



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสาร

สุขภาพจิต

แห่งประเทศไทย

ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2566

Volume 31 Number 1 January - March 2023

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



ระดับสติปัญญานักเรียนไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 : การสำรวจระดับชาติ พ.ศ. 2564

ณิชาวรรณ จงรัชชธนกิจ, มธุรดา สุวรรณโพธิ์, จันทร์อาภา สุขทรัพย์, ประเสริฐ จุฑา, รัชดาวรรณ แดงสุข



ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคโควิด 19 ใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้

ณัฐธิดา หน่อพันธ์, เมตตา เลิศเกียรติวิระ, มาลี เกตแก้ว



ประสบการณ์และมุมมองของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการสนับสนุนดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้า :
การศึกษาเชิงคุณภาพ

อธิษฐา สุขธรรมรัตน์, ณัฐสุดา เต็มพันธ์



ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สุรา บุหรี่ และสารเสพติดของมารดาขณะตั้งครรภ์ กับการเกิดโรคออทิสติก
และโรคสมาธิสั้นในเด็ก

สุนทรี ศรีโกสโย, อนงค์พร ต๊ะคำ, ชลพร สมใจ, ชุตินาถ ศักรินทร์กุล, วิภาพร หม่อมวงศ์, ดอกกรัก พิทาคำ



ความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินพลังใจ ฉบับ 3 ข้อ กับการคัดกรองความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย

เทอดศักดิ์ เดชคง, ศรัณยพิชญ์ อักษร, พาสณา คุณาวิวัฒน์, ขวัญเรือน อัครศักดิ์, อิดารัตน์ ทิพโชติ



การวิจัยประเมินผลกระทบศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2565

สมัย ศิริทองถาวร, สรรกมล กรนุ้ม, ศุภเสก วิโรจนาภา, เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์, สุวิมล อินทร์เชื้อ,
เพชรลดา บริหาร, เทอดศักดิ์ เดชคง



การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคโควิด 19 ในผู้ป่วยที่ได้รับยาจิตเวช

ศิริพงศ์ บุญจันทร์, พงศ์ลดา ชื่นชูจิตร์, ณัฐธยาน์ ไหมสกุล

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.อภีร์ ดันอารีย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา

รองบรรณาธิการ

ดร.นพ.นพพร ต้นตรงสี สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้
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.हरषา เศรษฐบุปผา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ดร.นพ.พิทักษ์พล บุญยมาลิก สำนักงานคณะกรรมการ
สิทธิมนุษยชนแห่งชาติ
พญ.ดุชนิ จีศิริกุลวิทย์ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
พญ.เบญจพร ปัญญาียง ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต
ดร.สุดา วงศ์สวัสดิ์ ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต

บรรณาธิการต่างประเทศ

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

บรรณาธิการบริหาร

นายภพธร วุฒินาร

กองบรรณาธิการฝ่ายจัดการ (สำนักวิชาการสุขภาพจิต)

ดร.สรภมม กรนุมา นางจิตติญา จันทพรม
นายธัญพิสิษฐ์ บุญพัฒนานากรณ์ นางสาวจันทร์รัตน์ พงษ์พิยะ

ISSN 0859-497X

E-ISSN 2697-567X

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต
เพื่อเป็นช่องทางสำหรับเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการของบุคลากร
ทางการแพทย์และสาธารณสุขในด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ และ
เป็นสื่อกลางเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพจิต

กำหนดออก:

ปีละ 4 ฉบับ (ราย 3 เดือน)

เดือนมกราคม เมษายน กรกฎาคม และตุลาคม

ดาวน์โหลดและส่งบทความ:

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

การติดต่อ:

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

บทความที่จะตีพิมพ์ให้ปฏิบัติตาม “คำแนะนำผู้พิมพ์” ของ
วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

หมายเหตุ:

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

ความคิดเห็น ข้อมูล และบทสรุปต่างๆ ที่ลงตีพิมพ์ในวารสาร
สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย เป็นของผู้เขียนบทความ และไม่ได้
แสดงว่ากองบรรณาธิการหรือกรมสุขภาพจิตเห็นพ้องด้วย



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

ISSN 0859-497X

E-ISSN 2697-567X

Journal of Mental Health of Thailand

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

Free subscription:

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

Download and Submission:

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

Contact:

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

Remark:

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

Advisory board

Director General of Department of Mental Health (DMH)
Deputy Directors of Department of Mental Health (DMH)
M.L.Somchai Chakraband, M.D.
Yongyud Wongpiromsarn, M.D.
Tedsak Dejkong, M.D.

Honorary Editor

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

Editor-in-Chief

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

Associate Editors

Nopporn Tantirangsee, M.D., Ph.D. Southern Institute of Child and
Adolescent Mental Health
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.Phophthorn Wuttiarn

Managing Staffs (Bureau of Mental Health Academic Affairs)

Dr.Sankamon Gornnum Mrs.Thitiya Jantaprom
Mr.Tanpisith Boonpattanaporn Ms.Jantarath Pongpeeya

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



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2566

สารบัญ	หน้า
บรรณาธิการแถลง	A
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ระดับสติปัญญานักเรียนไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 : การสำรวจระดับชาติ พ.ศ. 2564 ณิชาวรรณ จงรัชชธนกิจ, มธุรดา สุวรรณโพธิ์, จันทร์อาภา สุขทรัพย์, ประเสริฐ จุฑา, รัชดาวรรณ แดงสุข	1
ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคโควิด 19 ใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ณัฐธิดา หน่อพันธุ์, เมตตา เลิศเกียรติรัชตะ, มาลี เกตแก้ว	12
ประสบการณ์และมุมมองของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการสนับสนุนดูแลผู้ป่วย วัยรุ่นโรคซึมเศร้า : การศึกษาเชิงคุณภาพ อริชญา สุขธรรมรัตน์, ณัฐสุดา เต้พันธุ์	22
ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สุรา บุหรี่ และสารเสพติดของมารดาขณะตั้งครรภ์ กับการเกิดโรคออทิสติกและโรคสมาธิสั้นในเด็ก สุนทรี ศรีโกสโย, อนงค์พร ต๊ะคำ, ชลธิพร สมใจ, ชุตินาถ ศักรินทร์กุล, วิภาพร หม่อมวงศ์, ดอกกรัก พิฑาคำ	37
ความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินพลังใจ ฉบับ 3 ข้อ กับการคัดกรองความเสี่ยง ปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย เทอดศักดิ์ เดชคง, ศรัณย์พิชญ์ อักษร, พาสณา คุณาธิวัฒน์, ขวัญเรือน อัครศักดิ์, จิรารัตน์ ทิพโชติ	52
การวิจัยประเมินผลกระทบศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2565 สมัย ศิริทองถาวร, สรรกมล กรนุ้ม, ศุภเสก วิโรจนาภา, เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์, สุวิมล อินทร์เชื้อ, เพชรลดา บริหาร, เทอดศักดิ์ เดชคง	64
การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคโควิด 19 ในผู้ป่วยที่ ได้รับยาจิตเวช ศิริพงศ์ บุญจันทร์, พงศ์ลดา ชื่นชูจิตร, ณัฐธยาน์ ไหมสกุล	79

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ |

สารบัญวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

Journal of Mental Health of Thailand

Volume 31 Number 1 January - March 2023

	Page
CONTENTS PREFACE	
EDITORIAL ORIGINAL	A
ORIGINAL ARTICLES	
Intelligence quotient of Thai students in the first year of primary school: a national survey 2021 Nitchawan Jongrakthanakij, Mathurada Suwannapho, Janarpar Sookatup, Prasert Chutha, Ratchadawan Deangasuk	1
Prevalence and associated factors of mental health problems among COVID-19 patients in 4 southern border provinces of Thailand Naruttha Norphun, Metta Lertkiatratthata, Malee Katekaew	12
Experiences and perspectives of Family caregivers in supporting and caring for adolescents with depressive disorder: a qualitative study Athichaya Sukthammarat, Nattasuda Taephant	22
The link between alcohol, tobacco, and substance use during pregnancy and children's autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder Soontaree Srikosai, Anongporn Thakham, Chaleeporn Somchai, Chutinart Sakarinkhul, Wipaporn Momwong, Dokrak Pitakham	37
Correlation between the resilience inventory 3-item version and screening of mental health problems by age group Terdsak Detkong, Sarunyapich Aksorn, Passana Gunadhidhavana, Kwanruen Assadonsak, Thidarat Tipchot	52
Evaluation research on the national suicide prevention strategy 2017 - 2022 Samai Sirithongthaworn, Sankamon Gornnum, Supasaek Virojanapa, Penkarn Kanjarnarat, Suwimon Inchuea, Phetlada Borriharn, Terdsak Dechkong	64
Adverse drug reaction associated with COVID-19 management in patients receiving psychotropic medications Siriphong Boonchan, Ponglada Chuenchojit, Natthaya Maisakun	79
INSTRUCTION TO AUTHORS	I
CONTENTS PREFACE IN JOURNAL OF THE PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF THAILAND	



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

บรรณาธิการแถลง

เมื่อวันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2566 วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยได้เข้าร่วมการประชุมวิชาการเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพวารสารวิชาการไทย ครั้งที่ 14 จัดโดยศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) เพื่อรับฟังร่างแนวทางการประเมินและรับรองคุณภาพวารสารรอบที่ 5 พ.ศ. 2568 - 2572 ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2566 นี้วารสารมีเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพและความสม่ำเสมอของการตีพิมพ์บทความอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพวารสารในระดับกลุ่ม 1 และมุ่งสู่ระดับสากลเพิ่มขึ้น โดยยินดีรับบทความจากหลากหลายวิชาชีพ ทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เกิดประโยชน์ทั้งในระดับชาติและนานาชาติให้ได้มากที่สุด

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยฉบับที่ 1 ปี พ.ศ. 2566 มีบทความประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ 7 เรื่อง ดังนี้ ประเด็นเด็กและวัยรุ่น เรื่อง ระดับสติปัญญาเด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 : การสำรวจระดับชาติ พ.ศ. 2564 โดย ณิชวรรณ จงรักษ์ธนกิจ และคณะ เรื่อง ประสบการณ์และมุมมองของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการสนับสนุนดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้า : การศึกษาเชิงคุณภาพ โดย อธิษฐา สุขธรรมรัตน์ และณัฐสุดา เต้พันธ์ และเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารบุหรี่ และสารเสพติดของมารดาขณะตั้งครรภ์ กับการเกิดโรคออทิสติกและโรคสมาธิสั้นในเด็ก โดย สุนทรี ศรีโกสย และคณะ ประเด็นสุขภาพจิตกับโรคโควิด 19 เรื่อง ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคโควิด 19 ใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดย ณัฐฐา หน่อพันธ์ และคณะ และเรื่อง การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคโควิด 19 ในผู้ป่วยที่ได้รับยาจิตเวช โดย ศิริพงศ์ บุญจันทร์ และคณะ และประเด็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินพลังใจ ฉบับ 3 ข้อ กับการคัดกรองความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย โดย เทอดศักดิ์ เดชคง และคณะ และเรื่อง การวิจัยประเมินผลยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2565 โดย สมัย ศรีทองถาวร และคณะ

ทางวารสารขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยประเมินและให้คำแนะนำบทความในฉบับนี้ ทั้งนี้ ผู้สนใจสามารถอ่านบทความทางวารสารออนไลน์ www.tci-thaijo.org/index.php/jmht และยังสามารถส่งบทความเพื่อเข้ารับการพิจารณาเผยแพร่ทางเว็บไซต์ดังกล่าวด้วย

อธิป ตันอารีย์

บรรณาธิการ

นิพนธ์ต้นฉบับ

ระดับสติปัญญานักเรียนไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 : การสำรวจระดับชาติ พ.ศ. 2564

วันรับ : 11 สิงหาคม 2565

วันแก้ไข : 13 มกราคม 2566

วันตอบรับ : 16 มกราคม 2566

ณิชาวรรณ จงรักชณิกิจ, พ.บ.¹, มธรรดา สุวรรณโพธิ์, พ.บ.²,

จันทร์อาภา สุขทรัพย์, พ.บ.¹, ประเสริฐ จุฑา, วท.ม.¹,

รัชดาวรรณ แดงสุข, วท.ม.¹

สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต¹,

โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาค่าเฉลี่ยและการกระจายของระดับสติปัญญาในนักเรียนไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 พ.ศ. 2564

วิธีการ : ใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์เด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประจำปี 2564 ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในแต่ละจังหวัด สุ่มตัวอย่างแบบ 3 ชั้น แต่ละชั้นสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลตั้งแต่ ธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2564 ประเมินระดับสติปัญญา (intelligence quotient; IQ) ด้วยแบบทดสอบ standard progressive matrices โดยนักจิตวิทยาคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประเมินความชุกและสัดส่วนด้วยวิธีการถ่วงน้ำหนัก

ผล : ผลจากการสำรวจในกลุ่มตัวอย่าง 21,901 คน จาก 69 จังหวัดพบว่า นักเรียนไทยประถมศึกษาปีที่ 1 มีค่าระดับสติปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 102.8 (95% CI = 102.5 - 103.0) จังหวัดที่มีระดับสติปัญญาเฉลี่ยสูงกว่า 100 มี 36 จังหวัด (ร้อยละ 46.7 ของทั้ง 77 จังหวัด) จังหวัดที่มีระดับสติปัญญาเฉลี่ยประมาณ 100 มี 25 จังหวัด (ร้อยละ 32.4) และจังหวัดที่มีระดับสติปัญญาเฉลี่ยต่ำกว่า 100 มี 8 จังหวัด (ร้อยละ 10.3) นักเรียนมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (IQ < 90) ร้อยละ 21.7 และมีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์บกพร่อง (IQ < 70) ร้อยละ 4.2

สรุป : ระดับสติปัญญาเฉลี่ยของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 พ.ศ. 2564 อยู่ในเกณฑ์ปกติและสูงกว่าค่ากลางของมาตรฐานสากล ในขณะที่ร้อยละของนักเรียนในกลุ่มสติปัญญาบกพร่องยังมากกว่ามาตรฐาน การดำเนินงานด้านการส่งเสริมพัฒนาการและสติปัญญาของเด็กไทยจึงควรให้ความสำคัญกับเด็กกลุ่มนี้มากขึ้น

คำสำคัญ : นักเรียนไทย, ประถมศึกษาปีที่ 1, ระดับสติปัญญา

ติดต่อผู้นิพนธ์ : ณิชาวรรณ จงรักชณิกิจ; e-mail: nitchawan.jon@gmail.com

Original articles

Intelligence quotient of Thai students in the first year of primary school: a national survey 2021

Received : 11 August 2022

Revised : 13 January 2023

Accepted : 16 January 2023

Nitchawan Jongrakthanakij, M.D.¹, Mathurada Suwannapho M.D.²,Janarpar Sookatup, M.D.¹, Prasert Chutha, M.Sc.¹,Ratchadawan Deangsuk, M.Sc.¹Rajanukul Institute, Department of Mental Health¹,Srithanya Hospital, Department of Mental Health²

Abstract

Objective: To study the average and distribution of intelligence quotient (IQ) among Thai students in the first year of primary school in 2021.

Methods: This study used data from the intellectual quotient (IQ) and emotional quotient (EQ) of Thai students in the first year of primary schools and related factors, national survey 2021, conducted from December 2020 to December 2021. Representatives of the first-year primary school students from each province in Thailand were selected by using stratified three-stage sampling and assessed for IQ by using the standard progressive matrices by psychologists. Data were analyzed by using descriptive statistics with weighting.

Results: A total of 21,901 participants from 69 provinces completed the test, with a weighted average IQ of 102.8 (95% CI = 102.5 - 103.0). Of a total of 77 provinces in Thailand, 36 (46.7%) had an average IQ of higher than 100, 25 (32.4%) had an average IQ of approximately 100, and 8 (10.3%) had an average IQ of lower than 100. According to Wechsler's IQ classification, 21.7% of the students had IQ lower than normal (IQ < 90), with 4.2% meeting intellectual disability (IQ < 70).

Conclusion: The average IQ of Thai first-year primary school students in 2021 was normal and higher than the international standards. However, the percentage of students with intellectual disability was higher than the international standard. Therefore, the development and intelligence promotion should be more emphasized in this group of children.

Keywords: first-year primary school, intelligence quotient, Thai students

Corresponding author: Nitchawan Jongrakthanakij; e-mail: nitchawan.jon@gmail.com

ความรู้เดิม : ผลการสำรวจระดับสติปัญญาเฉลี่ยในเด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 พ.ศ. 2559 พบว่าเด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 มีค่าระดับสติปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 98.2

ความรู้ใหม่ : ผลการสำรวจระดับสติปัญญาเฉลี่ยในเด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 พ.ศ. 2564 พบว่าเด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 มีค่าระดับสติปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 102.8 และเด็กที่มีระดับสติปัญญาดำกว่าค่าปกติ (ระดับสติปัญญาดำกว่า 90) นั้นมีจำนวนลดลงจากปี พ.ศ. 2559 อย่างไรก็ตามเด็กในกลุ่มสติปัญญาบกพร่อง (ระดับสติปัญญาดำกว่า 70) แม้มีจำนวนลดลงกว่าปี พ.ศ. 2559 แต่ก็มีจำนวนมากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ผลการสำรวจสะท้อนภาพการดำเนินงานการส่งเสริมพัฒนาการและสติปัญญาของเด็กปฐมวัยที่ผ่านมา หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลไปใช้วางแผนพัฒนาสติปัญญาเด็กไทย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีระดับสติปัญญาบกพร่อง

บทนำ

สติปัญญา หมายถึง ความสามารถที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคลในการทำ ความเข้าใจความคิดที่ซับซ้อน ความสามารถในการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมอย่างมีประสิทธิภาพ การเรียนรู้จากประสบการณ์ การใช้เหตุผลในรูปแบบต่าง ๆ การเอาชนะอุปสรรคด้วยการใช้ความคิด วิเคราะห์ และความสามารถในการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์หรือบริบทที่ต่างต่าง^{1,2} สติปัญญามักถูกนำมาใช้โดยทั่วไปในฐานะสิ่งที่สะท้อนความแตกต่างระหว่างบุคคล ในด้านความสามารถด้านการคิดและการรับรู้ (cognitive abilities)³ ซึ่งมีการพัฒนาแบบทดสอบเพื่อวัดประเมินระดับสติปัญญาให้ออกมาเป็นคะแนนที่เรียกว่าระดับสติปัญญา (intelligence quotient; IQ) ซึ่งระดับสติปัญญาที่เท่ากับ 100 เป็นระดับสติปัญญาเฉลี่ยตามเกณฑ์มาตรฐานสากล^{4,5}

ระดับสติปัญญาของคนในชาติมีความสัมพันธ์กับศักยภาพในการพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจและระดับการศึกษา⁵⁻⁷ การจัดลำดับคะแนนระดับสติปัญญาของประเทศต่าง ๆ รวม 199 ประเทศพบว่า ประเทศไทยอยู่ในลำดับที่ 64 มีระดับสติปัญญาเฉลี่ยของประชากรรวมทุกช่วงวัยอยู่ที่ 88.8 คะแนน⁶ แต่ละประเทศมีการสำรวจระดับสติปัญญาด้วยเครื่องมือที่แตกต่างกัน เช่น แบบทดสอบ Stanford Binet แบบทดสอบ standard progressive matrices (SPM) แบบทดสอบ colored progressive matrices (CPM) และแบบทดสอบ McCarthy โดยการสำรวจในทวีปเอเชียส่วนใหญ่ใช้แบบทดสอบ Raven's progressive matrices (CPM/SPM)^{8,9} เนื่องจากเป็นแบบทดสอบที่สะดวกและไม่ยุ่งยาก สามารถทำได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ใช้เวลาไม่มาก และมีอิทธิพลของวัฒนธรรมโดยเฉพาะภาษาเข้ามาเกี่ยวข้องน้อย จัดเป็นแบบทดสอบความสามารถทางเชาว์ปัญญาประเภทวัฒนธรรมเสมอภาค (culture fair intelligence test)¹⁰

การสำรวจระดับสติปัญญาของเด็กไทยที่ผ่านมา ก่อนหน้าปี พ.ศ. 2554 ยังใช้เครื่องมือที่แตกต่างกัน และแต่ละครั้งยังสำรวจไม่ทั่วทั้งประเทศ จึงทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบให้เห็นพัฒนาการของระดับสติปัญญาของเด็กไทยได้ ในปี พ.ศ. 2554 กรมสุขภาพจิตจึงได้ทำการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทยทั่วประเทศโดยใช้เครื่องมือ standard progressive matrices, parallel version (SPM parallel version) พบว่าระดับสติปัญญาเด็กไทยอายุ 6 - 15 ปีมีค่าเฉลี่ย 98.6 ซึ่งต่ำกว่าระดับสติปัญญามาตรฐาน โดยมีเด็กกลุ่มที่มีปัญหาระดับสติปัญญาบกพร่อง (IQ < 70) ถึงร้อยละ 6.5¹¹ การสำรวจระดับสติปัญญาในเด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ครั้งต่อมาในปี พ.ศ. 2559 พบว่าเด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 98.2 ซึ่งใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยในปี พ.ศ. 2554 โดยมีเด็กที่มีระดับสติปัญญาดำกว่าเกณฑ์ปกติ (IQ < 90) ถึงร้อยละ 31.8¹² และมีเด็กที่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์บกพร่องร้อยละ 5.8

การสำรวจในช่วงปี พ.ศ. 2542 - 2557 ยังพบว่ากลุ่มเด็กที่สงสัยว่ามีพัฒนาการล่าช้ามีประมาณร้อยละ 30¹³ จาก

สถานการณ์ดังกล่าว แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) จึงยังให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพคนในทุกช่วงวัยรวมถึงช่วงวัยเด็กและวัยเรียนโดยมีเป้าหมายคือ เด็กไทยมีระดับสติปัญญาไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน¹⁴ โดยการส่งเสริมพัฒนาการและโภชนาการอย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานและการพัฒนาระบบบริการด้านส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการบูรณาการพัฒนาการเด็ก TCDIP (Thai Child Development Project) และโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน พ.ศ. 2558 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ถึง พ.ศ. 2564 โดยดำเนินงานร่วมกับกระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กรมแพทย์ทหารบก กระทรวงกลาโหม และกรุงเทพมหานคร เพื่อส่งเสริมให้เด็กปฐมวัย อายุแรกเกิดถึง 5 ปีทุกคนได้รับการส่งเสริมพัฒนาการที่ถูกต้อง มีมาตรฐานเท่าเทียมกัน และบูรณาการแผนงานของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงระดับพื้นที่ เช่น จังหวัดปัตตานี มีโครงการ Pattani smart kids ที่ให้การดูแลเด็กทั้งด้านโภชนาการ ด้านพัฒนาการ ด้านภูมิคุ้มกันได้รับวัคซีนเหมาะสมตามวัย และด้านสุขภาพช่องปาก¹³

เพื่อติดตามผลการดำเนินงานในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จึงสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์เด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในปี พ.ศ. 2564 เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผน กำหนดเป้าหมาย และผลักดันให้เกิดการส่งเสริมสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์เด็กไทยทั้งในระดับประเทศ เขตสุขภาพ และจังหวัด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานค่าเฉลี่ยและการกระจายของระดับสติปัญญาในนักเรียนไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 พ.ศ. 2564

วิธีการ

การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา (descriptive epidemiological study) ใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจ

สถานการณ์ระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์เด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประจำปี 2564 ซึ่งเป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (crosssectional survey) ในเด็กที่อยู่ในระบบการศึกษาของโรงเรียนใน 77 จังหวัดทั่วประเทศ เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึงธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ นักเรียนไทยทั้งเพศชายและหญิง ศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เทอมปลายปีการศึกษา 2563 (เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2563) ในโรงเรียนทุกสังกัด ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา และสำนักงานศึกษา กรุงเทพมหานคร เกณฑ์คัดออก ได้แก่ กำลังป่วย ไม่สบาย หรือไม่พร้อมทำแบบทดสอบ การศึกษานี้เข้าถึงข้อมูลเฉพาะเพศ ระดับสติปัญญา สังกัดโรงเรียน ที่ตั้งโรงเรียน และจังหวัด

คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อหาค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในแต่ละจังหวัด จึงแยกการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยอิงจากจำนวนประชากรของแต่ละจังหวัดด้วยสูตร

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} \quad \text{เมื่อ} \quad n_0 = \frac{z^2 \cdot s^2}{d^2}$$

โดยที่ n คือขนาดตัวอย่างในแต่ละจังหวัด, N คือขนาดประชากรของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในแต่ละจังหวัด อิงจากฐานข้อมูลกระทรวงศึกษาธิการ ปีการศึกษา 2563, z คือค่ามาตรฐานของพื้นที่ใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ในที่นี้เท่ากับ 1.96, s คือค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าระดับสติปัญญานักเรียนชั้นประถม 1 ของแต่ละจังหวัด อิงจากการสำรวจระดับสติปัญญาฯ พ.ศ. 2559 และ d คือค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาระหว่างกลุ่มตัวอย่างและประชากร (margin of error) ในที่นี้กำหนดร้อยละ 2 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 22,933 คน สุ่มตัวอย่างแบบ 3 ชั้น (three-stage sampling) แยกรายจังหวัด (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 เลือกอำเภอในแต่ละจังหวัดโดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified sampling) แบ่งอำเภอออกเป็นสองชั้นภูมิ ได้แก่ อำเภอเมืองและนอกอำเภอเมือง ซึ่งหากสุ่มได้อำเภอที่ไม่มีโรงเรียนในสังกัดใดสังกัดหนึ่งที่ส่งผลให้ได้โรงเรียนตัวอย่างไม่ครบทุกสังกัดจะสุ่มเลือกอำเภอใหม่หรือเพิ่มอำเภอตัวอย่าง

ขั้นที่ 2 เลือกโรงเรียนตัวอย่างโดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ แบ่งโรงเรียนในแต่ละอำเภอออกเป็น 5 ชั้นภูมิ ได้แก่ โรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน โรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน โรงเรียนในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น โรงเรียนในสังกัดกองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และโรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา เลือกโรงเรียนตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ให้ได้ครบตามจำนวนนักเรียน โดยจำนวนโรงเรียนขึ้นอยู่กับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละชั้นภูมิ

ขั้นที่ 3 สุ่มห้องเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายในกรณีที่โรงเรียนที่สุ่มได้มีห้องเรียนมากกว่า 1 ห้อง และสุ่มห้องเรียน 2 ห้องหรือมากกว่านั้นกรณีที่ห้องเรียนมีนักเรียนน้อยกว่าที่กำหนด จากนั้นสุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ด้วยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (systematic sampling) จนครบตามจำนวนที่กำหนดตามเลขที่ของนักเรียนที่กำหนดไว้ในตารางการสุ่ม

เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยภาคสนามซึ่งเป็นนักจิตวิทยาคลินิก โดยเริ่มจากการสุ่มตัวอย่าง มอบเอกสารชี้แจงข้อมูลการวิจัย เอกสารให้ความยินยอม และแบบบันทึกข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องแก่ผู้ปกครองของเด็กที่สุ่มได้ จากนั้นรวบรวมเอกสารจากผู้ปกครอง ชี้แจงวิธีการบันทึกข้อมูลและกระบวนการทดสอบระดับสติปัญญาแก่เด็กแบบรายบุคคล และขอความยินยอมจากเด็กที่สุ่มได้และผู้ปกครองให้ความยินยอมให้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยภาคสนามแต่ละคนจะเก็บข้อมูลเด็กรอบละไม่เกิน 4 คน โดยเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติที่กระทรวงสาธารณสุขแนะนำให้ใช้เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

เครื่องมือ ใช้แบบทดสอบ standard progressive matrices, parallel version (SPM parallel version) ประกอบด้วยข้อคำถาม 60 ข้อ เพื่อทดสอบระดับสติปัญญาในผู้ที่มีอายุ 6 - 89 ปี ทดสอบได้ทั้งรายบุคคลและแบบกลุ่ม ใช้เวลาในการทดสอบ 15 - 40 นาที ผู้ทดสอบเป็นนักจิตวิทยาหรือผู้ที่ได้รับการฝึกอบรม^{8,9,15} การศึกษาพัฒนาเครื่องมือวิจัยเชิงสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กไทย พ.ศ. 2552 พบว่า แบบทดสอบ SPM parallel version มีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับแบบทดสอบวัดความสามารถทางสติปัญญา Wechsler intelligence scale for children-third edition (WISC-III) ฉบับภาษาไทย^{16,17} ซึ่งการศึกษาของประเทศออสเตรเลียที่เปรียบเทียบเครื่องมือวัดระดับสติปัญญาในเด็กที่มีระดับสติปัญญาบกพร่องพบว่า เครื่องมือ Wechsler intelligence scale for children-fourth edition (WISC-IV) ให้ผลค่าระดับสติปัญญาไม่แตกต่างจากเครื่องมือ Raven's color progressive matrices (RCPM), test of non-verbal intelligence, fourth edition (TONI-4) และ Wechsler non-verbal scale of ability (WNV)¹⁸

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลแบบถ่วงน้ำหนักด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญารายจังหวัดและระดับประเทศ โดยที่น้ำหนักหมายถึงสัดส่วนของจำนวนนักเรียนในจังหวัดเทียบกับจำนวนนักเรียนทั้งประเทศ ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (standard error) ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval; 95% CI) และร้อยละตามระดับสติปัญญา

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล รหัสโครงการ RI.IRB 023-2563 วันที่ 30 พฤศจิกายน 2563

ผล

การสำรวจในนักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ปีการศึกษา 2563 เทอมปลาย และประถมศึกษาปีที่ 2 ปีการศึกษา 2564 เทอมต้น (ขยายเวลาการเก็บข้อมูลเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 แต่ยังไม่

เป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดิม) จำนวน 21,901 คนจากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ 22,933 คน (ร้อยละ 95.5) เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จึงไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ตามเป้าหมายในบางพื้นที่ โดยเก็บข้อมูลได้ตามเป้าหมาย 61 จังหวัด เก็บข้อมูลไม่ได้ตามเป้าหมาย 8 จังหวัด และไม่สามารถลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลได้เลย 8 จังหวัด พบว่านักเรียนไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 มีระดับสติปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 102.8 (95% CI = 102.5 - 103.0) เมื่อแยกวิเคราะห์รายจังหวัดพบว่า จังหวัดที่มีระดับสติปัญญาสูงกว่า 100 มี 36 จังหวัด (ร้อยละ 46.7) ระดับสติปัญญาประมาณ 100 มี 25 จังหวัด (ร้อยละ 32.4) และมีระดับสติปัญญาดำกว่า 100 มี 8 จังหวัด (ร้อยละ 10.3) และมี 8 จังหวัด (ร้อยละ 10.3) ที่ไม่มีข้อมูลเนื่องจากไม่สามารถลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลได้ โดยจังหวัดที่มีระดับสติปัญญาดำกว่า 100 อยู่ในภาคตะวันออก เฉียงเหนือ 5 จังหวัด และภาคใต้ 3 จังหวัด ดังแสดงในตารางที่ 1

การกระจายในภาพรวมของประเทศตามการจัดกลุ่มระดับสติปัญญาของ Wechsler เทียบกับการกระจายแบบโค้งปกติพบว่า มีเด็กนักเรียนไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ที่มีคะแนนระดับสติปัญญาเฉลี่ยต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (IQ < 90) ร้อยละ 21.7 โดยเป็นเด็กที่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์บกพร่อง (IQ < 70) ร้อยละ 4.2 นอกจากนี้ยังพบว่ามีเด็กที่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ฉลาดมาก (IQ ≥ 130) ร้อยละ 10.4 ตามแผนภาพที่ 1

วิจารณ์

การสำรวจระดับสติปัญญาครั้งนี้พบว่า เด็กนักเรียนไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 มีระดับสติปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 102.8 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติและสูงกว่าค่ากลางของมาตรฐานสากล (IQ = 100)^{4,5} และสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาในปี พ.ศ. 2559 เมื่อเปรียบเทียบกับต่างประเทศ ค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาของของเด็กไทยสูงกว่ากลุ่มประเทศเอเชียตะวันออก เฉียงใต้ ยกเว้นประเทศสิงคโปร์ซึ่งมีคะแนนระดับสติปัญญาเฉลี่ยอยู่ที่ 105.9 แต่ต่ำกว่ากลุ่มประเทศเอเชียตะวันออก ซึ่งมีคะแนนระดับสติปัญญาเฉลี่ยประมาณ 106.0⁶ ค่าระดับ

สติปัญญาเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นนั้นส่วนหนึ่งอาจเกิดจากปรากฏการณ์ Flynn effect ซึ่งได้บรรยายไว้ว่าในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 20 ระดับสติปัญญาเฉลี่ยของคนทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นประมาณ 3 คะแนน ในทุก 10 ปี¹⁹ สอดคล้องกับการศึกษาในสหราชอาณาจักรที่พบว่า ระหว่างปี ค.ศ.1938 - 2008 เด็กนักเรียนอายุ 5 - 15 ปีมีระดับสติปัญญาจากแบบทดสอบ Raven's progressive matrices สูงขึ้นประมาณ 14 คะแนน หรือคิดเป็นอัตรา 0.216 คะแนนต่อปี ซึ่งปรากฏการณ์ Flynn effect อาจเกิดขึ้นจากภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น²⁰ หรือการศึกษาที่ดีขึ้นกว่าในอดีต²¹ เมื่อเปรียบเทียบแนวโน้มในระดับจังหวัด พบว่าจังหวัดที่มีระดับสติปัญญาเฉลี่ยต่ำกว่า 100 ลดลงจาก พ.ศ. 2559 จาก 35 จังหวัดเหลือ 8 จังหวัด และมีจังหวัดที่มีค่าระดับสติปัญญาเฉลี่ยสูงกว่า 100 เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2559 จาก 12 จังหวัดเป็น 36 จังหวัด ทั้งนี้ระดับสติปัญญาเฉลี่ยที่ต่ำกว่า 100 อาจไม่มีนัยสำคัญทางคลินิกเนื่องจากไม่มีจังหวัดใดที่มีระดับสติปัญญาเฉลี่ยต่ำกว่าค่าปกติของประชากร ซึ่งอยู่ระหว่าง 90 - 109²²

เมื่อพิจารณาการกระจายของระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2559 พบว่า เด็กที่มีระดับสติปัญญาในเกณฑ์ปกติมีจำนวนมากขึ้นและเด็กที่มีระดับสติปัญญาดำกว่าค่าปกติ (IQ < 90) มีจำนวนลดลง อย่างไรก็ตาม แม้เด็กกลุ่มสติปัญญาบกพร่อง (IQ < 70) จะมีจำนวนลดลงกว่าปี พ.ศ. 2559 ถึงร้อยละ 1.5 แต่ก็ยังมีจำนวนมากกว่าค่าตามเกณฑ์มาตรฐานอยู่ร้อยละ 2 ในขณะที่กลุ่มเด็กที่มีระดับสติปัญญาสูงมีแนวโน้มมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่อยู่ในเกณฑ์ฉลาดมาก (IQ ≥ 130) ผลการศึกษาอาจสะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำของโอกาสในการเข้าถึงการศึกษา ดังเช่นผลการสำรวจครั้งที่ผ่านมา^{11,13}

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ในบางพื้นที่ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้หรือเก็บข้อมูลไม่ครบตามเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาภาพรวมของทั้งประเทศพบว่า margin of error ของจังหวัดที่เก็บข้อมูลได้ส่วนใหญ่ไม่แตกต่างจากร้อยละ 2 ที่กำหนดไว้ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการสำรวจครั้งนี้จะใช้อ้างอิงเพื่อเป็นตัวแทน

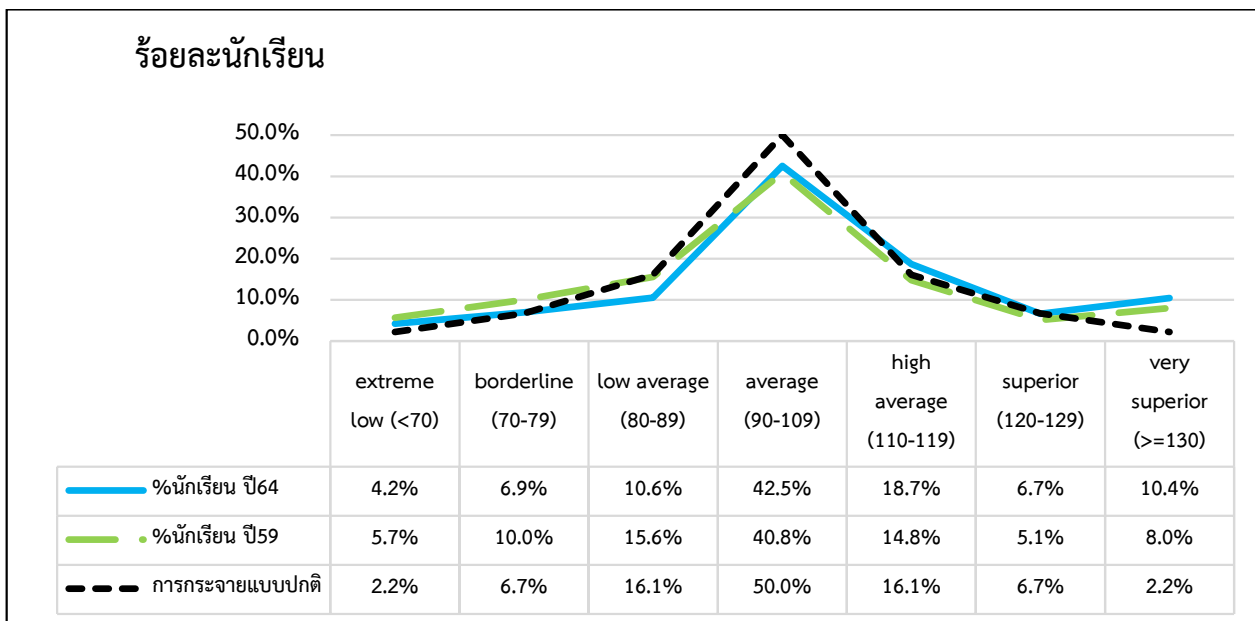
ตารางที่ 1 คะแนนระดับสติปัญญาเฉลี่ยนักเรียนไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 แยกรายจังหวัด พ.ศ. 2564

จังหวัด*	n ตามแผน	n เก็บได้จริง	ร้อยละ	ME ตามแผน	ME เก็บได้จริง	ระดับสติปัญญา		ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI)	
						ค่าเฉลี่ย	standard error	lower bound	upper bound
ระดับสติปัญญาสูงกว่า 100									
กรุงเทพมหานคร	357	297	83.2	2.0	2.2	112.6	1.10	110.5	114.8
หนองคาย	288	315	109.4	2.0	1.9	109.4	0.93	107.5	111.2
ปราจีนบุรี	374	398	106.4	2.0	1.9	108.3	0.89	106.6	110.1
อุดรดิตถ์	279	307	110.0	2.0	1.9	108.2	0.89	106.5	110.1
นนทบุรี	312	337	108.0	2.0	1.9	108.2	0.97	106.3	110.1
จันทบุรี	324	345	106.5	2.0	1.9	108.2	1.00	106.2	110.1
ลำปาง	286	307	107.3	2.0	1.9	107.9	1.01	106.0	109.9
ลำพูน	259	269	103.9	2.0	2.0	107.7	1.09	105.6	109.9
อุดรธานี	280	312	111.4	2.0	1.9	107.4	0.89	105.7	109.2
ภูเก็ต	370	402	108.6	2.0	1.9	107.4	0.88	105.7	109.1
ฉะเชิงเทรา	282	303	98.6	2.0	1.9	107.3	1.07	105.2	109.4
กาญจนบุรี	303	331	109.2	2.0	1.9	107.1	0.89	105.4	108.8
พะเยา	303	355	117.2	2.0	1.8	107.1	0.88	105.3	108.8
เพชรบุรี	314	341	108.6	2.0	1.9	106.8	0.99	104.9	108.7
ปทุมธานี	288	225	78.1	2.0	2.3	106.7	1.19	104.4	109.1
แพร่	271	305	112.5	2.0	1.9	106.1	1.02	104.1	108.1
นครนายก	317	353	111.4	2.0	1.9	106.1	1.02	104.1	108.1
เลย	340	373	109.7	2.0	1.9	105.9	0.81	104.3	107.5
อ่างทอง	275	293	106.5	2.0	1.9	105.6	1.03	103.6	107.6
หนองบัวลำภู	217	236	108.8	2.0	1.9	105.6	1.02	103.6	107.6
สุโขทัย	283	297	104.9	2.0	1.9	105.5	1.06	103.4	107.6
ชลบุรี	327	351	107.3	2.0	1.9	105.3	0.98	103.3	107.2
สิงห์บุรี	266	276	103.8	2.0	2.0	104.9	1.01	102.9	106.9
พิษณุโลก	293	318	108.5	2.0	1.9	104.8	1.04	102.7	106.8
สมุทรปราการ	400	412	103.0	2.0	2.0	104.7	0.99	102.8	106.7
ประจวบคีรีขันธ์	321	354	110.3	2.0	1.9	104.6	0.89	102.9	106.4
น่าน	334	353	105.7	2.0	1.9	104.6	1.03	102.6	106.6
สมุทรสงคราม	294	99	33.7	2.0	3.7	104.5	1.79	101.0	108.0
ระยอง	346	365	105.5	2.0	1.9	104.5	1.03	102.5	106.5
แม่ฮ่องสอน	354	355	100.3	2.0	2.0	103.7	1.05	101.7	105.8
ราชบุรี	340	382	112.3	2.0	1.9	103.7	0.90	102.0	105.5
ตาก	388	289	74.5	2.0	2.3	103.0	1.11	100.8	105.1
บึงกาฬ	309	332	107.4	2.0	1.9	102.9	0.95	101.1	104.8
มุกดาหาร	179	238	133.0	2.0	1.7	102.9	0.96	101.0	104.8
ตราด	313	337	107.7	2.0	1.9	102.7	1.07	100.6	104.8
นครพนม	244	269	110.2	2.0	1.9	102.4	1.08	100.3	104.5

ตารางที่ 1 คะแนนระดับสติปัญญาเฉลี่ยนักเรียนไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 แยกรายจังหวัด พ.ศ. 2564 (ต่อ)

จังหวัด*	n ตามแผน	n เก็บได้จริง	ร้อยละ	ME ตามแผน	ME เก็บได้จริง	ระดับสติปัญญา		ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI)	
						ค่าเฉลี่ย	standard error	lower bound	upper bound
ระดับสติปัญญาประมาณ 100									
เพชรบูรณ์	286	306	107.0	2.0	1.9	101.9	1.01	99.9	103.9
พังงา	255	283	111.0	2.0	1.9	101.9	1.07	99.8	104.0
นครสวรรค์	286	303	105.9	2.0	1.9	101.8	1.05	99.7	103.9
กำแพงเพชร	337	356	105.6	2.0	1.9	101.8	0.94	99.9	103.6
สระแก้ว	268	292	109.0	2.0	1.9	101.7	1.21	99.3	104.1
ระนอง	316	278	88.0	2.0	2.1	101.6	1.05	99.5	103.6
เชียงราย	388	425	109.5	2.0	1.9	101.6	0.90	99.8	103.3
กาฬสินธุ์	264	282	106.8	2.0	1.9	101.5	1.06	99.4	103.6
มหาสารคาม	269	295	109.7	2.0	1.9	101.5	1.06	99.4	103.6
ชุมพร	319	292	91.5	2.0	2.1	101.4	0.97	99.5	103.3
สตูล	354	372	105.1	2.0	1.9	100.7	0.90	99.0	102.5
ร้อยเอ็ด	276	301	109.1	2.0	1.9	100.6	1.03	98.6	102.6
บุรีรัมย์	349	365	105.2	2.0	1.9	100.3	0.93	98.5	102.1
พิจิตร	263	281	106.8	2.0	1.9	99.8	0.98	97.9	101.7
นครราชสีมา	333	348	104.5	2.0	1.9	99.8	0.98	97.9	101.7
ชัยนาท	230	400	173.9	2.0	1.5	99.7	0.83	98.1	101.3
ขอนแก่น	281	312	111.0	2.0	1.9	99.4	1.06	97.3	101.4
สกลนคร	270	293	108.5	2.0	1.9	99.1	0.89	97.3	100.8
นครศรีธรรมราช	327	192	58.7	2.0	2.6	99.0	1.41	96.3	101.8
สงขลา	370	385	104.0	2.0	2.0	98.7	0.92	96.9	100.5
สุรินทร์	300	319	106.3	2.0	1.9	98.5	1.01	96.6	100.5
สุราษฎร์ธานี	290	299	103.1	2.0	2.0	98.3	0.96	96.5	100.2
อุทัยธานี	280	291	103.9	2.0	2.0	98.3	1.01	96.4	100.3
เชียงใหม่	493	497	100.8	2.0	2.0	98.3	0.92	96.5	100.1
นราธิวาส	268	329	122.8	2.0	1.8	98.1	1.04	96.1	100.2
ระดับสติปัญญาดำกว่า 100									
ศรีสะเกษ	203	304	149.7	2.0	1.6	98.4	0.75	96.9	99.8
อุบลราชธานี	122	271	222.1	2.0	1.3	98.1	0.83	96.5	99.8
ชัยภูมิ	318	339	106.6	2.0	2.0	98.0	0.91	96.2	99.7
อำนาจเจริญ	149	281	188.6	2.0	1.4	97.8	0.90	96.1	99.6
กระบี่	316	312	98.7	2.0	2.0	97.1	0.93	95.3	98.9
ยโสธร	152	317	208.5	2.0	1.4	97.1	0.78	95.6	98.6
ปัตตานี	196	250	127.5	2.0	1.8	96.4	1.21	94.0	98.8
ยะลา	244	300	122.9	2.0	1.8	93.4	0.93	91.6	95.2
รวม	22,933	21,901	95.5	0.2	0.2	102.8	0.14	102.5	103.0

ME = margin of error, * จังหวัดที่มีระดับสติปัญญาสูงกว่า 100 หมายถึงจังหวัดที่มี 95% CI ของค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาสูงกว่า 100 จังหวัดที่มีระดับสติปัญญาประมาณ 100 หมายถึงจังหวัดที่มี 95% CI ของค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาคร่อม 100 จังหวัดที่มีระดับสติปัญญาดำกว่า 100 หมายถึงจังหวัดที่มี 95% CI ของค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาดำกว่า 100 จังหวัดที่ไม่สามารถลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลมี 8 จังหวัด ได้แก่ พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี นครปฐม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี ตรัง และพัทลุง



แผนภาพที่ 1 แสดงการกระจายของระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศ พ.ศ. 2564 แบ่งตามระดับสติปัญญา เปรียบเทียบกับระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศ พ.ศ. 2559 และเกณฑ์การกระจายโค้งปกติ

ของเด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศได้ แต่ในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพจำเป็นต้องพิจารณาข้อมูลโดยละเอียดก่อนนำไปใช้ การสำรวจครั้งนี้ใช้เครื่องมือ SPM parallel version ซึ่งสามารถทำการทดสอบแบบรายกลุ่มได้และใช้เวลาไม่มาก แต่ผลการประเมินระดับสติปัญญาอาจต่ำกว่าความเป็นจริงเนื่องจากข้อจำกัดด้านความสามารถในการเข้าใจคำสั่งและสมาธิของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 อย่างไรก็ตามการสำรวจครั้งนี้มีนักจิตวิทยาคลินิกที่มีความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือเป็นผู้ดำเนินการทดสอบโดยตรงและมีการกำหนดแนวทางในการดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดขณะทำแบบทดสอบ นอกจากนี้เครื่องมือ SPM parallel version วัดเฉพาะองค์ประกอบความสามารถทางสติปัญญาทั่วไป (g factor) เท่านั้น^{8,9} จึงมีข้อจำกัดในการแปลผลการทดสอบกล่าวคือ ผลการประเมินไม่สามารถบ่งชี้ถึงองค์ประกอบย่อยของสติปัญญาที่ควรได้รับการพัฒนาต่อไป จึงควรมีการตรวจประเมินซ้ำในเด็กที่มีระดับสติปัญญาดต่ำกว่าเกณฑ์ด้วยเครื่องมือที่สามารถวัดรายละเอียดความสามารถทางเชาว์ปัญญาในด้านต่าง ๆ ได้มากกว่า เช่น แบบทดสอบ WISC

เพื่อวางแผนพัฒนางานด้านการส่งเสริมพัฒนาการและระดับสติปัญญาของเด็กไทยและลดความเสี่ยงของภาวะสติปัญญาบกพร่อง จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับสติปัญญาและการเปลี่ยนแปลงของระดับสติปัญญา โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีระดับสติปัญญาบกพร่อง นอกจากนี้ จากผลการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า เด็กที่เกิดในช่วงที่มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีความสามารถในด้านภาษา ด้านการเคลื่อนไหว และด้านสติปัญญาโดยทั่วไปลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่เกิดก่อนสถานการณ์การแพร่ระบาด²³ ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับสติปัญญาในระยะยาว จึงควรมีการติดตามเฝ้าระวังระดับสติปัญญาของเด็กไทยอย่างต่อเนื่อง และควรคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวในการวางแผนในการศึกษาครั้งต่อไป

สรุป

ระดับสติปัญญาเฉลี่ยของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 ปี พ.ศ. 2564 อยู่ในเกณฑ์ปกติและสูงกว่าค่ากลางของมาตรฐานสากล และมีร้อยละของนักเรียนที่มีระดับสติปัญญาปกติขึ้นไป (IQ $\geq$ 90) มากกว่าการกระจายตามปกติ แต่

ร้อยละของนักเรียนในกลุ่มสติปัญญาบกพร่อง ($IQ < 70$) ยังคงมากกว่ามาตรฐานอยู่ร้อยละ 2 การดำเนินงานด้านการส่งเสริมพัฒนาการและสติปัญญาของเด็กปฐมวัยจึงควรให้ความสำคัญกับเด็กกลุ่มนี้

กิตติกรรมประกาศ

โครงการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์เด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประจำปี 2564 ได้รับทุนสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.)

