



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสาร

สุขภาพจิต

แห่งประเทศไทย

ปีที่ 30 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2565
Volume 30 Number 2 April - June 2022
www.tci-thaijo.org/index.php/jmht



ผลของการบำบัด start over and survive (SOS) ต่อการลดการเสพยาในผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน

โกศล วรอาศวกบติ, วรท ลำไย, กิตติกร โพธิ์โน, นพพร ตันติรังสี, ปราณี จันทะโม



ปัจจัยทำนายการกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ของนักเรียนในภาคกลางของประเทศไทย

ปัญจรัตน์ ไล่สุวรรณชาติ, ธาณินทร์ สุธิประเสริฐ, สุภาพร บุญศิริลักษณ์



ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำกับความรุนแรงของภาวะขาดสารในผู้ป่วยอุบัติเหตุชนล้ม พิรวงค์



การศึกษาพฤติกรรมการฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเองของผู้ป่วยออทิสติก ในโรงพยาบาลอุวะประสาทไวทยโปลัมภ์
อนัญญา สันรัชตานันท์



ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือด
คลินิกไตเทียม โรงพยาบาลสกลนคร

ขจรศักดิ์ วรรณทอง



ภาวะหมดไฟและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคลากรสาธารณสุขจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

วรวรรณ จุฑา, พันธันภา กิตติรัตน์ไพบุลย์, กมลลักษณ์ มากคล้าย, นพพร ตันติรังสี



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความลังเลใจและความต้องการรับวัคซีนโควิด 19

ชินโรส ลีสวัสดิ์, เทอดศักดิ์ เดชคง, ลือจรรยา ธนภควัต



แนวทางการปรึกษาเชิงจิตวิทยาทางเทคโนโลยี : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ภาสกร คุ่มศิริ, ศุภวิชญ์ แสนเทพ, ธัญญาภรณ์ คำแก้ว, ธนาภรณ์ กองพล

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 ดันอารีย์ 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 อัสณางค์กรชัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.พญ.พรจิรา ปรีชากรกุล มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.พญ.ศิริจิต สุทธิจิตต์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.นพ.ดร.ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.ดรณี ภูขาว มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.हरखा เศรษฐบุปผา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ดร.นพ.พิทักษ์พล บุญยมาลิก กองตรวจราชการ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
พญ.ดุชนิ จิงศิริกุลวิทย์ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น
ราชนครินทร์
พญ.เบญจพร ปัญญาวย ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต
ดร.สุดา วงศ์สวัสดิ์ ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต

บรรณาธิการต่างประเทศ

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

บรรณาธิการบริหาร

นายภพธร วุฒินหาร

กองบรรณาธิการฝ่ายจัดการ (สำนักวิชาการสุขภาพจิต)

นางสาวสิริกุล จุลศิริ นางฐิติญา จันทพรม
นายจากุพจน์ พรมสิดา นายธัญพิสิฐ บุญพัฒนาภรณ์

ISSN 0859-497X

E-ISSN 2697-567X

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต เพื่อเป็นช่องทางสำหรับเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ และเป็นสื่อกลางเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพจิต

กำหนดออก:

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

ดาวน์โหลดและส่งบทความ:

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

การติดต่อ:

กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย
สำนักวิชาการสุขภาพจิต ชั้น 3 อาคาร 2 กรมสุขภาพจิต
88/20 ถนนติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมืองนนทบุรี
จ.นนทบุรี 11000
โทร. 0-2590-8254, 8561 โทรสาร 0-2149-5539
e-mail: jmht.dmh@gmail.com

บทความที่จะตีพิมพ์ให้ปฏิบัติตาม “คำแนะนำผู้พิมพ์” ของ
วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

หมายเหตุ:

ผู้อ่านสามารถนำข้อความ ข้อมูลจากวารสารไปใช้ไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการได้ เช่น เพื่อการสอน เพื่อการอ้างอิง แต่การนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่น เช่น เพื่อการค้า จะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากกรมสุขภาพจิตก่อน

ความคิดเห็น ข้อมูล และบทสรุปต่างๆ ที่ลงตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย เป็นของผู้เขียนบทความ และไม่ได้แสดงว่ากองบรรณาธิการหรือกรมสุขภาพจิตเห็นพ้องด้วย



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

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

Journal of Mental Health of Thailand

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

Free subscription:

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

Download and Submission:

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

Contact:

Journal of Mental Health of Thailand
Bureau of Mental Health Academic Affairs,
Department of Mental Health,
Ministry of Public Health
88/20 Tiwanon Road, Nonthaburi, 11000 Thailand.
Tel. +66-2590-8254, 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.

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 Dejkong, 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

Mr.Phopthorn Wuttiarn

Managing Staffs (Bureau of Mental Health Academic Affairs)

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

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

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

ปีที่ 30 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2565

สารบัญ	หน้า
บรรณาธิการแถลง	A
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ผลของการบำบัด start over and survive (SOS) ต่อการลดการเสพยาในผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน	87
โกศล วราอัสวปติ, วรท ลำไย, กิตต์กวี โพธิ์โน, นพพร ตันติรังสี, ปราณี จันทะโม	
ปัจจัยทำนายการกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ของนักเรียนในภาคกลางของประเทศไทย	100
ปัญญรัตน์ ไส้สุวรรณชาติ, ธานีพร สุธีประเสริฐ, สุภาพร บุญศิริลักษณ์	
ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำกับความรุนแรงของภาวะขาดสุราในผู้ป่วยอุบัติเหตุ	114
ธนวัฒน์ พืรวงศ์	
การศึกษาพฤติกรรมการฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเองของผู้ป่วยออทิสติกในโรงพยาบาลยูประสาทไวยโอบลัมภ์	125
อนัญญา สันรัชตานันท์	
ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือด คลินิกไตเทียม โรงพยาบาลสกลนคร	137
ขจรศักดิ์ วรรณทอง	
ภาวะหมดไฟและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคลากรสาธารณสุขจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	147
วรวรรณ จุฑา, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, กมลลักษณ์ มากคล้าย, นพพร ตันติรังสี	
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความลังเลใจและความต้องการรับวัคซีนโควิด 19	161
ชินอรส ลีสวัสดิ์, เทอดศักดิ์ เดชคง, ลือจรรยา ธนภควัต	
บทความปริทัศน์	
แนวทางการปรึกษาเชิงจิตวิทยาทางเทคโนโลยี : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ	171
ภาสกร คุ่มศิริ, ศุภวิชญ์ แสนเทพ, ัญญาภรณ์ คำแก้ว, ธนาภรณ์ กองพล	
คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์	I
สารบัญวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย	

CONTENTS PREFACE		Page
EDITORIAL ORIGINAL		A
ORIGINAL ARTICLES	Effect of the start over and survive intervention (SOS) on relapse reduction of methamphetamine use in patients with psychotic disorders Koson Warasawapati, Warot Lamyai, Kitkawe Pono, Nopporn Tantirangsee, Pranee Jantamo	87
	Factors predicting cyberbullying perpetration and victimization among students in central Thailand Panjarut Laisuwannachart, Tanin Suteeprasert, Supaporn Bunsiriluck	100
	The association between hypomagnesemia and severity of alcohol withdrawal in trauma patients Thanawat Peerawong	114
	A study of suicidality and self-injury in patients with Autism at Yuwapasart Waithayopatham hospital Ananya Sinrachatanant	125
	The prevalence of depression and related factors among end-stage renal disease patients in a hemodialysis unit at Sakonnanhkhon hospital Kajornsak Wannatong	137
	Burnout and related factors in health personnel from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic Worawan Chutha, Phunnapa Kittiratanapaiboon, Kamonluck Makkhlai, Nopporn Tantirangsi	147
	Factors affecting COVID-19 vaccine hesitancy and acceptance Chinoros Leesawat, Terdsak Detkong, Luechanya Thanaphakawat	161
REVIEW ARTICLE	Guidelines for the use of standard technology in psychological counseling: systematic review Passakorn Koomsiri, Supawit Santape, Tanyaporn Kamkaew, Thanapond Kongpon	171
INSTRUCTION TO AUTHORS		I
CONTENTS PREFACE IN JOURNAL OF THE PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF THAILAND		

บรรณาธิการแถลง

การประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 22 (WPA World Congress of Psychiatry) โดยสมาคมจิตแพทย์โลก (World Psychiatric Association) ร่วมกับกรมสุขภาพจิต สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ภายใต้หัวข้อ Psychiatry 2022: The need for empathy and action มีกำหนดระหว่างวันที่ 3 - 6 สิงหาคม 2565 ณ กรุงเทพมหานคร และในรูปแบบการประชุมทางไกล นักวิชาการและผู้สนใจสามารถดูรายละเอียดได้ที่ <https://wcp-congress.com/>

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยฉบับที่ 2 ของปี พ.ศ. 2565 ยังคงเนื้อหาสาระทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ที่หลากหลายและครอบคลุมทุกกลุ่มวัย โดยมีประเด็นสุขภาพจิตในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 เรื่อง **ภาวะหมดไฟและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคลากรสาธารณสุขจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)** โดย วรพรรณ จุฑา และคณะ และเรื่อง **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล้าใจและความต้องการรับวัคซีนโควิด 19** โดย ชีโนรส ลีสวัสดิ์ และคณะ และยังมีบทความปริทัศน์ เรื่อง **แนวทางการปรึกษาเชิงจิตวิทยาทางเทคโนโลยี : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ** โดย ภาสกร คุ่มศิริ และคณะ ที่ทบทวนการกำหนดมาตรฐานบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาทางไกลที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

นอกจากนี้ยังมีประเด็นสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่น เรื่อง **ปัจจัยทำนายการกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ของนักเรียนในภาคกลางของประเทศไทย** โดย ปัญจรัตน์ ไส้สุวรรณชาติ และคณะ และเรื่อง **การศึกษาพฤติกรรมการฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเองของผู้ป่วยออทิสติก ในโรงพยาบาลอุบลราชธานี** โดย อนัญญา สันรัชชานันท์ ประเด็นความสัมพันธ์ระหว่างโรคและความผิดปกติทางกายกับปัญหาสุขภาพจิต เรื่อง **ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือด** คลินิกไตเทียม โรงพยาบาลสกลนคร โดย ขจรศักดิ์ วรรณทอง และประเด็นความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุราและสารเสพติด เรื่อง **ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำกับความรุนแรงของภาวะขาดสุราในผู้ป่วยอุบัติเหตุ** โดย ธนวัฒน์ พืรวงศ์ และเรื่อง **ผลของการบำบัด start over and survive (SOS) ต่อการลดการเสพยาในผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน** โดย โกศล วราอัสวดี และคณะ

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

อธิป ตันอารีย์

บรรณาธิการ

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของการบำบัด start over and survive (SOS) ต่อการลดการเสพติด ในผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน

วันรับ : 27 พฤศจิกายน 2564

วันแก้ไข : 21 มีนาคม 2565

วันตอบรับ : 22 มีนาคม 2565

โกศล วราห์สวัสดิ์, พ.บ.¹, วรท ลำไย, พ.บ.¹,

กิตติกร โพธิ์โน, พ.บ.², นพพร ต้นตึงสี, ปร.ด.³,

ปราณี จันทะโม, ส.ม.¹

โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต¹,

โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต², ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 กรมสุขภาพจิต³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทดสอบผลของการบำบัด start over and survive (SOS) ต่อการลดการเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้เมทแอมเฟตามีน

วิธีการ : เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ประเมินผลก่อนบำบัดและหลังบำบัดครบ 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตระยะแรกจำนวน 44 คนที่มีปัญหาการใช้เมทแอมเฟตามีนและเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยในระหว่างเดือนสิงหาคม 2562 - สิงหาคม 2563 กลุ่มทดลอง 23 คนได้รับการบำบัด SOS ประกอบด้วยการบำบัดรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยใน 5 ครั้ง การพบปะญาติผู้ป่วย 1 ครั้ง การบำบัดติดตามผู้ป่วย 4 ครั้ง และการติดตามญาติ 2 ครั้ง กลุ่มควบคุม 21 คนได้รับการบำบัดยาเสพติดตามปกติ ประเมินการเสพติดโดยวัดปริมาณเมทแอมเฟตามีนในเส้นผมด้วยวิธี gas chromatography-mass spectrometry ก่อนเข้าบำบัดและหลังจากบำบัดครบ 3 เดือน

ผล : กลุ่มทดลองมีการลดการเสพติดใน 3 เดือน (ร้อยละ 91.3) มากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 9.5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 29.427$, $p < .001$) กลุ่มทดลองมีการลดลงของปริมาณเมทแอมเฟตามีนในเส้นผมใน 3 เดือน (-16.7ng/mg , $SD = 15.2$) มากกว่ากลุ่มควบคุม (16.0 ng/mg , $SD = 15.1$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.154$, $p < .001$)

สรุป : การบำบัด SOS สามารถลดการเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตระยะแรกที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน โดยควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อขยายผลในการประยุกต์ใช้ในบริบทอื่น ๆ

คำสำคัญ : การบำบัด start over and survive (SOS), ปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน, ผู้ป่วยโรคจิต

ติดต่อผู้พิมพ์ : วรท ลำไย; email: lamyai118@hotmail.com

Original articles

Effect of the start over and survive intervention (SOS) on relapse reduction of methamphetamine use in patients with psychotic disorders

Received : 27 November 2021

Revised : 21 March 2022

Accepted : 22 March 2022

Koson Waraasawapati, M.D.¹, Warot Lamyai, M.D.¹,Kitkawe Pono, M.D.², Nopporn Tantirangsee, Ph.D.³, Pranee Jantamo, M.P.H.¹Nakhon Phanom Rajanakarindra Psychiatric Hospital, Department of Mental Health¹,Suan Prung hospital, Department of Mental Health²,Mental Health Center 12, Department of Mental Health³

Abstract

Objective: To assess the effect of a brief motivational therapy (start over and survive intervention; SOS) on relapse reduction of methamphetamine use in patients with psychotic disorders.

Methods: A randomized control trial was conducted among 44 hospitalized patients with early psychotic disorders and comorbid methamphetamine use disorder between August 2019 and August 2020. The experiment group (n = 23) received 12 sessions of SOS therapy during the admission and one month after discharge. The control group (n = 21) received treatment as usual. The reduction of methamphetamine use was evaluated by using gas chromatography-mass spectrometry from hair samples before and three months after intervention.

Results: The experiment group had significantly more proportion of those with reduced relapse (91.3% vs. 9.5%, $\chi^2 = 29.427$, $p < .001$) and more reduction of mean methamphetamine level than the control group (-16.7 ng/mg, SD = 15.2 vs. 16.0 ng/mg, SD = 15.1, $t = -7.154$, $p < .001$).

Conclusion: The SOS to can reduce methamphetamine use relapse during 3 months in patients with early psychotic disorder. Further studies should be conducted before application in other contexts.

Keywords: methamphetamine use disorders, patients with psychosis, start over and survive (SOS)

Corresponding author: Warot Lamyai; e-mail: lamyai118@hotmail.com

ความรู้เดิม : ผู้ป่วยโรคจิตระยะแรกที่มีปัญหาใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนเริ่มรับการบำบัดปัญหาการใช้สารเสพติดหลังจากอาการทางจิตหายดีแล้ว

ความรู้ใหม่ : การบำบัดด้วย SOS สามารถลดการเสพติดเมทแอมเฟตามีนในระยะ 3 เดือนในผู้ป่วยโรคจิตระยะแรก โดยสามารถให้การบำบัดได้ตั้งแต่เริ่มมีอาการทางจิต

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นทางเลือกของการบำบัดการเสพติดเมทแอมเฟตามีนในผู้ป่วยโรคจิตระยะแรก ในหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีหอผู้ป่วยในจิตเวช

บทนำ

ปัญหาการใช้สารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนเป็นปัญหาที่สำคัญในระดับโลก มีการประมาณการว่ามีประชากรกว่า 27 ล้านคนหรือร้อยละ 0.5 ของประชากรอายุ 15 - 64 ปีทั่วทั้งโลกเสพยาเสพติดประเภทนี้ โดยปัญหามีความรุนแรงสูงขึ้นในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สำหรับประเทศไทย สถานการณ์ยาเสพติดยังไม่ลดระดับความรุนแรงลง โดยเฉพาะยาเสพติดประเภทสารสังเคราะห์ (ยาบ้าและไอซ์) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มีการจับกุมคดียาเสพติดทั้งหมด 337,186 คดี ผู้ต้องหา 350,758 คน ของกลางยาบ้า 554.7 ล้านเม็ด ไอซ์ 26,662 กิโลกรัม ซึ่งไม่แตกต่างจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ที่มีการจับกุมคดียาเสพติดทั้งหมด 324,552 คดี ผู้ต้องหา 338,560 คน ของกลางยาบ้า 319.1 ล้านเม็ด ไอซ์ 23,872 กิโลกรัม² แม้ในปี พ.ศ. 2564 มีผู้เข้ารับการรักษายาเสพติด 155,500 ราย ลดลงจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ที่มีผู้เข้ารับการรักษายาเสพติด 212,646 ราย แต่ผู้เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่ยังคงเป็นเพศชาย (ร้อยละ 89.7) เป็นกลุ่มอายุ 25 - 29 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 18.2) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 20 - 24 ปี (ร้อยละ 17.0) ผู้เข้าบำบัดรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้เสพ (ร้อยละ 63.6) รองลงมาคือ ผู้ติด (ร้อยละ 32.0) และผู้ใช้ (ร้อยละ 4.4) สารเสพติดที่ใช้มากที่สุดคือ ยาบ้า (ร้อยละ 79.2) รองลงมาคือ ไอซ์ (ร้อยละ 8.3)³

เมื่อศึกษาถึงอัตราความเสี่ยงพบว่า ผู้มีภาวะผิดปกติทางจิตมีความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดอย่างผิดปกติมากกว่าคนทั่วไป 2.7 เท่า และพบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีแนวโน้มการใช้สารเสพติดมากกว่าคนทั่วไป 4 เท่า และ 5 เท่า ตามลำดับ และในคนที่เสพยาเสพติดหลายชนิดพร้อมกันก็มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย⁴ โดยภาวะโรคจิตยังคงเป็นโรคทางจิตเวชที่มีค่าใช้จ่ายจากการสูญเสียการทำงาน การดูแลสุขภาพ และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องมากที่สุด⁵

การใช้เมทแอมเฟตามีน (methamphetamine; MA) มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต⁶ โดยอาการโรคจิตเป็นผลกระทบที่สำคัญจากการใช้สารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ผู้ที่เสพยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนร้อยละ 21 ถึง 46 มีโอกาสเกิดภาวะนี้⁷ การศึกษาในประเทศไทยพบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอาการทางจิตในผู้ที่เสพยาเสพติดได้แก่ เพศชาย มีประวัติการใช้สารเสพติดติดต่อกันมากกว่าหรือเท่ากับ 16 วันต่อเดือน มีภาวะพึ่งพาเมทแอมเฟตามีน และมีประวัติเคยได้รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในจากปัญหาการใช้สารเสพติด⁸ ผู้ที่มีอาการโรคจิตจากสารเสพติดเมทแอมเฟตามีนมีความเสี่ยงของการก่อความรุนแรงสูงกว่าผู้ที่ไม่มีอาการทางจิต⁹ มีระดับพหุปัญญาต่ำกว่าผู้เสพที่ไม่มีอาการทางจิตซึ่งอาจเป็นอุปสรรคในการบำบัดรักษามากกว่า¹⁰ และยิ่งไปกว่านั้น ร้อยละ 25 ถึง 38 ของผู้ที่มีอาการโรคจิตจากสารเสพติดเมทแอมเฟตามีนมีโอกาสเป็นโรคจิตเรื้อรัง^{11,12} ในทางกลับกัน การสำรวจระดับชาติในชุมชนพบว่าผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีปัญหาการใช้สารเสพติดมากขึ้น โดยมีความเสี่ยงสูงขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท^{13,14} ภาวะโรคจิตระหว่างความผิดปกติทางจิตและการใช้สารเสพติดส่งผลกระทบต่อผลการรักษาทางคลินิก แม้เป็นการดื่มสุราหรือเสพยาเสพติดจำนวนเล็กน้อย¹⁵ ซึ่งเป็นภาระให้กับผู้ดูแล เพิ่มภาระทางสาธารณสุขและงบประมาณที่ใช้ในการรักษาพยาบาล และเป็นภาระทางสังคม¹⁶

การศึกษาในประเทศไทยพบว่า อัตราการกลับไปเสพยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตใน 1 ปีเท่ากับ

ร้อยละ 50 ส่วนอัตราการมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำและรักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำเท่ากับร้อยละ 31¹⁷ การศึกษาที่ติดตามการดำเนินโรคของผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน 6 เดือนพบว่า การเสพติดเมทแอมเฟตามีนซ้ำเป็นปัจจัยเสี่ยงในการกลับป่วยซ้ำของอาการโรคจิต¹⁸ ดังนั้นการลดการเสพติดเมทแอมเฟตามีนซ้ำ จึงน่าจะช่วยลดอัตราเสี่ยงของการกลับป่วยซ้ำและกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้อย่างไรก็ตาม การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบที่ผ่านมาพบว่า การบำบัดทางสังคมจิตใจสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตและติดสารเสพติดได้ผลในการลดการใช้สารเสพติดหรือป้องกันการกลับซ้ำแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁹ โดยส่วนใหญ่เครื่องมือในการบำบัดไม่ได้รับการศึกษาหรือพัฒนาในกลุ่มประชากรที่มีภาวะโรคจิต

การบำบัด start over and survive (SOS) เป็นรูปแบบการบำบัดที่อิงหลักการ motivation interviewing (MI) เป็นการบำบัดอย่างย่อชนิดมีโครงสร้างซึ่งถูกพัฒนาเพื่อใช้ในกลุ่มประชากรที่มีภาวะโรคจิตระยะแรก โดยมีอาการทางจิตไม่เกิน 3 ปี อายุไม่เกิน 35 ปี และเคยรักษาแบบผู้ป่วยในไม่เกิน 2 ครั้ง การศึกษาในต่างประเทศพบว่า การบำบัดช่วยลดการใช้สารเสพติดใน 6 เดือนเมื่อเทียบกับการรักษาตามมาตรฐานและมีผลถึง 12 เดือน²⁰ การบำบัด SOS จึงอาจเหมาะสมกับบริบทประเทศไทยที่มีความชุกของผู้ป่วยโรคจิตร่วมกับการเสพติดเมทแอมเฟตามีนสูง และการบำบัดใช้ระยะเวลาไม่นานมาก อย่างไรก็ตาม ยังไม่เคยมีการศึกษาผลของการบำบัดนั้นในประเทศไทย ดังนั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบผลของการบำบัด SOS ต่อการลดการกลับไปเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน

วิธีการ

การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับการบำบัด start over and survive (SOS) กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดยาเสพติดตามแบบปกติของหน่วยงานกรมสุขภาพจิต (treatment as usual) เก็บข้อมูลก่อนเข้าบำบัดและหลังจากบำบัดครบ 3 เดือน ติดตามการลดการเสพติดโดยวัดปริมาณเมทแอมเฟตามีนในเส้นผมด้วยวิธี

gas chromatography-mass spectrometry (GC/MC) การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ เอกสารรับรองเลขที่ NPRPHEC 2562-003 ลงวันที่ 2 สิงหาคม 2562

ประชากรศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ระหว่างเดือนสิงหาคม 2562 - สิงหาคม 2563 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ได้แก่ อายุ 18 - 35 ปี สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิต (psychotic disorder) ร่วมกับปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน ตรงกับเกณฑ์ ICD 10 หมวด F2x.xx และ F15.xx ตามลำดับ โดยมีอาการทางจิตไม่เกิน 3 ปี เคยรักษาแบบผู้ป่วยในไม่เกิน 2 ครั้ง และได้รับการประเมินอาการของโรคจิตด้วย mini international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.) part L และ DrugCheck problem list แล้วพบว่าไม่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน โดยมีคะแนน problem list มากกว่า 2 คะแนน เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้ป่วยที่ส่งมาบำบัดรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิตหรือเงื่อนไขคุมประพฤติ มีโรคระบบประสาท เช่น ภาวะสมองเสื่อม โรคจิตเวชที่เกิดจากการบาดเจ็บทางสมอง (organic brain syndrome) โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) โรคหลอดเลือดสมอง หรือมีการเจ็บป่วยทางกายที่ควบคุมไม่ได้

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง อ้างอิงจากการศึกษาของ Kavanagh และคณะ²⁰ โดยอัตราการลดการเสพติดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (P1) เท่ากับ 0.75 และอัตราการลดการเสพติดในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม (P2) เท่ากับ 0.25 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 19 คน รวมเป็น 38 คน โดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น 44 คน เพื่อป้องกันความไม่ครบถ้วนของกลุ่มตัวอย่างที่อาจออกจากการศึกษา

$$n = \frac{\{z_{1-\alpha}\sqrt{2P(1-P)} + z_{1-\beta}\sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกลุ่มตัวอย่าง

1. *mini international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.) part L (psychotic disorder)*²¹ เป็นแบบสัมภาษณ์ทางคลินิกชนิดมีโครงสร้างอย่างย่อเพื่อการวินิจฉัยโรคจิตเวชในแกนที่ 1 (Axis I) ในระบบ DSM-IV และ ICD-10 เครื่องมือ M.I.N.I. ผ่านการวิเคราะห์ความแม่นยำ (validity) และความเชื่อมั่น (reliability) โดยเปรียบเทียบกับเครื่องมือ structured clinical interview for DSM-III-R patients (SCID-P) สำหรับ DSM-III-R และเครื่องมือ composite international diagnostic interview (CIDI)

2. *DrugCheck problem list*²² ถูกพัฒนาขึ้นมาจากเครื่องมือ problem drinking questionnaire และ WHO world mental health-composite international diagnostic interview (WMH-CIDI) เพื่อใช้ในการประเมินความผิดปกติของการใช้สารเสพติดในระบบวินิจฉัย DSM-IV และมีการเทียบกับเครื่องมือ alcohol use identification test (AUDIT) และ severity of dependence scale (SDS)

เครื่องมือประเมินขณะเข้าการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยแบบคำถามข้อมูลทางประชากรศาสตร์และสังคมศาสตร์ และข้อคำถามรูปแบบและการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน ประเมินโดยผู้วิจัย 1 ครั้ง ขณะเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งแรก

2. *M.I.N.I. part K (methamphetamine use disorder)*²¹ ประเมินการเสพติดเมทแอมเฟตามีน ประเมินโดยผู้วิจัย 1 ครั้ง ขณะเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งแรก ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. *M.I.N.I. part C (suicidality)*²¹ ประเมินระดับแนวโน้มการทำร้ายตัวเอง ประเมินโดยผู้วิจัย 2 ครั้ง ขณะเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งแรกและติดตามอีก 3 เดือน ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4. *แบบประเมินอาการทางจิต (brief psychotic rating scale; BPRS)*²³ เป็นแบบประเมินที่ใช้โดยแพทย์หรือ

บุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรม มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพยาธิสภาพทางจิตทั่วไปจำนวน 10 ข้อ กลุ่มอาการด้านบวก 6 ข้อ และกลุ่มอาการด้านลบ 2 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 18 - 126 คะแนน ประเมินโดยผู้วิจัย 2 ครั้ง ขณะเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งแรกและติดตามอีก 3 เดือน ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

5. *แบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรับการรักษาปัญหาการเสพติด (stage of change reading and treatment eagerness scale; SOCRATES)*²⁴ เพื่อประเมินความพร้อมการเปลี่ยนแปลง ประเมินโดยผู้วิจัย 1 ครั้ง ขณะเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งแรก ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

6. *แบบประเมินความรุนแรงในการติดสารเสพติด (SDS)*²⁵ เพื่อประเมินความรุนแรงในการติดสารเมทแอมเฟตามีน ประเมินโดยผู้วิจัย 2 ครั้ง ขณะเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งแรกและติดตามอีก 3 เดือน ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

7. *แบบประเมิน patient health questionnaire (PHQ-9)*²⁶ เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ประเมินโดยผู้วิจัย 2 ครั้ง ขณะเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งแรกและติดตามอีก 3 เดือน ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

8. *การวิเคราะห์เส้นผม (hair analysis)* โดยเก็บเส้นผมจากกลุ่มตัวอย่างทุกคนก่อนการบำบัดและหลังจากบำบัดครบ 3 เดือน ใช้เส้นผมบริเวณ vertex posterior region ของศีรษะ โดยตัดที่ระยะ 2 ซม. จากปลายราก และเก็บเส้นผมไว้ในถุงพลาสติกที่สะอาด จากนั้นปิดผนึกด้วยกระดาษฟอยล์อลูมิเนียมแล้วจัดส่งให้ภาควิชานิติเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำหรับการวิเคราะห์เส้นผมเชิงปริมาณโดยวัดปริมาณเมทแอมเฟตามีนในเส้นผมด้วยวิธี gas chromatography-mass spectrometry (GC/MC) ชีตจำกัดของการตรวจจับและชีตจำกัดของการหาปริมาณสำหรับการวิเคราะห์ คือ 0.10 และ 0.15 ng/mg ของเส้นผมตามลำดับ²⁷

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. การบำบัด SOS ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่

1.1 ระยะการบำบัดแบบ SOS รายบุคคลสำหรับผู้ป่วยใน (inpatient individual SOS sessions) ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธ์ภาพ เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพและการมีส่วนร่วม ในช่วงเวลาที่พูดคุย การเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) โดยบำบัด 3 ครั้ง ครั้งละ 20 - 30 นาที มีการประเมินแรงจูงใจและความเชื่อมั่นก่อนและหลังการบำบัดแต่ละครั้ง ผู้ป่วยพูดคุยถึงข้อดีข้อเสียของการใช้สารเสพติด และได้รับแผ่นพับข้อมูลต่าง ๆ ที่ใส่ในแฟ้มเอกสาร บำบัดระยะนี้ จนกว่าผู้ป่วยจะตัดสินใจปรับเปลี่ยนการใช้สารเสพติดของตนเอง และให้กลับมาสู่การรักษาระยะนี้หากแรงจูงใจลดลง และการวางแผนควบคุมการใช้สารเสพติดหลังจากออกจากโรงพยาบาล โดยบำบัด 2 ครั้ง ครั้งละ 20 - 45 นาที (รวมไม่เกิน 3 ชั่วโมง) ระยะนี้เน้นที่การค้นหาและจัดการสถานการณ์ที่ยากต่อการควบคุมการใช้สารเสพติดซึ่งอาจเกิดขึ้นในช่วงเดือนที่ออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยประยุกต์การแก้ปัญหาเพื่อลดการเผชิญสถานการณ์ และค้นหาวิธีหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้บำบัดกล่าวถึงการจัดการปัญหาสารเสพติดในระดับชุมชนกับทีมผู้รักษา และร่วมวางแผนการรักษาผู้ป่วย

1.2 ระยะพบปะญาติผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วยเป็นประจำได้รับการพูดคุยกับผู้บำบัด 1 ครั้ง ระยะเวลาไม่เกิน 60 นาที โดยให้ญาติพูดคุยถึงปัญหาของผู้ป่วยและวิธีที่ญาติจัดการปัญหาดังกล่าว ประเด็นที่เน้นเป็นหลักคือ ญาติจะสามารถจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วยและความทุกข์ของตนเองในอนาคตได้อย่างไร สมาชิกในครอบครัวได้รับเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิต ผลของการใช้สารเสพติดต่ออาการโรคจิต วิธีการขอรับความช่วยเหลือจากระบบบริการสุขภาพ บริการสนับสนุนสำหรับครอบครัว และวิธีที่ครอบครัวสามารถช่วยผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการโรคจิตและปัญหาการใช้สารเสพติด

1.3 ระยะการบำบัดติดตาม (follow-up sessions) เป็นการติดตามหลังออกจากโรงพยาบาลเพื่อเปลี่ยน

จากการรักษาในโรงพยาบาลไปสู่การรักษาในชุมชนอย่างราบรื่น ประกอบด้วย การบำบัดติดตามผู้ป่วยทุก 1 สัปดาห์ ครั้งละ 5 - 10 นาที รวม 4 ครั้ง เพื่อช่วยเสริมแรงจูงใจให้ผู้ป่วยยังคงควบคุมการใช้สารเสพติดได้ และทบทวนกลยุทธ์ต่าง ๆ ที่เคยพูดคุยกันไว้ในการบำบัดรายบุคคล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคาดการณ์สถานการณ์ลำบากที่อาจพบเจอในสัปดาห์ต่อไปและช่วยให้วางแผนแก้ไขสถานการณ์ได้ และการติดต่อญาติผู้ดูแลทางโทรศัพท์ทุก 2 สัปดาห์ ครั้งละ 5 - 10 นาที รวม 2 ครั้ง เพื่อกระตุ้นให้ญาติใช้กลยุทธ์การแก้ปัญหาที่ได้ผล ประยุกต์การแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ท้าทาย และขอความช่วยเหลือในชุมชนเมื่อจำเป็น²⁰ สำหรับขั้นตอนการบำบัด SOS โดยละเอียดสามารถศึกษาได้โดยติดต่อผู้พิมพ์

2. โปรแกรมการรักษาตามปกติ (treatment as usual; TAU) เป็นกิจกรรมมาตรฐานที่ได้รับขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตามคู่มือโปรแกรมการบำบัดทางยาสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเวชและยาเสพติด กลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา²⁸ สำหรับแบบประเมินต่าง ๆ ที่มาจากภาษาอังกฤษผู้วิจัยได้เลือกใช้ภาษาไทยตามข้อกำหนดตามมาตรฐานการแปลเครื่องมือของ WHO²⁹

ขั้นตอนการศึกษา

ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยและคณะแปลการบำบัด SOS จากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย (ได้รับอนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์) ตามหลักการของ WHO²⁹ จากนั้นแปลกลับ (back translation) และส่งให้เจ้าของลิขสิทธิ์ได้ตรวจสอบและให้ความเห็นชอบ ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาของ SOS ฉบับภาษาไทยโดยผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและยาเสพติดจำนวน 7 คน ประเมินครบถ้วนของเนื้อหาและความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.831 และนำไปทดสอบเบื้องต้นแบบไม่มีกลุ่มควบคุมในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน วัดผลการใช้เมทแอมเฟตามีนก่อนการและหลังการบำบัด SOS พบว่า กลุ่มตัวอย่างลดการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³⁰ หลังจากนั้นอบรมทีมผู้วิจัยภาคสนาม 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) การอบรม

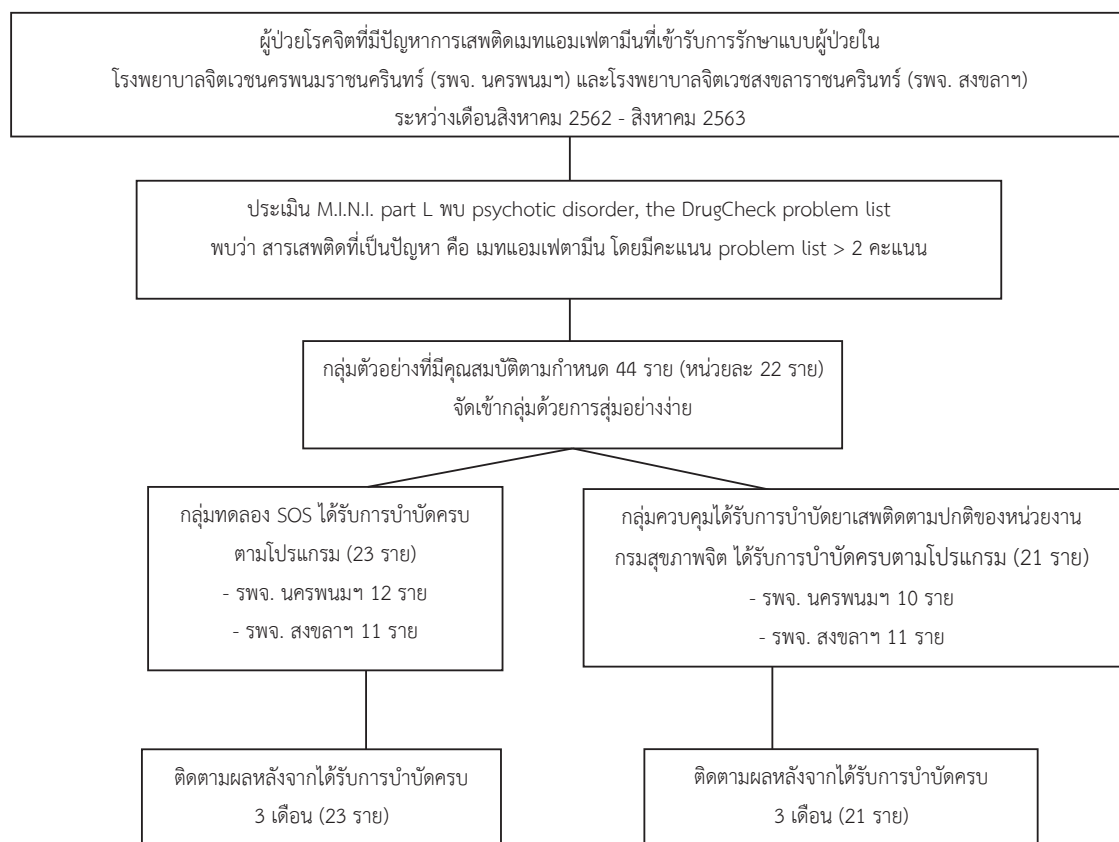
ผู้บำบัด SOS โดยผู้เชี่ยวชาญ มีผู้เข้าอบรมทั้งหมด 9 คน จากโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เป็นพยาบาลจิตเวชมีประสบการณ์ทำงานไม่น้อยกว่า 2 ปี 2) การอบรมผู้ประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ มีผู้เข้าอบรมทั้งหมด 9 คน จากโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เป็นพยาบาลจิตเวชมีประสบการณ์ทำงานไม่น้อยกว่า 2 ปี โดยผู้ประเมินผลการบำบัดจะเป็นคนละคนกับผู้บำบัด และไม่ทราบว่าคุณสมบัติที่ประเมินเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม โดยอบรมการใช้แบบประเมิน M.I.N.I. part C, K, และ L, DrugCheck problem list, BPRS, SOCRATES, SDS และ PHQ-9 และอบรมวิธีการเก็บและเตรียมส่งตรวจเส้นผม

ขั้นตอนการศึกษา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 44 ราย เพื่อขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย และประเมินคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก

กลุ่มตัวอย่างด้วย M.I.N.I. part L และ DrugCheck problem list แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและควบคุมด้วยการสุ่มอย่างง่าย ผู้วิจัยที่เป็นผู้บำบัดทำการบำบัดกลุ่มตัวอย่างตามแนวทางการบำบัด SOS ในกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดยาเสพติดตามปกติของหน่วยงานกรมสุขภาพจิต หลังจากนั้นผู้วิจัยที่เป็นผู้ประเมินทำการประเมินผลก่อนเข้าการบำบัดและหลังการบำบัด 3 เดือน แสดงดังแผนภาพที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อบรรยายลักษณะของข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และใช้สถิติอนุมานเพื่อทดสอบความแตกต่างในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในตัวแปรแบบต่อเนื่องด้วย student t-test และเปรียบเทียบตัวแปรแบบหมวดหมู่ด้วย chi-square test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการวิจัย

ผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คน เป็นกลุ่มทดลอง 23 คน และกลุ่มควบคุม 21 คน ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ไม่สมรส ทำงานส่วนตัว (มีกิจการหรือเกษตรกรรมของตัวเอง) อายุเฉลี่ย 28.2 ปี (SD = 5.6) มีระยะเวลาการศึกษา 7.7 ปี (SD = 3.2) อายุที่เริ่มเสพเมทแอมเฟตามีน 17.4 ปี (SD = 3) โดยเฉลี่ยในช่วง 3 เดือนก่อนมาอนโรงพยาบาลครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเสพเมทแอมเฟตามีน 55.5 วัน (SD = 28.2) โดยเสพเมทแอมเฟตามีน 2 ครั้งต่อวัน และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่เคยเสพเมทแอมเฟตามีนด้วยวิธีฉีดเข้าเส้นเลือดดำ ลักษณะทางประชากร ลักษณะทางทางคลินิก และคะแนนของแบบประเมิน BPRS, PHQ-9 และ SDS ก่อนการทดลองของ

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

การวัดปริมาณเมทแอมเฟตามีนในเส้นผมหลังการทดลอง 3 เดือนพบว่า กลุ่มทดลองมีร้อยละของผู้ที่ลดการเสพซ้ำมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการเปรียบเทียบผลต่างของปริมาณเมทแอมเฟตามีนในเส้นผมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 3 เดือนพบว่า กลุ่มทดลองมีปริมาณเมทแอมเฟตามีนในเส้นผมลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนอาการทางจิต (BPRS) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนซึมเศร้า (PHQ-9) และคะแนนความรุนแรงของการติดสาร (SDS) ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรและทางคลินิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ข้อมูลหมวดหมู่)

	กลุ่มทดลอง (n = 23)	กลุ่มควบคุม (n = 21)	significant difference
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	χ^2
เพศ			$\chi^2 = 0.267, p = .605$
ชาย	21 (91.3)	20 (95.2)	
สถานะสมรส			$\chi^2 = 0.944, p = .918$
ไม่สมรส	15 (65.2)	12 (57.1)	
สมรส	3 (13.0)	5 (23.8)	
แยกกันอยู่	3 (13.0)	2 (9.5)	
หย่า	1 (4.3)	1 (4.8)	
อยู่ด้วยกันโดยไม่แต่งงาน	1 (4.3)	1 (4.8)	
อาชีพ			$\chi^2 = 1.337, p = .855$
ทำงานส่วนตัว (มีกิจการหรือเกษตรกรรมของตัวเอง)	9 (39.1)	9 (42.9)	
ว่างงานจากเหตุผลสุขภาพ	3 (13.0)	2 (9.5)	
ว่างงานจากเหตุผลอื่น ๆ	1 (4.3)	2 (9.5)	
รับจ้างรายวัน	2 (8.7)	3 (14.3)	
อื่น ๆ	8 (34.8)	5 (23.8)	
วิธีการเสพเมทแอมเฟตามีนที่ใช้บ่อยที่สุด ในช่วง 3 เดือนก่อนมา รักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้			$\chi^2 = 2.295, p = .130$
สูบทาบกปาก	23 (100.0)	19 (90.5)	
สูบทาบกจมูก	0 (0.0)	2 (9.5)	
มีประวัติการใช้บุหรี่ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	22 (95.7)	20 (95.2)	$\chi^2 = 0.004, p = .947$
มีประวัติการใช้แอลกอฮอล์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	1 (4.3)	4 (19.0)	$\chi^2 = 2.355, p = .125$
มีประวัติการใช้กัญชา, กระท่อม และยานอนหลับในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา	12 (52.2)	14 (66.7)	$\chi^2 = 0.954, p = .329$

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรและทางคลินิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ข้อมูลหมวดหมู่) (ต่อ)

	กลุ่มทดลอง (n = 23)	กลุ่มควบคุม (n = 21)	significant difference
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	χ^2
มีความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตาย			$\chi^2 = 0.94, p = .332$
ไม่มี	17 (73.9)	18 (85.7)	
มีระดับน้อย	6 (22.1)	3 (14.3)	
ระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง			
การยอมรับ			$\chi^2 = 5.164, p = .076$
ต่ำมาก	16 (69.6)	20 (95.2)	
ต่ำ	4 (17.4)	1 (4.8)	
สูง	3 (13.0)	0 (0.0)	
ความลังเล			$\chi^2 = 6.172, p = .104$
ต่ำมาก	6 (26.1)	12 (57.1)	
ต่ำ	9 (39.1)	7 (33.3)	
ปานกลาง	6 (26.1)	2 (9.5)	
สูงมาก	2 (8.7)	0 (0.0)	
เริ่มลงมือทำ			$\chi^2 = 4.786, p = .310$
ต่ำมาก	7 (30.4)	7 (33.3)	
ต่ำ	9 (39.1)	11 (52.4)	
ปานกลาง	4 (17.4)	2 (9.5)	
สูง	0 (0.0)	1 (4.8)	
สูงมาก	3 (13.0)	0 (0.0)	

ตารางที่ 2 ลักษณะทางประชากรและทางคลินิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ข้อมูลต่อเนื่อง)

