



กรมสุขภาพจิต  
Department of Mental Health

วารสาร

# สุขภาพจิต

แห่งประเทศไทย

ปีที่ 30 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2565

Volume 30 Number 3 July - September 2022

[www.tci-thaijo.org/index.php/jmht](http://www.tci-thaijo.org/index.php/jmht)

-  Capacity building of Thai fortunetellers to engage in mental health counseling  
*Piyasuda Pangsapa*
-  ความสอดคล้องและความเที่ยงของแบบวัดมายาคติเกี่ยวกับการข่มขืน ฉบับภาษาไทย  
*เนตรนภิศ กองอุดมการ, สิริรัตดา ปัญญาภาส, พรจิรา ปรีวัชรกุล*
-  ภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดชุมพร  
*กษมาส วิชัยดิษฐ, อารยา ประเสริฐชัย, ปกมล เหล่ารักษาวงษ์*
-  ลักษณะการเผชิญเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้า  
ในผู้ประสบภัยพิบัติ : การวิเคราะห์ระบบเผ่าระวังสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต  
*อธิป ตันอารีย์, เมตตา เลิศเกียรติรัชตะ, มาลี เกตแก้ว, เจษฎา ไชยฤกษ์*
-  ระบาดวิทยาของกลุ่มโรควิตกกังวลในคนไทย : การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ พ.ศ. 2556  
*ปทานนท์ ขวัญสนิท, วีร์ เมฆวิสัย, สุทธา สุปัญญา, วรวรรณ จุฑา, พันธน์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์*
-  การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับผู้เล่นเกมมีอาชีพ : คุณลักษณะ เส้นทางอาชีพ และผลกระทบในมิติด้านจิตสังคม  
*ณัฐพร กังสวิวัฒน์, ชาญวิทย์ พรนภดล, วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์, สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข*
-  การศึกษาต้นทุนของกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัมโดยการเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้า  
*ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์*  
*กฤษฎาณนุเดช วงศ์เวชวิวัฒน์, ใจนุช กาญจนนุ, สุภาพ เทชะมทามณีรัตน์, พิธาน โฆษิตชัยวัฒน์, อีรารัตน์ แทนข้า*

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.พิเชฐ อุดมรัตน์ กรรมการสมาคมจิตแพทย์โลกตัวแทน  
ภาคพื้นเอเชียใต้  
พญ.พันธุ์นา กิตติรัตนไพบูลย์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ  
(ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต)

### บรรณาธิการ

ดร.นพ.อธิป ดันอารีย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา

### รองบรรณาธิการ

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

### กองบรรณาธิการ

ศ.พญ.ดร.สาวิตรี อัมมฉัตรกรชัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
รศ.พญ.พรจิรา ปรีชากรกุล มหาวิทยาลัยมหิดล  
รศ.พญ.ศิริจิต สุทธิจิตต์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
รศ.นพ.ดร.ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
ผศ.ดร.ดรณี ภูขาว มหาวิทยาลัยมหิดล  
ดร.हरखा เศรษฐบุปผา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
ดร.นพ.พิทักษ์พล บุญยมาลิก สำนักงานคณะกรรมการ  
สิทธิมนุษยชนแห่งชาติ  
พญ.ดุชนิ จีศิริกุลวิทย์ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต  
พญ.เบญจพร ปัญญายาง ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต  
ดร.สุดา วงศ์สวัสดิ์ ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต

### บรรณาธิการต่างประเทศ

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

### บรรณาธิการบริหาร

นายภพธร วุฒิหาร

### กองบรรณาธิการฝ่ายจัดการ (สำนักวิชาการสุขภาพจิต)

นางสาวสิริกุล จุลศิริ นางจิตติญา จันทพรหม  
นายธัญพิสิษฐ์ บุญพัฒนามารณ์

ISSN 0859-497X

E-ISSN 2697-567X

## วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต  
เพื่อเป็นช่องทางสำหรับเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการของบุคลากร  
ทางการแพทย์และสาธารณสุขในด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ และ  
เป็นสื่อกลางเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพจิต

### กำหนดออก:

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

### ดาวน์โหลดและส่งบทความ:

[www.tci-thaijo.org/index.php/jmht](http://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](mailto:jmht.dmh@gmail.com)

บทความที่จะตีพิมพ์ให้ปฏิบัติตาม “คำแนะนำผู้พิมพ์” ของ  
วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

### หมายเหตุ:

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

ความคิดเห็น ข้อมูล และบทสรุปต่างๆ ที่ลงตีพิมพ์ในวารสาร  
สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย เป็นของผู้เขียนบทความ และไม่ได้  
แสดงว่ากองบรรณาธิการหรือกรมสุขภาพจิตเห็นพ้องด้วย



กรมสุขภาพจิต

Department of Mental Health

ISSN 0859-497X

E-ISSN 2697-567X

## Journal of Mental Health of Thailand

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

### Free subscription:

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

### Download and Submission:

[www.tci-thaijo.org/index.php/jmht](http://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](mailto: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.

Terdsak 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. National Human Rights Commission  
of Thailand  
Dutsadee Juengsiragulwit, M.D. Bureau of Mental Health Service  
Administration  
Benjaporn Panyayong, M.D. Retired government official  
Suda Wongsawat, Ph.D. Retired government official

### International Editors

Dr.Alan Frederick Geater Prince of Songkla University

### Managing Editors

Mr.Phothorn Wuttiharn

### Managing Staffs (Bureau of Mental Health Academic Affairs)

Ms.Sirikul Chulkeeree Mrs.Thitiya Jantaprom

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 3 กรกฎาคม - กันยายน 2565

|                |                                                                                                                                                                                                                                            |      |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| สารบัญ         |                                                                                                                                                                                                                                            | หน้า |
| บรรณาธิการแถลง |                                                                                                                                                                                                                                            | A    |
| นิพนธ์ต้นฉบับ  | Capacity building of Thai fortunetellers to engage in mental health counseling<br>Piyasuda Pangsapapa                                                                                                                                      | 184  |
|                | ความสอดคล้องและความเที่ยงของแบบวัดมายาคติเกี่ยวกับการข่มขืน ฉบับภาษาไทย<br>เนตรนภิศ กองอุดมการ, สิริรัตดา ปัญญาภาส, พรจิรา ปรีวัชรากุล                                                                                                     | 199  |
|                | ภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลของรัฐ<br>ในจังหวัดชุมพร<br>กชามาส วิชัยดิษฐ์, อารยา ประเสริฐชัย, ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์                                                                                                   | 211  |
|                | ลักษณะการเผชิญเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ<br>และภาวะซึมเศร้าในผู้ประสบภัยพิบัติ : การวิเคราะห์ระบบเผ่าระวังสุขภาพจิต<br>ในภาวะวิกฤต<br>อธิป ต้นอารีย์, เมตตา เลิศเกียรติรัชตะ, มาลี เกตแก้ว, เจษฎา ไชยฤกษ์ | 222  |
|                | ระบาดวิทยาของกลุ่มโรควิตกกังวลในคนไทย : การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิต<br>ของคนไทยระดับชาติ พ.ศ. 2556<br>ปทานนท์ ขวัญสนิท, วีร์ เมฆวิสัย, สุทธา สุปัญญา, วรวรรณ จุฑา,<br>พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์                                           | 237  |
|                | การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับผู้เล่นเกมมืออาชีพ : คุณลักษณะ เส้นทางอาชีพ<br>และผลกระทบในมิติด้านจิตสังคม<br>ณัฐพร กังสวิวัฒน์, ชาญวิทย์ พรนภดล, วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์, สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข                                                    | 250  |
|                | การศึกษาต้นทุนของกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัมโดยการเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้า<br>ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์<br>กฤษฎาตุนเดช วงศ์เวชวิวัฒน์, ใจนุช กาญจนภู, สุวภาพ เตชะมхамณรัตน์,<br>พิธาน โฆษิตชัยวัฒน์, อีรารัตน์ แทนคำ                    | 264  |

|                                                                                                                                                                                                                                                               |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| CONTENTS PREFACE                                                                                                                                                                                                                                              | Page |
| EDITORIAL ORIGINAL                                                                                                                                                                                                                                            | A    |
| ORIGINAL ARTICLES                                                                                                                                                                                                                                             |      |
| Capacity building of Thai fortunetellers to engage in mental health counseling<br>Piyasuda Pangsapa                                                                                                                                                           | 184  |
| The validity and reliability of the rape myth acceptance scale Thai version<br>Nedhapit Kongudomkarn, Sirinadda Punyapas, Pornjira Pariwatcharakul                                                                                                            | 199  |
| Burnout among medical personnel of public hospitals in Chumphon province<br>Kachamas Wichaidit, Araya Prasertchai, Pokkamol Laoraksawong                                                                                                                      | 211  |
| Exposure-related factors of post-traumatic stress and depression among<br>people affected by disasters in Thailand: an analysis of the crisis mental<br>health surveillance system<br>Athip Tanaree, Metta Lertkiatratthata, Malee Katekaew, Jetsada Chairerk | 222  |
| Epidemiology of anxiety disorders in Thailand: Thai national mental health<br>survey 2013<br>Patanon Kwansanit, Wee Mekwilai, Suttha Supanya, Worawan Chutha,<br>Phunnapa Kittirattanapaiboon                                                                 | 237  |
| A qualitative study on professional gamers: characteristics, career path,<br>and psychosocial impacts<br>Nattaporn Kangsawiwat, Chanvit Pornnoppadol, Wimontip Musikaphan,<br>Somboon Hataiyusuk                                                              | 250  |
| Prospective study of cost description of autism spectrum disorders<br>at Yuwaprasart Waithayopathum hospital<br>Kridsadanudej Wongwejwiwat, Jainuch Kanchanapoo,<br>Suwapab Techamahamaneerat, Pithan Kositchaivat, Theerarat Tan-khum                        | 264  |
| INSTRUCTION TO AUTHORS                                                                                                                                                                                                                                        | I    |
| CONTENTS PREFACE IN JOURNAL OF THE PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF THAILAND                                                                                                                                                                                        |      |



## บรรณาธิการแถลง

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยฉบับนี้เป็นฉบับที่ 3 ของปี พ.ศ. 2565 โดยยังคงเนื้อหาสาระทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ที่หลากหลายและครอบคลุมทุกกลุ่มวัยเหมือนเช่นเคย โดยฉบับนี้เป็นบทความประเภทนิพนธ์ต้นฉบับทั้ง 7 เรื่อง ดังนี้

ประเด็นระบาดวิทยาระดับประเทศ มีบทความเรื่อง ระบาดวิทยาของกลุ่มโรควิตกกังวลในคนไทย : การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ พ.ศ. 2556 โดย ปทานนท์ ขวัญสนิธ และคณะ และเรื่อง ลักษณะการเผชิญเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้าในผู้ประสบภัยพิบัติ : การวิเคราะห์ระบบเผ่าระวังสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต โดย อธิป ตันอารีย์ และคณะ

ประเด็นเด็กและวัยรุ่น เกี่ยวกับอีสปอร์ตที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต : การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับผู้เล่นเกมมือถืออาชีพ : คุณลักษณะ เส้นทางอาชีพ และผลกระทบในมิติด้านจิตสังคม โดย ญัฐพร กังสวิวัฒน์ และคณะ และต้นทุนการดูแลรักษาเรื่อง การศึกษาต้นทุนของกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัมโดยการเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้า ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โดย กฤษฎาตุนเดช วงศ์เวชวิวัฒน์ และคณะ

การให้บริการสุขภาพจิตที่ดีนั้น นอกจากจะคำนึงถึงผู้รับบริการแล้ว ผู้ให้บริการเองก็มีความสำคัญที่ต้องให้ความสนใจในการดูแลด้านสุขภาพจิต สะท้อนได้จากการศึกษาเรื่อง ภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดชุมพร โดย กษมาส วิชัยดิษฐ และคณะ และบุคลากรนอกระบบสุขภาพเองมีความสำคัญมากในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพจิตของประชาชน โดยเฉพาะเมื่อเราตีความรู้สุขภาพจิตเพิ่มเติม ดังตัวอย่างการศึกษาในกลุ่มหมอดูเรื่อง Capacity building of Thai fortunetellers to engage in mental health counseling โดย Piyasuda Pangsapla เครื่องมือวัดด้านสุขภาพจิต เป็นอีกตัวช่วยที่สำคัญในการประเมินปัญหาสุขภาพจิตในการศึกษาเรื่อง ความสอดคล้องและความเที่ยงของแบบวัดมายาคติเกี่ยวกับการข่มขืน ฉบับภาษาไทย โดย เนตรนภิศ กองอุดมการ และคณะ

ผมและกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่เชื่อมั่นและไว้วางใจส่งบทความเข้ามายังวารสาร ทั้งนี้ ขอเชิญชวนทุกท่านอ่านบทความทางวารสารออนไลน์ [www.tci-thaijo.org/index.php/jmht](http://www.tci-thaijo.org/index.php/jmht) และยังสามารถส่งบทความเพื่อเข้ารับการพิจารณาเผยแพร่ทางเว็บไซต์ดังกล่าวด้วย

อธิป ตันอารีย์

บรรณาธิการ

## Original articles

## Capacity building of Thai fortunetellers to engage in mental health counseling

Received : 18 February 2022

Revised : 21 July 2022

Accepted : 26 July 2022

Piyasuda Pangsapa, Ph.D.

School of Global Studies, Thammasat University

### Abstract

**Objective:** To develop the potential of fortunetellers in Thailand to engage in mental health counseling.

**Methods:** A quasi-experimental study was carried out from September to October 2019 among 40 fortunetellers randomly placed into an experimental group (n = 20) receiving mental health counseling training and a control group (n = 20) not receiving training. In-depth interviews were conducted with both groups and with a sample groups of 86 clients equally divided between the two groups of fortunetellers. Knowledge and problem scores before and after the services were assessed in both groups of fortunetellers and both groups of clients, respectively. The data were analyzed by using a content analysis, independent t-test, paired t-test, chi-square test, Wilcoxon signed-rank test, and Mann-Whitney U test.

**Results:** The qualitative analysis shows that fortunetellers in the experimental group reported improvement in the quality of their services after receiving training in mental health counseling. The clients's problem scores after receiving fortune-telling service in both groups were significantly lower than before the services, even though the changes in scores between the two groups were not significantly different.

**Conclusion:** Developing the potential of fortunetellers to engage in mental health counseling could alleviate the burden of mental health problems on health professionals. A collaborative relationship between health professionals and fortunetellers would benefit service recipients.

**Keywords:** fortune-telling, fortuneteller, mental health, mental health counseling

**Corresponding author:** Piyasuda Pangsapa; e-mail: piyasuda@sgs.tu.ac.th



## นิพนธ์ต้นฉบับ

## การพัฒนาศักยภาพหมอดูให้เป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพจิต

วันรับ : 18 กุมภาพันธ์ 2022

วันแก้ไข : 21 กรกฎาคม 2565

วันตอบรับ : 26 กรกฎาคม 2565

ปิยะสุตา แพงสกา, ปร.ด.

วิทยาลัยโลกคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อพัฒนาศักยภาพหมอดูในประเทศไทยในการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต**วิธีการ :** ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลองในเดือนกันยายนถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 ในกลุ่มหมอดูจำนวน 40 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 20 คนที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตและกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คนที่ไม่ได้รับการฝึกอบรม สัมภาษณ์เชิงลึกกับหมอดูทั้งสองกลุ่มและในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับบริการจำนวน 86 คน โดยแบ่งจำนวนเท่า ๆ กันระหว่างกลุ่มหมอดูทั้งสองกลุ่มประเมินความรู้ของหมอดูและระดับปัญหาสุขภาพจิตของผู้รับบริการก่อนและหลังการให้บริการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา สถิติ independent t-test, paired t-test, chi-square test, Wilcoxon signed-rank test และ Mann-Whitney U test**ผล :** ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพแสดงให้เห็นว่าคุณภาพการบริการของหมอดูในกลุ่มทดลองมีการพัฒนาขึ้นหลังจากได้รับการฝึกอบรมด้านการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต คะแนนปัญหาของผู้รับบริการหลังรับบริการดูดวงจากหมอดูทั้งสองกลุ่มต่ำกว่าก่อนรับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้การเปลี่ยนแปลงของคะแนนของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ**สรุป :** การฝึกอบรมทักษะการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตให้กับหมอดูอาจช่วยพัฒนาศักยภาพของหมอดูเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต ควรมีการส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหมอดูเพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ**คำสำคัญ :** การพยากรณ์, การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต, สุขภาพจิต, หมอดู**ติดต่อผู้นิพนธ์ :** ปิยะสุตา แพงสกา; e-mail: piyasuda@sgs.tu.ac.th

**Previous knowledge:** Fortune-telling is a popular alternative to professional interventions for relieving stress, anxiety, and depression.

**New knowledge:** Mental health counseling training improves fortunetellers' skills to relieve and manage stress, anxiety, and depression of the clients.

**Applications:** Fortunetellers could potentially play a key role in community mental health care provision that could reduce the burden on the public health sector.

## Introduction

Fortunetellers play a significant role in Thai society. They provide guidance and counsel to Thai people from all walks of life on family, career, money, health, and relationships, yet the therapeutic value of their work is not often acknowledged.<sup>1,2</sup> Individuals suffering from mental health issues may prefer to seek help from fortunetellers rather than medical professionals due to societal stigmas attached to psychiatric care.<sup>3-5</sup>

According to the World Health Organization, depression is the most common mental disorder that affects at least 322 million people globally, with more women than men afflicted. It is one of leading causes of disability worldwide and also a probable factor for suicidality.<sup>6</sup> In 2014, the Thai Department of Mental Health reported an average of 4,000 deaths by suicide per year or 300 per month, the highest rate in Southeast Asia, with the leading cause being alcoholism, followed by mental illnesses including depression.<sup>7</sup> The 2013 Thai national mental health

survey reported that almost 1 million people, or 2 out of 100 people, suffered from depression during their lifetime.<sup>8</sup>

Most people experiencing severe depression and anxiety do not feel their problems are severe enough to warrant psychiatric evaluation or treatment. Fortune-telling may be seen as an alternative to professional psychology or psychiatric care because it is perceived to be convenient, affordable, and therapeutic.<sup>9</sup> Since fortunetellers possess the abilities to give counsel and guidance, equipping them with more effective counseling skills might increase their capacities to assess and screen people suffering from severe mental health issues, and refer individuals who need medical assistance to appropriate channels.<sup>10</sup>

This study aimed to investigate the initial outcomes of a mental health counseling training program for potential fortunetellers in Thailand. We posit that the problem of mental health disorders in the country can be alleviated by developing the skills and knowledge of fortunetellers so they would have a more extensive role as mental health counselors by proxy for the general population.

## Methods

A quasi-experimental study was carried out between September and October 2019 among 40 fortunetellers and 86 clients. This study was approved by the human research ethics committee of Thammasat University on May 17, 2019.

### Samples

All 40 fortunetellers belonged to the Astrological Association of Thailand (AAT) under the Royal Patronage of Her Majesty the Queen.

Criteria for inclusion of fortunetellers were: 1) being certified by the AAT, 2) being 25 years and older, 3) having at least two years of experience in fortune-telling, 4) being fluent in Thai, and 5) agreeing to participate. The fortunetellers were randomly placed into an experimental group of 20 fortunetellers who received mental health counseling training and a control group of 20 fortunetellers who did not. Age, gender, and work experience were used to ensure equal distribution of fortunetellers.

The sample group of clients were volunteers, 18 years of age or older, who responded to a public announcement for a free fortune-telling and were willing to be part of this project. They were randomly selected and divided into the two groups of fortunetellers without knowing whether they were sent to fortunetellers in the experimental group or the control group.

#### ***The counseling training workshop***

The counseling training workshop was 18 hours in duration over three days, consisting of lectures and activities led by two professional mental health counselors, a senior public health scholar and a clinical psychologist from the department of mental health. The training course was modified from the Department of Mental Health's "training course for expert village health volunteers (VHVs)", which was geared toward equipping VHVs with skills in screening patients or risk groups for further treatment and in providing initial consultation. The training course is as in the appendix.

#### ***Measurements***

The short version of the Thai Mental Health Indicator-15 (TMHI-15),<sup>11</sup> a stress assessment form (ST-5),<sup>12</sup> and the 2Q and 9Q depression screening<sup>13</sup> were used once at the initial screening to screen for the clients with high stress level or moderate symptoms of depression. The participants were advised to see psychotherapists for further counseling after their fortune-telling session if they had the ST-5 score of  $\geq 8$  points or the 9Q score of  $\geq 19$  points.

Knowledge of general psychology and counseling skills were assessed among both groups of the fortunetellers before the training, and only among the experimental group after the training. The tool for assessing the knowledge was adapted from the pre- and post-training assessment questions, set 3, specializing in community mental health of the specializing village health volunteer training curriculum of year 2012.<sup>14</sup> There were a total of 30 questions, with the answer being right or wrong and a total score of 30 points. The tool was assessed for the content validity by a consultant from the Office of Academic Affairs, Department of Mental Health, Ministry of Public Health.

In-depth interviews were conducted with both groups of fortunetellers at the beginning of the project, and with the experimental group after their training and after they had seen two clients. The fortunetellers were asked about where they received astrology training, what type of forecasting expertise they had, what methods or approaches of fortune-telling do they usually deploy for the clients, why and how, to what extent and in what aspects they believed their service helped the clients, whether they had experienced a situation where

a client's problems could not be solved and how they dealt with it. The fortunetellers were also asked to provide reasons why they became a fortuneteller, how the clients come to know them, whether there were other special services they offered to the clients, and what kind of suggestions they gave to the clients.

In-depth interviews with 86 clients were conducted individually by 16 interviewers who received training in conducting in-depth interviews. Each interview lasted approximately 30 minutes. The interviewers were blinded and did not know whether the client they were interviewing received a fortune-telling session from the control group or the experimental group. Five rounds of interviews were conducted with the clients. The key questions for the clients included reasons for going to a fortuneteller, how often they found out about it, reasons for seeing a particular fortuneteller, how they felt before the session, what expectations they had for it, how they felt during the session, what they expected after the session, and whether they would use the service again. The clients were also asked about their attitudes and expectation of mental health services at hospitals, whether they knew that mental health services are available, whether they had ever used those services, and the results after the services.

Both groups of clients were also asked to evaluate the satisfaction level regarding the advice they received and the score of their problems before and after receiving fortune-telling. The assessment of client's satisfaction level was developed by the research team that consisted of 12 questions including the problem or issue the clients would like

to discuss at this time and whether it was resolved or not (and if so, how), the clients' feelings towards this fortuneteller's service compared to others they have seen before, whether they would come back to use the services of this fortuneteller again and why, would they recommend a friend who suffers from a mental issue to use the service of this fortuneteller or not and why, who else did they consult with when they had a problem, how did they feel after completing the session with the fortuneteller. There were two questions that required clients to provide a score from 1 to 10 (least to greatest) on: their overall experience with the fortuneteller and the degree to which their problems were reduced after seeing the fortuneteller.

### *Data Analysis*

Data from the in-depth interviews were analyzed by using a content analysis and compared between the two groups of fortunetellers and between the clients who received service from the two groups of fortunetellers. The independent t-test and paired t-test were used for between-group comparison regarding the characteristics of the fortunetellers (experience and age) and within-group comparison regarding their knowledge of general psychology and counseling before and after training, respectively. For the clients, the chi-square test was used to compare the mental health assessment outcomes between those who received fortune-telling services from the experimental group and the control group. The Wilcoxon signed-rank test was used to compare the clients' problem scores before and after receiving service. Finally, the Mann-Whitney U test was used to compare the problem scores and changes in the problem scores between the two groups of clients.

## Results

The fortunetellers comprised 10 men and 30 women aged between 35 and 64 years old. The majority (80%) had never received any mental health training. A little over half (52.5%) relied on fortune-telling as their primary profession. They had 8 years of experience on average, with a majority (82.5%) providing forecasting services daily.

Based on a comparative t-test comparing experience, age, and pre-test scores of general psychology and counseling skills between the experimental and control groups, there was no statistical difference between the two groups except age, as shown in table 1.

The analysis using the paired t-test to compare the scores of knowledge of general psychology and counseling skills of the experimental group before and after training showed that the mean score after training was higher than before

training, but there was no statistically significant difference, as shown in table 2.

The qualitative results showed that fortune-tellers in the experimental group reported improvement in the quality of their services after receiving training in mental health counseling. Feedback from the fortunetellers regarding the training sessions was overall positive. The following interview excerpts captured the collective sentiment:

*“Very useful overall, I can adapt the knowledge and learn to use it in my daily life, and a clear result of the training is being able to communicate and understand myself and my clients better.”*

*“The training was excellent. It provided many valuable suggestions and tips I can use to help my clients.”*

*“The training is helpful for my career because it provides basic techniques that build on our skills for counseling.”*

**Table 1** Characteristics and knowledge of general psychology and counseling skills before training

|                    | experimental group (n = 20) |              | control group (n = 20) |              | t-test | p value |
|--------------------|-----------------------------|--------------|------------------------|--------------|--------|---------|
|                    | min-max                     | mean (SD)    | min-max                | mean (SD)    |        |         |
| experience (years) | 2 - 25                      | 7.80 (6.24)  | 2 - 31                 | 8.38 (6.91)  | 0.276  | .784    |
| age (years)        | 35 - 59                     | 46.20 (6.90) | 38 - 64                | 52.40 (8.76) | 2.487  | .018    |
| pretest score      | 18 - 27                     | 22.80 (2.65) | 15 - 28                | 23.60 (3.46) | 0.822  | .417    |

**Table 2** Knowledge of general psychology and counseling skills before and after training of the experimental group

|                 | mean scores | SD   | t-test | p-value |
|-----------------|-------------|------|--------|---------|
| before training | 22.80       | 2.65 |        |         |
| after training  | 23.55       | 2.46 | 1.726  | .101    |

*“I have learned to be composed and control my emotions and thoughts. I can observe our clients better now with the training.”*

For both groups of the fortunetellers, making their clients feel at ease, being someone to rely on, and giving advice and guidance on life were the critical points of services they provided to clients aside from reading. The fortunetellers from the experimental group reported that they applied communication techniques from the training session into their services.

The analysis by using the chi-square test found that the mental health assessment results between two groups of clients were not significantly different. The scores of clients' problems after

receiving fortune-telling services in both groups were significantly lower than before the training, even though the changes in problem scores between the two groups were not significantly different, as shown in tables 3 and 4.

According to the in-depth interviews, over half of the clients reported that they received suggestions and guidelines from the fortunetellers, in which 26 clients in the control group mentioned general advice and practical tips, and 23 clients in the experimental group mentioned practical advice as well as career and life guidelines. Other clients said they felt better, hopeful, and more encouraged after their session. A majority (75%) of clients reported that the consultation felt different than other

**Table 3** Within-group comparison of clients' problem scores before and after receiving fortune-telling services using the Wilcoxon signed-rank test

|                                                        | before service |              | after service |              | Z      | p-value |
|--------------------------------------------------------|----------------|--------------|---------------|--------------|--------|---------|
|                                                        | mean (SD)      | median (IQR) | mean (SD)     | median (IQR) |        |         |
| clients receiving services from the experimental group | 5.70 (2.77)    | 6 (5)        | 2.86 (2.46)   | 2 (3)        | -5.328 | < .001  |
| clients receiving services from the control group      | 4.98 (2.11)    | 5 (3)        | 2.16 (1.95)   | 2 (2)        | -5.283 | < .001  |

**Table 4** Between-group comparison of client's problem score before and after receiving fortune-telling services and changes in problem scores using the Mann Whitney U test

|                      | experiment group (n = 43) |              | control group (n = 43) |              | Z      | p-value |
|----------------------|---------------------------|--------------|------------------------|--------------|--------|---------|
|                      | mean (SD)                 | median (IQR) | mean (SD)              | median (IQR) |        |         |
| score before service | 5.70 (2.77)               | 6 (5)        | 4.98 (2.11)            | 5 (3)        | -1.440 | 0.150   |
| score after service  | 2.86 (2.46)               | 2 (3)        | 2.16 (1.95)            | 2 (2)        | -1.253 | 0.210   |
| change in score      | 2.84 (2.19)               | 3 (3)        | 2.81 (2.20)            | 3 (3)        | -0.009 | 0.993   |

fortune-telling visits they had been to, explaining that the difference was in the way the fortunetellers were focused on giving practical advice to the clients and were more engaged in having a conversation with the clients than being only focused on predicting the future. They also noted that the fortunetellers were attentive and took their time.

## Discussion

In summary, feedback from the 20 fortunetellers who receive counseling training was positive overall. The majority found the three-day workshop was useful and helpful in observing a client's mental state, knowing what to say, and what techniques to recommend. The fortunetellers recognized that communication skills are a critical aspect of their profession and took these skills seriously. They also recognized that helping clients maintain a healthy state of mind is essential to their well-being. Overall, the fortunetellers reported significant improvement in the quality of their services in terms of applying the methods learned constructively in the sessions. For clients, feeling relieved, more hopeful, and more confident helped them deal with the challenges and further pointed out the benefits of counseling and communication training for this profession.

This study highlights the importance of involved interaction between clients and fortunetellers and the attentive listening skills of the fortuneteller. In Korea, for instance, local shamans provide "psychological stimulation," and in Taiwan, folk healers provide "therapeutic relief" for those who are "struggling or just need someone to talk to."<sup>16,17</sup> Therefore, a fortune-telling session is like a consultation since most clients are keen to talk

about the results of their readings linked to the problems they are experiencing in their lives. As such, practical guidance and advice from the fortuneteller are welcome, with many clients expressing appreciation for having someone there to listen to and understand them. Thara and Padmavati underlined the importance of equipping mental health professionals with valuable skills for their professional development.<sup>18</sup> Likewise, fortunetellers who participated in the mental counseling training found the instructional and interactive sessions to benefit their profession in terms of psychological skills training and mindfulness-based interventions. They could provide counsel and guidance to their clients using the skills and knowledge gained from the training in their services. The workshop also built a foundation for developing good communication and listening skills. It equipped the fortunetellers with practical techniques they could apply in their personal and professional lives, especially stress management and emotional health.

This project also demonstrates that a cooperative working relationship can be fostered between public health officials and fortunetellers. According to a WHO study on improving the treatment of depression and suicide risk in Asia, educational and training programs for frontline health workers and other professionals are crucial.<sup>6</sup> The strategies to prevent suicide (STOPS) project recommends a "more coordinated, systematic approach" to improve the treatment of depression and related disorders. That approach includes the training of primary care providers in areas where access to mental health services is limited (e.g., rural areas) and where people prefer to visit a primary care



provider rather than a mental health professional.<sup>19</sup> Similarly, in Sri Lanka, lay community workers are trained in the absence of qualified mental health professionals.<sup>18</sup> A more coordinated approach in the Thai context would involve professional counseling training for fortunetellers by experienced health officials from the Ministry of Public Health and issuing a certificate of training upon completion. This is not meant to infringe upon the purview and expertise of mental health care professionals or equate fortune-telling services with that of professional counseling, but only to equip fortunetellers with skills and knowledge that may be of benefit to their profession.

Aside from the stigma associated with the mental health professionals,<sup>20</sup> the stigma and discrimination against people suffering from a mental illness partially explain the popularity and ubiquity of fortune-telling.<sup>21</sup> Equipping fortunetellers with the skills to detect signs of major mental health problems such as depression may therefore benefit a public health approach to suicide prevention. Training on mental health counseling should be made available to fortunetellers in Thailand. Overall, it raises the general knowledge base for fortunetellers and dovetails nicely with their services. Training also improves the fortunetellers' mental health, which is beneficial to both fortunetellers and clients. Training should continue incorporating meditation and mindfulness-based interventions because the fortunetellers can teach and introduce these techniques to their clients. Communication and counseling skills can be incorporated into the curriculum of the AAT, and a collaborative working relationship between the Ministry of Public Health

and all existing astrological associations in Thailand should be supported and fostered so that training in mental health counseling is available for all practicing fortunetellers.

Fortunetellers will continue playing a significant role in Thai society, even more so during the pandemic crisis where managing stress and anxiety has become especially critical. Moreover, while fortune-telling is a popular alternative to psychotherapy, it can also be seen as complementary and supplementary to professional interventions since "psychotherapy and folk therapies are not mutually exclusive."<sup>16</sup> This project would greatly help improve the mental health and well-being of Thai citizens.

### Acknowledgments

This study was funded by the National Research Council of Thailand, through Thammasat University's research administration division. The author would like to thank the Astrological Association of Thailand, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, and the School of Global Studies, Thammasat University, for their support and involvement in this project. The author would like to acknowledge the following individuals who were integral to this project: Prof. Dr.Nuntavarn Vichit- Vadakan, Ksenia Kubasova, Sirikul Chulkeeree, Dr.Sorawan Intasit, Sukanda Plungsuchon, Sukunya Plungsuchon, and Pochanan Plungsuchon.

### References

1. Tritipthumrongchok A. Fortune telling as mental health support. *Eubios J Asian Int Bioeth.* 2015;25(5);188-203.

2. Tuicomepee A, Romano JL, Pokaeo S. Counseling in Thailand: development from a Buddhist perspective. *J Couns Dev.* 2012;90(3):357-61. doi:10.1002/j.1556-6676.2012.00044.x.
3. Pholphirul P. Why do we go and pay to fortune-tellers? economic implications of Thai people behavior. *Actual Problems in Economics.* 2016;1(175):236-46.
4. Burnard P, Naiyapatana W, Lloyd G. Views of mental illness and mental health care in Thailand: a report of an ethnographic study. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2006;13(6):742-9. doi:10.1111/j.1365-2850.2006.01028.x.
5. Kubasova K. Fortune-tellers as counsellors in Bangkok: exploratory research. *International Journal of Mental Health.* 2021 Aug. doi:10.1080/00207411.2021.1968570.
6. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2020 Oct 10]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>;
7. Department of mental health. The national data of suicide rates of Thailand. Nonthaburi: Department of mental health; 2016 [cited 2021 Feb 1]. Available from: <https://www.dmh.go.th/report/suicide/english/>.
8. Sinngern S, Patanon, K, Suttha S, Worawanm C, Phunnapa K, Dussadee U, et al. The Thai national mental health survey 2013: prevalence of mental disorders in megacities: Bangkok. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand.* 2016;61(1):75-88.
9. Smith P. Why people are turning to astrology and tarot cards for their mental health. *New York: The Huffington Post*; 2019 Dec 17 [cited 2021 Feb 1]. Available from: [https://www.huffpost.com/entry/astrology-tarot-cards-mental-health\\_l\\_5df7b210e4b03aed50f25c30](https://www.huffpost.com/entry/astrology-tarot-cards-mental-health_l_5df7b210e4b03aed50f25c30)
10. Suwankhong D, Liamputtong P, Rumbold B. Existing roles of traditional healers (mor baan) in southern Thailand. *J Community Health.* 2011;36(3):438-45. doi:10.1007/s10900-011-9360-z.
11. Mongkol A, Vongpiromsan Y, Tangseree T, Huttapanom W, Romsai P, Chutha W. The development and testing of Thai mental health indicator version 2007. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand.* 2009;54(3):299-316.
12. Silpakit O. Srithanya stress scale. *Journal of Mental Health of Thailand.* 2008;16(3):177-85.
13. Arunpongpaissal S, Kongsuk T, Maneeton N, Maneeton B, Wannasawek K, Leejongpermpoon J, et al. Development and validity of two-question-screening test for depressive disorders in Thai I-san community. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand.* 2006;52(2):138-48.
14. Health Service Support Division, Ministry of Health. The Specializing Village Health Volunteer Training Program Curriculum of Year 2012. Nonthaburi: N Design Publishing; 2012.
15. Working group to prepare depression management guidelines for general practitioners in primary and secondary care centers, Department of mental health. Clinical practice guideline of major depressive disorder for general practitioner: CPG-MDD-GP. Ubon Ratchathani: Prasrimahabhodi psychiatric hospital; 2010 [cited 2021 Feb 1]. Available from: <http://www.thaidepression.com/www/news54/CPG-MDD-GP.pdf>
16. Wei C. In Taiwan, fortunetellers are the preferred form of therapists. *Brooklyn: Vice Media Group*; 2020 Oct 20 [cited 2021 Jan 27]. Available from: <https://www.vice.com/en/article/3an8jb/taiwan-fortunetellers-therapists-mental-health>
17. Brooksbank T. My experience with a Korean fortuneteller. *CA: USC Annenberg Media*; 2018 Apr 25 [cited 2021 Jan 27]. Available from: <http://www.uscannenbergmedia.com/2018/04/25/my-experience-with-a-korean-fortune-teller/>.

18. Thara R, Padmavati R. Community mental health care in South Asia. *World Psychiatry*. 2013;12(2): 176-7. doi:10.1002/wps.20042.
19. Xiao S, Khan M, Yoon-Young N, Phillips MR, Thomkangkoon P, Pirkis, J, et al. Improving treatment in Asia of depression and other disorders that convey suicide risk. In: Hendin H, Philips MR, Vijayakumar L, Pirkis J, Wang H, Yip P, et al., editors. *Suicide and suicide prevention in Asia*. Geneva: World Health Organization; 2008.
20. Aggarwal P, Sriram S. Exploring well-being among mental health professionals in India. *Psychol Stud*. 2018;63(4):335-45. doi:10.1007/s12646-018-0470-x.
21. Yates M. Out of the shadows: mental health in Asia Pacific. London: Reuters Events; 2018 Feb 12 [cited 2021 Jan 27]. Available from: <https://www.reutersevents.com/pharma/column/out-shadows-mental-health-asia-pacific>.

## Appendix

Training course: capacity building of Thai fortunetellers to engage in mental health counseling

| training topics                                                                                                                                                                                                                                                        | objective:<br>what trainees get after the training                                                                                                                                                                         | lesson plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | measurement                                                                                                                                                                                                                                                                                 | time               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>Day 1</b>                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Definition of mental health</li> <li>Cause of mental health deterioration</li> <li>Common mental and psychiatric problems</li> </ul>                                                                                            | <ol style="list-style-type: none"> <li>Understand the meaning of mental health.</li> <li>Know the causes of mental health deterioration.</li> <li>Be aware of common mental health problems.</li> </ol>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Bring it into the teaching plan and have the lecturers explain the content according to the training topic.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Participation in teaching.</li> <li>Pretest of mental health and counseling expertise.</li> </ul>                                                                                                                                                    | 3 hrs.             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>How to screen for mental health problems by using the tools: stress assessment form (ST-5), depression assessment form (2Q &amp; 9Q)</li> <li>Appraisal guidelines and advice</li> <li>Practice using screening test</li> </ul> | <ol style="list-style-type: none"> <li>Trainees are familiar with a variety of tools and get benefits from using them.</li> <li>Acquire skills in using assessments tools for screening mental health problems.</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Show an example of the tools, and how to use the tools.</li> <li>Practice using tools for assessments and interpretations and giving advice.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Practice and observation of how to use the tools and interpretation.</li> <li>Can provide advice on behavior modifications to suit them.</li> <li>Report the results of their assessment according to each tool and evaluation form that.</li> </ul> | 3 hrs.             |
| <b>Day 2</b>                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |
| <b>Self-esteem</b>                                                                                                                                                                                                                                                     | <ol style="list-style-type: none"> <li>Analyze and understand self-personality.</li> <li>Able to recognize and plan to improve their personality.</li> </ol>                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Watch the role play, and the speakers are randomly asked by the participants about what kind of personality they have seen from the role play.</li> <li>Take a personality analysis form and interpret the results.</li> <li>Describe the meaning of personality, characteristics of personality that affect service, and guidelines for improving.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Practice</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                  | One hr.<br>30 min. |

## Training course: capacity building of Thai fortunetellers to engage in mental health counseling (continued)

| training topics                                                                                                      | objective:<br>what trainees get after the training                                                                                                                                                                                                                                                                | lesson plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | measurement                                                                                                                                                      | time              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Day 2</b><br><b>Self-esteem (continued)</b>                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Divide the trainees into groups of 5 for discussion according to the assigned issue.</li> <li>Let everyone find a way to improve their personality that is suitable for 2 - 3 service characteristics and put it on the whiteboard.</li> </ul>                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                  |                   |
| <b>Basic communication skills</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Listening and observation skills</li> </ul> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explain the meaning objectives and guidelines for using listening and observing skills.</li> <li>2. Explain the effects of listening and observation skills in consulting.</li> <li>3. Use listening and observation skills in counseling appropriately.</li> </ol>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Lectures on listening and observation skills.</li> <li>Demonstrate listening and observation skills.</li> <li>Analyze and discuss the subject matter demonstrated.</li> <li>Assign tasks to practice listening and observation skills.</li> <li>Randomly evaluate the trainees.</li> </ul>                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Practice</li> <li>Can tell the benefits of using listening skills and observation skills.</li> <li>Observation</li> </ul> | One hr.<br>30 min |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Asking and silence skills</li> </ul>                                          | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explain the meaning objectives, and guidelines for using questioning-silence skills in counseling.</li> <li>2. Explain the effect of using the question-silence skill in consulting.</li> <li>3. Appropriately use questioning-silence skills in counseling.</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>The speakers draw the trainees' experience by asking them whether if they want to know the risk behavior of the counselor, how would they ask.</li> <li>Have the trainees consider choosing 3 to 4 question.</li> <li>Assign tasks to each discussion group on the assigned activity sheet.</li> <li>Have the trainees practice using the asking and silent skills.</li> <li>Evaluate and answer the questions.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Practice</li> <li>Can tell the benefits of using asking and silence skills.</li> <li>Observation</li> </ul>               | One hr.<br>30 min |

Training course: capacity building of Thai fortunetellers to engage in mental health counseling (continued)

| training topics                                                                                                           | objective:<br>what trainees get after the training                                                                                                                                                                                                                                                                              | lesson plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | measurement                                                                                                                                               | time              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Consulting skills and processes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reviewing and summarizing skills</li> </ul> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explain the meaning, objectives and guidelines for using the skills of reviewing and summarizing.</li> <li>2. Explain the consequences of using the review skills and conclude counseling.</li> <li>3. Appropriate use of reviewing and summarizing skills in counseling.</li> </ol>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Lectures</li> <li>Demonstrate the reviewing skill.</li> <li>Have the participants analyze the demonstration of reviewing skills.</li> <li>Demonstrate summarizing skills by asking the participants to tell a story with one speaker being a listener and using the skills to summarize.</li> <li>Practice</li> <li>Randomly assess and answer questions.</li> </ul>                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Practice</li> <li>Can tell the benefits of using reviewing and summarizing skills.</li> <li>Observation</li> </ul> | One hr.<br>30 min |
| <b>Day 3</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Capturing and reflective skills</li> </ul>                            | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explain about the meaning objectives and guidelines for the use of capturing and reflective skills.</li> <li>2. Describe the effects of using capturing and reflective skills in counseling.</li> <li>3. Appropriate use of capturing and reflective skills in counseling.</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>The speakers tell stories and let the trainees use their listening and observation skills.</li> <li>Randomly ask what the educator noticed or caught and how did the narrator feel?</li> <li>The speaker describes the content of capturing and reflecting feelings.</li> <li>Divide into groups of trainees and assigned tasks to discuss the assigned issues.</li> <li>Random ask and debrief.</li> <li>Answer the questions.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Practice</li> <li>Can tell the benefits of using capturing and reflective skills.</li> <li>Observation</li> </ul>  | 2 hrs.            |

## Training course: capacity building of Thai fortunetellers to engage in mental health counseling (continued)

| training topics                                                                                                        | objective:<br>what trainees get after the training                                                                        | lesson plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | measurement                                                                                                                         | time   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Conclude knowledge and referral guidelines for people with mental health problems and apply approaches to forecasting. | As a guideline to support fortunetellers to provide screening and counseling services and be able to refer appropriately. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Group discussion for action plan to achieve goals.</li> <li>• Review and plan for success.</li> <li>• Open-mindedness, commitment to learning, such as what we will do? What happened? What have we learned? What we will do next?</li> <li>• Gaining new knowledge from fortune tellers.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Questions and answers</li> <li>• Can advise or refer clients appropriately.</li> </ul>     | 1 hr.  |
| Summary of consulting principles.                                                                                      | To assess and review lessons of learners after completing/doing various activities that they have learned.                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doing AAR (after action review)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Questions and answers</li> <li>• Able to apply knowledge to service recipients.</li> </ul> | 2 hrs. |



## นิพนธ์ต้นฉบับ

# ความสอดคล้องและความเที่ยงของแบบวัดมายาคติเกี่ยวกับการข่มขืน ฉบับภาษาไทย

วันรับ : 21 เมษายน 2565

วันแก้ไข : 16 สิงหาคม 2565

วันตอบรับ : 18 สิงหาคม 2565

เนตรนภิศ กองอุดมการ, พ.บ., สิริรัตนา ปัญญาภาส, พ.บ.,

พรจิรา ปริวัชรากุล, พ.บ.

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อแปลและทดสอบคุณสมบัติของแบบสอบถามวัดการยอมรับมายาคติเกี่ยวกับการข่มขืนฉบับภาษาไทยและศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับมายาคติเกี่ยวกับการข่มขืน

**วิธีการ :** แบบสอบถามวัดการยอมรับมายาคติเกี่ยวกับการข่มขืนอิลลินอยส์ ปี 1999 (Illinois rape myth acceptance scale) เป็นมาตรวัดรายงานตนเอง 7 ระดับ จำนวน 40 ข้อ แบ่งเป็น 7 องค์ประกอบ ได้แก่ ผู้หญิงเป็นฝ่ายเรียกร้องเอง มันไม่ใช่การข่มขืน ผู้ชายไม่ได้ตั้งใจที่จะข่มขืน ผู้หญิงต้องการถูกข่มขืน ผู้หญิงเป็นฝ่ายโกหก การข่มขืนเป็นเพียงเรื่องเล็กน้อย และการข่มขืนเป็นเรื่องแปลก ได้รับการขออนุญาตและแปลเป็นภาษาไทย วัดความตรงเชิงเนื้อหาด้วยวิธีหาค่า index of item-objective congruence (IOC) หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha) จากผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 13 ปีขึ้นไปที่ตอบแบบสอบถามออนไลน์ จำนวน 514 คน วิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, Mann-Whitney U test และ Kruskal-Wallis test

**ผล :** แบบสอบถามฉบับภาษาไทย มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.6 - 1.0 ค่า Cronbach's alpha ของแบบสอบถามทั้งฉบับและรายด้านมีค่า .937 และ .545 - .897 ตามลำดับ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการยอมรับมายาคติเกี่ยวกับการข่มขืนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศชาย อายุมาก การศึกษาไม่เกิน 12 ปี รายได้ไม่เกิน 35,000 บาท/เดือน และไม่มีประวัติความรุนแรงทางด้านจิตใจในครอบครัว/การดื่มแอลกอฮอล์/การใช้สื่อดลามก/การถูกข่มขืน

**สรุป :** แบบวัดมายาคติเกี่ยวกับการข่มขืนฉบับภาษาไทยมีค่าความตรงและค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดี ยกเว้นองค์ประกอบย่อย 1 ด้าน ดังนั้นควรมีการทดสอบคุณสมบัติอื่นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม

**คำสำคัญ :** ข่มขืน, คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา, มายาคติ, มายาคติเกี่ยวกับการข่มขืน

**ติดต่อผู้นิพนธ์ :** เนตรนภิศ กองอุดมการ; e-mail: nednapit@gmail.com

## Original articles

# The validity and reliability of the rape myth acceptance scale Thai version

Received : 19 April 2022

Revised : 14 June 2022

Accepted : 16 June 2022

Nednapit Kongudomkarn, M.D., Sirinadda Punyapas, M.D.,

Pornjira Pariwatcharakul, M.D.

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

## Abstract

**Objective:** To translate and examine the psychometric properties of the Thai version of the rape myth acceptance scale and related factors of rape myth acceptance.