เอกสารอ้างอิง

- Neisser U, Boodoo G, Bouchard TJ, Boykin AW, Brody N, Ceci SJ, et al. Intelligence: knowns and unknowns. *Am Psychol.* 1996;51(2):77-101. doi:10.1037/0003-066X.51.2.77.
- Sternberg RJ. Intelligence. *Dialogues Clin Neurosci.* 2012;14(1):19-27. doi:10.31887/DCNS.2012.14.1/rsternberg.
- Hindes Y, Schoenberg MR, Saklofske DH. Intelligence. In: Kreutzer JS, Deluca J, Caplan B, editors. *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology.* New York: Springer; 2011. p. 1329-35.
- Moore DS, Notz WI, Flinger MA. The Normal Distribution. In: Moore DS, Notz WI, Flinger MA, editors. *The basic practice of statistics.* 6th ed. New York: W.H. Freeman and Company; 2013.
- Lyn R, Vanhanen T. *IQ and the wealth of nations.* Westport: Praeger Publishers; 2002.
- Lynn R, Becker D. *The intelligence of nations.* London: Ulster Institute for Social Research; 2019.
- Rindermann H. Relevance of education and intelligence at the national level for the economic welfare of people. *Intelligence.* 2008;36(2):127-42. doi:10.1016/j.intell.2007.02.002.
- Raven J. Manual for Raven's progressive matrices and vocabulary scales. Research supplement No.1: the 1979 British standardization of the standard progressive matrices and mill hill vocabulary scales, together with comparative data from earlier studies in the UK, US Canada, Germany and Ireland. Oxford: Oxford University Press; 1981.
- Raven J, Raven JC, Court JH. Manual for Raven's progressive matrices and vocabulary scales. section 3, standard progressive matrices: (including the parallel and plus versions). Oxford: Oxford University Press; 2004.
- สุชีรา ภัทรายุตวรรัตน์, กนกรัตน์ สุขะตุงคะ, จริยา จันตระ, วิลาสินี ชัยสิทธิ์, กิรติ บรรณกุลโรจน์, สร้อยสุดา อิมอรุณรักษ์. การสร้างเกณฑ์ปกติของแบบทดสอบ Standard Progressive Matrices ในกลุ่มประชากรไทย [The normative score of the standard progressive matrices for the Thai population]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยไทย.* 2543;45(1):45-57.
- อภิชัย มงคล, ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, ปราณี ชาญณรงค์, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์ วชิรติลล. สถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย ปี 2554 [National intelligence quotient survey of Thai students in 2011]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 2555;20(2):79-89.
- จันทร์อาภา สุขทรัพย์, อัมพร เบญจพลพิทักษ์, วนิดา ชนินทฤทธิ์วงศ์, ประเสริฐ จุฑา. ระดับสติปัญญานักเรียนไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ประจำปี พ.ศ. 2559 [Intelligence quotient (IQ) of Thai students in the first year of primary school: national survey 2016]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 2561;26(3):161-73.
- กระทรวงสาธารณสุข. โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 - 2564 [National economic and social development plan, no. 12, 2017 - 2021]. กรุงเทพฯ: สำนักงาน; 2559.

15. Wicherts JM, Dolan CV, Carlson JS, Van der Maas HLJ. Raven's test performance of sub-Saharan Africans: average performance, psychometric properties and the Flynn effect. *Learn Individ Differ*. 2010;20(3):135-51. doi:10.1016/j.lindif.2009.12.001.
16. บัณฑิต ศรีไพศาล, ปราณี ชาญณรงค์. การศึกษาทบทวนองค์ความรู้ด้านทฤษฎีและเครื่องมือประเมินระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ (IQ และ EQ) เด็ก [A review of theoretical knowledge and a tool to assess intelligence and emotional intelligence (IQ and EQ) levels in children]. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2552.
17. ปราณี ชาญณรงค์, บัณฑิต ศรีไพศาล. รายงานวิจัยการพัฒนาเครื่องมือวิจัยเชิงสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กไทย [The development of a survey research instrument for Intelligence Quotients (IQ) test of Thai children]. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2553.
18. Mungkhethklang C, Crewther SG, Bavin EL, Goharpey N, Parsons C. Comparison of measures of ability in adolescents with intellectual disability. *Front Psychol*. 2016;7:683. doi:10.3389/fpsyg.2016.00683.
19. Trahan LH, Stuebing KK, Fletcher JM, Hiscock M. The Flynn effect: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 2014;140(5):1332-60. doi:10.1037/a0037173.
20. Flynn JR. Requiem for nutrition as the cause of IQ gains: Raven's gains in Britain 1938-2008. *Econ Hum Biol*. 2009;7(1):18-27. doi:10.1016/j.ehb.2009.01.009.
21. Lynn R. What has caused the Flynn effect? Secular increases in the Development Quotients of infants. *Intelligence*. 2009;37(1):16-24. doi:10.1016/j.intell.2008.07.008.
22. อัญชลี จุมพลจามิกร. เขาวนปัญญาคืออะไร? [What is intelligence?] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; [เข้าถึงเมื่อวันที่ 28 ก.ย. 2565]. จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/child/05152014-1100#:~:text=90%2D109,80%2D89>
23. Deoni SC, Beauchemin J, Volpe A, Dà Sa V. Impact of the COVID-19 pandemic on early child cognitive development: initial findings in a longitudinal observational study of child health. *medRxiv [Preprint]*. 2022:2021.08.10.21261846. doi:10.1101/2021.08.10.21261846.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคโควิด 19 ใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้

วันรับ : 20 ธันวาคม 2565

วันแก้ไข : 24 กุมภาพันธ์ 2566

วันตอบรับ : 1 มีนาคม 2566

ณัฐฐา หน่อพันธุ์, พ.บ., เมตตา เลิศเกียรติรัชตะ, พย.ม.,

มาลี เกตแก้ว, พย.ม.

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประมาณความชุกของปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ซึมเศร้า วิตกกังวล นอนไม่หลับ และโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) และสำรวจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตในผู้ที่ย้ายป่วยจากโรคโควิด 19 ใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้

วิธีการ : การศึกษาแบบภาคตัดขวางในผู้ที่ย้ายป่วยจากโรคโควิด 19 ในจังหวัดสงขลา ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส ระหว่างเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2565 เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ประวัติขณะป่วยเป็นโรคโควิด 19 และแบบประเมินปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า (Thai HADS) แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย (PSQI) แบบคัดกรองโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (2P) และแบบประเมินผลกระทบทางจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์วิกฤต 10 ข้อ (PISCES-10) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 480 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 45 - 59 ปี และไม่มีโรคประจำตัวทางจิตเวช พบความชุกปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 44.0 โดยเป็นปัญหานอนไม่หลับร้อยละ 36.5 ซึมเศร้าร้อยละ 14.6 วิตกกังวลร้อยละ 14.2 และ PTSD ร้อยละ 6.3 ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการประสบปัญหาสุขภาพจิตอย่างน้อยหนึ่งชนิดหลังหายจากโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุ 60 ปีขึ้นไปและความรุนแรงขณะป่วยเป็นโรคโควิด 19 ระดับปานกลางถึงรุนแรง

สรุป : อาการนอนไม่หลับเป็นปัญหาที่พบมากที่สุดและผู้ป่วยหลังหายจากโรคโควิด 19 อายุและความรุนแรงขณะป่วยเป็นโรคโควิด 19 มีผลต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตอย่างน้อยหนึ่งชนิด

คำสำคัญ : โควิด 19, จังหวัดชายแดนภาคใต้, ปัญหาสุขภาพจิต, ลอนโควิด

ติดต่อผู้พิมพ์ : ณัฐฐา หน่อพันธุ์; e-mail: n.naruttha@gmail.com

Original articles

Prevalence and associated factors of mental health problems among COVID-19 patients in 4 southern border provinces of Thailand

Received : 20 December 2022

Revised : 24 February 2023

Accepted : 1 March 2023

Naruttha Norphun, M.D., Metta Lertkiatratchata, M.N.S.,

Malee Katekaew, M.N.S.

Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Department of Mental Health

Abstract

Objective: To study the prevalence and associated factors of anxiety, depression, insomnia, and post-traumatic stress disorder (PTSD) among individuals who recovered from COVID-19 in 4 southern border provinces of Thailand.

Methods: A cross-sectional survey was conducted among patients who recovered from COVID-19 in Songkhla, Yala, Pattani, and Narathiwat provinces between March and May 2022. Questionnaires included demographic data and severity of COVID-19 infection. Mental health problems were assessed by using the hospital anxiety and depression scale (Thai HADS), the Pittsburgh sleep quality index (PSQI), the screening questionnaire for PTSD (2P), and the psychological impact scale for crisis events-10 (PISCES-10). Data were analyzed by using descriptive statistics and logistic regression.

Results: Most of the participants (n = 480) were female, aged 45 - 59, and had no history of psychiatric illness. Approximately 44.0% had mental health problems, including insomnia (36.5%), depression (14.6%), anxiety (14.2%), and PTSD (6.3%). Being 60 years old or over and having moderate to severe COVID-19 illness significantly increased the chance of experiencing at least one mental health problem.

Conclusion: Insomnia is the most common mental health problem among those who have recovered from COVID-19. Age and severity during COVID-19 illness were related to having at least one mental health problem.

Keywords: COVID-19, long COVID, mental health problems, southern border provinces of Thailand

Corresponding author: Naruttha Norphun; e-mail: n.naruttha@gmail.com

ความรู้เดิม : ปัญหาสุขภาพจิตที่พบภายหลังจากหายป่วยโรคโควิด 19 ยังมีข้อมูลจำกัดโดยเฉพาะใน 4 จังหวัดชายแดนใต้

ความรู้ใหม่ : ผู้ที่หายป่วยจากโรคโควิด 19 มีความชุกของปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 44.0 พบปัญหาการนอนหลับมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และ PTSD ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและมีอาการระหว่างติดเชื้อโควิด 19 ในระดับปานกลางและรุนแรงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตหลังจากหายป่วย

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ควรประเมินปัญหาสุขภาพจิตหลังจากหายป่วยโรคโควิด 19 โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงปานกลางถึงรุนแรง เพื่อให้สามารถช่วยเหลือดูแลจิตใจได้ตั้งแต่ระยะแรก

บทนำ

โรคโควิด 19 (COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่ที่พบครั้งแรกในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน และกลายเป็นโรคระบาดใหญ่ (pandemic) ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 สถานการณ์ในประเทศไทยช่วงที่มีการระบาดสูงคือระลอกที่ 3 ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ข้อมูลจากศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด 19 พบว่า 4 จังหวัดภาคใต้ ได้แก่ สงขลา ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส เป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อสูงสุดรองจากกรุงเทพมหานครและปริมณฑล¹ ในช่วงแพร่ระบาดพบว่า ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในประชากรทั่วไปได้แก่ ภาวะหมดไฟ ภาวะความเครียด ซึมเศร้า เสี่ยงฆ่าตัวตาย และปัญหาการนอน ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศหญิง กำลังศึกษา ยากจน และมีอาการทางร่างกาย เช่น ปวดเมื่อย^{2,3} กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และผู้ติดเชื้อ พบว่าผู้ติดเชื้อมีภาวะเครียดสูงกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไปถึง 2 เท่า⁴

ภาวะที่ยังมีอาการหลงเหลืออยู่แม้หายจากโรคโควิด 19 แล้ว เรียกว่า ลอนโควิด (long COVID หรือ post COVID-19 syndrome) เป็นอาการที่เกิดขึ้นต่อเนื่องหลังการติดเชื้อเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ขึ้นไป⁵ อาการเกิดขึ้นใน

หลายระบบทั้งทางกาย รวมไปถึงอาการทางจิตเวช เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล ย้ำคิดย้ำทำ นอนไม่หลับ และโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder: PTSD) อาการดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและการดูแลรักษาอย่างทันที่ การศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยที่หายจากโรคโควิด 19 ในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 7 - 47 มีอาการวิตกกังวล ร้อยละ 4 - 29 มีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 18 - 50 มีปัญหาการนอน และร้อยละ 22.2 - 25.4 มีอาการ PTSD ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศหญิง การได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และเคยประสบเหตุการณ์สะเทือนขวัญมาก่อน⁶⁻¹³ การศึกษาในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยโควิด 19 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 16.5 และมีการรับรู้ความเครียดร้อยละ 30.8 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ การรับรู้ความเครียด และสถานะการรักษาแบบผู้ป่วยใน¹⁴

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่ผ่านมาอาจไม่สามารถอนุมานมายังกลุ่มจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีบริบทต่างจากพื้นที่อื่นในประเทศไทย ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม มีปัญหาความไม่สงบเรื้อรัง มีปัญหาความยากจนสูงกว่าพื้นที่อื่น และมีวัฒนธรรมที่แตกต่างหลากหลาย จึงควรมีการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในพื้นที่ดังกล่าวโดยเฉพาะ ซึ่งมีความสำคัญต่อการวางแผนงานด้านสุขภาพจิตและการควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ที่หายจากโรคโควิด 19 ใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้

วิธีการ

การศึกษาแบบตัดขวางในผู้ป่วยโควิด 19 ในจังหวัดสงขลา ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป อ่านและเขียนภาษาไทยได้ คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Yamane¹⁵ กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (e) เท่ากับ 0.05 ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ขนาดของประชากรคือ จำนวนผู้ป่วยสะสมใน 4 จังหวัด ตั้งแต่ 1 เมษายน ถึง 18 ตุลาคม พ.ศ. 2564 เท่ากับ 136,370 คน ได้จำนวน

กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 399 คน เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 480 คน โดยกระจายเป็นส่วนเท่ากันตาม 4 จังหวัด และจำแนกตามความรุนแรงของโรค สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (systematic sampling) โดยมีชั้นภูมิคือ 4 จังหวัด การสุ่มครั้งแรก เป็นการสุ่มอำเภอ (หน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง) ได้แก่ อำเภอรอนดง จังหวัดสงขลา อำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา และอำเภอเมืองนราธิวาส จังหวัดนราธิวาส จากนั้นแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามความรุนแรงออกเป็น 3 กลุ่มในแต่ละอำเภอ ได้แก่ สีเขียว (ไม่มีอาการหรือเล็กน้อย) สีเหลือง (ปานกลาง) และสีแดง (รุนแรง) โดยแต่ละกลุ่มเรียงรายชื่อผู้ป่วยตามลำดับตำบล (เพื่อให้ได้ผู้ป่วยในทุกตำบลตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วย) และสุ่มผู้ป่วยอย่างเป็นระบบกลุ่มละ 40 คน รวมเป็น 120 คนต่อจังหวัด เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นสุดท้าย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคโควิด 19 ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา ภูมิลาเนา ความรุนแรงขณะป่วยเป็นโรคโควิด 19 และโรคประจำตัวทางจิตเวช โดยความรุนแรงของการติดเชื้อโควิด 19 แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ *ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย* หมายถึง ไม่มีอาการหรืออาการน้อย เช่น เจ็บคอ ไม่ได้กลิ่น ไม่รู้รส ไอ มีน้ำมูก มีผื่น ถ่ายเหลว ตาแดง อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป ไม่หายใจลำบาก ไม่มีปอดอักเสบ ไม่เหนื่อย และหายใจปกติ *มีอาการปานกลาง* หมายถึง มีอาการไม่รุนแรง เช่น แน่นหน้าอก หายใจลำบาก เวียนศีรษะ ไอแล้วเหนื่อย อ่อนเพลีย และถ่ายเหลว 3 ครั้งต่อวันหรือมากกว่า หรือมีอาการแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว และ *มีอาการรุนแรง* หมายถึง มีอาการหนัก เช่น หอบเหนื่อย หน้ามืด แน่นหน้าอก หายใจเจ็บ อ่อนเพลีย ตอบสนองช้า ไม่รู้สึกตัว ปอดบวมที่มี hypoxia (oxygen saturation < 96%) หรือมีภาวะลดลงของออกซิเจน SpO₂ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 3 ของค่าที่วัดได้ครั้งแรกขณะออกแรง หรือภาพรังสีทรวงอกมี progression ของ pulmonary infiltration มากขึ้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Thai hospital anxiety and depression scale: Thai HADS)¹⁶ ใช้วัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าโดยให้ผู้ป่วยตอบด้วยตัวเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับวัดอาการวิตกกังวล 7 ข้อในข้อเลขคี่ และวัดอาการซึมเศร้า 7 ข้อในข้อเลขคู่ ให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน แปลผลคะแนนกลุ่มอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าแยกกัน โดย 0 - 7 คะแนน ไม่มีภาวะวิตกกังวล/ภาวะซึมเศร้า 8 - 10 คะแนน มีภาวะวิตกกังวล/ภาวะซึมเศร้าแต่ยังไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ชัดเจน และ 11 - 21 คะแนน มีภาวะวิตกกังวล/ภาวะซึมเศร้าที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย (Pittsburgh sleep quality index: PSQI) ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับ เชิงอัตนัย ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย การรบกวนการนอนหลับ การใช้นอนหลับ และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน โดยเป็นการประเมินตนเองถึงคุณภาพการนอนหลับช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คะแนนของแต่ละข้อและองค์ประกอบแบ่งเป็น 4 ระดับ แปลผลคะแนนรวมทั้ง 7 องค์ประกอบดังนี้ คะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 หมายถึง มีคุณภาพการนอนที่ดี และคะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี แบบประเมินมีค่าความสอดคล้องภายในระดับดีมาก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.837 และค่า intraclass correlation coefficient เท่ากับ 0.89^{17,18}

ส่วนที่ 4 แบบประเมิน PTSD ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ตอน ตอนที่ 1 ประเมินด้วยเครื่องมือการคัดกรอง 2P พัฒนาโดยโรงพยาบาลจิตเวชสงขลา ราชนครินทร์¹⁹ ใช้คัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่ผ่านการพิจารณาโดยจิตแพทย์ในพื้นที่ 14 จังหวัดภาคใต้และได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ มีค่า sensitivity ร้อยละ 87.2 และ specificity ร้อยละ 89.1 ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์เผชิญเหตุสะเทือนใจอย่างรุนแรงในชีวิต เช่น ภัยพิบัติต่าง ๆ ที่ทำให้มีอาการทางจิตใจเกิดขึ้น เช่น ตื่นตัวตลอดเวลาหรือหวนระลึกถึงเหตุการณ์ซ้ำ ๆ และคำถามเกี่ยวกับผลกระทบของเหตุการณ์ต่อการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน โดยหากตอบว่า “ใช่” ทั้งสองข้อให้ประเมินต่อเนื่องที่ 2 ด้วยแบบประเมินผลกระทบทางจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์วิกฤต (psychological impact scale for crisis events-10: PISCES-10)²⁰ ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ แต่ละข้อมีช่วงค่าคะแนน 0 - 3 คะแนน การแปลผล 0 - 8 คะแนน ปกติ 9 - 13 คะแนน ทุกข์ทรมานทางจิตใจเล็กน้อย 14 - 18 คะแนน ทุกข์ทรมานทางจิตใจมาก และ 19 คะแนน ขึ้นไป ทุกข์ทรมานทางจิตใจรุนแรง การศึกษานี้กำหนดความเสี่ยงต่อ PTSD หมายถึง PISCES-10 > 8 คะแนน

เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคมถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2565 โดยเจ้าหน้าที่ทีมเยี่ยมเยียนจิตใจระดับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดละ 10 - 12 คน ที่ผ่านการอบรมเครื่องมือ Thai-HADS, PSQI, 2P และ PISCES-10 จากทีมผู้วิจัยโดยตรงเป็นเวลา 1 วัน เป็นผู้ประสานงานลงพื้นที่เก็บวิจัย นักกลุ่มตัวอย่างมาที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นรายบุคคล และชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยตามเอกสารแนะนำการวิจัย การสัมภาษณ์เป็นแบบตัวต่อตัว (face-to-face interview) ระยะเวลา 20 - 30 นาที ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจในระหว่างการให้ข้อมูล ผู้วิจัยเตรียมให้การช่วยเหลือโดยให้ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นทีมเยี่ยมเยียนจิตใจให้การสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างระบายหรือแสดงออกถึงความรู้สึกให้เต็มที่โดยการฟังอย่างตั้งใจและให้การช่วยเหลือตามสภาพปัญหา

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและปัญหาสุขภาพจิตด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: S.D) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปและปัญหาทางสุขภาพจิตด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (univariate logistic regression) และนำเสนอผลการวิเคราะห์ด้วย

odds ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI)

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เลขที่หนังสือรับรอง DMH.IRB.CO.A 006/2565 วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565

ผล

กลุ่มตัวอย่าง 480 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 45 - 59 ปี ศาสนาอิสลามมากกว่าศาสนาพุทธ โดยไม่พบศาสนาอื่นในกลุ่มตัวอย่าง และไม่มีโรคประจำตัวทางจิตเวช โดยโรคประจำตัวทางจิตเวชที่พบมากที่สุดคือโรคซึมเศร้า ดังแสดงในตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างมีความชุกของปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 44.0 โดยพบปัญหาการนอนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 36.5 รองลงมาได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเสี่ยงต่อ PTSD มีความชุกร้อยละ 14.6, ร้อยละ 14.2 และร้อยละ 6.3 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาคุณภาพการนอนพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับเท่ากับ 5.09 (S.D. = 3.22) คะแนน ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับเฉลี่ย 25.7 นาที (S.D. = 27.0) ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืนเฉลี่ย 6.8 ชั่วโมง (S.D. = 1.5) เมื่อพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบของคุณภาพการนอนทั้ง 7 ด้าน พบว่าส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับดี ยกเว้นองค์ประกอบที่ 5 มีการรบกวนการนอนหลับร้อยละ 92.3 เมื่อพิจารณาลักษณะด้านอาการซึมเศร้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าแต่ยังไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ชัดเจนร้อยละ 10.6 และมีภาวะซึมเศร้าที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวชร้อยละ 4.0 ด้านอาการวิตกกังวลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะวิตกกังวลแต่ยังไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ชัดเจนร้อยละ 10.0 และมีภาวะวิตกกังวลที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวชร้อยละ 4.2 ส่วนด้าน PTSD ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงพบว่า มีระดับความทุกข์ทรมานจิตใจอยู่ในระดับเล็กน้อยร้อยละ 66.7 มีค่าเฉลี่ยคะแนน PISCES-10 เท่ากับ 10.70 คะแนน (S.D. = 3.38)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 480)

	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	108	22.5
หญิง	372	77.5
อายุ		
18 - 29 ปี	69	14.4
30 - 34 ปี	145	30.2
45 - 59 ปี	162	33.8
60 ปีขึ้นไป	104	21.7
ศาสนา		
พุทธ	173	36.0
อิสลาม	307	64.0
โรคประจำตัวทางจิตเวช		
ไม่มี	460	95.8
มี	20	4.2
ซึมเศร้า	8	1.7
ไบโพลาร์	1	0.2
จิตเภท	2	0.4
วิตกกังวล	5	1.0
นอนไม่หลับ	3	0.6
อื่น ๆ	1	0.2

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประสบปัญหาสุขภาพจิตอย่างน้อยหนึ่งชนิดหลังการหายจากโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ 60 ปีขึ้นไป (OR = 1.66, 95% CI = 1.08 - 2.76) และอาการขณะป่วยเป็นโรคโควิด 19 ระดับปานกลาง (OR = 1.70, 95% CI = 1.08 - 2.68) และระดับรุนแรง (OR = 2.48, 95% CI = 1.57 - 3.90) ดังแสดงในตารางที่ 2

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า ร้อยละ 44.0 ของผู้ป่วยหลังหายจากโรคโควิด 19 มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างน้อยหนึ่งชนิด ปัญหาสุขภาพจิตที่พบมากที่สุด คือ การนอนไม่หลับ พบร้อยละ 36.5 ใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้าพบว่าผู้ที่หายจากโรคโควิด 19 มีปัญหาการนอนร้อยละ 40⁶ อาการนอนไม่หลับอาจเป็นแบบปฐมภูมิ (primary insomnia) ที่ไม่ได้มีสาเหตุที่ชัดเจน

หรือแบบทุติยภูมิ (secondary insomnia) ที่มีสาเหตุที่ชัดเจน เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล ซึ่งอาจเป็นโรคหลักที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับตามมาภายหลังได้ การศึกษานี้พบอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลใกล้เคียงกัน ร้อยละ 14.6 และ 14.2 ตามลำดับ ใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศสเปนที่พบอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล ร้อยละ 15.2 และ 22.1 ตามลำดับ⁹ ส่วน PTSD พบร้อยละ 6.3 ซึ่งต่ำกว่าผลการศึกษาในประเทศจีนที่พบ PTSD ร้อยละ 12.4²¹ อาจเกิดจากความแตกต่างของลักษณะประชากรและช่วงเวลาที่ศึกษา โดยการศึกษาดังกล่าวมีเพศหญิงและชายจำนวนใกล้เคียงกันและเก็บข้อมูลในเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นช่วงแรกของการแพร่ระบาด รวมถึงการใช้เครื่องมือประเมิน PTSD ที่แตกต่างกัน ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยหลังหายจากโรคโควิด 19 ในการศึกษานี้สูงกว่าความชุกช่วงชีวิตของโรคจิตเวชในคนไทย

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประสบปัญหาสุขภาพจิตอย่างน้อยหนึ่งชนิดหลังหายจากโรคโควิด 19

	OR	95% CI	p-value
เพศ			
ชาย	1		
หญิง	0.77	0.50 - 1.18	0.22
อายุ			
18 - 59 ปี	1		
60 ปีขึ้นไป	1.66	1.08 - 2.76	0.02
ศาสนา			
พุทธ	1		
อิสลาม	1.16	0.80 - 1.69	0.44
ความรุนแรงขณะป่วยเป็นโรคโควิด 19			
ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย	1		
มีอาการปานกลาง	1.70	1.08 - 2.68	0.02
มีอาการรุนแรง	2.48	1.57 - 3.90	< 0.01
มีโรคประจำตัวจิตเวช			
ไม่มี	1		
มี	2.46	0.96 - 6.27	0.06

ที่พบร้อยละ 7.4²² เนื่องจากโรคโควิด 19 และการแพร่ระบาดของโรคส่งผลกระทบต่อทางจิตสังคมในหลากหลายด้าน เช่น ความตื่นตระหนกต่อการเกิดโรคระบาดใหม่ ความเครียดจากการต้องแยกตัวจากสังคม และความกังวลและตรึงใจของการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น⁶

การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคโควิด 19 พบว่า กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มอายุ 18 - 59 ปี สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศตุรกีที่พบว่าผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีมีอาการซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มอื่น²³ เนื่องจากผู้สูงอายุต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงหลายด้าน เช่น ความเจ็บป่วยทางกาย การช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง และบทบาททางสังคมที่ลดลง ซึ่งการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 อาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มวัยผู้ใหญ่ และพบว่าความรุนแรงของโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการของโรคโควิด 19 ระดับปานกลางถึงรุนแรงมีภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า และ PTSD

สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการหรืออาการเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีนที่พบว่าอาการปวดอวัยวะจากโรคโควิด 19 ที่รุนแรงเป็นปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า และ PTSD²⁴ ซึ่งอาจเกิดจากกระบวนการอักเสบทางระบบทั่วร่างกาย (systemic inflammation) หรืออาจเป็นผลโดยตรงของเชื้อไวรัสที่ทำให้เนื้อเยื่อระบบประสาทเสียหายและส่งผลต่ออาการทางระบบประสาทและจิตเวช (neuropsychiatric symptoms) และความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic dysfunction)⁵

การศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตระหว่างผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่นับถือศาสนาอิสลามและพุทธ อาจเนื่องจากทั้งสองศาสนามีแนวทางการแก้ไขปัญหาที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือการเน้นการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยความอดทน การเปิดใจ การยอมรับ และการคำนึงถึงการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม²⁵⁻²⁷ การศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคโควิด 19 ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาทั้งในประเทศไทย

และต่างประเทศก่อนหน้านี้ที่พบว่าเพศหญิงเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต^{7,14,28} อาจเนื่องมาจากการศึกษาที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมากกว่าชายถึง 3.4 เท่า อาจส่งผลต่อความสามารถในการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างเพศ นอกจากนี้อาจเป็นผลจากบริบทในพื้นที่ที่มีเหตุการณ์ความรุนแรงต่อเนื่อง ทำให้เพศชายและหญิงที่ประสบเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ มีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ใกล้เคียงกัน ดังเช่นในการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ประสบภัยพิบัติในประเทศไทย ซึ่งส่วนใหญ่ประสบภัยจากน้ำมีอมุนขัยในชายแดนภาคใต้ ไม่พบว่าเพศเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะ PTSD และภาวะซึมเศร้าเช่นกัน²⁹ จึงควรมีการศึกษาเชิงลึกถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเพศและปัญหาสุขภาพจิตในบริบทชายแดนภาคใต้ต่อไป และการศึกษาไม่พบว่าโรคประจำตัวทางจิตเวชเป็นปัจจัยของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตหลังหายจากโรคโควิด 19 สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Veazie และคณะ³⁰ ที่ไม่พบว่าการมีโรคประจำตัวทางจิตเวชมีผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อาจเนื่องจากผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่มารับการรักษา มักได้รับการดูแลสุขภาพจิตควบคู่ไปด้วย เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิต และการฝึกการจัดการกับความเครียดในระหว่างการเจ็บป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคโควิด 19 มักได้รับการคัดกรองและสอบถามปัญหาสุขภาพจิตที่มีอยู่เดิม ทำให้ได้รับการดูแลรักษาเพิ่มเติมหรือส่งต่อตามประเด็นและระดับความรุนแรงของปัญหาที่พบ อย่างไรก็ตามมีบางการศึกษาที่พบว่าโรคประจำตัวทางจิตเวชมีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตหลังจากการติดเชื้อโควิด 19⁶

จุดแข็งของการศึกษานี้ได้แก่ การสอบถามถึงปัญหาสุขภาพจิตปัจจุบันในระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือน ทำให้ลดการเกิด recall bias และการสำรวจข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการอบรมการใช้เครื่องมือทำให้การบันทึกข้อมูลมีมาตรฐานเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของการศึกษานี้ได้แก่ ไม่ได้สำรวจปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ ที่พบจากการทบทวน

วรรณกรรม เช่น โรคย้ำคิดย้ำทำ และภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง (cognitive impairment) ช่วงเวลาที่สำรวจไม่ได้เป็นช่วงที่มีการแพร่ระบาดในพื้นที่ที่รุนแรงและมีจำนวนผู้ติดเชื้อสูงสุด อาจทำให้ผลการศึกษาค่าต่ำกว่าความเป็นจริง และเป็นการศึกษาเฉพาะใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จึงอาจไม่สามารถนำผลการศึกษาไปใช้กับประชากรในพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศไทยได้

สรุป

ผู้ที่เคยป่วยเป็นโรคโควิด 19 มีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 44.0 พบปัญหาการนอนหลับมากที่สุด รองลงมาได้แก่ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และ PTSD ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตหลังหายป่วยจากโรคโควิด 19 ได้แก่ อายุและความรุนแรงขณะป่วยเป็นโรคโควิด 19 ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการศึกษาไปประกอบการพัฒนาแนวทางการประเมิน รักษา และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในพื้นที่ แม้พ้นระยะของการแพร่เชื้อแล้ว

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โควิด-19 [COVID-19 situation report] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: [สืบค้นเมื่อวันที่ 18 ต.ค. 2564]. จาก: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>.
2. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (covid-19) epidemic among the general population in china. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):1729. doi:10.3390/ijerph17051729.
3. Thomas D, Lawton R, Brown T, Kranton R. Prevalence, severity and distribution of depression and anxiety symptoms using observational data collected before and nine months into the COVID-19 pandemic. *Lancet Reg Health Am*. 2021;1:100009. doi:10.1016/j.lana.2021.100009.

4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลจิตใจในโรงพยาบาลสนาม ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 [Guidelines for mental care in field hospitals 1st revised edition] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 18 ต.ค. 2564]. จาก: <http://www.mhso.dmh.go.th/fileupload/20210727717262305.pdf>
5. ภัทริรา ตันติภาสวสิน, สิทธิชัย ตันติภาสวสิน. ภาวะโพสท์โควิด (ลองโควิด) [Post-COVID condition (Long COVID)]. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี. 2565;47(1):67-84.
6. Mazza MG, De Lorenzo R, Conte C, Poletti S, Vai B, Bollettini I, et al. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain Behav Immun*. 2020;89:594-600. doi:10.1016/j.bbi.2020.07.037.
7. Mazza MG, Palladini M, De Lorenzo R, Magnaghi C, Poletti S, Furlan R, et al. Persistent psychopathology and neurocognitive impairment in COVID-19 survivors: effect of inflammatory biomarkers at three-month follow-up. *Brain Behav Immun*. 2021;94:138-147. doi:10.1016/j.bbi.2021.02.021.
8. Xiong Q, Xu M, Li J, Liu Y, Zhang J, Xu Y, et al. Clinical sequelae of COVID-19 survivors in Wuhan, China: a single-centre longitudinal study. *Clin Microbiol Infect*. 2021;27(1):89-95. doi:10.1016/j.cmi.2020.09.023.
9. Frontera JA, Yang D, Lewis A, Patel P, Medicherla C, Arena V, et al. A prospective study of long-term outcomes among hospitalized COVID-19 patients with and without neurological complications. *J Neurol Sci*. 2021;426:117486. doi:10.1016/j.jns.2021.117486.
10. González J, Benítez ID, Carmona P, Santistevé S, Monge A, Moncusí-Moix A, et al. Pulmonary function and radiological features in survivors of critical COVID-19: a 3-month prospective cohort. *Chest*. 2021;160(1):187-98. doi:10.1016/j.chest.2021.02.062.
11. Tanriverdi A, Savci S, Kahraman BO, Ozpelit E. Extrapulmonary features of post-COVID-19 patients: muscle function, physical activity, mood, and sleep quality. *Ir J Med Sci*. 2021;191(3):969-75. doi:10.1007/s11845-021-02667-3.
12. De Lorenzo R, Conte C, Lanzani C, Benedetti F, Roveri L, Mazza MG, et al. Residual clinical damage after COVID-19: a retrospective and prospective observational cohort study. *PLoS One*. 2020;15(10):e0239570. doi:10.1371/journal.pone.0239570.
13. Poyraz BÇ, Poyraz CA, Olgun Y, Gürel Ö, Alkan S, Özdemir YE, et al. Psychiatric morbidity and protracted symptoms after COVID-19. *Psychiatry Res*. 2021;295:113604. doi:10.1016/j.psychres.2020.113604.
14. วรินทร์พย์ สว่างศรี, นันทยุทธ หะลิเตเวช, ชลธิชา แยมมา, ณัฐปน รัตนตรัย, ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์. ความชุกของการรับรู้ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยโรคโควิด 19 เขตกรุงเทพมหานคร [Prevalence of perceived stress and depression and their associated factors among COVID-19 patients in Bangkok]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2564;29(2): 114-24.
15. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row Publication; 1973.
16. ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล, อุมารณ ไพศาลสุทธิเดช. การพัฒนาแบบสอบถาม hospital anxiety and depression scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง [Development of Thai version of hospital anxiety and depression scale in cancer patients]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2539;41(1): 18-30.
17. ตะวันชัย จิระมุขพิทักษ์, วรัญ ตันชัยสวัสดิ์. คุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ [Sleep disturbances among nurses of Songklanagarind hospital]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2540;42(3):123-31.

18. ตุลยา สัตสุวรรณ, สนทรยศ บุษราทิจ, พิมพ์ รัตนอำพลวัลย์, วัฒนชัย โชตินัยวัตรกุล. การทดสอบความเที่ยงและความตรงของแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับพิตส์เบิร์กฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนหลับ [Reliability and validity of the Thai version of the Pittsburgh sleep quality index]. จดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. 2557;97(3):57-67.
19. โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์. การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (2P). สงขลา: โรงพยาบาล; 2558.
20. พัทธ์กษพล บุญยมาลิก. การพัฒนาแบบประเมินผลกระทบทางจิตใจ หลังเกิดเหตุการณ์วิกฤต-10 [The establishment of the psychological impact scale for crisis events-10 (PISCES-10)]. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา. 2557;15(1): 8-21.
21. Liu D, Baumeister RF, Veilleux JC, Chen C, Liu W, Yue Y, et al. Risk factors associated with mental illness in hospital discharged patients infected with COVID-19 in Wuhan, China. Psychiatry Res. 2020;292: 113297. doi:10.1016/j.psychres.2020.113297.
22. พันธุ์นา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรพรรณ จูฑา, อธิบ ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อึ้งฉนงค์กรชัย. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับชาติของประเทศไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 [Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2560;25(1):1-19.
23. Sahan E, Unal SM, Kirpinar I. Can we predict who will be more anxious and depressed in the COVID-19 ward? J Psychosom Res. 2021;140:110302. doi:10.1016/j.jpsychores.2020.110302.
24. Hu Y, Chen Y, Zheng Y, You C, Tan J, Hu L, et al. Factors related to mental health of inpatients with COVID-19 in Wuhan, China. Brain Behav Immun. 2020;89:587-93. doi:10.1016/j.bbi.2020.07.016.
25. Şen DE. The Rise of anxiety disorders: Islamic understanding of anxiety and Muslim Scholar's suggestions to cope with distress and achieve happiness. Int J Depress Anxiety. 2021;4:027. doi:10.23937/2643-4059/1710027.
26. ศรีสุตา วนาสีสิน, วิณา คั่นฉ้อง, วินิภาญจน์ คงสุวรรณ. ประสบการณ์การสร้างเสริมสุขภาพจิตตามหลักศาสนาอิสลามของนักศึกษาวิทยาลัยไทยมุสลิมที่อยู่ภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบ [Mental health promotion experience based in Islamic principles among Thai Muslim university students, who encounter with unrest situation]. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2558;29(1):44-56.
27. ยุทธนา นรเชษฐ, จุฑารัตน์ ทองอินจันทร์. การอยู่ร่วมกันของคนในพหุวัฒนธรรมในประเทศไทย [Coexistence of peoples in multicultural societies of Thailand]. วารสารมหาจุฬาริชาการ. 2562;7(1):102-18.
28. Mazza MG, Palladini M, De Lorenzo R, Magnaghi C, Poletti S, Furlan R, et al. Persistent psychopathology and neurocognitive impairment in COVID-19 survivors: effect of inflammatory biomarkers at three-month follow-up. Brain Behav Immun. 2021;94:138-47. doi:10.1016/j.bbi.2021.02.021.
29. อธิบ ตันอารีย์, เมตตา เลิศเกียรติรัชตะ, มาลี เกตแก้ว, เฉษฐา ไชยฤกษ์. ลักษณะการเผชิญเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้าในผู้ประสบภัยพิบัติ : การวิเคราะห์ระบบเผื่อระวังสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต [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]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2565;30(3):222-36.
30. Veazie S, Lafavor B, Vela K, Young S, Sayer NA, Carlson KF, et al. Mental health outcomes of adults hospitalized for COVID-19: a systematic review. J Affect Disord Rep. 2022;8:100312. doi:10.1016/j.jadr.2022.100312.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสบการณ์และมุมมองของผู้ดูแลในครอบครัว เกี่ยวกับการสนับสนุนดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้า : การศึกษาเชิงคุณภาพ

วันรับ : 10 ตุลาคม 2565
วันแก้ไข : 26 กุมภาพันธ์ 2566
วันตอบรับ : 3 มีนาคม 2566

อธิษฐา สุขธรรมรัตน์, ศศ.ม.,
ณัฐสุดา เต็มพันธ์, ป.ร.ด.
คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสบการณ์ทางจิตใจและมุมมองของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการรับมือกับปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นระหว่างการสนับสนุนดูแลวัยรุ่นในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้า

วิธีการ : การศึกษาเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัว 6 คน ซึ่งเคยมีประสบการณ์ในการดูแลหรือกำลังให้การดูแลวัยรุ่นอายุ 13 - 19 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยแนวคำถามกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับประสบการณ์และมุมมองของผู้ดูแลในครอบครัวในการสนับสนุนดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า ลักษณะแนวทางในการดูแลรับมือ มุมมอง ความคิด และอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล การปรับตัว และสิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง

ผล : พบประเด็นสำคัญ 4 ประเด็น ได้แก่ 1) การมีทรัพยากรที่เพียงพอต่อการสนับสนุนดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า 2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล 3) แนวทางการปรับตัวในบทบาทของผู้ดูแล และ 4) การตกผลึกทางความคิดจากประสบการณ์ในการดูแล

สรุป : ผลการศึกษาเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่กำลังเผชิญกับอุปสรรคปัญหาในการดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า ตลอดจนเป็นแนวทางในการพัฒนาตนเองและให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาทางจิตใจ

คำสำคัญ : วัยรุ่น, โรคซึมเศร้า, ผู้ดูแลในครอบครัว, การศึกษาเชิงคุณภาพ

ติดต่อผู้นิพนธ์ : อธิษฐา สุขธรรมรัตน์; e-mail: athichya@gmail.com

Original articles

Experiences and perspectives of family caregivers in supporting and caring for adolescents with depressive disorder: a qualitative study

Received : 10 October 2022

Revised : 26 February 2023

Accepted : 3 March 2023

Athichaya Sukthammarat, M.A.,

Nattasuda Taephant, Ph.D.

Faculty of Psychology, Chulalongkorn University

Abstract

Objective: To study family caregivers' experiences and perspectives in supporting and coping with problems during caregiving for adolescents with depressive disorder.

Methods: The interpretative phenomenological analysis was conducted among six family caregivers who previously or currently cared for adolescents (13 - 19 years) with major depressive disorder. Semi-structured, in-depth interviews were used to explore experiences in supporting and caring for adolescents with depressive disorder, including approaches to caregiving, perspectives, emotions that emerged during caregiving, adjustment, resilience, and self-reflection from the experiences.

Results: Four themes were found: 1) the sufficient resources in supporting and caring for adolescents with depressive disorder, 2) the caregivers' mentality and emotional changes during caregiving, 3) the approaches to adjustment in caregivers, and 4) the crystallization of thoughts from caregiving experiences.

