้อยละ 44.9) หลังจากเกิดเหตุการณ์ กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งคิดว่าชีวิตตนเองตกอยู่ในอันตราย (ร้อยละ 44.9) และไม่อยากไปโรงเรียน (ร้อยละ 48.3)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยง PTSD และภาวะซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยง PTSD (CRIES-13 $\geq$ 25) มี 48 คน คิดเป็นร้อยละ 27 ของทั้งหมด โดยมี 1 ราย (ร้อยละ 3.3) ที่ได้รับการวินิจฉัยยืนยันเป็น PTSD และเข้ารับการบำบัดรักษา เป็นเด็กหญิง อยู่ห้องเรียนติดกันเห็นเหตุการณ์ตอนเพื่อนถูกยิง และไม่มีประวัติภาวะซึมเศร้าเดิม กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า (PHQ-A $\geq$ 10) มี 18 คน คิดเป็นร้อยละ 10.1 ของทั้งหมด ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงทั้ง PTSD และภาวะซึมเศร้า มี 11 คน คิดเป็นร้อยละ 6.2 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ร้อยละ 61.1 ของกลุ่มที่มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยง PTSD ร่วมด้วย (ตารางที่ 2) ความเสี่ยง PTSD กับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้ามีโอกาสเสี่ยง PTSD มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าประมาณ 5 เท่า (OR = 5.2; 95% CI = 1.9 - 14.4)

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง PTSD กับปัจจัยส่วนบุคคล

จากตารางที่ 3 พบว่า ไม่มีปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการมีความเสี่ยง PTSD อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การมีเพื่อนและผู้ใหญ่ที่สนิท ไม่สัมพันธ์กับความเสี่ยง PTSD

จากตารางที่ 4 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีประสบการณ์

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ความรุนแรง (n = 178)

ปัจจัยเกี่ยวกับเหตุการณ์ความรุนแรง		ความถี่	ร้อยละ
ประวัติเกี่ยวกับความรุนแรง			
- มีประสบการณ์ความรุนแรงในอดีต	ไม่เคย	118	66.3
	เคย	60	33.7
	ไม่เคย	168	94.4
	เคย	10	5.6
เหตุการณ์ยังกั้นในโรงเรียน			
- ระดับความใกล้ชิดกับเหตุการณ์	ไม่อยู่ในโรงเรียน	2	1.1
	เห็นเหตุการณ์ยังกั้น	30	16.9
	เห็นผู้บาดเจ็บขณะเคลื่อนย้าย	27	15.2
	ไม่เห็นเหตุการณ์ แต่ได้ยินเสียงปืน เสียงกรีดร้อง	114	64.0
	ไม่เห็นเหตุการณ์หรือได้ยินเสียงปืน รู้ข่าวจากคนอื่นหรือสื่อ	5	2.8
	ห้องเรียนเดียวกันกับผู้ก่อเหตุและผู้เสียชีวิต	40	22.5
	ห้องเรียนอื่นที่อยู่ในชั้นเดียวกันกับห้องที่เกิดเหตุ	138	77.5
	สนิทกับผู้เสียชีวิต	111	62.4
	ใช่	67	37.6
	สนิทกับผู้ก่อเหตุ	120	67.4
- ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	ใช่	58	32.6
	กลัว	89	50.0
	ตื่นเต้น	20	11.2
	ตกใจ	154	86.5
	เศร้า	56	31.5
	เสียใจ	80	44.9
	โกรธ	23	12.9
	เครียด	40	22.5
	คิดว่าชีวิตตัวเองตกอยู่ในอันตราย	98	55.1
	ใช่	80	44.9
- อยากไปโรงเรียนหลังเหตุการณ์	อยากไป	92	51.7
	ไม่อยากไป	86	48.3

ตารางที่ 2 ความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเสี่ยง PTSD และภาวะซึมเศร้า

	ความเสี่ยงของอาการ PTSD (CRIES-13 $\geq$ 25)			
	ไม่มีความเสี่ยง (n = 130)		มีความเสี่ยง (n = 48)	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
ภาวะซึมเศร้า (PHQ-A $\geq$ 10)				
ไม่มีความเสี่ยง (n = 160)	123	76.9	37	23.1
มีความเสี่ยง (n = 18)	7	38.9	11	61.1

ความรุนแรงในอดีต เพิ่มความเสี่ยง 4 เท่า และความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต เพิ่มความเสี่ยง 3 เท่า

วิจารณ์

หลังจากเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียนผ่านไป 5 เดือน ประมาณ 1 ใน 4 ของนักเรียนในระดับชั้นเรียนเดียวกันมีความเสี่ยงต่อ PTSD และ 1 ใน 10 มีภาวะซึมเศร้า ในขณะที่เกือบครึ่งหนึ่งคิดว่าชีวิตตนเองตกอยู่ในอันตรายและไม่อยากไปโรงเรียน สะท้อนถึงความรู้สึกไม่ปลอดภัย มีภาวะเครียดกลัว วิตกกังวล โดยร้อยละ 6.2 ของกลุ่มตัวอย่างความเสี่ยงทั้งภาวะ PTSD และภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาล้องกับการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับผลกระทบทางสุขภาพจิตภายหลังเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียนที่พบว่า หลังเหตุการณ์ความรุนแรงแบบหมู่ พบภาวะ PTSD และภาวะซึมเศร้ามากที่สุด^{6,14,15} ความชุกของภาวะ PTSD จากการศึกษานี้ในประเทศพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 3 - 91 อาจเนื่องมาจากความ

แตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง ช่วงอายุที่เกิดเหตุ ระยะเวลาในการศึกษา และเครื่องมือที่ใช้ประเมิน¹⁶ ซึ่งส่วนใหญ่เหตุการณ์เกิดที่สหรัฐอเมริกา สำหรับเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียนที่เคยมีรายงานในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบว่า เกิดที่ฟิลิปปินส์ 1 ครั้งในปี ค.ศ. 1999 และที่ประเทศไทย 1 ครั้งในปี ค.ศ. 2003¹⁷ แม้ในการศึกษานี้ไม่สามารถระบุความชุกของโรคที่ชัดเจนได้เนื่องจากข้อจำกัดของเครื่องมือ แต่ผลการศึกษาสะท้อนถึงแนวโน้มของขนาดปัญหาสุขภาพจิตของเด็กหลังเผชิญเหตุการณ์

การศึกษาที่ติดตามเด็กที่เผชิญเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียนในระยะยาวพบว่า โดยทั่วไปอาการ PTSD และปัญหาสุขภาพจิตจะค่อย ๆ ดีขึ้นและผู้ประสบเหตุการณ์จะค่อย ๆ กลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ แต่ก็ยังมีจำนวนหนึ่งที่มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องแม้เหตุการณ์จะผ่านไปเป็นปี¹⁸ และจำเป็นต้องได้รับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ¹⁹⁻²¹ จึงควรมีการติดตามผู้ได้รับผลกระทบอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อ

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ PTSD

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความเสี่ยง PTSD				OR	95% CI of OR	chi-square	p-value
	ไม่มี n = 130		มี n = 48					
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ				
เพศ					1.5	0.8 - 2.9	1.3	.25
ชาย (n = 83)	64	77.1	19	22.9				
หญิง (n = 95)	66	69.5	29	30.5				
ประสบการณ์รุนแรงในอดีต					1.6	0.8 - 3.2	1.9	.17
ไม่เคย (n = 118)	90	76.3	28	118				
เคย (n = 60)	40	66.7	20	33.3				
ความใกล้ชิดกับเหตุการณ์					1.8	0.9 - 3.6	2.8	.94
ไม่เห็นเหตุการณ์ (n = 121)	93	76.9	28	23.1				
เห็นเหตุการณ์/เห็นผู้บาดเจ็บ (n = 57)	37	64.9	20	27.0				
สนิทกับผู้เสียชีวิต					1.4	0.7 - 2.8	1.0	.31
ไม่ใช่ (n = 111)	84	75.7	27	24.3				
ใช่ (n = 67)	46	68.7	21	31.3				
สนิทกับผู้ก่อเหตุ					1.5	0.8 - 3.1	1.5	.23
ไม่ใช่ (n = 120)	91	75.8	29	24.2				
ใช่ (n = 58)	39	67.2	19	32.8				

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะซึมเศร้า				OR	95% CI of OR	chi-square	p-value
	ไม่มี (n = 160)		มี (n = 18)					
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ				
เพศ					2.5	0.8 - 7.2	2.9	.91
ชาย (n = 83)	78	94	5	6.0				
หญิง (n = 95)	82	86.3	13	13.7				
ประสบการณ์รุนแรงในอดีต					4.7	1.7 - 13.2	9.7	.00*
ไม่เคย (n = 118)	112	94.9	6	5.1				
เคย (n = 60)	48	80.0	12	20.0				
ความใกล้ชิดกับเหตุการณ์					1.1	0.4 - 3.0	0.02	.90
ไม่เห็นเหตุการณ์ (n = 121)	109	90.1	12	9.9				
เห็นเหตุการณ์/เห็นผู้บาดเจ็บ (n = 57)	51	89.5	6	10.5				
สนิทกับผู้เสียชีวิต					2.9	1.1 - 7.9	4.7	.03
ไม่ใช่ (n = 111)	104	93.7	7	6.3				
ใช่ (n = 67)	56	83.6	11	16.4				
สนิทกับผู้ก่อเหตุ					1.4	0.5 - 3.7	0.4	.55
ไม่ใช่ (n = 120)	109	90.8	11	9.2				
ใช่ (n = 58)	51	87.9	7	12.1				

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $< .001$

ประเมินซ้ำและให้การช่วยเหลือทางจิตใจอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ในการศึกษานี้พบตัวอย่าง 1 รายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น PTSD และได้รับการส่งต่อและรักษาต่อเนื่องโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้ามีโอกาสที่จะมีความเสี่ยง PTSD ประมาณ 5 เท่า แสดงถึงความเชื่อมโยงของการเกิด PTSD ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าเดิม สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติซึมเศร้าอยู่เดิม มีความเสี่ยงที่จะพัฒนาเป็น PTSD หลังเผชิญเหตุการณ์ยิ่งกัน^{14,20} นอกจากนี้ยังพบว่า การมีประสบการณ์ความรุนแรงในอดีตและความสนิทกับเหยื่อผู้เสียชีวิต มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ การมีประวัติปัญหาสุขภาพจิตเดิมเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงขึ้นหลังประสบเหตุการณ์ยิ่งกันในโรงเรียน^{6,14,19,21,22}

การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยง PTSD กับปัจจัยด้านเพศ การเห็นเหตุการณ์ ความสัมพันธ์กับผู้ก่อเหตุ ความสัมพันธ์กับเหยื่อ และประสบการณ์ความรุนแรงในอดีต ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งมักพบปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ เพศหญิง และความใกล้ชิดกับเหตุการณ์^{14,15,23,24} รวมถึงปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็น การอยู่กับครอบครัว การมีเพื่อนสนิท และมีผู้ใหญ่ที่สนิท^{20,23,24} อาจเป็นไปได้ว่านักเรียนทั้งหมด ได้รับการกระบวนการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจจากทีมสุขภาพจิตหลังเกิดเหตุในทันที ทำให้ผลกระทบไม่มีความรุนแรงมากเมื่อระยะเวลาผ่านไป 5 เดือน และการวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะในเด็กที่ประสบเหตุการณ์ ทำให้มีขนาดน้อยเกินไปที่จะสรุปประเด็นปัจจัยเสี่ยงต่อ PTSD

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ มีดังนี้ 1) เนื่องจาก CRIES-13 เป็นเครื่องมือที่ถูกพัฒนาขึ้นจากเหตุการณ์สึนามิ

ซึ่งเป็นภัยธรรมชาติ มีอาการแสดงต่างจากเหตุการณ์ความรุนแรงในบางข้อ อาจมีผลต่อความไวในการประเมินระดับอาการที่ไม่รุนแรง อาจเป็นโจทย์วิจัยเพื่อหาความสอดคล้องของเครื่องมือต่อไป 2) การวิจัยนี้เก็บข้อมูลหลังเหตุการณ์ผ่านไป 5 เดือน เนื่องจากระยะเวลาการขอรับรองจริยธรรมการวิจัย ทำให้ไม่สามารถแยกแยะได้ว่าปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนการเกิดเหตุการณ์อยู่แล้ว หรือเป็นผลกระทบจากเหตุการณ์โดยตรง 3) เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการประเมินหลังได้มีการให้กระบวนการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจสำหรับนักเรียนอย่างต่อเนื่องโดยทีมกรมสุขภาพจิต ตั้งแต่เกิดเหตุการณ์ในเดือนที่ 1 ซึ่งโดยจริยธรรมการวิจัยต้องคำนึงถึงการให้การช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างก่อน จึงอาจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อผลการศึกษาได้

สรุป

ประมาณ 1 ใน 4 ของนักเรียนในชั้นเรียนเดียวกับเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียนมีความเสี่ยง PTSD ประมาณ 1 ใน 10 มีภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 6.2 มีความเสี่ยงทั้งภาวะอาการ PTSD และภาวะซึมเศร้า การมีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าเพิ่มโอกาสความเสี่ยง PTSD ประมาณ 5 เท่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังเผชิญเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียน ได้แก่ การมีประสบการณ์ความรุนแรงในอดีต และความสนิทกับเหยื่อผู้เสียชีวิต ผลการศึกษาสามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนาแนวทางการคัดกรองและประเมินเด็กกลุ่มเสี่ยง และการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจตามระดับของความเสี่ยง เพื่อลดผลกระทบด้านสุขภาพจิตจากเหตุการณ์ความรุนแรงในโรงเรียน การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาลงลึกในรูปแบบการช่วยเหลือและบำบัดทางจิตใจ และติดตามกลุ่มเสี่ยง PTSD ภาวะซึมเศร้า และผลกระทบด้านสุขภาพจิตอื่น ๆ ในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- Walker C. 10 years 180 school shootings 356 victims [internet]. Atlanta: Cable News Network; 2019 [cited 2019 Jan 12]. Available from: <https://edition.cnn.com/interactive/2019/07/us/ten-years-of-school-shootings-trnd/#storystart>
- Livingston MD, Rossheim ME, Hall KS. A descriptive analysis of school and school shooter characteristics and the severity of school shootings in the United States, 1999-2018. *J Adolesc Health*. 2019;64: 797-99. doi:10.1016/j.jadohealth.2018.12.006.
- Brown JD, Goodin AJ. Mass casualty shooting venues, types of firearms, and age of perpetrators in the United States, 1982-2018. *Am J Public Health*. 2018;108(10):1385-7. doi:10.2105/AJPH.2018.304584.
- Shultz JM, Cohen AM, Muschert GW, Flores de Apodaca R. Fatal school shootings and the epidemiological context of firearm mortality in the United States. *Disaster Health*. 2013;1(2):84-101. doi:10.4161/dish.26897.
- Boffa JW, Norr AM, Raines AM, Albanese BJ, Short NA, Schmidt NB. Anxiety sensitivity prospectively predicts posttraumatic stress symptoms following a campus shooting. *Behav Ther*. 2016;47(3):367-76. doi:10.1016/j.beth.2016.02.006.
- Lowe SR, Galea S. The mental health consequences of mass shootings. *Trauma Violence Abuse*. 2017;18(1):62-82. doi:10.1177/1524838015591572.
- Travers A, McDonagh T, Elklit A. Youth responses to school shootings: a review. *Curr Psychiatry Rep*. 2018;20(6):47. doi:10.1007/s11920-018-0903-1.
- Curry V. Thurston High School. *Journal of School Violence*. 2003;2(3):93-120. doi:10.1300/J202v02n03_06.

9. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงาน ทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2561 [Mental health crisis assessment and treatment team: MCATT]. นนทบุรี: ปิยอนด์พับลิชชิง; 2561.
10. พนม เกตุมาน, วินัดดา ปิยะศิลป์. ความผิดปกติทางจิตใจ ภายหลังภัยอันตราย (PTSD) ในเด็กและวัยรุ่นที่ประสบ ภัยพิบัติทางธรรมชาติ : การเรียนรู้จากโครงการช่วยเหลือ นักเรียนที่ประสบภัยสึนามิ 5 ปีในโรงเรียน อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา [Posttraumatic stress disorder in children and adolescents : lesson learned from 5-year psychosocial intervention program for schools in Takuapa after Tsunami]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2552;54(ฉบับผนวก 1):81S-106S.
11. Weiss DS, Marmar CR. The impact of event scale— revised. In: Wilson JP, Keane TM, editor. Assessing psychological trauma and PTSD. New York: Guilford Press; 1991. p. 399-411.
12. วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน, โชษิตา ภาวสุทธิพิศุทธิ์, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล. รายงานการวิจัย เรื่องการพัฒนาแบบประเมิน ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น [Development of the Thai version of the patient health questionnaire for adolescents (PHQ-A)]. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต; 2561.
13. Johnson JG, Harris ES, Spitzer RL, Williams JBW. The patient health questionnaire for adolescents: validation of an instruments for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. J Adolesc Health. 2002;30(3):196-204. doi:10.1016/s1054-139x(01)00333-0.
14. Cimolai V, Schmitz J, Sood AB. Effects of mass shootings on the mental health of children and adolescents. Curr. Psychiatry Rep. 2021;23(3):12. doi:10.1007/s11920-021-01222-2.
15. Norris FH. Impact of mass shootings on survivors, families, and communities. PTSD Research Quarterly. 2007;18(3):1-6.
16. Sarah R, Lowe G, Sandro G. The mental health consequences of mass shootings. Trauma Violence Abuse. 2017;18(1):62-82. doi:10.1177/1524838015591572.
17. World Population Review. School shootings by country 2021. Walnut CA; 2021 [cited 2021 Sep 20]. Available from: <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/school-shootings-by-country>
18. Miron LR, Orcutt HK, Kumpula MJ. Differential predictors of transient stress versus posttraumatic stress disorder: evaluating risk following targeted mass violence. Behav Ther. 2014;45(6):791-805. doi:10.1016/j.beth.2014.07.005.
19. Nader K, Pynoos R, Fairbanks L, Frederick C. Children's PTSD reactions one year after a sniper attack at their school. Am J Psychiatry. 1990;147(11):1526-30. doi:10.1176/ajp.147.11.1526.
20. North CS, Smith EM, Spitznagel EL. Posttraumatic stress disorder in survivors of a mass shooting. Am J Psychiatry. 1994;151(1):82-8. doi:10.1176/ajp.151.1.82.
21. North CS, Smith EM, Spitznagel EL. One-year follow-up of survivors of a mass shooting. Am J Psychiatry. 1997;154(12):1696-702. doi:10.1176/ajp.154.12.1696.
22. Trappler B, Friedman S. Posttraumatic stress disorder in survivors of the Brooklyn Bridge shoot-ing. Am J Psychiatry. 1996;153(5):705-7. doi:10.1176/ajp.153.5.705.
23. Orcutt HK, Miron LR, Seligowski AV. Impact of mass shootings on individual adjustment. PTSD Research Quarterly. 2014;25(3):1-9.
24. Suomalainen L, Haravuori H, Berg N, Kiviruusu O, Marttunen M. A controlled follow-up study of adolescents exposed to a school shooting – psychological consequences after four months. Eur Psychiatry. 2011;26(8):490-7. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.07.007.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมอบรมออนไลน์ โดยอิงแนวปฏิบัติโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นสำหรับแพทย์ในเขตสุขภาพที่ 10

วันรับ : 5 กรกฎาคม 2564

วันแก้ไข : 24 พฤศจิกายน 2564

วันตอบรับ : 25 พฤศจิกายน 2564

วิริย์อร จุมพระบุตร, พ.บ., เกษราภรณ์ เคนบุปผา, พร.ด.,

สาวิตรี พลະบุตร, พย.ม.

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมอบรมออนไลน์โดยอิงแนวปฏิบัติโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นสำหรับแพทย์ในเขตสุขภาพที่ 10

วิธีการ : การวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1) ขั้นพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย การวิเคราะห์สภาพปัญหา จัดสร้างต้นแบบ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ทดลองใช้ และปรับปรุงต้นแบบโปรแกรม และ 2) ขั้นทดสอบประสิทธิผลโปรแกรม อบรมแบบกลุ่มเดียววัดสองครั้ง (one group pretest-posttest design) ประเมินความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติงาน โดยใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น วิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรม 4 สัปดาห์ด้วยสถิติ paired t-test

ผล : ต้นร่างโปรแกรมและเครื่องมือประเมินผลมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.95 และ 0.92 ตามลำดับ รูปแบบโปรแกรมใช้เวลา 2 ชั่วโมง 40 นาที มี 10 หน่วยการเรียนรู้ อบรม 1 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการอบรมจำนวน 22 คน อายุเฉลี่ย 31.9 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.5) ส่วนใหญ่เป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (ร้อยละ 72.7) และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 86.4) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 14.3 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.8) ก่อนการอบรม เป็น 16.4 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.2) หลังการอบรม หลังการอบรมพบว่า ร้อยละ 59.1 ของกลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในระดับมากที่สุดเกี่ยวกับการตัดสินใจส่งต่อผู้เชี่ยวชาญหากอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้นหรือมีปัญหาที่ซับซ้อน

สรุป : โปรแกรมอบรมออนไลน์ฯ ช่วยให้แพทย์มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น และสามารถนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้จริงในพื้นที่

คำสำคัญ : การอบรม โปรแกรมออนไลน์ แพทย์ ภาวะซึมเศร้า วัยรุ่น

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

Original article

Development and effectiveness of an online training program based on adolescent depression guidelines for physicians in the 10th public health region

Received : 5 July 2021

Revised : 24 November 2021

Accepted : 24 November 2021

Wireeon Joomprabutra, M.D., Kedsaraporn Kenbubpha, Ph.D.,

Sawitree Palabut, M.N.S.