**Methods:** The Illinois rape myth acceptance scale 1999 (IRMA) is a self-report questionnaire with 7-point response scale. There are 40 rape myth items which can be categorized into 7 subscales: women asked for it, it wasn't rape, men didn't mean to, women wanted it, women lied, rape was a trivial event, and rape was deviant event. The IRMA was translated into Thai and assessed for the content validity (index of item-objective congruence; IOC) by three experts. The reliability (Cronbach's alpha coefficient) of the tool and related factors of total score were examined among 514 people aged 13 years or older via online questionnaire. The data were analyzed by using descriptive statistics, Mann-Whitney U test, and Kruskal-Wallis test.

**Results:** The Thai version of IRMA had the IOC between 0.6 and 1. The Cronbach's alpha coefficients of all items and subscales were .937 and .545 - .897, respectively. A higher score was significantly associated with male gender, older age, 12 years or less of education level, income of not more than 35,000 Baht/month, and absence of family history of psychological violence, previous alcohol use, pornography use, and history of rape victimization.

**Conclusion:** The Thai version of IRMA has good content validity and reliability except for one subscale. Therefore, other psychometric properties and related factors should be further investigated.

**Keywords:** myth, psychometric properties, rape, rape myth

**Corresponding author:** Nednapit Kongudomkarn; e-mail: nednapit@gmail.com

**ความรู้เดิม :** ความเชื่อดั้งเดิมเกี่ยวกับการข่มขืนที่สังคมมักโยนความรับผิดชอบให้ฝ่ายหญิง

**ความรู้ใหม่ :** แบบสอบถามวัดการยอมรับมายาคติเกี่ยวกับการข่มขืนฉบับภาษาไทยที่พัฒนามาจาก Illinois rape myth acceptance scale, 1999 มีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) อยู่ในระดับดี และความเที่ยง (internal consistency) อยู่ในระดับดี 6 ด้าน ยกเว้นด้าน “การข่มขืนเป็นเพียงเรื่องเล็กน้อย” ที่พบว่ามีค่า Cronbach’s alpha ค่อนข้างต่ำ อันเนื่องมาจากข้อคำถามในด้านนี้มีความคิดเห็นที่หลากหลายแตกต่างกันค่อนข้างมาก

**ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ :** แบบสอบถามวัดการยอมรับมายาคติเกี่ยวกับการข่มขืนฉบับภาษาไทยสามารถนำไปพัฒนาต่อเพื่อใช้ในการวิจัยและการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาการข่มขืนได้

## บทนำ

ปัญหาการใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิงเป็นเรื่องสำคัญเนื่องจากการละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ผลการสำรวจขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2018 พบว่า 1 ใน 3 ของผู้หญิงทั่วโลกเคยถูกทำร้ายร่างกายและคุกคามทางเพศ<sup>1</sup> และพบว่า 1 ใน 4 ของผู้หญิงที่ถูกกระทำความรุนแรงเผชิญกับเหตุการณ์ดังกล่าวครั้งแรกตั้งแต่อายุยังน้อย (15 - 24 ปี) ผู้กระทำความรุนแรงมักเป็นบุคคลใกล้ชิดโดยเฉพาะแฟนหรือสามี<sup>1</sup> จากผลการสำรวจในแถบเอเชียแปซิฟิกพบว่า ร้อยละ 11.6 - 61.1 ของผู้หญิงถูกกระทำความรุนแรงทางด้านร่างกาย ร้อยละ 3.5 - 54.7 ถูกกระทำความรุนแรงทางเพศ และร้อยละ 12.3 - 58.3 ถูกกระทำความรุนแรงทางจิตใจ<sup>2</sup> ปัจจุบันสถานการณ์ความรุนแรงต่อผู้หญิงและบุคคลในครอบครัวของประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น จากผลการสำรวจพบว่า ความรุนแรงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.6 ในปี พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 42.2 ในปี พ.ศ. 2563 โดยพบความรุนแรงทางด้านจิตใจร้อยละ 32.3 ความรุนแรงทางร่างกายร้อยละ 9.9 และความรุนแรงทางเพศร้อยละ 4.5<sup>3</sup>

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคุกคามทางเพศ ประกอบด้วย 4 ประการ ประการแรกคือปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด พฤติกรรมก้าวร้าวชอบใช้ความรุนแรง การเริ่มมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย และประสบการณ์การตกเป็นเหยื่อข่มขืนหรือเคยลงมือข่มขืนมาก่อน ประการที่สองคือปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ การใช้ความรุนแรงภายในครอบครัว ประการที่สามคือปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความยากจน การเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม และประการสุดท้ายคือปัจจัยด้านทัศนคติทางสังคม ได้แก่ ระบบนิยมชายเป็นใหญ่ที่ให้ผู้ชายมีอำนาจเหนือผู้หญิง<sup>4,5</sup>

ทัศนคติและความคิดเห็นเกี่ยวกับการคุกคามทางเพศยังมีหลายประเด็นที่ยังคงเป็นที่เข้าใจผิด เช่น การยกความรับผิดชอบไปให้ผู้หญิง ผู้หญิงต้องไม่แต่งตัวยั่วชวน ไม่เดินทางคนเดียวในตอนกลางคืน การข่มขืนเกิดกับคนที่แปลกหน้าเท่านั้น ผู้หญิงดี ๆ ทั่วไปไม่มีทางถูกข่มขืน และถ้าถูกข่มขืนจริงต้องมีร่องรอยปรากฏให้เห็นตามร่างกาย<sup>6-8</sup> ความเชื่อที่ผิดเหล่านี้เรียกว่า มายาคติเกี่ยวกับการข่มขืน ซึ่งมายาคติหมายถึง การสื่อความหมายด้วยคติความเชื่อทางวัฒนธรรม ซึ่งถูกกลบเกลื่อนให้เป็นที่รับรู้เสมือนว่าเป็นธรรมชาติ<sup>9</sup> การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การยอมรับมายาคติเกี่ยวกับการข่มขืนมีความสัมพันธ์กับทัศนคติและพฤติกรรมการคุกคามทางเพศ โดยพบว่าเพศชายที่ยอมรับและเห็นด้วยกับมายาคติเกี่ยวกับการข่มขืนมักจะมีพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงและการคุกคามทางเพศมากขึ้นตามไปด้วย<sup>10</sup> ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการปลูกฝังทางสังคมที่หล่อหลอมค่านิยมบางอย่าง เช่น สื่อออนไลน์และวิดีโอเกมต่าง ๆ ที่แฝงไปด้วยความรุนแรงและการกดขี่ผู้หญิง<sup>11</sup>

สังคมไทยมีทัศนคติและค่านิยมในลักษณะผู้ชายเป็นผู้นำครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ<sup>12</sup> ส่งผลต่อความไม่เสมอภาคของโอกาสในการทำงาน ผู้หญิงมักจะไม่ได้รับเลือกให้ดำรงตำแหน่งที่สำคัญ โดยมีข้ออ้างว่าเป็นเพศที่ใช้อารมณ์ นอกจากนี้ความแตกต่างด้านสรีระระหว่างชายหญิงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้สังคมกำหนดให้ผู้หญิงเป็นเพศที่อ่อนแอ

มีความรับผิดชอบเฉพาะในบ้านและเลี้ยงดูลูกหลานเท่านั้น ในด้านครอบครัว มีความแตกต่างระหว่างค่านิยมการเลี้ยงดู ลูกชายและลูกสาว เช่น การเข้มงวดกวดขันต่อลูกสาวและ ปล่อยปะละเลยลูกชายในเรื่องของพฤติกรรมทางเพศ ลูกชาย ไม่ต้องรับผิดชอบต่อความเสียหายทางเพศของผู้หญิง สาเหตุ ส่วนหนึ่งก็เพราะสังคมไทยเห็นว่าผู้ชายไม่มีความเสียหาย ทางเพศ<sup>13</sup> และการมีค่านิยมว่าผู้ชายสามารถมีเพศสัมพันธ์ ก่อนแต่งงานรวมถึงการนอกใจคู่สมรสโดยที่สังคมไม่ประณาม ในทางตรงกันข้าม ผู้หญิงจะถูกประณามอย่างรุนแรงจาก เหตุการณ์เดียวกัน<sup>13,14</sup> นอกจากนี้ยังมีค่านิยมความเชื่อที่ว่า ผู้หญิงเป็นเพียงสมบัติของผู้ชาย ผู้ชายมีความต้องการที่จะ ปลดปล่อยหรือตอบสนองทางเพศแต่ผู้หญิงไม่มีความจำเป็น เท่าผู้ชาย ผู้ชายที่แท้จริงต้องมีสมรรถภาพทางเพศสูง ผู้ชายมี ความต้องการทางเพศสูงกว่าผู้หญิง โสเภณีมีไว้เพื่อแก้ปัญหา ทางเพศของผู้ชาย ผู้ชายมองว่าผู้หญิงเป็นเพียงวัตถุทางเพศ และพยายามที่จะแสวงหาความพึงพอใจโดยใช้ผู้หญิงเป็น เครื่องมือ<sup>15</sup> มายาคติดังกล่าวจึงแสดงออกมาในรูปแบบของ พฤติกรรมทางคุกคามทางเพศ<sup>12</sup> ระบบชายเป็นใหญ่ในสังคมไทย ยังแฝงเร้นผ่านนัยการข่มขืนที่สังคมสร้างขึ้นในละครโทรทัศน์ และภาพยนตร์ ได้แก่ การข่มขืนคือรางวัลเพราะช่วยเหลือคลาย ความขัดแย้งของพระเอกนางเอก และถือเป็นรางวัลที่มอบให้ ด้วยความรัก โดยที่สังคมไม่ได้มองว่าเป็นอาชญากรรมทางเพศ และการข่มขืนคือการลงโทษ เช่น การที่ตัวร้ายข่มขืนนางอิจฉา เพราะเป็นคนไม่ดี เสมือนเป็นบทลงโทษผู้คิดร้ายกับนางเอก อันสร้างความชอบธรรมให้แก่ผู้ร้ายที่ข่มขืนนางอิจฉา<sup>16</sup>

ในต่างประเทศได้มีการศึกษาถึงมายาคติเกี่ยวกับการ ข่มขืนอย่างต่อเนื่อง โดยในปี ค.ศ. 1970 มีนักสังคมวิทยา และกลุ่มผู้สนับสนุนสิทธิและความเสมอภาคของสตรีได้นิยาม คำว่า “มายาคติเกี่ยวกับการข่มขืน” หมายถึง ชุดความเชื่อที่ ส่งต่อกันมาจากรุ่นสู่รุ่นเพื่อสนับสนุนให้ผู้ชายสามารถใช้ ความรุนแรงทางเพศกับผู้หญิงได้ จากนั้นจึงได้มีการศึกษาและ ตั้งข้อสังเกตมากมาย เช่น สังคมมักปิดความรับผิดชอบให้ ตกเป็นภาระของเหยื่อ การมองข้ามความรุนแรงและคิดว่าเป็น สิ่งที่สังคมยอมรับได้ และเป็นที่มาของการพัฒนาแบบสอบถาม

ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ในแต่ละยุคสมัยได้มีการดัดแปลงและพัฒนา แบบสอบถามให้มีความทันสมัยมากยิ่งขึ้น เพื่อให้เข้ากับบริบท สังคมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ในปัจจุบันมีเครื่องมือที่ ใช้วัดการยอมรับมายาคติเกี่ยวกับการข่มขืนอยู่หลายชนิด ซึ่งเครื่องมือที่เป็นที่ยอมรับและนิยมทั่วโลกคือ Illinois rape myth acceptance scale (IRMA)<sup>17</sup> ผลคะแนนมีความ สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ชายหญิงในสังคม อคติและ ความรุนแรงทางเพศ และยอมรับการใช้ความรุนแรง เครื่องมือ ดังกล่าวได้มีการศึกษา แปล และพัฒนาแบบสอบถามในหลาย ประเทศ เช่น จีน<sup>18</sup> และเกาหลี<sup>19</sup> ซึ่งมีการแปลและพัฒนาให้ เข้ากับบริบทในประเทศนั้น ๆ เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นของการศึกษา และวางแผนป้องกันการข่มขืนในอนาคต ทั้งนี้ ถึงแม้ว่า เครื่องมือ IRMA จะมีการพัฒนามาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999 และ ในปี ค.ศ. 2011 ได้มีการพัฒนาเครื่องมือที่ทันสมัยและจำนวน ข้อคำถามน้อยกว่าอย่าง updated Illinois rape myth acceptance scale (UIRMA)<sup>20</sup> แต่เครื่องมือดังกล่าวได้มีการ ตัดข้อคำถามหลายข้อที่มีความเชื่อของคนไทยแฝงอยู่ เช่น ส่วนใหญ่แล้วการข่มขืนจะเกิดขึ้นในย่านที่ไม่ดีของเมือง ผู้ชาย ที่มาจากครอบครัวดี ๆ มักจะไม่เคยข่มขืนใคร มีการเปลี่ยน สรรพนามที่ใช้ถามจาก “ผู้หญิง/ผู้ชาย” เป็น “เด็กผู้หญิง/ เด็กผู้ชาย” และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัย ปี 1 และอาจารย์ที่เกี่ยวข้องเท่านั้น ซึ่งเหล่านี้อาจทำให้ ผลการศึกษาอาจคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริงได้

ที่ผ่านมาเคยมีการแปลเครื่องมือ IRMA เป็นภาษาไทย ไว้แล้ว<sup>21</sup> แต่เป็นฉบับ short form จำนวน 20 ข้อ และ การศึกษาดังกล่าวเลือกศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ต้องขัง คดีทางเพศเท่านั้น ผลการศึกษาที่ได้จึงไม่อาจเป็นตัวแทน ทักษะคิดของคนไทยกลุ่มอื่นได้ ดังนั้นการแปลแบบสอบถาม IRMA ฉบับเต็ม ซึ่งมีข้อคำถามที่แฝงและตรงกับค่านิยม ความเชื่อของคนไทยอยู่ จึงน่าจะมีประโยชน์ในการเข้าใจ การยอมรับมายาคติเกี่ยวกับการข่มขืนในประเทศไทย สามารถ ช่วยวางแผนป้องกันความรุนแรงทางเพศต่อไปในอนาคตได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแปลและทดสอบคุณสมบัติ ของแบบสอบถามวัดการยอมรับมายาคติเกี่ยวกับการข่มขืน

ฉบับภาษาไทยและค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับมายาคติเกี่ยวกับการข่มขืน

### วิธีการ

การศึกษานี้แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นการแปลและทดสอบคุณสมบัติของแบบสอบถาม และ 2) ขั้นทดสอบความเที่ยงตรงและศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการยอมรับมายาคติเกี่ยวกับการข่มขืน

แบบสอบถามต้นฉบับภาษาอังกฤษ คือ Illinois rape myth acceptance scale, 1999 พัฒนาโดย Payne และคณะ<sup>16</sup> มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ และมีอีก 5 ข้อคำถามซึ่งเป็นคำถามกรอง (filter question) และไม่ได้นำมาใช้ในการวัดคะแนนและคำนวณทางสถิติใด ๆ ในแต่ละข้อคำถาม ผู้ตอบสามารถเลือกให้คะแนนได้ตั้งแต่ 1 - 7 คะแนน โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยเกี่ยวกับทัศนคติยอมรับมายาคติเกี่ยวกับการข่มขืน และ 7 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.93 แบ่งออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ ผู้หญิงเป็นฝ่ายเรียกร้องเอง 8 ข้อ มั่นไม่ใช่ว่าการข่มขืน 5 ข้อ ผู้ชายไม่ได้ตั้งใจที่จะข่มขืน 5 ข้อ ผู้หญิงต้องการถูกข่มขืน 5 ข้อ ผู้หญิงเป็นฝ่ายโกหก 5 ข้อ การข่มขืนเป็นเพียงเรื่องเล็กน้อย 5 ข้อ และการข่มขืนเป็นเรื่องแปลก 7 ข้อ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตัดคำถามกรองออก

ขั้นการแปลและทดสอบคุณสมบัติของแบบสอบถาม 1) ติดต่อเจ้าของลิขสิทธิ์ของแบบสอบถาม 2) แปลแบบสอบถามฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยจำนวน 40 ข้อ โดยผู้แปลเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านภาษาจำนวน 2 คน 3) แปลแบบสอบถามฉบับภาษาไทยกลับเป็นภาษาอังกฤษ (back translation) โดยผู้แปลเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านภาษาจำนวน 2 คน 4) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ด้วยการตรวจสอบหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence; IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จำนวน 2 คน และอาจารย์นักจิตวิทยาประจำคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จำนวน 1 คน ทั้งนี้

พบว่า มี 1 ข้อคำถามที่อาจกำกวม ผู้วิจัยจึงได้มีการเพิ่มเติมเนื้อหาบางส่วนโดยการยกตัวอย่างเพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามมีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น ได้แก่ “ส่วนใหญ่แล้วการข่มขืนจะเกิดขึ้นในย่านที่ไม่ดีของเมือง” แก้ไขเป็น “ส่วนใหญ่แล้วการข่มขืนจะเกิดขึ้นในย่านที่ไม่ดีของเมือง (เช่น แหล่งมั่วสุม ผับบาร์ หรือย่านที่มักมีปัญหายาอาชญากรรม)” และ 5) นำแบบสอบถามที่แปลเป็นภาษาไทยแล้วไปทำการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน (test of the prefinal version) โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลศิริราช อายุ 13 - 35 ปี แบ่งออกเป็นเพศหญิง 8 คน และเพศชาย 7 คน พบว่า มีความเข้าใจในข้อคำถามเป็นอย่างดี

ขั้นทดสอบความเที่ยงตรงและศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการยอมรับมายาคติเกี่ยวกับการข่มขืน มีการจัดทำแบบสอบถามในรูปแบบของ Google Forms ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรก คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ ประวัติความรุนแรงภายในครอบครัว การใช้สื่อลามก และประวัติการมีเพศสัมพันธ์ ส่วนที่สอง คือ แบบสอบถามวัดการยอมรับมายาคติเกี่ยวกับการข่มขืนฉบับภาษาไทย จำนวน 40 ข้อ เชิญผู้เข้าร่วมวิจัยโดยการประชาสัมพันธ์ผ่านทางเว็บไซต์และเฟสบุ๊คของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เปิดรับคำตอบตั้งแต่ 1 กันยายน 2564 - 30 พฤศจิกายน 2564 โดยขนาดตัวอย่างที่ใช้ศึกษา คำนวณได้จากสูตร<sup>22</sup> ดังนี้

$$n = \left\lceil \left[ \left( \frac{2k}{k-1} \right) \left( Z_{\alpha/2} + Z_{\beta} \right)^2 \right] / \ln(\delta)^2 \right\rceil + 2$$

where

$$\delta = \frac{1 - CA_0}{1 - CA_1}$$

โดยที่ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง, k = จำนวนข้อคำถาม,  $\alpha$  = probability of type I error,  $\beta$  = probability of type II error,  $CA_0$  = the value of Cronbach's alpha at null hypothesis,  $CA_1$  = the expected value of Cronbach's alpha



แทนค่าด้วย  $k = 40$ ,  $\alpha = 0.05$ ,  $\beta = 0.1$ ,  $CA_0 = 0.85$ ,  $CA_1 = 0.90$  ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 134 คน แต่เพื่อป้องกันการฉ้อโกงผู้ร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ในการศึกษานี้จึงใช้จำนวนผู้ร่วมวิจัยมากกว่าขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้อีกประมาณร้อยละ 20 คือ จำนวน 161 คน ทั้งนี้เมื่อเริ่มเก็บข้อมูลพบว่าจำนวนผู้ร่วมวิจัยทั้งสิ้น 514 คน ซึ่งเกินกว่าที่ได้คำนวณไว้

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปใช้สถิติพรรณนาอธิบายข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ตรวจสอบคุณสมบัติการวัดความตรงเชิงเนื้อหาด้วยวิธีหาค่า index of item-objective congruence (IOC) หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ของทั้งฉบับและรายด้าน ใช้สถิติ Mann-Whitney U test และ Kruskal-Wallis test ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนรวมของแบบสอบถาม

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล หนังสือรับรองเลขที่ Si 160/2021 รับรองวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2564

## ผล

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามวัดการยอมรับมายาคติเกี่ยวกับการข่มขืนฉบับภาษาไทยพบว่าทุกข้อคำถามมีค่า IOC ระหว่าง 0.6 - 1.0 ซึ่งอยู่ในระดับดี แสดงดังตารางที่ 1

จากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 514 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.8) อายุมัธยฐาน 22 ปี (ต่ำสุด 13 ปี, สูงสุด 71 ปี) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา

มากกว่า 12 ปี (ร้อยละ 74.1) รายได้ของครอบครัวไม่เกิน 35,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 50.2) ไม่มีการใช้สารเสพติด (ร้อยละ 96.9) ไม่มีการดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 64.0) ไม่มีการใช้ความรุนแรงด้านร่างกายในครอบครัว (ร้อยละ 92.8) ไม่มีการใช้ความรุนแรงด้านจิตใจในครอบครัว (ร้อยละ 56.6) ไม่มีการล่วงละเมิดทางเพศในครอบครัว (ร้อยละ 95.7) มีการใช้สื่อลามก (ร้อยละ 80.4) และไม่เคยถูกข่มขืน (ร้อยละ 91.2) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการยอมรับมายาคติเกี่ยวกับการข่มขืน ได้แก่ เพศชาย อายุ การศึกษาไม่เกิน 12 ปี รายได้ของครอบครัวไม่เกิน 35,000 บาท/เดือน และไม่มีประวัติการใช้ความรุนแรงทางด้านจิตใจในครอบครัว/การดื่มแอลกอฮอล์/การใช้สื่อลามก/การถูกข่มขืน แสดงดังตารางที่ 2

การตรวจสอบความเที่ยงพบว่า Cronbach's alpha ของแบบสอบถามวัดการยอมรับมายาคติเกี่ยวกับการข่มขืนฉบับภาษาไทยทั้งฉบับเท่ากับ .937 ซึ่งอยู่ในระดับดี ค่า Cronbach's alpha ของแต่ละด้าน อยู่ในระหว่าง .545 - .897 โดยด้านที่มีค่าสูงสุด ได้แก่ ผู้หญิงเป็นฝ่ายเรียกร้องเอง และด้านที่มีค่าต่ำสุด ได้แก่ การข่มขืนเป็นเรื่องเพียงเล็กน้อย แสดงดังตารางที่ 3 และค่า Cronbach's alpha ของแบบสอบถามรายข้อ แสดงดังตารางที่ 4

## วิจารณ์

แบบสอบถามวัดการยอมรับมายาคติเกี่ยวกับการข่มขืนฉบับภาษาไทยมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับดี และมีความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับอยู่ในระดับดีโดยมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .937 ใกล้เคียงกับแบบสอบถามต้นฉบับภาษาอังกฤษซึ่งมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .93<sup>17</sup> เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ค่า Cronbach's alpha ของด้านผู้หญิงเป็นฝ่ายเรียกร้องเอง

ตารางที่ 1 ความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) รายข้อ

| ข้อคำถาม                                                                            | IOC |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ข้อที่ 1, 3 - 5, 7 - 10, 12 - 13, 15 - 16, 18, 20, 23 - 26, 28, 31, 33 - 34, 38, 40 | 1   |
| ข้อที่ 2, 6, 11, 14, 17, 19, 21 - 22, 27, 29 - 30, 32, 35 - 37, 39                  | 0.6 |

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามเปรียบเทียบกับผลรวมคะแนนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

| ข้อมูลทั่วไป                                 | จำนวนคน (ร้อยละ) | Median คะแนน (P <sub>25</sub> , P <sub>75</sub> ) | p-value |
|----------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------|---------|
| <b>เพศ</b>                                   |                  |                                                   | < .001  |
| ชาย                                          | 78 (15.2)        | 83 (66.25, 126.25)                                |         |
| หญิง                                         | 436 (84.8)       | 66 (54.25, 80.75)                                 |         |
| <b>อายุ</b>                                  |                  |                                                   | < .001  |
| 13 - 24 ปี                                   | 322 (62.6)       | 65 (53, 79)                                       |         |
| 25 - 34 ปี                                   | 142 (27.6)       | 71 (58.75, 88)                                    |         |
| 35 - 49 ปี                                   | 36 (7.0)         | 68.5 (53, 111)                                    |         |
| ตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป                          | 14 (2.72)        | 114.5 (81.75, 145)                                |         |
| <b>ระดับการศึกษา</b>                         |                  |                                                   | < .001  |
| ไม่เกิน 12 ปี                                | 133 (25.9)       | 73 (59.5, 97)                                     |         |
| มากกว่า 12 ปี                                | 381 (74.1)       | 67 (53, 81)                                       |         |
| <b>รายได้ของครอบครัว</b>                     |                  |                                                   | .008    |
| ไม่เกิน 35,000 บาท/เดือน                     | 258 (50.2)       | 70 (58, 90.25)                                    |         |
| เกิน 35,000 บาท/เดือน                        | 256 (49.8)       | 66 (53, 80)                                       |         |
| <b>การใช้สารเสพติด</b>                       |                  |                                                   | .998    |
| มี                                           | 16 (3.1)         | 69.5 (50.75, 90.25)                               |         |
| ไม่มี                                        | 498 (96.9)       | 68 (55, 84)                                       |         |
| <b>การดื่มแอลกอฮอล์</b>                      |                  |                                                   | .003    |
| มี                                           | 185 (36.0)       | 64 (53, 80)                                       |         |
| ไม่มี                                        | 329 (64.0)       | 70 (57, 91)                                       |         |
| <b>การใช้ความรุนแรงด้านร่างกายในครอบครัว</b> |                  |                                                   | .378    |
| มี                                           | 37 (7.2)         | 61 (50, 91.5)                                     |         |
| ไม่มี                                        | 477 (92.8)       | 69 (55.5, 83)                                     |         |
| <b>การใช้ความรุนแรงด้านจิตใจในครอบครัว</b>   |                  |                                                   | .006    |
| มี                                           | 223 (43.4)       | 64 (54, 79)                                       |         |
| ไม่มี                                        | 291 (56.6)       | 70 (56, 91)                                       |         |
| <b>การล่วงละเมิดทางเพศในครอบครัว</b>         |                  |                                                   | .515    |
| มี                                           | 22 (4.3)         | 66 (59.75, 93.75)                                 |         |
| ไม่มี                                        | 492 (95.7)       | 68.5 (55, 83.75)                                  |         |
| <b>การใช้สื่อลามก</b>                        |                  |                                                   | < .001  |
| มี                                           | 413 (80.4)       | 64 (53, 80)                                       |         |
| ไม่มี                                        | 101 (19.6)       | 80 (66, 115)                                      |         |
| <b>ประวัติการถูกข่มขืน</b>                   |                  |                                                   | .009    |
| เคย                                          | 45 (8.8)         | 61 (52, 72)                                       |         |
| ไม่เคย                                       | 469 (91.2)       | 69 (55, 86)                                       |         |



**ตารางที่ 3** สัมประสิทธิ์ความเที่ยง (Cronbach's alpha) ของแบบสอบถามวัดการยอมรับมายาคติเกี่ยวกับการข่มขืน ฉบับภาษาไทย

| แบบสอบถาม                                | $\alpha$ | ค่า median ผลรวมคะแนน ( $P_{25}$ , $P_{75}$ ) |                   |
|------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------|-------------------|
|                                          |          | ชาย (n = 78)                                  | หญิง (n = 436)    |
| แบบสอบถามทั้งฉบับ (40 ข้อ)               | .937     | 83 (66.25, 126.25)                            | 66 (54.25, 80.75) |
| <b>รายด้าน</b>                           |          |                                               |                   |
| ผู้หญิงเป็นฝ่ายเรียกร้อง (8 ข้อ)         | .897     | 16.5 (9, 28)                                  | 10 (8, 14)        |
| มันไม่ใช่การข่มขืน (5 ข้อ)               | .805     | 6 (5, 11)                                     | 5 (5, 6)          |
| ผู้ชายไม่ได้ตั้งใจที่จะข่มขืน (5 ข้อ)    | .704     | 18 (11, 23)                                   | 16 (10, 21)       |
| ผู้หญิงต้องการถูกข่มขืน (5 ข้อ)          | .756     | 9.5 (7, 14)                                   | 6 (5, 9)          |
| ผู้หญิงเป็นฝ่ายโกหก (5 ข้อ)              | .784     | 12 (7, 17.25)                                 | 7 (5, 10)         |
| การข่มขืนเป็นเพียงเรื่องเล็กน้อย (5 ข้อ) | .545     | 10 (6, 14)                                    | 7 (5, 10)         |
| การข่มขืนเป็นเรื่องแปลก (7 ข้อ)          | .789     | 14 (9, 21)                                    | 11 (8, 15)        |

**ตารางที่ 4** ค่าเฉลี่ยและค่า Cronbach's alpha ของแบบสอบถามรายข้อ

| ข้อคำถาม                                                                                                      | Mean | SD    | Corrected item-total correlation | Cronbach's alpha if item deleted |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|----------------------------------|----------------------------------|
| <b>ด้านผู้หญิงเป็นฝ่ายเรียกร้อง</b>                                                                           |      |       |                                  |                                  |
| ข้อที่ 1 ถ้าผู้หญิงถูกข่มขืนขณะเมา เธอเองก็เป็นต้นเหตุหนึ่งที่ปล่อยให้สิ่งต่าง ๆ เกิด                         | 1.81 | 1.556 | .547                             | .935                             |
| ข้อที่ 13 เวลาที่ผู้หญิงไปเที่ยวแล้วใส่เสื้อเอวลอยหรือกระโปรงสั้น เป็นการทำให้ตัวเองตกอยู่ในอันตราย           | 1.94 | 1.695 | .649                             | .934                             |
| ข้อที่ 17 ถ้าผู้หญิงกลับบ้านกับชายแปลกหน้าแล้วถูกข่มขืนขึ้นมา ก็เป็นความผิดของเธอเอง                          | 1.53 | 1.235 | .664                             | .935                             |
| ข้อที่ 22 ผู้หญิงที่ยั่ววนทางเพศ จะทำให้เกิดปัญหาตามมา                                                        | 2.24 | 1.865 | .667                             | .934                             |
| ข้อที่ 32 ผู้หญิงที่ "ยั่ว" ผู้ชาย สมควรได้รับสิ่งที่อาจเกิดขึ้นตามมา                                         | 1.48 | 1.255 | .706                             | .934                             |
| ข้อที่ 33 ผู้หญิงที่ถูกข่มขืน มักเป็นเพราะพวกเธอ "ปฏิเสธ" แบบกำกวม                                            | 1.57 | 1.258 | .645                             | .935                             |
| ข้อที่ 36 ผู้หญิงที่นุ่งน้อยห่มน้อย ไม่น่าจะแปลกใจ ถ้าผู้ชายพยายามบังคับเธอให้มีเพศสัมพันธ์ด้วย               | 1.56 | 1.378 | .708                             | .934                             |
| ข้อที่ 38 ผู้หญิงที่ไปที่พักของผู้ชายตั้งแต่ออกเดินทางครั้งแรก บอกเป็นนัยว่าเธอต้องการจะมีเพศสัมพันธ์ด้วย     | 1.97 | 1.546 | .665                             | .934                             |
| <b>ด้านมันไม่ใช่การข่มขืน</b>                                                                                 |      |       |                                  |                                  |
| ข้อที่ 10 ถ้าผู้หญิงไม่มีการต่อสู้ขัดขืนใด ๆ ก็บอกไม่ได้หรือว่าเป็นการข่มขืน                                  | 1.54 | 1.348 | .622                             | .935                             |
| ข้อที่ 15 การข่มขืนอาจจะไม่ได้เกิดขึ้น ถ้าผู้หญิงไม่มีรอยฟกช้ำหรือรอยแผลตามร่างกาย                            | 1.34 | 0.983 | .643                             | .935                             |
| ข้อที่ 21 ถ้าไม่มีการใช้อาวุธ ก็เรียกไม่ได้ว่าเป็นการข่มขืน                                                   | 1.10 | 0.516 | .496                             | .937                             |
| ข้อที่ 30 ถ้าผู้หญิงไม่ได้แสดงท่าทางขัดขืนต่อการมีเพศสัมพันธ์ (ถึงแม้จะพูดว่าไม่ยอม) ก็ไม่ถือว่าเป็นการข่มขืน | 1.46 | 1.132 | .609                             | .935                             |
| ข้อที่ 40 ถ้าผู้หญิงอ้างว่าถูกข่มขืน แต่ไม่มีรอยฟกช้ำหรือรอยขีดข่วนใด ๆ ก็คงไม่ต้องไปจริงจังอะไรกับเธอนัก     | 1.23 | 0.839 | .669                             | .935                             |

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและค่า Cronbach's alpha ของแบบสอบถามรายข้อ (ต่อ)

| ข้อคำถาม                                                                                                                  | Mean | SD    | Corrected item-total correlation | Cronbach's alpha if item deleted |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|----------------------------------|----------------------------------|
| <b>ด้านผู้ชายไม่ได้ตั้งใจที่จะข่มขืน</b>                                                                                  |      |       |                                  |                                  |
| ข้อที่ 3 การที่ผู้ชายข่มขืนเป็นเพราะมีความต้องการทางเพศสูง                                                                | 3.41 | 2.329 | .419                             | .938                             |
| ข้อที่ 18 คนที่ข่มขืนคนอื่นมักจะเป็นคนที่เก็บกดเรื่องเพศ                                                                  | 3.74 | 2.058 | .329                             | .938                             |
| ข้อที่ 27 ผู้ชายที่กำลังตื่นตัวทางเพศ ก็อาจจะไม่ได้สังเกตว่าผู้หญิงกำลังข่มขืนเขาอยู่                                     | 2.53 | 1.967 | .451                             | .937                             |
| ข้อที่ 35 ผู้ชายมักจะไม่ได้ตั้งใจบังคับผู้หญิงให้เพศสัมพันธ์ด้วย แต่บางครั้งก็อดใจไม่ได้                                  | 1.92 | 1.502 | .622                             | .935                             |
| ข้อที่ 37 การข่มขืนเกิดขึ้นเมื่อผู้ชายไม่สามารถควบคุมความต้องการทางเพศได้                                                 | 4.33 | 2.536 | .307                             | .940                             |
| <b>ด้านผู้หญิงต้องการถูกข่มขืน</b>                                                                                        |      |       |                                  |                                  |
| ข้อที่ 2 ถึงแม้ว่าผู้หญิงส่วนใหญ่จะไม่ยอมรับ แต่เธอก็ตื่นเต้นเร้าใจเมื่อถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์                         | 1.42 | 1.085 | .539                             | .936                             |
| ข้อที่ 7 ลึก ๆ แล้ว ผู้หญิงหลายคนอยากถูกข่มขืน                                                                            | 1.15 | 0.615 | .450                             | .937                             |
| ข้อที่ 16 ผู้หญิงหลายคนรู้สึกตื่นเต้นเร้าใจเวลาที่ถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์                                               | 1.55 | 1.102 | .541                             | .936                             |
| ข้อที่ 20 ผู้หญิงบางคนชอบถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ เพื่อที่จะได้ไม่รู้สึกผิดกับการมีเพศสัมพันธ์                           | 1.73 | 1.314 | .418                             | .936                             |
| ข้อที่ 39 ที่จริงแล้วผู้หญิงหลายคนสนุกกับการมีเพศสัมพันธ์หลังจากที่ฝ่ายชายใช้กำลังเล็กน้อย                                | 2.21 | 1.442 | .504                             | .936                             |
| <b>ด้านผู้หญิงเป็นฝ่ายโกหก</b>                                                                                            |      |       |                                  |                                  |
| ข้อที่ 5 ผู้หญิงที่ถูกจับได้ว่านอกใจ บางครั้งเธอก็อ้างว่าเธอถูกข่มขืน                                                     | 2.46 | 1.633 | .425                             | .936                             |
| ข้อที่ 6 หลายคนที่คุณดูเหมือนจะตกเป็นเหยื่อของการข่มขืน แท้จริงแล้วก็คือผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์แล้วมา “เปลี่ยนใจ” ที่หลัง | 1.84 | 1.388 | .605                             | .935                             |
| ข้อที่ 14 การกล่าวหาผู้ชายว่าข่มขืน มักถูกใช้เป็นเครื่องมือแก้แค้นผู้ชาย                                                  | 1.82 | 1.290 | .529                             | .936                             |
| ข้อที่ 28 ผู้หญิงจำนวนมากเป็นฝ่ายยั่วผู้ชายก่อน แล้วมากล่าวหาที่หลังว่าถูกข่มขืน                                          | 1.41 | 0.980 | .735                             | .935                             |
| ข้อที่ 29 บ่อยครั้งผู้หญิงที่อ้างว่าถูกข่มขืน ก็เคยมีปัญหาด้านอารมณ์                                                      | 1.43 | 0.945 | .667                             | .935                             |
| <b>ด้านการข่มขืนเป็นเพียงเรื่องเล็กน้อย</b>                                                                               |      |       |                                  |                                  |
| ข้อที่ 4 มันไม่ใช่เรื่องใหญ่เลยสำหรับผู้ชายที่จะเลยเถิดและมีเพศสัมพันธ์ด้วยกับผู้หญิงที่เต็มใจอดจู้กับเขา                 | 3.42 | 2.253 | .327                             | .939                             |
| ข้อที่ 12 การข่มขืนไม่ใช่ปัญหาใหญ่อย่างที่คุณเรียกร้องสิทธิสตรีบางคนอยากให้คนอื่นคิด                                      | 1.18 | 0.813 | .475                             | .936                             |
| ข้อที่ 23 การถูกข่มขืนไม่ได้แย่เท่ากับการถูกจู่และถูกทำร้ายร่างกาย                                                        | 1.18 | 0.773 | .431                             | .936                             |
| ข้อที่ 26 ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะพูดเกินจริงว่าการข่มขืนมีผลต่อเธอมากขนาดไหน                                                | 1.51 | 1.138 | .704                             | .934                             |
| ข้อที่ 34 ถ้าผู้หญิงไม่ใช่สาวบริสุทธิ์ ก็ไม่น่าจะเป็นเรื่องใหญ่ ถ้าคู่เธอบังคับให้เธอมีเพศสัมพันธ์ด้วย                    | 1.25 | 0.928 | .529                             | .936                             |
| <b>ด้านการข่มขืนเป็นเรื่องแปลกด้านการข่มขืนเป็นเรื่องแปลก</b>                                                             |      |       |                                  |                                  |
| ข้อที่ 8 ส่วนใหญ่แล้วการข่มขืนจะเกิดขึ้นในย่านที่ไม่ดีของเมือง (เช่น แหล่งมั่วสุม ผับบาร์ หรือย่านที่มีปัญหาอาชญากรรม)    | 3.65 | 2.068 | .458                             | .937                             |
| ข้อที่ 9 ผู้หญิงที่มักชอบเที่ยวผับบาร์และหลับนอนกับผู้ชายไปทั่วเท่านั้นที่ถูกข่มขืน                                       | 1.34 | 1.020 | .620                             | .935                             |
| ข้อที่ 11 ผู้ชายที่มาจากรอบครัวดี ๆ มักจะไม่เคยข่มขืนใคร                                                                  | 1.78 | 1.398 | .442                             | .936                             |
| ข้อที่ 19 ผู้หญิงที่แต่งกายยั่วชวนเท่านั้นที่มีจะถูกข่มขืน                                                                | 1.31 | 0.961 | .629                             | .935                             |
| ข้อที่ 24 น้อยมากที่ผู้หญิงจะถูกข่มขืนในละแวกบ้านของเธอ                                                                   | 1.63 | 1.228 | .488                             | .936                             |
| ข้อที่ 25 ในความเป็นจริงแทบจะไม่มีผู้หญิงคนไหนที่ถูกแฟนข่มขืน                                                             | 1.93 | 1.425 | .553                             | .935                             |
| ข้อที่ 31 แทบจะไม่มีผู้หญิงคนไหนถูกข่มขืนในบ้านตัวเอง                                                                     | 1.49 | 1.093 | .540                             | .936                             |

มันไม่ใช่การข่มขืน ผู้ชายไม่ได้ตั้งใจที่จะข่มขืน ผู้หญิงต้องการถูกข่มขืน ผู้หญิงเป็นฝ่ายโกหก และการข่มขืนเป็นเรื่องแปลกอยู่ในระดับดี (Cronbach's alpha = .704 - .897) ซึ่งใกล้เคียงกับแบบสอบถามต้นฉบับภาษาอังกฤษซึ่งมีค่า Cronbach's alpha อยู่ระหว่าง .74 - .84<sup>17</sup> แต่ในด้านการข่มขืนเป็นเพียงเรื่องเล็กน้อยมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .545 ซึ่งค่อนข้างต่ำ ในขณะที่แบบสอบถามต้นฉบับภาษาอังกฤษมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .74 ทั้งนี้ อาจเกิดจากผู้ตอบข้อคำถามในด้านนี้มีความคิดเห็นที่แตกต่างกันค่อนข้างมาก โดยเฉพาะในข้อที่ถามว่า “มันไม่ใช่เรื่องใหญ่เลยสำหรับผู้ชายที่จะเลยเถิดและมีเพศสัมพันธ์ด้วยกับผู้หญิงที่เต็มใจออกตอบกับเขา” ความคิดเห็นบางส่วนอาจมองว่าการที่ผู้หญิงเต็มใจออกตอบกับผู้ชายแปลว่ายินยอมที่จะมีเพศสัมพันธ์ด้วย โดยไม่ได้มองว่าเป็นการข่มขืน ในขณะที่บางส่วนมองว่าเป็นการกอดจูบไม่ได้แปลว่าจะยินยอมให้มีเพศสัมพันธ์ด้วยได้

เมื่อพิจารณาในด้านเพศ พบความแตกต่างของคะแนนของแบบสอบถามฉบับภาษาไทยเช่นเดียวกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ โดยเพศชายมีคะแนนสูงกว่าเพศหญิงในทุกรายด้าน ซึ่งหมายความว่าอิทธิพลทางด้านเพศถือเป็นปัจจัยสำคัญต่อการยอมรับมายาคติเกี่ยวกับการข่มขืน สอดคล้องกับแนวคิดผู้ชายเป็นใหญ่ (ปิตาธิปไตย) เกิดความไม่เท่าเทียมกันระหว่างผู้หญิงและผู้ชายผ่านโครงสร้างทางสังคมที่เอื้อให้ฝ่ายชายเป็นใหญ่และมีอำนาจเหนือฝ่ายหญิง ไม่ว่าจะเป็นตำแหน่งหน้าที่ทางสังคมและครอบครัวที่มักเอื้อให้ผู้ชายเป็นผู้นำ ภรรยาและลูกเสมือนเป็นสมบัติของสามี การตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ที่มีกมอหมายให้ผู้ชายเป็นคนรับผิดชอบ เช่น การตั้งชื่อลูก การให้ลูกใช้นามสกุลของสามี การที่สามีสามารถมีภรรยาได้หลายคน การแต่งเข้าบ้านฝ่ายชาย การนิยมได้ลูกชาย การมองว่าผู้หญิงเป็นผู้ตามและมีหน้าที่รับใช้สามีและดูแลลูก การอบรมเลี้ยงดูลูกผู้หญิงว่าต้องแต่งกายมิดชิดสำรวม ในขณะที่การแต่งกายของผู้ชายไม่ต้องเข้มงวดมากนัก<sup>23</sup> ทั้งนี้ยังมีปัจจัยอื่นอีกที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับคะแนนของแบบสอบถาม ได้แก่ ช่วงอายุ โดยพบว่า ช่วงอายุ 13 - 24 ปี

มีค่าคะแนนต่ำกว่าช่วงอายุ 25 - 34 ปี และอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป และช่วงอายุ 25 - 49 ปี มีค่าคะแนนต่ำกว่าช่วงอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ทำในกลุ่มประชากรชาวอินเดียและอังกฤษที่พบว่า ยิ่งอายุมากขึ้นจะยิ่งไม่ยอมรับมายาคติเกี่ยวกับการข่มขืน<sup>24</sup> สาเหตุส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการส่งต่อความเชื่อจากรุ่นสู่รุ่นของคนไทย ทำให้ผู้ที่มีอายุเยอะยังมีชุดความคิดแบบดั้งเดิม เช่น ผู้หญิงที่ดีต้องไม่แต่งตัวยั่ววน<sup>5</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษาและรายได้ที่อยู่ในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการยอมรับมายาคติเกี่ยวกับการข่มขืน สอดคล้องกับผลการสำรวจขององค์การสหประชาชาติที่พบว่า เพศชายที่มีการใช้ความรุนแรงและคุกคามทางเพศส่วนมากมีเศรษฐกิจฐานะและการศึกษาที่อยู่ในระดับต่ำ<sup>25</sup>

เนื่องจากการศึกษานี้เลือกกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ยินยอมตอบแบบสอบถาม Google Forms ผ่านการประชาสัมพันธ์ทางเว็บไซต์และเฟซบุ๊กโดยไม่มีกระบวนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นผลการศึกษาก็อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชาชนทั่วไปได้ และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ดังนั้นผลการศึกษาก็อาจไม่สามารถเปรียบเทียบได้ชัดเจนถึงความคิดเห็นที่แตกต่างกันระหว่างเพศชายและหญิง ข้อคำถามที่ใช้เป็นการแปลมาจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ โดยยังไม่ได้มีการวิเคราะห์เพิ่มเติมถึงทัศนคติของคนไทยและความเชื่อที่มีบริบททางวัฒนธรรมมาเกี่ยวข้อง นอกจากนี้การหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิเพียง 3 คน ไม่ได้มีการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างขั้นต้นก่อน นำแบบวัดไปใช้จริง อาจทำให้การนำผลการศึกษานี้ไปใช้มีข้อจำกัดหลายประการ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ถือเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาเครื่องมือเพื่อศึกษาการยอมรับมายาคติเกี่ยวกับการข่มขืน ซึ่งหากมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยและความเชื่อของคนไทยว่ามีความสอดคล้องกับการคุกคามทางเพศหรือไม่ ก็จะช่วยสร้างความเข้าใจให้กับสังคมและเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างรากฐานทัศนคติความคิดที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการข่มขืนในอนาคตได้

## สรุป

แบบสอบถามวัดการยอมรับมายาคติเกี่ยวกับการข่มขืนฉบับภาษาไทยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาและค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดี ยกเว้นองค์ประกอบย่อย 1 ด้าน ดังนั้นควรมีทดสอบคุณสมบัติอื่นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม

## กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากทุนพัฒนาการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการวิจัย (IO) R016431040 และขอขอบคุณ ดร.เสาวลักษณ์ สุนนางกูร ที่ให้คำปรึกษาและมีส่วนช่วยในการวิเคราะห์ทางสถิติ

## เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization (WHO), the United Nations Inter-Agency Working Group on Violence Against Women Estimation and Data. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women [Internet]. Switzerland: World Health Organization; 2021 [cited 2022 Jun 11]. Available from: <http://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1347689/retrieve>
- United Nations Population Fund (UNFPA). Measuring prevalence of violence against women in Asia-Pacific [Internet]. Bangkok: United Nations Population Fund; 2021 [cited 2022 Jun 11]. Available from: <http://asiapacific.unfpa.org/kNOwAWdata>
- ศูนย์ข้อมูลและข่าวสืบสวนเพื่อสิทธิพลเมือง. เปิดสถิติหญิงไทยถูกละเมิดทางเพศ-กระทำรุนแรง มากกว่า 7 คน/วัน [Open statistics of Thai women being sexually harassed - violent acts more than 7 people/day] [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: [ปรับปรุงข้อมูลเมื่อวันที่ 8 มี.ค. 2565; สืบค้นเมื่อวันที่ 11 มิ.ย. 2565]. จาก <http://www.tcijthai.com/news/2022/3/current/12248>
- Andra TT, Sarah D, Linda AV, Kathryn AB, Greta MM, Jennifer LM. A Systematic qualitative review of risk and protective factors for sexual violence perpetration. *Trauma Violence Abuse*. 2013;14(2): 133-67. doi:10.1177/1524838012470031.
- Hall GCN. Prediction of sexual aggression. *Clinical Pathology Review*. 1990;10(2):229-45. doi:10.1016/0272-7358(90)90059-J.
- ชลิดาภรณ์ ส่งสัมพันธ์. คิทยกกำลัง 2 : มายาคติต่อผู้หญิง สมยอม ข่มขืน [multiply\*: mythology to women, consent and rape] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ไทยพีบีเอส; 2557 [สืบค้นเมื่อวันที่ 21 มี.ค. 2565]. จาก: <https://youtu.be/qG6DDZaqqT4>
- Center of Awareness, Response, and Education (CARE). Rape myths [Internet]. Richmond: University of Richmond; c2020 [cited 2022 Mar 20]. Available from: <https://prevent.richmond.edu/prevention/education/rape-myths.html>
- มูลนิธิหญิงชายก้าวไกล. ชุดมายาคติผิดๆ เรื่อง ข่มขืน [False myths about rape] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มูลนิธิ; 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 21 มี.ค. 2565]. จาก: <http://www.wmp.or.th/content/28446/ชุดมายาคติผิด-ๆ-เรื่อง-ข่มขืน>
- นพพร ประชากุล. โรลิ่งด์ บาร์ตส์กับสัญศาสตร์วรรณกรรม. ใน: วรรณพิมล อังคศิริสรพ, ผู้แปล. มายาคติ [Mythologies]. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ; 2547.
- Lonsway KA, Fitzgerald LF. Rape myths: in review. *Psychol Women Q*. 1994;18(2):133-64. doi:10.1111/j.1471-6402.1994.tb00448.x.
- Bhagal MS, Cotbet S. The influence of aggressiveness on rape-myth acceptance among university students. *Psychiatr Psychol Law*. 2016;23(5):709-15. doi:10.1080/13218719.2016.1142931.
- นพวรรณ ปรากฏวงศ์. ทักษะของนักศึกษาต่อการคุกคามทางเพศในสถานศึกษา [Opinion of students about sexual harassment in academy] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.

