



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสาร

สุขภาพจิต

แห่งประเทศไทย

ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2567

Volume 32 Number 1 January - March 2024

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



หนึ่งทศวรรษวันไบโพลาร์โลก : เริ่มต้นที่ประเทศไทย แล้วกระจายไปทั่วโลก
พิเชฐ อุดมรัตน์



ปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ติดยาเสพติดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย
พรจิตติ เผ่าภูธร, ชูชาติ วงศ์อนุชิต



การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินเด็กเลี้ยงยาก อายุ 3 - 6 ปี
ประพา หมายสุข, ฌามรา สุมาลย์โรจน์, เพ็ญรยา นิลลุ่ม, แก้วตา นพมณีจำรัสเลิศ



Exposure to air pollution and self-reported depression, anxiety, and stress
in chronic respiratory patients: a preliminary study in the urban area of Thailand
Wee Mekwilai, Worawan Sirichana, Sarita Thawanapong, Kamon Kaewkittinarong,
Nutta Taneepanichskul



ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นในวัยรุ่นชายในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน
ภัทรพร ปานดี, กฤษฎิกร วังตระกูล, โกศลจิต หลวงบำรุง, พรทิพย์ จรุงศักดิ์สกุล, ณรงค์ศักดิ์ พุทธประเสริฐ,
เจริญศรี ขวัญรอด, และคณะ



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปัตตานี
เอ็มนัสรี มินทรศักดิ์



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 - 2566
วรวรรณ จุฑา, กมลลักษณ์ มากคล้าย



โปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติสำหรับประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง :
การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต
เกษราภรณ์ เคนบุปผา, เกษร สายธนู, โปรยทิพย์ สันตะพันธ์, เกยูร กุญพันธ์ สมิท

Journal of
Mental Health of Thailand

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



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

คณะที่ปรึกษา

อธิบดีกรมสุขภาพจิต
รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
นพ.ม.ล.สมชาย จักรพันธุ์
นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์
นพ.เทอดศักดิ์ เดชคง

บรรณาธิการกิตติมศักดิ์

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

บรรณาธิการ

ดร.นพ.อชิ ดันอารีย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา

รองบรรณาธิการ

ดร.นพ.นพพร ตันติรังสี สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้
นพ.สุทธา สุปัญญา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
พญ.กุสุมาวดี คำเกลี้ยง สำนักวิชาการสุขภาพจิต
นพ.สุจิระ ปรีชวิทย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
นพ.ศุภเสก วิโรจนภา สำนักวิชาการสุขภาพจิต

กองบรรณาธิการ

ศ.พญ.ดร.สาวิตรี อัยนวงศ์กรชัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.พญ.พรจิรา ปรีชรากุล มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.พญ.ศิริจิต สุทธิจิตต์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.นพ.ดร.ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.ดรณี ภูขาว มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.हरषा เศรษฐบุปผา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ดร.นพ.พิทักษ์พล บุญมาลิก สำนักงานคณะกรรมการ
สิทธิมนุษยชนแห่งชาติ
พญ.ดุชนิ จิงศิริกุลวิทย์ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
พญ.เบญจพร ปัญญายาง ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต
ดร.สุดา วงศ์สวัสดิ์ ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต

บรรณาธิการต่างประเทศ

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

บรรณาธิการบริหาร

นายภพธร วุฒินาร

กองบรรณาธิการฝ่ายจัดการ (สำนักวิชาการสุขภาพจิต)

นางสาวจันทรรัตน์ พงษ์พิยะ นางสาวชิดชนก โอภาสวัฒนา
นางสาวพาสนา คุณาธิวัฒน์ นางฐิติญา จันทพร
นางสาวสายไหม อสิพงษ์

ISSN 0859-497X

E-ISSN 2697-567X

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต มีนโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์ คือ เป็นผลงานวิจัยและผลงานวิชาการ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เป็นองค์ความรู้ใหม่ หรือมีประโยชน์ในการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับประเทศ

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 focus and scope is a new knowledge of research and academic work in mental health and psychiatry or useful in exchanging knowledge at the national level.

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.

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

Advisory board

Director General of Department of Mental Health (DMH)
Deputy Directors of Department of Mental Health (DMH)
M.L.Somchai Chakraband, M.D.
Yongyud Wongpiromsarn, M.D.
Tedsak 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 Kamklang, M.D. Bureau of Mental Health Academic Affairs
Sujira Prechawit, M.D. Srinakharinwirot University
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.Phopthorn Wuttiarn

Managing Staffs (Bureau of Mental Health Academic Affairs)

Ms.Jantarath Pongpeeya Ms.Chidchanok Opaswattana
Ms.Passana Gunadhivadhana Mrs.Thitiya Jantaprom
Ms.Saimai Asipong

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2567

สารบัญ	หน้า
บรรณาธิการแถลง	A
บทบรรณาธิการ	หนึ่งทศวรรษวันไบโพลาร์โลก : เริ่มต้นที่ประเทศไทย แล้วกระจายไปทั่วโลก พิเชฐ อุดมรัตน์ A1
นิพนธ์ต้นฉบับ	ปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ติดยาเสพติดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของประเทศไทย พรจิตติ เผ่าภูธร, ชูชาติ วงศ์อนุชิต 1
	การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินเด็กเลี้ยงยาก อายุ 3 - 6 ปี ประพา หมายสุข, ฑามรา สุมาลัยโรจน์, เพ็ญรยา นิลสุม, แก้วตา นพมณีจำรัสเลิศ 13
	Exposure to air pollution and self-reported depression, anxiety, and stress in chronic respiratory patients: a preliminary study in the urban area of Thailand 24 Wee Mekwilai, Worawan Sirichana, Sarita Thawanapong, Kamon Kaewkittinarong, Nutta Taneepanichskul
	ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นในวัยรุ่นชายในสถานพินิจและคุ้มครอง เด็กและเยาวชน 36 ภัทรพร ปานดี, กฤษฏีกา วังตระกูล, โกศลจิต หลวงบำรุง, พรทิพย์ จรุงศักดิ์สกุล, ณรงค์ศักดิ์ พุทธประเสริฐ, เจริญศรี ขวัญรอด, อุสา แฉงกรณ์, สำเภาทิพย์ ลิ้มสมุทรชัยกุล, ศรัณัฐ หนูนา, สุภาวดี แก้วนรา, สันติพงษ์ แก้วนรา, สันติ เพชรนัย, มโนชา รามเพชร
	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปัตตานี 49 เอ๋มนัสรี มินทรศักดิ์
	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในช่วงการแพร่ระบาดของ โรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 - 2566 60 วรวรรณ จุฑา, กมลลักษณ์ มากคล้าย
บทความปริทัศน์	โปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติสำหรับประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยหลัง โรคหลอดเลือดสมอง : การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต 73 เกษราภรณ์ เคนบุปผา, เกษร สายธนู, โปรยทิพย์ สันตะพันธ์, เกยูร กุญพันธ์ สมิต
คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์	I
สารบัญวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย	



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

Journal of Mental Health of Thailand

Volume 32 Number 1 January - March 2024

CONTENTS PREFACE		Page
EDITORIAL ORIGINAL		A
EDITORIAL ARTICLE	One decade of the world bipolar day: starting from Thailand, then spreading worldwide Pichet Udomratn	A1
ORIGINAL ARTICLES	Factors predicting psychological flexibility in people with substance use disorder in northeastern Thailand Pornjitti Paowphutorn, Choochart Wong-Anuchit	1
	Development and psychometric properties of an assessment tool for children with challenging behaviors aged 3 - 6 years Prapa Maisook, Tamara Sumalrot, Phenraya Ninsoom, Kaewta Nopmaneejumrulers	13
	Exposure to air pollution and self-reported depression, anxiety, and stress in chronic respiratory patients: a preliminary study in the urban area of Thailand Wee Mekwilai, Worawan Sirichana, Sarita Thawanapong, Kamon Kaewkittinarong, Nutta Taneepanichskul	24
	Prevalence and associated factors of attention deficit hyperactivity disorder among male adolescents in juvenile observation and protection centers Pattaraporn Pandee, Krittikorn Wangtrakul, Kosolchit Luangbumroong, Pornpip Jarungsaksakul, Narongsak Puttaprasert, Charoensri Kwunrod, Usa Jeangkorn, Sampaothip Limsamutchaikul, Saranrat Khnunak, Supawadee Keawnara, Santipong Keawnara, Santi Phetrnui, Manocha Rampetch	36
	Predictors of depression among caregivers of psychiatric patients at outpatient department of Pattani hospital Em-nasree Mintrasak	49
	Related factors of mental health problems during COVID-19 pandemic in Thailand, 2020 - 2023 Worawan Chutha, Kamonluck Makkhlai	60
REVIEW ARTICLE	Mindfulness-based interventions in nursing care for stroke survivors: a scoping review Kedsaraporn Kenbubpha, Kesorn Saithanu, Proithip Suntaphun, Keyoon Kujapan Smith	73
INSTRUCTION TO AUTHORS		I
CONTENTS PREFACE IN JOURNAL OF THE PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF THAILAND		



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

บรรณาธิการแถลง

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยฉบับนี้เป็นฉบับที่ 1 ของปี พ.ศ. 2567 มีบทความทั้งหมด 8 เรื่อง เป็นบทบรรณาธิการ 1 เรื่อง คือ *หนึ่งทศวรรษวันไบโพลาร์โลก : เริ่มต้นที่ประเทศไทย แล้วกระจายไปทั่วโลก* โดย พิเชฐ อุดมรัตน์ นิพนธ์ต้นฉบับ 6 เรื่อง ได้แก่ *ปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ติดยาเสพติดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย* โดย พรจิตติ เผ่าภูธร และชุชาติ วงศ์อนุชิต *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินเด็กเลี้ยงยาก อายุ 3 - 6 ปี* โดย ประพา หมายสุข และคณะ *Exposure to air pollution and self-reported depression, anxiety, and stress in chronic respiratory patients: a preliminary study in the urban area of Thailand* โดย Mekwilai W และคณะ *ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นในวัยรุ่นชายในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน* โดย ภัทรพร ปานดี และคณะ *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปัตตานี* โดย เอ็มน์สรี มินทรศักดิ์ และ *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 - 2566* โดย วรพรรณ จุฑา และกมลลักษณ์ มากคล้าย และบทความปริทัศน์ 1 เรื่อง คือ *โปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติสำหรับประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง : การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต* โดย เกษราภรณ์ เคนบุปผา และคณะ

ทางวารสารจะมีการปรับรายละเอียดในคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ ดังนี้ 1) รูปแบบเอกสารอ้างอิง โดยให้ผู้นิพนธ์เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด โดยยังคงรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver) เช่นเดิม 2) ค่าร้อยละปรับเป็นทศนิยม 2 ตำแหน่ง และค่า p-value ปรับเป็นทศนิยม 3 ตำแหน่ง และ 3) เพิ่มหัวข้อการมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ในกรณีที่ผู้นิพนธ์ร่วม ต้องระบุชื่อผู้นิพนธ์ร่วมและระบุบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างชัดเจน โดยเริ่มตั้งแต่ฉบับนี้เป็นต้นไป ขอให้ผู้นิพนธ์ศึกษารายละเอียดในเอกสารคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ฉบับล่าสุด

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

อธิป ตันอารีย์

บรรณาธิการ

บทบรรณาธิการ
Editorial article

หนึ่งทศวรรษวันไบโพลาร์โลก : เริ่มต้นที่ประเทศไทย แล้วกระจายไปทั่วโลก (One decade of the world bipolar day: starting from Thailand, then spreading worldwide)

พิเชฐ อุดมรัตน์, พ.บ.
บรรณาธิการกิตติมศักดิ์

Pichet Udomratn, M.D.
Honorary Editor

หากนับการจัดงานเปิดตัววันไบโพลาร์โลก ด้วยการกล่าวถึงวันดังกล่าวในที่สาธารณะเป็นครั้งแรก คือ ในที่ประชุมวิชาการประจำปีของ ISBD (International Society for Bipolar Disorders) เมื่อกลางเดือน มีนาคม พ.ศ. 2557 ณ กรุงโซล สาธารณรัฐเกาหลี ว่าเป็นจุดเริ่มต้น ของวันไบโพลาร์โลก (World Bipolar Day: WBD) เมื่อถึงปีนี้ (พ.ศ. 2567) ก็นับว่าครบ 10 ปีหรือ 1 ทศวรรษของ WBD พอดี

แต่ถ้าถามว่า ความคิดที่เสนอให้มีวันดังกล่าวเกิดขึ้น เมื่อใดและ พ.ศ. ใด ก็ต้องตอบว่า เกิดขึ้นก่อนหน้านั้นประมาณ 1 ปี คือ เมื่อวันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2556 ณ โรงแรม เซ็นทรัลแกรนด์ คอนเวนชั่น ลาดพร้าว กรุงเทพฯ เนื่องจาก ในขณะนั้นผมเพิ่งรับตำแหน่งเป็นประธาน (Chairman) ของ Asian Network of Bipolar Disorder (ANBD) จึงจัดให้มีการประชุม Council meeting ขึ้นที่กรุงเทพฯ และเชิญ Prof. Willem Nolen ซึ่งเป็นประธาน (President) ของ ISBD มาเข้าร่วมประชุม Council meeting ของ ANBD ด้วย

ในการประชุมวันนั้น ผมได้เสนอว่า ปัจจุบันมี โรคทางกายหลายโรคที่สำคัญ ซึ่งถูกจัดให้เป็นวันโลก (World Day) ของโรคนั้น ๆ เช่น วันเอตส์โลก วันมะเร็งโลก วันนอนหลับโลก เป็นต้น แต่ในด้านสุขภาพจิตและ

จิตเวชศาสตร์ เรามีเพียงแค่ 2 วันเท่านั้น คือ วันสุขภาพจิตโลก (10 ตุลาคม) และวันป้องกันการฆ่าตัวตายโลก (10 กันยายน) ขณะที่เราก็คงทราบกันว่าโรคไบโพลาร์นั้นเป็นความเจ็บป่วยที่ ร้ายแรงแต่สามารถรักษาได้ ทำไมเราไม่มีวันไบโพลาร์โลก (World Bipolar Day: WBD) ด้วย ปรากฏว่าทุกคนใน ห้องประชุมได้เห็นพ้องต้องกันว่าเราควรจะมีวันดังกล่าว คำถามต่อมาก็คือ ผมถามที่ประชุมว่า เราจะเลือกวันไหน เป็นวันไบโพลาร์โลก โดยผมเสนอว่า เราควรเลือกวันเกิด ของ Vincent van Gogh ซึ่งตรงกับวันที่ 30 มีนาคม เป็นวัน ไบโพลาร์โลกจะดีหรือไม่ เนื่องจากเชื่อว่า Vincent van Gogh ได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคไบโพลาร์ ซึ่งที่ประชุมเห็นชอบ กับข้อเสนอนี้ของผม โดยเฉพาะ Prof. Willem Nolen ชอบ ความคิดนี้มาก เพราะ ISBD จะจัดการประชุมประจำปี ที่ กรุงโซล ในกลางเดือน มีนาคม ปี ค.ศ. 2014 พอดี Prof. Nolen คิดว่า WBD จะทำให้การประชุม ISBD มีความสำคัญมากขึ้น เพราะจะมีการเปิดตัว WBD ในวันแรกของการประชุมดังกล่าว ดังนั้น ISBD จึงนำความคิดนี้ไปเสนอกับอีกองค์กรหนึ่ง คือ International Bipolar Foundation (IBPF) เพื่อให้สนับสนุน เรื่องนี้ ในที่สุดจึงมี 3 องค์กรเข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ ISBD, IBPF และ ANBD แต่เงินและการสนับสนุนส่วนใหญ่มาจาก ISBD และ IBPF ความคิดแรกของผมที่เสนอให้มีวันไบโพลาร์โลก

ติดต่อผู้พิมพ์ : พิชเชฐ อุดมรัตน์; email: pudomratn74@gmail.com

ด้วยวัตถุประสงค์จะให้สาธารณชนตระหนักและรับรู้ถึงความสำคัญของโรคไบโพลาร์ และเพื่อที่จะลดตราบาปของโรคนี้ด้วย

เราได้จัดกิจกรรมเนื่องในวันไบโพลาร์โลกครั้งแรกในประเทศไทย เมื่อวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2557 จัดโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ชมรมความผิดปกติทางอารมณ์แห่งประเทศไทย ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย ชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย ชมรมเพื่อนไบโพลาร์ และเครือข่ายโรคไบโพลาร์ของทวีปเอเชีย โดยจัดเป็นกิจกรรมวิชาการจิตเวชน่ารู้สู่ประชาชน เรื่อง “เรียนรู้และเข้าใจโรคไบโพลาร์” ณ โรงแรมเชอราตันแกรนด์ สุขุมวิท กรุงเทพฯ ซึ่งได้รับความสนใจจากประชาชนและสื่อมวลชนเป็นจำนวนมาก และทำให้คำว่า โรคไบโพลาร์ เป็นที่รู้จักของสังคมไทย ในปี พ.ศ. 2557 นั้น นอกจากกิจกรรมข้างต้นที่กรุงเทพฯ แล้วยังมีการจัดกิจกรรมบรรยายทางวิชาการ เรื่อง โรคไบโพลาร์ ให้กับประชาชน ณ โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ อีกด้วย นับจากนั้นเป็นต้นมา ก็ได้มีการจัดกิจกรรมเนื่องในวันไบโพลาร์โลกในประเทศไทยเป็นประจำทุกปี และกรมสุขภาพจิตได้เข้ามามีบทบาทสำคัญร่วมกับสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยในการจัดกิจกรรมดังกล่าว

ขณะเดียวกันในปี พ.ศ. 2557 ก็ได้มีการจัดกิจกรรมเนื่องในวันไบโพลาร์โลกในหลายประเทศของทวีปเอเชีย ภายใต้การสนับสนุนจาก ANBD หลังจากนั้นก็ได้แพร่กระจายไปในประเทศต่าง ๆ ของทวีปอื่น ๆ จนถึงปี พ.ศ. 2564 วันไบโพลาร์โลกเป็นที่รู้จักกันดีในระดับนานาชาติ โดยเมื่อนับจากปี พ.ศ. 2557 จนถึงปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีการจัดกิจกรรมที่ถูกบันทึกไว้ 136 กิจกรรม จาก 50 กว่าองค์กรใน 36 ประเทศทั่วโลก¹ ซึ่งเป็นสิ่งที่ ISBD ไม่ได้คาดคิดมาก่อนว่ากิจกรรมวันไบโพลาร์โลกนี้จะทำให้ทั่วโลกเกิดความสนใจและตระหนักรู้เรื่องโรคไบโพลาร์ได้มากมายขนาดนี้ จึงเห็นได้ว่าแนวคิดที่ตั้งต้นจากประเทศไทย สามารถทำให้เกิดการจัดกิจกรรมไปทั่วโลกและช่วยลดตราบาป (stigma) ต่อผู้ป่วยโรคนี้ได้

อย่างไรก็ตามกระแสในการจัดกิจกรรมเนื่องในวันไบโพลาร์โลกอาจจะลดน้อยถอยลงไปได้ในอนาคต ดังนั้นพวกเราที่เป็นบุคลากรสุขภาพจิตควรจะได้ร่วมมือร่วมใจกันเป็นประจําในการจัดกิจกรรมให้สม่ำเสมอทุกปี และควรณรงค์เชิญชวนให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมให้มากขึ้น เช่นการจัดให้มีการประกวดคำขวัญหรือ theme ของวันไบโพลาร์โลกในแต่ละปี เป็นต้น

มาช่วยกันทำให้วันไบโพลาร์โลก ซึ่งมีจุดเริ่มต้นจากประเทศไทยได้มีกิจกรรมกระจายไปยังนานาประเทศทั่วโลกเป็นประจำสม่ำเสมอทุกปีนะคะ

เอกสารอ้างอิง

1. Bhugra D. Pichet Udomratn. In: Bhugra D, editor. Psychiatrists on psychiatry: conversations with leaders. Oxford: Oxford University Press; 2023. p. 238-46.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ติดยาเสพติด
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

วันรับ : 26 กันยายน 2566

วันแก้ไข : 12 มกราคม 2567

วันตอบรับ : 15 มกราคม 2567

พรจิตติ เฝ้าภูธร, พย.ม., ชูชาติ วงศ์อนุชิต, พร.ด.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ติดยาเสพติด**วิธีการ :** เก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ติดยาเสพติด ณ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ทุกแห่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2565 แบบสอบถามประกอบด้วย แบบวัดการรับรู้ว่าคุณติตราของการติดยาเสพติด แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด แบบวัดความภาคภูมิใจในตนเองของโรเซนเบิร์ก แบบวัดกลยุทธการเผชิญปัญหาแบบไทย (การทำใจ) และแบบวัดความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ติดยาเสพติด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง ได้แก่ สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน**ผล :** กลุ่มตัวอย่าง 266 คน อายุเฉลี่ย 32.1 ปี ($SD = 10.1$) เป็นเพศชายร้อยละ 86.1 ใช้น้ำยาเป็นยาเสพติดหลักร้อยละ 61.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ว่าคุณติตรา ($r = -.301, p < .01$) ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด ($r = .277, p < .01$) ความภาคภูมิใจในตนเอง ($r = .430, p < .01$) และการทำใจ ($r = .362, p < .01$) โดยสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของความยืดหยุ่นทางจิตใจได้ร้อยละ 27.5 ($R^2 = .275$)**สรุป :** ผู้ติดยาเสพติดควรได้รับการบำบัดที่ลดการรับรู้ว่าคุณติตราและเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด และกลยุทธการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมความยืดหยุ่นทางจิตใจและลดการกลับไปใช้น้ำยาเสพติดซ้ำ**คำสำคัญ :** การทำใจ, การรับรู้ว่าคุณติตรา, ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด, ความภาคภูมิใจในตนเอง, ความยืดหยุ่นทางจิตใจ**ติดต่อผู้นิพนธ์ :** ชูชาติ วงศ์อนุชิต; e-mail: choochart.d@gmail.com

Original article

Factors predicting psychological flexibility in people with substance use disorder in northeastern Thailand

Received : 26 September 2023

Revised : 12 January 2024

Accepted : 15 January 2024

Pornjitti Paowphutorn, M.N.S., Choochart Wong-Anuchit, Ph.D.