Prasimahabhodi Psychiatric Hospital, Department of Mental Health

Abstract

Objective: To develop and test the effectiveness of an online training program based on adolescent depression guidelines for physicians in the 10th public health region.

Methods: This study employed two-phases of research and development design; 1) the program development consisting of situation analysis, development of innovative program prototypes, content validity assessment, pilot test, and initial revision, and 2) effectiveness evaluation of the program by using a single-group pretest-posttest design. Knowledge and level of confidence in clinical practices were scored by using an assessment tool developed by researchers. Data were analyzed by using frequency, percentage, and mean with standard deviation. Knowledge scores before and four months after attending the program were compared using paired t-test.

Results: The content validity indices of the online training program and assessment tool were 0.95 and 0.92, respectively. The online program consisting of 10 learning units was delivered two hours and forty minutes in one session. A total of 22 participants (mean age 31.9 ± 7.5 years) attended the program. Most were general physicians (72.7%) and worked in public hospitals (86.4%). Participants' knowledge score after the program (mean = 16.4 ± 2.2) was significantly higher than that before the program (mean = 14.3 ± 1.8). Approximately 59.1% of participants reported that they were highly confident in referring patients with severe depression to psychiatrists.

Conclusion: The online training program increased understanding of caring for adolescents with depression and could be applied in clinical practices in the public health region.

Keywords: adolescents, depression, online training program, physicians

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

ความรู้เดิม : แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า พ.ศ. 2561 สามารถนำไปใช้ได้จริงในชุมชน

ความรู้ใหม่ : แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า พ.ศ. 2561 สามารถนำไปใช้ได้จริงในชุมชน โดยถ่ายทอดการเรียนรู้แบบออนไลน์ได้

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : งานวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบสำหรับการพัฒนาโปรแกรมการอบรมแพทย์ทั่วไปให้สามารถประเมิน วินิจฉัยและให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของแพทย์ทั่วไป รวมทั้งสามารถนำไปใช้ในการทำงานได้จริง

บทนำ

ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญในวัยรุ่นและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹⁻⁴ ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุอันดับสองของการสูญเสียสุขภาพ (DALYs) ในกลุ่มวัยรุ่น³ หากวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม อาจเกิดปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อนและครอบครัว ปัญหาการเรียน พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ขับรถโดยประมาทและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ปัญหาจิตเวชอื่น ๆ เช่น ติดสารเสพติด มีความคิดอยากตาย ทำร้ายตนเอง และฆ่าตัวตาย และกลายเป็นผู้ใหญ่ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า¹⁻⁴

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในประเทศไทยพบที่ร้อยละ 3.8 - 40.8^{5,6} การสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้า ในวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งประกอบไปด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร เมื่อ พ.ศ. 2562 พบที่ร้อยละ 11.9 - 12.3 และพบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าชายถึง 48 เท่า^{7,8} เมื่อคำนวณจากฐานประชากรกลางปีในเขตสุขภาพที่ 10 คาดการณ์ว่ามีวัยรุ่นอายุ 13 - 15 ปีถึง 23,630 คนที่มีภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม พบอัตราการเข้าถึงบริการของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเพียงร้อยละ 4.1⁹ แสดงว่าอาจมีผู้ป่วยวัยรุ่นเกือบ 23,000 คนที่ยังไม่ได้รับการรักษา

อย่างเหมาะสม อาจเกิดจากผู้ปกครองขาดความรู้ความเข้าใจ ในอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นที่แตกต่างจากอาการของผู้ใหญ่ หรือแพทย์ด่านหน้าทั่วไปที่ไม่ใช่จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นอาจไม่มั่นใจในการวินิจฉัยและบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น

เพื่อให้การเฝ้าระวัง ป้องกัน และดูแลบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในระดับพื้นที่มีความเข้มแข็งเพิ่มขึ้น แพทย์ด่านหน้าจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในโรคนี้อย่างถูกต้อง โดยอาศัยองค์ความรู้ที่เป็นมาตรฐาน แต่ปัจจุบันสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้มีข้อจำกัดในการอบรมแบบปกติ (on-site) อีกทั้งมีหลายการศึกษายืนยันว่าการจัดอบรมแนวปฏิบัติทางคลินิกต่าง ๆ ทางออนไลน์มีประสิทธิภาพเทียบเท่าการจัดอบรมแบบปกติ โดยเฉพาะหากจัดเนื้อหาการเรียนรู้เป็นแบบหน่วยการเรียนรู้จะเอื้อให้เข้าใจแนวปฏิบัติได้เพิ่มขึ้น¹⁰⁻¹² คณะผู้วิจัยจึงนำแนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า พ.ศ. 2561 ที่พัฒนาโดยราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์¹³ มาพัฒนาเป็นหลักสูตรหน่วยการเรียนรู้แบบออนไลน์สำหรับฝึกอบรมแพทย์ทั่วไป ให้สามารถดูแลรักษาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในหน่วยงานได้อย่างมีคุณภาพ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมอบรมออนไลน์ดังกล่าวในแพทย์ทั่วไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10

วิธีการ

ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (research and development design) แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมอบรมออนไลน์เรื่องแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ปี พ.ศ. 2561 ดำเนินการ 6 ขั้นตอน ได้แก่

1.1 ศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหาาระบบบริการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 10 (need analysis) โดยศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า (CPG depression in adolescent) พ.ศ. 2561 ในพื้นที่นำร่อง อำเภอลำลูกกา

จังหวัดยโสธร ในกลุ่มอาสาสมัครจำนวน 47 คน ประกอบด้วย บุคลากรทางการศึกษา บุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และโรงพยาบาลชุมชน เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ทั้งการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหาของระบบบริการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในเขตพื้นที่¹⁴

1.2. ออกแบบและพัฒนานวัตกรรมต้นแบบโปรแกรมอบรมออนไลน์เรื่องแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า พ.ศ. 2561 โดยนำผลสรุปและข้อเสนอแนะที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาออกแบบและพัฒนาเป็นต้นแบบโปรแกรมอบรมออนไลน์เรื่องแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า พ.ศ. 2561

1.3 จัดสร้างต้นแบบและพัฒนาต้นร่างองค์ประกอบของโปรแกรมอบรมออนไลน์เรื่องแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า พ.ศ. 2561 ประกอบด้วย 6 หน่วยการเรียนรู้ ได้แก่ 1) ความสำคัญของปัญหาภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น 2) การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น 3) การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น 4) การรักษาโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น 5) การส่งเสริมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และ 6) สรุป algorithm การดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า กระบวนการพัฒนาเนื้อหาโปรแกรมอบรมออนไลน์ฯ ได้ออกแบบให้เป็น active learning model¹⁵ โดยกระตุ้นให้เห็นความจำเป็นของการเรียน เริ่มต้นจากการศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหาของระบบบริการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในเขตพื้นที่¹⁴ และนำมากำหนดเป็นหน่วยการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติทางคลินิกและความต้องการของพื้นที่ และเพิ่มเติมเนื้อหาที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้อบรม รูปแบบการอบรม กำหนดจำนวนผู้เข้าอบรมไม่เกิน 10 คน ต่อรอบ เพื่อกระตุ้นให้มีการพูดคุยโต้ตอบอย่างทั่วถึง มีการนำเสนอและวิเคราะห์กรณีศึกษาที่พบเพื่อให้เกิดบรรยากาศของการเรียนรู้ มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ (ตามรายละเอียดหลักสูตร) เปิดโอกาสให้มีช่องทางการปรึกษา

ทั้งในและนอกช่วงเวลาอบรม และมีการสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ (learning community) ผ่านทางกลุ่มไลน์¹⁵⁻¹⁷ การอบรมใช้รูปแบบการประชุมทางไกลผ่านระบบวิดีโอ (video conference) ด้วยเครื่องมือ Zoom (Zoom meeting)

1.4 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index; CVI) ของต้นแบบโปรแกรมอบรมออนไลน์ฯ จากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่นจำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 4 คน และจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นที่เป็นคณะทำงานในการพัฒนาแนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า พ.ศ. 2561 จำนวน 1 คน ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.95 อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้^{18,19}

1.5 ปรับปรุงต้นแบบโปรแกรมอบรมออนไลน์ฯ ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญจากการทดสอบความตรงตามเนื้อหา ให้สอดคล้องกับการปฏิบัติจริงของโรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 10

1.6 นำต้นแบบโปรแกรมอบรมออนไลน์ฯ ที่ผ่านการปรับปรุงไปทดลองใช้กับกลุ่มแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 5 คน นำผลการทดสอบเบื้องต้นมาปรับปรุงโปรแกรมอบรมออนไลน์ฯ ให้สอดคล้องและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

ระยะที่ 2 การทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมอบรมออนไลน์เรื่องแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า พ.ศ. 2561 ดำเนินการ 3 ขั้นตอน ได้แก่

2.1 ทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมอบรมออนไลน์ฯ (effectiveness testing) โดยใช้รูปแบบการศึกษแบบกลุ่มเดียววัดสองครั้ง (one group pretest-posttest design)

ประมาณการขนาดตัวอย่างโดยกำหนดค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้จากการทดสอบนำร่องในขั้นตอนที่ 1.6 เท่ากับ 12.3 คะแนน และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.0 ค่า difference เท่ากับ 9.0 กำหนดค่าทางสถิติ effect size $d = 1.36$, $\alpha = 0.05$, $\beta = 0.95$ ได้จำนวนตัวอย่างอย่างน้อย 10 คน²⁰ และการกำหนดขนาดตัวอย่างในงานวิจัยเพื่อทดสอบ

ประสิทธิผลของโปรแกรม ควรมีจำนวนระหว่าง 10 - 40 คน²¹ ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงใช้การสุ่มตัวอย่างแบบพื้นที่ (cluster sampling) โดยกำหนดให้มีแพทย์จากทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 จังหวัดละ 2 - 5 คน มีผู้สนใจเข้าร่วมทั้งสิ้น 22 คน เกณฑ์คัดเข้าได้แก่ เป็นแพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เฉพาะทางที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นอายุ 11 - 21 ปี ปฏิบัติงานในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2563 ถึง 31 มีนาคม 2564 และสนใจเข้าร่วมงานวิจัย เกณฑ์คัดออกได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการศึกษาเนื่องจากการเจ็บป่วยหรือการย้ายสถานที่ทำงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะโรคซึมเศร้าในพื้นที่ แบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการทบทวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลวัยรุ่นของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และตำแหน่ง ลักษณะของคำถามเป็นแบบเลือกตอบและ/หรือเติมคำลงในช่องว่างที่กำหนด ส่วนที่ 2 เป็นความคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่มีต่อเอกสารแนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า และส่วนที่ 3 เป็นแบบประเมินความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาเอกสารแนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ลักษณะคำถามเป็นแบบกาเครื่องหมายถูกหรือผิดหน้าข้อความ จำนวน 20 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน คะแนนเต็ม 20 คะแนน และแบบประเมินกรณีศึกษาการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยประเมินความถูกต้องของการวินิจฉัย ระดับความรุนแรงของอาการ ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย โรคร่วมที่พบ การเลือกใช้ยาพร้อมเหตุผล การวางแผนการรักษา และการส่งต่อ โดยผู้วิจัยหลักเป็นผู้ประเมินและมีเกณฑ์ให้คะแนนในภาพรวมตั้งแต่ 0 - 10 คะแนน แบบสอบถามทั้งฉบับผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 คน มีค่าเท่ากับ 0.92 อยู่ในระดับที่น่าเชื่อถือ^{18,19}

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบการแจกแจงปกติด้วยสถิติ one-sample

Kolmogorov-Smirnov test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังอบรมด้วยสถิติ paired t-test

2.2 พัฒนาโปรแกรมขั้นสุดท้าย (final revision) ปรับปรุงโปรแกรมขั้นสุดท้ายหลังการวิเคราะห์และประเมินผล ในขั้นตอนที่ 2.1 เกี่ยวกับเนื้อหาและกิจกรรม เพื่อทำให้เกิดความชัดเจน เข้าใจง่าย และเป็นไปได้ในทางปฏิบัติมากขึ้น

2.3 การพัฒนาวิธีถ่ายทอดและขยายผลโปรแกรม นำผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้มาพัฒนาวิธีการถ่ายทอดและขยายผลโปรแกรมการอบรมไปยังแพทย์ที่ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพ รวมทั้งติดตามประเมินผลจากแพทย์ที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการนำไปประยุกต์ใช้ในบำบัดรักษาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ช่องทางการสื่อสารทางไลน์กลุ่มที่มีการปรึกษาผู้วิจัยหลักในกรณีที่มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยรุ่นที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ตลอดจนติดตามรายงานการอ้างอิงผลงานวิจัยที่นำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานต่าง ๆ

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSSJ.BU_078

ผล

ต้นร่างโปรแกรมอบรมฯ และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมอบรมฯ มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.95 และ 0.92 ตามลำดับ คณะผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงต้นร่างโปรแกรมอบรมฯ และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินประสิทธิผลโปรแกรมอบรมฯ และนำโปรแกรมอบรมฯ ไปทดสอบเบื้องต้นกับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในการดูแลเด็กและวัยรุ่นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 5 คน โดยแพทย์ที่ผ่านการอบรมเบื้องต้นได้เสนอแนะให้เพิ่มเนื้อหาการเรียนรู้เกี่ยวกับเทคนิคการชักประวัติโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและเทคนิคการสื่อสารกับผู้ปกครองของวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า คณะผู้วิจัยจึงเพิ่มเนื้อหาตามข้อเสนอแนะ ดังนั้นรูปแบบโปรแกรมอบรมแบ่งเป็น 1) การประเมินความรู้ก่อนอบรมและหลังอบรม 4 สัปดาห์ 2) การอบรมออนไลน์ 1 ครั้ง มี 10 หน่วยการเรียนรู้ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 40 นาที

3) การสร้างกลุ่มไลน์เพื่อเป็นช่องทางสื่อสารระหว่างผู้เข้าอบรมกับผู้อบรมในระยะเวลา 4 สัปดาห์ และ 4) ส่งหนังสือแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งฉบับอิเล็กทรอนิกส์และฉบับเล่มจริงทางไปรษณีย์แก่ผู้เข้าอบรมทุกคน ดังตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 22 คน อายุเฉลี่ย 31.9 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.5) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.1) เป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (ร้อยละ 72.7) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 86.4) เคยการทำงานเกี่ยวกับเด็กและวัยรุ่น (ร้อยละ 72.7) และมีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับเด็กและวัยรุ่นในพื้นที่ 0 - 5 ปี (ร้อยละ 86.4) การเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการอบรมตามโปรแกรมอบรมผ่านระบบออนไลน์เรื่องแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

การประเมินการนำความรู้เกี่ยวกับการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าไปใช้ในหน่วยงานหลังการอบรมตามโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างนำไปใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้ามากที่สุด (ร้อยละ 81.8) รองลงมา ได้แก่ การคัดกรองภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 77.3) การประเมินการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย (ร้อยละ 68.2 เท่ากัน) ในขณะที่ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างนำไปใช้น้อยที่สุด ได้แก่ การส่งเสริมป้องกันโรคซึมเศร้าในชุมชน (ร้อยละ 36.4) ดังตารางที่ 3

หลังการอบรม 4 สัปดาห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้ให้การดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าโดยเฉลี่ย 5.36 คน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.93, ค่าสูงสุด - ต่ำสุด เท่ากับ 0 - 50 คน) การประเมินหลังการอบรมตามโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในระดับมากถึงมากที่สุดในการตัดสินใจส่งต่อผู้เชี่ยวชาญหากอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้นหรือมีปัญหาที่ซับซ้อน การวางแผนการติดตามการรักษาผู้ป่วย (ร้อยละ 95.5 เท่ากัน) การประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 95.4) การเลือกใช้ในการรักษาภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 90.9)

การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 90.2) การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น การประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้า และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยารักษาโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 86.3 เท่ากัน) ดังตารางที่ 4

การติดตามหลังการอบรมเป็นรายกรณีศึกษาในการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นพบว่า มีกลุ่มตัวอย่าง 19 คน (ร้อยละ 86.4) ที่ได้รับการดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า การประเมินกรณีศึกษาในการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.2

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า โปรแกรมอบรมออนไลน์เรื่องแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าสำหรับแพทย์ทั่วไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 สามารถช่วยให้แพทย์ที่ผ่านกระบวนการอบรมครบถ้วนตามโปรแกรม มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น และสามารถนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ในการรักษา การคัดกรอง การประเมินการฆ่าตัวตาย รวมถึงเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจส่งต่อผู้เชี่ยวชาญหากอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้น อีกทั้งเมื่อประเมินผลคะแนนกรณีศึกษาการบำบัดรักษาวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า พบว่าจัดอยู่ในขั้นที่สามารถดูแลรักษาและส่งต่อได้เหมาะสมในระดับดีมาก

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าที่ผ่านมาซึ่งเป็นการอบรมแบบปกติ¹⁴ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้สามารถคัดกรอง วินิจฉัย รักษาและรับส่งต่อได้ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การอบรมแบบออนไลน์ได้ผลไม่แตกต่างกับการอบรมแบบปกติ¹⁰⁻¹² อีกทั้งการอบรมแบบออนไลน์ยังมีข้อดี ได้แก่ ปลอดภัย ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรค ประหยัดค่าใช้จ่าย เช่น ค่าห้องประชุม ค่าที่พัก ค่าอาหาร และค่าเดินทาง สามารถจัดอบรมได้หลายครั้งและเข้าอบรมได้จากทุกที่ ไม่ต้องเสียเวลาเดินทาง และเลือกรอบได้ตามความสะดวกของผู้เข้าอบรม อย่างไรก็ตาม การอบรมรูปแบบ

ตารางที่ 1 โครงสร้างโปรแกรมอบรมออนไลน์เรื่องแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า พ.ศ. 2561

หน่วยที่	วัตถุประสงค์	ระยะเวลา (นาที)
1. ความสำคัญของปัญหาภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น	เพื่อให้ผู้อบรมตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นในการป้องกันดูแลรักษาโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น	10 นาที
2. การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น	เพื่อให้สามารถเลือกและใช้เครื่องมือในการคัดกรองวัยรุ่นได้เหมาะสม มีแนวทางการ ประเมินทางจิตสังคมวัยรุ่น (HEEADSSS) ให้ครอบคลุม	20 นาที
3. การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น	เพื่อให้มีแนวทางในการสัมภาษณ์วัยรุ่นอย่างเหมาะสม สามารถวินิจฉัยโรคซึมเศร้าแบบต่าง ๆ ในวัยรุ่น สามารถวินิจฉัยแยกโรค โรคร่วมได้ ประเมินระดับความรุนแรงของอาการ และประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้	30 นาที
4. การรักษาโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น	เพื่อให้สามารถวางแผนการรักษา การให้ความรู้ การเลือกใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าและระยะเวลาที่เหมาะสม การติดตามผล และการส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ	20 นาที
5. การส่งเสริมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น	เพื่อให้ทราบแนวทางการส่งเสริมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ทั้งในระดับครอบครัว โรงเรียนและชุมชน	10 นาที
6. สรุป algorithm การดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า	เพื่อสรุปให้เห็นแนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า	10 นาที
7. เทคนิคการตรวจวัยรุ่นที่ซึมเศร้า	เพื่อให้สามารถเลือกใช้คำถามเจาะประเด็นซึมเศร้า เทคนิคการถามเฉพาะ การเลือกใช้คำพูดที่หลากหลายเพื่อให้เกิดความชัดเจนของอารมณ์มากขึ้น	20 นาที
8. เทคนิคการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ปกครองของวัยรุ่นที่ซึมเศร้า	เพื่อให้สามารถแนะนำผู้ปกครองให้เข้าใจ และสามารถประเมินความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นได้	15 นาที
9. ทักษะการให้คำปรึกษาวัยรุ่น	เพื่อให้มีทักษะการให้คำปรึกษา แนะนำวัยรุ่นอย่างเหมาะสม	20 นาที
10. ยารักษาโรคซึมเศร้าและผลข้างเคียงที่พึงระวัง	เพื่อให้สามารถเลือกใช้ยาและติดตามอาการได้อย่างเหมาะสม	5 นาที
รวมทั้งหมด		2 ชั่วโมง 40 นาที

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจของแพทย์ก่อนและหลังการอบรม

การทดสอบ	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนการอบรม	22	14.3	1.8	- 5.4	< .001
หลังการอบรม	22	16.4	2.2		