13. วันทนี วาสีละสิน. ปัญหาพฤติกรรมทางเพศของมนุษย์กับงานสังคมสงเคราะห์ [The problem of human sexual behavior and social work]. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2526. น. 4-8.
14. ศยา วังศิริไพศาล. ความคิดเห็นของนักศึกษาวิทยาลัยสารพัดช่าง ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีต่อการสมรสและการวางแผนชีวิตครอบครัว [Opinions of polytechnics students in Bangkok metropolitan towards marriage and family formation] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2536.
15. สุชีลา ตันชัยนันท์. สถานการณ์โรคเอดส์: ความหมายของเพศธรรมที่กำลังเปลี่ยนแปลงไป [The AIDS situation: the changing meaning of gender]. ในเอกสารประกอบการเรียนการสอน วิชาทฤษฎีเฟมินิสต์และทฤษฎีเพศ. นครปฐม: ภาควิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
16. วรณน หนูหมื่น. นัยการข่มขืนในละครโทรทัศน์และภาพยนตร์ไทย: วิพากษ์ผลการศึกษาด้วยวิธีวิทยาแบบโครงสร้าง [The implications of rapes in Thai television drama and movies: a critic by structural methodology]. วารสารสถาบันวัฒนธรรมและศิลปะ. 2556;14(2):87-95.
17. Payne DL, Lonsway KA, Fitzgerald LF. Rape myth acceptance: exploration of its structure and its measurement using the Illinois rape myth acceptance scale. J Res Pers. 1999;33(1):27-68. doi:10.1006/jrpe.1998.2238.
18. Xue J, Fang G, Huang H, Cui N, Rhodes KV, Gelles R. Rape myths and the cross-cultural adaptation of the Illinois rape myth acceptance scale in China. J Interpers Violence. 2019;34(7):1428-60. doi:10.1177/0886260516651315.
19. Oh E, Neville H. Development and validation of the Korean rape myth acceptance scale. Couns Psychol. 2004;32(2):301-31 doi:10.1177/0011000003261351.
20. McMahon S, Farmer GL. An updated measure for assessing subtle rape myths. Social Work Research. 2011;35(2):71-81. doi:10.1093/swr/35.2.71.
21. Pipatshukiat S. Blame attribution styles and rape myth acceptance in male child and adult sex offenders. Thammasat review. 2020;23(1):117-37. doi:10.14456/tureview.2020.6.
22. Mohamad AB, Evi DO, Nur AB. A review on sample size determination for Cronbach's alpha test: a simple guide for researchers. Malays J Med Sci. 2018;25(6):85-99 doi:10.21315/mjms2018.25.6.9.
23. ณรงค์กรณ รอดทรัพย์. ปิตาธิปไตย: ภาพสะท้อนแห่งความไม่เสมอภาคระหว่างชายหญิงในสังคมเอเชีย [Patriarchy : the reflection of the inequality between male and female in Asian society]. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์. 2555;4(2):30-46.
24. Ravinder B, Rachael AP. Rape myth acceptance in contemporary times: a comparative study of university students in India and the United Kingdom. J Interpers Violence. 2021;36(7-8):3514-35. doi:10.1177/0886260518775750.
25. Fulu E, Warner X, Miedema S, Jewkes R, Roselli T, Lang J. Why do some men use violence against woman and how can we prevent it? Quantitative findings from the United Nations multi-country study on men and violence in Asia and the Pacific [Internet]. Bangkok: UNDP, UNFPA, UN Woman and UNV; 2013 [cited 2022 Mar 20]. Available from: <http://www.partners4prevention.org/sites/default/files/resources/p4p-report.pdf>

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## ภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดชุมพร

วันรับ : 21 เมษายน 2565

วันแก้ไข : 17 สิงหาคม 2565

วันตอบรับ : 16 สิงหาคม 2565

กชามา ส วิชัยดิษฐ์, พ.บ., อารยา ประเสริฐชัย, วท.ด.,

ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์, ส.ด.

สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

**วิธีการ :** การสำรวจภาคตัดขวางในบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดชุมพร จำนวน 335 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เครื่องมือ ได้แก่ แบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงาน และแบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา, simple logistic regression และ multiple logistic regression

**ผล :** กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 85.4 อายุเฉลี่ย 37.7 ปี มีภาวะหมดไฟในการทำงานร้อยละ 12.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟได้แก่ อายุ ชั่วโมงการทำงาน ความยืดหยุ่นทางจิตใจ คุณภาพชีวิตการทำงานด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน ด้านโอกาสในการพัฒนาและการใช้ความสามารถของบุคคล และด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว โดยผู้ที่ทำงานมากกว่า 60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์มีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟเพิ่มขึ้น 4.4 เท่า (95% CI = 2.21 - 8.79) เมื่อเทียบกับผู้ที่ทำงานน้อยกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ผู้ที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจด้านกำลังใจต่ำกว่าเกณฑ์มีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟเพิ่มขึ้น 3.1 เท่า (95% CI = 1.12 - 8.64) และผู้ที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจด้านการจัดการกับปัญหาลดต่ำกว่าเกณฑ์มีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟเพิ่มขึ้น 2.9 เท่า (95% CI = 1.06 - 8.13)

**สรุป :** บุคลากรทางการแพทย์ควรได้รับการจัดสรรชั่วโมงการทำงานที่เหมาะสม การเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ และการปรับปรุงคุณภาพชีวิตการทำงาน ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานควรได้รับการเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพจิต เพื่อให้สามารถทำงานและเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม

**คำสำคัญ :** ความยืดหยุ่นทางจิตใจ, คุณภาพชีวิตการทำงาน, บุคลากรทางการแพทย์, ภาวะหมดไฟในการทำงาน

**ติดต่อผู้นิพนธ์ :** กชามา ส วิชัยดิษฐ์; e-mail: kachamas33@gmail.com



## Original articles

## Burnout among medical personnel of public hospitals in Chumphon province

Received : 21 April 2022

Revised : 17 August 2022

Accepted : 19 August 2022

Kachamas Wichaidit, M.D., Araya Prasertchai, Ph.D.,

Pokkamol laoraksawong, Dr.PH.

School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

### Abstract

**Objective:** To investigate prevalence and predictors of burnout among medical personnels of the public hospitals in Chumphon province.

**Methods:** A sample of 335 medical personnels in public hospitals of Chumphon were selected by stratified random sampling method. The research tools included the resilience questionnaire, quality of work life questionnaire, and burnout questionnaire. Data were analyzed by using descriptive statistics and inferential statistics including simple logistic regression and multiple logistic regression analyses.

**Results:** The sample were mostly female (85.4%) with an average age of 37.7 years old. Burnout was found in 12.8% of the sample and associated with age, working hours, resilience in all three aspects (hardiness, encouragement, and active coping), and quality of work life, in terms of future opportunity for continued growth and security, immediate opportunity to use and develop personal capacities, and work-life balance. Multiple logistic regression analysis showed that working hours of more than 60 hours per week, compared to less than 40 hours per week (AOR = 4.4, 95% CI = 2.21 - 8.79), low resilience in encouragement (AOR = 3.1, 95% CI = 1.12 - 8.64), and low resilience in active coping (AOR = 2.9, 95% CI = 1.06 - 8.13) significantly increased chance of having burnout.

**Conclusion:** Management of burnout among medical personnels should consist of allocating appropriate working hours, creating activities that enhance resilience, and improving the quality of work life. Personnel with high risk of burnout should be monitored and supervised by a mental health team.

**Keywords:** burnout, medical personnel, quality of work life, resilience

**Corresponding author:** Kachamas Wichaidit; e-mail: kachamas33@gmail.com



**ความรู้เดิม :** การศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านมายังเป็นศึกษาเฉพาะในกลุ่มวิชาชีพเดียว และยังไม่มีการศึกษาปัจจัยด้านความยืดหยุ่นทางจิตใจ

**ความรู้ใหม่ :** การทำงานมากกว่า 60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ความยืดหยุ่นทางจิตใจด้านกำลังใจ และความยืดหยุ่นทางจิตใจด้านการจัดการกับปัญหาสามารถทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ได้

**ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ :** เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนจัดการภาวะหมดไฟจากการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ และเฝ้าระวังกลุ่มบุคลากรที่มีความเสี่ยงของภาวะหมดไฟในการทำงานระดับสูง เพื่อป้องกันปัญหาในการทำงานและผลกระทบทางสุขภาพจิต

## บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกต่างให้ความสำคัญกับการพัฒนาคน องค์การอนามัยโลกกำหนดการพัฒนาคนในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนและเป้าหมายการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพ สำหรับประเทศไทยการพัฒนาคนถูกกำหนดในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 และกำหนดเป็นวาระสำคัญในการขับเคลื่อนประเทศไทย 4.0 กระทรวงสาธารณสุขจึงให้กำหนดยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของประเทศ โดยกำหนดยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (people excellence) เป็น 1 ใน 4 ยุทธศาสตร์หลักของกระทรวงสาธารณสุข<sup>1</sup>

ข้อมูลจากระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขได้รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขในระดับหน่วยงานของทั้งประเทศประจำปี พ.ศ. 2562 พบว่า หน่วยงานที่มีจำนวนบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอมีเพียงร้อยละ 69.6 ซึ่งต่ำกว่าตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 71.0 โดยในเขตสุขภาพที่ 11 มีอัตราบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอร้อยละ 69.8<sup>2</sup> ข้อมูลของสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดชุมพรพบว่า ในปี พ.ศ. 2562 แม้ว่าบุคลากรมีความเพียงพออยู่ที่ร้อยละ 80.0 แต่พบว่าบุคลากรมีดัชนีความสุข 64.5 โดยมีมิติที่ค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ สุขภาพเงินดี ร้อยละ 53.7 รองลงมาคือ มิติเพื่อนคลาไคล ร้อยละ 56.8 ซึ่งต่ำกว่าตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ว่า ดัชนีความสุขของบุคลากรไม่น้อยกว่า 70.0 ในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายเพื่อให้บุคลากรคงอยู่อย่างมีความสุขในหน่วยงานซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”<sup>1</sup>

บุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่ให้บริการทางสุขภาพแก่ประชาชน ลักษณะการทำงานที่มีความเร่งด่วนและเกี่ยวข้องกับภาวะวิกฤติชีวิตคนย่อมส่งผลต่อสุขภาพและก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรังของบุคลากรทางการแพทย์ นำไปสู่ภาวะหมดไฟ องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความภาวะหมดไฟในการทำงานว่าเป็นกลุ่มอาการที่เป็นผลจากความเครียดเรื้อรังจากการทำงานที่ไม่ได้รับการแก้ไขจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ และได้บรรจุภาวะหมดไฟในบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับที่ 11 โดยจัดว่าเป็นภาวะความผิดปกติที่เกิดจากการทำงาน<sup>3</sup> ในขณะที่ปัจจัยที่ทำให้บุคคลสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม สามารถยืดหยุ่นอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพท่ามกลางสถานการณ์วิกฤต พร้อมทั้งสามารถที่จะฟื้นตัว รับมือกับผลกระทบ และนำพาชีวิตของตนจากเหตุการณ์นั้น ๆ ได้ในเวลาอันรวดเร็ว อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เติบโตขึ้น และเข้าใจชีวิตดีขึ้น เรียกว่าความยืดหยุ่นทางจิตใจ (resilience)<sup>4</sup> หากภาวะหมดไฟไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมอาจส่งผลต่อร่างกายและการทำงาน อันนำไปสู่การตัดสินใจลาออกจากการงาน<sup>5</sup>

จากการศึกษาวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย ปัจจัยภายในและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน ปัจจัยภายใน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน และตำแหน่งงาน และคุณลักษณะเฉพาะด้านจิตใจ เช่น สุขภาพจิต การหลีกเลี่ยงปัญหา และความเข้มแข็งอดทน ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน ได้แก่

ปริมาณงาน ลักษณะงาน รายได้ จำนวนชั่วโมงในการทำงาน สัมพันธภาพระหว่างหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงาน และความพึงพอใจในงาน นอกจากนี้ภาวะหมดไฟในการทำงานยังสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจ ได้แก่ ความมั่นคงทางอารมณ์ การมีกำลังใจ และการจัดการกับปัญหา และคุณภาพชีวิตการทำงาน ได้แก่ การได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม สภาพการปฏิบัติงานมีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ ความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน โอกาสในการพัฒนาและการใช้ความสามารถของบุคคล การปฏิบัติงานร่วมกันและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิทธิส่วนบุคคล ความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว และความเป็นประโยชน์ต่อสังคม<sup>6</sup>

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจภาวะหมดไฟจากการทำงานในบุคลากรสาธารณสุข และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะหมดไฟจากงาน เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการเพิ่มพูนทักษะความยืดหยุ่นทางจิตใจและพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงาน เพื่อลดความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข

## วิธีการ

การศึกษาวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional survey) ประชากร คือ บุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ และนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดชุมพร ทั้งหมด 11 แห่ง จำนวน 1,046 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดค่า expected frequency ที่ ร้อยละ 50 ค่า design effect เท่ากับ 1 และค่า clusters เท่ากับ 1 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 335 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ ส่งและรับคืนแบบสอบถามทางไปรษณีย์ แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการทำงาน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ เป็นแบบประเมินศักยภาพ resilience quotient ของกรมสุขภาพจิต<sup>7</sup> จำนวน 20 ข้อ สำหรับผู้ใหญ่อายุ 25 - 60 ปี ผลวิเคราะห์ค่าความเที่ยงตรงของแบบประเมินมีค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.93 และค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.86 เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่จริง ถึง จริงมาก เกณฑ์แบ่งออกเป็นรายด้าน ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ คะแนนน้อยกว่า 27 หมายถึง ต่ำกว่าปกติ ช่วงคะแนน 27 - 34 หมายถึง ปกติ คะแนนมากกว่า 34 หมายถึง สูงกว่าปกติ ด้านมีกำลังใจ คะแนนน้อยกว่า 14 หมายถึง ต่ำกว่าปกติ ช่วงคะแนน 14 - 19 หมายถึง ปกติ คะแนนมากกว่า 19 หมายถึง สูงกว่าปกติ และด้านการจัดการกับปัญหา คะแนนน้อยกว่า 13 หมายถึง ต่ำกว่าปกติ ช่วงคะแนน 13 - 18 หมายถึง ปกติ คะแนนมากกว่า 18 หมายถึง สูงกว่าปกติ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงาน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดการศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของ Walton<sup>6</sup> ประกอบด้วย 8 ด้าน ด้านละ 4 ข้อ ได้แก่ การได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม สภาพการปฏิบัติงานมีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ ความก้าวหน้า และความมั่นคงในงาน โอกาสในการพัฒนา และการใช้ความสามารถของบุคคล การปฏิบัติงานร่วมกันและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิทธิส่วนบุคคล ความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว และความเป็นประโยชน์ต่อสังคม ผลวิเคราะห์ค่าความเที่ยงตรงของแบบประเมินมีค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.97 และค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.92 เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่จริงมากที่สุดถึงจริงน้อยที่สุด แบ่งเกณฑ์ตามคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้าน โดยช่วงคะแนน 3.68 - 5.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตการทำงานในระดับสูง ช่วงคะแนน 2.34 - 3.67 หมายถึง คุณภาพชีวิตการทำงานในระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 1.00 - 2.33 หมายถึง คุณภาพชีวิตการทำงานในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงาน (Mastach burnout inventory genera survey; MBI-GS) ฉบับภาษาไทย แปลโดยนันทวดี วรวิสุต<sup>๑</sup> ผลวิเคราะห์ ค่าความเที่ยงตรงของแบบประเมินมีค่าเฉลี่ยของดัชนี ความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.91 และค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.92 เป็นแบบสอบถามมาตราส่วน ประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย ถึง มีความรู้สึกเช่นนั้น ทุก ๆ วัน ประกอบด้วยด้านความอ่อนล้า ทางอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ ด้านการลดความเป็นบุคคล จำนวน 5 ข้อ และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลจำนวน 8 ข้อ โดยแบ่ง ระดับภาวะหมดไฟในแต่ละด้าน ดังนี้ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ ระดับต่ำคือ 0 - 16 คะแนน ระดับปานกลางคือ 17 - 26 คะแนน และระดับสูง คือตั้งแต่ 27 คะแนนขึ้นไป การลดความเป็นบุคคลระดับต่ำคือ 0 - 6 คะแนน ระดับปานกลาง 7 - 12 คะแนน และสูงคือตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป ส่วนความสำเร็จส่วนบุคคล ระดับต่ำ คือตั้งแต่ 39 คะแนนขึ้นไป ระดับปานกลาง 32 - 38 คะแนน และระดับสูงคือ 0 - 31 คะแนน การแปลผลผู้ที่มีภาวะหมดไฟคือ ผู้ที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานในระดับสูงตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไป

เก็บข้อมูลในเดือนมกราคม ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา หาความสัมพันธ์โดย simple logistic regression และหาปัจจัยทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์โดย multiple logistic regression การศึกษาผ่านการพิจารณาการรับรองการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2564 เลขที่ COA 044/2564

#### ผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 286 คน คิดเป็น ร้อยละ 85.4 อายุเฉลี่ย 37.7 ปี อาชีพพยาบาลร้อยละ 56.7 และอยู่ในตำแหน่งผู้ปฏิบัติการร้อยละ 80.3 ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 14.9 ปี ทำงาน 41 - 60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ร้อยละ 43.9

ภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับต่ำทั้ง 3 ด้าน ดังนี้ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ระดับต่ำร้อยละ 56.1 มีคะแนนเฉลี่ย 17.51 (SD = 12.35) ด้านการลดค่าความเป็นบุคคลระดับต่ำร้อยละ 72.2 มีคะแนนเฉลี่ย 5.10 (SD = 5.63) และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคล ระดับต่ำร้อยละ 42.1 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 35.58 (SD = 9.45) เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนองค์ประกอบที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานระดับสูง พบว่า ไม่มีภาวะหมดไฟระดับสูง ทั้ง 3 ด้านร้อยละ 55.8 มีภาวะหมดไฟระดับสูง 1 ด้านร้อยละ 31.3 ภาวะหมดไฟระดับสูง 2 ด้านร่วมกันร้อยละ 10.4 และ ภาวะหมดไฟระดับสูงทั้ง 3 ด้านร่วมกันร้อยละ 2.4 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะหมดไฟจากการทำงานร้อยละ 12.8

ความยืดหยุ่นทางจิตใจของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในเกณฑ์ปกติทั้ง 3 ด้าน มีคะแนนเฉลี่ย (SD) ด้านความ มั่นคงทางอารมณ์ 32.07 คะแนน (SD = 3.82) ด้านมีกำลังใจ 17.20 คะแนน (SD = 2.24) และด้านการจัดการกับปัญหา 15.59 คะแนน (SD = 2.24)

คุณภาพชีวิตการทำงานด้านการได้รับค่าตอบแทนที่ เพียงพอและยุติธรรมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 45.7 ด้านสภาพการปฏิบัติงานมีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 50.1 ด้านความก้าวหน้าและ ความมั่นคงในงานอยู่ในระดับสูงร้อยละ 47.5 ด้านโอกาส ในการพัฒนาและการใช้ความสามารถของบุคคลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.6 ด้านการปฏิบัติงานร่วมกันและความสัมพันธ์กับ บุคคลอื่นอยู่ในระดับสูงร้อยละ 57.0 ด้านสิทธิส่วนบุคคล อยู่ในระดับสูงร้อยละ 55.8 ด้านความสมดุลระหว่างงานกับ ชีวิตส่วนตัวอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 46.0 และ ด้านความเป็นประโยชน์ต่อสังคมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 51.9 ค่าเฉลี่ยของ คุณภาพชีวิตการทำงานทั้ง 8 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติ simple logistic regression พบว่า อายุ ชั่วโมงการทำงาน ความยืดหยุ่นทางจิตใจทั้ง 3 ด้าน (ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการ กับปัญหา) คุณภาพชีวิตการทำงานด้านความก้าวหน้าและความ มั่นคงในงาน ด้านโอกาสในการพัฒนาและการใช้ความสามารถ

ของบุคคล และด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน

เมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติ multiple logistic regression ด้วยวิธี backward stepwise เพื่อหาปัจจัยทำนายที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า การทำงานมากกว่า 60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ความยืดหยุ่นทางจิตใจด้านกำลังใจ และความยืดหยุ่นทางจิตใจ

ด้านการจัดการกับปัญหา สามารถทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างร่วมกันได้ร้อยละ 8.9 โดยมีสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน ดังนี้

$\text{Log odds} = -2.83 + 1.48 (\text{ทำงานมากกว่า 60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์}) + 1.14 (\text{ความยืดหยุ่นทางจิตใจด้านกำลังใจต่ำกว่าเกณฑ์}) + 1.08 (\text{ความยืดหยุ่นทางจิตใจด้านการจัดการกับปัญหาต่ำกว่าเกณฑ์})$

**ตารางที่ 1** ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดชุมพรทดสอบด้วย simple logistic regression

| ตัวแปร                                  | จำนวน<br>(n = 335) | จำนวนบุคลากรที่มี<br>ภาวะหมดไฟ (ร้อยละ) | OR   | 95% CI       | p-value |
|-----------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------|------|--------------|---------|
| <b>ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการทำงาน</b>    |                    |                                         |      |              |         |
| <b>เพศ</b>                              |                    |                                         |      |              |         |
| ชาย                                     | 49                 | 4 (8.2)                                 | 1    |              | -       |
| หญิง                                    | 286                | 39 (13.6)                               | 1.78 | 0.61 - 5.22  | .30     |
| <b>อายุ</b>                             |                    |                                         |      |              |         |
| น้อยกว่า 30 ปี                          | 115                | 20 (17.4)                               | 3.58 | 1.38 - 9.29  | .01     |
| อายุ 30 - 44 ปี                         | 112                | 17 (15.2)                               | 3.04 | 1.15 - 8.04  | .03     |
| ตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป                     | 108                | 6 (5.6)                                 | 1    |              | -       |
| <b>อาชีพ</b>                            |                    |                                         |      |              |         |
| พยาบาล                                  | 191                | 26 (13.6)                               | 0.99 | 0.46 - 2.19  | .99     |
| นักเทคนิคการแพทย์และนักวิชาการสาธารณสุข | 73                 | 10 (13.7)                               | 1    |              | -       |
| แพทย์และทันตแพทย์                       | 53                 | 6 (11.3)                                | 0.80 | 0.27 - 2.37  | .69     |
| เภสัชกร                                 | 18                 | 1 (5.6)                                 | 0.35 | 0.04 - 2.92  | .33     |
| <b>ตำแหน่งงาน</b>                       |                    |                                         |      |              |         |
| ผู้ปฏิบัติงาน                           | 269                | 38 (14.1)                               | 2.01 | 0.76 - 5.32  | .16     |
| หัวหน้าและผู้บริหาร                     | 66                 | 5 (7.6)                                 | 1    |              | -       |
| <b>ประสบการณ์การทำงาน</b>               |                    |                                         |      |              |         |
| 1 - 10 ปี                               | 160                | 24 (15.0)                               | 1.45 | 0.76 - 2.76  | .26     |
| มากกว่า 10 ปี                           | 175                | 19 (10.9)                               | 1    |              | -       |
| <b>ชั่วโมงการทำงาน</b>                  |                    |                                         |      |              |         |
| < 40 ชม.                                | 82                 | 6 (7.3)                                 | 1    |              | -       |
| 41 - 60 ชม.                             | 147                | 10 (6.8)                                | 1.13 | 0.40 - 3.16  | .82     |
| > 60 ชม.                                | 106                | 27 (25.5)                               | 4.44 | 1.74 - 11.38 | .00     |
| <b>รายได้ต่อเดือน</b>                   |                    |                                         |      |              |         |
| < 30,000 บาท                            | 123                | 23 (18.7)                               | 2.41 | 0.98 - 5.90  | .05     |
| 30,001 - 50,000 บาท                     | 121                | 12 (9.9)                                | 1.30 | 0.50 - 3.41  | .59     |
| > 50,000 บาท                            | 91                 | 8 (8.8)                                 | 1    |              | -       |

**ตารางที่ 1** ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดชุมพรทดสอบด้วย simple logistic regression (ต่อ)

| ตัวแปร                                                 | จำนวน<br>(n = 335) | จำนวนบุคลากรที่มี<br>ภาวะหมดไฟ (ร้อยละ) | OR    | 95% CI       | p-value |
|--------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------|-------|--------------|---------|
| <b>ความยืดหยุ่นทางจิตใจ</b>                            |                    |                                         |       |              |         |
| <b>ด้านความมั่นคงทางอารมณ์</b>                         |                    |                                         |       |              |         |
| ปกติและสูงกว่าปกติ                                     | 310                | 34 (11.0)                               | 1     |              | -       |
| ต่ำกว่าปกติ                                            | 25                 | 9 (36.0)                                | 4.57  | 1.87 - 11.13 | .00     |
| <b>ด้านมีกำลังใจ</b>                                   |                    |                                         |       |              |         |
| ปกติและสูงกว่าปกติ                                     | 309                | 34 (11.0)                               | 1     |              | -       |
| ต่ำกว่าปกติ                                            | 26                 | 9 (34.6)                                | 4.28  | 1.77 - 10.36 | .00     |
| <b>ด้านการจัดการกับปัญหา</b>                           |                    |                                         |       |              |         |
| ปกติและสูงกว่าปกติ                                     | 308                | 34 (11.0)                               | 1     |              | -       |
| ต่ำกว่าปกติ                                            | 27                 | 9 (33.3)                                | 4.03  | 1.68 - 9.68  | .00     |
| <b>คุณภาพชีวิตการทำงาน</b>                             |                    |                                         |       |              |         |
| <b>การได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม</b>         |                    |                                         |       |              |         |
| ระดับสูง                                               | 64                 | 9 (14.1)                                | 1     |              | -       |
| ระดับต่ำและปานกลาง                                     | 271                | 34 (12.5)                               | 0.877 | 0.40 - 1.93  | .74     |
| <b>สภาพการปฏิบัติงานมีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ</b> |                    |                                         |       |              |         |
| ระดับสูง                                               | 141                | 15 (10.6)                               | 1     |              | -       |
| ระดับต่ำและปานกลาง                                     | 194                | 28 (14.4)                               | 1.42  | 0.73 - 2.77  | .31     |
| <b>ความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน</b>                  |                    |                                         |       |              |         |
| ระดับสูง                                               | 159                | 10 (6.3)                                | 1     |              | -       |
| ระดับต่ำและปานกลาง                                     | 176                | 33 (18.8)                               | 3.44  | 1.63 - 7.23  | .00     |
| <b>โอกาสในการพัฒนาและการใช้ความสามารถของบุคคล</b>      |                    |                                         |       |              |         |
| ระดับสูง                                               | 173                | 14 (8.1)                                | 1     |              | -       |
| ระดับต่ำและปานกลาง                                     | 162                | 29 (17.9)                               | 2.48  | 1.26 - 4.88  | .01     |
| <b>การปฏิบัติงานร่วมกันและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น</b> |                    |                                         |       |              |         |
| ระดับสูง                                               | 191                | 21 (11.0)                               | 1     |              | -       |
| ระดับต่ำและปานกลาง                                     | 144                | 22 (15.3)                               | 1.46  | 0.77 - 2.77  | .25     |
| <b>สิทธิส่วนบุคคล</b>                                  |                    |                                         |       |              |         |
| ระดับสูง                                               | 187                | 19 (10.2)                               | 1     |              | -       |
| ระดับต่ำและปานกลาง                                     | 148                | 24 (16.2)                               | 1.71  | 0.90 - 3.26  | .10     |
| <b>ความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว</b>              |                    |                                         |       |              |         |
| ระดับสูง                                               | 119                | 5 (4.2)                                 | 1     |              | -       |
| ระดับต่ำและปานกลาง                                     | 216                | 38 (17.6)                               | 4.87  | 1.86 - 12.73 | .00     |
| <b>ความเป็นประโยชน์ต่อสังคม</b>                        |                    |                                         |       |              |         |
| ระดับสูง                                               | 174                | 19 (10.9)                               | 1     |              | -       |
| ระดับต่ำและปานกลาง                                     | 161                | 24 (14.9)                               | 1.43  | 0.75 - 2.72  | .28     |

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดชุมพรทดสอบด้วย multiple logistic regression

| ตัวแปร                                                | จำนวน<br>(n = 335) | จำนวนบุคลากรที่มี<br>ภาวะหมดไฟ (ร้อยละ) | Crude<br>OR | Adjusted<br>OR | 95% CI      | p-value |
|-------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------|-------------|----------------|-------------|---------|
| <b>ชั่วโมงการทำงาน</b>                                |                    |                                         |             |                |             |         |
| < 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์                                | 82                 | 6 (7.3)                                 | 1           | 1              |             |         |
| 41 - 60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์                             | 147                | 10 (6.8)                                | 1.13        | 1.13           | 0.38 - 3.32 | .83     |
| > 60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์                                | 106                | 27 (25.5)                               | 4.44        | 4.41           | 2.21 - 8.79 | .00     |
| <b>ความยืดหยุ่นทางจิตใจด้านมีกำลังใจ</b>              |                    |                                         |             |                |             |         |
| ปกติและสูงกว่าปกติ                                    | 309                | 34 (11.0)                               | 1           | 1              |             |         |
| ต่ำกว่าปกติ                                           | 26                 | 9 (34.6)                                | 4.28        | 3.11           | 1.12 - 8.64 | .03     |
| <b>ความยืดหยุ่นทางจิตใจด้านการจัดการ<br/>กับปัญหา</b> |                    |                                         |             |                |             |         |
| ปกติและสูงกว่าปกติ                                    | 308                | 34 (11.0)                               | 1           | 1              |             |         |
| ต่ำกว่าปกติ                                           | 27                 | 9 (33.3)                                | 4.03        | 2.94           | 1.06 - 8.13 | .04     |

## วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีภาวะหมดไฟจากการทำงานร้อยละ 12.8 ในรายด้าน พบว่าส่วนใหญ่มีความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับต่ำทั้ง 3 ด้าน เช่นเดียวกับการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ สถาบันบำราศนราดูร<sup>9</sup> เมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติ simple logistic regression พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน ดังนี้

อายุ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับระดับวุฒิภาวะและประสบการณ์การทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟและความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพ และมีอำนาจในการทำนายความเหนื่อยหน่ายในงานมากที่สุด<sup>9,10</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาทั้งในกลุ่มพยาบาลประจำการและผู้ช่วยพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต พนักงนองค์การเภสัชกรรม พยาบาลวิชาชีพด้านจิตเวชศาสตร์ และเภสัชกรโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่า บุคลากรที่มีอายุน้อยมีภาวะหมดไฟใน

การทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคลมากกว่ากลุ่มที่มีอายุมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะมีความอ่อนล้าทางอารมณ์ลดลง<sup>11-14</sup> สอดคล้องกับที่ Maslach<sup>15</sup> กล่าวว่า บุคคลที่มีอายุน้อยจะมีความอ่อนล้าทางอารมณ์มากกว่าบุคคลที่มีอายุมาก เนื่องจากบุคคลที่มีอายุมากขึ้นและมีระยะเวลาในการทำงานเป็นระยะเวลานาน จะสั่งสมความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์จากการทำงานมากขึ้น มีการปรับตัวเพื่อเผชิญกับความเครียดจากการทำงานได้ดีกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย<sup>16</sup>

ชั่วโมงการทำงาน การทำงานติดต่อกันเป็นเวลานาน เป็นสาเหตุของความเครียดในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่พบว่า จำนวนชั่วโมงมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน<sup>9,17</sup> การศึกษาในกลุ่มแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนพบว่า ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์สามารถทำนายภาวะหมดไฟด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคล<sup>18</sup> และการศึกษาในกลุ่มพนักงานองค์การเภสัชกรพบว่า จำนวนชั่วโมงในการทำงานมีความสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความอ่อนล้า



ทางอารมณ์และด้านการลดค่าความเป็นบุคคลในผู้อื่น<sup>12</sup> นอกจากนี้ การทำงานเกินเวลาของพยาบาลยังส่งผลกระทบต่อทางลบแก่ผู้ป่วย ได้แก่ ความผิดพลาดของบุคลากรในการระบุตัวผู้ป่วย และการเกิดแผลกดทับขณะอยู่ในโรงพยาบาล<sup>17</sup> ดังนั้น หากองค์กรสามารถจัดการบริหารทรัพยากรบุคคลให้เหมาะสมย่อมลดภาวะความเครียดที่เกิดจากการการทำงาน ทำให้บุคลากรมีเวลาพักผ่อนมากขึ้น สามารถทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่สนใจ เกิดเป็นสมดุลระหว่างงานและชีวิต นอกจากนี้ยังลดโอกาสการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ผิดพลาดอีกด้วย

ความยืดหยุ่นทางจิตใจทั้ง 3 ด้าน (ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา) การศึกษานี้พบว่า ผู้ที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจต่ำกว่าปกติในด้านใดก็ตามมีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของเจนจิรา เกียรติธนะบำรุง<sup>19</sup> ที่ศึกษาความยืดหยุ่นทางจิตใจและข้อเรียกร้องจากงานที่พยากรณ์ภาวะหมดไฟในการทำงานของสัตวแพทย์ พบว่าความยืดหยุ่นทางจิตใจทั้ง 3 ด้านมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน บุคคลที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจจะสามารถจัดการกับความเครียดและปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ได้เป็นอย่างดี ดังนั้นการเรียนรู้วิธีการดูแลจิตใจให้สามารถบริหารจัดการความเครียด ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณค่า และมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้หน่วยงานมีขีดความสามารถ ในการรับมือกับภาวะวิกฤต

คุณภาพชีวิตการทำงานด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน ด้านโอกาสในการพัฒนาและการใช้ความสามารถของบุคคล และด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว การศึกษานี้พบว่า เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มพยาบาลแผนกวิกฤตในโรงพยาบาลรัฐของพรพิมล พงษ์โหมด<sup>20</sup> และการศึกษาในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศตุรกีของ Saygili<sup>21</sup> นอกจากนี้ คุณภาพชีวิตในการทำงานมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับภาวะหมดไฟในการทำงาน ในขณะที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับผลการปฏิบัติงาน<sup>22</sup> ดังนั้น การปรับปรุงคุณภาพของชีวิตการทำงานจะนำไปสู่การลดความเหนื่อยหน่ายในงานและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน

จุดแข็งของการศึกษารั้งนี้ได้แก่ เป็นการศึกษาในกลุ่มวิชาชีพที่หลากหลาย รวมถึงกลุ่มนักเทคนิคการแพทย์ และนักวิชาการสาธารณสุข ซึ่งที่ผ่านมายังมีการศึกษาในกลุ่มวิชาชีพนี้ค่อนข้างน้อย และเป็นการศึกษาที่แสดงถึงความสำคัญของปัจจัยด้านความยืดหยุ่นทางจิตใจที่มีผลต่อการเกิดภาวะหมดไฟ เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการส่งเสริมความยืดหยุ่นทางจิตใจของบุคลากรทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะในเขตจังหวัดชุมพร และมีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กเมื่อเทียบกับจำนวนตัวแปรต้น จึงอาจทำให้ค่าทำนายค่อนข้างต่ำ

## สรุป

การจัดการภาวะหมดไฟจากการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ควรประกอบด้วย การจัดสรรทรัพยากรบุคคลให้เพียงพอ มีชั่วโมงการทำงานที่เหมาะสม สร้างกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ สร้างค่านิยมในการทำงาน เปิดโอกาสให้บุคลากรได้แสดงความสามารถ รวมทั้งสวัสดิการด้านอื่น ๆ เพื่อจูงใจบุคลากรที่มีความสามารถให้คงอยู่นอกจากนี้ กลุ่มบุคลากรที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานระดับสูงควรได้รับการเฝ้าระวัง รวมทั้งการป้องกันปัญหาที่อาจเป็นมากขึ้นและนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต โดยการดูแลจากทีมสุขภาพจิต เพื่อให้สามารถทำงานและเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ [People excellence strategy]. นนทบุรี: สำนักงาน; 2560.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขประจำปี 2562 [Report on public health resource on 2019]. นนทบุรี: กอง; 2563.
3. World Health Organization. Burn-out an “occupational phenomenon”: international Classification of Diseases [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2021 Mar 18]. Available from: [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/burn-out/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/).



4. รัชนิบูล เศรษฐภูมิรินทร์. ความเครียดและความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลเผชิญในการฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วย [Stress and resilience of nursing student experience in training nursing clinical practice]. วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย. 2555;2(1):40-5.
5. กมลพร วรรณฤทธิ์. ภาวะหมดไฟในการทำงาน [Burnout syndrome] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2562 [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มี.ค. 2564]. จาก: [https://www.si.mahidol.ac.th/siriraj\\_online/thai\\_version/Health\\_detail.asp?id=1385](https://www.si.mahidol.ac.th/siriraj_online/thai_version/Health_detail.asp?id=1385)
6. Walton RE. Quality of working life: what is it? Slone Management Review. 1973;15:11-21.
7. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี [RQ: resilience quotient]. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี: บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิง จำกัด; 2563.
8. นันทาวดี วรสุวิธ. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจเพื่อป้องกันภาวะหมดไฟการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 [Development model of enhancing psychological immunity for operation burnout of public health officials, 7<sup>th</sup> health region]. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563;13(2):603-13.
9. ปิยะวดี สุมาลัย. ภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ สถาบันบำราศนราดูร [The register nurses' burnout in Bamrasnaradura infectious disease institute]. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2564;4(2):66-78.
10. บุญธิดา เทือกสุบรรณ, เรมवल นันทศุภวัฒน์, อรอนงค์ วิชัยคำ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช [Factors influencing burnout among professional nurses in Maharajnakornsrihammarat hospital]. วารสารสภาการพยาบาล. 2551;23(4):114-24.
11. นฤมล กิจจานนท์, อัจฉรา จงเจริญก่าโชค, พรพิมล มาศนรากรณ์. ความเหนื่อยหน่ายของบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤติ [Burnout among staff nurses working in intensive care units]. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2552;15(1):86-97.
12. สติพรธน์ นิลสงวนเดชะ, ณภัทรวรรต บัวทอง. ภาวะเหนื่อยหน่ายในการทำงานและกลวิธีในการเผชิญปัญหาของพนักงานองค์การเภสัชกรรม [Burnout and problem coping strategies among employees of government pharmaceutical organization]. จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 2559;60(5):545-59.
13. ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์, วัลลภา สำราญเวทย์, เกยูรมาศ อยู่ถั่น. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา [Factors related to burnout among nurses in Somdet Chaopraya institute of psychiatry]. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. 2558;9(2):9-23.
14. วาริษา ศิริกาญจน์, บุรินทร์ ต.ศรีวงษ์. ความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของเภสัชกรโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [Burnout in hospital pharmacists, office of the permanent secretary of the ministry of public health]. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย. 2554;2(2):331-41.
15. Maslach C, Jackson S. The Measurement of experienced burnout. J Organ Behav. 1981;2(2): 99-113. doi:10.1002/job.4030020205.
16. บุญเอื้อ โจว. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ: กรณีศึกษาวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล [Factors affecting nurses' work burnout :a case study of Bangkok metropolitan authority's medical college hospital and Vajira hospital] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2553.
17. เรมवल นันทศุภวัฒน์, อรอนงค์ วิชัยคำ, อภิรดี นันทศุภวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างชั่วโมงการปฏิบัติงานเกินเวลาของพยาบาลและผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พยาบาล และองค์กรในโรงพยาบาลทั่วไป [The relationship between nurses' extended work hours and patient, nurse, and organizational outcomes in general hospital]. พยาบาลสาร. 2557;41(4):58-69.

18. นครินทร์ ชุนงาม. สุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา [Mental health and burnout among physicians in general hospital and community hospital in Nakhon Ratchasima province]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2563;28(4):348-59.
19. เจนจิรา เกียรติธนะบำรุง. ความยืดหยุ่นทางอารมณ์และข้อเรียกร้องจากงานที่พยากรณ์ภาวะหมดไฟในการทำงานของสัตวแพทย์ [Resilience and job demand predict burnout in veterinarians] [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ; 2560.
20. พรพิมล พงษ์โหมค. คุณภาพชีวิตในการทำงาน ความเหนื่อยหน่ายในงานและความตั้งใจลาออกของพยาบาลแผนกวิกฤตโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง [Quality of work life, job burnout, and intention to leave of critical care nurses at a government hospital] [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
21. Saygılı M, Avcı K, Sönmez S. Quality of work life and burnout in healthcare workers in Turkey. J Health Manag. 2020;22(3):317-29. doi:10.1177/0972063420938562.
22. Bakhshi E, Gharagozlou F, Moradi A, Naderi MR. Quality of work life and its association with burnout and job performance among Iranian healthcare employees in Islamabad-e Gharb. Journal of occupational health and epidemiology. 2019;8(2): 94-101.

## นิพนธ์ต้นฉบับ

# ลักษณะการเผชิญเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และภาวะซึมเศร้าในผู้ประสบภัยพิบัติ : การวิเคราะห์ระบบเฝ้าระวังสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต

วันรับ : 16 มิถุนายน 2565

วันแก้ไข : 24 สิงหาคม 2565

วันตอบรับ : 28 สิงหาคม 2565

อธิบ ตันอารีย์, ประ.ด.<sup>1</sup>, เมตตา เลิศเกียรติรัชตะ, พย.ม.<sup>2</sup>,

มาลี เกตแก้ว, พย.ม.<sup>2</sup>, เจษฎา ไชยฤกษ์, วศ.บ.<sup>2</sup>

โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต<sup>1</sup>,

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อประมาณความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและความสัมพันธ์กับลักษณะการเผชิญเหตุการณ์ของผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์วิกฤตในประเทศไทย

**วิธีการ :** ใช้ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต (crisis mental health surveillance system; CMS) ระหว่างปี พ.ศ. 2560 - 2563 ในประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่เกิดเหตุการณ์วิกฤต อายุ 18 ปีขึ้นไป สํารวจลักษณะพื้นฐานก่อนเกิดเหตุการณ์ ลักษณะการเผชิญเหตุการณ์ และคัดกรองภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้าช่วง 2 สัปดาห์ถึง 3 เดือนหลังเกิดเหตุการณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย chi-square test และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบทางจิตเวช

**ผล :** กลุ่มตัวอย่าง 1,489 คน ร้อยละ 80.1 ประสบภัยพิบัติจากการกระทำของมนุษย์ ร้อยละ 13.3 ประสบภัยธรรมชาติ ความชุกของภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ 2.4 (95% CI = 2.8 - 4.7) และ 3.8 (95% CI = 1.6 - 3.2) ตามลำดับ ลักษณะพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส และศาสนา เมื่อควบคุมลักษณะพื้นฐานที่สำคัญและประเภทของเหตุการณ์วิกฤตพบว่า การได้รับบาดเจ็บ สูญเสียญาติ ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง และผู้ที่มีความเครียด กังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง หลังเกิดเหตุการณ์ เพิ่มโอกาสเกิดภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่การได้รับบาดเจ็บ อยู่ในเหตุการณ์ มีญาติเสียชีวิต มีญาติบาดเจ็บ และรับรู้เหตุการณ์ เพิ่มโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ

**สรุป :** ฐานข้อมูล CMS สามารถใช้คัดแยกผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือทางจิตใจอย่างเร่งด่วนหลังประสบเหตุการณ์วิกฤต โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ญาติผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิต ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง และผู้ที่มีความเครียด กังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง หลังเกิดเหตุการณ์

**คำสำคัญ :** ภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ, ภาวะซึมเศร้า, เหตุการณ์วิกฤต

**ติดต่อผู้พิมพ์ :** อธิบ ตันอารีย์; e-mail: atanaree@gmail.com

## Original articles

## Exposure-related factors of post-traumatic stress and depression among people affected by disasters in Thailand: an analysis of the crisis mental health surveillance system

Received : 16 June 2022

Revised : 24 August 2022

Accepted : 28 August 2022

Athip Tanaree, Ph.D.<sup>1</sup>, Metta Lertkiatratchata, M.N.S.<sup>2</sup>,Malee Katekaew, M.N.S.<sup>2</sup>, Jetsada Chairerk, B.Eng.<sup>2</sup>Srithanya Psychiatric Hospital, Department of Mental Health<sup>1</sup>,Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Department of Mental Health<sup>2</sup>

### Abstract

**Objective:** To determine prevalence of mental health problems and association with exposure-related factors among Thai people who experienced traumatic events.

**Methods:** Data from the crisis mental health surveillance system (CMS) from 2017 to 2020 were used. Adults aged 18 years and over who lived nearby the incidents were explored about pre-morbidity, exposure levels, post-traumatic stress, and depression two weeks to three months after the incidents. Associations between exposure-related factors and mental health problems were assessed by using the chi-square test and multivariate logistic regression analysis.

**Results:** Of 1,489 subjects, 80.1% and 13.3% experienced man-made and natural disasters, respectively. Post-traumatic stress and depression were found in 2.4% (95% CI = 2.8 - 4.7) and 3.8% (95% CI = 1.6 - 3.2) of the subjects, respectively. Age, marital status, and religion were associated with psychiatric consequences. By controlling socio-demographics and incident type, being injured, death of a family member, being dependent elderly, and psychological disturbance were associated with post-traumatic stress, while being injured, death of a family member, having an injured family member, witnessing the incident, and acknowledging the incident were independently associated with depression.

**Conclusion:** The CMS data can be used to triage those in need of urgent and timely psychological interventions after traumatic events, especially the injured, relatives of the injured or deceased, elderly people who are physically dependent, and those with psychological disturbance.