	กลุ่มทดลอง (n = 23)	กลุ่มควบคุม (n = 21)	significant difference
	mean (SD)	mean (SD)	student t-test
อายุ (ปี)	28.6 (6.3)	27.7 (4.8)	t = 0.565, p = .575
ระยะเวลาการศึกษา (ปี)	8.6 (3.2)	6.8 (2.9)	t = 2.00, p = .52
อายุที่เริ่มเสพยาเมทแอมเฟตามีน (ปี)	17.5 (3.6)	17.3 (2.2)	t = 0.257, p = .795
จำนวนวันที่เสพยาเมทแอมเฟตามีนโดยเฉลี่ยในช่วง 3 เดือนก่อนมารักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้	57.0 (25.9)	54 (31.1)	t = .344, p = .733
จำนวนครั้งที่เสพยาเมทแอมเฟตามีนโดยเฉลี่ยในช่วง 3 เดือนก่อนมารักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้	2.4 (2.2)	1.7 (2.0)	t = 1.072, p = .29
ระยะเวลาในการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล (วัน)	27.9 (7.1)	30.3 (5.3)	t = -1.267, p = .212
คะแนน BPRS ก่อนการทดลอง	29.1 (5.5)	28.6 (6.2)	t = .29, p = .77
คะแนน PHQ-9 ก่อนการทดลอง	6.7 (4.5)	6.5 (3.6)	t = .138, p = .891
คะแนน SDS ก่อนการทดลอง	5.5 (2.3)	5.1 (2.4)	t = .54, p = .592

ตารางที่ 3 การลดการเสพยาใน 3 เดือนโดยวัดจากปริมาณเมทแอมเฟตามีนในเส้นผม ค่าผลต่างของค่าเมทแอมเฟตามีนในเส้นผมใน 3 เดือน ค่าคะแนน BPRS, PHQ-9 และ SDS หลังการทดลอง 3 เดือน

	กลุ่มทดลอง (n = 23)	กลุ่มควบคุม (n = 21)	significant difference
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	χ^2
การลดการเสพยาใน 3 เดือนโดยวัดจากปริมาณเมทแอมเฟตามีนในเส้นผม (คน)	21.0 (91.3)	2.0 (9.5)	$\chi^2 = 29.427, p < .001$
	Mean (SD)	Mean (SD)	Student t-test
ผลต่างของค่าเมทแอมเฟตามีนในเส้นผมใน 3 เดือน (ng/mg)	-16.7 (15.2)	16.0 (15.1)	$t = -7.154, p < .001$
คะแนน BPRS	21.1 (4.1)	20.6 (2.3)	$t = 1.355, p = .013$
คะแนน PHQ-9	3.8 (4.3)	4.8 (2.8)	$t = -0.924, p = .266$
คะแนน SDS	3.5 (2.2)	4.8 (1.5)	$t = -2.239, p = .185$

วิจารณ์

โปรแกรม start over and survive (SOS)²⁰ เป็นการบำบัดที่ได้รับการพัฒนาเพื่อใช้ในผู้ป่วยโรคจิตระยะแรก (ไม่เกิน 3 ปี) ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด โดยใช้หลักการ motivation interviewing (MI) ช่วยผู้ป่วยใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ การทำให้ผู้ป่วยรู้ว่าผู้มีผู้อื่นเห็นอกเห็นใจ (expressing empathy) การสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาความสามารถของตัวเอง (supporting self-efficacy) การหมุนไปตามแรงต้านของผู้ป่วย (rolling with resistance) และการพัฒนามุมมองที่ให้เห็นความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และสิ่งที่ผู้ป่วยอยากเป็น (developing discrepancy) เป็นการช่วยผู้ป่วยประเมินตัวเองว่าสิ่งที่ขึ้นอยู่กับเป้าหมายในอนาคตที่อยากให้เป็นมีความแตกต่างกันอย่างไร เพื่อเสริมแรงจูงใจให้เลิกสารเสพติด เป็นการบำบัดยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนในผู้ป่วยโรคจิตระยะแรกแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลจิตเวช ที่อาจสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลทั่วไปที่มีผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากใช้ระยะเวลาการบำบัดแบบผู้ป่วยในไม่นาน รวมระยะเวลาการบำบัดทั้งอาการทางจิตและยาเสพติดแบบผู้ป่วยในโดยเฉลี่ย 17 วัน

การศึกษานี้ได้ทดสอบประสิทธิภาพของการบำบัด SOS ต่อการลดการเสพยาในผู้ป่วยโรคจิตระยะแรกที่มีปัญหาการใช้เมทแอมเฟตามีน ยืนยันด้วยแบบสัมภาษณ์ทางคลินิก ชนิดมีโครงสร้างอย่างย่อ (M.I.N.I part L และ K) และวัดการเสพยาเมทแอมเฟตามีนด้วยการตรวจวัดปริมาณเมทแอมเฟตามีน

เส้นผมด้วยวิธี GC/MC ที่ก่อนการทดลองพบว่า คะแนน BPRS ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร่วมการศึกษาล้างจากการทางจิตทุเลาแล้ว หลังจากบำบัดครบ 3 เดือนพบว่า กลุ่มทดลองมีร้อยละของผู้ที่ลดการเสพยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีปริมาณเมทแอมเฟตามีนในเส้นผมลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kavanagh และคณะ²⁰ ที่พบว่า เครื่องมือ SOS สามารถลดการกลับมาเสพยาสารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีผลต่อเนื่องระยะยาวได้ถึง 1 ปี อย่างไรก็ตาม แม้ทั้งสองกลุ่มมีคะแนน BPRS หลังการบำบัดครบ 3 เดือนลดลงจากก่อนการทดลอง แต่พบว่าคะแนน BPRS ที่ 3 เดือนในกลุ่มทดลองยังสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่าการศึกษานี้ไม่ได้เลือกให้ผู้มีอาการทางจิตน้อยกว่าหรือหายเร็วกว่าเข้ามาอยู่ในกลุ่มการบำบัด SOS และแสดงให้เห็นว่าผลในการลดการเสพยาเมทแอมเฟตามีนจากการบำบัด SOS อาจไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการเปลี่ยนแปลงอาการทางจิตเสมอไป ซึ่งผลด้านความรุนแรงของอาการทางจิตอาจขึ้นอยู่กับการรักษาอาการโรคจิตโดยตรง เช่น การได้รับยาโรคจิต

จุดเด่นของการศึกษานี้ ได้แก่ มีการวัดการเสพยาที่เป็นรูปธรรมด้วยตัวชี้วัดทางชีวภาพ คือ การตรวจเมทแอมเฟตามีนในเส้นผม ซึ่งนอกจากจะสามารถยืนยันการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนในช่วงปัจจุบันแล้ว ยังสามารถคำนวณ

ปริมาณการใช้เมทแอมเฟตามีนได้ด้วย และการศึกษาที่ใช้เครื่องมือการสัมภาษณ์ทางคลินิกแบบมีโครงสร้างเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคจิต และมีปัญหาการเสพยาเมทแอมเฟตามีน อย่างไรก็ตาม การบำบัด SOS ถูกออกแบบมาเพื่อลดการเสพยาเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตระยะแรก อาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการป่วยเรื้อรัง นอกจากนี้เนื่องจากการบำบัดนี้เป็นการศึกษาแรกในประเทศไทยที่แปลและเริ่มทดลองใช้ในการบำบัดผู้ป่วย อาจมีข้อจำกัดในด้านวัฒนธรรมและสังคมที่แตกต่างจากการบำบัดต้นแบบ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันถึงประสิทธิภาพของการบำบัดในบริบทที่หลากหลาย

สรุป

การบำบัด start over and survive (SOS) ฉบับภาษาไทย สามารถลดการเสพยาเมทแอมเฟตามีนในช่วงเวลา 3 เดือน ในผู้ป่วยโรคจิตระยะแรก (ไม่เกิน 3 ปี) ที่มีปัญหาการเสพยาเมทแอมเฟตามีน ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในบริบทที่หลากหลาย เพื่อให้สามารถประยุกต์ใช้หน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลทั่วไปที่มีหอผู้ป่วยในจิตเวช

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) กระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ขอขอบคุณศาสตราจารย์ ดร.พญ.สาวิตรี อัมฉินวงศ์กรชัย ที่ปรึกษาโครงการวิจัย รองศาสตราจารย์ พญ.รัศมน กัลยาศิริ ผู้เชี่ยวชาญในการอบรมผู้บำบัด รองศาสตราจารย์ พญ.พรจิรา ปรีวีชรากุล ผู้เชี่ยวชาญในการแปลคู่มือสำหรับการบำบัด และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดรุณี ภู่อว ผู้ประสานงานกับ Professor Dr. David J. Kavanagh

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2021 (United Nations publication, Sales No. E.21.XI.8). Vienna: UNODC; 2021.

2. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม. รายงานประจำปี 2564 ผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ [Annual report 2021: the results of the drug crackdown across the country]. กรุงเทพฯ: สำนักงาน ป.ป.ส.; 2564.
3. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย (บสต.) ปีงบประมาณ 2564 [Information on drug addiction treatment and rehabilitation of the country, fiscal year 2021]. นนทบุรี: ศูนย์; 2564.
4. Kandel DB, Huang FY, Davies M. Comorbidity between patterns of substance use dependence and psychiatric syndromes. *Drug Alcohol Depend.* 2001;64(2):233-41. doi:10.1016/s0376-8716(01)00126-0.
5. Murray CJL, Lopez, Alan D. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary. Geneva: World Health Organization; 1996.
6. Bell DS. The experimental reproduction of amphetamine psychosis. *Arch Gen Psychiatry.* 1973;29(1):35-40. doi:10.1001/archpsyc.1973.04200010020003.
7. Alharbi FF, El-Guebal N. Cannabis and amphetamine-type stimulant-induced psychoses: a systematic overview. *Addict Disord Their Treat.* 2016;15(4):190-200. doi:10.1097/ADT.0000000000000086.
8. Lamyai W, Pono K, Indrakamhaeng D, Saengsin A, Songhong N, Khuwuthyakorn P, et al. Risks of psychosis in methamphetamine users: cross-sectional study in Thailand. *BMJ Open.* 2019;9:e032711. doi:10.1136/bmjopen-2019-032711.
9. McKetin R, Lubman DI, Najman JM, Dawe S, Butterworth P, Baker AL. Does methamphetamine use increase violent behavior? evidence from a prospective longitudinal study. *Addiction.* 2014;109(5):798-806. doi:10.1111/add.12474.

10. Srisurapanonta M, Lamyai W, Pono K, Indrakamhaeng D, Saengsin A, Songhong N, et al. Cognitive impairment in methamphetamine users with recent psychosis: a cross-sectional study in Thailand. *Drug Alcohol Depend.* 2020;210:107961. doi:10.1016/j.drugalcdep.2020.107961.
11. Caton CL, Drake RE, Hasin DS, Dominguez B, Shrout PE, Samet S. et al. Differences between early-phase primary psychotic disorders with concurrent substance use and substance-induced psychoses. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(2):137-45. doi:10.1001/archpsyc.62.2.137.
12. Kittirattanapaiboon P, Mahatnirunkul S, Booncharoen H, Thummawong P, Dumrongchai U, Chutha W. Long-term outcomes in methamphetamine psychosis patients after first hospitalisation. *Drug Alcohol Rev.* 2010;29(4):456-61. doi:10.1111/j.1465-3362.2010.00196.x.
13. Kavanagh DJ, Waghorn G, Jenner L, Chant DC, Carr V, Evans M, et al. Demographic and clinical correlates of comorbid substance use disorders in psychosis: multivariate analyses from an epidemiological sample. *Schizophr Res.* 2004;66(2-3):115-24. doi:10.1016/s0920-9964(03)00130-0.
14. Volkow ND. Substance use disorders in schizophrenia—clinical implications of comorbidity. *Schizophr Bull.* 2009;35(3):469-72. doi:10.1093/schbul/sbp016.
15. Drake RE, Brunette MF. Complications of severe mental illness related to alcohol and drug use disorders. *Recent Dev Alcohol.* 1998;14:285-99. doi:10.1007/0-306-47148-5_12.
16. Green AI, Drake RE, Brunette MF, Noordsy DL. Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. *Am J Psychiatry.* 2007;164(3):402-8. doi:10.1176/ajp.2007.164.3.402.
17. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. โรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน: ทบทวนวรรณกรรม [Methamphetamine-induced psychosis: review literature]. *วารสารสวนปรง.* 2546;19(1):1-15.
18. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, วสุ จันทศักดิ์, กิตติพงศ์ สานิขวรรณกุล, ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์. การติดตามผลการดำเนินโรคของโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน 6 เดือน และปัจจัยเสี่ยงในการกลับป่วยซ้ำ [The clinical course of methamphetamine psychosis in 6 months follow up and risk factors of relapse psychosis]. เอกสารนำเสนอในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด 2546 วันที่ 19-21 ส.ค. 2546; โรงแรมแอมบาสซาเดอร์, กรุงเทพฯ.
19. Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Sitharthan T, Cleary M. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;10:CD001088. doi:10.1002/14651858.CD001088.pub3.
20. Kavanagh DJ, White A, Saunders JB, Wallis J, Shockley N. A brief motivational intervention for substance misuse in recent-onset psychosis. *Drug Alcohol Rev.* 2004;23(2):151-5. doi:10.1080/09595230410001704127.
21. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The mini-international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998;59(Suppl 20):22-33.
22. Kavanagh DJ, Trembath M, Shockley N, Connolly J, White A, Isailovic A, et al. The DrugCheck problem list: a new screen for substance use disorders in people with psychosis. *Addict Behav.* 2011;39(9):927-32. doi:10.1016/j.addbeh.2011.05.004.
23. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. *Psychol Rep.* 1962;10:799-812. doi:10.2466/pr0.1962.10.3.799.
24. Miller WR, Tonigan JS. Assessing drinkers' motivation for change: the stages of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES). *Psychol Addict Behav.* 1996;10(2): 81-9. doi:10.1037/0893-164X.10.2.81.

25. Gossop M, Darke S, Griffiths P, Hando J, Powis B, Hall W, et al. The severity of dependence scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*. 1995;90(5):607-14. doi:10.1046/j.1360-0443.1995.9056072.x.
26. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-13. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
27. Junkuy A, Pengwong M, Aramrattana A, Celentano D, Sribanditmongkol P. Validation and application of hair analysis for the detection of methamphetamine in young Thai adults. *Asian Biomed*. 2017;8(4):463-73. doi:10.5372/1905-7415.0804.315.
28. เพชร คันธสายบัว. โปรแกรมการบำบัดทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเวชและยาเสพติด [Nursing therapy program for psychiatric and drug addiction patients]. กรุงเทพฯ: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา; 2553.
29. Üstün TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J. Measuring health and disability: manual for WHO disability assessment schedule (WHODAS 2.0): psychometric properties. Geneva: World Health Organization; 2010.
30. วรวิศุทธิ์ ลำไย, โกศล วรวิศุทธิ์, กิตติวิทย์ โพธิ์โน, นพพร ตันติรังสี, ปราณี จันทะโม. การศึกษาประสิทธิภาพเครื่องมือการบำบัดโดยสร้างแรงจูงใจอย่างย่อ (SOS) ในการลดการเสพยาในผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการเสพยาเมทแอมเฟตามีน (รายงานวิจัยเบื้องต้น) [Study on the efficacy of the start over and survive intervention in Thai psychotic patients to minimize relapsed methamphetamine use (preliminary report)]. โพสต์เตอร์นำเสนอในการประชุม: มหกรรมงานวิจัยแห่งชาติ 2564 (Thailand Research Expo 2021); 22-26 พ.ย. 2564; โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ และบางกอกคอนเวนชัน เซ็นเตอร์ เซ็นทรัลเวิลด์; กรุงเทพฯ.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยทำนายการกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ของนักเรียน ในภาคกลางของประเทศไทย

วันรับ : 6 ตุลาคม 2564
วันแก้ไข : 22 มีนาคม 2565
วันตอบรับ : 24 มีนาคม 2565

ปัญจรัตน์ ไล่สุวรรณชาติ, พย.ม., ธาณินทร์ สุธีประเสริฐ, ศษ.ม.,
สุภาพร บุญศิริลักษณ์, ภ.ด.
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ของนักเรียนในภาคกลางของประเทศไทย

วิธีการ : เป็นการศึกษาภาคตัดขวางในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในจังหวัดภาคกลางของประเทศไทย จำนวน 418 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 ด้วยแบบสอบถามด้วยตนเองออนไลน์ ประกอบด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมก้าวร้าว สัมพันธภาพ ความภาคภูมิใจ และการการกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี

ผล : กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย เพศหญิง และเพศทางเลือก ร้อยละ 31.1, 51.9 และ 17.0 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 14.9 ปี มีพฤติกรรมกลั่นแกล้งผู้อื่นและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ร้อยละ 51.2 และ 71.8 ตามลำดับ พบความชุกในเพศทางเลือกมากที่สุด ร้อยละ 57.7 และ 80.3 ตามลำดับ ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์ ได้แก่ ระยะเวลาที่เข้าถึงไซเบอร์มากกว่า 7 ชั่วโมงต่อวัน สัมพันธภาพในครอบครัวระดับน้อยและระดับปานกลาง และภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ปัจจัยทำนายการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยและระดับปานกลาง

สรุป : แนวทางเฝ้าระวังป้องกันและแก้ไขปัญหาวุฒิกรรมกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ของนักเรียนควรเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างโรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว และการดูแลภาวะซึมเศร้าของนักเรียน

คำสำคัญ : การกลั่นแกล้งทางไซเบอร์, นักเรียน, ประเทศไทย

ติดต่อผู้พิมพ์ : ปัญจรัตน์ ไล่สุวรรณชาติ; e-mail: ompanjarut@gmail.com

Original articles

Factors predicting cyberbullying perpetration and victimization among students in central Thailand

Received : 6 October 2021

Revised : 22 March 2022

Accepted : 24 March 2022

Panjarut Laisuwannachart, M.N.S., Tanin Suteeprasert, M.Ed.,

Supaporn Bunsiriluck, Ph.D.

Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi

Abstract

Objective: To explore the factors predicting cyberbullying perpetration and victimization among students in central Thailand.

Methods: This cross-sectional study was conducted between June and July 2021 among 418 high school students in Central Thailand. Participants completed self-administered online questionnaires consisting of depression, aggressiveness, relationship with others, self-esteem, and the cyber-aggression perpetration and victimization scale. Data were analyzed by using descriptive statistics and binary logistic regression.

Results: Approximately 31.1%, 51.9% and 17.0% of participants were male, female, and LGBTTQQAAP, respectively, with the average age of 14.9 years. Prevalence of cyberbullying perpetration and victimization were 51.2% and 71.8%, respectively. Among all genders, LGBTTQQAAP had the highest proportions of both behaviors (57.7% and 80.3%, respectively). Cyberbullying perpetration was predicted by duration of internet usage (> 7 hours a day), low and moderate levels of family relationships, and moderate depression. Cyberbullying victimization was predicted by mild and moderate depression.

Conclusion: Guidelines for the monitoring, prevention and management of cyberbullying should emphasize on collaboration of schools, families, and communities, enhancing family relationships, and proper care of depression among students.

Keywords: cyberbullying, students, Thailand

Corresponding author: Panjarut Laisuwannachart; e-mail: ompanjarut@gmail.com

ความรู้เดิม : เพศหญิงมีพฤติกรรมกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์มากกว่าเพศชาย

ความรู้ใหม่ : เพศทางเลือก (LGBTQQIAAP) มีพฤติกรรมกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์มากกว่าเพศชายและหญิง และปัจจัยด้านโรคซึมเศร้าและการเข้าถึงโลกไซเบอร์มากกว่า 7 ชั่วโมงต่อวันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนแนวทางการคัดกรองนักเรียนกลุ่มเสี่ยง เพื่อส่งต่อประเมิน และช่วยเหลือนักเรียนที่มีพฤติกรรมกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มโอกาสเข้าถึงการศึกษา ทำให้นักเรียนอายุระหว่าง 12 - 16 ปีเข้าถึงอินเทอร์เน็ตมากขึ้น โดยใช้เวลาเฉลี่ย 4.8 ชั่วโมงต่อวัน¹ ส่งผลให้พฤติกรรมกลั่นแกล้งมีการเปลี่ยนรูปแบบจากการกลั่นแกล้งทางกายเป็นการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ (cyberbullying)² สถานการณ์ในโรงเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา มีแนวโน้มการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องพบว่าร้อยละ 45 ของนักเรียนเคยถูกระรานทางไซเบอร์อย่างน้อย 1 ครั้ง ซึ่งสูงกว่าความชุกในประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศในทวีปยุโรป และประเทศญี่ปุ่นถึง 4 เท่า รูปแบบการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ที่พบมากที่สุด คือ ล้อเลียนตั้งฉายา (ร้อยละ 79.4) รองลงมา ได้แก่ ถูกเพิกเฉยไม่สนใจ (ร้อยละ 54.4) และไม่ให้ความเคารพ (ร้อยละ 46.8) และเมื่อถูกกลั่นแกล้งนักเรียนจะขอความช่วยเหลือจากเพื่อนมากที่สุด (ร้อยละ 89.2) รองลงมา ได้แก่ ผู้ปกครอง (ร้อยละ 59.0) และพี่น้อง (ร้อยละ 41.2)³

การกลั่นแกล้ง คือ พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์และพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กวัยเรียน ที่เกี่ยวข้องกับความไม่สมดุลของการใช้พลังอำนาจที่มีในการกระทำต่าง ๆ เช่น ข่มขู่ ทำร้าย

คนอื่นทางร่างกายและคำพูด โดยพฤติกรรมการกลั่นแกล้งนี้สามารถเกิดขึ้นซ้ำได้ตลอดเวลา เมื่อผู้ถูกรังแกโดนรังแกบ่อยครั้งอาจเกิดการสะสมของอารมณ์โกรธและต้องการแก้แค้น จึงทำให้เปลี่ยนบทบาทเป็นผู้กลั่นแกล้งเองได้ เกิดเป็นวงจรการกลั่นแกล้งซึ่งนำมาด้วยปัญหาที่ร้ายแรงและยาวนาน⁴ การกลั่นแกล้งทางไซเบอร์เป็นพฤติกรรมการกลั่นแกล้งโดยการใช้เทคโนโลยีผ่านช่องทางไซเบอร์ โดยมีเป้าหมายให้ผู้ถูกลั่นแกล้งหรือเหยื่อรู้สึกหวาดกลัว โกรธเคือง หรืออับอาย⁵ การกลั่นแกล้งทางไซเบอร์แบ่งออกเป็น 6 รูปแบบ ได้แก่ 1) การโจมตี ขู่ทำร้าย หรือใช้ถ้อยคำหยาบคาย 2) การคุกคามทางเพศทางไซเบอร์ 3) การแอบอ้างตัวตนของผู้อื่น 4) การแบล็คเมลโดยการนำรูปภาพ วิดีโอ หรือเสียง มาตัดต่อหรือเผยแพร่ลงทางไซเบอร์ และมีการเผยแพร่ในวงกว้าง 5) การหลอกลวงให้เหยื่อหลงเชื่อ เช่น นัดเจอนอกสถานที่ และการโอนเงินซื้อของ และ 6) การสร้างกลุ่มทางไซเบอร์เพื่อโจมตีโดยเฉพาะ เช่น การตั้งเพจโจมตี การจับผิดทุกการกระทำของบุคคลเป้าหมาย⁶ นับเป็นพฤติกรรมความรุนแรงที่ไม่พึงประสงค์ที่สามารถกระทำได้จากทุกสถานที่และตลอดเวลา ผ่านอุปกรณ์เทคโนโลยี เช่น คอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์มือถือ^{7,8} และสามารถทำได้ง่ายเพราะเป็นบุคคลนิรนามยากต่อการรู้ตัวผู้กระทำ⁹ อย่างไรก็ตาม อาจสืบค้นหาบุคคลนิรนามที่กลั่นแกล้งผู้อื่นให้มารับผิดได้จากหลักฐานดิจิทัล⁵

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีประสบการณ์เกี่ยวกับการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ทั้งการกลั่นแกล้งผู้อื่นและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ได้แก่ พื้นที่ทางไซเบอร์ที่มีลักษณะเป็นนิรนาม การมีจุดเริ่มต้นจากการกระทำในโลกจริง การได้รับการเลี้ยงดูแบบตามใจและปล่อยปละละเลย ความสับสนจากการใช้เทคโนโลยี อารมณ์ชั่ววูบ อยากเอาคืน และความสนุกคึกคะนองระหว่างเพื่อน โดยไม่คิดว่าจะส่งผลกระทบต่อผู้ถูกกระทำ นอกจากนี้ยังพบว่า การขาดความภาคภูมิใจในตนเองอาจนำไปสู่การตกเป็นเหยื่อในการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์¹⁰⁻¹³ แต่ในบางการศึกษาก็ไม่พบว่าระดับการเห็นคุณค่าในตนเองเกี่ยวข้องพฤติกรรมการกลั่นแกล้ง¹⁴

พฤติกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ส่งผลกระทบต่อผู้ถูกกลั่นแกล้งในหลากหลายด้าน ทั้งผลกระทบด้านจิตใจ เช่น รู้สึกโมโห โกรธ เบื่อ รำคาญ รู้สึกไม่ปลอดภัย อับอาย หวาดกลัว ไม่มีสมาธิ และสูญเสียความมั่นใจในตนเอง และผลกระทบด้านร่างกาย เช่น รู้สึกไม่สดชื่น เหนื่อยง่าย ปวดศีรษะ ปวดท้อง และนอนไม่หลับ^{13,15,16} การศึกษาระยะยาวพบว่า การถูกกลั่นแกล้งในวัยเด็กส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจในวัยผู้ใหญ่ได้ เช่น กลายเป็นคนหนีปัญหาและแยกตัวจากสังคม เกิดภาวะโรคซึมเศร้า และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยังอาจส่งผลกระทบทางอ้อม เช่น ผลการเรียนตกต่ำเนื่องจากขาดเรียน¹⁷ ซึ่งอาจนำไปสู่พฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อสังคม เช่น พฤติกรรมรุนแรง การใช้สารเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ¹⁷

จากการทบทวนวรรณกรรม แม้ในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ของนักเรียนในบริบทและพื้นที่ที่หลากหลาย^{7,8,12,13,16,17} แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในช่วงที่ยังไม่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในวงกว้าง ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าว รัฐบาลได้ประกาศนโยบายให้นักเรียนทุกคนเรียนออนไลน์ที่บ้านเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ ทำให้นักเรียนเข้าถึงแพลตฟอร์มออนไลน์ในรูปแบบต่าง ๆ มากขึ้น จึงอาจทำให้แนวโน้ม รูปแบบ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ในกลุ่มนักเรียนแตกต่างจากช่วงเวลาปกติ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยทำนายการกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ของนักเรียน เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สำคัญสำหรับการวางแผนส่งเสริมป้องกัน และช่วยเหลือนักเรียนที่มีพฤติกรรมการกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ต่อไป

วิธีการ

การศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 ในจังหวัดหนึ่งของภาคกลาง จำนวน 418 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ มีและใช้สมาร์ทโฟน แท็บเล็ต และคอมพิวเตอร์ เป็นของตนเองหรือของผู้ปกครอง

ให้ยืมใช้ มีการเข้าถึงเครือข่ายสังคมทางไซเบอร์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และสามารถพูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ดี เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ลาออก ย้ายโรงเรียน หรือไม่อยู่ในวันที่เก็บข้อมูล หรือได้รับการวินิจฉัยว่ามีความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ หรือสติปัญญา เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบสอบถามออนไลน์ Google Forms จำนวน 3 ส่วน ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน จากนั้นดำเนินการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามการวิจัยไปทดลองใช้กับนักเรียนที่มีความคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นจากสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยแบบประเมิน 4 ชุด ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 5 ข้อ 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยใช้แบบประเมิน patient health questionnaire for adolescent (PHQ-A) ฉบับภาษาไทย¹⁸ มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 9 ข้อ มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8 การแปลผล 0 - 4 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า 5 - 9 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 10 - 14 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง 15 - 27 คะแนน มีภาวะซึมเศร้ามากและรุนแรง 3) แบบประเมินผลพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงสำหรับวัยรุ่น¹⁹ มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ จำนวน 5 ข้อ มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.6 การแปลผลมากกว่า 14 คะแนน มีพฤติกรรมก้าวร้าว และ 4) แบบประเมินความภาคภูมิใจในตนเอง โดยใช้แบบประเมิน Rosenberg self-esteem scale revised version (RSES-revised) ฉบับภาษาไทย²⁰ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 10 ข้อ มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8 การแปลผล 1 - 15 คะแนน มีความภาคภูมิใจในตนเองน้อย 16 - 25 คะแนน มีความภาคภูมิใจในตนเองปานกลาง และ 26 - 40 คะแนน มีความภาคภูมิใจในตนเองสูง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อคำถามเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของนักเรียนกับครอบครัว เพื่อน ครู และคนในโลกไซเบอร์ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ในเรื่องความสนใจ/ใส่ใจที่จะพูดคุยเรื่องทั่วไป เรื่องส่วนตัว การบอกปัญหาและขอคำปรึกษา โดยผู้วิจัยสร้างจากการ ทบทวนวรรณกรรม ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 4 ข้อ มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8 และข้อคำถาม เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์เข้าถึงไซเบอร์จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการกลั่นแกล้ง และถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ โดยใช้แบบประเมิน cyber-aggression perpetration and victimization scale ฉบับ ภาษาไทย²¹ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 18 ข้อ มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.7 การแปลผล มากกว่า 0 คะแนน มีพฤติกรรมการกลั่นแกล้งและถูกกลั่น แกล้งทางไซเบอร์

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์สำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบ ไบนารีด้วยวิธี enter method เพื่อหาปัจจัยทำนายพฤติกรรม การกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ กำหนดระดับ นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินคร จังหวัดสุพรรณบุรี เอกสารรับรองเลขที่ PHCSP-A2564/01-13 ลงวันที่ 21 พฤษภาคม 2564

ผล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 418 คน มีอัตราการตอบรับ (response rate) ร้อยละ 100 เป็นเพศชาย 130 คน (ร้อยละ 31.1) เพศหญิง 217 คน (ร้อยละ 51.9) และเพศทางเลือก 71 คน (ร้อยละ 17.0) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 14 - 16 ปี (ร้อยละ 52.2) มีรายได้ไม่เกิน 1,500 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 64.1) และค่าใช้จ่ายด้านค่าอินเทอร์เน็ตไม่เกิน 500 บาท ต่อเดือน (ร้อยละ 61.5) ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมักแสดง ตัวตนในไซเบอร์โดยใช้ชื่อหรือรูปตัวเองบางส่วน (ร้อยละ 49.7) และใช้เวลาในการเข้าถึงโลกไซเบอร์มากกว่า 7 ชั่วโมงต่อวัน

(ร้อยละ 50.0) เกือบทั้งหมดใช้โทรศัพท์มือถือ/แท็บเล็ต/ คอมพิวเตอร์ของตนเองในการเข้าถึงโลกไซเบอร์ (ร้อยละ 96.9) หนึ่งในสามมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 35.2) เกือบทั้งหมดไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว (ร้อยละ 97.8) เกือบ ครึ่งหนึ่งมีความภาคภูมิใจในตนเองระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.8) ด้านความสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาพบว่า ความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างกับครอบครัวและเพื่อนอยู่ใน ระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 38.8 และ 48.8 ตามลำดับ) ส่วนความสัมพันธ์กับครูและคนในโลกไซเบอร์ส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับน้อย (ร้อยละ 55.7 และ 66.0 ตามลำดับ)

พฤติกรรมการกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์

กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการกลั่นแกล้งผู้อื่นทาง ไซเบอร์มีจำนวน 214 คน คิดเป็นร้อยละ 51.2 พฤติกรรม ที่พบมากที่สุด คือ กีดกันหรือตัดบุคคลออกจากกลุ่ม อินเทอร์เน็ต เช่น บล็อกออกจากกลุ่มแชท หรือตั้งกลุ่มแยก มาใหม่ (ร้อยละ 28.7) รองลงมา ได้แก่ ส่งหรือส่งต่อข้อความ ที่อาจทำร้ายจิตใจผู้อื่นผ่านทางอินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 22.7) และโพสต์หรือโพสต์ซ้ำสิ่งที่ยาบคายหรือน่าอับอายแก่ผู้อื่น ทางอินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 22.2) พบความชุกของพฤติกรรม กลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์สูงสุดในกลุ่มเพศทางเลือก (ร้อยละ 57.7) มีรายได้ไม่เกิน 1,500 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 53.7) มีค่าใช้จ่ายด้านค่าอินเทอร์เน็ตไม่เกิน 500 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 52.5) แสดงตัวตนในไซเบอร์โดยใช้ชื่อหรือรูปตัวเอง บางส่วน (ร้อยละ 51.9) ใช้เวลาในการเข้าถึงโลกไซเบอร์ มากกว่า 7 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 54.5) ใช้โทรศัพท์มือถือ/ แท็บเล็ต/คอมพิวเตอร์ของตนเองในการเข้าถึงโลกไซเบอร์ (ร้อยละ 51.9) นอกจากนี้ยังพบความชุกของพฤติกรรม กลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์สูงสุดในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าระดับ ปานกลาง (ร้อยละ 62.8) มีพฤติกรรมก้าวร้าว (ร้อยละ 100.0) มีความภาคภูมิใจในตนเองระดับสูง (ร้อยละ 63.0) มีความ สัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อน และครูในระดับน้อย และมีความสัมพันธ์กับคนในโลกไซเบอร์ระดับปานกลาง ดังแสดง ในตารางที่ 1

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรม การกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์พบว่า ระยะเวลาที่เข้าถึงโลกไซเบอร์

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์ จำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (N = 418)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	มีพฤติกรรมการกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์	ไม่มีพฤติกรรมการกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์	
เพศ			.463
ชาย	66 (50.8)	64 (49.2)	
หญิง	107 (49.3)	110 (50.7)	
เพศทางเลือก LGBTQIAAP	41 (57.7)	30 (42.3)	
อายุ (ปี)			.250
10 - 13	60 (52.2)	55 (47.8)	
14 - 16	116 (53.2)	102 (46.8)	
17 - 19	43 (50.6)	42 (49.4)	
ค่าใช้จ่ายประจำเดือน (บาท/เดือน)			.265
1 - 1500	144 (53.7)	124(46.3)	
> 1500	70 (46.7)	80 (53.3)	
ค่าอินเทอร์เน็ต (บาท/เดือน)			.227
1 - 500	135 (52.5)	122 (47.5)	
> 500	79 (49.1)	82 (50.9)	
การแสดงตัวตนในไซเบอร์			.747
แสดงตัวตนที่แท้จริงทั้งหมดโดยใช้ชื่อและรูปตัวเองจริง	89 (50.6)	87 (49.4)	
แสดงตัวตนโดยใช้ชื่อหรือรูปตัวเองบางส่วน	108 (51.9)	100 (48.1)	
แสดงตัวตนเป็นบุคคลนิรนามโดยไม่ใช้ชื่อและรูปตัวเองจริง	17 (50.0)	17 (50.0)	
ระยะเวลาในการเข้าถึงไซเบอร์ (ชั่วโมง/วัน)			.011
1 - 7	100 (47.8)	109 (52.2)	
> 7	114 (54.5)	95 (45.5)	
อุปกรณ์การเข้าถึงไซเบอร์			.321
โทรศัพท์มือถือ/แท็บเล็ต/คอมพิวเตอร์ของตนเอง	210 (51.9)	195 (48.1)	
โทรศัพท์มือถือ/แท็บเล็ต/คอมพิวเตอร์ของผู้อื่น	2 (33.3)	4 (66.7)	
โทรศัพท์มือถือ/แท็บเล็ต/คอมพิวเตอร์ของสาธารณะ	2 (28.6)	5 (71.4)	
ภาวะซึมเศร้า			.003
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	58 (38.9)	91 (61.1)	
มีระดับเล็กน้อย	79 (53.7)	68 (46.3)	
มีระดับปานกลาง	49 (62.8)	29 (37.2)	
มีระดับมากถึงรุนแรง	28 (63.6)	16 (36.4)	
พฤติกรรมก้าวร้าว			.141
ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว	207 (50.6)	202 (49.4)	
มีความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมก้าวร้าว	5 (71.4)	2 (28.6)	
มีพฤติกรรมก้าวร้าว	2 (100.0)	0 (0.0)	

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์ จำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (N = 418) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	มีพฤติกรรมการกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์	ไม่มีพฤติกรรมการกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์	
ความรู้สึกภาคภูมิใจ			< .001
ระดับต่ำ	4 (17.4)	19 (82.6)	
ระดับปานกลาง	152 (50.2)	151 (49.8)	
ระดับสูง	58 (63.0)	34 (37.0)	
ความสัมพันธ์กับครอบครัว ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา			< .001
ระดับน้อย	71 (64.5)	39 (35.5)	
ระดับปานกลาง	87 (53.7)	75 (46.3)	
ระดับมาก	56 (38.4)	90 (61.6)	
ความสัมพันธ์กับเพื่อน (ภาพรวม) ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา			.373
ระดับน้อย	34 (57.6)	25 (42.4)	
ระดับปานกลาง	98 (48.0)	106 (52.0)	
ระดับมาก	82 (52.9)	73 (47.1)	
ความสัมพันธ์กับครู (ภาพรวม) ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา			.186
ระดับน้อย	126 (54.1)	107 (45.9)	
ระดับปานกลาง	88 (47.6)	97 (52.4)	
ความสัมพันธ์กับคนในโลกออนไลน์/อินเทอร์เน็ต (ภาพรวม) ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา			.151
ระดับน้อย	132 (47.8)	144 (52.2)	
ระดับปานกลาง	62 (58.5)	44 (41.5)	
ระดับมาก	20 (55.6)	16 (44.4)	

มากกว่า 7 ชั่วโมงต่อวัน สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง และการมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถรวมทำนายได้ร้อยละ 59.1 ดังแสดงในตารางที่ 2

การถูกผู้อื่นกลั่นแกล้งทางไซเบอร์

กลุ่มตัวอย่างที่ถูกผู้อื่นกลั่นแกล้งทางไซเบอร์มีจำนวน 300 คน คิดเป็นร้อยละ 71.8 พฤติกรรมที่พบมากที่สุด คือ เคยได้รับข้อความที่ทำให้เสียใจผ่านอินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 58.1) รองลงมา ได้แก่ เคยพบว่ามีผู้อื่นโพสต์หรือโพสต์ซ้ำบางสิ่งที่ยับยาคายต่อตัวเองหรือทำให้ตัวเองอับอายในอินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 39.7) และเคยถูกกีดกันหรือตัดออกจากกลุ่มในอินเทอร์เน็ตโดยเจตนา (ร้อยละ 36.4) พบความชุกของการ

ถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์สูงสุดในกลุ่มเพศทางเลือก (ร้อยละ 80.3) มีรายได้มากกว่า 1,500 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 72.7) มีค่าใช้จ่ายด้านค่าอินเทอร์เน็ตมากกว่า 500 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 72.7) แสดงตัวตนในโลกไซเบอร์โดยใช้ชื่อหรือรูปตัวเองบางส่วน (ร้อยละ 72.6) ใช้เวลาในการเข้าถึงโลกไซเบอร์มากกว่า 7 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 75.6) ใช้โทรศัพท์มือถือ/แท็บเล็ต/คอมพิวเตอร์ของตนเองในการเข้าถึงโลกไซเบอร์ (ร้อยละ 72.1) นอกจากนี้ยังพบความชุกของการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์สูงสุดในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (ร้อยละ 84.6) มีพฤติกรรมก้าวร้าว (ร้อยละ 100) มีความภาคภูมิใจตนเองระดับสูง (ร้อยละ 82.6) มีความสัมพันธ์กับครอบครัวและเพื่อนอยู่ระดับน้อย และมีความสัมพันธ์กับครูและคนในโลกไซเบอร์ระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 3

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการถูกผู้อื่น กลั่นแกล้งทางไซเบอร์พบว่า การมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 74 ดังแสดงในตารางที่ 4 และระดับปานกลางมีความสัมพันธ์กับการถูกผู้อื่นกลั่นแกล้ง

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์ (n = 214)

ปัจจัย	β	S.E.	p-value	OR	95% CI
ระยะเวลาในการเข้าถึงไซเบอร์ (ชั่วโมง/วัน)					
> 7	1.48	.58	.01*	4.39	1.42 - 13.57
การมีภาวะซึมเศร้า					
ระดับปานกลาง	.64	.30	.03*	1.90	1.07 - 3.38
สัมพันธภาพในครอบครัวภาพรวม					
ระดับน้อย	.49	.24	.04*	1.64	1.02 - 2.65
ระดับปานกลาง	.79	.29	.01*	2.19	1.25 - 3.86
Constant	-.69	.37	.06	.50	

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ จำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (N = 418)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	มีพฤติกรรมการกลั่นแกล้ง ผู้อื่นทางไซเบอร์	ไม่มีพฤติกรรมการกลั่นแกล้ง ผู้อื่นทางไซเบอร์	
เพศ			.100
ชาย	86 (66.2)	44 (33.8)	
หญิง	157 (72.4)	60 (27.6)	
เพศทางเลือก LGBTQIAAP	57 (80.3)	14 (19.7)	
อายุ (ปี)			.025
10 - 13	70 (60.9)	45 (39.1)	
14 - 16	171 (78.4)	47 (21.6)	
17 - 19	59 (69.4)	26 (30.6)	
ค่าใช้จ่ายประจำวัน (บาท/เดือน)			.202
1 - 1500	191 (71.3)	77 (28.7)	
> 1500	109 (72.7)	41 (27.3)	
ค่าอินเทอร์เน็ต (บาท/เดือน)			.519
1 - 500	183 (71.2)	74 (28.8)	
> 500	117 (72.7)	44 (27.3)	
การแสดงตัวตนในไซเบอร์			.763
แสดงตัวตนที่แท้จริงทั้งหมดโดยใช้ชื่อและรูปตัวเองจริง	127 (72.2)	49 (27.8)	
แสดงตัวตนโดยใช้ชื่อหรือรูปตัวเองบางส่วน	151 (72.6)	57 (27.4)	
แสดงตัวตนเป็นบุคคลนิรนามโดยไม่ใช้ชื่อและรูปตัวเองจริง	22 (64.7)	12 (35.3)	

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ จำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (N = 418) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	มีพฤติกรรมการกลั่นแกล้ง ผู้อื่นทางไซเบอร์	ไม่มีพฤติกรรมการกลั่นแกล้ง ผู้อื่นทางไซเบอร์	
ระยะเวลาในการเข้าถึงไซเบอร์ (ชั่วโมง/วัน)			.122
1 - 7	142 (67.9)	67 (32.1)	
> 7	158 (75.6)	51 (24.4)	
อุปกรณ์การเข้าถึงไซเบอร์			.658
โทรศัพท์มือถือ/แท็บเล็ต/คอมพิวเตอร์ของตนเอง	292 (72.1)	113 (27.9)	
โทรศัพท์มือถือ/แท็บเล็ต/คอมพิวเตอร์ของผู้อื่น	4 (66.7)	2 (33.3)	
โทรศัพท์มือถือ/แท็บเล็ต/คอมพิวเตอร์ของสาธารณะ	4 (57.1)	3 (42.9)	
ภาวะซึมเศร้า			< .001
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	84 (56.4)	65 (43.6)	
มีระดับเล็กน้อย	115 (78.2)	32 (21.8)	
มีระดับปานกลาง	66 (84.6)	12 (15.4)	
มีระดับมากถึงรุนแรง	35 (79.5)	9 (20.5)	
พฤติกรรมก้าวร้าว			.164
ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว	291 (71.1)	118 (28.9)	
มีความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมก้าวร้าว	7 (100.0)	0 (0.0)	
มีพฤติกรรมก้าวร้าว	2 (100.0)	0 (0.0)	
ความรู้สึกละอายใจ			.006
ระดับต่ำ	12 (52.5)	11 (47.8)	
ระดับปานกลาง	212 (70.0)	91 (30.0)	
ระดับสูง	76 (82.6)	16 (17.4)	
ความสัมพันธ์กับครอบครัว ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา			.020
ระดับน้อย	90 (81.8)	20 (18.2)	
ระดับปานกลาง	113 (69.8)	49 (30.2)	
ระดับมาก	97 (66.4)	49 (33.6)	
ความสัมพันธ์กับเพื่อน (ภาพรวม) ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา			.184
ระดับน้อย	48 (81.4)	11 (18.6)	
ระดับปานกลาง	141 (69.1)	63 (30.9)	
ระดับมาก	111 (71.6)	44 (28.4)	
ความสัมพันธ์กับครู (ภาพรวม) ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา			.961
ระดับน้อย	167 (71.7)	66 (28.3)	
ระดับปานกลาง	133 (71.9)	52 (28.1)	
ความสัมพันธ์กับคนในโลกออนไลน์/อินเทอร์เน็ต (ภาพรวม) ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา			.068
ระดับน้อย	188 (68.1)	88 (31.9)	
ระดับปานกลาง	84 (79.2)	22 (20.8)	
ระดับมาก	28 (77.8)	8 (22.2)	