ออนไลน์ก็มีข้อจำกัด ได้แก่ ผู้เข้าอบรมสามารถถูกดึงความสนใจได้ง่าย อาจทำให้บางรายออกจากการอบรมก่อนครบหน่วยการเรียนรู้ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เข้ารับการอบรมกับผู้อบรมลดลง อย่างไรก็ตาม สามารถแก้ไขได้โดยการเข้าอบรม

ต่อในรอบต่อไป นอกจากนี้คณะผู้วิจัยได้เพิ่มเทคนิคในการอบรมออนไลน์เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถเข้าอบรมจนครบได้แก่ 1) ด้านการแสดงตัวทางสังคม เช่น การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้เข้ารับการอบรมตั้งแต่ก่อนเข้าอบรม การสร้างกลุ่มไลน์

ตารางที่ 3 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่นำความรู้เกี่ยวกับการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าไปใช้หลังการอบรม

ประเด็น	กลุ่มตัวอย่างที่นำความรู้ไปใช้	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรักษาโรคซึมเศร้า	18	81.8
การคัดกรอง	17	77.3
การประเมินการฆ่าตัวตาย	15	68.2
การส่งต่อผู้ป่วย	15	68.2
การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า	14	63.6
การส่งเสริมป้องกันโรคซึมเศร้าในโรงเรียน	11	50.0
การพัฒนากระบวนการสุขภาพจิต	9	40.9
การส่งเสริมป้องกันโรคซึมเศร้าในชุมชน	8	36.4

ตารางที่ 4 ความมั่นใจของกลุ่มตัวอย่างในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าไปใช้หลังผ่านการอบรม

ประเด็น	ระดับความมั่นใจ (ร้อยละ)		
	มั่นใจมากที่สุด	มั่นใจมาก	มั่นใจปานกลาง
1. การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น			
1.1 สามารถเลือกใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าได้	22.7	50.0	27.3
1.2 สามารถเลือกวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามาคัดกรองภาวะซึมเศร้าได้	36.4	45.5	13.6
2. การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น			
2.1 สามารถวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นได้	22.7	63.6	9.1
2.2 สามารถวินิจฉัยแยกโรคอื่นออกจากโรคซึมเศร้าได้	4.5	50.0	40.9
2.3 สามารถประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้าได้	13.6	72.7	13.6
2.4 สามารถวินิจฉัยโรคร่วมกับโรคซึมเศร้าได้	18.2	50.0	31.8
2.5 สามารถประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้	40.9	54.5	4.5
3. การรักษาโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น			
3.1 สามารถให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าแก่วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้	31.8	50.0	18.2
3.2 สามารถให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้	27.3	63.6	9.1
3.3 สามารถให้ความช่วยเหลือระดับประคับประคองจิตใจในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้	27.3	36.4	31.8
3.4 สามารถวางแผนการรักษาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้	27.3	54.5	18.2
3.5 สามารถวางแผนการรักษาวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้	36.4	36.4	27.3
3.6 สามารถเลือกใช้ยาในการรักษาภาวะซึมเศร้าได้	36.4	54.5	9.1
3.7 สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับยารักษาโรคซึมเศร้าได้	31.8	54.5	13.6
3.8 สามารถวางแผนติดตามการรักษาผู้ป่วยได้	36.4	59.1	4.5
3.9 สามารถตัดสินใจส่งต่อผู้เชี่ยวชาญหากอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้นหรือมีปัญหาคับข้องใจ	59.1	36.4	4.5
4. สามารถวางระบบเฝ้าระวังและป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงได้	22.7	54.5	18.2

เพื่อสื่อสารเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและน่าสนใจ และการให้ช่องทางติดต่อเพื่อให้ผู้เข้าอบรมซักถามหรือขอคำปรึกษา 2) ด้านคุณภาพของการอบรม เช่น การกำหนดจำนวนผู้เข้าอบรมให้ไม่มากเกินไป ประมาณ 2 - 5 คนต่อการอบรม การควบคุมคุณภาพของอุปกรณ์และสัญญาณอินเทอร์เน็ต เพื่อให้การอบรมมีความต่อเนื่อง การปรับรูปแบบสื่อการสอนให้น่าสนใจโดยใช้รูปภาพมากกว่าตัวอักษร และการอ้างอิงบริบทของพื้นที่เพื่อให้ผู้เข้าอบรมรู้สึกมีส่วนร่วม และ 3) ด้านผู้เข้าอบรม เช่น การกำหนดช่วงเวลาอบรมที่ไม่กระทบกับการทำงานของผู้เข้าอบรม การกำหนดระยะเวลาในการอบรมให้เหมาะสมและเสร็จภายใน 1 ครั้ง และคัดเลือกผู้เข้าอบรมที่สนใจด้านภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งเทคนิคที่ใช้เหล่านี้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ²²⁻²⁵

เมื่อวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างที่เข้าอบรมในโปรแกรมนี้พบว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย อายุเฉลี่ย 31.9 ปี จัดอยู่ในช่วงวัยที่มีทักษะในการใช้คอมพิวเตอร์ได้คล่องแคล่ว ส่วนใหญ่เป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป และมีประสบการณ์ในการทำงานกับเด็กและวัยรุ่น จากการสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างพบว่า เกือบทั้งหมดมีความสนใจหรือเกี่ยวข้องกับปัญหาจิตเวชในวัยรุ่น เช่น วางแผนศึกษาต่อด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เคยดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าหรือทำร้ายตนเอง หรือในครอบครัวมีวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จึงอาจเป็นสาเหตุให้กลุ่มตัวอย่างเข้าอบรมจนครบกำหนด การศึกษานี้มีผู้เข้าอบรมที่เป็นจิตแพทย์ทั่วไป 1 คนซึ่งผ่านหลักสูตรจิตเวชเด็กและวัยรุ่นระยะสั้น และสามารถวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นได้²⁶ อย่างไรก็ตามผู้เข้าอบรมคนนี้เพิ่งสำเร็จหลักสูตรและย้ายมาปฏิบัติงานในเขตสุขภาพที่ 10 อีกทั้งเนื้อหาการอบรมบางส่วนอยู่นอกเหนือหลักสูตรปกติของจิตแพทย์ทั่วไป เช่น ระบบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงการส่งเสริมป้องกันในวัยรุ่นทั่วไป algorithm การดูแลและแนวทางการส่งต่อของเขตสุขภาพที่ 10 จึงได้รวมผู้เข้าอบรมคนนี้ในการวิเคราะห์ผลของโครงการอบรมออนไลน์ฯ ด้วย

การสำรวจเกี่ยวกับการนำความรู้ไปใช้หลังอบรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างนำความรู้จากการอบรมไปใช้ในการรักษา การคัดกรอง การประเมินการความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย และการวางแผนส่งต่อผู้ป่วย หัวข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความมั่นใจในระดับมากถึงมากที่สุดรวมกันมากกว่าร้อยละ 85 ได้แก่ การตัดสินใจส่งต่อผู้เชี่ยวชาญหากอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้น หรือมีปัญหาที่ซับซ้อน การวางแผนติดตามการรักษาผู้ป่วย การประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย การเลือกใช้ยาในการรักษาภาวะซึมเศร้า การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับยารักษาโรคซึมเศร้า และการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งหัวข้อเหล่านี้เป็นสิ่งที่ควรมีในการดูแลวัยรุ่นซึมเศร้าในระยะเบื้องต้น ตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป²⁷ ซึ่งต้องการให้แพทย์ทั่วไปสามารถดูแลโรคซึมเศร้าในเบื้องต้นและส่งต่อโรงพยาบาลเฉพาะทางได้อย่างเหมาะสม พบว่าหลังการอบรม 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างได้ดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าโดยเฉลี่ยประมาณ 5 คน โดยมีคนที่ได้ดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวนสูงสุด 50 คน กลุ่มตัวอย่างทุกคนเชื่อมั่นและเห็นด้วยกับข้อเสนอแนะต่าง ๆ ตามแนวปฏิบัติฯ ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และมีความมั่นใจในการดูแลวัยรุ่นเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของการอบรมการสอนตามแนวเวชปฏิบัติของแพทย์หรือแนวทางต่าง ๆ ทางออนไลน์ที่สามารถเพิ่มความมั่นใจในการดูแลได้เช่นกัน²⁸⁻³² นอกจากนี้ยังมีการผลักดันเพื่อนำไปใช้ในระดับเขตสุขภาพ โดยในปี พ.ศ. 2564 - 2565 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการจากเขตสุขภาพที่ 10 ให้ดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบดูแลเฝ้าระวังวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในเขตสุขภาพที่ 10

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (research and development design) ในการพัฒนาโปรแกรมการอบรมแบบออนไลน์ โดยสร้างเป็นหน่วยการเรียนรู้ต่าง ๆ จำนวน 10 หน่วยเพื่อเสริมความเข้าใจ และออกแบบการประเมินทั้งด้านความรู้ที่ได้รับและการนำไปใช้ โดยพิจารณาจากกรณีศึกษาหรือสรุปรายงานผู้ป่วยของผู้เข้าอบรมนั้น ๆ

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากงานวิจัยนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวนไม่มาก และทั้งหมดมีความสนใจในการดูแลรักษาโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นอยู่แล้วตามที่กล่าวข้างต้น อีกทั้งศึกษาเฉพาะในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 จึงเป็นข้อจำกัดในการขยายผลหรืออ้างอิงผลการศึกษาไปยังพื้นที่อื่น ๆ และเนื่องจากการเป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบกลุ่มเดียว จึงไม่สามารถควบคุมปัจจัยรบกวนต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อผลการศึกษา ในการศึกษารั้งต่อ ๆ ไปควรเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) ที่มีขนาดใหญ่ขึ้น โดยอาจเปรียบเทียบกับ การอ่านเอกสารแนวปฏิบัติทางคลินิกด้วยตนเอง (paper-based self-learning) หรือจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบปกติ (in-person workshop)

สรุป

โปรแกรมอบรมออนไลน์เรื่องแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าสำหรับแพทย์ทั่วไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 สามารถพัฒนาทักษะการวินิจฉัยและดูแลรักษาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าของแพทย์ได้

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2018 Nov 16]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- World Health Organization. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. Geneva: WHO; 2014.
- GBD 2015 Disease and Injury incidence and prevalence collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388:1545-602. doi:10.1016/S0140-6736(16)31678-6.
- Beirão D, Monte H, Amaral M, Longras A, Matos C, Villas-Boas F. Depression in adolescence: a review. *Middle East Curr Psychiatry*. 2020;27:50. doi:10.1186/s43045-020-00050-z.
- ฐิติวิ แก้วพรสวรรค์, เบญจพร ตันตสุติ. การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในกรุงเทพมหานคร [The prevalence of depression in 2nd year high school students in Bangkok]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2555;57(4):395-402.
- อุมพร ตรังคสมบัติ, ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. ภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมต้นในเขตกรุงเทพมหานคร [Depression in junior high school student in the Bangkok metropolis]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2539;41:162-73.
- สุพัตรา สุขาวท, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, กมลทิพย์ สงวนรัมย์, กุณฑลีย์ เพียรทอง, สุภาภรณ์ ทองเบญจมาศ, พลัปลีง หาสุข. ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดอุบลราชธานี [Prevalence of depression and its association with suicide risk in junior high school students of Ubon Ratchathani province]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2563;65(1):15-24.
- วิมลวรรณ ปัญญาว่อง, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย: การสำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ [Prevalence of depression and suicidal risks in Thai adolescents: a survey in schools from 13 Public Health Region]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2563;28(2):136-49.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช). จำนวนผู้ป่วยสะสม ผู้ป่วยรายใหม่ อัตราความชุกและอัตราป่วย (ต่อแสนประชากร) ของโรคซึมเศร้าในกลุ่มอายุ 13-15 ปี ปี 2555-2562 เขต 10 อุบลราชธานี [Cumulative number of patients new patient prevalence and morbidity rates (per 100,000 population) of depressive disorders in the age group 13-15 years 2012-2019 District 10 Ubon Ratchathani] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงาน; [สืบค้นเมื่อวันที่ 28 ก.ค. 2563]. จาก: <https://www.nhso.go.th>

10. Verville L, Cote P, Grondin D, Mior S, Moodley K, Kay R, Taylor-Vaisey A. Using technology-based educational interventions to improve knowledge about clinical practice guidelines: a systematic review of the literature. *J Chiropr Educ.* 2021;35(1): 149-57. doi:10.7899/JCE-19-17.
11. Verville L, Cote P, Grondin D, Mior S, Kay R. The development and evaluation of an online educational tool for the evidence based management of neck pain by chiropractic teaching faculty. *J Chiropr Educ.* 2021;35(1):95-105. doi:10.7899/JCE-19-18.
12. Cantrell SW, O'Leary P, Ward KS. Strategies for Success in Online Learning. *Nurs Clin N Am.* 2008;43:547-55. doi:10.1016/j.cnur.2008.06.003
13. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย, สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. แนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า [Clinical practice guideline for adolescents with depression]. กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด; 2561.
14. วิริยอร์ จุมพระบุตร, โขจิตา ภาวสุทธิไพศิฐ. การศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน : การศึกษานำร่อง [Feasibility study of clinical practice guideline for adolescents with depression in community at district level: a pilot study]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 2563;28(1):1-15.
15. Sandrone S, Berthaud JV, Carlson C, Cios J, Dixit N, Farheen A, et al. Active learning in psychiatry education: current practices and future perspectives. *Front Psychiatry.* 2020;11:211. doi:10.3389/fpsyt.2020.00211.
16. Rhim HC, Han H. Teaching online: foundational concepts of online learning and practical guidelines. *Korean J Med Educ.* 2020;32(3):175-83. doi:10.3946/kjme.2020.171.
17. de Leeuw RA, Logger DN, Westerman M, Bretschneider J, Plomp M, Scheele F. Influencing factors in the implementation of postgraduate medical e-learning: a thematic analysis. *BMC Med Educ.* 2019;19(1):300. doi:10.1186/s12909-019-1720-x.
18. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res.* 1986;35(6):382-5.
19. Polit DF, Beck CT. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. *Res Nurs Health.* 2006;29(5):489-97. doi:10.1002/nur.20147.
20. นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรพร สาตร์เพ็ชร, ญาดานาอารักษ์. การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power [Sample size calculation using G*power program]. *วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ.* 2562;5(1):496-507.
21. Hertzog MA. Considerations in determining sample size for pilot studies. *Res Nurs Health.* 2008;31(2): 180-91. doi:10.1002/nur.20247.
22. Gazza EA, Hunker DF. Facilitating student retention in online graduate nursing education programs: a review of the literature. *Nurse Educ Today.* 2014; 34(7):1125-9. doi:10.1016/j.nedt.2014.01.010.
23. Warren N, Parker S, Khoo T, Cabral S, Turner J. Challenges and solutions when developing online interactive psychiatric education. *Australas Psychiatry.* 2020;28(3):359-62. doi:10.1177/1039856220901477.
24. Lewis KO, Baker RC. Teaching medical professionals online: a cross discipline experience. *Med Teach.* 2010;32(3):262-4. doi:10.3109/01421590903434185.
25. Martin F, Wang C, Sadaf A. Student perception of helpfulness of facilitation strategies that enhance instructor presence, connectedness, engagement and learning in online courses. *The Internet and Higher Education.* 2018;37:52-65. doi:10.1016/j.iheduc.2018. 01.003.

26. ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์หลักสูตรแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์และภาคผนวก 2561 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัย; [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ก.ย. 2564]. จาก: <https://www.rcpsycht.org/th/home>
27. ภาวณี ขวาลวุฒิ, บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์, อนัญญา สิริขานันท์, บรรณาธิการ. แนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช สำหรับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล [Guidelines for improving the quality of mental health and psychiatric service systems for hospital center, general hospital, community hospital, and sub-district health promoting hospitals]. นนทบุรี: สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2559.
28. Nicastro E, Lo VA, Liguoro I, Chmielewska A, De Bruyn C, Dolinsek J, et al. The impact of e-learning on adherence to guidelines for acute gastroenteritis: a single-arm intervention study. *PLoS One*. 2015;10(7):e0132213. doi:10.1371/journal.pone.0132213.
29. Fiks AG, Mayne S, Michel JJ, Miller J, Abraham M, Suh A, et al. Distance-learning, ADHD quality improvement in primary care: a cluster-randomized trial. *J dev Behav Pediatr*. 2017;38(8): 573-83. doi:10.1097/DBP0000000000000490.
30. Cross WF, West JC, Pisani AR, Crean HF, Nielsen JL, Kay AH, et al. A randomized controlled trial of suicide prevention training for primary care providers: a study protocol. *BMC Med Educ*. 2019;19(1):58. doi:10.1186/s12909-019-1482-5.
31. Ghoncheh R, Kerkhof AJ, Koot HM. Effectiveness of adolescent suicide prevention e-learning modules that aim to improve knowledge and self-confidence of gatekeepers: study protocol for a randomized controlled trial. *Trails*. 2014;15:52. doi:10.1186/1745-6215-15-52.
32. Vaona A, Banzi R, Kwang KH, Rigon G, Cereda D, Pecoraro V, et al. E-learning for health professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;1(1):CD011736. doi:10.1002/14651858.CD011736.pub2.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การเข้าถึงบริการและความพร้อมการจัดบริการสำหรับผู้มีปัญหาการติ่มสุรา ของระบบบริการสาธารณสุข

วันรับ : 24 กันยายน 2564

วันแก้ไข : 10 ธันวาคม 2564

วันตอบรับ : 11 ธันวาคม 2564

บุญศิริ จันศิริมงคล, พ.บ.¹, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, พ.บ.²,

สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, พย.บ.³, โสพรรณ อินทสิทธิ์, ศศ.ด.⁴

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต¹, ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต²,
แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต สสส.³, สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต⁴

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : ศึกษาอัตราการเข้าถึงบริการและความพร้อมในการจัดบริการสำหรับผู้มีปัญหาการติ่มสุราของระบบบริการสาธารณสุขหลัก ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

วิธีการ : วิเคราะห์ข้อมูลผู้มีปัญหาการติ่มสุราจากคลังข้อมูลการแพทย์และสาธารณสุข สามปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2560 - 2562) และคัดเลือกข้อมูลความพร้อมระบบบริการฯ ด้วยการประเมินตนเอง จากจังหวัดตัวอย่างที่คัดเลือกแบบเจาะจงหนึ่งจังหวัด ต่อหนึ่งเขตสุขภาพ

ผล : ในปีงบประมาณ 2560, 2561 และ 2562 มีอัตราการเข้าถึงบริการของผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุรา (F10.0 - F10.9) ร้อยละ 7.6, 9.1 และ 10.0 ตามลำดับ โดยอัตราการเข้าถึงบริการฯ ในแต่ละเขตสุขภาพต่างกัน หลังการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราอย่างเป็นระบบพบว่า ร้อยละ 32.7 ของผู้มารับบริการสุขภาพทั่วไปได้รับการคัดกรองปัญหาการติ่มสุราและการบำบัดแบบสั้น โดยผลการสำรวจความพร้อมของระบบบริการในพื้นที่ตัวอย่างพบว่า จุดบริการต่าง ๆ เช่น คลินิกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกสุขภาพจิต/ยาเสพติด หน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน มีความพร้อมในการจัดบริการคัดกรองปัญหาการติ่มสุรามากกว่าร้อยละ 75 อย่างไรก็ตาม มีโรงพยาบาลถึงร้อยละ 55.2 ที่มีเพียงผู้รับผิดชอบงานสุรา/ยาเสพติด/สุขภาพจิตเท่านั้นที่มีความรู้และทักษะดังกล่าว

สรุป : หลังการขับเคลื่อนนโยบายอย่างจริงจัง อัตราการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาการติ่มสุรามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามควรคำนึงถึงการเตรียมความพร้อมบุคลากรสุขภาพทุกระดับเพื่อการดำเนินงานที่ครอบคลุม โดยเฉพาะพยาบาลสุขภาพจิตและยาเสพติดที่เป็นบุคลากรหลักในการขับเคลื่อนและสนับสนุนทีมงานในระดับพื้นที่

คำสำคัญ : การเข้าถึงบริการ การคัดกรองสุรา การบำบัดแบบสั้น ความพร้อม ระบบบริการสุขภาพ

ติดต่อผู้พิมพ์ : บุญศิริ จันศิริมงคล; e-mail: jboonsiri@gmail.com

Original article

The care accessibilities of people with alcohol-use disorder (AUD) and the health service system readiness

Received : 24 September 2021

Revised : 10 December 2021

Accepted : 11 December 2021

Boonsiri Junsirimongkol, M.D.¹, Phunnapa Kittiratanapailoon, M.D.²,Sunan Chamroonsawasdi, MN.S.³, Sorawan Intasitti, Ph.D.⁴Suansaranrom Psychiatric Hospital, Department of Mental Health¹,Pensioner, Department of Mental Health²,Mental Health Promotion Program, Thai Health Promotion Foundation³,Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health⁴

Abstract

Objective: To study the care accessibility of people with alcohol-use disorder (AUD) and the readiness of health service system in general and community hospitals.