Conclusion: Findings could be beneficial for individuals who are encountering challenges in taking care of adolescents with depression and who are involved in mental health services, leading to a better understanding of caregivers' roles, self-development processes, and support for family members with mental health issues.

Keywords: adolescents, depressive disorder, family caregiver, qualitative study

Corresponding author: Athichaya Sukthammarat; e-mail: athichya@gmail.com

ความรู้เดิม : การศึกษาในผู้ดูแลในครอบครัวของวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ผ่านมาส่วนใหญ่เน้นศึกษาในบริบทของการสนับสนุนจากครอบครัวที่มีส่วนช่วยให้อาการของวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าดีขึ้น

ความรู้ใหม่ : ผลกระทบทางจิตใจและแนวทางในการปรับตัวเพื่อรับมือกับปัญหาของผู้ดูแล อันเกิดจากความไม่พร้อมทางทรัพยากรของครอบครัว ซึ่งการทำความเข้าใจและยอมรับว่าวัยรุ่นต้องการการสนับสนุนทางด้านจิตใจมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับมุมมองความคิดและวิธีการดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตสามารถนำผลการศึกษาเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลในครอบครัวที่มารับบริการเพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง มีแนวทางในการรับมือกับปัญหา และจัดการกับผลกระทบทางจิตใจได้อย่างเหมาะสม

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญและพบได้อย่างแพร่หลาย ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจ จนนำไปสู่ความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย¹ ประเมินการว่าปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยราว 1.35 ล้านคน² สถานการณ์ในกลุ่มวัยรุ่นพบว่า นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาในประเทศไทยเสี่ยงซึมเศร้าร้อยละ 17.5 และมีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 20.5³ โดยมีนักเรียนที่เข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ร้อยละ 1.6⁴ สถิติการให้บริการของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ปี พ.ศ. 2565 พบว่า วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี ที่ขอเข้ารับบริการโดยไม่มีผู้ปกครองมีจำนวนเพิ่มขึ้นถึง 1.53 เท่า และพบวัยรุ่นที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองเพิ่มขึ้นถึง 2.67 เท่า โดยผู้ป่วยวัยรุ่นที่มารับบริการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 70^{2,5} แสดงให้เห็นว่าอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าของวัยรุ่นใน

ไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม ยังมีประชากรในกลุ่มวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตอีกจำนวนมากที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิต⁶ ส่งผลทำให้ไม่ได้รับความช่วยเหลือทางด้านจิตใจอย่างเหมาะสม

โรคซึมเศร้าในวัยรุ่นอาจเป็นผลมาจากปัจจัยทางด้านจิตพลวัตที่เกี่ยวข้องกับความขัดแย้งภายในจิตใจได้สำนึกอันสืบเนื่องมาจากประสบการณ์ในอดีตหรือความยากลำบากในวัยเด็ก เช่น การสูญเสียบุคคลสำคัญ การสูญเสียความเป็นตัวตน ความเชื่อมั่น ความภาคภูมิใจในตนเอง ปัจจัยทางด้านความคิดที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ชีวิตที่ทำให้บุคคลมีมุมมองต่อตนเองและสิ่งต่าง ๆ ในเชิงลบ ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความผิดหวังและความล้มเหลวในชีวิต และปัจจัยทางจิตสังคมที่เป็นผลมาจากสถานการณ์ความเครียด ความกังวล ความขัดแย้ง ความรู้สึกไม่มั่นคงจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต รวมถึงปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและการปรับตัวทางสังคม^{7,8} โรคซึมเศร้าก่อให้เกิดความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมเสี่ยงและอาการทางร่างกายอย่างต่อเนื่อง จนส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต ความสามารถในการปรับตัว และการปฏิบัติหน้าที่ของวัยรุ่น เช่น ปัญหาการเรียน ปัญหาสัมพันธภาพ และการใช้สารเสพติด⁷ การสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. 2564 พบว่า วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงเกิดปัญหาสุขภาพจิตอาจมีความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว มีความวิตกกังวล มีปัญหานอนไม่หลับบ่อยครั้งหรือเป็นประจำ เคยมีความคิดจริงจังในการพยายามฆ่าตัวตาย เคยวางแผนฆ่าตัวตาย และเคยพยายามฆ่าตัวตาย⁹

ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของวัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่ยังไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างเต็มที่¹⁰ และยังต้องการความช่วยเหลือในการรับมือกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในชีวิต^{11,12} การทำความเข้าใจถึงอุปสรรคและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลในครอบครัวระหว่างการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าจะช่วยให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าและ เป็นแนวทางในการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวที่กำลัง

ประสบปัญหาระหว่างให้การสนับสนุนดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า การพบทวนวรรณกรรมพบว่า อุปสรรคปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลวัยรุ่นในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้าเกิดจากผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าไม่มากพอ¹³ การต้องรับมือกับภาวะอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมต่าง ๆ ของวัยรุ่นที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าโดยขาดความรู้ความเข้าใจในวิธีปฏิบัติตัวหรือให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดผลกระทบทางจิตใจในแง่อารมณ์ความรู้สึกทางลบ¹⁴ นอกจากนี้ทัศนคติทางลบต่อโรคซึมเศร้าและผู้ที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชก็เป็นอุปสรรคที่มีผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวเช่นกัน หากผู้ดูแลในครอบครัวมีการรับรู้ทราบและเกิดความรู้สึกเป็นภาระ (burden) ต่อโรคทางจิตเวช อาจส่งผลทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีการแสดงออกต่อวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าในลักษณะที่ไม่ยอมรับ และไม่สามารถรับมือกับอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม รวมถึงอาการของวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม¹⁵ การศึกษาของ Ahlström และคณะ¹⁴ พบว่าการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหมือนตนเองถูกบังคับให้สูญเสียการควบคุมและพลังงาน รวมถึงความสามารถในการจัดการชีวิตประจำวันของตนเองก็ลดลงเนื่องจากความไม่แน่นอนและอารมณ์ที่ไม่มั่นคงของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีอิทธิพลต่อบรรยากาศในครอบครัว จนส่งผลกระทบต่ออารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว เพราะต้องคอยเป็นห่วงถึงความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัวไปพร้อมกับการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง การศึกษาของ Yamashita และคณะ¹⁶ พบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่งผลทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเผชิญกับความเครียดจากภาระทางอารมณ์และภาระทางสังคม อันเนื่องมาจากสถานการณ์ในชีวิตไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ซึ่งการหาข้อมูลและการพูดคุยกับเพื่อนที่มีประสบการณ์คล้ายกันมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับมือกับความเครียดและความขัดแย้งได้ดีขึ้น นอกจากนี้การศึกษาของสุประวีณ์ ทอชิต และอุมาพร ตรังคสมบัติ¹⁷ พบว่าความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลของเด็กวัยรุ่นที่มีปัญหา

ทางจิตเวชมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเครียดของผู้ปกครอง

อย่างไรก็ตาม การศึกษาเชิงคุณภาพในประเทศไทยที่ครอบคลุมถึง มุมมอง ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล รวมถึงลักษณะการรับมือ แนวทางในการปรับตัว ตลอดจนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวจากการดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร่ายังมีจำกัด การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทำความเข้าใจถึงประสบการณ์และมุมมองของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการรับมือกับอุปสรรคปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นระหว่างการให้การสนับสนุนดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้า

วิธีการ

การศึกษาเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ (interpretative phenomenological analysis: IPA) เป็นการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ส่วนบุคคลและการให้ความหมายต่อประสบการณ์ผ่านทัศนะของผู้ให้ข้อมูลมุ่งสำรวจและทำความเข้าใจปรากฏการณ์ เหตุการณ์ หรือสถานการณ์ที่มีความหมายอย่างไรต่อตัวผู้ให้ประสบการณ์นั้น¹⁸ และวิเคราะห์ข้อมูลผ่านการตีความโดยผู้วิจัยด้วยการสังเกตความเชื่อมโยงของประเด็นสำคัญต่าง ๆ ที่พบได้จากมุมมองการรับรู้ที่มีต่อประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ 051/2565 วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2565

ประชากรที่ศึกษา

ผู้ดูแลในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือเป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกันกับวัยรุ่นอายุ 13 - 19 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-V)¹⁹ มีประสบการณ์หรือกำลังให้การดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าในด้านต่าง ๆ เช่น ความเป็นอยู่ เศรษฐกิจ สังคม อารมณ์ การรักษา และการปรับตัว อย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 3 เดือน และไม่อยู่ในระหว่างการรักษาทางจิตเวช เลือกตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่ม

แบบเจาะจง (purposive sampling) ผ่านการประชาสัมพันธ์งานวิจัยทางสื่อออนไลน์ส่วนบุคคล การสอบถามจากบุคคลที่สามารถแนะนำให้ผู้วิจัยเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก และการค้นหาผู้ใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ Twitter ที่เปิดเผยประสบการณ์ส่วนตัวในการพาวัยรุ่นในครอบครัวไปพบจิตแพทย์ โดยเปิดให้ผู้อื่นเข้าถึงข้อมูลของตนเองได้ในพื้นที่สาธารณะ

เครื่องมือ

1. แนวคำถามสัมภาษณ์หลัก จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะกึ่งโครงสร้าง เป็นคำถามแบบปลายเปิดไว้สำหรับยืดหยุ่นตามการสนทนา เน้นการพูดคุยอย่างต่อเนื่องโดยตอบทีละคำถาม เพื่อให้ครอบคลุมเกี่ยวกับประเด็นที่ต้องการศึกษา แนวคำถามผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาและเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญการวิจัยด้านสุขภาพจิต 2 คน และนักจิตวิทยาคลินิกที่มีความเชี่ยวชาญด้านการประเมินสุขภาพจิต 1 คน แล้วนำแนวคำถามสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูลก่อนใช้สัมภาษณ์จริง ตัวอย่างคำถาม เช่น ตอนที่ทราบว่าวัยรุ่นในครอบครัวของคุณเป็นโรคซึมเศร้า คุณรู้สึกอย่างไร? คุณมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าที่วัยรุ่นในครอบครัวเป็นอยู่อย่างไรบ้าง? คุณได้รับผลกระทบจากการดูแลวัยรุ่นในครอบครัวที่มีสภาวะอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมหรืออาการของโรคซึมเศร้าอย่างไรบ้าง และคุณมีการรับมืออย่างไร? คุณได้มองหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นหรือสิ่งอื่นหรือไม่ ถ้ามี สิ่งนั้นมีส่วนช่วยคุณอย่างไร? จากประสบการณ์ชีวิตของคุณที่เคยดูแลวัยรุ่นในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้า คุณได้รู้หรือพบข้อคิดอะไรที่สำคัญกับคุณบ้าง?

2. โปรแกรม Zoom meeting เพื่อบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ ซึ่งมีการขอความยินยอมผู้ให้ข้อมูลก่อนการบันทึกเสียงทุกครั้ง รวมถึงอธิบายขั้นตอนการเก็บรักษาความลับของข้อมูลและชี้แจงถึงสิทธิและความปลอดภัยของการให้ข้อมูล

การเก็บข้อมูล

การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (individual in-depth interview) ใช้เวลาสัมภาษณ์ครั้งละ 60 - 120 นาที เลือกวันและเวลาสัมภาษณ์ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2565 ดำเนินการโดยผู้สัมภาษณ์ 1 คนที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพและการสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นทางด้านสุขภาพจิต ก่อนสัมภาษณ์มีการชี้แจงให้ผู้ให้ข้อมูลทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ^{18,20} โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) ถอดเทปบันทึกเสียงสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (verbatim) โดยพิมพ์ออกมาเป็นบทสนทนา (transcript) แล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยการฟังเทปการสัมภาษณ์ซ้ำจนบันทึกข้อมูลได้ถูกต้องและครบถ้วน 2) อ่านบทสนทนาบรรทัดต่อบรรทัด เพื่อทำความเข้าใจภาพรวมของข้อมูลและวิเคราะห์ด้วยการบันทึกประเด็นสำคัญ (comments) โดยมีแนวทางการบันทึก ได้แก่ การบันทึกเชิงบรรยาย (descriptive comments) ที่สะท้อนความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล การบันทึกเชิงแนวคิด (conceptual comments) จากเนื้อหาและความหมายที่ไม่ปรากฏชัดผ่านการตีความของผู้วิจัย และการบันทึกด้านภาษา (linguistic comments) เช่น การใช้สรรพนาม การกล่าวซ้ำ การหัวเราะ และการเปลี่ยนโทนเสียง 3) แลบบันทึกประเด็นสำคัญเป็นใจความสำคัญ (theme) ที่กระชับและสะท้อนถึงแก่นความหมายของข้อมูล 4) จัดระบบความหมายที่เกี่ยวข้องกันไว้ในหมวดหมู่เดียวกัน โดยแต่ละหมวดหมู่มีใจความสำคัญหลัก (super-ordinate theme) และใจความสำคัญรอง (sub-ordinate theme) โดยอาจมีการตัดใจความสำคัญที่ไม่เกี่ยวข้องกับใจความสำคัญอื่น ๆ หรือไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยออก 5) เมื่อจัดกระทำข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งสำเร็จจึงนำข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลรายอื่นมาวิเคราะห์ตามขั้นตอนดังกล่าวต่อไปเรื่อย ๆ และนำหมวดหมู่

ใจความสำคัญทั้งหมดมาวิเคราะห์ร่วมกัน จนสามารถอธิบายสรุปเป็นใจความสำคัญหลักของประสบการณ์นั้นได้

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) อิงหลักเกณฑ์ของ Smith^{18,20} ประกอบด้วย 1) การกำหนดขอบเขตของการวิจัยให้ชัดเจน โดยการศึกษาเน้นการศึกษาและอภิปรายผลเกี่ยวกับประสบการณ์ทางจิตใจและมุมมองเชิงลึกของผู้ให้ข้อมูลที่มีต่อการดูแลวัยรุนในครอบครัวที่เป็นโรคมะเร็ง 2) การมีข้อมูลวิจัยที่มีคุณภาพ อันได้มาจากการเก็บข้อมูลด้วยวิธีสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อแสดงถึงทัศนะของผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการดูแลวัยรุนในครอบครัวที่เป็นโรคมะเร็ง 3) การมีหลักฐานสนับสนุนโดยระบุหัวใจความสำคัญต่าง ๆ มาจากผู้ให้ข้อมูลคนใดบ้าง เพื่อให้เห็นถึงความแพร่หลายของใจความสำคัญนั้น และนำเสนอคำสัมภาษณ์ที่แสดงถึงความเหมือนและความต่างในแต่ละใจความสำคัญ 4) การนำเสนอคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลในเชิงลึก ด้วยการให้พื้นที่ในการอธิบายถึงรายละเอียดของแต่ละใจความสำคัญรองที่อยู่ภายใต้ใจความสำคัญหลักอย่างเพียงพอ 5) การตีความข้อมูล 2 ชั้น ด้วยการตีความคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ตามความเข้าใจของผู้วิจัยและนำเสนอความหมายที่เป็นไปได้ โดยมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือร่วมกันระหว่างผู้ร่วมวิจัยและผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับสาระสำคัญที่มาจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนในระดับที่ลึกซึ้ง และ 6) การสังเคราะห์และนำเสนอความเหมือนและความต่างของข้อมูลในแต่ละใจความสำคัญ เพื่ออธิบายว่าประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่สะท้อนใจความสำคัญเดียวกันนั้นมีแง่มุมเฉพาะที่แตกต่างกันอยู่

ผล

จากผู้ให้ข้อมูลที่เข้าถึงได้ทั้งหมด 8 คน มีผู้ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์คัดเข้า 6 คน อายุ 49 - 58 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสและทำงานประจำ ทุกคนเป็นแม่ของวัยรุนที่เป็นโรคมะเร็ง มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยดังแสดงในตารางที่ 1

ประสบการณ์และมุมมองของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการสนับสนุนดูแลผู้ป่วยวัยรุนโรคมะเร็งแบ่งเป็นประเด็นสำคัญ 4 ประเด็น ได้แก่

1. การมีทรัพยากรที่เพียงพอต่อการสนับสนุนดูแลวัยรุนที่เป็นโรคมะเร็ง

การมีทรัพยากรที่เพียงพอต่อการสนับสนุนดูแลวัยรุนที่เป็นโรคมะเร็ง หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวมีทรัพยากรที่เอื้อต่อการสนับสนุนดูแลผู้ป่วยวัยรุนโรคมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งแต่ละคนอาจมีความพร้อมทางด้านทรัพยากรมากน้อยแตกต่างกัน อันเป็นผลมาจากสภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว ปัจจัยด้านทางเศรษฐกิจ รวมถึงปัจจัยทางด้านสังคมที่ส่งผลไปถึงทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อที่บุคคลได้เรียนรู้ผ่านประสบการณ์ส่วนตัว จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีทรัพยากรที่เอื้อต่อการสนับสนุนดูแลวัยรุนที่เป็นโรคมะเร็งได้อย่างเหมาะสมเพียงพอขึ้นอยู่กับ

1.1 การมีเวลาคุณภาพร่วมกัน (quality time)

การที่ผู้ดูแลจัดสรรเวลาของตนเองมาให้การดูแลเอาใจใส่ชีวิตความเป็นอยู่ของวัยรุนโรคมะเร็งได้มีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงเรื่องราวที่เป็นปัญหาและเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของวัยรุน พบความแตกต่างระหว่างช่วงที่ผู้ให้ข้อมูลพร้อมมีเวลาคุณภาพให้กับวัยรุนในครอบครัวกับช่วงที่ผู้ดูแลไม่สามารถมีเวลาคุณภาพให้กับวัยรุนได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากต้องแบ่งเวลาไปกับการทำหน้าที่อื่น ๆ จนก่อให้เกิดความรู้สึกท่างเหินกัน ในครอบครัว แต่หลังจากผู้ให้ข้อมูลเริ่มมีเวลาคุณภาพให้กับวัยรุนโดยให้การสนับสนุนด้านอารมณ์เวลาที่วัยรุนเผชิญกับปัญหา พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับวัยรุนพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น

“มันเหมือนที่ผ่านมา ไม่ได้ได้ใช้เวลากับเขา เต็มที่อะ แม่อยู่กับเขา ดูแลเขาก็จริง แต่ทำให้เขารู้สึกว่าเขาอยู่คนเดียว เขาอาจจะรู้สึกงาแบ เขาตัวคนเดียว แต่ตอนเนี้ยมันกลายเป็นว่า พออยู่หลายคน มันก็เหมือนมีการพูดคุยกับคนอื่นบ้าง หรือได้กินข้าวร่วมกัน ได้มีการถาม หรือบางทีที่มีเพื่อน แม่ แวะเอาของมาให้เขากิน มันเหมือนได้เจอคนอื่นบ้าง

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า

ผู้ให้ข้อมูล	อายุ	สถานภาพ	อาชีพ	ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย
1	56	สมรส	แม่บ้าน	มีลูก 2 คน ลูกสาวคนเล็กเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่อายุ 19 ปี ตัดสินใจย้ายมาอยู่ดูแลลูกที่หอพักใกล้มหาวิทยาลัย โดยให้การดูแลอย่างใกล้ชิดมา 7 - 8 ปี จนลูกเรียนจบ ครอบครัวมีความพร้อมทางการเงินและเวลา สามารถให้การสนับสนุนได้อย่างเต็มที่ ให้การดูแลลูกที่เป็นโรคซึมเศร้ามาไม่น้อยกว่า 8 ปี
2	53	สมรส	ธุรกิจส่วนตัว	มีลูก 2 คน ลูกสาวคนเล็กเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่อายุ 15 ปี ปกติแล้วครอบครัวเลี้ยงดูอย่างใกล้ชิด ครอบครัวมีความพร้อมทางการเงิน ให้ความช่วยเหลือดูแลทุกเรื่อง เริ่มเกิดปัญหาช่วงที่ลูกย้ายโรงเรียน มีความกดดันเรื่องการเรียนและการปรับตัวให้การดูแลลูกที่เป็นโรคซึมเศร้ามาไม่น้อยกว่า 2 ปี
3	53	สมรส	รับราชการ	มีลูก 2 คน ลูกสาวคนเล็กเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่อายุ 16 ปี ได้รับรู้หลังจากลูกให้น้ำสาวเป็นคนพาไปพบจิตแพทย์มาแล้ว 2 ครั้ง ส่วนตัวเชื่อว่าลูกเกิดความเครียดเพราะมีปัญหาเรื่องเรียนกับครูที่โรงเรียนมากกว่า ให้การดูแลลูกที่เป็นโรคซึมเศร้ามาไม่น้อยกว่า 3 ปี
4	58	แม่เลี้ยงเดี่ยว	รับราชการ	มีลูก 3 คน หย่ากับสามีตั้งแต่ลูกยังเด็ก ลูกสาวคนเล็กมีปัญหาการเรียนรู้อย่างบกพร่องตั้งแต่อายุ 8 ปี จนต้องพาไปรักษาเพราะลูกไม่สามารถเรียนและปรับตัวเข้ากับการศึกษาในระบบได้ พบว่าลูกเป็นโรคซึมเศร้าช่วงอายุประมาณ 16 - 17 ปี ได้รับผลกระทบมากเนื่องจากสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ให้การดูแลลูกที่เป็นโรคซึมเศร้ามาไม่น้อยกว่า 10 ปี
5	49	แม่เลี้ยงเดี่ยว	พนักงานบริษัท	มีลูกสาวคนเดียว ตนเองทำงานหาเงินมาเลี้ยงดูครอบครัวตั้งแต่ลูกยังเด็ก ทำให้ไม่ค่อยมีเวลาดูแลเอาใจใส่ทางด้านอารมณ์กับลูก พบว่าลูกเป็นโรคซึมเศร้าตอนอายุ 19 ปี ระหว่างดูแลต้องทำหน้าที่ดูแลพ่อแม่ที่ป่วยในช่วง COVID-19 ไปด้วย หลังจากพ่อแม่เสียชีวิตจึงพยายามมีเวลาให้กับลูกมากขึ้น ให้การดูแลลูกที่เป็นโรคซึมเศร้ามาไม่น้อยกว่า 4 ปี
6	56	สมรส	รับราชการ	มีลูก 2 คน ปกติครอบครัวจะแบ่งหน้าที่ในการเลี้ยงดู โดยสามีเป็นคนให้การสนับสนุนดูแลด้านชีวิตความเป็นอยู่ของลูก ส่วนตนเองรับผิดชอบเรื่องการงานหาเงินเป็นหลัก แต่หลังจากพบว่าลูกสาวคนเล็กเป็นโรคซึมเศร้าเมื่ออายุ 13 ปี ก็เปลี่ยนมาให้การสนับสนุนดูแลอย่างใกล้ชิดมากขึ้น ให้การดูแลลูกที่เป็นโรคซึมเศร้ามาไม่น้อยกว่า 2 ปี

เริ่มมีสิ่งกีดขวางนิดหน่อย ไม่ใช่วัน ๆ นั่งอยู่คนเดียว แล้วก็คิดคนเดียวอย่างเนี่ยค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

1.2 ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสถานะการเงินของครอบครัว (economic and financial factors) ถือเป็นทรัพยากรสำคัญสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า ผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความพร้อมทางการเงินอาจได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจจากการแบกรับ

ภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการรักษาและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ให้กับวัยรุ่นน้อยกว่าผู้ดูแลในครอบครัวที่มีปัญหาหรือความกังวลในเรื่องรายได้ เนื่องจากไม่ต้องคำนึงถึงสถานะทางการเงินของครอบครัวและยังสามารถจัดสรรเวลาคุณภาพร่วมกับวัยรุ่นได้มากขึ้น

“คนที่ป่วยเป็นแบบนี้จะ ต้องใช้ระยะเวลา มันไม่เหมือนป่วยร่างกายที่แบบว่า โอเคผ่าตัดได้ หรือ

การตรวจสอบมันง่ายว่าเป็นตรงไหน ผู้ป่วยแบบนี้คือตรวจสอบยาก เพราะฉะนั้นมันอาจต้องใช้เวลา แล้วก็กำลังทรัพย์ อันนี้เป็นสิ่งที่แม่คิดว่าในบางสถานการณ์ของครอบครัวบางครอบครัวจะลำบาก เพราะว่าเรื่องนี้มันยังไม่ได้มีการ support อย่างบางโรคอะนะคะ ในมุมมองแม่นะ เพราะค่าใช้จ่ายเยอะ ถ้าที่เคยพาไปคลินิกเอกชน ครั้งละ 5,000 - 6,000 บาทนะคะ แต่ที่พาไปปัจจุบันเป็นคลินิกพิเศษของโรงพยาบาลรัฐ ก็ 3,000 - 4,000 บาทคะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ตอนนั้นเสียเงินค่าที่พักที่นอนโรงพยาบาลประมาณหมื่น แม่ต้องหาเงินส่งให้อะ คือโอ้โฮ แม่ก็ทรุดก็เครียด ทั้งเรื่องงาน เรื่องเงิน ทั้งเรื่องลูก สารพัดนะ ทั้งหลานทั้งอะไร เจอหลายเรื่องเยอะแยะ เราได้รับวันเดียว แต่จ่ายทุกวัน คือรายรับอะมันน้อย แต่เราจ่ายไปเยอะ มันก็ทำให้เครียด ไหนจะต้องดูแลเขา ไหนจะจัดการหนี้ แม่ก็แย่ จนแบบ มันก็ถม ๆ ๆ มันเหนื่อย เหนื่อยมาก ทุกวันนี้แม่ก็นั่งคิดนอนคิดอยู่ว่าจะทำไงดี ต้องหาวิธีแก้ปัญหาตรงนี้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

1.3 ภาระหน้าที่อื่น ๆ (responsibilities) เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้ดูแลแต่ละคนมีความพร้อมในการดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าแตกต่างกัน เนื่องจากผู้ดูแลอาจมีบทบาทความรับผิดชอบอย่างอื่นที่ต้องดูแลไปด้วย พบว่าผู้ให้ข้อมูลที่ไม่ได้มีภาระหน้าที่อื่นนอกจากการเป็นผู้ดูแลให้กับวัยรุ่นในครอบครัวไม่มีความกังวลในเรื่องงานและการรับผิดชอบหน้าที่อื่น ๆ จึงสามารถทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางคนจำเป็นต้องแบ่งเวลาไปกับการทำงานหารายได้เพื่อเพิ่มความมั่นคงในชีวิตของตนเองและครอบครัว หรือเพื่อดูแลสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ จนส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัวและเกิดความไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าที่วัยรุ่นเป็นอยู่

“สิ่งที่น้องเผชิญอยู่เนี่ย ก็แค่เราช่วยกัน support ให้มันผ่านไป ก็จะไม่ค่อยมีอะไรทำไร มันไม่มีอะไรที่มาให้เราหนักใจอะว่าเนี่ย ฉันจะต้องไปทำงาน ฉันจะต้องไถ่หนี้ไถ่หนี้ ไอ้นั้น คือชีวิตแม่เนี่ย มันฟรีแล้วไง อิสระมาก คือพอจะเปิดโอกาสให้แม่เต็มที่กับชีวิตอะ ชีวิตแม่คืออยู่เพื่อน้องเพื่อลูก มีชีวิตเพื่อลูกเฉย ๆ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“น้องจะผูกพันกับพ่อมากกว่า พอแบ่งหน้าที่มันก็กลายเป็นว่า บางครั้งน้องเนี่ย บางเรื่องน้องก็จะไม่ค่อยกล้าคุยกับแม่ เพราะเหมือนพ่อก็จะบอกว่า สงสารแม่บ้างเนาะ บางทีแม่ทำงานเหนื่อย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

1.4 ค่านิยมเกี่ยวกับการเลี้ยงดู (parenting values) ของผู้ดูแลในครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในการสนับสนุนดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า เพราะนอกจากส่งผลให้ผู้ดูแลมีรูปแบบวิธีการดูแลวัยรุ่นแตกต่างกันจนส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปรับตัวของวัยรุ่นแล้ว ยังส่งผลให้ผู้ดูแลแต่ละคนมีแนวทางในการรับมือหรือจัดการกับอารมณ์ ความคิด และความรู้สึกขัดแย้งภายในจิตใจของตนเองเมื่อเผชิญกับอุปสรรคปัญหาระหว่างการดูแลวัยรุ่นในลักษณะที่แตกต่างกันด้วย พบว่าผู้ให้ข้อมูลบางคนมีความเชื่อและแนวทางในการเลี้ยงดูแบบควบคุมจัดการชีวิตความเป็นอยู่ของวัยรุ่น แม้ตนเองยังรู้สึกไม่ยอมรับที่วัยรุ่นเป็นโรคซึมเศร้า เนื่องจากวัยรุ่นไม่ได้แสดงพฤติกรรมที่ตนเองมองว่าเป็นปัญหารุนแรง ทั้งยังสามารถออกไปใช้ชีวิตที่โรงเรียนได้ตามปกติ แต่เมื่อวัยรุ่นยืนยันถึงความต้องการไปพบจิตแพทย์และนักจิตวิทยาที่ตัดสินใจยอมให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อให้วัยรุ่นได้รับความช่วยเหลือทางด้านจิตใจ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับการศึกษาและความมั่นคงในอนาคตของวัยรุ่น

“ตอนน้ำสาวเป็นคนพาไปหาคุณหมอ เขาก็ยังปิดคุณแม่ ไม่กล้าบอก คุณหมอก็ request ว่าอยากพบคุณแม่ เพราะว่าเขาคงจะไปเล่าว่าการตัดสินใจของเขา ทุกอย่างขึ้นอยู่กับคุณแม่ ไม่ว่าเรื่องการเรียน ค่าใช้จ่าย เรื่องที่พัก เรื่องอะไรเงี้ย ตั้งแต่เล็กเลย ตั้งแต่อนุบาลจนถึง ม. อะไรแม่จะเป็นคนจัดการ แต่ด้วยความที่เรารู้จักกัน เราก็ไม่คิดว่าลูกเราจะเป็นขนาดนั้นคะ ไม่คิดว่าเขาจะต้องอะไรกันมากมาย ก็คือเหมือนกับน่าจะปลงได้แล้วก็จบอะ ไม่น่าจะต้องมีการกินยา แต่ในเมื่อเขารักษาแล้ว เราก็ไม่อยากจะให้ขาดการรักษา เพราะว่าถ้าเราตัดสินใจแบบนั้นอะเราจะทำร้ายเขาอะ เขาจะได้ระบายกับใครหรือมีอะไรที่นอกเหนือจากตรงนี้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

1.5 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า (knowledge and beliefs about depression) เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมในการสนับสนุนดูแลวัยรุ่นในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้า พบว่ามุมมองการรับรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าสะท้อนถึงทัศนคติและระดับการยอมรับของผู้ให้ข้อมูลที่มีต่อวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า อีกทั้งยังส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัวของผู้ให้ข้อมูลเพื่อรับมือกับปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเอง ผู้ให้ข้อมูลบางคนยอมรับว่าตนเองไม่ได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามากเพียงพอและไม่รู้วิธีรับมือกับพฤติกรรมและอาการซึมเศร้าของวัยรุ่น ทำให้ไม่สามารถให้ความช่วยเหลือโดยให้การสนับสนุนทางจิตใจวัยรุ่นได้อย่างเหมาะสม แต่ก็พยายามทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของวัยรุ่นและหาแนวทางการรักษาหลากหลายรูปแบบที่อาจช่วยให้อาการของวัยรุ่นหายจากโรคซึมเศร้าหรือมีสภาวะทางอารมณ์ที่ดีขึ้น ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางคนพยายามสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าที่ถูกต้องให้กับสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ที่ยังคงมีการรับรู้ในแง่ลบทางลบ เพื่อให้เกิดบรรยากาศแห่งการยอมรับในครอบครัวและช่วยกันให้การสนับสนุนดูแลทางจิตใจกับวัยรุ่นในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้า

“ถึงเราจะสังเกตอาการเขาได้ แต่เราคงความรู้ไม่พอจะวินิจฉัยสิ่งที่ลูกเราเป็น แรก ๆ เลยพยายามจะไปเข้าใจว่าแต่ละโรคแตกต่างกันยังไง แต่ยอมรับว่าอ่านเท่าไรก็ไม่เข้าใจ หลัง ๆ เลยไปอ่านวิธีการอยู่กับผู้ป่วยประเภทแบบนี้ว่าเราต้องปฏิบัติตัวยังไง เราก็จะพยายามเปลี่ยนแบบช่วยเหลือให้ดีที่สุดอะไรเงี้ย เราก็ทำได้บ้างไม่ได้บ้าง ต้องยอมรับ เพราะเราดูไม่ออกว่าจังหวะไหนที่จะต้องทำอะไร” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ตอนแรกครอบครัวเรารู้จักเรื่องโรคซึมเศร้านะคะ แต่ก็ไม่ได้ตระหนักว่ามันมีผลร้ายแรงอะไร พ่อเขาไม่เชื่อด้วยซ้ำไปว่าในโลกนี้จะมีโรคซึมเศร้า เขาคิดว่าคนทำไปเองเราเศร้าไปเอง แต่แม่เชื่อ แม่ก็พยายามบอกเปลี่ยนความคิดของพ่อว่า มันมีจริง มันเกี่ยวกับสารเคมีในสมอง ไม่มีใครอยากเป็นโรคซึมเศร้า แต่สารเคมีในสมองมันผิดปกติทำให้เราเป็น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นระหว่างการให้การดูแล

การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล เป็นประสบการณ์ทางจิตใจที่ผู้ดูแลรับรู้ได้ถึงอารมณ์ความรู้สึกของตนเองระหว่างการให้การดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า การวิเคราะห์ประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 6 คนพบว่า การเปลี่ยนแปลงแบ่งเป็น 3 ช่วงเวลา ดังนี้

2.1 ช่วงที่ได้รับรู้ว่าวัยรุ่นในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้ให้ข้อมูลต่างได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจในลักษณะอารมณ์ความคิดทางลบ ซึ่งเป็นไปตามมุมมองความเข้าใจที่ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนมีเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูลในช่วงนี้ เช่น รู้สึกไม่ยอมรับ ไม่เข้าใจ เครียด กังวล เป็นห่วง ผิดหวัง เสียใจ และรู้สึกผิด ทำให้ย้อนกลับมาพิจารณาดูตนเองถึงพฤติกรรมที่อาจเป็นสาเหตุของปัญหาทางด้านจิตใจของวัยรุ่น

“เราก็ดูกังวล เครียด เป็นห่วงอะคะ แล้วเราก็นึกคิดไปว่าอืม เราทำอะไรบ้างนะ ลูกถึงได้เป็นอะไรอย่างเนี้ย เราระเบียบไปหรือเปล่า เราใช้อารมณ์กับลูกหรือเปล่า เราอะไรกับลูกไปเปล่า เราก็นึกกลับไปคิดอะคะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

2.2 ช่วงทำความเข้าใจและปรับตัว โดยส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลยังไม่เข้าใจสภาวะอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และอาการทางกายของวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้านัก รวมถึงไม่รู้วิธีให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมในช่วงเวลาต่าง ๆ และเกิดความยากลำบากทางจิตใจเมื่อไม่สามารถเข้าถึงสภาวะอารมณ์ความรู้สึกของวัยรุ่นและให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นได้ จนส่งผลกระทบทางด้านจิตใจของตนเอง เช่น รู้สึกท้อแท้ หมดกำลังใจ กลัว โกรธ ถดถอย และท้อใจกับการดูแล

“มันรู้สึกแย่มาก เพราะไม่ใช่เราไม่ยอมเข้าใจ เราอยากเข้าใจมาก แต่เราก็ไม่รู้จะเข้าใจยังไง อยากเข้าใจความรู้สึกที่เขาเป็นอยู่มาก คืออยากลองจะลอง replace ดูด้วยซ้ำว่าเป็นยังไง ให้เรารู้สึก เราจะได้รู้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

2.3 ช่วงเกิดความคุ้นเคยในการดูแลรับมือพบว่า อารมณ์ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 6 คนในช่วงนี้เริ่มมีแนวทางในการจัดการกับอารมณ์และความคิดทางลบของตนเองได้ดีขึ้น เช่น การปรับมุมมองความคิด ทำให้สามารถปล่อยวาง ปลง ยอมรับ รู้สึกดี มีความหวัง และผ่อนคลายมากขึ้น

“ก็ยอมรับ แล้วก็คิดอะค่ะว่า อืม โรคซึมเศร้าเนี่ย มันก็ไม่ได้มีลูกของเราคนเดียวนะที่เป็น เขาก็เป็นทั้งโลกนะ ทำไมเราต้องมานั่งแบบเครียด คิดมากอะไรเงี้ย เราก็ทำตัวให้ปกติ ให้ลูกเราไม่เครียดสิ ก็เหมือนไม่ต้องให้เขารู้สึกว่าเขาป่วยสิ ยิ่งเราเครียดอะ เขาก็จะตอกย้ำว่า ฉันทป่วยอะแม่งถึงได้เครียด เราก็เลยทำเป็นปกติ แล้วก็คิดว่าในโลกนี้ลูกใครเขาก็เป็น เขาเป็นกันเยอะแยะ ไม่ใช่มีลูกเราคนเดียว เพราะฉะนั้นเราไม่ต้องไปจิตตกอะไรหรอก เราก็ใช้ชีวิตปกติก็พาลูกกินยาไปอะไรไป” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

3. แนวทางการปรับตัวในบทบาทของผู้ดูแล

แนวทางการปรับตัวในบทบาทของผู้ดูแล หมายถึงแนวทางที่ช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวรับมือหรือจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกทางลบของตนเอง เมื่อเผชิญกับอุปสรรคหรือสถานการณ์ยากลำบากระหว่างการดูแลรับมือในช่วงเวลาต่าง ๆ พบว่าผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนมีแนวทางการปรับตัวในบทบาทของตนเองทั้งในรูปแบบที่คล้ายคลึงและแตกต่างกัน สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่

3.1 การมองหาแนวทางที่ช่วยในการปรับตัวเป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถทำใจยอมรับ จัดการกับอารมณ์ความรู้สึกทางลบ รวมถึงปรับความคิดและปรับพฤติกรรมของตนเองได้ดีขึ้น เมื่อเผชิญกับอุปสรรคปัญหาต่าง ๆ อีกทั้งยังทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานะที่วัยรุ่นในครอบครัวเป็นอยู่มากขึ้น พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีแนวทางการปรับตัวในบทบาทผู้ดูแลในครอบครัวที่หลากหลาย เช่น การสืบค้นข้อมูลผ่านทางอินเทอร์เน็ต การขอความช่วยเหลือจากจิตแพทย์ นักจิตวิทยา สมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ครูที่โรงเรียน และเพื่อนของวัยรุ่น เพื่อให้ตนเองมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของวัยรุ่น นอกจากนี้

ยังพบว่าการทำกิจกรรมทางสังคม เช่น การพูดคุยกับเพื่อน การออกกำลังกาย การนั่งสมาธิ การใช้เวลากับสัตว์เลี้ยง และการนอนหลับพักผ่อน ก็เป็นแนวทางที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถรับมือกับผลกระทบทางจิตใจที่เกิดขึ้นระหว่างดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าได้เช่นกัน

“ถ้าเราเครียด เราพักผ่อนน้อยจนเราป่วยแล้วใครจะดูแล ก็เลยคิดว่า โอเค สิ่งที่ได้ดีที่สุดในอนอน ให้มีแรง เข้าขึ้นมาก็ค่อยมาดูแลได้ พุดง่าย ๆ ว่า ป่วยไปหนึ่งแล้วอย่าป่วยไปเพิ่มอย่างเนี่ยค่ะ ถ้าคนหนึ่งป่วยแล้วเราป่วยตาม ไม่ว่าจะป่วยกายหรือป่วยจิตเนี่ย โอกาสที่เขาจะหายนั้นแทบ..ไม่มี คือเราบอกตัวเองแบบนั้นมาตลอดอะค่ะว่าเราก็คงต้อง balance ตัวเราด้วย คือจริง ๆ เราไม่ได้คิดจะห่างเขา แต่เราต้อง balance อย่างเช่นรู้ว่าความสุขของเราคือเรื่องอะไร ถ้าเรา balance มันก็จะทำให้เรายังอยู่ได้ ของแม่งก็ไปออกกำลังกาย แม้มันมอยกับเพื่อน มีสังสรรค์บ้างอย่างเนี่ยค่ะ ไม่ได้เอาชีวิตดิ่งลงไปด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

3.2 การปรับเปลี่ยนวิธีให้การดูแล เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ผู้ให้ข้อมูลใช้เพื่อรับมือกับอุปสรรคปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองระหว่างการดูแลวัยรุ่น โดยมักปรากฏในลักษณะของการปรับวิธีการสื่อสารเพื่อให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์แก่วัยรุ่นในครอบครัวที่อยู่ในภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 6 คน มีแนวทางการปรับเปลี่ยนวิธีให้การดูแลวัยรุ่นที่แตกต่างกัน เช่น การพูดคุยอย่างเปิดใจรับฟัง การสังเกตและทำความเข้าใจสถานะอารมณ์ ความคิดของวัยรุ่น การอดทนเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาความขัดแย้ง การให้คำแนะนำหรือแง่คิดที่มาจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล การระมัดระวังคำพูดและการแสดงความคิดเห็นเชิงลบ และการยอมรับข้อจำกัดและความผิดพลาดของตนเองในฐานะมนุษย์

“ก็คืออาศัยด้วยว่าที่เราไปหาหมอ มันจะต้องไปทุกครั้งใช่ไหมละ พอหมอปรับอารมณ์ ถามเขาปุ๊บเนี่ย เราจะรู้ตรงจุดนั้น ว่าเออ ณ ตอนเนี่ย เขาเป็นอย่างนี้นะ แล้วก็อีกอย่างหนึ่งคือ บางทีเขามีอะไรเขาก็จะมาเปิด มันเปิดใจกันขึ้นนะค่ะ พอเปิดใจขึ้นปุ๊บมันก็จะพอรู้ พอรู้แล้วว่าเออ เขาคิด

แบบนี้ละ อะไรแบบนี้ละ พอเรารู้ตรงนี้บ๊อบ ตรงไหนที่เขาไม่โอई (ไม่ชอบ ไม่พอใจ) เราก็ต้องตัดออกไป พยายามไม่ไปตรงจุดนั้น หรือที่เขาไม่ชอบตรงไหน เราก็ต้องเลี่ยง เราก็ต้องไม่ไปอย่างนั้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

4. การตกผลึกทางความคิดจากประสบการณ์ในการดูแล

การตกผลึกทางความคิดจากประสบการณ์ในการดูแล หมายถึง สิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง ในระหว่างให้การดูแลวัยรุ่นในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้า จากการวิเคราะห์ประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 6 คน พบว่าแบ่งได้เป็น 3 ประเด็นย่อย ได้แก่

4.1 สภาพแวดล้อมในครอบครัวมีผลต่อการจัดการกับอารมณ์ของวัยรุ่น เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลต่างได้กลับมาทบทวนทำความเข้าใจถึงโรคซึมเศร้าที่วัยรุ่นในครอบครัวเป็นอยู่ จึงเกิดการตระหนักรู้จากประสบการณ์ของตนเองว่า การเลี้ยงดูและสัมพันธ์ภายในครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่น อันเป็นจุดเปลี่ยนที่ทำให้พยายามปรับมุมมองความคิดและวิธีการสนับสนุนวัยรุ่นในความดูแลของตนเอง

“แม้คิดว่าโรคซึมเศร้าเนี่ย มันขึ้นอยู่กับเคมีในสมองส่วนหนึ่งใช่มั้ยคะ อีกส่วนหนึ่งก็คือสภาพแวดล้อม ความเป็นอยู่ของครอบครัวเนี่ยมีส่วนด้วยนะคะ ตามที่คุยกับคุณหมอ เขาบอกกับน้องอะว่า น้องโชคดีมากนะที่มีครอบครัวที่ดี คอย support ครอบครัวของหนูอะไม่ toxic คือตอนแรกเราไม่เข้าใจว่าเพราะอะไร คุณหมอก็บอกว่าบางคนเนี่ย ครอบครัวเขาไม่มีอะค่ะ เขาต้องหาดี้นรนด้วยตัวเอง เขาไม่มีโอกาสทางสังคม พ่อแม่กินเหล้า ทะเลาะกันอะไรอย่างเงี้ย ตีกันอย่างเนี่ยคะ มันจะเป็น toxic ในชีวิต มันทำให้โรคของเขาอะรุนแรงขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

4.2 การดูแลวัยรุ่นในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้า เป็นหน้าที่ของตนเอง เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลทั้ง 6 คนมีบทบาทความเป็นแม่ เมื่อพบว่าลูกกำลังเผชิญกับปัญหาทางจิตหรือประสบกับสถานการณ์ที่ยากลำบากในชีวิต จึงเป็นจุดเปลี่ยนทำให้ผู้ให้ข้อมูลได้กลับมาทบทวนตนเอง และตระหนักว่าสิ่งที่

ตนเองสามารถทำเพื่อลูกได้คือการเป็นที่พึ่งให้กับลูก โดยให้ความช่วยเหลือและให้การสนับสนุนด้วยทรัพยากรที่ตนเองมีอยู่อย่างเต็มที่เพื่อให้ลูกมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

“ก็คือทำให้เรารู้ว่าเราจะต้องพยายามให้ความรักกับเขา ให้ความอบอุ่นกับเขา ต้องรู้ว่าถ้าหากเราวันใล้ลูกเราตรงนั้น เราจะเสียใจไปอีกนาน ถ้าเราทำไปแบบนี้เราเองก็เสียใจ มันก็ไม่ตกเป็นปมอยู่ตรงนั้นแหละ ทางที่ดีเอาน้ำเย็นเข้าลูบดีกว่า ค่อย ๆ พูดกัน ให้ต่างคนต่างโอเค ถ้าเขาแรงแมา ฟังเขาก่อน อย่าไปเบรก ฟังเขาพูดให้เขาสุดก่อน ก็คุยกับเขาเล็กน้อย หรือไม่ก็ยังไม่ต้องคุย ยังไงเขาก็มีแม่คนเดียวแหละ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