พฤติกรรมกลั่นแกล้งและถูกผู้อื่นกลั่นแกล้งทางไซเบอร์

กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมกลั่นแกล้งและถูกผู้อื่นกลั่นแกล้งทางไซเบอร์มีจำนวน 188 คน คิดเป็นร้อยละ 45.0 พบความชุกในกลุ่มเพศทางเลือกสูงที่สุด (ร้อยละ 52.1) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกลั่นแกล้งและถูกผู้อื่นกลั่นแกล้งทางไซเบอร์พบว่า การมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยและระดับปานกลาง และระยะเวลาที่เข้าถึงโลกไซเบอร์มากกว่า 7 ชั่วโมง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกลั่นแกล้งและถูกผู้อื่นกลั่นแกล้งทางไซเบอร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถรวมทำนายได้ร้อยละ 61.0 ดังแสดงในตารางที่ 5

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า ความชุกของการเกิดพฤติกรรมกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์พบสูงสุดในนักเรียนกลุ่มเพศทางเลือก (LGBTQQIAAP) แตกต่างจากการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา ที่ส่วนใหญ่พบพฤติกรรม

การกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย²²⁻²⁴ และมีส่วนน้อยที่พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง^{7,25} เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่มีการเก็บข้อมูลตัวแปรเฉพาะเพศชายและหญิงเท่านั้น ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าเพศทางเลือกเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์มากกว่านักเรียนเพศอื่น เนื่องจากสังคมยังมองว่าเพศทางเลือกเป็นความแตกต่าง ไม่ให้การยอมรับโดยเฉพาะเรื่องอัตลักษณ์ทางเพศ จึงถูกเป็นเป้าหมายหลักในการถูกกลั่นแกล้งมากกว่าเพศอื่น และเมื่อถูกกลั่นแกล้งก็จะเกิดการตอบโต้เป็นการกลั่นแกล้งกลับคืนตามมามากด้วย²⁶

การศึกษานี้พบว่า การเข้าถึงอินเทอร์เน็ตมากกว่า 7 ชั่วโมงต่อวัน การมีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวระดับน้อยถึงปานกลาง และการมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์ อาจเนื่องด้วยในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการถูกผู้อื่นกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ (n = 300)

ปัจจัย	β	S.E.	p-value	OR	95% CI
การมีภาวะซึมเศร้า					
ระดับเล็กน้อย	.88	.28	.00*	2.42	1.41 - 4.15
ระดับปานกลาง	.89	.35	.01*	2.43	1.22 - 4.85
Constant	1.44	.78	.07	4.23	

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ตารางที่ 5 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการกลั่นแกล้งและถูกผู้อื่นกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ (n = 188)

ปัจจัย	β	S.E.	p-value	OR	95% CI
การมีภาวะซึมเศร้า					
ระดับเล็กน้อย	.49	.25	.04*	1.63	1.00 - 2.66
ระดับปานกลาง	.86	.32	.01*	2.40	1.29 - 4.47
ระยะเวลาในการเข้าถึงไซเบอร์ (ชั่วโมง/วัน)					
> 7	.70	.03	.03*	1.07	1.01 - 1.15
Constant	.39	.99	.69	1.48	

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ทำให้นักเรียนต้องใช้เวลาเรียนออนไลน์ที่บ้านขั้นต่ำ 6 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งนานกว่าในช่วงสถานการณ์ปกติที่นักเรียนใช้เวลาในการเข้าอินเทอร์เน็ตโดยเฉลี่ย 5.48 ชั่วโมงต่อวัน¹³ ทำให้มีความเสี่ยงของพฤติกรรมกลั่นแกล้งทางไซเบอร์มากขึ้น การศึกษาของ Azami และ Taremian²⁷ พบว่า การเข้าถึงอินเทอร์เน็ตไม่เกิน 1 ชั่วโมงต่อวันสามารถลดโอกาสการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ได้ และในการเรียนออนไลน์ที่บ้านครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการจัดการนักเรียนไม่ให้มีพฤติกรรมกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ได้ โดยการสร้างความมั่นคงทางจิตใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีที่ถูกต้อง และเป็นแบบอย่างที่ดีแก่นักเรียน¹⁵ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยทางครอบครัว รูปแบบการเลี้ยงดู และการเห็นคนในครอบครัวทะเลาะกัน มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์²² และพบว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวช่วยให้นักเรียนสามารถเผชิญและแก้ไขปัญหได้ดีขึ้น⁸ การมีภาวะซึมเศร้าทำให้นักเรียนไม่มีความมั่นคงทางจิตใจ ต้องการมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับจากเพื่อน จึงมีพฤติกรรมเลียนแบบเพื่อนได้ง่าย การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า นักเรียนระดับมัธยมศึกษาที่มีประสบการณ์กลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์มีความชุกใน 1 ปีของโรคจิตเวชประมาณร้อยละ 60 และเสี่ยงต่อการมีโรคจิตเวชอย่างน้อย 1 โรคสูงกว่านักเรียนทั่วไป 2.6 เท่า²⁵ และระดับการช่วยเหลือจากครอบครัวต่ำมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁷

การมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการถูกผู้อื่นกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า พฤติกรรมถูกผู้อื่นกลั่นแกล้งทางไซเบอร์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า^{27,28} การถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์เป็นสาเหตุหลักของการเกิดความผิดปกติด้านจิตใจ เช่น อาการซึมเศร้า และวิตกกังวล¹⁵ หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออาจเกิดความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายตามมา²⁴ ในทางกลับกัน การมีภาวะซึมเศร้าทำให้นักเรียนมีความมั่นคงทางจิตใจลดลงและมีกระบวนการคิด การตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม เช่น การปรึกษาเพื่อนที่ไม่มีความรู้ และไม่สามารถให้คำแนะนำได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ไม่สามารถจัดการปัญหาการถูกกลั่นแกล้งได้⁷

เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์เป็นทั้งผู้กลั่นแกล้งและถูกผู้อื่นกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ โดยการมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และระยะเวลาที่เข้าถึงโลกไซเบอร์มากกว่า 7 ชั่วโมงต่อวัน เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมกลั่นแกล้งและถูกผู้อื่นกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างการถูกกลั่นแกล้งกับพฤติกรรมกลั่นแกล้งทางไซเบอร์นั้น การศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ที่ถูกกลั่นแกล้งมักมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ และพบว่าผู้ที่ตกเป็นเหยื่อของการถูกกลั่นแกล้งมีโอกาสกลายเป็นผู้กลั่นแกล้งมากขึ้น เนื่องจากผู้ที่ถูกกลั่นแกล้งได้รับผลกระทบด้านปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวหรือระหว่างบุคคล ทำให้มีความโกรธ จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและเปลี่ยนบทบาทเป็นฝ่ายแกล้งกลับ จนเกิดเป็นวงจรการกลั่นแกล้งตามมานอกจากนี้การเป็นที่ยอมรับจากเพื่อนเมื่อกลั่นแกล้งผู้อื่นเป็นแรงส่งเสริมให้นักเรียนมีพฤติกรรมกลั่นแกล้งมากขึ้น²⁷ ในทางตรงข้าม การมีความภาคภูมิใจในตนเองสูงจะช่วยเพิ่มความสุขและการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น จึงไม่เกิดการกลั่นแกล้งกัน²⁹

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง มีข้อจำกัดหลายประการ เช่น การศึกษาในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งนักเรียนมีการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตมากขึ้นกว่าปกติเนื่องจากการเรียนออนไลน์ที่บ้าน และการศึกษาเฉพาะในบริบทของจังหวัดหนึ่งในภาคกลางเท่านั้น จึงไม่สามารถอ้างอิงผลการศึกษาไปสู่ประชากรนักเรียนทั้งประเทศได้ ดังนั้น ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมระหว่างสถานการณ์ปกติกับสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และควรมีการสุ่มแบบหลายขั้นตอนในหลายภาคของประเทศไทย เพื่อให้เกิดการเป็นตัวแทนที่ดีและสามารถอ้างอิงไปสู่ประชากรทั้งหมดได้

สรุป

มากกว่าครึ่งหนึ่งของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 ในจังหวัดหนึ่งของภาคกลางมีพฤติกรรมกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ โดยพบความชุกสูงสุดในกลุ่มเพศทางเลือก ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการกลั่นแกล้งผู้อื่น

ทางไซเบอร์ ได้แก่ ระยะเวลาที่เข้าถึงโลกไซเบอร์มากกว่า 7 ชั่วโมงต่อวัน สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง และการมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ปัจจัยทำนายการถูกผู้อื่นกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ได้แก่ การมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการกลั่นแกล้งและถูกผู้อื่นกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ได้แก่ ระยะเวลาที่เข้าถึงโลกไซเบอร์มากกว่า 7 ชั่วโมงต่อวัน และการมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.กฤติศักดิ์ อนุโรจน์ ที่ให้คำปรึกษาด้านการศึกษาวิจัย และ รศ.ดุสิต สุจิรารัตน์ ที่ให้คำปรึกษาด้านสถิติวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- Kemp S. Digital 2020: Thailand [Internet]. Bangkok: Datareportal; 2020 [cited 2021 Sep 25]. Available from: <https://datareportal.com/reports/digital-2020-thailand>
- เมธิณี สุวรรณกิจ. มาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองเด็กและเยาวชนจากการถูกกลั่นแกล้งในสังคมออนไลน์ [Legal measures to protect child and juvenile from cyber-bullying]. วารสารนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2560;10(2):49-70.
- กองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์. Stop Cyberbullying หยุด! ระบายทางไซเบอร์ [Stop cyber bullying] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กองทุน; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ก.ย. 2564]. จาก: <https://www.thaimediafund.or.th/2021/03/>.
- A federal government website managed by the U.S. Department of Health and Human Services. What is bullying [Internet]. Washington: 200 Independence Avenue; 2021 [cited 2021 Dec 18]. Available from: <https://www.stopbullying.gov/bullying/what-is-bullying>
- United nations international children's emergency fund (UNICEF). Cyberbullying: what is it and how to stop it [Internet]. Geneva: UNICEF; 2019 [cited 2021 Sep 25]. Available from: <https://www.unicef.org/end-violence/how-to-stop-cyberbullying>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. กลั่นแกล้งแบบไหนเป็น Cyberbullying [what kind of bullying is cyberbullying] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2562 [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ก.ย. 2564]. จาก: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30035>
- อมรทิพย์ อมราภิบาล. เหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ในกลุ่มเยาวชน: ปัจจัยเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจิตและการปรึกษาบุคคลที่สาม [Cyber-bullying victimization among youths: risk factors, mental health impacts and reporting to the third person]. วารสารวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา. 2559;14(1):59-73.
- ชัชฎาภรณ์ พรหมนอก, สุพร อภินันทเวช, วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์. การศึกษาเชิงคุณภาพเรื่องพฤติกรรมกรรมาช่มเหงกันบนโลกไซเบอร์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 โรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานคร [Cyberbullying behavior in 4th to 6th grade students at a Bangkok municipal school]. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2562;33(1):20-39.
- Ak Ş, Özdemir Y, Kuzucu Y. Cybervictimization and cyberbullying: the mediating role of anger, don't anger me. Comput Hum Behav Rep. 2015;49:437-43. doi:10.1016/j.chb.2015.03.030.
- Brewer G, Kerslake J. Cyberbullying, self-esteem, empathy and loneliness. Comput Hum Behav Rep. 2015;48:255-60. doi:10.1016/j.chb.2015.01.073.
- Patchin JW, Hinduja S. Cyberbullying and self-esteem. J Sch Health. 2010;80(12):614-21. doi:10.1111/j.1746-1561.2010.00548.x.
- ฉันทนา ปาเดธา, นภาพร ภู่อึ้ง. การสังเคราะห์สาเหตุผลกระทบการป้องกันและการแก้ปัญหา การกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ในกลุ่มวัยรุ่นไทย [Synthesis of causes, consequences, preventions and problem solving of cyber bullying among Thai adolescents]. เอกสารประกอบการประชุม: การประชุมวิชาการระดับชาติมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ครั้งที่ 11 ประจำปี 2562; 24 ก.ค. 2562; เชียงใหม่.

13. เขาวลิต ศรีเสริม, ทศนา ทวีคุณ, พชรินทร์ นินทจันทร์. การเห็นคุณค่าในตนเอง ทศนคติต่อพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์ และพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย [Self-esteem, attitude towards cyberbullying, and cyberbullying among high school students]. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2564;35(1):112-27.
14. Rose CA, Slaten CD, Preast JL. Bully perpetration and self-esteem: examining the relation over time. *Behavioural Disorders*. 2017;42(4):159-69. doi:10.1177/0198742917715733.
15. Nhung LNA, Basuki A, Mahfud T, Saputro IN. Cyber-bullying among adolescent at school: a literature review. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 2020;24(7):9700-12. doi:10.37200/IJPR/V24I7/PR270973.
16. สุภาวดี เจริญวานิช. การรังแกกันผ่านพื้นที่ไซเบอร์ : ผลกระทบและการป้องกันในวัยรุ่น [Cyber bullying: impacts and preventions in adolescents]. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2560;25(4):639-48.
17. Sittichai R, Smith PK. Bullying and cyberbullying in Thailand: coping strategies and relation to age, gender, religion and victim status. *Journal of New Approaches in Educational Research*. 2018;7(1):24-30. doi:10.7821/naer.2018.1.254.
18. วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, รัตนศักดิ์ สันธิธาดากุล. แบบประเมินสภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น [Thai version of the patient health questionnaire for adolescent: PHQ-A] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์; 2561 [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ก.ย. 2564]. จาก: <https://necam.go.th/wp-content/uploads/2020/08/14-ซึมเศร้า-PHQ-A.pdf>
19. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5 กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน (SDQ) [The strengths and difficulties questionnaires] [อินเทอร์เน็ต]. ราชบุรี: ศูนย์; 2561 [สืบค้นเมื่อวันที่ 18 ธ.ค. 2564]. จาก: <http://www.appcenter.mhc5.net/sdq/>.
20. Wongpakaran T, Wongpakaran N. A comparison of reliability and construct validity between the original and revised versions of the rosenberg self-esteem scale. *Psychiatry Investig*. 2012;9(1):54-8. doi:10.4306/pi.2012.9.1.54.
21. กฤติศักดิ์ อนุโรจน์, ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร. การศึกษาความเที่ยงและความตรงของแบบสอบถาม cyber-aggression perpetration and victimization scale ฉบับภาษาไทย [Validity and reliability of cyber-aggression perpetration and victimization scale: Thai version]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2562;64(1):45-60.
22. วัฒนาวดี ศรีวัฒนพงศ์, พิมพ์ภา ธาณินพงศ์. สื่ออิเล็กทรอนิกส์และอินเทอร์เน็ตที่มีต่อพฤติกรรมการรังแกของนักเรียนในโรงเรียนเขตอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่ [Electronic and internet media effect to (cyber) bullying behavior of students in school, Muang district, Chiang Mai province]. วารสารการสื่อสารและการจัดการ นิต้า. 2558;1(2):128-44.
23. วีรวิชัย เลิศรัตน์ธำรงกุล. การกลั่นแกล้งกันในพื้นที่ไซเบอร์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น: ความชุก วิธีการจัดการปัญหา และพฤติกรรมเสี่ยง [Cyberbullying among secondary school student: prevalence, problem-solving and risk behavior]. วารสารวิชาการและวิจัยมหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2564;11(1):275-89.
24. ปริญา ชะอินวงศ์, สมบัติ สกฤษณ์, ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. การถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเยาวชน [Being cyberbully and suicide risk among youths]. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2563;34(3):133-51.
25. ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, จอมสุรางค์ โพธิ์สัตย์. ความชุกของประสบการณ์รังแกและโรคจิตเวชในนักเรียนไทย [Prevalence of bullying experience and psychiatric disorders in Thai students]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2560;25(2):96-106.

26. Hinduja S, Patchin J. W. Bullying, cyberbullying, and sexual orientation/gender identity [Internet]. Florida: Cyberbullying Research Center; 2020 [cited 2022 March 19]. Available from: <https://cyberbullying.org/bullying-cyberbullying-sexual-orientation-lgbtq.pdf>
27. Azami MS, Taremian F. Risk factors associated with cyberbullying, cybervictimization, and cyberbullying-victimization in Iran's high school students. *Iran J Psychiatry*. 2021;16(3):343-52. doi:10.18502/ijps.v16i3.6261.
28. Adiukwu F, de Filippis R, Orsolini L, Gashi Bytyçi D, Shoib S, Ransing R, et al. Scaling up global mental health services during the COVID-19 pandemic and beyond. *Psychiatr Serv*. 2021:appips202000774. doi:10.1176/appi.ps.202000774.
29. Lancaster V. Your self-esteem might be ruining your relationship [Internet]. United stage: Sussex; 2021 [cited 2021 Dec 22]. Available from: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/toxic-relationships/202105/your-self-esteem-might-be-ruining-your-relationship>

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำกับความรุนแรง ของภาวะขาดสุราในผู้ป่วยอุบัติเหตุ

วันรับ : 17 พฤศจิกายน 2564

วันแก้ไข : 22 มีนาคม 2565

วันตอบรับ : 23 มีนาคม 2565

ธนวัฒน์ พีรวงศ์, พ.บ.

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำกับความรุนแรงของภาวะขาดสุราในผู้ป่วยอุบัติเหตุ

วิธีการ : เป็นการศึกษาเชิงสมมูลฐานแบบย้อนหลัง ใช้ข้อมูลหัตถ์ภูมิจากเดือนมิถุนายน 2563 ถึงพฤษภาคม 2564 แบ่งกลุ่มภาวะขาดสุรารุนแรงและภาวะขาดสุราไม่รุนแรงด้วยคะแนน alcohol withdrawal scale (AWS) ใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน และวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำและความรุนแรงของภาวะขาดสุรา กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 109 คน มีภาวะขาดสุรารุนแรง (severe alcohol withdrawal syndrome, sAWS) 89 คน (ร้อยละ 81.7) และภาวะขาดสุราไม่รุนแรง (non-severe alcohol withdrawal syndrome, nAWS) 20 คน (ร้อยละ 18.3) พบภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำร้อยละ 50.6 ของกลุ่ม sAWS และร้อยละ 20.0 ของกลุ่ม nAWS เมื่อควบคุมด้วยปัจจัยรบกวนพบว่าภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำเพิ่มความเสี่ยงต่อ sAWS 7.48 เท่า (95% CI = 1.21 - 46.28, $p = .03$) ในกลุ่ม sAWS พบกลุ่มอาการระยะคิวทียาวร้อยละ 79.0 และ 45.7 เมื่อคำนวณด้วยสูตร Bazett และ Fridericia ตามลำดับ โดยไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการระยะคิวทียาวกับ sAWS

สรุป : ภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำและกลุ่มอาการระยะคิวทียาวพบได้บ่อยในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีภาวะขาดสุรา ภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำเป็นปัจจัยทำนายภาวะขาดสุรารุนแรง

คำสำคัญ : กลุ่มอาการระยะคิวทียาว, ภาวะขาดสุรารุนแรง, ภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ, อุบัติเหตุ

ติดต่อผู้นิพนธ์ : ธนวัฒน์ พีรวงศ์; e-mail: thanawat.peerawong@gmail.com

Original articles

The association between hypomagnesemia and severity of alcohol withdrawal in trauma patients

Received : 17 November 2021

Revised : 22 March 2022

Accepted : 23 March 2022

Thanawat Peerawong, M.D.

Department of Psychiatry and Addictions,
Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

Abstract

Objective: To determine the association of hypomagnesemia and severity of alcohol withdrawal in hospitalized trauma patients.

Methods: This etiognostic retrospective cohort study was conducted by using secondary data between June 2020 and May 2021. The alcohol withdrawal scale (AWS) was used to categorize eligible patients into those with severe and non-severe alcohol withdrawal. Logistic regression was performed to examine the relationship between hypomagnesemia and severity of alcohol withdrawal.

Results: Among 109 patients, 89 (81.7%) had severe alcohol withdrawal syndrome (sAWS), while 20 (18.3%) had non-severe alcohol withdrawal syndrome (nAWS). Hypomagnesemia was found in 50.6% of sAWS group and 20.0% of nAWS group. After adjusting for known confounders, hypomagnesemia was related to a higher risk of sAWS (AOR = 7.48; 95% CI = 1.21 - 46.28, $p = .03$). Long QT syndrome was observed in 79.0% and 45.7% of sAWS group, when corrected by Bazett's and Fridericia's formulas, respectively. However, no association was found between long QT syndrome and severity of alcohol withdrawal.

Conclusion: Hypomagnesemia and long QT syndrome are common in trauma patients with alcohol withdrawal. Hypomagnesemia is predictive factor of severe alcohol withdrawal.

Keywords: alcohol withdrawal delirium, hypomagnesemia, long QT syndrome, trauma

Corresponding author: Thanawat Peerawong; e-mail: thanawat.peerawong@gmail.com

ความรู้เดิม: การดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ

ความรู้ใหม่: ภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารรุนแรงในผู้ป่วยอุบัติเหตุ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: เพิ่มความตระหนักและความสำคัญของระดับแมกนีเซียมในเลือดและระยะคิวทีในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีภาวะขาดสุรา

บทนำ

ปัญหาการดื่มสุราและการเกิดอุบัติเหตุเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขไทย การศึกษาในประเทศไทยพบความชุกชั่วชีวิตของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราเท่ากับร้อยละ 18.0 และความชุก 12 เดือน เท่ากับร้อยละ 5.3 ซึ่งสูงเป็นอันดับสองรองจากการเสพติดนิโคติน¹ ผู้ดื่มสุราเสี่ยงเกิดอุบัติเหตุเป็น 5 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ไม่ดื่ม และผู้ป่วยอุบัติเหตุร้อยละ 20.0 มีประวัติการดื่มสุราภายใน 6 ชั่วโมงก่อนเกิดอุบัติเหตุ²

เมื่อใช้สุราต่อเนื่องสมองจะปรับตัวให้ทนสุรา หากขาดสุราจะเกิดอาการตั้งแต่เล็กน้อยถึงรุนแรงจนเสียการรับรู้ความเป็นจริงซึ่งเป็นลักษณะของภาวะเพ้อจากการขาดสุรา (delirium tremens) ภาวะนี้มีอัตราการเสียชีวิตสูงร้อยละ 20 แต่ลดเหลือร้อยละ 1 - 4 หากได้รับการดูแลที่เหมาะสม^{3,4} ปัจจุบันแบบประเมิน alcohol withdrawal scale (AWS) ถูกใช้เพื่อประเมินอาการขาดสุราตามคำแนะนำของแผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยปัญหาการดื่มสุรา (พรส.)⁵ แบบประเมิน AWS ถูกพัฒนาขึ้นมาในปี 1997 เป็นแบบประเมิน 7 ข้อคะแนนรวม 27 คะแนน แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะขาดสุราเป็น 4 ระดับตามช่วงคะแนนดังนี้ 1 - 4 คะแนน มีภาวะขาดสุราระดับน้อย 5 - 9 คะแนน มีภาวะขาดสุราระดับปานกลาง 10 - 14 คะแนน มีภาวะขาดสุราระดับรุนแรง และมากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน มีภาวะขาดสุราระดับรุนแรงมาก^{6,7}

การดื่มสุราทำให้เกิดภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำจากหลายกลไก เช่น ภาวะขาดสารอาหาร และการสูญเสียแมกนีเซียมทางท่อไต ภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำมีความสัมพันธ์กับภาวะขาดสารรุนแรง^{8,9} แม้ไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะสรุปว่าภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำทำให้เกิดภาวะขาดสารรุนแรง แต่จากบทบาทของแมกนีเซียมในการเสริมความเสถียรให้ตัวรับเอ็นเอ็มดีเอ (NMDA receptor) หากมีความผิดปกติของระดับแมกนีเซียมอาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะขาดสารรุนแรงได้⁹ อย่างไรก็ตามไม่พบความสัมพันธ์ของภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำกับภาวะเพ้อ เมื่อประเมินด้วย delirium rating scale-revised-98 (DRS-R-98) ในผู้ป่วยขาดสุรา¹⁰ ต่างประเทศพบความชุกของภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำในภาวะติดสุราร้อยละ 29.9¹¹ และความชุกของภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำในภาวะขาดสุราตั้งแต่ร้อยละ 20.0 - 60.0^{9,10} ประเทศไทยพบความชุกของภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำในภาวะขาดสารรุนแรงร้อยละ 81.2 และในภาวะขาดสุราไม่รุนแรงร้อยละ 19.2 และพบว่าภาวะนี้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารรุนแรง 18.2 เท่า (95% CI = 8.87 - 37.5, $p < .01$)¹²

การดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการระยะคิวทียาว (long QT syndrome) โดยพบว่าเอทิลแอลกอฮอล์มีฤทธิ์ยับยั้ง voltage-gated potassium channel Kv1.5 และ ventricular repolarization โดยเมื่อพบร่วมกับการมีความผิดปกติของสมดุลเกลือแร่ส่งผลให้เกิดกลุ่มอาการระยะคิวทียาวได้ พบว่ากลุ่มดื่มสุรานั้นมีระยะคิวทียาวกว่ากลุ่มไม่ดื่มสุรา โดยเพศชายที่ดื่มหนัก (> 30 กรัม/วัน) มีความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการระยะคิวทียาวเป็น 1.43 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ไม่ดื่มสุรา (95% CI = 1.03 - 1.98, $p = .03$) ส่วนเพศหญิงที่ดื่มหนัก (> 15 กรัม/วัน) มีความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการระยะคิวทียาวเป็น 2.34 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ไม่ดื่มสุรา (95% CI = 1.20 - 4.57, $p = .01$)¹³ ในประชากรไทยพบความชุกของกลุ่มอาการระยะคิวทียาวร้อยละ 13.6¹⁴ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาที่หาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการระยะคิวทียาวกับภาวะขาดสุรา

ผู้ป่วยอุบัติเหตุทั่วไปพบภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช่ผู้ป่วยอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเกิดจากหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ เช่น การลดการดูดซึมจากทางเดินอาหาร การสูญเสียแมกนีเซียมทางไต ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (hypothermia) และการได้รับกลูโคสหรืออินซูลิน¹⁵ ส่วนกลุ่มอาการระยะคิวทียาวสามารถเกิดจากภาวะสมองบาดเจ็บได้โดยเชื่อว่าเกิดจากหลายกลไก เช่น การรบกวนการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (central autonomic function) และการอักเสบที่สัมพันธ์กับการบาดเจ็บของสมอง¹⁶

ภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำอาจมีความสัมพันธ์กับภาวะขาดสุรารุนแรงในกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุเช่นเดียวกับผู้ป่วยขาดสุราทั่วไป การตรวจพบภาวะนี้ทำให้แพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุต้องเฝ้าระวังภาวะขาดสุรารุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อหาความสัมพันธ์ของภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำกับภาวะขาดสุรารุนแรงในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีภาวะขาดสุรา และมีวัตถุประสงค์รองเพื่อหาสัดส่วนของกลุ่มอาการระยะคิวทียาวในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีภาวะขาดสุรา

วิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงสมมุติฐานรูปแบบ retrospective cohort study ในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีประวัติดื่มสุราและเกิดภาวะขาดสุรา สืบค้นข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ วันที่ 17 มิถุนายน 2564 เลขที่ใบรับรอง 069/2021

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยกำหนดสัดส่วน case : control เท่ากับ 1 : 1 ค่า odds ratio ของภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำต่อการเกิดภาวะขาดสุรารุนแรงเท่ากับ 18.24 และความชุกของภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำในภาวะขาดสุราไม่รุนแรงเท่ากับร้อยละ 19.2¹² ค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างของภาวะขาดสุรารุนแรงเท่ากับ 10 คนและภาวะขาดสุรา

ไม่รุนแรงเท่ากับ 10 คน รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 20 คน

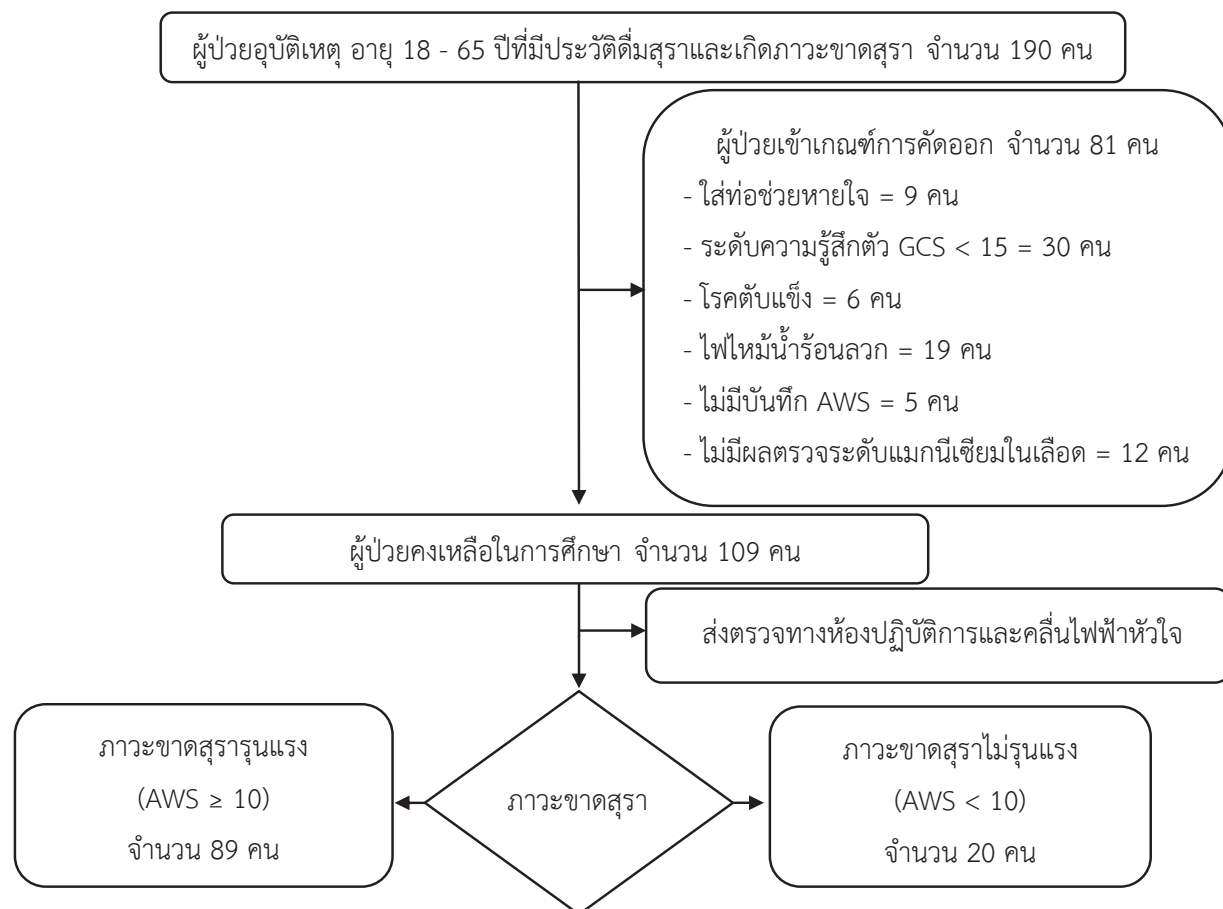
เก็บข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีภาวะขาดสุราย้อนหลัง 12 เดือน ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2563 ถึงพฤษภาคม 2564 เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุ อายุ 18 - 65 ปี มีประวัติดื่มสุรา และได้รับการวินิจฉัยภาวะขาดสุรา (alcohol withdrawal state) จากระหว่าง F10.3 - F10.4¹⁷ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ใส่ท่อช่วยหายใจ มีภาวะสมองบาดเจ็บที่คะแนน Glasgow Coma Score (GCS) น้อยกว่า 15 คะแนน (เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับภาวะเพื่อ)¹⁸ ภาวะตับแข็ง ไฟไหม้น้ำร้อนลวก (เนื่องจากพบภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำร้อยละ 40 ซึ่งรบกวนปัจจัยที่ศึกษา)¹⁹ ไม่มีบันทึกแบบประเมิน AWS หรือไม่มีผลตรวจระดับแมกนีเซียมในเลือด แบ่งกลุ่มตัวอย่าง เป็น 2 กลุ่มตามคะแนน AWS สูงสุดในช่วงที่มีอาการขาดสุรา ได้แก่ มากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน เป็นกลุ่มภาวะขาดสุรารุนแรง (severe alcohol withdrawal syndrome, sAWS) และน้อยกว่า 10 คะแนน เป็นกลุ่มภาวะขาดสุราไม่รุนแรง (non-severe alcohol withdrawal syndrome, nAWS) แสดงดังแผนภาพที่ 1

ตัวแปรต้น คือ ภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ ตัวแปรตาม คือ ภาวะขาดสุรารุนแรง ตัวแปรกวนที่นำมาควบคุม ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนักตัว ภาวะสมองบาดเจ็บ จำนวนตำแหน่งบาดเจ็บ ภาวะไตวายเฉียบพลัน ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ และภาวะฟอสเฟตในเลือดต่ำ กำหนดภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ คือ < 1.6 มก./ดล.¹⁹ กำหนดกลุ่มอาการระยะคิวทียาว คือ > 440 มิลลิวินาทีในเพศชาย และ > 470 มิลลิวินาทีในเพศหญิง²⁰ การศึกษานี้ไม่ได้ประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บซึ่งโดยทั่วไปประเมินโดยใช้ค่าคะแนนความรุนแรงของการบาดเจ็บ (injury severity score, ISS)²¹ เนื่องจากไม่มีบันทึกในเวชระเบียน จึงทดแทนด้วยข้อมูลจำนวนตำแหน่งบาดเจ็บ (body regions) ตามเกณฑ์ของ ISS ข้อมูลปัจจัยอื่น เช่น ภาวะสมองบาดเจ็บ และไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ยึดตามบันทึกเวชระเบียน ระยะคิวทียาว คือ ระยะที่วัดจากจุดเริ่มต้นของคลื่นคิวถึงจุดสิ้นสุดของคลื่นทีในคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ระยะคิวทีเปลี่ยนแปลงตามอัตราการเต้น

ของหัวใจจึงมีการคำนวณเพื่อปรับระยะคิวทีที่อัตราการเต้นของหัวใจมาตรฐาน 60 ครั้งต่อนาที (corrected QT interval, QTc) สูตรที่นิยมคือสูตรของ Bazett ($QTc = QT/RR^{1/2}$) แต่การปรับระยะคิวทีด้วยสูตรนี้จะคลาดเคลื่อนเมื่ออัตราการเต้นของหัวใจอยู่นอกช่วง 60 – 100 ครั้งต่อนาที ขณะที่สูตรอื่น ๆ จะมีความแม่นยำกว่า เช่น สูตรของ Fridericia ($QTc = QT/RR^{1/3}$)^{22,23} ปัจจุบันกลุ่มอาการระยะคิวทียาว ยังไม่มีนิยามจุดตัดที่ชัดเจน การศึกษานี้ยึดจุดตัดตามแนวปฏิบัติทางคลินิกของ British Heart Rhythm Society²⁰

วิเคราะห์ข้อมูลตามลักษณะและการกระจายตัวของข้อมูล ดังนี้ สถิติเชิงพรรณนาเพื่อบรรยายลักษณะทั่วไป ข้อมูลกลุ่มแสดงผลเป็นจำนวนและร้อยละ ข้อมูลต่อเนื่องแสดงผลเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือ ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ สถิติเชิงอนุมานเพื่อ

เปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยที่ศึกษาระหว่างกลุ่ม ได้แก่ student's t-test, Mann-Whitney U test, chi-squared test และ Fisher's exact test วิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำกับภาวะขาดสารรุนแรงโดยวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียวและพหุตัวแปรด้วยวิธี confounder summary score แสดงขนาดความสัมพันธ์เป็นค่า odds ratio และช่วงความเชื่อมั่น (95% CI) การวิเคราะห์แบบพหุตัวแปรไม่มีการทดแทนข้อมูลสูญหาย (multiple imputation) ปัจจัยที่ข้อมูลสูญหายน้อยกว่าร้อยละ 10 ถูกจัดการด้วยวิธี pairwise deletion ปัจจัยที่ข้อมูลสูญหายมากกว่าร้อยละ 10 ถูกจัดการด้วยวิธี listwise deletion และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย (study flow)

ผล

กลุ่มตัวอย่าง 109 คน มีภาวะขาดสารรุนแรง 89 คน และภาวะขาดสารไม่รุนแรง 20 คน คิดเป็นร้อยละ 81.7 และ 18.3 ตามลำดับ กลุ่มภาวะขาดสารรุนแรงและกลุ่มภาวะขาดสารไม่รุนแรงมีสัดส่วนของเพศแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีสัดส่วนของเพศชายร้อยละ 87.1 และร้อยละ 60.0 ตามลำดับ ปัจจัยด้านอายุ น้ำหนักตัว ส่วนสูง ภาวะสมอง

บาดเจ็บ และจำนวนตำแหน่งบาดเจ็บ ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม เมื่อคำนวณดัชนีมวลกายพบว่า กลุ่มภาวะขาดสารรุนแรงมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายต่ำกว่ากลุ่มภาวะขาดสารไม่รุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (21.22 ± 1.96 และ 22.88 ± 3.41 , $p < .01$) แสดงดังตารางที่ 1

การตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกรับเข้าโรงพยาบาลพบว่า ส่วนใหญ่มีการตรวจระดับแมกนีเซียมในเลือดตั้งแต่

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของปัจจัยที่ศึกษา

ลักษณะทั่วไป	missing data	sAWS (n = 89)	nAWS (n = 20)	p-value ^a
	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย ($\pm$ SD)	ค่าเฉลี่ย ($\pm$ SD)	
เพศ				< .01
ชาย		81 (91.10)	12 (60.0)	
หญิง		8 (9.0)	8 (40.0)	
อายุ (ปี) (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD)		47.97 ($\pm$ 10.13)	45.35 ($\pm$ 11.69)	.31
น้ำหนัก (กิโลกรัม) (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD)	9 (8.3)	58.29 ($\pm$ 7.24)	60.26 ($\pm$ 8.24)	.31
ส่วนสูง (เซนติเมตร) (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD)	12 (11.0)	164.67 ($\pm$ 7.46)	162.47 ($\pm$ 7.29)	.26
ดัชนีมวลกาย (กก/ม ²) (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD)	13 (11.9)	21.22 ($\pm$ 1.96)	22.88 ($\pm$ 3.41)	< .01
การจำแนกดัชนีมวลกาย				.10
ภาวะอ้วน (≥ 25)		2 (2.6)	2 (11.1)	
น้ำหนักเกิน (23.0 - 24.9)		10 (12.8)	5 (27.8)	
น้ำหนักปกติ (18.5 - 22.9)		60 (76.9)	10 (55.6)	
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (< 18.5)		6 (7.7)	1 (5.6)	
วันนอนโรงพยาบาล (วัน) (median, IQR)		8 (6, 11)	4.5 (3, 9)	< .01 ^b
ภาวะสมองบาดเจ็บ		55 (61.8)	12 (60.0)	1.00
จำนวนตำแหน่งบาดเจ็บ				.05
1 ตำแหน่ง		20 (22.5)	5 (25.0)	
2 ตำแหน่ง		30 (33.7)	2 (10.0)	
3 ตำแหน่ง		20 (22.5)	9 (45.0)	
4 ตำแหน่ง		8 (9.0)	4 (20.0)	
5 ตำแหน่ง		9 (10.1)	0 (0.0)	
6 ตำแหน่ง		2 (2.3)	0 (0.0)	
ไต่บาดเจ็บเฉียบพลัน		4 (4.5)	3 (15.0)	.11
แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา AUDIT	25 (22.9)	25.79 ($\pm$ 5.70)	24.65 ($\pm$ 7.66)	.50
ระดับความเสี่ยงการดื่มสุรา				< .01
ผู้ดื่มแบบเสี่ยง (8 - 15)		2 (3.0)	2 (11.8)	
ผู้ดื่มแบบอันตราย (16 - 19)		2 (3.0)	4 (23.5)	
ผู้ดื่มแบบติด (≥ 20)		63 (94.0)	11 (64.7)	

^a Fisher exact test, ^b Mann-Whitney rank-sum test

วันแรกทั้งสองกลุ่ม การทำงานของไตของกลุ่มภาวะขาดสุรารุนแรงและภาวะขาดสุราไม่รุนแรงอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน โดยมีค่ามัธยฐานของระดับ creatinine เท่ากับ 0.74 (0.63, 0.89) และ 0.73 (0.59, 1.05) มก./ดล. ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต (eGFR) เท่ากับ 105.19 ± 20.03 และ 98.05 ± 24.84 มล./นาที ตามลำดับ ซึ่งมากกว่า 90 มล./นาที จัดอยู่ในระดับปกติทั้งสองกลุ่ม ระดับคลอไรด์ในเลือด ระดับไบคาร์บอเนตในเลือด ระดับแมกนีเซียมในเลือด และระดับฟอสเฟตในเลือดมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม โดยค่าเฉลี่ยของระดับแมกนีเซียมในเลือดในภาวะขาดสุรารุนแรงมีค่าต่ำกว่าภาวะขาดสุราไม่รุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (1.54 ± 0.33 และ 1.84 ± 0.39 มก./ดล. ตามลำดับ) ค่าเฉลี่ยระดับโซเดียม โพแทสเซียม แคลเซียม และอัลบูมินในเลือดไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ส่วนค่ามัธยฐานของระยะคิวทียาวที่คำนวณด้วยสูตร Bazett และ Fridericia ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม แสดงดังตารางที่ 2

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ (< 1.6 มก./ดล.) ร้อยละ 45.0 และมีกลุ่มอาการระยะคิวทียาวเมื่อกำหนดด้วยสูตร Bazett และ Fridericia ร้อยละ 71.6

และ 42.2 ตามลำดับ พบว่ากลุ่มภาวะขาดสุรารุนแรงมีสัดส่วนภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำสูงกว่ากลุ่มภาวะขาดสุราไม่รุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 50.6 และร้อยละ 20.0 ตามลำดับ) ทั้งนี้ไม่พบความแตกต่างของสัดส่วนกลุ่มอาการระยะคิวทียาวระหว่างกลุ่มภาวะขาดสุรารุนแรงและกลุ่มภาวะขาดสุราไม่รุนแรง ทั้งจากสูตร Bazett และ Fridericia แสดงดังตารางที่ 3

การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียวพบว่าภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสุรารุนแรงเป็น 4.09 เท่าเมื่อเทียบกับภาวะขาดสุราไม่รุนแรง (95% CI = 1.18 - 17.93, $p = .01$) เมื่อวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปรโดยควบคุมปัจจัยเพศ อายุ น้ำหนักตัว ภาวะสมองขาดเลือด จำนวนตำแหน่งขาดเลือด ภาวะไตวายเฉียบพลัน ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ และภาวะฟอสเฟตในเลือดต่ำ พบว่าภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสุรารุนแรงเป็น 7.48 เท่าเมื่อเทียบกับภาวะขาดสุราไม่รุนแรง (95% CI = 1.21 - 46.28 เท่า, $p = .03$) แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 2 ลักษณะของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ลักษณะทั่วไป	missing data	sAWS (n = 89)	nAWS (n = 20)	p-value ^a
	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย ($\pm$ SD)	ค่าเฉลี่ย ($\pm$ SD)	
วันส่งตรวจระดับแมกนีเซียม (วัน) (median, iqr)		0 (0, 2)	0 (0, 1)	.17 ^a
วันบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (วัน) (median, iqr)		0 (0, 0)	0 (0, 0)	.59 ^a
blood urea nitrogen (mg/dL) (median, iqr)		10.1 (7.6, 13.5)	10.25 (8.05, 14.25)	.47 ^a
creatinine (mg/dL) (median, iqr)		0.74 (0.63, 0.89)	0.73 (0.59, 1.05)	.96 ^a
eGFR (ml/min/1.73m ²)		105.19 ($\pm$ 20.03)	98.05 ($\pm$ 24.84)	.17
sodium (mmol/L)		140.06 ($\pm$ 4.00)	141.28 ($\pm$ 3.78)	.22
potassium (mmol/L)		3.45 ($\pm$ 0.53)	3.59 ($\pm$ 0.47)	.29
chloride (mmol/L)		99.34 ($\pm$ 4.61)	101.62 ($\pm$ 3.84)	.04
bicarbonate (mmol/L)		24.10 ($\pm$ 3.71)	20.96 ($\pm$ 4.26)	< .01
calcium, corrected (mg/dL)	7 (6.4)	8.81 ($\pm$ 0.46)	8.87 ($\pm$ 0.45)	.62
magnesium (mg/dL)		1.54 ($\pm$ 0.33)	1.84 ($\pm$ 0.39)	< .01
phosphate (mg/dL)	5 (4.6)	2.92 ($\pm$ 1.19)	3.55 ($\pm$ 1.14)	.04
albumin (g/dL)	5 (4.6)	3.60 ($\pm$ 0.45)	3.71 ($\pm$ 0.42)	.32
QTc Bazett's formula (ms) (median, iqr)	8 (7.3)	466 (448, 488)	479 (451, 503)	.46 ^a
QTc Fridericia's formula (ms) (median, iqr)	8 (7.3)	439 (413, 463)	447.5 (421, 468)	.74 ^a