Faculty of Nursing, Mahasarakham University

Abstract

Objective: To determine factors predicting psychological flexibility in people with substance use disorder (SUD).

Methods: Data from inpatients with SUD at Thanyarak hospital in northeastern region of Thailand were collected from March to December 2022. The research instruments included the Internalized Stigma of Substance Abuse Scale, the Drug Abstinence Intention Questionnaire, the Rosenberg's Self-Esteem Scale, the Thum-jai (Thai coping strategy) Scale, and the Acceptance and Action Questionnaire of Substance Abuse (for psychological flexibility). Demographic data were analyzed using descriptive statistics (mean, percentage, and standard deviation) and inferential statistics (Pearson's correlation and stepwise multiple regression).

Results: A total of 266 participants with a mean age of 32.1 years (SD = 10.1) completed the questionnaires. Most were male (86%) and metamphetamine (as a primary substance) users (61.3%). The level of psychological flexibility was significantly correlated with levels of internalized stigma ($r = -.301$, $p < .01$), drug abstinence intention ($r = .277$, $p < .01$), self-esteem ($r = .430$, $p < .01$) and Thum-jai coping ($r = .362$, $p < .01$). In the regression model, the statistically significant factors accounted for 27.5% of the variance of psychological flexibility ($R^2 = .275$).

Conclusion: To improve psychological flexibility and reduce substance use relapse, people with SUD should receive interventions to reduce internalized stigma and strengthen self-esteem, drug abstinence intention, and adaptive coping strategies.

Keywords: drug abstinence intention, internalized stigma, psychological flexibility, self-esteem, Thum-jai coping strategies

Corresponding author: Choochart Wong-Anuchit; e-mail: choochart.d@gmail.com

ความรู้เดิม : ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (psychological flexibility) มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดและการกลับไปเสพซ้ำของผู้ติดยาเสพติด

ความรู้ใหม่ : การรับรู้ว่าคุณติตรา ความภาคภูมิใจในตนเอง ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด และกลยุทธ์การเผชิญปัญหาแบบไทย (การทำใจ) สามารถร่วมกันทำนายความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ติดยาเสพติดได้ ร้อยละ 27.5

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การส่งเสริมความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ติดยาเสพติดด้วยการลดการรับรู้ว่าคุณติตรา การส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด และกลยุทธ์การเผชิญปัญหาแบบไทย (การทำใจ)

บทนำ

การติดยาเสพติด (substance use disorder) เป็นกลุ่มของอาการและพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดที่ไม่เหมาะสมและก่อให้เกิดความบกพร่องทั้งร่างกายและจิตใจ¹ เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่น่าไปสู่การเกิดอันตรายต่อสังคมและส่งผลให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรและงบประมาณของประเทศอย่างมหาศาล² ผู้ติดยาเสพติดมีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดซ้ำ ๆ จนนำไปสู่ความทุกข์ เกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และเกิดความบกพร่องทางสังคม การศึกษา รวมถึงการประกอบอาชีพ³ ในหลาย ๆ กรณีพบว่าผู้ติดยาเสพติดมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตร่วมด้วย⁴ โดยผู้ติดยาเสพติดมักมีความสามารถในการควบคุมความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองลดลง ซึ่งเพิ่มโอกาสการกลับไปเสพยาซ้ำ⁵

ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (psychological flexibility) คือ ความสามารถในการรับรู้และปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่แตกต่าง เป็นความสามารถในการเปลี่ยนแปลงวิธีคิดหรือพฤติกรรมเมื่อรับรู้ถึงสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อนั่นที่ส่วนบุคคลหรือส่วนรวม เป็นการรักษาความสมดุลของชีวิตให้รู้เท่าทันสถานการณ์แวดล้อมรอบตัวโดยการยอมรับและเลือกแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม ความยืดหยุ่นทางจิตใจเป็นหัวใจหลัก

ของแนวคิดการยอมรับและพันธะสัญญา (acceptance and commitment therapy: ACT) ที่พัฒนาโดย Hayes และคณะ⁶ ซึ่งเป็นแนวคิดของกลุ่มพฤติกรรมนิยมแนวใหม่ที่บูรณาการหลักการพื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรมนิยม การยอมรับ และการให้ความสำคัญกับเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้⁷ โดยความยืดหยุ่นทางจิตใจแบ่งออกเป็น 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การยอมรับ (acceptance) การแยกความคิดออกจากความเป็นจริง (cognitive defusion) การรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง (self as context) การอยู่กับปัจจุบัน (contact with the present moment) การให้คุณค่า (value) และการทำตามพันธะสัญญา (committed action) ความยืดหยุ่นทางจิตใจมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด ความอยากเสพยา และพฤติกรรมการกลับไปเสพซ้ำ⁸ การวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผู้ที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจสูงสามารถควบคุมพฤติกรรมการเสพยาเสพติดได้ดีกว่าผู้ที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจในระดับต่ำ⁹ ดังนั้น ความยืดหยุ่นทางจิตใจจึงมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้ติดยาเสพติด การลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำ และเพิ่มระยะเวลาหยุดใช้ยาเสพติดให้ยาวนานยิ่งขึ้น

ปัจจัยที่พบว่ามีผลเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางจิตใจ ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ ซึ่งการศึกษาของ Slot และคณะ¹⁰ พบว่าความยืดหยุ่นทางจิตใจมีความสัมพันธ์กับอายุแบบไม่เป็นเส้นตรงในลักษณะตัวยูคว่ำ (inverted U-shape) และปัจจัยด้านสถานะทางเศรษฐกิจ โดย Kukkola และคณะ¹¹ พบว่าการขาดทรัพยากรทางเศรษฐกิจและสังคมอาจส่งผลให้ความยืดหยุ่นทางจิตใจลดลง และการศึกษาของ Mallik และคณะ⁸ พบว่าการขาดความยืดหยุ่นทางจิตใจมีความเกี่ยวข้องกับอาการอยากเสพยาเสพติดซึ่งส่งผลต่อการกลับเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ส่วนปัจจัยด้านจิตวิทยาที่พบว่ามีผลเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางจิตใจมากที่สุด คือ การรับรู้ว่าคุณติตรา (internalized stigma) ซึ่งการวิจัยในเยาวชนที่ได้รับการบำบัดยาเสพติดโดย Vatanasin และ Dallas¹² พบว่า การรับรู้ว่าคุณติตรามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการหลอมรวมความคิด (cognitive fusion) กล่าวคือ ผู้ที่ยึดติดกับความคิด เห็นด้วย และยอมรับ

ความคิดที่ไม่เป็นความจริงจากสังคม แล้วดึงเอาความคิดนั้นเข้าหาตนเองจนเกิดเป็นความเชื่อว่าตนเองเป็นคนไม่ดี สะท้อนถึงการขาดความยืดหยุ่นทางจิตใจ และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิณโดย Krafft และคณะ¹³ พบว่าการขาดความยืดหยุ่นทางจิตใจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ที่ถูกตีตรา ในทางกลับกันผู้ที่สามารถแยกความคิดออกจากความเป็นจริงด้วยการพิจารณาความคิดภายใต้ความเป็นจริงตามบริบท โดยไม่เชื่อหรือปฏิบัติตามความคิดที่นำไปผูกติดกับบริบทนั้น ๆ ถือว่ามีความยืดหยุ่นทางจิตใจสูง⁷ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางจิตใจในลำดับต่อมา ได้แก่ ความภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem) โดยพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการหลอมรวมความคิด ซึ่งเป็นลักษณะของการขาดความยืดหยุ่นทางจิตใจ¹² และความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด (drug abstinence intention) ซึ่งการศึกษาในเยาวชนที่ติดยาเสพติดโดยภาคินี เดชชัยยศ และคณะ¹⁴ พบว่ามีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจ นอกจากนี้แนวคิดการยอมรับและพันธะสัญญายังเชื่อว่าบุคคลที่ขาดความยืดหยุ่นทางใจมักมีความทุกข์และมีพฤติกรรมเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงหรือพยายามที่จะควบคุมและหลีกเลี่ยง¹⁵ ซึ่งการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจจะสามารถลดความทุกข์และเพิ่มพูนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมทำให้สามารถยอมรับประสบการณ์ทางอารมณ์และความคิดที่ไม่พึงประสงค์โดยไม่ตัดสินหรือต่อต้าน^{6,16} สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับกลยุทธ์การเผชิญปัญหาแบบไทย ที่เรียกว่า “การทำใจ” (Thai coping strategy - Thum-jai) อันเป็นสิ่งที่หยั่งลึกอยู่ในสังคมไทยเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ด้านลบที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้¹⁷ ปัจจุบันพบว่า ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดนี้ค่อนข้างจำกัด อย่างไรก็ตาม การวิจัยที่ผ่านมาได้มีข้อเสนอแนะที่น่าสนใจว่า การทำใจอาจเป็นตัวแปรส่งผ่านที่นำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่มีผลต่อภาวะทางจิตใจ¹⁸

ในประเทศไทยมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางจิตใจค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย

ความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ติดยาเสพติด ซึ่งจะเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตใจและความสามารถในการควบคุมการใช้อาสาเสพติดของผู้ติดยาเสพติด

วิธีการ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2565 โดยผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 401-381/2564 เมื่อวันที่ 17 ธันวาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ติดยาเสพติดทุกประเภทสาร ตามเกณฑ์การวินิจฉัย substance use disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5)¹ ที่เข้ารับการรักษาฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นและโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane¹⁹ กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนในการสุ่มที่ร้อยละ 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 266 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถอ่านเขียนภาษาไทยและสื่อสารภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีโรคหรืออาการผิดปกติทางจิตเวช ความบกพร่องด้านการรับรู้ หรืออาการเจ็บป่วยทางกายที่เป็นอุปสรรคในการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้รับการอนุญาตให้ใช้โดยผู้พัฒนา การศึกษาครั้งนี้ได้ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือแต่ละฉบับด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) กับผู้ติดยาเสพติดที่ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น 30 คน เครื่องมือที่ใช้ศึกษามีดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ในครอบครัว ลักษณะด้านที่อยู่อาศัย ยาเสพติดหลักที่ใช้ เหตุผลหลักในการใช้ยาเสพติด จำนวนครั้งของการบำบัดรักษา และเหตุผลการเข้ารับการบำบัดรักษา

2) แบบวัดการรับรู้ว่าคุณติตราของการติดยาเสพติด ฉบับภาษาไทย (internalized stigma of substance abuse scale) โดยคณะผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบวัดการรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิตฉบับภาษาไทย ของ Wong-Anuchit และคณะ²⁰ มีข้อคำถามทั้งหมด 29 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ โดยที่คะแนนของแบบวัดทั้งฉบับคำนวณจากคะแนนรวมในแต่ละข้อคำถามหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด แปลผลดังนี้ 1.00 - 2.50 หมายถึง มีการรับรู้ว่าคุณติตราต่ำ และ 2.51 - 4.00 หมายถึง มีการรับรู้ว่าคุณติตราสูง²¹ แบบวัดมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.88

3) แบบสอบถามความตั้งใจเลิกยาเสพติด (drug abstinence intention questionnaire) สร้างโดยวันเพ็ญ อำนางจิตกร²² ตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ Ajzen และ Fishbein²³ มีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเชิงบวก 6 ข้อ และเชิงลบ 7 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 13 - 52 คะแนน โดยคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดสูง แบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.84

4) แบบวัดความภาคภูมิใจในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg's self-esteem scale: RSES-Thai) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย Wongpakaran T และ Wongpakaran N²⁴ มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ แบ่งออกเป็นข้อคำถามเชิงบวก 6 ข้อ และเชิงลบ 4 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 10 - 40 คะแนน โดยคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความภาคภูมิใจในตนเองระดับสูง แบบวัดมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.64

5) แบบวัดกลยุทธ์การเผชิญปัญหาแบบไทย : การทำใจ (Thum-jai scale) สร้างและพัฒนาโดย Mills และคณะ¹⁸ มีข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต

4 ระดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 12 - 48 คะแนน โดยคะแนนรวมสูง หมายถึง มีกลยุทธ์การเผชิญปัญหาแบบไทย (การทำใจ) สูง แบบวัดมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.82

6) แบบวัดความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ติดยาเสพติด ฉบับภาษาไทย (acceptance and action questionnaire - substance abuse Thai version: AAQ-SA-Thai) แปลและพัฒนาโดยคณะผู้วิจัยจากแบบวัด acceptance and action questionnaire of substance abuse ของ Luoma และคณะ¹⁵ มีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 7 ระดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 18 - 126 คะแนน โดยคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความยืดหยุ่นทางจิตใจสูง แบบวัดมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.78

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือทั้ง 6 ฉบับ เป็นแบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์และขอบเขตของการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างก่อนตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 60 นาที เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้งก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีการตรวจสอบความถูกต้องของชุดข้อมูลด้วยวิธีการลงข้อมูล 2 ครั้ง (double data entry) แล้วนำชุดข้อมูลทั้งสองชุดมาเปรียบเทียบกับกันเพื่อหาจุดต่าง โดยวิธีการทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ว่าคุณติตราความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด ความภาคภูมิใจในตนเอง การทำใจ และความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ติดยาเสพติด ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) และหาปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นทางจิตใจด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise

multiple regression analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยตรวจสอบตัวแปรแบบต่อเนื่องตามข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ได้แก่ การแจกแจงของข้อมูล (distribution) และภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (multicollinearity)

ผล

กลุ่มตัวอย่าง 266 คน เป็นเพศชายร้อยละ 86.1 เพศหญิงร้อยละ 13.9 ช่วงอายุ 18 - 64 ปี อายุเฉลี่ย 32.1 ปี ($SD = 10.1$) อยู่ในช่วงอายุ 22 - 40 ปีร้อยละ 63.9 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. ร้อยละ 38.3 ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 27.1 รายได้ครอบครัวต่อเดือนโดยเฉลี่ย 19,369 บาท อยู่ในช่วง 1 - 28,900 บาทร้อยละ 72.2 อยู่ในบ้านตนเองแบบครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 49.2 ใช้ยาเสพติดหลักเป็นยาบ้าร้อยละ 61.3 มีเหตุผลหลักในการใช้ยาเสพติดคือใช้ลดความเครียดหรือปรับอารมณ์ร้อยละ 39.1 เคยรับการบำบัดมาแล้วมากกว่า 1 ครั้งร้อยละ 60.8 และเข้ารับการบำบัดรักษาแบบสมัครใจร้อยละ 83.8 ดังตารางที่ 1

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของชุดข้อมูล

จากการตรวจสอบการแจกแจงของชุดข้อมูลตัวแปรต่อเนื่องด้วยการทดสอบ Kolmogorov - Smirnov พบว่าชุดข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติในทุกตัวแปร และเมื่อทดสอบด้วยสถิติ Fisher skewness coefficient และ Fisher kurtosis coefficient ก็พบว่า ค่าสถิติ Z เกินช่วง ± 3.29 จึงสรุปได้ว่าชุดข้อมูลมีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ (non-normal distribution) อย่างไรก็ตาม เพื่อให้ได้ชุดข้อมูลที่สมบูรณ์และสามารถบรรลุข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการทำนายแบบพารามตริก (parametric statistics) ผู้วิจัยจึงได้มีการจัดการกับข้อมูลโดยการตัด univariate outliers ออกจากชุดข้อมูลภายใต้หลักการที่ว่า ค่าคะแนนที่อยู่นอกขอบเขตของ $mean \pm 3SD$ จะเป็นข้อมูลที่ไม่ปกติแบบ univariate outlier จากนั้นค้นหารายการข้อมูลที่ไม่ปกติแบบ multivariate outliers ในชุดข้อมูลที่เหลือโดยการคำนวณจากค่า Mahalanobis distance และตัดรายการข้อมูลที่มีค่าอยู่นอกเกณฑ์อ้างอิงออกไป พบว่าคงเหลือกลุ่มตัวอย่าง 258 คน หลังจากนั้นทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลอีกครั้งด้วย

Fisher skewness coefficient และ Fisher kurtosis coefficient โดยเทียบกับค่า critical value ของสถิติ Z พบว่ามีค่าอยู่ในช่วง ± 3.29 ที่สามารถสรุปได้ว่าชุดข้อมูลมีการแจกแจงแบบเป็นปกติ (normal distribution)

การตรวจสอบการมีภาวะร่วมเส้นตรงพหุโดยใช้วิธีวิเคราะห์องค์ประกอบความแปรปรวน (variance inflation factors: VIF) ประกอบกับค่า tolerance พบว่าความภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ว่าคุณติตรา ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด และการทำใจ มีค่า VIF เท่ากับ 1.122, 1.206 และ 1.540 ตามลำดับ และมีค่า tolerance เท่ากับ .581, .891, .829 และ .649 ตามลำดับ ซึ่งทุกตัวแปร มีค่า VIF < 10 และมีค่า tolerance ไม่เข้าใกล้ 0 จึงถือว่าตัวแปรอิสระนั้นไม่มีภาวะร่วมเส้นตรงพหุ

การวิเคราะห์ข้อมูลของแบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ว่าคุณติตรา ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด ความภาคภูมิใจในตนเอง กลยุทธ์การเผชิญปัญหาแบบไทย (การทำใจ) และความยืดหยุ่นทางจิตใจ ดังตารางที่ 2

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สันพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีทั้งหมด 4 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ว่าคุณติตรา มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก ความภาคภูมิใจในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ และกลยุทธ์การเผชิญปัญหาแบบไทย (การทำใจ) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ดังตารางที่ 3

การวิเคราะห์หาอำนาจการทำนาย

ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน พบว่า ตัวแปรทำนายที่มีอิทธิพลต่อความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ติดยาเสพติดสูงสุด คือ การรับรู้ว่าคุณติตรา ($Beta = -.251$) รองลงมา ได้แก่ ความภาคภูมิใจในตนเอง ($Beta = .212$) ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด ($Beta = .187$) และการทำใจ ($Beta = .155$) ตามลำดับ โดยสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของความยืดหยุ่นทางจิตใจได้ร้อยละ 27.5 ($R^2 = .275$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 266)

	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	229	86.1
หญิง	37	13.9
อายุ (mean = 32.09, SD = 10.145)		
13 - 21 ปี	42	15.8
22 - 40 ปี	170	63.9
41 - 65 ปี	54	20.3
การศึกษา		
ประถมศึกษา	53	20.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	75	28.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	102	38.3
ปวส./อนุปริญญา	23	8.6
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	13	4.9
อาชีพ		
ว่างงาน	65	24.4
รับจ้าง	72	27.1
นักเรียน/นักศึกษา	5	1.9
รับราชการ	9	3.4
ค้าขาย	28	10.5
เกษตรกร	56	21.0
ธุรกิจส่วนตัว	31	11.7
รายได้ในครอบครัวต่อเดือน (mean = 19,369.04, SD = 24,723.09)		
1 - 28,900 บาท	192	72.2
28,901 - 46,500 บาท	26	9.8
มากกว่า 46,501 บาท	21	7.9
ไม่ทราบรายได้	27	10.1
ลักษณะด้านที่อยู่อาศัย		
เช่าห้องพักหรืออยู่อาศัยในบ้านของตนตามลำพัง	21	7.9
อาศัยอยู่ในบ้านตนเองแบบครอบครัวเดียว	131	49.2
อาศัยอยู่กับพ่อแม่หรือญาติแบบครอบครัวขยาย	114	42.9
สารเสพติดหลักที่ใช้		
บุหรี่	7	2.6
เหล้า	60	22.5
ยาบ้า	163	61.3
กัญชา	17	6.4
อื่น ๆ	5	1.9
สองประเภทขึ้นไป	14	5.3
เหตุผลหลักในการใช้ยาเสพติด		
ช่วยการทำงาน	46	17.3
ลดความเครียด/ปรับอารมณ์	104	39.1
เพื่อเข้าสังคม	70	26.3
รักษาอาการเจ็บป่วยทางกาย	46	17.3