4.3 การดูแลวัยรุ่นในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้า เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ผู้ให้ข้อมูลตระหนักว่าปัญหาทางด้านจิตใจของวัยรุ่นในครอบครัว รวมถึงการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลของตนเอง เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต จึงต้องทำใจยอมรับและช่วยดูแลสุขภาพจิตของวัยรุ่นในครอบครัว ประสบการณ์นี้ยังมีส่วนช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลได้เรียนรู้และปรับตัวเพื่อรับมือกับอุปสรรคปัญหาในชีวิตได้ดีขึ้น

“เราไม่ได้มองว่ามันความยากลำบากนะ แต่เรามองว่ามันเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตเราแล้ว ในเมื่อเราเกิดมาเป็นอย่างเงี้ยแล้วเราต้องยอมรับสภาพให้ได้ เราต้องยอมรับ ทำยังไงจะอยู่กับมันได้ ทำยังไงถึงจะทำให้เขาดีขึ้นได้ มันเลยส่วนนั้นมาแล้วละคะ หมายถึงจุดที่ว่ามันเป็นอุปสรรค มันคิดแบบนั้นไม่ได้ค่ะ เราจะต้องมองว่า เอ๊ ทำยังไงนะ มันจะต้องหาย มันจะต้องดีขึ้น ลองหาวิธี” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

วิจารณ์

การศึกษาประสบการณ์และมุมมองของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการสนับสนุนดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าจากผู้ให้ข้อมูลทั้ง 6 คนที่เป็นแม่ของวัยรุ่นทำให้เข้าใจถึงมุมมอง ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และแนวทางการปรับตัวของผู้ดูแล ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ความพร้อมทางทรัพยากรการมีเวลาคุณภาพร่วมกัน ภาระหน้าที่ รวมถึงความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของผู้ดูแลในครอบครัวไม่เพียงแต่มีอิทธิพลต่อมุมมองความคิดของผู้ดูแลในการ

รับมือกับปัญหาและผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างให้การดูแล แต่ยังคงส่งผลต่อแนวทางที่ผู้ดูแลเลือกให้การสนับสนุนดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า ปัจจัยด้านรายได้หรือสถานะทางการเงินในครอบครัวบ่งบอกถึงการมีทางเลือกและอำนาจอิสระ (autonomy) ในการตัดสินใจของผู้ดูแล²¹ พบว่า ผู้ดูแลที่มีความพร้อมทางเศรษฐกิจสามารถช่วยให้วัยรุ่นในครอบครัวมีโอกาสได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีทางเลือกในการสนับสนุนดูแลวัยรุ่นมากกว่าผู้ดูแลที่มีความกังวลในเรื่องรายได้หรือสถานะการเงินของครอบครัว ในขณะที่ความไม่พร้อมทางเศรษฐกิจอาจส่งผลทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น²²

ผลกระทบจากความไม่พร้อมในการมีเวลาคุณภาพที่มีต่อสุขภาพจิตทั้งของวัยรุ่นและผู้ดูแลในครอบครัวที่พบในการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Deb และคณะ²³ ที่พบว่า ข้อจำกัดจากหน้าที่การงานและปัจจัยทางเศรษฐกิจของครอบครัวส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการใช้เวลาคุณภาพเพื่อให้การสนับสนุนทางอารมณ์แก่วัยรุ่น ขณะที่การแก้ปัญหาโดยให้บุคคลอื่นมาช่วยเลี้ยงดูหรือปล่อยให้วัยรุ่นอยู่ด้วยตนเองอาจส่งผลทำให้วัยรุ่นรู้สึกเหงา ถูกเพิกเฉย ห่างเหิน และวิตกกังวล และสอดคล้องกับการศึกษาของ Badri และคณะ²⁴ ที่พบว่า ความรู้สึกโดดเดี่ยว ความพอใจในชีวิตครอบครัว และการมีเวลาคุณภาพร่วมกันในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ถึงภาวะซึมเศร้าในตนเองของวัยรุ่น ในทางกลับกัน การศึกษานี้ยังพบว่า การปรับตัวของผู้ดูแลด้วยการใช้เวลาคุณภาพกับวัยรุ่นมากขึ้นมีส่วนช่วยให้สุขภาพจิตและสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Desha และคณะ²⁵ ที่พบว่า การมีเวลาคุณภาพร่วมกันจนเกิดความสนิทสนมกันระหว่างวัยรุ่นและครอบครัวทำให้วัยรุ่นเกิดความไว้วางใจและรับรู้ถึงการยอมรับจากสมาชิกในครอบครัว ขณะที่การไม่มีเวลาคุณภาพให้กับวัยรุ่นอาจทำให้วัยรุ่นไม่อยากจะบอกเล่าเรื่องส่วนตัวและหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้วัยรุ่นรู้สึกว่าเขาถูกควบคุมทางจิตใจจากคนในครอบครัว อันเป็นอุปสรรคต่อการดูแลรับมือกับอาการของผู้ป่วยวัยรุ่น

การรับมือกับสภาวะอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และอาการของวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า ส่งผลกระทบต่อจิตใจและความเป็นอยู่ของผู้ดูแล ทั้งในช่วงที่เริ่มรู้ว่าวัยรุ่นเป็นโรคซึมเศร้าตลอดจนช่วงปรับตัวและทำความเข้าใจในการดูแล ส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าไม่เพียงพอ หรือยังมีมุมมองความเชื่อเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในแง่ลบ ซึ่งเป็นผลมาจากค่านิยมทางสังคมหรือชุดความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเวชในลักษณะความผิดปกติและเป็นผลของการกระทำที่ผิดพลาดในอดีต²⁶ ทำให้ผู้ดูแลเผชิญกับสถานการณ์ยากลำบากในการทำทำความเข้าใจ การยอมรับ และการจัดการกับอารมณ์ความคิดทางลบของตนเอง เมื่อวัยรุ่นไม่สามารถปรับตัวหรือรับมือกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา การศึกษานี้พบว่า การแสวงหาแนวทางที่ช่วยในการรับมือกับปัญหาและผลกระทบจากความไม่พร้อมทางทรัพยากรด้วยวิธีต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการขอความช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว คนใกล้ชิด และบุคลากรทางการแพทย์เพื่อทำความเข้าใจโรคซึมเศร้าของวัยรุ่น มีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลสามารถตระหนักถึงอารมณ์ความคิดทางลบของตนเอง สามารถจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่พอใจ และความไม่เข้าใจได้อย่างเหมาะสม สามารถยอมรับต่อสถานการณ์ในชีวิตที่เป็นปัญหา และเกิดการตกตะกอนทางความคิดจากประสบการณ์ในการดูแลของตนเองว่าสภาพแวดล้อมในครอบครัวมีผลต่อการจัดการกับอารมณ์ของวัยรุ่น และการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นในครอบครัวเป็นหน้าที่และส่วนหนึ่งของชีวิตของตนเอง นอกจากนี้ การปรับตัวในบทบาทของผู้ดูแลยังช่วยให้วัยรุ่นรับมือกับปัญหาและจัดการกับผลกระทบทางจิตใจของตนเองได้ดีขึ้น สอดคล้องกับงานศึกษาของ Yap และคณะ²⁷ ที่พบว่า การมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสภาวะอารมณ์และความคิดของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าทำให้ผู้ดูแลยอมรับและจัดการอารมณ์ความคิดทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง และสามารถรับมือกับอาการของวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าได้

การศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยทุกคนเป็นแม่ของวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า

ส่งผลให้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้เป็นเพียงตัวอย่าง ประสพการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวเพศหญิงที่มีบทบาท ความเป็นแม่ ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมและ ค่านิยมความเชื่อทางสังคมคล้ายกัน การตระหนักและการ ยอมรับถึงหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลของตนเองส่วนหนึ่งอาจ เนื่องจากบทบาทความเป็นแม่ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้นควรมี การศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกคนอื่น ๆ ใน ครอบครัวเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสพการณ์การดูแล ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าในมิติที่หลากหลาย

สรุป

การศึกษาประสพการณ์และมุมมองของผู้ดูแลใน ครอบครัวเกี่ยวกับการสนับสนุนดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้า ได้ขยายความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้และประสพการณ์ ของผู้ดูแลในครอบครัว ทั้งด้านอารมณ์ ความรู้สึก ทศนคติ การปรับตัวเพื่อรับมือกับอุปสรรคปัญหา และการจัดการ กับผลกระทบทางจิตใจของตนเองที่เกิดขึ้นระหว่างให้การ สนับสนุนดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้อง นำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่น โรคซึมเศร้าที่ครอบครัวมีส่วนร่วมและการดูแลสุขภาพจิตของ ผู้ดูแลในครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง ประสพการณ์ทางจิตใจของสมาชิกในครอบครัวที่ให้การ สนับสนุนดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้า โดยได้รับการสนับสนุน ทุนการศึกษาจากคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Depression [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2022 Nov 6]. Available from: https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเข้าถึง บริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เดือนกันยายน 2565 [Report on service access for patients with depression, September 2022] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2565 [สืบค้นเมื่อ วันที่ 6 พ.ย. 2565]. จาก: https://thai-depression.com/www/report/main_report/pdf/ahb-09-22-mix_HDC.pdf
3. ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, จอมสุรางค์ โพธิ์สัตย์, รสสุคนธ์ ชมชื่น. ความชุกของโรคจิตเวชในนักเรียนไทยอายุ 13 - 17 ปี [The prevalence of psychiatric disorders in Thai students aged 13-17 year]. วารสารสุขภาพจิตแห่ง ประเทศไทย. 2559;24(3):141-53.
4. วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล, โชษิตา ภาวสุทธิพิศรุ. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยง ฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย : การสำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ [Prevalence of depression and suicidal risks in Thai adolescents: a survey in schools from 13 Public Health Region]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2563;28(2):136-49.
5. วัยรุ่นรับบริการสุขภาพจิตไม่มีผู้ปกครองเพิ่ม 1.5 เท่า ย้ำสิทธิทำได้. [อินเทอร์เน็ต]. [กรุงเทพฯ]: กรุงเทพธุรกิจ; 2565 [สืบค้นเมื่อวันที่ 22 ก.พ. 2566]. จาก: www.bangkokbiznews.com/social/1008029
6. อธิบ ตันอารีย์, นิศากร แก้วพิลา, เบ็ญจา นิ่มนวล, เศรษฐพงศ์ บุญหมั่น, ลวิญญ์วิชัยพงศ์ ภูมิเงิน, ณัฏฐพัชร สุนทโรวิทย์. การรับบริการสุขภาพจิตและสาเหตุที่ไม่เข้ารับ บริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวชไทย [Mental health service utilization and reason for not receiving services among individuals with mental disorders]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2560;25(3):176-86.
7. ปิติมา คุริโมโตะ. ความบกพร่องของทักษะทางสังคม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการ ตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ [Social skills deficits and the associated factors of patients with depressive disorders in outpatient psychiatric department, King Chulalongkorn Memorial hospital] [วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท]. [กรุงเทพฯ]: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.

8. Puig-Antich J, Kaufman J, Ryan ND, Williamson DE, Dahl RE, Lukens E, et al. The psychosocial functioning and family environment of depressed adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993;32(2):244-53.
9. กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนวัยรุ่น สำนักส่งเสริมสุขภาพ. การสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. 2564 [Thailand Global School-based Student Health Survey, 2021: GSHS] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2565 [สืบค้นเมื่อวันที่ 22 ก.พ. 2566]. จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5784?locale-attribute=th>
10. Nasser EH, Overholser JC. Recovery from major depression: the role of support from family, friends, and spiritual beliefs. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;111(2):125-32. doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00423.x.
11. Newman BM, Newman PR, Griffen S, O'Connor K, Spas J. The relationship of social support to depressive symptoms during the transition to high school. *Adolescence*. 2007;42(167):441-59.
12. Stark KD, Banneyer KN, Wang LA, Arora P. Child and adolescent depression in the family. *Couple Family Psychol: Research and Practice*. 2012;1(3):161-84. doi:10.1037/a0029916.
13. Plunkett SW, Henry CS, Robinson LC, Behnke A, Falcon PC. Adolescent perceptions of parental behaviors, adolescent self-esteem, and adolescent depressed mood. *J Child Fam Stud*. 2007;16:760-72. doi:10.1007/s10826-006-9123-0.
14. Ahlström BH, Skärsäter I, Danielson E. Living with major depression: experiences from families' perspectives. *Scand J Caring Sci*. 2009;23(2):309-16. doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00624.x.
15. อาชวศรี คำหอม. การรับรู้ตราบาปของผู้ดูแล ทักษะชีวิต และการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท [Perceived stigma of caregivers, life skills and perceived stigma of persons with schizophrenia] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.
16. Yamashita N, Kuzuoka H, Hirata K, Kudo T. Understanding the conflicting demands of family caregivers caring for depressed family members. In: *Proceedings of the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems*; 2013 Apr 27-May 2; Paris, France. New York: Association for Computing Machinery; 2013. p. 2637-46.
17. สุประวีณ์ ทองชิต, อุมพร ตรังคสมบัติ. ความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครอง ที่พาเด็กมาใช้บริการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [Stress and burdens in parents of children who came to child psychiatric clinic of King Chulalongkorn Memorial hospital]. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*. 2556;57(6):737-50.
18. Smith JA. Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychol Rev*. 2011;5(1):9-27. doi:10.1080/17437199.2010.510659.
19. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Association; 2013. p. 123-88.
20. ชมพูนุท ศรีจันทร์นิล. การวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ: ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพสำหรับการวิจัยทางด้านจิตวิทยา [Interpretative phenomenological analysis: a qualitative methodology for psychological research]. *วารสารศึกษาศาสตร์*. 2560;28(3):1-13.
21. Chronister J, Chou CC, Kwan KL, Lawton M, Silver K. The meaning of social support for persons with serious mental illness. *Rehabil Psychol*. 2015;60(3):232-45. doi:10.1037/rep0000038.
22. Wilkinson PO, Harris C, Kelvin R, Dubicka B, Goodyer IM. Associations between adolescent depression and parental mental health, before and after treatment of adolescent depression. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22(1):3-11. doi:10.1007/s00787-012-0310-9.

23. Deb S, Chatterjee P, Walsh K. Anxiety among high school students in India: Comparisons across gender, school type, social strata and perceptions of quality time with parents. *Australian Journal of Educational & Developmental Psychology*. 2010;10:18-31.
24. Badri M, Khaili MA, Bahar MA, Yang G, Reynhout G, Rashdi AA. Social connection and self-perceived depression among adolescents: A path analytic model for Abu Dhabi. *J Child Fam Stud*. 2021;30:146-57. doi:10.1007/s10826-020-01891-2.
25. Desha LN, Nicholson JM, Ziviani JM. Adolescent depression and time spent with parents and siblings. *Soc Indic Res*. 2011;101:233-8. doi:10.1007/s11205-010-9658-8.
26. ชนกานต์ ชัชวาลา. วาทกรรมของโรคจิตเวชที่ปรากฏในวรรณกรรมร่วมสมัยของไทย: การศึกษาผลงานของปิยะพรศักดิ์เกษม [Discourse on psychiatric disorders in modern Thai literature: a study of Piyaporn Saksasem's novels]. *วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*. 2561;10(1):204-28.
27. Yap MB, Allen NB, Sheeber L. Using an emotion regulation framework to understand the role of temperament and family processes in risk for adolescent depressive disorders. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2007;10(2):180-96. doi:10.1007/s10567-006-0014-0.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สุรา บุหรี่ และสารเสพติดของมารดาขณะตั้งครรภ์ กับการเกิดโรคออทิสติกและโรคสมาธิสั้นในเด็ก

วันรับ : 24 ธันวาคม 2565

วันแก้ไข : 11 มีนาคม 2566

วันตอบรับ : 13 มีนาคม 2566

สุนทรี ศรีโกไสย, พย.ด.¹, อนงค์พร ต๊ะคำ, พย.บ.¹, ชลธิพร สมใจ, พย.ม.¹,วิภาพร หม่อมวงศ์, พย.บ.¹, ชุตินาถ ศักรินทร์กุล, พ.บ.¹, ดอกกรักร พิพากำ, พย.ม.²สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต¹,โรงพยาบาลสันป่าตอง²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงขณะตั้งครรภ์กับการมีบุตรเป็นโรคออทิสติกและโรคสมาธิสั้น

วิธีการ : การศึกษาแบบ matched case-control study ในกลุ่มมารดาของเด็กออทิสติก เด็กสมาธิสั้น และเด็กปกติ อายุ 20 - 48 ปี อายุเด็ก 4 - 12 ปี สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นในจังหวัดเชียงใหม่และลำพูน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและเด็ก ภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ และแบบประเมินการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด (ASSIST) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ การทดสอบที และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 432 คน เป็นมารดาเด็กออทิสติกและสมาธิสั้นกลุ่มละ 108 คน และมารดาเด็กปกติ 216 คน มารดาเด็กออทิสติกมีโอกาสกินยาแก้ปวดลดไข้ขณะตั้งครรภ์และใช้สารเสริมความงามแบบฉีดเป็น 6.19 เท่า (95% CI = 1.39 - 27.54) และ 11.69 เท่า (95% CI = 1.52 - 89.91) ของมารดาเด็กปกติ ตามลำดับ มารดาของเด็กสมาธิสั้นมีโอกาสดื่มสุราระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป สูบบุหรี่ระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป สัมผัสใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่ใน 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ และใช้สารเสริมความงามแบบฉีดเป็น 14.21 เท่า (95% CI = 1.06 - 190.29), 2.97 เท่า (95% CI = 1.18 - 7.43), 2.63 เท่า (95% CI = 1.23 - 5.62) และ 10.37 เท่า (95% CI = 1.11 - 96.33) ของมารดาเด็กปกติ ตามลำดับ

สรุป : ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้จัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ เพื่อให้เกิดความตระหนักในความเสี่ยงของการมีบุตรเป็นโรคออทิสติกและโรคสมาธิสั้นและการป้องกันความเสี่ยงจากปัจจัยด้านพฤติกรรมของตนเอง

คำสำคัญ : การตั้งครรภ์, บุหรี่, สมาธิสั้น, สารเสพติด, สุรา, ออทิสติก

ติดต่อผู้นิพนธ์ : สุนทรี ศรีโกไสย; e-mail: s.srikosai@gmail.com

Original articles

The link between alcohol, tobacco, and substance use during pregnancy and children's autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder

Received : 24 December 2022

Revised : 11 March 2023

Accepted : 13 March 2023

Soontaree Srikosai, Ph.D.¹, Anongporn Thakham, B.N.S.¹,

Chaleeporn Somchai, M.N.S.¹, Wipaporn Momwong, B.N.S.¹,

Chutinart Sakarinkhul, M.D.¹, Dokrak Pitakham, M.N.S.²

Rajanagarindra Institute of Child Development, Department of Mental Health¹,

Sanpatong Hospital²

Abstract

Objective: To examine the relationship between maternal alcohol use, tobacco use, substance use, and personal risks during pregnancy and children's autism spectrum disorder (ASD) and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD).

Methods: A matched case-control study was conducted among 20 to 48-year-old mothers of 4 to 12-year-old children with and without ASD and ADHD. Participants were selected by stratified sampling in Chiang Mai and Lamphun, Thailand. Questionnaires included sociodemographics of the child and mother, prenatal risks, and the alcohol, smoking, and substance involvement screening test (ASSIST). Data were analyzed by using descriptive statistics, chi-square test, independent t-test, and multivariate logistic regression.

Results: A total of 432 mothers participated in the study, including 108 mothers of ASD children, 108 mothers of ADHD children, and 216 mothers of normal children. Mothers of ASD children were more likely than controls to report taking antipyretic/analgesic (AOR = 6.19, 95% CI = 1.39 - 27.54) and using of non-medical injections (AOR = 11.69, 95% CI = 1.52 - 89.91). Mothers of ADHD children were more likely than controls to report consuming alcohol at moderate risk or higher (AOR = 14.21, 95% CI = 1.06 - 190.29), smoking at moderate risk or higher (AOR = 2.97, 95% CI = 1.18 - 7.43), being exposed to secondhand smoke during the first 3 months of pregnancy (AOR = 2.63, 95% CI = 1.23 - 5.62), and using non-medical injections (AOR = 10.37, 95% CI = 1.11 - 96.33).

Conclusion: Findings can be used to promote mental health literacy and preventive interventions for reproductive women to raise awareness of the risks of having ASD and ADHD children and refrain from their own risky behaviors.

Keywords: ADHD, alcohol, autism, pregnancy, substance, tobacco

Corresponding author: Soontaree Srikosai; E-mail: s.srikosai@gmail.com

ความรู้เดิม : ประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้สุราและสารเสพติดขณะตั้งครรภ์ แต่ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการใช้สุราและสารเสพติดขณะตั้งครรภ์รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ กับการมีบุตรเป็นโรคออทิสติกและโรคสมาธิสั้นยังมีจำกัด

ความรู้ใหม่ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีบุตรเป็นโรคออทิสติก ได้แก่ การกินยาแก้ปวดลดไข้ขณะตั้งครรภ์และการใช้สารฉีดเข้าร่างกายที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้น ได้แก่ การดื่มสุราระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป การสูบบุหรี่ระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป และการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ 3 เดือนแรก และใช้สารฉีดเข้าร่างกายที่ไม่ใช่ทางการแพทย์

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นข้อมูลการส่งเสริมความรู้รอบรู้และกิจกรรมด้านสุขภาพจิตให้แก่ประชาชน โดยเฉพาะหญิงวัยเจริญพันธุ์ เพื่อให้เกิดความตระหนักและการป้องกันความเสี่ยงของการมีบุตรเป็นโรคออทิสติกและสมาธิสั้น

บทนำ

โรคออทิสติก (autism spectrum disorder: ASD) และสมาธิสั้น (attention-deficit/hyperactivity disorder: ADHD) เป็นปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นที่พบมาก การเกิดโรคมียหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้องทั้งด้านพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม¹⁻⁵ รวมทั้งปัจจัยด้านมารดา เช่น ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ปัญหาการคลอด การได้รับสารเคมี การติดเชื้อ กระบวนการอักเสบหรือระบบภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติ⁶ และการใช้สุรา บุหรี่ และสารเสพติด⁷⁻¹¹ ซึ่งนอกจากการใช้สุรา บุหรี่ และสารเสพติดจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคออทิสติกและโรคสมาธิสั้นของเด็กแล้ว ยังเพิ่มความเสี่ยงของปัญหาการทำหน้าที่บิดามารดา ซึ่งส่งผลลดคุณภาพของการเลี้ยงดูบุตร และมีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของเด็กในอนาคต¹²

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ meta-analysis พบความชุกของการดื่มสุราในหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 10.0 - 60.4 โดยมีความชุกเฉลี่ยทั่วโลก ร้อยละ 9.8 (95% CI = 8.9 - 11.1)¹³ ประเทศไทยมีการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 5.6 (95% CI = 4.9 - 6.4) ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในขณะตั้งครรภ์¹² ผลกระทบที่สำคัญต่อเด็กจากการดื่มสุราขณะตั้งครรภ์คือ fetal alcohol syndrome (FAS) ซึ่งเป็นภาวะที่รุนแรงที่สุดในกลุ่มโรค fetal alcohol spectrum disorders (FASD)¹⁴ ทารกที่เป็นโรคนี้มีใบหน้าและมีรูปร่างผิดปกติที่เป็นลักษณะเฉพาะ มีการเจริญเติบโตบกพร่องทั้งในช่วงก่อนคลอดและหลังคลอด และมีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางและพฤติกรรม¹⁵ เด็กที่เป็น FAS และ FASD มีความเสี่ยงสูงที่จะมีอาการของโรคออทิสติกเนื่องจากแอลกอฮอล์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับ epigenetic ที่มีผลต่อการแสดงออกทางพันธุกรรม¹⁶ มีการศึกษาพบว่าเด็กออทิสติกและเด็ก FASD มีอาการและพฤติกรรมผิดปกติคล้ายคลึงกัน และพบความชุกของโรคออทิสติกสูงขึ้นในเด็กที่คลอดจากมารดาที่ดื่มสุราระหว่างตั้งครรภ์¹⁷ นอกจากนี้พบว่าเด็กที่เป็น FASD มีโรคร่วมเป็นโรคสมาธิสั้นถึงร้อยละ 50.0¹⁸ การศึกษาระยะยาวแบบมีกลุ่มควบคุมด้วยการติดตามตั้งแต่ไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ จนบุตรมีอายุ 11 - 12 ปีพบว่า เด็กในกลุ่มที่มารดาดื่มสุราขณะตั้งครรภ์มีพัฒนาการล่าช้า สมาธิสั้น และภาวะหุนหันพลันแล่นมากกว่าเด็กในกลุ่มที่มารดาไม่ดื่มสุราขณะตั้งครรภ์¹⁸ การศึกษาผลของการใช้สารเสพติดพบว่า เด็กที่มารดาใช้เมทแอมเฟตามีนในขณะตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยของปัญหาการทำงานของสมอง (cognitive problem) สูงกว่าเด็กที่มารดาไม่ใช้เมทแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์ 2.8 เท่า และมีคะแนนพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ และเด็กที่ได้รับสารเมทแอมเฟตามีนขณะอยู่ในครรภ์มารดาเพิ่มความเสี่ยงของการคลอตก่อนกำหนดและปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรม¹⁹ นอกจากนี้ มีการศึกษาที่พบความเสี่ยงของการเป็นโรคสมาธิสั้นในเด็กที่คลอดจากมารดาที่สูบบุหรี่หรือขณะตั้งครรภ์ประมาณ 2 เท่าของเด็กที่มารดาที่ไม่สูบบุหรี่ระหว่าง

ตั้งครรภ์' โดยการสูบบุหรี่ตลอดการตั้งครรภ์จะยิ่งเพิ่มโอกาสเสี่ยงมีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นสูงขึ้น¹¹

นอกจากการใช้สุรา บุหรี่ และสารเสพติดแล้ว การทบทวนวรรณกรรมโดย Chaste และ Leboyer²⁰ ยังพบปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับมารดาที่อาจส่งผลให้เกิดโรคออทิสติกของบุตร ได้แก่ การเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะเลือดออกระหว่างตั้งครรภ์ และการกินยาบางชนิด การศึกษา meta-analysis ของ Khaiman และคณะ²¹ พบความเสี่ยงของโรคออทิสติกเพิ่มขึ้นในเด็กที่คลอดจากครรภ์แรกเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่คลอดในครรภ์ที่ 3 เป็นต้นไป รวมทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและลักษณะทั่วไปของมารดา เช่น ประวัติครอบครัวเป็นโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากฝั่งบิดาของเด็ก (OR = 2.87, 95% CI = 1.29 - 6.39) และมารดาว่างงาน (OR = 1.65, 95% CI = 1.08 - 2.54) ขณะที่โรคสมาธิสั้นพบว่ามี การสืบทอดทางพันธุกรรมสูง²² และยังพบว่ามารดาที่อายุน้อยเสี่ยงต่อการมีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้น^{23,24} นอกจากนี้หญิงที่กินยาแก้ปวดลดไข้ เช่น พาราเซตามอล ขณะตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 1, 2, และ 3 มีความเสี่ยงของการมีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นร้อยละ 17, 39, และ 46 ตามลำดับ²⁵ ผลกระทบของโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นที่พบมาก ได้แก่ ปัญหาด้านการเรียน พฤติกรรมก้าวร้าว อยู่ไม่นิ่ง ขาดความรับผิดชอบ ปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่น และเอาแต่ใจตัวเอง การศึกษา meta-analysis ของ Khoury และ Milligan²⁶ พบการลดลงของความสามารถในการบริหารจัดการของสมอง (executive function) ในเด็กสมาธิสั้นเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่มีพัฒนาการปกติและเด็กที่ไม่เป็นโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แม้การศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การใช้สุรา บุหรี่ และสารเสพติด รวมทั้งการมีพฤติกรรมเสี่ยงบางอย่างขณะตั้งครรภ์ อาจเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในบุตร โดยเฉพาะโรคออทิสติกและสมาธิสั้น แต่การศึกษาในประเด็นดังกล่าวในประเทศไทยยังพบได้น้อย และยังต้องการหลักฐานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในเชิงขนาดของ

ความเสี่ยง เพื่อให้เกิดความตระหนักและการวางแผนป้องกันปัญหาการใช้สุรา บุหรี่ และสารเสพติด รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ปกครอง เพื่อลดความเสี่ยงการมีบุตรเป็นโรคออทิสติก และโรคสมาธิสั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงขณะตั้งครรภ์กับการมีบุตรเป็นโรคออทิสติก และโรคสมาธิสั้น

วิธีการ

การศึกษาแบบ case-control study ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่หนังสือรับรอง DMH.IRB.CO.A 010/2565 วันที่รับรอง 28 มีนาคม 2565

กลุ่มตัวอย่าง

มารดาของเด็กออทิสติก มารดาของเด็กสมาธิสั้น และมารดาของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยรวมทั้งโรคออทิสติก และโรคสมาธิสั้น ที่มารับบริการที่สถาบันพัฒนาการเด็ก ราชนครินทร์ โดยพิจารณาจัดเข้ากลุ่มตามวินิจฉัยหลัก อายุ 20 - 48 ปี โดยเด็กออทิสติกมีอายุระหว่าง 4 ปี ถึง 12 ปี และเด็กสมาธิสั้นมีอายุระหว่าง 6 ปี ถึง 12 ปี เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) อยู่ในภาวะตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร เนื่องจากเป็นกลุ่มเปราะบางและอ่อนไหวต่อความเครียดทางอารมณ์ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อเด็กในครรภ์และทารกที่ดื่มนมมารดา 2) อยู่ในภาวะมีเมาสุราหรือสารเสพติด และ 3) อยู่ในภาวะเจ็บป่วยทางสุขภาพ เช่น มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หรือเข้าเกณฑ์ patient under investigation (PUI) ของการติดเชื้อโควิด 19

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร matched case-control ค่าตัวแปรที่ใช้คำนวณได้จากการศึกษาของ Heibrun และคณะ⁵ ที่สัดส่วนกลุ่มควบคุม (control) ที่สัมผัสปัจจัยเท่ากับ 0.9 และ odds ratio เท่ากับ 3.01 กำหนดอำนาจการทดสอบร้อยละ 90 และสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และอัตราส่วน case : control เท่ากับ 1 : 1 ได้ขนาดตัวอย่างรวม 448 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดลำพูน กำหนดจำนวนตัวอย่างในแต่ละ

จังหวัดจากสัดส่วนของขนาดจังหวัด คือ จังหวัดเชียงใหม่ : จังหวัดลำพูน เท่ากับ 3 : 1 สุ่มตัวอย่างในระดับอำเภอด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยกำหนดจำนวนอำเภอตามสัดส่วนของขนาดจังหวัด จังหวัดขนาดใหญ่ใช้สัดส่วน 1 : 3 จังหวัดขนาดเล็กใช้สัดส่วน 1 : 2 ดังนั้น จังหวัดเชียงใหม่มี 25 อำเภอ กำหนดพื้นที่สุ่ม 9 อำเภอ จังหวัดลำพูนมี 8 อำเภอ กำหนดพื้นที่สุ่ม 4 อำเภอ จับคู่กลุ่ม case และ control จากอายุของบุตรและอำเภอที่มารดาอาศัยอยู่ เลือกตัวอย่างกลุ่ม case และ control ในแต่ละอำเภอด้วยวิธีเลือกแบบเจาะจง

เครื่องมือ

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กที่เป็นบุตรคนสุดท้องหรือคนปัจจุบัน (กรณีเป็นบุตรคนเดียว) โดยมารดาเป็นผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วยประวัติการได้รับอุบัติเหตุทางสมอง อาการชัก โรคประจำตัว การถูกทำโทษบ่อย ๆ การอยู่คนเดียวบ่อย ๆ การติดเกม/ติดโทรศัพท์มือถือ/ติดสื่อออนไลน์ และการได้รับสารเคมีบางชนิด

2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดาและประวัติเสี่ยงระหว่างตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ อาชีพขณะตั้งครรภ์ บุตรคนสุดท้องหรือบุตรคนปัจจุบันและอาชีพปัจจุบัน รายได้ช่วงตั้งครรภ์และรายได้ปัจจุบัน บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยกัน โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยาขับเลือดและการกินยาแก้ปวดลดไข้ขณะตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ จำนวนการแท้งบุตร ประวัติโรคออทิสติกหรือโรคสมาธิสั้นในครอบครัว และประวัติการใช้สารชนิดผิดเข้ร่างกายที่ไม่ใช่ทางการแพทย์

3) แบบประเมินการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด (alcohol, smoking and substance involvement screening test: ASSIST)²⁷ ใช้คัดกรองและประเมินพฤติกรรม การใช้สารแต่ละประเภท ได้แก่ บุหรี่ สุรา กาชา แอมเฟตามีน และยาแก้ปวดประสาทหรือยานอนหลับ แต่ละประเภทมีคำถาม 7 ข้อ ประกอบด้วยการใช้ตลอดชีวิตที่ผ่านมา ความถี่ของการใช้ในปัจจุบัน และความถี่หรือช่วงเวลาที่เกิดปัญหาจากการใช้ การแปลผลคะแนนความเสี่ยงของการดื่มสุรา ดังนี้ 0 - 10 คะแนน ระดับความเสี่ยงต่ำ 11 - 26 คะแนน ระดับ

ความเสี่ยงปานกลาง และ 27 คะแนนขึ้นไป ระดับความเสี่ยงสูง การแปลผลความเสี่ยงของการสูบบุหรี่และการใช้สารเสพติดอื่น ๆ ดังนี้ 0 - 3 คะแนน ระดับความเสี่ยงต่ำ 4 - 26 คะแนน ระดับความเสี่ยงปานกลาง และ 27 คะแนนขึ้นไป ระดับความเสี่ยงสูง ในการศึกษาที่มีการปรับช่วงเวลาของคำถามจาก 3 เดือนที่ผ่านมา เป็น 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ โดยข้อ 2 - 5 ถามถึงการใช้สารในช่วง 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ และ ข้อ 6 - 7 ถามในช่วงตลอดชีวิต และ เพิ่มคำถามความบ่อยของการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่ในช่วง 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 21 พฤษภาคม ถึง 6 สิงหาคม พ.ศ. 2565 โดยทีมเก็บข้อมูลภาคสนามที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือ ผู้สัมภาษณ์ไม่รู้ว่าตัวอย่างเป็นมารดาเด็กที่เป็นโรคหรือเด็กปกติ สัมภาษณ์ที่ห้องให้คำปรึกษาหรือห้องประชุมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตามที่ผู้ประสานงานในชุมชนจัดเตรียมให้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงข้อมูลการวิจัยและลงนามยินยอมด้วยลายมือก่อนการสัมภาษณ์ทุกคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการระหว่างตั้งครรภ์ และการใช้สุรา บุหรี่ และสารเสพติดระหว่างกลุ่ม case และ control ด้วย chi-square test, Fisher's exact test และ independent t-test และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงของมารดาและการเกิดโรคของเด็กด้วยการวิเคราะห์ multivariate logistic regression โดยเลือกตัวแปรทำนายด้วยวิธี backward stepwise จากตัวแปรที่มี p-value ≤ 0.2 ในการวิเคราะห์ univariate logistic regression

ผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 432 คน แบ่งเป็นมารดาเด็กออทิสติก 108 คน มารดาเด็กปกติที่เป็น matched control ของกลุ่มออทิสติก 108 คน มารดาเด็กสมาธิสั้น

108 คน และมารดาเด็กปกติที่เป็น matched control ของกลุ่มสมาธิสั้น 108 คน ข้อมูลทั่วไปของมารดาระหว่างกลุ่ม case และกลุ่ม control ส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน ยกเว้น 1) มารดาเด็กออทิสติกมีการกินยาพาราเซตามอลขณะตั้งครรภ์ การใช้ยาขับเลือดขณะตั้งครรภ์ การฉีดสารเสริมความงาม และมีญาติพี่น้องเป็นโรคออทิสติกมากกว่ามารดาเด็กปกติ และ 2) มารดาเด็กสมาธิสั้นมีอาชีพปัจจุบันแตกต่างจากมารดาเด็กปกติ และมีการกินยาพาราเซตามอลขณะตั้งครรภ์ การใช้

ยาขับเลือดขณะตั้งครรภ์ และการฉีดสารเสริมความงามมากกว่ามารดาเด็กปกติ (ตารางที่ 1)

มารดาของเด็กออทิสติกและมารดาของเด็กปกติ มีความบ่อยของการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การสัมผัสใกล้ชิด ผู้สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ 3 เดือนแรกไม่แตกต่างกัน และทั้งสองกลุ่มไม่เคยใช้กัญชาและยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับ ส่วนมารดาของเด็กสมาธิสั้นมีความบ่อยของการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์ 3 เดือนแรกไม่แตกต่างจากมารดาเด็กปกติ แต่มีความบ่อยของการสูบบุหรี่และการสัมผัส

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดาเด็กออทิสติก มารดาของเด็กสมาธิสั้น และมารดาเด็กปกติ (n = 432)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD		p-value (two-tail)	จำนวน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD		p-value (two-tail)
	มารดาของเด็ก ASD (n = 108)	มารดาของเด็กปกติ (n = 108)		มารดาของเด็ก ADHD (n = 108)	มารดาของเด็กปกติ (n = 108)	
อายุเฉลี่ยของมารดา	Mean = 38.9 ปี $\pm$ 6.5	Mean = 37.3 ปี $\pm$ 6.4	.057 ^a	Mean = 38.8 ปี $\pm$ 6.2	Mean = 37.1 ปี $\pm$ 6.5	.051 ^a
	t = 1.912 Mean difference = 1.69 95% CI = -0.053 - 3.441			T = 1.961 Mean difference = 1.69 95% CI = -0.009 - 3.397		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว			.22 ^b			.72 ^b
≤ 3 คน	39 (36.1)	34 (31.5)		38 (35.2)	31 (28.7)	
≥ 4 คน	69 (63.9)	74 (68.5)		70 (64.8)	77 (71.3)	
จำนวนสมาชิกในครอบครัว ดื่มสุรา			.12 ^c			.66 ^c
ไม่ดื่ม	47 (43.5)	35 (32.4)		34 (31.5)	38 (35.2)	
ดื่ม	61 (56.5)	73 (67.6)		74 (68.5)	70 (64.8)	
จำนวนสมาชิกในครอบครัว สูบบุหรี่			.88 ^c			1.00 ^c
ไม่สูบ	79 (73.1)	77 (71.3)		75 (69.4)	76 (70.4)	
สูบ	29 (26.9)	31 (28.7)		33 (30.6)	32 (29.6)	
จำนวนสมาชิกในครอบครัวใช้ สารเสพติด			NA			.12 ^c
ไม่ใช้	108 (100.0)	108 (100.0)		104 (96.3)	108 (100.0)	
ใช้	0 (0.0)	0 (0.0)		4 (3.7)	0 (0.0)	
อาชีพปัจจุบันของมารดา			.29 ^b			< .01 ^b
ว่างงาน/แม่บ้าน	18 (16.7)	17 (15.7)		24 (22.2)	12 (11.1)	
รับจ้าง	32 (29.5)	29 (26.9)		30 (27.7)	38 (35.2)	
เกษตรกร	7 (6.5)	2 (1.9)		2 (1.9)	0 (0.0)	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	14 (13.0)	17 (15.7)		18 (16.7)	7 (6.5)	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	37 (34.3)	43 (39.8)		34 (31.5)	51 (47.2)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดาเด็กออทิสติก มารดาของเด็กสมาธิสั้น และมารดาเด็กปกติ (n = 432) (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD		p-value (two-tail)	จำนวน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD		p-value (two-tail)
	มารดาของเด็ก ASD (n = 108)	มารดาของ เด็กปกติ (n = 108)		มารดาของเด็ก ADHD (n = 108)	มารดาของเด็กปกติ (n = 108)	
อาชีพขณะตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย หรือคนปัจจุบัน			.10 ^c			1.00 ^c
ไม่ใช่อาชีพเดียวกับปัจจุบัน	56 (51.9)	43 (39.8)		48 (44.4)	49 (45.4)	
ใช่อาชีพเดียวกับปัจจุบัน	52 (48.1)	65 (60.2)		60 (55.6)	59 (54.6)	
รายได้ขณะตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย หรือคนปัจจุบัน			.98 ^b			.53 ^b
เหมือนปัจจุบัน	37 (34.3)	37 (34.3)		33 (31.7)	31 (28.7)	
ดีกว่าปัจจุบัน	47 (43.5)	46 (42.6)		49 (47.1)	47 (43.5)	
แย่กว่าปัจจุบัน	24 (22.2)	25 (23.1)		22 (21.2)	30 (27.8)	
การมีโรคประจำตัวของมารดา			.28 ^c			1.00 ^c
ไม่มี	75 (69.4)	83 (76.9)		83 (76.9)	83 (76.9)	
มี	33 (30.6)	25 (23.1)		25 (23.1)	25 (23.1)	
โรคประจำตัวเกิดขึ้นในขณะที่ ตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้ายหรือ คนปัจจุบัน			.50 ^c			.28 ^c
ไม่ใช่	95 (88.0)	99 (91.7)		103 (95.4)	98 (90.7)	
ใช่	13 (12.0)	9 (8.3)		5 (4.6)	10 (9.3)	
มีภาวะครรภ์เป็นพิษในขณะที่ ตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้ายหรือ คนปัจจุบัน			.62 ^c			.68 ^c
ไม่มี	105 (97.2)	107 (99.1)		104 (3.7)	106 (1.9)	
มี	3 (2.8)	1 (0.9)		4 (96.3)	2 (98.1)	
มีภาวะแท้งคุกคามในขณะที่ ตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้ายหรือ คนปัจจุบัน			.21 ^c			.68 ^c
ไม่มี	100 (92.6)	105 (97.2)		106 (98.1%)	104 (96.3)	
มี	8 (7.4)	3 (2.8)		2 (1.9%)	4 (3.7)	
มีภาวะเลือดออกในขณะตั้งครรภ์ บุตรคนสุดท้ายหรือคนปัจจุบัน			.68 ^c			1.00 ^c
ไม่มี	104 (96.3)	106 (98.1)		105 (97.2)	104 (96.3)	
มี	4 (3.7)	2 (1.9)		3 (2.8)	4 (3.7)	
เป็นโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ บุตรคนสุดท้ายหรือคนปัจจุบัน			.31 ^c			1.00 ^c
ไม่มี	97 (89.8)	102 (94.4)		103 (95.4)	102 (94.4)	
มี	11 (10.2)	6 (5.6)		5 (4.6)	6 (5.6)	
ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ บุตรคนสุดท้ายหรือคนปัจจุบัน			1.00 ^c			.44 ^c
ไม่ใช่	101 (93.5)	102 (94.4)		106 (98.1)	103 (95.4)	
ใช่	7 (6.5)	6 (5.6)		2 (1.9)	5 (4.6)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดาเด็กออทิสติก มารดาของเด็กสมาธิสั้น และมารดาเด็กปกติ (n = 432) (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD		p-value (two-tail)	จำนวน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD		p-value (two-tail)
	มารดาของเด็ก ASD (n = 108)	มารดาของ เด็กปกติ (n = 108)		มารดาของเด็ก ADHD (n = 108)	มารดาของเด็กปกติ (n = 108)	
การกินยาพาราเซตามอลขณะ ตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้องหรือ คนปัจจุบัน			< .01 ^c			.049 ^c
ไม่มี	90 (83.3)	104 (96.3)		97 (89.8)	105 (97.2)	
มี	18 (16.7)	4 (3.7)		11 (10.2)	3 (2.8)	
จำนวนการตั้งครรภ์			.30 ^b			.63 ^b
1 ครั้ง	37 (34.3)	30 (27.8)		32 (29.6)	27 (25.0)	
2 ครั้ง	43 (39.8)	52 (48.1)		47 (43.5)	54 (50.0)	
3 ครั้ง	18 (16.7)	20 (18.5)		20 (18.5)	22 (20.4)	
4 ครั้ง	7 (6.5)	5 (4.6)		4 (3.7)	4 (3.7)	
≥ 5 ครั้ง	3 (2.8)	1 (0.9)		5 (4.7)	1 (0.9)	
จำนวนการแท้ง			.22 ^c			.54 ^c
ไม่เคยแท้ง	78 (72.2)	76 (70.4)		83 (76.9)	84 (77.8)	
แท้ง 1 ครั้ง	20 (18.5)	27 (25.0)		16 (14.8)	18 (16.7)	
แท้ง 2 ครั้ง	9 (8.3)	3 (2.8)		6 (5.6)	6 (5.6)	
แท้ง ≥ 3 ครั้ง	1 (0.9)	2 (1.9)		3 (2.8)	0 (0.0)	
ใช้ยาขับเลือดขณะตั้งครรภ์บุตร คนสุดท้องหรือคนปัจจุบัน			.049 ^c			.03 ^c
ไม่เคย	101 (93.5)	107 (99.1)		102 (94.4)	108 (100)	
เคย	7 (6.5)	1 (0.9)		6 (5.6)	0 (0.0)	
มีญาติพี่น้องเป็นโรคออทิสติก			.048 ^c			1.00 ^c
ไม่มี	97 (89.8)	105 (97.2)		106 (98.1)	105 (97.2)	
มี	11 (10.2)	3 (2.8)		2 (1.9)	3 (2.8)	
มีญาติพี่น้องเป็นโรคสมาธิสั้น			1.00 ^c			.79 ^c
ไม่มี	102 (94.4)	103 (95.4)		99 (91.7)	101 (93.5)	
มี	6 (5.6)	5 (4.6)		9 (8.3)	7 (6.5)	
เคยฉีดสารเข้าร่างกายที่ไม่ใช่ ทางการแพทย์และไม่อยู่ในช่วง ตั้งครรภ์ 3 เดือนแรก			< .001 ^c			.02 ^c
ไม่เคย	93 (86.1)	107 (99.1)		97 (89.8)	106 (98.2)	
เคย (พบมี โบท็อกซ์, ฟิเลอร์, สารปรับสีผิว แต่ไม่พบ ประเภทสารเสพติด)	15 (13.9)	1 (0.9)		11 (10.2)	2 (1.8)	