^a Mann-Whitney U test

ตารางที่ 3 ลักษณะความผิดปกติของระดับแมกนีเซียมในเลือดและกลุ่มอาการระยะคิวทียาว

ลักษณะทั่วไป	sAWS (n = 89)	nAWS (n = 20)	p-value ^a
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ	45 (50.6)	4 (20.0)	.01
กลุ่มอาการระยะคิวทียาว (สูตร Bazett)	64 (79.0)	14 (70.0)	.39
กลุ่มอาการระยะคิวทียาว (สูตร Fridericia)	37 (45.7)	9 (45.0)	1.0

^a Fisher exact test

ตารางที่ 4 ค่า odds ratio ของภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำต่อการเกิดภาวะขาดสุรารุนแรง

	COR ^a	95% CI	p-value	AOR ^b	95% CI	p-value
ภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ	4.09	1.18 - 17.93	.01	7.48	1.21 - 46.28	.03

^a crude odds ratio, ^b adjusted odds ratio โดยควบคุมปัจจัยเพศ อายุ น้ำหนักตัว ภาวะสมองขาดเลือด จำนวนตำแหน่งขาดเลือด ภาวะไตวายเฉียบพลัน ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ และภาวะฟอสเฟตในเลือดต่ำ

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีภาวะขาดสุรา มีสัดส่วนของเพศชายมากกว่าเพศหญิง เท่ากับร้อยละ 85.3 และ 14.7 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ซึ่งศึกษาภาวะขาดสุราในหอผู้ป่วยจิตเวช พบสัดส่วนเพศชายและเพศหญิงเท่ากับร้อยละ 97.6 และ 2.4 ตามลำดับ²⁴ สะท้อนปัญหาการดื่มสุราที่มีความชุกในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ดังเห็นได้จากความชุกชั่วชีวิตของ ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราในเพศชายและเพศหญิง เท่ากับร้อยละ 33.0 และ 4.1 ตามลำดับ และความชุก 12 เดือนของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราในเพศชาย และเพศหญิงเท่ากับร้อยละ 10.0 และ 1.0 ตามลำดับ¹ ขณะที่ การศึกษาของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ และโรงพยาบาลสุรินทร์พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะขาดสุรา เป็นเพศชายทั้งหมด^{12,25}

การศึกษานี้พบภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำร้อยละ 45.0 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในอดีตที่พบร้อยละ 20.0 - 60.0^{9,10} และพบว่ามีความชุกสูงกว่าผู้ป่วยภาวะขาดสุราใน โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ซึ่งพบร้อยละ 34.4 อาจเกิดจากนิยามจุดตัดของภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำที่ แตกต่างกัน โดยในการศึกษาของโรงพยาบาลจิตเวชฯ กำหนด จุดตัดไว้ที่ต่ำกว่า 1.5 มก./ดล.¹² แม้ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ไม่มีภาวะ

ขาดสุราจะพบภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำถึงร้อยละ 43.0¹⁵ แต่การศึกษานี้ยังพบว่า ภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำเพิ่ม ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสุรารุนแรงในผู้ป่วยอุบัติเหตุ เทียบกับภาวะขาดสุราไม่รุนแรงถึง 7.48 เท่า เมื่อควบคุมด้วย ปัจจัยรบกวน สอดคล้องกับการศึกษาของโรงพยาบาลจิตเวชฯ ที่พบภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะขาดสุรารุนแรงถึง 18.24 เท่า (95% CI = 8.87 - 37.5, p < .01) เมื่อวิเคราะห์ด้วยตัวแปรเดียว¹² ผลการศึกษาแสดงถึง ความเป็นไปได้ในการใช้ระดับแมกนีเซียมเป็นปัจจัยทำนาย การเกิดภาวะขาดสุรารุนแรง โดยอาจใช้ร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ ในการสร้างสมการทำนายการเกิดภาวะนี้ โดยปัจจุบันมี เครื่องมือทำนายการเกิดภาวะขาดสุรารุนแรง เช่น prediction of alcohol withdrawal severity scale (PAWSS)²⁶ แต่ต้อง ระวังระดับแอลกอฮอล์ในเลือดแรกเริ่มซึ่งไม่ได้ปฏิบัติโดยทั่วไป ในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม มีรายงานว่าทำให้แมกนีเซียม ทดแทนไม่สามารถช่วยป้องกันหรือรักษาภาวะขาดสุรา²⁷

กลุ่มอาการระยะคิวทียาวมีความสัมพันธ์กับปริมาณ การดื่มสุรา¹³ มีรายงานว่าผู้ป่วยเมาสุรามีกกลุ่มอาการระยะ คิวทียาวร้อยละ 56.0²⁸ การศึกษานี้พบความชุกกลุ่มอาการ ระยะคิวทียาวในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีภาวะขาดสุรา เมื่อคำนวณ ด้วยสูตร Bazett และ Fridericia เท่ากับร้อยละ 71.6 และ 42.2 ตามลำดับ แม้กลุ่มอาการระยะคิวทียาวมีความสัมพันธ์

กับปริมาณการดื่มสุรา แต่การศึกษานี้ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะขาดสุรารุนแรง อาจเนื่องมาจากสาเหตุการเกิดกลุ่มอาการนี้ในผู้ป่วยอุบัติเหตุมีหลายปัจจัยร่วมกัน จึงควรมีการศึกษาเพื่อหาคำอธิบายต่อไป จากการศึกษาที่พบสัดส่วนของกลุ่มอาการนี้สูง และมีรายงานว่ากลุ่มอาการนี้ในผู้ป่วยขาดสุราพบมากกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน²⁹ ดังนั้น ในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีภาวะขาดสุราจึงควรคำนึงถึงกลุ่มอาการระยะคิวทียาว และระมัดระวังการให้ยาที่เพิ่มระยะคิวทียาวในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรา เช่น haloperidol

ผู้ป่วยภาวะขาดสุรารุนแรงที่มีการรับรู้ผิดปกติ มักมีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากเกินไป ในทางปฏิบัติพบผู้ป่วยสมองบาดเจ็บที่มีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติไม่มากแต่มีการรับรู้ผิดปกติร่วมด้วย อาจเนื่องจากมีภาวะเพ้อจากสมองบาดเจ็บเกิดร่วมกับภาวะขาดสุรา นอกจากนี้ การศึกษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่พบว่า ผู้ป่วยภาวะสมองบาดเจ็บที่มีภาวะเพ้อมีค่าเฉลี่ย GCS แกร็บต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะเพ้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสมองบาดเจ็บกับภาวะขาดสุรารุนแรง อาจเนื่องจากการคัดผู้ป่วยที่มีคะแนน GCS ต่ำกว่า 15 คัดออกจากการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลในอดีตจึงมีข้อมูลสูญหายจำนวนมาก โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณ ความถี่ และระยะเวลาของการดื่มสุรา ซึ่งไม่มีบันทึกไว้ในเวชระเบียน แม้ผู้ป่วยทุกรายมีประวัติการดื่มสุรา แต่ข้อมูลแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำและภาวะขาดสุรารุนแรงนั้นมีข้อมูลสูญหายถึงร้อยละ 22.9 อนาคตควรมีการทำวิจัยแบบไปข้างหน้าเพื่อเก็บข้อมูลให้ครอบคลุม ครบถ้วน และคำนวณขนาดตัวอย่างจากขนาดของผล (effect size) ของแต่ละตัวแปรที่จะนำมาใช้ทำนายการเกิดภาวะขาดสุรารุนแรง และเนื่องจากการศึกษานี้มีปัจจัยรบกวนด้านการเจ็บป่วยของร่างกายที่ใช้น้ำเข้าโมเดลการวิเคราะห์ จำนวนมาก จำนวนกลุ่มตัวอย่างจึงอาจไม่เพียงพอต่อจำนวนตัวแปรที่นำเข้า และ

อาจเกิด overfitting regression model ทำให้ผลที่พบเกิดความคลาดเคลื่อนแบบสุ่ม (random error) ไม่สามารถเชื่อถือได้ นอกจากนี้ การประเมินภาวะขาดสุราด้วยแบบประเมิน AWS มีข้อจำกัดในบริบทของโรงพยาบาลทั่วไป เนื่องจากหัวข้อการประเมิน เช่น เหงื่อ สั่น วิดกกังวล กระสับกระส่าย อุณหภูมิ และการรับรู้ อาจถูกรบกวนจากโรคทางกาย รวมถึงกรณีผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจหรืออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารได้อาจเป็นอุปสรรคในการใช้แบบประเมินนี้ อนาคตควรพิจารณาใช้แบบประเมินภาวะขาดสุราที่ใช้หัวข้อที่เป็นรูปธรรมเช่น objective alcohol withdrawal scale (OAWS)³⁰ ในการประเมินผู้ป่วยกลุ่มนี้

สรุป

ภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำและกลุ่มอาการระยะคิวทียาวพบความชุกสูงในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีภาวะขาดสุรา ภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะขาดสุรารุนแรง ขณะที่กลุ่มอาการระยะคิวทียาวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดสุรารุนแรง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.พิเชฐ พิพัฒน์สมุทร ที่ปรึกษาด้านอายุรศาสตร์ ดร.กัญญาลักษณ์ ณ รังสี ศาสตราจารย์ ดร.นพ.ชยันต์ธร ปทุมานนท์ ดร.นพ.พิชิตภูมิ ภิญโญ และ นพ.สุทธา สุปัญญา ที่ปรึกษาด้านกระบวนการวิจัยและการวิเคราะห์ทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรพรรณ จุฑา, อธิป ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อัมฉนังค์กรชัย, และคณะ. รายงานการศึกษาเรื่อง ความชุกของโรคจิตเวช และปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 [Prevalence of mental disorders and mental health problems: results from Thai national mental health survey 2013]. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2559.

2. Sornpaisarn B, Sornpaisarn S, Shield K, Rehm J. Alcohol use and injury risk in Thailand: a case-crossover emergency department study. *Drug Alcohol Rev.* 2020;39(5):539-45. doi:10.1111/dar.13094.
3. Schuckit MA. Recognition and management of withdrawal delirium (delirium tremens). *N Engl J Med.* 2014;371(22):2109-13. doi:10.1056/NEJMra1407298.
4. Turner RC, Lichstein PR, Peden JG, Busher JT, Waivers LE. Alcohol withdrawal syndromes: a review of pathophysiology, clinical presentation, and treatment. *J Gen Intern Med.* 1989;4(5):432-44. doi:10.1007/BF02599697.
5. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. ภาวะเมาสุราและภาวะขาดสุรา [Drunkness and alcoholism]. ใน: สวัสดิ์ อัยณงค์กรชัย, บรรณาธิการ. ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา: ความสำคัญและการดูแลรักษาในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์; 2557. น. 231-76.
6. Wetterling T, Kanitz RD, Besters B, Fischer D, Zerfass B, John U, et al. A new rating scale for the assessment of the alcohol-withdrawal syndrome (AWS scale). *Alcohol Alcohol.* 1997;32(6):753-60. doi:10.1093/oxfordjournals.alcal.a008326.
7. การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรา [Treatment of patients with alcohol deficiency]. ใน: อังกูร ภัทรกร, ธนุรช ทิพย์วงษ์, อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์, พิชรี รัตนแสง, วิมล ลักษณะนิพนธ์, บรรณาธิการ. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุราสำหรับทีมสหวิชาชีพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. ปทุมธานี: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2558. น. 10-18.
8. Carl G, Holzbach E. Reversible hypokalemia and hypomagnesemia during alcohol withdrawal syndrome. *Nervenarzt.* 1994;65(3):206-11.
9. Maguire D, Talwar D, Burns A, Catchpole A, Stefanowicz F, Robson G, et al. A prospective evaluation of thiamine and magnesium status in relation to clinicopathological characteristics and 1-year mortality in patients with alcohol withdrawal syndrome. *J Transl Med.* 2019;17(1):384. doi:10.1186/s12967-019-02141-w.
10. Ayirolimeethal A, Jacob T, George B, Kothamuttath P, Tharayil H. Serum magnesium level and severity of delirium in alcohol withdrawal state. *Open J Psychiatry Allied Sci.* 2019;10(2):120-23. doi:10.5958/2394-2061.2019.00026.0.
11. Elisaf M, Merkouropoulos M, Tsianos EV, Siamopoulos KC. Pathogenetic mechanisms of hypomagnesemia in alcoholic patients. *J Trace Elem Med Biol.* 1995;9(4):210-4. doi:10.1016/S0946-672X(11)80026-X.
12. มงคล ศิริเทพทวี, อัญชลี ศิริเทพทวี, ศิริภรณ์ ชัยศรี, บุษกร วรากรอมรเดช, เมษา สุพรรณรัง, สวัสดิ์ เทียงธรรม. ความไม่สมดุลของเกลือแร่แมกนีเซียมในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา [Serum magnesium abnormality in patients with alcohol withdrawal syndrome]. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา.* 2558;9(2):36-48.
13. Li Z, Guo X, Liu Y, Sun G, Sun Y, Guan Y, et al. Relation of heavy alcohol consumption to QTc interval prolongation. *Am J Cardiol.* 2016;118(8):1201-6. doi:10.1016/j.amjcard.2016.07.033.
14. Trithiphen S, Vatesatogkit P, Vatesatogkit P, Ngarmukos T, Ngarmukos T, Chandanamatttha P, et al. Prevalence of long QT interval in thailand and its association with all cause and cardiovascular mortality from a long-term cohort study. *Eur Heart J.* 2019;40(Supplement 1):4177. doi:10.1093/eurheartj/ehz746.1171.
15. Frankel H, Haskell R, Lee SY, Miller D, Rotondo M, Schwab CW. Hypomagnesemia in trauma patients. *World J Surg.* 1999;23(9):966-9. doi:10.1007/s002689900608.

16. Dabrowski W, Schlegel TT, Wosko J, Rola R, Rzecki Z, Malbrain ML, et al. Changes in spatial QRS-T angle and QTc interval in patients with traumatic brain injury with or without intra-abdominal hypertension. *J Electrocardiol.* 2018;51(3): 499-507. doi:10.1016/j.jelectrocard.2017.12.038.
17. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
18. Maneewong J, Maneeton B, Maneeton N, Vaniyapong T, Traisathit P, Sricharoen N, et al. Delirium after a traumatic brain injury: predictors and symptom patterns. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2017;13:459-65. doi:10.2147/NDT.S128138.
19. Yu AS, Chertow GM, Skowceki K, Luyckx VA, Taal MW, Marsden PA, et al. Brenner and Rector's the Kidney. 11 ed. Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2020.
20. Lambiase PD, de Bono JP, Schilling RJ, Lowe M, Turley A, Slade A, et al. British Heart Rhythm Society clinical practice guidelines on the management of patients developing QT prolongation on antipsychotic medication. *Arrhythm Electrophysiol Rev.* 2019;8(3):161-5. doi:10.15420/aer.2019.8.3.G1.
21. VanDerHeyden N, Cox TB. Trauma scoring. In: Asensio JA, Trunkey DD, editors. Current therapy of trauma and surgical critical care. Philadelphia: Mosby; 2008. p. 26-32.
22. Surawicz B, Knilans T. Chou's electrocardiography in clinical practice: adult and pediatric. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2008.
23. Burns E, Buttner R. QT Interval [Internet]. Sydney: publisher unknown; 2021 [updated; 2021 sep 18; cited 2022 mar 21]. Available from: <https://litfl.com/qt-interval-ecg-library/>.
24. Teetharatkul T, Vittayanont A. Delirium tremens in psychiatric ward at Songklanagarind Hospital. *J Health Sci Med Res JHSMR.* 2018;36(3):205-14. doi:10.31584/jhsmr.2018.36.3.17.
25. ชนกานต์ นิยมทอง. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา [Associated factors in predicting alcohol withdrawal severity]. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์.* 2563;35(3): 595-604.27.
26. Maldonado JR, Sher Y, Ashouri JF, Hills-Evans K, Swendsen H, Lolak S, et al. The "Prediction of alcohol withdrawal severity scale" (PAWSS): systematic literature review and pilot study of a new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol.* 2014;48(4):375-90. doi:10.1016/j.alcohol.2014.01.004.
27. Sarai M, Tejani AM, Chan AHW, Kuo IF, Li J. Magnesium for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(6):CD008358. doi:10.1002/14651858.CD008358.
28. Raheja H, Namana V, Chopra K, Sinha A, Gupta SS, Kamholz S, et al. Electrocardiogram changes with acute alcohol intoxication: a systematic review. *Open Cardiovasc Med J.* 2018;12:1-6. doi:10.2174/1874192401812010001.
29. Chu T, Azevedo K, Ernst AA, Sarangarm D, Weiss SJ. A comparison of QTc intervals in alcohol withdrawal patients versus acute coronary syndrome patients. *South Med J.* 2017;110(7):475-9. doi:10.14423/SMJ.0000000000000674.
30. Knight E, Lappalainen L. Clinical institute withdrawal assessment for alcohol-revised might be an unreliable tool in the management of alcohol withdrawal. *Can Fam Physician.* 2017;63(9): 691-5.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาพฤติกรรมฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเองของผู้ป่วยออทิสติก ในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

วันรับ : 29 มกราคม 2565

วันแก้ไข : 6 พฤษภาคม 2565

วันตอบรับ : 9 พฤษภาคม 2565

อณัญญา สิริขัตตานันท์, พ.บ.

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาพฤติกรรมฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเองของผู้ป่วยออทิสติก

วิธีการ : เป็นการศึกษาย้อนหลัง ทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคออทิสติกตามเกณฑ์ DSM-V ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (SSI) และทำร้ายตนเอง (NSSI) ที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ระหว่างเดือนมกราคม 2560 ถึง ธันวาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มของปัจจัยพื้นฐานและเหตุการณ์ก่อนเกิดพฤติกรรมด้วย chi-square test และ t-test

ผล : กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 59 คน ในจำนวนนี้ 9 คน (ร้อยละ 15) อยู่ในกลุ่ม SSI และ 50 คน (ร้อยละ 85) อยู่ในกลุ่ม NSSI กลุ่ม SSI มีอายุ 11 - 14 ปี ($\bar{X} = 13.8$, 95% CI = 11.8 - 13.2) กลุ่ม NSSI มีอายุ 6 - 54 ปี ($\bar{X} = 12.3$, 95% CI = 11.6 - 16.0) ทั้งกลุ่ม SSI และ NSSI มีสัดส่วนของเพศหญิงต่อชายเท่ากับ 2 : 7 กลุ่ม SSI มีระดับการศึกษาและระดับความสามารถสูงกว่า และมีโรคร่วมทางจิตเวชมากกว่ากลุ่ม NSSI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โรคที่พบร่วมมากที่สุดในกลุ่ม SSI คือ โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 77.8) เหตุกระตุ้นก่อนหน้าพฤติกรรม SSI ได้แก่ ปัญหาครอบครัวและสัมพันธ์กับเพื่อนหรือการถูกกลั่นแกล้ง โรคร่วมที่พบมากที่สุดในกลุ่ม NSSI ได้แก่ โรคสมาธิสั้น (ร้อยละ 54)

สรุป : พฤติกรรม SSI และ NSSI ในกลุ่มผู้ป่วยออทิสติกมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุการณ์แตกต่างกัน ผู้ให้การรักษาควรให้ความสำคัญกับความแตกต่างของพฤติกรรมสองรูปแบบนี้ เพื่อการวางแผนป้องกันการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ การให้ความช่วยเหลือและการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสม

คำสำคัญ : ปัจจัยเสี่ยง, พฤติกรรมฆ่าตัวตาย, พฤติกรรมทำร้ายตัวเอง, ออทิสติก

ติดต่อผู้นิพนธ์ : อณัญญา สิริขัตตานันท์; e-mail: doctorjib.ananya@gmail.com

Original articles

A study of suicidality and self-injury in patients with Autism at Yuwaprasart Waithayopathum hospital

Received : 29 January 2022

Revised : 6 May 2022

Accepted : 9 May 2022

Ananya Sinrachatanant, M.D.

Yuwaprasart Waithayopathum Child and Adolescent Psychiatric Hospital,
Department of Mental Health

Abstract

Objective: To study suicidal self-injury (SSI) and non-suicidal self-injury (NSSI) behaviors in patients with autism.

Methods: This retrospective study used secondary data from medical records of patients diagnosed with DSM-V autism spectrum disorders and admitted with SSI and NSSI between January 2017 and December 2019. Data were analyzed by using descriptive statistics (frequency and percentage). Demographics, autism severity, and precipitating events were compared between groups using chi-square test and t-test.

Results: Of 59 subjects, 9 (15%) had SSI and 50 (85%) had NSSI. The SSI group aged between 11 - 14 years old ($\bar{X}$ = 13.8, 95% CI = 11.8 - 13.2). The NSSI group aged between 6 - 54 years old ($\bar{X}$ = 12.3, 95% CI = 11.6 - 16.0). Both groups had female to male sex ratio of 2 : 7. The SSI group had significantly higher educational attainment, function, and psychiatric comorbidities than the NSSI group. The most common comorbidity in the SSI group was depression (77.8%). Most common precipitating events before SSI were conflicts with family members and classmates, and being bullied. The most common comorbidity in the NSSI group was ADHD/disruptive behavior disorder (54%).

Conclusion: The underlying features and triggering events of SSI and NSSI were different. Understanding the difference between the two types of self-harm behaviors in autistic people are essential for effective prevention of recurrence, intervention, and long-term care.

Keywords: autism spectrum disorders, non-suicidal self-injury (NSSI), risk factors, suicidal self-injury (SSI)

Corresponding author: Ananya Sinrachatanant; e-mail: doctorjib.ananya@gmail.com

ความรู้เดิม : กลุ่มออทิสติกที่มีพฤติกรรม SSI และ NSSI ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในมักถูกมองว่าเป็นผู้ป่วยประเภทเดียวกันและได้รับการดูแลรักษาตามความรุนแรงของพฤติกรรมเป็นหลัก

ความรู้ใหม่ : กลุ่มออทิสติกที่มี SSI และ NSSI มีความแตกต่างกันทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรม ดังนั้น ผู้ป่วยออทิสติกทั้ง 2 กลุ่มควรได้รับการเฝ้าระวังและความช่วยเหลือที่แตกต่างกัน

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การดูแลรักษาผู้ป่วยออทิสติกที่มีอายุเข้าช่วงวัยรุ่นควรประกอบด้วยการเฝ้าระวัง การประเมิน การค้นหาปัญหาสัมพันธ์สภาพของผู้ป่วยกับครอบครัว เพื่อน และครู และการส่งเสริมทักษะทางสังคมและทักษะการจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับระดับความสามารถของผู้ป่วย

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรอันดับสองของประเทศไทยรองจากอุบัติเหตุ สติอัตรการฆ่าตัวตายภาพรวมในประเทศไทยปี พ.ศ. 2564 เท่ากับ 7.37 ต่อประชากร 100,000 คน โดยมีคนไทยฆ่าตัวตายสำเร็จ 4,822 คน¹ ข้อมูลปี พ.ศ. 2563 พบว่า อัตราส่วนของการฆ่าตัวตายสำเร็จของเพศชายเท่ากับ 12.27 ต่อ 100,000 ประชากร ในขณะที่เพศหญิงเท่ากับ 2.68 ต่อ 100,000 ประชากร² ข้อมูลปี พ.ศ. 2561 พบว่า ช่วงอายุที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุดคือ 30 - 49 ปี³ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จของคนไทย ประกอบด้วย ปัญหาด้านความสัมพันธ์ ได้แก่ ความน้อยใจ การถูกดูค่าตำหนิ การทะเลาะกับคนใกล้ชิด ร้อยละ 48.7 ความรัก การหึงหวง ร้อยละ 22.9 การต้องการคนใส่ใจดูแล ร้อยละ 8.4 ปัญหาด้านจิตเวช ได้แก่ การดื่มสุรา ร้อยละ 19.6 อาการมีเมฆาตสตรระหว่างทำร้ายตนเอง ร้อยละ 6.0 อาการทางจิต ร้อยละ 7.4 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 6.5 และ การทำร้ายตนเองซ้ำ ร้อยละ 12.0⁴

ประเทศไทยมีความชุกของโรคออทิสติกในประชากรอายุระหว่าง 0 - 5 ปี เท่ากับร้อยละ 0.1 คิดเป็นผู้ป่วยออทิสติกประมาณ 16,694 คน⁵ อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยออทิสติกอายุ 2 - 5 ปีเข้ารับบริการทางสาธารณสุขในประเทศไทยจำนวน 5,604 ราย⁶ คิดเป็นร้อยละ 30 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ไม่เข้าถึงบริการตั้งแต่เริ่มต้นทำให้ผู้ป่วยออทิสติกไม่ได้รับการช่วยเหลือดูแลอย่างเหมาะสม ทั้งการกระตุ้นพัฒนาการ การช่วยเหลือทางด้านภาษา การปรับตัว การเรียนรู้ รวมถึงความเข้าใจบริบททางสังคมต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการปรับตัว เกิดปัญหาทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม จนนำไปสู่การทำร้ายตัวเองและการพยายามฆ่าตัวตาย⁷

พฤติกรรมการทำร้ายตัวเองในผู้ป่วยออทิสติกแยกออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) suicidal self-injury (SSI) หรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย คือ ความตั้งใจในการทำร้ายตัวเองเพื่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต⁸ และ 2) non-suicidal self-injury (NSSI) หรือ พฤติกรรมการทำร้ายตัวเองที่ผู้กระทำตั้งใจให้เกิดอันตรายต่อร่างกายของตนเองโดยไม่ได้มีเจตนาถึงขั้นเสียชีวิต และไม่ได้กระทำไปเพราะความเชื่อ⁹ การทำร้ายตัวเอง ประกอบด้วย การกรีดตามร่างกาย ขีดข่วน จี้ด้วยความร้อน ชกหรือทุบตีตัวเอง เพื่อให้ร่างกายบาดเจ็บ การทำร้ายตัวเองอาจเป็นการแสดงออกถึงสัญญาณบางอย่าง เช่น การขอความช่วยเหลือ การระบายอารมณ์ หรือการเรียกร้องความสนใจ¹⁰ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากในกลุ่มผู้ป่วยออทิสติกอาจมีข้อจำกัดในเรื่องของระดับสติปัญญาและการสื่อสาร รวมถึงพฤติกรรมการทำร้ายตัวเองที่ทำให้ถึงแก่ความตายอาจไม่ตรงไปตรงมา ทำให้การแยกระหว่างพฤติกรรม SSI และ NSSI ในผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นไปด้วยความยากลำบาก

การศึกษาก่อนหน้านี้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยออทิสติกรายงานว่า ร้อยละ 10 - 70 ของกลุ่มผู้ป่วยออทิสติกมีความคิดในการฆ่าตัวตาย^{7,11-22} ในขณะที่พฤติกรรมฆ่าตัวตายพบได้ร้อยละ 10 - 50²¹ ผู้ป่วยออทิสติกที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมักเป็นผู้ที่มีความสามารถสูง (high-function) มีระดับสติปัญญาปกติหรือดี หรือเป็นผู้ป่วย

กลุ่ม aspergers มีโรคร่วมทางจิตเวช ได้แก่ ซึมเศร้า วิตกกังวล และภาวะ mania มีปัญหาพฤติกรรม เช่น การควบคุมอารมณ์ของตนเอง ความหุนหันพลันแล่น การปรับตัว การแยกตัว การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน และการถูกล้อเลียนและการเป็นเหยื่อในการล้อเลียน กลุ่มอายุที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดคือ วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ในขณะที่ความแตกต่างระหว่างเพศยังมีความขัดแย้งกันในแต่ละการศึกษา¹¹⁻²⁴ การศึกษาก่อนหน้านี้เกี่ยวกับพฤติกรรม NSSI ในกลุ่มผู้ป่วยออทิสติกพบว่ามีความชุกร้อยละ 30 - 50^{7,25-29} โดยการทำร้ายตัวเองในกลุ่มผู้ป่วยออทิสติกมักเป็นการโหมกศีรษะ ข่วน หยิก แกะสะเก็ดแผล กัด ดึงผม และขีดขีดตามผิวหนัง ซึ่งมักพบในกลุ่มผู้ป่วยออทิสติกที่มีความสามารถต่ำ (low-function) มีระดับสติปัญญาต่ำ มีปัญหาเรื่องการควบคุมอารมณ์ และมีความไวต่อการกระตุ้นด้วยสิ่งเร้า^{7,25-29}

การศึกษาในประเทศไทยถึงลักษณะและปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรม SSI และ NSSI ในผู้ป่วยออทิสติกยังมีรายงานน้อย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยใน ซึ่งผู้ให้บริการมักจัดผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มนี้ไว้ในประเภทเดียวกันและให้การดูแลตามความรุนแรงของพฤติกรรมเป็นหลัก โดยไม่ได้คำนึงถึงลักษณะและปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกันของพฤติกรรม SSI และ NSSI ซึ่งต้องการการคัดกรองป้องกัน และการดูแลรักษาที่แตกต่างกัน ดังนั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบลักษณะและปัจจัยเสี่ยงระหว่างกลุ่มผู้ป่วยออทิสติกที่มีพฤติกรรมการทำร้ายตัวเองแบบ SSI และ NSSI และ 2) บรรยายลักษณะของผู้ป่วยออทิสติกที่มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรม SSI เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางเฝ้าระวังและจำแนกพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และการให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยออทิสติกทั้งสองกลุ่ม

วิธีการ

เป็นการศึกษาย้อนหลัง โดยการทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยโรค autistic spectrum disorder ตามเกณฑ์ DSM-V ประกอบด้วย autistic disorder, asperger's disorder และ pervasive developmental disorder NOS ซึ่งมีรหัสการวินิจฉัยตาม

ICD-10 ระบุเป็น F84.0 - F84.9 ที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โดยการศึกษาได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เลขที่ 005/64 ลงวันที่ 15 มกราคม 2564

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยออทิสติกทั้งหมดที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะ SSI และ NSSI ระหว่างเดือน มกราคม 2560 - ธันวาคม 2562 กรณีผู้ป่วยมีการนอนโรงพยาบาลซ้ำในช่วงเวลาที่ศึกษาจะใช้ข้อมูลจากการนอนโรงพยาบาลครั้งแรกเท่านั้น ผู้วิจัยเป็นผู้ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในทั้งฉบับ ประกอบด้วย บันทึกของแพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลผู้ซักประวัติที่แผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลเจ้าของไข้ที่หอผู้ป่วย และสหวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงนักจิตวิทยาที่ประเมินและให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกับจิตแพทย์

พฤติกรรมทำร้ายตนเองได้จากบันทึกการซักประวัติผู้ป่วย หรือบันทึกการซักประวัติพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูใกล้ชิด ในกรณีผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการสื่อสาร ร่วมกับรายงานการประเมินสภาพจิตของผู้ป่วยตามมาตรฐานการตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลพฤติกรรมทำร้ายตนเองและความคิดที่เกี่ยวข้องและเจตนาของการทำร้ายตนเอง โดยประเมินความสอดคล้องระหว่างบันทึกของแพทย์ พยาบาล และนักจิตวิทยา แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีพฤติกรรมการทำร้ายตัวเอง (SSI) และกลุ่มที่มีพฤติกรรมการทำร้ายตัวเอง (NSSI) โดยตรวจสอบบันทึกการซักประวัติผู้ป่วยหรือผู้ปกครองในเวชระเบียน หากมีข้อความที่ระบุว่ามีความคิดอยากตาย และตั้งใจทำร้ายตัวเองเพื่อให้ถึงแก่ความตายจะจัดไว้ในกลุ่ม SSI หากไม่มีประวัติดังกล่าวปรากฏจะจัดไว้ในกลุ่ม NSSI

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังรวบรวมประวัติเหตุการณ์กระทบกระเทือนทางจิตใจในอดีตโดยอิงรายชื่อเหตุการณ์ตามแบบประเมิน adverse childhood events (ACEs) ฉบับภาษาไทย³⁰ และเหตุการณ์กระตุ้นก่อนเกิดพฤติกรรม SSI และ NSSI โดยตรวจสอบในเวชระเบียนว่ามีการบันทึกเหตุการณ์ดังกล่าวหรือไม่ หากไม่มีการบันทึกจะถือว่าผู้ป่วยไม่มีเหตุการณ์ดังกล่าว ระดับความสามารถของโรคออทิสติก

ประเมินจาก ความสามารถในการใช้ภาษาและการสื่อสาร ความสามารถในการเข้าสังคมและสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยตนเอง แบ่งเป็น ความสามารถระดับสูง (high-function) หมายถึง มีความสามารถในการใช้ภาษาเพื่อการสื่อสาร มีความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองโดยไม่ได้รับการช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย และความสามารถระดับต่ำ (low-function) หมายถึง ไม่มีคำพูดหรือมีภาษาที่สามารถใช้ในการสื่อสารเพียงเล็กน้อย ไม่มีหรือมีความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อย ต้องอาศัยผู้อื่นในการดำรงชีวิตมากหรือค่อนข้างมาก ข้อมูลพื้นฐานและปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม SSI และ NSSI ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ข้อมูลของบิดามารดา ความรุนแรงของโรคออทิสติก และโรคร่วมทางจิตเวช

การวิเคราะห์ข้อมูล แจกแจงข้อมูลพื้นฐานและพฤติกรรมฆ่าตัวตายด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ความแตกต่างของปัจจัยพื้นฐานและเหตุการณ์ก่อนเกิดพฤติกรรมระหว่างผู้ป่วย 2 กลุ่มด้วย chi-square test และ t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 59 คน ในจำนวนนี้ 9 คน (ร้อยละ 15) อยู่ในกลุ่ม SSI และ 50 คน (ร้อยละ 85) อยู่ในกลุ่ม NSSI กลุ่ม SSI มีอายุตั้งแต่ 11 - 14 ปี ($\bar{X}$ = 13.8, 95% CI; 11.8 - 13.2) กลุ่ม NSSI มีอายุตั้งแต่ 6 - 54 ปี ($\bar{X}$ = 12.3, 95% CI; 11.6 - 16.0) สัดส่วนของเพศหญิงและชายในกลุ่ม SSI และ NSSI ไม่แตกต่างกัน เท่ากับ 2 : 7 กลุ่ม SSI มีการศึกษาและระดับ function ของโรคออทิสติกสูงกว่ากลุ่ม NSSI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของโรคร่วมทางจิตเวช โดยกลุ่ม SSI มีร้อยละของโรคร่วมทางจิตเวชอย่างน้อย 1 โรคและโรคซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่ม NSSI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่ม NSSI มีร้อยละของโรคสมาธิสั้น (ADHD)/disruptive behavior disorder สูงกว่ากลุ่ม SSI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการ

อยู่ร่วมกันกับครอบครัวและข้อมูลพื้นฐานของบิดามารดาของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน แสดงดังตารางที่ 1

กลุ่ม SSI มีร้อยละของการมีเหตุการณ์ในชีวิตที่กระทบจิตใจที่ผ่านมาและเหตุการณ์กระตุ้นก่อนเกิดพฤติกรรมมากกว่ากลุ่ม NSSI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนร้อยละของ NSSI ที่มีมาก่อนหน้าและพฤติกรรมกระตุ้นตัวเองไม่แตกต่างกัน แสดงดังตารางที่ 2

กลุ่มตัวอย่าง 9 คนที่มี SSI มีอายุระหว่าง 11 - 14 ปี ประกอบด้วยเพศชายร้อยละ 77.8 เพศหญิงร้อยละ 22.2 เกือบทั้งหมดอยู่ในระบบการศึกษา มีเพียง 1 คนที่ขณะเก็บข้อมูลวิจัยไม่ได้เรียนหนังสือ ทุกคนมีระดับอาการของโรคออทิสติกอยู่ในกลุ่ม high-function ทุกคนมีโรคร่วมทางจิตเวชตั้งแต่ 1 โรคขึ้นไป และไม่มีคนใดใช้สารเสพติด ร้อยละ 77.8 บิดามารดาแยกทางกัน ในจำนวนนี้ร้อยละ 11.1 อาศัยอยู่กับปู่ย่า อายุเฉลี่ยปัจจุบันของบิดาของผู้ป่วย คือ 40.3 ปี (95% CI; 34.7 - 45.8) ปี อายุเฉลี่ยปัจจุบันของมารดา คือ 38.1 ปี (95% CI; 34.6 - 41.7) บิดาของผู้ป่วยร้อยละ 22.2 ดิสุราและร้อยละ 22.2 เป็นโรคจิตเวช มารดาของผู้ป่วยร้อยละ 11.1 เป็นโรคจิตเวช แสดงดังตารางที่ 3

กลุ่ม SSI ทุกคนมีเหตุการณ์ในชีวิตที่กระทบจิตใจที่ผ่านมาตั้งแต่ 1 เหตุการณ์ขึ้นไป โดยร้อยละ 88.9 มีปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนหรือถูกกลั่นแกล้ง ร้อยละ 33.3 มีปัญหาความรุนแรงในครอบครัว และร้อยละ 11.1 มีปัญหาการเรียนและไม่สมหวังในความรัก นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 66.7 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้เคยมีประวัติ NSSI นำมาก่อน โดยในกลุ่มที่เคยมี NSSI นำมาก่อน ร้อยละ 50.0 เคยกรีดร่างกาย ร้อยละ 33.4 เคยข่วนตัวเอง และร้อยละ 16.7 เคยกัดตัวเอง สาเหตุกระตุ้น NSSI ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ร้อยละ 66.6 เกิดจากความหงุดหงิด ร้อยละ 16.7 เกิดจากโดนขัดใจ และร้อยละ 16.7 ไม่มีสาเหตุ ร้อยละ 88.9 ของกลุ่ม SSI รายงานว่ามีเหตุการณ์กระตุ้นพฤติกรรมอย่างน้อย 1 สาเหตุ โดยร้อยละ 50.0 เกิดจากปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ร้อยละ 37.5 เกิดจากปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนหรือถูกกลั่นแกล้ง ร้อยละ 25.0 เกิดจากปัญหาการเรียน ในขณะที่ร้อยละ 11.1 แจ้งว่าไม่มีสาเหตุแต่ทำไปเพราะอารมณ์ชั่ววูบ แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของกลุ่ม SSI และ NSSI

ลักษณะ	SSI (ร้อยละ) n = 9	NSSI (ร้อยละ) n = 59	p-value
อายุ (ค่าเฉลี่ย)	13.8	12.3	.56
เพศ			.64
หญิง	2 (22.0)	11 (22.2)	
ชาย	7 (78.0)	39 (77.8)	
ระดับการศึกษา			.004
ไม่ได้เรียน	1 (11.1)	16 (32.0)	
การศึกษาพิเศษ	0 (0)	10 (20.0)	
อนุบาล	0 (0)	1 (2.0)	
ประถมศึกษา	2 (22.2)	18 (36.0)	
มัธยมต้น	6 (66.6)	5 (10.0)	
ระดับความสามารถ			< .001
high function	9 (100.0)	18 (36.0)	
low function	0 (0)	32 (64.0)	
โรคร่วมทางจิตเวช			
โรคร่วมทางจิตเวชอย่างน้อย 1 โรค	9 (100.0)	30 (60.0)	.022
โรค ADHD/disruptive behavior disorder	1 (11.1)	27 (54.0)	.027
โรคทางอารมณ์ (mood disorder)*	7 (77.8)	3 (6.1)	< .001
โรคซึมเศร้า	7 (77.8)	1 (2.0)	< .001
โรคอารมณ์แปรปรวน	0 (0)	2 (4.0)	.55
บิดามารดาสมรส/อยู่ด้วยกัน	2 (22.2)	29 (59.2)	.06
อาศัยอยู่ร่วมกับ			.09
บิดามารดา	2 (22.2)	29 (59.2)	
บิดาหรือมารดา	6 (66.7)	15 (30.6)	
ญาติ	1 (11.1)	5 (10.2)	

SSI = suicidal self-injury, NSSI = non-suicidal self-injury, ADHD = attention deficit hyperactivity disorder, * ได้แก่ โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) และ bipolar disorder

ตารางที่ 2 เหตุการณ์ก่อนหน้าที่ทำให้เกิดภาวะ SSI และ NSSI

ลักษณะ	SSI (ร้อยละ)	NSSI (ร้อยละ)	p-value
เหตุการณ์ในชีวิตที่กระทบจิตใจที่ผ่านมา	9 (100.0)	15 (30.0)	< .001
NSSI ที่มีมาก่อนหน้า	6 (66.7)	17 (34.0)	.134
พฤติกรรมกระตุ้นตัวเอง	0 (0)	4 (9.1)	1
เหตุการณ์กระตุ้นก่อนเกิดพฤติกรรม	8 (88.9)	0 (0)	< .001

SSI = suicidal self-injury, NSSI = non-suicidal self-injury

ตารางที่ 3 แสดงรายละเอียดของผู้ป่วยในหอพักที่มีภาวะ SSI แยกเป็นราย

[illegible]

SSSI = suicidal self-injury, MDD = major depressive disorder, PTSD = post-traumatic stress disorder

ตารางที่ 4 แสดงเหตุการณ์กระตุ้นที่ทำให้เกิดภาวะ SSI ในครั้งปัจจุบันและประวัติการเกิดเหตุการณ์ NSSI ครึ่งก่อนหน้า

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
เหตุการณ์ในชีวิตที่กระทบกระเทือนจิตใจ									
เหตุการณ์ 1	ความสัมพันธ์กับเพื่อน	ถูกกลั่นแกล้ง	ความรุนแรงในครอบครัว ถูกกลั่นแกล้ง	การเรียนตก ออกหัก	ความสัมพันธ์กับเพื่อน	ความรุนแรงในครอบครัว ถูกกลั่นแกล้ง	ความรุนแรงในครอบครัว ถูกกลั่นแกล้ง	ความสัมพันธ์กับเพื่อน	ถูกกลั่นแกล้ง
เหตุการณ์ 2									
ประวัติการทำร้ายตัวเองที่ไม่ใช่การฆ่าตัวตาย									
NSSI ที่มีมาก่อนหน้า	มี	มี	ไม่มี	ไม่มี	มี	มี	มี	มี	ไม่มี
ประเภทของ NSSI	ชวน	ชวน	ไม่มี	ไม่มี	กรีดร่างกาย	กัด	กรีดร่างกาย	กรีดร่างกาย	ไม่มี
สาเหตุกระตุ้น NSSI	หงุดหงิด	หงุดหงิด	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	หงุดหงิด	ถูกขัดใจ	หงุดหงิด	ไม่มี
พฤติกรรมการกระตุ้นตัวเอง	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
เหตุการณ์กระตุ้นการทำร้ายตัวเองด้วยการฆ่าตัวตาย									
สาเหตุ 1	ความสัมพันธ์กับเพื่อน	ความสัมพันธ์ในครอบครัว	ความสัมพันธ์ในครอบครัว	ถูกกลั่นแกล้ง ปัญหาการเรียน	ความสัมพันธ์กับเพื่อน	ความสัมพันธ์ในครอบครัว	ความสัมพันธ์ในครอบครัว	อารมณ์ชั่ววูบ	ปัญหาการเรียน
สาเหตุ 2									

SSI = suicidal self-injury, NSSI = non-suicidal self-injury

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยออทิสติกที่มาด้วยการทำร้ายตัวเองและได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีพฤติกรรมการทำร้ายตัวเองแบบ SSI และร้อยละ 85 มีพฤติกรรมการทำร้ายตัวเองแบบ NSSI อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยกลุ่มพฤติกรรม SSI และ NSSI ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม กลุ่ม NSSI มีพิสัยอายุกว้างกว่ากลุ่ม SSI สอดคล้องกันกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่มักพบพฤติกรรม SSI ในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น^{12,14,18,22} พบว่ากลุ่ม SSI มีระดับการศึกษาสูงกว่าและระดับความรุนแรงของโรคออทิสติกต่ำกว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรม NSSI สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ระบุว่าออทิสติกที่มี SSI มักมี IQ ระดับปกติขึ้นไป การมีระดับสติปัญญาดีแต่มีความบกพร่องในการเข้าสังคมและมีความยากลำบากในการสร้างและคงความสัมพันธ์กับผู้อื่นอาจทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตัวเองต่ำ (low self-esteem) และคิดว่าตัวเองไม่ดีเท่าหรือแตกต่างจากคนอื่น ในขณะที่มีความเข้าใจเรื่องการทำร้ายตัวเองมากกว่ากลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคสูง^{12,13,19,22} ผู้ป่วยกลุ่มนี้บางคนอาจมีลักษณะ camouflage autism คือ กลุ่มออทิสติกที่ดูคล้ายกับมีทักษะต่าง ๆ ดี อันเนื่องมาจากพื้นฐานเดิม คือ ระดับสติปัญญาดี แต่พบว่าแท้จริงแล้วทักษะสังคมและการสื่อสารที่ดูเหมือนดีนั้นไม่ได้เป็นทักษะที่แท้จริงของผู้ป่วยที่ปฏิบัติได้หรือเข้าใจอย่างแท้จริง กล่าวคือ เกิดจากการเรียนรู้หรือเลียนแบบโดยไม่ได้เป็นการปรับตัวได้อย่างแท้จริง การที่มีภาวะ camouflage นี้อาจทำให้ผู้ดูแลไม่ทันระวังว่าผู้ป่วยจะเกิดปัญหาเนื่องจากคิดว่าผู้ป่วยปรับตัวได้แล้ว แต่ในท้ายที่สุดแล้วผู้ป่วยออทิสติกกลุ่มนี้มักมีปัญหาการปรับตัวและการจัดการปัญหาในชีวิตประจำวันจนนำไปสู่พฤติกรรม SSI^{17,31}