**Keywords:** depression, post-traumatic stress, traumatic event

**Corresponding author:** Athip Tanaree; e-mail: atanaree@gmail.com

**ความรู้เดิม :** ความชุกและลักษณะทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) ในประชากรทั่วไปในประเทศไทย

**ความรู้ใหม่ :** ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้เผชิญเหตุการณ์วิกฤตในประเทศไทยและความสัมพันธ์กับลักษณะการเผชิญเหตุการณ์ โดยความใกล้ชิดกับเหตุการณ์ ความรุนแรงของผลกระทบทางร่างกาย และปัญหาทางร่างกายและจิตใจที่มีอยู่เดิม เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้า

**ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ :** เพื่อคัดแยกผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตหลังประสบเหตุการณ์วิกฤต เพื่อให้ความช่วยเหลือทางจิตใจที่เหมาะสมและทันเวลา

## บทนำ

ประเทศไทยเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตรูปแบบต่าง ๆ ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ทั้งจากภัยพิบัติที่เกิดจากธรรมชาติและการกระทำของมนุษย์ใน เช่น สึนามิ วาตภัย ดินโคลนถล่ม น้ำป่าไหลหลาก น้ำท่วมใหญ่ ปัญหาฝุ่นควัน การแพร่กระจายของโรคติดต่อ เช่น ไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่ สายพันธุ์ใหม่ และโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตลอดจนวิกฤตการเมือง และการก่อการร้าย ซึ่งล้วนส่งผลกระทบในหลายมิติ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม เมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤตทุกครั้งจะมีผู้ได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม เกิดความสูญเสียทั้งด้านชีวิตและทรัพย์สิน ในด้านปฏิกริยาทางจิตใจ เมื่อประสบเหตุการณ์วิกฤตที่สะเทือนขวัญ ผู้ได้รับผลกระทบจะรู้สึกช็อค หลังจากนั้นอาจจะมีอาการหวาดกลัวและหวาดหวั่น รู้สึกไม่ปลอดภัย รู้สึกสิ้นหวัง และเสียอำนาจการควบคุมตนเอง<sup>1</sup> ด้านร่างกายมีการตอบสนองทางร่างกาย สมองไม่รับรู้เวลาและสถานที่ เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและกระบวนการคิดในสมอง<sup>2</sup> ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ผลกระทบทางสุขภาพจิตของผู้ประสบเหตุการณ์วิกฤตที่พบได้บ่อย ได้แก่ โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

(post-traumatic stress disorder: PTSD) และโรคซึมเศร้า โดย PTSD พบได้ร้อยละ 3.9 ของประชากรทั่วไปและร้อยละ 5.6 ของผู้ที่เผชิญเหตุการณ์วิกฤต<sup>3</sup> โดยบางการศึกษาพบได้ถึงร้อยละ 67.1<sup>4</sup> ขณะที่ภาวะซึมเศร้าพบได้ร้อยละ 4.9 ของผู้ที่เผชิญเหตุการณ์<sup>5</sup> ทั้งสองภาวะนี้พบร่วมกันได้บ่อย โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่มี PTSD มีโรคซึมเศร้าร่วมด้วย<sup>6</sup> และพบว่าทั้งสองภาวะเพิ่มความเสี่ยงซึ่งกันและกัน<sup>7,8</sup> ปัจจัยก่อนเกิดเหตุการณ์ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับ PTSD และภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศหญิง ระดับการศึกษาต่ำ การไม่ได้แต่งงาน ความเคร่งศาสนา การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม การเคยเผชิญเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจมาก่อนหน้า การติดสุรา และการมีโรคร่วมเรื้อรังทางกาย<sup>3,4,9</sup> สำหรับปัจจัยเสี่ยงระหว่างและหลังเกิดเหตุการณ์พบว่า การเผชิญความรู้สึกหวาดกลัวหรือความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การได้รับบาดเจ็บ การตกงาน การสูญเสียทรัพย์สิน และที่อยู่อาศัย ได้รับความเสียหาย เป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า<sup>4</sup> โดยปัจจัยดังกล่าวอาจพบได้ทั้งในกลุ่มผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงและผู้ที่อยู่ในพื้นที่<sup>10</sup> ประเภทของเหตุการณ์ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด PTSD ได้แก่ การประสบอุบัติเหตุรุนแรง การเกิดเหตุกับบุคคลใกล้ชิด ความรุนแรงในครอบครัว และการพบเห็นการทำทารุณโหดร้าย<sup>9</sup> โดยเฉพาะเมื่อความรุนแรงระหว่างบุคคลนั้นเกิดขึ้นซ้ำ ๆ และต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน<sup>11</sup> ผลกระทบทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นอาจหายได้เองหรือมีความเรื้อรังได้หลายปี ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเรื้อรังของปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ การสูญเสียครอบครัว การประสบเหตุการณ์ในชีวิตที่ไม่ดีหลายเหตุการณ์ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย และมีการเผชิญปัญหาที่ไม่ดี<sup>12</sup>

ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและเฝ้าระวังจิตใจประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์วิกฤต ภายใต้การดูแลของกรมสุขภาพจิตมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ซึ่งเป็นช่วงที่เกิดปัญหาความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ และภัยพิบัติสึนามิ ประกอบด้วย การจัดตั้งและพัฒนาศักยภาพทีมช่วยเหลือเฝ้าระวังจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (mental health crisis assessment and treatment

team; MCATT) ทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ การพัฒนาองค์ความรู้ คู่มือการปฏิบัติงานด้านวิกฤตสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องแก่เครือข่ายทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข และการพัฒนาระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตสำหรับผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบชายแดนใต้ (violence-related mental health surveillance system; VMS) ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและส่วนมหาวิทยาลัย เพื่อรวบรวมข้อมูลทางสุขภาพจิตที่เป็นระบบ<sup>13</sup> ต่อมาในปีงบประมาณ 2559 ได้ปรับรูปแบบเป็นฐานข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตสำหรับผู้ประสบภาวะวิกฤต/ภัยพิบัติ (crisis mental health surveillance system; CMS) ให้มีการบันทึกที่ครอบคลุมมากขึ้น ทั้งการประเมิน การคัดกรอง การค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต การให้ความช่วยเหลือหรือบำบัด และการติดตามปัญหาสุขภาพจิต ทั้งในผู้ที่ประสบภัยพิบัติจากการกระทำของมนุษย์ ภัยธรรมชาติ และเหตุการณ์วิกฤตอื่น ๆ<sup>14</sup> โดยเริ่มใช้ครั้งแรกในเขตสุขภาพที่ 12 และในปี พ.ศ. 2560 ได้ขยายการใช้ฐานข้อมูลของผู้ได้รับผลกระทบให้แก่เครือข่ายในเขตสุขภาพที่เขตสุขภาพที่ 11 และเขตสุขภาพที่ 9

ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาผลกระทบทางสุขภาพจิตในผู้ประสบเหตุการณ์วิกฤตต่าง ๆ ในประเทศไทย เช่น สึนามิ น้ำท่วม และเหตุการณ์ความไม่สงบ<sup>15-17</sup> แต่เป็นการศึกษาเฉพาะในประชากรที่ประสบเหตุการณ์นั้น ๆ ซึ่งมีเครื่องมือประเมินและช่วงเวลาประเมินที่แตกต่างกัน จึงควรมีการรวบรวมข้อมูลผู้ประสบเหตุการณ์วิกฤตต่าง ๆ ที่มีการประเมินด้วยวิธีเดียวกัน เพื่อให้สามารถประมาณการและเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้ที่ประสบเหตุการณ์วิกฤตต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในประเทศไทย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว รวมทั้งการพัฒนาการรักษาและเยียวยาจิตใจที่ทันเวลา ต่อเนื่อง ครอบคลุม และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ได้รับผลกระทบ การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประมาณความชุกของภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและซึมเศร้า และความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเผชิญ

เหตุการณ์กับภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและซึมเศร้าในผู้เผชิญเหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นในประเทศไทย

## วิธีการ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูล CMS การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เลขที่ SKPH.IRB.CO.A 4/2563 ลงวันที่ 20 ตุลาคม 2563

### แหล่งข้อมูล

ฐานข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตสำหรับผู้ประสบภาวะวิกฤต/ภัยพิบัติ (CMS) ซึ่งมีแนวทางการบันทึกข้อมูลแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะหลังเกิดเหตุทันทีถึง 2 สัปดาห์ ทีม MCATT ในพื้นที่ประเมินสถานการณ์ด้านสุขภาพจิต กำหนดพื้นที่ที่จะลงไปช่วยเหลือ จากนั้นลงพื้นที่เพื่อสำรวจข้อมูลพื้นฐานและผลกระทบเบื้องต้นจากเหตุการณ์วิกฤตของผู้ที่อยู่ในพื้นที่ บันทึกข้อมูลลงในฐานข้อมูล CMS และจำแนกผู้ได้รับผลกระทบตามความรุนแรงของผลกระทบ โดยกลุ่มที่ต้องได้รับการติดตามต่อในระยะต่อไป ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงสูง (ผู้บาดเจ็บ ญาติผู้เสียชีวิต ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา หรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ อย่างน้อย 2 กลุ่ม) และกลุ่มเสี่ยงปานกลาง (ผู้พิการ ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง ผู้มีประวัติใช้สารเสพติดในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้มีประวัติการรักษาทางจิตเวช หรือผู้มีความเครียด กังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง จนรบกวนการดำเนินชีวิต ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา) ในระยะนี้มีการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจเบื้องต้นโดยการปฐมพยาบาลด้านจิตใจ (psychological first aid; PFA) แก่ผู้อยู่ในพื้นที่เสี่ยงทุกคน 2) ระยะหลังเกิดเหตุ 2 สัปดาห์ถึง 3 เดือน ทีม MCATT ในพื้นที่เกิดเหตุติดตามและประเมินปัญหาสุขภาพจิตของผู้ประสบภาวะวิกฤตกลุ่มเสี่ยงประกอบด้วย การคัดกรองโรคซึมเศร้าและภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในระยะนี้มีการให้สุขภาพจิตศึกษา การให้คำปรึกษา และการส่งต่อแพทย์ ตามความเสี่ยงและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตที่พบ และ 3) หลังเกิดเหตุการณ์ 3 เดือนขึ้นไป ทีม MCATT ในพื้นที่เกิดเหตุลงพื้นที่



เพื่อประเมินติดตามกลุ่มเสี่ยง และค้นหาผู้ประสบภาวะวิกฤต รายใหม่ที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตภายหลัง สำหรับการศึกษานี้ นำข้อมูล CMS ในระยะที่ 1 และ 2 มาวิเคราะห์เท่านั้น

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ประสบหรือได้รับผลกระทบจากภาวะวิกฤต/ภัยพิบัติ อายุ 18 ปีขึ้นไปทุกคน ที่ได้รับการบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล CMS ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 - มีนาคม พ.ศ. 2563

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล CMS ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ประสบเหตุการณ์วิกฤต ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเผชิญเหตุการณ์วิกฤต และผลกระทบด้านจิตใจ ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 1) *ข้อมูลทั่วไป* ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา และการศึกษา 2) *ประเภทของเหตุการณ์วิกฤตที่เผชิญ* แบ่งเป็น ภัยธรรมชาติ เช่น ภัยพิบัติ อุทกภัย และอัคคีภัย และภัยจากการกระทำของมนุษย์ เช่น การก่อการร้าย 3) *ลักษณะการเผชิญเหตุการณ์* หมายถึง ความใกล้ชิดและความรุนแรงของผลกระทบจากเหตุการณ์ ได้แก่ ผู้บาดเจ็บ ผู้อยู่ในเหตุการณ์ ญาติผู้เสียชีวิต ญาติผู้บาดเจ็บ ผู้สูญเสียบ้านหรือทรัพย์สิน เจ้าหน้าที่/ผู้ให้การช่วยเหลือ และผู้รับรู้เหตุการณ์ และ 4) *ปัจจัยเสี่ยงด้านร่างกายและจิตใจ* ได้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง การใช้สารเสพติดในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประวัติการรักษาทางจิตเวช อาการด้านจิตใจที่รบกวนการดำเนินชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์ และความคิดฆ่าตัวตายในช่วง 2 สัปดาห์

ส่วนที่ 2 เป็นการประเมินปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้า ที่ประเมินในช่วง 2 สัปดาห์ถึง 3 เดือน หลังเกิดเหตุการณ์วิกฤต โดยในฐานข้อมูล CMS ได้ใช้เครื่องมือประเมินดังนี้

1) *เครื่องมือการคัดกรอง 2P*<sup>18</sup> ใช้คัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ประกอบด้วยคำถาม 2 ข้อ โดยหากตอบว่า “ใช่” ทั้งสองข้อ จึงประเมินด้วย

แบบประเมินผลกระทบทางจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์วิกฤต 10 ข้อ (PISCES-10) ต่อ เมื่อเปรียบเทียบกับแบบประเมิน mini international neuropsychiatric interview หมวด PTSD พบว่า แบบคัดกรอง 2P มีความไวเท่ากับร้อยละ 87.2 ความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 89.1 มีค่า positive predictive value และ negative predictive value เท่ากับร้อยละ 44.2 และร้อยละ 98.6 ตามลำดับ<sup>18</sup>

2) *แบบประเมินผลกระทบทางจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์วิกฤต 10 ข้อ (psychological impact scale for crisis events - 10; PISCES-10)*<sup>19</sup> เป็นแบบประเมินความรุนแรงของผลกระทบทางจิตใจในผู้ประสบเหตุการณ์วิกฤต ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ 3 ข้อ ด้านความคิด 2 ข้อ ด้านพฤติกรรม 3 ข้อ และด้านอาการทางกาย 2 ข้อ คำตอบของแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ 0 ไม่มีอาการ 1 มีอาการเล็กน้อย 2 มีอาการมาก และ 3 มีอาการรุนแรง มีค่าความเที่ยงของแบบประเมินทั้งฉบับวัดด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .93 แบ่งระดับความเสี่ยงของผู้ประสบเหตุการณ์วิกฤต ดังนี้ < 9 คะแนน เสี่ยงต่ำ 9 - 18 คะแนน เสี่ยงปานกลาง และ ≥ 19 คะแนน เสี่ยงสูง โดยผู้ที่มีความเสี่ยงระดับปานกลางขึ้นไปควรได้รับการติดตามต่อในระยะฟื้นฟู การศึกษานี้ใช้จุดตัดตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

3) *แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และ 9 คำถาม (9Q)*<sup>20</sup> ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้า 2 ขั้นตอน โดยขั้นแรกประเมินด้วยแบบประเมิน 2Q ประกอบด้วยข้อคำถาม “ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่” และ “ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่” หากตอบ มีอย่างน้อย 1 ข้อ จึงประเมินต่อด้วยแบบคัดกรอง 9Q ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้า 9 ข้อ คำตอบของแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ 0 คะแนน ไม่มีอาการเลย 1 คะแนน เป็นบางวัน 2 คะแนน



เป็นบ่อย และ 3 คะแนน เป็นทุกวัน คะแนนรวมสูงสุด 27 คะแนน คุณสมบัติของแบบประเมิน 9Q มีค่า receiver operating characteristic area เท่ากับ 0.928 (95% CI = 0.893 - 0.964) ความไวร้อยละ 75.68 ความจำเพาะร้อยละ 93.37 ค่าความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้าเมื่อผลทดสอบเป็นบวก (positive likelihood ratio) 11.41 เท่า เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ < 7 คะแนน เสี่ยงต่ำ 7 - 14 คะแนน เสี่ยงปานกลาง และ  $\geq 19$  คะแนน เสี่ยงสูง การศึกษาที่ใช้จุดตัดตั้งแต่ 7 คะแนน ขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า

### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำเสนอข้อมูลทั่วไปและผลการประเมินปัญหาสุขภาพจิตด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ หรือค่าเฉลี่ยร่วมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบลักษณะการกระจายของข้อมูลทั่วไปและระดับปัญหาสุขภาพจิตระหว่างเหตุการณ์ภัยธรรมชาติและภัยจากการกระทำของมนุษย์ด้วยสถิติ chi-squared test วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ลักษณะการเผชิญเหตุการณ์ และระดับปัญหาสุขภาพจิต ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร นำเสนอผลการวิเคราะห์ด้วย adjusted odds ratio (AOR) และช่วงความเชื่อมั่น (95% confidence interval; 95% CI)

### ผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,489 คน อายุเฉลี่ย  $43.74 \pm 17.0$  ปี ร้อยละ 60.2 เป็นเพศหญิง มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาและระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าเป็นสัดส่วนเท่ากัน ได้แก่ ร้อยละ 31.9 ร้อยละ 61.1 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 48.2 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 49.6 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 80.1 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติจากการกระทำของมนุษย์ เช่น การก่อความไม่สงบในชายแดนภาคใต้ ร้อยละ 13.3 เป็นผู้ได้รับผลจากภัยธรรมชาติ เช่น เหตุการณ์น้ำท่วมใหญ่ในหลายภูมิภาค และร้อยละ 6.6 เป็นผู้ประสบเหตุการณ์วิกฤตอื่น ๆ เช่น ถูกล่วงละเมิดทางเพศ เหตุการณ์ที่มีผู้เกี่ยวข้องมากที่สุด คือ การกราดยิงในห้างสรรพสินค้า คิดเป็นร้อยละ 24.6 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ลักษณะการเผชิญเหตุการณ์พบว่า ร้อยละ 39.4 เป็นผู้อยู่ใน

เหตุการณ์ ร้อยละ 32.7 เป็นผู้ที่ไม่รับรู้ว่ามีเหตุการณ์เกิดขึ้น ร้อยละ 15.7 เป็นผู้บาดเจ็บ และร้อยละ 15.4 มีญาติเสียชีวิต ปัญหาทางร่างกายและจิตใจในช่วงระหว่างก่อนเกิดเหตุการณ์ถึง 2 สัปดาห์หลังเกิดเหตุการณ์ พบว่า ร้อยละ 0.3 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง ร้อยละ 25.3 มีปัญหาสุขภาพจิตจนรบกวนการดำเนินชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์ และร้อยละ 4.1 รายงานว่ามีความคิดฆ่าตัวตายในช่วง 2 สัปดาห์ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทางประชากรระหว่างผู้ประสบภัยธรรมชาติและภัยจากการกระทำของมนุษย์ พบว่า ผู้ที่ประสบภัยจากการกระทำของมนุษย์มีสัดส่วนของเพศชายอายุน้อย โสด ได้รับการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา และได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์มากกว่าผู้ประสบภัยธรรมชาติ แสดงดังตารางที่ 1

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบว่า เป็นกลุ่มเสี่ยงปานกลางและสูงที่ได้รับการประเมินในระยะต่อไปรวม 574 คน (ร้อยละ 38.5) พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ( $9Q \geq 7$  คะแนน) เท่ากับร้อยละ 3.8 (95% CI = 2.8 - 4.7) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยความชุกในกลุ่มผู้ประสบภัยธรรมชาติและภัยจากการกระทำของมนุษย์เท่ากับร้อยละ 1.0 และร้อยละ 4.1 ตามลำดับ และพบความชุกของภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PISCES-10  $\geq 9$  คะแนน) เท่ากับร้อยละ 2.4 (95% CI = 1.6 - 3.2) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยความชุกในกลุ่มผู้ประสบภัยธรรมชาติและภัยจากการกระทำของมนุษย์เท่ากับร้อยละ 0.5 และ ร้อยละ 2.5 ตามลำดับ ผู้ประสบภัยจากการกระทำของมนุษย์มีความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญสูงกว่าผู้ที่ประสบภัยธรรมชาติ อย่างไรก็ตาม ทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนของระดับความรุนแรงของทั้งสองภาวะไม่แตกต่างกันทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 2

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปกับภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในกลุ่มที่ได้รับการติดตามในระยะ 2 สัปดาห์ถึง 3 เดือนหลังเกิดเหตุการณ์ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปรพบว่า ผู้นับถือศาสนาอิสลามมีแนวโน้มเกิดภาวะ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะของการเผชิญเหตุการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประเภทของเหตุการณ์

|                                        | จำนวน (ร้อยละ) | ประเภทของเหตุการณ์                   |                                      | p-value |
|----------------------------------------|----------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---------|
|                                        |                | ธรรมชาติ (n = 198)<br>จำนวน (ร้อยละ) | มนุษย์ (n = 1,192)<br>จำนวน (ร้อยละ) |         |
| <b>เพศ</b>                             |                |                                      |                                      | < .001  |
| ชาย                                    | 583 (39.8)     | 51 (25.9)                            | 481 (41.2)                           |         |
| หญิง                                   | 880 (60.2)     | 146 (74.1)                           | 686 (58.8)                           |         |
| <b>อายุ</b>                            |                |                                      |                                      | < .001  |
| 18 - 29 ปี                             | 349 (23.4)     | 34 (17.2)                            | 286 (24.0)                           |         |
| 30 - 39 ปี                             | 345 (23.2)     | 29 (14.6)                            | 297 (24.9)                           |         |
| 40 - 49 ปี                             | 284 (19.1)     | 47 (23.7)                            | 219 (18.4)                           |         |
| 50 - 59 ปี                             | 227 (15.2)     | 24 (12.1)                            | 188 (15.8)                           |         |
| 60 ปีขึ้นไป                            | 284 (19.1)     | 64 (32.3)                            | 202 (16.9)                           |         |
| <b>การศึกษา</b>                        |                |                                      |                                      | < .001  |
| ต่ำกว่าประถมศึกษา                      | 118 (11.9)     | 9 (8.7)                              | 104 (12.8)                           |         |
| ประถมศึกษา                             | 317 (31.9)     | 71 (68.9)                            | 212 (26.0)                           |         |
| มัธยมศึกษา                             | 242 (24.3)     | 18 (17.5)                            | 204 (25.0)                           |         |
| ปริญญาตรีหรือสูงกว่า                   | 317 (31.9)     | 5 (4.9)                              | 295 (36.2)                           |         |
| <b>สถานะภาพสมรส</b>                    |                |                                      |                                      | .032    |
| โสด                                    | 396 (29.8)     | 39 (22.7)                            | 333 (31.4)                           |         |
| สมรส                                   | 813 (61.1)     | 121 (70.3)                           | 636 (59.9)                           |         |
| หม้าย/หย่า                             | 121 (9.1)      | 12 (7.0)                             | 93 (8.8)                             |         |
| <b>ศาสนา</b>                           |                |                                      |                                      | < .001  |
| พุทธ                                   | 718 (48.2)     | 46 (23.6)                            | 660 (56.7)                           |         |
| อิสลาม                                 | 739 (49.6)     | 149 (76.4)                           | 503 (43.3)                           |         |
| <b>ลักษณะการเผชิญเหตุการณ์</b>         |                |                                      |                                      |         |
| ผู้บาดเจ็บ                             | 234 (15.7)     | 2 (1.0)                              | 225 (18.9)                           | < .001* |
| อยู่ในเหตุการณ์                        | 587 (39.4)     | 132 (66.7)                           | 445 (37.3)                           | < .001  |
| ญาติผู้เสียชีวิต                       | 229 (15.4)     | 4 (2.0)                              | 209 (17.5)                           | < .001* |
| ญาติผู้บาดเจ็บ                         | 88 (5.9)       | 1 (0.5)                              | 54 (4.5)                             | .003*   |
| ผู้สูญเสียบ้าน ทรัพย์สิน               | 9 (0.6)        | 1 (0.5)                              | 5 (0.4)                              | 1.00*   |
| เจ้าหน้าที่/ผู้ให้การช่วยเหลือ         | 106 (7.1)      | 61 (30.8)                            | 44 (3.7)                             | < .001  |
| รับรู้เหตุการณ์                        | 487 (32.7)     | 130 (65.7)                           | 332 (27.9)                           | < .001  |
| <b>ปัจจัยเสี่ยงด้านร่างกายและจิตใจ</b> |                |                                      |                                      |         |
| ผู้พิการ                               | 2 (0.1)        | 0 (0)                                | 1 (0.1)                              | 1.00*   |
| ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง          | 4 (0.3)        | 1 (0.5)                              | 3 (0.3)                              | .460*   |
| ใช้สารเสพติดในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา  | 1 (0.1)        | 1 (0.5)                              | 0 (0)                                | .142*   |
| มีประวัติการรักษาทางจิตเวช             | 19 (1.3)       | 5 (2.5)                              | 12 (1.0)                             | .147    |
| มีความเครียด กังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง     | 377 (25.3)     | 7 (3.5)                              | 365 (30.6)                           | < .001  |
| จนรบกวนการดำเนินชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์  |                |                                      |                                      |         |
| มีความคิดฆ่าตัวตายในช่วง 2 สัปดาห์     | 61 (4.1)       | 2 (1.0)                              | 58 (4.9)                             | .008*   |

\* fisher exact test

เครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้นับถือศาสนาพุทธอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $AOR = 1.11$ ,  $95\% CI = 1.03 - 1.20$  และ  $AOR = 1.05$ ,  $95\% CI = 1.02 - 1.08$  ตามลำดับ) ในขณะที่ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านอายุและการศึกษา โดยพบว่ากลุ่มอายุ 40 - 49 ปี มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มวัยรุ่น ( $AOR = 1.62$ ,  $95\% CI = 1.12 - 2.35$ ) ผู้ที่ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาในต่ำกว่าระดับประถมศึกษา ( $AOR = 1.44$ ,  $95\% CI = 1.01 - 2.04$ ) และผู้ที่สถานภาพหย่าหรือหม้ายมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่สถานภาพโสด ( $AOR = 1.12$ ,  $95\% CI = 1.06 - 1.19$ ) แสดงดังตารางที่ 3

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเผชิญเหตุการณ์และประวัติเสี่ยงทางร่างกายและจิตใจกับปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ที่ได้รับการติดตามในระยะ 2 สัปดาห์ถึง 3 เดือนหลังเกิดเหตุการณ์ ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร โดยควบคุมตัวแปรทางประชากรที่มีนัยสำคัญพบว่า ภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเป็นผู้ได้รับบาดเจ็บ ( $AOR = 1.29$ ,  $95\% CI = 1.14 - 1.45$ ) และการมีคนในครอบครัวเสียชีวิต ( $AOR = 1.27$ ,  $95\% CI = 1.14 - 1.41$ ) ในขณะที่ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการได้รับบาดเจ็บ ( $AOR = 1.25$ ,  $95\% CI = 1.12 - 1.41$ ) การมีคนในครอบครัวเสียชีวิต ( $AOR = 1.28$ ,  $95\% CI = 1.15 - 1.42$ ) หรือบาดเจ็บ ( $AOR = 1.38$ ,  $95\% CI = 1.20 - 1.59$ ) การอยู่ในเหตุการณ์ ( $AOR = 1.12$ ,  $95\% CI = 1.02 - 1.23$ ) และการรับรู้ว่ามีเหตุการณ์เกิดขึ้น ( $AOR = 1.17$ ,  $95\% CI = 1.07 - 1.28$ ) ด้านประวัติปัญหาด้านร่างกายและจิตใจพบว่า ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงมีโอกาสเกิดภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ผู้ที่มีการบกพร่องทางจิตใจที่กระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันมีแนวโน้มเกิดทั้งภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดเหตุการณ์ 2 สัปดาห์ถึง 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 4

## วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์วิกฤตมีความชุกของภาวะซึมเศร้า หลังเกิดเหตุการณ์ในช่วง 2 สัปดาห์ถึง 3 เดือนเท่ากับร้อยละ 3.8 และพบความชุกของภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญเท่ากับร้อยละ 2.4 โดยผู้ประสพภัยจากการกระทำของมนุษย์มีความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากการคัดกรองสูงกว่าผู้ประสพภัยธรรมชาติ แต่ทั้งสองกลุ่มมีระดับความรุนแรงของทั้งสองภาวะไม่แตกต่างกันทางสถิติ ความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในการศึกษานี้สูงกว่าความชุกในประชากรทั่วไปจากการสำรวจระดับชาติของสุขภาพจิตระดับชาติในปี พ.ศ. 2556<sup>21</sup> ที่พบความชุกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาของโรคซึมเศร้า และ PTSD เท่ากับร้อยละ 0.6 และ 0.3 ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากประชากรและเครื่องมือสำรวจที่แตกต่างกัน กล่าวคือ การศึกษานี้เป็นการศึกษาในประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ใกล้ชิดกับเหตุการณ์วิกฤต ขณะที่การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตฯ เป็นการศึกษาในประชากรทั่วไป เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นเพียงการประเมินเบื้องต้นเท่านั้น แตกต่างกับเครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตฯ ที่ใช้วินิจฉัยโรค อีกทั้งช่วงเวลาในการประเมินก็แตกต่างกัน กล่าวคือ การศึกษานี้ประเมินอาการในช่วง 2 สัปดาห์ถึง 3 เดือน ขณะที่การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตฯ ประเมินอาการในระยะเวลา 12 เดือน อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ความชุกของภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในการศึกษานี้ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยความชุก PTSD ทั่วโลกที่พบร้อยละ 5.6<sup>3</sup> และต่ำกว่าการศึกษาในผู้ประสพเหตุการณ์วิกฤตที่ผ่านมาในประเทศไทย เช่น สึนามิ น้ำท่วม และการวางระเบิด ที่พบความชุกร้อยละ 6.6 - 23.4<sup>15-17</sup> อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ได้รับการปฐมพยาบาลทางจิตใจเบื้องต้นจากทีมสหวิชาชีพ (MCATT) ในพื้นที่ทันทีหลังเกิดเหตุการณ์ จึงช่วยลดโอกาสเกิดภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้บางส่วน จึงควรแปรผลการศึกษาด้วยความระมัดระวัง

ตารางที่ 2 ผลกระทบทางจิตเวชภายหลังเผชิญเหตุการณ์ 2 สัปดาห์ถึง 3 เดือน จำแนกตามประเภทของเหตุการณ์

|                      | ทั้งหมด<br>(n = 1,489)<br>จำนวน (ร้อยละ) | ประเภทของเหตุการณ์                   |                                      | p-value |
|----------------------|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---------|
|                      |                                          | ธรรมชาติ (n = 198)<br>จำนวน (ร้อยละ) | มนุษย์ (n = 1,192)<br>จำนวน (ร้อยละ) |         |
| ระดับคะแนน 9Q        |                                          |                                      |                                      | .120*   |
| 7 - 12 คะแนน         | 41 (2.8)                                 | 1 (0.5)                              | 37 (3.1)                             |         |
| 13 - 18 คะแนน        | 10 (0.7)                                 | 1 (0.5)                              | 7 (0.6)                              |         |
| ≥ 19 คะแนน           | 4 (0.3)                                  | 0 (0.0)                              | 5 (0.4)                              |         |
| 2P                   |                                          |                                      |                                      | < .001* |
| 2 ข้อ                | 69 (4.6)                                 | 1 (0.5)                              | 61 (5.1)                             |         |
| ระดับคะแนน PISCES-10 |                                          |                                      |                                      | .052*   |
| 9 - 18 คะแนน         | 31 (2.1)                                 | 0 (0.0)                              | 26 (2.2)                             |         |
| ≥ 19 คะแนน           | 5 (0.3)                                  | 1 (0.5)                              | 4 (0.3)                              |         |

\* fisher exact test

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปกับภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้า ภายหลังเผชิญเหตุการณ์ 2 สัปดาห์ (n = 574)

|                      | ภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ |         | ภาวะซึมเศร้า       |         |
|----------------------|------------------------------------|---------|--------------------|---------|
|                      | AOR (95% CI)                       | p-value | AOR (95% CI)       | p-value |
| เพศ                  |                                    |         |                    |         |
| ชาย                  | 1                                  |         | 1                  |         |
| หญิง                 | 1.02 (0.95 - 1.09)                 | .659    | 1.07 (0.87 - 1.33) | .517    |
| อายุ                 |                                    |         |                    |         |
| 18 - 29 ปี           | 1                                  |         | 1                  |         |
| 30 - 39 ปี           | 0.97 (0.86 - 1.08)                 | .542    | 0.92 (0.67 - 1.25) | .582    |
| 40 - 49 ปี           | 0.99 (0.87 - 1.12)                 | .876    | 1.62 (1.12 - 2.35) | .012    |
| 50 - 59 ปี           | 1.10 (0.97 - 1.24)                 | .144    | 1.31 (0.96 - 1.80) | .094    |
| 60 ปีขึ้นไป          | 1.02 (0.89 - 1.16)                 | .788    | 1.16 (0.80 - 1.70) | .440    |
| การศึกษา             |                                    |         |                    |         |
| ต่ำกว่าประถมศึกษา    | 1                                  |         | 1                  |         |
| ประถมศึกษา           | 1.06 (0.94 - 1.19)                 | .363    | 1.44 (1.01 - 2.04) | .046    |
| มัธยมศึกษา           | 1.05 (0.92 - 1.21)                 | .480    | 1.40 (0.93 - 2.10) | .107    |
| ปริญญาตรีหรือสูงกว่า | 1.09 (0.95 - 1.26)                 | .198    | 1.23 (0.81 - 1.87) | .326    |
| สถานะภาพสมรส         |                                    |         |                    |         |
| โสด                  | 1                                  |         | 1                  |         |
| สมรส                 | 1.00 (0.90 - 1.11)                 | .972    | 1.01 (0.97 - 1.05) | .784    |
| หม้าย/หย่า           | 1.02 (0.89 - 1.18)                 | .739    | 1.12 (1.06 - 1.19) | < .001  |
| ศาสนา                |                                    |         |                    |         |
| พุทธ                 | 1                                  |         | 1                  |         |
| อิสลาม               | 1.11 (1.03 - 1.20)                 | .009    | 1.05 (1.02 - 1.08) | < .001  |

AOR = adjusted odds ratio

**ตารางที่ 4** ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเผชิญเหตุการณ์และประวัติเสี่ยงกับภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้า ภายหลังเผชิญเหตุการณ์ 2 สัปดาห์

|                                            | ภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ |         | ภาวะซึมเศร้า              |         |
|--------------------------------------------|------------------------------------|---------|---------------------------|---------|
|                                            | AOR (95% CI) <sup>1</sup>          | p-value | AOR (95% CI) <sup>1</sup> | p-value |
| <b>ลักษณะเหตุการณ์</b>                     |                                    |         |                           |         |
| ภัยธรรมชาติ                                | 1                                  |         | 1                         |         |
| ภัยจากน้ำมือมนุษย์                         | 1.14 (0.99 - 1.31)                 | .069    | 1.05 (0.92 - 1.20)        | .588    |
| <b>ลักษณะการเผชิญเหตุการณ์</b>             |                                    |         |                           |         |
| ผู้บาดเจ็บ                                 | 1.29 (1.14 - 1.45)                 | < .001  | 1.25 (1.12 - 1.41)        | < .001  |
| อยู่ในเหตุการณ์                            | 1.01 (0.92 - 1.12)                 | .829    | 1.12 (1.02 - 1.23)        | .021    |
| ญาติผู้เสียชีวิต                           | 1.27 (1.14 - 1.41)                 | < .001  | 1.28 (1.15 - 1.42)        | < .001  |
| ญาติผู้บาดเจ็บ                             | 1.01 (0.87 - 1.17)                 | .915    | 1.38 (1.20 - 1.59)        | < .001  |
| ผู้สูญเสียบ้าน ทรัพย์สิน                   | 1.03 (0.68 - 1.57)                 | .891    | 0.83 (0.55 - 1.23)        | .350    |
| เจ้าหน้าที่/ผู้ให้การช่วยเหลือ             | 1.09 (0.94 - 1.26)                 | .242    | 1.03 (0.90 - 1.18)        | .658    |
| รับรู้เหตุการณ์                            | 0.91 (0.83 - 1.00)                 | .058    | 1.17 (1.07 - 1.28)        | < .001  |
| <b>ประวัติเสี่ยงด้านร่างกายและจิตใจ</b>    |                                    |         |                           |         |
| ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง              | 1.46 (1.04 - 2.05)                 | .031    | 1.18 (0.85 - 1.63)        | .331    |
| ใช้สารเสพติดในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา      | 0.92 (0.50 - 1.68)                 | .788    | 0.71 (0.40 - 1.26)        | .247    |
| มีประวัติการรักษาทางจิตเวช                 | 1.29 (0.95 - 1.76)                 | .101    | 1.14 (0.87 - 1.50)        | .355    |
| มีความเครียด กังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง จนรบกวน | 1.30 (1.17 - 1.45)                 | < .001  | 1.38 (1.03 - 1.85)        | .035    |
| การดำเนินชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์             |                                    |         |                           |         |

<sup>1</sup> ควบคุมปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส และศาสนา, AOR = adjusted odds ratio

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต พบว่า อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส และศาสนา มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต โดยผู้ที่อายุ 40 - 49 ปีและจบการศึกษาระดับประถมศึกษามีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่อายุ 18 - 29 ปีและจบการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษา meta-analysis ของ Tang และคณะ<sup>4</sup> ที่พบว่า การได้รับการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้า แต่ขัดแย้งกับผลการศึกษา meta-analysis ของ Brewin และคณะ<sup>22</sup> ที่พบว่า อายุต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิด PTSD โดยทั่วไปอายุที่มากขึ้นและการได้รับระดับการศึกษาที่สูงขึ้นมักสัมพันธ์กับการมีทรัพยากรทางเศรษฐกิจ สถานะทางสังคม เครือข่ายทางสังคม และความสามารถในการรับมือกับปัญหาที่สูงขึ้น<sup>23</sup> อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยกลางคนที่แม้ได้รับการศึกษาแต่อยู่ในระดับต่ำ

มีโอกาสดเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มวัยรุ่นหรือผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาเลย (ซึ่งในประเทศไทยมักเป็นผู้สูงอายุ) อาจเนื่องจากในสังคมไทยประชากรกลุ่มนี้มักเป็นกำลังหลักในการดูแลครอบครัว แต่เนื่องจากมีทรัพยากรทางสังคมน้อย เมื่อเผชิญเหตุการณ์วิกฤตหรือมีการสูญเสียจึงเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า และพบว่าผู้ที่มิมีสถานภาพหย่าหรือหม้ายมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่สถานภาพโสด สอดคล้องกับผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตจาก 26 ประเทศทั่วโลก<sup>3</sup> การเป็นหม้ายหรือการหย่าร้างเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าเนื่องจากเป็นความสูญเสียที่ส่งผลให้เกิดความโดดเดี่ยวและขาดที่พึ่ง<sup>24</sup> เมื่อเผชิญความสูญเสียจากภาวะวิกฤตจึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่าผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามมีโอกาสเกิดทั้งภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้าเมื่อประเหตุการณ์วิกฤตมากกว่าผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ สอดคล้องกับการศึกษาในพื้นที่

ที่มีการก่อการร้ายจากกลุ่ม ISIS ในประเทศอิรักซึ่งพบความชุกของ PTSD และภาวะซึมเศร้าในผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามสูงกว่าผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์<sup>25</sup> และการศึกษาแบบ meta-analysis ที่พบว่าผู้ที่มีความเชื่อทางศาสนามีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีความเชื่อทางศาสนา<sup>4</sup> อาจเนื่องมาจากอิทธิพลของศาสนาต่อความเชื่อและการให้ความหมายของเหตุการณ์วิกฤตที่แตกต่างกัน เช่น การมองว่าเหตุการณ์วิกฤตเป็นการลงโทษจากสิ่งที่ตนเองนับถือ หรือมองว่าการประสบเหตุการณ์วิกฤตเป็นสิ่งที่น่าอับอายหรือถูกตีตราจากสังคม<sup>26</sup>

ส่วนปัจจัยด้านลักษณะการเผชิญเหตุการณ์ พบว่าการได้รับผลกระทบโดยตรงจากเหตุการณ์ ได้แก่ การได้รับบาดเจ็บ การมีบุคคลอื่นเป็นที่รักบาดเจ็บ และการมีบุคคลอื่นเป็นที่รักเสียชีวิต เพิ่มโอกาสของภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตฯ ปี พ.ศ. 2556 ซึ่งพบว่า การประสบอุบัติเหตุรุนแรงและการเกิดเหตุกับบุคคลใกล้ชิดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิด PTSD โดยเพิ่มความเสี่ยง 3.0 เท่า และ 3.4 เท่า ตามลำดับ<sup>9</sup> และสอดคล้องกับการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตทั่วโลกที่พบความชุกของ PTSD สูงสุดในผู้ที่ประสบที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงระหว่างบุคคลและการสูญเสียบุคคลอื่นเป็นที่รัก<sup>27</sup> ผลกระทบโดยตรงจากเหตุการณ์บ่งชี้ถึงความรุนแรงของเหตุการณ์ ซึ่งก่อให้เกิดความเศร้าโศกที่กระทบกระเทือนจิตใจ ซึ่งทั้งภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญอาจเกิดขึ้นพร้อมกันหลังจากการสูญเสียที่ไม่คาดคิด นอกจากนี้ ครอบครัวของผู้ได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิตอาจมีภาวะซึมเศร้าจากผลกระทบที่ตามมา เช่น การสูญเสียรายได้ และการสูญเสียบทบาทหน้าที่ของครอบครัว (family dysfunction)<sup>28</sup> การศึกษานี้ยังพบว่าผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์และผู้ที่ได้รับรู้เหตุการณ์เกิดขึ้น แม้ไม่ได้รับบาดเจ็บหรือมีการสูญเสีย ก็มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pan และคณะ<sup>29</sup> ที่ติดตามเยาวชนในเหตุแผ่นดินไหวในมณฑลเสฉวน พ.ศ. 2551 เป็นเวลา 3 ปี พบว่า การเห็นผู้ได้รับบาดเจ็บสาหัสที่ไม่ใช่

คนในครอบครัวก็สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าเช่นกัน อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่พบว่าการอยู่ในเหตุการณ์และการรับรู้เหตุการณ์สัมพันธ์กับการเกิดภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ อาจเนื่องจากกลุ่มอาการ PTSD ในผู้ประสบเหตุการณ์บางส่วนเกิดขึ้นช้ากว่าระยะเวลาที่ติดตามดังที่พบในการศึกษาแบบ meta-analysis ว่าร้อยละ 25 ของผู้ที่มีอาการ PTSD เกิดหลังประสบเหตุการณ์มากกว่า 6 เดือน<sup>30</sup> และพบว่าร้อยละ 60 แสดงอาการ PTSD บางส่วน (subsyndromal PTSD) เป็นครั้งแรกเมื่อเหตุการณ์ผ่านไปแล้ว 3 เดือนขึ้นไป<sup>31</sup> หรืออาจเนื่องจากเหตุการณ์ที่มีผู้พบเห็นหรือรับรู้มักเป็นภัยธรรมชาติ ดังที่พบในการศึกษานี้ที่เหตุการณ์ภัยธรรมชาติมีส่วนของผู้พบเห็นและรับรู้ เหตุการณ์สูงกว่าเหตุการณ์จากการกระทำของมนุษย์อย่างมีนัยสำคัญ การพบเห็นเหตุการณ์ที่กระทบเป็นวงกว้างและอยู่นอกเหนือการควบคุมของมนุษย์จึงอาจก่อให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวังหรือหมดหนทางมากกว่าความรู้สึกสะเทือนขวัญซึ่งมักเกิดจากการประสบเหตุการณ์รุนแรงโดยตรง Tracy และคณะ<sup>5</sup> เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงระหว่างภาวะซึมเศร้าและ PTSD ในกลุ่มผู้ประสบภัยจากพายุเฮอริเคนในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า PTSD เกี่ยวข้องกับความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการประสบภัยพิบัติโดยตรง ขณะที่ภาวะซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับความเครียดที่เกิดขึ้นหลังภัยพิบัติ (non-traumatic stressors) เช่น การพลัดถิ่นฐานและการสูญเสียทางการเงิน<sup>32</sup> รวมถึงการมีความเปราะบางส่วนบุคคล เช่น การเผชิญความเครียดในชีวิตก่อนเกิดเหตุการณ์<sup>33</sup>

ผู้ที่มีความเครียด กังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง จนรบกวนการดำเนินชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์หลังเกิดเหตุการณ์ มีโอกาสเกิดภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญมากขึ้น 1.3 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาในบุคลากรโรงพยาบาลในพื้นที่สงครามของระหว่างเลบานอนและอิสราเอล Palgi และคณะ<sup>7</sup> ที่พบว่าความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของภาวะ PTSD มีความสัมพันธ์กับความเครียดที่เพิ่มขึ้นของภาวะซึมเศร้า (OR = 18.86, 95% CI = 4.08 - 87.07) โดยผู้ที่เผชิญกับความเครียดจากสงครามเป็นเวลานานมีภาวะซึมเศร้าในระดับที่สูงกว่าการประสบ



เหตุการณ์เพียงครั้งเดียว และสอดคล้องกับการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่พบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านักพบภาวะ PTSD ร่วมได้ร้อยละ 4 - 36<sup>34-36</sup> และทั้งสองภาวะมีอาการบางอย่างที่คล้ายคลึงกัน เช่น อาการไร้ความรู้สึกทางอารมณ์ (emotional numbing)<sup>37</sup> ส่วนปัญหาทางร่างกายพบว่า ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงมีโอกาสเกิดภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญมากขึ้น 1.46 เท่า อาจเนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือได้ลำบาก และมักมีโรคเรื้อรังทางกายได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ซึ่งโรคเรื้อรังทางกายเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของภาวะ PTSD<sup>9,38</sup> ดังนั้นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพร่างกายและจิตใจมาก่อนควรได้รับความช่วยเหลือตามความการขึ้นพื้นฐานและการสนับสนุนด้านจิตใจอย่างทันที

จุดแข็งของการศึกษานี้ ได้แก่ แหล่งข้อมูลที่ประเมินกลุ่มตัวอย่างภายหลังเกิดเหตุการณ์ไม่นาน ทำให้ลดการเกิดอคติด้าน recall bias และเป็นการศึกษาที่เปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ประสบเหตุการณ์วิกฤตต่าง ๆ ในหลายพื้นที่ของประเทศไทย อย่างไรก็ตามจุดอ่อนของการศึกษานี้ ได้แก่ เป็นการประเมินแบบภาคตัดขวางซึ่งอาจไม่สามารถระบุความสัมพันธ์ด้านความเป็นเหตุและผลระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ได้ ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นข้อมูลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีบริบทเฉพาะเนื่องจากมีเหตุการณ์ความไม่สงบจากการกระทำของมนุษย์เกิดขึ้นบ่อยครั้ง จึงไม่อาจนำข้อมูลที่ได้มาเป็นตัวแทนของคนไทยทั้งประเทศได้ นอกจากนี้ฐานข้อมูล CMS ไม่มีข้อคำถามที่ตรวจสอบยืนยันว่าอาการของภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเกี่ยวข้องหรือเป็นผลโดยตรงจากภัยพิบัตินั้นหรือไม่ และไม่ได้เก็บข้อมูลของปัจจัยที่มีการศึกษาอื่นพบว่ามีความสัมพันธ์กับปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น ประวัติการประสบเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจในอดีต ประวัติครอบครัว การเลี้ยงดู บุคลิกภาพ ตลอดจนความถี่และระยะเวลาของการเผชิญเหตุการณ์การศึกษาในอนาคตจึงควรคำนึงถึงประเด็นต่าง ๆ เหล่านี้

## สรุป

พบภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้าน้อยละ 2.4 และ 3.8 ของผู้ที่เผชิญเหตุการณ์วิกฤต ตามลำดับ ผู้ที่มีความเสี่ยงของภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้าได้แก่ ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ญาติผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิต ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง และผู้ที่มีความเครียด กังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง จนรบกวนการดำเนินชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์หลังเกิดเหตุการณ์

## เอกสารอ้างอิง

1. Norris FH, Elrod CL. Psychosocial consequences of disaster: a review of past research. In: Norris FH, Galea S, Friedman MJ, Watson PJ, editor. Methods for disaster mental health research. New York: The Guilford Press; 2006. p. 20-42.
2. Karl A, Schaefer M, Malta LS, Dörfel D, Rohleder N, Werner A. A meta-analysis of structural brain abnormalities in PTSD. *Neurosci Biobehav Rev*. 2006;30(7):1004-31. doi:10.1016/j.neubiorev.2006.03.004.
3. Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, McLaughlin KA, Bromet EJ, Stein DJ, et al. Posttraumatic stress disorder in the world mental health surveys. *Psychol Med*. 2017;47(13):2260-74. doi:10.1017/S0033291717000708.
4. Tang B, Liu X, Liu Y, Xue C, Zhang L. A meta-analysis of risk factors for depression in adults and children after natural disasters. *BMC Public Health*. 2014;14:623. doi:10.1186/1471-2458-14-623.
5. Tracy M, Norris FH, Galea S. Differences in the determinants of posttraumatic stress disorder and depression after a mass traumatic event. *Depression and Anxiety*. 2011;28(8):666-75. doi:10.1002/da.20838.
6. Rytwinski NK, Scur MD, Feeny NC, Youngstrom EA. The co-occurrence of major depressive disorder among individuals with posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *J Trauma Stress*. 2013; 26(3):299-309. doi:10.1002/jts.21814.