^a Independent t-test, ^b Chi-Square test, ^c Fisher's exact test

หมายเหตุ : บุตรคนสุดท้อง หมายถึง เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคออทิสติกหรือโรคสมาธิสั้น บุตรคนปัจจุบัน หมายถึง เด็กที่เป็นลูกคนเดียวและได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคออทิสติกหรือโรคสมาธิสั้น

ใกล้ชิดผู้สูบบุหรี่แตกต่างจากมารดาของเด็กปกติ โดยร้อยละ 2.8 ของมารดาเด็กสมาธิสั้นสูบบุหรี่ทุกวันหรือเกือบทุกวันขณะตั้งครรภ์ 3 เดือนแรก ขณะที่ไม่มีมารดาเด็กปกติที่สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ 3 เดือนแรก มารดาเด็กสมาธิสั้นมีการสัมผัสใกล้ชิดผู้สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ 3 เดือนแรกทุกวันหรือเกือบทุกวันร้อยละ 22.2 ขณะที่มารดาเด็กปกติมีการสัมผัสร้อยละ 9.2 การประเมินระดับความเสี่ยงของการใช้สารพบว่า มารดาเด็กออทิสติกสูบบุหรี่ในระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไปมากกว่ามารดาเด็กปกติและดื่มสุราในระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไปน้อยกว่ามารดาเด็กปกติ แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่มารดาเด็กสมาธิสั้นมีการสูบบุหรี่และดื่มสุราในระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไปมากกว่ามารดาเด็กปกติ โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการทดสอบด้วย Fisher's exact test (ตารางที่ 2)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคออทิสติกในเด็ก ได้แก่ การกินยาแก้ปวดลดไข้ขณะตั้งครรภ์ และการใช้สารใด ๆ โดยการฉีดเข้าร่างกายที่ไม่ใช่ทางการแพทย์และไม่ใช้ใน 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ โดยมารดาเด็กโรคออทิสติกมีโอกาสมีปัจจัยดังกล่าวเป็น 6.19 เท่า และ 11.69 เท่าของมารดาเด็กปกติ ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็ก ได้แก่ การดื่มสุราของมารดาาระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป การสูบบุหรี่ของมารดาาระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่ใน 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ และการใช้สารใด ๆ โดยการฉีดเข้าร่างกายที่ไม่ใช่ทางการแพทย์และไม่ใช้ใน 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ โดยมารดาเด็กโรคสมาธิสั้นมีโอกาสของปัจจัยดังกล่าวเป็น 14.21 เท่า, 2.97 เท่า, 2.63 เท่า และ 10.37 เท่าของมารดาเด็กปกติ ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าการดื่มสุราและสูบบุหรี่ของมารดา มีความสัมพันธ์กับการมีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้น พบว่าการดื่มสุราในระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไปเพิ่มความเสี่ยงของโรคสมาธิสั้นในเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าเด็กในกลุ่มที่มารดาดื่มสุราขณะตั้งครรภ์มีอาการสมาธิสั้นและภาวะหุนหันพลันแล่นมากกว่าเด็กในกลุ่มที่มารดาไม่ดื่มสุราในระหว่างตั้งครรภ์^{7-9,18} ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าสุราหรือ ethanol ในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้การทำงานด้านจิตประสาทบกพร่อง และสามารถซึมผ่านรกทำให้สมองของทารกได้รับ

ตารางที่ 2 การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และใช้สารเสพติดของมารดาเด็กออทิสติก มารดาเด็กสมาธิสั้น และมารดาเด็กปกติ (n = 432)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)		p-value (two-tail)	จำนวน (ร้อยละ)		p-value (two-tail)
	มารดาเด็กออทิสติก (n = 108)	มารดาเด็กปกติ (n = 108)		มารดาเด็กสมาธิสั้น (n = 108)	มารดาเด็กปกติ (n = 108)	
การสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์			.68 ^f			.03 ^f
3 เดือนแรก						
ไม่ใช้	104 (96.3)	106 (98.1)		102 (94.4)	108 (100)	
ใช้ 1 - 2 ครั้ง	0 (0.0)	0 (0.0)		2 (1.9)	0 (0.0)	
ใช้เดือนละครั้ง	1 (0.9)	0 (0.0)		1 (0.9)	0 (0.0)	
ใช้สัปดาห์ละครั้ง	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	
ใช้ทุกวันหรือเกือบทุกวัน	3 (2.8)	2 (1.9)		3 (2.8)	0 (0.0)	
ระดับความเสี่ยงของการสูบบุหรี่			0.86 ^f			< .001 ^f
ไม่สูบ/สูบแบบเสี่ยงต่ำ	85 (78.7)	87 (80.6)		77 (71.3)	96 (88.9)	
สูบแบบเสี่ยงปานกลางขึ้นไป	23 (21.3)	21 (19.4)		31 (28.7)	12 (11.1)	

ตารางที่ 2 การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และใช้สารเสพติดของมารดาเด็กออทิสติก มารดาเด็กสมาธิสั้น และมารดาเด็กปกติ (n = 432) (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)		p-value (two-tail)	จำนวน (ร้อยละ)		p-value (two-tail)
	มารดาเด็กออทิสติก (n = 108)	มารดาเด็กปกติ (n = 108)		มารดาเด็กสมาธิสั้น (n = 108)	มารดาเด็กปกติ (n = 108)	
การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่ ขณะตั้งครรภ์ 3 เดือนแรก			.69 ^f			.04 ^f
ไม่เคย	79 (73.1)	79 (73.1)		69 (63.9)	89 (82.4)	
เคย 1 - 2 ครั้ง	1 (0.9)	4 (3.7)		6 (5.6)	3 (2.8)	
เคยเดือนละครั้ง	5 (4.6)	6 (5.6)		4 (3.7)	3 (2.8)	
เคยสัปดาห์ละครั้ง	9 (8.3)	6 (5.6)		5 (4.6)	3 (2.8)	
เคยทุกวันหรือเกือบทุกวัน	14 (13.0)	13 (12.0)		24 (22.2)	10 (9.2)	
ดื่มสุราขณะตั้งครรภ์ 3 เดือนแรก			.65 ^f			.28 ^f
ไม่ดื่ม	100 (92.6)	96 (88.9)		92 (85.2)	99 (91.6)	
ดื่ม 1 - 2 ครั้ง	6 (5.5)	7 (6.5)		8 (7.4)	6 (5.6)	
ดื่มเดือนละครั้ง	0 (0.0)	2 (1.9)		3 (2.8)	3 (2.8)	
ดื่มสัปดาห์ละครั้ง	2 (1.9)	2 (1.9)		2 (1.9)	0 (0.0)	
ดื่มทุกวันหรือเกือบทุกวัน	0 (0.0)	1 (0.9)		3 (2.8)	0 (0.0)	
ระดับความเสี่ยงของการดื่มสุรา			0.49 ^f			0.019 ^f
ไม่ดื่ม/ดื่มเสี่ยงต่ำ	93 (86.1)	87 (80.6)		97 (89.8)	106 (98.1)	
ดื่มเสี่ยงปานกลางขึ้นไป	15 (13.9)	21 (19.4)		11(10.2)	2 (1.9)	
ใช้กัญชาขณะตั้งครรภ์ 3 เดือนแรก			NA			1.00 ^f
ไม่ใช้	108 (100)	108 (100)		107 (99.1)	108 (100)	
ใช้ 1 - 2 ครั้ง	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	
ใช้เดือนละครั้ง	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	
ใช้สัปดาห์ละครั้ง	0 (0.0)	0 (0.0)		1 (0.9)	0 (0.0)	
ใช้ทุกวันหรือเกือบทุกวัน	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	
การใช้ยากระตุ้นประสาท กลุ่มแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ 3 เดือนแรก			.49 ^f			.49 ^f
ไม่ใช้	105 (97.2)	106 (98.2)		106 (98.1)	108 (100.0)	
ใช้ 1 - 2 ครั้ง	3 (2.8)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	
ใช้เดือนละครั้ง	0 (0.0)	1 (0.9)		0 (0.0)	0 (0.0)	
ใช้สัปดาห์ละครั้ง	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	
ใช้ทุกวันหรือเกือบทุกวัน	0 (0.0)	1 (0.9)		2 (1.9)	0 (0.0)	
การใช้ยากล่อมประสาทหรือ ยานอนหลับขณะตั้งครรภ์ 3 เดือนแรก			NA			1.00 ^f
ไม่ใช้	108 (100.0)	108 (100.0)		106 (98.1)	108 (100.0)	
ใช้ 1 - 2 ครั้ง	0 (0.0)	0 (0.0)		2 (1.9)	0 (0.0)	
ใช้เดือนละครั้ง	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	
ใช้สัปดาห์ละครั้ง	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	
ใช้ทุกวันหรือเกือบทุกวัน	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	

^f Fisher's exact test

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคออทิสติกในเด็กจาก multivariate logistic regression

	adjusted OR	95% CI	p-value
การกินยาแก้ปวดลดไข้ขณะตั้งครรภ์	6.19	1.39 - 27.54	0.02
การใช้สารฉีดเข้าร่างกายที่ไม่ใช่ทางการแพทย์และไม่ใช้ 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์	11.69	1.52 - 89.91	0.02

-2LL = -63.31, LR χ^2 = 23.11, p-value = 0.000, pseudo R^2 = 15.4%

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็กจาก multivariate logistic regression

	adjusted OR	95% CI	p-value
การกินยาแก้ปวดลดไข้ขณะตั้งครรภ์	14.21	1.06 - 190.29	0.04
การสูบบุหรี่ระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป	2.97	1.18 - 7.43	0.02
การสัมผัสใกล้ชิดกับคนสูบบุหรี่ใน 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์	2.63	1.23 - 5.63	0.01
การใช้สารใด ๆ โดยการฉีดเข้าร่างกายที่ไม่ใช่ทางการแพทย์และไม่ใช้ 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์	10.37	1.12 - 96.33	0.04

-2LL = -58.54, LR χ^2 = 32.64, p-value = 0.000, pseudo R^2 = 21.8%

ผลกระทบ⁷⁻⁹ โดยพบว่าสมองในส่วน cortical plate, white matter, striatum, thalamus, brainstem, cerebellum, และ whole brain มีขนาดน้อยกว่าหรือต่ำกว่าสมองของทารกที่มารดาไม่ดื่มสุราขณะตั้งครรภ์²⁸ และพบว่าการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่ในช่วง 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์และการสูบบุหรี่ในระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไปเพิ่มความเสี่ยงของโรคสมาธิสั้นในเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ Han และคณะ⁷ ที่พบว่าเด็กที่มารดาสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์มีความเสี่ยงของโรคสมาธิสั้น 2.64 เท่า (95% CI = 1.45 - 4.80) เมื่อเทียบกับเด็กที่มารดาไม่สูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์ และยังพบว่าเด็กที่มารดาไม่สูบบุหรี่แต่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นโรคสมาธิสั้นมากกว่าเด็กที่มารดาไม่สูบบุหรี่และไม่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Melchior และคณะ¹¹ ที่พบว่าการสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ช่วงไตรมาสแรกและการสูบบุหรี่ตลอดการตั้งครรภ์เพิ่มโอกาสเสี่ยงของการมีบุตร

เป็นโรคสมาธิสั้น 1.95 เท่า (95% CI = 1.13 - 3.38) และ 2.11 เท่า (95% CI = 1.36 - 3.27) ตามลำดับ อาจอธิบายได้ว่า สารนิโคตินในบุหรี่ส่งผลกระทบท่อพัฒนาการทางระบบประสาท โดยมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่มีประวัติสัมผัสบุหรืก่อนคลอดมีปริมาตรสมองส่วน cerebellum น้อยกว่ากลุ่มควบคุม²⁹ และการศึกษาในหนูทดลองที่ได้รับนิโคตินก่อนคลอดมีการลดลงอย่างมากของขนาดเซลล์สมองส่วน hippocampus และมีการลดลงของสัดส่วนของเซลล์ประสาทพรีมิดขนาดกลาง (medium-sized pyramidal neurons) ใน somatosensory cortex และยังพบว่าการได้รับนิโคตินก่อนคลอดของหนูทดลองรบกวนการเพิ่มจำนวนและการเปลี่ยนสภาพเพื่อทำหน้าที่เฉพาะของต้นกำเนิดของเซลล์ประสาท (proliferation and differentiation of neuronal progenitors)³⁰

การศึกษานี้ไม่พบว่า การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับโรค

ออทิสติกของเด็ก แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า มารดาที่สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์มีความเสี่ยงในการมีบุตรที่มีอาการ pervasive developmental disorder (PDD) เป็น 1.2 เท่าของมารดาที่ไม่สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ (OR = 1.2, 95% CI = 1.0 - 1.5)³¹ และการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าการดื่มสุราขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการมีบุตรเป็นโรคออทิสติก อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาของเด็กออทิสติกที่สูบบุหรี่และดื่มสุราแบบเสี่ยงระหว่างตั้งครรภ์มีจำนวนน้อย จึงอาจส่งผลต่อผลการวิเคราะห์เพื่อพิสูจน์สมมุติฐานหลัก อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้พบว่ามีมารดาของเด็กออทิสติกเคยดื่มสุราในขณะตั้งครรภ์ 3 เดือนแรกถึงร้อยละ 7.4 ซึ่งสูงกว่าผลการสำรวจในหญิงที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ในปี พ.ศ. 2557 ที่พบความชุกของการดื่มสุราระหว่างตั้งครรภ์ร้อยละ 5.6¹²

การกินยาแก้ปวดลดไข้ชนิดพาราเซตามอลขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการมีบุตรเป็นโรคออทิสติก สอดคล้องกับการศึกษาแบบ case-cohort study ในประเทศเดนมาร์กที่พบว่า มารดาที่กินยาพาราเซตามอลระหว่างตั้งครรภ์มีความเสี่ยงของการมีบุตรเป็นโรคออทิสติก 1.51 เท่า (95%, CI = 1.19 - 1.92) เมื่อเทียบกับมารดาที่ไม่กินยา ดังกล่าว การกินยาพาราเซตามอลขณะตั้งครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไปเพิ่มความเสี่ยงของการมีบุตรเป็นโรคออทิสติกหรือเป็น infantile autism ที่มีอาการ hyperkinetic symptoms ประมาณ 2 เท่า และการกินยาพาราเซตามอลตลอดการตั้งครรภ์ทั้ง 3 ไตรมาสมีความเสี่ยงของการมีบุตรเป็นโรคออทิสติกร่วมกับมีอาการ hyperkinetic symptoms 1.77 เท่า (95%, CI = 1.24 - 2.53)³² อาจอธิบายได้ว่า ยาพาราเซตามอลมีผลต่อกระบวนการพัฒนาสมองของทารกในครรภ์โดยรบกวนการทำงานของต่อมไร้ท่อ นอกจากนี้ยังมีการตั้งสมมุติฐานว่ายาแก้ปวดประเภท acetaminophen อาจเกี่ยวข้องกับการกระตุ้นตัวรับ cannabinoid และรบกวนระบบ endocannabinoid ในระหว่างการพัฒนา ซึ่งอาจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระยะยาวของการทำงานและกระบวนการพัฒนาของสมองทารกในครรภ์^{33,34}

การฉีดสารที่ไม่ใช่ทางการแพทย์เข้าร่างกาย เช่น โบท็อกซ์และฟิลเลอร์เติมร่องแก้ม มีความสัมพันธ์กับการมีบุตรเป็นโรคออทิสติกและการมีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้น สามารถอธิบายได้ว่าการที่มารดาใช้เวลาส่วนใหญ่ดูแลจัดการด้านการเสริมความงามของตนเองอาจทำให้ไม่มีเวลาพูดคุย สื่อสาร หรือให้ความอบอุ่นความผูกพันกับเด็ก การทบทวนความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคออทิสติกในด้านธรรมชาติและด้านการเลี้ยงดูของ Strathearn³⁵ พบว่า นอกจากปัจจัยด้านพันธุกรรมแล้วยังมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมบางอย่างที่รวมถึงการขาดความอบอุ่นจากมารดาเป็นสาเหตุของโรคออทิสติกในเด็ก นอกจากนี้โรคออทิสติกยังสัมพันธ์กับการขาด oxytocin ซึ่งเป็นฮอร์โมนประเภท neuropeptide ที่เกี่ยวข้องกับความจำทางสังคมและการเรียนรู้ ช่วยเพิ่มการสบตาโดยตรงและความสามารถในการระบุและจดจำใบหน้า ซึ่งช่วยให้เด็กมีพัฒนาการความสัมพันธ์ทางสังคม สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี อีกทั้งยังมีบทบาทในการควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ³⁶ การขาดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและบุตร เช่น การเล่นและการสัมผัสทางผิวหนัง ส่งผลต่อระดับ oxytocin ในวัยทารก ซึ่งอาจส่งผลต่อทั้งความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพในสังคมและการเกิดอาการสมาธิสั้นเมื่อโตขึ้น^{37,38}

การศึกษานี้มีข้อจำกัด ได้แก่ จำนวนตัวอย่างที่ศึกษาน้อยกว่าที่ได้จากการคำนวณ อาจส่งผลต่อการทดสอบและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร นอกจากนี้การศึกษาระบบ case-control study ยังไม่สามารถอนุมานเชิงสาเหตุ (causal inference) ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ได้ และอาจส่งผลต่อ recall bias ของกลุ่มตัวอย่างและ assessment bias ของผู้สัมภาษณ์ อย่างไรก็ตาม ได้มีการปกปิดไม่ให้ผู้สัมภาษณ์รู้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของเด็กที่เป็นโรคหรือเด็กปกติ ผลการศึกษาสามารถนำไปเป็นแนวทางจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต (mental health literacy) ให้แก่ประชาชน โดยเฉพาะหญิงวัยเจริญพันธุ์ เพื่อให้ตระหนักในความเสี่ยงของการมีบุตรเป็นโรคออทิสติกและโรคสมาธิสั้น และการป้องกันความเสี่ยงที่เป็นปัจจัยด้านพฤติกรรมของ

ตนเอง โดยเฉพาะการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่ การดื่มสุราระหว่างการตั้งครรภ์ การกินยาแก้ปวดลดไข้ และการใช้สารเสริมความงามแบบฉีด

สรุป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีบุตรเป็นโรคออทิสติก ได้แก่ การกินยาแก้ปวดลดไข้ขณะตั้งครรภ์และใช้สารฉีดเข้าร่างกายที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้น ได้แก่ การดื่มสุราและสูบบุหรี่ระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป การสัมผัสใกล้ชิดกับคนสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ และการฉีดสารที่ไม่ใช่ทางการแพทย์เข้าร่างกาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล ที่ให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาในการออกแบบการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล รศ.ดร.เดชา ทำดี ที่ให้คำแนะนำวิธีนำเสนอผลการวิจัย และ นพ.กนก อุตวิชัย ที่ให้คำแนะนำด้านการอภิปรายผลการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- Hallmayer J, Cleveland S, Torres A, Phillips J, Cohen B, Torigoe T, et al. Genetic heritability and shared environmental factors among twin pairs with autism. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(11):1095-102. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.76.
- van Amen-Hellebrekers CJ, Jansen S, Pfundt R, Schuurs-Hoeijmakers JH, Koolen DA, Marcelis CL, et al. Duplications of SLC1A3: Associated with ADHD and autism. *Eur J Med Genet*. 2016;59(8):373-6. doi:10.1016/j.ejmg.2016.06.003.
- Colvert E, Tick B, McEwen F, Stewart C, Curran SR, Woodhouse E, et al. Heritability of Autism Spectrum Disorder in a UK Population-Based Twin Sample. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(5):415-23. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.3028.
- Toma C, Hervas A, Balmana N, Salgado M, Maristany M, Vilella E, et al. Neurotransmitter systems and neurotrophic factors in autism: association study of 37 genes suggests involvement of DDC. *World J Biol Psychiatry*. 2013;14(7):516-27. doi:10.3109/15622975.2011.602719.
- Heilbrun LP, Palmer RF, Jaen CR, Svoboda MD, Perkins J, Miller CS. Maternal Chemical and Drug Intolerances: Potential Risk Factors for Autism and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *J Am Board Fam Med*. 2015;28(4):461-70. doi:10.3122/jabfm.2015.04.140192.
- วิภูธร บุญสิทธิ. โรคออทิสซึมสเปกตรัม [Autism spectrum disorder]. ใน: นันทวัช สิริธิรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปณต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช, พนม เกตุมาน, บรรณาธิการ. จิตเวชศิริราช DSM-5. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์; 2558. น. 543-55.
- Han JY, Kwon HJ, Ha M, Paik KC, Lim MH, Gyu Lee S, et al. The effects of prenatal exposure to alcohol and environmental tobacco smoke on risk for ADHD: a large population-based study. *Psychiatry Res*. 2015;225(1-2):164-8. doi:10.1016/j.psychres.2014.11.009.
- Eilertsen EM, Gjerde LC, Reichborn-Kjennerud T, Orstavik RE, Knudsen GP, Stoltenberg C, et al. Maternal alcohol use during pregnancy and offspring attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): a prospective sibling control study. *Int J Epidemiol*. 2017;46(5):1633-40. doi:10.1093/ije/dyx067.
- Furtado EF, Roriz ST. Inattention and impulsivity associated with prenatal alcohol exposure in a prospective cohort study with 11-years-old Brazilian children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25(12):1327-35. doi:10.1007/s00787-016-0857-y.
- Diaz AD, Smith LM, LaGasse LL, Derauf C, Newman E, Shah, R, et al. Effects of prenatal methamphetamine exposure on behavioral and cognitive findings at 7.5 years of age. *J Pediatr*. 2014;164(6):1333-8. doi:10.1016/j.jpeds.2014.01.053.

11. Melchior M, Hersi R, Waerden J, Larroque B, Saurel-Cubizolles M-JS, Chollet A, et al. Maternal tobacco smoking in pregnancy and children's socio-emotional development at age 5: The EDEN mother-child birth cohort study. *Eur Psychiatry*. 2015;30(5):562-8. doi:10.1016/j.eurpsy.2015.03.005.
12. Assanangkornchai S, Saingam D, Apakupakul N, Edwards JG. Alcohol consumption, smoking, and drug use in pregnancy: Prevalence and risk factors in Southern Thailand. *Asia Pac Psychiatry*. 2017;9(1). doi:10.1111/appy.12247.
13. Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017;5(3):290-9. doi:10.1016/S2214-109X(17)30021-9.
14. Warren KR, Hewitt BG, Thomas JD. Fetal alcohol spectrum disorders: research challenges and opportunities. *Alcohol Res Health*. 2011;34(1):4-14.
15. Kleiber ML, Diehl EJ, Laufer BI, Mantha K, Chokroborty-Hoque A, Alberry B, et al. Long-term genomic and epigenomic dysregulation as a consequence of prenatal alcohol exposure: a model for fetal alcohol spectrum disorders. *Front Genet*. 2014;5:161. doi:10.3389/fgene.2014.00161.
16. Varadinova M, Boyadjieva N. Epigenetic mechanisms: A possible link between autism spectrum disorders and fetal alcohol spectrum disorders. *Pharmacol Res*. 2015;102:71-80. doi:10.1016/j.phrs.2015.09.011.
17. Weyrauch D, Schwartz M, Hart B, Klug MG, Burd L. Comorbid Mental Disorders in Fetal Alcohol Spectrum Disorders: A Systematic Review. *J Dev Behav Pediatr*. 2017;38(4):283-91. doi:10.1097/DBP.0000000000000440.
18. Furtado EF, Roriz ST. Inattention and impulsivity associated with prenatal alcohol exposure in a prospective cohort study with 11-years-old Brazilian children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25(12):1327-35. doi:10.1007/s00787-016-0857-y.
19. จุฑารัตน์ ชัยวีรพันธ์เดช, จุฑารัตน์ ชัยวีรพันธ์เดช. ผลกระทบต่อทารกจากการดื่มน้ำที่ปนเปื้อนเมทแอมเฟตามีนก่อนคลอด [Prenatal Methamphetamine Exposure and Neonatal Outcomes]. *วารสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*. 2560;60(1):53-64.
20. Chaste P, Leboyer M. Autism risk factors: genes, environment, and gene-environment interactions. *Dialogues Clin Neurosci*. 2012;14(3):281-92. doi:10.31887/DCNS.2012.14.3/pchaste.
21. Khaiman C, Onnuam K, Photchanakaew S, Chonchaiya W, Suphapeetiporn K. Risk factors for autism spectrum disorder in the Thai population. *Eur J Pediatr*. 2015;174(10):1365-72. doi:10.1007/s00431-015-2544-2.
22. ชาญวิทย์ พรนภดล. โรคสมาธิสั้น [Attention deficit hyperactivity disorder: ADHD]. ใน: นันทวิช ลิทธิรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปณต ผู้กฤตยา คามิ, สุพร อภินันทเวช, พนม เกตุมาน, บรรณาธิการ. *จิตเวช ศิริราช DSM-5*. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์; 2558. น. 469-84.
23. Min X, Li C, Yan Y. Parental Age and the Risk of ADHD in Offspring: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(9):4939. doi:10.3390/ijerph18094939.24. Chudal, R, Joelsson, P. Gyllenberg D, Lehti V, Leivonen S, Hinkka-Yli-Salomaki S, et al. Parental age and the risk of attention-deficit/hyperactivity disorder: a nationwide, population-based cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54(6):487-94. doi:10.1016/j.jaac.2015.03.013.
25. Ystrom E, Gustavson K, Brandlistuen RE, Knudsen GP, Magnus P, Susser E, et al. Prenatal exposure to acetaminophen and risk of ADHD. *Pediatrics*. 2017;140(5):e20163840. doi:10.1542/peds.2016-3840.
26. Khoury JE, Milligan K. Comparing executive functioning in children and adolescents with Fetal alcohol spectrum disorders and ADHD: A Meta-Analysis. *J Atten Disord*. 2019;23(14):1801-15. doi:10.1177/1087054715622016.

27. แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (พรส.). แบบคัดกรองประสบการณ์ การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด : คู่มือเพื่อใช้ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ [The alcohol, smoking and substance involvement screening test (assist): manual for use in primary care]. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: แผนงาน; 2554 [สืบค้นเมื่อวันที่ 2 ก.พ. 2565]. จาก: <https://www.dmh-elibrary.org/items/show/1211>
28. Wang X, Carlson VCC, Studholme C, Newman N, Ford MM, Grant KA, et al. In utero MRI identifies consequences of early-gestation alcohol drinking on fetal brain development in rhesus macaques. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2020;117(18):10035-44. doi:10.1073/pnas.1919048117.
29. De Zeeuw P, Zwart F, Schrama R, Van Engeland H, Durston S. Prenatal exposure to cigarettes or alcohol affects the volume of cerebellum in attention deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychopharmacology*. 2011;36(Suppl 1):S150-1. doi:10.1038/npp.2011.291.
30. Roy TS, Seidler FJ, Slotkin TA. Prenatal nicotine exposure evokes alterations of cell structure in hippocampus and somatosensory cortex. *J Pharmacol Exp Ther*. 2002;300(1):124-33.
31. Tran PL, Lehti V, Lampi KM, Helenius H, Suominen A, Gissler M, et al. Smoking during pregnancy and risk of autism spectrum disorder in a Finnish National Birth Cohort. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2013;27(3):266-74. doi:10.1111/ppe.12043
32. Liew Z, Ritz B, Virk J, Olsen J. Maternal use of acetaminophen during pregnancy and risk of autism spectrum disorders in childhood: A Danish national birth cohort study. *Autism Res*. 2016;9(9):951-8. doi:10.1002/aur.1591.
33. Mazaud-Guittot S, Nicolas Nicolaz C, Desdoits-Lethimonier C, Coiffec I, Ben Maamar M, Balaguer P, et al. Paracetamol, aspirin, and indomethacin induce endocrine disturbances in the human fetal testis capable of interfering with testicular descent. *J Clin Endocrinol Metab*. 2013;98(11):E1757-67. doi:10.1210/jc.2013-2531.
34. Schultz ST. Can autism be triggered by acetaminophen activation of the endocannabinoid system? *Acta Neurobiol Exp (Wars)*. 2010;70(2):227-31.
35. Strathearn L. The elusive etiology of autism: nature and nurture? *Front Behav Neurosci*. 2009;3:11. doi:10.3389/neuro.08.011.2009.
36. Guastella AJ, Mitchell PB, Dadds MR. Oxytocin increases gaze to the eye region of human faces. *Biol Psychiatry*. 2008;63(1):3-5. doi:10.1016/j.biopsych.2007.06.026.
37. Scatliffe N, Casavant S, Vittner D, Cong X. Oxytocin and early parent-infant interactions: A systematic review. *Int J Nurs Sci*. 2019;6(4):445-53. doi:10.1016/j.ijnss.2019.09.009.
38. Thapar A, Cooper M, Jefferies R, Stergiakouli E. What causes attention deficit hyperactivity disorder? *Arch Dis Child*. 2012;97(3):260-5. doi:10.1136/archdischild-2011-300482.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินพลังใจ ฉบับ 3 ข้อ กับการคัดกรองความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย

วันรับ : 22 ธันวาคม 2565

วันแก้ไข : 17 มีนาคม 2566

วันตอบรับ : 21 มีนาคม 2566

เทอดศักดิ์ เดชคง, พ.บ.¹, ศรัณยพิชญ์ อักษร, พย.ม.¹,
พาสนา คุณาธิวัฒน์, ศศ.ม.¹, ขวัญเรือน อัครศักดิ์, ศศ.ม.²,
จิรารัตน์ ทิพโชติ, ส.ม.¹
สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต¹,
มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินพลังใจ ฉบับ 3 ข้อ กับการคัดกรองความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย

วิธีการ : ใช้ข้อมูลทุติยภูมิการคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้นในการสำรวจประชาชนทั่วไปแบบเร่งด่วนในพื้นที่เจาะจง (rapid emergency response survey, sentinel surveillance) ผ่านโปรแกรม Mental Health Check-In ใน 13 เขตสุขภาพระหว่าง 1 กันยายน ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2564 วิเคราะห์ระดับพลังใจและความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัยด้วยสถิติพรรณนา ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินพลังใจ ฉบับ 3 ข้อ กับการคัดกรองความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ความเสี่ยงซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตายด้วยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และหาจุดตัดที่เหมาะสมสำหรับการเฝ้าระวังความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตด้วยการคำนวณพื้นที่ใต้กราฟ ความไว ความจำเพาะ ค่า diagnostic odds ratio และค่าดัชนี Youden

ผล : ผู้ตอบแบบประเมินครบถ้วน 8,337 คน แบ่งเป็นกลุ่มเยาวชน (13 - 19 ปี) 1,419 คน กลุ่มวัยทำงาน (20 - 59 ปี) 5,793 คน และกลุ่มวัยสูงอายุ (60 - 80 ปี) 1,125 คน พบว่ากลุ่มวัยสูงอายุมีพลังใจระดับสูงมากที่สุด กลุ่มวัยทำงานมีพลังใจระดับสูงและระดับปานกลางมากที่สุด และกลุ่มเยาวชนมีพลังใจระดับปานกลางและระดับต่ำมากที่สุด พลังใจมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต มีค่าความสัมพันธ์ระหว่าง .372 - .627 โดยกลุ่มเยาวชน กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มวัยสูงอายุที่มีพลังใจต่ำกว่า 21, 18, และ 15 คะแนน ตามลำดับ จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

สรุป : สามารถใช้แบบประเมินพลังใจ ฉบับ 3 ข้อ เพื่อเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตหรือใช้ควบคู่กับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตเพื่อเพิ่มความแม่นยำของการคัดกรอง

คำสำคัญ : ความเครียด, ความสัมพันธ์, ฆ่าตัวตาย, ซึมเศร้า, พลังใจ, หมดไฟ

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

Original articles

Correlation between the resilience inventory 3-item version and screening of mental health problems by age group

Received : 22 December 2019

Revised : 17 March 2023

Accepted : 21 March 2023

Terdsak Detkong, M.D.¹, Sarunyapich Aksorn, M.N.S.¹,

Passana Gunadhipadhana, M.A.¹, Kwanruen Assadonsak, M.A.²,

Thidarat Tipchot, M.P.H.¹

Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health¹,

University of the Thai Chamber of Commerce²

Abstract

Objective: To study the correlation between the resilience inventory 3-item version and mental health problems screening by age group.

Methods: We used data from the rapid emergency response survey, sentinel surveillance, collected via the Mental Health Check-In program from 1 September to 31 October 2021 in 13 health districts of Thailand. The correlations between the resilience inventory 3-item version and risks of stress, burnout, depression, and suicide in each age group were assessed by using the Pearson product-moment correlation. The optimal cut point indicating the risk of mental health problems in each age group was estimated based on the area under the ROC curve, sensitivity, specificity, the diagnostic odds ratio, and the Youden index.

Results: Of 8,337 subjects who completed the survey, 1,419 were in the youth group (13 - 19 years), 5,793 were in the working age group (20 - 59 years), and 1,125 were in the elderly group (60 - 80 years). The resilience scores of the elderly, working age, and youth groups were more in high level, moderate-to-high level, and low-to-moderate level, respectively. The resilience score was negatively correlated with all mental health screening ($r = -.372$ to $-.627$). Based on the Youden indices of the youth, working age, and elderly groups, those with resilience scores below 21, 18, and 15 out of 30, respectively, were considered at risk of mental health problems.

Conclusion: The resilience inventory 3-item version can be used in conjunction with the screening of mental health problems to support the accuracy of results.

Keywords: burn out, correlation, depression, resilience, stress, suicide

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

ความรู้เดิม : แบบประเมินพลังใจ ฉบับ 3 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับในระดับมากและมีความสอดคล้องในทิศทางเดียวกัน สามารถใช้ประเมินระดับพลังใจในประชาชนไทยได้ โดยให้ผลการวัดที่คงเส้นคงวา

ความรู้ใหม่ : แบบประเมินพลังใจ ฉบับ 3 ข้อ มีความสัมพันธ์กับการคัดกรองความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย โดยกลุ่มเยาวชน กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มวัยสูงอายุที่มีคะแนนพลังใจต่ำกว่า 21, 18 และ 15 คะแนนตามลำดับ เป็นกลุ่มเปราะบางที่ต้องได้รับความช่วยเหลือเนื่องจากมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างใดอย่างหนึ่ง

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : สามารถใช้แบบประเมินพลังใจเพื่อประเมินแนวโน้มความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต หรือใช้ควบคู่กับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัยเพื่อเพิ่มความแม่นยำของการคัดกรอง

บทนำ

พลังใจ (resilience) เรียกอีกอย่างหนึ่งว่าพลังสุขภาพจิต ความเข้มแข็งทางใจ หรือความยืดหยุ่นทางจิตใจ ซึ่งมีการให้ความหมายและระบอบองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องแตกต่างกันตามบริบทที่ศึกษา สมาคมจิตวิทยาอเมริกัน (the american psychological association: APA)¹ ได้นิยามพลังสุขภาพจิตว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถปรับตัวได้ดีเมื่อเผชิญกับความทุกข์ยาก การบาดเจ็บ หรือปัญหาความเครียดที่สำคัญ และยังหมายถึงการฟื้นตัวจากประสบการณ์ที่ยากลำบาก เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความคิด และการกระทำของบุคคลที่สามารถเรียนรู้และพัฒนาได้ Ungar² ให้คำนิยามว่าเป็นกระบวนการที่มีพลวัตที่บุคคลจะพัฒนาความรู้สึกกลับไปสู่สภาวะที่ดีขึ้นแม้จะมีความท้าทายที่หลากหลายเข้ามาในชีวิต Grotberg³ กล่าวถึงความหมายของ resilience ว่าเป็นศักยภาพของบุคคลที่มีความสามารถในการปรับตัว ลดความรุนแรงของผลกระทบ และสนับสนุนการผ่านพ้นจากภาวะบีบคั้นต่าง ๆ ที่ต้องเผชิญ คุณสมบัติเหล่านี้สามารถพัฒนาได้ไม่ว่าอยู่วัยใด ส่วนกรมสุขภาพจิตให้ความหมายของความยืดหยุ่นทางจิตใจไว้ว่าคือความสามารถ

ทางอารมณ์และจิตใจของบุคคลที่สามารถยืดหยุ่น ปรับตัว และฟื้นฟูสภาพอารมณ์และจิตใจได้อย่างรวดเร็วภายหลังเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ยากลำบาก เป็นคุณสมบัติเฉพาะตัวของบุคคลที่สามารถรับมือกับเหตุการณ์ไม่คาดฝัน พลิกวิกฤตให้เป็นโอกาส ผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคไปได้โดยไม่จมอยู่กับความทุกข์ และดำเนินชีวิตต่อไปได้⁴ พลังใจแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) พลังใจ (I am) คือ การมีความทนทานต่อความกดดัน มีจิตใจมั่นคง ไม่หวั่นไหว สามารถควบคุมจิตใจ แม้มีเรื่องเครียดทุกข์ใจมากก็ยังสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ 2) พลังใจ (I have) คือ การมีขวัญและกำลังใจ การสร้างแรงจูงใจให้ตัวเองไม่ท้อถอย หรือมีกำลังใจจากคนรอบข้าง และ 3) พลังใจ (I can) คือ การพร้อมสู้กับปัญหา หาที่ปรึกษาหาทางออกหลาย ๆ ทาง ซึ่งน้ำหนักกว่าวิธีการใดเป็นวิธีการที่ดีและไม่ตัดสินใจแก้ปัญหาโดยใช้อารมณ์ ซึ่งทำได้โดยประเมินตนเองว่าสามารถแก้ไขปัญหได้ด้วยตนเองได้หรือไม่และใช้ความสามารถของตัวเองที่มีในการหาทางออก⁵⁻⁸

พลังใจหรือความสามารถในการฟื้นตัวมีความเชื่อมโยงกับปัจจัยต่าง ๆ ทั้งปัจจัยด้านชีววิทยา ความสามารถในการใช้สติปัญญา สมรรถภาพและความเข้มแข็งของร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจ ความคิด บุคลิกภาพ การเผชิญปัญหา ครอบครัวยุคสมัย และจิตวิญญาณ⁹ และพบว่าพลังใจมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต¹⁰⁻¹⁷ โดยในกลุ่มวัยรุ่นพบว่าพลังใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดและภาวะซึมเศร้า^{18,19} การศึกษาในกลุ่มวัยทำงานซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพในประเทศจีนพบว่า พลังใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงาน²⁰ และการศึกษาในกลุ่มผู้พยาบาลฆ่าตัวตายพบว่า พลังใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปรับตัวในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและมีความสัมพันธ์ทางลบกับความหุนหันพลันแล่น²¹ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีพลังใจสูงกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่า²²⁻²⁴

ในปี พ.ศ. 2563 กรมสุขภาพจิต โดยคณะกรรมการตามศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ภาวะวิกฤตทางสุขภาพจิต ได้มอบหมายให้คณะทำงานคัดเลือกและปรับปรุงข้อคำถาม

ของแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ 20 ข้อ และคัดเลือกข้อคำถาม 3 ข้อที่เป็นตัวแทนองค์ประกอบพลังใจด้านพลังฮึด พลังฮึด และพลังสู้ เพื่อความสะดวกรวดเร็วต่อการประเมินปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เทอดศักดิ์ เดชคง และคณะ²⁵ ได้วิเคราะห์ความตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินพลังใจ ฉบับ 3 ข้อ พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.91 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อ .767 - .777 ซึ่งมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับมากและมีความสอดคล้องกันระดับมากเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ในปี พ.ศ. 2564 ได้มีการประยุกต์ใช้แบบประเมินพลังใจ ฉบับ 3 ข้อ ครั้งแรกในการสำรวจสุขภาพจิตของประชาชนผ่านโปรแกรม Mental Health Check-In เพื่อประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้นและคัดกรองความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนไทยระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยมีการสำรวจอย่างต่อเนื่องทั้งในรูปแบบออนไลน์ที่เปิดให้ประชาชนสามารถประเมินสุขภาพจิตได้ด้วยตนเองและการลงพื้นที่เพื่ออำนวยความสะดวกในการใช้โปรแกรมโดยบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และจิตอาสา²⁶ การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 พบว่า ประชาชนมีความเครียดสูงร้อยละ 4.1 มีภาวะหมดไฟในการทำงานร้อยละ 4.5 เสี่ยงภาวะซึมเศร้าร้อยละ 5.0 และเสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ 2.7 ขณะที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้มีรายได้น้อย ตกงาน หรือมีปัญหาสุขภาพจิตอยู่เดิม มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าร้อยละ 19.0 มีความเสี่ยงต่อความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 12.1 และยังพบว่ามีพลังใจในระดับต่ำร้อยละ 2.7

อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของแบบประเมินพลังใจ ฉบับ 3 ข้อ ซึ่งเป็นแบบประเมินสุขภาพจิตเชิงบวก กับการคัดกรองความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย ซึ่งเป็นแบบประเมินสุขภาพจิตเชิงลบ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนทางเฝ้าระวังและคัดกรองความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตตามระดับพลังใจ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพลังใจของคนไทย จำแนกตาม

กลุ่มอายุ แบ่งเป็นกลุ่มเยาวชน กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มวัยสูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ของแบบประเมินพลังใจ ฉบับ 3 ข้อ กับการคัดกรองความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย

วิธีการ

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่ DMH.IRB.CO.A 001/2565 วันที่ 4 ธันวาคม 2564 โดยเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิผลการคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้นผ่านโปรแกรม Mental Health Check-In ซึ่งสำรวจสุขภาพจิตแบบเร่งด่วนในพื้นที่เจาะจง (rapid emergency response survey, sentinel surveillance) ใน 13 เขตสุขภาพ โดยสุ่มจังหวัด อำเภอบางละมุง และชุมชนที่เป็นพื้นที่เสี่ยงกลุ่มเป้าหมายเป็นประชาชนทั่วไปที่อาศัยในชุมชนอย่างน้อย 3 เดือน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์โดยบุคลากรโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เทศบาล และศูนย์บริการสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 1 กันยายน ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2564 คัดข้อมูลเฉพาะผู้ตอบแบบประเมินครบถ้วน โดยเข้าถึงเฉพาะข้อมูลด้านเพศ อายุ ที่อยู่ และผลจากแบบประเมิน 6 ชุด ดังนี้

1. แบบประเมินพลังใจ ฉบับ 3 ข้อ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.91 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อ 0.767 - 0.777²⁵ เป็นการสอบถามความเชื่อมั่นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คำถามประกอบด้วย 1) ความยากลำบากทำให้ฉันท้อแท้ 2) ฉันมีกำลังใจและได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้าง และ 3) การแก้ไขปัญหาทำให้ฉันมีประสบการณ์มากขึ้น คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ช่วงคะแนนแต่ละข้อ 1 - 10 คะแนนรวม 30 คะแนน แปลผลดังนี้ 3 - 14 คะแนนหมายถึงมีพลังใจระดับต่ำ 15 - 23 คะแนนหมายถึงมีพลังใจระดับปานกลาง และ 24 - 30 คะแนนหมายถึงมีพลังใจระดับสูง

2. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) มีความไวร้อยละ 96.5 และความจำเพาะร้อยละ 85.1²⁷ แปลผลดังนี้ หากตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 ข้อหมายถึงไม่มีภาวะซึมเศร้า หากตอบ “มี” อย่างน้อยหนึ่งข้อหมายถึงมีความเสี่ยง

ภาวะซึมเศร้าและให้ประเมินด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถามต่อ

3. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) มีความไวร้อยละ 75.7 และความจำเพาะร้อยละ 93.4²⁸ คะแนนเต็ม 27 คะแนน แปลผลดังนี้ น้อยกว่า 7 คะแนนหมายถึงไม่มีภาวะซึมเศร้า 7 - 12 คะแนนหมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 13 - 18 คะแนนหมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และมากกว่า 19 คะแนนหมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

4. แบบคัดกรองความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (8Q) ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ มีความไวร้อยละ 87.1 และความจำเพาะร้อยละ 89.4²⁸ คะแนนเต็ม 52 คะแนน แปลผลดังนี้ 0 คะแนนหมายถึงไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย 1 - 8 คะแนนหมายถึงมีแนวโน้มฆ่าตัวตายเล็กน้อย 9 - 16 คะแนนหมายถึงมีแนวโน้มฆ่าตัวตายปานกลาง และมากกว่า 17 คะแนนหมายถึงมีแนวโน้มฆ่าตัวตายนรุนแรง

5. แบบประเมินความเครียด (ST5) ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ มีความสอดคล้องภายในในระดับสูงและมีความตรงตามเกณฑ์กับแบบวัด hospital anxiety depression²⁹ คะแนนเต็ม 15 คะแนน แปลผลดังนี้ 0 - 4 คะแนนหมายถึงมีความเครียดน้อย 5 - 7 คะแนนหมายถึงมีความเครียดปานกลาง 8 - 9 คะแนนหมายถึงมีความเครียดมาก และ 10 - 15 คะแนนหมายถึงมีความเครียดมากที่สุด

6. แบบประเมินภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ อิงจากประเมิน Maslach burnout inventory (MBI)³⁰ โดยเลือกเฉพาะองค์ประกอบด้าน emotional exhaustion จำนวน 1 ข้อ เนื่องจากเป็นองค์ประกอบที่ได้รับการอ้างอิงถึงภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟมากที่สุด³¹ และเพื่อความรวดเร็วและลดภาระของผู้ปฏิบัติงานกรณีผู้ได้รับผลกระทบเป็นจำนวนมาก การทดสอบความแม่นยำในการวินิจฉัยของแบบประเมินภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ จำนวน 1 ข้อ พบว่า มีความไวร้อยละ 53.8 ความจำเพาะร้อยละ 88.2 มีพื้นที่ใต้กราฟ (AUC) เท่ากับ 0.71 และมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบย่อยของแบบประเมิน MBI ระดับสูง³² แบบประเมินมีคะแนนเต็ม 4 คะแนน แปลผลดังนี้ 1 - 2 คะแนนหมายถึงมีภาวะ

เหนื่อยล้าหมดไฟระดับน้อย 3 - 4 คะแนนหมายถึงมีภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟระดับมาก โดยเป็นการสำรวจเฉพาะกลุ่มวัยทำงาน