พบว่าเพศชายมีการทำร้ายตัวเองทั้งแบบ SSI และ NSSI สูงกว่าเพศหญิงโดยสัดส่วนของเพศชายต่อหญิงเท่ากับ 7 : 2 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Horowitz และคณะ¹⁹ ที่ทำการศึกษาผู้ป่วยในออทิสติกวัยรุ่น พบว่าร้อยละ 77 ของผู้ป่วย SSI เป็นเพศชาย และการศึกษาของ Mayes และคณะ¹⁴ และ Segers และ Rawana²¹ ที่ระบุว่าปัจจัยเสี่ยงของการเกิด

SSI คือ เพศชาย แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ Hirvikoski และคณะ¹³ ที่พบว่าเพศหญิงมีอัตราการเกิด SSI และฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าเพศชาย และ Mikami และคณะ²³ ที่พบว่าเพศหญิงมีอัตราการเกิดพฤติกรรม SSI สูงกว่าเพศชาย 5 เท่า ในขณะที่การศึกษาในกลุ่ม NSSI ของ Cassidy และคณะ¹⁷ และ Akram และคณะ²⁶ ระบุว่าเพศหญิงมีโอกาสเกิด NSSI มากกว่า เนื่องจากเพศหญิงมักมีระดับความรุนแรงของโรคมามากกว่า ดังนั้น ปัจจุบันจึงยังไม่สามารถหาข้อสรุปของความสัมพันธ์ระหว่างเพศและความเสี่ยงของพฤติกรรม SSI และ NSSI ในผู้ป่วยออทิสติกได้

กลุ่ม SSI มีโรคร่วมทางจิตเวชอย่างน้อย 1 โรคและโรคซึมเศร้าร่วมมากกว่ากลุ่ม NSSI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่ากลุ่มออทิสติกมักจะมีแนวโน้มรายงานว่ามีภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติ^{14-17,19-20,22-24} การป้องกันการทำร้ายตัวเองในกลุ่มออทิสติกจึงควรเน้นการค้นหาโรคซึมเศร้าและภาวะการปรับตัวผิดปกติโดยเฉพาะในผู้ที่เริ่มเข้าสู่วัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป^{12,14,18,22} ในทางกลับกันผู้ป่วยออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้าหรือการปรับตัวผิดปกติถือว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการเกิด SSI สูง ควรได้รับการดูแลและการติดตามอย่างใกล้ชิด ส่วนกลุ่ม NSSI มีโรคร่วมเป็นกลุ่มสมาธิสั้นมากกว่ากลุ่ม SSI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า NSSI อาจมีความสัมพันธ์กับกลุ่มออทิสติกที่มีระดับความรุนแรงของโรคสูงกว่า^{7,25,26,29} หรืออาจเป็นการกระทำจากการตัดสินใจเพียงชั่ววูบจากโรคอาการของโรคสมาธิสั้นที่มีปัญหาพฤติกรรมร่วม ต่างจากกลุ่ม SSI ที่การกระทำมักมีเหตุการณ์กระตุ้นที่เป็นความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนและมีเหตุการณ์ในชีวิตที่กระทบจิตใจที่ผ่านมาเป็นสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่ม NSSI ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมทำร้ายตัวเองที่รุนแรง อย่างไรก็ตาม อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่ม NSSI ซึ่งมีระดับของโรคที่รุนแรงมากกว่าไม่สามารถสื่อสารหรือบอกเล่าเหตุการณ์ในอดีตได้เท่ากับกลุ่ม SSI

พบว่ากลุ่ม SSI มีสัดส่วนของผู้ที่อยู่ร่วมกับบิดามารดาต่ำกว่ากลุ่ม NSSI สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ระบุว่า การขาดความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวในการ

แก้ปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรม SSI ของผู้ป่วย¹⁷ ในทางกลับกันการศึกษาเดียวกันนี้ยังระบุว่าความเครียดในครอบครัวก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิด SSI ดังนั้น การอยู่ร่วมกับบิดามารดาอาจเป็นได้ทั้งเหตุกระตุ้นและลดการเกิด SSI ในกลุ่มผู้ป่วยออทิสติก อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษานี้ไม่ได้เปรียบเทียบกับผู้ป่วยออทิสติกที่ไม่มีทั้งพฤติกรรม SSI และ NSSI จึงทำให้ไม่สามารถสรุปทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการอยู่ร่วมกับครอบครัวกับการเพิ่มหรือลดความเสี่ยงของพฤติกรรม SSI หรือ NSSI ได้

การแจกแจงเหตุการณ์ในชีวิตที่กระทบจิตใจที่ผ่านมาของกลุ่ม SSI พบว่า มีการระบุปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนหรือถูกกลั่นแกล้งเป็นปัญหาอันดับแรก ตามด้วยปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ส่วนเหตุการณ์กระตุ้นขณะเกิด SSI พบว่า เกิดจากปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวมากที่สุด รองลงมาคือปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนหรือถูกกลั่นแกล้ง สะท้อนให้เห็นว่าเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับ SSI ในผู้ป่วยออทิสติกมักเกี่ยวข้องกับปัญหาสัมพันธภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาก่อนหน้า^{12,16,17,22} ดังนั้นการป้องกันการเกิด SSI ในกลุ่มออทิสติกจึงควรเน้นที่การส่งเสริมสัมพันธภาพและลดความรุนแรงในครอบครัวและในโรงเรียน

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในย้อนหลัง ดังนั้น ข้อมูลสำคัญบางอย่างอาจไม่สมบูรณ์และไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ เช่น ระดับสติปัญญา ซึ่งมีการประเมินเฉพาะผู้ป่วยบางรายเท่านั้น เนื่องจากโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์จัดทำแผนการรักษาผู้ป่วยออทิสติกตามระดับความสามารถของผู้ป่วย (functional level) ซึ่งเป็นข้อมูลประกอบวางแผนการรักษาที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าการใช้ข้อมูลระดับสติปัญญา นอกจากนี้ กลุ่ม SSI ในการศึกษานี้มีจำนวนน้อย แม้เก็บข้อมูลย้อนหลังเป็นเวลา 2 ปี จึงอาจไม่เพียงพอต่อการทดสอบความแตกต่างทางสถิติ ดังนั้น การศึกษาประเด็นนี้ครั้งต่อไปจึงควรพิจารณาเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยเพิ่มระยะเวลาในการเก็บข้อมูล หรือใช้ข้อมูลผู้ป่วยจากหน่วยบริการหลายแห่งร่วมกัน

สรุป

พฤติกรรม SSI ในกลุ่มผู้ป่วยออทิสติกที่เป็นผู้ป่วยในมักพบในช่วงวัยรุ่นตอนต้น พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีภาวะของโรคออทิสติกอยู่ในระดับ high-function พฤติกรรม SSI มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า การมีเหตุการณ์ในชีวิตที่กระทบจิตใจที่ผ่านมา และการมีเหตุการณ์กระตุ้นก่อนหน้า ในขณะที่พฤติกรรม NSSI มักจะเกิดในกลุ่มผู้ป่วยออทิสติกที่มีความรุนแรงของโรครุนแรง และมีโรคร่วมเป็นโรคสมาธิสั้น ผู้ให้การรักษาควรให้ความสำคัญกับความแตกต่างของปัจจัยของพฤติกรรม 2 รูปแบบนี้ เพื่อการวางแผนป้องกันการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ การให้ความช่วยเหลือ และการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ พญ.วชิราภรณ์ อรุณทอง ที่ปรึกษางานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. KPI กระทรวงสาธารณสุข. ตัวชี้วัด 037.1: อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ [Indicator 037.1: suicide success rate] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ธ.ค. 2564]. จาก: <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=1606>
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานอัตราการฆ่าตัวตาย (รายต่อแสนประชากร) ปี พ.ศ. 2540 - 2563 [Report suicide rate (income per 100,000 population) 1997 - 2020] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ธ.ค. 2564]. จาก: https://www.dmh.go.th/report/suicide/stat_sex.asp
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานจำนวนการฆ่าตัวตายของประเทศไทย แยกตามช่วงอายุ [Report on the number of suicides in Thailand separated by age] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ธ.ค. 2564]. จาก: <https://www.dmh.go.th/report/suicide/age.asp>

4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561 [Public health statistics A.D. 2018] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กอง; 2562 [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ธ.ค. 2564]. จาก: <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/7892>
5. ศรีวรรณ พูลสรพลสิทธิ์, เบญจพร ปัญญา, ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, ประยุทธ์ เสรีเสถียร, วรพรรณ จุฑา. การศึกษาภาวะออทิสซึมในประเทศไทยและการดูแลรักษาแบบบูรณาการในระดับประเทศ [Holistic care for Thai autism]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2548;13(1): 10-6.
6. HDC: Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสภาพจิตและจิตเวช [Information for responding to service plan in the field of mental health and psychiatry] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2564]. จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=22710ed5db1ed6b12aab540a7b0753b3
7. Rattaz C, Michelon C, Baghdadli A. Symptom severity as a risk factor for self-injurious behaviours in adolescents with autism spectrum disorders. J Intellect Disabil Res. 2015;59(8):730-40. doi:10.1111/jir.12177.
8. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: suicide-related ideations, communications, and behaviors. Suicide Life Threat Behav. 2007;37(3):264-77. doi:10.1521/suli.2007.37.3.264.
9. Westers NJ, Muehlenkamp JJ, May L. SOARS model: Risk assessment of nonsuicidal self-injury. Contemp Pediatrics. 2016;33(7):25-31.
10. Nock MK. Self-injury. Annu Rev Clin Psychol. 2010;6(1):339-63. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258.
11. Kirby AV, Bakian AV, Zhang Y, Bilder DA, Keeshin BR, Coon H. A 20-year study of suicide death in a statewide autism population. Autism Res. 2019;12(4):658-66. doi:10.1002/aur.2076.
12. Hannon G, Taylor EP. Suicidal behaviour in adolescents and young adults with ASD: findings from a systematic review. Clin Psychol Rev. 2013;33(8):1197-204. doi:10.1016/j.cpr.2013.10.003.
13. Hirvikoski T, Boman M, Chen Q, D'Onofrio BM, Mittendorfer-Rutz E, Lichtenstein P, et al. Individual risk and familial liability for suicide attempt and suicide in autism: a population-based study. Psychol Med. 2020;50(9):1463-74. doi:10.1017/S0033291719001405.
14. Mayes SD, Gorman AA, Hillwig-Garcia J, Syed E. Suicide ideation and attempts in children with autism. Res Autism Spectr Disord. 2013;7(1):109-19. doi:10.1016/j.rasd.2012.07.009.
15. Dell'Osso L, Carpita B, Muti D, Morelli V, Salarpi G, Salerni A, et al. Mood symptoms and suicidality across the autism spectrum. Compr Psychiatry. 2019;91:34-8. doi:10.1016/j.comppsy.2019.03.004.
16. Hedley D, Uljarević M, Foley KR, Richdale A, Trollor J. Risk and protective factors underlying depression and suicidal ideation in autism spectrum disorder. Depress Anxiety. 2018;35(7): 648-57. doi:10.1002/da.22759.
17. Cassidy S, Bradley L, Shaw R, Baron-Cohen S. Risk markers for suicidality in autistic adults. Mol Autism. 2018;9:42. doi:10.1186/s13229-018-0226-4.
18. Shields MC, Akobirshoev I, Dembo RS, Mitra M. Self-injurious behavior among adults with ASD: hospitalizations, length of stay, and costs of resources to deliver care. Psychiatr Serv. 2019;70(6): 457-64. doi:10.1176/appi.ps.201800318.
19. Horowitz LM, Thurm A, Farmer C, Mazefsky C, Lanzillo E, Bridge JA, et al. Talking about death or suicide: prevalence and clinical correlates in youth with autism spectrum disorder in the psychiatric inpatient setting. J Autism Dev Disord. 2018;48(11): 3702-10. doi:10.1007/s10803-017-3180-7.

20. Cassidy S, Bradley P, Robinson J, Allison C, McHugh M, Baron-Cohen S. Suicidal ideation and suicide plans or attempts in adults with asperger's syndrome attending a specialist diagnostic clinic: a clinical cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2014;1(2): 142-7. doi:10.1016/S2215-0366(14)70248-2.
21. Segers M, Rawana J. What do we know about suicidality in autism spectrum disorders? a systematic review. *Autism Res*. 2014;7(4):507-21. doi:10.1002/aur.1375.
22. Huguet G, Contejean Y, Doyen C. Troubles du spectre autistique et suicidali   [Autism spectrum disorder and suicidality]. *Encephale*. 2015;41(4): 362-9. French. doi:10.1016/j.encep.2014.08.010.
23. Mikami K, Inomata S, Onishi Y, Orihashi Y, Yamamoto K, Matsumoto H. Gender differences in the suicide attempts of adolescents in emergency departments: focusing on individuals with autism spectrum disorder. *Adolescent Psychiatry*. 2019;9(3): 232-40. doi:10.2174/2210676609666190617144453.
24. Arwert TG, Sizoo BB. Self-reported suicidality in male and female adults with autism spectrum disorders: rumination and self-esteem. *J Autism Dev Disord*. 2020;50(10):3598-605. doi:10.1007/s10803-020-04372-z.
25. Soke GN, Rosenberg SA, Hamman RF, Fingerlin T, Robinson C, Carpenter L, et al. Brief report: prevalence of self-injurious behaviors among children with autism spectrum disorder-a population-based study. *J Autism Dev Disord*. 2016;46(11):3607-14. doi:10.1007/s10803-016-2879-1.
26. Akram B, Batool M, Rafi Z, Akram A. Prevalence and predictors of non-suicidal self-Injury among children with autism spectrum disorder. *Pak J Med Sci*. 2017;33(5):1225-9. doi:10.12669/pjms.335.12931.
27. Moseley RL, Gregory NJ, Smith P, Allison C, Baron-Cohen S. A "choice", an "addiction", a way "out of the lost": exploring self-injury in autistic people without intellectual disability. *Mol Autism*. 2019;10:18. doi:10.1186/s13229-019-0267-3.
28. Lavery C, Oliver C, Moss J, Nelson L, Richards C. Persistence and predictors of self-injurious behaviour in autism: a ten-year prospective cohort study. *Mol Autism*. 2020;11(1):8. doi:10.1186/s13229-019-0307-z.
29. Summers J, Shahrami A, Cali S, D'Mello C, Kako M, Palikucin-Reljin A, et al. Self-injury in autism spectrum disorder and intellectual disability: exploring the role of reactivity to pain and sensory input. *Brain Sci*. 2017;7(11):140. doi:10.3390/brainsci7110140.
30. Arunothong W. Prevalence of adverse childhood events (ACEs) and its relationships to life-satisfaction among patients with psychiatric disorders. *American Journal of Pediatrics*. 2020;6(4):421-7. doi:10.11648/j.ajp.20200604.15.
31. Corbett BA, Schwartzman JM, Libsack EJ, Muscatello RA, Lerner MD, Simmons GL, et al. Camouflaging in autism: examining sex-based and compensatory models in social cognition and communication. *Autism Res*. 2021;14(1):127-42. doi:10.1002/aur.2440.
32. Moseley RL, Gregory NJ, Smith P, Allison C, Baron-Cohen S. Links between self-injury and suicidality in autism. *Mol Autism*. 2020;11(1):14. doi:10.1186/s13229-020-0319-8.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือด คลินิกไตเทียม โรงพยาบาลสกลนคร

วันรับ : 26 มกราคม 2565

วันแก้ไข : 31 พฤษภาคม 2565

วันตอบรับ : 6 มิถุนายน 2565

ขจรศักดิ์ วรรณทอง, พ.บ.

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสกลนคร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือด แผนกไตเทียม โรงพยาบาลสกลนคร

วิธีการ : เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางในกลุ่มผู้ป่วยจำนวน 76 คน เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Beck depression inventory-II (BDI-II) โดยถือเกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า และประเมินภาวะพึ่งพิงด้วย Barthel index ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา, chi-square test, Mann-Whitney U test และการวิเคราะห์ multiple linear regression

ผล : ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า (BDI $\geq$ 14 คะแนน) จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 34.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิง การมีโรคหัวใจร่วมด้วย ระยะเวลาที่รักษาด้วยการฟอกไตผ่านทางหน้าท้อง จำนวนครั้งที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลใน 1 ปี การมีปัญหาการควบคุมระบบขับถ่าย และภาวะพึ่งพิง การวิเคราะห์ multiple logistic regression พบว่า เพศหญิง จำนวนครั้งที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และปัญหาการขับถ่าย เป็นปัจจัยที่ทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้า

สรุป : ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือด ผู้ให้การรักษาควรเพิ่มการเฝ้าระวัง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงดังกล่าว

คำสำคัญ : การฟอกไตทางหลอดเลือด, ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย, ภาวะซึมเศร้า

ติดต่อผู้นิพนธ์ : ขจรศักดิ์ วรรณทอง; e-mail: kajowanna@outlook.com

Original articles

The prevalence of depression and related factors among end-stage renal disease patients in a hemodialysis unit at Sakonnakhon hospital

Received : 26 January 2022

Revised : 31 May 2022

Accepted : 6 June 2022

Kajornsak Wannatong, M.D.

Department of Psychiatry and Addiction, Sakonnakhon Hospital

Abstract

Objective: To study the prevalence and related factors of depression in patients with end-stage renal disease (ESRD) in a hemodialysis unit at Sakonnakhon hospital.

Methods: This descriptive study enrolled 76 patients with ESRD receiving hemodialysis. The instruments used for the data collection were demographic and clinical assessment questionnaires, the Beck depression inventory-II (BDI-II), and the Barthel Index. Data were analyzed by using descriptive statistics, chi-square test, Mann-Whitney U test and multiple linear regression analysis.

Results: Depression (BDI ≥ 14) was found in 26 patients (34.2%). Factors significantly associated with depression were being female, history of heart disease, duration of receiving peritoneal dialysis, number of hospitalization over the past year, bowel control problem, and dependence score measured by the Barthel Index. However, multiple regression analysis demonstrated that being female, number of hospitalization over the past year, and bowel control problem were significant predictors of depression in patients receiving hemodialysis.

Conclusion: Depression is a common mental health problem in patients with ESRD who receive hemodialysis. Clinicians should prioritize depression detection, especially in high-risk patients.

Keywords: depression, end-stage renal disease, hemodialysis

Corresponding author: Kajornsak Wannatong; e-mail: kajowanna@outlook.com

ความรู้เดิม : ผู้ป่วยฟอกไตทางหลอดเลือดมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

ความรู้ใหม่ : ผู้ป่วยฟอกไตทางหลอดเลือดมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 34.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศหญิง จำนวนการนอนโรงพยาบาล และความบกพร่องในการควบคุมการขับถ่าย

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ใช้เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยฟอกไตทางหลอดเลือด

บทนำ

ปัจจุบันผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในประเทศไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวน 129,724 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยใหม่ที่ต้องฟอกเลือด 15,462 คน¹ สถิติขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2560 ระบุว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกประมาณ 322 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.4 ของประชากรโลก² และจากการศึกษาาระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ พ.ศ.2556 พบว่า ประชากรร้อยละ 13.4 มีอาการและอาการแสดงที่เข้ากับโรคทางจิตเวชหรือความผิดปกติของพฤติกรรมจากการใช้สารเสพติด โดยโรคความผิดปกติทางอารมณ์พบความชุก 12 เดือนร้อยละ 0.7 ในจำนวนเหล่านี้เข้ารับการรักษาเพียงร้อยละ 15.9³

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือด โดยพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 20 - 25 ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา การใส่ใจในภาวะโภชนาการ การรับรู้ปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และอารมณ์ อาจมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย⁴ จากการติดตามใน 2 ปีพบว่า ผู้ป่วยฟอกไตที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 85 ขณะที่ผู้ป่วยฟอกไตที่มีภาวะซึมเศร้ามีอัตราการรอดชีวิตเพียงร้อยละ 25⁵ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ มีคุณภาพชีวิตต่ำ ภาวะซึม

ระดับอัลบูมินต่ำ อายุที่มากขึ้น มีโรคประจำตัว ระยะเวลาที่ป่วย และระยะเวลาที่ฟอกไต⁶⁻⁸

ประเทศไทยมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้อง พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้องประมาณร้อยละ 31 ปัจจัยด้านอาชีพและการมีญาติผู้ดูแลในการล้างไตทางช่องท้องมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ส่วนปัจจัยด้านอายุ ภาวะโรคร่วม และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ⁹ แต่ยังไม่มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไตวายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง โดยเฉพาะในผู้ป่วยไตวายที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อันจะนำไปสู่การคัดกรองและรักษาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพต่อไป

วิธีการ

เป็นการวิจัยพรรณนาเชิงภาพตัดขวางในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือด เก็บข้อมูลที่แผนกไตเทียม โรงพยาบาลสกลนคร ในช่วงเดือนมกราคม - มีนาคม 2563 การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสกลนคร เลขที่ SKHREC45/2562 ออกให้ ณ วันที่ 19 พฤศจิกายน 2562

ขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยกำหนดค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง คือ ร้อยละ 22.5¹⁰ โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 10.0 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 68 คน และเก็บเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10.0 รวมประมาณ 75 คน

เกณฑ์รับเข้าการศึกษา ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดอย่างน้อย 3 เดือน และ 2) ผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ส่วนเกณฑ์คัดออกจากการศึกษา ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าใจการสื่อสารโดยวิธีการฟัง พูด อ่าน และเขียน ตามปกติได้ หรือ 2) ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติ เช่น สัญญาณชีพไม่คงที่

เครื่องมือการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ หนี้สิน โรคประจำตัว และข้อมูลการรักษา เช่น ผลทางห้องปฏิบัติการ เวลาที่ฟอกไต และจำนวนครั้งในการต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล

2) แบบประเมินอาการซึมเศร้า Beck depression inventory II (BDI-II) ฉบับภาษาไทย ใช้วัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ได้รับการแปลและพัฒนาโดยนักจิตวิทยาชาติ และคณะ ต้นฉบับพัฒนาโดย Beck และคณะ มีความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ดี มีค่า Cronbach's coefficient alpha ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบวัดอยู่ที่ 0.91 และค่า Spearman's correlation coefficient ซึ่งบ่งถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด BDI-II กับแบบวัด Hamilton depression rating scale (HDRS) เท่ากับ 0.71¹¹ แบบวัด BDI-II มี 21 ข้อ แบ่งภาวะซึมเศร้าตามคะแนนได้ดังนี้ 0 - 13 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 14 - 19 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 20 - 28 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และ 29 - 63 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

3) ดัชนีบาร์เทิล อินเด็กซ์ (Barthel index Thai version) เป็นแบบทดสอบที่ใช้วัดความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน ดัดแปลงมาจาก Barthel activity of daily living index โดย ปิยะภัทร เศษพระธรรม และคณะ ความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับดี ทั้งดัชนีการช่วยเหลือตนเอง (intraclass correlation coefficient; ICC = 0.87) และดัชนีการเคลื่อนไหว (ICC = 0.86)¹² ซึ่งให้คะแนนในส่วนของการรับประทานอาหาร การดูแลตัวเอง เช่น หวีผม แต่งตัว การเคลื่อนไหวร่างกาย การใช้ห้องน้ำ การขึ้นลงบันได การควบคุมการขับถ่าย และการปัสสาวะ การให้คะแนนแบ่งออกเป็นสาม ๆ ดังนี้ 1) การเคลื่อนไหว แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0 ต้องช่วยตลอด, 1 ต้องช่วยมาก, 2 ต้องช่วยเล็กน้อย, และ 3 ไม่ต้องช่วยเลย 2) การกิน การใช้ห้องน้ำ การแต่งตัว การขึ้นลงบันได แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0 ต้องช่วยตลอด, 1 ต้องช่วยบ้าง, และ 2 ไม่ต้องช่วยเลย 3) การทำความสะอาด การอาบน้ำ แบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ 0 ต้องช่วยตลอด, และ 2 ไม่ต้องช่วยเลย รวมเป็น 0 - 20 คะแนน แบ่งระดับภาวะ

พึงพิง ดังนี้ 0 - 4 คะแนน ภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์, 5 - 8 คะแนน ภาวะพึ่งพิงรุนแรง, 9 - 11 คะแนน ภาวะพึ่งพิงปานกลาง, 12 - 19 คะแนน ภาวะพึ่งพิงเล็กน้อย, และ 20 คะแนน ไม่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้วิจัยให้คำอธิบายและขอความยินยอมก่อนการเก็บข้อมูลจากตัวอย่างทุกคน จากนั้นให้ตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปด้วยตนเอง โดยผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลแผนกไตเทียมลงข้อมูลเฉพาะโรคต่าง ๆ เช่น ผลทางห้องปฏิบัติการ และผู้วิจัยช่วยตัวอย่างตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-II และแบบประเมิน Barthel index ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลทั้งหมด 30 - 40 นาที หลังจากนั้นตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล โดยตัวอย่างที่มีผลทดสอบภาวะซึมเศร้าคะแนนมากกว่า 14 คะแนนได้รับการนัดหมายเพื่อพบจิตแพทย์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ chi-square, Mann-Whitney U test และ multiple linear regression เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ผล

ตัวอย่างทั้งหมด 76 คน เป็นชาย 52 คน (ร้อยละ 68.4) หญิง 24 คน (ร้อยละ 31.6) อายุเฉลี่ย 61.76 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 78.9) ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 85.5) มีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 76.3) มีหนี้สินเฉลี่ย 624,870 บาท รักษาโรคไตมาแล้ว 55 เดือน โดยใช้เวลารักษาด้วยการฟอกไตทางหน้าท้องมาก่อน 3.1 เดือน จำนวนครั้งที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 1 ปีเฉลี่ย 1.5 ครั้ง พึ่งจำหนายจากโรงพยาบาลเฉลี่ย 57.4 วัน คะแนนภาวะพึ่งพิง (Barthel index) เฉลี่ย 18.1 คะแนน การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน BDI-II พบว่า มีตัวอย่าง 26 คน (ร้อยละ 34.2) มีภาวะซึมเศร้า (BDI $\geq$ 14 คะแนน) ดังแสดงในตารางที่ 1

การวิเคราะห์ด้วยสถิติ chi-square พบว่า เพศหญิง การมีโรคหัวใจร่วมด้วย และความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 2

การวิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U พบว่า เวลาที่ฟอกไตทางหน้าท้อง จำนวนครั้งที่รักษาเป็นผู้ป่วยใน ภายในระยะ 1 ปี และคะแนนภาวะพึงพิง มีความสัมพันธ์กับ ต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 3

จากการวิเคราะห์ multiple linear regression พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายคะแนน BDI ได้แก่ เพศหญิง จำนวนครั้งที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และความสามารถ ในการควบคุมการขับถ่าย โดยเมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ คงที่ ผู้ป่วยเพศหญิงจะทำให้ BDI เพิ่มขึ้น 5.30 คะแนน หากมี

ตารางที่ 1 แสดงภาวะซึมเศร้าโดยใช้ Beck depressive score

ภาวะซึมเศร้า (BDI-II)	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 - 13)	50	65.8
ซึมเศร้าเล็กน้อย (14 - 19)	13	17.1
ซึมเศร้าปานกลาง (20 - 28)	9	11.8
ซึมเศร้ารุนแรง (29 - 63)	4	5.3
รวม	76	100.0

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติ chi-square

ปัจจัย	ลักษณะ	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (BDI < 14)		มีภาวะซึมเศร้า (BDI ≥ 14)		p-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ	ชาย	38	73.1	14	26.9	.05*
	หญิง	12	50.0	12	50.0	
สถานภาพ	โสด	4	50.0	4	50.0	.55
	สมรส	40	66.7	20	33.3	
	หย่า/หม้าย	6	75.0	2	25.0	
การศึกษาสูงสุด	ไม่ได้เรียน	8	80.0	2	20.0	.60
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	30	63.8	17	36.2	
	ปริญญาตรีขึ้นไป	12	63.2	7	36.8	
การทำงาน	ไม่ได้ทำงาน	41	63.1	24	36.9	.31
	ทำงานอยู่	9	81.8	2	18.2	
รายได้ต่อเดือน (บาท)	ไม่มีรายได้	14	63.6	8	36.4	.38
	< 10,000	19	59.4	13	40.6	
	≥ 10,000	17	77.3	5	22.3	
ที่อยู่ปัจจุบัน	เทศบาลสกลนคร	20	76.9	6	23.1	.21
	เทศบาลอื่น	14	53.8	12	46.2	
	นอกเขตเทศบาล	16	66.7	8	33.3	
สิทธิการรักษา	จ่ายตรง	33	75.0	11	25.0	.09
	ประกันสังคม	7	63.6	4	36.4	
	บัตรทอง	10	47.6	11	52.4	

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติ chi-square (ต่อ)

ปัจจัย	ลักษณะ	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (BDI < 14)		มีภาวะซึมเศร้า (BDI ≥ 14)		p-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
หนี้สิน	มี	26	63.4	15	36.6	.64
	ไม่มี	24	68.6	11	31.4	
เบาหวาน	มี	19	67.9	9	32.1	.77
	ไม่มี	31	64.6	17	35.4	
ความดันโลหิตสูง	มี	37	63.8	21	36.2	.51
	ไม่มี	13	72.2	5	27.8	
โรคหัวใจ	มี	8	42.1	11	57.9	.01*
	ไม่มี	42	73.7	15	26.3	
การขับถ่าย	0 = กลั้นไม่ได้หรือต้องสวน	3	60.0	2	40.0	.03*
	1 = กลั้นไม่ได้ ต้องผูกบางครั้ง	5	35.7	9	64.3	
	2 = การขับถ่ายปกติ	42	73.7	15	26.3	

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U

ปัจจัย	ค่าเฉลี่ย	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	มีภาวะซึมเศร้า	Mann-Whitney U	p-value
อายุ (ปี)	61.8	63.6	58.3	509.5	.13
หนี้สิน (บาท)	624,870	677,000	1,113,100	618.5	.72
เวลาที่รักษาโรคไต (เดือน)	55.0	40.0	35.7	576.5	.42
เวลาที่ฟอกไตทางหน้าท้อง (เดือน)	3.1	36.5	42.4	550.0	.01*
เวลาที่ฟอกไตทางหลอดเลือด (วัน)	1,338	1.4	1.2	617.0	.72
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น (กิโลกรัม)	1.4	0.9	2.2	544.0	.23
น้ำหนักปัจจุบัน (กิโลกรัม)	56.6	57.2	55.5	487.0	.07
ระดับฮีโมโกลบิน (gm/dl)	10.1	10.1	10.1	624.0	.78
ระดับฟอสฟอรัส (mEq/L)	4.9	4.6	5.3	513.5	.14
ระดับอัลบูมิน (gm/dl)	3.7	3.7	3.6	619.0	.74
Kt/v	1.4	1.4	1.4	567.5	.37
เวลาที่ใช้ในการฟอกไตแต่ละครั้ง (ชั่วโมง)	4.0	4.0	4.0	637.0	1.00
จำนวนครั้งที่รักษาเป็นผู้ป่วยในภายใน ระยะเวลา 1 ปี	1.5	1.2	2.2	454.0	.03*
เวลาหลังจากจำหน่าย (วัน)	57.4	51.8	68.1	498.5	.09
ภาวะพึ่งพิง (Barthel index)	18.1	18.4	17.6	476.5	.05*

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

Kt/v คือ อัตราส่วนของปริมาณยูเรียที่ถูกขจัดออกเทียบกับปริมาณยูเรียทั้งหมดของร่างกาย โดยทั่วไปควรมากกว่า 1.2

จำนวนการรักษาเป็นผู้ป่วยในภายในระยะเวลา 1 ปีเพิ่ม 1 ครั้ง จะทำให้ BDI เพิ่มขึ้น 1.39 คะแนน และหากสามารถควบคุมการขับถ่ายได้หรือมีท้องผูกเพียงบางครั้ง จะทำให้ BDI ลดลง 5.06 คะแนน แสดงดังตารางที่ 4

วิจารณ์

ความชุกของภาวะซึมเศร้า (BDI ≥ 14 คะแนน) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีไตวายเรื้อรังและได้รับการฟอกเลือดเท่ากับร้อยละ 34.2 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในประเทศไทยโดยศิริธร สินธุ และคณะ⁹ ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องในผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี เป็นชาย 55 คน หญิง 45 คน อายุระหว่าง 60 - 86 ปี เฉลี่ยอายุ 66.65 ± 5.94 ปี พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 31 ส่วนการศึกษาในต่างประเทศ Alencar และคณะ¹⁰ ได้ศึกษาผู้ป่วยสูงอายุมากกว่า 60 ปีที่ได้รับการฟอกไตจำนวน 173 คน เป็นชาย 101 คน และหญิง 72 คน อายุเฉลี่ย 68.7 ± 6.9 ปี พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 22.5 และ Teles และคณะ¹³ ได้ศึกษาผู้ป่วยฟอกไตจำนวน 96 คน เป็นชาย 55 คน หญิง 41 คน อายุเฉลี่ย 48 ± 14 ปี พบว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 42.7 ดังนั้น ความชุกของภาวะซึมเศร้าในการศึกษานี้อยู่ในช่วงร้อยละ 22.5 - 42.7 อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยโดยทั่วไป

การศึกษานี้พบว่า เพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของฮอร์โมน

โดยมีการศึกษาพบว่า การเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนในเพศหญิง เช่น ในช่วงมีประจำเดือน การคลอด และวัยหมดประจำเดือน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า¹⁴ สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัว เช่น การถูกทำร้ายทางร่างกายและทางเพศ อาชญากรรม ความรุนแรง การเจ็บป่วยและเสียชีวิตของบุตร ปัญหาความเท่าเทียมทางเพศล้วนมีผลให้เพศหญิงเกิดภาวะซึมเศร้า^{15,16} การศึกษาในผู้ป่วยซึมเศร้า 1,766 คน (ชาย 668 คน หญิง 1,098 คน) พบว่า ผู้หญิงรายงานอาการซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย เช่น การกิน การร้องไห้ ภาวะหมดความสนใจ และความคิดอยากฆ่าตัวตาย¹⁷ การศึกษาระยะยาวในประเทศไทยเกี่ยวกับการดำเนินโรคซึมเศร้าและความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) จำนวน 25 คน พบสาเหตุที่ผู้ป่วยเพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ประกอบด้วย 5 ประเด็น ได้แก่ 1) สังคมไทยคุ้นชินกับการที่ผู้ชายดื่มเหล้าและอาจมีเพศสัมพันธ์นอกสมรส ทำให้ผู้หญิงหลายคนต้องจ่ายมอดทนต่อความเครียดเรื้อรังในพฤติกรรมของสามีที่กินเหล้าและมีผู้หญิงอื่น 2) ความรับผิดชอบต่อครอบครัว ไม่มีเวลาหยุด 3) ปัญหาพฤติกรรมของลูก เช่น การใช้สารเสพติด การถูกคาดหวังจากสังคมในการอบรมเลี้ยงดูบุตรทำให้มีความเครียดสูง 4) การเผชิญปัญหาที่มักตัดใจไม่ได้ จมอยู่กับความคิด ความเครียดนาน และ 5) ผู้หญิงต้องอยู่ในบ้าน ขาดโอกาสในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น¹⁸

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยที่สามารถทำนายค่า Beck depressive score โดยการวิเคราะห์ multiple linear regression

ปัจจัย	Unstandardized Coefficients		Sig.	95% CI	
	B	Std. Error		Lower	Upper
ค่าคงที่	13.80	5.10	.01*	3.62	23.98
เพศหญิง	5.30	1.81	.01*	1.68	8.90
มีโรคหัวใจ	0.27	2.12	.90	-3.95	4.50
เวลาล้างไตทางหน้าท้อง (ปี)	1.17	0.73	.12	-0.31	2.63
จำนวนครั้งที่รักษาเป็นผู้ป่วยในภายในระยะเวลา 1 ปี	1.39	0.48	.01*	0.44	2.33
ความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย	-5.06	2.32	.03*	-9.69	-0.43
ภาวะพึงพิง (Barthel index)	0.19	0.41	.64	-0.62	1.00

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p \leq .05$

การศึกษานี้พบว่า การต้องนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลบ่อยขึ้นทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปีที่ต้องนอนโรงพยาบาลจำนวน 351 คน ประเมินอาการ 3 ครั้ง ได้แก่ 48 ชั่วโมงหลังนอนโรงพยาบาล ก่อนจำหน่าย และหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 6 เดือน พบภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยจากการประเมินด้วย 15-item geriatric depressive scale (GDS-15) อยู่ในช่วง 5 - 9 คะแนน เท่ากับร้อยละ 26.7 และพบภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไป (GDS-15 > 10 คะแนน) เท่ากับร้อยละ 21.2 โดยพบว่าอาการดีขึ้นหลังจากจำหน่ายไปแล้วที่ 6 เดือน โดยพบปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะพึ่งพิงและภาวะโภชนาการของผู้ป่วย¹⁹

การมีโรคร่วม เช่น โรคหัวใจ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีจำนวน 542 คน พบว่า ผู้ที่นอนโรงพยาบาลด้วยหัวใจล้มเหลวมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 36.5 ขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 25.5 ปัจจัยที่ทำให้ภาวะซึมเศร่ายังไม่ดีขึ้น ได้แก่ สุขภาพร่างกายเดิม ความเครียดในชีวิต และการขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม²⁰ โดยทางการแพทย์ ภาวะหัวใจล้มเหลวและอาการของโรคไตวายเรื้อรังมีอาการใกล้เคียงกัน คือ น้ำหนักเกิน หอบ บวม และหายใจลำบาก ซึ่งผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ต้องนอนโรงพยาบาลบ่อย ๆ อาจมีความเครียดและเสี่ยงกับภาวะซึมเศร้าได้ เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว

ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการขับถ่าย ไม่ว่าจะเป็นการควบคุมการขับถ่ายหรือท้องผูก ล้วนส่งผลให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วยได้ การศึกษาผู้ป่วยท้องผูกเรื้อรังจำนวน 54 คน โดยใช้เครื่องมือ hospital anxiety and depression scale (HADS) พบภาวะกังวลและซึมเศร้า ร้อยละ 33.3 และร้อยละ 22.2 ตามลำดับ ส่วนการประเมินด้วย mini international neuropsychiatric interview (MINI) พบภาวะกังวลและซึมเศร้า ร้อยละ 31.5 และร้อยละ 33.3 ตามลำดับ²¹ ในทางกลับกัน ผู้ที่มีภาวะซึมเศร่ายังมีปัญหาในระบบทางเดินอาหารได้บ่อย การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาในประชากร

ทั่วไปที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 495 คน และไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 4,709 คน พบว่า ร้อยละ 24.6 ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า รายงานว่ามีความผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร เมื่อเทียบกับร้อยละ 12.6 ในผู้ที่ไม่มีความผิดปกติ โดยพบท้องเสียเรื้อรังในผู้ที่มีภาวะซึมเศร่าร้อยละ 15.5 มากกว่าผู้ที่ไม่มีความผิดปกติที่พบร้อยละ 6.1 และพบภาวะท้องผูกเรื้อรังในผู้ป่วยซึมเศร่าร้อยละ 9.1 ในขณะที่ผู้ที่ไม่มีความผิดปกติที่พบร้อยละ 6.5 และยังพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยท้องเสียเรื้อรังและท้องผูกเรื้อรังสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาในระบบทางเดินอาหาร²²

การศึกษานี้เป็นการศึกษา ณ เวลาหนึ่ง (cross-sectional study) จึงไม่สามารถระบุความเป็นเหตุและผลระหว่างภาวะซึมเศร่ากับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศหญิง จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน และความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย และไม่สามารถระบุถึงการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าที่อาจสัมพันธ์กับการดำเนินโรคของโรคไตวายเรื้อรัง รวมทั้งปัจจัยกระตุ้นและภาวะกดดันที่อาจเกิดขึ้นในช่วงเวลาต่าง ๆ ในชีวิต ดังนั้น ควรมีการศึกษาที่เป็นการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (prospective study) ตั้งแต่การดูแลผู้ป่วยครั้งแรกและติดตามต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ ซึ่งจะแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการนำไปใช้ในการป้องกัน ดูแลรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของประชากรกลุ่มนี้

สรุป

ผู้ป่วยฟอกไตทางหลอดเลือดมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 34.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศหญิง จำนวนครั้งที่ต้องนอนโรงพยาบาล และความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย ผู้ดูแลและผู้ให้การรักษาจึงควรให้ความสนใจ สังเกตอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาอย่างเหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ พญ.นันทิกา ทวิชาชาติ และรองศาสตราจารย์พวงสร้อย วรกุล ที่อนุเคราะห์เครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้า พญ.กันต์กมล จัยสิน ที่ช่วย

ตรวจทานข้อมูล และทีมหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสกลนคร
ที่ช่วยรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. อนันต์ เชื้อสุวรรณ, อติสรณ์ ลำเพาพงศ์. ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย พ.ศ. 2563 [Thailand renal replacement therapy year 2020] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะอนุกรรมการการลงทะเบียนรักษาทดแทนไต สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 8 เม.ย. 2565]. จาก: <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2021/10/Final-TRT-report-2020.pdf>
2. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2022 Apr 8]. Available from <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;sequence=1>
3. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จูฑา, อธิป ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อธิณางค์กรชัย. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับชาติของประเทศไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 [Prevalence of mental health disorder and mental health problem: Thai national mental health survey 2013]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2560;25(1):1-19.
4. Kimmel PL, Cukor D, Cohen SD, Peterson RA. Depression in end-stage renal disease patients: a critical review. *Adv Chronic Kidney Dis*. 2007;14(4):328-34. doi:10.1053/j.ackd.2007.07.007.
5. Shulman R, Price JD, Spinelli J. Biopsychosocial aspects of long-term survival on end-stage renal failure therapy. *Psychol Med*. 1989;19(4):945-54. doi:10.1017/s0033291700005663.
6. Drayer RA, Piraino B, Reynolds CF 3rd, Houck PR, Mazumdar S, Bernardini J, et al. Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms, quality of life and mortality risk. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006;28(4):306-12. doi:10.1016/j.genhosppsych.2006.03.008.
7. Teles F, Amorim de Albuquerque AL, Freitas Guedes Lins IK, Carvalho Medrado P, Falcão Pedrosa Costa A. Quality of life and depression in haemodialysis patients. *Psychol Health Med*. 2018;23(9):1069-78. doi:10.1080/13548506.2018.1469779.
8. Muhammad Jawad Zaidi S, Kaneez M, Bhatti HW, Khan S, Fatima S, Hamza M, et al. Exploring the predictive factors for depression among hemodialysis patients: a case-control study. *BJPsych Open*. 2021;7(Suppl 1):S43-4. doi:10.1192/bjo.2021.165.
9. ศิริอร สินธุ์, รสสุคนธ์ วาริตสกุล, อรวรรณ ศรียุคตศุทธ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง [Factors Associated with depression in elderly peritoneal dialysis patients]. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2554;29(ฉบับเพิ่มเติม 2):84-92.
10. Alencar SBV, de Lima FM, Dias LDA, Dias VDA, Lessa AC, Bezerra JM, et al. Depression and quality of life in older adults on hemodialysis. *Braz J Psychiatry*. 2020;42(2):195-200 doi:10.1590/1516-4446-2018-0345.
11. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck depression inventory-II. San Antonio: Psychological Corporation; 1996.
12. ปิยะภัทร เดชพระธรรม, รัตนา มินะพันธ์, ประเสริฐพร จันทร์, สมลักษณ์ เพียรมานะกิจ, เยาวลักษณ์ จันทร์เกษมจิต, อำไพ อยู่วัลย์. ความน่าเชื่อถือของแบบประเมินบาร์เธล ฉบับไทยในผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง [The inter-rater reliability of Barthel index (Thai version) in stroke patients]. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสภาวะ. 2549;16(1):1-9.
13. Teles F, Azevedo VF, Miranda CT, Miranda MP, Teixeira MD, Elias RM. Depression in hemodialysis patients: the role of dialysis shift. *Clinics (Sao Paulo)*. 2014;69(3):198-202. doi:10.6061/clinics/2014(03)10.
14. Shors TJ, Leuner B. Estrogen-mediated effects on depression and memory formation in females. *J Affect Disord*. 2003;74(1):85-96. doi:10.1016/s0165-0327(02)00428-7.