7. Palgi Y, Ben-Ezra M, Langer S, Essar N. The effect of prolonged exposure to war stress on the comorbidity of PTSD and depression among hospital personnel. *Psychiatry Res.* 2009;168(3): 262-4. doi:10.1016/j.psychres.2008.06.003.
8. Gill JM, Page GG, Sharps P, Campbell JC. Experiences of traumatic events and associations with PTSD and depression development in urban health care-seeking women. *J Urban Health.* 2008;85(5):693-706. doi:10.1007/s11524-008-9290-y.
9. นพพร ตันติรังสี, กันตวรรณ มากวิจิต, วิชัย ลิขสิทธิ์ดำรงกุล, อัญชลี บุญรัตนนา, เมตตา เลิศเกียรติวิระ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ : การสำรวจระดับชาติของสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 [Factors related with post-traumatic stress disorder: Thai national mental health survey 2013]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 2560;25(2):122-35.
10. Hobfoll SE, Canetti-Nisim D, Johnson RJ, Palmieri PA, Varley JD, Galea S. The association of exposure, risk, and resiliency factors with PTSD among Jews and Arabs exposed to repeated acts of terrorism in Israel. *J Trauma Stress.* 2008;21(1):9-21. doi:10.1002/jts.20307.
11. Cisler JM, Begle AM, Amstadter AB, Resnick HS, Danielson CK, Saunders BE, et al. Exposure to interpersonal violence and risk for PTSD, depression, delinquency, and binge drinking among adolescents: Data from the NSA-R. *J Trauma Stress.* 2012;25(1): 33-40. doi:10.1002/jts.21672.
12. Fan F, Zhang Y, Yang Y, Mo L, Liu X. Symptoms of posttraumatic stress disorder, depression, and anxiety among adolescents following the 2008 Wenchuan earthquake in China. *J Trauma Stress.* 2011;24(1):44-53. doi:10.1002/jts.20599.
13. สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. ร่างรายงานการทบทวนสถานการณ์และแนวโน้มการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตประกอบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนฯ 12 (พ.ศ.2560 - 2564) [Draft report reviewing the situation and trend of mental health operations for the preparation of the department of mental health strategic plan during the plan 12 (2017 - 2021)]. นนทบุรี: สำนัก; 2559.
14. เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, นพพร ตันติรังสี, พิชรินทร์ ศิริวิสุทธิรัตน์. คู่มือการปฏิบัติงานทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต [Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team: MCATT]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
15. ภควัต วิวัฒน์วรเศรษฐ์, จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคเครียดทางจิตหลังประสบภัยระเบิด [Prevalence and association factors in posttraumatic stress disorder following a bombing]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2558;60(3):209-20.
16. van Griensven F, Chakkraband ML, Thienkrua W, Pengjuntr W, Lopes Cardozo B, Tantipiwatanaskul P, et al. Mental health problems among adults in tsunami-affected areas in southern Thailand. *JAMA.* 2006;296(5):537-48. doi:10.1001/jama.296.5.537.
17. พัทธ์พัฑฒ บุนยมาลิก, สุพัฒนา สุขสว่าง, ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ประสบอุทกภัยจังหวัดอุตรดิตถ์ ปี 2549: การติดตามดูแลระยะยาว 1 ปี [A one-year cohort study in mental health problems of the flooding victims in Uttaradit, 2005]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2555;57(2):165-74.
18. นพพร ตันติรังสี. การพัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ [Development of post-traumatic stress disorder (PTSD) screening test]. สงขลา: โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์; 2559.
19. พัทธ์พัฑฒ บุนยมาลิก. การพัฒนาแบบประเมินผลกระทบทางจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์วิกฤต-10 [The Establishment of the Psychological Impact Scale for Crisis Events-10 (PISCES-10)]. *วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา.* 2557;15(1):8-21.

20. ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทร์ทอง, เบญจมาศ พงษ์กานนท์, สุพัตรา สุขาวท, จินตนา ลี้จิ่งเพิ่มพูน. ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษากลาง [Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai central dialect]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2561;63(4):321-34.
21. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ต้นติรังสี, วรพรรณ จุฑา, อธิป ต้นอารีย์, ปธานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อักษรนาคกรชัย. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต : การสำรวจระดับชาติของประเทศไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 [Prevalence of mental disorders and mental health problems: results from Thai mental health survey 2013]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2560;25(1):1-19.
22. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(5):748-66. doi:10.1037//0022-006x.68.5.748.
23. Lee J. Pathways from education to depression. *J Cross Cult Gerontol*. 2011;26(2):121-35. doi:10.1007/s10823-011-9142-1.
24. Yan XY, Huang S, Huang C-Q, Wu W-H, Qin Y. Marital status and risk for late life depression: a meta-analysis of the published literature. *J Int Med Res*. 2011;39(4):1142-54. doi:10.1177/147323001103900402.
25. Richa S, Herdane M, Dwaf A, Bou Khalil R, Haddad F, El Khoury R, et al. Trauma exposure and PTSD prevalence among Yazidi, Christian and Muslim asylum seekers and refugees displaced to Iraqi Kurdistan. *PLoS One*. 2020;15(6):e0233681. doi:10.1371/journal.pone.0233681.
26. Heim E, Karatzias T, Maercker A. Cultural concepts of distress and complex PTSD: Future directions for research and treatment. *Clin Psychol Rev*. 2022;93:102143. doi:10.1016/j.cpr.2022.102143.
27. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Benjet C, Bromet EJ, Cardoso G, et al. Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *Eur J Psychotraumatol*. 2017;8(sup5):1353383. doi:10.1080/20008198.2017.1353383.
28. McDermott BM, Cobham VE. Family functioning in the aftermath of a natural disaster. *BMC Psychiatry*. 2012;12:55. doi:10.1186/1471-244X-12-55.
29. Pan X, Liu W, Deng G, Liu T, Yan J, Tang Y, et al. Symptoms of posttraumatic stress disorder, depression, and anxiety among junior high school students in worst-hit areas 3 years after the Wenchuan earthquake in China. *Asia Pac J Public Health*. 2015;27(2):NP1985-94. doi:10.1177/1010539513488625.
30. Smid GE, Mooren TT, Van Der Mast RC, Gersons BP, Kleber RJ. Delayed posttraumatic stress disorder: systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of prospective studies. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(11):1572-82. doi:10.4088/JCP.08r04484.
31. Bryant RA, O'Donnell ML, Creamer M, McFarlane AC, Silove D. A multisite analysis Bryant RA, O'Donnell ML, Creamer M, McFarlane AC, Silove D. A multisite analysis of the fluctuating course of posttraumatic stress disorder. *JAMA psychiatry*. 2013;70(8):839-46. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.1137.
32. Najarian LM, Goenjian AK, Pelcovitz D, Mandel F, Najarian B. The effect of relocation after a natural disaster. *J Trauma Stress*. 2001;14(3):511-26. doi:10.1023/A:1011108622795.
33. Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *Am J Psychiatry*. 1999;156(6):837-41. doi:10.1176/ajp.156.6.837.

34. Campbell DG, Felker BL, Liu CF, Yano EM, Kirchner JE, Chan D, et al. Prevalence of depression-PTSD comorbidity: Implications for clinical practice guidelines and primary care-based interventions. *J Gen Intern Med.* 2007;22(6):711-8. doi:10.1007/s11606-006-0101-4.
35. Thaipisuttikul P, Ittasakul P, Waleeprakhon P, Wisajun P, Jullagate S. Psychiatric comorbidities in patients with major depressive disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2014;10:2097-103. doi:10.2147/NDT.S72026.
36. พันธุ์ธนา กิตติรัตนไพบูลย์, ธรณินทร์ กองสุข, วชิระ เพ็งจันทร์, จินตนา ลี้จิ่งเพิ่มพูน, วรวรรณ จุฑา, เกษราภรณ์ เคนบุปผา. ระบาดวิทยาโรคจิตเวชร่วมในคนไทย : การศึกษาระดับชาติ 2551 [Epidemiology of psychiatric comorbidity in Thailand: a national study 2008]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 2556;21(1):1-14.
37. Feeny NC, Zoellner LA, Fitzgibbons LA, Foa EB. Exploring the roles of emotional numbing, depression, and dissociation in PTSD. *J Trauma Stress.* 2000;13(3):489-98. doi:10.1023/A:1007789409330.
38. Sledjeski EM, Speisman B, Dierker LC. Does number of lifetime traumas explain the relationship between PTSD and chronic medical conditions? Answers from the National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R). *J Behav Med.* 2008;31(4):341-9. doi:10.1007/s10865-008-9158-3.

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## ระบาดวิทยากลุ่มโรควิตกกังวลในคนไทย : การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิต ของคนไทยระดับชาติ พ.ศ. 2556

วันรับ : 18 พฤษภาคม 2565

วันแก้ไข : 1 กันยายน 2565

วันตอบรับ : 3 กันยายน 2565

ปทานนท์ ขวัญสนิท, พ.บ.<sup>1</sup>, วีร์ เมฆวิสัย, วท.ม.<sup>2</sup>, สุทธา สุปัญญา, พ.บ.<sup>1</sup>,

วรวรรณ จุฑา, กศ.ม.<sup>3</sup>, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, พ.บ.<sup>4</sup>

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต<sup>1</sup>,

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต<sup>2</sup>,

สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต<sup>3</sup>, ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต<sup>4</sup>

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** ศึกษาความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวลและโรคร่วมในคนไทยจากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทย

**วิธีการ :** การศึกษาเชิงพรรณนา ใช้ข้อมูลจากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทย พ.ศ. 2556 ซึ่งเป็นการสำรวจภาคตัดขวาง ในประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปจำนวน 4,727 คน จากการสุ่มเพื่อเป็นตัวแทนประชากรทั้งประเทศ วินิจฉัยกลุ่มโรควิตกกังวลด้วยเครื่องมือ composite international diagnostic interview 3.0 (CIDI 3.0) ฉบับภาษาไทย

**ผล :** ความชุกตลอดชีพของกลุ่มโรควิตกกังวลอย่างน้อยหนึ่งโรค พบร้อยละ 3.1 โรคที่พบสูงสุด ได้แก่ agoraphobia ร้อยละ 1.3 โรค post-traumatic stress disorder (PTSD) ร้อยละ 0.9 โรค panic disorder ร้อยละ 0.6 และโรค generalized anxiety disorder (GAD) ร้อยละ 0.3 โรคในกลุ่มโรควิตกกังวลที่พบร่วมกันมากที่สุด ได้แก่ panic disorder ร่วมกับโรค agoraphobia พบร้อยละ 6.5 ของผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลทั้งหมด รองลงมา ได้แก่ PTSD ร่วมกับ agoraphobia ร้อยละ 2.4 และ panic disorder ร่วมกับ GAD ร้อยละ 1.0

**สรุป :** ความชุกตลอดชีพของกลุ่มโรควิตกกังวลในคนไทยพบได้น้อยกว่าต่างประเทศ แต่ผู้มีโรคในกลุ่มโรควิตกกังวลอย่างน้อยหนึ่งโรคมีโอกาสพบโรคในกลุ่มโรควิตกกังวลอื่น ๆ ร่วมค่อนข้างสูง ผู้ให้บริการสุขภาพจิตควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองและจัดบริการเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวล

**คำสำคัญ :** กลุ่มโรควิตกกังวล, ความชุก, ระบาดวิทยา, โรคร่วม

**ติดต่อผู้พิมพ์ :** ปทานนท์ ขวัญสนิท; e-mail: patanon.k@gmail.com

## Original articles

## Epidemiology of anxiety disorders in Thailand: Thai national mental health survey 2013

Received : 18 May 2022

Revised : 1 September 2022

Accepted : 3 September 2022

Patanon Kwansanit, M.D.<sup>1</sup>, Wee Mekwilai, M.S.<sup>2</sup>, Suttha Supanya, M.D.<sup>1</sup>,Worawan Chutha, M.Ed.<sup>3</sup>, Phunnapa Kittirattanapaiboon, M.D.<sup>4</sup>Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, Department of Mental Health<sup>1</sup>,Bureau of Mental Health Service Administration, Department of Mental Health<sup>2</sup>,Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health<sup>3</sup>,Pensioner, Department of Mental Health<sup>4</sup>

### Abstract

**Objective:** To report the prevalence of anxiety disorders and comorbidity among Thai people from the Thai national mental health survey.

**Methods:** This cross-sectional descriptive study used data from the Thai national mental health survey 2013 conducted among 4,727 randomly selected representatives of the Thai population aged 18 years old and over. Those with anxiety disorders were diagnosed by using the Thai version of composite international diagnostic interview 3.0 (CIDI 3.0).

**Results:** About 3.1% of the total sample reported at least one anxiety disorder in their lifetime. Most common diagnoses were agoraphobia (1.3%), post-traumatic stress disorder (PTSD) (0.9%), panic disorder (0.6 %), and generalized anxiety disorder (GAD) (0.3%). Among those with any anxiety disorder, the conditions with highest proportion of coexisting were panic disorder with agoraphobia (6.5%), PTSD with agoraphobia (2.4%), and panic disorder with GAD (1.0%).

**Conclusion:** The lifetime prevalence of any anxiety disorder is less common in the Thai population than reported elsewhere. However, there is a high level of comorbidity among conditions in this group. The mental health service providers should focus on screening and providing specialized services for people with anxiety disorders.

**Keywords:** anxiety disorders, comorbidity, epidemiology, prevalence

**Corresponding author:** Patanon Kwansanit; e-mail: patanon.k@gmail.com



**ความรู้เดิม :** ในต่างประเทศพบว่า กลุ่มโรควิตกกังวลมีความชุกมากกว่ากลุ่มโรคจิตเวชอื่น ๆ พบได้สูงสุทธ้อยละ 28.8 ส่วนในประเทศไทยกลุ่มโรควิตกกังวลพบความชุกต่ำและมีแนวโน้มเพิ่มเล็กน้อย แต่การสำรวจที่ผ่านมาไม่สามารถเปรียบเทียบกับต่างประเทศได้เนื่องจากใช้ระเบียบวิธีวิจัยและเครื่องมือแตกต่างกันนานาประเทศ

**ความรู้ใหม่ :** การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทยครั้งล่าสุด ปี พ.ศ. 2556 ใช้เครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช WMH-CIDI ฉบับภาษาไทย และมีระเบียบวิธีวิจัยเช่นเดียวกับการสำรวจในนานาประเทศ พบความชุกตลอดชีพของกลุ่มโรควิตกกังวลร้อยละ 3.1 โดย agoraphobia พบบ่อยที่สุด ผู้หญิงพบมากกว่าผู้ชาย ผู้มีโรคเรื้อรังทางกายและปัญหาการนอนพบความชุกของโรควิตกกังวลมากขึ้น โรคในกลุ่มโรควิตกกังวลที่พบร่วมกันมากที่สุด ได้แก่ agoraphobia ร่วมกับ panic disorder

**ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ :** นำข้อมูลไปจัดระบบบริการสุขภาพ โดยเน้นการคัดกรองสุขภาพกายและจิตและการดูแลรักษาโรคร่วมในกลุ่มโรควิตกกังวล

## บทนำ

กลุ่มโรควิตกกังวล (anxiety disorders) เป็นกลุ่มโรคทางจิตเวชที่แม้ว่าระดับความรุนแรงอาจน้อยกว่าโรคทางจิตเวชอื่น ๆ<sup>1</sup> แต่ก็พบความชุกมากกว่า<sup>2,3</sup> การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของกลุ่มประเทศในทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือพบว่า กลุ่มโรควิตกกังวลมีความชุกสูงถึงร้อยละ 12 โดยแยกเป็นโรค specific phobia (โรคกลัวเฉพาะอย่าง) ร้อยละ 6 - 12 โรค social phobia (โรคกลัวการเข้าสังคม) ร้อยละ 10 โรค generalized anxiety disorder (โรควิตกกังวลไปทั่ว; GAD) ร้อยละ 3 - 5 และโรค agoraphobia without panic disorder (โรคกลัวที่ชุมชนที่ไม่มีอาการแพนิคร่วมด้วย) ร้อยละ 3.5<sup>4</sup> นอกจากนี้ การที่กลุ่มโรควิตกกังวลเริ่มมีอาการตั้งแต่ผู้ป่วยอายุน้อย มีการดำเนินโรคเรื้อรัง และรบกวนหน้าที่และการใช้ชีวิตอย่างมาก

จึงสร้างภาระโรคต่อผู้ป่วยและระบบสุขภาพโดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิได้สูง<sup>5-8</sup>

การศึกษาระบาดวิทยาของกลุ่มโรควิตกกังวลที่ใช้เครื่องมือ ระเบียบวิธีวิจัย และกลุ่มประชากรที่แตกต่างกันสามารถพบความชุกที่แตกต่างกันไปตั้งแต่ร้อยละ 13.6 ถึง 28.8<sup>9</sup> จากการสำรวจความชุกของความผิดปกติทางจิตเวชของประชากรไทยที่ผ่านมาในปี พ.ศ. 2541<sup>10</sup> พ.ศ. 2546<sup>11</sup> และ พ.ศ. 2551<sup>12</sup> พบว่า โรคทางจิตเวชที่พบบ่อย เป็นปัญหา และมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่องคือ โรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล โดยมีความชุกเพิ่มจากร้อยละ 1.4 และ 0.7 ใน พ.ศ. 2541 เป็นร้อยละ 3.2 และ 1.9 ใน พ.ศ. 2546 ตามลำดับ ซึ่งหากพิจารณาจากเครื่องมือพบว่า การสำรวจในปี พ.ศ. 2541 ใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงจาก diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV) และ composite international diagnostic interview (CIDI) กลุ่มตัวอย่าง 7,157 ราย พบความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวลร้อยละ 3.4 โดยพบโรค panic disorder ร้อยละ 1.0 โรค agoraphobia ร้อยละ 0.8 โรค GAD ร้อยละ 0.7 โรค obsessive-compulsive disorder (โรคย้ำคิดย้ำทำ) ร้อยละ 0.3 โรค social phobia ร้อยละ 0.3 และโรค simple phobia ร้อยละ 0.3<sup>10</sup> ต่อมาในปี พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2551 ได้มีการศึกษาระบาดวิทยาโรคร่วมทางจิตเวชในคนไทยโดยใช้เครื่องมือวินิจฉัยโรค mini international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย โดยกลุ่มตัวอย่าง 17,140 ราย พบความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวลเป็นร้อยละ 6.7 โดยพบความชุกของโรค GAD สูงที่สุด ตามมาด้วยโรค panic disorder with agoraphobia และ post-traumatic stress disorder (โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ; PTSD) ตามลำดับ และยังพบการเกิดร่วมของโรคทางจิตเวชอื่น ๆ กับกลุ่มโรควิตกกังวล เช่น ร้อยละ 6.8 ของผู้ที่มีโรค GAD จะมีโรค panic disorder และ/หรือโรค agoraphobia ร่วมอยู่ด้วย<sup>13</sup> อย่างไรก็ตาม เครื่องมือ M.I.N.I. ต้องใช้วิชาชีพเฉพาะที่มีความรู้ทางจิตเวชเป็นผู้ประเมิน และผลการสำรวจที่ผ่านมาไม่สามารถเปรียบเทียบ

กับการศึกษาของต่างประเทศในปัจจุบันที่ใช้เครื่องมือ world mental health-composite international diagnostic interview (WMH-CIDI)<sup>14</sup> ซึ่งเป็นมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก เช่น การสำรวจ epidemiological catchment area (ECA) และ national comorbidity survey (NCS) ในประเทศสหรัฐอเมริกา<sup>15,16</sup> การสำรวจในประเทศไนจีเรีย<sup>17</sup> และประเทศนิวซีแลนด์<sup>18</sup> ผลการสำรวจทั่วโลกที่ใช้เครื่องมือ WMH-CIDI พบว่า กลุ่มโรคจิตกึ่งวลมีความชุกมากกว่ากลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ กลุ่มโรคความผิดปกติในการใช้สารเสพติด และกลุ่มความผิดปกติของการควบคุมตนเอง โดยมีความชุกทั่วโลกประมาณร้อยละ 7.3 และมีความแตกต่างกันระหว่างประเทศและภูมิภาค ตั้งแต่ร้อยละ 4.8 ถึงร้อยละ 10.9<sup>19,20</sup>

การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตครั้งล่าสุดในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556 จึงใช้เครื่องมือ WMH-CIDI ฉบับภาษาไทย ซึ่งสามารถประเมินโดยบุคคลทั่วไปที่ผ่านการฝึกอบรม ใช้วินิจฉัยโรคทางจิตเวชทั้งตามเกณฑ์ ICD-10 และ DSM-IV-TR และระบุความรุนแรงของโรคได้แม่นยำขึ้น ทำให้การเก็บข้อมูลครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศมากขึ้นและสามารถเทียบเคียงกับต่างประเทศได้ ผลการสำรวจพบความชุกของกลุ่มโรคจิตกึ่งวลในคนไทยร้อยละ 3.1 หรือคิดเป็นจำนวนประชากรประมาณ 1.6 ล้านคน มากเป็นอันดับสองของกลุ่มโรคจิตเวชใด ๆ รองจากกลุ่มความผิดปกติของการควบคุมตนเอง<sup>21</sup> อย่างไรก็ตาม ข้อมูลกลุ่มโรคจิตกึ่งวลจากการสำรวจครั้งล่าสุดนี้เป็นเพียงการรายงานในภาพรวมร่วมกับกลุ่มโรคอื่น ๆ ยังไม่มีการวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาของกลุ่มโรคจิตกึ่งวลโดยเฉพาะ รวมถึงการเกิดโรคร่วมของโรคในกลุ่มโรคจิตกึ่งวล การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจปี พ.ศ. 2556 ให้ทราบถึงข้อมูลระบาดวิทยาของกลุ่มโรคจิตกึ่งวลและการเกิดโรคร่วมของโรคในกลุ่มโรคจิตกึ่งวลที่เป็นปัจจุบันและเป็นตัวแทนของประชากรไทย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนระดับนโยบายด้านการสาธารณสุขและการบริการในเขตสุขภาพในการลดภาระโรคของกลุ่มโรคจิตกึ่งวลของคนไทย

## วิธีการ

การศึกษาเชิงพรรณนา ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ พ.ศ. 2556 ซึ่งเป็นการสำรวจในประชากรไทยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือน โดยดำเนินการตามการสำรวจสุขภาพจิตโลกขององค์การอนามัยโลก (world mental health survey; WMHS)<sup>22</sup> เป็นการการสำรวจภาคตัดขวางในครัวเรือนที่สุ่มได้ (cross-sectional household survey) ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบต่อหน้า (face-to-face interview) เป็นเวลา 1 - 3 ชั่วโมง โดยศูนย์อบรมเครื่องมือของมหาวิทยาลัยมิชิแกน ประเทศสหรัฐอเมริกา อบรมวิทยากรหลักคนไทยเป็นเวลา 1 สัปดาห์ ครอบคลุมประเด็นเทคนิคการสัมภาษณ์และการใช้เครื่องมือ หลังจากนั้นวิทยากรหลักอบรมเป็นระยะเวลา 3 วันแก่ผู้สัมภาษณ์ซึ่งเป็นบุคลากรสุขภาพจิตที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ผู้สัมภาษณ์ต้องอบรมครบตามที่กำหนดจึงจะได้รับประกาศนียบัตรรับรอง โดยมีการประเมินความเชื่อมั่น (inter-rater reliability) ระหว่างผู้สัมภาษณ์และวิทยากรหลัก<sup>23</sup>

สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ 4 ชั้นภูมิ (stratified four-stage cluster sampling) โดยภาคกลาง เหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือ ใต้ และกรุงเทพมหานคร เป็นสตร้าตัมแรก (primary sampling units; PSUs) แล้วจึงสุ่มจังหวัดในแต่ละภาคและเขตของกรุงเทพมหานครเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง (secondary sampling units; SSUs) แล้วจึงแบ่งประชากรในแต่ละจังหวัดหรือเขตเป็นเขตจแนงนับ (enumeration areas; EAs) ที่มีจำนวนครัวเรือนประมาณ 150 - 200 หลังคาเรือนต่อ EA โดย EA นั้นนับเป็นการสุ่มตัวอย่างขั้นที่สาม (tertiary sampling units; TSUs) ทำให้ทั้งประเทศสุ่มได้ 265 EAs หรือเท่ากับ 1,272 ครัวเรือนต่อภาคและกรุงเทพมหานคร และหน่วยตัวอย่างขั้นสุดท้าย (ultimate sampling units; USUs) ได้แก่ สมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่สุ่มได้นี้เป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน โดยใช้วิธีเรียงลำดับตามอายุจากมากไปหาน้อย จากชายไปหญิง และสุ่มเลือกด้วยตารางคิซ

(Kish selection table) โดยไม่สามารถสุ่มทดแทนได้ (sampling without replacement)

การสำรวจนี้ใช้เครื่องมือ world mental health - composite international diagnostic interview version 3.0 (WMH-CIDI 3.0)<sup>14</sup> ฉบับภาษาไทย เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (structured interview) ซึ่งสามารถใช้วินิจฉัยโรคทางจิตเวชทั้งตามเกณฑ์ ICD-10 และ DSM-IV-TR รวมไปถึงระบุความรุนแรงของโรค การรักษาที่ได้รับ และผลในปัจจุบันของภาวะนั้น ๆ โดยหมวดที่ใช้สำรวจประกอบด้วย การคัดกรอง (หมวด screening) กลุ่มโรคทางอารมณ์ (หมวด depression และ mania) กลุ่มโรควิตกกังวล (หมวด panic disorder, agoraphobia, GAD และ PTSD) กลุ่มสารเสพติด (หมวด alcohol use disorders และ drug use disorders) กลุ่มประสบการณ์โรคจิต (หมวด psychotic like experience screen) กลุ่มโรคที่เป็นปัญหาตามพื้นที่ (หมวด nicotine dependence, gambling และ intermittent explosive disorder) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและโรคทางกาย (หมวด suicidality และ chronic condition) การใช้บริการทางสุขภาพ (หมวด health services) และลักษณะประชากรศาสตร์ (หมวด demographic) มีการทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือโดยการทำ cognitive test ในผู้ป่วยกลุ่มโรคดังกล่าวในโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต 5 จังหวัด ตามกระบวนการและวิธีการสำรวจที่มีการรายงานก่อนหน้านี้<sup>23</sup>

การศึกษาครั้งนี้นำข้อมูลในส่วนของกลุ่มโรควิตกกังวลได้แก่ โรค panic disorder, agoraphobia, GAD และ PTSD มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปนำเสนอความชุกของโรคเป็นค่าสัดส่วนโดยการถ่วงน้ำหนัก (weighted proportion estimates) แสดงผลเป็นร้อยละ และค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (standard error; SE) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า .05 ( $p < .05$ ) โดยจำแนกความชุกตามปัจจัยส่วนบุคคล การมีโรคเรื้อรัง และการเกิดโรคร่วม การศึกษาค้นคว้านี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน (ด้านสุขภาพจิต และจิตเวช) กระทรวงสาธารณสุข หมายเลข 77/2556

## ผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 4,727 คน มีสัดส่วนเพศหญิงมากกว่าชาย (ร้อยละ 63.7 และ 36.3 ตามลำดับ) พบความชุกตลอดชีพของโรควิตกกังวลใด ๆ อย่างน้อยหนึ่งโรคร้อยละ 3.1 แยกเป็นโรคต่าง ๆ ได้แก่ โรค agoraphobia ร้อยละ 1.3 โรค PTSD ร้อยละ 0.9 โรค panic disorder ร้อยละ 0.6 และ โรค GAD ร้อยละ 0.3

เมื่อจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า พบความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวลในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 4.4 และร้อยละ 1.7 ตามลำดับ) และพบความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ 55 - 59 ปี (ร้อยละ 5.1) กลุ่มว่างงาน (ร้อยละ 4.5) กลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 5.9) กลุ่มที่มีรายได้ครัวเรือนต่อเดือนมากกว่า 30,000 บาท (ร้อยละ 3.6) และพบสูงสุดในภาคเหนือ (ร้อยละ 4.5) ดังแสดงในตารางที่ 1

เมื่อจำแนกตามการเจ็บป่วยด้วยปัญหาทางกายหรือทางจิตเวช พบความชุกของโรควิตกกังวลในกลุ่มผู้มีอาการทางกาย (physical illness) ร้อยละ 4.3 ในกลุ่มผู้มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอน (sleep problem) พบร้อยละ 6.8 และในกลุ่มผู้มีอาการทางจิต (mental illness) พบร้อยละ 6.9 ดังแสดงในตารางที่ 2

เมื่อวิเคราะห์เฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคในกลุ่มโรควิตกกังวลอย่างน้อย 1 โรค (any anxiety disorder) จำนวน 175 คน พบว่า โรคที่มีสัดส่วนการพบร่วมกัน 2 โรค สูงสุด ได้แก่ โรค panic disorder ร่วมกับโรค agoraphobia คิดเป็นร้อยละ 6.5 ของผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลทั้งหมด รองลงมาคือโรค PTSD ร่วมกับโรค agoraphobia คิดเป็นร้อยละ 2.4 และโรค panic disorder ร่วมกับโรค GAD คิดเป็นร้อยละ 1.0 ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 และโรคที่มีการพบร่วมกัน 3 โรคได้แก่ โรค GAD โรค PTSD และ agoraphobia คิดเป็นร้อยละ 0.4 ของผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลทั้งหมด แสดงดังแผนภาพที่ 2

เมื่อจำแนกตามจำนวนโรคที่พบ เฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคในกลุ่มโรควิตกกังวลอย่างน้อย 1 โรค พบว่า ในกลุ่มผู้ที่มีโรควิตกกังวลเพียงโรคเดียว เพศชายพบ PTSD และ

ตารางที่ 1 ความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวลจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 4,727)

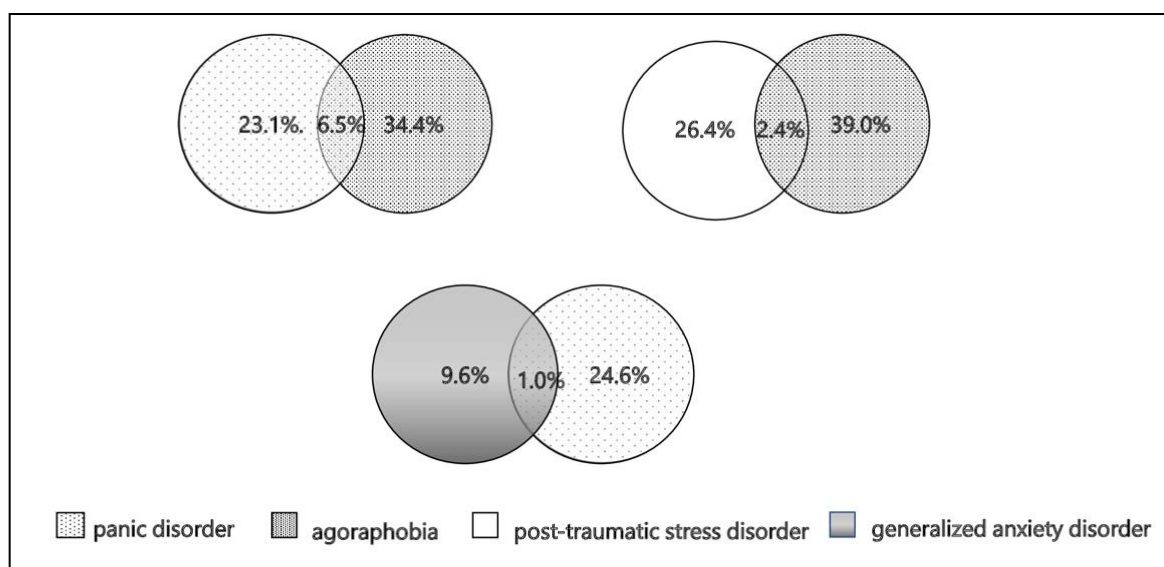
| ปัจจัยส่วนบุคคล                | กลุ่มโรควิตกกังวล (ร้อยละ ค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐาน(SE)) |                                          |             |            |             |                         |
|--------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------|-------------------------|
|                                | panic disorder<br>with<br>agoraphobia                | panic disorder<br>without<br>agoraphobia | agoraphobia | GAD        | PTSD        | any anxiety<br>disorder |
| <b>เพศ</b>                     |                                                      |                                          |             |            |             |                         |
| ชาย                            | 0 (0.04)                                             | 0.7 (0.19)                               | 0.5 (0.17)  | 1.0 (0.06) | 0.7 (0.19)  | 1.7 (0.30)              |
| หญิง                           | 0.4 (0.18)                                           | 1.1 (0.19)                               | 2.0 (0.66)  | 0.5 (0.17) | 1.1 (0.19)  | 4.4 (0.88)              |
| <b>กลุ่มอายุ</b>               |                                                      |                                          |             |            |             |                         |
| 18 - 24 ปี                     | 0.5 (0.51)                                           | 0.7 (0.52)                               | 1.23 (0.36) | 0          | 0.1 (0.56)  | 2.4 (1.22)              |
| 25 - 34 ปี                     | 0.3 (0.27)                                           | 0.4 (0.23)                               | 1.8 (0.81)  | 0.5 (0.28) | 0.4 (0.25)  | 3.1 (1.01)              |
| 35 - 44 ปี                     | 0                                                    | 0.57 (0.26)                              | 0.8 (0.28)  | 0          | 0.6 (0.26)  | 1.6 (0.46)              |
| 45 - 54 ปี                     | 0.3 (0.15)                                           | 0.9 (0.32)                               | 1.1 (0.38)  | 0.4 (0.17) | 0.9 (0.32)  | 3.5 (0.82)              |
| 55 - 59 ปี                     | 0 (0.04)                                             | 2.9 (1.06)                               | 1.5 (0.66)  | 0.4 (0.32) | 2.9 (1.06)  | 5.1 (1.24)              |
| มากกว่า 60 ปี                  | 0.1 (0.08)                                           | 1.3 (0.17)                               | 1.5 (0.33)  | 0.5 (0.19) | 1.3 (0.17)  | 3.9 (0.59)              |
| <b>อาชีพ</b>                   |                                                      |                                          |             |            |             |                         |
| มีงานทำ                        | 0.1 (0.06)                                           | 0.6 (0.22)                               | 1.5 (0.54)  | 0.2 (0.17) | 0.6 (0.22)  | 2.5 (0.51)              |
| เจ้าของธุรกิจ                  | 0.2 (0.15)                                           | 0.9 (0.20)                               | 0.8 (0.23)  | 0.3 (0.11) | 0.9 (0.20)  | 2.8 (0.58)              |
| ว่างงาน                        | 0.4 (0.28)                                           | 1.5 (0.36)                               | 1.7 (0.45)  | 0.5 (0.21) | 1.5 (0.36)  | 4.5 (0.69)              |
| <b>ระดับการศึกษา</b>           |                                                      |                                          |             |            |             |                         |
| ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า          | 0.2 (0.06)                                           | 1.4 (0.24)                               | 1.5 (0.31)  | 0.4 (0.14) | 1.3 (0.24)  | 4.2 (0.37)              |
| มัธยมศึกษาตอนต้น               | 0                                                    | 0.4 (0.36)                               | 1.2 (0.70)  | 0 (0.02)   | 0.4 (0.36)  | 1.7 (0.87)              |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย              | 0.6 (0.37)                                           | 0.7 (0.40)                               | 1.5 (0.68)  | 0.3 (0.02) | 0.7 (0.40)  | 3.3 (1.03)              |
| ปริญญาตรีหรือสูงกว่า           | 0                                                    | 0.2 (0.13)                               | 0.4 (0.20)  | 0 (0.02)   | 0.2 (0.13)  | 0.8 (0.36)              |
| <b>การศึกษา</b>                |                                                      |                                          |             |            |             |                         |
| ไม่ได้รับการศึกษา              | 0                                                    | 1.0 (0.77)                               | 2.1 (0.84)  | 1.2 (1.01) | 1.0 (0.77)  | 5.9 (2.25)              |
| ประถมศึกษา                     | 0.2 (0.07)                                           | 1.4 (0.25)                               | 1.5 (0.30)  | 0.4 (0.11) | 1.4 (0.25)  | 4.1 (0.39)              |
| มัธยมศึกษาขึ้นไป               | 0.2 (0.16)                                           | 0.5 (0.18)                               | 1.1 (0.44)  | 0.2 (0.10) | 0.5 (0.18)  | 2.1 (0.66)              |
| <b>รายได้ครัวเรือนต่อเดือน</b> |                                                      |                                          |             |            |             |                         |
| น้อยกว่า 5,000 บาท             | 0.3 (0.15)                                           | 1.0 (0.71)                               | 1.4 (0.38)  | 0.3 (0.13) | 1.0 (0.17)  | 3.4 (0.50)              |
| 5,001 - 15,000 บาท             | 0.1 (0.10)                                           | 0.6 (0.30)                               | 1.3 (0.40)  | 0.2 (0.10) | 0.6 (0.30)  | 2.2 (0.54)              |
| 15,001 - 30,000 บาท            | 0 (0.02)                                             | 0.9 (0.65)                               | 0.2 (0.24)  | 0.2 (0.23) | 0.9 (0.65)  | 1.9 (0.77)              |
| มากกว่า 30,000 บาท             | 0                                                    | 1.1 (0.78)                               | 1.8 (1.44)  | 0.5 (0.49) | 1.1 (0.78)  | 3.6 (1.56)              |
| <b>ภูมิภาค</b>                 |                                                      |                                          |             |            |             |                         |
| กรุงเทพมหานคร                  | 0.6 (0.61)                                           | 0.6 (0.36)                               | 0.4 (0.29)  | 0.3 (0.24) | 0.6 (0.3 6) | 2.2 (0.70)              |
| ภาคกลาง                        | 0.1 (0.05)                                           | 1.1 (0.20)                               | 1.4 (0.90)  | 0.1 (0.09) | 1.1 (0.20)  | 2.9 (1.12)              |
| ภาคเหนือ                       | 0.4 (0.24)                                           | 0.7 (0.36)                               | 2.6 (0.85)  | 0.2 (0.21) | 0.7 (0.36)  | 4.5 (1.35)              |
| ภาคอีสาน                       | 0 (0.01)                                             | 1.2 (0.25)                               | 0.7 (0.26)  | 0.5 (0.25) | 1.2 (0.25)  | 3.2 (0.54)              |
| ภาคใต้                         | 0.1 (0.04)                                           | 0.7 (0.24)                               | 1.4 (0.21)  | 0.3 (0.14) | 0.7 (0.24)  | 2.5 (0.56)              |

GAD = generalized anxiety disorder, PTSD = post-traumatic stress disorder

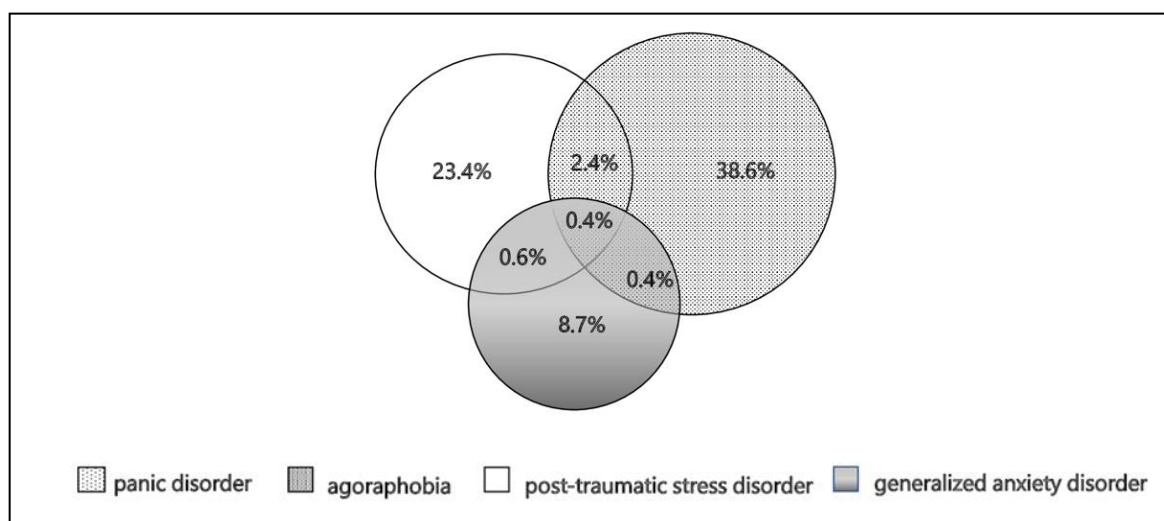
ตารางที่ 2 ความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวลจำแนกตามโรคเรื้อรัง (n = 4,727)

| ความเจ็บป่วยเรื้อรัง | กลุ่มโรควิตกกังวล (ร้อยละ ค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐาน(SE)) |                                          |             |            |            |                         |
|----------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|------------|-------------------------|
|                      | panic disorder<br>with<br>agoraphobia                | panic disorder<br>without<br>agoraphobia | agoraphobia | GAD        | PTSD       | any anxiety<br>disorder |
| ความเจ็บป่วยทางกาย   | 0.2 (0.13)                                           | 1.1 (0.16)                               | 1.8 (0.50)  | 0.4 (0.17) | 1.1 (0.16) | 4.3 (0.75)              |
| มีปัญหาการนอน        | 0.5 (0.30)                                           | 2.0 (0.76)                               | 2.9 (0.87)  | 1.0 (0.31) | 2.0 (0.76) | 6.8 (1.31)              |
| ความเจ็บป่วยทางจิต   | 0.5 (0.25)                                           | 1.7 (0.25)                               | 3.1 (0.75)  | 0.7 (0.22) | 1.7 (0.25) | 6.9 (1.01)              |

GAD = generalized anxiety disorder, PTSD = post-traumatic stress disorder



แผนภาพที่ 1 ความชุกโรคร่วม 2 โรคในกลุ่มโรควิตกกังวล (n = 175)



แผนภาพที่ 2 ความชุกโรคร่วม 3 โรคในกลุ่มโรควิตกกังวล (n = 175)



เพศหญิงพบ agoraphobia มากที่สุด (ร้อยละ 40.2 และ 46.7 ตามลำดับ) ในกลุ่มผู้ที่มีโรควิตกกังวลร่วมกัน 2 โรค เพศชายพบ agoraphobia ร่วมกับ PTSD และเพศหญิงพบ panic ร่วมกับ agoraphobia มากที่สุด (ร้อยละ 3.2 และ 8.0 ตามลำดับ) และในกลุ่มผู้ที่มีโรควิตกกังวลร่วมกัน 3 โรค เพศหญิงพบ GAD, PTSD และ agoraphobia ร่วมกันมากที่สุด (ร้อยละ 0.5) ส่วนเพศชายไม่พบผู้ที่มีโรควิตกกังวลร่วมกัน 3 โรค ดังแสดงในตารางที่ 3

### วิจารณ์

โรคในกลุ่มโรควิตกกังวลที่พบความชุกมากที่สุดในการศึกษานี้เรียงตามลำดับ คือ agoraphobia, PTSD, panic disorder และ GAD ที่ร้อยละ 1.3, 0.9, 0.6 และ 0.3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ตามลำดับ เนื่องจากการศึกษาที่ใช้เครื่องมือ CIDI 3.0 โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV ซึ่งยังจัด PTSD อยู่ในกลุ่มโรควิตกกังวล แม้ว่าปัจจุบันใช้เกณฑ์การวินิจฉัย DSM-V ซึ่งแยก PTSD ออกมาเป็นกลุ่มโรคเฉพาะนอกเหนือกลุ่มโรควิตกกังวลแล้ว โรคในกลุ่มโรควิตกกังวลที่

พบร่วมกันมากที่สุด คือ panic disorder ร่วมกับ agoraphobia คิดเป็นร้อยละ 6.5 ของผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลทั้งหมด เท่ากับ ผลการศึกษาระบาดวิทยาสุขภาพจิตก่อนหน้านี้ในปี พ.ศ. 2551 ของพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ<sup>13</sup> ที่พบร้อยละ 6.5 เช่นเดียวกัน panic disorder และ agoraphobia เป็นโรคที่มีความเกี่ยวข้องกันและในการวินิจฉัยจำเป็นต้องมีการระบุว่าพบหรือไม่พบร่วมกัน โดยเมื่อวิเคราะห์เฉพาะตัวอย่างที่มีโรค panic disorder และ/หรือ agoraphobia จำนวน 48 คน การศึกษานี้พบว่า panic disorder without agoraphobia, agoraphobia without panic disorder และ panic disorder with agoraphobia พบเป็นสัดส่วนร้อยละ 36.1, 53.7 และ 10.2 ตามลำดับ ใกล้เคียงกับผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2551 ที่พบ ร้อยละ 24.5, 59.0 และ 15.0 ตามลำดับ<sup>13</sup> และใกล้เคียงผลการศึกษาในต่างประเทศที่พบ ร้อยละ 22.1, 50.0 และ 27.9 ตามลำดับ<sup>24</sup> ผลการสำรวจครั้งนี้ที่พบ agoraphobia without panic disorder เป็นสัดส่วนสูงที่สุด และพบว่าร้อยละ 21.9 ของผู้ที่มี panic

ตารางที่ 3 ความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวลจำแนกตามจำนวนโรคที่พบร่วมกัน (n = 175)

| จำนวนโรควิตกกังวล         | ชาย    | หญิง   | รวม    |
|---------------------------|--------|--------|--------|
|                           | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ |
| <b>1 โรค</b>              |        |        |        |
| panic disorder            | 23.8   | 16.1   | 18.9   |
| agoraphobia               | 30.5   | 46.7   | 43.6   |
| GAD                       | 5.5    | 10.9   | 9.8    |
| PTSD                      | 40.2   | 26.3   | 27.8   |
| <b>2 โรค</b>              |        |        |        |
| panic และ agoraphobia     | 2.4    | 8.0    | 6.5    |
| panic และ GAD             | 0      | 1.4    | 1.0    |
| panic และ PTSD            | 0      | 0.2    | 0.1    |
| agoraphobia และ GAD       | 0      | 0.5    | 0.4    |
| agoraphobia และ PTSD      | 3.2    | 2.2    | 2.4    |
| GAD และ PTSD              | 0      | 0.8    | 0.6    |
| <b>3 โรค</b>              |        |        |        |
| GAD, PTSD และ agoraphobia | 0      | 0.5    | 0.4    |

GAD = generalized anxiety disorder, PTSD = post-traumatic stress disorder



disorder มี agoraphobia ร่วมด้วย ยังสอดคล้องกับการศึกษา ก่อนหน้านี้ที่พบว่า panic disorder ที่มี agoraphobia ร่วม และ agoraphobia without history of panic disorder สามารถพบได้ใกล้เคียงหรือมากกว่า panic disorder โดยพบ ได้สูงถึงร้อยละ 65<sup>25</sup> ข้อมูลนี้มีความสำคัญด้านคลินิกเนื่องจาก ผู้ป่วย panic disorder with agoraphobia มักมีการ ดำเนินโรคที่แย่กว่า อาการโรครุนแรงกว่า และสูญเสียค่าใช้จ่าย ในการดูแลรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มี agoraphobia<sup>26</sup>