Methods: The data from the national health data center (HDC) were tracked from 2017 - 2019. The readiness for alcohol service questionnaire according to the alcohol service guideline were distributed to all level of hospitals under the Ministry of Public Health. The data from the hospitals in 12 provinces representing the 12 health regions were selected and analyzed.

Results: The accessibility rate of health care among people with AUD (ICD code: F10.0 - F10.9) in 2017, 2018 and 2019 were 7.6%, 9.1% and 10.0%, respectively, with variability across health regions. After nationwide implementation of the alcohol service system in 2018, the alcohol screening and brief intervention was provided to 32.7% of health service users. The self-evaluation of alcohol system readiness in selected hospitals revealed that 75% of the service units, including outpatient units, NCD clinics, mental health/substance abuse clinics, primary care units, and emergency units, were able to deliver the alcohol screening and brief intervention. However, alcohol related services in more than half of the hospitals (55.2%) were only performed by mental health/substance abuse nurses.

Conclusion: The alcohol treatment policy implementation has increased the alcohol treatment accessibility. However, the human resources preparation and training for the specific knowledge and skills should be considered especially mental health/substance abuse nurses who are key facilitators and supporters of local services.

Keywords: accessibility, alcohol screening, brief intervention, health system, readiness

Corresponding author: Boonsiri Junsirimongkol; e-mail: jboonsiri@gmail.com

ความรู้เดิม : ช่องว่างของการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาการดื่มสุราของประเทศไทยสูงถึงร้อยละ 90

ความรู้ใหม่ : การขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้ปัญหาการดื่มสุราด้วยการคัดกรองผู้ปัญหาการดื่มสุราและการบำบัดแบบสั้นในระดับประเทศ สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการฯ ได้ดีขึ้น และสามารถให้บริการได้ทุกจุดบริการทั้ง ผู้ป่วยนอก คลินิก NCD คลินิกปฐมภูมิ และอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรายังคงต้องการการสนับสนุนเชิงระบบและการเตรียมความพร้อมบุคลากรสุขภาพทุกระดับเพื่อการดำเนินงานที่ครอบคลุม โดยเฉพาะพยาบาลสุขภาพจิต/ยาเสพติด ที่เป็นบุคลากรหลักในการขับเคลื่อนและสนับสนุนทีมงานในระดับพื้นที่

บทนำ

ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา (alcohol use disorders; AUD) ในชายไทยเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life years; DALYs) เป็นอันดับที่ 5 คิดเป็นร้อยละ 4.5 และการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (year lived with disability; YLDs) เป็นอันดับหนึ่งหรือร้อยละ 13.1^{1,2} ผลการสำรวจระดับชาติในประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2556 พบความชุกในปัจจุบันของ AUD ร้อยละ 5.3 ประเมินการเป็นจำนวน 2.7 ล้านคน โดยเป็นผู้ดื่มสุราแบบมีปัญห (alcohol abuse; AA) ร้อยละ 3.5 (1.8 ล้านคน) และดื่มแบบติด (alcohol dependence; AD) ร้อยละ 1.8 (0.9 ล้านคน) โดยผู้ที่มีภาวะ AUD เพียงร้อยละ 1.6 เท่านั้นที่รายงานว่าเคยเข้ารับบริการใด ๆ จากบุคลากรสุขภาพในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ในจำนวนนี้เป็นารับบริการจากบุคลากรสุขภาพทั่วไปร้อยละ 1.4 และจากบุคลากรสุขภาพจิตร้อยละ 0.6³ แสดงถึงช่องว่างของการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่ควรได้รับการรักษา และการเตรียมความพร้อมการจัดบริการทางการแพทย์และบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ

ฐานข้อมูลในระบบคลังฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (health data center; HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานจำนวนผู้ป่วยรหัส F10.0 - F10.9 ซึ่งหมายถึงกลุ่มความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตใจที่เนื่องมาจากแอลกอฮอล์ (alcohol-related disorders) ที่เข้ารับบริการในปีงบประมาณ 2559 มีทั้งสิ้น 168,729 คน⁴ ซึ่งเมื่อเทียบกับจำนวนประมาณการผู้มีภาวะ AUD ข้างต้นแล้ว คิดเป็นอัตราการเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 6.1 ในจำนวนนี้เป็นารับบริการจากสถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต และกรมการแพทย์ ร้อยละ 82.3, 14.0 และ 3.7 ตามลำดับ แสดงถึงช่องว่างการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่สูงมากกว่าร้อยละ 90 และส่วนใหญ่รับบริการที่โรงพยาบาลฝ่ายกายทั่วไปมากกว่าโรงพยาบาลเฉพาะทาง ปัญหาดังกล่าวพบได้เช่นเดียวกันในประเทศอื่น ๆ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก รายงานช่องว่างการเข้าถึงบริการของผู้มีภาวะ AUD ในกลุ่มประเทศภาคพื้นยุโรป แอฟริกา และแถบแปซิฟิกตะวันตก พบได้ร้อยละ 92.4, 72.6 และ 71.6 ตามลำดับ⁵ หรือแม้แต่รายงานของประเทศสหรัฐอเมริกาที่ประมาณการว่าผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่จำเป็นต้องรับการบำบัดรักษาได้รับการรักษาจริงน้อยกว่าร้อยละ 10⁶

จากมติที่ประชุมคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งที่ 1/2560 วันที่ 13 ธันวาคม 2560 ได้เห็นชอบใน “แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา”⁷ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในสถานบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในสถานพยาบาลทุกระดับ โดยมีกรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิตเป็นผู้สนับสนุนด้านวิชาการ และกรมควบคุมโรคเป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงานและประสาน ติดตาม และมีข้อสั่งการดำเนินงานให้มีการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ที่ สธ 0407.3/ว438 ลงวันที่ 18 กรกฎาคม 2561) โดยมอบให้สถานพยาบาลทุกระดับดำเนินการคัดกรองผู้มารับบริการสุขภาพทุกคนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป พร้อมให้การบำบัดแบบสั้นตามแนวปฏิบัติฯ และลงบันทึกข้อมูลการคัดกรอง

ปัญหาการดื่มสุราและการบำบัดแบบสั้นในระบบ 43 แฟ้ม (แฟ้มที่ 41 special PP - ส่งเสริมป้องกันโรค) ตามรหัส 1B6 (1B600 - 1B612) และในปีงบประมาณ 2562 ได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดการรับรองปฏิบัติราชการของกรมควบคุมโรค มีขั้นตอนการกำกับ ติดตาม และประเมินผลทั้งในระดับเขตสุขภาพและระดับพื้นที่ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาการดื่มสุราอย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของอัตราการเข้าถึงการบริการผู้มีปัญหาการดื่มสุราหลังมีนโยบายสนับสนุนระดับประเทศและศึกษาความพร้อมระบบบริการสาธารณสุขทั้งในระดับโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.)

วิธีการ

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ประกอบด้วยข้อมูลสองส่วน ส่วนแรกเป็นข้อมูลทุติยภูมิจากคลังข้อมูลการแพทย์และสาธารณสุข (health data center; HDC) ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2560 - 2562 ที่แสดงถึงจำนวนผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (F10.0 - F10.9) การคัดกรองและการบำบัดแบบสั้นจาก 43 แฟ้มข้อมูล (special PP) ส่วนที่สองเป็นข้อมูลจากแบบสอบถาม ชนิด Google form เพื่อประเมินความพร้อมระบบบริการสุขภาพตามแนวปฏิบัติฯ

ประชากรตัวอย่าง คือ หน่วยงานระดับ รพศ. รพท. และ รพช. ของจังหวัดที่ได้รับการคัดเลือก ผู้ให้ข้อมูล คือ บุคลากรผู้รับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย จำนวน 1 คนต่อหน่วยงานแต่ละระดับ จาก 12 จังหวัดที่เป็นตัวแทน 12 เขตสุขภาพ คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Yamane⁹ ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n คือ ขนาดตัวอย่าง
N คือ ขนาดประชากร
e คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

ผู้วิจัยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ร้อยละ 7.6 หรือ 0.076 เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้

$$n = \frac{896}{1 + 896(0.076)^2}$$

$$n = \frac{896}{6.18} = 144.98 \approx 145$$

การศึกษานี้กำหนดขนาดตัวอย่างเท่ากับ 145 หน่วย สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (cluster sampling) จากจำนวนของโรงพยาบาลตามระดับของ service plan ทั้ง 7 ระดับ⁹ ได้โรงพยาบาลตัวอย่างที่เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) 16 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) 68 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3) 21 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) 7 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M2) 23 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (S) 4 แห่ง และโรงพยาบาลศูนย์ (A) 6 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. **ฐานข้อมูล HDC** ได้แก่ จำนวนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพจากพฤติกรรมดื่มสุรา (alcohol related disorders) รหัสการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ ICD - 10 รหัส F10.0 - F10.9 จำแนกรายปี รายเขตสุขภาพ และรายจังหวัด¹⁰ และชุดข้อมูลแฟ้มที่ 41 (special PP) รหัส 1B6 การประเมินพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการสุขภาพ จำแนกรายปี รายเขตสุขภาพ และรายจังหวัด⁷ โดยจำแนกผู้มารับบริการสุขภาพที่ได้รับการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราเป็นไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตลอดชีวิตที่ผ่านมา (1B600); เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่หยุดดื่มมาแล้ว 1 ปี ขึ้นไป (1B601); ดื่มในระดับเสี่ยงต่ำ (1B602); ดื่มในระดับเสี่ยงปานกลาง (1B603); ดื่มในระดับเสี่ยงสูง (1B604) และไม่ระบุรายละเอียด (1B609) และผู้ที่ผ่านการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราจะได้รับบริการการให้คำแนะนำ (1B610); การให้คำปรึกษาแบบสั้น (1B611); และการส่งต่อเพื่อรับการประเมินและการบำบัดโดยผู้เชี่ยวชาญ (1B612)

2. **แบบสอบถามประเมินความพร้อมระบบบริการสุขภาพตาม “แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาพื้นฟู**

สภาพผู้มีปัญหาการติ่มสุรา” เป็นแบบประเมินฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น อิงจากแบบประเมินตัวเองเพื่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้มีปัญหาการติ่มสุราสำหรับ รพศ. รพท. และ รพช.¹¹ ที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและประเมินหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 1 มาแล้ว และผู้วิจัยได้ปรับให้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติฯ และทดลองใช้ก่อนนำมาใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินตัวเองด้วยข้อคำถาม 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนข้อมูลทั่วไปและส่วนแนวปฏิบัติฯ ในด้านภาพรวมการดำเนินงานและมิติด้านการคัดกรองปัญหาการติ่มสุราและให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้น

ข้อมูลชุดที่หนึ่งได้ขออนุญาตเข้าถึงและใช้ข้อมูลจากศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนข้อมูลชุดที่สอง สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค ส่งหนังสือเวียนผ่านกระทรวงสาธารณสุขเพื่อขอความร่วมมือให้มอบหมายตัวแทนบุคลากรผู้รับผิดชอบงานบริการสุราของ รพศ. รพท. และ รพช. ทุกแห่งในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ทำการประเมินความพร้อมของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งพัฒนาตามแนวปฏิบัติฯ ผ่านทาง Google forms โดยทีมวิจัยคัดเลือกข้อมูลเฉพาะจังหวัดที่สุ่มเลือกมา รายงานผลการศึกษานี้ วิเคราะห์ข้อมูลทั้งสองชุดโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการศึกษาความพร้อมของระบบบริการในการขับเคลื่อนตามแนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดฟื้นฟูสุขภาพผู้มีปัญหาการติ่มสุรา ซึ่งได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่ DMH.IRB.CO.A 003/2562 เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2562

ผล

ผู้ได้รับการวินิจฉัยปัญหาจากพฤติกรรมติ่มสุรา (F10.0 - F10.9)¹⁰ จากฐานข้อมูล HDC จำแนกรายจังหวัดที่เป็นตัวแทนเขตสุขภาพในปี พ.ศ. 2560, 2561 และ 2562 เทียบกับการประมาณการจำนวนผู้มีปัญหาการติ่มสุราโดยใช้ค่าความชุก 12 เดือนของ AUD จากการสำรวจระดับวิทยา

สุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556³ อิงตามเขตสุขภาพของจังหวัดตัวอย่างเทียบกับจำนวนประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป พบว่า ในปี 2560 จังหวัดตัวแทนเขตสุขภาพที่มีอัตราการเข้ารับบริการสุขภาพด้วยวินิจฉัยปัญหาการติ่มสุราสูงที่สุดได้แก่ จังหวัดตัวแทนเขตสุขภาพที่ 7 (ร้อยละ 41.9) รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 9 (ร้อยละ 18.4) และเขตสุขภาพที่ 10 (ร้อยละ 10.7) ซึ่งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้งหมด ในขณะที่ภาพรวมของประเทศมีอัตราการเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 7.6 ส่วนเขตสุขภาพที่มีการเข้ารับบริการของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยปัญหาพฤติกรรมติ่มสุราต่ำที่สุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 5 (ร้อยละ 2.9) เขตสุขภาพที่ 3 (ร้อยละ 3.0) และเขตสุขภาพที่ 6 (ร้อยละ 3.1)

หลังจากเริ่มมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามข้อสั่งการดำเนินงานคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้มีปัญหาการติ่มสุราในปี 2561 และดำเนินการเต็มรูปแบบในปี 2562 พบว่าภาพรวมประเทศมีอัตราการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาการติ่มสุราเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.1 ในปี 2561 และร้อยละ 10.0 ในปี 2562 และเกือบทุกจังหวัดตัวแทนเขตสุขภาพมีอัตราการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 1

หลังมีการพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล HDC ในปลายปีงบประมาณ 2561 ผลการคัดกรองปัญหาการติ่มสุราในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปีงบประมาณ 2562 พบว่า เขตสุขภาพที่ 1 มีการคัดกรองมากที่สุดถึงร้อยละ 43.2 รองลงมา ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 10 (ร้อยละ 42.2) และเขตสุขภาพที่ 9 (ร้อยละ 40.4) ส่วนในภาพรวมประเทศคัดกรองได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.2 ในปีงบประมาณ 2561 เป็นร้อยละ 32.7 ในปีงบประมาณ 2562 ดังแผนภาพที่ 1

ในปีงบประมาณ 2562 ผู้รับบริการได้รับการคัดกรองปัญหาการติ่มสุราและพบว่ามีปัญหาการติ่มสุรา 202,258 คน จำแนกเป็นผู้ติ่มแบบเสี่ยงปานกลาง 174,134 คน และผู้ติ่มแบบเสี่ยงสูง 28,184 คน โดยในจำนวนนี้ได้รับคำปรึกษาแบบสั้น 78,548 คน (ร้อยละ 38.8) ส่วนผู้มีปัญหาการติ่มสุราที่เสี่ยงสูงได้รับการส่งต่อร้อยละ 37.1 ดังตารางที่ 2

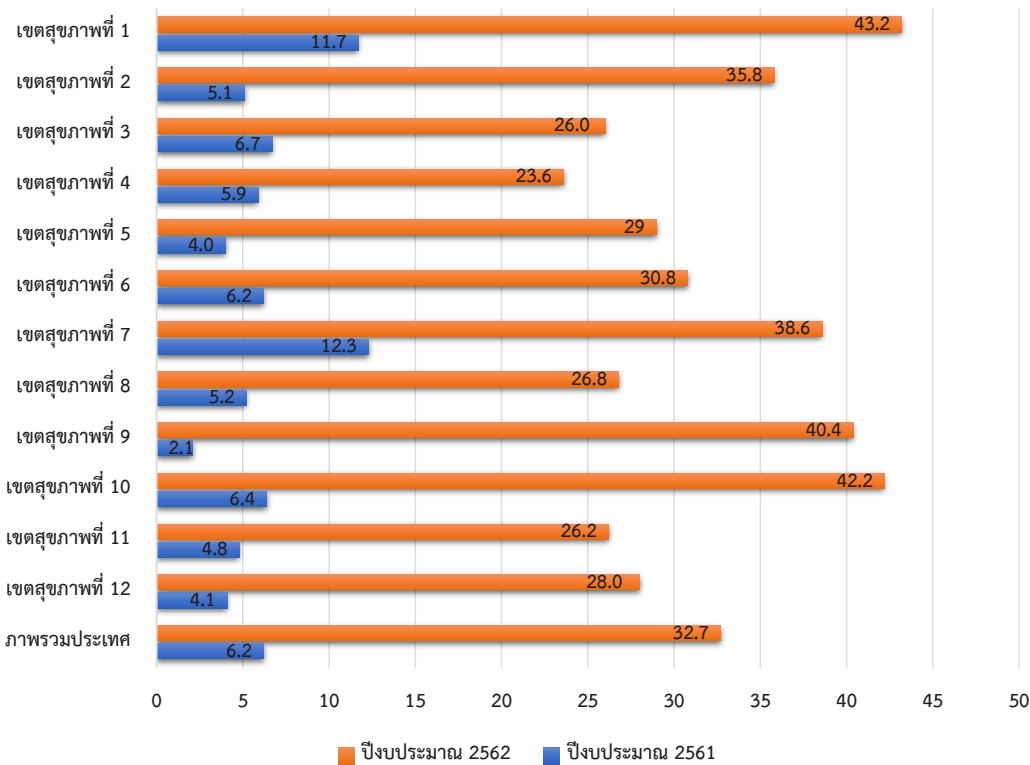
อัตราการตอบกลับ (response rate) การประเมินความพร้อมของระบบบริการสุขภาพตามแนวปฏิบัติฯ ของ

ตารางที่ 1 ประเมินการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ในปีงบประมาณ 2560, 2561 และ 2562 ของจังหวัดตัวแทนเขตสุขภาพ

จังหวัดตัวแทน เขตสุขภาพ	ความชุก AUD* (ร้อยละ)	ประชากรกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป** (คน)			ประมาณการจำนวนผู้มีปัญหา การดื่มสุรา (คน)			จำนวนผู้ป่วย F10.0 - F10.9 (เข้ารับบริการ) (คน)			อัตราการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหา การดื่มสุรา (ร้อยละ)		
		ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562
เขตสุขภาพที่ 1	10.0	976,500	980,940	985,310	97,650	98,094	98,531	4,190	4,329	5,260	4.3	4.4	5.3
เขตสุขภาพที่ 2	10.0	408,243	414,742	420,220	40,824	41,474	42,022	2,234	2,276	2,047	5.5	5.5	4.9
เขตสุขภาพที่ 3	10.0	894,319	896,161	897,262	89,432	89,616	89,726	2,670	2,543	3,121	3.0	2.8	3.5
เขตสุขภาพที่ 4	4.9	673,452	678,760	684,049	32,999	33,259	33,518	1,197	1,574	2,448	3.6	4.7	7.3
เขตสุขภาพที่ 5	4.9	704,521	707,951	711,280	34,522	34,690	34,853	993	1,379	1,519	2.9	4.0	4.4
เขตสุขภาพที่ 6	4.9	588,870	569,805	581,208	28,855	27,920	28,479	896	888	917	3.1	3.2	3.2
เขตสุขภาพที่ 7	4.0	1,097,856	1,100,987	1,103,715	43,914	44,039	44,149	18,415	22,500	13,695	41.9	51.1	31.0
เขตสุขภาพที่ 8	4.0	426,982	429,030	431,057	17,079	17,161	17,242	777	832	974	4.5	4.8	5.6
เขตสุขภาพที่ 9	4.0	1,293,721	1,301,858	1,309,626	51,749	52,074	52,385	9,505	12,487	11,111	18.4	24.0	21.2
เขตสุขภาพที่ 10	4.0	1,513,754	1,525,090	1,535,527	60,550	61,004	61,421	6,457	9,282	10,877	10.7	15.2	17.7
เขตสุขภาพที่ 11	3.1	1,264,961	1,271,575	1,277,942	39,214	39,419	39,616	1,432	1,390	1,745	3.7	3.5	4.4
เขตสุขภาพที่ 12	3.1	429,697	431,352	432,841	13,321	13,372	13,418	673	626	676	5.1	4.7	5.0
ระดับประเทศ	5.3	53,761,923	54,107,180	54,442,595	2,849,382	2,867,681	2,885,458	217,576	261,159	287,311	7.6	9.1	10.0

* ความชุก 12 เดือนของความผิดปกติการดื่มสุรา (alcohol use disorder; AUD) จำแนกตามรายเขตสุขภาพ จากการสำรวจระบบทะเบียนของกรมการแพทย์ ปี พ.ศ. 25563

** ที่มา : สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560, 31 ธันวาคม 2561 และ 31 ธันวาคม 2562



แผนภาพที่ 1 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองและลงบันทึกรหัส 1B6 ในฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561 และ 2562