15. Keita GP. Psychosocial and cultural contributions to depression in women: considerations for women midlife and beyond. *J Manag Care Pharm.* 2007;13 (9 Suppl A):S12-5. doi:10.18553/jmcp.2007.13.9-a.12.
16. Campbell J, Kub JE, Rose L. Depression in battered women. *J Am Med Womens Assoc* (1972). 1996; 51(3):106-10.
17. Romans SE, Tyas J, Cohen MM, Silverstone T. Gender differences in the symptoms of major depressive disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2007;195(11): 905-11. doi:10.1097/NMD.0b013e3181594cb7.
18. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ศิริพร จิรวัดน์กุล, ธรณินทร์ กองสุข, สุพัตรา สุขาวท, จินตนา ลี้จิ่งเพิ่มพูน, เยาวเรศ สุตตะโท. เพศหญิง หรือ ความเป็นหญิง...จึงนำไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้า [Sex or gender leading to a high risk of depressive disorder in women]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2555;57(1):61-74.
19. Chen CM, Huang GH, Chen CC. Older patients' depressive symptoms 6 months after prolonged hospitalization: course and interrelationships with major associated factors. *Arch Gerontol Geriatr.* 2014;58(3):339-43. doi:10.1016/j.archger.2013.12.007.
20. Koenig HG. Depression in hospitalized older patients with congestive heart failure. *Gen Hosp Psychiatry.* 1998;20(1):29-43. doi:10.1016/s0163-8343(98)80001-7.
21. Hosseinzadeh ST, Poorsaadati S, Radkani B, Forootan M. Psychological disorders in patients with chronic constipation. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench.* 2011;4(3):159-63.
22. Ballou S, Katon J, Singh P, Rangan V, Lee HN, McMahon C, et al. Chronic diarrhea and constipation are more common in depressed individuals. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2019;17(13):2696-703. doi:10.1016/j.cgh.2019.03.046.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ภาวะหมดไฟและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคลากรสาธารณสุขจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

วันรับ : 17 มีนาคม 2565
วันแก้ไข : 14 มิถุนายน 2565
วันตอบรับ : 16 มิถุนายน 2565

วรวรรณ จุฑา, กศ.ม.¹, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, พ.บ.²,
กมลลักษณ์ มากคล้าย, ส.บ.¹, นพพร ตันติรังสี, พร.ด.³,
สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต¹, ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต²,
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 กรมสุขภาพจิต³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะหมดไฟในบุคลากรสาธารณสุขจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

วิธีการ : การศึกษาเชิงพรรณนา ใช้ข้อมูลสำรวจการรับรู้และภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนไทยจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุขอายุ 18 ปีขึ้นไปจากการสุ่มหลายขั้นตอน ใช้แบบประเมินภาวะหมดไฟออนไลน์ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะหมดไฟด้วยสถิติ chi-square และ binary logistic regression นำเสนอเป็นค่า odds ratio และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ผล : ความชุกภาวะหมดไฟสูงสุดช่วงวันที่ 12 - 18 มีนาคม พ.ศ. 2563 ทั้งด้านความรู้สึกเหนื่อยล้าทางอารมณ์ ด้านความรู้สึกความสามารถตนเองลดลง และด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงานในทางลบ (ร้อยละ 11.4, 7.6 และ 8.4 ตามลำดับ) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านความรู้สึกเหนื่อยล้าทางอารมณ์ ได้แก่ อายุ 25 - 40 ปี อาศัยตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปโดยมีเด็กเล็กและผู้สูงอายุ มีหน้าที่รักษาพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 มีโรคประจำตัว และไม่มีหรือมีความเชื่อมั่นน้อยในมาตรการควบคุมการระบาดของโรค ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านความรู้สึกความสามารถตนเองลดลง ได้แก่ อายุ 18 - 40 ปี อาศัยตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปโดยมีเด็กเล็กและผู้สูงอายุ มีหน้าที่รักษาพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 มีโรคประจำตัว และไม่มีหรือมีความเชื่อมั่นน้อยในมาตรการควบคุมการระบาดของโรค ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงานในทางลบ ได้แก่ มีโรคประจำตัว และไม่มีหรือมีความเชื่อมั่นน้อยในมาตรการควบคุมการระบาดของโรค

สรุป : บุคลากรสาธารณสุขควรได้รับการเฝ้าระวังภาวะหมดไฟและการสนับสนุนจากผู้ร่วมงานและผู้บริหารเพื่อป้องกันผลกระทบทางสุขภาพจิต

คำสำคัญ : บุคลากรสาธารณสุข, ภาวะหมดไฟ, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ติดต่อผู้นิพนธ์ : วรวรรณ จุฑา; e-mail: wwanchutha@gmail.com

Original articles

Burnout and related factors in health personnel form the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic

Received : 17 March 2022

Revised : 14 June 2022

Accepted : 16 June 2022

Worawan Chutha, M.ED.¹, Phunnapa kittiratanapaiboon, M.D.²Kamonluck Makkhlai, B.P.H.¹, Nopporn Tantirangsi, Ph.D.³Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health¹,Pensioner, Department of Mental Health², Mental Health Center 12, Department of Mental Health³

Abstract

Objective: To study the prevalence of burnout and related factors among health personnel during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic.

Methods: This descriptive study used data from the survey of perceptions and mental health of public health personnel and Thai people from the COVID-19 pandemic in 2020. The sample included health personnel aged 18 years and older selected by multi-stage stratified sampling. Burnout syndrome was assessed by using an online questionnaire. The related factors of burnout were analyzed by using chi-square test and binary logistic regression analysis and presented with odds ratio and 95% confidence interval (95% CI).

Results: Prevalence of burnout was highest in all domains during 12 - 18 March 2020. Emotional exhaustion, low perception of self-efficacy, and negative perception of workplace relationship were found in 11.4%, 7.6%, and 8.4% of the sample, respectively. Emotional exhaustion was related to age 25 - 40 years old, residing with 2 or more people with children and elderly, being on duty to treat patients with COVID-19, having chronic disease, and lack of confidence in control measures of COVID-19. Low perceived self-efficacy was associated with age 18 - 40 years old, residing with 2 or more people with children and elderly, being on duty to treat patients with COVID-19, having chronic diseases, and lack of confidence in control measures of COVID-19. Negative perception of workplace relationship was related to having chronic disease and lack of confidence in control measures of COVID-19.

Conclusion: Healthcare workers need monitoring for burnout and support from colleagues and leaders to prevent mental health problems.

Keywords: burnout, Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), health personnel

Corresponding author: Worawan Chutha; e-mail: wwanchutha@gmail.com

ความรู้เดิม : ภาวะหมดไฟของบุคลากรสาธารณสุขเกิดจากการปฏิบัติงานที่เครียดต่อเนื่องเป็นเวลานาน การศึกษาภาวะหมดไฟของบุคลากรสาธารณสุขในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่เป็นการสำรวจในแต่ละหน่วยงาน

ความรู้ใหม่ : ความชุกของภาวะหมดไฟของบุคลากรสาธารณสุขไทยระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบสูงสุดในช่วงแรกของการระบาดอยู่ระหว่างร้อยละ 7.6 - 11.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟ ได้แก่ อายุ ภาระส่วนตัว ลักษณะงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลผู้ติดเชื้อหรือสงสัยติดเชื้อ และการขาดความเชื่อมั่นในระบบสาธารณสุขและมาตรการระดับจังหวัดในการป้องกันควบคุมโรค

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ผู้บริหารและองค์กรที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการดูแล วางแผน พัฒนา ศักยภาพ และเฝ้าระวังบุคลากรสาธารณสุขไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่ต่อเนื่องและรุนแรง

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (COVID-19) พบผู้ป่วยคนแรกที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนไต้หวันประชาชนจีน ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562 ต่อมาระบาดในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย¹ โรคนี้เกิดจากเชื้อไวรัส severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) อาการทางระบบทางเดินหายใจที่พบในผู้ติดเชื้อ ได้แก่ ไข้ ไอ หายใจไม่สะดวก และหายใจลำบาก ผู้ที่มีอาการรุนแรงอาจเกิดปอดติดเชื้อ การทำงานของไตล้มเหลว และถึงแก่ชีวิตได้² ผู้ติดเชื้อแต่ละคนมีระยะเวลาการรักษาแตกต่างกันขึ้นกับความรุนแรงของโรคและสภาพร่างกายเดิม

สถานการณ์โรคระบาดที่เกิดขึ้นส่งผลให้บุคลากรสาธารณสุขต้องปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เกิดความวิตกกังวล ความเครียด มีความเหนื่อยล้าจากการ

ที่ต้องทำงานหนัก เนื่องจากต้องอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องการความทุ่มเทต่อเนื่องเป็นเวลานาน จนสภาวะร่างกายอ่อนล้า ซึ่งอาจแสดงออกมาในรูปแบบการอ่อนเพลีย ไม่มีพลังกำลังในการทำงาน ส่วนความอ่อนล้าทางอารมณ์แสดงออกด้วยความรู้สึกสิ้นหวัง ผลที่หลีกเลี่ยงไม่ได้คือ การบั่นทอนทรัพยากรและศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข ทำให้ความเข้มแข็งและความสามารถในการทำงานลดลง เกิดการลดค่าความเป็นบุคคล และลดคุณค่าความสำเร็จในตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดผลกระทบระยะยาวของโรคโควิด 19 ต่อสุขภาพตาม Health Footprint of COVID-19 ที่แปลมาจาก UPWELL Health Collection, Home Health: Melbourne, Australia² ซึ่งแบ่งผลกระทบออกเป็น 4 คลื่น โดยคลื่นลูกที่ 4 เป็นช่วง 2 เดือนถึง 3 ปี หลังมีโรคระบาดที่เกิดผลกระทบด้านเศรษฐกิจเป็นลูกโซ่ ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ประชาชนมีความเครียด ซึมเศร้า หรือฆ่าตัวตาย การให้บริการในภาวะวิกฤตมาอย่างยาวนานยังส่งผลต่อสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งอาจมีภาวะเหนื่อยล้าและหมดไฟ^{3,4}

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของภาวะหมดไฟว่าเป็นภาวะการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่เกิดจากความเครียดเรื้อรังในการทำงาน โดยมี 3 อาการหลัก ประกอบด้วย 1) รู้สึกสูญเสียพลังงานหรือมีภาวะอ่อนเพลีย 2) มีความรู้สึกต่อต้านและมองงานของตนเองในทางลบ ขาดความรู้สึกในความตั้งใจที่จะประสบความสำเร็จ ไม่มีแรงจูงใจที่จะประสบความสำเร็จในงาน และ 3) รู้สึกเหินห่างจากคนอื่นไม่ว่าจะเป็นผู้ร่วมงานหรือผู้รับบริการ รวมถึงขาดความผูกพันกับสถานที่ทำงาน⁵ ซึ่งการประชุมองค์การอนามัยโลกเมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562 ได้ระบุว่าภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นภาวะที่ต้องได้รับการรักษาในทางการแพทย์ และจะถูกระบุในคู่มือการวินิจฉัยและจัดประเภทของโรคระหว่างประเทศ ฉบับที่ 11 (International Classification of Disease 11th; ICD-11)⁶ แม้ภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นกลุ่มอาการที่ไม่รุนแรงเท่าโรคซึมเศร้า แต่หากไม่ได้รับการแก้ไขอาจส่งผลต่อการทำงาน เช่น ขาดงานบ่อย ประสิทธิภาพการทำงานลดลง และมีความคิดลาออกจากงาน หรืออาจเกิดโรคซึมเศร้าได้ในที่สุด⁷⁻⁹

ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 มีการศึกษาสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา โดยพบว่าภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูงร้อยละ 43.7 ลดความเป็นบุคคลในระดับสูงร้อยละ 45.5 และความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับสูงร้อยละ 100.0¹⁰ การศึกษาในสถาบันบำราศนราดูรพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีภาวะหมดไฟในการทำงานระดับสูงร้อยละ 30.8 โดยด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์พบร้อยละ 49.7 และความสำเร็จส่วนบุคคลร้อยละ 47.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟ ได้แก่ อายุ ตำแหน่งงาน ระยะเวลาการทำงานของพยาบาล ระยะเวลาทำงานในหน่วยงาน และจำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน¹¹ ส่วนการศึกษาในโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของบุคลากรมีภาวะหมดไฟด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดความเป็นบุคคล และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับปานกลางและสูง ปัจจัยที่มีผลกับระดับของภาวะหมดไฟ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว ไม่มีเวลาส่วนตัวเพียงพอ รายได้ที่มากขึ้น และระดับการศึกษาที่ต่ำ¹²

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะหมดไฟในบุคลากรสาธารณสุขจากการระบาดของโรคโควิด 19 ในระดับประเทศ เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนางานสุขภาพจิตทั้งด้านส่งเสริมป้องกัน วางแผนดูแล พัฒนาศักยภาพ และการป้องกันผลกระทบทางสุขภาพจิตที่รุนแรงในบุคลากรสาธารณสุข

วิธีการ

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ใช้ข้อมูลสำรวจการรับรู้และภาวะสุขภาพจิตบุคลากรสาธารณสุขและคนไทยจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่สำรวจระหว่างเดือนมีนาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2563 ห่างกันทุก 2 สัปดาห์ รวม 11 ครั้ง ในบุคลากรสาธารณสุขอายุ 18 ปีขึ้นไปที่เป็นข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราว ที่ปฏิบัติงาน

ในหน่วยงานเป้าหมายที่สุ่มได้อย่างน้อย 3 เดือน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ค่าความชุกภาวะหมดไฟ ด้านความสำเร็จส่วนบุคคลระดับสูง ร้อยละ 40.0¹³ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 500 คนต่อการสำรวจ 1 ครั้ง

กลุ่มตัวอย่างในการสำรวจแต่ละครั้งได้จากการสุ่มหลายขั้นตอน ดังนี้ จัดกลุ่มจังหวัดในประเทศไทยเป็น 12 เขตสุขภาพ แต่ละเขตสุขภาพสุ่มอย่างง่าย 1 จังหวัด แต่ละจังหวัดที่สุ่มได้จัดกลุ่มตามขนาดหน่วยบริการสาธารณสุข 4 กลุ่ม แล้วสุ่มอย่างง่ายแต่ละจังหวัดให้ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง เก็บตัวอย่างหน่วยละ 3 คน โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง เก็บตัวอย่าง 13 คน โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง เก็บตัวอย่าง 23 คน และโรงพยาบาลจิตเวช 1 แห่ง เก็บตัวอย่าง 8 คน แต่ละหน่วยบริการใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย 1 - 3 แผนก แต่ละแผนกใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขส่วนกรุงเทพมหานคร จัดกลุ่มเขตเป็น 3 ชั้น คือ ชั้นใน ชั้นนอก และชั้นกลาง แต่ละชั้นสุ่ม 1 เขต โดยสุ่มอย่างง่าย แต่ละเขตที่สุ่มได้จัดกลุ่มตามขนาดหน่วยบริการสาธารณสุขเป็น 3 กลุ่ม แล้วสุ่มอย่างง่ายแต่ละเขตให้ได้ศูนย์บริการสาธารณสุข 1 แห่ง เก็บตัวอย่าง 4 คน โรงพยาบาลรัฐ 1 แห่ง เก็บตัวอย่าง 21 คน และโรงพยาบาลจิตเวช 1 แห่ง เก็บตัวอย่าง 10 คน แต่ละหน่วยบริการสาธารณสุขสุ่มอย่างง่าย 1 - 3 แผนก แต่ละแผนกสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นบุคลากรสาธารณสุข

แบบสอบถามที่ใช้เป็นแบบสอบถามแบบออนไลน์ทาง Google Forms เข้าถึงด้วย QR code ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ลักษณะหน่วยงาน ลักษณะการปฏิบัติงาน และแบบประเมินภาวะหมดไฟ ข้อคำถามภาวะหมดไฟอิงจากแนวคิดของ Maslach และ Jackson⁵ โดยภาวะหมดไฟหมายถึง ภาวะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความเครียดเรื้อรังจากการทำงาน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้สึกเหนื่อยล้าทางอารมณ์ 2) ด้านความรู้สึกลดความสามารถในการทำงานของตนเองในเชิงลบ และ 3) ด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงานไปในทางลบ แต่ละด้านมี 1 ข้อคำถาม แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก ได้แก่ แทบไม่มี เป็นบางครั้ง บ่อยครั้ง และเป็นประจำ โดยผู้ที่ตอบ

บ่อยครั้งและเป็นประจำเป็นผู้ที่มีภาวะหมดไฟในด้านนั้น ๆ ทั้งนี้แบบสอบถามทั้งฉบับได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ผลวิเคราะห์ค่าความเที่ยงตรงของแบบประเมินภาวะหมดไฟ มีค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะหมดไฟ ด้วยสถิติ chi-square วิเคราะห์ความถดถอยแบบ binary logistic regression เพื่อคำนวณหาค่าประมาณการของความความเสี่ยงสัมพัทธ์ (odds ratio) และค่าประมาณแบบช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI)

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เอกสารรับรองเลขที่ DMH.IRB.CO.A 010/2563 ลงวันที่ 23 มีนาคม 2563

ผล

ตัวอย่างทั้งหมด 8,071 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง (ร้อยละ 87.2) อายุ 25 - 40 ปี (ร้อยละ 49.2) ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ (ร้อยละ 47.1) อาศัยด้วยกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปโดยไม่มีเด็กเล็กและไม่มีผู้สูงอายุ (ร้อยละ 34.9) ปฏิบัติหน้าที่รักษาให้การพยาบาลผู้รับบริการทั่วไป (ร้อยละ 44.2) ไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง (ร้อยละ 96.8) มีความเชื่อมั่นต่อระบบสาธารณสุขในการป้องกันโรคปานกลาง - มาก (ร้อยละ 93.3) มีความเชื่อมั่นต่อการจัดการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ระดับจังหวัดปานกลาง - มาก (ร้อยละ 94.8) มีความแตกต่างกันของความชุกภาวะหมดไฟอย่างมีนัยสำคัญในทุกปัจจัย ยกเว้นเพศ (ตารางที่ 1)

ความชุกของภาวะหมดไฟด้านความรู้สึกเหนื่อยล้าทางอารมณ์ของบุคลากรสาธารณสุข พบสูงสุดร้อยละ 11.4 ในช่วงสำรวจครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่ 12 - 18 มีนาคม พ.ศ. 2563 (ตารางที่ 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 25 - 40 ปี (adjusted odds ratio; AOR = 1.37, 95% CI = 1.12 - 1.68) อาศัยตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปโดยมีเด็กเล็กและผู้สูงอายุ (AOR =

1.70, 95% CI = 1.25 - 2.32) ปฏิบัติหน้าที่รักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อโควิด 19 ผู้ที่สงสัยติดเชื้อ หรือผู้ที่ต้องเฝ้าระวัง (AOR = 1.53, 95% CI = 1.10 - 2.13) มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ (AOR = 2.39, 95% CI = 1.59 - 3.58) ไม่มีหรือมีความเชื่อมั่นน้อยในระบบสาธารณสุขในการป้องกันโรคโควิด 19 (AOR = 4.03, 95% CI = 3.07 - 5.28) และไม่มีหรือมีความเชื่อมั่นน้อยในการจัดการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ระดับจังหวัด (AOR = 2.15, 95% CI = 1.51 - 3.05) (ตารางที่ 3)

ความชุกของภาวะหมดไฟด้านความรู้สึกความสามารถตนเองลดลง พบสูงสุด ร้อยละ 7.6 ในช่วงสำรวจครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่ 12 - 18 มีนาคม พ.ศ. 2563 (ตารางที่ 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 18 - 24 ปี (AOR = 1.81, 95% CI = 1.08 - 3.03) และอายุ 25 - 40 ปี (AOR = 1.54, 95% CI = 1.18 - 2.01) อาศัยตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปโดยมีเด็กเล็กและผู้สูงอายุ (AOR = 1.61, 95% CI = 1.09 - 2.39) ปฏิบัติหน้าที่รักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อโควิด 19 ผู้ที่สงสัยติดเชื้อ หรือผู้ที่ต้องเฝ้าระวัง (AOR = 1.67, 95% CI = 1.11 - 2.49) มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ (AOR = 3.13, 95% CI = 1.96 - 5.00) ไม่มีหรือมีความเชื่อมั่นน้อยในระบบสาธารณสุขในการป้องกันโรคโควิด 19 (AOR = 3.59, 95% CI = 2.53 - 5.09) และไม่มีหรือมีความเชื่อมั่นน้อยในการจัดการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ระดับจังหวัด (AOR = 2.08, 95% CI = 1.34 - 3.21) (ตารางที่ 4)

ความชุกของภาวะหมดไฟด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงานในทางลบ พบสูงสุดร้อยละ 8.4 ในช่วงสำรวจครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่ 12 - 18 มีนาคม พ.ศ. 2563 (ตารางที่ 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ (AOR = 2.51, 95% CI = 1.61 - 3.92) ไม่มีหรือมีความเชื่อมั่นน้อยในระบบสาธารณสุขในการป้องกันโรคโควิด 19 (AOR = 3.70, 95% CI = 2.70 - 5.08) และไม่มีหรือมีความเชื่อมั่นน้อยในการจัดการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ระดับจังหวัด (AOR = 2.59, 95% CI = 1.76 - 3.80) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบุคคลกับภาวะหมดไฟ

ปัจจัย	ภาวะหมดไฟ จำนวน (ร้อยละ)									
	จำนวน (ร้อยละ)		ด้านความรู้สึกเหมือนสำทางอารมณ์		p-value**		ด้านความรู้สึกความสามารถตนเองลดลง		p-value**	
	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี
เพศ										
หญิง	1,393 (17.3)	6,255 (93.7)	423 (6.3)		.95		6,449 (96.6)	229 (3.4)	.07	
ชาย	6,678 (82.7)	1,306 (93.8)	87 (6.2)				1,331 (95.5)	62 (4.5)		
อายุ (ปี)										
18 - 24 ปี	430 (5.3)	399 (92.8)	31 (7.2)		< .01*		411 (95.6)	19 (4.4)	< .01*	
25 - 40 ปี	3,972 (49.2)	3,683 (92.7)	289 (7.3)				3,802 (95.7)	170 (4.3)		
41 ปีขึ้นไป	3,669 (45.5)	3,479 (94.8)	190 (5.2)				3,567 (97.2)	102 (2.8)		
	mean = 39.3 ± 10.3, median = 39.0, min = 18, max = 68									
สถานที่ปฏิบัติงาน					.03*				.33	
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	956 (11.8)	910 (95.2)	46 (4.8)				928 (97.1)	28 (2.9)		
โรงพยาบาลชุมชน	1,777 (22.0)	1,649 (92.8)	128 (7.2)				1,714 (96.5)	63 (3.5)		
โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์	3,802 (47.1)	3,549 (93.3)	253 (6.7)				3,668 (96.5)	134 (3.5)		
โรงพยาบาลจิตเวช	1,536 (19.0)	1,453 (94.6)	83 (5.4)				1,470 (95.7)	66 (4.3)		
ปัจจุบันที่พักอาศัยอยู่ด้วยกัน มีใครบ้าง					< .01*				< .01*	
อยู่คนเดียว	1,218 (15.1)	1,149 (94.3)	69 (5.7)				1,177 (96.6)	41 (3.4)		
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ไม่มีเด็กเล็กและไม่มีผู้สูงอายุ	2,819 (34.9)	2,644 (93.8)	175 (6.2)				2,724 (96.6)	95 (3.4)		
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีเด็กเล็กแต่ไม่มีผู้สูงอายุ	704 (8.7)	677 (96.2)	27 (3.8)				686 (97.4)	18 (2.6)		
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ไม่มีเด็กเล็กแต่มีผู้สูงอายุ	1,758 (21.8)	1,668 (94.9)	90 (5.1)				1,703 (96.9)	55 (3.1)		
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีเด็กเล็กและผู้สูงอายุ	1,572 (19.5)	1,423 (90.5)	149 (9.5)				1,490 (94.8)	82 (5.2)		
ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาส่วนใหญ่ในแต่ละวันปฏิบัติหน้าที่ได้					< .01*				< .01*	
รักษาให้การพยาบาลผู้ติดเชื้อโควิด 19 ผู้ที่สงสัยติดเชื้อผู้ต้องเฝ้าระวัง	930 (11.9)	850 (91.4)	80 (8.6)				879 (94.5)	51 (5.5)		
คัดกรองผู้รับบริการ จัดยา lab รังสี เวิร์บเลงานเวชระเบียน	1,808 (23.1)	1,685 (93.2)	123 (6.8)				1,739 (96.2)	69 (3.8)		

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบุคคลกับภาวะหมดไฟ (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะหมดไฟ จำนวน (ร้อยละ)					
		ด้านความรู้สึกเหนื่อยล้า		ด้านความรู้สึกความสามารถ		ด้านความล้มเหลว ในที่ทำงานในทางลบ	
		ทางอารมณ์		ตนเองลดลง		p-value**	
		ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี
รึกษา ให้การพยาบาลผู้รับบริการทั่วไป	3,465 (44.2)	3,258 (94)	207 (6.0)	3,361 (97.0)	104 (3.0)	3,313 (95.6)	152 (4.4)
	1,640 (20.9)	1,552 (94.6)	88 (5.4)	1,582 (96.5)	58 (3.5)	1,578 (96.2)	62 (3.8)
ชักล้าง							
ป่วยโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน							
ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ							
ไม่มี	7,810 (96.8)	7,333 (93.9)	477 (6.1)	7,544 (96.6)	266 (3.4)	7,480 (95.8)	330 (4.2)
มี	261 (3.2)	228 (87.4)	33 (12.6)	236 (90.4)	25 (9.6)	234 (89.7)	27 (10.3)
ความเชื่อมั่นต่อระบบสาธารณสุขในการป้องกัน							
โรคโควิด 19							
ปานกลาง - มาก							
ไม่มี - มีความเชื่อมั่นน้อย	7,010 (93.3)	6,649 (94.9)	361 (5.1)	6,811 (97.2)	199 (2.8)	6,760 (96.4)	250 (3.6)
	504 (6.7)	383 (76.0)	121 (24.0)	434 (86.1)	70 (13.9)	414 (82.1)	90 (17.9)
ความเชื่อมั่นต่อการจัดการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19							
ระดับจังหวัด							
ปานกลาง - มาก							
ไม่มี - มีความเชื่อมั่นน้อย	5,970 (95.5)	5,658 (94.8)	312 (5.2)	5,810 (97.3)	160 (2.7)	5,759 (96.5)	211 (3.5)
	281 (4.5)	214 (76.2)	67 (23.8)	240 (85.4)	41 (14.6)	225 (80.1)	56 (19.9)

* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .05, ** chi-square test

ตารางที่ 2 ความชุกของภาวะหมดไฟ 3 ด้านของการสำรวจแต่ละครั้ง

กำหนดการสำรวจ	จำนวนเก็บ จำนวน (ร้อยละ)	ความชุกภาวะหมดไฟ จำนวน (ร้อยละ)		
		ด้านความรู้สึก เหนื่อยล้า ทางอารมณ์	ด้านความรู้สึก ความสามารถตนเอง ลดลง	ความสัมพันธ์ ในที่ทำงาน ในทางลบ
ครั้งที่ 1 วันที่ 12 - 18 มีนาคม 2563	605 (100.0)	69 (11.4)	46 (7.6)	51 (8.4)
ครั้งที่ 2 วันที่ 30 มีนาคม - 4 เมษายน 2563	578 (100.0)	65 (11.2)	25 (4.3)	45 (7.8)
ครั้งที่ 3 วันที่ 13 - 19 เมษายน 2563	650 (100.0)	59 (9.1)	26 (4.0)	43 (6.6)
ครั้งที่ 4 วันที่ 27 เมษายน - 2 พฤษภาคม 2563	592 (100.0)	35 (5.9)	10 (1.7)	19 (3.2)
ครั้งที่ 5 วันที่ 11 - 16 พฤษภาคม 2563	580 (100.0)	29 (5.0)	18 (3.1)	24 (4.1)
ครั้งที่ 6 วันที่ 25 - 30 พฤษภาคม 2563	570 (100.0)	37 (6.5)	27 (4.7)	28 (4.9)
ครั้งที่ 7 วันที่ 8 - 13 มิถุนายน 2563	557 (100.0)	28 (5.0)	22 (3.9)	17 (3.1)
ครั้งที่ 8 วันที่ 22 - 27 มิถุนายน 2563	658 (100.0)	34 (5.2)	22 (3.3)	22 (3.3)
ครั้งที่ 9 วันที่ 6 - 11 กรกฎาคม 2563	599 (100.0)	28 (4.7)	22 (3.7)	25 (4.2)
ครั้งที่ 10 วันที่ 20 - 25 กรกฎาคม 2563	498 (100.0)	24 (4.8)	12 (2.4)	10 (2.0)
ครั้งที่ 11 วันที่ 3 - 8 สิงหาคม 2563	535 (100.0)	24 (4.5)	14 (2.6)	21 (3.9)
ครั้งที่ 12 วันที่ 17 - 22 สิงหาคม 2563	526 (100.0)	24 (4.6)	18 (3.4)	15 (2.9)
ครั้งที่ 13 วันที่ 7 - 12 กันยายน 2563	535 (100.0)	26 (4.9)	17 (3.2)	21 (3.9)
ครั้งที่ 14 วันที่ 6 - 13 กันยายน 2563	588 (100.0)	28 (4.8)	12 (2.0)	16 (2.7)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านความรู้สึกเหนื่อยล้าทางอารมณ์

ปัจจัย	Crude OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
เพศ				
หญิง	1.00		1.00	
ชาย	0.99 (0.78 - 1.25)	.090	0.90 (0.70 - 1.12)	.41
อายุ (ปี)				
18 - 24 ปี	1.42 (0.96 - 2.11)	.08	1.49 (0.99 - 2.23)	.06
25 - 40 ปี	1.44 (1.19 - 1.74)	< .01*	1.37 (1.12 - 1.68)	< .01*
41 ปีขึ้นไป	1.00		1.00	
สถานที่ปฏิบัติงาน				
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	0.89 (0.61 - 1.28)	.52	0.99 (0.67-1.46)	.99
โรงพยาบาลชุมชน	1.36 (1.02 - 1.81)	.04*	1.33 (0.98-1.81)	.06
โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์	1.25 (0.97 - 1.61)	.09	1.28 (0.98-1.68)	.07
โรงพยาบาลจิตเวช	1.00		1.00	
ปัจจุบันผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วยกัน มีใครบ้าง				
อยู่คนเดียว	1.00		1.00	
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ไม่มีเด็กเล็กและไม่มีผู้สูงอายุ	1.10 (0.83 - 1.47)	.51	1.24 (0.92 - 1.67)	.16
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีเด็กเล็กแต่ไม่มีผู้สูงอายุ	0.66 (0.42 - 1.05)	.08	0.73 (0.46 - 1.16)	.18
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ไม่มีเด็กเล็กแต่มีผู้สูงอายุ	0.90 (0.65 - 1.24)	.52	1.09 (0.78 - 1.52)	.63
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีเด็กเล็กและผู้สูงอายุ	1.74 (1.30 - 2.34)	< .01*	1.70 (1.25 - 2.32)	< .01*

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านความรู้สึกเหนื่อยล้าทางอารมณ์ (ต่อ)

ปัจจัย	Crude OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ในแต่ละวัน ปฏิบัติหน้าที่ใด	1.00		1.00	
รักษา พยาบาลผู้ติดเชื้อโควิด 19 ผู้ที่สงสัยติดเชื้อ ผู้ที่ต้องเฝ้าระวัง	1.66 (1.21 - 2.27)	< .01*	1.53 (1.10 - 2.13)	.01*
คัดกรองผู้รับบริการ จัดยา lab รังสี เวิร์ก งานเวชระเบียน	1.29 (0.97 - 1.71)	.08	1.18 (0.88 - 1.58)	.28
รักษา ให้การพยาบาลผู้รับบริการทั่วไป	1.11 (0.86 - 1.43)	.41	1.01 (0.77 - 1.32)	.95
ประจำสำนักงาน ห้องครัว สวนหย่อม ทำความสะอาด ซักล้าง	1.00		1.00	
ป่วยโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ				
ไม่มี	1.00		1.00	
มี	2.23 (1.53 - 3.24)	< .01*	2.39 (1.59 - 3.58)	< .01*
มีความเชื่อมั่นในระบบสาธารณสุขในการป้องกันโรคโควิด 19				
ปานกลาง - มาก	1.00		1.00	
ไม่มี - มีความเชื่อมั่นน้อย	5.83 (4.64 - 7.33)	< .01*	4.03 (3.07 - 5.28)	< .01*
มีความเชื่อมั่นในการจัดการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ระดับจังหวัด				
ปานกลาง - มาก	1.00		1.00	
ไม่มี-มีความเชื่อมั่นน้อย	5.19 (3.88 - 6.94)	< .01*	2.15 (1.51 - 3.05)	< .01*

* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านความรู้สึกความสามารถตนเองลดลง

ปัจจัย	Crude OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
เพศ				
หญิง	1.00		1.00	
ชาย	1.31 (0.99 - 1.75)	.06	1.14 (0.84 - 1.53)	.41
อายุ (ปี)				
18 - 24 ปี	1.62 (0.98 - 2.67)	.06	1.81 (1.08 - 3.03)	.02*
25 - 40 ปี	1.54 (1.22 - 2.01)	< .01*	1.54 (1.18 - 2.01)	< .01*
41 ปีขึ้นไป	1.00		1.00	
สถานที่ปฏิบัติงาน				
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	0.67 (0.43 - 1.05)	.83	0.78 (0.48 - 1.25)	.29
โรงพยาบาลชุมชน	0.82 (0.58 - 1.16)	.27	0.82 (0.56 - 1.19)	.29
โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์	0.81 (0.60 - 1.10)	.18	0.85 (0.62 - 1.17)	.32
โรงพยาบาลจิตเวช	1.00		1.00	
ปัจจุบันผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วยกัน มีใครบ้าง				
อยู่คนเดียว	1.00		1.00	
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ไม่มีเด็กเล็กและไม่มีผู้สูงอายุ	1.00 (0.69 - 1.45)	1.00	1.17 (0.80 - 1.72)	.42
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีเด็กเล็กแต่ไม่มีผู้สูงอายุ	0.75 (0.43 - 1.32)	.32	0.85 (0.48 - 1.51)	.58

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านความรู้สึกความสามารถตนเองลดลง (ต่อ)

ปัจจัย	Crude OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ไม่มีเด็กเล็กแต่มีผู้สูงอายุ	0.93 (0.62 - 1.40)	.72	1.20 (0.79 - 1.84)	.40
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีเด็กเล็กและผู้สูงอายุ	1.58 (1.08 - 2.32)	.02*	1.61 (1.09 - 2.39)	.02*
ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ในแต่ละวัน ปฏิบัติหน้าที่ใด				
รักษา พยาบาลผู้ติดเชื้อโควิด 19 ผู้ที่สงสัยติดเชื้อ ผู้ที่ต้องเฝ้าระวัง	1.58 (1.08 - 2.33)	.02*	1.67 (1.11 - 2.49)	.02*
คัดกรองผู้รับบริการ จัดยา lab รังสี เวิร์เพล งานเวชระเบียน	1.08 (0.76 - 1.55)	.66	1.11 (0.76 - 1.61)	.60
รักษา ให้การพยาบาลผู้รับบริการทั่วไป	0.86 (0.62 - 1.19)	.36	0.88 (0.63 - 1.24)	.48
ประจำสำนักงาน หอครัว สวนหย่อม ทำความสะอาด ซักล้าง	1.00		1.00	
ป่วยโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ				
ไม่มี	1.00		1.00	
มี	3.00 (1.95 - 4.62)	< .01*	3.13 (1.96 - 5.00)	< .01*
มีความเชื่อมั่นในระบบสาธารณสุขในการป้องกันโรคโควิด 19				
ปานกลาง - มาก	1.00		1.00	
ไม่มี - มีความเชื่อมั่นน้อย	5.36 (4.03 - 7.13)	< .01*	3.59 (2.53 - 5.09)	< .01*
มีความเชื่อมั่นในการจัดการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ระดับจังหวัด				
ปานกลาง - มาก	1.00		1.00	
ไม่มี-มีความเชื่อมั่นน้อย	5.15 (3.62 - 7.34)	< .01*	2.08 (1.34 - 3.21)	< .01*

* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงานในทางลบ

ปัจจัย	Crude OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
เพศ				
หญิง	1.00		1.00	
ชาย	1.25 (0.96 - 1.62)	.10	1.14 (0.87 - 1.50)	.35
อายุ (ปี)				
18 - 24 ปี	1.24 (0.78 - 1.98)	.37	1.21 (0.75 - 1.97)	.44
25 - 40 ปี	1.21 (0.97 - 1.51)	.09	1.09 (0.86 - 1.38)	.47
41 ปีขึ้นไป	1.00		1.00	
สถานที่ปฏิบัติงาน				
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	0.59 (0.37 - 0.93)	.02*	0.67 (0.42 - 1.08)	.10
โรงพยาบาลชุมชน	1.13 (0.82 - 1.56)	.45	1.18 (0.84 - 1.66)	.33
โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์	0.98 (0.74 - 1.30)	.89	1.04 (0.77 - 1.41)	.80
โรงพยาบาลจิตเวช	1.00		1.00	
ปัจจุบันผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วยกัน มีใครบ้าง				
อยู่คนเดียว	1.00		1.00	
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ไม่มีเด็กเล็กและไม่มีผู้สูงอายุ	0.81 (0.59 - 1.12)	.21	0.88 (0.63 - 1.22)	.43

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงานในทางลบ (ต่อ)

ปัจจัย	Crude OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีเด็กเล็กแต่ไม่มีผู้สูงอายุ	0.65 (0.40 - 1.06)	.09	0.74 (0.45 - 1.23)	.25
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ไม่มีเด็กเล็กแต่มีผู้สูงอายุ	0.71 (0.49 - 1.01)	.06	0.81 (0.56 - 1.19)	.28
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีเด็กเล็กและผู้สูงอายุ	1.28 (0.92 - 1.79)	.14	1.23 (0.87 - 1.73)	.24
ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ในแต่ละวัน ปฏิบัติหน้าที่ใด				
รักษา พยาบาลผู้ติดเชื้อโควิด 19 ผู้ที่สงสัยติดเชื้อ ผู้ที่ต้องเฝ้าระวัง	1.45 (0.99 - 2.12)	.06	1.39 (0.93 - 2.08)	.11
คัดกรองผู้รับบริการ จัดยา lab รังสี เวิร์เพล งานเวชระเบียน	1.21 (0.86 - 1.69)	.27	1.17 (0.82 - 1.66)	.39
รักษา ให้การพยาบาลผู้รับบริการทั่วไป	1.18 (0.87 - 1.58)	.29	1.14 (0.83 - 1.57)	.41
ประจำสำนักงาน ห้องครัว สวนหย่อม ทำความสะอาด ซักล้าง	1.00		1.00	
ป่วยโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ				
ไม่มี	1.00		1.00	
มี	2.62 (1.73 - 3.95)	< .01*	2.51 (1.61 - 3.92)	< .01*
มีความเชื่อมั่นในระบบสาธารณสุขในการป้องกันโรคโควิด 19				
ปานกลาง - มาก	1.00		1.00	
ไม่มี - มีความเชื่อมั่นน้อย	5.94 (4.59 - 7.70)	< .01*	3.70 (2.70 - 5.08)	< .01*
มีความเชื่อมั่นในการจัดการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ระดับจังหวัด				
ปานกลาง - มาก	1.00		1.00	
ไม่มี-มีความเชื่อมั่นน้อย	6.19 (4.52 - 8.48)	< .01*	2.59 (1.76 - 3.80)	< .01*

* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

วิจารณ์

ความชุกของภาวะหมดไฟด้านความรู้สึกเหนื่อยล้าทางอารมณ์ของบุคลากรสาธารณสุข พบสูงสุดร้อยละ 11.4 ด้านความรู้สึกความสามารถตนเองลดลง พบสูงสุดร้อยละ 7.6 และด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงานในทางลบ พบสูงสุดร้อยละ 8.4 ในการสำรวจครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่ 12 - 18 มีนาคม พ.ศ. 2563 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาของนครินทร์ ชุนงาม¹⁰ ที่ศึกษาสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งพบภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูงร้อยละ 43.7 ลดความเป็นบุคคลในระดับสูงร้อยละ 45.5 และลดความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับสูงร้อยละ 100.0 และต่ำกว่าการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพสถาบันบำราศนราดูร¹¹ ที่พบภาวะหมดไฟในการทำงาน

ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ร้อยละ 49.7 ด้านการลดความเป็นบุคคลร้อยละ 49.7 และด้านความสำเร็จส่วนบุคคลร้อยละ 47.2 สาเหตุที่การศึกษานี้มีความชุกภาวะหมดไฟต่ำกว่าการศึกษานี้เนื่องจากสถานการณ์วิกฤตโรคระบาดนี้ไม่ได้มีสถานการณ์ที่รุนแรงทุกพื้นที่ ทำให้บุคลากรสาธารณสุขบางส่วนปฏิบัติไม่แตกต่างจากเดิมมากนัก

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟแต่ละด้าน ได้แก่ อายุที่น้อยกว่า 41 ปี การอาศัยตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปโดยมีเด็กเล็กและผู้สูงอายุ และการมีโรคประจำตัวเรื้อรัง ปัจจัยอายุสอดคล้องกับการศึกษาภาวะหมดไฟของพยาบาลวิชาชีพสถาบันบำราศนราดูร¹¹ และการศึกษาของ Maslach และ Jackson⁵ ที่พบว่าอายุน้อยเป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงาน เนื่องจากอายุสะท้อนถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาในชีวิต ผู้ที่มีอายุมากกว่ามักมีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูง มองชีวิต

ได้อย่างลึกซึ้งและเข้าใจ การศึกษาของ Cheung และ Tang¹⁴ และการศึกษาของ Dahling และ Perez¹⁵ พบว่าบุคคลที่มีอายุน่าจะมีแนวโน้มที่จะใช้กลยุทธ์การปรับความรู้สึกภายใน (deep acting) มากกว่าบุคคลที่อายุน้อยและมักจะใช้กลยุทธ์ที่ใช้ทรัพยากรทางอารมณ์ที่น้อยกว่า ปัจจัยการอาศัยตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปโดยมีเด็กเล็กและผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาล ที่ระบุว่าภาระครอบครัวเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญอันเกิดจากความเครียดส่วนบุคคล หากไม่ได้รับการแก้ไข จะส่งผลไปสู่ความเหนื่อยล้าของการทำงาน เนื่องจากการที่ต้องรับผิดชอบครอบครัวทั้งในด้านการดูแลและการเลี้ยงดูบุตร การให้เวลากับครอบครัว หรือการดูแลบิดามารดาที่สูงอายุ¹⁶ และสอดคล้องกับการศึกษาภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่พบว่าภาระครอบครัวเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน¹³ ส่วนปัจจัยโรคประจำตัวเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาในบุคลากรของโรงพยาบาลสันป่าตองที่พบว่าปัจจัยโรคประจำตัวมีผลต่อการเกิดความอ่อนล้าทางอารมณ์ที่สูงขึ้น¹²

ปัจจัยด้านการงานที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟ ได้แก่ การปฏิบัติหน้าที่รักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อโควิด 19 ผู้ที่สงสัยติดเชื้อ หรือผู้ที่ต้องเฝ้าระวัง และการไม่มีความเชื่อมั่นหรือมีความเชื่อมั่นน้อยในระบบสาธารณสุขและมาตรการระดับจังหวัดในการจัดการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ปัจจัยลักษณะการทำงานสอดคล้องกับการศึกษาของ Maslach และ Jackson⁵ ที่พบว่าผู้มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่าหรือยังไม่เคยทำงานในองค์กร เมื่อต้องประสบกับบรรยากาศในการทำงานที่ไม่คุ้นเคยและระบบงานใหม่ ๆ มักเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่าผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานที่มากกว่า เนื่องจากผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากสามารถปรับตัวได้ดีกว่า หรืออาจเนื่องจากการปฏิบัติงานดังกล่าวมีปริมาณงานที่มากจนเกินไป มีความซับซ้อน มีเงื่อนไขของเวลาหรือกำหนดแล้วเสร็จ และต้องใช้พลังงานในการจัดการงานมากขึ้นกว่าปกติ ทำให้เวลาสำหรับการพักผ่อนลดลง

และสูญเสียเวลาสำหรับการใช้ชีวิตปกติ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลที่ระบุว่าลักษณะงานที่ต้องเผชิญความกดดัน ความคับข้องใจจากการปฏิบัติการพยาบาล สภาพผู้ป่วยที่กำลังประสบความเป็นความตายหรือภาวะวิกฤตอยู่เสมอ การต้องตัดสินใจเร่งด่วน การทำงานที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและความปลอดภัย และชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานติดต่อกันเกินไป มีผลกระทบต่อสุขภาพ ความเบื่อหน่าย และความเหนื่อยล้าของผู้ปฏิบัติงาน¹⁶ และสอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่าชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์เป็นปัจจัยทำนายการลดความสำเร็จส่วนบุคคล¹⁰ ส่วนปัจจัยการขาดความเชื่อมั่นต่อระบบสาธารณสุขและการจัดการป้องกันควบคุมโรค สอดคล้องกับศึกษาในโรงพยาบาลรามาริบัติที่พบว่าความรู้ต่อระบบบริหารจัดการเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายด้านอารมณ์¹⁷ ดังนั้นการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพภายใต้สถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าการระบาดของโรคโควิด 19 จะสิ้นสุดเมื่อใด ความกังวลใจในเรื่องความปลอดภัยต่อสุขภาพของตนเองและครอบครัว ความเหนื่อยล้าจากการทำงานหนักอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน การมีทรัพยากรที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการที่มีจำนวนมาก อุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อที่ไม่เพียงพอหรือขาดคุณภาพ การที่ไม่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยบางรายที่มีอาการหนัก รวมทั้งการที่ตนเองต้องเว้นระยะห่างทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนฝูง และเพื่อนร่วมงาน จะยิ่งเป็นสถานการณ์ที่สร้างความเครียดสะสมที่ก่อให้เกิดภาวะเหนื่อยล้าจากงานได้สูง

ข้อจำกัดของการศึกษา เนื่องจากการเป็นการสำรวจในช่วงที่เกิดวิกฤตโรคระบาดที่เป็นโรคอุบัติใหม่ ซึ่งแพร่ระบาดได้ง่าย ทำให้จำเป็นต้องใช้การตอบแบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งมีข้อจำกัดที่ต้องใช้แบบสำรวจที่สั้น ใช้เวลาตอบไม่นานนัก และสำรวจปัจจัยที่จำเป็นเท่านั้น การพัฒนาแบบประเมินภาวะหมดไฟจึงดำเนินการเฉพาะการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และเนื่องจากการเป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวางจึงทำให้

ไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าภาวะหมดไฟเป็นผลจากมีความเครียดเรื้อรังจากการปฏิบัติงานอย่างหนัก ระยะยาว และต่อเนื่องในสถานการณ์โรคโควิด 19

สรุป

ความชุกของภาวะหมดไฟด้านความรู้สึกเหนื่อยล้าทางอารมณ์ ด้านความรู้สึกความสามารถตนเองลดลง และด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงานในทางลบ เท่ากับร้อยละ 11.4, 7.6 และ 8.4 ตามลำดับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟของบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ อายุที่น้อยกว่า 41 ปี การอาศัยอยู่ร่วมกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปโดยมีเด็กเล็กและผู้สูงอายุ ปฏิบัติหน้าที่รักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อโควิด 19 ผู้ที่สงสัยติดเชื้อหรือผู้ที่ต้องเฝ้าระวัง มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ไม่มีหรือมีความเชื่อมั่นน้อยในระบบสาธารณสุขในการป้องกันโรคโควิด 19 และไม่มีหรือมีความเชื่อมั่นน้อยในการจัดการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ระดับจังหวัด จึงควรมีการเฝ้าระวังและติดตามดูแลปัญหาภาวะหมดไฟในบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันผลกระทบทางสุขภาพจิต และควรมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดภาวะหมดไฟในบุคลากรสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสหวิชาชีพจากหน่วยงานในพื้นที่ที่ช่วยดำเนินการสำรวจ

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [Coronavirus 2019 disease situation] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 24 ม.ค. 2565]. จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/intro.php>
- World Health Organization. Coronavirus disease 2019 [internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2022 Jan 24]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- วชิระ เพ็งจันทร์, ปรีดา หวังเกียรติ. 4 wave ระบบสาธารณสุขไทยกับผลกระทบระยะยาวจากโควิด 19 [4 wave: Thai public health system and the long-term impact of COVID-19] [อินเทอร์เน็ต]. อุดรธานี: สำนักข่าว Hfocus; 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 24 ม.ค. 2565]. จาก: <https://www.hfocus.org/content/2020/04/19160>
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. แผนฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [Combat 4th wave of COVID-19 plan: C4]. นนทบุรี: กอง; 2563.
- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav. 1981;2(2): 99-113. doi:10.1002/job.4030020205.
- World Health Organization. Burn-out an “Occupational phenomenon”: international classification of diseases [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2019 Nov 11]. Available from: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/.
- ศรีสกุล เฉียบแหลม, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ. ภาวะหมดไฟในการทำงาน [Burnout syndrome]. วารสารแพทยสารทหารอากาศ. 2562;65(2):44-52.
- Schaufeli W, Enzmann D. The burnout companion to study and practice: a critical analysis. London: CRC press; 1998.
- สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. สารานุกรมจิตวิทยา ฉบับราชบัณฑิตยสภา [Encyclopedia of psychology: royal Thai council edition]. กรุงเทพฯ: สำนักงานราชบัณฑิตยสภา; 2561.
- นครินทร์ ชุนงาม. สุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา [Mental health and burnout among physicians in general hospital and community hospital in Nakhon Ratchasima province]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2563;28(4):348-59.
- ปิยะวดี สุมาลัย. ภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ สถาบันบำราศนราดูร [The register nurses' burnout in Bamrasnaradura infectious disease institute]. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2564;4(2):66-78.