การศึกษานี้ยังพบว่า PTSD ซึ่งเป็นโรคที่พบความชุก เป็นอันดับ 2 นั้นพบร่วมกันกับ agoraphobia ได้มากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 2.4 ของผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลทั้งหมด อาจเนื่องมาจากเกณฑ์การวินิจฉัยของ PTSD มีส่วนทับซ้อน กับ agoraphobia โดยเฉพาะอาการหวาดกลัว และผู้ได้รับการ วินิจฉัย PTSD มีแนวโน้มรายงานอาการต่างๆในกลุ่มโรค วิตกกังวลและการรบกวนชีวิตที่สูงกว่าคนที่ไม่เป็น PTSD รวมถึงอาการกลัวที่ชุมชน<sup>27-29</sup> ในขณะที่ GAD ซึ่งเป็นโรคที่พบ ความชุกเป็นอันดับ 4 นั้นพบร่วมกับ panic disorder ได้ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.0 ของผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวล ทั้งหมด แตกต่างจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ พบว่า รูปแบบการแสดงอาการทางคลินิกและการดำเนินโรค ของ GAD กับ panic disorder นั้นค่อนข้างแตกต่างกันและ พบร่วมกันน้อย โดย GAD มักพบร่วมกับ simple phobia และ panic disorder มักพบร่วมกับ agoraphobia มากกว่า<sup>30</sup> ส่วนการศึกษาในทวีปยุโรปพบว่า PTSD มีความสัมพันธ์กับ panic disorder สูงที่สุด (OR 17.6, 95% CI = 8.8 - 34.9) และ GAD มีความสัมพันธ์กับ agoraphobia (OR 25.7, 95% CI = 12.9 - 51.0) มากกว่า panic disorder (OR 20.3, 95% CI = 11.4 - 36.0)<sup>31</sup> อาจเนื่องมาจากความชุกของ PTSD ในต่างประเทศสูงกว่าไทยและพบ PTSD กับโรคร่วมโรค วิตกกังวลอื่น ๆ รวมถึงโรคซึมเศร้าที่มากกว่า<sup>32</sup> อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Stein และ Dold พบว่าการมีโรคร่วมใน กลุ่มโรควิตกกังวลอื่น ๆ ส่งผลให้ดำเนินโรคของ PTSD และ GAD และการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันแย่ลง เพิ่มโอกาส ของการไม่ตอบสนองต่อการรักษา และเพิ่มค่าใช้จ่ายทาง การแพทย์<sup>32,33</sup>

การศึกษารังนี้พบว่า เพศชายและหญิงมีความชุก ของกลุ่มโรควิตกกังวลความแตกต่างกัน โดยเพศหญิงมี ความชุกสูงกว่าชาย 2.6 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาใน หลายประเทศที่พบอัตราส่วนความชุกตลอดชีพ (life time prevalence) ระหว่างชาย : หญิง เป็น 1 : 1.7<sup>34-36</sup> อาจเป็น ผลมาจากกลุ่มตัวอย่างในสำรวจครั้งนี้มีสัดส่วนของเพศหญิง มากกว่าชายเกือบสองเท่า อย่างไรก็ตามการสำรวจนี้พบว่า ความชุกของเพศหญิงในโรคต่าง ๆ มากกว่าเพศชายเกือบ ทั้งหมด โดยเฉพาะ panic disorder with agoraphobia และ agoraphobia ที่พบความชุกในเพศหญิงมากกว่าชาย ประมาณ 9 และ 4 เท่าตามลำดับ มีเพียง GAD โรคเดียวที่พบในเพศชาย มากกว่า ช่วงอายุที่พบกลุ่มโรควิตกกังวลได้บ่อยที่สุดใน การศึกษารังนี้ได้แก่ 55 - 59 ปี มากกว่าการศึกษาอื่น ๆ เช่น การศึกษาในประชากรสหรัฐอเมริกาโดย Kessler และคณะ<sup>37</sup> ที่พบความชุกสูงสุดในผู้ที่มีอายุ 30 - 44 ปี และการศึกษาใน ประชากรสิงคโปร์ที่พบความชุกสูงสุดในผู้ที่มีอายุ 35 - 49 ปี<sup>38</sup> อาจเนื่องมาจากการกระจายตัวด้านอายุของกลุ่มตัวอย่าง ในการสำรวจนี้ค่อนข้างไปทางผู้สูงอายุมากกว่าการศึกษาใน ต่างประเทศ

ด้านการมีโรคเรื้อรัง การศึกษารังนี้พบว่า ผู้มี ปัญหาทางจิต ผู้มีปัญหาการนอน และผู้มีโรคเรื้อรังทางกาย มีโอกาสพบความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวลถึงร้อยละ 4.3 - 6.9 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศออสเตรเลียที่พบว่า ผู้มี ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ (health anxiety) มีโอกาส เป็นโรคเรื้อรังทางกายหรือทางจิตอย่างน้อยหนึ่งโรคสูงกว่าผู้ที่ ไม่มีความวิตกกังวลดังกล่าวถึง 6 เท่า และความวิตกกังวลนั้น เพิ่มความทุกข์ทรมานทางจิตใจ (psychological distress) การทำหน้าที่บกพร่อง (functional impairment) จำนวนวัน ที่สูญเสียจากภาวะพร่อง (disability days) และการใช้บริการ สุขภาพจิตมากกว่าประชากรที่ไม่มีความวิตกกังวลอย่างมี นัยสำคัญ<sup>39</sup> และการศึกษาของ Scott และคณะ<sup>40</sup> ที่รวบรวม ผลการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตในหลายภูมิภาคทั่วโลก ที่ใช้เครื่องมือ CIDI ที่พบว่า ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มโรค วิตกกังวลมักพบโรคทางกายเรื้อรังและอาการปวดเพิ่มมากขึ้น

โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ โดยมีการศึกษาที่พบว่า ประชากรเชื้อสายเอเชียที่มีโรควิตกกังวลมักมีอาการแสดงอาการทางกายมากกว่าประชากรในกลุ่มประเทศตะวันตก<sup>41,28</sup> ข้อมูลดังกล่าวมีความสำคัญทางคลินิกเนื่องจากผู้ที่มีโรควิตกกังวลที่มีโรคร่วมทางกายมักเข้ารับบริการด้านสุขภาพเนื่องจากอาการเจ็บป่วยทางกายเรื้อรัง ผู้ให้บริการสุขภาพโดยเฉพาะในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิจึงควรตระหนักถึงการวินิจฉัยกลุ่มโรควิตกกังวลที่อาจพบร่วมด้วย

การศึกษามีข้อจำกัด ได้แก่ ไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ในรูปแบบเหตุและผล (causality) ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ได้เนื่องจากเป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง ตัวอย่างที่สุ่มได้ที่มีประชากรเพศหญิงมากกว่าเพศชายเกือบสองเท่าเนื่องจากโดยทั่วไปการสำรวจครัวเรือนมักทำในช่วงกลางวันซึ่งมักพบเพศหญิงอาศัยอยู่บ้านมากกว่าเพศชาย และการศึกษาไม่รวมประชากรที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในครัวเรือน เช่น ผู้ที่กำลังนอนโรงพยาบาล ผู้ที่อยู่ในเรือนจำ และค่ายทหาร ซึ่งมักมีความชุกโรควิตกกังวลสูง อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรไทยได้ การสำรวจครั้งต่อไปควรมีการนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างก่อนลงพื้นที่และพิจารณาสำรวจในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้อาศัยในครัวเรือนด้วย

## สรุป

ความชุกตลอดชีพของกลุ่มโรควิตกกังวลพบได้ร้อยละ 3.1 โดย agoraphobia พบบ่อยที่สุด ผู้หญิงพบการวินิจฉัยกลุ่มโรควิตกกังวลมากกว่าผู้ชายยกเว้น GAD ผู้มีโรคเรื้อรังทางกายและปัญหาการนอนมีความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวลสูงกว่าประชากรทั่วไป โรคที่พบร่วมกันมากที่สุด ได้แก่ panic disorder ร่วมกับ agoraphobia และ PTSD ร่วมกับ agoraphobia การจัดระบบบริการสุขภาพควรเน้นการคัดกรองสุขภาพกายและจิตควบคู่กัน และคำนึงถึงการดูแลรักษาโรคร่วมในกลุ่มโรควิตกกังวล

## เอกสารอ้างอิง

1. Craske MG, Stein MB, Eley TC, Milad MR, Holmes A, Rapee RM, et al. Anxiety disorders. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3:17024. doi:10.1038/nrdp.2017.24.
2. Wittchen HU. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depress anxiety*. 2002;16(4):162-71. doi:10.1002/da.10065.
3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593.
4. Kessler RC, Ruscio AM, Shear K, Wittchen HU. Epidemiology of anxiety disorders. *Curr Top Behav Neurosci*. 2010;2:21-35.
5. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustün TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(4):359-64. doi:10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c.
6. Antony MM, Stein M.B. *Oxford handbook of anxiety and related disorders*. New York: Oxford University Press; 2009.
7. Weiller E, Bisslerbe JC, Maier W, Lecrubier Y. Prevalence and recognition of anxiety syndromes in five European primary care settings. a report from the WHO study on psychological problems in general health care. *Br J Psychiatry Suppl*. 1998;(34):18-23.
8. Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L, Feigin V, Vos T. The global burden of mental, neurological and substance use disorders: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS One*. 2015;10(2):e0116820. doi:10.1371/journal.pone.0116820.
9. Michael T, Zetsche U, Margraf J. Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry*. 2007;6(4):136-42. doi:10.1016/j.mppsy.2007.01.007.

10. อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, ภัคนพิน กิตติรักษนน์, วรพรรณ จุฑา. ระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทย [Epidemiology of mental disorders among Thai people]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2544;46(4):335-43.
11. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, อัจฉรา จรัสสิงห์. ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย : การสำรวจระดับชาติ ปี 2546 [Prevalence of Mental disorders in Thailand : A national survey 2003]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2547;12(3):177-85.
12. วชิระ เพ็งจันทร์, ธรณินทร์ กองสุข, พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, วรพรรณ จุฑา, พิทักษ์พล บุญมาลิก, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, และคณะ. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต : การสำรวจระดับชาติของสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2551 [Prevalence of mental disorders in Thailand: results from the epidemiology of mental disorders national survey 2008]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2553.
13. พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, ธรณินทร์ กองสุข, วชิระ เพ็งจันทร์, จินตนา ลิ้มเพิ่มพูน, วรพรรณ จุฑา, เกษราภรณ์ เคนบุปผา. ระบาดวิทยาโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การศึกษาระดับชาติ 2551 [Epidemiology of psychiatric comorbidity in Thailand: a national study 2008]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2556;21(1):1-14.
14. Kessler RC, Abelson J, Demler O, Escobar JI, Gibbon M, Guyer ME, et al. Clinical calibration of DSM-IV diagnoses in the world mental health (WMH) version of the world health organization (WHO) composite international diagnostic interview (WMH-CIDI). Int J Methods Psychiatr Res. 2004;13(2):122-39. doi:10.1002/mpr.169.
15. Greenberg PE, Sisitsky T, Kessler RC, Finkelstein SN, Berndt ER, Davidson JR, et al. The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. J Clin Psychiatry. 1999;60(7):427-35. doi:10.4088/jcp.v60n0702.
16. Kessler RC, Keller MB, Wittchen HU. The epidemiology of generalized anxiety disorder. Psych Clin N Am. 2001;24(1):19-39.
17. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA. 2004;291(21):2581-90. doi:10.1001/jama.291.21.2581.
18. Kessler RC, Ruscio AM, Shear K, Wittchen HU. Epidemiology of anxiety disorders. Curr Topics Behav Neurosci. 2010;2:21-35.
19. Baxter AJ, Vos T, Scott KM, Norman RE, Flaxman AD, Blore J, et al. The regional distribution of anxiety disorders: implications for the Global Burden of Disease Study, 2010. Int J Methods Psychiatr Res. 2014;23(4):422-38. doi:10.1002/mpr.1444.
20. Baxter AJ, Scott KM, Vos T, Whiteford HA. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. Psychol Med. 2013;43(5):897-910. doi:10.1017/S003329171200147X.
21. พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรพรรณ จุฑา, อธิบ ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อัยฉะนงค์กรชัย. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับชาติของสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 [Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2560;25(1):1-19.
22. Kessler RC, Üstün TB. The world mental health (WMH) survey initiative version of the world health organization (WHO) composite international diagnostic interview (CIDI). Int J Methods Psychiatr Res. 2004;13(2):93-121. doi:10.1002/mpr.168.
23. พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรพรรณ จุฑา, สาวิตรี อัยฉะนงค์กรชัย, สุทธา สุปัญญา. การสำรวจระดับชาติของสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี พ.ศ. 2556: วิธีการและกระบวนการ [Thai national mental health survey 2013: methodology and procedure]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2559;24(1):1-14.
24. Wittchen HU, Gloster AT, Beesdo-Baum K, Fava GA, Craske MG. Agoraphobia: a review of the diagnostic classificatory position and criteria. Depress Anxiety. 2010;27(2):113-33. doi:10.1002/da.20646.

25. Maltby NA. Evaluation of a brief preventative treatment for panic disorder. Storrs, CT: University of Connecticut; 2001.
26. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Goldstein RB, Smith S, et al. The epidemiology of DSM-IV panic disorder and agoraphobia in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(3):363-74. doi:10.4088/jcp.v67n0305.
27. Keane TM, Kaloupek DG. Comorbid psychiatric disorders in PTSD. Implications for research. *Ann N Y Acad Sci*. 1997;821:24-34. doi:10.1111/j.1749-6632.1997.tb48266.x.
28. Van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, Mandel FS, McFarlane A, Herman JL. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *Am J Psychiatry*. 1996; 153(7 Suppl):83-93. doi:10.1176/ajp.153.7.83.
29. Hyer L, Fallon JH Jr, Harrison WR, Boudewyns PA. MMPI overreporting by Vietnam combat veterans. *J Clin Psychol*. 1987;43(1):79-83. doi:10.1002/1097-4679(198701)43:1<79::aid-jclp2270430110>3.0.co;2-p.
30. Noyes R Jr, Woodman C, Garvey MJ, Cook BL, Suelzer M, Clancy J, et al. Generalized anxiety disorder vs. panic disorder. Distinguishing characteristics and patterns of comorbidity. *J Nerv Ment Dis*. 1992;180(6):369-79. doi:10.1097/00005053-199206000-00006.
31. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. 12-month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(420):28-37. doi:10.1111/j.1600-0047.2004.00328.x.
32. Dold M, Bartova L, Kautzky A, Souery D, Mendlewicz J, Serretti A, et al. The impact of comorbid post-traumatic stress disorder in patients with major depressive disorder on clinical features, pharmacological treatment strategies, and treatment outcomes - Results from a cross-sectional European multicenter study. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2017;27(7):625-632. doi:10.1016/j.euroneuro.2017.05.004.
33. Stein DJ. Comorbidity in generalized anxiety disorder: impact and implications. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 11:29-36.
34. McLean CP, Asnaani A, Litz BT, Hofmann SG. Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *J Psychiatr Res*. 2011;45(8):1027-35. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.03.006.
35. Pigott TA. Gender differences in the epidemiology and treatment of anxiety disorders. *J Clin Psychiatry*. 1999;60 Suppl 18:4-15.
36. Christiansen DM. Examining sex and gender differences in anxiety disorders. In: Durbano F, editor. *A Fresh Look at Anxiety Disorders*. London: IntechOpen; 2015.
37. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):617-27. doi:10.1001/archpsyc.62.6.617.
38. Chong SA, Abidin E, Vaingankar JA, Heng D, Sherbourne C, Yap M, et al. A population-based survey of mental disorders in Singapore. *Ann Acad Med Singap*. 2012;41(2):49-66.
39. Sunderland M, Newby JM, Andrews G. Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *Br J Psychiatry*. 2013;202(1):56-61. doi:10.1192/bjp.bp.111.103960.

40. Scott KM, Von Korff M, Alonso J, Angermeyer M, Bromet EJ, Bruffaerts R, et al. Age patterns in the prevalence of DSM-IV depressive/anxiety disorders with and without physical co-morbidity. *Psycho Med.* 2008;38(11):1659-69. doi:10.1017/S0033291708003413.
41. Hinton DE, Park L, Hsia C, Hofmann S, Pollack MH. Anxiety disorder presentations in Asian populations: a review. *CNS Neurosci Ther.* 2009;15(3):295-303. doi:10.1111/j.1755-5949.2009.00095.x.

## นิพนธ์ต้นฉบับ

# การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับผู้เล่นเกมมืออาชีพ : คุณลักษณะ เส้นทางอาชีพ และผลกระทบในมิติด้านจิตสังคม

วันรับ : 23 พฤษภาคม 2565

วันแก้ไข : 9 กันยายน 2565

วันตอบรับ : 10 กันยายน 2565

ณัฐพร กังสวีสวรรณ์, วท.ม.<sup>1</sup>, ชาญวิทย์ พรนภดล, พ.บ.<sup>2</sup>,

วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์, ป.ร.ด.<sup>3</sup>, สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข, พ.บ.<sup>2</sup>

โครงการร่วมคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

และสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล<sup>1</sup>

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล<sup>2</sup>

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล<sup>3</sup>

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาคุณลักษณะ แรงจูงใจ ผลกระทบทางบวกและลบในมิติด้านจิตสังคมของผู้เล่นเกม เส้นทางอาชีพ และความเหมือนหรือต่างจากเด็กติดเกม

**วิธีการ :** สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้เล่นเกม ครอบครัว เพื่อน ครูหรืออาจารย์ของผู้เล่นเกม ผู้ที่ทำงานในวงการเกมและอีสปอร์ต และผู้ทำงานด้านการส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชน รวมทั้งหมด 53 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากการรับสมัครผู้เล่นเกมผ่านโซเชียลมีเดียและการแนะนำต่อกันมา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

**ผล :** คุณลักษณะสำคัญสำหรับการเป็นผู้เล่นเกมมืออาชีพที่ดี ได้แก่ ความมีระเบียบวินัย ความรับผิดชอบ ความใฝ่รู้ การพัฒนาตนเองอยู่เสมอ ความฉลาดทางอารมณ์ และการได้รับการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว โดยธุรกิจเกมและอีสปอร์ตมีผลต่อแรงจูงใจของผู้เล่นทั้งในระดับมือสมัครเล่นและระดับมืออาชีพ การเล่นเกมอีสปอร์ตส่งผลทั้งทางบวกและทางลบทั้งในระดับมือสมัครเล่นและระดับมืออาชีพ ผู้ที่อยู่ในเส้นทางอาชีพนี้จะเหมือนหรือต่างจากเด็กติดเกม ขึ้นอยู่กับระดับความรับผิดชอบต่อนหน้าที่และทักษะการบริหารเวลา ผู้เล่นเกมจะมีเป้าหมายอาชีพที่ชัดเจนขึ้นเมื่อมีโอกาสได้เข้าร่วมทีมอีสปอร์ต และปัจจัยที่ทำให้ผู้เล่นเกิดการปรับตัว ได้แก่ การสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ระบบของทีมระดับมืออาชีพ และการได้รับผลกระทบทางลบจนกระทั่งอยากเปลี่ยนแปลงตนเองให้ดีขึ้น

**สรุป :** การเล่นเกมอีสปอร์ตมีผลทางบวกที่เอื้อให้ผู้เล่นเกมสามารถพัฒนาต่อยอดได้ แต่ก็มีผลทางลบหลายประการ ผู้ที่อยู่ในเส้นทางอาชีพนี้จะเหมือนหรือต่างจากเด็กติดเกม ขึ้นอยู่กับระดับความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ และทักษะการบริหารเวลา

**คำสำคัญ :** ผลกระทบในมิติด้านจิตสังคม, แรงจูงใจ, โรคติดเกม, เส้นทางอาชีพของผู้เล่นเกม, อีสปอร์ต

**ติดต่อผู้นิพนธ์ :** ชาญวิทย์ พรนภดล; e-mail: chanvit.por@mahidol.edu



## Original articles

## A qualitative study on professional gamers: characteristics, career path, and psychosocial impacts

Received : 23 May 2022

Revised : 9 September 2022

Accepted : 10 September 2022

Nattaporn Kangsawiwat, M.Sc.<sup>1</sup>, Chanvit Pornnoppadol, M.D.<sup>2</sup>,Wimontip Musikaphan, Ph.D.<sup>3</sup>, Somboon Hataiyusuk, M.D.<sup>2</sup>

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital,

National Institute for Child and Family Development, Mahidol University<sup>1</sup>Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University<sup>2</sup>National Institute for Child and Family Development, Mahidol University<sup>3</sup>

### Abstract

**Objective:** To describe professional gamers' characteristics, motivations, career paths, and psychosocial impacts, and to assess similarities and differences between professional gamers and gamers with gaming disorders.

**Methods:** In-depth interviews were conducted with 53 key informants, including gamers, family members, friends, teachers/instructors, supporters of professional gamers, and child protection/promotion workers. Participants were purposively recruited by using social media announcement and snowball sampling. Data were analyzed by using content analysis.

**Results:** The desirable characteristics of professional gamers reported by the participants were discipline, responsibility, curiosity, self-development, emotional intelligence, and good support from family members. Gaming and esports industry affected motivation of both amateur and professional gamers. Playing esports games could positively and negatively impact gamers at both amateur and professional levels. Whether gamers in gaming career paths were similar to or different from those with gaming disorders depended on gamers' responsibility and time management skills. Gamers would have clear career goals when they obtained the opportunity to join an esports team. The factor that assist gamers to adjust themselves included support from surrounding people, professional team system, and the drive to change themselves after facing negative impacts from gaming.

**Conclusion:** Even though gaming could positively impact gamers, it could cause significant adverse impacts. Whether gamers in gaming career paths are similar to or different from those with gaming disorders depends on gamers' responsibility and time management skills.

**Keywords:** esports, gamers' career path, gaming disorder, motivation, psychosocial impacts

**Corresponding author:** Chanvit Pornnoppadol; e-mail: chanvit.por@mahidol.edu

**ความรู้เดิม :** การแข่งขันเกมชิงรางวัลได้รับการยอมรับในสังคมมากขึ้น แต่มีเด็กป่วยเป็นโรคติดเกมเพิ่มมากขึ้น หลังจากอีสปอร์ตได้รับการรับรองเป็นกีฬาในปี พ.ศ. 2560

**ความรู้ใหม่ :** การเล่นเกมอีสปอร์ตมีผลทางบวกที่เอื้อให้ผู้เล่นเกมสามารถพัฒนาต่อยอดได้ แต่ก็มีผลทางลบหลายประการ ผู้ที่อยู่ในเส้นทางอาชีพผู้เล่นเกมอาจมีความแตกต่างหรือคล้ายคลึงกับเด็กติดเกม ขึ้นอยู่กับระดับความรับผิดชอบต่อน้ำหนัก และการบริหารเวลาของผู้เล่นเกม ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้เล่นเกมต้องปรับตัวให้เหมาะสมด้วยตนเอง โดยมีปัจจัยแวดล้อมที่สามารถช่วยสนับสนุนให้ผู้เล่นเกมเกิดการพัฒนาด้านตนเองได้

**ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ :** สามารถนำผลที่ได้จากการศึกษาไปเป็นประเด็นในการมุ่งพัฒนาเด็กและเยาวชน เพื่อเสริมสร้างปัจจัยสนับสนุนให้มีพฤติกรรมการเล่นเกมอย่างเหมาะสม และลดผลกระทบทางลบในกลุ่มผู้เล่นเกม

## บทนำ

การแข่งขันเกมเพื่อชิงเงินรางวัล หรือที่นิยมเรียกกันว่า อีสปอร์ต หมายถึง เกมการแข่งขันที่มีกฎกติกาอย่างชัดเจน ซึ่งกระทำผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เช่น คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ตโฟน โดยอาศัยทักษะการคิดเพื่อมุ่งสู่ชัยชนะ และได้รับเงินรางวัลเป็นสิ่งตอบแทน มูลค่าของตลาดอีสปอร์ตมีการเติบโตอย่างต่อเนื่อง มีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2022 ตลาดอีสปอร์ตทั่วโลกจะมีมูลค่าประมาณ 1,380 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (50,744 ล้านบาท) โดยธุรกิจดิจิทัลและสตรีมมิ่งอีสปอร์ตเป็นกลุ่มที่มีรายได้เติบโตอย่างรวดเร็ว โดยมีอัตราการเติบโตเฉลี่ยต่อปีมากกว่าร้อยละ 27.2 และร้อยละ 24.8 ตามลำดับ<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทย หลังจากการกีฬาแห่งประเทศไทยรับรองให้อีสปอร์ตเป็นกีฬาอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2560 อีสปอร์ตในประเทศไทยก็เติบโตอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยตลาดอีสปอร์ตไทยในปี พ.ศ. 2563 มีมูลค่ามากถึง 27,000 ล้านบาท<sup>2</sup> และในปี พ.ศ. 2564 ได้มีประกาศคณะกรรมการกีฬาอาชีพในราชกิจจานุเบกษาสรุปให้เพิ่มชนิดกีฬาอีสปอร์ตเป็นกีฬาอาชีพ<sup>3</sup> ซึ่งให้เห็นว่าอีสปอร์ตได้

พัฒนาการเป็นการเล่นเกมที่มีความจริงจังและเป็นอาชีพซึ่งมีมูลค่าทางเศรษฐกิจมหาศาล

ท่ามกลางการเติบโตของอีสปอร์ต มีหลายภาคส่วนที่มีความห่วงใยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะของเด็ก เห็นได้จากมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 11 พ.ศ. 2561 เรื่อง ความรับผิดชอบร่วมทางสังคมเกี่ยวกับอีสปอร์ตต่อสุขภาวะเด็ก ซึ่งระบุว่า อีสปอร์ตเป็นความท้าทายต่อสุขภาวะเด็ก เนื่องจากเด็ก ๆ ใช้เวลาจำนวนมากเกินความจำเป็นไปกับการเล่นเกม โดยไม่รู้เท่าทันว่าอาจจะส่งผลกระทบทางลบต่อตนเองและตกอยู่ภายใต้การสื่อสารเพื่อการโฆษณาอย่างไ้การควบคุม และการจัดการแข่งขันยังขาดกฎเกณฑ์เพื่อปกป้องคุ้มครองเด็ก<sup>4</sup> นอกจากนี้ ยังมีข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นซึ่งระบุว่า ในปี พ.ศ. 2560 มีเด็กป่วยเป็นโรคติดเกม (gaming disorder) รายใหม่เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2559 ถึง 6 เท่าตัว และมีเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเกมเป็นจำนวน 1 ใน 3 ของผู้ป่วยเด็กทั้งหมด<sup>5</sup> ซึ่งให้เห็นถึงผลกระทบอันอาจเกี่ยวเนื่องหลังจากที่อีสปอร์ตได้รับการรับรองให้เป็นกีฬาอย่างเป็นทางการ

อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมากล่าวถึงผลกระทบของอีสปอร์ตทั้งในทางบวกและลบ ผลทางบวก เช่น ทำให้ผู้เล่นมีโอกาสได้พบเพื่อนใหม่ ได้ฝึกการทำงานเป็นทีม มีโอกาสได้เรียนรู้การใช้ภาษาอังกฤษ ได้ฝึกทักษะการวางแผน เปิดโอกาสให้มีการจ้างงาน ก้าวข้ามข้อจำกัดเพื่อสร้างโอกาสให้ตนเอง และการมีตัวตนในสังคม<sup>6</sup> โดยผู้เล่นอาจสามารถพัฒนาด้านตนเองและกลายเป็นผู้เล่นมืออาชีพได้<sup>7,8</sup> สำหรับผลทางลบของอีสปอร์ตนั้น การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Chan และคณะ<sup>9</sup> พบงานวิจัยหลายเรื่องที่ระบุว่าการเล่นเกมออนไลน์ รวมทั้งการเข้าร่วมการแข่งขันอีสปอร์ต และการบริโภคอีสปอร์ต สัมพันธ์กับผลลัพธ์การใช้ชีวิตที่ไม่ดี (poor lifestyle outcomes) ได้แก่ การมีกิจกรรมทางกายลดลง ค่าดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมเนือยนิ่งมากขึ้น มีการรับประทานอาหารที่ไม่ดีมากขึ้น การบริโภคเครื่องดื่มที่มีความหวาน การมีคุณภาพหรือระยะเวลาการนอนลดลง และ

มีภาวะขาดการนอนหลับมากขึ้น นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าการพนันและการเล่นเกมมีความคล้ายคลึงกัน<sup>10-14</sup> โดยเฉพาะโครงสร้างและคุณสมบัติที่ทำให้เกิดการเล่นซ้ำ ๆ<sup>13-15</sup> และเกมประเภทโมบา (multiple online battle arena: MOBA) ซึ่งเป็นหนึ่งในรูปแบบของอีสปอร์ต ยังมีอันตรายต่อสมองส่วนหน้าซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการคิดวิเคราะห์ สมาธิ ความจำ และการตัดสินใจด้วยเหตุผล โดยสมองส่วนนี้ จะทำงานลดลงเมื่อสมองส่วนลิมบิกได้รับการกระตุ้นด้วยความอยาก ความสนุก ความท้าทายจากการต่อสู้ และการได้คะแนนหรือชัยชนะในเกม เมื่อเกิดขึ้นบ่อย ๆ ซ้ำ ๆ ต่อเนื่องนาน ๆ จะนำไปสู่วงจรสมองติดเกม<sup>16</sup> ซึ่งโรคติดเกมเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์ โดยผู้ที่เป็โรคติดเกมจะมีอาการหลักคือ 1) ให้ความสำคัญกับการเล่นเกมมากกว่ากิจกรรมอื่น ๆ จนทำให้ทำกิจกรรมอื่นลดลง 2) มีความบกพร่องในการควบคุมพฤติกรรมการเล่นเกม และ 3) แม้จะเกิดผลกระทบด้านลบแล้ว แต่ผู้นั้นยังคงเล่นเกมอย่างต่อเนื่อง<sup>17</sup> การมีกีฬาอีสปอร์ตจึงนำไปสู่คำถามมากมายว่ากีฬานี้ จะสร้างนักกีฬาที่แท้จริง หรือเพียงเปิดช่องให้ผู้เล่นติดเกมมากขึ้น

การจะพัฒนาเป็นนักกีฬาหรือเป็นแค่เด็กที่เล่นเกมเพื่อความสนุกสนานไปเรื่อย ๆ นั้นเกี่ยวข้องกับคุณลักษณะและแรงจูงใจของผู้เล่นเกม การศึกษาของ Larrieu และคณะ<sup>18</sup> ระบุว่า แรงจูงใจในการเล่นแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) เล่นเพื่อความบันเทิง (recreational) 2) เล่นเพื่อการแข่งขัน (competitive) 3) เล่นเพื่อหลีกเลี่ยงความจริงสู่จินตนาการ (escapers) โดยผู้เล่นที่มีแรงจูงใจแบบ competitive และ escapers มีคะแนนแบบวัดการติดเกม (internet gaming disorder scale) สูงกว่ากลุ่มผู้เล่นที่มีแรงจูงใจแบบ recreational จึงดูเหมือนว่าการแข่งขันอีสปอร์ต ซึ่งผู้เล่นมักมีแรงจูงใจในการแข่งขัน อาจมีความเชื่อมโยงกับปัญหาการติดเกม ในขณะที่การศึกษาของ Bányai และคณะ<sup>19</sup> ระบุว่า แรงจูงใจในการแข่งขันเกม การพัฒนาทักษะ และแรงจูงใจทางสังคม เป็นตัวทำนายการวางแผนอาชีพในฐานะผู้เล่นอีสปอร์ตมืออาชีพ ซึ่งควรมีการศึกษาความเสี่ยงที่ผู้เล่น

ในเส้นทางอาชีพอาจกลายเป็นผู้เล่นเกมที่มีปัญหาด้วย นอกจากนี้ การศึกษาของ Stone<sup>20</sup> ระบุว่า แม้จะมีการเหมารวมแบบเดิม (traditional stereotypes) ที่มองผู้เล่นเกมในลักษณะเชิงลบและแบ่งแยก แต่ก็พบว่ามีส่วนมองผู้เล่นเกมในลักษณะที่พึงประสงค์ด้วย เช่น ความขยันหมั่นเพียร ทักษะการรู้คิดที่ดี และความสามารถในการเล่นที่ดียเยี่ยม

อีสปอร์ตมีประเด็นที่ยังเป็นที่ถกเถียงกันหลายประการ ทั้งในมิติของเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ โดยเฉพาะในประเด็นระดับปัจเจก เช่น คุณลักษณะ แรงจูงใจ เส้นทางอาชีพ และผลกระทบของผู้เล่นเกม ที่ยังมีช่องว่างที่ต้องการข้อมูลเชิงประจักษ์เพิ่มเติม ดังนั้นการศึกษารุ่นนี้จึงมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาคุณลักษณะของผู้เล่นเกมมืออาชีพ 2) เพื่อศึกษาแรงจูงใจ ผลกระทบทางบวกและลบในมิติด้านจิตสังคมของผู้เล่นเกมมืออาชีพ และ 3) เพื่อศึกษาเส้นทางอาชีพของผู้เล่นเกมและความเหมือนหรือต่างจากเด็กติดเกม เพื่อสะท้อนและขยายภาพของผู้เล่นเกมมืออาชีพให้มีความชัดเจน ซึ่งจะเป็ข้อมูลความรู้ประกอบการตัดสินใจ พุดคุย ส่งเสริม และดูแลผู้เล่นเกมซึ่งเป็นเด็กและเยาวชน ให้ได้รับประโยชน์จากอีสปอร์ต และลดผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้นสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการต่อไป

## วิธีการ

การศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ระหว่างเดือนมกราคมถึงตุลาคม พ.ศ. 2563 โดยสัมภาษณ์ผู้เล่นเกมและบุคคลรอบข้างที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้เล่นเกม เพื่อให้ได้ข้อมูลอย่างรอบด้าน โดยข้อมูลที่ได้รับถูกนำมาตีความผ่านกรอบการตีความใน 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) การตีความทัศนคติ ความคิดเห็นต่อประเด็นที่ถูกถาม (attitude towards issues) 2) การตีความข้อมูลตามความเป็นจริง ไม่ปนทัศนคติใด ๆ (fact on issues) และ 3) การตีความพฤติกรรมตามปัจจัยสภาพแวดล้อมที่แตกต่างของผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละคน (behavioral response to environmental issues) โดยการตีความข้างต้นได้ถูกตรวจสอบด้วยการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation)

### การเข้าถึงข้อมูล

เนื่องจากประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเกมและอีสปอร์ตเป็นประเด็นที่มีผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย โดยจากการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการศึกษาผลกระทบของอีสปอร์ตที่มีต่อสุขภาวะเด็กและการสร้างรูปแบบความรับผิดชอบร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 9 กลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเล่นเกมของเด็กและเยาวชน ได้แก่ 1) จิตแพทย์และกุมารแพทย์ 2) ครู/อาจารย์ในโรงเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา 3) ผู้ปกครองของเด็ก 4) ผู้บริหารในหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง 5) นายกสมาคม/กรรมการสมาคมกีฬาอีสปอร์ตแห่งประเทศไทย 6) ผู้ประกอบกิจการที่เกี่ยวข้องกับการจัดการแข่งขันอีสปอร์ต 7) ผู้เล่นอีสปอร์ตและผู้ฝึกสอนอีสปอร์ต 8) เจ้าหน้าที่ที่ทำงานด้านเด็ก และ 9) เครือข่ายเด็ก เยาวชน และครอบครัว<sup>6</sup> ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้เกณฑ์ดังกล่าวข้างต้นเป็นหลัก และได้ตัดกลุ่มผู้บริหารออกเนื่องจากไม่มีความเกี่ยวข้องกับ

ประเด็นวิจัย และคงไว้ซึ่ง 8 กลุ่มที่เหลือโดยยกรวมบางส่วนให้เป็นกลุ่มเดียวกัน คงเหลือ 6 กลุ่ม รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 53 คน รายละเอียดดังตารางที่ 1

### เครื่องมือในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นแบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย คำถาม เพศ อายุ อาชีพ และระดับการศึกษา และ 2) ข้อคำถามปลายเปิด เพื่อตอบคำถาม 3 ข้อตามประเด็นการวิเคราะห์ (theme of analysis) ได้แก่ คุณลักษณะของผู้เล่นเกมมืออาชีพ แรงจูงใจและผลกระทบทางบวกและลบในมิติด้านจิตสังคมของผู้เล่นเกมมืออาชีพ และเส้นทางอาชีพของผู้เล่นเกมและความเหมือนหรือต่างจากเด็กติดเกม โดยข้อคำถามดังกล่าวนำไปสู่การออกแบบคำถามทั้งหมด 3 ชุด (question categories) เพื่อตอบเป้าหมายการวิจัยดังกล่าว แบบสัมภาษณ์ได้ถูกนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คนตรวจสอบ

ตารางที่ 1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญและวิธีการเข้าถึง

| กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ                                                                            | จำนวน                                                                                                                                                                | วิธีการเข้าถึง                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ผู้เล่นเกม                                                                                     | 26 คน (ชาย 23 คน หญิง 3 คน)                                                                                                                                          | - ประชาสัมพันธ์รับสมัครใน Facebook<br>- ประชาสัมพันธ์ในมหาวิทยาลัยภายในคณะที่มีการเรียนการสอนเกี่ยวข้องกับเกมและอีสปอร์ต<br>- การแนะนำต่อกันมา (snowball sampling)                                         |
| 2. สมาชิกในครอบครัวของผู้เล่นเกม                                                                  | 13 คน (ชาย 4 คน หญิง 9 คน) ได้แก่ บิดา หรือมารดา 7 คน พี่ 2 คน ภรรยา 4 คน                                                                                            | ขอข้อมูลติดต่อจากผู้เล่นเกม                                                                                                                                                                                |
| 3. เพื่อนของผู้เล่นเกม                                                                            | 5 คน (ชาย 2 คน หญิง 3 คน)                                                                                                                                            | ขอข้อมูลติดต่อจากผู้เล่นเกม                                                                                                                                                                                |
| 4. ครู หรืออาจารย์ของผู้เล่นเกม                                                                   | 3 คน (ชายทั้งหมด)                                                                                                                                                    | ขอข้อมูลติดต่อจากผู้เล่นเกม                                                                                                                                                                                |
| 5. ผู้จัดการแข่งขัน โค้ชผู้ฝึกสอน หรือผู้ที่ทำงานในวงการเกมและอีสปอร์ต                            | 7 คน (ชายทั้งหมด) ได้แก่ ผู้ซึ่งไม่เคยแข่งขันเกมมาก่อน 1 คน และเป็นอดีตผู้เล่นเกมมือสมัครเล่นด้วย 6 คน                                                               | - ผู้วิจัยติดต่อผ่านทีมอีสปอร์ตต่าง ๆ<br>- การแนะนำต่อกันมา (snowball sampling)                                                                                                                            |
| 6. จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น นักวิชาการ หรือผู้ที่ทำงานด้านการส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชน | 5 คน (ชาย 2 คน หญิง 3 คน) ได้แก่ อาจารย์มหาวิทยาลัย 2 คน นักวิชาการ 1 คน จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 คน และข้าราชการในหน่วยงานด้านการส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็ก 1 คน | - ติดต่อผ่านศูนย์ประสานงานขับเคลื่อนการส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการใช้สื่อออนไลน์ หรือศูนย์โคแพท (child online protection action Thailand; COPAT)<br>- การแนะนำต่อกันมา (snowball sampling) |

ความตรงเชิงเนื้อหา ผลการตรวจสอบได้ค่าสอดคล้องเท่ากับ 1.00 ทุกข้อ ซึ่งถือว่าเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยวิเคราะห์จากเนื้อหาที่ปรากฏจากการให้ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลักเท่านั้น (manifest content) โดยผู้วิจัยไม่ได้จัดกระทำกับเนื้อหาที่ซ่อนอยู่ (latent content) ข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด จะถูกนำมาจัดหมวดหมู่ (categories) ตามกฎแห่งหมวดหมู่ (rule of coding) ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ผ่านคำถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เมื่อข้อมูลถูกจัดหมวดหมู่แล้ว จะถูกนำมาถอดเพื่อวิเคราะห์ความหมาย (encoding) ทำการนับซ้ำ (frequency) เพื่อทำความเข้าใจ 3 ประเด็นหลักอันเป็นวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) ถอดข้อมูลจากการบันทึกเสียง จัดระเบียบ ถอดคำ (code text) และนับซ้ำด้วยมือ (manually encoding) และ 2) สร้างอัตมโนทัศน์ของข้อมูลใน 2 ลักษณะ (categories) ได้แก่ ข้อมูลที่คล้ายคลึงกันและข้อมูลที่แตกต่างกัน จัดหมวดหมู่ หาความเชื่อมโยง และตีความจากข้อมูลที่ได้รับ โดยตัวอย่างกระบวนการถอดความออกมาเป็นอัตมโนทัศน์ แสดงดังตารางที่ 2

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ Si 849/2019 ลงวันที่

13 ธันวาคม 2562 โดยก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายถึงรายละเอียดการทำวิจัยแก่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ซึ่งมีสิทธิตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัยหรือไม่ก็ได้ จากนั้นจึงขอให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยก่อนการสัมภาษณ์ สำหรับผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ผู้วิจัยได้ขอความยินยอมโดยตรง รวมทั้งขอความยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมก่อนการสัมภาษณ์ด้วย

### ผล

#### ข้อมูลทั่วไปของผู้เล่นเกม

จากผู้เล่นเกมจำนวน 26 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม โดยอิงจากทฤษฎีพัฒนาการด้านอาชีพ (theory of career development) ของ Tiedeman และ O'Hara<sup>21</sup> ได้แก่ ผู้เล่นเกมที่มีการฝึกฝนเล่นเกมอย่างจริงจัง (pre-professional gamers) หมายถึงผู้ที่อยู่ในระยะเตรียมเลือกอาชีพ จำนวน 8 คน ผู้เล่นเกมมืออาชีพ (professional gamers) หมายถึงผู้ที่อยู่ในระยะการประกอบอาชีพและการปรับตัว จำนวน 8 คน และอดีตผู้เล่นเกมมือสมัครเล่นและอดีตผู้เล่นเกมมืออาชีพ (ex-professional and ex-semiprofessional gamers) หมายถึงผู้ที่ผ่านระยะเตรียมเลือกอาชีพและระยะการประกอบอาชีพและการปรับตัวแล้ว และเปลี่ยนไปทำอาชีพอื่น จำนวน 10 คน แสดงดังตารางที่ 3

#### ตารางที่ 2 ตัวอย่างกระบวนการถอดคำออกมาเป็นกลุ่มอัตมโนทัศน์

| หน่วยความหมาย (meaning unit)                        | ถอดคำ (code)           | สร้างกลุ่มอัตมโนทัศน์ (categories)   |
|-----------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------------|
| ประเด็น : เป้าหมายอาชีพอีสปอร์ต                     |                        |                                      |
| ในกลุ่ม pre-professional gamers                     |                        |                                      |
| คนที่ 1 (เพศชาย)                                    | เลือกจะทำเป็นอาชีพก่อน | เข้าสู่อาชีพแบบเต็มตัว               |
| “ถ้าโอกาสมา ก็อาจจะไม่ต่อมหาวิทยาลัยครับ            | การเรียน (1)           |                                      |
| เดี๋ยวเรียนตอนไหนก็ได้ แต่โอกาสนี้ไม่ได้มาง่าย ๆ    |                        |                                      |
| ทุกคนก็รู้ว่ารายได้มันค่อนข้างมหาศาล”               |                        |                                      |
| คนที่ 2 (เพศหญิง)                                   | เลือกทั้งการเรียนและ   | รักษาสมดุลระหว่างอีสปอร์ตกับการเรียน |
| “ยังรู้สึกว่า อาชีพอีสปอร์ตน่าจะอยู่กับเราได้ไม่นาน | การทำเป็นอาชีพ (1)     | หรืออาชีพอื่น                        |
| ก็ก็มองว่าเป็นความชอบแบบว่าเสริมจากชีวิตจริงดีกว่า  |                        |                                      |
| อีสปอร์ตอะ”                                         |                        |                                      |



### การเข้าสู่การอีสปอร์ตและเป้าหมายอาชีพ

พบประเด็นการเข้าสู่การอีสปอร์ตมีความเหมือนกัน ในทั้งกลุ่ม pre-professional gamers, professional gamers, และ ex-professional and ex-semiprofessional gamers คือ เข้ามาใน 2 ลักษณะ ดังนี้ 1) เข้ามาด้วยตนเองจากความสนใจในอีสปอร์ต และ 2) มีผู้ชักชวนให้เข้าทีมเนื่องจากเห็นฝีมือ เมื่อเข้าสู่เส้นทางอาชีพแล้ว ทั้ง 3 กลุ่มมีเป้าหมายอาชีพแตกต่างกัน โดยเป้าหมายอาชีพของกลุ่ม pre-professional gamers พบว่ามี 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) เข้าสู่อาชีพแบบเต็มตัว โดยพักการเรียน และ 2) รักษาสมดุลระหว่างอีสปอร์ตกับการเรียนหรืออาชีพอื่น โดยมีความแตกต่างบางส่วนระหว่างผู้เล่นชายและหญิง กล่าวคือ ผู้เล่นชายแม้ว่าจะมีเป้าหมายในการเข้าศึกษาต่อในมหาวิทยาลัย แต่หากได้รับโอกาสในการเป็นผู้เล่นเกมมืออาชีพก็อาจจะพิจารณาพักการเรียนเพื่อทุ่มเทกับการเล่นเกมอาชีพอย่างเต็มที่ เพราะเป็นโอกาสที่น้อยคนจะได้รับและมีค่าตอบแทนที่สูง ในขณะที่

ผู้เล่นหญิงนั้นมีแนวโน้มจะเล่นเกมเพื่อการแข่งขันเป็นอาชีพเสริม และเลือกเรียนหรือทำงานอื่นไปด้วย เพราะมีโอกาสได้รับค่าตอบแทนน้อยกว่า ทั้งนี้ หากผู้เล่นหญิงผันตัวไปเป็นสตรีมเมอร์หรือเล่นเกมให้ผู้อื่นชม จะได้รับความนิยมมากกว่าการเล่นเกมเพื่อการแข่งขัน เป้าหมายอาชีพในกลุ่ม professional gamers พบว่ามี 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) เล่นเกมและทำธุรกิจส่วนตัว 2) เล่นเกมเพื่อเป็นแชมป์โลกก่อนแล้วค่อยทำงานต่อในวงการเกม เช่น โค้ช นักพากย์ และ 3) เล่นเกมโดยยังไม่มีเป้าหมายอื่นนอกจากเกม ในขณะที่เป้าหมายอาชีพในกลุ่ม ex-professional and ex-semiprofessional gamers จำแนกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) เล่นเกมเป็นงานอดิเรก โดยประกอบอาชีพอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเล่นเกมเพื่อเลี้ยงชีพ และอาจกลับเข้าสู่เส้นทางการแข่งขันถ้ามีโอกาส และ 2) ผันตัวทำงานอื่นในวงการอีสปอร์ต ซึ่งแม้ว่าพวกเขาจะยังคงเล่นเกม แต่พวกเขาเลือกที่จะทำงานบทบาทอื่นในวงการอีสปอร์ตมากกว่าการเป็นผู้เล่น และมุ่งพัฒนางานปัจจุบันของตนเอง

### ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้เล่นเกม

| กลุ่มของผู้เล่นเกม                                    | เพศ (คน)            | อายุ (ปี)              | ระดับการศึกษา (คน)                                                                                                                      | สถานะอื่น ๆ (คน)                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------|---------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| pre-professional gamers                               | ชาย (5)<br>หญิง (3) | (16 - 31)<br>(21 - 26) | กำลังศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย (4)<br>สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (1)<br>สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (2)<br>กำลังศึกษาปริญญาโท (1)      | -                                                                                                                                                                                                                                       |
| professional gamers                                   | ชาย (8)             | (13 - 36)              | กำลังศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น (1)<br>สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (2)<br>กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี (1)<br>สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (4) | สมรส (3)<br>อยู่กับแฟน (1)                                                                                                                                                                                                              |
| ex-professional gamers/<br>ex-semiprofessional gamers | ชาย (10)            | (19 - 37)              | กำลังสอบเข้ามหาวิทยาลัย (1)<br>พักการเรียนในระดับปริญญาตรี (1)<br>กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี (1)<br>สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (7)      | พนักงานบริษัทเอกชน (2)<br>นักวิทยาศาสตร์การกีฬา (1)<br>นักร้องและเจ้าของบริษัท production (1)<br>โค้ชผู้ฝึกสอนอีสปอร์ต (2)<br>นักพากย์อีสปอร์ต (1)<br>เจ้าของทีมอีสปอร์ตและผู้จัดการแข่งขันอีสปอร์ต (2)<br>ผู้จัดการแข่งขันอีสปอร์ต (1) |



“ถ้าโอกาสมา ก็อาจจะไม่ต้องมหาวิทยาลัยครับ เติบโตเรียนตอนไหนก็ได้ แต่โอกาสนี้ไม่ได้มาง่าย ๆ ทุกคนก็รู้ว่ารายได้มันค่อนข้างมหาศาล” (ผู้เล่นเกมระดับ pre-professional)

“ก็ยังไม่ได้มีเป้าหมายอะไรเป็นพิเศษ...ผมก็อยากชนะไปเรื่อย ๆ จนอายุประมาณสัก 30 มั้ง แล้วค่อยคิด” (ผู้เล่นเกมระดับ professional)

“ตอนนี้ทำงานประจำเป็นพนักงานบริษัทเอกชนครับ...ผมไม่ได้เลิกแข่งนะ แค่หมดสัญญาแล้วไม่มีคนติดต่อมาเฉย ๆ” (ผู้เล่นเกมระดับ ex-professional และ ex-semiprofessional)

### คุณลักษณะของผู้เล่นเกม

ลักษณะของผู้เล่นเกมในสายตาของครอบครัวและบุคคลรอบข้าง พบว่า มุมมองที่มีต่อการเล่นเกมของผู้เล่นเกมมี 2 แบบ ได้แก่ 1) ครอบครัวสนับสนุนตั้งแต่แรก และ 2) ครอบครัวไม่สนับสนุนในเบื้องต้น แต่เมื่อเวลาผ่านไปก็ยอมรับมากขึ้น เพราะเห็นว่าผู้เล่นได้รับค่าตอบแทน หรือชื่อเสียงจากการเล่นเกม โดยสัดส่วนทั้งสองกลุ่มนี้ใกล้เคียงกัน คุณลักษณะของผู้เล่นเกมในมุมมองที่มีต่อตนเอง พบว่า ผู้เล่นเกมมีมุมมองต่อตนเองว่าด้วยการติดเกมหรือไม่ใน 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) คิดว่าตนเองไม่ได้ติดเกม และ 2) คิดว่าตนเอง “เคย” ติดเกม โดยผู้ที่คิดว่าตนเองเคยติดเกมระบุว่า พวกเขาอาจจะเคยติดเกมมาก่อน หรือเคยได้รับผลกระทบทางลบบางอย่าง แต่หลังจากนั้นพวกเขาจะปรับตัวไม่ให้การเล่นเกมส่งผลกระทบต่อชีวิต สำหรับมุมมองต่อตนเองว่าด้วยคุณสมบัติของการเป็นผู้เล่นเกมมืออาชีพ ผู้เล่นเกมทุกคนกล่าวในทำนองเดียวกันว่า ฝีมือการเล่นเกมไม่ใช่สิ่งที่สำคัญที่สุด แต่จะต้องมีคุณลักษณะอื่น ๆ ที่ประกอบกัน ได้แก่ 1) ความมีระเบียบวินัยและความรับผิดชอบ 2) ความใฝ่รู้และพัฒนาตนเองอยู่เสมอ 3) ความฉลาดทางอารมณ์ และ 4) การได้รับการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว

“น่าจะประมาณตอนอายุ 14 ปี เคยนอนคุยกันแล้วเขาพูดขึ้นมาว่า เขาไปได้ไกลนะ แม่เชื่อสิ จนเขาก็เริ่มเล่นจริงจังขึ้น...ในเมื่อเขาคิดว่าเขาทำได้ดีแล้วก็สนับสนุน โดยที่เร

ก็ประทับใจประคองสิ่งที่ยังต้องดูแล...เมื่อห้ามแล้วไม่ประสบความสำเร็จก็สนับสนุนไปเลยจะได้ไม่ต้องมาลำบากใจกัน...อย่างลูกแม่...แม่อีกไม่อยากให้ใครมาเลียนแบบน้องนะ อย่าทิ้งการเรียน ลีก็ แม่ก็ยังเป็นห่วง”

“มันก็ติดนะ แต่มันเป็นอาชีพเรา ก็เลยไม่เสียอย่างอื่น ถ้าเรียนอยู่ติดเกมมันทำให้เสียการเรียน อันนั้นมันเป็นงานของเรา เราก็มองไม่เสียการงาน”

“ผมก็เคยผ่านมามีเหมือนกัน (ติดเกม) บางครั้งเราพยายามที่จะโฟกัสในส่วนของการแข่งขันกับความเก่งจะครับ โหยหาที่จะชนะ จนเราต้องการฝึกตัวเอง เพื่อไปถึงจุดสูงสุดในการแข่ง จุดที่เป็นผู้ชนะแล้วมันก็ทำให้หยุดไม่ได้”

### แรงจูงใจ ผลกระทบทางบวกและลบของผู้เล่นเกม

แรงจูงใจที่ทำให้เริ่มเล่นเกม เกิดขึ้นใน 2 ลักษณะ คือ

1) คนรอบตัวของพวกเขาเล่นเกม ทำให้เกิดบรรยากาศอยากเล่นตาม และ 2) สื่อโฆษณาเชิญชวนให้เล่นเกม แรงจูงใจที่ทำให้เกมกลายเป็นงานอดิเรกและเป็นกิจกรรมที่จริงจังมากขึ้น ประกอบด้วย 1) ความสนุกสนานและความบันเทิงจากตัวของเกมเอง และ 2) พัฒนาการด้านสังคมของวัยรุ่นที่ผู้เล่นเกมได้รับอิทธิพลจากเพื่อน และ 3) ความท้าทายจากการแข่งขันและการตลาด การประชาสัมพันธ์ของธุรกิจเกม ส่วนแรงจูงใจในระดับมืออาชีพ ประกอบด้วย 1) เงินและงาน บางครั้งผู้เล่นอาจรู้สึกเบื่อหรือเหนื่อยกับการเล่นเกม แต่ก็ยังคงเล่นเกมต่อไปเพราะเกมเป็นงานและเงินของเขา 2) ชื่อเสียงและการยอมรับโดยผู้เล่นส่วนหนึ่งเล่าว่าพวกเขาจะยิ่งพยายามและจริงจังกับการเล่นเพื่อรักษามาตรฐานและชื่อเสียงของตน 3) ความท้าทายและการแข่งขัน 4) การขาดแรงจูงใจด้านการเรียน เพราะมีแนวคิดที่ว่า “การประสบความสำเร็จด้านการเรียนไม่ได้หมายถึงการประสบความสำเร็จในชีวิต”

“ต้องจริงจัง ต้องซ้อมทุกวัน เพราะเราอยู่ในฐานะ (ชื่อสมมติ) ในความรู้สึกคือมันเป็นสโมสรใหญ่มาก ถ้าเราเอาชื่อเขามาแล้วเราทำไม่เต็มที่ เราก็จะเป็นขี้ปากคนนะ”

“พ่ออยากให้เรียนจบก่อนค่อยไปทำต่อ แต่ปัจจัยหลาย ๆ อย่าง ผมก็อธิบายไปครับว่า อีสปอร์ตมันเหมือนกับว่าใช้ช่วงอายุคนอะครับ 18 - 27 ปี เลยจากนั้นก็เหมือนกับ

หมดอายุอะครับ เหมือนต้องรีไทร์แล้ว ผมก็เลยบอกว่ามันเป็นโอกาสที่นาน ๆ ทีมีครั้ง เหมือนเป็นโอกาสที่เข้ามาครั้งเดียวในชีวิตอะครับ ถ้าไม่คว้าไว้มันก็จะหลุดไปเลย เขาก็แบบว่าโอเค แต่ถ้าเลิกแข่งเมื่อไหร่ก็กลับมาเรียนก็ดีเหมือนกัน”

ผลกระทบทางบวก ในระดับมือสมัครเล่น ได้แก่

1) ได้รับทักษะบางอย่างจากการเล่นเกม เช่น ทักษะการวางแผน ทักษะการสื่อสาร 2) ได้ฝึกทักษะการเข้าสังคม ฝึกการตั้งเป้าหมาย ฝึกความรับผิดชอบ และการจัดสรรเวลา 3) เกิดอารมณ์ทางบวก เช่น ความสนุกสนาน เพลิดเพลิน ผ่อนคลาย และ 4) ต่อยอดไปสู่อาชีพที่เกี่ยวข้องกับเกม ส่วนในระดับมืออาชีพ พบ 3 ประเด็น ได้แก่ 1) ได้รับค่าตอบแทนที่เลี้ยงชีพได้ 2) รู้สึกภาคภูมิใจในตนเองและได้รับการยอมรับจากสังคม และ 3) ได้ประสบการณ์ในการต่อยอดอาชีพ

“ได้เพื่อน เพื่อนใหม่ เพื่อนที่ชอบเหมือนกัน เจอคนที่แปลก ๆ บ้าง นิสัยไม่ดีบ้าง แล้วก็เจอคนที่ดีบ้าง คนที่เรารู้สึกที่เราเข้าได้กับเขา แล้วก็ได้แฟนเพราะเล่นเกมด้วย”

“รายได้ที่มันจะต่อยอดในระยะยาว คือถ้าคุณมีฝีมือ คุณเก่งจริง คุณมีชื่อเสียง คุณไปทำสตรีม หรือไปทำยูทูบมันก็จะมีคนติดตาม”

ผลกระทบทางลบ ในระดับมือสมัครเล่น พบประเด็นที่เกี่ยวข้องดังนี้ 1) สมาธิในการเรียนลดลง จนอาจขาดแรงจูงใจในการเรียนรู้สิ่งอื่น ๆ 2) เกิดอารมณ์และพฤติกรรมทางลบ 3) ขาดการเรียนรู้ในสังคมจริง 4) เสียเงินและเวลาไปโดยไม่ได้ผลลัพธ์ที่ตั้งเป้าไว้ 5) อาจถูกล่อลวงและตกเป็นเหยื่อมิจฉาชีพในโลกออนไลน์ เช่น การทำงานแล้วไม่ได้รับค่าตอบแทน การหลอกให้ลงทุน 6) ประสบปัญหาด้านสุขภาพและด้านการจัดระเบียบชีวิต เช่น ปวดหัว ปวดตา ปวดหลัง นอนดึก อ่อนเพลีย และทะเลาะกับครอบครัวเพราะไม่สามารถจัดระเบียบเวลาในชีวิตได้ 7) อาจเป็นกลุ่มเสี่ยงในการถูกชักจูงเข้าสู่การพนันออนไลน์ เนื่องจากผู้มีอิทธิพลบนสื่อสังคมออนไลน์ (influencers) จำนวนหนึ่ง รับโฆษณาเว็บไซต์พนันซึ่งมีการใช้คำในลักษณะเชิญชวนให้เข้ามา “เล่นเกม” และได้ผลตอบแทน ในขณะที่ระดับมืออาชีพพบว่า ผู้เล่นเกม 1)

มีเวลาส่วนตัวน้อยลง 2) เกิดอารมณ์ทางลบ 3) ประสบปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย โดยแม้ว่าจะมีการสื่อสารในสังคมว่านักกีฬาอีสปอร์ตต้องแบ่งเวลา มีวินัย ต้องออกกำลังกาย และดูแลสุขภาพ แต่ในความเป็นจริงพบว่า สังกัดอีสปอร์ตไม่ได้มีข้อกำหนดในเรื่องการดูแลสุขภาพที่ชัดเจนนัก มีเพียงคำแนะนำซึ่งขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้เล่นเอง 4) มีโอกาสกลายเป็นส่วนหนึ่งของวงการพนันออนไลน์ 5) มีโอกาสถูกเอารัดเอาเปรียบในสัญญาจ้างที่ไม่เป็นธรรม 6) ขาดโอกาสพัฒนาความรู้และทักษะในอาชีพที่มั่นคงอื่น ๆ และ 7) มีโอกาสประสบปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ อาการติดเกม ปัญหาการเรียน การหยุดเรียน ตกซ้ำชั้น ออกจากระบบการศึกษา และมีโรคทางจิตเวช เช่น โรคสมาธิสั้น ปัญหาการควบคุมอารมณ์ และปัญหาการใช้สารเสพติด

“คุณเล่นเยอะเกินไป คุณก็ไม่มีเวลาทำอย่างอื่น ไม่มีเวลาเรียนหนังสือ ไม่มีเวลาทำงาน เล่นแล้วควบคุมอารมณ์ไม่ได้ เล่นแพ้อาละวาด คุณชนะคุณมั่นใจในฝีมือคุณมากเกินไป คุณก็ไปดูถูกคนอื่น บูลลี่คนอื่น หรือถ้าคุณเล่นห่วยไปโดนคนอื่นบูลลี่มา คุณก็มาเครียด ก็ไม่ดีอีก”

“อย่างคนรอบตัวผมหลาย ๆ คนที่เป็นนักแข่งน้อยมากเลยที่จะออกกำลังกาย นอนดึก ไม่ออกกำลังกาย จ้องหน้าคอม จ้องมือถือเยอะ ผมรู้สึกเลยว่าตอนเด็ก ๆ ผมพืตกว่านี่ ช่วงนี้ผมรู้สึกง่วงตาเบลออย่างมาก ตื่นมาารู้สึกว่าไม่ bright เหมือนมันเบลอล่ะครับ”

“พออีสปอร์ตดัง คนเข้ามามากขึ้น มันมีเว็บพนันที่จะจ่ายเงินให้หลาย ๆ สังกัด...เวลาที่เขาทำ content ไปดูเลยจะมีต่อท้ายด้วยอะไรที่เป็นโฆษณาเกี่ยวกับการพนัน...ก็มีเว็บพนันเคยมาเสนอที่เหมือนกัน...แต่ว่าเมื่อไหร่ที่เราได้เงิน เว็บพนันไปเราจะหมดโอกาสไปขอสปอนเซอร์ดี ๆ แต่บางคนเขาไม่ได้สนภาพลักษณ์ เขาสนใจแค่”

### เส้นทางอาชีพ และความเหมือนหรือต่างจากเด็กติดเกม

ปัจจัยที่ทำให้ผู้เล่นธรรมดากลายเป็นผู้เล่นในระดับมืออาชีพ ได้แก่ 1) ฝีมือที่โดดเด่นทำให้ได้รับความสนใจ และการชักชวนเข้าสู่ทีมระดับมืออาชีพ และ 2) การสั่งสม

ประสบการณ์แข่งขันจนมีเครือข่าย (connection) และได้รับโอกาสเข้าร่วมทีมระดับมืออาชีพ โดยระยะเวลาของผู้เล่นเกมอาชีพนั้นค่อนข้างสั้น เพราะมีการแข่งขันสูง และกระแสความนิยมของเกมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ทำให้เมื่อถึงระยะเวลาหนึ่ง ผู้เล่นทั้งในระดับมือสมัครเล่นและระดับมืออาชีพจะต้องปรับตัว เพื่อหาอาชีพที่เลี้ยงตนเองให้ได้เส้นทางที่ผู้เล่นเกมแต่ละคนจะไปต่อได้นั้นขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถ และการปรับตัวของแต่ละบุคคล สำหรับผู้เล่นที่ไม่ประสบความสำเร็จหรือไม่สามารถปรับตัวหลังจากหมดระยะเวลาการเป็นผู้เล่นเกมมืออาชีพแล้ว มีแนวโน้มจะประสบปัญหาในการหางานทำ นอกจากนี้ ด้วยลักษณะของการจัดการแข่งขัน ซึ่งจะขึ้นอยู่กับกระแสความนิยมในเกมนั้น ๆ ทำให้ผู้เล่นเกมอาจมีการเปลี่ยนเกมที่เล่นเป็นอาชีพ และผู้เล่นเกมก็อาจหันกลับเข้าสู่เส้นทางอาชีพผู้เล่นเกมอีกครั้งได้เมื่อมีเกมใหม่ ๆ เกิดขึ้น แม้ว่าจะเคยออกจากเส้นทางอาชีพนี้มาแล้วในอดีตก็ตาม

สำหรับความเหมือนหรือต่างจากเด็กติดเกมนั้น จากมุมมองของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งมีทั้งผู้เล่นเกมและบุคคลรอบข้าง ผู้เล่นเกม เห็นว่าผู้เล่นเกมมืออาชีพมีทั้งส่วนที่คล้ายคลึงและแตกต่างจากผู้ติดเกม ประเด็นที่ทำให้ผู้เล่นเกมแตกต่างจากผู้ติดเกม ได้แก่ การมีทักษะการบริหารเวลาและการมีความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ของผู้เล่นเกม นอกจากนี้ ในเส้นทางอาชีพยังมีพลวัตรของการปรับตัว ผู้เล่นเกมที่ไม่มีเป้าหมายอาชีพด้านนี้มาก่อนจะมีเป้าหมายอาชีพที่ชัดเจนขึ้นเมื่อมีโอกาสได้เข้าร่วมทีมอีสปอร์ต และปัจจัยที่ทำให้ผู้เล่นเกิดการปรับตัวให้ดีขึ้น ได้แก่ การสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ระบบของทีมระดับมืออาชีพ และการได้รับผลกระทบทางลบจนกระทั่งอยากเปลี่ยนแปลงตนเองให้ดีขึ้น

“มองข้างนอกอาจจะแยกยาก เพราะจะเห็นว่านักกีฬาก็ดูเหมือนเล่นเกมอย่างเดียว แต่ที่เรียกเป็นนักกีฬาได้เนี่ย หลังจากเล่นเสร็จ ในทีมต้องมา reflect กันว่า เกมเมื่อก็จุดบกพร่องอยู่ที่ไหน จะแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างไร...แตกต่างจากเด็กติดเกมคือจะเล่นเกมทั้งวันโดยไม่ได้อะไรตัวเองเล่นไม่ดีตรงไหน แล้วไม่ได้มีการวางแผนชีวิต ไม่ได้ทำกิจกรรมอื่น

เลยนอกจากเล่นเกม...จริง ๆ นักกีฬาอีสปอร์ตหลาย ๆ คนเกิดจากเด็กติดเกมนะครับ เป็นเด็กติดเกมมาก่อน แต่ว่าเขาวางแผนชีวิตจนเขาสามารถพัฒนาฝีมือจนขึ้นมาเป็นนักกีฬาอีสปอร์ต”

“เป็นนักกีฬามันก็พอต่างนะ เพราะว่าเขาจัดการอะไรต่าง ๆ ได้ยังไม่ได้เสียจริตอะไรไป ยังทำหน้าที่อะไรได้...ติดเกมก็คือทุกอย่างเสีย...ส่วนกลุ่มที่เป็นนักกีฬานั้นกว่าเขาจะสามารถจัดระบบได้...ไม่ใช่ทุกคนที่ผ่านด่านเหล่านั้นมาถึงตรงนี้ได้นะ...คำว่านักกีฬาระดับประเทศ ใครไปถึงบ้าง ถามว่ากว่าจะไปถึงตรงนั้น มีกี่คนที่เสียจริตไป ที่ไปเข้าสู่เกณฑ์ของแพทย์ ตรงนี้ต่างหาก นั่นคือเด็กติดเกม”

## วิจารณ์

ผู้เล่นเกมเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยเพศชายมีแนวโน้มจะตัดสินใจเข้าสู่อาชีพแบบเต็มตัวมากกว่า ในขณะที่เพศหญิงมีแนวโน้มว่าจะเล่นเกมควบคู่กับการเรียนหรือการทำงานอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Stone<sup>20</sup> ที่ระบุว่าเพศชายมีแนวโน้มจะมีส่วนร่วมกับการเล่นเกมโดยมีความถี่ในการเล่นมากกว่าเพศหญิง ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ผู้เล่นหญิงมีการแบ่งเวลาไปทำกิจกรรมอื่นมากกว่าผู้เล่นชาย เกมที่ผู้เล่นใช้ในการแข่งขันมีทั้งเกมที่ได้รับการรับรองและไม่ได้รับการรับรองการแข่งขันจากสมาคมกีฬาอีสปอร์ตแห่งประเทศไทย<sup>22</sup> ซึ่งเป็นหน่วยงานที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกีฬาแห่งประเทศไทย (กกท.) ที่พยายามสร้างมาตรฐาน และกำกับดูแลการแข่งขันอีสปอร์ตในประเทศไทย นอกจากนี้ สมาคมกีฬาอีสปอร์ตแห่งประเทศไทยยังได้ระบุคุณสมบัติของนักกีฬาอีสปอร์ตไว้ เช่น บุคคลที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องได้รับการยินยอมอย่างเป็นทางการจากผู้ปกครองและมีผลการเรียนที่ผ่านเกณฑ์ของสถานศึกษา<sup>23</sup> ผลการศึกษาพบว่า ยังมีเด็กและเยาวชนที่เข้าร่วมการแข่งขันอีสปอร์ตที่ไม่มีการรับรองใด ๆ แสดงให้เห็นถึงช่องว่างที่เด็กและเยาวชนไม่ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง และอาจได้รับผลกระทบทางลบจากการเล่นเกม และการแข่งขันที่ไม่มีการกำกับดูแล

มุมมองต่อตนเองว่าด้วยคุณสมบัติของการเป็นผู้เล่นเกมมืออาชีพ มีความสอดคล้องในบางส่วนกับการศึกษา

ของ Himmelstein และคณะ<sup>24</sup> ซึ่งระบุปัจจัยที่เป็นอุปสรรคขัดขวางความสำเร็จของนักกีฬาอีสปอร์ตไว้ด้วย ได้แก่ ความไม่เชื่อมั่นและไว้วางใจในทีม วิธีการจัดการกับความกังวลอย่างไม่เหมาะสม ประสบการณ์ทั้งความสำเร็จและล้มเหลวในอดีต การถูกรบกวนหรือก่อวุ่น การขาดการพัฒนาตนเอง และทีม นอกจากนี้ การแบ่งแยกการใช้ชีวิตและการเล่นเกมก็เป็นสิ่งที่ทำได้ยาก และเป็นอีกอุปสรรคที่ขัดขวางความสำเร็จของนักกีฬาอีสปอร์ต

ผลการศึกษาพบแรงจูงใจในหลายลักษณะทั้งในระดับผู้เล่นมือสมัครเล่นและมืออาชีพที่น่าสนใจคือผลการศึกษาไม่พบแรงจูงใจในการเล่นเกมน้อยกว่าการหลีกเลี่ยงความจริง โดยการปล่อยอารมณ์ไปตามความบันเทิงหรือจินตนาการ (escapism) ซึ่งเป็นแรงจูงใจสำคัญที่มีผลนำไปสู่ปัญหาการเล่นเกม<sup>13,25,26</sup> อย่างไรก็ตาม แรงจูงใจในการเล่นเพื่อการแข่งขันที่มีอยู่ในผู้เล่นมือสมัครเล่นและมืออาชีพก็อาจมีจุดที่น่ากังวลว่าจะมีความเชื่อมโยงกับการติดเกมเพียงใด เพราะมีผลกระทบทางลบซึ่งสะท้อนออกมาจากผลการวิจัยว่า ผู้เล่นอาจมีสมาธิในการเรียนลดลง อาจประสบปัญหาด้านสุขภาพและด้านการจัดระเบียบชีวิต และมีโอกาสประสบปัญหาสุขภาพจิต จากการศึกษาของ Larrieu และคณะ<sup>18</sup> ระบุว่าผู้เล่นที่มีแรงจูงใจแบบเล่นเพื่อการแข่งขันมีคะแนนแบบวัดการติดเกม (internet gaming disorder scale) สูงกว่าผู้เล่นที่เล่นเพื่อความบันเทิง ทั้งนี้ แบบวัดการติดเกมเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะแบ่งแยกความแตกต่างระหว่างผู้เล่นที่เสี่ยงต่อปัญหาการเล่นเกมกับผู้เล่นเกมที่ไม่มีผลกระทบทางลบต่อคุณภาพชีวิต จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นแรงจูงใจที่เชื่อมโยงกับปัญหาการติดเกม

ผลการศึกษาพบว่า การเล่นเกมแม้มีผลกระทบทางบวก แต่ก็มีผลกระทบทางลบจำนวนมาก ทั้งนี้ ข้อมูลจากการศึกษาจำนวนหนึ่งชี้ให้เห็นว่า ด้วยธรรมชาติของเด็กและวัยรุ่น และลักษณะของเกมที่มีความคล้ายคลึงกับการพนันและมีผลต่อสมองส่วนหน้าในการควบคุมความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม<sup>10-16</sup> จึงอาจเป็นเรื่องยากที่เด็กและวัยรุ่นจะสามารถพัฒนาตนเป็นผู้เล่นเกมที่มีความเป็นมืออาชีพจริง ๆ ได้ด้วย

ตนเองหากไม่มีต้นทุนชีวิตหรือปัจจัยเชิงบวกด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้เล่นเกมมีการปรับตัวและมีพฤติกรรมการเล่นเกมอย่างเหมาะสม ปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เล่นมีพฤติกรรมการเล่นเกมอย่างเหมาะสมนั้น สอดคล้องกับปัจจัยด้านต้นทุนชีวิตของเด็กและเยาวชน ซึ่งประกอบด้วยต้นทุนชีวิตภายในและต้นทุนชีวิตภายนอก โดยมีอิทธิพลของปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตใจ และปัจจัยทางสังคม (biopsychosocial model) ที่ร่วมส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของผู้เล่นเกม ทั้งนี้จากการสำรวจสถานการณ์ต้นทุนชีวิต (life asset) ของเด็กและเยาวชนไทย พ.ศ. 2564 พบว่า ต้นทุนชีวิตในด้านต่าง ๆ ของเด็กและเยาวชนไทยมีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ โดยเฉพาะพลังชุมชนและพลังครอบครัว<sup>27</sup> ซึ่งชี้ให้เห็นว่าสภาพแวดล้อมที่จะหล่อหลอมเด็กและเยาวชนนั้นเป็นประเด็นที่ควรมุ่งพัฒนาเป็นอย่างมาก เพื่อเสริมสร้างปัจจัยที่จะสนับสนุนให้เด็กและเยาวชนเล่นเกมอย่างเหมาะสมและลดผลกระทบทางลบในกลุ่มผู้เล่นเกม

Kim และ Thomas<sup>28</sup> ระบุว่าเส้นทางของผู้เล่นเกมมืออาชีพมีทั้งหมด 5 ระยะ ประกอบด้วย 1) ระยะสนุกสนาน (enjoying stage) 2) ระยะพยายามดิ้นรน (struggling stage) 3) ระยะประสบความสำเร็จ (achieving stage) 4) ระยะตกต่ำ (slumping stage) และ 5) ระยะฟื้นตัว (recovering stage) ซึ่งมีลักษณะเป็นวงจร โดยเมื่อผู้เล่นเกมเข้าสู่ slumping stage ก็จะขาดโอกาสในการแสดงศักยภาพ ผู้เล่นจะรู้สึกสูญเสียชื่อเสียงและความพึงพอใจที่เคยได้รับจากประสบการณ์ก่อนหน้านี้ แต่เมื่อเวลาผ่านไปก็จะเข้าสู่ recovering stage ซึ่งผู้เล่นก็จะกลับมาเล่นเกมใหม่อีกครั้ง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ด้วยลักษณะของอีสปอร์ตที่การจัดการแข่งขัน นั้นจะขึ้นอยู่กับกระแสความนิยมในเกมนั้น ๆ ทำให้ผู้เล่นเกมที่กำลังอยู่ในช่วงขาหล่งของอาชีพอาจมีการเปลี่ยนเกมที่เล่น และแม้ว่าผู้เล่นเกมจะเคยออกจากเส้นทางอาชีพแล้ว ผู้เล่นเกมก็อาจหันกลับเข้าสู่เส้นทางอาชีพอีกครั้งได้ในเกมใหม่ ๆ

สำหรับความเหมือนหรือต่างจากเด็กติดเกม ผลการศึกษาพบว่า ประเด็นที่เป็นข้อแตกต่างระหว่างผู้เล่นเกม



สองกลุ่มนี้ ได้แก่ การมีทักษะการบริหารเวลา และการมีความรับผิดชอบต่อน้ำที่ของผู้เล่นเกม อย่างไรก็ตาม ผู้เล่นเกมที่อยู่ในเส้นทางอาชีพนี้มีพลวัตรในการปรับตัว จึงอาจมีทั้งช่วงเวลาที่เหมาะเหมือนติดเกมและไม่ติดเกมก็ได้ ในอนาคตจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้เล่นเกมสามารถปรับตัวอย่างเหมาะสม

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัด ได้แก่ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งไม่สามารถสรุปผลอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรทั้งหมดได้ มุมมองของผู้ให้ข้อมูลที่มีต่อประเด็นความเหมือนหรือต่างจากเด็กติดเกมเป็นการตีความจากการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งอาจไม่ตรงกับเกณฑ์วินิจฉัยทางการแพทย์

### สรุป

การเล่นเกมส์อีสปอร์ตมีผลทางบวกที่เอื้อให้ผู้เล่นเกมสามารถพัฒนาต่อยอดได้ แต่ก็มีผลทางลบหลายประการ ผู้ที่อยู่ในเส้นทางอาชีพผู้เล่นเกมกับเด็กติดเกมนั้นมีพฤติกรรมการเล่นเกมที่เหมือนกัน แต่ผู้เล่นคนนั้นจะเป็นผู้เล่นที่แตกต่างหรือคล้ายคลึงกับเด็กติดเกม ขึ้นอยู่กับระดับความรับผิดชอบหน้าที่และการบริหารเวลาของผู้เล่นเกม การศึกษานี้ยังแสดงให้เห็นถึงช่องว่างของเส้นทางอาชีพผู้เล่นเกม ซึ่งมีจุดที่สามารถส่งเสริมและพัฒนาให้เหมาะสมยิ่งขึ้นได้ ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการเล่นเกมของเด็กและเยาวชนในทุกภาคส่วนควรร่วมกันส่งเสริมให้การเล่นเกมนำมาเกิดผลกระทบทางบวกและลดผลกระทบทางลบให้น้อยที่สุด โดยปัจจัยที่ควรได้รับการส่งเสริมเพื่อให้ผู้เล่นเกมประสบความสำเร็จและมีภูมิคุ้มกันจากการติดเกม ได้แก่ การมีความรับผิดชอบ ทักษะการบริหารเวลา และการสนับสนุนจากคนในครอบครัว

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์บางส่วนสำหรับนักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย จากสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

### เอกสารอ้างอิง

1. Newzoo. Newzoo's global esports & live streaming market report 2022 [Internet]. Amsterdam: Newzoo; 2022 [cited 2022 Jul 20]. Available from: <https://newzoo.com/insights/trend-reports/newzoo-global-esports-live-streaming-market-report-2022-free-version>
2. Eukeik EE. eSport สร้างแบรนด์ได้ดีแค่ไหน [How well does eSport build a brand] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: Marketeer; 24 มิ.ย. 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ก.ค. 2565]. จาก: <https://marketeeronline.co/archives/223676#:~:text=Date%3A%2024%2F06%2F2021,สปอร์ตมากน้อยแค่ไหน>
3. ประกาศคณะกรรมการกีฬามืออาชีพ เรื่อง กำหนดชนิดหรือประเภทกีฬาที่เป็นกีฬามืออาชีพ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2564 [Announcement of the professional sports committee: determination of types of sports which are professional sports (No. 2) 2021] [อินเทอร์เน็ต]. ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 138, ตอนพิเศษ 224 (ลงวันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2564) [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ม.ค. 2565]. จาก: [http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2564/E/224/T\\_0052.PDF](http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2564/E/224/T_0052.PDF)
4. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 11 พ.ศ. 2561 [11<sup>th</sup> national health assembly 2018]. กรุงเทพฯ: พิมพ์สิทธิ์พัฒนา; 2562.
5. กองบรรณาธิการวอยซ์ออนไลน์. เผยปี 60 พบเด็ก-วัยรุ่นป่วยเป็นโรคติดเกมเพิ่มขึ้น 6 เท่าตัว 2561 [In 2017, there was a 6-fold increase in the number of teenagers suffering from gaming addiction] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: Voice online; 11 ก.พ. 2561 [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ม.ค. 2565]. จาก: <https://voicetv.co.th/read/r1voDNTIf>
6. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). การศึกษาผลกระทบของอีสปอร์ตที่มีต่อสุขภาพของเด็กและการสร้างรูปแบบความรับผิดชอบต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง [The impact of e-Sports on children's health and the construction of a shared responsibility model among the relevant departments]. นนทบุรี: สำนักงาน; 2562.

7. Martončík M. e-Sports: playing just for fun or playing to satisfy life goals. *Computers in Human Behavior*. 2015;48:208-11. doi:10.1016/j.chb.2015.01.056.
8. Seo Y, Jung S-U. Beyond solitary play in computer games: The social practices of eSports. *Journal of Consumer Culture*. 2016;16:635-55. doi:10.1177/1469540514553711.
9. Chan G, Huo Y, Kelly S, Leung J, Tisdale C, Gullo M. The impact of eSports and online video gaming on lifestyle behaviours in youth: a systematic review. *Comput Human Behav*. 2022;126:106974. doi:10.1016/j.chb.2021.106974.
10. Fisher S, Griffiths M. Current trends in slot machine gambling: Research and policy issues. *J Gambl Stud*. 1995;11(3):239-47. doi:10.1007/BF02104791.
11. Johansson A, Götestam KG. Problems with computer games without monetary reward: similarity to pathological gambling. *Psychol Rep*. 2004;95(2):641-50. doi:10.2466/pr0.95.2.641-650.
12. Griffiths M, King D, Delfabbro P. The technological convergence of gambling and gaming practices. In: Richard DCS, Blaszczynski A, Nower L, editor. *The Wiley-Blackwell handbook of disordered gambling*. Wiley: Chichester; 2013.
13. Bányai F, Griffiths MD, Király O, Demetrovics Z. The psychology of esports: a systematic literature review. *J Gambl Stud*. 2019;35(2):351-65. doi:10.1007/s10899-018-9763-1.
14. Wood RT, Griffiths MD, Chappell D, Davies MN. The structural characteristics of video games: a psycho-structural analysis. *Cyberpsychol Behav*. 2004;7(1):1-10. doi:10.1089/109493104322820057.
15. King D, Delfabbro P, Griffiths M. Video game structural characteristics: a new psychological taxonomy. *Int J Ment Health Addict*. 2010;8:90-106. doi:10.1007/s11469-009-9206-4.
16. ชาม เชื้อสถาปนศิริ, พริยา เพชรแก้ว, มัณฑนา ด้านมะลิ. ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อหน่วยงานรัฐบาล เอกชน และภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้องต่อมาตรการในการกำกับดูแลป้องกัน เด็กและเยาวชน ที่เข้าร่วมกิจกรรมการแข่งขันและวิดีโอเกม/เกมออนไลน์เพื่อแข่งขันชิงเงินรางวัล (e-Sports) อย่างปลอดภัยและรู้เท่าทัน [Policy proposals to government agencies, private sectors and civil society concerned with measures to regulate, supervise and prevent children and youth participating in prize competitions in video game/online game (e-Sports) competitions to be safe and knowingly]. กรุงเทพฯ: สมาคมวิทยุและสื่อเพื่อเด็กเยาวชน; 2561.
17. World Health Organization. Addictive behaviors: gaming disorder [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2022 Jul 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/addictive-behaviours-gaming-disorder>
18. Larrieu M, Billieux J, Décamps G. Problematic gaming and quality of life in online competitive videogame players: Identification of motivational profiles. *Addict Behav*. 2022;133:107363. doi:10.1016/j.addbeh.2022.107363.
19. Bányai F, Zsila Á, Griffiths MD, Demetrovics Z, Király O. Career as a professional gamer: gaming motives as predictors of career plans to become a professional esports player. *Front Psychol*. 2020;11:1866. doi:10.3389/fpsyg.2020.01866.
20. Stone JA. Self-identification as a “gamer” among college students: Influencing factors and perceived characteristics. *New Media & Society*. 2019; 21(11-12):2607-27. doi:10.1177/1461444819854733.



21. สถาบันพัฒนาการศึกษานอกกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยภาคกลาง. รายงานการวิจัยการพัฒนาแนวทางการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาอาชีพของศูนย์ฝึกอาชีพชุมชนในภาคกลาง [Research report on development of educational management guidelines for career development of community vocational training centers in the central region]. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ; 2555.
22. กองบรรณาธิการผู้จัดการออนไลน์. ส.กีฬาอีสปอร์ต เปิดโผ 16 เกมแรก รับรองการแข่งขัน [Thailand e-Sports federation has opened a list of the first 16 games, certified the competition] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: MGR online; 27 พ.ย. 2561 [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ธ.ค. 2561]. จาก: <https://mgronline.com/game/detail/9610000118458?fbclid=IwAR3xpaH7JAFAg6-ovXoX-L8exrZ6PsQiwz8nj9HDeFQg7vSSYDOymKXxaTw>
23. สมาคมกีฬาอีสปอร์ตแห่งประเทศไทย. ข้อมูลพื้นฐานกีฬาอีสปอร์ต [Basic information on e-Sports] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สมาคม; [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ม.ค. 2565]. จาก: <https://tesf.or.th/>.
24. Himmelstein D, Liu Y, Shapiro JL. An exploration of mental skills among competitive league of legend players. *Int J Gaming Comput Mediat Simul.* 2017;9(2):1-21. doi:10.4018/IJGCMS.2017040101.
25. Király O, Nagygyörgy K, Koronczai B, Griffiths MD, Demetrovics Z. Assessment of problematic internet use and online video gaming. In: Aboujaoude E, Starcevic V, editor. *Mental health in the digital age: grave dangers, great promise.* Oxford: Oxford University Press; 2015. p. 46-68.
26. Yee N. Motivations for play in online games. *Cyberpsychol Behav.* 2006;9(6):772-775. doi:10.1089/cpb.2006.9.772.
27. ศูนย์คุณธรรม. ดัชนีชี้วัดสถานการณ์คุณธรรม ครั้งแรกของประเทศไทย [Moral situation index Thailand's first] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ก.พ. 2565]. จาก: <https://moralcenter.or.th/ศูนย์คุณธรรม/news/pr-news/753-news-23-12-64.html>.
28. Kim SH, Thomas M. A stage theory model of professional video game players in South Korea: the socio-cultural dimensions of the development of expertise. *Asian Journal of Information Technology.* 2015;14:176-86. doi:10.3923/ajit.2015.176-186.

## นิพนธ์ต้นฉบับ

# การศึกษาต้นทุนของกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัมโดยการเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้า ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

วันรับ : 20 พฤษภาคม 2565

วันแก้ไข : 13 กันยายน 2565

วันตอบรับ : 14 กันยายน 2565

กฤษฎาตุนเดช วงศ์เวชวิวัฒน์, วท.ม.<sup>1</sup>, ใจนุช กาญจนภู, ปร.ด.<sup>1</sup>,

สุวภาพ เตชะมทามณีนรัตน์, ปร.ด.<sup>1</sup>, พิธาน โฆษิตชัยวัฒน์, บธ.ม.<sup>1</sup>,

ธีรรัตน์ แทนชา, ภ.บ.<sup>2</sup>

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม<sup>1</sup>

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อประมาณต้นทุนและสำรวจปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับต้นทุนของกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัมในมุมมองของสังคม

**วิธีการ :** การศึกษาเชิงพรรณนา ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ สุ่มตัวอย่างเพื่อสัมภาษณ์ผู้ดูแล และเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัม อายุ 3 - 18 ปี เก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้าเป็นระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 - 2562 วิเคราะห์ต้นทุน 3 ด้าน ได้แก่ ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ ต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ และต้นทุนทางอ้อมจากการไม่สามารถทำงานได้หรือการขาดงานของผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบต้นทุนของผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ ด้วย independent t-test และ one-way ANOVA สำหรับข้อมูลต้นทุนที่มีการแจกแจงปกติ และ Mann-Whitney U test และ Kruskal-Wallis test สำหรับข้อมูลต้นทุนที่มีการแจกแจงไม่ปกติ

**ผล :** กลุ่มตัวอย่างจำนวน 147 คน มีต้นทุนรวมในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 313,624.1 บาทต่อคนต่อปี ต้นทุนที่มีสัดส่วนสูงสุด ได้แก่ ต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ 245,374.8 บาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 78.2 ของต้นทุนทั้งหมด เพศชายและหญิงมีต้นทุนทางตรงทางการแพทย์และต้นทุนรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคในกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัมต่างกันมีต้นทุนทางตรงทางการแพทย์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**สรุป :** ต้นทุนของกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัมที่มีสัดส่วนสูงสุด ได้แก่ ต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ และผู้ป่วยเพศชายมีต้นทุนทางตรงทางการแพทย์และต้นทุนรวมสูงกว่าผู้ป่วยเพศหญิง

**คำสำคัญ :** กลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัม, ต้นทุน, ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์, ต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์, ต้นทุนทางอ้อม

**ติดต่อผู้พิมพ์ :** กฤษฎาตุนเดช วงศ์เวชวิวัฒน์; e-mail: kridsadadanudej.won@siam.edu

## Original articles

## Prospective study of cost description of autism spectrum disorders at Yuwaprasart Waithayopatham hospital

Received : 20 May 2022

Revised : 13 September 2022

Accepted : 14 September 2022

Kridsadadanudej Wongwejwiwat, M.Sc.<sup>1</sup>, Jainuch Kanchanapoo, Ph.D.<sup>1</sup>,Suwapab Techamahamaneerat, Ph.D.<sup>1</sup>, Pithan Kositchaivat, M.B.A.<sup>1</sup>,Theerarat Tan-khum, B.Pharm.<sup>2</sup>Faculty of Pharmacy, Siam University<sup>1</sup>Yuwaprasart Waithayopatham Hospital, Department of Mental Health<sup>2</sup>

### Abstract

**Objective:** To estimate and explore related factors of the cost of autism spectrum disorder (ASD) in a societal perspective.

**Methods:** The costs of ASD were prospectively collected by randomly interviewing the caregivers and reviewing the medical records of ASD patients at Yuwaprasart Waithayopatham hospital, aged between 3 - 18 years old from 2017 - 2019. Costs were categorized into direct medical cost, direct non-medical cost, and indirect cost due to productivity loss. The data were analyzed by using descriptive statistics, independent t-test, one-way ANOVA, Mann-Whitney U test, and Kruskal-Wallis test.

**Results:** Among 147 participants, the average total cost of ASD per person was 313,624.1 baht per person per year. The largest cost component was direct non-medical cost (245,374.8 baht per person per year), which comprised 78.2% of the total cost. Direct medical and total costs were significantly different between male and female groups. Direct medical cost was significantly different among groups with different diagnoses of ASD.

**Conclusion:** The largest cost component of ASD was direct non-medical cost. The direct medical and total costs were significantly different between male and female groups.