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 266) (ต่อ)

	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการบำบัดรักษา (mean = 1.61, SD = 2.028)		
ครั้งแรก	104	39.2
มากกว่า 1 ครั้ง	162	60.8
เหตุผลการเข้ารับการบำบัดรักษา		
สมัครใจ	223	83.8
บังคับบำบัด	43	16.2
สถานที่บำบัดรักษา		
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น	239	89.8
โรงพยาบาลจิตเวชอุดรธานี	27	10.2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุดของแบบสอบถาม (n = 258)

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	Min	Max	$\bar{X}$	SD	ระดับ
การรับรู้ถูกตีตรา	4	1.31	3.45	2.40	0.34	ต่ำ
ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด	52	24	48	38.55	5.81	-
ความภาคภูมิใจในตนเอง	40	18	40	29.12	4.40	-
การทำใจ	48	20	48	36.49	5.58	-
ความยืดหยุ่นทางจิตใจ	126	45	118	78.70	12.32	-

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของอายุ รายได้ครอบครัวต่อเดือน จำนวนครั้งของการบำบัดรักษา การรับรู้ถูกตีตรา ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด ความภาคภูมิใจในตนเอง และกลยุทธ์การเผชิญปัญหาแบบไทย : การทำใจ (n = 258)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. อายุ	1.00							
2. รายได้ครอบครัวต่อเดือน	.043	1.00						
3. จำนวนครั้งของการบำบัดรักษา	.106	-.032	1.00					
4. การรับรู้ถูกตีตรา	-.078	.025	.023	1.00				
5. ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด	.192**	.024	.054	.113	1.00			
6. ความภาคภูมิใจในตนเอง	.002	-.064	-.061	-.253**	.341**	1.00		
7. การทำใจ	.050	.076	-.022	-.113	.295**	.583**	1.00	
8. ความยืดหยุ่นทางจิตใจ	.037	-.049	-.115	-.301**	.277**	.430**	.362**	1.00

** p < .01

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายในรูปคะแนนดิบ (B) และค่ามาตรฐาน (Beta) ในการทำนายความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ติดยาเสพติด

ตัวทำนาย	B	SE _B	Beta	t	p	VIF	tolerance
ความภาคภูมิใจในตนเอง	.594	.196	.212	3.024	.003	1.720	.581
การรับรู้ว่าคุณติดยา	- 8.923	.070	-.251	-4.417	<.001	1.122	.891
ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด	.396	.124	.187	3.185	.002	1.206	.829
การทำใจ	.342	.147	.155	2.332	.020	1.540	.649

R = .524, R² = .275, R² adjust = .263, F = 23.954, constant = 55.109, Durbin-Watson = 1.82

วิจารณ์

ปัจจัยที่สามารถทำนายความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ติดยาเสพติดในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 4 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ว่าคุณติดยา ความภาคภูมิใจในตนเอง ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด และกลยุทธ์การเผชิญปัญหาแบบไทย (การทำใจ) โดยสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ติดยาเสพติดได้ร้อยละ 27.5 โดยสามารถอธิบายความสัมพันธ์ในแต่ละปัจจัยในการทำนายความยืดหยุ่นทางจิตใจดังต่อไปนี้

การรับรู้ว่าคุณติดยามีความสัมพันธ์ทางลบกับความยืดหยุ่นทางจิตใจและสามารถทำนายความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ติดยาเสพติดได้ (Beta = -.251) ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิธานของ Krafft และคณะ¹³ อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าคุณติดยาอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาของสินินุช นันท์สูงเนิน และคณะ²⁵ ที่พบว่าผู้ติดแอมเฟตามีนในแผนกผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าคุณติดยาในระดับสูง ทั้งนี้อธิบายได้ด้วยเหตุผลที่ว่าผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในซึ่งอยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพเป็นกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมศักยภาพด้านต่าง ๆ จากกิจกรรมการบำบัด การควบคุมสภาพแวดล้อม และการเรียนรู้วิธีการจัดการกับตัวกระตุ้น จนมีความสามารถที่จะจัดการกับความคิดของตนเอง ไม่มีการหลอมรวมความคิดระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นตามบริบทและสถานการณ์ที่เป็นอยู่ เช่น คำพูดที่ไม่ดีหรือคำพูดแง่ลบเข้ากับความคิดของตนเอง จนเชื่อว่าตนเอง

เป็นคนที่ไม่ดี ซึ่งเป็นลักษณะของการแยกความคิดออกจากความเป็นจริงที่เป็นองค์ประกอบของความยืดหยุ่นทางจิตใจ⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของดวงใจ วัฒนสินธุ์ และจิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส¹² ที่พบว่า การรับรู้ว่าคุณติดยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการหลอมรวมความคิดซึ่งเป็นลักษณะของการขาดความยืดหยุ่นทางจิตใจ

ความภาคภูมิใจในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยืดหยุ่นทางจิตใจและสามารถทำนายความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ติดยาเสพติดได้ (Beta = .212) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการส่งเสริมให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองอาจช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดลดการหลอมรวมความคิดกับความเป็นจริง ลดการด้อยค่าตนเอง และเห็นคุณค่าของตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Vatanasin และ Dallas¹² ที่พบว่า ความภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem) มีความสัมพันธ์ทางลบกับการหลอมรวมความคิด ซึ่งเป็นลักษณะของการขาดความยืดหยุ่นทางจิตใจ

ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยืดหยุ่นทางจิตใจและสามารถทำนายความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ติดยาเสพติดได้ (Beta = .187) โดยการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน ระยะฟื้นฟูสภาพ มีระดับความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดค่อนข้างสูง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในกลุ่มเยาวชนที่ใช้ยาเสพติดของจิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส และคณะ²⁶ ที่พบว่าความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดเกิดจากการได้รับการดูแลในสถานบำบัดรักษา ด้วยบรรยากาศของ

การยอมรับ การเห็นคุณค่า และการสอนทักษะต่าง ๆ เพื่อกลับสู่สังคม ซึ่งอาจกล่าวได้ว่ากระบวนการบำบัดรักษาส่งผลให้เกิดความสามารถในการให้คุณค่า และทำให้ชีวิตมีเป้าหมายในการเลิกยาเสพติดและสอดคล้องกับการศึกษาของภาคินิเดชชัยยศ และคณะ¹⁴ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สามารถทำนายความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของเยาวชน พบว่าความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดมีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจ โดยอธิบายว่าผู้ที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจสูงมักจะหาทางแก้ไขปัญหาในรูปแบบที่หลากหลาย ยืดหยุ่น พร้อมทั้งจะพัฒนาตนเองอยู่เสมอ ส่งผลให้มีความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

กลยุทธ์การเผชิญปัญหาแบบไทย (การทำใจ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยืดหยุ่นทางจิตใจและสามารถทำนายความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ติดยาเสพติดได้ (Beta = .155) ทั้งนี้เนื่องมาจากการใช้กลยุทธ์การเผชิญปัญหาโดยการทำให้ช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดยอมรับให้สถานการณ์ต่าง ๆ ดำเนินไปตามที่ควรจะเป็น สอดคล้องกับการยอมรับ (acceptance) คือ การเปิดใจมากขึ้นเพื่อให้สามารถรับประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาทั้งความคิดความรู้สึกที่ตนเองไม่ต้องการ โดยไม่ต่อต้าน หลีกหนี หรือพยายามควบคุม ซึ่งเป็นองค์ประกอบของความยืดหยุ่นทางจิตใจ⁶

การวิจัยนี้ไม่พบว่า อายุ รายได้ครอบครัว และจำนวนครั้งของการบำบัดรักษามีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Slot และคณะ¹⁰ ที่พบว่าความยืดหยุ่นทางจิตใจมีความสัมพันธ์กับอายุในลักษณะ inverted U-shape โดยความยืดหยุ่นทางจิตใจสูงสุดในช่วงอายุ 60 ปี ความแตกต่างของผลการวิจัยนี้อาจเป็นผลมาจากการมีปัจจัยด้านการติดยาเสพติดเข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้ความยืดหยุ่นทางจิตใจของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปตามอายุที่มากขึ้น ส่วนรายได้ครอบครัวพบว่ามีความแตกต่างจากการวิจัยของ Kukkola A และคณะ¹¹ ที่ได้ศึกษาบทบาทของความยืดหยุ่นทางจิตใจและสถานะทางเศรษฐกิจสังคมของวัยรุ่น โดยพบว่าความยืดหยุ่นทางจิตใจมี

ความสัมพันธ์กับความตั้งใจลงมือทำและการตั้งเป้าหมายในผู้ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจสังคมสูงกว่าผู้ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำ ความแตกต่างนี้อาจเป็นผลมาจากผู้ติดยาเสพติดมักจะมีพฤติกรรมพยายามหายาเสพติดมาใช้โดยขาดความสนใจผลกระทบที่จะเกิดขึ้นทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ส่วนจำนวนครั้งของการบำบัดรักษาซึ่งพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจ อาจมีสาเหตุมาจากรูปแบบการบำบัดที่ผ่านมามีได้มุ่งเน้นในการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจโดยตรง ดังนั้นผลการวิจัยนี้จึงอาจสะท้อนว่าตัวแปรเหล่านี้เป็นปัจจัยภายนอกที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของความยืดหยุ่นทางจิตใจทั้ง 6 ด้าน

งานวิจัยนี้สำรวจปัจจัยด้านจิตวิทยาที่มีการศึกษาอย่างจำกัดในประเทศไทย ผลการศึกษาสามารถนำไปสู่การพัฒนาเป็นนวัตกรรมด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย รวมถึงมีการนำเครื่องมือในการวัดความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ติดยาเสพติด ที่ยังไม่เคยถูกใช้ศึกษาในผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทยมาก่อน อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ ได้แก่ การเก็บรวบรวมข้อมูลถูกเก็บในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้สถานพยาบาลมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแผนการรับผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการกระจายตัวและการเป็นตัวแทนที่ดีของกลุ่มประชากรที่ศึกษา นอกจากนี้ การวิจัยนี้พบปัจจัยที่นำมาศึกษาสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ติดยาเสพติดได้เพียงร้อยละ 27.5 ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการวิจัยครั้งนี้ยังนำเอาองค์ประกอบย่อยของความยืดหยุ่นทางจิตใจเข้ามาศึกษาไม่ครบทุกองค์ประกอบ เช่น การรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงและการอยู่กับปัจจุบัน ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปควรรวมเอาองค์ประกอบดังกล่าวเข้ามาศึกษาด้วย เพื่อจะได้ทราบถึงปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ติดยาเสพติดได้ครอบคลุมมากขึ้น

จากผลการวิจัยนี้ พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรให้การดูแลผู้ติดยาเสพติดด้วยการลดการรับรู้ว่าถูกตีตรา และการส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง ความตั้งใจในการ

เลิกยาเสพติด และกลยุทธ์การเผชิญปัญหาแบบไทย (การทำให้) เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตใจอันจะนำไปสู่การเลิกยาเสพติดได้อย่างยั่งยืน นอกจากนี้ หน่วยงานทุกระดับที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ติดยาเสพติดควรให้ความสำคัญกับการลดการรับรู้ถึงผลกระทบเป็นลำดับต้น ๆ และมี นโยบายลดการตีตราทางสังคมควบคู่ไปกับการส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ติดยาเสพติด

สรุป

ความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ติดยาเสพติดที่มารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยในมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความภาคภูมิใจในตนเอง ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด และกลยุทธ์การเผชิญปัญหาแบบไทย (การทำให้) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ถึงผลกระทบ โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ติดยาเสพติดได้ร้อยละ 27.5

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Kashefzadeh M, Taher M, Hosseinkhanzadeh A, Haj Aboutalebi N. The efficacy of motivational interview on intentional self-regulation, distress tolerance and psychological flexibility in men with substance abuse disorder undergoing maintenance therapy. *Journal of Psychological Science*. 2022; 21(117):1815-32. doi:10.52547/JPS.21.117.1815.
3. Lee EB, An W, Levin ME, Twohig MP. An initial meta-analysis of acceptance and commitment therapy for treating substance use disorders. *Drug Alcohol Depend*. 2015;155:1-7. doi:10.1016/j.drugalcdep. 2015.08.004.
4. National Institute on Drug Abuse. Comorbidity: addiction and other mental disorders [Internet]. Gaithersburg: National Institute on Drug Abuse; 2020 [cited 2023 May 12]. Available from: <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/common-comorbidities-substance-use-disorders/part-1-connection-between-substance-use-disorders-mental-illness>
5. Svanberg G, Munck I, Levander M. Acceptance and commitment therapy for clients institutionalized for severe substance-use disorder: a pilot study. *Subst Abuse Rehabil*. 2017;8:45-51. doi:10.2147/SAR.S132255.
6. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2012.
7. Haenjohn J. A development of acceptance and commitment training program on enhancing social problem solving of undergraduate students]. *Journal of Education Burapha*. 2014;25(3):98-112.
8. Mallik D, Kaplan J, Somohano V, Bergman A, Bowen S. Examining the role of craving, mindfulness, and psychological flexibility in a sample of individuals with substance use disorder. *Subst Use Misuse*. 2021;56(6):782-6. doi:10.1080/10826084.2021.1899220.
9. Marcowski P, Białaszek W, Dudek J, Ostaszewski P. Higher behavioral profile of mindfulness and psychological flexibility is related to reduced impulsivity in smokers, and reduced risk aversion regardless of smoking status. *Polish Psychological Bulletin*. 2017;48(4):445-55. doi:10.1515/ppb-2017-0051.
10. Slot M, Reijnders JSAM, Janssens M, Simons ME, Lataster JJE, Jacobs NE. Psychological flexibility across the lifespan in Dutch adults: a cross-sectional study. *PsyArXiv*. 2022 Jul 21. doi:10.31234/osf.io/tzdqj.

11. Kukkola A, Mäyry A, Keinonen K, Lappalainen P, Tunkkari M, Kiuru N. The role of psychological flexibility and socioeconomic status in adolescent identity development. *J Contextual Behav Sci.* 2023;30:112-20. doi:10.1016/j.jcbs.2023.09.005.
12. Vatanasin D, Dallas JC. Factors predicting self-stigma among youths receiving substance abuse treatment. *Pacific Rim Int J Nurs Res.* 2022;26(1):78-89.
13. Krafft J, Ferrell J, Levin ME, Twohig MP. Psychological inflexibility and stigma: a meta-analytic review. *J Contextual Behav Sci.* 2017;7: 15-28. doi:10.1016/j.jcbs.2017.11.002.
14. Detchaiyot P, Vatanasin D, Dallas JC. Factors predicting intention to quit substance abuse among youth receiving substance abuse treatment. *Journal of Health Science Research.* 2021;15(2):37-49.
15. Luoma JB, Drake CE, Kohlenberg BS, Hayes SC. Substance abuse and psychological flexibility: the development of a new measure. *Addict Res Theory.* 2011;19(1):3-13. doi:10.3109/16066359.2010.524956.
16. Tindle R, Hemi A, Moustafa AA. Social support, psychological flexibility and coping mediate the association between COVID-19 related stress exposure and psychological distress. *Sci Rep.* 2022;12(1):8688. doi:10.1038/s41598-022-12262-w.
17. Mills AC, Poogpan J, Wong-Anuchit C, Rujkorakarn D. The meaning of acceptance (Thum-jai) in Thai people: Letting it go...so life goes on. *Int J Ment Health Nurs.* 2019;28(4):879-87. doi:10.1111/inm.12587.
18. Mills AC, Wong-Anuchit C, Poogpan J, Rujkorakarn D. The Thum-jai (acceptance) scale: development and psychometric properties. *Pacific Rim Int J Nurs Res.* 2021;25(4):553-66.
19. Yamane T. *Statistics: an introductory analysis.* 3rd ed. New York: Harper and Row; 1973.
20. Wong-Anuchit C, Mills AC, Schneider JK, Rujkorakarn D, Kerdpong bunchote C, Panyayong B. Internalized stigma of mental illness scale - Thai version: translation and assessment of psychometric properties among psychiatric outpatients in central Thailand. *Arch Psychiatr Nurs.* 2016;30(4):450-6.
21. Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res.* 2004;129(3):257-65. doi:10.1016/j.psychres.2004.08.003.
22. Amnajkitikorn W. Sociopsychological factors and determination to quit drug addiction among individuals in a drug rehabilitation center in Chiang Mai. Chiang Mai: Viangbua Printing; 2010.
23. Ajzen I, Fishbein M. *Understanding attitudes and prediction social behavior.* Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1980.
24. Wongpakaran T, Wongpakaran N. A comparison of reliability and construct validity between the original and revised versions of the Rosenberg self-esteem scale. *Psychiatry Investig.* 2012;9(1): 54-8. doi:10.4306/pi.2012.9.1.54.
25. Nunsoongnarn S, Rodcumdee B, Suktrakul S. Selected factors related to perceived stigma patients with amphetamine dependence. *Royal Thai Navy Medical Journal.* 2019;46(1):1-17.
26. Dallas JC, Joulmet P, Dechchaiyos P, Khuninthong M, Boonchuam S, Sitanon T. Cultivating resilience in life and drug abstinence intention: perspectives of substance-abusing youths. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University.* 2021;29(3):29-40.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินเด็กเลี้ยงยาก อายุ 3 - 6 ปี

วันรับ : 22 กันยายน 2566

วันแก้ไข : 27 กุมภาพันธ์ 2567

วันตอบรับ : 29 กุมภาพันธ์ 2567

ประพา หมายสุข, ศศ.ม., ฑามรา สุมาลย์โรจน์, ศษ.ม.,

เพ็ญรยา นิลสุ่ม, ค.บ., แก้วตา นพมณีจำรัสเลิศ, พ.บ.

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินเด็กเลี้ยงยาก อายุ 3 - 6 ปี

วิธีการ : พัฒนาแบบประเมินโดยอิงทฤษฎีพัฒนาการอารมณ์สังคมและพัฒนาการทางระบบประสาท ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยการหาดัชนีความสอดคล้องจากผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคและสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม ตรวจสอบความคงที่ของแบบประเมินด้วยวิธีทดสอบซ้ำ และตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันในกลุ่มพ่อแม่หรือผู้ดูแลหลักของเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 6 ปี

ผล : แบบประเมินฉบับร่าง 50 ข้อ มีองค์ประกอบ 6 ด้าน ประกอบด้วยลักษณะเด็กเลี้ยงง่าย เด็กอ่อนไหว เด็กเก็บตัว เด็กทำหาย เด็กเหม่อลอย และเด็กมากพลัง มีดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.6 - 1.00 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมระหว่าง 0.28 - 0.81 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันจากวิธีทดสอบซ้ำระหว่าง 0.60 - 0.89 ($p < .001$) การทดสอบในกลุ่มตัวอย่าง 367 คน พบว่า มี 33 ข้อที่ผ่านเกณฑ์การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับ 0.83 และรายองค์ประกอบระหว่าง 0.72 - 0.91

สรุป : แบบประเมินเด็กเลี้ยงยากที่พัฒนาขึ้นมีคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาที่เหมาะสม โดยมีความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่ดีและมีความสอดคล้องภายในสูง

คำสำคัญ : แบบประเมิน, คุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยา, เด็กปฐมวัย, เด็กเลี้ยงยาก

ติดต่อผู้นิพนธ์ : ฑามรา สุมาลย์โรจน์; e-mail: tamara.sum@mahidol.edu

Original Article

Development and psychometric properties of an assessment tool for children with challenging behaviors aged 3 - 6 years

Received : 22 September 2023

Revised : 27 February 2024

Accepted : 29 February 2024

Prapa Maisook, M.A., Tamara Sumalrot, M.Ed.,

Phenraya Ninsoom, B.Ed., Kaewta Nopmaneejumrulers, M.D.

National Institute for Child and Family Department, Mahidol University

Abstract

Objective: To develop and evaluate the psychometric properties of the assessment form for difficult children aged 3 - 6 years.

Methods: The assessment tool was developed based on functional emotional developmental and neurodevelopmental theories. The content validity was checked by finding the index of item-objective congruence (IOC) from five experts. The reliability was determined by the internal consistency using Cronbach's alpha coefficient and corrected item-total correlation (CITC). The stability was assessed using the test-retest method. The construct validity was tested among the parents or primary caregivers of children aged 3 - 6 years using exploratory factor analysis (EFA).