โรงพยาบาลจากจังหวัดตัวแทนเขตสุขภาพ 12 จังหวัดเท่ากับร้อยละ 76.7 โดยจังหวัดจากเขตสุขภาพที่ 3, 6, 8 และ 12 โรงพยาบาลทุกระดับมีอัตราการตอบกลับครบร้อยละ 100 บุคลากรผู้รับผิดชอบงานบริการสุราที่ได้รับมอบหมายให้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นพยาบาล (ร้อยละ 91.7) ส่วนบุคลากรอื่น ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 4.8) และนักจิตวิทยา (ร้อยละ 3.4) ทั้งนี้ผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 79.4 ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต ยาเสพติด และสุรา จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการให้บริการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุรา (การคัดกรองการติ่มสุรา การรักษาภาวะถอนพิษ การบำบัดผู้ติ่มสุรา และการติดตามในชุมชน) จำแนกตามจุดบริการต่าง ๆ เช่น บริการปฐมภูมิ ผู้ป่วยนอก หน่วยอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน คลินิกโรคเรื้อรัง (NCD) คลินิกสุขภาพจิต/ยาเสพติด และผู้ป่วยใน แสดงดังตารางที่ 3

อัตรากำลังของบุคลากรที่ปฏิบัติงานการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราจากโรงพยาบาลตัวอย่าง พบว่าหน่วยงานเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95.2) มีพยาบาลสุขภาพจิต/ยาเสพติด

อย่างน้อยหนึ่งคนปฏิบัติงานดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุรา ส่วนจิตแพทย์พบเพียงร้อยละ 8.3 และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (S) และโรงพยาบาลศูนย์ (A) ทุกแห่ง อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) และโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) มีแพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน สาขาสุขภาพจิตชุมชนปฏิบัติงานร้อยละ 37.5 และร้อยละ 31.3 ตามลำดับ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวปฏิบัติงานร้อยละ 31.3 และร้อยละ 30.9 ตามลำดับ ส่วนนักจิตวิทยาปฏิบัติงานเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่

ความพร้อมของระบบการคัดกรองบำบัดดูแลผู้มีปัญหาติ่มสุราด้วยการประเมินตัวเองของโรงพยาบาลในจังหวัดตัวแทนเขตสุขภาพในด้านกิจกรรมการคัดกรองปัญหาการติ่มสุราและการให้คำแนะนำปรึกษาแบบสั้น ด้านการกำหนดนโยบายและวางแผนกิจกรรมการฯ การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย บุคลากรผู้รับผิดชอบ วิธีการคัดกรองฯ การบันทึกข้อมูล การให้คำแนะนำ/ปรึกษาแบบสั้น/ส่งต่อการนัดหมายติดตาม การพัฒนาและจัดการความรู้อย่างต่อเนื่อง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้มีปัญหาการดื่มสุราจากการคัดกรองที่ได้รับการบำบัดแบบสั้น จำแนกตามเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	ผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (คน)		Intervention (คน)		ร้อยละของผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับการดื่มสุราได้รับ BC	ร้อยละของผู้ดื่มแบบเสี่ยงสูงที่ได้รับการส่งต่อ
	เสี่ยงปานกลาง	เสี่ยงสูง	BC*	refer		
เขตสุขภาพที่ 1	44,668	7,548	18,610	3,380	35.6	44.8
เขตสุขภาพที่ 2	11,984	1,654	4,413	671	32.4	40.6
เขตสุขภาพที่ 3	6,146	1,171	3,948	367	54.0	31.3
เขตสุขภาพที่ 4	8,915	3,140	2,985	253	24.8	8.1
เขตสุขภาพที่ 5	10,134	1,219	5,687	433	50.1	35.5
เขตสุขภาพที่ 6	11,453	1,240	4,528	449	35.7	36.2
เขตสุขภาพที่ 7	13,097	1,627	6,365	471	43.2	28.9
เขตสุขภาพที่ 8	12,479	1,450	5,099	542	36.6	37.4
เขตสุขภาพที่ 9	15,364	3,112	9,082	956	49.2	30.7
เขตสุขภาพที่ 10	22,227	4,026	11,455	1,898	43.6	47.1
เขตสุขภาพที่ 11	10,379	1,213	3,237	612	27.9	50.5
เขตสุขภาพที่ 12	7,288	724	3,139	395	39.2	54.6
รวมทั้งประเทศ	174,134	28,124	78,548	10,427	38.8	37.1

* BC = brief counseling

ตารางที่ 3 กิจกรรมการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราของจุดบริการต่าง ๆ ของโรงพยาบาลทุกระดับในจังหวัดตัวแทนเขตสุขภาพ

หน่วยบริการ	โรงพยาบาลที่มีการจัดบริการ (จำนวน; ร้อยละ)			
	การคัดกรองการดื่มสุรา	การรักษาภาวะถอนพิษ	การบำบัดผู้ดื่มสุรา	การติดตามในชุมชน
บริการปฐมภูมิ	111 (76.6)	18 (12.4)	39 (26.9)	92 (63.4)
ผู้ป่วยนอก	135 (93.1)	39 (26.9)	40 (27.6)	19 (13.1)
อุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน	112 (77.2)	76 (52.4)	16 (11.0)	4 (2.8)
คลินิก NCD	133 (91.7)	11 (7.6)	10 (6.9)	17 (11.8)
สุขภาพจิต/ยาเสพติด	129 (89.0)	81 (55.9)	118 (81.4)	102 (70.3)
ผู้ป่วยใน	75 (51.7)	112 (77.2)	43 (29.7)	6 (4.1)

ตารางที่ 4 การประเมินตัวเองของโรงพยาบาลในจังหวัดตัวแทนเขตสุขภาพในด้านกิจกรรมการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและการให้คำแนะนำปรึกษาแบบสั้น

ประเด็น	จำนวนโรงพยาบาลในจังหวัดตัวแทนเขตสุขภาพ; แห่ง												รวม (ร้อยละ)
	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	
1. นโยบายหน่วยงานมีการกำหนดทิศทาง นโยบาย และสนับสนุนการคัดกรองและให้คำแนะนำ													
ยังไม่มีกำหนด วางแผน	0	0	1	1	1	2	1	1	0	3	4	2	16 (11.0)
มีการกำหนดและวางแผน	2	0	7	4	1	6	6	5	2	8	8	5	54 (37.2)
กำหนดนโยบายฯ จริงจัง	2	1	2	4	0	0	5	2	3	3	2	1	25 (17.2)
กำหนดนโยบาย/มีผู้รับผิดชอบ	4	1	4	4	4	1	6	1	8	8	6	3	50 (34.5)
2. กลุ่มเป้าหมาย กำหนดกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่เพื่อการชักประวัติ คัดกรองและให้คำแนะนำ													
ไม่ได้กำหนดกลุ่มเป้าหมาย	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	3	9 (6.2)
เฉพาะผู้มีปัญหาสุรา	0	0	1	3	1	1	2	3	1	3	2	1	18 (12.4)
กลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุรา	3	0	6	4	1	5	3	1	2	6	4	2	37 (25.5)
ทุกคนที่อายุ 15 ปี ขึ้นไป	4	2	6	6	4	2	12	4	10	13	13	5	81 (55.9)

ตารางที่ 4 การประเมินตัวเองของโรงพยาบาลในจังหวัดตัวแทนเขตสุขภาพในด้านกิจกรรมการคัดกรองปัญหาการติ่มสุราและการให้คำแนะนำปรึกษาแบบสั้น (ต่อ)

ประเด็น	จำนวนโรงพยาบาลในจังหวัดตัวแทนเขตสุขภาพ; แห่ง												รวม (ร้อยละ)
	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	
3. บุคลากรวิชาชีพ มีความรู้/ทักษะในการคัดกรองปัญหาการติ่มสุราและให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้น													
บุคลากรเฉพาะงานสุราฯ	4	2	9	7	3	8	6	3	5	12	14	7	80 (55.2)
คลินิกกลุ่มเสี่ยง น้อยกว่าร้อยละ 50	0	0	3	0	0	0	4	1	1	2	2	3	16 (11.0)
คลินิกกลุ่มเสี่ยง มากกว่าร้อยละ 50	2	0	1	3	1	1	4	1	4	3	1	0	21 (14.5)
ทุกแผนกมีความรู้	2	0	1	3	1	0	4	4	3	5	3	1	27 (18.6)
อื่น ๆ	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1 (0.7)
4. การคัดกรอง การคัดกรองด้วยแบบประเมินปัญหาการติ่มสุรา													
ไม่มีการใช้แบบประเมิน	0	0	1	1	2	0	0	2	0	2	2	1	11 (7.6)
กำหนดเครื่องมือ เช่น AUDIT	2	2	11	6	2	5	11	4	7	11	11	9	81 (55.9)
ใช้แบบประเมินตามแนวฯ	4	0	1	4	1	2	2	2	4	5	5	0	30 (20.7)
ใช้ตามแนวฯและแนวอื่นร่วม	2	0	1	2	1	2	5	1	2	4	2	1	23 (15.9)
5. การบันทึกข้อมูลการคัดกรอง การบันทึกข้อมูลผลการคัดกรองในฐานข้อมูลสุขภาพ เพิ่ม special PP (เพิ่มที่ 41)													
มีการบันทึกรูปแบบไม่ชัดเจน	0	0	3	0	2	1	2	1	2	3	2	1	17 (11.7)
สืบค้นบันทึกได้แต่ไม่ได้ลง 43 แฟ้ม	0	0	0	1	0	2	1	3	0	1	6	1	15 (10.3)
บันทึกใน 43 แฟ้ม	0	1	2	2	1	5	4	1	2	3	4	4	29 (20.0)
บันทึกรหัส 1B60	8	1	9	10	3	1	11	4	9	15	8	5	84 (57.9)
6. การให้คำปรึกษา/บำบัดแบบสั้น ตามความรุนแรงของปัญหาการติ่มสุรา เพื่อให้ผู้มีปัญหาการติ่มสุราตระหนักถึงปัญหาและสามารถ ลด ละ เลิกการติ่มได้													
ให้คำแนะนำทั่ว ๆ ไป	0	0	2	1	0	0	0	1	0	3	0	2	9 (6.2)
ให้คำแนะนำแบบสั้น	1	1	3	1	0	2	2	1	0	4	5	4	24 (16.6)
ทำได้น้อยกว่าร้อยละ 50	3	0	5	6	4	6	7	3	7	5	7	2	55 (37.9)
ทำได้มากกว่าร้อยละ 50	4	1	4	5	1	1	9	4	6	10	8	3	56 (38.6)
อื่น ๆ	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1 (0.7)
7. การบันทึกข้อมูลการให้คำปรึกษา/บำบัดแบบสั้น การบันทึกข้อมูลวิธีการบำบัดในฐานข้อมูลสุขภาพ													
มีการบันทึกรูปแบบไม่ชัดเจน	0	0	3	0	1	1	3	2	1	4	3	1	19 (13.1)
สืบค้นบันทึกได้แต่ไม่ได้ลง 43 แฟ้ม	1	1	2	2	0	5	4	1	2	5	3	2	16 (11.0)
บันทึกใน 43 แฟ้ม	0	0	0	1	1	2	1	1	0	1	5	4	28 (19.3)
บันทึกรหัส 1B61	7	1	9	10	3	1	10	5	10	12	9	4	81 (55.9)
อื่น ๆ	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1 (0.7)
8. การติดตาม ผู้มีปัญหาการติ่มสุราอย่างต่อเนื่อง													
ไม่มีการติดตาม/นัดซ้ำ	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	3 (2.1)
ไม่มีการติดตาม อาจถามซ้ำ	1	0	2	1	0	2	2	3	1	2	1	3	18 (12.4)
ติดตามที่มารับบริการ	3	0	7	6	0	3	5	1	1	8	3	2	39 (26.9)
มีการนัดเพื่อติดตาม	4	2	5	5	5	4	11	5	11	10	16	6	84 (57.9)
อื่น ๆ	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1 (0.7)
9. การประเมินเพื่อการพัฒนาและจัดการความรู้ต่อเนื่อง ผลลัพธ์การทำงานและนำผลมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงระบบงาน													
ไม่มีการรวบรวมข้อมูล	1	0	1	0	0	2	1	1	1	3	1	3	14 (9.7)
มีการรวบรวมข้อมูล	1	0	4	3	1	3	6	2	3	2	5	5	35 (24.1)
ประเมินตามรายบุคคล	1	1	3	5	2	4	1	3	3	5	7	2	37 (25.5)
ประเมินติดตามตัวชี้วัด	5	1	6	5	2	0	10	3	6	12	7	1	58 (40.0)
อื่น ๆ	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1 (0.7)
รวม	8	2	14	13	6	9	18	9	13	22	20	11	145 (100.0)

วิจารณ์

ในปี พ.ศ. 2560 ในภาพรวมระดับประเทศ ผู้มีปัญหาการดื่มสุรามีอัตราการเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 7.7 กล่าวคือ มีช่องว่างของการเข้าถึงบริการผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (treatment gap) ที่สูงถึงร้อยละ 92.3 โดยในแต่ละเขตสุขภาพมีอัตราการเข้าถึงบริการฯ ที่แตกต่างกัน ตั้งแต่ร้อยละ 2.9 ถึง 41.9 สะท้อนถึงความแตกต่างด้านศักยภาพของสถานพยาบาลในแต่ละระดับ พบว่าบางแห่งยังไม่พร้อมในการให้บริการ โดยเฉพาะการคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุราและการให้คำแนะนำแบบสั้นหรือส่งต่อการบำบัดเฉพาะทาง หรือเป็นผลจากการไม่ได้ลงวินิจฉัยโรคในกลุ่มปัญหาจากพฤติกรรมดื่มสุรา (รหัส F10.0 - F10.9) เนื่องจากการเปิดเผยโรคอาจมีผลต่อการจ้างงานหรือมีผลต่อสิทธิด้านสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2551 ที่มีอัตราการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติดจำนวน 1.2 แสนคน (ฐานข้อมูลขณะนั้นไม่สามารถจำแนกสุราออกจากสารเสพติดได้)¹⁴ คิดเป็นการเข้าถึงบริการรวมทั้งสุราและสารเสพติดน้อยกว่าร้อยละ 2 (มีช่องว่างการเข้าถึงบริการมากกว่าร้อยละ 98) ซึ่งหากจำแนกเฉพาะการเข้าถึงบริการด้วยปัญหาการดื่มสุรานั้นจะต่ำกว่านี้ แสดงว่าในช่วงสิบปีที่ผ่านมาถือว่าผู้มีปัญหาการดื่มสุรามีการเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น แต่โดยรวมยังคงถือว่ามีความสูงอยู่ อย่างไรก็ตาม อัตราการเข้าถึงบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.1 ในปี 2561 และร้อยละ 10.0 ในปี 2562 เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในรายงานปี ค.ศ. 2004 (พ.ศ. 2547) ที่รายงานว่าช่องว่างการเข้าถึงบริการสุรา (รวมทั้ง alcohol abuse/dependence) ในกลุ่มประเทศภาคพื้นยุโรป แอลเบเนีย และกลุ่มประเทศแปซิฟิกตะวันตก มีประมาณร้อยละ 92.4, 72.6 และ 71.6 ตามลำดับ ส่วนประเทศกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แอฟริกา และเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก ในการศึกษาครั้งนั้นยังไม่มีข้อมูลรายงาน เนื่องจากข้อจำกัดด้านฐานข้อมูล⁵ ในขณะที่ข้อมูล substance abuse and mental health service administration (SAMHSA) ของประเทศอเมริกาในปี 2013⁶ พบว่า มีผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

ไม่ถึงร้อยละ 10 ที่ได้รับการรักษาจริง ซึ่งผลศึกษาของประเทศไทยสอดคล้องกับนานาประเทศที่พบช่องว่างการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่สูงมาก

ทั้งนี้ การเข้าถึงบริการที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นนั้น อาจสรุปไม่ได้ชัดเจนว่าเป็นผลมาจากแนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา เพราะเริ่มมีการพัฒนาแนวปฏิบัติในปีงบประมาณ 2561 ที่ใช้แนวทางเชิงรุกในการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการสุขภาพเพื่อป้องกันผลกระทบจากการดื่มสุราที่ครอบคลุมทุกด้าน โดยการเฝ้าระวัง คัดกรอง ดูแล ช่วยเหลือ รักษา และติดตามผู้มีปัญหาการดื่มสุราตามระดับความรุนแรงของปัญหา เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่เชื่อมโยงและบูรณาการไปด้วยกัน^{7,14,15} ส่วนปีงบประมาณ 2562 มีการเริ่มใช้แนวปฏิบัติฯ ในการดำเนินงานในพื้นที่ มีการกำหนดเป็นนโยบายระดับเขตสุขภาพ และระดับจังหวัดชัดเจน ผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุน กำกับติดตาม มีการวางระบบบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานอย่างครอบคลุม มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบและให้การสนับสนุนทั้งด้านวิชาการ การให้คำปรึกษา เป็นพี่เลี้ยง รวมทั้งการส่งต่อกรณีมีปัญหา บูรณาการการดำเนินงานร่วมกันทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน การให้บริการบำบัด ดูแลต่อเนื่อง วิเคราะห์ และวางแผนการพัฒนาให้สอดคล้องสภาพปัญหาของพื้นที่ การดำเนินงานผ่านระบบฐานข้อมูล 43 แห่ง เป็นการผลักดันและกระตุ้นให้หน่วยบริการคัดกรองและนำข้อมูลเข้าสู่ระบบบริการได้เพิ่มขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตาม แม้ปีงบประมาณ 2562 ทุกเขตสุขภาพจะมีแนวโน้มการให้บริการผู้มีปัญหาการดื่มสุราเพิ่มขึ้น แต่จังหวัดตัวแทนในบางเขตสุขภาพยังมีผู้รับบริการน้อยกว่าเขตสุขภาพอื่น ๆ ทั้งนี้ หากวิเคราะห์จากการข้อมูลการดำเนินการกิจกรรมต่าง ๆ ตามแนวปฏิบัติฯ พบว่าเขตดังกล่าวทำได้น้อยกว่าเขตสุขภาพอื่น ๆ เช่น การกำหนดเป้าหมาย คัดกรองและบำบัดแบบสั้น โดยโรงพยาบาลบางแห่งมีกิจกรรมที่ยังไม่ครอบคลุมและบางแห่งยังไม่ดำเนินการใด ๆ

ช่องว่างการเข้าถึงบริการสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ปีงบประมาณ 2562 ยังสูงมากถึงร้อยละ 90 สอดคล้องกับ

รายงานการศึกษาล่าสุดของเนเธอร์แลนด์ที่วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจระดับประเทศสองครั้ง ระยะห่างกันสี่ปีพบว่า ร้อยละ 54 ของผู้ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมติ่มสุรา (AUD) ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ ในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา และมีเพียงร้อยละ 10 ที่ได้รับการรักษาปัญหาการติ่มสุรา กล่าวคือ มีช่องว่างการเข้าถึงบริการสูงกว่าร้อยละ 90 อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ชี้ประเด็นว่า ช่องว่างการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาการติ่มสุราที่แท้จริงอาจน้อยกว่านี้ ทั้งนี้เนื่องจากพบว่า กลุ่ม AUD ที่เข้ารับการรักษามักเป็นกลุ่มที่มีความรุนแรงสูงหรือมีโรคจิตเวชร่วม ในขณะที่เมื่อติดตามไป 4 ปีพบว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษามีอัตราการหาย (remission rate) สูงถึงร้อยละ 78 มีความรุนแรงของอาการน้อย และมีความสามารถในการทำงานใกล้เคียงกับประชากรทั่วไป โดยในกลุ่มนี้มีเพียง 1 ใน 4 ที่ยังคงมีภาวะ AUD คงอยู่และน่าจะเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการรักษา¹⁶

โรงพยาบาลทุกระดับสามารถคัดกรองผู้มีปัญหาการติ่มสุราได้เกือบทุกจุดบริการ โดยเฉพาะที่คลินิกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกสุขภาพจิต/ยาเสพติด หน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน สามารถคัดกรองปัญหาการติ่มสุรามากกว่าร้อยละ 75 ส่วนอัตราการเข้าถึงบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องโดยตรง สะท้อนถึงความจำกัดในการให้บริการสำหรับผู้มีปัญหาการติ่มสุรา การศึกษานี้พบว่า มีโรงพยาบาลถึงร้อยละ 55.2 ที่มีเพียงผู้รับผิดชอบงานสุรา/ยาเสพติด/สุขภาพจิตเท่านั้นที่มีความรู้และทักษะดังกล่าว โดยพบว่ามีจิตแพทย์ปฏิบัติงานอยู่เพียงร้อยละ 8.3 ของโรงพยาบาลทั้งหมดและอยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลชุมชนระดับ F1 และ F2 ยังมีแพทย์เวชศาสตร์ป้องกันสาขาสุขภาพจิตชุมชนปฏิบัติงาน (ร้อยละ 37.5 และร้อยละ 31.3 ตามลำดับ) และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (ร้อยละ 31.3 และร้อยละ 30.9 ตามลำดับ) ส่วนพยาบาลสุขภาพจิต/ยาเสพติดมีปฏิบัติงานอย่างน้อยหนึ่งคนเกือบทุกโรงพยาบาล ในขณะที่นักจิตวิทยามีจำนวนไม่เพียงพอ สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลสุขภาพจิต/ยาเสพติดเป็นอัตรากำลังหลักที่สำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงบริการในโรงพยาบาล

ผลลัพธ์การดำเนินงานจากข้อสั่งการการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้มีปัญหาการติ่มสุรา ให้สถานพยาบาลทุกระดับดำเนินการคัดกรองผู้มารับบริการสุขภาพพร้อมให้การบำบัดแบบสั้นและลงข้อมูลในระบบ 43 แฟ้ม (แฟ้มที่ 41 special PP) และให้มีการกำกับติดตามจากข้อมูล HDC พบผลลัพธ์การขับเคลื่อนที่ชัดเจน คือ ในปีงบประมาณ 2562 มีผู้มีปัญหาการติ่มสุราได้รับการคัดกรองและให้คำปรึกษาเพิ่มขึ้นจากปี 2561 ถึง 5 เท่า และมีผู้มีปัญหาการติ่มสุราได้รับการแนะนำปรึกษาแบบสั้นและได้รับการส่งต่ออย่างใดก็ตาม พบว่า บุคลากรมีความรู้และใช้แบบคัดกรองปัญหาสุราแต่มีการบันทึกข้อมูลรหัสการคัดกรองเพียงร้อยละ 57.9 และให้คำปรึกษา/บำบัดแบบสั้นร้อยละ 55.9

การคัดกรอง special PP มีประโยชน์ในการติดตามปัญหาการติ่มสุราและวางแผนการจัดระบบบริการรายพื้นที่ (อำเภอ/จังหวัด/เขต/ประเทศ) การกำหนดให้การคัดกรองและบำบัดแบบสั้นเป็นตัวชี้วัดการรับรองปฏิบัติราชการของกรมควบคุมโรคและการมีขั้นตอนกำกับติดตามประเมินผลระดับเขตสุขภาพและระดับพื้นที่ ส่งผลลัพธ์ต่อการเข้าถึงที่ดีขึ้นชัดเจน ทั้งนี้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันและควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในสถานศึกษา สถานประกอบการ และชุมชน พัฒนาองค์ความรู้ด้านงานคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้มีปัญหาการติ่มสุรา ประสานการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย จัดระบบการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้มีปัญหาการติ่มสุราให้มีประสิทธิภาพ และควบคุม กำกับติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานการคัดกรอง ระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (แฟ้ม 41 special PP) และบูรณาการหน่วยบริการของโรงพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยเฉพาะประชากรกลุ่มเสี่ยง

การศึกษานี้วิเคราะห์การดำเนินงานขับเคลื่อนแนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดฟื้นฟูสุขภาพผู้มีปัญหาการติ่มสุราในพื้นที่จังหวัดตัวแทนสุขภาพเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกอย่างเจาะจง โดยเป็นจังหวัดที่มีความพร้อมในการดำเนินงานอยู่แล้ว จึงอาจไม่สะท้อนถึงขนาดปัญหา

การดื่มสุราและระบบบริการในระดับประเทศ และผู้ตอบแบบสอบถามเป็นบุคลากรผู้รับผิดชอบงานบริการสุราของหน่วยงานซึ่งมีความหลากหลายในวิชาชีพและประสบการณ์การทำงาน

สรุป

อัตราการเข้าถึงบริการผู้มีปัญหาการดื่มสุราระหว่างปีงบประมาณ 2560 - 2562 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามภาพรวมทั้งประเทศยังมีช่องว่างของการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาการดื่มสุราสูงถึงร้อยละ 90 โรงพยาบาลทุกระดับสามารถคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุราได้เกือบทุกจุดบริการ อัตราค่าล้างที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการคัดกรองดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสุขภาพจิต/ยาเสพติด ซึ่งมีการปฏิบัติงานครอบคลุมเกือบทุกโรงพยาบาล ในขณะที่บุคลากรวิชาชีพอื่นยังมีไม่เพียงพอสะท้อนถึงอัตราค่าล้างที่จำกัดและภาระงานที่มาก จำเป็นต้องจัดระบบการสนับสนุนที่เหมาะสม

การดำเนินงานแนวปฏิบัติและการบันทึกข้อมูลในระบบ 43 แฟ้ม (แฟ้มที่ 41 special PP) ร่วมกับการกำหนดตัวชี้วัดระดับเขตฯ และพื้นที่ สามารถกระตุ้น ผลักดัน และเพิ่มคุณภาพการคัดกรองและให้คำปรึกษาผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการและการดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการได้เพิ่มขึ้น และสามารถนำข้อมูลนี้ไปใช้วางแผนการดูแลต่อเนื่องได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค แผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. ขนิษฐา กุศลิสกุล, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, ณัฐพัชร มรรคา, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. ภาระโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุราสารเสพติดในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 [The burden of mental and alcohol/substance use disorders in Thailand 2014]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2561;26(1):1-15.
2. แผนงานการพัฒนาดัชนีภาวะทางสุขภาพเพื่อการพัฒนา นโยบาย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557 [Report on the burden of disease and injuries of population of Thailand, 2014]. นนทบุรี: แผนงาน; 2560.
3. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรพรรณ จุฑา, อธิป ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสินี, สวาทริ อักษรณักรชัย. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย: การสำรวจระดับชาติ พ.ศ. 2556 [Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2560;25(1):1-19.
4. สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. รายงานงบประมาณในการให้บริการบำบัดฟื้นฟูเพื่อเลิกสุรา แผนงานป้องกันปราบปรามและบำบัดรักษายาเสพติดงบประมาณรายจ่ายประจำปี 2559 [Budget report on rehabilitation services for alcohol cessation, anti-suppression and drug treatment plan, budget expenditure for the year 2016]. นนทบุรี: สำนัก; 2560.
5. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. Bull World Health Organ. 2004;82(11):858-66.
6. Schmidt LA. Recent development in alcohol service research on access to care. Alcohol Res. 2016;38(1):27-33.
7. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, บรรณาธิการ. แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา [Guidelines for screening and rehabilitation of people with alcohol problems]. นนทบุรี: อนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์; 2561.

8. Yamane T. Statistics an introduction analysis. New York: Harper & Row; 1973.
9. กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ณ กรกฎาคม 2560 [Basic information on hospitals under the office of the permanent secretary, ministry of public health as of July 2017]. นนทบุรี; กอง: 2560 [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 พ.ย. 2561]. จาก: <https://phdb.moph.go.th/main/index/downloadlist/57/0>
10. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
11. หทัยชนนี บุญเจริญ, บรรณธิการ. แนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้มีปัญหาการดื่มสุรา โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล [Guidelines for improving the quality of service systems for people with alcohol use problems center hospital/general hospital, community hospital and Tambon health promoting hospital]. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา; 2557.
12. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2001.
13. Humeniuk RE, Henry-Edwards S, Ali RL, Poznyak V, Monteiro M. The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2010.
14. Raistrick D, Heather N, Godfrey C. Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems. London: National Treatment Agency for Substance Misuse; 2006.
15. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, บุญศิริ จันศิริมงคล, ผู้แปล. บททบทวนวิชาการเรื่อง ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ [Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems]. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.); 2556.
16. Tuithof M, Ten Have M, van den Brink W, Vollebergh W, de Graaf R. Treatment seeking for alcohol use disorders: treatment gap or adequate self-selection? Eur Addict Res. 2016;22(5):277-85. doi:10.1159/000446822.

รายงานผู้ป่วย

ภาวะเต้านมโตในผู้ชายที่เกิดจากยา sertraline ในผู้สูงอายุ : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

วันรับ : 1 มิถุนายน 2564
วันแก้ไข : 10 พฤศจิกายน 2564
วันตอบรับ : 22 พฤศจิกายน 2564

ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, พ.บ.,
นที วีรวรรณ, พ.บ.
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อรายงานผู้ป่วยรายแรกในประเทศไทยที่เกิดภาวะเต้านมโตในผู้ชายหลังจากได้รับการรักษาด้วยยา sertraline

วิธีการ : ทบทวนและรายงานผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 1 ราย ที่ศัลยแพทย์ส่งตรวจเอกซเรย์เต้านม (mammogram) และอัลตราซาวด์ (ultrasound) เนื่องจากเกิดภาวะเต้านมโต

ผล : ผู้ป่วยชายไทย อายุ 61 ปี ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า เกิดภาวะเต้านมโตในผู้ชายหลังได้รับยา sertraline ขนาด 100 มิลลิกรัม ต่อวันเป็นเวลานาน 5 สัปดาห์ เต้านมที่โตขึ้นเริ่มยุบลงเมื่อหยุดยา sertraline ได้ประมาณ 1 เดือน และอาการหายเป็นปกติ ภายในเวลา 2 เดือน

สรุป : ภาวะเต้านมโตในผู้ชายจากยา sertraline พบได้น้อย แต่ควรรู้จักเพื่อให้การดูแลรักษาได้เหมาะสมโดยการหยุดยาที่เป็นสาเหตุและตรวจแยกโรคอื่นที่ทำให้เกิดภาวะเต้านมโตในผู้ชาย

คำสำคัญ : ผลข้างเคียง ภาวะเต้านมโตในผู้ชาย โรคซึมเศร้า sertraline

ติดต่อผู้พิมพ์ : ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ; e-mail: sirirat.koo@mahidol.ac.th

Case report

Sertraline-induced gynecomastia in elderly: a case report

Received : 1 June 2021

Revised : 10 November 2021

Accepted : 22 November 2021

Sirirat Kooptiwoot, M.D.

Natee Viravan, M.D.

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj hospital,
Mahidol university

Abstract

Objective: To report the first case of sertraline-induced gynecomastia in Thailand.

Methods: A case of major depressive disorder with gynecomastia was reviewed.

Results: A 61-years-old man with major depressive disorder presented with gynecomastia after receiving sertraline 100 mg/d for five weeks. Gynecomastia was improved in one month after sertraline discontinuation and resolved after two months.

Conclusion: Sertraline-induced gynecomastia is a rare adverse effect but should be concerned and properly managed by sertraline cessation and investigation for other causes of gynecomastia.

Keywords: adverse effect, depression, gynecomastia, sertraline

Corresponding author: Sirirat Kooptiwoot; e-mail: sirirat.koo@mahidol.ac.th

ความรู้เดิม : ยากลุ่ม SSRIs สามารถทำให้เกิดภาวะเต้านมโตในผู้ชายได้ โดยมีรายงานจากผู้ป่วยที่ได้รับยา fluoxetine และยา sertraline ที่ให้ร่วมกับยา duloxetine

ความรู้ใหม่ : ภาวะเต้านมโตในผู้ชายมีสาเหตุจากยา sertraline ได้

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ผู้ป่วยที่ได้รับยา sertraline แล้วมีภาวะเต้านมโตในผู้ชายเกิดขึ้น ต้องพิจารณาว่าอาจจะเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากยา sertraline และรักษาได้ด้วยการหยุดยา sertraline

บทนำ

ภาวะเต้านมโตในผู้ชาย (gynecomastia) เป็นภาวะที่เนื้อเยื่อเต้านมของผู้ชายเกิดการขยายตัว ทำให้เต้านมมีขนาดใหญ่ขึ้น อาจมีเต้านมโตทั้งสองข้างหรือเพียงข้างใดข้างหนึ่ง โดยเกิดจากการมีฮอร์โมน estrogen ที่ควบคุมลักษณะความเป็นหญิงที่มากเกินไป หรืออยู่ในระดับที่ไม่สมดุลกับฮอร์โมน testosterone ที่ควบคุมลักษณะความเป็นชาย ภาวะนี้มักเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวและไม่ใช่ว่าร้ายแรงนัก แต่ก็อาจทำให้มีอาการเจ็บที่เต้านมหรือรู้สึกอายได้ และหากเป็นไม่หายอาจต้องใช้ยาหรือเข้ารับการผ่าตัด ช่วงอายุที่พบได้บ่อยคือระหว่าง 50 - 80 ปี ซึ่งมีความชุกร้อยละ 24 - 65¹ ภาวะเต้านมโตในผู้ชายในวัยสูงอายุมักเกิดจากการเพิ่มขึ้นของไขมันซึ่งเป็นปัจจัยหลักในการเปลี่ยน androgen เป็น estrogen การผลิต estrogen ที่เพิ่มขึ้นในชายสูงอายุสัมพันธ์กับการทำงานของ cytochrome P19 (CYP19) ที่เพิ่มขึ้นตามอายุในเนื้อเยื่อไขมัน¹

สาเหตุของภาวะเต้านมโตในผู้ชายได้แก่ การใช้ยาบางชนิด โรคและภาวะบางอย่างที่อาจส่งผลให้ฮอร์โมน testosterone ลดลงต่ำเกินไปหรือมีฮอร์โมน estrogen มากเกินไป เช่น โรคอ้วน ภาวะขาดสารอาหาร โรคตับแข็ง โรคไตเรื้อรัง และไทรอยด์เป็นพิษ ส่วนการดื่มแอลกอฮอล์หรือการใช้สารเสพติด เช่น แอมเฟตามีน กัญชา เฮโรอีน และเมทาโดน ก็อาจมีผลต่อการเกิดภาวะนี้ได้¹ ประมาณร้อยละ 20 ของภาวะเต้านมโตในผู้ชายมีสาเหตุจากยาที่พบบ่อย ได้แก่

ยากลุ่ม antiandrogens, protease inhibitors, และ nucleoside reverse transcriptase inhibitors ส่วนยารักษาโรคจิตรุ่นแรก (first-generation antipsychotics), spironolactone, verapamil และ cimetidine พบเป็นสาเหตุได้น้อย² ในขณะที่ยารักษาโรคจิตรุ่นที่สอง เช่น risperidone และ paliperidone ทำให้เกิดภาวะเต้านมโตในผู้ชายจากการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมน prolactin³ ส่วนยาในกลุ่มอื่น ๆ เช่น selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) และ serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) ที่ถูกรายงานว่าเป็นสาเหตุของภาวะเต้านมโตในผู้ชายพบได้น้อยมาก²

ปัจจุบันยังไม่มีสถิติความชุกของภาวะเต้านมโตในผู้ชายที่เกิดจากยากลุ่ม SSRIs เนื่องจากพบได้น้อยมาก มีเพียงรายงานผู้ป่วยโดย Sashin และคณะ⁴ ที่รายงานผู้ป่วยชายอายุ 49 ปีที่เกิดภาวะเต้านมโตในผู้ชายจากยา fluoxetine โดยหลังจากหยุดยา fluoxetine ได้ 10 เดือน ภาวะเต้านมโตในผู้ชายก็หายเป็นปกติ และ Kaufman และคณะ⁵ ที่รายงานผู้ป่วยชายอายุ 67 ปีที่เกิดภาวะเต้านมโตในผู้ชายจากการได้รับยา sertraline ร่วมกับ duloxetine สำหรับประเทศไทยยังไม่เคยมีรายงานผู้ป่วยที่มีภาวะเต้านมโตในผู้ชายที่เกิดจากยากลุ่ม SSRIs มาก่อน รายงานฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงประวัติ อาการ อาการแสดง ผลการตรวจสภาพจิต ผลการตรวจเอกซเรย์เต้านม และอัลตราซาวด์ ในผู้ป่วยชายสูงอายุที่เกิดภาวะเต้านมโตในผู้ชายหลังจากได้รับการรักษาด้วย sertraline ตลอดจนผลของการรักษาภาวะเต้านมโตในผู้ชาย

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 61 ปี รูปร่างผอม มีอาการคิดซ้ำ ตัดสินใจช้า ทำสิ่งต่าง ๆ ช้า ความจำไม่ค่อยดี มีอาการประมาณ 2 สัปดาห์ ช่วงแรกญาติพาไปตรวจที่แผนกอายุรกรรมระบบประสาท การตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติทางสมองและระบบประสาท และผลการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์บริเวณสมอง (CT brain) และการตรวจสมองและหลอดเลือดด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า

(MRI/MRA brain) เป็นปกติ ไม่พบการขาดเลือด เลือดออก หรือก้อนเนื้ออกในสมอง

ต่อมาญาติพาผู้ป่วยไปรับการรักษาที่หน่วยตรวจโรคจิตเวช การซักประวัติเพิ่มเติมจากผู้ป่วยและภรรยาพบว่า 1 เดือนกว่าก่อนมารักษา ผู้ป่วยพูดคุยน้อยลง ขาดความกระตือรือร้น ไม่ค่อยยิ้ม ไม่แต่งตัว ดูเหม่อ ๆ ซึม ๆ รู้สึกเบื่อ ไม่อยากทำอะไร เศร้า อ่อนเพลีย ช่วยทำภารกิจของครอบครัวไม่ได้ ปฏิเสธอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรือนอนไม่หลับ ปฏิเสธความคิดอยากตาย ผู้ป่วยบอกว่าเครียดเรื่องเศรษฐกิจและเรื่องบิดาอายุ 90 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยไม่เคยป่วยทางจิตเวชมาก่อน ไม่เคยมีอาการอารมณ์ดี คึกคัก หรือหงุดหงิดง่ายผิดปกติ ไม่เคยมีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน หรือหวาดระแวง ปฏิเสธประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว ปฏิเสธประวัติการใช้สารเสพติด ปฏิเสธประวัติโรคประจำตัวใด ๆ และปฏิเสธประวัติการกินยาใดเป็นประจำ

การตรวจสภาพจิต พบลักษณะภายนอกเป็นชายสูงอายุ ดูสมวัย รูปร่างค่อนข้างผอม สุขอนามัยดี การเคลื่อนไหวค่อนข้างช้า คิดช้า ตอบช้า พูดน้อย มีอารมณ์เศร้า วิตกกังวลสมาธิต่อเนื่องไม่ดี และปฏิเสธความคิดฆ่าตัวตาย การตรวจร่างกาย พบว่า ไม่มีไข้ ความดันโลหิต 129/82 มม.ปรอท ชีพจร 62 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ส่วนสูง 168 เซนติเมตร น้ำหนักตัว 53.8 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย 19.1 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ตรวจคัดกรองความจำเบื้องต้นด้วยแบบประเมิน Thai mini mental state examination (TMSE) ได้ 30/30 คะแนน ผลการตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์ ตับ และไต อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) และได้รับการรักษาด้วยยา sertraline ขนาด 50 มิลลิกรัมต่อวัน หลังจากผู้ป่วยกินยานาน 5 เดือน อาการดีขึ้นพอสมควร แต่ยังมีอาการคิดช้า ตัดสินใจช้า และวิตกกังวลเหลืออยู่ แพทย์จึงปรับเพิ่มยา sertraline เป็น 100 มิลลิกรัมต่อวัน

หลังจากผู้ป่วยกินยา sertraline 100 มิลลิกรัมต่อวันเป็นเวลา 5 สัปดาห์ ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเต้านมข้างขวาโตขึ้น

เจ็บ ๆ ตึง ๆ แต่ไม่มีน้ำนมไหล (galactorrhea) อาการเป็นอยู่ประมาณ 1 เดือน ผู้ป่วยจึงไปรับการตรวจที่แผนกศัลยศาสตร์ ศีรษะ คอ และเต้านม แพทย์ตรวจร่างกายพบว่า เต้านมข้างขวาโต แต่ไม่มีก้อนที่เต้านม (enlarge right breast tissue without definite mass) ไม่พบว่ามีบริเวณหัวนมมีการดึงรั้ง (nipple retraction) หรือเลือดออก การตรวจเอกซเรย์เต้านม (mammogram) และอัลตราซาวด์พบเนื้อเยื่อบริเวณใต้ลานนมด้านขวามีลักษณะอสมมาตร (focal asymmetrical breast tissue at right subareolar area, favor gynecomastia) แพทย์จึงวินิจฉัยเป็นภาวะเต้านมโตในผู้ชาย และน่าจะมีส่วนสาเหตุจากยา sertraline ที่ได้รับ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้กินยาอื่นใดนอกจาก sertraline จิตแพทย์จึงปรับลดขนาดยา sertraline จนหยุดภายในเวลา 2 สัปดาห์ และได้เปลี่ยนยาเป็น tianeptine (12.5 มิลลิกรัม) 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้าและเย็น

ก่อนที่เต้านมข้างขวายุบลงหลังหยุดยา sertraline ได้ 2 สัปดาห์ และภาวะเต้านมโตในผู้ชายหายเป็นปกติหลังหยุดยาได้ 6 สัปดาห์ หลังจากกินยา tianeptine ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แจ่มใส ไม่มีอาการซึมเศร้า พูดคุยกังขึ้น สามารถกลับไปช่วยครอบครัวทำภารกิจต่อได้ และยังคงมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง แพทย์ไม่ได้ให้ผู้ป่วยลองกินยา sertraline อีกครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะกลับไปกินยา sertraline อีก

วิจารณ์

รายงานผู้ป่วยฉบับนี้เป็นการรายงานกรณีผู้ป่วยชายสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าและได้รับการรักษาด้วยยา sertraline หลังจากแพทย์ปรับเพิ่มขนาดยา sertraline จาก 50 มิลลิกรัมต่อวันเป็น 100 มิลลิกรัมต่อวันเป็นเวลา 5 สัปดาห์ ผู้ป่วยเกิดภาวะเต้านมโตในผู้ชายขึ้น และภายหลังหยุดยา sertraline ภาวะเต้านมโตในผู้ชายค่อย ๆ ยุบลงจนกลับเป็นปกติภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ บ่งบอกว่าภาวะเต้านมโตในผู้ชายที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยรายนี้จะมีสัมพันธภาพกับการกินยา sertraline