12. พัทธราภรณ์ สິณัตพัฒนสุข, ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์. ปัจจัยเสี่ยงของภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ [Risk factors of job burnout among personnel of Sanpatong hospital, Chiangmai province]. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(1):154-63.
13. ศรัณย์ ศรีคำ. ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [Job burnout and related factors among residents of King Chulalongkorn Memorial hospital] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
14. Cheung FY, Tang CS. Effects of age, gender, and emotional labor strategies on job outcomes: moderated mediation analyses. *Appl Psychol Health Well Being*. 2010;2(3):323-39. doi:10.1111/j.1758-0854.2010.01037.x.
15. Dahling JJ, Perez LA. Older worker, different actor? Linking age and emotional labor strategies. *Pers Individ Dif*. 2010;48(5):574-8. doi:10.1016/j.paid.2009.12.009.
16. ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์, กฤตณัย แก้วยศ, เกษรมาศ อยู่ถิน. ความเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาล [Burnout syndrome among nurses]. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ. 2557;8(2):40-53.
17. สิริยา สัมมาวาจ. ความเหนื่อยหน่าย (Burnout) ของผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลรามธิบดี [Burnout of first-level nursing executives: a case study of head nurses in Ramathibodi hospital] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2534.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความลังเลใจและความต้องการรับวัคซีนโควิด 19

วันรับ : 19 เมษายน 2565

วันแก้ไข : 14 มิถุนายน 2565

วันตอบรับ : 16 มิถุนายน 2565

ชินอรส ลีสวัสดิ์, พ.บ.¹, เทอดศักดิ์ เดชคง, พ.บ.²,

ลือจรรยา ธนภักดิ์, วท.ม.²

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข¹

สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อจำแนกสาเหตุความลังเลใจในการรับวัคซีนโควิด 19 และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการฉีดวัคซีนโควิด 19 ของคนไทย

วิธีการ : การวิจัยเชิงปริมาณ จากแบบบันทึกข้อมูลรายงานการให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มีความลังเลใจเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจฉีดวัคซีนของศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 - 13 ระหว่างวันที่ 22 - 30 พฤศจิกายน 2564 ประกอบด้วยลักษณะส่วนบุคคลและความคิดเห็นของผู้ที่มีความลังเลใจในการฉีดวัคซีนโควิด 19 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี

ผล : จากกลุ่มตัวอย่างที่มีความลังเลใจในการฉีดวัคซีนโควิด 19 จำนวน 1,342 คน มีความเชื่อมั่นในวัคซีนโควิด 19 ในประเด็นความปลอดภัยระดับมากและมากที่สุดร้อยละ 47.2 มีความมั่นใจในประเด็นอาการข้างเคียงที่รุนแรงในระดับมากและมากที่สุดร้อยละ 41.7 ปัจจัยด้านอายุ สถานะสุขภาพ ความมั่นใจในความปลอดภัยของวัคซีน และการมีคนรู้จักติดโรคโควิด 19 เพิ่มโอกาสในการตัดสินใจฉีดวัคซีนอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป : ความเข้าใจในปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนมีความสำคัญในการกำหนดแนวทางการสื่อสารข้อมูล การสร้างความมั่นใจ และการเพิ่มแรงจูงใจในการฉีดวัคซีนของกลุ่มเป้าหมาย

คำสำคัญ : โควิด 19, ความลังเลใจในการฉีดวัคซีน, วัคซีนโควิด 19

ติดต่อผู้นิพนธ์ : เทอดศักดิ์ เดชคง; e-mail: drterd@yahoo.com

Original articles

Factors affecting COVID-19 vaccine hesitancy and acceptance

Received : 19 April 2022

Revised : 14 June 2022

Accepted : 16 June 2022

Chinoros Leesawat, M.D.¹, Terdsak Detkong, M.D.²,Luechanya Thanaphakawat, M.Sc.²Department of Mental Health, Ministry of Public Health¹Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health²

Abstract

Objective: To explore the reasons for COVID-19 vaccine hesitancy and related factors of vaccine acceptance among the Thai people.

Methods: This quantitative research used data from consultation report on people with COVID-19 vaccine hesitancy by 13 mental health centers across Thailand between 22 and 30 November 2021. The socio-economic characteristics and opinions of people who were reluctant to receive COVID-19 vaccines were analyzed by using descriptive statistics (percentage and mean) and binary logistic regression analysis.

Results: Of 1,342 subjects who were reluctant to receive COVID-19 vaccines, 47.2% were confident about the safety of COVID-19 vaccines, and 41.7% were confident about the adverse reactions of the vaccines. Age, health status, confidence in safety of the vaccines, and having acquaintances who had COVID-19 significantly increased the decision to vaccinate.

Conclusion: Understanding the factors affecting vaccination decision is essential in formulating information communication guidelines, increasing confidence in vaccines, and enhancing motivation to vaccinate among the target audience.

Keywords: COVID-19, COVID-19 vaccines, vaccine hesitancy

Corresponding author: Terdsak Detkong; e-mail: drterd@yahoo.com

ความรู้เดิม : ความลังเลในการฉีดวัคซีนโควิด 19 มีสาเหตุจากความรู้ไม่เพียงพอและความลำบากในการเข้าถึงบริการในการฉีดวัคซีน

ความรู้ใหม่ : อายุ สถานะสุขภาพ ความเชื่อมั่นด้านความปลอดภัยของวัคซีน และการมีคนที่รู้จักติดโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับความต้องการในการฉีดวัคซีนโควิด 19

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การวางแผนพัฒนาระบบบริการเพื่อให้ประชาชนที่มีความลังเลในการรับวัคซีนโควิด 19 สามารถเข้าถึงบริการมากขึ้น เพื่อลดอัตราการติดเชื้อและการระบาดของโรคโควิด 19

บทนำ

ปัจจุบันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 ในประเทศไทยยังคงมีความผันผวน แม้ว่าโดยรวมจะลดลงแต่ในบางช่วงที่ผ่านมา ก็มีการระบาดหนักขึ้น¹ สิ่งที่เป็นมาตรการสำคัญคือการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันการติดเชื้อและลดความรุนแรงของโรค โดยมีเป้าหมายคือการฉีดวัคซีนครอบคลุมประชากรอย่างน้อยร้อยละ 70 ภายในปี พ.ศ. 2564 เพื่อเพิ่มระดับภูมิคุ้มกันที่สามารถป้องกันการป่วยรุนแรงจากเชื้อกลายพันธุ์ได้ โดยในระยะแรกมีวัคซีนในปริมาณจำกัด แต่ต่อมาการจัดหาวัคซีนสามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ เห็นได้จากในช่วงกลางปี พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นช่วงการระบาดจากเชื้อสายพันธุ์เดลต้า และช่วงต้นปี พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นการระบาดจากเชื้อสายพันธุ์โอมิครอน² กระทรวงสาธารณสุขสามารถควบคุมการระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถจัดสรรวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันให้กับประชาชน โดยการพัฒนาระบบบริการฉีดวัคซีนในทุกรูปแบบ การจัดหาวัคซีนจากหลายแหล่ง และการจัดหน่วยบริการฉีดวัคซีนในพื้นที่เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้ารับการฉีดวัคซีนโดยสะดวกและเป็นไปตามความสมัครใจ ร่วมกับการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบันในทุกระดับ ตาม 4 มาตรการสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอแนวปฏิบัติ (VUCA) ได้แก่ V: vaccine ฉีดวัคซีนครบ ลดการป่วยหนัก U: universal prevention

ป้องกันตัวเองตลอดเวลา C: COVID free setting สถานที่และผู้ให้บริการพร้อมตรวจ ATK ทุกสัปดาห์ และ A: ATK (antigen test kit) การพร้อมตรวจเสมอเมื่อใกล้ชิดผู้ติดเชื้อหรือมีอาการทางเดินหายใจ³ นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิตได้เน้นถึงปัจจัยสำคัญต่อการฉีดวัคซีนของประชาชน ซึ่งประกอบด้วย “เชื่อมั่น ชะล่าใจ และช่องทาง” เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการป่วยหนักจากโรคโควิด 19⁴

อย่างไรก็ตาม ความครอบคลุมในการฉีดวัคซีนยังขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่จะสนับสนุนการยอมรับการฉีดวัคซีนในประชากรเป้าหมาย การสื่อสารเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ประชาชนตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง⁵ การรณรงค์เพื่อให้ข้อมูลข่าวสารและเหตุผลความจำเป็นในการรับวัคซีนจึงเป็นภารกิจที่มีความสำคัญมาก อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกุญแจสำคัญในการเชิญชวนและเยี่ยมบ้านของประชาชนเพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัคซีน อันจะนำไปสู่ความพร้อมใจและตั้งใจในการฉีดวัคซีน ซึ่งจะช่วยลดโอกาสติดเชื้อ การป่วยหนัก และการเสียชีวิต⁶ นอกจากนี้ การทำความเข้าใจสาเหตุของความลังเลในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ ความเชื่อมั่น (confidence) ความสะดวก (comfortable) และความไม่ชะล่าใจ (complacency) มีความสำคัญเช่นกัน องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ผู้รับผิดชอบในการเพิ่มความครอบคลุม การฉีดวัคซีนทำความเข้าใจและดำเนินการสนับสนุนข้อมูลที่ถูกต้อง แกไขความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน สนับสนุนการจัดบริการฉีดวัคซีนที่เข้าถึงได้โดยสะดวก และสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความตระหนักแก่ประชาชน⁷

สำหรับการดำเนินงานสนับสนุนการฉีดวัคซีนโควิด 19 ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในประเทศไทยนั้น กรมสุขภาพจิตได้มีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับนโยบายและแนวทางการปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข³ โดยสำรวจประชากรกลุ่มเป้าหมายในเขตสุขภาพที่ 1 - 13 ที่ยังไม่ได้รับวัคซีนและมีความลังเลใจ เพื่อสัมภาษณ์ถึงสาเหตุของความลังเลใจและให้ความช่วยเหลือในประเด็นที่พบ ดังนั้น ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุหรือปัจจัยที่นำไปสู่ความลังเลใจและการยอมรับการฉีดวัคซีนจึงมีความสำคัญในการวางแผนและกำหนดแนวทาง

การดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการฉีดวัคซีนให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความลังเลใจและความต้องการรับวัคซีนโควิด 19 ของคนไทย

วิธีการ

การวิจัยเชิงปริมาณ ใช้ข้อมูลจากแบบบันทึก Google Forms ในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มีความลังเลใจเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจฉีดวัคซีนและเพิ่มความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนในประชาชนกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป¹¹ ระหว่างวันที่ 22 - 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรในเขตสุขภาพที่ 1 - 13 ที่ยังไม่ได้รับวัคซีนที่เจ้าหน้าที่รพ.สต./อสม.ระบุว่าเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ลังเลใจในการฉีดวัคซีนโควิด 19 จำนวน 1,342 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการสัมภาษณ์ที่หน่วยวัคซีนในพื้นที่ที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่โดยบุคลากรของศูนย์สุขภาพจิตและโรงพยาบาลจิตเวชที่ผ่านการอบรมจากสำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

การพัฒนาเครื่องมืออาศัยกรอบแนวคิดของความลังเลใจในการฉีดวัคซีน ได้แก่ ด้านความเชื่อมั่น ด้านความสะดวก และด้านความตระหนักรู้สถานการณ์⁸ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ ได้จากการศึกษาของ Troiano และ Nardi⁹ ประกอบด้วย 1) ลักษณะผู้ให้ข้อมูล 2) ลักษณะชุมชน 3) ภูมิภาคของจังหวัดที่อยู่ 4) ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเชื่อมั่นต่อวัคซีน 4 ข้อ ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตามแบบ Likert¹⁰ โดยให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์พิจารณาความเชื่อมั่นต่อวัคซีนว่าอยู่ในระดับใดจาก 5 ระดับ (เชื่อมั่นมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด) 5) ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสะดวกสบายในการรับวัคซีน 2 ข้อ 3 ระดับ (สะดวกมาก สะดวก และไม่สะดวก) 6) ความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้สถานการณ์ที่เป็นอยู่ 3 ข้อ 3 ระดับ (มาก ปานกลาง และน้อย) 7) ความต้องการที่จะฉีดวัคซีน

1 ข้อ 2 ระดับ (ต้องการ และไม่ต้องการ) และ 8) เหตุผลที่ต้องการฉีดวัคซีน เป็นรายการ 5 ตัวเลือกและแบบให้เติม

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความเชื่อมั่นในวัคซีน ความสะดวกสบาย และความพอใจในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอในรูปแบบร้อยละและค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของลักษณะส่วนบุคคล ความเชื่อมั่น ความสะดวกสบาย และความพอใจในสถานการณ์ กับความต้องการฉีดวัคซีน ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่ DMH.IRM.CO.A 014/2565 ลงวันที่ 7 เมษายน 2565

ผล

จากกลุ่มตัวอย่างที่มีความลังเลใจในการรับวัคซีนโควิด 19 จำนวน 1,342 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.4 และเพศชายร้อยละ 41.6 มีอายุเฉลี่ย 57.2 ปี อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุร้อยละ 45.5 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 45 - 60 ปีร้อยละ 30.5 ด้านสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 65.7 รองลงมาคือหม้าย/หย่า/แยกร้อยละ 18.9 และโสดร้อยละ 15.4 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 90.4 และระดับปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 9.6 ด้านอาชีพ อยู่บ้านไม่ได้ทำงานร้อยละ 44.2 รองลงมาคือรับจ้าง/เอกชนร้อยละ 20.6 เกษตรกรร้อยละ 18.9 ค้าขายร้อยละ 13.2 และภาครัฐร้อยละ 3.2 ด้านภาวะสุขภาพ มีสุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 41.3 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดีร้อยละ 34.8 และมีโรคประจำตัวร้อยละ 23.8 ด้านลักษณะชุมชนอยู่นอกเขตอำเภอเมืองร้อยละ 54.2 และในเขตอำเภอเมืองร้อยละ 45.8 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ความเชื่อมั่นในวัคซีนโควิด 19 พบว่า ด้านความปลอดภัย เชื่อมั่นมากและมากที่สุดร้อยละ 47.2 ด้านความรุนแรงของอาการข้างเคียง เชื่อมั่นมากและมากที่สุดร้อยละ 41.7 ด้านความถี่ของอาการข้างเคียง เชื่อมั่นมากและมากที่สุดร้อยละ 35.3 และด้านสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเชื่อมั่นมากและมากที่สุดร้อยละ 45.3 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 1,342)

ลักษณะของประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	558	41.6
หญิง	784	58.4
อายุ (ปี)		
วัยรุ่นถึงวัยทำงานตอนต้น (ต่ำกว่า 30 ปี)	113	8.4
วัยทำงาน (30 - 44 ปี)	211	15.7
วัยกลางคน (45 - 59 ปี)	409	30.5
วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	609	45.4
Min = 12, Max = 100, Mean = 57.22 ± SD = 0.97		
สถานภาพสมรส		
โสด	206	15.4
คู่	882	65.7
หม้าย	213	15.9
หย่า/แยกกันอยู่	41	3.1
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	1,213	90.4
ปริญญาตรี	119	8.9
สูงกว่าปริญญาตรี	10	0.7
ภาวะสุขภาพ		
บุคคลทั่วไปไม่มีโรคประจำตัว	535	39.9
มีโรคประจำตัว	233	17.4
ผู้สูงอายุ	475	35.3
ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว	75	5.6
หญิงตั้งครรภ์	17	1.3
ไม่ระบุ	8	0.6
อาชีพ		
รับจ้าง	259	19.3
ค้าขาย	177	13.2
เกษตรกร	253	18.9
รับราชการ รัฐวิสาหกิจ	27	2.0
บริษัทเอกชน	17	1.3
ข้าราชการบำนาญ	16	1.2
อยู่บ้านไม่ได้ทำงาน	489	36.4
อื่น ๆ	104	7.7
ลักษณะชุมชน		
เขตอำเภอเมือง	614	45.8
นอกเขตอำเภอเมือง	728	54.2

ตารางที่ 2 ความเชื่อมั่นในวัคซีนโควิด 19 (n = 1,342)

ประเด็นความเชื่อมั่น	ระดับความเชื่อมั่น จำนวน (ร้อยละ)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ความปลอดภัย	150 (11.2)	56 (4.2)	502 (37.4)	420 (31.3)	214 (15.9)
2. ความรุนแรงของอาการข้างเคียงของวัคซีน	293 (21.8)	52 (3.9)	438 (32.6)	373 (27.8)	186 (13.9)
3. ความถี่ของอาการข้างเคียงของวัคซีน	385 (28.7)	61 (4.5)	448 (33.4)	289 (21.5)	159 (11.8)
4. สูตรวัคซีนที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	178 (13.3)	61 (4.5)	495 (36.9)	366 (27.3)	242 (18.0)

ด้านความสะดวกสบายในการฉีดวัคซีนโควิด 19 พบว่า รู้สึกสะดวกมากในประเด็นจุดบริการและการนัดหมาย ร้อยละ 59.7 และ 52.5 ตามลำดับ ด้านการรับรู้สถานการณ์ที่เป็นอยู่พบว่า การระบาดในจังหวัด รับรู้ความเสี่ยงในระดับมากร้อยละ 49.4 โอกาสการติดโควิด 19 ของคนรู้จัก รับรู้ความเสี่ยงในระดับมากร้อยละ 26.0 และความเสี่ยงของตนเองรับรู้ในระดับมากร้อยละ 19.7 ดังตารางที่ 3

ความต้องการในการฉีดวัคซีนพบว่า เมื่อผ่านกระบวนการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจและให้ข้อมูลที่ถูกต้องแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการฉีดวัคซีนจำนวน 918 คน คิดเป็นร้อยละ 68.4 เหตุผลที่ฉีดวัคซีนพบว่า ต้องการฉีดเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ร้อยละ 39.8 รองลงมาคือเป็นห่วงครอบครัวร้อยละ 10.4 คน และเพื่อป้องกันการป่วยหนักจนต้องนอนโรงพยาบาลร้อยละ 7.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการฉีดวัคซีนโควิด 19 ด้านคุณลักษณะประชากรพบว่า อายุและสถานะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความต้องการฉีดวัคซีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มอายุต่ำกว่า 45 ปี มีโอกาสตัดสินใจฉีดวัคซีนมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ 3.29 เท่า และกลุ่มไม่มีโรคประจำตัวมีโอกาสตัดสินใจฉีดวัคซีนมากกว่ากลุ่มมีโรคประจำตัว 2.72 เท่า ด้านความเชื่อมั่นในวัคซีนโควิด 19 พบว่า ความเชื่อมั่นในความปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับความต้องการฉีดวัคซีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 1.40, 95% CI = 1.09 - 1.80, p-value = .008) ด้านสถานการณ์ที่เป็นอยู่พบว่า การมีคนรู้จักติดโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับความต้องการฉีดวัคซีนอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ (OR = 1.60, 95% CI = 1.17 - 2.17, p-value = .003) รายละเอียดดังตารางที่ 4

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเสี่ยงที่มีความลังเลใจในการรับวัคซีนโควิด 19 เป็นเพศหญิงใกล้เคียงกับเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Reiter และคณะ¹² และ Agley และคณะ¹³ ที่พบว่าผู้ที่มีความลังเลใจในการฉีดวัคซีนส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี แต่แตกต่างกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 ของประชากรในกรุงเทพมหานคร ที่พบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด 19¹⁴ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษานี้อยู่เขตชนบทมากกว่า กรุงเทพมหานคร และส่วนใหญ่อยู่บ้านไม่ได้ทำงาน ซึ่งอาจเป็นผลจากสถานการณ์โควิด 19 ที่ทำให้กิจการหลายแห่งมีการหยุดงาน

หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการฉีดวัคซีน โดยมีเหตุผลที่ฉีดวัคซีนได้แก่ เพื่อป้องกันโรคโควิด 19 เป็นห่วงครอบครัว และเพื่อป้องกันการป่วยหนักจนต้องนอนโรงพยาบาล โดยอายุ สถานะสุขภาพ ความเชื่อมั่นด้านความปลอดภัยของวัคซีน และการมีคนรู้จักติดโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับความต้องการในการฉีดวัคซีนโควิด 19 สอดคล้องกับการศึกษาของวรลักษณ์ ขจรฤทธิ์ และบุญกา ปันทุรอมพร¹⁵ ที่พบว่าทัศนคติต่อ

ตารางที่ 3 ด้านการรับรู้สถานการณ์ที่เป็นอยู่ (n = 1,342)

ประเด็นการรับรู้ความเสี่ยง	ระดับการรับรู้ความเสี่ยง จำนวน (ร้อยละ)		
	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. การระบาดของโรคโควิด 19 ในจังหวัด	244 (18.2)	435 (32.4)	663 (49.4)
2. คนที่รู้จักติดโรคโควิด 19	593 (44.2)	400 (29.8)	349 (26.0)
3. ความเสี่ยงในการติดโรคโควิด 19	561 (41.8)	517 (38.5)	264 (19.7)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19

ตัวแปร	OR	95% CI	p-value
เพศ			
ชาย	1.31	0.84 - 2.03	.233
หญิง	1	-	
กลุ่มอายุ			
กลุ่มอายุต่ำกว่า 45 ปี	3.29	1.63 - 6.69	.001
กลุ่มอายุ 45 - 59 ปี	1.42	0.88 - 2.29	.157
กลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี	1	-	
อาชีพ			
อาชีพรับจ้างเอกชน	1.71	0.85 - 3.44	.136
อาชีพค้าขาย	0.84	0.47 - 1.48	.541
อาชีพเกษตรกร	1.51	0.81 - 2.84	.196
อาชีพรับราชการภาครัฐ	0.69	0.26 - 1.85	.460
ว่างงานไม่ได้ทำงาน	1	-	
โรคประจำตัว			
ไม่มีโรคประจำตัว	2.72	1.53 - 4.84	.001
มีโรคประจำตัว	1	-	
ความเชื่อมั่นในวัคซีนโควิด 19			
ความปลอดภัย	1.40	1.09 - 1.80	.008
ความรุนแรงของอาการข้างเคียงของวัคซีน	0.75	0.565 - 1.00	.051
ความถี่ของอาการข้างเคียงของวัคซีน	0.87	0.66 - 1.16	.342
สูตรวัคซีนที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	1.19	0.93 - 1.59	.161
ความสะดวกสบายในการฉีดวัคซีนโควิด 19			
จุดบริการการฉีดวัคซีน	0.90	0.61 - 1.31	.574
การนัดหมายในการฉีดวัคซีน	1.46	0.99 - 2.15	.057
สถานการณ์ที่เป็นอยู่			
การระบาดของโรคโควิด 19 ในจังหวัด	1.05	0.88 - 1.83	.746
คนรู้จักติดโรคโควิด 19	1.60	1.17 - 2.17	.003
ความเสี่ยงในการติดโรคโควิด 19	1.27	0.88 - 1.83	.206

ความปลอดภัยของวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 มีผลต่อการตัดสินใจในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในประชาชนจังหวัดสมุทรปราการ และผลสำรวจโดยสำนักข่าวบีบีซี (BBC News)¹⁶ เกี่ยวกับความเชื่อมั่นในการฉีดวัคซีน พบว่า 8 ใน 10 ของ กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าวัคซีนโควิด 19 “ค่อนข้างปลอดภัย” หรือ “เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าปลอดภัย” ด้านการมีความรู้จักติดโรคโควิด 19 สอดคล้องกับการศึกษาของ Agle และคณะ¹³ ที่พบว่า การรับรู้ถึงความจริงของโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความตั้งใจที่จะรับวัคซีน ดังนั้น ความเชื่อมั่นด้านความปลอดภัยเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องให้ความใส่ใจในการสื่อสารข้อมูลที่ตรงความเป็นจริง สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและลดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน และการติดเชื้อโควิด 19 ของคนรู้จักเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการฉีดวัคซีน สำหรับปัจจัยอื่น เช่น ความสะดวกสบายในการใช้บริการและสถานการณ์การระบาดในพื้นที่นั้นส่งผลต่อพฤติกรรมการฉีดวัคซีนในระดับรองลงไป

องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับความล่าช้าในการรับและการปฏิเสธวัคซีนโควิด 19 และกล่าวถึงความซับซ้อนและบริบทเฉพาะที่แตกต่างกันไปตามเวลา สถานที่ และชนิดของวัคซีน นำไปสู่ความลังเลใจในการรับวัคซีน ถึงแม้จะมีความพร้อมในการให้บริการมากเพียงใดก็ตาม¹⁷ ปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความพึงพอใจ ความสะดวก ความมั่นใจในวัคซีน และเหตุผลที่สนับสนุนการรับวัคซีนเป็นสิ่งที่ผู้กำหนดนโยบายสามารถใช้กำหนดแนวทางดำเนินการเพื่อสนับสนุนการยอมรับวัคซีนของประชาชน Betsch และคณะ¹⁸ และ Bashirian และคณะ¹⁹ ได้แนะนำว่า การเพิ่มแรงจูงใจ การขจัดอุปสรรคสำหรับผู้ที่ไม่สะดวกในการฉีดวัคซีน และการให้สิทธิประโยชน์แก่ผู้สมัครใจ เป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนโควิด 19

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ จึงสามารถวิเคราะห์เพียงข้อมูลที่มีอยู่เท่านั้น หากมีการติดตามผลและสอบถามเพิ่มเติมในเรื่องการตัดสินใจฉีดวัคซีนก็จะสามารถใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สรุป

ความมั่นใจในความปลอดภัยและเชื่อมั่นในประสิทธิภาพวัคซีนเป็นสิ่งสำคัญ การสื่อสาร คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญและน่าเชื่อถือสามารถสร้างความสัมพันธ์ในชุมชนเพื่อสร้างความเข้าใจและแก้ไขการรับรู้ข้อมูลที่ผิดเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 ให้กับประชาชนที่มีความกังวลเกี่ยวกับประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวัคซีน เพื่อสนับสนุนให้เกิดการยอมรับการฉีดวัคซีน ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ความสะดวกสบายและสถานการณ์การระบาด เป็นปัจจัยเสริมที่อาจสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจฉีดวัคซีน

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงมหาดไทย (ศบค.มท.). ข้อมูลสถิติผู้ติดเชื้อโควิด 19 [Statistical data on COVID-19 cases] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 16 ธ.ค. 2564]. จาก: <https://www.mocovid.com/>.
2. Our World in Data. The our world in data COVID vaccination data in Thailand [Internet]. Wales: Our World in Data; 2021 [cited 2021 Dec 16]. Available from: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=THA>
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาด ปี 2564 ของประเทศไทย [Guidelines for vaccination against COVID-19 in Thailand's epidemic situation in 2021] [อินเทอร์เน็ต]. ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2. นนทบุรี: บริษัท ทีเอส อินเทอร์เน็ต จำกัด; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 16 ธ.ค. 2564]. จาก: <https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19/getFiles/11/1628849610213.pdf>
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต ใช้หลัก 3As โน้มน้าวใจประชาชนให้เชื่อมั่นเข้ารับวัคซีนโควิด-19 [The department of mental health uses the 3As principle to convince the public about getting the COVID-19 vaccine] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 16 ธ.ค. 2564]. จาก: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31221>

5. BBC News ไทย. โควิด 19: 4 ประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ [COVID-19: 4 issues that remain unclear about the novel coronavirus vaccine] [อินเทอร์เน็ต]. BBC News ไทย. 28 ม.ค. 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 16 ธ.ค. 2564]. จาก: <https://www.bbc.com/thai/international-55833854>
6. หมอพร้อม Station. สถิติรายงานข้อมูลการให้บริการบนแพลตฟอร์มหมอพร้อม [MorProm platform service data report statistics] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 16 ธ.ค. 2564]. จาก: <https://mohprompt.moph.go.th/mpc/statistics/>.
7. Butler R. Vaccine hesitancy: what it means and what we need to know to tackle it [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2021 Dec 16]. Available from: https://www.who.int/immunization/research/forums_and_initiatives/1_RButler_VH_Threat_Child_Health_gvirf16.pdf
8. MacDonald NE; SAGE working group on vaccine hesitancy. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*. 2015;33(34):4161-4. doi:10.1016/j.vaccine.2015.04.036.
9. Troiano G, Nardi A. Vaccine hesitancy in the era of COVID-19. *Public Health*. 2021;194:245-51. doi:10.1016/j.puhe.2021.02.025.
10. Joshi A, Kale S, Chandel S, Pal DK. Likert scale: explored and explained. *Curr Appl Sci Technol*. 2015;7(4):396-403. doi:10.9734/BJAST/2015/14975.
11. เทอดศักดิ์ เดชคง. หลักสูตรการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ลังเลใจในการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข [Motivational conversation course for those who are reluctant to vaccinate COVID-19 for health workers and health volunteers]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
12. Reiter PL, Pennell ML, Katz ML. Acceptability of a COVID-19 vaccine among adults in the United States: how many people would get vaccinated?. *Vaccine*. 2020;38(42):6500-7. doi:10.1016/j.vaccine.2020.08.043.
13. Agle J, Xiao Y, Thompson EE, Golzarri-Arroyo L. Factors associated with reported likelihood to get vaccinated for COVID-19 in a nationally representative US survey. *Public Health*. 2021;196: 91-4. doi:10.1016/j.puhe.2021.05.009.
14. ชินอรส ถัสสวัสดิ์, บุญภา ปันทุรอำพร. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ของประชากรในกรุงเทพมหานคร [Factors affecting the decision to vaccinate against coronavirus (COVID-19) of the population in Bangkok] [ค้นคว้าอิสระปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: คณะบริการธุรกิจ มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 16 ธ.ค. 2564]. จาก: <https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/twin-9/6214154037.pdf>
15. วรลักษณ์ ขจรฤทธิ์, บุญภา ปันทุรอำพร. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 ของประชากรในจังหวัดสมุทรปราการ [Factors affecting the decision making on COVID-19 vaccination among population in Samutprakarn province] [ค้นคว้าอิสระปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: คณะบริการธุรกิจ มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 16 ธ.ค. 2564]. จาก: <https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/sun18/6214070058.pdf>
16. Roberts M. Vaccines: Low trust in vaccination 'a global crisis' [Internet]. BBC News; 2021 [cited 2021 Dec 16]. Available from: <https://www.bbc.com/news/health-48512923>
17. World Health Organization. The guide to tailoring immunization programs (TIP): Increasing coverage of infant and child vaccination in the WHO European Region [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2021 Dec 16]. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/187347/The-Guide-to-Tailoring-Immunization-Programmes-TIP.pdf
18. Betsch C, Böhm R, Chapman GB. Using behavioral insights to increase vaccination policy effectiveness. *Policy Insights Behav Brain Sci*. 2015;2(1):61-73. doi:10.1177/2372732215600716.

19. Bashirian S, Jenabi E, Khazaei S, Barati M, Karimi-Shahanjarini A, Zareian S, et al. Factors associated with preventive behaviours of COVID-19 among hospital staff in Iran in 2020: an application of the protection motivation theory. *J Hosp Infect.* 2020;105(3):430-3. doi:10.1016/j.jhin.2020.04.035.

บทความปริทัศน์

แนวทางการปรึกษาเชิงจิตวิทยาทางเทคโนโลยี : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

วันรับ : 26 ตุลาคม 2564
วันแก้ไข : 11 พฤษภาคม 2565
วันตอบรับ : 12 พฤษภาคม 2565

ภาสกร คุ่มศิริ, วท.ม., ศุภวิชญ์ แสนเทพ, วท.บ.,
ธัญญาภรณ์ คำแก้ว, วท.ม., ธนาภรณ์ กองพล, วท.บ.
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาแนวทางสำหรับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านทางระบบเทคโนโลยีการสื่อสาร

วิธีการ : ค้นหาในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ภาษาอังกฤษ ได้แก่ PubMed, Scopus, Google Scholar, ProQuest, ScienceDirect, Springer Link และ Web of Science โดยการสืบค้นข้อมูลย้อนหลังภายในระยะเวลา 10 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2009 ถึง 2019 เป็นบทความที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เกี่ยวข้องกับมาตรฐานและจรรยาบรรณการให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านสื่อเทคโนโลยี

ผล : มีวรรณกรรมที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกจำนวน 17 ฉบับ ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการรักษาความลับและการจัดการข้อมูล (ร้อยละ 82.4) ครึ่งหนึ่งให้ความสำคัญกับมาตรฐานการชี้แจงและการลงนามยินยอม (ร้อยละ 52.9) การประเมินและการปรึกษาหรือบำบัด มาตรฐานความสามารถ ความเชี่ยวชาญ ขอบเขตการให้บริการและความรับผิดชอบ และหลักการความปลอดภัยของการให้บริการ (ร้อยละ 47.1) และบางส่วนให้ความสำคัญกับมาตรฐานการพัฒนาบริการ (ร้อยละ 41.2) การเข้าถึงความรวดเร็ว ความสะดวกสบายในการรับบริการ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในด้านการแพทย์ (ร้อยละ 29.4) การจัดการบริการที่สอดคล้องกับกฎหมาย (ร้อยละ 23.5) การศึกษาและการวิจัย (ร้อยละ 17.6) และการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ (ร้อยละ 5.9)

สรุป : ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นกรอบในการดำเนินการให้บริการปรึกษาผ่านเทคโนโลยี ใช้อ้างอิงในการดำเนินกิจกรรมการให้บริการตามมาตรฐานที่สอดคล้องกับจรรยาบรรณ กฎหมาย และแนวทางปฏิบัติของแต่ละวิชาชีพ

คำสำคัญ : การปรึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านทางเทคโนโลยี, การสาธารณสุขทางไกล, แนวทางการให้บริการผ่านเทคโนโลยี, ระบบบริการด้านจิตวิทยาทางไกล

ติดต่อผู้พิมพ์ : ศุภวิชญ์ แสนเทพ; e-mail: camp.supawit@gmail.com

Review article

Guidelines for the use of standard technology in psychological counseling: systematic review

Received : 26 October 2021

Revised : 11 May 2022

Accepted : 12 May 2022

Passakorn Koomsiri, M.S., Supawit Santape, B.S.

Tanyaporn Kamkaew, M.S., Thanapond Kongpon, B.S.

Child and Adolescence Mental Health Rajanagarindra Institute,
Department of Mental Health

Abstract

Objective: To systematically review literature and academic articles related to guidelines for the use of standard technology in psychological counseling field.

Methods: PubMed, Scopus, Google Scholar, ProQuest, ScienceDirect, Springer Link, and Web of Science database were searched for literature and academic articles providing guidelines or ethical of technology in psychological counseling, published from 2009 to 2019, and free of charge.

Results: A total of 17 studies met inclusion criteria, most focused on confidentiality and information management (82.4%), half focused on clarification and informed consent (52.9%), assessment and counseling or therapy, competence, expertise, service scope and responsibility, and service safety principles (47.1%). Less than half focused on service improvement (41.2%), accessibility, readiness, and convenience of service, use of medical technology (29.4%), provision of services that comply with the law (23.5%), training and research (17.6%), and advertising and public relations (5.9%).

Conclusion: This study can be used as a framework for counseling service through technology and as a reference for providing standardized services that comply with ethical, legal, and professional guidelines.