Results: The draft version of an assessment consisted of 50 items, categorized into six aspects of child characteristics; the easy child, the sensitive child, the self-absorbed child, the defiant child, the inattentive child, and the active child. It had IOC between 0.6 - 1.00, the CITC between 0.28 - 0.81, and the test-retest correlation between 0.60 - 0.89 ($p < .001$). The EFA among 367 participants revealed that 33 items were retained, with the full scale and subscale Cronbach's alpha coefficient of 0.83 and between 0.72 - 0.91, respectively.

Conclusion: The assessment form for difficult children is psychometrically sound, with favorable validity and high internal consistency.

Keywords: inventory, psychometric properties, early childhood, difficult child

Corresponding author: Tamara Sumalrot; e-mail: tamara.sum@mahidol.edu

ความรู้เดิม : ประเทศไทยมีการพัฒนาแบบประเมินพื้นฐานอารมณ์ของเด็กปฐมวัยที่บ่งบอกระดับความยากง่ายของการเลี้ยงดู แต่ยังไม่มียแบบประเมินที่สามารถจำแนกลักษณะเด็กเลี้ยงยากประเภทต่าง ๆ สำหรับเด็กอายุ 3 - 6 ปี

ความรู้ใหม่ : แบบประเมินเด็กเลี้ยงยากที่พัฒนาขึ้นมี 33 ข้อ ประกอบด้วยลักษณะ 6 ด้าน ได้แก่ เด็กเลี้ยงง่าย เด็กอ่อนไหว เด็กเก็บตัว เด็กทำท่าย เด็กเหม่อลอย และเด็กมากพลัง มีความตรงเชิงโครงสร้างมีความเชื่อมั่นจากคำตอบคล้อยภายในสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ .83 และรายองค์ประกอบระหว่าง .72 - .91

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : สามารถใช้ประเมินพื้นฐานอารมณ์และพฤติกรรมของเด็ก เพื่อทำความเข้าใจลักษณะเด็กเลี้ยงยากแต่ละประเภท

บทนำ

ปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมในเด็กปฐมวัยพบได้บ่อยและหลากหลาย การศึกษาในประเทศไทยปี พ.ศ. 2560 พบความชุกร้อยละ 11.9 โดยปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่พบบ่อยสุด คือ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) รองลงมา ได้แก่ อาการทางอารมณ์ (emotional symptoms) ปัญหาสัมพันธภาพทางสังคม (prosocial difficulties) พฤติกรรมเกร (conduct problems) และปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน (peer problems) ตามลำดับ¹ เด็กที่มีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมมักมีความยากลำบากในการปรับตัวและพัฒนาการที่ไม่เหมาะสม ทำให้การเลี้ยงดูมีความท้าทายและยากกว่าเด็กทั่วไป^{2,3}

เด็กเลี้ยงยาก (difficult child) หมายถึง เด็กที่มีลักษณะอารมณ์และพฤติกรรมที่แตกต่างจากเด็กทั่วไปอย่างมากและมักแสดงออกให้เห็นบ่อย ๆ ในชีวิตประจำวัน มีความยากลำบากในการจัดการด้านอารมณ์และพฤติกรรม และมีความยุ่งยากในการดูแลกว่าเด็กทั่วไป Thomas และ Chess⁴ ได้อธิบายว่าเด็กแต่ละคนมีลักษณะพื้นฐานอารมณ์ที่

แตกต่างกัน แบ่งเป็น 4 ประเภท ได้แก่ เด็กเลี้ยงง่าย (easy child) เด็กอ่อนไหวหรือเด็กปรับตัวช้า (slow-to-warm-up child) เด็กเลี้ยงยาก (difficult child) และเด็กผสมผสาน (mixed type) ส่วน Greenspan³ ได้เสนอมุมมองเกี่ยวกับความแตกต่างทางระบบประสาทของเด็ก เช่น การรับรู้สิ่งเร้า การประมวลข้อมูล และการวางแผนสั่งการกล้ามเนื้อ ที่ทำให้เด็กแสดงออกทางพฤติกรรมและอารมณ์แตกต่างกัน โดยเด็กเลี้ยงยากที่พบบ่อยมี 5 ประเภท ได้แก่ เด็กอ่อนไหว (the sensitive child) หมายถึง เด็กที่อ่อนไหวง่ายต่อสิ่งเร้ารอบตัว ชี้อารมณ์ง่าย ระวังตัว และต้องการเวลาในการปรับตัวเมื่อเผชิญสถานการณ์หรือผู้คนใหม่ๆ เด็กทำท่าย (the defiant child) หมายถึง เด็กที่ดื้อ ขอบตื้อดื้อ ต้องการควบคุมและกำหนดสิ่งต่าง ๆ ของตนเองให้มากที่สุด และมักปฏิเสธข้อเสนอแนะของผู้อื่น เด็กเก็บตัว (the self-absorbed child) หมายถึง เด็กที่มักนั่งเฉย อยู่กับจินตนาการของตัวเอง ไม่ค่อยสำรวจสิ่งรอบตัว และไม่ค่อยสนใจโลกภายนอก เด็กมากพลัง (the active, explorative, craving child) หมายถึง เด็กที่มีความกระตือรือร้น มีพลังเยอะ ไม่ค่อยหวั่นไหวหรือเกรงกลัวอะไร และมักแสดงออกทางกรกระทำมากกว่าการพูด และเด็กเหม่อลอย (the inattentive child) หมายถึง เด็กที่ขาดความสนใจ เหม่อ ล่องลอย ไม่ค่อยมีสมาธิจดจ่อ คงความสนใจในการทำงาน/กิจกรรมได้ช่วงสั้นๆ อาจดูไม่ค่อยมีสติ ซ้ำลืมหักทำอะไรไม่เสร็จ และทำงานไม่เรียบร้อย^{3,5,6} นอกจากนี้ Saricelik และ Saban⁷ ได้ศึกษาการรับรู้ของครูประจำชั้นเกี่ยวกับเด็กเลี้ยงยาก พบว่ามี 5 ประเภท ได้แก่ เด็กที่มีพรสวรรค์หรือเด็กที่มีปัญหาในการเรียนรู้ (gifted children or children with learning difficulties) เด็กซนหรือเจียบ (children who are hyperactive or quiet) เด็กที่ถูกครอบครัวยุติหรือไม่ได้รับการดูแล (children who have been spoiled or not cared for by their families) เด็กที่ก้าวร้าวหรือพร้อมที่จะต่อสู้ (children who are aggressive or ready to fight) และเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นหรือขาดความสนใจ (children with attention deficit or lack of interest)⁷ จากแนวคิดทฤษฎีและผลการศึกษาดังกล่าว

ผู้ให้บริการและผู้ดูแลเด็กเลี้ยงยากจึงควรตระหนักถึงลักษณะความแตกต่างของเด็กแต่ละคนเพื่อให้การติดตามดูแลที่ปรับให้เข้ากับความต้องการของเด็ก^{3,6,8,9}

ปัจจุบันประเทศไทยมีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ประเมินพื้นฐานอารมณ์ของเด็กปฐมวัย มีข้อคำถามรวม 40 ข้อ ประเมินทั้งด้านครอบครัวและตัวเด็ก^{9,10} การสำรวจในพ่อแม่และเด็กปฐมวัยอายุ 1 - 5 ปีจำนวน 444 ครอบครัว ในจังหวัดปทุมธานีพบสัดส่วนเด็กพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงง่ายร้อยละ 15.5 เด็กพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงยากในบางเรื่องร้อยละ 69.1 และเด็กพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงยากร้อยละ 15.3 และพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับพื้นฐานอารมณ์ โดยครอบครัวที่มีรายได้น้อยเพิ่มโอกาสของการมีเด็กในครอบครัวเป็นเด็กเลี้ยงยาก¹¹ อย่างไรก็ตาม แบบประเมินดังกล่าวเป็นการประเมินระดับพื้นฐานอารมณ์ในภาพรวม ไม่ได้บ่งบอกลักษณะเฉพาะของเด็กเลี้ยงยากแต่ละประเภท

เด็กปฐมวัยเป็นช่วงวัยที่กำลังพัฒนาในด้านต่าง ๆ การระบุและช่วยเหลือปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรม และพัฒนาการที่ไม่เหมาะสมในเด็กปฐมวัยก่อนที่ปัญหาจะพัฒนาเป็นรูปแบบถาวรจึงเป็นกุญแจสำคัญในการดูแลเด็กตั้งแต่วัยแรกเริ่ม^{1,2} การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินเด็กเลี้ยงยาก อายุ 3 - 6 ปี เพื่อสำรวจและจัดประเภทตามลักษณะเฉพาะของเด็กเลี้ยงยาก โดยคำนึงถึงการแสดงออกอารมณ์ พฤติกรรม และความแตกต่างทางระบบประสาทของเด็ก

วิธีการ

การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (IPSR-IRB) รหัสโครงการ IPSR-IRB-2023-014 วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566 โดยมีขั้นตอนการพัฒนาแบบประเมินแบ่งเป็นสองระยะ ดังนี้

1. การพัฒนาแบบประเมินเด็กเลี้ยงยากและการตรวจสอบคุณภาพเบื้องต้น

1) ศึกษาองค์ความรู้และทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสร้างแบบประเมินเด็กเลี้ยงยาก โดยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดพัฒนาการอารมณ์สังคม ความแตกต่างทางระบบประสาทของเด็ก และสัมพันธ์ภาพระหว่างเด็กกับผู้ดูแลของ Greenspan^{3,13} สร้างข้อคำถามตามองค์ประกอบภายใต้ลักษณะอารมณ์ พฤติกรรม และความแตกต่างทางระบบประสาทของเด็ก โดยครอบคลุมลักษณะ 6 ด้าน ได้แก่ เด็กเลี้ยงง่าย เด็กอ่อนไหว เด็กเก็บตัว เด็กทำหาย เด็กเหม่อลอย และเด็กมากพลัง

2) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของแบบประเมินที่พัฒนาโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือ (index of item-objective congruence: IOC)

3) นำแบบประเมินที่ปรับปรุงแล้วมาศึกษานำร่องในพ่อแม่หรือผู้ดูแลหลักของเด็กที่มารับบริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และคลินิกพัฒนาการเด็ก สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว จำนวน 30 คน จากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เพื่อตรวจสอบความเชื่อถือได้ของเครื่องมือจากความสอดคล้องภายในโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และค่าสหสัมพันธ์ของคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (corrected item-total correlation: CITC)

2. การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินเด็กเลี้ยงยาก

1) นำแบบประเมินที่ปรับปรุงจากระยะที่ 1 มาปรับเป็นรูปแบบออนไลน์ใน Google forms และตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินกลุ่มตัวอย่างจริงที่คัดเลือกจากบุคคลทั่วไปที่สนใจเข้าร่วมวิจัยและผ่านเกณฑ์คัดเข้า เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis: EFA) และตรวจสอบความสอดคล้องภายในของแบบประเมินที่ปรับปรุงแล้วโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พ่อ แม่ หรือผู้ดูแลหลักของเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 6 ปี เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับเด็กอย่างน้อย 4 - 6 เดือน 2) สามารถอ่านภาษาไทยได้ และ 3) เด็กมีสุขภาพดี ไม่มีปัญหาการเจ็บป่วยร่างกายและ/หรือปัญหาสุขภาพจิต เช่น โรคเรื้อรังและสมองพิการ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีปัญหาร่างกายเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงและ/หรือปัญหาสุขภาพจิตที่มีประวัติได้รับการรักษา เช่น โรคมะเร็งระยะสุดท้าย โรคหัวใจ และภาวะซึมเศร้า และ 2) เด็กได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ว่าเป็นเด็กพิเศษหรือเด็กพัฒนาการล่าช้า กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตาม Comrey และ Lee¹² ที่เสนอว่าการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) ควรมีก่อนตัวอย่างระหว่าง 300 - 500 คน โดย 300 คนจัดว่าดี และ 500 คนจัดว่าดีมาก จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 300 คน

2) ตรวจสอบความคงที่ (stability) ของแบบประเมินฉบับปรับปรุงแล้วด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ระยะเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ ในกลุ่มพ่อแม่หรือผู้ดูแลหลักของเด็ก 30 คน คัดเลือกโดยใช้เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกเช่นเดียวกัน

ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โดยการประชาสัมพันธ์เชิญชวนผู้ที่สนใจสมัครเข้าร่วมวิจัยผ่านช่องทาง Facebook ของสถาบันและกลุ่มสมาชิกเครือข่ายการพัฒนาเด็กและครอบครัว โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับ และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผ่านระบบ Google form โดยผู้สนใจเข้าร่วมการวิจัยยินยอมเข้าร่วมและตอบแบบประเมิน

การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่อบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จำนวนและร้อยละ
2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือประกอบด้วย 1) การหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 2) การหาค่าสหสัมพันธ์ของคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (CITC) โดยควรมีค่ามากกว่า

0.3 จึงแสดงว่ามีอำนาจจำแนกที่ดี¹⁴ และ 3) การตรวจสอบความคงที่ของแบบประเมินด้วยวิธีทดสอบซ้ำ โดยการหาค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) การแปลผลพิจารณาจากเกณฑ์ดังนี้ 0.20 - 0.40 ความเชื่อมั่นต่ำ 0.41 - 0.70 ความเชื่อมั่นปานกลาง และ 0.71 - 1.00 ความเชื่อมั่นสูง¹⁵

3. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ ประกอบด้วย 1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือ (IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้แก่ กุมารแพทย์ด้านพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก 2 คน นักจิตวิทยาคลินิก 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน และนักกิจกรรมบำบัดเชี่ยวชาญด้านเด็ก 1 คน ตรวจสอบโครงสร้างและพิจารณาความสอดคล้องระหว่างหัวข้อการประเมินที่สร้างขึ้นกับลักษณะพฤติกรรมของเด็กในแต่ละแบบที่กำหนดไว้ กำหนดค่า IOC แต่ละข้อต้องมากกว่า 0.5 จึงถือว่าผ่าน¹⁶ และ 2) การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) เพื่อจัดกลุ่มตัวแปร โดยตรวจสอบข้อมูลเพื่อดูความเหมาะสมในการวิเคราะห์องค์ประกอบ โดยใช้สถิติ Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure of sampling adequacy แปลผลดังนี้ ค่า KMO ระหว่าง 0.50 - 0.59 แสดงว่าข้อมูลมีความเหมาะสมน้อย 0.60 - 0.69 เหมาะสมปานกลาง 0.70 - 0.79 เหมาะสมดี และ 0.80 ขึ้นไป เหมาะสมดีมาก และตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ โดยใช้สถิติ Bartlett's test of sphericity โดยนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงว่าข้อมูลมีความสัมพันธ์กันมาก สามารถใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบได้ จากนั้นวิเคราะห์องค์ประกอบโดยเลือกสกัดองค์ประกอบด้วยวิธีแกนหลัก (principal axis factoring) ร่วมกับการหมุนแกนแบบมูมดากด้วยวิธีแวนแมกซ์ (varimax) โดยใช้เกณฑ์ในการพิจารณาการตัดองค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบนั้นต้องมีค่าไอเกน (eigenvalue) มากกว่า 1 2) ตัวแปรในองค์ประกอบต้องมีน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) มากกว่า 0.4 และ 3) ในองค์ประกอบนั้นต้องมีตัวแปรตั้งแต่ 3 ตัวขึ้นไป¹⁷⁻¹⁹

ผล

1. การพัฒนาแบบประเมินเด็กเลี้ยงยากและการตรวจสอบคุณภาพเบื้องต้น

แบบประเมินเด็กเลี้ยงยากอายุ 3 - 6 ปีที่พัฒนาขึ้นมีข้อคำถาม 53 ข้อ แบ่งองค์ประกอบเป็น 6 ด้านตามลักษณะของเด็ก ได้แก่ เด็กเลี้ยงง่าย 5 ข้อ เด็กอ่อนไหว 11 ข้อ เด็กเก็บตัว 9 ข้อ เด็กทำหาย 9 ข้อ เด็กเหม่อลอย 9 ข้อ และเด็กมากพลัง 10 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มี มีบ้าง ปานกลาง บ่อย และประจำ เป็นแบบสอบถามชนิดให้ผู้ตอบตอบด้วยตัวเอง

1.1 ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยการหาค่า IOC จากผู้เชี่ยวชาญพบว่า ข้อคำถามมีค่า IOC ระหว่าง 0.4 - 1.0 โดยมี 52 ข้อที่ผ่านเกณฑ์ (IOC > 0.5) ในจำนวนนี้มี 13 ข้อที่มีการปรับคำถามให้กระชับและเข้าใจง่ายตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ ผู้วิจัยได้ตัดข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่าเกณฑ์จำนวน 1 ข้อ และปรับข้อคำถามที่คล้ายกัน 2 ข้อเป็น 1 ข้อ คงเหลือข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 51 ข้อที่มีค่า IOC ระหว่าง 0.6 - 1.0 คะแนน

1.2 ความเชื่อมั่น (reliability)

นำแบบประเมินเด็กเลี้ยงยาก ฉบับ 51 ข้อ ไปทดสอบนำร่องในกลุ่มพ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัยจำนวน 30 คน พบว่า มีข้อคำถาม 47 ข้อที่มีค่า CITC มากกว่า .3 และมี 1 ข้อในลักษณะเด็กอ่อนไหวที่หากตัดออกจะทำให้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคสูงขึ้นจาก 0.80 เป็น 0.84 และมี 3 ข้อที่หากตัดออกยังคงมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคใกล้เคียงเดิม จึงพิจารณาตัดข้อคำถาม 1 ข้อที่ให้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคสูงขึ้น เหลือข้อคำถาม 50 ข้อที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ 0.91 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจำแนกตามองค์ประกอบ ดังนี้ ลักษณะเด็กเลี้ยงง่ายเท่ากับ 0.74 เด็กอ่อนไหวเท่ากับ 0.84 เด็กเก็บตัวเท่ากับ 0.78 เด็กทำหายเท่ากับ 0.89 เด็กเหม่อลอยเท่ากับ 0.82 และเด็กมากพลัง

เท่ากับ 0.79 และมีค่า CITC จำแนกตามองค์ประกอบ ดังนี้ ลักษณะเด็กเลี้ยงง่ายมีค่าอยู่ระหว่าง 0.30 - 0.78 เด็กอ่อนไหว 0.47 - 0.74 เด็กเก็บตัว 0.29 - 0.63 เด็กทำหาย 0.27 - 0.81 เด็กเหม่อลอย 0.34 - 0.69 และเด็กมากพลัง 0.28 - 0.63 ดังตารางที่ 1

2. การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินเด็กเลี้ยงยาก

2.1 ความคงที่ (stability)

เมื่อนำแบบประเมินเด็กเลี้ยงยาก ฉบับ 50 ข้อ ไปทดสอบในกลุ่มพ่อแม่หรือผู้ดูแล 30 คนเพื่อตรวจสอบความคงที่ของแบบประเมินด้วยวิธีทดสอบซ้ำโดยมีระยะเวลาการประเมินห่างกัน 1 สัปดาห์ พบว่า แบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันจำแนกตามองค์ประกอบ ดังนี้ ลักษณะเด็กเลี้ยงง่าย เท่ากับ 0.60 เด็กอ่อนไหว 0.77 เด็กเก็บตัว 0.79 เด็กทำหาย 0.89 เด็กเหม่อลอย 0.81 และเด็กมากพลัง 0.79 และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของแบบประเมินทั้งฉบับเท่ากับ 0.79 และมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

2.2 ความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity)

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบประเมินทั้งหมด 438 คน ผ่านเข้าเกณฑ์คัดเข้า 367 คน โดยเป็นผู้ดูแลหลักที่เป็นแม่ 330 คน (ร้อยละ 89.9) พ่อ 27 คน (ร้อยละ 7.4) และอื่น ๆ 10 คน (ร้อยละ 2.7) อายุ 31 - 40 ปี 249 คน (ร้อยละ 67.8) อายุ 41 - 50 ปี 95 คน (ร้อยละ 25.9) ผู้ตอบแบบสอบถามมีลูกอายุ 3 ปี - 3 ปี 11 เดือน 152 คน (ร้อยละ 41.4) อายุ 5 ปี - 5 ปี 11 เดือน 116 คน (ร้อยละ 31.6) และอายุ 4 ปี - 4 ปี 11 เดือน 99 คน (ร้อยละ 27) และมีลูกเพศชายและหญิงเป็นอัตราส่วนใกล้เคียงกัน ได้แก่ 184 คน (ร้อยละ 50.1) และ 183 คน (ร้อยละ 49.9) ตามลำดับ

การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของแบบประเมินเด็กเลี้ยงยาก ฉบับ 50 ข้อ ด้วยวิธี EFA พบว่า มีตัวแปร (ข้อคำถาม) จำนวน 2 ตัวที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำกว่า 0.4 และตัวแปรจำนวน 4 ตัวไม่สามารถจัดองค์ประกอบได้ (องค์ประกอบที่มีจำนวนตัวแปรน้อยกว่า 3 ตัว) นอกจากนี้ยังมีตัวแปรอีก 10 ตัวที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม

	จำนวน ข้อคำถามตั้งต้น	จำนวน ข้อคำถามที่ผ่าน	Corrected item-total correlation
1. ลักษณะเด็กเลี้ยงง่าย	5	5	0.30 - 0.78
2. ลักษณะเด็กอ่อนไหว	9	8	0.47 - 0.74
3. ลักษณะเด็กเก็บตัว	9	9	0.29 - 0.63
4. ลักษณะเด็กทำท่าย	9	9	0.27 - 0.81
5. ลักษณะเด็กเหม่อลอย	9	9	0.34 - 0.69
6. ลักษณะเด็กมากพลัง	10	10	0.28 - 0.63
รวมทั้งฉบับ	51	50	0.28 - 0.81

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของการทดสอบซ้ำ

	Test	Retest	Pearson correlation	
	mean (SD)	mean (SD)	R	p
1. ลักษณะเด็กเลี้ยงง่าย	4.09 (.65)	4.15 (.58)	0.60	< .001
2. ลักษณะเด็กอ่อนไหว	2.33 (.65)	2.31 (.74)	0.77	< .001
3. ลักษณะเด็กเก็บตัว	1.97 (.65)	1.88 (.66)	0.79	< .001
4. ลักษณะเด็กทำท่าย	2.55 (.84)	2.68 (.88)	0.89	< .001
5. ลักษณะเด็กเหม่อลอย	1.77 (.68)	1.81 (.64)	0.81	< .001
6. ลักษณะเด็กมากพลัง	2.46 (.73)	2.39 (.75)	0.79	< .001
รวมทั้งฉบับ	2.41 (.42)	2.41 (.47)	0.79	< .001

ในองค์ประกอบมากกว่า 1 ด้าน ซึ่งบ่งชี้ว่าตัวแปรนั้นวัดองค์ประกอบได้มากกว่า 1 ด้าน (crossloading) จึงตัดตัวแปรเหล่านี้ทิ้ง และตัดตัวแปรที่ไม่เข้ากลุ่มอีก 1 ตัว คงเหลือข้อคำถาม 33 ข้อ โดยองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านมีตัวแปร 3 ตัวขึ้นไป

ผลการวิเคราะห์ตามข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าแบบประเมินเด็กเลี้ยงยาก ฉบับ 33 ข้อ มีค่า KMO เท่ากับ .86 และค่า Bartlett's test of sphericity เท่ากับ 5802.95 ($p < .001$) แสดงว่าข้อคำถามทั้ง 33 ข้อมีความสัมพันธ์กัน ข้อมูลมีความเหมาะสมและสามารถนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจได้ หลังการวิเคราะห์พบว่ามีองค์ประกอบ 6 ด้านที่มีค่า eigenvalue มากกว่า 1 และมีค่า communalities (h^2) มีค่าระหว่าง .31 - .75 คำนวณจาก

องค์ประกอบระหว่าง .42 - .84 โดยองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนร่วมของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 60.4 ดังตารางที่ 3

2.3 ความเชื่อมั่น (reliability)

การตรวจสอบความสอดคล้องภายในของแบบประเมินเด็กเลี้ยงยาก ฉบับ 33 ข้อ พบว่า แบบประเมินทั้งฉบับมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจำแนกตามองค์ประกอบดังนี้ ลักษณะเด็กเลี้ยงง่าย เท่ากับ .72 เด็กอ่อนไหว .83 เด็กเก็บตัว .74 เด็กทำท่าย .91 เด็กเหม่อลอย .81 และเด็กมากพลัง .84 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loadings) รายข้อคำถามและค่าความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha) ของแบบประเมิน ฉบับ 33 ข้อ

ข้อคำถามที่* (items)	คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loadings)						communality
	factor 1	factor 2	factor 3	factor 4	factor 5	factor 6	
D6	0.84						0.75
D4	0.82						0.74
D3	0.81						0.70
D7	0.78						0.67
D5	0.77						0.61
D2	0.74						0.70
D1	0.70						0.61
S6		0.79					0.70
S1		0.76					0.61
S3		0.73					0.69
S4		0.72					0.59
S2		0.65					0.44
S8		0.62					0.49
S5		0.50					0.37
A8			0.80				0.70
A4			0.75				0.68
A6			0.72				0.60
A5			0.71				0.57
A1			0.65				0.53
A10			0.63				0.57
IA9				0.83			0.70
IA7				0.78			0.69
IA8				0.76			0.63
IA6				0.70			0.57
SA1					0.78		0.65
SA3					0.77		0.62
SA2					0.70		0.57
SA4					0.69		0.50
SA5					0.42		0.31
E1						0.76	0.61
E5						0.68	0.57
E3						0.64	0.63
E2						0.60	0.69
eigenvalue	6.64	5.69	2.30	1.95	1.85	1.53	
percentage of variance explained (total = 60.464)	20.12	17.23	6.98	5.90	5.61	4.63	
Cronbach's alpha	0.91	0.83	0.84	0.81	0.74	0.72	
Cronbach's alpha ทั้งฉบับ							0.83

Extraction method: principal component analysis. rotation method: varimax with kaiser normalization. factor loading < 0.4 were suppressed.

* หมายเหตุ : D = ข้อคำถามลักษณะเด็กทำหาย, S = ข้อคำถามลักษณะเด็กอ่อนไหว, A = ข้อคำถามลักษณะเด็กมากพลัง, IA= ข้อคำถามลักษณะเด็กเหม่อลอย, SA = ข้อคำถามลักษณะเด็กเก็บตัว, E = ข้อคำถามลักษณะเด็กเลี้ยงง่าย

วิจารณ์

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพการวัดทางจิตวิทยาของแบบประเมินเด็กเลี้ยงยาก โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสารความรู้และทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง^{3,6-8,13} แล้วนำมาพัฒนาเป็นข้อคำถามเพื่อสร้างแบบประเมินเด็กเลี้ยงยากสำหรับเด็กอายุ 3 - 6 ปี แบ่งองค์ประกอบเป็น 6 ด้านตามลักษณะของเด็ก ได้แก่ เด็กเลี้ยงง่าย เด็กอ่อนไหว เด็กเก็บตัว เด็กทำท่าย เด็กเหม่อลอย และเด็กมากพลัง ภายหลังการวิเคราะห์องค์ประกอบผู้วิจัยตัดข้อคำถามบางข้อออก คงเหลือข้อคำถาม 33 ข้อที่มีองค์ประกอบ 6 ด้านเช่นเดิม โดยแบบประเมินที่ปรับแล้วมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ .83 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาครายองค์ประกอบระหว่าง 0.72 - 0.91 แสดงว่าแบบประเมินมีความเชื่อมั่นด้านความสอดคล้องภายในที่ยอมรับได้ ทั้งนี้ยังไม่พบบางงานวิจัยที่พัฒนาแบบประเมินที่ใกล้เคียงกัน มีเพียงการศึกษาของพนิดา ศิริอำพันธุ์กุล และคณะ¹¹ ที่ได้สร้างเครื่องมือประกอบงานวิจัย โดยสร้างแบบประเมินพื้นฐานอารมณ์เด็กเลี้ยงยากแต่วัดในลักษณะ 3 ด้าน คือ เลี้ยงยากมาก เลี้ยงยากในบางเรื่อง และเลี้ยงไม่ยาก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87 ซึ่งใกล้เคียงกับแบบประเมินเด็กเลี้ยงยากที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยครั้งนี้

การตรวจสอบความคงที่ของแบบประเมินด้วยวิธีทดสอบซ้ำพบว่า แบบประเมินด้านลักษณะเด็กเลี้ยงง่ายมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเท่ากับ 0.60 ซึ่งถือว่ามีความคงที่ในการวัดปานกลาง ส่วนด้านลักษณะเด็กอ่อนไหว เด็กเก็บตัว เด็กทำท่าย เด็กเหม่อลอย และเด็กมากพลังมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่าง 0.77 - 0.89 ซึ่งถือว่ามีความคงที่ในการวัดสูง¹⁵ โดยแบบวัดทั้งฉบับมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเท่ากับ 0.79 และมีนัยสำคัญทางสถิติกล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในข้อคำถามเช่นเดิมในระยะเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นแม่ของเด็กซึ่งมักใกล้ชิดและรู้จักเด็กเป็นอย่างดี มีความสนใจและตั้งใจในการเข้าร่วม

ตอบแบบสอบถาม หรือเนื่องจากการทดสอบซ้ำห่างจากครั้งแรกเพียง 1 สัปดาห์ อาจส่งผลทำให้ผู้ตอบจำคำถามจากการตอบครั้งแรกได้²⁰ อย่างไรก็ตามหากเว้นระยะห่างนานเกินไปอาจทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามเปลี่ยนแปลงคำตอบจากการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการในปัจจุบันที่มีความสะดวกรวดเร็ว ซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมของเด็กและค่าความคงที่ที่ต่ำเช่นกัน^{20,21}

จากการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยวิธี EFA เมื่อพิจารณา eigenvalue พบว่า ลักษณะเด็กทำท่ายสามารถวัดเด็กเลี้ยงยากได้มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ เด็กอ่อนไหว เด็กมากพลัง เด็กเหม่อลอย และเด็กเก็บตัว ตามลำดับ โดยข้อคำถามที่สามารถอธิบายลักษณะเด็กทำท่ายได้มากที่สุดคือ “เด็กมักจะจัดการปัญหาที่เข้ามาด้วยการต่อต้าน โมโห พยายามจะเอาชนะให้ได้” ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.84 และรองลงมา คือ “เด็กจะไม่ชอบทำตามความคิดของคนอื่น แสดงออกโดยปฏิเสธ ไม่ยอมรับ” ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.82 ข้อคำถามที่สามารถอธิบายลักษณะเด็กอ่อนไหวได้มากที่สุด คือ “เด็กมักแสดงความกลัว กังวล ที่มากเกินไป” ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.79 และข้อคำถามที่สามารถอธิบายลักษณะมากพลังได้มากที่สุดคือ “เด็กชอบการได้รับประสาทสัมผัส ได้แก่ การมองเห็น เสียง และสัมผัส (ตัวอย่างเช่น ชอบสัมผัสแรง ๆ เวลาชนไม่ค่อยรู้สึกเจ็บ ชอบกระโดดเล่นโลดโผน ชอบใช้ร่างกายเคลื่อนไหวเยอะ ๆ)” ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.80 ลักษณะเด่นดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของพนิดา และคณะ¹¹ ที่พบว่าลักษณะเด่นของลูกที่พ่อแม่ต้องคอยห่วงคอยติดตาม คือ ลักษณะลูกที่ซน ดื้อ พุดยาก ส่วนข้อคำถามที่ไม่ผ่านเกณฑ์และที่พิจารณาตัดทิ้งได้โดยไม่เสียโครงสร้างนั้น พบว่าบางข้อคำถามอาจใช้ภาษาที่ไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ตอบแบบประเมินเกิดความสับสนได้ เช่น ข้อคำถาม “เด็กรับรู้ไวต่อสิ่งกระตุ้นรอบตัว (แสง สี เสียง สัมผัส การมองเห็น การได้ยิน) และพยายามควบคุม (ตัวอย่างเช่น ไม่ชอบแสงจ้า ไม่ยอมให้เสื้อผ้าเปียก ไม่ให้เพื่อนเล่นโลดโผนแรง ๆ)” และ “เด็กไม่ชอบตอบคำถาม หรือแสดงความคิดเห็น” ขณะที่ข้อคำถามบางข้อ

ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่ใกล้เคียงกันในองค์ประกอบมากกว่า 1 ด้าน เช่น ข้อคำถาม “เด็กมีความยากลำบากในการทำงานที่ซับซ้อน หรือมีหลายขั้นตอน หรือไม่สามารถทำงานได้อย่างเรียบร้อย” อาจใช้คำถามที่ทำให้ตีความหมายยาก เมื่อพิจารณาแบบประเมินเด็กเลี้ยงยาก ฉบับ 33 ข้อ ซึ่งตัดข้อคำถามดังกล่าวออกแล้ว พบว่า ยังคงมีความสอดคล้องภายในสูง มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่ดี และมียังองค์ประกอบความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการพัฒนาเครื่องมือ

แบบประเมินเด็กเลี้ยงยาก ฉบับ 33 ข้อ ใช้เวลาในการประเมินประมาณ 10 นาที สามารถประเมินได้โดยพ่อแม่หรือผู้ดูแลที่ใกล้ชิดเด็กหรือรู้จักเด็กเป็นอย่างดี โดยผู้ประเมินควรอยู่กับเด็กเป็นเวลาอย่างน้อย 4 เดือน แบบประเมินจะช่วยคัดแยกเด็กเลี้ยงยากออกเป็นประเภทต่าง ๆ เพื่อให้พ่อแม่และผู้ดูแลเด็กเข้าใจในธรรมชาติของการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมของเด็ก อย่างไรก็ตาม แบบประเมินนี้เป็นการวัดจากมุมมองของพ่อแม่หรือผู้ดูแลเท่านั้น จึงควรมีการรวบรวมข้อมูลของเด็กจากผู้เกี่ยวข้อง กับเด็กเพิ่มเติมด้วย เช่น ครูและผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย^{22,23} เพื่อให้มีข้อมูลที่เพียงพอต่อการวางแผนช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กและครอบครัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดดังต่อไปนี้ กลุ่มตัวอย่างมาจากกลุ่มประชากรที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ เนื่องจากการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามออนไลน์ จึงอาจยังไม่ครอบคลุมถึงประชากรที่ไม่สะดวกหรือไม่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นนี้ศึกษาเพียงลักษณะเฉพาะของตัวเด็ก ไม่ครอบคลุมปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมแสดงออกของเด็ก เช่น การเลี้ยงดู การตอบสนอง และบุคลิกภาพของผู้เลี้ยงดู และอาจไม่สามารถใช้แบบประเมินนี้กับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา การเรียนรู้ หรือพัฒนาการ จึงควรมีศึกษาเพิ่มเติมที่รวบรวมปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวและการปรับปรุงแบบประเมินที่เหมาะสมกับเด็กกลุ่มต่าง ๆ เหล่านี้

สรุป

แบบประเมินเด็กเลี้ยงยากที่พัฒนาขึ้นมีข้อคำถาม 33 ข้อ ประกอบด้วยลักษณะ 6 ด้าน ได้แก่ เด็กเลี้ยงง่าย เด็กอ่อนไหว เด็กเก็บตัว เด็กทำหาย เด็กเหม่อลอย และเด็กมากพลัง ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและมีคุณสมบัติในการวัดที่เหมาะสม โดยมีความตรงเชิงโครงสร้าง มีความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่ดี และมีความสอดคล้องภายในสูง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารอ้างอิง

1. Teekavanich S, Chantaratin S, Sirisakpanit S, Tarugsa J. Prevalence and factors related to behavioral and emotional problems among preschool children in Bangkok, Thailand. *J Med Assoc Thai.* 2017;100(2):175-82.
2. Poulou MS. Emotional and behavioural difficulties in preschool. *J Child Fam Stud.* 2015;24(2):225-36. doi:10.1007/s10826-013-9828-9.
3. Greenspan SI. The challenging child: understanding, raising, and enjoying the five “difficult” types of children. Boston: Da Capo Press; 1995.
4. Thomas A, Chess S. Temperament and development. Brunner: American Psychological Association; 1977.
5. Tripathi S. The digital youth’s personality and conscience versus their vision adjustment. *Journal of Early Childhood Education Management.* 2019;1(1):90-100.
6. Thomasgard M. Working with challenging young children: relations between child temperament, response to novelty and sensory processing. *Clin Pediatr (Phila).* 2003;42(3):197-204. doi:10.1177/000992280304200302.
7. Saricelik S, Saban A. Classroom teachers’ perceptions of difficult children: a phenomenological study. *Journal of Qualitative Research in Education.* 2021;9(25):1-27. doi:10.14689/enad.25.1.

8. Li I, Shen PS, Wu ML, Wang W. The relationship between preschoolers' sensory regulation and temperament: implications for parents and early childhood caregivers. *Early Child Dev Care*. 2022;192(1):1-11. doi:10.1080/03004430.2020.1853116.
9. Sirimpunkul P, Lerthattasilp T, Sungthong C, Keebang J. The development of the temperament promotion model among the difficultly children in early childhood. Bangkok: National Research Council of Thailand; 2018.
10. Deepaen S. The effects of a program for parents responding to children with difficult temperament on the temperament of preschool children [master's thesis]. Pathum Thani: Thammasat University; 2018.
11. Sirimpunkul P, Keebang J. Temperament and related factors in early childhood. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2021;29(1):80-92.
12. Comrey A., Lee H. A first course in factor analysis. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1992.
13. Greenspan SI, Wieder S. The interdisciplinary council on developmental and learning disorders diagnostic manual for infants and young children - an overview. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;17(2):76-89.
14. Gravetter, FJ, and Larry BW. Essentials of Statistics for the Behavioral Science. 7th ed. Wadsworth Publishing Company; 2008.
15. Fitzner K. Reliability and validity: a quick review. New York: Diabetes Educ; 2007.
16. Phattharayuttawa S. Manual of psychological testing. 5th ed. Bangkok: Medical Media; 2013.
17. Hair Jr JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Multivariate data analysis with readings. 4th ed. New Jersey: Prentice Hall; 1995.
18. Angsuchoti S. The use of factor analysis for instrument development in behavioral sciences. *Sripatum Review of Humanities and Social Sciences*. 2015;15(1):125-35.
19. Taherdoost H, Sahibuddin S, Jalaliyoon N. Exploratory Factor Analysis; Concepts and Theory. *Advances in Applied and Pure Mathematics*. 2022;27:375-82.
20. Pasunon P. Reliability of questionnaire in quantitative research. *Parichart Journal*. 2014;27(1):144-63.
21. Suktawee P, Koolnaphadol P, Hengudomsub P. Parenting skills enhancement for children in digital age through innovative contemporary family counselling. *Journal of Educational Research*. 2023;18(1):178-90.
22. Kochanova K, Pittman LD, McNeela L. Parenting stress and child externalizing and internalizing problems among low-income families: exploring transactional associations. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2022;53(1):76-88. doi:10.1007/s10578-020-01115-0.
23. Trumello C, Ballarotto G, Ricciardi P, Paciello M, Marino V, Morelli M, et al. Mothers and fathers of pre-school children: a study on parenting stress and child's emotional-behavioral difficulties. *Curr Psychol*. 2022;1-12. doi:10.1007/s12144-022-03599-6.

Original article

Exposure to air pollution and self-reported depression, anxiety, and stress in chronic respiratory patients: a preliminary study in the urban area of Thailand

Received : 30 November 2023

Revised : 28 February 2024

Accepted : 29 February 2024

Wee Mekwilai, Ph.D.¹, Worawan Sirichana, M.D.², Sarita Thawanapong, M.D.²,Kamon Kaewkittinarong, M.D.², Nutta Taneepanichskul, Ph.D.³Bureau of Mental Health Service Administration, Department of Mental Health¹Faculty of Medicine, Chulalongkorn University²College of Public Health Sciences, Chulalongkorn University³

Abstract

Objective: To investigate the association between annual air pollution exposure and mental health problems among patients with chronic respiratory conditions.

Methods: Data were collected among patients with asthma, COPD, rhinitis, and bronchiectasis, who enrolled at the pulmonary and critical care unit of King Chulalongkorn Memorial Hospital, Bangkok. A self-reported questionnaire included sociodemographics and the 21-item Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21). A high-resolution spatiotemporal model estimated annual exposure to carbon monoxide (CO), nitrogen dioxide (NO₂), ozone (O₃), sulfur dioxide (SO₂), and particulate matter (PM₁₀ and PM_{2.5}) at the participants' residences by using the ordinary kriging method. Multivariate logistic regressions were conducted to determine possible associations using a priori selected covariates in the adjusted models.

Results: A total of 98 participants completed the questionnaire. The prevalence of depression, anxiety, and stress among the participants were 30.6%, 28.6%, and 26.5%, respectively. Long-term exposure to CO, O₃, NO₂, SO₂, PM₁₀, and PM_{2.5} averaged 0.9 ppm, 21.4 ppb, 18.2 ppb, 2.6 ppb, 41.0 µg/m³, and 22.6 µg/m³, respectively. After controlling for covariates, an increment in annual PM_{2.5} exposure was associated with higher odds of self-reported depression (AOR = 1.34, 95% CI = 1.02 - 1.79).

Conclusion: Long-term exposure to PM_{2.5} is linked to a higher risk of depression among chronic respiratory patients. The finding suggests that policies aiming at lowering air pollution levels could also lower the risk of mental health issues among this population.