แม้ว่าแพทย์จะไม่ได้สั่งยา sertraline ให้ผู้ป่วยกินอีกครั้งหลังจากที่ภาวะเต้านมโตในผู้ชายของผู้ป่วยหายดีแล้ว เพื่อทดสอบว่าภาวะเต้านมโตในผู้ชายที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับการกินยา sertraline หรือไม่ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ต้องการกินยา sertraline อีก แต่จากข้อมูลประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยก็ไม่พบว่าภาวะเต้านมโตในผู้ชายของผู้ป่วยน่าจะเกิดจากสาเหตุอื่นเช่นกัน อาการของผู้ป่วยไม่เหมือนมะเร็งเต้านมเนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีรอยโรคที่บริเวณตรงกลางใต้ลานนม ซึ่งแตกต่างจากมะเร็งเต้านมที่มักพบรอยโรคที่บริเวณด้านข้างต่อหัวนม⁶ และบริเวณหัวนมของผู้ป่วยไม่มีการดิ่งรั้งหรือเลือดออกอย่างที่พบในมะเร็งเต้านม⁷ ผู้ป่วยไม่ได้กินยาอื่น ๆ ภาวะเต้านมโตในผู้ชายที่เกิดขึ้นจึงไม่ได้เกิดจากยาอื่นที่สามารถกระตุ้นให้เกิดภาวะเต้านมโตในผู้ชายได้ เช่น sex steroid hormones, cimetidine, spironolactone, และ protease inhibitors⁸ อาการของผู้ป่วยไม่เข้ากับภาวะไทรอยด์เป็นพิษเนื่องจากผู้ป่วยปฏิเสธประวัติน้ำหนักลดหรือความอยากอาหารที่เพิ่มขึ้น ไม่มีหัวใจเต้นเร็ว และผลการตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์อยู่ในเกณฑ์ปกติ⁸ ผู้ป่วยมีผลตรวจการทำงานของตับและไตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ภาวะเต้านมโตในผู้ชายที่เกิดขึ้นจึงไม่น่าเกิดจากโรคตับหรือไต และดัชนีมวลกายของผู้ป่วยเท่ากับ 19.1 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ภาวะเต้านมโตในผู้ชายที่เกิดขึ้นจึงไม่น่าเกิดจากโรคอ้วน⁹ เมื่อประเมินความเป็นไปได้ของยา sertraline ในการทำให้เกิดภาวะเต้านมโตในผู้ชายด้วย Naranjo adverse drug reaction probability scale¹⁰ พบว่า ความเป็นไปได้ที่ยา sertraline ทำให้เกิดภาวะเต้านมโตในผู้ชายในผู้ป่วยรายนี้อยู่ในระดับ probable (Naranjo score = 6) เนื่องจากเคยมีรายงานผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงแบบนี้มาก่อน อาการเกิดขึ้นหลังจากได้รับยา sertraline และหายไปหลังหยุดยา และไม่พบสาเหตุอื่นที่ทำให้เกิดภาวะดังกล่าว

Kaufman และคณะ⁵ ได้รายงานภาวะเต้านมโตในผู้ชายที่เกิดจากยา sertraline มาก่อน โดยเกิดในชายสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าเช่นกัน แต่ภาวะเต้านมโตในผู้ชายนั้นเกิด

เมื่อผู้ป่วยได้รับยา sertraline ร่วมกับ duloxetine ในรายงานผู้ป่วยนี้พบว่า การได้รับยา sertraline เพียงขนาดเดียวก็สามารถทำให้เกิดภาวะเต้านมโตในผู้ชายได้ ภาวะเต้านมโตในผู้ชายในผู้ป่วยรายนี้สัมพันธ์กับขนาดยา sertraline ที่ได้รับ เนื่องจากผู้ป่วยกินยา sertraline ขนาด 50 มิลลิกรัมต่อวันมานาน 5 เดือน ก็ยังไม่มีอาการเต้านมโตขึ้น เมื่อปรับยา sertraline เพิ่มขึ้นเป็น 100 มิลลิกรัมต่อวันได้ 5 สัปดาห์ ผู้ป่วยก็เริ่มมีภาวะเต้านมโตในผู้ชาย รายงานผู้ป่วยก่อนหน้านี้ก็พบว่าภาวะเต้านมโตในผู้ชายที่เกิดจาก sertraline สัมพันธ์กับขนาดยาที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน⁵ ภาวะเต้านมโตในผู้ชายในผู้ป่วยรายนี้เกิดขึ้นถึงฉับพลันหลังจากผู้ป่วยเริ่มกินยา sertraline ขนาด 100 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งเกิดขึ้นช้ากว่าและจากขนาดยาที่สูงกว่ารายงานผู้ป่วยก่อนหน้านี้ที่พบภาวะเต้านมโตในผู้ชายหลังผู้ป่วยได้รับยา sertraline ขนาด 50 มิลลิกรัมต่อวันเป็นเวลา 11 วัน⁵ ภาวะเต้านมโตในผู้ชายในผู้ป่วยรายนี้หายสนิทหลังหยุดยา sertraline ได้ 6 สัปดาห์ ซึ่งช้ากว่ารายงานผู้ป่วยก่อนหน้านี้ที่ภาวะเต้านมโตในผู้ชายหายสนิทหลังผู้ป่วยหยุดยา sertraline ได้ 4 สัปดาห์⁵ ดังนั้นการเริ่มมีอาการหลังได้รับยาและการหายของอาการหลังหยุดยาอาจแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยรายนี้มีเต้านมโตข้างขวาเพียงข้างเดียวแตกต่างกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบแต่ชนิดเต้านมโตทั้งสองข้าง⁵ รายงานผู้ป่วยนี้จึงเป็นรายงานแรกที่พบว่ายา sertraline สามารถทำให้เกิดภาวะเต้านมโตในผู้ชายแบบเต้านมโตข้างเดียวได้ อย่างไรก็ตามเคยมีรายงานการเกิดภาวะเต้านมโตในผู้ชายชนิดเต้านมโตข้างเดียวจากยา venlafaxine ซึ่งเป็นยาโรคซึมเศร้าเช่นกัน¹¹

ภาวะเต้านมโตในผู้ชายมีสาเหตุหลักจากความไม่สมดุลระหว่าง estrogen กับ androgen เนื่องจากมีการผลิต estrogen เพิ่มขึ้น และการผลิต androgen ลดลงหรือทั้ง 2 ปัจจัย¹²⁻¹⁶ estrogen ทำหน้าที่เป็น growth hormone ของเต้านม ดังนั้นการเพิ่มขึ้นของ estradiol ในผู้ชายจึงทำให้เนื้อเยื่อเต้านมโตขึ้น สำหรับยา sertraline เป็นยาในกลุ่ม SSRIs ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ

สารสื่อประสาท dopamine¹⁷ ทำให้ระดับฮอร์โมน prolactin เพิ่มขึ้น¹⁸ คล้ายกับยารักษาโรคจิตรุ่นแรกและรุ่นที่สอง บางชนิด ระดับ prolactin ที่สูงขึ้นส่งผลกระทบต่อ hypothalamus ทำให้เกิด central hypogonadism^{12,19} หรือทำให้ตัวรับ androgen ลดลง และตัวรับ estrogen และ progesterone เพิ่มขึ้นในเซลล์มะเร็งเต้านม ซึ่งหากปรากฏการณ์ที่คล้ายคลึงกันนี้เกิดขึ้นในเนื้อเยื่อเต้านมของผู้ชายก็จะทำให้เกิดภาวะเต้านมโตในผู้ชายได้¹²

ข้อจำกัดของรายงานผู้ป่วยนี้ ได้แก่ 1) ไม่ได้เจาะเลือดตรวจ sex hormone profile ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อลองหยุดยา sertraline ที่คาดว่าจะสาเหตุแล้วอาการผู้ป่วยดีขึ้น จึงไม่ได้ตรวจหาสาเหตุอื่นเพิ่มเติมด้วยเหตุผลด้านความคุ้มค่าในการส่งตรวจ 2) แพทย์ไม่ได้ให้ผู้ป่วยลองกินยา sertraline อีกครั้งเพื่อทดสอบว่าจะทำให้เกิดภาวะเต้านมโตในผู้ชายอีกหรือไม่ เนื่องจากจะเป็นการผิดจริยธรรมทางการแพทย์ และผู้ป่วยก็ไม่ต้องการที่จะกลับไปกินยา sertraline อีก และ 3) ผลการศึกษาจากรายงานผู้ป่วยนี้อาจยังไม่สามารถสรุปและนำไปใช้กับประชากรส่วนใหญ่ได้ เนื่องจากเป็นรายงานผู้ป่วยเพียงรายเดียว

สรุป

ยา sertraline สามารถทำให้เกิดภาวะเต้านมโตในผู้ชายได้ โดยการเกิดขึ้นกับขนาดยา และพบเต้านมโตข้างเดียวได้ ภาวะเต้านมโตในผู้ชายจากยา sertraline พบได้น้อย แต่ควรรู้จักเพื่อให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมโดยการหยุดยา sertraline และควรตรวจแยกโรคอื่นที่ทำให้เกิดภาวะเต้านมโตในผู้ชาย

เอกสารอ้างอิง

- Cuhaci N, Polat SB, Evranos B, Ersoy R, Cakir B. Gynecomastia: clinical evaluation and management. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2014;18(2):150-8. doi:10.4103/2230-8210.129104.
- Bowman JD, Kim H, Bustamante JJ. Drug-induced Gynecomastia. *Pharmacotherapy*. 2012;32(12):1123-40. doi:10.1002/phar.1138.
- Levenson JL, editor. Textbook of psychosomatic medicine and consultation-liaison psychiatry. 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Association Publishing; 2019.
- Sashin M, Yilmaz H, Guvener ND. A possible case of gynecomastia with fluoxetine. *Ann Pharmacother*. 2005;39(7-8):1369. doi:10.1345/aph.1E517.
- Kaufman KR, Podolsky D, Greenman D, Madraswala R. Antidepressant-selective gynecomastia. *Ann Pharmacother*. 2013;47(1):e6. doi:10.1345/aph.1R491.
- รัฐ สอนสุภาพ. การตรวจด้วยเอกซเรย์เต้านมและอัลตราซาวด์ของโรคเต้านมในเพศชาย [Mammogram and ultrasonographic examination of male breast disease]. *ศรินครินทร์เวชสาร*. 2555;27(2):212-20.
- Giordano SH, Buzdar AU, Hortobagyi GN. Breast cancer in men. *Ann Intern Med*. 2002;137(8):678-87. doi:10.7326/0003-4819-137-8-200210150-00013.
- Braunstein GD. Clinical practice Gynecomastia. *N Engl J Med*. 2007;357(12):1229-37. doi:10.1056/NEJMc070677.
- Vandeven HA, Pensler JM. Gynecomastia. In: StatPearls (internet). Florida: StatPearls Publishing; 2021.
- Naranjo CA, Busto U, Sellers EM, Sandor P, Ruiz I, Roberts EA, et al. A method for estimating the probability of adverse drug reactions. *Clin Pharmacol Ther*. 1981;30(2):239-45. doi:10.1038/clpt.1981.154.
- Karakurt F, Kargili A, Uz B, Kaya A, Kosar A, Ozkara A, et al. Venlafaxine-induced gynecomastia in a young patient: a case report. *Clin Neuropharmacol*. 2009;32(1):51-2. doi:10.1097/WNF.0B013E3181679126.
- Carlson HE. Approach to the patient with gynecomastia. *J Clin Endocrinol Metab*. 2011;96(1):15-21. doi:10.1210/jcem.96.9.zeg15a.
- Daniels IR, Lamer GT. Gynecomastia. *Eur J Surg*. 2001;167(12):885-92. doi:10.1080/110241501753361550.

14. Johnson RE, Murad MH. Gynecomastia: pathophysiology, evaluation, and management. *Mayo Clin Proc.* 2009;84(11):1010-5. doi:10.1016/S0025-6196(11)60671-X.
15. Rahmani S, Turton P, Shaaban A, Dall B. Overview of gynecomastia in the modern era and the Leeds Gynaecomastia investigation algorithm. *Breast J.* 2011;17(3):246-55. doi:10.1111/j.1524-4741.2011.01080.x.
16. Bhasin S. Testicular Disorders. In: Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR, editors. *Williams Textbook of Endocrinology.* 11th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008. p. 669-74.
17. Damsa C, Bumb A, Bianchi-Demicheli F, Vidailhet P, Sterck R, Andreoli A, et al. "Dopamine-dependent" side effects of selective serotonin reuptake inhibitors: a clinical review. *J Clin Psychiatry.* 2004;65(8):1064-8. doi:10.4088/jcp.v65n0806.
18. Sadock BJ, Sadock VA, Ruitz P. Kaplan & Sadock Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. 11th ed. Baltimore: Wolters & Kluwer; 2015. p. 1020.
19. Barros AC, Sampaio Mde C. Gynecomastia: Physiopathology, evaluation, and treatment. *Sao Paulo Med J.* 2012;130(3):187-97. doi:10.1590/s1516-31802012000300009.

ดัชนีชื่อเรื่อง

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 - 4 ประจำปี 2564

	ชื่อเรื่อง	ฉบับที่	หน้า
ก	การเข้าถึงบริการและความพร้อมการจัดบริการสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุราของระบบบริการสาธารณสุข	4	345
	การเปรียบเทียบทักษะการเคลื่อนไหวระหว่างเด็กออทิสติกและเด็กทั่วไป	3	229
	การเปรียบเทียบประสิทธิภาพและความปลอดภัยระหว่างการให้ยารักษาโรคจิตวันละครั้งและวันละหลายครั้งในผู้ป่วยโรคจิตเภท : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ	2	177
	การพัฒนาแบบวัดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง	1	69
	การพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมอบรมออนไลน์โดยอิงแนวปฏิบัติโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น สำหรับแพทย์ในเขตสุขภาพที่ 10	4	333
	การศึกษาคุณสมบัติของแบบประเมินความฉลาดทางสติสัมปชัญญะไทย	2	105
ค	ความเครียดระหว่างการเรียนออนไลน์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ของนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น	4	273
	ความชุก ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการสูญเสียหน้าที่ของภาวะติดเกมในเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น	2	93
	ความชุกของการรับรู้ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคโควิด 19 เขตกรุงเทพมหานคร	2	114
	ความชุกของภาวะความเครียดของประชาชน (solastalgia) ต่อสภาวะหมอกควันของชุมชนตำบลพระบาท อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง	1	45
	ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ คลินิกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่	1	1
	ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของประชาชนเขตคลินิกหมอครอบครัวบ้านทุ่งเสี้ยว อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่	1	12
	ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องและผู้ดูแลในโรงพยาบาลสงขลา	1	34
	ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ในรอบ 12 เดือน	4	297
	ความสัมพันธ์ระหว่างการฝึกสติและสติสนทนาในองค์กรกับระดับสติ ความสามารถในการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม	4	312
	ความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบจากเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กของมารดาและวิธีการในการเลี้ยงดูลูก	3	215

ดัชนีชื่อเรื่อง

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 - 4 ประจำปี 2564

	ชื่อเรื่อง	ฉบับที่	หน้า
ค	คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าชาวไทย	3	239
ช	ชุดความคิดและผลของชุดความคิดที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความสุขในการเรียน ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย	1	56
น	แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ	2	161
ป	ประสิทธิผลของดนตรีบำบัดร่วมกับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง	2	149
	ประสิทธิผลและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสามัญ risperidone solution กับ ยาต้นตำรับในการรักษาผู้ป่วย autism spectrum disorders	2	137
	ปัญหาสุขภาพจิตนักเรียนหลังเหตุการณ์ยิงกันในโรงเรียน	4	323
ผ	ผลกระทบของเพศภาวะต่อสุขภาพจิตและแนวคิดเพศภาวะกำหนดนโยบายสุขภาพจิต	3	259
	ผลของกลุ่มบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มี โรคเรื้อรังในชุมชน	2	125
	ผลของโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา ของ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์	1	22
	ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรู้คิดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดพร่องเล็กน้อย	3	189
	ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	4	286
พ	พื้นอารมณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กปฐมวัย	1	80
ภ	ภาวะเต้านมโตในผู้ชายที่เกิดจากยา sertraline ในผู้สูงอายุ : รายงานผู้ป่วย 1 ราย	4	358
	ภาวะออทิสซึมในเด็กปฐมวัยที่ส่งสัพัฒนาการไม่สมวัยหรือออทิสซึม : การศึกษานำร่อง ในจังหวัดเชียงใหม่	3	249
ร	ระดับสุขภาพจิตของแพทย์ไทยจบใหม่ จากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในช่วงการระบาด ของโรคโควิด 19	3	201

Title index

Journal of Mental Health of Thailand 2021: 29 (1 - 4)

	Title	No.	Page
A	A comparison of motor skills in children with autism spectrum disorder and typically developing children	3	229
	Assessment of autism spectrum disorder among early childhood suspected of developmental delay or autism spectrum disorder: a pilot study in Chiang Mai	3	249
C	Clinical practice guidelines for the management of anxiety and depression in patients with stroke: a systematic review	2	161
	Comparison of efficacy and safety between once-daily dosing and divided dosing of antipsychotic drugs in patients with schizophrenia: a systematic review	2	177
D	Development and effectiveness of an online training program based on adolescent depression guidelines for physicians in the 10th public health region	4	333
	Effectiveness and adverse drug reactions between generic and original risperidone solution in patients with autism spectrum disorder	2	137
	Effectiveness of music therapy conjoined with rehabilitation program in post-stroke patients	2	149
	Effects of Mindfulness-Based Therapy Program on depression and quality of life among patients with Major Depressive Disorder	4	286
M	Mental health during COVID-19 pandemic among young Thai physicians in Thailand	3	201
	Mental health problems of students after school shooting	4	323
	Mindset and its impact on academic performance and school-related happiness among upper primary school students	1	56
P	Pharmaceutical therapy-related quality of life in Thai depressive outpatients	3	239
	Prevalence and factors associated with depression among peritoneal dialysis patients and their caregivers at Songkhla hospital	1	34
	Prevalence and factors associated with depression in elderly patients in family medicine outpatient clinic, Chiang Mai University	1	1
	Prevalence and factors associated with stress and depression in COVID-19 pandemic among residents of Tung Seaw primary care clinic, Sanpathong District, Chiang Mai Province	1	12
	Prevalence and risk factors of non-suicidal self-harm behavior among nursing students in the past 12 months	4	297
	Prevalence of perceived stress and depression and their associated factors among COVID-19 patients in Bangkok	2	114

Title index

Journal of Mental Health of Thailand 2021: 29 (1 - 4)

	Title	No.	Page
P	Prevalence of stress caused by bushfires smog (solastalgia) of people in Prabat, Lampang, Thailand	1	45
	Prevalence, associated factors and functions impairment of internet gaming disorder (IGD) in children and adolescent with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)	2	93
S	Sertraline-induced gynecomastia in elderly: a case report	4	358
	Stress among Khon Kaen University medical students during online learning in the era of the COVID-19 pandemic	4	273
T	Temperament and related factors in early childhood	1	80
	The care accessibilities of people with alcohol-use disorder (AUD) and the health service system readiness	4	345
	The development of a reducing burnout model for professional nurses in a community hospital	1	69
	The effect of empowerment group program on coping ability in patients at risk of suicide, outpatient department, Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital	1	22
	The effects of problem-solving group therapy conjoined with mindfulness for depression in elderly with chronic diseases living in community	2	125
	The effects of the cognitive enhancement program in elderly people with mild cognitive impairment	3	189
	The relationship between maternal adverse childhood experiences and child rearing skills	3	215
	The relationship between mindfulness and dialogue practices in organization and level of mindfulness, communication, and teamwork	4	312
	The study of the psychometric properties of the consciousness quotient inventory Thai version	2	105
	The The impact of gender on mental health and concepts of gender approach mental health policy	3	259

ดัชนีชื่อผู้พิมพ์ (Author index)
วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 - 4 ประจำปี 2564
(Journal of Mental Health of Thailand 2021: 29 (1 - 4))