**Keywords:** autism spectrum disorder, cost, direct medical costs, direct non-medical cost, indirect cost

**Corresponding author:** Kridsadadanudej Wongwejwiwat; e-mail: kridsadadanudej.won@siam.edu

**ความรู้เดิม :** การศึกษาต้นทุนของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัมในประเทศไทยที่ผ่านมายังมีข้อจำกัดด้านความสมบูรณ์ของข้อมูลและความครอบคลุมของประเภทต้นทุน

**ความรู้ใหม่ :** ต้นทุนที่มีมูลค่าสูงที่สุดในผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัม ได้แก่ ต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ ผู้ป่วยเพศชายมีต้นทุนทางตรงทางการแพทย์และต้นทุนรวมมากกว่าเพศหญิง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคในกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัมต่างกันมีต้นทุนทางตรงทางการแพทย์แตกต่างกัน

**ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ :** เป็นแนวทางในการวางแผนงบประมาณและการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัมของประเทศไทย

## บทนำ

กลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัม (autism spectrum disorder; ASD) เป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางสมองที่มีความบกพร่องของพัฒนาการ ได้แก่ พัฒนาการด้านภาษาและสังคมล่าช้า มีพฤติกรรม ความสนใจ และการกระทำซ้ำและจำกัด แสดงอาการให้เห็นในช่วงอายุประมาณ 18 - 30 เดือน ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-V) ได้ระบุความผิดปกติของกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัมใน 2 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านการสื่อสารทางสังคม และด้านพฤติกรรมความสนใจซ้ำ<sup>1</sup> อย่างไรก็ตามกลุ่มโรคเดิมตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (DSM-IV) ที่เข้าได้กับกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัมในปัจจุบัน ได้แก่ โรคออทิซึม (autistic disorder) แอสเพอร์เกอร์ซินโดรม (Asperger's syndrome) และความผิดปกติของพัฒนาการที่ไม่ทราบสาเหตุ (pervasive developmental disorder, not otherwise specified; PDD-NOS)<sup>2</sup> ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีพัฒนาการช้ากว่าปกติ และมีเพียงร้อยละ 7.2 ที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ทำให้จำเป็นต้องพึ่งพิงผู้อื่นสูงและต้องการการดูแลตลอดชีวิต<sup>3,4</sup> ต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงสูงเนื่องจาก

ผู้ป่วยมักขาดโอกาสในการทำงานและผู้ดูแลต้องแบ่งเวลาส่วนหนึ่งเพื่อดูแลผู้ป่วย ทำให้ต้นทุนค่าเสียโอกาสของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อคนมีมูลค่ามาก<sup>5</sup> นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายอื่น เช่น บริการทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายด้านการศึกษา<sup>6</sup> โดยทั่วไปต้นทุนของกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัมสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ (direct medical cost) หมายถึง ทรัพยากรที่ใช้ไปจากการดำเนินการทางสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมต้นทุนในการวินิจฉัย การรักษา การติดตามผล การฟื้นฟู และการดูแลระยะสุดท้าย ไม่ว่าการดูแลเหล่านี้จะเกิดในหรือนอกสถานพยาบาล 2) ต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ (direct non-medical cost) หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่จ่ายเองโดยผู้ป่วย (out-of-pocket expenses) สำหรับสินค้าและบริการที่นอกเหนือจากการดูแลทางการแพทย์ เช่น การเดินทาง อาหาร ค่าจ้างผู้ดูแล สิ่งอำนวยความสะดวก และการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ และ 3) ต้นทุนทางอ้อม (indirect cost) หมายถึง ผลผลิตที่สูญเสียไปจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ หรือจากการขาดงานของผู้ดูแลหรือผู้ปกครอง<sup>7</sup>

ประเทศไทยมีการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนของกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัมในปี พ.ศ. 2557 ในผู้ป่วยจำนวน 37 คน อายุระหว่าง 6 - 15 ปี โดยวิเคราะห์ต้นทุนที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยพลัมภ์ ย้อนหลัง 1 ปี พบว่าต้นทุนของผู้ป่วยทั้งหมด เฉลี่ย 305,627.4 บาทต่อคนต่อปี โดยต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์เป็นต้นทุนที่มีมูลค่ามากที่สุด เฉลี่ย 169,730.9 บาทต่อคนต่อปี การศึกษาดังกล่าวได้ทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อต้นทุนทั้ง 3 ด้าน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคออทิซึมซึ่งมีความรุนแรงของโรคมักกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค PDD-NOS มีต้นทุนทางอ้อมและต้นทุนรวมสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค PDD-NOS ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจนไม่สามารถเข้ารับการศึกษได้ตามปกติมีต้นทุนทางอ้อมที่สูงกว่าผู้ป่วยที่สามารถเข้ารับการศึกษได้ และยังพบว่าจำนวนของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัมที่เพิ่มขึ้นแปรผันตรงกับต้นทุนทางอ้อมและต้นทุนรวม<sup>8</sup> อย่างไรก็ตามการศึกษา

ดังกล่าวมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย จึงอาจส่งผลต่อความแม่นยำของการวิเคราะห์ทางสถิติ และเนื่องจากการศึกษาย้อนหลังจึงอาจขาดสมบูรณ์และความครอบคลุมของข้อมูลต้นทุน โดยเฉพาะต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์และต้นทุนทางอ้อมบางส่วนที่ไม่ได้มีการบันทึกไว้ จึงอาจทำให้ผลการประเมินต่ำกว่าความเป็นจริง ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และติดตามไปข้างหน้า โดยเก็บข้อมูลโดยตรงจากผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วย รวมทั้งการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการก่อต้นทุนแต่ละด้าน เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินค่าใช้จ่ายและงบประมาณของรัฐในการวางแผนดูแลผู้ป่วย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประมาณต้นทุนและสำรวจปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับต้นทุนของกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัม ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ในมุมมองของสังคม ศึกษาแบบไปข้างหน้าเป็นระยะเวลา 3 ปี

## วิธีการ

การศึกษาต้นทุนเชิงพรรณนา ศึกษาต้นทุนในมุมมองของสังคม โดยการสังเกตและการสัมภาษณ์ผู้ดูแลของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัมที่มารับบริการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้าเป็นเวลา 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 - 2562 เกณฑ์การคัดเข้าของผู้ดูแล ได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยที่เข้ากับกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัม และ 2) สามารถสื่อสารด้วยการฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้เป็นอย่างดี เกณฑ์การคัดเข้าของผู้ป่วย ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยที่เข้ากับกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัม ซึ่งได้แก่ โรคออทิซึม แอสเพอร์เกอร์ ซินโดรม และ PDD-NOS ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 (DSM-IV)<sup>2</sup> ระบบรหัส ICD-10 ได้แก่ F84.0, F84.5, F84.8 และ F84.9<sup>3</sup> 2) อายุระหว่าง 3 - 18 ปี และ 3) ได้รับการวินิจฉัยอย่างน้อย 1 ปี เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีนัดพบแพทย์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้งต่อปี

กำหนดขนาดของกลุ่มประชากรตัวอย่างจากสูตรการคำนวณตัวอย่างกรณีทราบจำนวนประชากร<sup>10</sup> จากประชากร 2,996 คน โดยกำหนดสัดส่วนของประชากรที่ต้องการสุ่มเท่ากับร้อยละ 10 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 133 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน แบบบันทึกข้อมูลประจำวัน และแบบบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์ โดยเครื่องมือดังกล่าวได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น ด้วยวิธีตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง<sup>11,12</sup> ผลวิเคราะห์ค่าความเที่ยงตรงของแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน แบบบันทึกข้อมูลประจำวัน และแบบบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์มีค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.95, 0.95 และ 0.97 ตามลำดับ

แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานในการรักษาของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สิทธิการรักษาพยาบาล วันแรกรับ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ และข้อมูลการรักษาสำหรับการวิเคราะห์ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ในโรงพยาบาล ได้แก่ ข้อมูลการบริการทางการแพทย์ การรักษาด้วยยา กิจกรรมฟื้นฟูหรือส่งเสริมสมรรถภาพ การแพทย์ทางเลือกและบริการทันตกรรม ทั้งนี้แบบเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนใช้เก็บข้อมูลการเข้ารับบริการของผู้ป่วยในแต่ละครั้งที่มาโรงพยาบาลตลอดช่วงระยะเวลาทำการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลประจำวัน ประกอบด้วย ข้อมูลรายจ่ายประจำวัน ได้แก่ รายละเอียดและจำนวนเงินที่ใช้จ่ายในแต่ละครั้ง และวันที่กลุ่มตัวอย่างต้องหยุดงานและเป็นเหตุให้สูญเสียรายได้จากการทำงานอันเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อแยกประเภทของต้นทุนเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ที่เกินนอกโรงพยาบาล ได้แก่ การรักษานอกโรงพยาบาล กิจกรรมฟื้นฟูหรือส่งเสริมสมรรถภาพ การแพทย์ทางเลือก และบริการ

พันธุกรรม 2) ต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ ได้แก่ ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายด้านที่พักอาศัย (เช่น ค่าเช่าห้องพักขณะพาผู้ป่วยมารับการรักษา) ค่าใช้จ่ายด้านการศึกษา ค่าใช้จ่ายครัวเรือน (เช่น ค่าอาหาร ค่าเครื่องดื่ม ค่าเครื่องแต่งกาย และค่าใช้จ่ายส่วนบุคคล) และค่าจ้างผู้ดูแล และ 3) ต้นทุนทางอ้อม ได้แก่ ค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลที่สูญเสียรายได้จากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งคำนวณจากค่าแรงรายวันที่ผู้ดูแลสูญเสียจริง หรือรายได้ที่สูญเสียไปในกรณีที่ผู้ดูแลประกอบอาชีพค้าขายหรืออาชีพอิสระ ลักษณะของแบบบันทึกข้อมูลประจำวันเป็นสมุดบันทึกรายจ่ายซึ่งสามารถบันทึกรายจ่ายได้คราวละ 14 วัน โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับสมุดบันทึกรายจ่ายคนละ 2 เล่มต่อเดือน

แบบบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ใช้สัมภาษณ์ผู้ดูแลซึ่งบันทึกแบบบันทึกข้อมูลประจำวันเรียบร้อยแล้ว โดยจะทำการสัมภาษณ์ภายหลังจากการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลด้านต้นทุน 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นนอกโรงพยาบาล ได้แก่ การรักษานอกโรงพยาบาล กิจกรรมฟื้นฟูหรือส่งเสริมสมรรถภาพ การแพทย์ทางเลือก และบริการพันธุกรรม 2) ต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ ได้แก่ ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายด้านที่พักอาศัย ค่าใช้จ่ายด้านการศึกษา ค่าใช้จ่ายครัวเรือน และค่าจ้างผู้ดูแล และ 3) ต้นทุนทางอ้อม ได้แก่ ค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลที่สูญเสียรายได้จากการดูแลผู้ป่วย แบบบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์ใช้บันทึกข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างต่อหน้าหรือทางโทรศัพท์ โดยเป็นการสัมภาษณ์ข้อมูลรายจ่ายที่เกิดขึ้นย้อนหลังเป็นระยะเวลา 3 เดือน เพื่อเก็บข้อมูลรายจ่ายที่เกิดขึ้นนอกช่วงเวลาของผู้ดูแลได้บันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลประจำวัน

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้ 1) สถิติเชิงพรรณนา เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งต้นทุนทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ ต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ และต้นทุนทางอ้อม นำเสนอเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบน

มาตรฐาน และ 2) สถิติเชิงอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของต้นทุนทั้ง 3 ด้าน ในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ โดยทดสอบการแจกแจงข้อมูลปกติในแต่ละตัวแปรด้วยวิธี Kolmogorov-Smirnov test กรณีข้อมูลแจกแจงปกติใช้การทดสอบ independent t-test ในตัวแปรที่แบ่งเป็น 2 กลุ่ม และการทดสอบ one-way ANOVA ในตัวแปรที่แบ่งเป็น 3 กลุ่มขึ้นไป กรณีพบว่าการแจกแจงไม่ปกติใช้ least significant difference test post hoc เพื่อแสดงความแตกต่างระหว่างกลุ่ม<sup>13</sup> และใช้การทดสอบ Mann-Whitney U ในตัวแปรที่แบ่งเป็น 2 กลุ่ม และการทดสอบ Kruskal-Wallis ในตัวแปรที่แบ่งเป็น 3 กลุ่มขึ้นไป

การศึกษานี้นำเสนอต้นทุนในมูลค่าปี พ.ศ. 2563 โดยคำนวณค่าของต้นทุนที่เก็บในเวลาต่างปีเพื่อให้นำมาวิเคราะห์ร่วมกันได้ด้วยวิธีการคำนวณมูลค่าอนาคต (future value; FV) จากมูลค่าปัจจุบัน (present value; PV) ผ่านสูตร  $FV = PV(1+i)^n$  ซึ่ง FV หมายถึง มูลค่าของต้นทุนในปีที่ต้องการคำนวณต้นทุน PV หมายถึง มูลค่าของต้นทุนจริงที่เก็บข้อมูลได้ i คือ อัตราเงินเฟ้อร้อยละ 3 และ n คือ จำนวนปีที่ต่างกันของปีที่เก็บข้อมูลและปีที่ต้องการคำนวณมูลค่า<sup>14</sup> การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม เลขที่ SIAMPY-IRB 2015/002 วันที่ 21 ตุลาคม 2558

## ผล

กลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์การคัดเข้าเบื้องต้นจำนวน 160 คน มีผู้ป่วยที่มีระยะเวลานัดพบแพทย์ในแต่ละรอบนานเกินกว่า 1 ปี จำนวน 13 คน ทำให้ในการศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างคงเหลือทั้งสิ้น 147 คน เป็นเพศชาย 125 คน และเพศหญิง 22 คน ดังแสดงในตารางที่ 1

ต้นทุนของผู้ป่วยในมุมมองของสังคมพบว่า มีต้นทุนทางตรงทางการแพทย์เฉลี่ย 28,031.2 บาทต่อปี สำหรับต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์เฉลี่ย 245,374.8 บาทต่อปี ต้นทุนทางอ้อมเฉลี่ยเท่ากับ 40,218.1 บาทต่อปี ในส่วนของต้นทุนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 313,624.1 บาทต่อคนต่อปี ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลคุณสมบัติพื้นฐานของผู้ป่วย

| ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย                      | จำนวนคน (n = 147) | ร้อยละ (ร้อยละ) |
|---------------------------------------------|-------------------|-----------------|
| <b>เพศ</b>                                  |                   |                 |
| ชาย                                         | 125               | 85.1            |
| หญิง                                        | 22                | 14.9            |
| <b>ช่วงอายุ</b>                             |                   |                 |
| 3 - 6 ปี                                    | 112               | 76.2            |
| > 6 - 12 ปี                                 | 24                | 16.3            |
| > 12 - 18 ปี                                | 11                | 7.5             |
| <b>การวินิจฉัยกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัม</b> |                   |                 |
| autism disorder (F84.0)                     | 132               | 89.8            |
| PDD-NOS (F84.9)                             | 13                | 8.8             |
| Asperger's syndrome (F84.5)                 | 2                 | 1.4             |
| <b>ภูมิลำเนาปัจจุบัน</b>                    |                   |                 |
| กรุงเทพฯ และปริมณฑล                         | 98                | 66.7            |
| ต่างจังหวัด                                 | 49                | 33.3            |
| <b>โรคประจำตัวอื่น ๆ</b>                    |                   |                 |
| ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ                      | 118               | 80.3            |
| มีโรคประจำตัวอื่น ๆ                         | 29                | 19.7            |
| <b>การศึกษา</b>                             |                   |                 |
| ไม่เรียน                                    | 98                | 66.7            |
| เรียน                                       | 49                | 33.3            |
| <b>การรักษาด้วยยา</b>                       |                   |                 |
| ใช้ยา                                       | 84                | 57.14           |
| ไม่ใช้ยา                                    | 63                | 42.86           |
| <b>รายได้ครัวเรือน</b>                      |                   |                 |
| ≤ 20,000 บาทต่อเดือน                        | 56                | 38.10           |
| 20,001 - 40,000 บาทต่อเดือน                 | 63                | 42.86           |
| > 40,000 บาทต่อเดือน                        | 28                | 19.04           |

PDD-NOS = pervasive developmental disorder, not otherwise specified

ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ประกอบด้วย ต้นทุนด้านยาเฉลี่ยเท่ากับ 3,726.9 บาทต่อปี ต้นทุนบริการทางการแพทย์เฉลี่ย 10,150.2 บาทต่อปี ต้นทุนทางทันตกรรมในโรงพยาบาลเฉลี่ย 436.7 บาทต่อปี ต้นทุนกิจกรรมฟื้นฟูหรือส่งเสริมสมรรถภาพเฉลี่ย 12,587.8 บาทต่อปี ต้นทุนการรักษานอกโรงพยาบาลเฉลี่ย 2,162.2 บาทต่อปี ต้นทุนทันตกรรมนอกโรงพยาบาลเฉลี่ย 180.8 บาทต่อปี และต้นทุนด้าน

การแพทย์ทางเลือกเฉลี่ย 167.4 บาทต่อปี ข้อมูลต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ประกอบด้วย ต้นทุนค่าเดินทางมาโรงพยาบาลเฉลี่ย 10,948.1 บาทต่อปี ต้นทุนค่าที่พักอาศัย 423.4 บาทต่อปี ต้นทุนด้านการศึกษาเฉลี่ย 8,621.4 บาทต่อปี ต้นทุนด้านค่าใช้จ่ายครัวเรือนเฉลี่ย 224,723.8 บาทต่อปี ต้นทุนค่าจ้างผู้ดูแลเฉลี่ย 1,034.0 บาทต่อปี ต้นทุนทางอ้อมคำนวณจากค่าเสียโอกาสของผู้ดูแล โดยมีค่าเฉลี่ย 40,218.1 บาทต่อปี ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลต้นทุนของกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัม

| ค่าสถิติ             | ต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัม (บาทต่อปี) |                                      |               |           |
|----------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------|-----------|
|                      | ต้นทุนทางตรง<br>ทางการแพทย์                                | ต้นทุนทางตรง<br>ที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ | ต้นทุนทางอ้อม | ต้นทุนรวม |
| ค่าต่ำสุด            | 4,434.8                                                    | 76,912.0                             | 1,108.0       | 100,945.2 |
| ค่าสูงสุด            | 560,715.4                                                  | 932,922.0                            | 254,119.0     | 988,560.3 |
| มัธยฐาน              | 19,174.2                                                   | 213,185.0                            | 20,050.0      | 280,780.4 |
| ค่าเฉลี่ย            | 28,031.2                                                   | 245,374.8                            | 40,218.1      | 313,624.1 |
| ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 47,974.1                                                   | 130,656.0                            | 50,015.8      | 144,626.3 |
| สัดส่วน (ร้อยละ)     | 8.9                                                        | 78.3                                 | 12.8          | 100.0     |

กลุ่มตัวอย่างเพศชายและหญิงมีต้นทุนทางตรงทางการแพทย์และต้นทุนรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุแตกต่างกันมีต้นทุนทางตรงทางการแพทย์แตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยโรคในกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัมที่แตกต่างกันมีต้นทุนทางตรงทางการแพทย์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่กรุงเทพฯ และปริมณฑลมีต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์แตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ต่างจังหวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างที่มีและไม่มีโรคประจำตัวอื่นมีต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ ต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ ต้นทุนทางอ้อม และต้นทุนรวมไม่แตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการศึกษามีต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์และต้นทุนรวมแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาด้วยยาและกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยามีต้นทุนทางตรงทางการแพทย์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ครัวเรือนต่างกันมีต้นทุนทางอ้อมและต้นทุนรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

## วิจารณ์

การศึกษานี้เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัมในช่วงอายุ 3 - 18 ปี ข้อมูล

ความจำเพาะของอายุและคุณลักษณะทางเพศในผู้ป่วยและการศึกษาความชุกของโรค พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง<sup>2,15</sup> ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษารั้งนี้ที่มีผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพศชายที่มีมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญอาจมีผลต่อการทดสอบความแตกต่างของต้นทุนทางตรงทางการแพทย์และต้นทุนรวมได้

ต้นทุนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 313,624.1 บาทต่อคนต่อปี เมื่อเทียบกับการศึกษาที่มีการแบ่งต้นทุนเป็น 3 ด้าน เช่นเดียวกันในสหรัฐอเมริกา พบว่ามีต้นทุนรวมตลอดชีวิตผู้ป่วยเท่ากับ 3.2 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อคนต่อปี<sup>16</sup> ซึ่งอาจเกิดจากระยะเวลาในการเก็บข้อมูลต่างกัน การศึกษานี้พบว่าต้นทุนที่สูงที่สุด ได้แก่ ต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ โดยกลุ่มตัวอย่างมีต้นทุนค่าใช้จ่ายในครัวเรือนสูงที่สุด แตกต่างจากผลการศึกษาในสหรัฐอเมริกา 2 เรื่อง ที่พบว่าต้นทุนทางอ้อมสูงเป็นต้นทุนที่สูงที่สุดของกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัม คิดเป็น 1.8 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อคนตลอดชีพ หรือ 22,711.7 ดอลลาร์สหรัฐต่อคนต่อปี<sup>7,16</sup> และการศึกษาด้านทุนของผู้ป่วยในสหราชอาณาจักรและสหรัฐอเมริกาที่พบว่าต้นทุนของผลิตภาพที่สูญเสียไปเป็นต้นทุนที่มีมูลค่าสูง<sup>5</sup> แสดงให้เห็นว่าในบริบทของประเทศไทย ต้นทุนของกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัมส่วนใหญ่เกิดจากการใช้จ่ายเพื่อการดูแลผู้ป่วย และพฤติกรรมทางสังคมที่ผู้ดูแลมีความรู้สึกที่ต้องรับผิดชอบต่อความขาดแคลนที่ผู้ป่วยได้รับตั้งแต่กำเนิด

ตารางที่ 3 ประเภทต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ ต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ และต้นทุนทางอ้อม

| ประเภทต้นทุน                           | ค่าต่ำสุด<br>(บาทต่อปี) | ค่าสูงสุด<br>(บาทต่อปี) | มีฐาน<br>(บาทต่อปี) | ค่าเฉลี่ย<br>(บาทต่อปี) | ส่วนเบี่ยงเบน<br>มาตรฐาน<br>(บาทต่อปี) | สัดส่วน<br>(ร้อยละ) |
|----------------------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------|-------------------------|----------------------------------------|---------------------|
| ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์                |                         |                         |                     |                         |                                        |                     |
| 1. ค่ายา                               | 0.0                     | 24,562.0                | 560.3               | 3,726.9                 | 5,497.4                                | 12.3                |
| 2. บริการทางการแพทย์                   | 781.7                   | 547,025.0               | 1,776.9             | 10,150.3                | 49,805.9                               | 35.2                |
| 3. พันกรรมในโรงพยาบาล                  | 0.0                     | 4,377.0                 | 0.0                 | 436.7                   | 941.8                                  | 1.6                 |
| 4. กิจกรรมด้านฟื้นฟูหรือส่งเสริมสุขภาพ | 418.8                   | 45,190.2                | 10,932.4            | 12,587.8                | 9,073.2                                | 42.9                |
| 5. แพทย์ทางเลือกนอกโรงพยาบาล           | 0.0                     | 7,200.0                 | 0.0                 | 167.4                   | 829.8                                  | 0.6                 |
| 6. การรักษานอกโรงพยาบาล                | 0.0                     | 20,100.0                | 1,400.0             | 2,162.2                 | 2,751.7                                | 6.7                 |
| 7. พันกรรมนอกโรงพยาบาล                 | 0.0                     | 10,000.0                | 0.0                 | 180.8                   | 1,006.1                                | 0.6                 |
|                                        | 4,434.8                 | 560,715.4               | 19,174.2            | 28,031.2                | 47,974.1                               | 100.0               |
| ต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์       |                         |                         |                     |                         |                                        |                     |
| 1. ค่าใช้จ่ายด้านการเดินทาง            | 500.0                   | 63,000.0                | 8,300.0             | 10,948.1                | 8,300.0                                | 4.5                 |
| 2. ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับที่พักอาศัย      | 0.0                     | 4,500.0                 | 0.0                 | 423.4                   | 0.0                                    | 0.0                 |
| 3. ค่าใช้จ่ายด้านการศึกษา              | 0.0                     | 89,600.0                | 0.0                 | 8,621.4                 | 15,346.9                               | 3.5                 |
| 4. ค่าใช้จ่ายในครัวเรือน               | 74,512.0                | 858,222.0               | 122,090.4           | 224,723.8               | 122,090.4                              | 91.6                |
| 5. ค่าจ้างผู้ดูแล                      | 0.0                     | 84,000.0                | 0.0                 | 1,034.0                 | 8,883.9                                | 0.4                 |
|                                        | 76,912.0                | 932,922.0               | 213,185.0           | 245,374.8               | 130,656.0                              | 100.0               |
| ต้นทุนทางอ้อม                          |                         |                         |                     |                         |                                        |                     |
| 1. ค่าเสียโอกาสของผู้ดูแล              | 1,108.0                 | 254,119.0               | 20,050.0            | 40,218.1                | 50,015.8                               | 100.0               |
|                                        | 1,108.0                 | 254,119.0               | 20,050.0            | 40,218.1                | 50,015.8                               | 100.0               |

ตารางที่ 4 ต้นทุนแต่ละประเภทจำแนกตามข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

|                               | n                         | ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ |                      |                    | ต้นทุนทางอ้อมที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ |                      |                    | ต้นทุนรวม         |                      |                    |
|-------------------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------|-----------------------------------|----------------------|--------------------|-------------------|----------------------|--------------------|
|                               |                           | มียุทธ (บาทต่อปี)       | ค่าเฉลี่ย (บาทต่อปี) | p-value            | มียุทธ (บาทต่อปี)                 | ค่าเฉลี่ย (บาทต่อปี) | p-value            | มียุทธ (บาทต่อปี) | ค่าเฉลี่ย (บาทต่อปี) | p-value            |
| เพศ                           | ชาย                       | 20,390.1                | 30,700.3             | < .01 <sup>a</sup> | 217,179.0                         | 251,495.0            | .14 <sup>a</sup>   | 22,300.0          | 40,976.0             | .96 <sup>a</sup>   |
|                               | หญิง                      | 9,885.1                 | 12,866.1             |                    | 181,065.0                         | 210,601.2            |                    | 15,737.0          | 35,911.9             |                    |
| อายุ                          | 3 - 6 ปี                  | 21,801.3                | 31,632.2             | < .01 <sup>c</sup> | 214,287.5                         | 252,531.2            | .70 <sup>c</sup>   | 21,306.5          | 41,615.2             | .49 <sup>c</sup>   |
|                               | > 6 - 12 ปี               | 13,254.0                | 13,465.5             |                    | 183,511.0                         | 223,727.6            |                    | 15,092.0          | 33,363.4             |                    |
|                               | > 12 - 18 ปี              | 7,078.0                 | 23,146.2             |                    | 227,310.0                         | 219,740.3            |                    | 22,300.0          | 40,949.1             |                    |
|                               |                           |                         |                      |                    |                                   |                      |                    |                   |                      | .18 <sup>d</sup>   |
| การวินิจฉัย                   | autism (F84.0)            | 20,252.4                | 30,384.8             | .01 <sup>c</sup>   | 213,507.5                         | 245,312.2            | .18 <sup>c</sup>   | 17,643.5          | 40,225.7             | .28 <sup>c</sup>   |
|                               | PDD-NOS (F84.9)           | 6,942.0                 | 7,554.3              |                    | 181,266.0                         | 226,299.8            |                    | 31,674.0          | 44,757.8             |                    |
|                               | Asperger syndrome (F84.5) | 5,796.2                 | 5,796.2              |                    | 373,496.0                         | 373,496.0            |                    | 10,209.0          | 10,209.0             |                    |
|                               |                           |                         |                      |                    |                                   |                      |                    |                   |                      | .51 <sup>d</sup>   |
| ภูมิภาคปัจจุบัน               | กรุงเทพฯ และบริเวณชด      | 19,107.8                | 29,189.1             | .80 <sup>a</sup>   | 203,237.5                         | 229,245.4            | .04 <sup>a</sup>   | 20,259.5          | 42,304.7             | .46 <sup>a</sup>   |
|                               | ต่างจังหวัด               | 19,806.8                | 25,715.5             |                    | 223,160.0                         | 277,633.7            |                    | 20,050.0          | 36,044.9             |                    |
| โรคประจำตัว                   | ไม่มี                     | 19,030.6                | 27,354.7             | .17 <sup>a</sup>   | 204,469.5                         | 246,438.8            | .67 <sup>a</sup>   | 20,848.0          | 40,501.6             | .55 <sup>a</sup>   |
|                               | มี                        | 25,619.9                | 30,784.0             |                    | 231,320.0                         | 241,045.4            |                    | 16,604.0          | 39,064.3             |                    |
| การศึกษา                      | ไม่เรียน                  | 18,926.5                | 28,426.7             | .08 <sup>a</sup>   | 171,623.0                         | 202,289.8            | < .01 <sup>a</sup> | 22,431.5          | 38,885.3             | .57 <sup>a</sup>   |
|                               | เรียน                     | 21,059.1                | 27,240.2             |                    | 302,285.0                         | 331,544.8            |                    | 15,454.0          | 42,883.6             |                    |
| การรักษา                      | ไม่ใช้ยา                  | 24,381.9                | 29,915.1             | < .01 <sup>a</sup> | 206,267.5                         | 239,529.6            | .38 <sup>a</sup>   | 23,153.0          | 43,231.8             | .39 <sup>a</sup>   |
|                               | ใช้ยา                     | 14,738.0                | 25,519.4             |                    | 218,322.0                         | 253,168.4            |                    | 16,020.0          | 36,199.8             |                    |
| รายได้ครัวเรือนต่อเดือน (บาท) | < 20,000                  | 19,151.3                | 32,011.6             | .85 <sup>c</sup>   | 214,745.0                         | 245,418.5            | .35 <sup>c</sup>   | 45,220.0          | 60,548.3             | < .01 <sup>c</sup> |
|                               | 20,001 - 40,000           | 20,102.1                | 27,095.2             |                    | 222,356.0                         | 361,758.7            |                    | 15,445.0          | 37,117.2             |                    |
|                               | > 40,000                  | 18,464.6                | 22,000.8             |                    | 188,225.5                         | 209,007.3            |                    | 5,932.0           | 56,971.2             |                    |
|                               |                           |                         |                      |                    |                                   |                      |                    |                   |                      | < .01 <sup>d</sup> |

<sup>a</sup> Mann-Whitney U test, <sup>b</sup> independent t-test, <sup>c</sup> Kruskal-Wallis test, <sup>d</sup> One-way ANOVA  
PDD-NOS = pervasive developmental disorder, not otherwise specified

จึงมีค่าใช้จ่ายเพื่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ในส่วนต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านการเดินทาง พบว่ามีต้นทุน 10,948.1 บาทต่อปี ส่วนใหญ่ผู้ป่วยอาศัยในกรุงเทพฯ และปริมณฑล อาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านนี้ไม่สูงมากนัก เนื่องจากสถานที่ในการศึกษาตั้งอยู่ที่จังหวัดสมุทรปราการ เมื่อพิจารณาจากผลการเปรียบเทียบต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่การแพทย์ระหว่างผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กรุงเทพฯ และปริมณฑล และต่างจังหวัด พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเกิดจากรายจ่ายด้านอื่นประกอบกับต้นทุนด้านการเดินทาง ทำให้เกิดความแตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กรุงเทพฯ และปริมณฑล และต่างจังหวัด

ต้นทุนที่สูงเป็นอันดับสองในการศึกษานี้ ได้แก่ ต้นทุนทางอ้อม คิดเป็น 40,218.1 บาทต่อปี โดยพบว่าผู้ดูแลอย่างน้อย 1 คนต่อครอบครัวที่ต้องสูญเสียรายได้จากการขาดงานหรือไม่ได้ทำงานเนื่องจากดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ ต้นทุนทางอ้อมของการศึกษานี้มีสัดส่วนต่ำกว่าการศึกษาของ Ganz<sup>7</sup> และการศึกษาของ Horlin และคณะ<sup>16</sup> ซึ่งข้อมูลจากธนาคารโลก ปี ค.ศ. 2013 แสดงรายได้เฉลี่ยต่อหัวของประเทศสหรัฐอเมริกา และออสเตรเลียเท่ากับ 53,042.0 ดอลลาร์สหรัฐ และ 43,202.4 ดอลลาร์สหรัฐ ตามลำดับ ขณะที่ประเทศไทยมีรายได้เฉลี่ยต่อคน 14,393.5 ดอลลาร์สหรัฐ<sup>17</sup> จึงอาจส่งผลให้ต้นทุนค่าเสียโอกาสของการศึกษาในต่างประเทศมีสัดส่วนสูงกว่าประเทศไทย

ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ถือเป็นต้นทุนในการรักษากลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัมที่สูงกว่าต้นทุนในการรักษาโรคเรื้อรังอื่นในเด็ก จากการศึกษาค่าใช้จ่ายในการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยเด็กโรคหัดที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ พบว่ามีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับ 2,069.5 บาทต่อคนต่อปี<sup>18</sup> ซึ่งต่ำกว่าต้นทุนของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ อาจเนื่องจากแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหัดตาม GINA guideline<sup>19</sup> แนะนำการให้ยาเพื่อควบคุมอาการของโรคตามระดับความรุนแรง ขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัมมีความผิดปกติของสมอง ทำให้มี

ความบกพร่องของพัฒนาการหลายด้าน<sup>3</sup> ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้หายขาด การรักษาจึงเป็นการให้กิจกรรมฟื้นฟูหรือส่งเสริมสมรรถภาพร่วมกับการรักษาด้วยยา พฤติกรรมบำบัด จิตบำบัด และวิธีอื่น เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของผู้ป่วยให้ลดการพึ่งพิงคนรอบข้าง<sup>20</sup> ค่าใช้จ่ายส่วนมากจึงเป็นค่าใช้จ่ายด้านกิจกรรมฟื้นฟู

เมื่อเปรียบเทียบต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ของการศึกษานี้ซึ่งเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นกับต้นทุนการให้บริการของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์เฉลี่ยในการศึกษานี้เท่ากับ 28,031.2 บาทต่อปี ส่วนต้นทุนการให้บริการของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอกต่อครั้งของโรงพยาบาลศูนย์ต่อคนเฉลี่ยเท่ากับ 1,154.8 บาทต่อปี ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอกต่อครั้งของโรงพยาบาลทั่วไปต่อรายเฉลี่ยเท่ากับ 754.3 บาทต่อปี และต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอกต่อคนของโรงพยาบาลชุมชนต่อคนเฉลี่ยเท่ากับ 474.0 บาทต่อปี<sup>21</sup> จะเห็นได้ว่าต้นทุนของโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นมีต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ที่มากกว่าต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอกต่อครั้งของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ต้องพิจารณาถึงวิธีการวิเคราะห์ต้นทุนร่วมด้วย

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าในมุมมองของสังคม สัดส่วนของต้นทุนของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัมส่วนใหญ่เป็นต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์และต้นทุนทางอ้อม มิใช่ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ซึ่งเป็นต้นทุนปกติที่ภาครัฐให้การสนับสนุน เนื่องจากต้นทุนของผู้ป่วยกลุ่มนี้ครอบคลุมมากกว่าการให้บริการทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลของหน่วยงานรัฐ โดยครอบคลุมถึงผู้เกี่ยวข้องในทุกบริบทของการดูแลผู้ป่วย การประเมินการจัดสรรงบประมาณสำหรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในอนาคตจึงอาจต้องนำต้นทุนส่วนอื่นมาใช้ประกอบการวิเคราะห์เพื่อกระจายงบประมาณให้ครอบคลุมการดูแลในทุกมิติด้วย อย่างไรก็ตามการศึกษานี้

ยังมีข้อจำกัดเรื่องการเก็บข้อมูลรายละเอียดการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน เนื่องจากพบว่ากลุ่มตัวอย่างคนอาจมีการบันทึกข้อมูลที่ไม่ตรงตามจริงเท่าที่ควร เช่น การบันทึกการจ่ายเป็นจำนวนเต็มหลักสิบในทุกรายการ และการบันทึกข้อมูลการขาดงานที่ไม่เต็มวัน ซึ่งส่งผลต่อการวิเคราะห์ต้นทุนทางอ้อม การศึกษาเพิ่มเติมในอนาคตอาจเพิ่มรายละเอียดของการขาดงานในแบบบันทึกข้อมูลเพื่อความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น นอกจากนี้ในการวางแผนการเก็บข้อมูลสำหรับการศึกษาต่อไปควรมีการเก็บข้อมูลโดยแยกระดับความรุนแรงของโรคเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ต้นทุนด้วย เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าระดับความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกันมีผลต่อต้นทุน<sup>5</sup>

## สรุป

ต้นทุนของกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัมในมุมมองของสังคมประกอบด้วย 1) ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ ได้แก่ ด้านกิจกรรมฟื้นฟูหรือส่งเสริมสมรรถภาพเฉลี่ย 12,587.8 บาทต่อคนต่อปี บริการทางการแพทย์ 10,150.2 บาทต่อคนต่อปี ด้านยา 3,729.9 บาทต่อคนต่อปี การรักษานอกโรงพยาบาล 2,162.2 บาทต่อคนต่อปี ด้านทันตกรรมในโรงพยาบาล 436.7 บาทต่อคนต่อปี ทันตกรรมนอกโรงพยาบาล 180.8 บาทต่อคนต่อปี และด้านการแพทย์ทางเลือก 167.4 บาทต่อคนต่อปี 2) ต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในครัวเรือนเฉลี่ย 224,723.8 บาทต่อคนต่อปี ค่าใช้จ่ายด้านการเดินทาง 10,948.1 บาทต่อคนต่อปี ค่าใช้จ่ายด้านการศึกษา 8,621.4 บาทต่อคนต่อปี ค่าจ้างผู้ดูแล 1,034.0 บาทต่อคนต่อปี และค่าที่พักอาศัย 423.4 บาทต่อคนต่อปี และ 3) ต้นทุนทางอ้อม ได้แก่ ต้นทุนค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลเฉลี่ย 40,218.1 บาทต่อคนต่อปี เพศชายมีต้นทุนทางตรงทางการแพทย์และต้นทุนรวมสูงกว่าเพศหญิง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคในกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัมต่างกันมีต้นทุนทางตรงทางการแพทย์แตกต่างกัน ผู้ที่อาศัยอยู่กรุงเทพฯ และปริมณฑลมีต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์สูงกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ต่างจังหวัด

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนการศึกษาจากมหาวิทยาลัยสยาม ขอขอบคุณ รศ.ดร.ณฐาณณศิริ ภูมิมางกูร และ ผศ.ดร.วีระยุทธ โพธิ์ธิตร์รัตน์ ที่ให้คำแนะนำในการวิจัย

## เอกสารอ้างอิง

1. American psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V. Washington: American psychiatric association; 2013.
2. American psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IVTM. 4<sup>th</sup> ed. Washington: American psychiatric association; 1994.
3. Centers for disease control and prevention 2014. Autism spectrum disorder (ASD) prevalence [Internet]. Georgia: CDC [cited 2019 Sep 20]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
4. ศิริวรรณ พูลสรรพสิทธิ์, เบญจพร ปัญญา, ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, ประยุทธ์ เสรีเสถียร, วรพรรณ จุฑา. การศึกษาภาวะออทิซึมในประเทศไทยและการดูแลรักษาแบบบูรณาการในระดับประเทศ [Holistic care for Thai autism]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2548;13(1): 10-6.
5. Buescher AV, Cidav Z, Knapp M, Mandell DS. Costs of autism spectrum disorders in the United Kingdom and the United States. JAMA Pediatr. 2014;168(8):721-8. doi:10.1001/jamapediatrics.2014.210.
6. Rogge N, Janssen J. The economic costs of autism spectrum disorder: a literature review. J Autism Dev Disord. 2019;49:2873-900. doi:10.1007/s10803-019-04014-z.
7. Ganz ML. The lifetime distribution of the incremental societal costs of autism. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007;161(4):343-9. doi:10.1001/archpedi.161.4.343.



8. นฤมล จุนสมุทร, ชลิตา ปัญญารัตน์, อลิษา ธัญบุรณ์ภินันท์. การวิเคราะห์ต้นทุนของกลุ่มอาการออทิซึมสเปกตรัม ดิสออเดอร์ (เอเอสดี) : การศึกษานำร่อง ณ โรงพยาบาล ยูวประสาธไวทยโยปถัมภ์ [Cost description of autism spectrum disorder (ASD) a pilot at Yuwaprasart Waithayopatham hospital] [สารนิพนธ์ปริญญาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสยาม; 2557.
9. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision (ICD-10) version for 2010 [Internet]. Geneva; 2010 [cited 2019 Sep 20]. Available from: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F84.0>
10. Rose S, Spinks N, Canhoto AI. Management research: applying the principles. 1st ed. London: George Routledge; 2015.
11. อารยา องค์เอี่ยม, พงศ์ธรา วิจิตเวชไพศาล. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย [Validation of the tests]. วิสัณฐีสาร. 2561;44(1):36-42.
12. ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์, อุทัยวรรณ สายพัฒนะ. ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น [Validity and reliability] [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น; [สืบค้นเมื่อวันที่ 26 ส.ค. 2565]. จาก: <http://www.watpon.in.th/Elearning/validity.pdf>
13. สุมาลี สิงหนิม. การกำหนดจำนวนตัวอย่าง [Determination of the number of samples]. ใน: ชีวสถิติ. กรุงเทพฯ: ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
14. ธนาคารแห่งประเทศไทย. เงินเฟ้อและกรอบเป้าหมายเงินเฟ้อ [Inflation and the inflation target framework] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; [สืบค้นเมื่อวันที่ 23 ก.ย. 2564]. จาก: <https://www.bot.or.th/Thai/MonetaryPolicy/Pages/OverviewInflation.aspx>
15. จุฑามาส วิโรจน์อนันต์, จตุพร แสงกุล, พรพต ลิมประเสริฐ. ออทิสซึม [Autism]. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2549;24(4): 325-32.
16. Horlin C, Falkmer M, Parsons R, Albrecht MA, Falkmer T. The cost of autism spectrum disorders. PLoS One. 2014;9(9):e106552. doi:10.1371/journal.pone.0106552.
17. The World Bank (IBRD). GDP per capita, PPP (current international \$) [Internet]. Washington DC; [cited 2019 Apr 22]. Available from: <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.CD>
18. กัลชนิกา ยศยิ่ง, จุฑามาส สุธรรม, นงพรรณ มโนยศ, อัญชลี เพิ่มสุวรรณ. ค่าใช้จ่ายในการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ [Medical service charges of childhood asthmatic patients admitted at Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital]. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2555;8(2):53-9.
19. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention, 2022 [Internet]. Wisconsin: Global Initiative for Asthma; [cited 2022 Aug 25]. Available from: <https://ginasthma.org/>.
20. Hyman SL, Levy SE, Myers SM, Council on children with disabilities, section on developmental and behavioral pediatrics. Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. Pediatrics. 2020;145(1):e20193447. doi:10.1542/peds.2019-3447.
21. ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย, อรทัย เขียวเจริญ, ธีรศักดิ์ วงศ์ใหญ่, ดนุภพ ศรศิลป์, อุดมศักดิ์ แสงวนิช. ต้นทุนการให้บริการของโรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2553 - 2554 [Hospital costing study in the hospitals under ministry of public health, 2010 - 2011]. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2556;22(6):1061-8.





กรมสุขภาพจิต  
Department of Mental Health

## คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์โดยรับบทความเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ บทความที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ **ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ผู้นิพนธ์จะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์อย่างเคร่งครัด** ผู้นิพนธ์ต้องแน่ใจว่าได้ตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้ว ไม่มีการลอกเลียนงานวิชาการ (plagiarism) และมีการอ้างอิงตามแหล่งที่มาตามหลักการที่ต้องครบถ้วน บทความทุกประเภทที่ส่งมาให้พิจารณาตีพิมพ์จะได้รับการตรวจทานต้นฉบับจากคณะกรรมการและผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งจากภายในและภายนอกอย่างน้อย 2 ท่าน บทความที่ได้รับการตีพิมพ์แล้วจะเป็นลิขสิทธิ์ของกรมสุขภาพจิตและผู้นิพนธ์

### ประเภทของบทความ

#### 1. บทความพิเศษ (Special article)

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

#### 2. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

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

#### 3. บทความปริทัศน์ (Review article)

เป็นการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ผลเรื่องใดเรื่องหนึ่งในรูปแบบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ : systematic review) โดยให้ใช้ PRISMA guideline 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 (เฉพาะประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ) จากนั้นสมัครสมาชิก และ submission ทาง <https://www.tci-thaijo.org/index.php/jmht> โดยมีรายละเอียดการเตรียมต้นฉบับ ดังนี้

1. หนังสือรับรองการนำส่ง (ใบนำส่ง) (link แบบฟอร์มท้ายเล่ม) ให้ระบุชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ ด้วยข้อมูลการศึกษาสูงสุด หน่วยงาน ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ พร้อมทั้งที่อยู่และ e-mail address ของผู้นิพนธ์ทุกคนและระบุตัวแทนผู้นิพนธ์ที่ประสานติดต่อกองบรรณาธิการ (corresponding author)

ทั้งนี้การพิจารณาถ้อยแถลงของบทความของผู้ทรงคุณวุฒิจะทบทวนบทความโดยไม่ทราบชื่อผู้พิมพ์ (blindly review)

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

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

4. ต้นฉบับ พิมพ์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรม Word Processor for Window ตัวอักษร TH SarabunPSK

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

5. เนื้อเรื่อง ใช้ภาษากะขี้ริดกุม หลีกเลี่ยงการใช้คำซ้ำ ประกอบด้วย 1) **บทนำ** คือ ความเป็นมาและคำถามการวิจัย 2) **วิธีการ** คือ ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือการเก็บข้อมูล การวัดวิเคราะห์ ระเบียบการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย 3) **ผล** แสดงผลการศึกษาค้นคว้าที่สำคัญที่เกี่ยวกับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เท่านั้น 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 จำนวนรวมทั้งตารางและรูปภาพไม่เกิน 5 ตาราง/รูปภาพ สำหรับรูปภาพดิจิทัลให้ใช้รูปแบบ JPEG

## การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงใช้ รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver) กำหนดหมายเลขเรียงตามลำดับการอ้างอิงในเรื่อง โดยแสดงเป็นตัวเลขยก ไม่มีวงเล็บ เช่น XX<sup>1</sup> การอ้างอิง 2 รายการต่อเนื่องกันใช้เครื่องหมาย “,” คั่น เช่น XX<sup>1,2</sup> การอ้างอิง 3 รายการขึ้นไปต่อเนื่องกัน ใช้เครื่องหมาย “-” คั่น เช่น XX<sup>5-7</sup> ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

### ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

#### 1. วารสาร

1.1 การอ้างอิงจากบทความในวารสารที่ได้มาตรฐานทั่วไป ที่มีผู้แต่ง 1 - 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน โดยใช้นามสกุลขึ้นต้น และตามด้วยอักษรชื่อต้นภาษาอังกฤษ ไม่เว้นวรรคหลังเครื่องหมายวรรคตอนระหว่างปี ปีที่ และหน้า

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(4):247-52. doi:10.1097/YCO.0000000000000335.

1.1.2 บทความในวารสารของไทย ให้เขียนเป็นภาษาไทยตามที่ปรากฏ โดยมีชื่อเรื่องภาษาอังกฤษไว้ในวงเล็บเหลี่ยม ต่อท้ายชื่อเรื่องภาษาไทย

ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. บทเรียนด้านสุขภาพจิตในภัยพิบัติ: กรณีการช่วยเหลือทีมหมูป่าพลัดหลงในถ้ำหลวง [Lesson learned in disaster mental health from Tham Luang cave rescue]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2561;26(2):152-59.

1.1.3 บทความในวารสารของไทย ที่วารสารนั้นตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ ให้เขียนเหมือนวารสารภาษาอังกฤษ เช่นเดียวกันกับข้อ 1.1.1

Silpakit C, Silpakit O, Chomchuen R. Mindfulness based relapse prevention program for alcoholism. Siriraj Med J. 2015;67(1):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(7):828-36. doi:10.1001/jama.292.7.828.

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(4):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. 5<sup>th</sup> ed. (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.

### 2.2 หนังสือที่มีผู้นิพนธ์เป็นหน่วยงานและผู้พิมพ์

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

### 4. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

#### 4.1 เอกสารเฉพาะเรื่องบนอินเทอร์เน็ต

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

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย 2548-2550 [Thailand health profile 2005-2007] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2550 [สืบค้นเมื่อวันที่ 21 มี.ค. 2554]. จาก: [http://www.moph.go.th/ops/health\\_50/](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. 26<sup>th</sup> 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](https://drive.google.com/open?id=1ZsuBJ70USzjvR5mkamXCWOKYn-D_5cl)

หรือ สแกนคิวอาร์โค้ดนี้



การส่งต้นฉบับในระบบวารสารออนไลน์

ผู้พิมพ์สมัครสมาชิกและส่งต้นฉบับบทความในระบบ ThaiJo ตามขั้นตอนดังนี้

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

ขั้นที่ 1 เริ่มต้นการส่ง กรอกข้อมูลและตรวจสอบทุกข้อเพื่อเป็นการยืนยันว่าบทความของท่านเป็นไปตามเงื่อนไขที่วารสารกำหนด

ขั้นที่ 2 อัปโหลดบทความเป็นไฟล์ word ตามข้อแนะนำการเตรียมต้นฉบับ หรือไฟล์แนบอื่น ๆ

ขั้นที่ 3 กรอกรายละเอียดข้อมูลต่างๆ สำหรับบทความของท่าน เช่น ข้อมูล Author, Title, Abstract,

Keyword, References

ขั้นที่ 4 ยืนยันการส่งบทความ

ขั้นที่ 5 เสร็จสิ้นการ Submission และเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบ

3. การแก้ไขบทความ (Revision)

เอกสาร/ขั้นตอนการใช้ระบบวารสารออนไลน์ ดูได้จาก

<https://www.tci-thaijo.org/index.php/jmht/information/authors>

หรือ สแกนคิวอาร์โค้ดนี้





## วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 67 ฉบับที่ 3

กรกฎาคม – กันยายน 2565

### สารบัญ

#### บรรณาธิการแถลง

A

#### นิพนธ์ต้นฉบับ

- ความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าในผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโควิด -19 ระหว่างอยู่โรงพยาบาล 232  
ศิริวรรณ ปิยะวัฒน์เมธา, กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม, ธนาพร แสงพงศานนท์, ญาณิกา วลีอิทธิกุล
- ภาวะหมดไฟและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 240  
กิตติยา รุ่งเลิศสิทธิกุล
- ความเครียด และโรคซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่าน 256  
ศิริวิมล กันตา, พงษ์สุดา บ้องสีดา, กนิษฐา เสาวลักษณ์
- คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลตรัง 267  
นวมน์ ศัลบุตร
- การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรม โดยทีมสหวิชาชีพ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 280  
อาณัติ เพิ่มธรรมสิน, อรพรรณ สุนทวง, ชุศรี โพธิ์สูง
- การรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ป่วยกลุ่มโรคทางอารมณ์ที่ไม่มีอาการโรคจิต 289  
นรินทร์ ขาดิปัญญาชัย, พงศ์พิสุทธิ พูนสวัสดิ์พงศ์, นิรมล พัจนสุนทร, กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม



สำหรับผู้สนใจส่งบทความ  
สามารถดูรายละเอียดได้ตามคิวอาร์โค้ดนี้



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

อ่านบทความและส่งบทความได้ทาง:  
[www.tci-thaijo.org/index.php/jmht](http://www.tci-thaijo.org/index.php/jmht)