Keywords: air pollution, depression, anxiety, stress, respiratory patient

Corresponding author: Nutta Taneepanichskul; email: nutta.taneepanichskul@gmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

การรับสัมผัสมลพิษอากาศกับภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด ของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง : การศึกษาเบื้องต้น ในพื้นที่เขตเมือง ประเทศไทย

วันรับ : 30 พฤศจิกายน 2566

วันแก้ไข : 27 กุมภาพันธ์ 2567

วันตอบรับ : 29 กุมภาพันธ์ 2567

วีร์ เมฆวิสัย, ปร.ด.¹, วรพรรณ ศิริชนะ, พ.บ.², สรिता ธาวนพงษ์, พ.บ.²,กมล แก้วกิตติณรงค์, พ.บ.², ณิชฐา ฐานิพานิชสกุล, ปร.ด.³กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต¹คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย²วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญกับมลพิษทางอากาศกับภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด ในผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง

วิธีการ : เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ได้แก่ โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคโพรงจมูกอักเสบเรื้อรัง และโรคหลอดลมโป่งพอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แบบสอบถามประกอบด้วยลักษณะทางสังคมและประชากรและแบบวัดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด ฉบับ 21 ข้อ ประมาณค่ามลพิษทางอากาศบริเวณที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างในช่วงปีก่อนหน้า ได้แก่ CO, O₃, NO₂, SO₂, PM₁₀ และ PM_{2.5} โดยวิธีการ ordinary kriging และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการสัมผัสมลพิษทางอากาศกับปัญหาสุขภาพจิตด้วย multivariate logistic regression

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 98 คน มีความชุกของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดเท่ากับร้อยละ 30.6, 28.6 และ 26.5 ตามลำดับ ระดับ CO, O₃, NO₂, SO₂, PM₁₀ และ PM_{2.5} บริเวณที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.9 ppm, 21.4 ppb, 18.2 ppb, 2.6 ppb, 41.0 µg/m³ และ 22.6 µg/m³ ตามลำดับ ระดับ PM_{2.5} ที่เพิ่มสูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ (AOR = 1.34, 95% CI = 1.02 - 1.79)

สรุป : การเผชิญกับฝุ่นพิษ PM_{2.5} ระยะยาวมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ การลดการเผชิญมลพิษทางอากาศอาจช่วยลดความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยทางเดินหายใจ

คำสำคัญ : มลพิษทางอากาศ, ภาวะซึมเศร้า, ความวิตกกังวล, ความเครียด, ผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ

ติดต่อผู้พิมพ์ : ณิชฐา ฐานิพานิชสกุล; อีเมล: nutta.taneeapanichskul@gmail.com

Previous Knowledge: Previous research suggested a connection between air pollution and mental health, providing a basis for exploring the effects of annual exposure on depression, anxiety, and stress in chronic respiratory patients.

New Knowledge: Long-term exposure to PM_{2.5} is associated with a higher risk of depression, highlighting the importance of targeted interventions to reduce air pollution and address mental health in this group.

Applications: Reducing PM_{2.5} exposure could alleviate mental health issues in chronic respiratory patients, informing advocacy for air quality measures.

Introduction

Air pollution remains a significant global concern, being placed among the top 10 risk factors for public health issues.¹⁻³ The detrimental impact of air pollution on health and mortality was documented, with various sources contributing to atmospheric pollution.⁴ Fossil fuel-burning vehicles, industrial power plants, and other factors have led to increased global levels of particulate matter (PM), nitrogen dioxide (NO₂), ozone (O₃), sulfur dioxide (SO₂), and carbon monoxide (CO).⁵

There has been a global push to measure and monitor PM levels in response to these escalating evidence.⁶ The urgency to safeguard public health has driven extensive efforts to measure and report on air quality indicators globally. Despite these endeavors to tackle air pollution, however, there has been an unfortunate rise in the number of global

deaths directly attributed to it,⁷ underscoring the urgency of comprehending its impact on public health.³ In this context, investigating the psychological variables linked to air pollution becomes pivotal to achieving a more holistic understanding of its biopsychosocial implications and implementing measures to alleviate its adverse health effects.

Research on the epidemiological connections between air pollution and early mortality due to cardiovascular and respiratory conditions has been extensive.^{8,9} However, there are additional unintended consequences, including discomfort, dissatisfaction, unhappiness, decreased outdoor physical activity, and potential links to aggravation of mental illnesses.¹⁰⁻¹⁴ Daily and long-term exposure to air pollution raises the risk of developing common mental health conditions such as depression.¹⁵⁻¹⁹ Recent studies have attempted to delineate the connection between the physical environment and mental health.^{20,21} While green infrastructure has shown positive effects on psychological well-being, outdoor pollutants,²² particularly PM, have the opposite impact, hindering outdoor physical activities.²³ Furthermore, elevated pollution levels have been linked to chronic stress and even higher COVID-19 mortality.²⁴⁻²⁶ Importantly, vulnerable populations, especially those with chronic respiratory disorders, may be disproportionately affected.^{27,28}

Given the global evidence of air pollutants as a risk factor for physical and mental health conditions and mortalities, there is still limited evidence of this in Thailand. Therefore, this study aims to explore the relationship between air pollution and psychological distress, specifically

depression, anxiety, and stress, with a focus on a representative group of respiratory patients.

Methods

Study population

This cross-sectional study was conducted at the respiratory disorder clinic of King Chulalongkorn Memorial Hospital in February 2022. Ethical approval was obtained from the Ethical Research Committee, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University (ethical approval number: 326/64). The sample size was determined by a moderated effect size of 0.20, assuming a type-1 error rate of 5%, a power ($1 - \beta$ error probability) of 0.95, and a dropout rate of 20%, yielding an expected sample size of 100. All patients visiting the clinic during that period were approached until the required number of participants was met. Individuals aged 18 and above with asthma, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), bronchiectasis, or rhinitis were included. They were also required to have a smartphone. Those with severe mental illness or cognitive impairment were excluded. Those who voluntarily agreed to participate were informed that their decision would not affect the quality of their medical care and provided written consent. This sampling strategy aimed to efficiently capture a diverse representation of respiratory patients within the study's ethical framework while ensuring the use of digital tools for data collection.

Questionnaire

Study assistants guided participants in installing the ChulaAir smartphone application. The application collected monthly sociodemographic data, including age, gender, marital status, education,

employment, income, alcohol use, other physical illnesses (e.g., cardiovascular disease and hypertension), and family size. Research assistants also reviewed medical records for respiratory diagnoses, which were determined by two physicians using clinical data. Hospital visits and body mass index were extracted from their records.

Air pollution

The verified living residences of the participants underwent a geocoding process. Daily exposure to CO, O₃, NO₂, SO₂, PM of 10 microns or less (PM₁₀), PM of 2.5 microns or less (PM_{2.5}), relative humidity, and temperature at each participant's residence was predicted using the ordinary kriging technique.²⁹ Kriging is a geostatistical interpolation method to predict values at unmeasured locations based on observed values at surrounding locations. The ordinary kriging was applied in this context to generate spatially distributed air pollutant concentrations, providing a comprehensive and interpolated representation of pollutant levels at the residences of the study participants. Real-time hourly concentrations of air pollutants from January 1, 2019, to December 31, 2020, were obtained from the Air Quality Data Subdivision, Air Quality and Noise Management Division, Pollution Control Department, Thailand. Air pollution values were calculated using the single imputation technique (mean imputation) to avoid missing data. To determine the mean of the series of angles in the interval 0° - 360° and find the angle by calculating the inverse tangent, the mean cosine and sine of each angle were calculated. The annual exposure was averaged from daily air pollutant concentrations before assigning to each participant.

Depression, anxiety, and stress

The 21-item Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) was used to assess depression, anxiety, and stress symptoms, with seven questions for each scale totaling twenty-one questions.³⁰ For each question, a score ranging from 0 to 3 was assigned. A score of 3 meant that the statement applied to the individual most of the time, while a score of 0 indicated that it did not apply to them at all. The final total score of each scale was determined following the DASS-21 recommendation by multiplying each score by two, with higher total scores indicating greater mental difficulty. Typically, for the depression module, scores of at least 10 indicate depressive symptoms; for the anxiety module, scores of at least 7 indicate anxiety symptoms; and for the stress module, scores of at least 11 indicate stress symptoms.³¹ Only individuals in this study who achieved scores over the 75th percentile in each domain (depression, anxiety, and stress), however, were deemed positive due to the skewed nature of the data.³² The Thai version of DASS-21 has excellent psychometric qualities and has been tested on Thai populations.³³

Statistical analyses

Participants' demographic and clinical data and exposure levels of air pollutants were expressed as percentages or means with standard deviations (SD). Average annual levels of air pollutants were compared between those with and without depression, anxiety, and stress using the independent t-test. Multivariate logistic regression analyses assessed the associations between air pollution and mental health difficulties, adjusting for

gender, allergy symptoms, air purifier use, relative humidity, and temperature. The strength of association was presented as an adjusted odds ratio (AOR) with a 95% confidence interval (95% CI). A p-value of less than .05 indicated a statistical significance.

Results

Participants' characteristics

A total of 98 participants with an average age of 55.3 years (SD = 15.1) were included in the study. Most were female (69.4%), married (62.2%), and unemployed (64.3%). Most common respiratory diagnosis was asthma (50.0%), followed by rhinitis (20.4%), bronchiectasis (18.4%), and COPD (11.2%). The prevalence of depression, anxiety, and stress among the participants were 30.6%, 28.6%, and 26.5%, respectively (table 1).

Air pollutant exposure levels

The air pollutant exposure levels are presented in Table 2. The average annual CO, O₃, NO₂, SO₂, PM₁₀, and PM_{2.5} exposed by the participants were 0.9 ppm, 21.4 ppb, 18.2 ppb, 2.6 ppb, 41.0 µg/m³, and 22.6 µg/m³, respectively. The average relative humidity and temperature were 72.5% and 29.4°C, respectively. There were no significant differences in annual air pollutant exposure among those with and without mental health difficulties (table 2).

Air pollution and mental health

After adjusting for sociodemographic characteristics, a statistically significant association between long-term PM_{2.5} exposure and depression was observed. Each 1 µg/m³ increment in long-term PM_{2.5} increased the odds of depression by 1.34 folds (AOR = 1.34, 95% CI = 1.02 - 1.79). However,

Table 1 Sociodemographic and clinical characteristics of participants (N = 98)

	n	%
Age		
Mean (SD)	55.3 (15.1)	
Sex		
Male	30	30.6
Female	68	69.4
Marital status		
Single	27	27.6
Married	61	62.2
Separated	10	10.2
Education		
< Bachelor degree	27	27.6
Bachelor degree	50	51.0
> Bachelor degree	21	21.4
Current employment		
Employed	35	35.7
Unemployed	63	64.3
Monthly income (Thai baht)		
< 25,000	55	56.1
25,000 - 50,000	24	24.5
> 50,000	19	19.4
Smoking		
No	83	84.7
Yes	15	15.3
Alcohol use		
No	80	81.6
Yes	18	18.4
Respiratory disease (as primary diagnosis)		
Asthma	49	50.0
COPD	11	11.2
Bronchiectasis	18	18.4
Rhinitis	20	20.4
Allergy		
No	53	54.1
Yes	45	45.9
Physical illness(es)		
No	46	46.9
Yes	52	53.1
Body mass index (kg/m²)		
Low (< 18.5)	16	16.3
Healthy (18.5 - 25)	49	50.0
High (> 25)	33	33.7
Number of family members (including participant)		
2 - 3	49	50.0
4 or more	49	50.0

Table 1 Sociodemographic and clinical characteristics of participants (N = 98) (continued)

	n	%
Hospital visit(s) in a previous month		
No	74	75.5
Yes	24	24.5
Air purifier usage in a previous month		
No	48	49.0
Yes	50	51.0
Depression		
No	68	69.4
Yes	30	30.6
Anxiety		
No	70	71.4
Yes	28	28.6
Stress		
No	72	73.5
Yes	26	26.5

COPD = chronic obstructive pulmonary disease

Table 2 Annual ambient residential exposure characteristic

air pollutants	Depression, mean (SD)			Anxiety, mean (SD)			Stress, mean (SD)		
	No (n = 68)	Yes (n = 30)	p [§]	No (n = 70)	Yes (n = 28)	p [§]	No (n = 72)	Yes (n = 26)	p [§]
PM _{2.5} (µg/m ³)	22.42 (2.43)	22.98 (2.88)	.329	22.41 (2.34)	23.06 (3.08)	.312	22.66 (2.55)	22.41 (2.68)	.668
PM ₁₀ (µg/m ³)	40.63 (4.62)	41.79 (5.85)	.294	40.81 (4.50)	41.42 (6.21)	.644	41.20 (4.91)	40.40 (5.38)	.490
CO (ppm)	0.85 (0.23)	0.87 (0.23)	.692	0.86 (0.22)	0.84 (0.26)	.748	0.84 (0.24)	0.88 (0.23)	.514
O ₃ (ppb)	21.43 (3.21)	21.34 (3.03)	.886	21.30 (3.11)	21.67 (3.26)	.613	21.55 (3.24)	21.01 (2.87)	.453
NO ₂ (ppm)	18.11 (4.17)	18.50 (4.46)	.676	18.33 (4.12)	17.98 (4.61)	.719	18.13 (4.04)	18.50 (4.84)	.708
SO ₂ (ppb)	2.60 (1.14)	2.73 (1.42)	.616	2.63 (1.29)	2.67 (1.08)	.880	2.64 (1.28)	2.65 (1.10)	.978

CO = carbon dioxide, O₃ = ozone, NO₂ = nitrogen dioxide, SO₂ = sulfur dioxide, PM₁₀ = particulate matter ≤ 10 µm, and PM_{2.5} = particulate matter ≤ 2.5 µm[§] Independent t-test

no significant associations were found between long-term ambient air pollution and anxiety or stress (table 3).

Discussion

The annual average levels of exposure to CO, O₃, NO₂, SO₂, PM₁₀, and PM_{2.5} of the participants in this study were 0.9 ppm, 21.4 ppb, 18.2 ppb,

2.6 ppb, 41.0 µg/m³, and 22.6 µg/m³, respectively, which did not exceed the global standards.³⁴ However, the average relative humidity and temperature of 72.5% and 29.4°C, respectively, were slightly higher than the global recommendations.³⁴ While these values offer a snapshot of local air quality, determining whether they surpass global standards necessitates a direct comparison with

Table 3 Associations between air pollution and depression, anxiety, and stress

air pollutants	Depression		Anxiety		Stress	
	AOR (95% CI)	p [§]	AOR (95% CI)	p [§]	AOR (95% CI)	p [§]
PM _{2.5}	1.34 (1.02 - 1.79)	.047	1.19 (0.89 - 1.57)	.227	1.04 (0.77 - 1.40)	.816
PM ₁₀	1.05 (0.99 - 1.24)	.109	1.01 (0.90 - 1.14)	.837	0.97 (0.85 - 1.10)	.594
CO	1.47 (0.10 - 10.14)	.962	1.06 (0.11 - 10.50)	.960	1.44 (0.13 - 16.23)	.769
O ₃	0.99 (0.87 - 1.19)	.798	1.05 (0.89 - 1.22)	.571	0.98 (0.83 - 1.15)	.806
NO ₂	1.02 (0.91 - 1.15)	.720	0.98 (0.81 - 1.11)	.746	0.98 (0.87 - 1.11)	.763
SO ₂	1.09 (0.66 - 1.59)	.910	0.81 (0.51 - 1.29)	.371	0.88 (0.54 - 1.45)	.816

[§] Multivariate logistic regression, adjusted for gender, allergy symptom, using air purifier, relative humidity, and temperature

AOR = adjusted odds ratio, CO = carbon dioxide (ppm), O₃ = ozone (ppb), NO₂ = nitrogen dioxide (ppb), SO₂ = sulfur dioxide (ppb), PM₁₀ = particulate matter ≤ 10 μm (μg/m³), and PM_{2.5} = particulate matter ≤ 2.5 μm (μg/m³)

established air quality guidelines such as those set by the World Health Organization (WHO) and national environmental agencies. Further analysis in the light of these benchmarks is crucial to comprehensively assess the potential health implications of the observed air pollution levels.

The investigation of the associations between air pollution and mental health issues revealed that an increase in annual PM_{2.5} exposure corresponded to higher odds of self-reported depression. This can be inferred that prolonged exposure to PM_{2.5} is linked to an elevated risk of depression among chronic respiratory patients. This finding is in line with studies across Asia, Europe, and North America that have consistently emphasized the relationship between air pollution and depression among different populations.³⁵⁻⁴⁰ Similar to the present study, research in China showed a negative effect of increasing PM_{2.5} concentration on depression, which could be mitigated by neighborhood social capital.⁴¹ Moreover, a cohort study among South Korean adults proved that long-term exposure to air pollutants increased suicide due to depression.⁴²

Various biological mechanisms could be explained for this relationship. Air pollution increases the risks of cardiovascular and respiratory diseases, which are related to depressive symptoms.^{43,44} Therefore, residents of cities with more air pollution have higher risks of cardiovascular diseases, respiratory disease, and depression. Besides, air pollution limits outdoor physical activities and sports, increasing the risk of depression.⁴⁵ Moreover, polluted air reduces the amount of sunlight, which is considered a protective factor against depression.^{46,47} Some studies have also shown that air pollution introduces social isolation, which in turn exacerbates depressive symptoms.⁴⁸⁻⁵⁰ In the central nervous system, PM might induce dopaminergic neuronal damage, causing changes in neurotransmitter levels via an inflammatory process. Indeed, inhalation of PM can activate pro-inflammatory cytokines in human macrophages, initiating an inflammatory response and inducing oxidative stress.^{51,52} Eventually, oxidative stress and systemic inflammation can cause depression and anxiety-related behaviors.⁵³ Nevertheless, some studies

show different results. For example, a large community health survey in Canada showed that the relationship between air pollution and depression was not significant.⁵⁴

It is important to note that this study did not account for the severity of respiratory symptoms among the patients. It is reasonable to postulate that individuals with chronic respiratory conditions, already grappling with compromised respiratory function, might experience a worsening of their symptoms when exposed to elevated PM_{2.5} levels over an extended period. This aggravation of respiratory distress could catalyze the onset of mental health symptoms. Moreover, some of the socioeconomic indicators as potential confounders (e.g., financial concerns and living arrangements) were not taken into account. Future research endeavors should consider incorporating these covariates to comprehensively assess the association between pollutant exposure and mental health outcomes. Lastly, the focus on respiratory cases with varying severity, while informative for this specific context, constrained the dataset compared to a broader medical perspective.

Nevertheless, this study contributes additional empirical support that prolonged exposure to air pollution, especially during vulnerable respiratory conditions, may influence psychological distress. Thus, reducing air pollution at individual, local, and regional levels might help alleviate vulnerability to adverse mental health impacts. Addressing the magnitude of air pollution exposure should be a priority for policymakers.

Conclusions

This study has explored a potential link between prolonged exposure to air pollutants and mental health problems among chronic respiratory patients. It demonstrates that a higher level of PM_{2.5} exposure significantly increases the risk of depression. In spite of certain limitations, the finding underscores the possibility of enhancing mental well-being in this demographic through the reduction of air pollution.

Acknowledgement

The National Research Council of Thailand (NRCT) and Chulalongkorn University Graduate Scholarship in Honor of His Majesty King Bhumibol Adulyadej's 72nd Birthday supported this study. The authors declare no conflict of interests.

References

1. Gakidou E, Afshin A, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1345-422. doi:10.1016/S0140-6736(17)32366-8.
2. Hahad O, Lelieveld J, Birklein F, Lieb K, Daiber A, Münzel T. Ambient air pollution increases the risk of cerebrovascular and neuropsychiatric disorders through induction of inflammation and oxidative stress. *Int J Mol Sci*. 2020;21(12):4306. doi:10.3390/ijms21124306.
3. Burns J, Boogaard H, Polus S, Pfadenhauer LM, Rohwer AC, van Erp AM, et al. Interventions to reduce ambient particulate matter air pollution and their effect on health. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;5(5):CD010919. doi:10.1002/14651858.CD010919.pub2.