	ชื่อ - สกุล	ฉบับที่	หน้า		Title	No.	Page
ก	กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์	1	1	A	Achara Luecha	1	22
	กฤตยชญ์ อนวัชพงศ์	4	273		Aimorn Jiraphan	2	161
	กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์	1	34		Anusara Kraunual	2	177
	กัลยาณี โนอินทร์	1	69		Aree Cheevakasemsook	1	69
	กึ่งกาญจน์ ชูเมือง	2	125		Arpaporn Puengyod	2	137
	เกษร สายธนู	2	125	B	Auswin Rojanasumapong	1	1
	เกษราภรณ์ เคนบุปผา	2	125		Bangonsri Jindawong	4	273
	เกษราภรณ์ เคนบุปผา	4	333		Bhornsuree Kuvijitsuwan	2	149
	เชมิกา เขมะกนก สุตनाव	1	56		Boonsiri Junsirimongkol	4	345
จ	จารุรินทร์ ปิตานพงศ์	3	201	C	Chadapim Phoasavasdi	2	137
	จินตนา ปรัชญาสันติ	2	137		Chaisiri Angkurawaranon	1	1
	จิรภา จรัสวณิชพงศ์	3	229		Chakriya Threeranate	1	56
	จุฑามาศ เกาะแก้ว	3	229		Chalawat Inpa	1	1
	จุไรรัตน์ กีบง	1	80		Chanvit Pornnoppadol	2	93
ฉ	ฉวีวรรณ แสงสว่าง	2	149		Chatwaroon Jampawan	3	189
	ฉัตรวรรณ จำปาวิน	3	189		Chaweewan Sangsawang	2	149
ช	ชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์	2	137	D	Chompoonoot Kabkumba	4	297
	ชมพูนุท กาบคำบา	4	297		Chonticha Yamma	2	114
	ชลธิชา แยมมา	2	114		Darunee Padthulee	3	229
	ชลอวัฒน์ อินปา	1	1		Duangkamol Tangviriyapaboon	3	249
	ชัยสิริ อังกระวรรณนท	1	1		Dutduan Tang-aree-arun	2	93
	ชาคริยา ธีรเนตร	1	56		Dutsadee Juengsiragulwit	2	114
	ชาญวิทย์ พรนภดล	2	93		Isaree Siriwankulthorn	1	1
	ทิฆัมพร หอสิริ	2	93	J	Jarurin Pitanupong	3	201
ณ	ณัฐปน รัตนตรัย	2	114		Jeerapa Jarutwanitpong	3	229
ด	ดุริณี ปัตถุลี	3	229		Jintana Prachayasunti	2	137
	ดวงกมล ตั้งวิริยะไพบุลย์	3	249		Jurairat Keebang	1	80
	ดุขฎิ จิงศิริกุลวิทย์	2	114		Juthamart Khokeaw	3	229

ดัชนีชื่อผู้นิพนธ์ (Author index)

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 - 4 ประจำปี 2564

(Journal of Mental Health of Thailand 2021: 29 (1 - 4))

	ชื่อ - สกุล	ฉบับที่	หน้า		Title	No.	Page
ด	ดุขเดือน ตั้งอารีอรุณ	2	93	K	Kanlayanee No-in	1	69
ถ	ถนอมพงษ์ เสถียรลัคนา	2	177		Kanokporn Pinyopornpanish	1	1
ธ	ธนาภรณ์ ตั้งศิลาถาวร	4	273		Kedsaraporn Kenbubpha	2	125
	ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์	1	12		Kedsaraporn Kenbubpha	4	333
น	นติยากร ชนแก่น้อย	3	229		Kesorn Saithanu	2	125
	นที วีรวรรณ	4	358		Khemika Khemakanok Sudhawa	1	56
	นพคุณ นันทศุภวัฒน์	1	1		Kingkan Choomuang	2	125
	นภา จิรัฐจินตนา	4	286		Krit Pongpirul	1	34
	นันทยุทธ หะลิตะเวช	2	114		Krittayot Anawatchaphong	4	273
	นิพนธ์ เชื้อสะอาด	2	149	L	Lakkana Thaikruea	2	149
	เนตรชนก แก้วจันทา	4	297	N	Nantayoot Hasitaweche	2	114
บ	บังอรศรี จินดาวงค์	4	273		Napa Jiratjitan	4	286
	บุญศิริ จันศิริมงคล	4	345		Natee Viravan	4	358
ป	ปรัตถกร ตันตวิชรฐากร	3	201		Natiyagorn Chongaonoy	3	229
	ปิยธรณ์ เร่งเร็ว	1	45		Nattapapon Rattana-trai	2	114
พ	พนิดา ศิริอำพันกุล	1	80		Netchanok Kaewjanta	4	297
	พรทิพย์ ธีรรัตน์ไชยเลิศ	2	177		Nipon Chuasa-ard	2	149
	พรนภา พัฒนวิทยากุล	4	273		Nopakoon Nantsupawat	1	1
	พรรณทิพา ศักดิ์ทอง	3	239	P	Panida Siriumpunkul	1	80
	พรสุรีย์ คูวิจิตรสุวรรณ	2	149		Paratthakorn Tantivachiratakul	3	201
	พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ	2	177		Patpitchaya Pichayavanich	4	273
	พัฒนพัฒน์ พรธน์แผ้ว	2	137		Pattheera Settabut	1	56
	พัทธ์พิชญา พิชญวนิชย์	4	273		Pawinee Bunsawonsung	2	137
	พินันฐา กิตติรัตนไพบูลย์	3	259		Pawinee Petchsawang	4	312
	พินันฐา กิตติรัตนไพบูลย์	4	345		Phannaphat Phanphaew	2	137
	พินทุสร กลับคุณ	2	177		Phantipa Sakthong	3	239
	พิมพ์ชนก ใจสว่าง	3	229		Pholphat Losatiankij	2	177

ดัชนีชื่อผู้พิมพ์ (Author index)

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 - 4 ประจำปี 2564

(Journal of Mental Health of Thailand 2021: 29 (1 - 4))

	ชื่อ - สกุล	ฉบับที่	หน้า		Title	No.	Page
ภ	ภัทธีรา เศรษฐบุต	1	56	P	Phunnapa Kittiratanapaiboon	4	345
	ภาวิณี เพชรสว่าง	4	312		Phunnapa Kittiratanapaiboon	3	259
	ภาวิณี บุญสุวรรณสง	2	137		Pimchanok Jaisawang	3	229
	ภิญญาดา สิริยาวาณิช	1	45		Pintusorn Klabkhun	2	177
ร	รวีกานต์ ระลึกฤาเดช	3	239	R	Pitchayada Siriyawanich	1	45
	รัชชภา ธารจันทร์	1	22		Piyathorn Rengrew	1	45
	รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ	3	189		Ponnapa Pattanawittayakul	4	273
	รุจินันท์ เหล่านิยมไทย	2	105		Porn-tip Theraratchailert	2	177
	เรือนทอง อภิวงศ์	2	149		Ratchada Tarachun	1	22
	ลักขณา ไทยเครือ	2	149		Ratchadaporn Ungcharoen	3	189
ว	วชิราภรณ์ อรุโณทอง	3	215	S	Rawikarn Ralukruedek	3	239
	วทันญ์ เลิศวัชรโสภาคกุล	4	273		Reanthong Apiwong	2	149
	วรรณพัทธ์ วิวัฒน์วงศา	4	323		Rujinant Laoniyomthai	2	105
	วรินทร์พร สว่างศรี	2	114		Saiphon Tospatinrat	2	149
	วิชุดา จิรพรเจริญ	1	1		Sakorn Buphahou	1	22
	วิภาดา คณะไชย	1	22		Samai Sirithongthaworn	3	249
	วิภาวี เผ่ากันทรการ	4	286		Samittra Pornwattanavate	4	312
	วิริย์อร จุมพระบุตร	4	333		Sanathorn Komolmanee	4	273
	วีรพันธ์ แยมรัตน์กุล	2	161		Sangwan Pongsorn	1	34
	ศณธร โกมลณี	4	273		Sawitree Palabut	4	333
ศ	ศิริทิพย์ บุญจรัสสิริบุญ	4	273		Sirintip Boonjaraspinyo	4	273
	ศิริพรรณ แสนล้ง	2	137		Siripran Sanlung	2	137
	ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ	4	358		Sirirat Kooptiwoot	4	358
	ศุภโชค สิงห์กันต์	2	105		Somporn Rungreangkulkij	3	259
	สมพร รุ่งเรืองกลกิจ	3	259		Somporn Rungreangkulkij	4	297
ส	สมพร รุ่งเรืองกลกิจ	4	297		Soonthree Oratanasataporn	3	189
	สมัย ศิริทองถาวร	3	249		Sorawan Intasitti	4	345
	สมิตรา พรวัฒนเวทย์	4	312		Subin Sminoy	1	22

ดัชนีชื่อผู้พิมพ์ (Author index)

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 - 4 ประจำปี 2564

(Journal of Mental Health of Thailand 2021: 29 (1 - 4))

	ชื่อ - สกุล	ฉบับที่	หน้า		Title	No.	Page
ส	สังวาลย์ พงษ์ศรี	1	34	S	Sucheera Phattharayuttawat	2	105
	สาคร บุปผาเฝ้า	1	22		Sunan Chamroonsawasdi	4	345
	สายฝน ทศภาทินรัตน์	2	149		Supachoke Singhakant	2	105
	สาวิตรี พลະบุตร	4	333		Supamas Angsuchoti	1	69
	สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ	2	105		Supatra Kenchaiwong	3	189
	สุทธา สุปัญญา	2	177		Supimon Khorphon	1	45
	สุนทรี โอรัตนสถาพร	3	189		Suttha Supanya	2	177
	สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์	4	345		Suwan Wongsuwan	1	45
	สุบิน สมิน้อย	1	22	T	Tanasit Wijitraphan	1	12
	สุพัตรา เคนไชยวงศ์	3	189		Thanaporn Tangsilatavorn	4	273
	สุพิมล ขอผล	1	45		Thanompong Sathienluckana	2	177
	สุภาส อังคุโชติ	1	69	V	Tikumporn Hosiri	2	93
	สุวรรณ วงศ์สุวรรณ	1	45		Vipada Kanachai	1	22
อ	โสฬรรณ อินทสิทธิ์	4	345		Wachiraporn Arunothong	3	215
	อนุสรณ์ เกรื่อนวล	2	177	W	Wannaphak Wiwattanawongsa	4	323
	อัครา ฤๅชา	1	22		Warintip Sawangsri	2	114
	อัศวิน โรจนสุมาพงศ์	1	1		Weeranan Yaemrattanakul	2	161
	อาภาภรณ์ พึ่งยอด	2	137		Whatanyou Lertwatcharasophakul	4	273
	อารี ชิวเกษมสุข	1	69		Wichuda Jiraporncharoen	1	1
	อิสริย์ ศิริวรรณกุลธร	1	1		Wipawee Phaokuntatakorn	4	286
	เอมอร จิระพันธุ์	2	161		Wireon Joomprabutra	4	333



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์โดยรับบทความเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ บทความที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ **ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ผู้นิพนธ์จะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์อย่างเคร่งครัด** ผู้นิพนธ์ต้องแน่ใจว่าได้ตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้ว ไม่มีการลอกเลียนงานวิชาการ (plagiarism) และมีการอ้างอิงตามแหล่งที่มาตามหลักการที่ถูกต้องครบถ้วน บทความทุกประเภทที่ส่งมาให้พิจารณาตีพิมพ์จะได้รับการตรวจหาต้นฉบับจากคณะกรรมการและผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งจากภายในและภายนอกอย่างน้อย 2 ท่าน บทความที่ได้รับการตีพิมพ์แล้วจะเป็นลิขสิทธิ์ของกรมสุขภาพจิตและผู้นิพนธ์

ประเภทของบทความ

1. บทความพิเศษ (Special article)

เป็นบทความซึ่งวิเคราะห์ผลงานทางการแพทย์หรือสุขภาพจิต หรืออาจเป็นข้อคิดเห็นเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ มีองค์ประกอบดังนี้ : บทนำ (introduction) เนื้อเรื่อง (text) สรุป (summary) และเอกสารอ้างอิง (references)

2. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

เป็นบทความรายงานการวิจัย มีองค์ประกอบดังนี้ : ชื่อเรื่อง (title) บทคัดย่อ (abstract) และคำสำคัญ (key words) ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ บทนำ (introduction) วิธีการ (methods) ผล (results) วิจารณ์ (discussion) สรุป (conclusion) กิตติกรรมประกาศ (acknowledgements) และเอกสารอ้างอิง (references)

3. บทความปริทัศน์ (Review article)

เป็นการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ผลเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ : systematic review) เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าของเรื่องนั้นในสถานการณ์ปัจจุบันพร้อมข้อเสนอแนะ มีองค์ประกอบดังนี้ : บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) วิธีการ (methods) ผล (results) วิจารณ์ (discussion) สรุป (conclusion) และเอกสารอ้างอิง (references)

4. รายงานผู้ป่วย (Case report)

เป็นรายงานเกี่ยวกับผู้ป่วยที่น่าสนใจ มีองค์ประกอบดังนี้ : บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) เนื้อเรื่อง (text) สรุป (conclusion) เอกสารอ้างอิง (references)

5. ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความทั่วไปที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตหรือทางสาธารณสุข

การเตรียมต้นฉบับ

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

โดยมีรายละเอียดการเตรียมต้นฉบับ ดังนี้

1. หนังสือรับรองการนำส่ง (ใบนำส่ง) (link แบบฟอร์มท้ายเล่ม) ให้ระบุชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ ด้วยวุฒิการศึกษาสูงสุด หน่วยงาน ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ พร้อมทั้งที่อยู่และ e-mail address ของผู้นิพนธ์ทุกคนและระบุตัวแทนผู้นิพนธ์ที่

ทั้งนี้การพิจารณาล้นกรองบทความของผู้ทรงคุณวุฒิจะทบทวนบทความโดยไม่ทราบชื่อผู้พิมพ์ (blindly review)

2. การใช้ภาษา ให้ใช้ 2 ภาษา คือ ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ โดยบทความต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 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. บทคัดย่อ แยกภาษาไทยและภาษาอังกฤษโดยมีเนื้อหาที่เหมือนกัน ใส่ชื่อเรื่องตามด้วยบทคัดย่อแต่ไม่ต้องระบุชื่อผู้พิมพ์ ขอให้ผู้พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้องและไวยากรณ์ภาษาอังกฤษก่อนส่งต้นฉบับ เขียนตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วิธีการ ผล วิจัย สรุป **ไม่เกิน 300 คำ** ใช้ภาษารัดกุม ตามด้วยคำสำคัญ จำนวน 3 - 5 คำ โดยใช้ Medical Subject Heading (MeSH) items ของ U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญ

4. ต้นฉบับ พิมพ์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรม Word Processor for Window ตัวอักษร TH SarabunPSK

หรือ Angsana UPC ขนาด 16 และให้พิมพ์ข้อความ 1 สดมภ์ (1 column) ต่อ 1 หน้า 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 ระเบียบการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย 3) **ผล** แสดงผลการศึกษาค้นคว้าที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เท่านั้น 4) **วิจารณ์** ควรเขียนอภิปรายว่าผลการวิจัยเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด แสดงให้เห็นว่าผลที่ได้ในครั้งนี้เหมือนหรือแตกต่างจากการศึกษาอื่นอย่างไร และต้องมีการอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการศึกษของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 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

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

และตามด้วยอักษรชื่อต้นภาษาอังกฤษ ไม่เว้นวรรคหลังเครื่องหมายวรรคตอนระหว่างปี ปีที่ และหน้า (สำหรับวารสารที่จัดพิมพ์โดยมีเลขหน้าต่อเนื่องกันตลอด Volume ไม่ต้องใส่เดือนและฉบับที่พิมพ์)

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

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

1.1.2 บทความในวารสารของไทย ให้เขียนเป็นภาษาไทยตามที่ปรากฏ โดยมีชื่อเรื่องภาษาอังกฤษไว้ในวงเล็บเหลี่ยมต่อท้ายชื่อเรื่องภาษาไทย

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

1.1.3 บทความในวารสารของไทย ที่วารสารนั้นตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ ให้เขียนเหมือนวารสารภาษาอังกฤษเช่นเดียวกันกับข้อ 1.1.1

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

1.2 กรณีที่มีผู้พิมพ์ร่วมมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. โดยใช้นามสกุลขึ้นต้นและตามด้วยอักษรชื่อต้นภาษาอังกฤษ (ไม่เว้นวรรคหลังเครื่องหมายวรรคตอนระหว่างปี ปีที่ และหน้า)

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

1.3 กรณีที่ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

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

1.4 กรณีที่เป็นฉบับเสริม (Supplement)

1.4.1 ฉบับเสริมของปี

Strauss SE. History of chronic fatigue syndrome. Rev Inf Dis. 1991;11 suppl 1:52-7.

1.4.2 ฉบับเสริมของเล่ม

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

1.5 กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นคอลัมน์เฉพาะ อาจแสดงชนิดของเอกสารได้ตามความจำเป็นภายใน เครื่องหมาย []

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

1.6 วารสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

1.6.1 บทความที่มี Digital Object Identifier (DOI)

Stultz J. Integrating exposure therapy and analytic therapy in trauma Treatment. Am J Orthopsychiatry. 2006;76:482-8. doi:10.1037/00029432.76.4.482.

1.6.2 บทความไม่มี DOI

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

2. หนังสือ

2.1 หนังสือมาตรฐานทั่วไป

2.1.1 หนังสือภาษาไทย ให้เขียนเป็นภาษาไทย โดยเพิ่มชื่อเรื่องภาษาอังกฤษไว้ในวงเล็บเหลี่ยม [] ต่อท้ายชื่อเรื่องภาษาไทย และใส่ชื่อภาษาของภาษาต้นฉบับเป็นคำภาษาอังกฤษไว้ตอนท้ายสุด

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

2.1.2 หนังสือภาษาอังกฤษ

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

2.2 หนังสือที่มีผู้พิมพ์เป็นหน่วยงานและผู้พิมพ์

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

2.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นบทหนึ่งในหนังสือที่มีบรรณาธิการ

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

2.4 เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ

รีนา ต๊ะดี. ชีวิตวัยรุ่นหญิงเมื่อต้องเป็นแม่ [Life of female adolescent as mothers]. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 13 ประชากรและสังคม พ.ศ. 2560; 30 มิ.ย. 2560; กรุงเทพฯ.

3. รายงานทางวิชาการ

3.1 รายงานวิจัย

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

3.2 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

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

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

4. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

4.1 เอกสารเฉพาะเรื่องบนอินเทอร์เน็ต

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

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย 2548-2550 [Thailand health profile 2005-2007] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: 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/medlineplusdictionary.html>

4.2 โคมเพจ/เว็บไซต์

รูปแบบ: ผู้แต่ง.\ชื่อเรื่อง\ [อินเทอร์เน็ต].\สถานที่พิมพ์:\สำนักพิมพ์\ปีพิมพ์\ [สืบค้นเมื่อวันที่ เดือน(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 หาระภูมิ. ดึงคุณภาพยา (จีน) ช่วยผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง [Bringing quality medicine (China) to help patients with chronic kidney failure]. มติชน. 3 มี.ค. 2554; น. 10.

5.2 เอกสารอ้างอิงเป็นพจนานุกรมต่างๆ

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

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

รายละเอียดการเขียนอ้างอิงตามรูปแบบแวนคูเวอร์ ดูได้จาก:

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

หรือ สแกนคิวอาร์โค้ดนี้



การส่งต้นฉบับในระบบวารสารออนไลน์

ผู้พิมพ์สมัครสมาชิกและส่งต้นฉบับบทความในระบบ ThaiJo ตามขั้นตอนดังนี้

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

ขั้นที่ 1 เริ่มต้นการส่ง กรอกข้อมูลและตรวจสอบทุกข้อเพื่อเป็นการยืนยันว่าบทความของท่านเป็นไปตามเงื่อนไขที่วารสารกำหนด

ขั้นที่ 2 อัปโหลดบทความเป็นไฟล์ word ตามข้อแนะนำการเตรียมต้นฉบับ 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





วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 66 ฉบับที่ 3

กรกฎาคม - กันยายน 2564

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง	241
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบวัดการติดเกมอินเทอร์เน็ต 9 ข้อ ฉบับภาษาไทย (Nine-item, Internet Gaming Disorder Scale; IGD Scale-9 TH) ในวัยรุ่นที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น อุดมพร บุญยประเสริฐ, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์	243
ปัญหาการเรียนและพฤติกรรมของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในจังหวัดสงขลา ธัญลักษณ์ วันเลี้ยง	261
การศึกษาประสิทธิผลของการทำกลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติ ในการลดภาวะซึมเศร้า ระดับน้อยถึงปานกลางในผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี นัตตา พนาคุณากร, ถิรพร ตั้งจิตติพร, ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์	277
ระยะเวลาการใช้น้ำจอกในเด็กอายุ 2 เดือน - 6 ปี และภาวะซึมเศร้าของมารดา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ วริยา ชัตรแดง, ฌักควรรต บัวทอง, จิรดา ประสาทพรศิริโชค, ศศิธร ปรีชาวุฒิเดช	289
ปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมในพี่น้องของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มารับการรักษา ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ณิชนัน เอี่ยมตระกูล, จิรดา ประสาทพรศิริโชค, พันตรี เกิดโชค	309
ผลของการเล่นเกมบนไคโรภายในครอบครัวต่อการเพิ่มทักษะการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ในเด็กอนุบาลที่มีภาวะออทิซึมสเปกตรัม: รายงานผู้ป่วย 3 ราย พิศตะวัน มาตสีดา, ปิยะวรรณ ศรีสุรภัช, ชนาดา อรศรี, พชรินทร์ จำปานนท์, กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม, สุชาติ พหลภาคย์	323
ความชุกของภาวะซึมเศร้าในแพทย์ประจำบ้านในช่วงภาวะวิกฤตการระบาดของโรค COVID-19 ธิชาภา ธีรเบญจกุล, ติรยา เลิศหัตถศิลป์	337
แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของการฆ่าตัวตายด้วยวิธีรมควันถ่านในประเทศไทย และการรายงานข่าวหนังสือพิมพ์ ชฎารัตน์ อุดมแสงโชค, มาโนช หล่อตระกูล	351

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ (ปรับปรุงใหม่)

สารบัญวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

สำหรับผู้สนใจส่งบทความ
สามารถดูรายละเอียดได้ตามคิวอาร์โค้ดนี้



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

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