การศึกษานี้กำหนดกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองสุขภาพจิต ดังต่อไปนี้ 1) มีความเครียด คือ ประเมิน ST5 ได้ 8 คะแนนขึ้นไป 2) มีภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ คือ ประเมินภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟได้ 3 คะแนนขึ้นไป 3) มีความเสี่ยงซึมเศร้า ประเมิน 2Q ได้ 1 คะแนนขึ้นไปและ 9Q ได้ 13 คะแนนขึ้นไป และ 4) มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ประเมิน 8Q ได้ 9 คะแนนขึ้นไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ระดับพลังใจ และความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตที่ได้จากการคัดกรองในแต่ละกลุ่มวัยด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับพลังใจกับความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตโดยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) การสร้างกราฟ receiver operating characteristic (ROC) คำนวณค่าพื้นที่ใต้กราฟ ROC (area under curve, AUC) ความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) ค่า diagnostic odds ratio (DOR) ค่า Euclidean on ROC (ER) closest to (0, 1) และดัชนี Youden (Youden index) ที่คะแนนจุดตัด (cut-off score) แต่ละค่า จากนั้นหาคะแนนจุดตัดที่เหมาะสมสำหรับการเฝ้าระวังความเครียด ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย และความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า โดยพิจารณาจากคะแนนจุดตัดที่ให้ค่าดัชนี Youden สูงสุด

ผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 8,337 คน แบ่งเป็นกลุ่มเยาวชน 13 - 19 ปี จำนวน 1,419 คน (ร้อยละ 17.0) กลุ่มวัยทำงาน 20 - 59 ปี จำนวน 5,793 คน (ร้อยละ 69.5) และกลุ่มวัยสูงอายุ 60 - 80 ปี จำนวน 1,125 คน (ร้อยละ 13.5) สัดส่วนเพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 51.0 และ 49.0

ตามลำดับ) การประเมินพลังใจจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มเยาวชนมีพลังใจระดับปานกลางและระดับต่ำมากที่สุด ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน กลุ่มวัยทำงานมีพลังใจระดับสูงและปานกลางมากที่สุดในสัดส่วนที่เท่ากัน และกลุ่มวัยสูงอายุมีพลังใจระดับสูงมากที่สุด การประเมินปัญหาสุขภาพจิตพบว่า กลุ่มเยาวชนมีความเครียด เสี่ยงซึมเศร้า และเสี่ยงฆ่าตัวตาย สูงกว่ากลุ่มวัยทำงานและวัยสูงอายุ โดยกลุ่มเยาวชน กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มวัยสูงอายุมีความเครียดร้อยละ 35.7, 23.4 และ 3.6 ตามลำดับ มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า (จากแบบประเมิน 2Q) ร้อยละ 54.4, 33.3 และ 5.7 ตามลำดับ มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า (จากแบบประเมิน 9Q) ร้อยละ 23.3, 13.8 และ 2.0 ตามลำดับ มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 14.7, 6.3 และ 0.6 ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มวัยทำงาน มีภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟร้อยละ 25.4 ดังตารางที่ 1

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับพลังใจกับความเครียด ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ความเสี่ยงซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย โดยทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าแบบประเมินทั้ง 6 ชุดมีความสอดคล้องกัน และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ยกเว้นแบบประเมินพลังใจที่มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับมากกับแบบประเมินความเครียด

ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ความเสี่ยงซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย โดยมีค่าความสัมพันธ์ระหว่าง -.372 ถึง -.627 ดังตารางที่ 2

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของแบบประเมินพลังใจ ฉบับ 3 ข้อ กับความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย โดยคำนวณค่าพื้นที่ใต้กราฟ ROC (AUC) ความไว ความจำเพาะ ค่า DOR ค่า ER และดัชนี Youden ที่คะแนนจุดตัดแต่ละค่า พบว่าในกลุ่มเยาวชนมีคะแนนจุดตัดอยู่ในช่วง 15 - 21 คะแนน กลุ่มวัยทำงานมีคะแนนจุดตัดอยู่ในช่วง 15 - 18 คะแนน และกลุ่มวัยสูงอายุมีคะแนนจุดตัด 15 คะแนน ดังตารางที่ 3

ทั้งนี้สามารถแปลผลคะแนนแบบประเมินพลังใจ ฉบับ 3 ข้อ ในการประเมินความเครียด เหนื่อยล้าหมดไฟ ความเสี่ยงซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย จำแนกตามอายุ ได้ว่ากลุ่มเยาวชน กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มวัยสูงอายุ ที่มีพลังใจต่ำกว่า 26, 23 และ 21 คะแนน ตามลำดับ เป็นกลุ่มเสี่ยงน้อย ที่ควรเฝ้าระวังการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอย่างใดอย่างหนึ่ง และหากพลังใจต่ำกว่า 21, 18 และ 18 คะแนน ตามลำดับ เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่ต้องได้รับความช่วยเหลือเนื่องจากมีโอกาสเกิดความเครียด เหนื่อยล้าหมดไฟ ความเสี่ยงซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตายอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มอายุ ระดับพลังใจ ความเครียด ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ความเสี่ยงซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

	กลุ่มเยาวชน		กลุ่มวัยทำงาน		กลุ่มวัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับพลังใจ								
ระดับสูง	464	32.7	2,000	34.5	468	41.6	2,932	35.2
ระดับปานกลาง	478	33.7	2,000	34.5	437	38.8	2,915	34.9
ระดับต่ำ	477	33.6	1,793	30.9	220	19.6	2,490	29.9
ความเครียด (ST-5 $\geq$ 8 คะแนน)	507	35.7	1,354	23.4	40	3.6	1,901	22.8
ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ($\geq$ 3 คะแนน)	-	-	1,469	25.4	-	-	1,469	25.4
เสี่ยงซึมเศร้า (9Q $\geq$ 13 คะแนน)	311	23.3	797	13.8	22	2.0	1,150	13.8
เสี่ยงฆ่าตัวตาย (8Q $\geq$ 9 คะแนน)	208	14.7	367	6.3	7	0.6	582	7.0

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับพลังใจกับความเครียด ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ความเสี่ยงซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย จากการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation)

	พลังใจ (RQ)	ความเสี่ยง ซึมเศร้า (2Q)	ความเสี่ยง ซึมเศร้า (9Q)	ความเสี่ยง ฆ่าตัวตาย (8Q)	ความเครียด (ST5)	ภาวะเหนื่อยล้า หมดไฟ
พลังใจ (RQ)	-					
ความเสี่ยงซึมเศร้า (2Q)	-.565*	-				
ความเสี่ยงซึมเศร้า (9Q)	-.584*	.880*	-			
ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (8Q)	-.372*	.481*	.609*	-		
ความเครียด (ST5)	-.627*	.786*	.837*	.472*	-	
ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ	-.607*	.771*	.792*	.444*	.867*	-

* p-value < .001

ตารางที่ 3 ค่าจุดตัดที่เหมาะสมของแบบประเมินพลังใจในการคัดกรองความเครียด ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ความเสี่ยงซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย จำแนกตามกลุ่มอายุ

	ค่า AUC	ค่า DOR	ค่า ER	Youden index	cut point	sensitivity (95% CI)	specificity (95% CI)
กลุ่มเยาวชน							
ความเครียด (ST5)	.828	10.042	0.379	.496	≤ 14.5	65.5 (61.3 - 69.6)	84.1 (81.7 - 86.4)
ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (8Q)	.830	10.594	0.369	.508	≤ 16.5	84.1 (79.1 - 89.0)	66.7 (64.0 - 69.3)
ความเสี่ยงซึมเศร้า (2Q)	.842	10.020	0.341	.519	≤ 20.5	77.7 (74.7 - 80.6)	74.2 (69.3 - 76.6)
ความเสี่ยงซึมเศร้า (9Q)	.839	10.516	0.336	.527	≤ 14.5	74.6 (69.2 - 78.7)	76.9 (76.2 - 81.1)
กลุ่มวัยทำงาน							
ความเครียด (ST5)	.865	15.179	0.297	.586	≤ 17.5	83.2 (81.2 - 85.1)	75.4 (74.1 - 76.6)
ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ	.862	15.032	0.294	.587	≤ 17.5	82.2 (80.2 - 84.1)	76.5 (75.2 - 77.7)
ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (8Q)	.874	18.830	0.298	.604	≤ 14.5	87.5 (84.1 - 90.8)	72.9 (71.7 - 74.0)
ความเสี่ยงซึมเศร้า (2Q)	.835	10.506	0.337	.526	≤ 17.5	73.4 (71.4 - 75.4)	79.2 (77.9 - 80.5)
ความเสี่ยงซึมเศร้า (9Q)	.877	16.840	0.282	.605	≤ 14.5	83.1 (80.4 - 85.7)	77.4 (76.2 - 78.5)
กลุ่มวัยสูงอายุ							
ความเครียด (ST5)	.839	16.351	0.284	.601	≤ 14.5	77.5 (64.5 - 90.4)	82.6 (80.3 - 84.8)
ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (8Q)	.818	10.506	0.344	.522	≤ 14.5	71.4 (37.9 - 100.0)	80.8 (78.4 - 83.1)
ความเสี่ยงซึมเศร้า (2Q)	.805	14.169	0.311	.571	≤ 14.5	73.4 (62.5 - 84.2)	83.7 (81.4 - 85.9)
ความเสี่ยงซึมเศร้า (9Q)	.881	28.553	0.227	.682	≤ 14.5	86.4 (72.0 - 100.0)	81.8 (79.5 - 84.0)

หมายเหตุ : ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟประเมินเฉพาะกลุ่มอายุ 20 - 59 ปี

ตารางที่ 4 เกณฑ์การแปลผลคะแนนการคัดกรองความเครียด ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ความเสี่ยงซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมินพลังใจ ฉบับ 3 ข้อ จำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	ความเสี่ยงระดับสูง	ความเสี่ยงระดับน้อย	ไม่มีความเสี่ยง
กลุ่มเยาวชน	3 - 20 คะแนน	21 - 25 คะแนน	26 - 30 คะแนน
กลุ่มวัยทำงาน	3 - 17 คะแนน	18 - 22 คะแนน	23 - 30 คะแนน
กลุ่มวัยสูงอายุ	3 - 14 คะแนน	15 - 20 คะแนน	21 - 30 คะแนน

วิจารณ์

การศึกษาแบบประเมินพลังใจ ฉบับ 3 ข้อ และความสัมพันธ์กับความเครียด ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ความเสี่ยงซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตายพบว่า กลุ่มเยาวชนมีพลังใจระดับปานกลางและต่ำมากที่สุด กลุ่มวัยทำงานมีพลังใจระดับสูงและปานกลางมากที่สุด และกลุ่มวัยสูงอายุมีพลังใจระดับสูงมากที่สุด ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับผลการสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) ของคนไทยใน พ.ศ. 2563 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ³³ ที่พบว่ากลุ่มวัยสูงอายุมีสุขภาพจิตดีกว่ากลุ่มวัยผู้ใหญ่และกลุ่มเยาวชน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นุชนาฏ ธรรมชั้น และบุรณี กาญจนถวัลย์²² การศึกษาของ เทียนทอง ทาระบุตร และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์²³ และการศึกษาของ Sambu และ Mhongo²⁴ ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับระดับพลังใจ โดยผู้ที่อายุมากจะมีพลังใจสูงกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่า สอดคล้องกับทฤษฎีของ Erikson ที่ได้อธิบายถึงภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุว่าเป็นระยะที่บุคคลควรสามารถรวบรวมประสบการณ์ของชีวิตที่ผ่านมาและเมื่อหันกลับไปมองชีวิตตัวเองแล้วก็เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในชีวิตของตนเอง (ego integrity) ทำให้พัฒนาต่อไปจากการมีวุฒิภาวะ (maturity) ไปสู่ความมีปัญญา (wisdom) อีกทั้งการมองเห็นชีวิตที่เปลี่ยนแปลงขึ้นลงทำให้เกิดการยอมรับการเปลี่ยนแปลงในความยึดมั่นต่าง ๆ³⁴

การประเมินพลังใจมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการคัดกรองความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ความเครียด และภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของ

ประชาชนในชุมชนจังหวัดปทุมธานีของโสภณ แสงอ่อน และคณะ¹⁰ และการศึกษาในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยของ Kapikiran และ Acun-Kapikiran¹¹ ที่พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงลบกับอาการของภาวะซึมเศร้า โดยผู้ที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตหรือพลังใจสูงมีแนวโน้มมีภาวะซึมเศร้าต่ำ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าระดับพลังใจซึ่งเป็นสุขภาพจิตด้านลบมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นสุขภาพจิตด้านลบ ความสัมพันธ์ของพลังใจกับความเสี่ยงฆ่าตัวตายที่พบในการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาคณะพยาบาลด้วยวิธีโมเดลสมการโครงสร้าง (structural equation modeling) ของวาริรัตน์ ถาน้อย และคณะ¹² ที่พบว่าเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบและความครุ่นคิดมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในการฆ่าตัวตายผ่านตัวแปรความตึงเครียดทางอารมณ์ โดยความเข้มแข็งในชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมสามารถลดอิทธิพลของความตึงเครียดทางอารมณ์ซึ่งมีผลลดพฤติกรรมเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย และสอดคล้องกับการศึกษาของปรารณา คำมีสินธ์ และคณะ¹³ ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของผู้พยายามฆ่าตัวตายในเขตบริการสุขภาพที่ 7 พบว่า ปัจจัยปกป้องที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ การมีทักษะการแก้ไขปัญหาและการมีบุคคลหรือหน่วยงานใด ๆ คอยช่วยเหลือ ซึ่งปัจจัยปกป้องดังกล่าวสอดคล้องกับข้อคำถามแบบประเมินพลังใจ ข้อ 3 “การแก้ไขปัญหาทำให้ฉันมีประสบการณ์มากขึ้น” และข้อ 2 “ฉันมีกำลังใจและได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้าง” ความสัมพันธ์ของพลังใจกับความเสี่ยงสอดคล้องกับ

การศึกษาของสมจิตร นครพานิช และรัตนา พึ่งเสมอ¹⁴ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ความเครียด ความฉลาดทางอารมณ์ และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต และการศึกษาของ วาดฝัน ม่วงอ่ำ¹⁵ ที่ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการความเครียดของทหารเรือ พบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการความเครียด ได้แก่ ความหยุนตัว และการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความสัมพันธ์ของพลังใจกับภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟสอดคล้องกับการศึกษาของ นครินทร์ ชุนงาม¹⁶ ที่ศึกษาสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน พบว่า สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะหมดไฟในการทำงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของเปรมกมล อินไชยา และพิชญา พรระทองสุข¹⁷ ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟของพนักงานในโรงพยาบาลเอกชน พบว่า บรรยากาศองค์กรที่เครียด ความมุ่งมั่นในงานที่มากเกินไป และการทำงานติดต่อกันระยะเวลานานเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน

ผลการวิเคราะห์เส้นโค้ง ROC โดยระบุค่าผลลัพธ์แบบต่อเนื่องที่เป็นไปได้และกำหนดเป็นจุดตัดโดยจำแนกผลลัพธ์เป็นค่าแบบแฉก พบว่าค่าจุดตัดที่เหมาะสมของแบบประเมินพลังใจในการเฝ้าระวังความเครียด ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ความเสี่ยงซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตายของกลุ่มเยาวชนคือ 21 คะแนน กลุ่มวัยทำงานคือ 18 คะแนน และกลุ่มวัยสูงอายุคือ 15 คะแนน โดยค่าคะแนนที่ต่ำกว่าจุดตัดบ่งถึงความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตระดับสูง ค่าคะแนนที่สูงกว่าจุดตัดบ่งถึงความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตระดับน้อยหรือไม่มีความเสี่ยง และมีการวิเคราะห์ทางสถิติเพิ่มเติมในการหาจุดตัดที่เหมาะสมของแต่ละช่วงวัย และแบ่งช่วงระดับความเสี่ยงเพื่อระบบการเฝ้าระวัง ซึ่งมีช่วงคะแนนแตกต่างกัน ทั้งนี้จะเห็นได้ว่ากลุ่มวัยสูงอายุมีค่าจุดตัดคะแนนความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตต่ำกว่ากลุ่มวัยทำงานและกลุ่มเยาวชน ซึ่งหมายถึงกลุ่มวัยสูงอายุมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่ากลุ่มวัยทำงานและกลุ่มเยาวชนในระดับคะแนนพลังใจค่าเดียวกัน

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของแบบประเมินพลังใจ ฉบับ 3 ข้อ กับการเฝ้าระวังความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย อย่างไรก็ตามแบบประเมินนี้มีข้อจำกัดที่ยังไม่สามารถใช้ในการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพจิตได้ จึงควรมีการศึกษาวินิจฉัยยืนยันด้วยโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพิ่มเติมในครั้งถัดไป โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้ 1) ควรมีการประเมินพลังใจควบคู่กับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย เพื่อช่วยสนับสนุนผลการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตให้มีความแม่นยำยิ่งขึ้น 2) ควรจัดทำแบบประเมินพลังใจและคู่มือเสริมสร้างพลังใจที่มีความเฉพาะกับกลุ่มอายุ เพื่อความสะดวกในการนำไปใช้ในหน่วยงานต่าง ๆ เช่น โรงเรียน บริษัท สถานประกอบการ โรงพยาบาล และชมรมผู้สูงอายุ และ 3) ควรมีระบบ โปรแกรม และองค์ความรู้ที่รองรับผลการประเมินสุขภาพจิต โดยจำแนกโปรแกรมตามกลุ่มอายุและระดับความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

สรุป

แบบประเมินพลังใจ ฉบับ 3 ข้อ มีความสัมพันธ์กับการคัดกรองความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย โดยกลุ่มเยาวชน กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มวัยสูงอายุ ที่มีคะแนนพลังใจต่ำกว่า 21, 18 และ 15 คะแนน ตามลำดับ เป็นกลุ่มเปราะบางที่ต้องได้รับความช่วยเหลือเนื่องจากมีโอกาสเกิดความเครียด ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ความเสี่ยงซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychological Association. The road to resilience. Washington DC: American Psychological Association; 2014.
2. Ungar M. The social ecology of resilience: addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. Am J Orthopsychiatry. 2011;81(1):1-17. doi:10.1111/j.1939-0025.2010.01067.x.
3. Grotberg E. A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. The Hague: Bernard van Leer Foundation; 1995.

4. สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี พลังสุขภาพจิต [RQ: resilience quotient]. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิง จำกัด; 2563.
5. Grotberg E. Typing your inner strength: how to find the resilience to dial with anything. Oakland: New Harbinger Pubns Inc; 1995.
6. Grotberg E. The international resilience project: findings from the research and the effectiveness of interventions [Internet]. Maryland: ERIC Processing and Reference Facility; 1997 [cited 2016 Jul 10]. Available from: <https://eric.ed.gov/?id=ED419584>
7. Grotberg E. I am, I have, I can: what families worldwide taught us about resilience. Reaching Today's Youth: The Community Circle of Caring Journal. 1998;2(3):36-9.
8. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [Combat 4th wave of COVID-19: C4]. นนทบุรี: กรม; 2563.
9. ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, เยาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติ. ความสามารถยืนหยัดเผชิญวิกฤติ [Resilience related article review]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2551;16(3):190-8.
10. โสภณ แสงอ่อน, พัชรินทร์ นินทจันทร์, ทศนา ทวีคุณ. ความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้า ของประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดปทุมธานี [Resilience and depression of people in a community in Prathumthani province]. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2561;32(2):84-99.
11. Kapikiran Ş, Acun-Kapikiran N. Optimism and psychological resilience in relation to depressive symptoms in university students: examining the mediating role of self-esteem. Educational Sciences: Theory & Practice. 2016;16(6):2087-110. doi:10.12738/estp.2016.6.0107.
12. วาริรัตน์ ถาน้อย, อติทยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, ภาติษญา อ่อนดี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล [Factors affecting the mental health of the faculty of nursing students, Mahidol university]. วารสารสภาการพยาบาล. 2555;27(พิเศษ):60-76.
13. ประรณนา คำมีสินนท์, พรดลิต คำมีสินนท์, จิตกนิษฐ์ โชครักษ์มีหิรัญ, เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า, สุนันทา คำชมพู, วัชรวิทย์ เสาร์แก้ว. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของผู้พยายามฆ่าตัวตายในเขตบริการสุขภาพที่ 7 [Risk and protective factors of people who attempted suicide in the 7th health district of Thailand]. วารสารป้องกัน การฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย. 2563;1:25-40.
14. สมจิตร นครพานิช, รัตนา พึ่งเสมา. ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาล สภาภาษาไทย [Predicting factors of resilience quotient of the first-year nursing students, the thai red cross college of nursing]. วารสารการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต. 2564;35(1):128-45.
15. วาดฝัน ม่วงอ่ำ. ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการจัดการความเครียดของทหารเรือกองทัพเรือ [Psychosocial factors related to stress management behavior of royal Thai navy officers] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 23 ส.ค. 2565]. จาก: <http://bsris.swu.ac.th/thesis/58199130288RB6992555f.pdf>
16. นครินทร์ ชุนงาม. สุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา [Mental health and burnout among physicians in general hospital and community hospital in Nakhon Ratchasima province]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2563;28(4): 348-59.
17. เปรมกมล อินไชยา, พิษญา พรคทองสุข. บรรยากาศองค์กร ความเครียดจากงาน และการหมดไฟจากงาน ของบุคลากร ในโรงพยาบาลเอกชน [Organization climate, job stress and burnout among private hospital personnel]. พุทธชินราชเวชสาร. 2564;(2):217-26.

18. สมจินดา ชมพูนุท, วรณเพ็ญ อินทร์แก้ว. พลังสุขภาพจิต ความฉลาดทางอารมณ์ และความเครียดของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย [Resilience quotient, emotional quotient, and stress of the nursing students, Thai red cross college of nursing]. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2555;26(2): 87-98.
19. Chaowiang K, Bundasuk T, Tuntisuwitwong S. Resilience and depressive symptoms in Thai adolescents. *Journal of Nursing and Health Sciences*. 2020;14(1):1-12.
20. Zou G, Shen X, Tian X, Liu C, Li G, Kong L, et al. Correlates of psychological distress, burnout, and resilience among Chinese female nurses. *Ind Health*. 2016;54(5):389-95. doi:10.2486/ind-health.2015-0103.
21. Ram D, Chandran S, Sadar A, Gowdappa B. Correlation of cognitive resilience, cognitive flexibility and impulsivity in attempted suicide. *Indian J Psychol Med*. 2019;41(4):362-7. doi:10.4103/IJPSYM.IJPSYM_189_18.
22. นุชนาฏ ธรรมชั้น, บุรณี กาญจนถวัลย์. พลังสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมกระดาษในจังหวัดนครปฐม [Resilience quotient and related factors of papers industrial employees in Nakhon Pathom province]. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*. 2557;(4):443-55.
23. เทียนทอง ทาระบุตร, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน [Selected factors related to resilience quotient of schizophrenic patients' caregivers in community]. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 2556;27(3):113-24.
24. Sambu L, Mhongo S. Age and gender in relation to resilience after the experience of trauma among Internally Displaced Persons (IDPS) in Kiambaa Village, Eldoret East Sub-County, Kenya. *Journal of Psychology and Behavioral Science*. 2019;7(1):31-40.
25. เทอดศักดิ์ เดชคง, พาสนา คุณาธิวัฒน์, ธิติรัตน์ ทิพโชติ, ภาพร วุฒินาร. ความตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินพลังใจฉบับ 3 ข้อ [Reliability and validity of resilience inventory 3-item version]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2022;30(4):297-306.
26. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. Mental Health Check-In [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต; 2565 [สืบค้นเมื่อวันที่ 23 ส.ค. 2565]. จาก: <https://checkin.dmh.go.th/dashboards>
27. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน [Guidelines for the use of mental health tools for health personnel in community hospitals]. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558.
28. จุลารักษ์ เทพกลาง. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุในหน่วยงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอุบลรัตน์จังหวัดขอนแก่น [The development of elderly depression surveillance and caring system in out patient department of Ubonratana hospital, KhonKaen province]. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*. 2562;16(1):70-7.
29. อรวรรณ ศิลปกิจ. แบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา [Srithanya stress scale]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2551;16(3):177-85.
30. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Burnout self-test maslach burnout inventory (MBI) [Internet]. 1996 [cited 2023 Mar 15]. Available from: https://www.lstmed.ac.uk/sites/default/files/content/blogs/files/MBI_self_assessment_for_organisations.pdf
31. McCormack H, MacIntyre T, O'Shea D, Herring M, Campbell M. The prevalence and cause(s) of burnout among applied psychologists: a systematic review. *Front Psychol*. 2018;9:1897. doi:10.3389/fpsyg.2018.01897.

32. Nagasaki K, Seo E, Maeno T, Kobayashi H. Diagnostic accuracy of the single-item measure of burnout (Japanese version) for identifying medical resident burnout. J Gen Fam Med. 2022;23(4):241-7. doi:10.1002/jgf2.535.
33. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญการสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) ของคนในประเทศไทย พ.ศ. 2563 [Summary of key results of the mental health survey (happiness) of people in Thailand 2020]. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด บางกอกบล็อก; 2563.
34. ศรีประภา ชัยสิน. สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ [Mental state of the elderly] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล [สืบค้นเมื่อวันที่ 16 มี.ค. 2566]. จาก: <https://www.ramamahidol.ac.th/ramamentald/generalknowledge/general/07172014-1131>

นิพนธ์ต้นฉบับ

การวิจัยประเมินผลยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2565

วันรับ : 25 มกราคม 2566

วันแก้ไข : 20 มีนาคม 2566

วันตอบรับ : 21 มีนาคม 2566

สมัย ศิริทองถาวร, พ.บ.¹, สรรกมล กรนุ้ม, ปร.ด.², ศุภเสก วิโรจนาภา, พ.บ.²,

เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์, ปร.ด.³, สุวิมล อินทร์เชื้อ, วท.ม.⁴,

เพชรลดา บริหาร, ปร.ด.⁵, เทอดศักดิ์ เดชคง, พ.บ.²

กรมสุขภาพจิต¹, สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต²,

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่³, สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต⁴,

คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น⁵

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาและประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติปี พ.ศ. 2560 - 2565

วิธีการ : การวิจัยแบบผสมวิธีแบบลงสู่ใน 4 เขตสุขภาพที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงและต่ำกว่าเกณฑ์ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพร้อมกันแบ่งเป็น 2 ระยะ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามผู้รับบริการและญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้รับบริการ 463 คน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูล 5 กลุ่ม ได้แก่ ผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ บุคลากรในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ผู้มารับบริการ และญาติหรือผู้ดูแลหลัก 287 คน ประเมินตามกรอบแนวคิด CIPP model ได้แก่ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์

ผล : เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2560 - 2563 พบว่าในปี พ.ศ. 2564 - 2565 รูปแบบและสาเหตุการฆ่าตัวตายมีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม แนวโน้มของผู้ฆ่าตัวตายอายุน้อยลง มีการพัฒนาการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายที่สำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมองค์ความรู้ให้กับผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อช่วยงานบริการ และการขับเคลื่อนงานโดยใช้รูปแบบการดึงเครือข่ายในชุมชนและผู้ใกล้ชิดกลุ่มเสี่ยงมาเป็นผู้รับผิดชอบดูแลร่วมกัน หลังการดำเนินงานพบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการให้บริการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายมากขึ้นและมีอัตราการฆ่าตัวตายลดลง อุปสรรคการดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรและข้อจำกัดด้านความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลในพื้นที่

สรุป : การดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายปี พ.ศ. 2564 - 2565 มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติและมีนโยบายเฉพาะเจาะจงที่มุ่งเน้นการทำงานกับเครือข่ายร่วมกับการพัฒนาการบริการที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ยังต้องการการพัฒนาต่อบุคลากรและเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อยกระดับการดำเนินงานในระดับชาติ

คำสำคัญ : การป้องกัน, ฆ่าตัวตาย, ประเมินผล, ยุทธศาสตร์

ติดต่อผู้นิพนธ์ : สรรกมล กรนุ้ม; e-mail: sankamon.sw@gmail.com

Original articles

Evaluation research on the national suicide prevention strategy 2017 - 2022

Received : 25 January 2023

Revised : 20 March 2023

Accepted : 21 March 2023

Samai Sirithongthaworn, M.D.¹, Sankamon Gornnum, Ph.D.²,Supasaek Virojanapa, M.D.², Penkarn Kanjanarat, Ph.D.³,Suwimon Inchuea, M.S.⁴, Phetlada Borriharn, Ph.D.⁵, Terdsak Dechkong, M.D.²Department of Mental Health¹,Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health²,Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University³,Bureau of Mental Health Literacy, Department of Mental Health⁴,Faculty of Allied Health Sciences, Northern College⁵

Abstract

Objective: To study and evaluate the operational model of suicide prevention under the national strategy 2017 - 2022.

Methods: A mixed method research with the convergent design was employed in four health regions with high and low suicide rates. Quantitative and qualitative data were concurrently collected, divided into two phases, by using questionnaires on clients and caregivers (n = 463) and in-depth or focus group interviews with five groups of key informants (n = 287), including executives in government agencies, the staff within and outside the Ministry of Public Health, clients, and caregivers. Assessment was based on the CIPP model, including context, input, process, and product.

Results: Compared to the years 2017 - 2020, it was found that in the years 2021 - 2022, the patterns and causes of suicide had changed. Suicide attempts were more frequent among the younger age groups. The crucial development in suicide prevention consisted of consecutively encouraging the body of knowledge, developing technology-assisted services, and using a participation approach by appealing to community networks and persons close to the risk group for shared responsibility. After the implementation, it was found that clients were more satisfied with the suicide prevention services and the rate of suicide reattempts in clients declined. Major operational obstacles were reported, including a shortage of personnel and limitations on the accuracy and completeness of local data.

Conclusion: The suicide prevention operation during 2021 - 2022 is consistent with the national strategy, which emphasizes collaboration with networks and effective service delivery. However, personnel and information technology developments are still needed to enhance national operations.

Keywords: evaluation, prevention, strategy, suicide

Corresponding author: Sankamon Gornnum; e-mail: sankamon.sw@gmail.com

ความรู้เดิม : การป้องกันการฆ่าตัวตายที่ผ่านมามุ่งเน้นการทำงานเชิงตั้งรับในสถานพยาบาล ให้บริการกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลคล้ายผู้ป่วยทั่วไป ไม่มีการแบ่งแยกสัดส่วนหรือพื้นที่ส่วนตัว และเครือข่าย อสม. ยังมีจำนวนน้อยและสามารถคัดกรองและให้คำปรึกษาได้เพียงเบื้องต้น

ความรู้ใหม่ : แผนยุทธศาสตร์ปี พ.ศ. 2564 - 2565 กำหนดให้ลดอัตราการฆ่าตัวตายของคนไทยเหลือ 8 ต่อแสนประชากร ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนแผนงานในปัจจุบัน โดยมีการพัฒนากระบวนการทำงานใน 4 มิติ ได้แก่ การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายนอกกระทรวงสาธารณสุข การสร้างระบบการให้บริการที่มีมาตรฐาน การทำงานเชิงรุกในพื้นที่ตั้งผู้ใกล้ชิดมาเป็นผู้เฝ้าระวัง โดยเพิ่มความรู้และเพิ่มทักษะดูแลและให้คำปรึกษา และการพัฒนาฐานข้อมูลและการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ผลการศึกษาสะท้อนการพัฒนาการทำงานป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติรวมถึงจุดแข็งและข้อจำกัดของการดำเนินงาน ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางการปรับกลยุทธ์และกำหนดนโยบายให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการฆ่าตัวตายที่เปลี่ยนไป

บทนำ

อัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2561 - 2563 มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 6.32 เป็น 7.37 ต่อประชากรแสนคน¹ การสำรวจในปี พ.ศ. 2564 พบว่าเพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศหญิงเกือบ 5 เท่า (12.29 และ 2.67 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ)² การศึกษาสถานการณ์และวิธีการฆ่าตัวตายระหว่างปี พ.ศ. 2555 - 2559 พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลางมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยวิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตายมีความแตกต่างกันตามภูมิภาค เพศ และช่วงวัย ช่วงอายุที่มีการฆ่าตัวตายสูงสุดคือ 30 - 39 ปี³ อัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยต่ำกว่าภูมิภาคส่วนใหญ่ทั่วโลก เช่น ภูมิภาคแอฟริกา (11.2 ต่อประชากรแสนคน) ภูมิภาคยุโรป (10.5 ต่อประชากรแสนคน)

ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (9.0 ต่อประชากรแสนคน) ยกเว้นภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก (6.4 ต่อประชากรแสนคน)⁴ อย่างไรก็ตาม มีการคาดการณ์ว่าการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อาจส่งผลกระทบต่อให้มีการฆ่าตัวตายในประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นเป็น 9.45 ต่อประชากรแสนคน⁵ ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อเหมือนกันทั่วโลก ดังเช่นการรายงานของประเทศเกาหลีใต้ที่พบว่ามีประชาชนเข้ารับบริการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตเพิ่มจากร้อยละ 3 เป็นร้อยละ 20 ในขณะที่การสำรวจของประเทศไต้หวันพบว่าประชากรมีความเสี่ยงและอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นเช่นกัน⁵

การป้องกันและแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตายในประเทศไทยได้รับความสำคัญและมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 กรมสุขภาพจิตได้มอบให้โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก โดยวิเคราะห์ข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายของพื้นที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบใน 7 จังหวัด นับเป็นจุดเริ่มต้นของระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประเทศไทย อย่างไรก็ตามการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ผ่านมายังมุ่งเน้นพัฒนาเครือข่ายบุคลากรในระบบสาธารณสุข ด้านการเข้าถึงบริการและบำบัดรักษาในรูปแบบคลินิก แต่ยังขาดการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนและครอบครัวในการร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและกำหนดมาตรการในการเฝ้าระวังความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของสมาชิกในชุมชน อีกทั้งยังขาดการติดตามและประเมินผลโครงการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านการพัฒนาความรู้และทักษะการป้องกันการฆ่าตัวตายทั้งภาคบริการสาธารณสุขและภาคประชาชนว่าสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้หรือไม่

ปัจจุบันกรมสุขภาพจิตได้กำหนดยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติปี พ.ศ. 2564 - 2565 โดยมีเป้าประสงค์เพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทยไม่เกิน 8 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมียุทธศาสตร์หลัก 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ส่งเสริมการรับรู้ข้อมูลด้านสวัสดิการทางสังคมและ

สุขภาพขั้นพื้นฐาน รวมถึงเสริมสร้างพลังใจในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางทางเศรษฐกิจและสังคม 2) พัฒนาระบบคัดกรอง ค้นหา และเฝ้าระวังประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามระดับความรุนแรงและครอบคลุมทุกมิติ 3) พัฒนารูปแบบกลไกการจัดการแบบบูรณาการในจังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายสูงในฐานะเจ้าของปัญหาร่วมกัน และ 4) พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมที่สนับสนุนการแก้ปัญหาการฆ่าตัวตาย⁶ โดยมีหลายโครงการที่ได้รับการพัฒนาขึ้นตามยุทธศาสตร์เหล่านี้ เช่น วัคซีนใจในชุมชนที่ใช้หลักการ 4 สร้าง (สร้างความปลอดภัย ความสงบ ความหวัง ความเข้าใจ และการให้ออกาส) และ 2 ใช้ (ใช้ศักยภาพและเครือข่ายชุมชน) ในการสร้างความเข้มแข็งทางใจระดับชุมชน เพื่อส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตโดยประชาชนมีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมร่วมกัน การพัฒนาโปรแกรมในรูปแบบ mobile application สำหรับบุคลากรสาธารณสุขด้านหน้าเพื่อคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (mobile application for suicidality and risk assessment: SRA) และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในระดับองค์กรต่าง ๆ เช่น ความร่วมมือกับกระทรวงแรงงานเพื่อช่วยกลุ่มคนตกงานจากวิกฤตโควิด 19 และสถาบันการศึกษาเพื่อยกระดับระบบการช่วยเหลือในกลุ่มนักเรียน

การศึกษาค้นครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาและประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ โดยอาศัยกรอบแนวคิด CIPP model รวมถึงวิเคราะห์รูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ เพื่อนำมาสู่การวางแผนนโยบายต่อไป

วิธีการ

การวิจัยแบบผสมวิธี (mixed methods) แบบลู่เข้า (convergent design)⁷ รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในช่วงเวลาเดียวกันและมีคำถามวิจัยเดียวกันเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ขยายความและอธิบายร่วมกัน การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพใช้รูปแบบการศึกษาเฉพาะกรณี

(case study) การวิจัยเชิงปริมาณใช้รูปแบบการสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional survey) ด้วยแบบสอบถามความคิดเห็นและการวิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎีภูมิจากเอกสารรายงานที่เกี่ยวข้อง ใช้กรอบการประเมินผลยุทธศาสตร์ตามกรอบแนวคิด CIPP model ประกอบด้วยการวิเคราะห์บริบท (context) ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (product) โดยประเมินจากโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2563 และช่วงปี พ.ศ. 2564 - 2565 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 ถึงมกราคม พ.ศ. 2565 การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่ DMH.IRB.CO.A 014/2564 วันที่ 28 มิถุนายน 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณ ประกอบด้วยผู้รับบริการและญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้มารับบริการ จาก 4 เขตสุขภาพที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดและต่ำสุดอย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2562 ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1 และ 6 ซึ่งมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่า 8 ต่อประชากรแสนคน และเขตสุขภาพที่ 4 และ 12 ซึ่งมีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำกว่า 6 ต่อประชากรแสนคน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้น (multi-stage sampling) โดยเลือกจังหวัดในเขตสุขภาพทั้ง 4 เขต และเลือกโรงพยาบาลระดับจังหวัดและระดับอำเภอที่มีความสมัครใจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มตามความสะดวก (convenience sampling) จากรายชื่อผู้รับบริการที่แผนกสุขภาพจิตและสารเสพติดในหน่วยบริการระหว่างปี พ.ศ. 2560 - 2563 และ พ.ศ. 2564 - 2565 เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ สัญชาติไทย อายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่ต่ำกว่า 1 ปี และมารับบริการสุขภาพจิตและยาเสพติดเพื่อติดตามอาการในวันที่เก็บข้อมูล ณ โรงพยาบาลระดับจังหวัดและระดับอำเภอที่สุ่มได้ เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มญาติหรือผู้ดูแลหลัก ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป มีหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือหรือเป็นผู้ปกครองโดยชอบธรรมทางกฎหมาย และมาพร้อมผู้รับบริการในวันที่เก็บข้อมูล ณ โรงพยาบาลระดับจังหวัดและโรงพยาบาลระดับอำเภอที่สุ่มได้

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงจากการมีประสบการณ์โดยตรง เพื่อเป็นตัวแทนจาก 4 เขตสุขภาพ ได้แก่ เขตสุขภาพ 1 และ 6 เป็นเขตสุขภาพที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง และเขตสุขภาพที่ 4 และ 12 เป็นเขตพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่

1) ผู้บริหารของหน่วยงานภาครัฐ เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ มีบทบาทในการบริหารองค์กร และมีประสบการณ์ทำงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการป้องกันการฆ่าตัวตายไม่ต่ำกว่า 1 ปี และมีรายงานหรือเอกสารประกาศนโยบายการดำเนินงานเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

2) บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพอื่น ๆ เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ มีประสบการณ์ดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทำงานอยู่ในพื้นที่ไม่ต่ำกว่า 1 ปี รับรู้การประกาศนโยบายฯ ในพื้นที่ และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

3) บุคลากรนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กลุ่มหน่วยงานภาครัฐ เช่น สำนักแรงงานจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และองค์กรเครือข่ายในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการร่วมมือในการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และกลุ่มผู้นำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน ประธานชมรมระดับหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล นักบวชหมอพื้นบ้าน และครู) เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เป็นผู้ปฏิบัติงานประจำเกี่ยวกับการให้บริการหรือช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายอยู่ในหน่วยงานไม่ต่ำกว่า 1 ปี รับรู้การประกาศนโยบายฯ ในพื้นที่ และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

4) ผู้รับบริการในโครงการป้องกันการฆ่าตัวตาย เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ มารับบริการสุขภาพจิตเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล ณ วันที่เก็บข้อมูลสัญชาติไทย อายุ 18 ปีขึ้นไป และอยู่ในพื้นที่ไม่ต่ำกว่า 1 ปี เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีภาวะเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล

5) ญาติและผู้ดูแลหลักของผู้รับบริการฯ เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เป็นผู้ร่วมขयाคาเดียวกันกับกลุ่มที่ 4 มีหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือหรือเป็นผู้ปกครองโดยชอบธรรมทางกฎหมาย อายุ 18 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่ต่ำกว่า 1 ปี

การเก็บข้อมูล

ดำเนินการโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย 13 คนที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ก่อนการเก็บข้อมูลทีมวิจัยได้ทบทวนทำความเข้าใจร่วมกันในประเด็นข้อคำถาม การดำเนินงาน และวัตถุประสงค์การวิจัย การเก็บข้อมูลในพื้นที่แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 เป็นการประเมินประเด็นยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระหว่างปี พ.ศ. 2560 - 2563 และระยะที่ 2 ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 เป็นการประเมินประเด็นยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระหว่างปี พ.ศ. 2564 - 2565 รูปแบบการเก็บข้อมูลมีทั้งการลงพื้นที่และผ่านระบบออนไลน์ในพื้นที่ที่กำลังมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ก่อนการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างทีมวิจัยได้ประสานผู้ว่าราชการจังหวัด ศูนย์สุขภาพจิต และโรงพยาบาลเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อคัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้ให้ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการเก็บข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพกลุ่มที่ 4 และ 5 อาจเป็นคนเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณได้หากมีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกของการวิจัยทั้งสองส่วน

เครื่องมือ

1) แบบประเมินตามกรอบ CIPP model ใน 4 ประเด็น ได้แก่ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต เป็นแบบสอบถามแบบ online มีข้อคำถาม 15 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (จาก 1 = น้อยที่สุด จนถึง 5 = มากที่สุด) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านสื่อสารมวลชน 1 คนและด้านการวิจัยเชิงปริมาณ 2 คน และการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับด้วยการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .80

2) แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (semi-structure) สำหรับใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มผ่านโปรแกรม Zoom online แนวคำถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและการปรับปรุงตามคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านพฤติกรรมศาสตร์ 1 คนและด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 2 คน ประเด็นคำถามมีโครงสร้างตามกรอบแนวคิด CIPP model ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 1 - 2 ชั่วโมงในครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างสองกลุ่มด้วยการทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพตามหลักการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยการคืนกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ยืนยัน (member check) และลงนามในเอกสาร ร่วมกับการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) โดยการเทียบเคียงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน ได้แก่ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสังเกต และข้อคิดเห็นของนักวิชาการ

ผล

กลุ่มตัวอย่างจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในระยะที่ 1 มี 236 คน ระยะที่ 2 มี 227 คน ส่วนใหญ่ได้รับระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง มีอาชีพรับจ้าง มีรายได้ 5,000 - 10,000 บาทต่อเดือน และมีสถานภาพสมรส ดังตารางที่ 1

ผู้ให้ข้อมูลในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ 287 คน โดยในระยะที่ 1 มี 144 คน แบ่งเป็นการสนทนากลุ่ม 28 คน และสัมภาษณ์เชิงลึก 116 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ 8 คน บุคลากรสาธารณสุข 12 คน กลุ่มนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 12 คน ผู้รับบริการ 42 คนและญาติผู้รับบริการ 42 คน ในระยะที่ 2 มี 143 คน แบ่งเป็นการสนทนากลุ่ม 30 คน และสัมภาษณ์เชิงลึก 113 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ 8 คน บุคลากรสาธารณสุข 12 คน

กลุ่มนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 12 คน ผู้รับบริการ 41 คน และญาติผู้รับบริการ 40 คน

การประเมินผลตาม CIPP model

1) บริบท (context) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณภาพรวมในด้านบริบท ประเมินเรื่องความรู้ความเข้าใจต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตาย ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงและต่ำ ทั้งยุทธศาสตร์ช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2563 และ พ.ศ. 2564 - 2565 โดยผู้ตอบแบบสอบถามรับทราบเกี่ยวกับการบริการและมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายในระบอบการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในระดับมาก ในขณะที่การรับทราบสาเหตุของปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนอยู่ในระดับปานกลางในทั้งสองระยะ รายละเอียดดังตารางที่ 2

การศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2563 การถ่ายทอดเชิงยุทธศาสตร์ชาติจากส่วนกลางไปสู่การปฏิบัติขาดการส่งต่อแผนงานจากหน่วยงานต้นสังกัด ทำให้การทำงานในพื้นที่ต้องใช้การปรับแผนงานของตนเองเพื่อให้ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติปี พ.ศ. 2564 - 2565 พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงเริ่มปรับแผนงานโดยดึงความร่วมมือและบูรณาการกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และโรงเรียนเพิ่มมากขึ้น การวิเคราะห์บริบทของสถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่พบว่า สาเหตุการฆ่าตัวตายในพื้นที่ที่มีการฆ่าตัวตายสูงมักเกิดจาก 3 สาเหตุ ได้แก่ ไม่เคยมีประวัติการรักษาหรือการประเมินภาวะซึมเศร้า เป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชหรือมีปัญหาสุขภาพ และผู้มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว ในขณะที่พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำมีสาเหตุสำคัญ ได้แก่ มีปัญหาสุขภาพจิต มีความเครียดสูง และมีโรคจิตเวช กลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายส่วนมากเป็นกลุ่มวัยทำงาน แต่มีแนวโน้มอายุต่ำลงอย่างต่อเนื่อง การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่พบว่า มีเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 5 ได้พยายามฆ่าตัวตาย และพบกลุ่มเสี่ยงที่ปรากฏชัดเจนขึ้นในช่วงยุทธศาสตร์ชาติปี พ.ศ. 2564 - 2565 ได้แก่ กลุ่มเปราะบางทางสังคมที่