4. Ostro B, World Health Organization. Outdoor air pollution: assessing the environmental burden of disease at national and local levels. Geneva: World Health Organization; 2004.
5. Bălă GP, Răjnoveanu RM, Tudorache E, Motișan R, Oancea C. Air pollution exposure-the (in) visible risk factor for respiratory diseases. *Environ Sci Pollut Res Int*. 2021;28(16):19615-28. doi:10.1007/s11356-021-13208-x.
6. Zhou Z, Shuai X, Lin Z, Yu X, Ba X, Holmes MA, et al. Association between particulate matter (PM) 2.5 air pollution and clinical antibiotic resistance: a global analysis. *Lancet Planet Health*. 2023;7(8):e649-59. doi:10.1016/S2542-5196(23)00135-3.
7. Cohen AJ, Brauer M, Burnett R, Anderson HR, Frostad J, Estep K, et al. Estimates and 25-year trends of the global burden of disease attributable to ambient air pollution: an analysis of data from the global burden of diseases study 2015. *Lancet*. 2017;389(10082):1907-18. doi:10.1016/S0140-6736(17)30505-6.
8. Zeng Y, Gu D, Purser J, Hoenig H, Christakis N. Associations of environmental factors with elderly health and mortality in China. *Am J Public Health*. 2010;100(2):298-305. doi:10.2105/AJPH.2008.154971.
9. Kampa M, Castanas E. Human health effects of air pollution. *Environ Pollut*. 2008;151(2):362-7. doi:10.1016/j.envpol.2007.06.012.
10. An R, Xiang X. Ambient fine particulate matter air pollution and leisure-time physical inactivity among US adults. *Public Health*. 2015;129(12):1637-44. doi:10.1016/j.puhe.2015.07.017.
11. Attademo L, Bernardini F, Garinella R, Compton MT. Environmental pollution and risk of psychotic disorders: a review of the science to date. *Schizophr Res*. 2017;181:55-59. doi:10.1016/j.schres.2016.10.003.
12. Khan A, Plana-Ripoll O, Antonsen S, Brandt J, Geels C, Landecker H, et al. Environmental pollution is associated with increased risk of psychiatric disorders in the US and Denmark. *PLoS Biol*. 2019;17(8):e3000353. doi:10.1371/journal.pbio.3000353.
13. Bernardini F, Attademo L, Trezzi R, Gobbicchi C, Balducci PM, Del Bello V, et al. Air pollutants and daily number of admissions to psychiatric emergency services: evidence for detrimental mental health effects of ozone. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;29:e66. doi:10.1017/S2045796019000623.
14. Oudin A, Åström DO, Asplund P, Steingrimsdóttir S, Szabo Z, Carlsen HK. The association between daily concentrations of air pollution and visits to a psychiatric emergency unit: a case-crossover study. *Environ Health*. 2018;17(1):4. doi:10.1186/s12940-017-0348-8.
15. Lim YH, Kim H, Kim JH, Bae S, Park HY, Hong YC. Air pollution and symptoms of depression in elderly adults. *Environ Health Perspect*. 2012;120(7):1023-8. doi:10.1289/ehp.1104100.
16. Lee S, Lee W, Kim D, Kim E, Myung W, Kim SY, et al. Short-term PM2.5 exposure and emergency hospital admissions for mental disease. *Environ Res*. 2019;171:313-20. doi:10.1016/j.envres.2019.01.036.
17. Qiu H, Zhu X, Wang L, Pan J, Pu X, Zeng X, et al. Attributable risk of hospital admissions for overall and specific mental disorders due to particulate matter pollution: a time-series study in Chengdu, China. *Environ Res*. 2019;170:230-7. doi:10.1016/j.envres.2018.12.019.
18. Shin J, Park JY, Choi J. Long-term exposure to ambient air pollutants and mental health status: a nationwide population-based cross-sectional study. *PLoS One*. 2018;13(4):e0195607. doi:10.1371/journal.pone.0195607.
19. Klompmaaker JO, Hoek G, Bloemstma LD, Wijga AH, van den Brink C, Brunekreef B, et al. Associations of combined exposures to surrounding green, air pollution and traffic noise on mental health. *Environ Int*. 2019;129:525-37. doi:10.1016/j.envint.2019.05.040.
20. Roberts S, Arseneault L, Barratt B, Beevers S, Danese A, Odgers CL, et al. Exploration of NO2 and PM2.5 air pollution and mental health problems using high-resolution data in London-based children from a UK longitudinal cohort study. *Psychiatry Res*. 2019;272:8-17. doi:10.1016/j.psychres.2018.12.050.

21. Zijlema WL, Wolf K, Emeny R, Ladwig KH, Peters A, Kongsgård H, et al. The association of air pollution and depressed mood in 70,928 individuals from four European cohorts. *Int J Hyg Environ Health*. 2016;219(2):212-9. doi:10.1016/j.ijheh.2015.11.006.
22. Nieuwenhuijsen MJ. Green infrastructure and health. *Annu Rev Public Health*. 2021;42:317-328. doi:10.1146/annurev-publhealth-090419-102511.
23. Sugiyama T, Villanueva K, Knuijman M, Francis J, Foster S, et al. Can neighborhood green space mitigate health inequalities? A study of socio-economic status and mental health. *Health Place*. 2016;38:16-21. doi:10.1016/j.healthplace.2016.01.002.
24. Bos I, De Boever P, Int Panis L, Meeusen R. Physical activity, air pollution and the brain. *Sports Med*. 2014;44(11):1505-18. doi:10.1007/s40279-014-0222-6.
25. Petrowski K, Bastianon CD, Bühner S, Brähler E. Air quality and chronic stress: a representative study of air pollution (PM_{2.5}, PM₁₀) in Germany. *J Occup Environ Med*. 2019;61(2):144-7. doi:10.1097/JOM.0000000000001502.
26. Prinz A, Richter D. Long-term exposure to particulate matter (PM₁₀) air pollution: COVID-19 cases and COVID-19 fatality in Germany. Available at SSRN 3664023. 2020.
27. Dehghani M, Fazlzadeh M, Sorooshian A, Tabatabaee HR, Miri M, Baghani AN, et al. Characteristics and health effects of BTEX in a hot spot for urban pollution. *Ecotoxicol Environ Saf*. 2018;155:133-43. doi:10.1016/j.ecoenv.2018.02.065.
28. Dehghani M, Keshtgar L, Javaheri MR, Derakhshan Z, Oliveri Conti G, Zuccarello P, et al. The effects of air pollutants on the mortality rate of lung cancer and leukemia. *Mol Med Rep*. 2017;15(5):3390-7. doi:10.3892/mmr.2017.6387.
29. Wong DW, Yuan L, Perlin SA. Comparison of spatial interpolation methods for the estimation of air quality data. *J Expo Anal Environ Epidemiol*. 2004;14(5):404-15. doi:10.1038/sj.jea.7500338.
30. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behav Res Ther*. 1995;33(3):335-43. doi:10.1016/0005-7967(94)00075-u.
31. Supasiri T, Lertmaharit S, Rattananupong T, Kitidumrongsuk P, Lohsoonthorn V. Mental health status and quality of life of the elderly in rural Saraburi. *Chulalongkorn Medical Journal*. 2019;63(2):95-101.
32. Crawford J, Cayley C, Lovibond PF, Wilson PH, Hartley C. Percentile norms and accompanying interval estimates from an Australian general adult population sample for self-report mood scales (BAI, BDI, CRS-D, CES-D, DASS, DASS-21, STAI-X, STAI-Y, SRDS, and SRAS). *Australian Psychologist*. 2011;46(1):3-14.
33. Oei TP, Sawang S, Goh YW, Mukhtar F. Using the depression anxiety stress scale 21 (DASS-21) across cultures. *Int J Psychol*. 2013;48(6):1018-29. doi:10.1080/00207594.2012.755535.
34. Carvalho H. New WHO global air quality guidelines: more pressure on nations to reduce air pollution levels. *The Lancet Planetary Health*. 2021;5(11):e760-1.
35. Cho J, Choi YJ, Suh M, Sohn J, Kim H, Cho SK, et al. Air pollution as a risk factor for depressive episode in patients with cardiovascular disease, diabetes mellitus, or asthma. *J Affect Disord*. 2014;157:45-51. doi:10.1016/j.jad.2014.01.002.
36. Szyszkowicz M, Rowe BH, Colman I. Air pollution and daily emergency department visits for depression. *Int J Occup Med Environ Health*. 2009;22(4):355-62. doi:10.2478/v10001-009-0031-6.
37. Kioumourtoglou MA, Power MC, Hart JE, Okereke OI, Coull BA, Laden F, et al. The association between air pollution and onset of depression among middle-aged and older women. *Am J Epidemiol*. 2017;185(9):801-9. doi:10.1093/aje/kww163.
38. Szyszkowicz M. Air pollution and emergency department visits for depression in Edmonton, Canada. *Int J Occup Med Environ Health*. 2007;20(3):241-5. doi:10.2478/v10001-007-0024-2.
39. Vert C, Sánchez-Benavides G, Martínez D, Gotsens X, Gramunt N, Cirach M, et al. Effect of long-term exposure to air pollution on anxiety and depression in adults: a cross-sectional study. *Int J Hyg Environ Health*. 2017;220(6):1074-80. doi:10.1016/j.ijheh.2017.06.009.

40. Wang Y, Eliot MN, Koutrakis P, Gryparis A, Schwartz JD, Coull BA, et al. Ambient air pollution and depressive symptoms in older adults: results from the MOBILIZE Boston study. *Environ Health Perspect.* 2014;122(6): 553-8. doi:10.1289/ehp.1205909.
41. Wang R, Xue D, Liu Y, Liu P, Chen H. The relationship between air pollution and depression in china: is neighbourhood social capital protective? *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(6):1160. doi:10.3390/ijerph15061160.
42. Min JY, Kim HJ, Min KB. Long-term exposure to air pollution and the risk of suicide death: a population-based cohort study. *Sci Total Environ.* 2018;628-9:573-9. doi:10.1016/j.scitotenv.2018.02.011.
43. Naarding P, Schoevers RA, Janzing JG, Jonker C, Koudstaal PJ, Beekman AT. A study on symptom profiles of late-life depression: the influence of vascular, degenerative and inflammatory risk-indicators. *J Affect Disord.* 2005;88(2):155-62. doi:10.1016/j.jad.2005.07.002.
44. Miller KA, Siscovick DS, Sheppard L, Shepherd K, Sullivan JH, Anderson GL, et al. Long-term exposure to air pollution and incidence of cardiovascular events in women. *N Engl J Med.* 2007;356(5):447-58. doi:10.1056/NEJMoa054409.
45. Kent ST, McClure LA, Crosson WL, Arnett DK, Wadley VG, Sathakumar N. Effect of sunlight exposure on cognitive function among depressed and non-depressed participants: a REGARDS cross-sectional study. *Environ Health.* 2009;8:34. doi:10.1186/1476-069X-8-34.
46. Benedetti F, Colombo C, Barbini B, Campori E, Smeraldi E. Morning sunlight reduces length of hospitalization in bipolar depression. *J Affect Disord.* 2001;62(3):221-3. doi:10.1016/s0165-0327(00)00149-x.
47. Zhang X, Zhang X, Chen X. Happiness in the air: how does a dirty sky affect mental health and subjective well-being? *J Environ Econ Manage.* 2017;85:81-94. doi:10.1016/j.jeem.2017.04.001.
48. Henriquez AR, Snow SJ, Jackson TW, House JS, Alewel DI, Schladoweiler MC, et al. Social isolation exacerbates acute ozone inhalation induced pulmonary and systemic health outcomes. *Toxicol Appl Pharmacol.* 2022;457:116295. doi:10.1016/j.taap.2022.116295.
49. Borroni E, Pesatori AC, Bollati V, Buoli M, Carugno M. Air pollution exposure and depression: a comprehensive updated systematic review and meta-analysis. *Environ Pollut.* 2022;292(Pt A):118245. doi:10.1016/j.envpol.2021.118245.
50. Cardona M, Andrés P. Are social isolation and loneliness associated with cognitive decline in ageing? *Front Aging Neurosci.* 2023;15:1075563. doi:10.3389/fnagi.2023.1075563.
51. Li H, Han M, Guo L, Li G, Sang N. Oxidative stress, endothelial dysfunction and inflammatory response in rat heart to NO₂ inhalation exposure. *Chemosphere.* 2011;82(11):1589-96. doi:10.1016/j.chemosphere.2010.11.055.
52. Genc S, Zadeoglulari Z, Fuss SH, Genc K. The adverse effects of air pollution on the nervous system. *J Toxicol.* 2012;2012:782462. doi:10.1155/2012/782462.
53. Patki G, Solanki N, Atrooz F, Allam F, Salim S. Depression, anxiety-like behavior and memory impairment are associated with increased oxidative stress and inflammation in a rat model of social stress. *Brain Res.* 2013;1539:73-86. doi:10.1016/j.brainres.2013.09.033.
54. Dores AK, Fick GH, MacMaster FP, Williams JV, Bulloch AG, Patten SB. Outdoor air pollution and depression in Canada: a population-based cross-sectional study from 2011 to 2016. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2021;18(5):2450.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นในวัยรุ่นชาย ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

วันรับ : 8 ธันวาคม 2566

วันแก้ไข : 19 มีนาคม 2567

วันตอบรับ : 21 มีนาคม 2567

ภัทรพร ปานดี, พ.บ.¹, ฤกษ์ภูมิกร วังตระกูล, พย.ม.¹, โกศลจิต หลวงบำรุง, พย.ม.¹,
พรทิพย์ จรุงศักดิ์สกุล, พย.บ.¹, ณรงค์ศักดิ์ พุทธประเสริฐ, พย.ม.¹, เจริญศรี ขวัญรอด, พย.ม.¹,
อุสา แฉงกรณ์, ค.บ.¹, สำเภาทิพย์ ลิ้มสมุทรชัยกุล, วท.บ.¹, ศรัณย์รัชต์ หนูนา, วท.บ.¹,
สุภาวดี แก้วนรา, พย.ม.¹, สันติพงษ์ แก้วนรา, พย.ม.², สันติ เพชรน้อย, พย.ม.², มโนชา รามเพชร, กศ.บ.¹,
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ กรมสุขภาพจิต¹,
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นในวัยรุ่นชายในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

วิธีการ : การวิจัยแบบตัดขวางในวัยรุ่นชาย อายุ 13 - 18 ปี ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอนโดยการแบ่งชั้นจากสถานพินิจฯ ทั้งหมด 24 แห่งทั่วประเทศ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 เครื่องมือ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น (T-DICA-R) และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการกระทำผิด ความสัมพันธ์ของครอบครัว ความสามารถด้านการเรียน พฤติกรรมต่อต้านสังคม และสัมพันธภาพของบุคคล หาปัจจัยทำนายโรคสมาธิสั้นโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 526 คน ค่ามัธยฐานอายุ 16.5 ปี มีโรคสมาธิสั้น 24 คน (ร้อยละ 4.6) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น ได้แก่ อายุขณะถูกดำเนินคดีครั้งแรกน้อยกว่า 12 ปี (AOR = 5.79, 95% CI = 1.10 - 30.4) ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ (AOR = 3.43, 95% CI = 1.07 - 11.0) ประวัติการใช้เฮโรอีน (AOR = 12.4, 95% CI = 2.46 - 62.4) และความก้าวร้าวทางกายระดับสูงขึ้นไป (AOR = 6.57, 95% CI = 2.09 - 20.6)

สรุป : โรคสมาธิสั้นในวัยรุ่นชายในสถานพินิจฯ มีความสัมพันธ์กับประวัติการกระทำผิดตั้งแต่อายุน้อย การใช้สารเสพติด และพฤติกรรมก้าวร้าว

คำสำคัญ : ความชุก, เยาวชนที่กระทำผิดคดีอาญา, โรคสมาธิสั้น, สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ติดต่อผู้พิมพ์ : ภัทรพร ปานดี; e-mail: patsy.taraporn@gmail.com

Original article

Prevalence and associated factors of attention deficit hyperactivity disorder among male adolescents in juvenile observation and protection centers

Received : 8 December 2023

Revised : 19 March 2024

Accepted : 21 March 2024

Pattaraporn Pandee, M.D.¹, Krittikorn Wangtrakul, M.N.S.¹, Kosolchit Luangbumroong, M.N.S.¹,Porntip Jarungsaksakul, B.N.S.¹, Narongsak Puttaprasert, M.N.S.¹, Charoensri Kwunrod, M.N.S.¹,Usa Jeangkorn, B.Ed.¹, Sampaothip Limsamutchaikul, B.Sc.¹, Saranrat Khnunak, B.Sc.¹,Supawadee Keawnara, M.N.S.¹, Santipong Keawnara, M.N.S.², Santi Phetrnui, M.N.S.²,Manocha Rampetch, B.Ed.¹Southern Institute of Child and Adolescent Mental Health, Department of Mental Health¹School of nursing, Walailak University, Nakhon Si Thammarat Province²

Abstract

Objective: To find the prevalence and related factors of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among male adolescents in juvenile observation and protection centers.

Methods: This was a cross-sectional study among male juveniles aged 13 - 18 years, selected through a multistage stratified random sampling from 24 facilities across Thailand, from November 2022 to February 2023. The questionnaires included the Thai diagnostic interview for psychiatric disorders in children and adolescents-revised (T-DICA-R), sociodemographics, crime-related information, family relationships, academic achievement, antisocial behaviors, and peer relationships. Multivariate logistic regression analysis was used to determine the factors associated with ADHD.

Results: Of 526 participants with a median age of 16.5 years, 24 (4.6%) met the criteria for ADHD. ADHD was associated with age at first prosecution under 12 years (AOR = 5.79, 95% CI = 1.10 - 30.4), alcohol consumption (AOR = 3.43, 95% CI = 1.07 - 11.0), heroin use (AOR = 12.4, 95% CI = 2.46 - 62.4), and high/very high level of physical aggression (AOR = 6.57, 95% CI = 2.09 - 20.6).

Conclusion: ADHD in male juveniles in correctional institutes is associated with a history of delinquency at a young age, use of alcohol and drugs, and aggressive behaviors.

Keywords: ADHD, juvenile offenders, juvenile observation and protection center, prevalence

Corresponding author: Pattaraporn Pandee; e-mail: patsy.taraporn@gmail.com

ความรู้เดิม : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้นและทำผิดกฎหมายจากการศึกษาในต่างประเทศ ได้แก่ ประวัติทางด้านอาชญากรรม ความสัมพันธ์ของครอบครัว ความสามารถในการเรียน พฤติกรรมต่อต้านสังคม และสัมพันธ์ภาพของบุคคล

ความรู้ใหม่ : โรคสมาธิสั้นในวัยรุ่นชายที่กระทำผิดกฎหมายมีความชุกร้อยละ 4.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น ได้แก่ อายุขณะถูกดำเนินคดีครั้งแรกน้อยกว่า 12 ปี การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้เฮโรอีน และความก้าวร้าวทางกายระดับสูง

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ควรมีระบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมายและส่งต่อสถานพยาบาลเพื่อรับการวินิจฉัยและรักษาตามขั้นตอน เพื่อป้องกันการกระทำผิดซ้ำ

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (attention-deficit hyperactivity disorder: ADHD) เป็นโรคที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่พบบ่อยในเด็กและเยาวชน มีความชุกเฉลี่ยทั่วโลก ร้อยละ 5.2¹ ในประเทศไทยพบว่ามีค่าชุกร้อยละ 8.1² โรคสมาธิสั้นส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ประสิทธิภาพทางการเรียน และผลสำเร็จทางการศึกษา³ และเพิ่มความเสี่ยงในการกระทำผิดกฎหมายอย่างมีนัยสำคัญ⁴ กลุ่มเยาวชนที่ถูกคุมขังมีความชุกของโรคสมาธิสั้นสูงกว่าเยาวชนทั่วไป ในต่างประเทศพบได้กว่า 1 ใน 4 ของประชากรกลุ่มนี้^{5,6} การสำรวจในเยาวชนไทยในสถานแรกรับเด็กและเยาวชนปี พ.ศ. 2558 พบว่าร้อยละ 91.4 มีโรคจิตเวชอย่างน้อย 1 โรค กลุ่มโรคที่พบสูงสุด คือ ความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด (substance use disorder) พบร้อยละ 83.9 รองลงมาเป็นกลุ่มความผิดปกติพฤติกรรมก้าวร้าว (disruptive behavior disorders) พบร้อยละ 33.9 ซึ่งในกลุ่มนี้เป็นโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 7⁷ การศึกษาในกรุงเทพมหานครพบความชุกโรคทางจิตเวชของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจร้อยละ 96 โดยเป็นโรคสมาธิสั้นร้อยละ 28⁸ และการศึกษาในศูนย์แรกรับเด็กและเยาวชนชายบ้านเมตตาพบความชุกโรคสมาธิสั้นร้อยละ 12.5⁹

ในต่างประเทศมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดกฎหมาย พบว่าผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเพศชายมีความเสี่ยงในการก่อคดีที่มีความรุนแรงมากกว่าเพศหญิง¹⁰ นอกจากนี้ โรคสมาธิสั้นยังมีความสัมพันธ์กับประวัติทางด้านอาชญากรรม โดยวัยรุ่นที่ก่อคดีอาชญากรรมต่อผู้คนมีอาการโรคสมาธิสั้นมากกว่ากลุ่มก่อคดีทรัพย์สินและคดียาเสพติด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในเด็กก่อคดี แยกตามประเภทคดี มีดังนี้ คดีต่อผู้คน พบปัจจัยปัญหาทางการเรียน เช่น การออกจากโรงเรียนและผลการเรียนต่ำ และปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน เช่น การไม่มีเพื่อนและการปฏิเสธเพื่อน คดีทรัพย์สิน พบปัจจัยปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น การขาดการชื่นชม การใช้เวลาร่วมกันน้อย การขาดทักษะสื่อสารที่ดี ความขัดแย้ง และการขาดการสนับสนุนที่ดี และปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน และคดียาเสพติด พบปัจจัยด้านพฤติกรรมต่อต้านสังคม เช่น การทำร้ายร่างกายผู้อื่นซ้ำ การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด และการไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย¹¹ และพบว่าเยาวชนที่มีโรคทางจิตเวชมีความเสี่ยงต่อการกระทำผิดซ้ำ โดยเฉพาะกลุ่มโรคที่เป็น externalizing disorder¹²