Keywords: guidelines of technology in psychological counseling, technology in psychological counseling, telehealth, telepsychology

Corresponding author: Supawit Santape; e-mail: camp.supawit@gmail.com

ความรู้เดิม : แนวทางและกรอบแนวคิดการบริการ
การศึกษาเชิงจิตวิทยาในรูปแบบเดิม เช่น การปรึกษาแบบ
พบหน้า

ความรู้ใหม่ : แนวทางและกรอบแนวคิดการบริการศึกษา
เชิงจิตวิทยาผ่านช่องทางสื่อเทคโนโลยีรูปแบบต่าง ๆ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ใช้เป็นกรอบหรือแนวทางให้
บริการปรึกษาผ่านเทคโนโลยี สามารถประยุกต์กับกิจกรรม
การให้บริการตามมาตรฐานที่สอดคล้องกับจรรยาบรรณ
กฎหมาย และแนวทางปฏิบัติของแต่ละวิชาชีพ

บทนำ

ระบบบริการด้านจิตวิทยาทางไกล (telepsychology) หมายถึง บริการทางด้านจิตใจรูปแบบต่าง ๆ ผ่านเทคโนโลยี การสื่อสาร (telecommunication technologies) ประกอบด้วยกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีหรือระบบอิเล็กทรอนิกส์ตั้งแต่การเตรียม (preparation) การส่งผ่าน (transmission) และการสื่อสาร (communication) ทั้งนี้ช่องทางหรือประเภทของช่องทางเทคโนโลยี ได้แก่ โทรศัพท์ การประชุมทางไกล (video conferencing) อีเมล แชนท์ ข้อความ เว็บไซต์ เช่น ข้อมูลสุขภาพจิตผ่านเว็บไซต์ที่ ผู้รับบริการศึกษาด้วยตนเอง (self-help websites)¹ Barak และคณะ² ทำการวิเคราะห์ห่อถักมณผลของการบำบัดหรือ ปรึกษาผ่านระบบออนไลน์ 64 บทความ พบขนาดของ อิทธิพล เท่ากับ 0.53 ที่ทำให้ผู้รับบริการดีขึ้น หมายความว่า บริการด้านจิตวิทยาออนไลน์มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับ ปานกลางในการรักษา

สมาคมนักจิตวิทยาอเมริกา (American Psychological Association) ได้จัดทำแนวทางและสมรรถนะการให้บริการ ทางด้านสุขภาพจิตผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารที่นักจิตวิทยา พึงปฏิบัติ โดยมีข้อแนะนำดังนี้ ผู้ให้บริการควรมีความ รับผิดชอบในความรู้ พัฒนาการใช้เทคโนโลยีและศึกษา ผลกระทบ การต่อการให้บริการ การฝึกและทบทวนประเด็น จริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพตลอดการให้บริการผ่าน เทคโนโลยี การตระหนักสิทธิตามกฎหมายที่ผู้รับบริการควร

ได้รับ เช่น การลงนามยินยอม การรักษาความลับและ ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับข้อมูลของผู้รับบริการ ความปลอดภัย และการถ่ายโอนข้อมูล การเข้าถึงข้อมูลที่บ้านที่กบนฐาน เทคโนโลยี การทดสอบและการประเมินควรสอดคล้องกับ มาตรฐานการศึกษาผ่านทางเทคโนโลยี และการให้บริการ ควรวางหลักอยู่บนหลักกฎหมาย^{1,3} สำหรับประเทศไทยมีการ ตีพิมพ์บทความวิชาการเรื่องแนวทางการให้บริการปรึกษาเชิง จิตวิทยาผ่านเทคโนโลยีที่กล่าวถึงองค์ประกอบการให้บริการ ปรึกษาผ่านเทคโนโลยีการสื่อสาร มาตรฐานแนวทางการ ให้บริการ 8 มาตรฐาน ข้อกฎหมายสำคัญที่เกี่ยวข้องของไทย รวมทั้งประโยชน์และความท้าทายของการให้บริการ⁴

ปัจจุบันมีแนวโน้มความต้องการรับบริการปรึกษา เชิงจิตวิทยาผ่านสื่อเทคโนโลยีมากขึ้นเรื่อย ๆ รายงานการ เข้ารับบริการปรึกษาทางโทรศัพท์ของกรมสุขภาพจิตพบว่า ในปี พ.ศ. 2562 มีผู้รับบริการจำนวน 87,605 ครั้ง ปี พ.ศ. 2563 มีจำนวน 110,033 ครั้ง และปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 93,310 ครั้ง⁵ เนื่องมาจากสถานการณ์แพร่ระบาดของ โรค COVID-19 โดยหน่วยงานที่ผลักดันให้เกิดมาตรฐานการ ปรึกษาด้านสุขภาพจิตนำโดยกรมสุขภาพจิต สมาคมจิตวิทยา การปรึกษา และมหาวิทยาลัยต่าง ๆ จากการขยายตัวในการ ให้บริการด้านสุขภาพจิตผ่านสื่อเทคโนโลยีที่มากขึ้น ผู้ให้บริการ จึงจำเป็นต้องมีแนวทางให้บริการที่สอดคล้องกับมาตรฐาน จรรยาบรรณและกฎหมาย อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ทั้ง ในประเทศไทยและต่างประเทศมีมาตรฐานและจรรยาบรรณ ที่หลากหลายต่างกันออกไป ยังไม่มีการเปรียบเทียบรวบรวม ด้วยการทบทวนวรรณกรรมที่เป็นส่วนช่วยเติมเต็มองค์ความรู้ เกี่ยวกับแนวทางการให้บริการที่สอดคล้องกับมาตรฐาน จรรยาบรรณ กฎหมายและข้อกำหนดด้านวิชาชีพต่าง ๆ เพื่อ ประโยชน์ของผู้รับบริการ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อทบทวนแนวทางการให้บริการปรึกษาผ่านทางเทคโนโลยี ด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

วิธีการ

การคัดเลือกแนวปฏิบัติมาตรฐานการศึกษา เชิงจิตวิทยาทางเทคโนโลยีสำหรับผู้รับบริการด้านสุขภาพจิต

คณะผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดจากการจัดระดับความน่าเชื่อถือของข้อมูลหลักฐานของ Joanna Briggs Institute ปี ค.ศ. 2014 ซึ่งระบุไว้ว่าหลักฐานระดับ 5 คือ ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญและผลการศึกษาในการปฏิบัติการ (expert opinion and bench research) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ systematic review of expert opinion (5.a), expert consensus (5.b) และ bench research/single expert opinion (5.c)⁶ โดยการศึกษานี้มีเกณฑ์ในการคัดเลือก ได้แก่ 1) เอกสารมาตรฐานการปรึกษาที่จัดทำขึ้นภายใต้สมาคมวิชาชีพจิตวิทยาทั้งหน่วยงานรัฐและเอกชน 2) เป็นแนวทางสำหรับการจัดบริการปรึกษาด้านสุขภาพจิตด้านสื่อเทคโนโลยี 3) เป็นมาตรฐานการปรึกษาที่จัดทำขึ้นสำหรับบุคคลทั่วไป และ 4) เป็นวรรณกรรมที่เผยแพร่ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2009 ถึง 2019

การสืบค้นวรรณกรรมอย่างเป็นระบบผ่านฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ PubMed, Scopus, Google Scholar, ProQuest, ScienceDirect, Springer Link และ Web of Science โดยกำหนดคำที่ใช้สืบค้น ได้แก่ telepsychology, technology and counseling, technology and mental health, telehealth and telemedicine, helpline and mental health, e-counseling and e-therapy, counseling and therapy online, telehealth online counseling, ethical and counseling/therapy online และ mental health online คัดกรองวรรณกรรมโดยพิจารณาจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อโดยผู้วิจัย 3 คนอย่างเป็นอิสระต่อกัน กรณีความคิดเห็นไม่ตรงกันใช้วิธีร่วมกันอภิปรายหาข้อสรุป

การประเมินแนวปฏิบัติมาตรฐานการปรึกษาเชิงจิตวิทยาทางเทคโนโลยี ประยุกต์ใช้แนวคิดแบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (appraisal of guideline for research & evaluation II: AGREE II) ประกอบด้วย 6 หมวด ได้แก่ ขอบเขตและวัตถุประสงค์ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ ความชัดเจนในการนำเสนอ การนำไปใช้ และความเป็นอิสระของบรรณาธิการ

การให้คะแนนมี 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 7 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนที่อยู่ในระดับมาก หมายถึง แนวปฏิบัติมีคุณภาพสูง โดยคะแนนเฉลี่ยรวมทั้ง 6 หมวดมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 ของคะแนนเต็มบ่งชี้ถึงแนวปฏิบัติคุณภาพสูงและสามารถนำไปใช้การสังเคราะห์ต่อไป⁷ ประเมินโดยผู้วิจัย 2 คนอย่างเป็นอิสระต่อกันและรายงานผลเป็นค่าเฉลี่ย ทั้งนี้แบ่งระดับหลักฐานและคำแนะนำโดยสังเคราะห์ตามเกณฑ์ National Health and Medical Research Council (NHMRC) มีทั้งหมด 4 เกรด ดังนี้ เกรด A หมายถึง หลักฐานเชื่อถือได้ในการปฏิบัติ เกรด B หมายถึง หลักฐานเชื่อถือได้ในสถานการณ์ส่วนใหญ่ เกรด C หมายถึง หลักฐานพอที่จะเชื่อถือได้แต่ควรใช้อย่างระมัดระวัง และ เกรด D หมายถึง หลักฐานอ่อนแอและต้องใช้อย่างระมัดระวัง⁸

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาโดยคณะผู้วิจัยทั้งหมด 5 คน ถอดรหัสข้อความที่เป็นหมวดหมู่เดียวกันภายใต้ประเด็นหลัก และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยการเปรียบเทียบรหัสข้อความที่เหมือนกันในกล่องประเด็นหลักเดียวกัน ทั้งนี้คณะผู้วิจัยตัดสินใจในการจัดหมวดหมู่ข้อมูลโดยใช้ความคิดเห็นอย่างน้อย 3 ใน 5 คนจากผู้วิเคราะห์ข้อมูล เมื่อจัดกลุ่มเรียบร้อยแล้วทำการบรรยายข้อมูลในแต่ละกลุ่ม

ผล

มีวรรณกรรมที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกจำนวน 17 ฉบับ (แผนภาพที่ 1) การแบ่งระดับคุณภาพของวรรณกรรมตามเกณฑ์ของ Joanna Briggs Institute พบว่า ร้อยละ 76.4 เป็นเอกสารความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (5.b) รองลงมาเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (5.a) และ bench research/single expert opinion (5.c) อย่างละเท่า ๆ กัน คิดเป็นร้อยละ 11.8 สำหรับระดับมาตรฐานอิงตาม NHMRC พบว่า ร้อยละ 52.9 เป็นหลักฐานเกรด C รองลงมาร้อยละ 35.3 เป็นหลักฐานเกรด B และเป็นเกรด A คิดเป็นร้อยละ 11.8 (ตารางที่ 1)

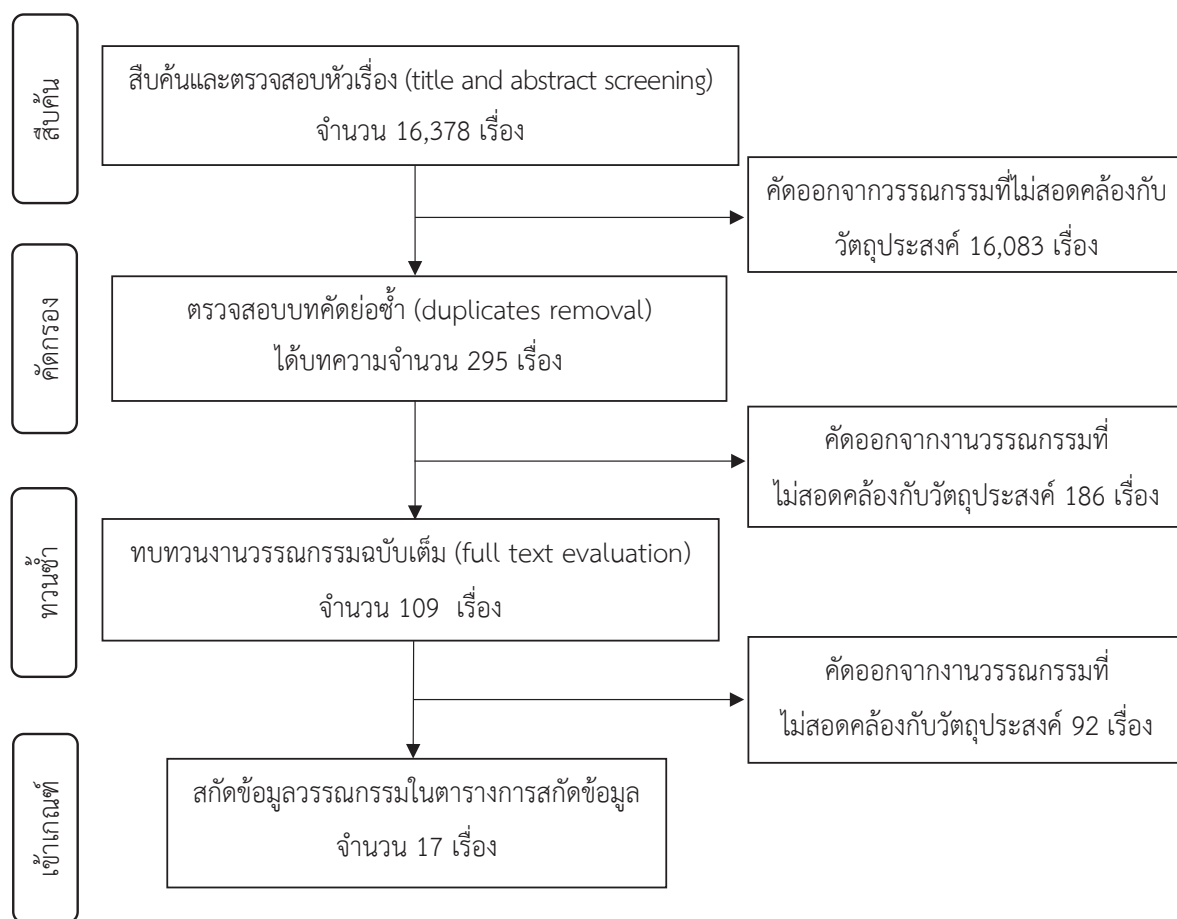
วรรณกรรมส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการรักษาความลับและการจัดการข้อมูล (ร้อยละ 82.4) ครั้งหนึ่งให้ความสำคัญกับมาตรฐานการชี้แจงและการลงนามยินยอม

(ร้อยละ 52.9) การประเมินและการปรึกษาหรือบำบัด มาตรฐานความสามารถ ความเชี่ยวชาญ ขอบเขตการให้บริการ และความรับผิดชอบ และหลักการความปลอดภัยของการ ให้บริการ (ร้อยละ 47.1) และบางส่วนให้ความสำคัญกับ มาตรฐานการพัฒนารับบริการ (ร้อยละ 41.2) การเข้าถึงความ รวดเร็ว ความสะดวกสบายในการรับบริการ และการใช้ เทคโนโลยีสารสนเทศในด้านการแพทย์ (ร้อยละ 29.4) การจัด บริการที่สอดคล้องกับกฎหมาย (ร้อยละ 23.5) มาตรฐาน การศึกษาและการวิจัย (ร้อยละ 17.6) การเผยแพร่และ ประชาสัมพันธ์ (ร้อยละ 5.9) แสดงดังตารางที่ 1

มาตรฐานและจรรยาบรรณของการปรึกษาเชิง จิตวิทยาทางเทคโนโลยี จากการวิเคราะห์เนื้อหา มีดังต่อไปนี้

1) การรักษาความลับและการจัดการข้อมูล การให้ บริการผ่านเทคโนโลยีสื่อสารที่รวดเร็วมีความเสี่ยงจากการ

จัดเก็บส่งต่อข้อมูล นักจิตวิทยาต้องทำความเข้าใจความเสี่ยง ที่อาจเกิดขึ้นกับข้อมูลเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการ เช่น การใช้รหัสผ่านเพื่อการเข้าถึงข้อมูลนั้น การลงรหัสข้อมูล เพื่อหลีกเลี่ยงการระบุตัวตนที่อาจรู้กล้ำความเป็นส่วนตัวของ ผู้รับบริการ ดังนั้น ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตต้องมีนโยบาย ความเป็นส่วนตัว ระมัดระวังการเข้าถึงในระบบจัดการข้อมูล และรักษาความลับของผู้รับบริการ สำหรับการเปิดเผยข้อมูล กรณีสถานการณ์ฉุกเฉินเพื่อรักษาชีวิต การนำข้อมูลของ ผู้รับบริการมาปรึกษากัน การใช้ข้อมูลสำหรับการวิจัย รวมถึง ระยะเวลาในการจัดเก็บข้อมูลในระบบมีแนวทางดำเนินการ ไม่ต่างจากการให้บริการแบบพบหน้าโดยเป็นไปตามระเบียบ ของหน่วยงานที่รับผิดชอบนั้น ๆ ผู้รับบริการควรได้รับ การชี้แจงและลงนามรับทราบตามมาตรฐานและจรรยาบรรณ ของวิชาชีพ นอกจากนี้หน่วยงานที่ให้บริการปรึกษาเชิง จิตวิทยาทางเทคโนโลยีจำเป็นต้องพัฒนาระบบรักษา



แผนภาพที่ 1 แสดงขั้นตอนการคัดเลือกวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 1 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานของการให้บริการเชิงจิตวิทยาทางเทคโนโลยีที่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 17 ฉบับ

ฉบับที่	ผู้แต่ง	ชื่อเรื่อง	ปีที่ตีพิมพ์	กลุ่มเป้าหมาย	ระดับ ของหลักฐาน	ระดับ มาตรฐาน
1	Campos ⁹	Telepsychology & telehealth: counselling conducted in a technology environment	2009	ผู้ให้บริการ	5.b	C
2	Nelson and Bul ¹⁰	Rural telepsychology services for children and adolescents	2010	ผู้ให้บริการ	5.c	C
3	Barros-Bailey and Saunders ¹¹	Ethics and the use of technology in rehabilitation counseling	2010	ผู้ให้บริการ	5.b	B
4	American Psychological Association ¹	Guidelines for the practice of telepsychology	2013	ผู้ให้บริการ	5.b	B
5	Lau et al. ¹²	Understanding the two sides of online counseling and their ethical and legal ramifications	2013	ผู้ให้บริการ	5.b	C
6	Ahmed et al. ¹³	Considerations in the provision of mental health helpline services for minority ethnic groups: a systematic review	2014	ผู้ให้บริการ	5.a	A
7	Drum and Littleton ¹⁴	Therapeutic boundaries in telepsychology: Unique issues and best practice recommendations	2014	ผู้ให้บริการ	5.c	C
8	Kramer et al. ¹⁵	Legal, regulatory, and risk management issues in the use of technology to deliver mental health care	2015	ผู้ให้บริการ	5.b	C
9	Gamble et al. ¹⁶	Ethical practice in telepsychology	2015	ผู้ให้บริการ	5.b	B
10	Kotsopoulou et al. ¹⁷	E-therapy: The ethics behind the process	2015	ผู้ให้บริการ	5.b	C
11	Fleming et al. ¹⁸	Maximizing the impact of e-therapy and serious gaming: time for a paradigm shift	2016	ผู้ให้บริการ	5.b	B
12	Ardi et al. ¹⁹	Ethics and legal issues in online counseling services: counseling principles analysis	2017	ผู้ให้บริการ	5.b	C
13	Chaet et al. ²⁰	Ethical practice in telehealth and telemedicine	2017	ผู้ให้บริการ	5.b	B

ตารางที่ 1 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานของการให้บริการเชิงจิตวิทยาทางเทคโนโลยีที่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 17 ฉบับ (ต่อ)

ฉบับที่	ผู้แต่ง	ชื่อเรื่อง	ปีตีพิมพ์	กลุ่มเป้าหมาย	ระดับ ของหลักฐาน	ระดับ มาตรฐาน
14	El-Miedany ²¹	Telehealth and telemedicine: how the digital era is changing standard health care	2017	ผู้ให้บริการ	5.b	C
15	Cosgrove et al. ²²	Online ethics: where will the interface of mental health and the internet lead us?	2017	ผู้ให้บริการ	5.b	C
16	Evans ²³	Some guidelines for telepsychology in South Africa	2018	ผู้ให้บริการ	5.b	B
17	Stoll et al. ²⁴	Ethical issues in online psychotherapy: a narrative review	2020	ผู้ให้บริการ	5.a	A

ความปลอดภัยคอมพิวเตอร์ป้องกันไวรัส การเจาะระบบเอาข้อมูลส่วนตัวของผู้รับบริการ เช่น รหัสประจำตัวบุคคล ข้อมูลการรักษา เบอร์โทรศัพท์ อีเมล เป็นต้น ต้องมีการลงรหัสเปลี่ยนรหัสสม่ำเสมอและจำกัดคนเข้าถึงข้อมูล สิ่งสำคัญที่สุดในการลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดปัญหาในการจัดเก็บข้อมูลคือฝึกฝนการใช้งานเทคโนโลยีให้เชี่ยวชาญหรือปรึกษากับผู้มีความรู้ด้านเทคโนโลยีเมื่อเกิดข้อสงสัย^{1,9,11-16,19-24}

2) การชี้แจงและการลงนามยินยอม ขั้นแรกของการให้บริการสุขภาพจิตผ่านเทคโนโลยี มีความจำเป็นต้องชี้แจงข้อมูลสำคัญแก่ผู้รับบริการ ได้แก่ วัตถุประสงค์ ขอบเขตและวิธีการให้บริการ ความเสี่ยงและการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการให้บริการผ่านเทคโนโลยี ค่าใช้จ่าย สิทธิประโยชน์ รวมถึงการขออนุญาตในการบันทึกภาพ เสียง และข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจในการรับบริการ เมื่อผู้รับบริการตกลงและเห็นชอบในการใช้บริการควรทำการลงนามหลักฐานแสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น การยินยอมปากเปล่าทางวิดีโอหรือเสียง หรือการใช้ e-signature ซึ่งการจัดทำรูปแบบความยินยอมต้องอิงตามกฎหมายหรือมาตรฐานของสมาคมวิชาชีพต่าง ๆ สำหรับต่างประเทศมีการชี้แจงและการลงนามยินยอม โดยอ้างอิงมาตรฐานของ American Psychological Association (APA): APA Ethics Code, Standard 3.10, Canadian Counselling and Psychotherapy Association (CCPA) และ Australian Counselling Association (ACA)^{1,11,12,15,18-20,23,24}

3) การประเมินและการปรึกษาหรือบำบัด การให้บริการผ่านเทคโนโลยีมีบริบทที่ต่างออกไปจากห้องปฏิบัติการ ดังนั้น ผู้ให้บริการมีความจำเป็นต้องฝึกฝนการประเมินและการให้การปรึกษาให้มีความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพ ออกแบบการประเมินที่สอดคล้องกับบริบทโดยต้องอิงตามมาตรฐานทางวิชาชีพและรักษามาตรฐานการบริหารแบบทดสอบ ผู้ให้บริการควรเตรียมความรู้สำหรับการทดสอบ การใช้ผลแบบทดสอบ ข้อจำกัดของแบบทดสอบ การดำเนินการทดสอบ การแปลผลการทดสอบ การแจ้งผลการทดสอบ และการเก็บรักษาผลการทดสอบ สำหรับการเลือกใช้แบบประเมินควร

คำนึงถึง คุณสมบัติทางจิตวิทยา เช่น ความเที่ยง ความตรง ความไว และความเฉพาะ การให้บริการปรึกษาและการบำบัดผ่านสื่อเทคโนโลยีจำเป็นต้องคำนึงถึงความรู้ ทักษะ เทคนิค และทฤษฎีของการปรึกษาและบำบัด นอกจากนี้ยังต้องอาศัยความไวต่อการรับรู้ อารมณ์ความรู้สึก ความคิด รวมถึงมีการกระตุ้นให้ผู้รับบริการจัดจ้อยู่กับการปรึกษาและการบำบัด โดยอาจเพิ่มกิจกรรมที่เอื้อต่อกระบวนการเข้ามาช่วย ทั้งนี้ ผู้ให้บริการควรคำนึงถึงคุณสมบัติพื้นฐานที่ใช้ในการปรึกษา เช่น การสร้างสัมพันธภาพ บุคลิกภาพ การแก้ไขปัญหา การจัดการอารมณ์ การคงสมาธิ และจรรยาบรรณของวิชาชีพ โดยผู้ให้บริการควรรักษาความสัมพันธ์ทางวิชาชีพมากกว่าการใช้สัมพันธภาพทางสังคม^{1,9,10,12,18-20,23}

4) ความสามารถ ความเชี่ยวชาญ ขอบเขตการให้บริการและความรับผิดชอบ ผู้ให้บริการด้านจิตวิทยาผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารควรพัฒนาและรักษาระดับความสามารถด้านการใช้เทคโนโลยี องค์ความรู้ทางวิชาชีพ และหลักเหตุผลเชิงวิทยาศาสตร์ การศึกษาหาความรู้ฝึกอบรมและการสร้างสมประสบการณ์ควรอยู่ภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญ ผู้ให้บริการควรคำนึงถึงปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อบริการผ่านสื่อเทคโนโลยี เช่น ข้อมูลทางการแพทย์และสภาพจิตใจของผู้รับบริการ รวมถึงประเด็นด้านวัฒนธรรม ภาษา และเศรษฐกิจ สำหรับสถานการณ์ฉุกเฉินผู้ให้บริการจำเป็นต้องเตรียมแผนการรับมือในกรณีผู้รับบริการมีความเสี่ยงฆ่าตัวตายสูง เช่น มีแหล่งประสานงานลงพื้นที่ หมายเลขโทรฉุกเฉินของสถานพยาบาลในพื้นที่ การเตรียมประสานญาติผู้รับบริการ รวมถึงความรู้ด้านกฎหมายและสิทธิการรักษาตามพื้นที่นั้น ๆ เพื่อช่วยชีวิตผู้รับบริการให้เร็วที่สุด เมื่อเกิดปัญหาเกินขอบเขตความสามารถ ผู้ให้บริการสามารถยับยั้ง ป้องกัน สำรวจและจัดการผลกระทบที่จะเกิดขึ้น^{1,11,12,14,17,18,20,23}

5) หลักการความปลอดภัยของการให้บริการ ความเสี่ยงสำคัญที่อาจเกิดขึ้นในการให้บริการผ่านสื่อเทคโนโลยี ได้แก่ การปลอมแปลงข้อมูลให้เข้าใจผิด เช่น การใช้เว็บไซต์ปลอมเพื่อหลอกลวงผู้รับบริการ และความเสียหายที่เกี่ยวข้องกับระบบรักษาความปลอดภัย

(การโจรกรรมข้อมูล ไวรัสมัลแวร์) ดังนั้น การจัดการความปลอดภัยต้องมีระบบการยืนยันตัวตนทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทั้งนี้การให้บริการควรคำนึงถึงสถานภาพทางการแพทย์ ความมั่นคงทางจิตใจ ความบกพร่องทางร่างกายหรือทางปัญญา และความพึงพอใจส่วนตัว สำหรับการให้บริการผ่านเทคโนโลยีทำให้สามารถเข้าถึงได้ง่าย จึงอาจทำให้เกิดสถานการณ์ฉุกเฉินได้ ดังนั้นจึงต้องเตรียมแผนรับมือตามที่กล่าวไว้ตามมาตรฐานและจรรยาบรรณข้อที่ 1 และ 4^{1,11,12,14-16,18,22}

6) *การพัฒนาบริการ* ผู้ให้บริการต้องนำประสบการณ์และทักษะความรู้ เพื่อสร้างนวัตกรรมหรือเครื่องมืออำนวยความสะดวกต่อการให้บริการ เช่น การพัฒนาแบบประเมินทางออนไลน์ ระบบบันทึกบริการ โปรแกรมการศึกษาและการบำบัด ทั้งนี้การพัฒนาบริการจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายสาขาร่วมด้วย เช่น นักพัฒนาโปรแกรม ผู้ให้บริการเครือข่าย ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อุปสรรคของการให้การบริการผ่านเทคโนโลยีสื่อสาร ได้แก่ การพัฒนาสัมพันธภาพวิชาชีพ ความไวต่อพฤติกรรมและความรู้สึกของผู้รับบริการ ความเชี่ยวชาญในการใช้เทคโนโลยี และการจัดการให้บริการซึ่งจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาเพื่อเป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ^{12,14,15,18,20,23,24}

7) *การเข้าถึง ความรวดเร็ว ความสะดวกในการรับบริการ* การให้บริการผ่านสื่อเทคโนโลยีควรเอื้อต่อการเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่และวัฒนธรรมที่หลากหลาย สร้างความสะดวกสบายและความรวดเร็วในการเข้าถึงบริการ รวมถึงมีความยืดหยุ่นของเวลานัดหมาย สถานที่ รวมถึงการเลือกผู้ให้บริการด้วยการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมพบว่า ในต่างประเทศมีการจัดตั้งศูนย์ให้บริการเทคโนโลยีชุมชนที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ไม่รู้เทคโนโลยี มีอัตราบุคลากรที่ลงทะเบียนเปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง และใช้เทคโนโลยีในการให้บริการปรึกษาเบื้องต้น ตามที่ระบุในมาตรฐานและจรรยาบรรณข้อที่ 8^{9,10,18,21,24}

8) *การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในด้านการแพทย์* ผู้ให้บริการควรมีส่วนในการนำเทคโนโลยีสารสนเทศในด้านการแพทย์มาใช้ให้เกิดประสิทธิผลในการให้บริการมากขึ้น และควรเลือกสื่อและเทคโนโลยีสารสนเทศให้ตรงตามวัตถุประสงค์และมาตรฐานในการให้บริการทางการแพทย์ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น นักวิชาการคอมพิวเตอร์ วิศวกรคอมพิวเตอร์ ในต่างประเทศได้มีการนำระบบเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์มาใช้ในการปรึกษาหรือการบำบัด การประเมินระดับอาการซึมเศร้าด้วยการวิเคราะห์เสียงและข้อความ แต่ยังมีข้อจำกัดเรื่องการศึกษาประสิทธิผลของการให้บริการอยู่ จึงควรมีการพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลต่อไป^{1,11,14,16,21}

9) *การจัดบริการที่สอดคล้องกับกฎหมาย* ผู้ให้บริการปรึกษาผ่านสื่อเทคโนโลยีศึกษาและปฏิบัติตามกฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการผ่านสื่อเทคโนโลยีอย่างเคร่งครัด รวมถึงตระหนักและเข้าใจถึงขอบเขตของกฎหมาย มาตรฐานจริยธรรม จรรยาบรรณ และข้อบังคับสากล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า บางประเทศมีการแบ่งเป็นรูปแบบหลายรัฐ ซึ่งแต่ละรัฐมีกฎหมายและข้อบังคับทางวิชาชีพเป็นของตนเอง ในขณะที่ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะรับบริการทางไกลจากที่ใดก็ได้ ดังนั้น ผู้ให้บริการต้องทำความเข้าใจกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ข้อบังคับวิชาชีพ รวมถึงการประกอบวิชาชีพข้ามรัฐ เนื่องจากบางรัฐต้องขึ้นทะเบียนการประกอบวิชาชีพใหม่^{1,11,12,23}

10) *การศึกษาและการวิจัย* จำเป็นต้องมีการฝึกอบรมการให้การปรึกษาผ่านสื่อเทคโนโลยีเนื่องจากต้องใช้ทักษะบางอย่างที่ต่างออกไปจากการให้บริการในห้องปฏิบัติการ ควรมีการฝึกให้ชำนาญผ่านการวางแผนศึกษาอบรม มีการประเมินผลและกำกับดูแลผ่านผู้เชี่ยวชาญ การให้บริการควรเป็นไปตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และมีการพัฒนางานผ่านการศึกษาวิจัยใหม่ ๆ โดยดำเนินตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มีการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เพื่อพิจารณาอนุญาตให้นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวิจัยและประโยชน์สูงสุดของผู้รับบริการโดยไม่ระบุกลับไปยังตัวตนของผู้รับบริการได้ ทั้งนี้การควบคุมความเสี่ยง

ที่อาจเกิดขึ้น การได้รับคำตอบแทน และการเสียประโยชน์จากการเข้าร่วมการวิจัยควรเป็นไปตามหลักการวิจัยสากล^{11,12,18}

11) การเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ มีวรรณกรรม 1 ฉบับที่กล่าวถึงขอบเขตของการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ โดยการให้ข้อมูลแก่สาธารณะต้องไม่ให้ข้อมูลที่ผิดพลาด บิดเบือน หรือสร้างข้อมูลอันเป็นเท็จเกี่ยวกับข้อมูลทางวิชาชีพ สินค้า กิจกรรมที่เป็นผลประโยชน์ทับซ้อนกับผลการรักษา ไม่รับผลประโยชน์ตอบแทนที่เกินสมเหตุสมผลที่ไม่เป็นไปตามกฎหมาย หรืออาจอ้างผลการรักษาที่เกินจริง ต้องชี้แจงหน้าที่ บทบาท และขอบเขตการให้บริการที่ชัดเจน รวมทั้งรับผิดชอบต่อการประชาสัมพันธ์โดยอยู่บนหลักจรรยาบรรณและไม่ใช้ความสัมพันธ์ทางวิชาชีพเพื่อร้องขอหรือแทรกแซงธุรกิจของผู้รับบริการ¹¹

วิจารณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสังเคราะห์มาตรฐานและจรรยาบรรณการให้การปรึกษาผ่านเทคโนโลยีทั้งสิ้น 11 ประเด็น ได้แก่ 1) การรักษาความลับและการจัดการข้อมูล 2) การชี้แจงและการลงนามยินยอม 3) การประเมินและการปรึกษาหรือบำบัด 4) ความสามารถ ความเชี่ยวชาญ ขอบเขตการให้บริการและความรับผิดชอบ 5) หลักการความปลอดภัยของการให้บริการ 6) การพัฒนาบริการ 7) การเข้าถึง ความรวดเร็ว ความสะดวกสบายในการรับบริการ 8) การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในด้านการแพทย์ 9) มาตรฐานการศึกษาและการวิจัย 10) การจัดบริการที่สอดคล้องกับกฎหมาย และ 11) การเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นไปในแนวเดียวกันกับมาตรฐานการให้บริการด้านจิตวิทยาผ่านสื่อของสมาคมจิตวิทยาอเมริกา อย่างไรก็ตามการจัดกลุ่มมาตรฐานบางส่วนก็ต่างออกไป กล่าวคือ มาตรฐานเรื่องการรักษาความลับกับความปลอดภัยและการส่งต่อข้อมูลการจัดการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผ่านเทคโนโลยีการสื่อสาร และสมรรถนะของนักจิตวิทยา จะถูกจัดแยกออกมาเป็นมาตรฐานต่างหาก¹ แสดงว่าให้สมาคมจิตวิทยาอเมริกาให้ความสำคัญกับมาตรฐานดังกล่าวพอ ๆ กัน

การศึกษานี้พบว่า วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมีความหลากหลายของประเด็นมาตรฐานการให้บริการ ซึ่งคณะผู้วิจัยจัดกลุ่มมาตรฐานการบริการด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาและถอดรหัสข้อความที่เหมือนกันภายใต้ประเด็นหลักข้างต้น เนื่องจากวิธีดังกล่าวต้องอาศัยประสบการณ์ของผู้วิจัยในการตีความ ดังนั้น ประสบการณ์ของผู้วิจัยที่แตกต่างกันอาจส่งผลต่อความเที่ยงตรงของข้อมูลได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีตรวจสอบสามเส้า โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่งเวลา สถานที่ และบุคคลที่แตกต่างกัน²⁵ และคำนึงถึงรากฐานของวิจัยเชิงคุณภาพที่เชื่อว่าความจริงมาจากการสร้างขึ้นในความคิดของมนุษย์และเป็นอัตวิสัยซึ่งวางอยู่บนทฤษฎีปรากฏการณ์นิยม (phenomenology) ได้รูปแบบมาจากแนวคิดทางวิชามนุษยศาสตร์เป็นการวิจัยที่เน้นภาพรวมและบริบทรอบด้าน โดยอาศัยข้อมูลเชิงคุณภาพและการตีความให้คำอธิบายในสิ่งที่ไม่รู้อีก่อน หรือข้อยกเว้นต่าง ๆ เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์นั้น ๆ อย่างถ่องแท้²⁶

มาตรฐานและจรรยาบรรณของการให้บริการด้านจิตวิทยาผ่านสื่อเทคโนโลยีที่พบว่ามีวรรณกรรมกล่าวถึงมากที่สุด ได้แก่ การรักษาความลับและการจัดการข้อมูล⁵ ซึ่งอิงตามหลักการพื้นฐานทางกฎหมายและสิทธิของผู้รับบริการที่จะได้ประโยชน์สูงสุดจากบริการ ทั้งด้านความเป็นส่วนตัวทางด้านร่างกาย ข้อมูล และการตัดสินใจด้วยตนเอง ทั้งนี้การให้บริการด้านการแพทย์ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบออนไลน์หรือแบบพบหน้าก็จำเป็นต้องคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย โดยคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์จากบริการทางการแพทย์ด้วยความชอบธรรม ประเด็นที่มีการกล่าวถึงรองลงมาได้แก่ การชี้แจงและการลงนามยินยอม ซึ่งเป็นข้อเสนอแนะที่ถูกบัญญัติไว้ในมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพจิตทั่วโลก^{1,27,28} ประเด็นที่มีการกล่าวถึงเป็นอันดับสามได้แก่ การประเมินและการปรึกษาหรือบำบัด เนื่องจากคุณสมบัติทางจิตวิทยาอาจเปลี่ยนแปลงไปตามบริบท จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดมาตรฐานการประเมินและการปรึกษา

หรือบำบัด โดยเฉพาะทักษะการประเมินเป็นคุณสมบัติที่สำคัญในการประกอบวิชาชีพของนักจิตวิทยาที่ต้องอาศัยการฝึกฝนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญ^{1,29}

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ประเทศไทยยังไม่มีการจัดทำแนวทางมาตรฐานการให้บริการปรึกษาผ่านสื่อเทคโนโลยี พบเพียงแต่หลักปฏิบัติ ข้อกำหนดหรือจริยธรรมของแต่ละวิชาชีพที่นำมาประยุกต์ใช้เมื่อต้องให้บริการผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องมาตรฐานของสถานพยาบาลโดยใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล พ.ศ. 2564 และประกาศราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยเรื่องการรักษาโดยใช้เทคโนโลยีพูดคุยทางไกลด้วยวิดีโอ (VDO conference) จากผลการศึกษาพบว่า มาตรฐานการให้บริการที่ควรนำมาประยุกต์ใช้กับบริบทไทย ได้แก่ การรักษาความลับและการจัดการข้อมูล เนื่องจากสถานการณ์ของโรค COVID-19 ทำให้หลายหน่วยงานผลักดันให้เกิดการให้บริการทางจิตวิทยาทางไกลได้สำเร็จ แต่ก็มีความจำเป็นที่จะต้องมีการเพิ่มระบบความปลอดภัยที่มากขึ้น มีระบบปฏิบัติการทันสมัยที่สามารถปกป้องและจัดเก็บข้อมูลได้ นอกจากนี้หลายหน่วยงานกำลังพัฒนาระบบการปรึกษาโดยใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ เพื่อให้การปรึกษาเบื้องต้นผ่านข้อความ รวมทั้งการประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายผ่านเสียงและข้อความ อย่างไรก็ตามประเทศไทยอาจมีอุปสรรคในการนำมาปรับใช้บางส่วน เช่น การประเมินสภาพจิตใจด้วยแบบทดสอบชุดวินิจฉัยทางจิตวิทยาที่ยังไม่สามารถทำผ่านระบบออนไลน์ได้ และการขาดระบบกำกับติดตามมาตรฐานการให้บริการ ดังนั้น หน่วยงานด้านสุขภาพจิตของประเทศไทยควรผลักดันเพื่อสร้างมาตรฐาน ข้อบังคับ ข้อกำหนด หรือกฎหมายเพื่อควบคุมและกำกับมาตรฐานการให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาหรือบำบัดผ่านสื่อเทคโนโลยี โดยทำงานร่วมกับสมาคมวิชาชีพ หน่วยงานด้านการศึกษา และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ รวมทั้งกระตุ้นและฝึกฝนบุคลากรให้มีความคุ้นชินกับเทคโนโลยีการสื่อสาร สามารถรักษามาตรฐาน และตระหนักถึงประโยชน์และข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยีเป็นช่องทางสำหรับการปรึกษาและบำบัดแก่ผู้รับบริการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะทำงานวิชาการที่ร่วมดำเนินการรวบรวมและร่วมสังเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ คุณมาเรียม สาหมุด คุณศศิญา จันทรแก้ว คุณอัสมะห์ เซิงสะห์ คุณธีราพร อุดมคำ คุณภาณรินทร์ โพธิ์จันทราคุณ คุณชลกร ชัยราช คุณชญานันท์ เสริมบุญสร้าง คุณกัญญารัตน์ ศิริผล คุณเบญจมาพร เบอร์โธสง คุณอัจจิมา ขวัญทอง และคุณรัตนพร โพธิ์ทอง

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychological Association. Guidelines for the practice of telepsychology. The American psychologist. 2013;68(9):791-800.
2. Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists. Guidelines for the practice of telepsychology. Am Psychol. 2013;68(9):791-800. doi:10.1037/a0035001.
3. Barak A, Hen L, Boniel-Nissim M, Shapira NA. A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. J Technol Hum Serv. 2008; 26(2-4):109-60. doi:10.1080/15228830802094429.
4. ภาสกร คุ่มศิริ, ภาณรินทร์ โพธิ์จันทราคุณ. แนวทางการให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านเทคโนโลยี [Guidelines for uses of technology in psychological counseling]. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2563;15(1):48-60.
5. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต. สถิติให้บริการปรึกษา 1323 [Statistics of 1323 service]. กรุงเทพฯ: สถาบัน; 2564.
6. The Joanna Briggs Institute. Reviewers' manual 2014 edition. Australia: Solito Fine Colour Printers; 2014.
7. AGREE Next Steps Consortium. The AGREE II instrument [Internet]. AGREE Next Steps Consortium; 2017 [cited 2019 Jul 25]. Available from: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>

8. National Health and Medical Research Council (NHMRC). NHMRC levels of evidence and grades for recommendations for developers of guidelines [Internet]. Canberra: NHMRC; 2009 [cited 2019 Jul 25]. Available from: [https://www.nhmrc.gov.au/sites/default/files/images/NHMRC%20Levels%20and%20Grades%20\(2009\).pdf](https://www.nhmrc.gov.au/sites/default/files/images/NHMRC%20Levels%20and%20Grades%20(2009).pdf)
9. Campos B. Telepsychology & telehealth: Counselling conducted in a technology environment. *Counselling, Psychotherapy, and Health*, 2009;5(1):26-59.
10. Nelson EL, Bui T. Rural telepsychology services for children and adolescents. *J Clin Psychol*. 2010;66(5):490-501. doi:10.1002/jclp.20682.
11. Barros-Bailey M, Saunders JL. Ethics and the use of technology in rehabilitation counseling. *Rehabil Couns Bull*. 2010;53(4):255-9. doi:10.1177/0034355210368867.
12. Lau PL, Jaladin RAM, Abdullah HS. Understanding the two sides of online counseling and their ethical and legal ramifications. *Procedia Soc Behav Sci*. 2013;103:1243-51. doi:10.1016/j.sbspro.2013.10.453.
13. Ahmed K, Cosgrove E, Craig T. Considerations in the provision of mental health helpline services for minority ethnic groups: a systematic review. *World Cult Psychiatry Res Rev*. 2014;9(3):89-98.
14. Drum KB, Littleton HL. Therapeutic boundaries in telepsychology: unique issues and best practice recommendations. *Prof Psychol Res Pr*. 2014;45(5):309-15. doi:10.1037/a0036127.
15. Kramer GM, Kinn JT, Mishkind MC. Legal, regulatory, and risk management issues in the use of technology to deliver mental health care. *Cogn Behav Pract*. 2015;22(3):258-68. doi:10.1016/j.cbpra.2014.04.008.
16. Gamble N, Boyle C, Morris ZA. Ethical practice in telepsychology. *Aust Psychol*. 2015;50(4):292-8. doi:10.1111/ap.12133.
17. Kotsopoulou A, Melis A, Koutsompou VI, Karasarlidou C. E-therapy: the ethics behind the process. *Procedia Comput Sci*. 2015;65:492-9. doi:10.1016/j.procs.2015.09.120.
18. Fleming TM, de Beurs D, Khazaal Y, Gaggioli A, Riva G, Botella C, et al. Maximizing the impact of e-therapy and serious gaming: time for a paradigm shift. *Front Psychiatry*. 2016;7:65. doi:10.3389/fpsyt.2016.00065.
19. Ardi Z, Putra MRM, Ildil I. Ethics and legal issues in online counseling services: counseling principles analysis. *Jurnal Psikologi Pendidikan & Konseling*. 2017;3(2):15-22.
20. Chaet D, Clearfield R, Sabin JE, Skimming K. Ethical practice in telehealth and telemedicine. *J Gen Intern Med*. 2017;32(10):1136-40. doi:10.1007/s11606-017-4082-2.
21. El-Miedany Y. Telehealth and telemedicine: how the digital era is changing standard health care. *Smart Homecare Technol Telehealth*. 2017;4:43-51. doi:10.2147/SHTT.S116009.
22. Cosgrove V, Gliddon E, Berk L, Grimm D, Lauder S, Dodd S, et al. Online ethics: where will the interface of mental health and the internet lead us?. *Int J Bipolar Disord*. 2017;5(1):26. doi:10.1186/s40345-017-0095-3.
23. Evans DJ. Some guidelines for telepsychology in South Africa. *S Afr J Psychol*. 2018;48(2):166-70. doi:10.1177/0081246318757943.
24. Stoll J, Müller JA, Trachsel M. Ethical issues in online psychotherapy: a narrative review. *Front Psychiatry*. 2020;10:993. doi:10.3389/fpsyt.2019.00993.
25. บุษกร เชี่ยวจินตาทานต์. เทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา [Qualitative case study research techniques]. *วารสารศิลปศาสตรปริทัศน์*. 2561;13(25):103-18.
26. แววดาว พรหมเสน. การวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ [Qualitative research and quantitative research]. *วารสาร มทร. อีสาน*. 2554;4(1):95-102.

27. British Association for Counselling and Psychotherapy. Ethical framework for the counselling professions. Lutterworth: Steers McGillan Eves; 2018.
28. National Board of Certified Counselors. National board of certified counselors code of ethics. North Carolina: N.P.; 2016.
29. Meyer GJ, Finn SE, Eyde LD, Kay GG, Moreland KL, Dies RR, et al. Psychological testing and psychological assessment. A review of evidence and issues. Am Psychol. 2001;56(2): 128-65.



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

4. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

4.1 เอกสารเฉพาะเรื่องบนอินเทอร์เน็ต

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

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



โครงการแลกเปลี่ยนการพิมพ์สารบัญระหว่างวารสารสุขภาพจิตฯ และวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ



วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 67 ฉบับที่ 1

มกราคม - มีนาคม 2565

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง	1
LETTER TO THE EDITOR	
Medication Dispensation for Psychiatric Outpatient at UKMMC during the COVID-19 Pandemic Luke Sy-Cherng Woon, Lydia Gan	3
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จิณณพัต ยอดไกรศรี	7
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องในวัยรุ่น จินตหรา มีถาวร, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, ศิริไทย หงษ์สงวนศรี, วศิน พิพัฒน์ฉัตร	21
ปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่รักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และโรงพยาบาลสนาม มหาวิทยาลัยขอนแก่น หิฏฐกร สำเร็จดี, รสมา สมไชย, ศศิธร ดวงมัน, วชิราภรณ์ ฤาชา, พงศธร พหลภาคย์, นรภัชชาติ บุญชาชัย, พงศพิศุทธิ์ พูนสวัสดิ์พงศ์	35
ความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิดทางสังคม พฤติกรรมการสื่อสารภายในครอบครัว และการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท สุภาพร ไม้พุด, ชนกฤทัย ชื่นอารมณ์	45
ประสิทธิผลแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น จักรกริช ไชยทองศรี, อาทิตยา บุตรแสง, เจษฎา สุววรรณ, ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์	59
ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงแบบเพ้อสับสน ในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ในหอผู้ป่วยจิตเวช บุญกุล โลกะพันธ์, พิชัย แสงชาญชัย, วณิดา รัตนสุมาวงศ์	71
การศึกษาเบื้องต้นเรื่องความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรม หลังจากนอนโรงพยาบาล ฉบับภาษาไทย ฐานิกา เกียรติชัย, จริยา ทะรักษา, จิรนนท์ คันทะสอน, ปฐมพงษ์ อึ้งประเสริฐ, พัชร ศรีสวัสดิ์	87
ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนของนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิก มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ศรีอาภา อัจฉริยะสวัสดิ์, สุชัยญา ปาริชาติ, เปี่ยมมนอง, ธนพร ประเคน, นันทิกานต์ ฤทธิ์เดช, ภัทรพร ยิ่งสนองชาติ, ภาณุพงศ์ อุษณียงามเจริญ	101
แบบทดสอบ MMPI-2-RF ฉบับภาษาไทย: การเก็บข้อมูลบรรทัดฐานและการหาค่ามาตรฐาน ของแบบทดสอบ MMPI-2-RF ฉบับภาษาไทย บุรชัย อัสวทวิบูล, วรวัชร ตั้งจิตเรเจริญ, สุชีรา ภัทรายุตวรรัตน	113

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ (ปรับปรุงใหม่)

สารบัญวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

สำหรับผู้สนใจส่งบทความ
สามารถดูรายละเอียดได้ตามคิวอาร์โค้ดนี้



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

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