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

	ปัญหาศาสตร์			
	พ.ศ. 2560 - 2563 (n = 236)		พ.ศ. 2564 - 2565 (n = 227)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา				
ประถม	67	28.4	60	26.4
มัธยม/ปวช.	92	39.0	94	41.4
ปริญญาตรี/ปวส.	63	26.7	55	24.2
สูงกว่าปริญญาตรี	5	2.1	3	2.2
อาชีพ				
รับจ้าง	95	40.2	69	30.4
ว่างงาน	55	23.3	31	22.8
ค้าขาย	23	9.8	14	10.3
รายได้ต่อเดือน				
น้อยกว่า 5,000 บาท	120	50.8	115	50.6
5,000 - 10,000 บาท	63	26.7	55	24.2
มากกว่า 10,000 บาท	53	22.5	55	24.2
สถานภาพ				
โสด	83	35.2	77	33.9
สมรส	122	51.7	114	50.2
หย่าร้าง	12	5.1	16	7.0
ภูมิภาค				
ตะวันออกเฉียงเหนือ	49	20.8	48	21.1
เหนือ	48	20.4	24	10.5
กลาง	34	14.8	68	29.9
ใต้	44	18.6	46	20.2

หมายเหตุ : ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างรวมกันไม่เท่ากับ 100 เนื่องจากมีข้อมูลบางส่วนขาดหาย

ประสบปัญหาจากผลกระทบของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ข้าราชการ และครู เป็นกลุ่มเสี่ยงซึมเศร้าและฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น วิธีการฆ่าตัวตายที่พบมากที่สุด คือ การผูกคอตาย รองลงมา ได้แก่ การกระโดดน้ำและการยิงตัวตาย

2) ปัจจัยนำเข้า (input) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยประเมินความพึงพอใจต่อบุคลากร สถานที่ และอุปกรณ์พบว่า ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติปี พ.ศ. 2560 - 2563 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างพื้นที่ที่มีอัตราฆ่าตัวตาย

สูงและต่ำ โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่พึงพอใจต่อบุคลากร สถานที่ และอุปกรณ์อยู่ในระดับมาก ในขณะที่ภายใต้ยุทธศาสตร์ปี พ.ศ. 2564 - 2565 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ระหว่างผู้รับบริการและผู้ดูแลในด้านการได้รับบริการที่นำเครื่องมือ สื่อ หรือเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาช่วยในการดูแลสุขภาพจิตกับประชาชน ($p = .021$) โดยผู้รับบริการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากเป็นสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 38.2)

การศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติปี พ.ศ. 2560 - 2563 ปัจจัยนำเข้าที่ประสบปัญหาหนักที่สุด

คือ อัตราากำลังบุคลากรยังคงขาดแคลน โดยเฉพาะจิตแพทย์ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ มีการขาดการกระจายจิตแพทย์ไปยังหน่วยต่าง ๆ และบุคลากรประสบภาวะหมดไฟมากขึ้น ในขณะที่ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติปี พ.ศ. 2564 - 2565 บุคลากรสาธารณสุขมีอัตราลาออกสูงขึ้น ยิ่งทำให้ประสบปัญหาขาดแคลนบุคลากรมากขึ้น มีหลายโครงการที่พยายามแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยการเสริมพลังใจควบคู่กับการให้แรงจูงใจกับเจ้าหน้าที่เพื่อลดอัตราการลาออก พบว่าปัจจัยนำเข้าที่ช่วยส่งเสริมยุทธศาสตร์ชาติทั้งสองช่วงเวลา คือ การส่งเสริมองค์ความรู้ให้กับบุคลากรในสังกัดสาธารณสุขและนอกสังกัดอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงกลุ่มเสี่ยงที่มีความหลากหลาย มีการใช้สื่อที่ทันสมัยและมีหลากหลายภาษา มีระดับของการสื่อสารที่สอดคล้องกับประชากรแต่ละกลุ่ม และมีการอบรมฟื้นฟูความรู้ให้กับบุคลากรอยู่เสมอ อย่างไรก็ตามงบประมาณสำหรับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายยังคงไม่เพียงพอในทั้งสองช่วง โดยงบประมาณส่วนใหญ่มาจากสองส่วน ได้แก่ งบประมาณที่ส่งมาจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขโดยตรง และงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมจากแหล่งต่าง ๆ เช่น กองทุนหมู่บ้านและองค์การบริหารส่วนตำบล โดยระยะหลังมีการบูรณาการงบประมาณเพิ่มขึ้น ในด้านสถานที่พบว่าช่วงยุทธศาสตร์ชาติปี พ.ศ. 2560 - 2563 พื้นที่ให้บริการส่วนใหญ่ยังขาดการแบ่งแยกอย่างเป็นสัดส่วน ไม่มีความเป็นส่วนตัวในการให้บริการ แต่ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติปี พ.ศ. 2564 - 2565 มีการแยกสัดส่วนการให้บริการกับผู้รับบริการได้มากขึ้น โดยเน้นการให้บริการแบบ one stop service

3) กระบวนการ (process) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณภาพรวมในด้านกระบวนการ ประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ พบว่า ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติปี พ.ศ. 2560 - 2563 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงและต่ำ โดยผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับมาก ทั้งในด้านการคัดกรอง ชักประวัติ การเผยแพร่ความรู้ และการแก้ไขปัญหาในช่วงการ

แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในขณะที่ผลการวิเคราะห์ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติปี พ.ศ. 2564 - 2565 พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มผู้รับบริการและผู้ดูแลในความพึงพอใจด้านความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการจัดบริการดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสม ($p < .001$)

การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับกระบวนการในด้านการให้บริการ การพัฒนาบุคลากร และความพึงพอใจต่อการรับบริการ พบว่า ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2563 เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมด้านการให้คำปรึกษา การสังเกตสัญญาณเตือน และการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐาน ซึ่งได้นำความรู้ไปอบรมประชาชนพร้อมกับจัดการอบรมเพิ่มพลังจิตใจมากขึ้น ในระยะนี้ได้เริ่มตั้งผู้นำด้านจิตใจและผู้นำศาสนา เข้ามามีส่วนร่วมในโครงการป้องกันการฆ่าตัวตายและมีการทำงานร่วมกับหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงเรียนและชุมชน ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติปี พ.ศ. 2564 - 2565 มีการตั้งภาคชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน ผู้นำจิตวิญญาณ ชุมชนต่าง ๆ อสม. และครอบครัวกลุ่มเสี่ยงเข้ามาร่วมกระบวนการมากขึ้น

4) ผลลัพธ์ (product) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณภาพรวมในด้านผลลัพธ์ ประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริการและการนำไปใช้ พบว่า ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติปี พ.ศ. 2560 - 2563 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงและต่ำ โดยผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่พึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการอยู่ในระดับมาก ทั้งในด้านการได้รับการบริการป้องกันการฆ่าตัวตายได้อย่างสะดวก รวดเร็ว มีขั้นตอนการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างชัดเจน และมีความพึงพอใจต่อการให้คำแนะนำการวิเคราะห์ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติปี พ.ศ. 2564 - 2565 พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้รับบริการและผู้ดูแลในความพึงพอใจด้านการให้บริการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างมีขั้นตอนที่ชัดเจน ($p = .013$) การให้คำปรึกษาแนะนำเพื่อเสริมพลังใจให้ผู้รับบริการมีความหวัง ($p = .023$) และผู้รับบริการสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ในการป้องกันปัญหาฆ่าตัวตายในการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ($p = .024$)

การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับผลของการดำเนินการ และข้อจำกัดของการให้บริการ พบว่า ภายใต้อุทธศาสตร์ชาติ ปี พ.ศ. 2560 - 2563 ยังพบอุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่ การให้บริการด้วยเทคโนโลยียังไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ ทุกกลุ่ม โดยเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ไม่มีสัญญาณและไม่มีเครื่องมือสื่อสาร กลุ่มชายขอบมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายสูง เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน การนำส่งยาและเวชภัณฑ์มีค่าใช้จ่ายมากขึ้น และบริการ การป้องกันการฆ่าตัวตายยังขาดความต่อเนื่อง ในขณะที่ การทำงานภายใต้อุทธศาสตร์ชาติปี พ.ศ. 2564 - 2565 พบว่า มีการรายงานกลับมาในเรื่องการลดการทำร้ายร่างกายตัวเอง มีเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้รับบริการได้รับการยกระดับคุณภาพ ชีวิตมากขึ้น โดยผู้รับบริการได้สะท้อนว่ามีความรู้สึกดีขึ้น การทำร้ายตนเองน้อยลงเพราะคิดถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับ คนรอบข้างมากขึ้น ครอบครัวได้สะท้อนว่ามีการดูแลกลุ่มเสี่ยง มากขึ้นเนื่องจากมีความรู้ด้านการสังเกตและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง ในการฆ่าตัวตาย ทำให้มีอัตราการกลับมาฆ่าตัวตายลดลง

วิจารณ์

การพัฒนางานด้านการป้องกันและแก้ปัญหาการ ฆ่าตัวตายระดับชาติ ภายใต้อุทธศาสตร์ชาติ มีการปรับปรุง อย่างต่อเนื่องตั้งแต่การสร้างต้นแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตาย การสร้างเสริมศักยภาพให้กับบุคลากรและ เครือข่าย การสร้างข้อมูลและองค์ความรู้ร่วมกับการจัดทำ ฐานข้อมูลการฆ่าตัวตาย และการขยายเครือข่ายเพื่อเพิ่ม การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาาร่วมกันจากทุกภาคส่วน ผลการศึกษาในภาพรวมพบว่า ภายใต้อุทธศาสตร์ชาติปี พ.ศ. 2564 - 2565 มีการพัฒนาแผนงานที่สำคัญเพื่อให้การป้องกัน การฆ่าตัวตายมีประสิทธิภาพ สามารถเข้าถึงและครอบคลุม ประชากรทุกกลุ่มมากขึ้น ดังนี้

1) การบูรณาการงานร่วมกันกับเครือข่ายภายนอก กระทรวงสาธารณสุข เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์เข้าร่วมช่วยเหลือดูแลด้านคุณภาพ ชีวิตควบคู่กับสุขภาพจิต และสำนักงานคณะกรรมการ การศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) เข้าร่วมร่วมดูแลนักเรียนกลุ่มเสี่ยง

แม้การดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าเจ้าหน้าที่และบุคลากร สาธารณสุขมีภาวะหมดไฟและมีอัตราการลาออกสูงขึ้น แต่ยังมี การให้ความรู้อย่างต่อเนื่องกับเครือข่าย เช่น ชุมชน วัด และ โรงเรียน เช่น การสร้างครูจิตดีหรือครูที่ทำหน้าที่ดูแลให้ คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตกับนักเรียน และบุคลากรสาธารณสุข ยังมีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษากับโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลและเครือข่ายให้มีความสามารถและเท่าทันต่อ สถานการณ์อยู่เสมอ

2) การสร้างระบบการให้บริการที่มีมาตรฐาน พบว่า แบบประเมินกลุ่มเสี่ยงการฆ่าตัวตายที่ผ่านมายังมีช่องว่าง เรื่องความครอบคลุมต่อกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ได้เป็นโรคซึมเศร้าและ ผู้ให้บริการยังไม่มีความมั่นใจในการนำโปรแกรมมาใช้ในการ พิจารณาผู้รับบริการ จึงได้มีการพัฒนาแบบประเมินแบบ 2Q plus ร่วมกับชุดโปรแกรมที่ครอบคลุมการดูแล รักษา และฟื้นฟู สภาพจิตใจ รวมทั้งการฝึกทักษะที่จำเป็นให้กับผู้ให้บริการ เช่น การฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) ซึ่งเป็นการพัฒนาทั้ง เครื่องมือการประเมินและพัฒนาโปรแกรมที่ครอบคลุมร่วมกับการ พัฒนาทักษะให้กับผู้ให้บริการ โดยปัจจุบันการพัฒนา ยังอยู่ระหว่างการประยุกต์ใช้จริงในพื้นที่และเก็บข้อมูลเพื่อ ประเมินผล

3) การทำงานเชิงรุกในชุมชน มีการทำงานร่วมกับ ครอบครัวเข้ามาเป็นผู้ช่วยดูแลและการมีส่วนร่วมจากพื้นที่ ในการเป็นผู้ค้นหากลุ่มเสี่ยงด้านหน้าและแก้ไขปัญหาเบื้องต้น ทำให้การค้นหาพบกลุ่มเสี่ยงทำได้เร็วและสามารถเข้าช่วยเหลือ ก่อนลงมือฆ่าตัวตายสำเร็จได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เห็นได้จาก ผลการสำรวจในผู้รับบริการและผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่มีความ พึงพอใจในระดับมากต่อการมีความรู้ความสามารถของ เจ้าหน้าที่ในการช่วยเหลือให้คำแนะนำและการจัดบริการดูแล สุขภาพจิตที่เหมาะสม และผลการสัมภาษณ์เชิงลึกที่พบว่า แนวโน้มการฆ่าตัวตายลดลงและผู้รับบริการเห็นคุณค่าใน ตนเองมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตาย สำเร็จส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการรักษา ในทางกลับกันผู้ที่มี ประวัติการเข้ารับการรักษามีแนวโน้มเห็นคุณค่าในตัวเอง สูงขึ้นและมีอัตราการฆ่าตัวตายลดลงต่ำลงหลังเข้ารับบริการ

ตารางที่ 2 ผลการประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายตามกรอบ CIPP model ของกลุ่มตัวอย่างในช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2563 และ พ.ศ. 2564 - 2565

พ.ศ. 2560 – 2563 (n = 236) จำนวน (ร้อยละ)																						พ.ศ. 2564-2565 (n = 227) จำนวน (ร้อยละ)																					
ข้อคำถาม	ผู้รับบริการ										ผู้ดูแล					ผู้รับบริการ										ผู้ดูแล																	
	มาก					น้อย					p-value	มาก					ปานกลาง					น้อย					p-value																
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด																						
ด้านบริบท (ความรู้ความเข้าใจต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตาย)																																											
1. มีการประชาสัมพันธ์ให้ทราบเกี่ยวกับบริการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัยในชุมชน																						16	41	41	21	24	10	37	21	14	11	4.38	16	41	34	25	20	10	29	22	14	16	.955
																						(11.2)	(28.7)	(28.7)	(14.7)	(16.7)	(10.8)	(39.8)	(22.6)	(15.0)	(11.8)	(11.7)	(30.2)	(25.0)	(18.4)	(14.7)	(10.9)	(31.9)	(24.2)	(15.4)	(17.6)		
2. มีการแจ้งมาตรการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน																						19	46	31	32	15	18	31	21	14	9	.568	22	40	33	27	14	15	25	18	15	15	.706
																						(13.3)	(32.1)	(21.7)	(22.4)	(10.5)	(19.4)	(33.3)	(22.6)	(15.0)	(9.7)	(16.2)	(29.4)	(24.3)	(19.8)	(10.3)	(16.5)	(27.4)	(19.8)	(16.5)	(16.5)		
3. ได้รับทราบเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน																						13	36	42	28	24	12	29	29	14	9	.376	10	33	42	30	21	12	19	26	22	12	.641
																						(9.1)	(25.1)	(29.4)	(19.6)	(16.8)	(12.9)	(31.2)	(31.2)	(15.0)	(9.7)	(7.3)	(24.3)	(30.9)	(22.1)	(15.4)	(13.2)	(20.9)	(28.5)	(24.2)	(13.2)		
ด้านปัจจัยนำเข้า (ความพึงพอใจต่อบุคลากร สถานที่ อุปกรณ์)																																											
4. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตมีจำนวนเพียงพอต่อความต้องการในชุมชน																						30	43	45	13	12	16	33	30	8	6	.889	22	48	33	21	12	7	34	22	16	12	.363
																						(21.0)	(30.0)	(31.5)	(9.1)	(8.4)	(17.2)	(35.5)	(32.3)	(8.6)	(6.4)	(16.2)	(35.3)	(24.3)	(15.4)	(8.8)	(7.6)	(37.4)	(24.2)	(17.6)	(13.2)		
5. หน่วยงานที่ท่านได้รับการจัดการสถานที่ที่เหมาะสม (มีจิตเป็นส่วนตัว)																						56	51	28	6	2	27	41	20	4	1	.565	44	53	30	4	5	19	40	23	3	6	.363
																						(39.2)	(35.6)	(19.6)	(4.2)	(1.4)	(29.0)	(44.1)	(21.5)	(4.3)	(1.1)	(32.4)	(39.0)	(22.0)	(2.9)	(3.7)	(20.8)	(44.0)	(25.3)	(3.3)	(6.6)		
6. หน่วยงานที่ท่านใช้บริการมีการนำเครื่องมือ สื่อหรือเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการดูแลสุขภาพจิตประชาชน เช่น Mental Health Check In app																						35	40	42	16	10	23	34	23	9	4	.654	19	52	43	16	6	11	26	30	8	16	.021
																						(24.5)	(27.9)	(29.4)	(11.2)	(7.0)	(24.7)	(36.6)	(24.7)	(9.7)	(4.3)	(14.0)	(38.2)	(31.6)	(11.8)	(4.4)	(12.1)	(28.5)	(33.0)	(8.8)	(17.6)		
ด้านกระบวนการ (ความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่)																																											
7. การคัดกรอง จักประวัติข้อมูลผู้รับบริการหรือญาติด้วยระบบโปรแกรมฯ ที่ทันสมัย																						37	59	31	10	6	25	38	21	4	5	.931	34	64	29	6	3	16	41	18	9	7	.111
																						(25.9)	(41.2)	(21.7)	(7.0)	(4.2)	(26.9)	(40.8)	(22.6)	(4.3)	(5.4)	(25.0)	(47.1)	(21.3)	(4.4)	(2.2)	(17.6)	(45.0)	(19.8)	(9.9)	(7.7)		

ตารางที่ 2 ผลการประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายตามกรอบ CIPP model ของกลุ่มตัวอย่างในช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2563 และ พ.ศ. 2564 - 2565 (ต่อ)

ข้อคำถาม	พ.ศ. 2560 - 2563 (n = 236)										พ.ศ. 2564-2565 (n = 227)									
	ผู้รับบริการ					ผู้ดูแล					ผู้รับบริการ					ผู้ดูแล				
	มาก ที่สุด 5	มาก 4	ปาน กลาง 3	น้อย 2	น้อย ที่สุด 1	มาก ที่สุด 5	มาก 4	ปาน กลาง 3	น้อย 2	น้อย ที่สุด 1	มาก ที่สุด 5	มาก 4	ปาน กลาง 3	น้อย 2	น้อย ที่สุด 1	มาก ที่สุด 5	มาก 4	ปาน กลาง 3	น้อย 2	น้อย ที่สุด 1
ด้านกระบวนการ (ความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่) (ต่อ)																				
8. การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสวัสดิการสังคมต่อการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนอย่างทั่วถึง	33 (23.1)	40 (28.0)	36 (25.1)	23 (16.1)	11 (7.7)	16 (17.2)	35 (37.6)	26 (28.0)	10 (10.8)	6 (6.4)	24 (17.7)	53 (39.0)	38 (27.9)	15 (11.0)	6 (4.4)	12 (13.2)	27 (29.7)	27 (29.7)	12 (13.2)	13 (14.2)
9. เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถในการจัดบริการดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสม	57 (39.9)	56 (39.2)	24 (16.8)	4 (2.8)	2 (1.4)	33 (35.5)	45 (48.4)	12 (12.9)	1 (1.1)	2 (2.1)	50 (36.8)	67 (49.2)	19 (14.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	23 (25.3)	50 (54.9)	7 (7.7)	4 (4.4)	7 (7.7)
10. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้านการแก้ไขปัญหสุขภาพจิตในช่วงการระบาดเชื้อไวรัสโควิด 2019 (COVID-19) ตรงกับความต้องการของท่าน	38 (26.6)	63 (44.0)	29 (20.3)	4 (2.8)	9 (6.3)	22 (23.7)	42 (45.2)	23 (24.7)	4 (4.3)	2 (2.1)	34 (25.0)	63 (46.4)	34 (25.0)	4 (2.9)	1 (0.7)	20 (22.0)	39 (42.9)	23 (25.2)	5 (5.5)	4 (4.4)
ด้านผลลัพธ์ (ความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ)																				
11. ท่านได้รับการเกี่ยวกับการป้องกันตนเองด้วยได้อย่างรวดเร็ว	40 (28.0)	55 (38.4)	30 (21.0)	11 (7.7)	7 (4.9)	21 (22.6)	43 (46.2)	20 (21.5)	5 (5.4)	4 (4.3)	31 (22.8)	66 (48.5)	29 (21.3)	8 (5.9)	2 (1.5)	15 (16.5)	43 (47.2)	21 (23.1)	5 (5.5)	7 (7.7)
12. ท่านได้รับการเกี่ยวกับการป้องกันตนเองด้วยอย่างมีขั้นตอนที่ชัดเจน	46 (32.2)	55 (38.4)	28 (19.6)	10 (7.0)	4 (2.8)	22 (23.6)	42 (45.2)	25 (26.9)	1 (1.1)	3 (3.2)	35 (25.7)	56 (41.2)	37 (27.2)	7 (5.2)	1 (0.7)	13 (14.3)	38 (41.7)	26 (28.6)	6 (6.6)	8 (8.8)
13. การให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตายเพื่อเสริมพลังใจให้ผู้รับบริการมีความหวัง	60 (42.0)	53 (37.0)	23 (16.1)	3 (2.1)	4 (2.8)	36 (38.7)	36 (38.7)	16 (17.2)	2 (2.1)	3 (3.2)	50 (36.8)	55 (40.4)	26 (19.1)	3 (2.2)	2 (1.5)	22 (24.2)	36 (39.5)	20 (22.0)	5 (5.5)	8 (8.8)
ด้านผลลัพธ์ (การนำไปใช้)																				
14. ท่านมีความคิดอยากมีชีวิตอยู่หลังจากได้รับการบริการ เพื่อนำความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพจิตตนเอง	60 (42.0)	54 (37.7)	23 (16.1)	2 (1.4)	4 (2.8)	43 (46.2)	38 (40.9)	11 (11.8)	0 (0.0)	1 (1.1)	48 (35.3)	63 (46.3)	22 (16.2)	3 (2.2)	0 (0.0)	27 (29.7)	41 (45.0)	16 (17.6)	4 (4.4)	3 (3.3)
15. ท่านสามารถนำความรู้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตได้อย่างปลอดภัย	58 (40.5)	59 (41.3)	20 (14.0)	3 (2.1)	3 (2.1)	42 (45.2)	40 (43.0)	10 (10.7)	0 (0.0)	1 (1.1)	41 (30.1)	71 (52.3)	21 (15.4)	3 (2.2)	0 (0.0)	22 (24.2)	43 (47.2)	16 (17.6)	4 (4.4)	6 (6.6)

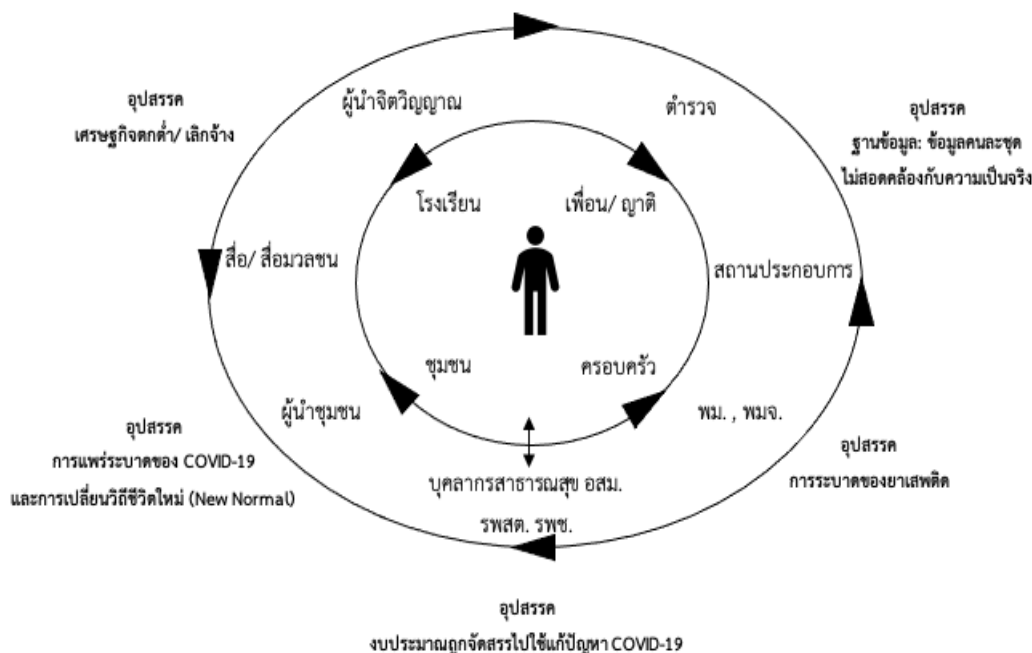
ดังนั้นการจัดให้มีบริการคัดกรองและให้คำปรึกษาเบื้องต้นจะเป็นคำตอบที่ดีสำหรับการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย^๑ นอกจากนี้ยังพบว่า การดำเนินงานมีการทำงานเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่มีแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาศาสนาการณภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาของมหาวิทยาลัยในประเทศไทยปี พ.ศ. 2564 ที่พบว่าเมื่ออัตราสูงถึงร้อยละ 23.3 ซึ่งสูงกว่าอัตราร้อยละ 4 ของประชากรไทยที่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้าตามข้อมูลของ WHO^{๑-11} เนื่องจากความคาดหวังเรื่องการเรียนจากผู้ปกครอง ความกดดันหรือน้อยเนื้อต่ำใจจากความไม่เท่าเทียมด้านการศึกษา ปัญหาภายในครอบครัว การขาดทักษะการจัดการต่อปัญหาที่เผชิญ การถูกกลั่นแกล้งจากในโรงเรียน และความรู้สึกโดดเดี่ยวและภาวะซึมเศร้าจากการใช้โซเชียล¹²⁻¹⁴

4) *การพัฒนาฐานข้อมูลและการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร* โดยเฉพาะการพัฒนานวัตกรรม mobile application SRA ที่บูรณาการข้อมูลการฆ่าตัวตายจาก 3 แหล่งข้อมูล ได้แก่ ทะเบียนมรณะบัตร รายงาน รง.506s และข้อมูลจากการสอบสวนโรค เพื่อประเมินและติดตามการฆ่าตัวตายและนำมาสู่การขึ้นสัญญาณเตือนมายังเจ้าหน้าที่ให้ออกไปช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้ง พร้อมกับแผนการพัฒนารฐานข้อมูลที่รวบรวมเครื่องมือประเมินปัจจัยเสี่ยง 32 ตัวแปรเพื่อใช้ในการให้บริการช่วยเหลือและส่งต่อได้อย่างรวดเร็ว โดยรูปแบบการนำเสนอจะเป็นการประมวลผลรายงาน (business intelligent) ทั้งรูปแบบข้อความและกราฟเพื่อสะท้อนภาพปัญหาการฆ่าตัวตายของประเทศไทยแบบทันที (real time) ซึ่งจะช่วยให้การตัดสินใจเชิงนโยบายทันต่อสถานการณ์และการกำหนดแผนงานและเฝ้าระวังมีความต่อเนื่อง ทั้งนี้ปัจจุบันการพัฒนายังอยู่ระหว่างการเก็บข้อมูลในภาพรวมของประเทศ

สำหรับการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ พบว่ามีรูปแบบการทำงานแบ่งตามระดับความใกล้ชิด โดยวงในครอบคลุมถึงบุคคลใกล้ชิดกับกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน เพื่อนหรือญาติ และชุมชน ซึ่งเป็น

4 หน่วยสำคัญที่เป็นได้ทั้งต้นเหตุการฆ่าตัวตายและเป็นผู้ช่วยเหลือคลี่คลายปัญหา (แผนภาพที่ 1) พบว่าปัญหาคบครัวและสังคมเป็นสาเหตุการฆ่าตัวตายในลำดับต้น ๆ นอกเหนือจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชและการติดสุราสารเสพติด โดยเฉพาะสภาพครอบครัวและสังคมที่มีลักษณะแตกแยกหรืออยู่อย่างโดดเดี่ยว¹⁵ และการทะเลาะกับคนใกล้ชิดและความสัมพันธ์ในครอบครัวทางลบ¹⁶ ดังนั้นทั้ง 4 หน่วยวงด้านในจึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ที่ช่วยสนับสนุนด้านการให้ความรู้ การลดการเกิดโรคในกลุ่มเสี่ยง การลดระยะเวลาของการเป็นโรค การป้องกันการฆ่าตัวตาย และป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรค¹⁷

เมื่อพิจารณาถึงการตอบสนองต่อนโยบายด้านสุขภาพจิตระดับชาติ พบว่า การดำเนินการป้องกันการฆ่าตัวตายสอดคล้องกับยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) ที่กำหนดไว้ 4 ด้าน ได้แก่ *ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัย* มีโครงการดำเนินการด้วยการนำข้อมูลมาวิเคราะห์สาเหตุการฆ่าตัวตายในแต่ละกลุ่มประชากร การให้ความรู้ผ่านสื่อที่ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย การสร้างการมีส่วนร่วมแบบองค์รวม เช่น การฝึกกำลังภาครัฐระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงยุติธรรม และการยกระดับให้หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตเป็นศูนย์กลางที่มีมาตรฐานการให้บริการและทำงานกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้คำปรึกษา รักษา และฟื้นฟูสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย *ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาคุณภาพระบบบริการและวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช* มีการดำเนินโครงการ เช่น การบูรณาการระบบสุขภาพจิตเข้ากับบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยคัดกรองสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่มาใช้บริการรักษาโรค การจัดบริเวณให้บริการสุขภาพจิตแบบ one stop service การสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้วยการจัดหลักสูตรอบรม และการสร้างรูปแบบบริการบำบัดรักษาหลัก (core intervention package) สำหรับผู้ให้บริการ *ยุทธศาสตร์ที่ 3*



แผนภาพที่ 1 รูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่

สร้างความตระหนักและความเข้าใจปัญหาสุขภาพจิต มีการดำเนินโครงการที่พัฒนากระบวนการสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและทันสมัย เช่น สายด่วน แอปพลิเคชัน Line และ Tiktok และการฝึกอบรมการบำบัดโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม และยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล มีการดำเนินการ เช่น การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศที่รวบรวมสถิติจากฐานข้อมูลต่าง ๆ มาบูรณาการข้อมูลเพื่อติดตามแนวโน้มการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการดำเนินการเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของประเทศไทยมีทั้งการกระจายนโยบายจากบนลงล่างและการปฏิบัติจากล่างสู่การพัฒนา ระบบในระดับบน คล้ายคลึงกับการดำเนินการป้องกันการฆ่าตัวตายของประเทศไต้หวัน ที่ได้นำกลยุทธ์การป้องกันการฆ่าตัวตายจากบนลงล่าง เช่น การนำความรู้ที่มีมาคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นและหาแผนรองรับ การพัฒนาศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายให้จัดเตรียมระบบส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต และยังมีการพัฒนายุทธศาสตร์จากล่างขึ้นข้างบน เช่น การส่งเสริมสุขภาพจิตในหลากหลายสถานการณ์โดยอาศัยความร่วมมือจากเครือข่ายโรงเรียนและสื่อมวลชน³

จากผลการศึกษา สามารถวิเคราะห์จุดแข็งและอุปสรรคที่สำคัญของการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติตามยุทธศาสตร์ ดังนี้ จุดแข็งของการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ ได้แก่ บุคลากรมีความรู้ความสามารถ ในการให้บริการกับผู้รับบริการได้ดี มีการอบรมพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีการนำเครื่องมือ สื่อ ที่ทันสมัยเข้ามาช่วยในการทำงาน ทำให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินคัดกรองได้รวดเร็วและสามารถขยายการประเมินไปยังกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น ดังเห็นได้จากผลการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณที่พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการจัดบริการได้อย่างเป็นขั้นตอน และยังพบว่าผู้รับบริการมีแนวโน้มการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพที่พบว่าผู้รับบริการในพื้นที่ที่มีการดำเนินโครงการมีอัตราการฆ่าตัวตายลดลง ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มผู้ให้บริการโดยเฉพาะบุคลากรสาธารณสุขได้สะท้อนว่าการอบรมอย่างต่อเนื่องทำให้มีความรู้และข้อมูลที่ทันสมัย ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการนำมาดูแลประชาชนในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม อุปสรรคของการดำเนินโครงการ ประกอบด้วย 1) สถานการณ์หมดไฟของบุคลากรสาธารณสุขที่สูงมากขึ้นทำให้บุคลากรขาดแคลน 2) สถิติการ

ฆ่าตัวตายในฐานะข้อมูลยังไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นจริง เนื่องจากข้อจำกัดด้านการสอบสวนโรคและเกณฑ์การพิจารณาสาเหตุการฆ่าตัวตาย 3) ผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติด 4) อุปสรรคด้านงบประมาณที่ยังไม่เพียงพอทั้งด้านการให้บริการและการสนับสนุนเจ้าหน้าที่ 5) ผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่ทำให้มีแนวโน้มซึมเศร้ามากขึ้น¹⁸ และ 6) สภาพเศรษฐกิจที่ตกต่ำลง ส่งผลให้มีอัตราการตกงานและหนี้สินเพิ่มขึ้นซึ่งอุปสรรคเหล่านี้ส่งผลให้การดำเนินการยังมีข้อจำกัดในการยกระดับการทำงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับชาติ

สรุป

บริบทการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติที่มุ่งเน้นการลดอัตราการฆ่าตัวตาย มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ ด้านปัจจัยนำเข้ามีการส่งเสริมความรู้ให้กับบุคลากรทั้งภายในและภายนอกสาธารณสุข มีการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อช่วยในการให้บริการและให้ความรู้ผ่านหลากหลายช่องทาง ด้านกระบวนการมีการทำงานขับเคลื่อนที่มีรูปแบบการทำงานที่ชัดเจนมากขึ้น การกำหนดบทบาทการทำงานของแต่ละภาคส่วน และการนำผู้รับผิดชอบในพื้นที่หรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเสี่ยงโดยตรงมาดูแลร่วมกันด้านผลลัพธ์พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้รับบริการลดต่ำลงอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามรูปแบบที่ต้องมีการดำเนินการต่อไปในอนาคต ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง การสร้างฐานข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือเป็นมาตรฐาน การพัฒนาระบบการให้บริการเชิงรุกที่ทำให้กลุ่มเสี่ยงสามารถเข้ารับบริการได้สะดวก การสร้างเครื่องมือคัดกรองและตามติดจุดเสี่ยงเพื่อป้องกันก่อนเกิดเหตุ และการเสริมสร้างความรู้ให้ผู้ใกล้ชิดหรือประชาชนทั่วไปสามารถรับรู้สัญญาณเตือนและให้การช่วยเหลือทางจิตใจเบื้องต้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ประจำปีงบประมาณ 2564

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานอัตราการฆ่าตัวตาย แยกตามรายปี [Suicide Rate Report by year] [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ธ.ค. 2565]. จาก: https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp?ndead=2
2. กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการฆ่าตัวตายสำเร็จ จากใบมรณบัตร ปี พ.ศ. 2564 [Summarize of successful suicides reports from death certificates 2021] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวง; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ธ.ค. 2565]. จาก: <https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/download/view.asp?id=25>
3. จรรย์รักษ์ มิ่งขันธ์, สุวรรณ โคะวินทวีวัฒน์, อรรถพล แซ่มสุวรรณ. สถานการณ์และวิธีการฆ่าตัวตายที่สัมพันธ์กับเพศ-ช่วงอายุ-ภูมิภาคในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555 - 2559 [The suicide situation and methods in relation to gender-age-region in Thailand in 2012 - 2016]. วารสารวิชาการอาชีวศึกษาและนิติวิทยาศาสตร์. 2564;7(2): 90-107.
4. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019 global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021.
5. สำนักข่าวอิศรา. ส่องยุทธศาสตร์นานาชาติรับมือ “ฆ่าตัวตาย” พุ่งสูงยุคโควิด [Shining international strategies dealing with ‘suicide’ soaring in the COVID era] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนัก; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ธ.ค. 2565]. จาก: <https://www.isranews.org/article/isranews-scoop/100316-isranews-health-2.html>
6. กรมสุขภาพจิต. ยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ปี พ.ศ. 2564 - 2565 [National suicide prevention strategy year 2021-2022] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ธ.ค. 2565]. จาก: <https://suicide.dmh.go.th/download/files/แผนยุทธศาสตร์เล่มขาววันที่7.1.64.pdf>
7. Creswell JW. Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches. 4th ed. Thousand Oaks, CA: SAGE publications; 2014.

8. สถิต วงศ์สุรประภิต, สมพร สันติประสิทธิ์กุล. สถานการณ์โรคซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงโดยการตรวจคัดกรองในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย [Situation of depression in pre-screened risk groups in muang district, Chiang Rai province]. วารสารสภาการพยาบาล. 2555;27(3): 91-105.
9. หวนธน บุญลือ, ธีราพร สุภาพันธุ์, น้องเล็ก คุณวรดิศย์, สุทธาสินี สุวรรณกุล, อุไรวรรณ อกนิษฐ์, ทิภาดา สามสีทอง. การคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี [Depression risk screening among students at Ubon Ratchathani university]. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2565;5(2):114-24.
10. World Health Organization. Depression let's talk online [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2022 Dec 25]. Available from: http://www.thaidepression.com/www/who_depress/km_depress.pdf
11. อธิชาติ โรจนะหัสติน, จันทิมา อังคพณิชกิจ. สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยไทย [Depression situation for Thai university students]. วารสารเทคโนโลยีสุรนารี. 2565;15(1):61-87.
12. สุรัชย์ เฉนิยง, ปาริชาติ เมืองขวา, กมลนัฏ คล่องดี. การรับรู้ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายและครูเกี่ยวกับสาเหตุและการป้องกันการฆ่าตัวตายในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม [Students and teachers' perception on cause and suicide prevention at secondary school in Nakhon Phanom province]. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2564;37(1): 38-50.
13. อังคณา ศิริอำพันธ์กุล. ภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมการใช้สื่อโซเชียล [Depression and social media behavior]. วารสารปัญญาภิวัฒน์. 2561;10(ฉบับพิเศษ):327-37.
14. van den Eijnden RJ, Meerkerk GJ, Vermulst AA, Spijkerman R, Engels RC. Online communication, compulsive internet use, and psychosocial well-being among adolescents: a longitudinal study. Dev Psychol. 2008;44(3):655-65. doi:10.1037/0012-1649.44.3.655.
15. กิตติวัฒน์ กันทะ, ช่อผกา แสนคำมา, ศศิธร กันทะ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย อำเภอจุน จังหวัดพะเยา [Factors related to suicide in Chun district Phayao province]. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก. 2562;6(1):16-23.
16. วราภรณ์ ประทีปธีรานันต์. อัตราการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี [The rate of suicide and factors related to suicidal behavior at Chaophayayommarat hospital Suphanburi province]. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2557;28(3):90-103.
17. Kongsuk T, Supanya S, Kenbubpha K, Phimtra S, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Services for depression and suicide in Thailand. WHO southeast Asia J Public Health. 2017;6(1):34-8. doi:10.4103/2224-3151.206162.
18. ณัฐพล ปัญญา, สุพล การกล้า. การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าแจ้งเตือนออนไลน์บนมือถือร่วมกับการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่กักตัวในบ้าน ตำบลขุหลุ อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี [The development of depression screening online notification form on mobile phone with home quarantine surveillance, Khulu-subdistrict, Trakarnpueatpon district, Ubonratchathani]. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2563;3(3):210-8.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคโควิด 19 ในผู้ป่วยที่ได้รับยาจิตเวช

วันรับ : 1 กุมภาพันธ์ 2566
วันแก้ไข : 24 มีนาคม 2566
วันตอบรับ : 25 มีนาคม 2566

ศิริพงศ์ บุญจันทร์, ภ.บ., พงศ์ลดา ชื่นชูจิตร์, พ.บ.,
ณัฐยานันท์ ไหมสกุล, ภ.บ.
โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนกนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : ศึกษาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคโควิด 19 ร่วมกับยาจิตเวช

วิธีการ : ศึกษาข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับยารักษาโรคโควิด 19 จากเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนกนครินทร์ กรกฎาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2564 เก็บข้อมูลการส่งยา ผลทางห้องปฏิบัติการ และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ตรวจสอบยาที่น่าจะเป็นสาเหตุด้วย Naranjo's algorithm วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์และการใช้ยาด้วยสถิติ Fisher's exact test

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 23 คน เป็นเพศชายทั้งหมด อายุเฉลี่ย 33.39 ± 8.23 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทร้อยละ 78.3 ความรุนแรงของโรคโควิด 19 ระดับน้อยร้อยละ 65.2 ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโควิด 19 ด้วย favipiravir (3,600 มก. ต่อวัน ในวันแรก และ 1,600 มก. ต่อวันในวันที่ 2 - 10) ร่วมกับ lopinavir/ritonavir และ dexamethasone อาการไม่พึงประสงค์จากยา ได้แก่ tremor 2 เหตุการณ์ และ hyperglycemia, fatigue, dystonia, tachycardia และ diarrhea อย่างละ 1 เหตุการณ์ พบค่าการทำงานของตับ (AST และ ALT) สูงขึ้นจากค่าพื้นฐานประมาณ 2 เท่าในผู้ที่ได้รับ favipiravir + lopinavir/ritonavir + dexamethasone พบความสัมพันธ์ระหว่างคู่อันตรกิริยาระหว่างยากับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ระหว่าง dexamethasone กับการเกิด hyperglycemia ($p = .043$) และพบแนวโน้มความสัมพันธ์ระหว่าง lopinavir/ritonavir + haloperidol กับการเกิด tremor ($p = .087$)

สรุป : อาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาด้วยยารักษาโรคโควิด 19 ร่วมกับยาจิตเวทยังพบไม่บ่อยและส่วนใหญ่ไม่รุนแรง อย่างไรก็ตามผู้ที่ได้รับยาทั้งสองกลุ่มร่วมกันควรได้รับเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา โดยเฉพาะ extrapyramidal symptoms รวมถึงการติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ

คำสำคัญ : โควิด 19, ยาจิตเวช, ยารักษาโรคโควิด 19, อันตรกิริยาทางยา, อาการไม่พึงประสงค์จากยา

ติดต่อผู้นิพนธ์ : ณัฐยานันท์ ไหมสกุล; e-mail: may.maisakun@gmail.com

Original articles

Adverse drug reaction associated with COVID-19 management in patients receiving psychotropic medications

Received : 1 February 2023

Revised : 24 March 2023

Accepted : 25 March 2023

Siriphong Boonchan, Pharm.D., Ponglada Chuenchojit, M.D.,

Natthaya Maisakun, Pharm.D.

Nakhon Sawan Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Department of Mental Health

Abstract

Objective: To study the adverse drug reactions in patients treated with psychotropic and COVID-19 medications.

Methods: A retrospective observational study was conducted among patients receiving psychotropic and COVID-19 medications in Nakhon Sawan Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Electronic medical records from July to August 2021 were reviewed to assess drug prescription patterns, laboratory tests, and the occurrence of adverse drug reactions. Causative drugs and drug interactions were identified by using Naranjo's algorithm. Relationships between adverse drug reactions and medications were assessed by using Fisher's exact test.

Results: The participants (n = 23) were all male with a mean of age 33.39 ± 8.23 years. Most were diagnosed with schizophrenia (78.3%) and had mild COVID-19 illness (65.2%). The most common COVID-19 prescription was favipiravir (3,600 mg/day on day 1 followed by 1,600 mg/day on days 2 - 10) in combination with lopinavir/ritonavir and dexamethasone. Adverse drug reactions were identified, including two occurrences of tremor and one occurrence of hyperglycemia, fatigue, dystonia, tachycardia, and diarrhea. Hepatic enzymes (AST and ALT) were found to elevate approximately two folds of the baseline in those receiving favipiravir + lopinavir/ritonavir + dexamethasone. Significant association between dexamethasone and hyperglycemia ($p = .043$) and trend of association between lopinavir/ritonavir + haloperidol and tremor ($p = .087$) were found.

Conclusion: Although adverse drug reactions in patients treating with COVID-19 and psychotropic medications are not frequent and mostly non-serious, such patients should receive monitoring for these reactions, particularly extrapyramidal symptoms, and laboratory tests.

Keywords: adverse drug reaction, COVID-19, COVID-19 medication, drug interaction, psychotropic medication

Corresponding author: Natthaya Maisakun; e-mail: may.maisakun@gmail.com

ความรู้เดิม : การศึกษาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (ADR) จากการรักษาโควิด 19 ในผู้ป่วยที่ได้รับยาจิตเวชในประเทศไทยยังพบน้อย

ความรู้ใหม่ : เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่พบในจากผู้ป่วยที่ได้รับยาจิตเวชร่วมกับยารักษาโควิด 19 ได้แก่ tremor, tachycardia, diarrhea และ dystonia ซึ่งจัดเป็น non-serious ADR และ hyperglycemia ซึ่งเป็น serious ADR และพบความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับ dexamethasone กับเกิด hyperglycemia และแนวโน้มความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับ lopinavir/ritonavir + haloperidol กับเกิด tremor

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : พัฒนาแนวทางการรักษาโควิด 19 และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยจิตเวช

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) เป็นโรคระบาดอุบัติใหม่ที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัส severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ทำให้ร่างกายหลั่งสารกระตุ้นการอักเสบ (pro-inflammatory cytokines) เช่น IL-1, IL-2, IL-6, TNF-alpha และ TNF-beta จนเกิดภาวะ cytokine storm^{1,2} ซึ่งมีผลลดระดับสารสื่อประสาท serotonin, norepinephrine และ dopamine³ นอกจากนี้ cortisol ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่หลั่งจาก pituitary adrenal gland อาจถูกกระตุ้นจากภาวะเครียดที่เกี่ยวข้องกับการแพร่ระบาดของโรค เช่น การกักตัวติดเชื้อ โดยเฉพาะในช่วงแรกที่ไม่มียาที่ใช้รักษาเฉพาะและวัคซีนป้องกันโรค ส่งผลให้จำนวนผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมทางกาย อีกทั้งมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดทำให้ผู้คนที่ต้องเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตและส่งผลกระทบ เช่น การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดและการสูญเสียรายได้ ซึ่งการหลั่งของ cortisol มีผลทำให้การสร้างเซลล์ประสาทที่บริเวณ hippocampus ลดลง การเปลี่ยนแปลงของสารเหล่านี้ อาจส่งผลให้ปัญหาสุขภาพจิต เช่น อาการวิตกกังวล ซึมเศร้า มาเนีย และโรคจิตกำเริบ³ ในทางกลับกัน ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (schizophrenia) มีความเสี่ยงเป็น

โรคโควิด 19 ถึง 7.34 เท่า (95% CI = 6.65 - 8.10) เมื่อเทียบกับคนทั่วไป⁴ เนื่องจากความบกพร่องส่งผลต่อการเข้าสังคมและการดำเนินชีวิตประจำวัน อีกทั้งผู้ป่วยจิตเวชมีอัตราการเสียชีวิตและความรุนแรงของโรคโควิด 19 สูงกว่าคนทั่วไปทั้งจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจ⁴

ช่วงแรกของการระบาดยังไม่มีแนวทางการรักษาที่แน่ชัด⁵ แนวทางการใช้ยาในแต่ละประเทศอาจขึ้นอยู่กับการเข้าถึงยา ความรุนแรงของการแพร่ระบาด และการกลายพันธุ์ของเชื้อที่มีผลต่ออาการของโรค โดยยาที่นิยมนำมาใช้รักษา ได้แก่ favipiravir, lopinavir/ritonavir, chloroquine และ remdesivir ในช่วงดังกล่าวประเทศไทยมีการใช้ favipiravir และ lopinavir/ritonavir เป็นทางเลือกแรก เนื่องจากเป็นยาแบบเม็ด สะดวกต่อการขนย้ายและการบริหารยา นอกจากนี้มีการใช้ยากลุ่ม systemic corticosteroid และยาปฏิชีวนะในการรักษาภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคปอดอักเสบ

การรักษาโรคโควิด 19 ในผู้ที่โรคจิตเวชซึ่งมักทำให้ได้รับยาหลายรายการเพิ่มโอกาสการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (drug interaction) เนื่องจาก lopinavir/ritonavir อาจเพิ่มระดับยาจิตเวช โดยเฉพาะ haloperidol, risperidone, paliperidone, perphenazine, quetiapine และ lurasidone เนื่องจาก ritonavir มีคุณสมบัติยับยั้งเอนไซม์ cytochrome p450 (CYP3A และ CYP2D6) ที่มีบทบาทสำคัญในกระบวนการเปลี่ยนแปลงยาจิตเวช ทำให้อาจเพิ่มฤทธิ์ยาจิตเวช (synergism) โดยเพิ่มระดับยาในเลือดและส่งผลเพิ่มอาการไม่พึงประสงค์จากยาจิตเวช เช่น extrapyramidal symptoms (EPS) เรียกว่าปฏิกิริยาต่อกันของยาทางเภสัชจลนศาสตร์ (pharmacokinetic drug interaction)⁶⁻⁸

สำหรับประเทศไทยมีฐานข้อมูลการรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ favipiravir ในปี พ.ศ. 2563 - 2565 โดยศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพพบว่าเกิดในระบบผิวหนังมากที่สุด รองลงมาคือระบบทางเดินอาหาร⁹ และพบอาการปวดศีรษะในการรักษาด้วย favipiravir ในผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่มีอาการไม่รุนแรงถึงปานกลาง¹⁰ ทั้งนี้การศึกษาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

โควิด 19 ในผู้ป่วยที่ได้รับยาจิตเวชในประเทศไทยยังพบน้อย ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโควิด 19 ในผู้ป่วยที่ได้รับยาจิตเวชร่วมด้วย และความสัมพันธ์ระหว่างคู่อันตรกิริยาระหว่างยากับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา

วิธีการ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนและระบบ HOSxP ของโรงพยาบาลจิตเวช นครสวรรค์ราชชนกรินทร์ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 2564 การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนกรินทร์ เอกสารรับรองเลขที่ 2/2564 วันที่ 17 พฤศจิกายน 2564

กลุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกในช่วงเวลาที่ศึกษา โดยเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10 code; F00-F99) และโรคโควิด 19 จากการเก็บตัวอย่างส่งตรวจหาเชื้อ SARs-CoV-2 โดยวิธี RT-PCR และ 2) ได้รับยาจิตเวชและยารักษาโควิด 19 กลุ่มต้านไวรัส (antiviral) และ/หรือ systemic corticosteroid เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ถูกส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลต้นสังกัดหรือโรงพยาบาลอื่น หลังถูกวินิจฉัยเป็นโควิด 19

นิยามเชิงปฏิบัติการ

อาการไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction: ADR) หมายถึง ปฏิกิริยาตอบสนองต่อยาที่เป็นอันตรายแก่ร่างกาย ที่เกิดขึ้นเองเมื่อใช้ยาในขนาดปกติเพื่อป้องกัน วินิจฉัย บรรเทา หรือบำบัดรักษาโรค หรือเพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขการทำงานของอวัยวะในร่างกาย แต่ไม่รวมถึงการใช้ยาในขนาดสูงทั้งโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ หรือจากการใช้ยาไปในทางที่ผิด โดยสามารถแบ่งเป็น 1) อาการไม่พึงประสงค์จากยา type A (augmented) หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์จากยาที่เกิดจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา จึงสามารถทำนายล่วงหน้าได้ โดยระดับความรุนแรงของอาการแปรผัน

ตามขนาดยาและการตอบสนองของแต่ละบุคคล และ 2) อาการไม่พึงประสงค์จากยา type B (bizarre) หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ไม่สามารถทำนายได้ล่วงหน้าจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยาเมื่อใช้ขนาดยาปกติ อาจเกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันหรือไม่ก็ได้ โดยระดับความรุนแรงของอาการมักรุนแรงเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

สำหรับระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์จากยา การศึกษานี้ใช้นิยามที่กำหนดโดยศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากระทรวงสาธารณสุข ดังนี้ อาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ร้ายแรง (serious ADR) หมายถึง อาการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ ได้แก่ 1) เสียชีวิต 2) อันตรายถึงชีวิต 3) ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือเพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลให้นานขึ้น 4) พิการ 5) เกิดความผิดปกติแต่กำเนิด และ 6) อาการไม่พึงประสงค์จากยานั้นรบกวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่หากอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นไม่เข้าหลักเกณฑ์ 6 ข้อข้างต้นให้จัดว่าเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ไม่ร้ายแรง (non-serious ADR)¹¹

เครื่องมือ

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ น้ำหนัก อายุ สิทธิการรักษา ประวัติการใช้สารเสพติด บุหรี่ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ประวัติโรคทางจิตเวช โรคร่วมทางกาย และยาที่ใช้รักษา

2) แบบประเมินความรุนแรงอาการทางจิต (clinical global impression-severity: CGI-S)¹² แบ่งออกเป็น 7 ระดับ ได้แก่ 1 = ปกติ (normal), 2 = แพบไม่พบอาการ (borderline), 3 = เล็กน้อย รู้สึกไม่สบายใจ ไม่มีผลต่อ function ที่เป็นอยู่ (mildly), 4 = ปานกลาง รู้สึกไม่สบายใจแต่พอทนได้ เกิดผลกระทบต่องาน หรือสัมพันธ์ภาพเล็กน้อย (moderately), 5 = เด่นชัด รู้สึกทุกข์ใจอย่างมาก ทำให้นานเสียหายชัดเจน หรือเสียสัมพันธ์ภาพ (markedly), 6 = รุนแรง รู้สึกทุกข์ใจอย่างมาก เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว วุ่นวาย ความคิดฆ่าตัวตาย หรือกิจวัตรส่วนตัวบกพร่อง (severely) และ 7 = รุนแรงที่สุด จนควบคุมไม่ได้ (extremely)

3) แบบประเมินความรุนแรงอาการทางคลินิกโรคโควิด 19¹³ แบ่งเป็น 1) ผู้ป่วยสีเขียว (mild illness) คือ มีอาการน้อย เช่น ไข้ (อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป) ไอ เจ็บคอ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส แต่ไม่มีอาการหายใจลำบากหรือหายใจถี่ 2) ผู้ป่วยสีเหลือง (moderate illness) คือ มีความผิดปกติในภาพรังสีทรวงอกและระดับออกซิเจนในเลือด $\geq$ ร้อยละ 94 3) ผู้ป่วยสีแดง (severe illness) คือ มีอาการเหนื่อยหอบ หายใจเร็ว (≥ 30 /นาที) ระดับออกซิเจนในเลือดน้อยกว่าร้อยละ 94 อัตราส่วนของ arterial oxygen partial pressure (PaO₂) ต่อ fractional inspired oxygen (FiO₂) น้อยกว่า 300 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ lung infiltrate มากกว่าร้อยละ 50 ภายใน 24 - 48 ชั่วโมง และ 4) ผู้ป่วยสีแดงเข้ม (critical illness) คือ มีระบบหายใจล้มเหลว ภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และ/หรือการทำงานของอวัยวะล้มเหลว

4) แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากยาใช้เกณฑ์ Naranjo's algorithm¹⁴ ประกอบด้วยข้อคำถามในการหาความสัมพันธ์ระหว่างอาการไม่พึงประสงค์กับยาที่สงสัย จำนวน 10 ข้อ จากการซักประวัติอาการก่อนและหลังใช้ยาที่สงสัย หลักฐานทางวิชาการในการเกิด รวมถึงผลการวัดระดับยาในเลือดและการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างขนาดยาการเกิดอาการ โดยมีคำตอบ 3 แบบ ได้แก่ ใช่ (-1 ถึง 2 คะแนน) ไม่ใช่ (-1 ถึง 2 คะแนน) และไม่ทราบ (0 คะแนน) การแปลผลคะแนนรวม มากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน หมายถึง ใ้แน่ (definite) 5 - 8 คะแนน หมายถึง น่าจะใช้ (probable) 1 - 4 คะแนน หมายถึง อาจจะใช่ (possible) และน้อยกว่าหรือเท่ากับ 0 คะแนน หมายถึง น่าสงสัย (doubtful) เป็นการประเมินด้วยวิธีอัลกอริทึม (algorithm) ซึ่งมีความจำเพาะ (specificity) ในการประเมินสูงแต่มีความไว (sensitivity) ต่ำ¹⁵

5) แบบบันทึกผลทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ PaO₂, WBC, neutrophil count, lymphocyte count, alanine aminotransferase (AST), bilirubin, alkaline phosphatase (ALT), creatinine, eGFR และ BUN

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลมาตรฐานบัญญัติ (nominal scale) และมาตราเรียงลำดับ (ordinal scale) โดยการแจกแจงความถี่เป็นจำนวนและร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลมาตราอันตรภาค (interval scale) และมาตราอัตราส่วน (ratio scale) โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และทดสอบความสัมพันธ์เชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางระหว่างคู่อันตรกิริยาระหว่างยากับอาการไม่พึงประสงค์จากยาด้วยสถิติ Fisher's exact test

ผล

กลุ่มตัวอย่าง 23 คน ทั้งหมดเป็นเพศชาย ช่วงอายุ 19 - 52 ปี อายุเฉลี่ย 33.39 ± 8.07 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท 13 คน (ร้อยละ 56.5) โรคจิตเภทและใช้สารเสพติด 5 คน (ร้อยละ 21.7) มีโรคร่วมทางกาย 3 คน (ร้อยละ 13.0) สูบบุหรี่ 7 คน (ร้อยละ 30.43) ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 12 คน (ร้อยละ 52.2) ใช้แอมเฟตามีน 9 คน (ร้อยละ 39.1) ใช้แอมเฟตามีนและกัญชา 3 คน (ร้อยละ 13.0) มีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตขณะติดเชื้อโควิด 19 ระดับ mildly ill 22 คน (ร้อยละ 95.7) และ markedly ill 1 คน (ร้อยละ 4.4) อาการของโรคโควิด 19 ที่พบมาก ได้แก่ ไข้ (ร้อยละ 100) เจ็บคอ (ร้อยละ 69.6) ไอ/มีเสมหะ (ร้อยละ 73.9) และปวดศีรษะ (ร้อยละ 34.8) มีระดับความรุนแรงโรคโควิด 19 เป็นสีเขียว 15 คน (ร้อยละ 65.2) และสีเหลือง 8 คน (ร้อยละ 34.8) ดังแสดงในตารางที่ 1

การรักษาโรคโควิด 19 แบ่งตามความรุนแรง ดังนี้ กลุ่มสีเขียว 15 คน ได้รับ favipiravir 5 คน favipiravir + lopinavir/ritonavir + dexamethasone รูปแบบกิน 10 คน กลุ่มสีเหลือง 8 คน ได้รับยา favipiravir + lopinavir/ritonavir + dexamethasone รูปแบบกิน 7 คน favipiravir + lopinavir/ritonavir + dexamethasone รูปแบบกินและฉีด 1 คน โดยมีขนาดยาและการรักษาอาการทางจิตดังตารางที่ 2 ระหว่างการรักษาจนครบพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนมีอาการดีขึ้น แต่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยหายใจ 5 คน เป็นกลุ่มสีเขียว 2 คน (O₂ canular 1 คนและ O₂ mask with bag 1 คน) และ

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง (n = 23)

	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	23 (100.0)
อายุ	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	33.39 $\pm$ 8.23
ค่ากลาง	32
ค่าพิสัย	19 - 52
น้ำหนัก	
< 90 กก.	20 (87.0)
$\geq$ 90 กก.	3 (13.0)
การวินิจฉัยโรค	
schizophrenia	13 (56.5)
schizophrenia and substance use disorder	2 (8.7)
schizophrenia and amphetamine use disorder	2 (8.7)
schizophrenia and alcohol use disorder	1 (4.4)
substance induced psychotic disorder	1 (4.4)
amphetamine use disorder	1 (4.4)
unspecified mental retardation	1 (4.4)
mood disorder	1 (4.4)
organic psychosis	1 (4.4)
สิทธิการรักษา	
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	13 (56.5)
บัตรถ้วนหน้าบุคคลผู้พิการ	6 (26.0)
บัตรถ้วนหน้าผู้มีรายได้น้อย	2 (8.7)
สิทธิเบิกกองทุนประกันสังคม	1 (4.4)
ชำระเงินเอง	1 (4.4)
โรคร่วมทางกาย	
โรคความดันโลหิตสูง	1 (4.4)
โรคหอบหืด	2 (8.7)
ประวัติการใช้สารเสพติด	
สุบบุหรี	7 (30.4)
เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	12 (52.2)
amphetamine และ cannabis	3 (13.0)
amphetamine	9 (39.1)
อาการของโรคโควิด 19	
ไข้ ($\geq$ 37.5 องศาเซลเซียส)	23 (100.0)
เจ็บคอ	16 (69.6)
ไอ/มีเสมหะ	17 (73.9)
ปวดศีรษะ	8 (34.8)
เพลีย/ไม่มีแรง	5 (21.7)
น้ำมูกไหล	3 (13.0)
คัดจมูก	3 (13.0)
ปวดเมื่อยตัว	2 (8.7)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง (n = 23) (ต่อ)

	จำนวน (ร้อยละ)
อาการของโรคโควิด 19 (ต่อ)	
หายใจลำบาก	1 (4.4)
จมูกไม่ได้กลิ่น	1 (4.4)
ถ่ายเหลว	1 (4.4)
คลื่นไส้/อาเจียน	1 (4.4)
อาการทางจิต	
mildly ill	22 (95.6)
markedly ill	1 (4.4)
สัญญาณชีพ	
heart rate; mean $\pm$ SD (min - max)	88.38 $\pm$ 8.47 (66 - 120)
respiratory rate; mean $\pm$ SD (min - max)	20 $\pm$ 0 (18 - 22)
blood pressure; mean $\pm$ SD (min - max)	114.48/75.21 $\pm$ 11.87/8.10 (95 - 145/65 - 95)
O ₂ saturation; mean $\pm$ SD (min - max)	97.24 $\pm$ 1.76 (92 - 100)
ความรุนแรงของโรคโควิด 19	
ผู้ป่วยสีเขียว (mild illness)	15 (65.2)
ผู้ป่วยสีเหลือง (moderate illness)	8 (34.8)

ตารางที่ 2 ข้อมูลการรักษาโควิด 19 และโรคทางจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง (n = 23)

	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)
favipiravir	23 (100.0)
favipiravir 3600 mg/day (day 1) 1600 mg/day (day 2 - 15)	1 (4.4)
favipiravir 3600 mg/day (day 1) 1600 mg/day (day 2 - 10)	20 (87.0)
favipiravir 3600 mg/day (day 1) 1600 mg/day (day 2 - 5)	2 (8.7)
lopinavir/ritonavir	17 (73.8)
lopinavir/ritonavir 800/200 mg/day (15 days)	1 (4.4)
lopinavir/ritonavir 800/200 mg/day (10 days)	15 (65.2)
lopinavir/ritonavir 800/200 mg/day (5 days)	1 (4.4)
corticosteroid	17 (73.8)
dexamethasone 8 mg/day (10 days)	14 (60.9)
dexamethasone 8 mg/day (7 days)	1 (4.4)
dexamethasone 8 mg/day (5 days)	1 (4.4)
dexamethasone 8 mg/day (9 days) และ dexamethasone (4) iv q 6 hr. (5 days)	1 (4.4)
antipsychotics	23 (100.0)
haloperidol decanoate (50 mg/month) + risperidone (4 - 6 mg/day)	4 (17.4)
risperidone (1 - 6 mg/day)	4 (17.4)
fluphenazine decanoate (25 - 50 mg/month) + risperidone (4 - 6 mg/day)	3 (13.0)
fluphenazine decanoate (25 mg/month) + perphenazine (32 - 48 mg/day)	2 (8.7)
chlorpromazine (50 - 100 mg/day) + haloperidol (15 - 20 mg/day) + risperidone (4 - 8 mg/day)	2 (8.7)

ตารางที่ 2 ข้อมูลการรักษาโควิด 19 และโรคทางจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง (n = 23) (ต่อ)

	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)
antipsychotics (ต่อ)	23 (100.0)
clozapine (125 - 150 mg/day)	2 (8.7)
other	6 (26.1)
anticholinergics	22 (95.6)
mood stabilizers	10 (43.5)
benzodiazepines	19 (82.6)
antidepressants	6 (26.1)

กลุ่มสีเหลือง 3 คน (O₂ canular 1 คนและ O₂ mask with bag 2 คน) เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ปอดบวม 8 คน (ร้อยละ 34.8) และอาการวิตกกังวล 11 คน (ร้อยละ 47.8)

พบการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ดังนี้ เกิด tremor 2 เหตุการณ์ในผู้ได้รับ lopinavir/ritonavir + risperidone และ lopinavir/ritonavir + haloperidol เกิด dystonia 1 เหตุการณ์ในผู้ได้รับ lopinavir/ritonavir + risperidone เกิด tachycardia 1 เหตุการณ์ในผู้ได้รับ lopinavir/ritonavir + clozapine เกิด diarrhea 2 เหตุการณ์ในผู้ได้รับ lopinavir/ritonavir + favipiravir และเกิด hyperglycemia 1 เหตุการณ์ในผู้ได้รับ dexamethasone ส่วนใหญ่เป็นอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ไม่ร้ายแรง ยกเว้น hyperglycemia ที่จัดเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ร้ายแรงเนื่องจากผู้ป่วยต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการไม่พึงประสงค์กับการได้รับยาโดยใช้สถิติ Fisher's exact test พบความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับ dexamethasone กับการเกิด hyperglycemia ($p = .043$) และแนวโน้มความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับ lopinavir/ritonavir + haloperidol กับการเกิด tremor ($p = .087$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ผลตรวจติดตามทางห้องปฏิบัติการหลังผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา 1 สัปดาห์ (ตารางที่ 4) พบว่า ค่า AST และ ALT มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากค่าพื้นฐานโดยผู้ที่ได้รับ favipiravir + lopinavir/ritonavir + dexamethasone

ทั้งหมด 17 คน ได้รับการตรวจ 14 คน พบว่าค่า AST และ ALT สูงกว่าค่าปกติ 6 คน ค่า ALT สูงกว่าค่าปกติ 1 คน ส่วนผู้ที่ได้รับ favipiravir อย่างเดียว 5 คน ได้รับการตรวจ 2 คน พบว่า ค่า AST และ ALT สูงกว่าค่าปกติ 1 คน ค่า ALT สูงกว่าค่าปกติ 1 คน

วิจารณ์

การศึกษาอาการไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโควิด 19 ร่วมกับยารักษาโรคจิตเวชในกลุ่มตัวอย่าง 23 คน พบความสัมพันธ์ระหว่าง hyperglycemia กับการได้รับ dexamethasone รูปแบบกินร่วมกับฉีด ($p = .043$) โดยพบหลังจากได้รับยาฉีด 7.5 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่ได้รับ dexamethasone แบบฉีดร่วมด้วยมีแนวโน้มเกิด hyperglycemia มากกว่าแบบกินอย่างเดียว เนื่องจากเป็น glucocorticoid ชนิดออกฤทธิ์ยาว มีความเข้มข้นสูงสุดในพลาสมา 60 - 120 นาที ระยะเวลาเกิดผล hyperglycemia 8 ชั่วโมง¹⁸ การทบทวนวรรณกรรมของ Chen และคณะ¹⁹ พบว่า dexamethasone อาจกระตุ้น peroxisome proliferator activated receptor (PPAR) ทำให้มีการสร้างกลูโคสเพิ่มมากขึ้น เพิ่มระดับกรดไขมันอิสระ ซึ่งสามารถกระตุ้นภาวะดื้ออินซูลิน (insulin resistance) และกระตุ้น Kruppel-like factor 9 ซึ่งมีบทบาทสำคัญในกระบวนการสังเคราะห์กลูโคสในเซลล์ตับ การศึกษานี้ยังพบแนวโน้มความสัมพันธ์ระหว่าง tremor กับการได้ lopinavir/ritonavir + haloperidol ($p = .087$) อาจเนื่องจาก lopinavir ถูกเปลี่ยนแปลงผ่านเอนไซม์ cytochrome P450 (CYP3A4) และมีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของ CYP3A4 และ CYP2D6²⁰

ตารางที่ 3 การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาโรคโควิด 19 ร่วมกับยาจิตเวช

อาการไม่พึงประสงค์	ระดับความรุนแรง	ความน่าจะเป็น ^๑	ยา	ความรุนแรงของคู่ยาที่เป็นสาเหตุ ^๒	ไม่เกิดอาการ (n)	เกิดอาการ (n)	p-value
hyperglycemia	serious	probable	dexamethasone	NA			.043
			ได้รับแบบกิน (n = 16)		16	0	
			ได้รับแบบกินร่วมกับฉีด (n = 1)		0	1	
			ไม่ได้รับ (n = 6)		6	0	
tremor	non-serious	probable	lopinavir/ritonavir + risperidone	moderate			1.000
			ได้รับ (n = 9)		8	1	
			ไม่ได้รับ (n = 14)		13	1	
			lopinavir/ritonavir + haloperidol	high			.087
fatigue	non-serious	possible	lopinavir/ritonavir + risperidone	moderate			.391
			ได้รับ (n = 9)		8	1	
			ไม่ได้รับ (n = 14)		14	0	
			lopinavir/ritonavir + haloperidol	high			.087
dystonia	non-serious	probable	lopinavir/ritonavir + risperidone	moderate			.391
			ได้รับ (n = 9)		8	1	
			ไม่ได้รับ (n = 14)		14	0	
			lopinavir/ritonavir + clozapine	moderate			.174
tachycardia	non-serious	probable	lopinavir/ritonavir + clozapine	moderate			.174
			ได้รับ (n = 4)		3	1	
			ไม่ได้รับ (n = 19)		19	0	
			favipiravir + lopinavir/ritonavir	NA			1.000
diarrhea	non-serious	probable	favipiravir + lopinavir/ritonavir	NA			1.000
			ได้รับ (n = 17)		15	2	
			ไม่ได้รับ (n = 6)		6	0	

^๑ ระดับความน่าจะเป็นของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา : probable = น่าจะใช้ (Naranjo 5 - 8 คะแนน), possible = อาจจะใช้ (Naranjo 1 - 4 คะแนน)^๒ ความรุนแรงของคู่ยาที่เป็นสาเหตุ : high risk - avoid combination, moderate risk - consider therapy modification^{8,16,17}

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนรักษาและหลังได้รับยา 1 สัปดาห์

	baseline mean ± SD (min - max)	end of treatment mean ± SD (min - max)
CrCl (mg/dL)	1.02 ± 0.19 (0.76 - 1.50)	0.96 ± 0.21 (0.50 - 1.30)
eGFR (mL/min/1.73 m ²)	97.12 ± 15.43 (63.34 - 114.84)	101.96 ± 19.75 (69.70 - 135.55)
BUN (mg/dL)	10.87 ± 2.64 (7.00 - 14.29)	13.34 ± 4.99 (8.00 - 20.88)
SGOT (AST) (mg/dL)	31.10 ± 14.38 (17 - 52)	45.18 ± 22.26 (23 - 113)

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนรักษาและหลังได้รับยา 1 สัปดาห์ (ต่อ)

	baseline mean $\pm$ SD (min - max)	end of treatment mean $\pm$ SD (min - max)
SGPT (ALT) (mg/dL)	27.80 $\pm$ 16.73 (13 - 74)	58.59 $\pm$ 22.04 (29 - 116)
albumin (gm/dL)	4.26 $\pm$ 0.25 (3.90 - 4.70)	3.81 $\pm$ 0.48 (3.00 - 4.90)
total bilirubin (mg/dL)	0.88 $\pm$ 0.47 (0.20 - 1.80)	1.02 $\pm$ 0.29 (0.70 - 1.20)
WBC (cell/mcl)	8,619.38 $\pm$ 2,530.40 (5,850 - 14,440)	10,434.98 $\pm$ 4,192.91 (5,960 - 17,540)
neutrophil count (%)	65.11 $\pm$ 9.72 (52.6 - 82.0)	72.55 $\pm$ 11.94 (53.0 - 90.7)
lymphocyte count (%)	24.58 $\pm$ 8.66 (9.6 - 38.0)	19.07 $\pm$ 9.08 (4.7 - 36.5)
platelet count (cell/cum.)	307,866.70 $\pm$ 93,215.07 (140,000 - 543,000)	281,888.90 $\pm$ 87,605.74 (155,000 - 476,000)

ซึ่ง haloperidol ถูกเปลี่ยนแปลงผ่านเอนไซม์ CYP3A4 ดังนั้นการให้ยาร่วมกันอาจมีผลในการเพิ่มระดับยา haloperidol ทั้งนี้ tremor และ dystonia มักเกิดภายใน 48 ชั่วโมง หลังได้รับยาและสัมพันธ์กับขนาดยาที่ได้รับ และเมื่อลดขนาด ยากลุ่ม first generation antipsychotics แล้วอาการ tremor ดีขึ้น จัดว่าเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากยา type A (augmented)

การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาอื่นที่พบในการศึกษา ได้แก่ tachycardia จาก lopinavir/ritonavir + clozapine, diarrhea จาก lopinavir/ritonavir + favipiravir และ dystonia จาก lopinavir/ritonavir + risperidone แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ด้วย Fisher's exact test อาจเนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อย หรืออาจเนื่องจากโรคโควิด 19 ทำให้ร่างกายหลังสารกระตุ้นการอักเสบ จนเกิดภาวะ cytokine storm และกระตุ้น transcription factor (pregnane X receptor, chimeric antigen receptor, nuclear factor; NF-kB และ hepatocyte nuclear factor) ซึ่งมีผลลดระดับ (downregulate) ของเอนไซม์ cytochrome P450 และ transporters อย่าง P-glycoprotein (P-gp)

จึงส่งผลกระทบต่อเภสัชจลนศาสตร์ เช่นการดูดซึม การกระจายยา และการเปลี่ยนแปลงยา²¹

ผลการติดตามทางห้องปฏิบัติการหลังกลุ่มตัวอย่าง ได้รับยาตามแผนการรักษา 1 สัปดาห์ พบว่า ค่า AST และ ALT มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากค่าพื้นฐานประมาณ 2 เท่า ในผู้ที่ได้รับ favipiravir + lopinavir/ritonavir + dexamethasone โดยคาดว่าเกิดจาก lopinavir/ritonavir มากกว่า favipiravir หรือ dexamethasone สอดคล้องกับการทบทวนการศึกษา จำนวน 22 เรื่องโดย Sodeifian และคณะ²² ที่พบว่ายาที่เป็น สาเหตุของการบาดเจ็บของตับ ได้แก่ remdesivir, lopinavir/ritonavir และ tocilizumab โดยกลไกการเกิดไม่ทราบแน่ชัด

จากการศึกษาครั้งนี้ แนวทางการรักษาโรคโควิด 19 ในผู้ป่วยจิตเวชควรเริ่มด้วยการให้ยาด้านไวรัสให้เร็วที่สุดเมื่อเริ่มมีอาการ เพื่อลดการรักษาตัวในโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิต เนื่องจากปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความรุนแรงของโรคโควิด 19 ของผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ อายุมาก เพศชาย การใช้สารเสพติด การดื่มแอลกอฮอล์ การขาดผู้ดูแล การเข้าถึงข้อมูลโรคโควิด 19 การมีโรคร่วมทางกาย เช่น

โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคปอดเรื้อรัง และโรคไต รวมทั้ง การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่รุนแรง โดยเฉพาะโรคจิตเภท (schizophrenia)^{4,24,25} โดยยาด้านไวรัสที่ประเทศไทยสามารถ เข้าถึงการรักษาได้แก่ nirmatrelvir/ritonavir, lopinavir/ritonavir, remdesivir, tixagevimab/cilgavimab (long-acting antibody: LAAB), molnupiravir และ favipiravir^{22,23} การทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยในการเลือก ยาด้านไวรัสในผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ ความสะดวกในการบริหาร ยาและอันตรกิริยาของยาด้านไวรัสกับยาเดิมที่ผู้ป่วยได้รับ โดยเฉพาะ haloperidol, chlorpromazine, perphenazine, quetiapine, lurasidone, risperidone และ paliperidone ซึ่งมีระดับยาเพิ่มขึ้นหากได้รับร่วมกับ lopinavir/ritonavir และยังพบว่า carbamazepine, phenytoin, dexamethasone และ rifampicin มีผลลดระดับ lopinavir/ritonavir^{16,17,20} ดังนั้นผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับยารักษาโรคโควิด 19 ร่วมด้วยจึงควร ได้รับเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา โดยเฉพาะกลุ่มอาการ EPS เช่น dystonia, akathisia และ parkinsonism รวมถึง ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ เช่น WBC, neutrophil count, AST และ ALT

การศึกษานี้ประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากยาโดยใช้เกณฑ์ Naranjo's algorithm ทำให้สามารถประเมินระดับ ความน่าจะเป็นของยาที่เป็นสาเหตุได้อย่างเป็นระบบ และ ศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชและติดเชื้อโควิด 19 ที่มีแผนการรักษา ชัดเจน ทำให้มีข้อมูลการได้รับยาครบถ้วนทั้งรูปแบบ ขนาด และระยะเวลาที่ได้รับ อย่างไรก็ตาม การศึกษามีข้อจำกัดดังนี้

- 1) เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังจากเวชระเบียนผ่านระบบ HOSxP ในช่วงการแพร่ระบาดครั้งแรกในโรงพยาบาล อาจส่งผล ให้ข้อมูลบางอย่างไม่ครบถ้วน เช่น ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก่อนหรือหลังได้รับการรักษาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา
- 2) จำนวนผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้ามีจำนวนน้อย อาจมีผล ต่อการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ
- 3) การเข้าถึงยาที่ใช้ รักษาโรคโควิด 19 ในช่วงเวลาศึกษามีเพียงแค่ favipiravir, lopinavir/ritonavir และ dexamethasone และ
- 4) ไม่มี ข้อมูลการได้รับวัคซีนโควิด 19 ซึ่งอาจมีผลต่อระดับความรุนแรง

ของอาการและแนวทางการรักษาที่ได้รับ จึงควรมีการศึกษา ไปข้างหน้า โดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและระยะเวลาการ เก็บข้อมูล รวมทั้งวางแผนเก็บข้อมูลผลทางห้องปฏิบัติการและ อาการไม่พึงประสงค์จากยาอย่างเป็นระบบ

สรุป

อาการไม่พึงประสงค์จากยาที่เกี่ยวข้องกับการรักษา โควิด 19 ร่วมกับยาจิตเวชอาจยังพบไม่บ่อยและส่วนใหญ่ ไม่รุนแรง อย่างไรก็ตามผู้ที่ได้รับยาทั้งสองกลุ่มร่วมกันควร ได้รับการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา โดยเฉพาะ extrapyramidal symptoms รวมถึงการติดตามผลทาง ห้องปฏิบัติการ ควรมีการศึกษาติดตามไปข้างหน้าในกลุ่มตัวอย่าง ขนาดใหญ่ขึ้นและมีการควบคุมปัจจัยรบกวนเพื่อทดสอบ ความสัมพันธ์ระหว่างอาการไม่พึงประสงค์จากยากับอันตรกิริยา ระหว่างยา

เอกสารอ้างอิง

1. มะลิ วิโรจน์แสงทอง. โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 [Coronavirus disease 2019, COVID-19] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ธ.ค. 2565]. จาก: https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=903
2. Guo YR, Cao QD, Hong ZS, Tan YY, Chen SD, Jin HJ, et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak - an update on the status. *Mil Med Res*. 2020;7(1):11. doi:10.1186/s40779-020-00240-0.
3. Markiewicz-Gospodarek A, Górka A, Markiewicz R, Chilimoniuk Z, Czezelewski M, Baj J, et al. The relationship between mental disorders and the COVID-19 pandemic-course, risk factors, and potential consequences. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(15):9573. doi:10.3390/ijerph1915 9573.
4. Wang Q, Xu R, Volkow ND. Increased risk of COVID-19 infection and mortality in people with mental disorders: analysis from electronic health records in the United States. *World Psychiatry*. 2021;20(1): 124-30. doi:10.1002/wps.20806.

5. Jirjees F, Saad AK, Al Hano Z, Hatahet T, Al Obaidi H, Dallal Bashi YH. COVID-19 treatment guidelines: do they really reflect best medical practices to manage the pandemic? *Infect Dis Rep*. 2021;13(2):259-84. doi:10.3390/idr13020029.
6. Ostuzzi G, Papola D, Gastaldon C, Schoretsanitis G, Bertolini F, Amaddeo F, et al. Safety of psychotropic medications in people with COVID-19: evidence review and practical recommendations. *BMC Med*. 2020;18(1):215. doi:10.1186/s12916-020-01685-9.
7. Bishara D, Kalafatis C, Taylor D. Emerging and experimental treatments for COVID-19 and drug interactions with psychotropic agents. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2020;10:2045125320935306. doi:10.1177/2045125320935306.
8. The university of Liverpool. COVID-19 Drug Interactions [Internet]. Liverpool: 2021 [cited 2021 Sep 9]. Available from: <https://www.covid19-druginteractions.org/>.
9. พัทธิยา โภคะกุล, วชิร รุ่งอรุณรัตน์, บรรณาธิการ. คู่มือการดำเนินงานการเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้ยาที่ใช้รักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เชิงรุก [Operation manual for proactive surveillance of the use of drugs used to treat coronavirus disease 2019]. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
10. ชีวรา โลมรัตน์, ตฤภากร นาคพันธ์. การประเมินประสิทธิผลของยาฟาวิพิราเวียร์ในผู้ป่วยโควิด-19 ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี [Evaluation on efficacy of favipiravir for treatment of Covid-19 at Kutkhaopun hospital Ubonratchathani province]. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อม. 2565;7(2):8-16.
11. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. สรุปรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ประจำปี 2561-2562 [Spontaneous reports of adverse drug reaction 2018-2019]. กรุงเทพฯ: กราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561.
12. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช [Guideline for serious mental illness with high risk to violence in psychiatry hospital]. นนทบุรี: กรม; 2561.
13. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese center for disease control and prevention. *JAMA*. 2020;323(13):1239-42. doi:10.1001/jama.2020.2648.
14. Naranjo CA, Busto U, Sellers EM, Sandor P, Ruiz I, Roberts EA, et al. A method for estimating the probability of adverse drug reactions. *Clin Pharmacol Ther*. 1981;30(2):239-45. doi:10.1038/clpt.1981.154.
15. Khan LM, Al-Harthi SE, Osman AM, Sattar MA, Ali AS. Dilemmas of the causality assessment tools in the diagnosis of adverse drug reactions. *Saudi Pharm J*. 2016;24(4):485-93. doi:10.1016/j.jsps.2015.01.010.
16. Ostuzzi G, Papola D, Gastaldon C, Schoretsanitis G, Bertolini F, Amaddeo F. et al. Safety of psychotropic medications in people with COVID-19: evidence review and practical recommendations. *BMC Med*. 2020;18(1):215. doi:10.1186/s12916-020-01685-9.
17. Bishara D, Kalafatis C, Taylor D. Emerging and experimental treatments for COVID-19 and drug interactions with psychotropic agents. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2020;10:2045125320935306. doi:10.1177/2045125320935306.
18. Aberer F, Hochfellner DA, Sourij H and Mader JK. Practical guide for the management of steroid induced hyperglycemia in the hospital. *J Clin Med*. 2021;10;2154. doi:10.3390/jcm10102154.
19. Chen F, Hao L, Zhu S, Yang X, Shi W, Zheng K, et al. Potential adverse effects of dexamethasone therapy on COVID-19 patients: review and recommendations. *Infect Dis Ther*. 2021;10(4):1907-31. doi:10.1007/s40121-021-00500-z.
20. Surmelioglu N, Demirkan. COVID-19 drug interactions. *J Crit Intensive Care*. 2020;11(Suppl 1): 43-5. doi:10.37678/dcybd.2020.2409.

21. Pilla Reddy V, El-Khateeb E, Jo H, Giovino N, Lythgoe E, Sharma S, et al. Pharmacokinetics under the COVID-19 storm. *Br J Clin Pharmacol*. 2023;89(1):158-86. doi:10.1111/bcp.14668.
22. Sodeifian F, Seyedalhosseini ZS, Kian N, Eftekhari M, Najari S, Mirsaedi M, et al. Drug-induced liver injury in COVID-19 patients: a systematic review. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:731436. doi:10.3389/fmed.2021.731436.
23. พรณี สิลาวังนชัย, ธนนันต์ ตัณฑิไพบุลย์. Favipiravir สำหรับรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [Favipiravir for the treatment of coronavirus disease 2019]. *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล*. 2564;31(2):141-57.
24. Manabe T, Kambayashi D, Akatsu H, Kudo K. Favipiravir for the treatment of patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *BMC Infect Dis*. 2021;21(1):489. doi:10.1186/s12879-021-06164-x.
25. Lowe DM, Brown LK, Chowdhury K, Davey S, Yee P, Ikeji F, et al. Favipiravir, lopinavir-ritonavir, or combination therapy (FLARE): a randomised, double-blind, 2 × 2 factorial placebo-controlled trial of early antiviral therapy in COVID-19. *PLoS Med*. 2022;19(10):e1004120. doi:10.1371/journal.pmed.1004120.



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

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

ประเภทของบทความ

1. บทความพิเศษ (Special article)

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

2. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

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

3. บทความปริทัศน์ (Review article)

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

6. การเตรียมตาราง และรูปภาพตาราง ประกอบด้วย ชื่อตาราง สดมภ์มีหน่วยนับ มีเส้นตารางเฉพาะแนวนอน และให้เรียงต่อจากคำอธิบาย จำนวนรวมทั้งตารางและรูปภาพไม่เกิน 5 ตาราง/รูปภาพ สำหรับรูปภาพดิจิทัลให้ใช้รูปแบบ JPEG

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงใช้ รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver) กำหนดหมายเลขเรียงตามลำดับการอ้างอิงในเรื่อง โดยแสดงเป็นตัวเลขยก ไม่มีวงเล็บ เช่น XX¹ การอ้างอิง 2 รายการต่อเนื่องกันใช้เครื่องหมาย “,” คั่น เช่น XX^{1,2} การอ้างอิง 3 รายการขึ้นไปต่อเนื่องกัน ใช้เครื่องหมาย “-” คั่น เช่น XX⁵⁻⁷ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. วารสาร

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

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. 5th 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. ผลของการนวดกดจุดฝ่าเท้าต่อการตอบสนองทางสรีระการผ่อนคลายและความพึงพอใจในผู้เป็นความดันโลหิตสูง [Effects of foot reflexology on physiological response relaxation and satisfaction in persons with hypertension] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.

4. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

4.1 เอกสารเฉพาะเรื่องบนอินเทอร์เน็ต

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

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

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

4.2 โคมเพจ/เว็บไซต์

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

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

World Health Organization. Depression: let's talk [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2018 May 12]. Available from: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/en/>.

5. การอ้างอิงในรูปแบบอื่น

5.1 บทความหนังสือพิมพ์

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

วฤตดา หาระภูมิ. ดึงคุณภาพยา (จีน) ช่วยผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง [Bringing quality medicine (China) to help patients with chronic kidney failure]. มติชน. 3 มี.ค. 2554; น. 10.

5.2 เอกสารอ้างอิงเป็นพจนานุกรมต่างๆ

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

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

รายละเอียดการเขียนอ้างอิงตามรูปแบบแวนคูเวอร์ ดูได้จาก:

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

หรือ สแกนคิวอาร์โค้ดนี้



การส่งต้นฉบับในระบบวารสารออนไลน์

ผู้พิมพ์สมัครสมาชิกและส่งต้นฉบับบทความในระบบ ThaiJo ตามขั้นตอนดังนี้

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

ขั้นที่ 1 เริ่มต้นการส่ง กรอกข้อมูลและตรวจสอบทุกข้อเพื่อเป็นการยืนยันว่าบทความของท่านเป็นไปตามเงื่อนไขที่วารสารกำหนด

ขั้นที่ 2 อัปโหลดบทความเป็นไฟล์ word ตามข้อแนะนำการเตรียมต้นฉบับ หรือไฟล์แนบอื่น ๆ

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

Keyword, References

ขั้นที่ 4 ยืนยันการส่งบทความ

ขั้นที่ 5 เสร็จสิ้นการ Submission และเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบ

3. การแก้ไขบทความ (Revision)

เอกสาร/ขั้นตอนการใช้ระบบวารสารออนไลน์ ดูได้จาก

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

หรือ สแกนคิวอาร์โค้ดนี้



โครงการแลกเปลี่ยนการพิมพ์สารบัญระหว่างวารสารสุขภาพจิตฯ และวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ



Journal of the Psychiatric Association of Thailand

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 68 ฉบับที่ 1

มกราคม – มีนาคม 2566

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง	A
นิพนธ์ถนัดฉบับ	
ความสัมพันธ์ของรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู ความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นกับสมรรถนะในการเรียนบุตรในมารดาของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น	1
ภัทรพร คงอินทร์, จิรดา ประสาทพรศิริโชค, ศศิธร ปรีชาวุฒิเดช	
การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการกินยาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครนายก	13
มัทนียา จำปาพันธุ์	
ความชุกของภาวะติดเกมและความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	26
สาธิตา แซ่เตีย, วีระวัชรินทร์ เจริญพร, ธรรมนาถ เจริญบุญ	
The Development of a Thai Adolescent Stress Test (TAST)	36
Katchaneeya Wanarome, Sirichai Hongsanguansri, Komsan Kiatrungrit, Masatha Thongpan, Wanlop Atsariyasing	
การพัฒนาแบบประเมินโรคติดเกม	50
ธีวรินทร์ สังข์พันธ์, ชาญวิทย์ พรนภดล, สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข	
Diagnostic Stability of Psychiatric Disorders in Preschool Children	62
Parach Piromrat, Passaporn Lorterapong	
การฆ่าผู้อื่นแล้วฆ่าตัวตายตามในประเทศไทย: การศึกษาจากข่าวหนังสือพิมพ์ในปี พ.ศ. 2560 - 2564	73
รวีสุตา คำทอง, มาโนช หล่อตระกูล	
ความเที่ยงตรงและความเชื่อถือได้ของแบบประเมิน Prolonged Grief Disorder-13-Revised ฉบับภาษาไทย (Thai PG-13-R) ในญาติของผู้เสียชีวิต	81
เกล้าใจ สมจิตต์, ปณต ผู้กฤตยาคามิ, ภิญโญ ศรีวัชรชัย, ประถมภรณ์ จันทร์ทอง, กมลพร วรรณฤทธิ์	
การศึกษานำร่องเรื่องผลของการใช้โปรแกรมประยุกต์บำบัดรับมือกับปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตายในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามธิบดี	91
พิชญ์ โชคบุญธิยานนท์, ธนิตา ดันตระกูลโรจน์	
การกระตุ้นศักยภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น ด้วยโปรแกรม TEAM-V สำหรับพื้นที่เมืองและชนบท ที่ระยะติดตามผล 6 เดือน	102
อรรพวงค์ คูหา, จารุณี วิทยาจักร, พลินท์ชญา พัชราพิสิฐกุล, นัสดา คำนิยม, ปณิดา มุ่งกลาง, ภัทรพร วิสาจันทร์, ดาวชมพู นาคะวิโร, สิริพร ฉั่นศิริกาญจน์	
ความชุกของ Hyperhomocysteinemia ในผู้ป่วย Alzheimer's Disease และในผู้ป่วย Vascular Dementia ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามธิบดี	115
มโนชา มงคลิก, ภาพันท์ ไทยพิสุทธิกุล	
สารบัญวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย	126

สำหรับผู้สนใจส่งบทความ
สามารถดูรายละเอียดได้ตามคิวอาร์โค้ดนี้



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

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