ประเทศไทยมีการรายงานสถานการณ์การกระทำผิดของเด็กและเยาวชนในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึงกันยายน พ.ศ. 2565 มีจำนวนคดีอาญาที่มีเด็กและเยาวชนเป็นผู้กระทำผิดเข้าสู่สถานพินิจ ทั้งสิ้น 12,195 คดี ผู้กระทำผิดเป็นเพศชาย 11,032 คดี (ร้อยละ 90.5) และหญิง 1,160 คดี (ร้อยละ 9.5) เป็นผู้กระทำผิดที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดให้โทษมากที่สุด 4,885 คดี (ร้อยละ 40.1)¹³ โดยภาพรวมคดียาเสพติดมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยหลัก ได้แก่ การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และการประกาศใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติดฉบับใหม่ ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 พบปัจจัยการกระทำผิดซ้ำคดียาเสพติด ได้แก่ การเป็นผู้เสพหรือผู้ขายและการมีเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ปัจจัยการกระทำผิดซ้ำคดีเกี่ยวกับทรัพย์สิน ได้แก่ ประวัติเคยกระทำผิดและการมีพฤติกรรมทำร้ายร่างกายผู้อื่น รังแก ข่มขู่ และหนีเรียน ปัจจัยการกระทำผิดซ้ำคดีเกี่ยวกับชีวิตและ

ร่างกาย ได้แก่ การกระทำผิดระดับสูง เช่น การทำให้ผู้อื่นบาดเจ็บสาหัส/ตาย การมีเจตนาหรือวางแผนกระทำรุนแรง การกระทำทารุณ และการใช้อาวุธ¹⁴

แม้การศึกษาที่ผ่านมาพบความสัมพันธ์ระหว่างโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตในผู้กระทำผิดที่เป็นเด็กและเยาวชน แต่ในประเทศไทยยังมีการศึกษาเกี่ยวกับบรรดาวิทยาของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตในประชากรกลุ่มนี้ค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะโรคสมาธิสั้น ซึ่งองค์ความรู้ที่สามารถใช้วางแผนการคัดกรอง ดูแลรักษา และฟื้นฟูด้านจิตสังคมในเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดกฎหมายอย่างเป็นองค์รวม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นในวัยรุ่นชายในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

วิธีการ

การวิจัยแบบตัดขวาง (cross-sectional study) ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ DMH.IRB.CO.A 030/2565 วันที่ 18 กรกฎาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

วัยรุ่นชาย อายุ 13 - 18 ปี ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน 24 แห่งทั่วประเทศ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอิงจำนวนประชากร ณ วันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2565 ซึ่งมี 1,359 คน¹⁵ ความชุกของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 28⁸ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.03¹⁶ ได้จำนวนตัวอย่าง 528 คน และเพิ่มอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงต้องการกลุ่มตัวอย่าง 634 คน

เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยการแบ่งชั้น (multistage stratified random sampling) เป็น 4 ภูมิภาคและกรุงเทพมหานคร หลังจากนั้นสุ่มแบบกลุ่ม (cluster sampling) กำหนดจำนวนจังหวัดและตัวอย่างตามสัดส่วนแต่ละภูมิภาค ดังนี้ ภาคเหนือมีประชากร 225 คน

คัดเลือก 4 จังหวัด 103 คน (ร้อยละ 16.2 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีประชากร 556 คน คัดเลือก 5 จังหวัด 256 คน (ร้อยละ 40.4 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด) ภาคกลางมีประชากร 136 คน คัดเลือก 8 จังหวัด 136 คน (ร้อยละ 21.5 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด) ภาคใต้มีประชากร 257 คน คัดเลือก 5 จังหวัด 118 คน (ร้อยละ 18.6 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด) และกรุงเทพมหานครมีประชากร 45 คน คัดเลือก 21 คน (ร้อยละ 3.3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด) คัดเลือกจังหวัดด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยคำนึงถึงความเสี่ยงและการดูแลรักษาต่อเนื่องของกลุ่มตัวอย่าง จึงคัดเลือกจังหวัดที่มีโรงพยาบาลจิตเวช และสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลากรายชื่อ (simple random sampling) จากทะเบียนรายชื่อตามสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในแต่ละจังหวัด และกำหนดตัวตนเป็นรหัสหมายเลขแทนชื่อ - สกุล

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 13 - 18 ปี 2) ถูกควบคุมตัวที่สถานพินิจเป็นระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน เนื่องจากหากระยะเวลาเกินกว่านั้นกลุ่มตัวอย่างอาจมีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ 3) เข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ไม่มีอาการของการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมทำวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) อยู่ในภาวะของความไม่สบายใจหรือสะเทือนใจในการให้ข้อมูลและเรื่องราวของตนเอง หรือ 2) มีพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าวหรือไม่ปลอดภัยต่อผู้สัมภาษณ์

เครื่องมือในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประวัติการกระทำผิด เช่น อายุ การศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว สถานภาพสมรสของบิดามารดา ผู้ที่อาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบัน อายุขณะที่กระทำผิดครั้งแรก ครั้งที่กระทำผิด และลักษณะการกระทำผิดครั้งนี้

2) แบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น (Thai diagnostic interview for psychiatric disorders in child and adolescents-revised: T-DICA-R)¹⁷ ฉบับวัยรุ่น พัฒนาจากแบบสัมภาษณ์ diagnostic interview

for children and adolescents (DICA)¹⁸ และแบบสัมภาษณ์ diagnostic interview for children and adolescents-revised (DICA-R)^{19,20} แบบสัมภาษณ์ T-DICA-R ฉบับวิจัยนี้มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.86 - 1.00 ค่าสัมประสิทธิ์ KR-20 ระหว่าง 0.91 - 0.99 ค่าสัมประสิทธิ์ kappa ระหว่างผู้สัมภาษณ์ 0.73 - 0.98 ค่าสัมประสิทธิ์ kappa ของการสัมภาษณ์ซ้ำ 0.60 - 0.90 และค่าสัมประสิทธิ์ kappa ของความตรงกันของการวินิจฉัยโรค 13 หมวดโรคกับฉบับผู้ปกครอง 0.35 - 0.75 การศึกษาครั้งนี้เลือกเฉพาะหมวดโรคสมาธิสั้นมาสัมภาษณ์

3) แบบสอบถามความสัมพันธ์ของครอบครัว (family relationship)²¹ ประกอบด้วยประโยคบอกเล่าเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมของสมาชิกที่อยู่ในครอบครัวและปฏิสัมพันธ์กันภายในครอบครัว 65 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่จริงเลย” (1 คะแนน) ถึง “จริงที่สุด” (4 คะแนน) เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้ 1.00 - 1.50 คะแนน สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับต้องปรับปรุงมากที่สุด 1.51 - 2.50 คะแนน ระดับต้องปรับปรุง 2.51 - 3.50 คะแนน ระดับเหมาะสม และ 3.51 - 4.00 คะแนน ระดับเหมาะสมที่สุด จากการศึกษาต้นฉบับแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.93

4) แบบสอบถามความสามารถด้านการเรียน (academic achievement)²² เป็นแบบสอบถามความสามารถและบุคลิกลักษณะนิสัยเฉพาะตนที่มีต่อการเรียนรู้ ประกอบด้วยประโยคบอกเล่า 42 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “น้อยที่สุด” (1 คะแนน) ถึง “มากที่สุด” (5 คะแนน) เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้ 1.00 - 3.39 คะแนน มีความสามารถด้านการเรียนระดับปรับปรุงและพัฒนา 3.40 - 4.00 คะแนน ระดับปานกลาง และ 4.01 - 5.00 คะแนน ระดับมากสามารถขึ้นาตนเองได้ จากการศึกษาต้นฉบับแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.83

5) แบบสอบถามพฤติกรรมต่อต้านสังคม (antisocial behavior)²³ เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมทางสังคมด้านลบ

และความก้าวร้าวทางวาจาและทางกาย ประกอบด้วยประโยคบอกเล่า 33 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่ใช่ตัวฉันเลย” (1 คะแนน) ถึง “ตรงกับตัวฉันอย่างยิ่ง” (5 คะแนน) เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้ 1.00 - 1.50 คะแนน มีความก้าวร้าวต่ำมาก 1.51 - 2.50 คะแนน ก้าวร้าวต่ำ 2.51 - 3.50 คะแนน ก้าวร้าวปานกลาง 3.51 - 4.50 คะแนน ก้าวร้าวสูง และ 4.51 - 5.00 คะแนน ก้าวร้าวสูงมาก จากการศึกษาต้นฉบับแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.84

6) แบบสอบถามสัมพันธภาพของบุคคล (peer relationship)²⁴ เป็นแบบสอบถามสัมพันธภาพกับเพื่อนและครอบครัว รวมทั้งผลของการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างบุคคล ประกอบด้วยประโยคบอกเล่า 33 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ “ไม่จริงเลย” (0 คะแนน) ถึง “จริงที่สุด” (4 คะแนน) เกณฑ์การแปลผลคะแนนรวมดังนี้ 0 - 33 คะแนน สัมพันธภาพของบุคคลอยู่ในระดับต้องปรับปรุงมากที่สุด 34 - 66 คะแนน ระดับต้องปรับปรุง 67 - 99 คะแนน ระดับเหมาะสม และ 100 - 132 คะแนน ระดับเหมาะสมที่สุด จากการศึกษาต้นฉบับแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.88

การศึกษานี้ได้มีการขออนุญาตใช้แบบสอบถามจากผู้พัฒนาแล้ว โดยผ่านหนังสือราชการขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้เก็บข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ ทั้งสังกัดกรมสุขภาพจิตและสถานพินิจฯ ที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือ T-DICA-R หมวดโรคสมาธิสั้นเป็นเวลา 8 ชั่วโมงและสามารถลงเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ก่อนการสัมภาษณ์ผู้สัมภาษณ์เป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัยและขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง หลังจากตัวอย่างให้ความยินยอม ผู้สัมภาษณ์ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและขอความยินยอมจากผู้ปกครองทางโทรศัพท์โดยไม่ต้องลงนามกรณีตัวอย่างที่ไม่มีผู้ปกครองหรือไม่สามารถติดต่อผู้ปกครองได้ ยึดการตัดสินใจยินยอมของตัวอย่างเป็นหลักและให้ผู้ปกครองที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้ให้ความยินยอม

การสัมภาษณ์ใช้เวลาเฉลี่ย 60 นาที ในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว กรณีระหว่างสัมภาษณ์พบอาสาสมัครมีความเครียด เหนื่อยใจ หรือมีท่าทีก้าวร้าว จะหยุดพักเพื่อประเมินอาการ หากยังคงมีอาการรุนแรงจะประสานเจ้าหน้าที่สถานพินิจฯ เพื่อส่งต่อสถานพยาบาลในพื้นที่เพื่อรับบริการตามสิทธิการรักษา และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิถอนตัวได้ทุกเมื่อ โดยหากเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวจะนำข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ แสดงข้อมูลพื้นฐานที่เป็นตัวแปรต่อเนื่องด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) หรือ มัชฐานและพิสัย (interquartile range: IQR) แสดงข้อมูลตัวแปรไม่ต่อเนื่องด้วยความถี่และร้อยละ ทดสอบความแตกต่างของค่ากลางตัวแปรต่อเนื่องระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีสมาธิสั้นโดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (test of normality) ด้วยสถิติ Shapiro-wilk normality test และใช้ independent t-test กรณีมีการแจกแจงปกติหรือ Wilcoxon rank-sum test กรณีมีการแจกแจงไม่ปกติ เปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนโรคสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มโดยใช้ chi-squared test หรือ Fisher's exact test วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นโดยพิจารณาจากผลการวิเคราะห์ univariate logistic regression และเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value น้อยกว่า 0.2 ไปวิเคราะห์ต่อใน multivariate logistic regression โดยทดสอบ collinearity ระหว่างตัวแปรก่อนการวิเคราะห์ด้วยการหาค่า generalized variance-inflation factors (GVIFs) โดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญของ GVIF^{1/(2×df)} ที่ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 2 พบว่าแต่ละตัวแปร มีค่า GVIF^{1/(2×df)} ระหว่าง 1.1 - 1.6 คัดเลือกตัวแปรทำนายโรคสมาธิสั้นด้วยวิธีแบบขั้นบันได (stepwise method) และพิจารณาค่า Akaike information criterion (AIC) ที่ต่ำที่สุด กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผล

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามครบถ้วน 526 คน ค่ามัธยฐานอายุ 16.5 ปี (IQR 16,17) สัมพันธ์ทางพันธุกรรม/

ผู้ปกครองไม่ดี ร้อยละ 87.1 ค่ามัธยฐานอายุขณะถูกดำเนินคดีครั้งแรก 16 ปี (IQR 15, 17) และใช้สารเสพติดร้อยละ 90.5 ดังตารางที่ 1

ตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคสมาธิสั้น 24 คน (ร้อยละ 4.6) ในจำนวนนี้เป็น predominantly inattentive presentation 13 คน (ร้อยละ 54.2) combined presentation 6 คน (ร้อยละ 25.0) และ predominantly hyperactive/impulsive presentation 5 คน (ร้อยละ 20.8)

ตัวแปรที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มที่พบและไม่พบโรคสมาธิสั้น ได้แก่ ภูมิภาค บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน อายุที่สูบบุหรี่ครั้งแรก อายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก ความสัมพันธ์ของครอบครัวด้านความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนในครอบครัวและการใช้เวลาว่างทำกิจกรรมร่วมกัน ความสามารถด้านการเรียนด้านการควบคุมตนเองในการเรียนรู้และด้านการเรียน และพฤติกรรมต่อต้านสังคมด้านความก้าวร้าวทางกาย ดังตารางที่ 1

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพบว่า กลุ่มที่ถูกดำเนินคดีครั้งแรกที่อายุน้อยกว่า 12 ปีมีโอกาสพบโรคสมาธิสั้นมากกว่ากลุ่มที่ถูกดำเนินคดีครั้งแรกเมื่ออายุมากกว่า 12 ปี 5.79 เท่า (AOR = 5.79, 95% CI = 1.10 - 30.39) กลุ่มที่ดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสพบโรคสมาธิสั้นมากกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่ม 3.43 เท่า (AOR = 3.43, 95% CI = 1.07 - 11.0) กลุ่มที่ใช้เฮโรอีนมีโอกาสพบโรคสมาธิสั้นมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ 12.4 เท่า (AOR = 12.4, 95% CI = 2.46 - 62.4) กลุ่มที่มีความก้าวร้าวทางด้านร่างกายสูงหรือสูงมากมีโอกาสพบโรคสมาธิสั้นมากกว่ากลุ่มที่มีความก้าวร้าวต่ำ/ต่ำมาก 6.57 เท่า (AOR = 6.57, 95% CI = 2.09 - 20.6) ดังตารางที่ 2

วิจารณ์

การศึกษานี้พบความชุกของโรคสมาธิสั้นในวัยรุ่นชายในสถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชนร้อยละ 4.6 ซึ่งต่ำกว่าความชุกเฉลี่ยทั่วโลกในเด็กทั่วไปที่พบร้อยละ 5.2¹ ทั้งนี้การศึกษาความชุกโรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือคัดกรอง เช่น Corners' rating scale และ SNAP-IV²⁵ ขณะที่การศึกษานี้ใช้เครื่องมือวินิจฉัยโรค เมื่อเปรียบเทียบกับ

ตารางที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเป็นโรคสมาธิสั้น

	ทั้งหมด n (%)	Non-ADHD n (%)	ADHD n (%)	p
อายุ				
Median (IQR)	16.5 (16, 17)	17 (16, 17)	16 (15, 17)	.109
ภูมิภาค				.039
กรุงเทพ	32 (6.1)	30 (93.8)	2 (6.3)	
ภาคกลาง	125 (23.8)	122 (97.6)	3 (2.4)	
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	218 (41.4)	210 (96.3)	8 (3.7)	
ภาคเหนือ	52 (9.9)	45 (86.5)	7 (13.5)	
ภาคใต้	99 (18.8)	95 (96.0)	4 (4.0)	
บุคคลที่อาศัยด้วยในปัจจุบัน				.019
บิดามารดา	347 (66.0)	337 (97.1)	10 (2.9)	
ญาติ/ไม่ใช่ญาติ/อยู่คนเดียว	179 (34.0)	165 (92.2)	14 (7.8)	
สัมพันธ์ภาพกับบิดามารดา/ผู้ปกครอง				.220
ดี	68 (12.9)	63 (92.6)	5 (7.4)	
ไม่ดี	458 (87.1)	439 (95.9)	19 (4.1)	
อายุที่สูบบุหรี่ครั้งแรก (ปี)				.036
Median (IQR)	13 (12, 14)	13 (12, 14)	12.5 (11, 13)	
อายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก (ปี)				.027
Median (IQR)	14 (13, 15)	14 (13, 15)	13 (12, 14)	
การดื่มแอลกอฮอล์				.106
ไม่ดื่ม	179 (34.0)	175 (97.8)	4 (2.2)	
ดื่ม	347 (66.0)	327 (94.2)	20 (5.8)	
การใช้สารเสพติด				.153
ไม่ใช่	50 (9.5)	50 (100.0)	0 (0.0)	
ใช่	476 (90.5)	452 (95.0)	24 (5.0)	
สารเสพติดที่ใช้				
เฮโรอิน/ฝิ่น	20 (3.8)	17 (85.0)	3 (15.0)	.057
ยาบ้า	382 (72.6)	362 (94.8)	20 (5.2)	.332
กัญชา	176 (33.5)	169 (96.0)	7 (4.0)	.814
ไอซ์	81 (15.4)	78 (96.3)	3 (3.7)	1
กระท่อม	81 (15.4)	77 (95.1)	4 (4.9)	.776
Ketamine	18 (3.4)	17 (94.4)	1 (5.6)	.575
Tramadol	11 (2.1)	9 (81.8)	2 (18.2)	.085
อายุที่ถูกดำเนินคดีครั้งแรก (ปี)				.146
< 12 ปี	15 (2.9)	13 (86.7)	2 (13.3)	
12 ปีขึ้นไป	511 (97.1)	489 (95.7)	22 (4.3)	
Median (IQR)	16 (15, 17)	16 (15, 17)	15 (14.8, 16.2)	.218
ปัจจุบันถูกดำเนินคดีด้านร่างกาย				.304
ไม่ใช่	109 (20.7)	102 (93.6)	7 (6.4)	
ใช่	417 (79.3)	400 (95.9)	17 (4.1)	
ปัจจุบันถูกดำเนินคดีด้านทรัพย์สิน				.888
ไม่ใช่	136 (25.9)	129 (94.9)	7 (5.1)	
ใช่	390 (74.1)	373 (95.6)	17 (4.4)	
ปัจจุบันถูกดำเนินคดีด้านการใช้สารเสพติด				.409
ไม่ใช่	295 (56.1)	284 (96.3)	11 (3.7)	
ใช่	231 (43.9)	218 (94.4)	13 (5.6)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเป็นโรคสมาธิสั้น (ต่อ)

	ทั้งหมด n (%)	Non-ADHD n (%)	ADHD n (%)	p
ความสัมพันธ์ของครอบครัว (family relationship)				
<i>ความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่</i>				.019
เหมาะสมที่สุด	52 (9.9)	52 (100.0)	0 (0.0)	
เหมาะสม	435 (82.7)	416 (95.6)	19 (4.4)	
ต้องปรับปรุง	39 (7.4)	34 (87.2)	5 (12.8)	
ต้องปรับปรุงมากที่สุด	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
<i>การใช้เวลาว่างทำกิจกรรมร่วมกัน</i>				.031
เหมาะสมที่สุด	7 (1.3)	7 (100.0)	0 (0.0)	
เหมาะสม	329 (62.5)	320 (97.3)	9 (2.7)	
ต้องปรับปรุง	183 (34.8)	169 (92.3)	14 (7.7)	
ต้องปรับปรุงมากที่สุด	7 (1.3)	6 (85.7)	1 (14.3)	
ความสามารถด้านการเรียน (academic achievement)				
<i>การควบคุมตนเองในการเรียนรู้</i>				.046
ระดับมากสามารถชี้นำตนเองได้	89 (16.9)	89 (100.0)	0 (0.0)	
ระดับปานกลาง	341 (64.8)	322 (94.4)	19 (5.6)	
ระดับปรับปรุงและพัฒนา	96 (18.3)	91 (94.8)	5 (5.2)	
<i>ความสามารถด้านการเรียน</i>				.014
ระดับมากสามารถชี้นำตนเองได้	61 (11.6)	61 (100.0)	0 (0.0)	
ระดับปานกลาง	340 (64.6)	327 (96.2)	13 (3.8)	
ระดับปรับปรุงและพัฒนา	125 (23.8)	114 (91.2)	11 (8.8)	
ปัจจัยพฤติกรรมต่อต้านสังคม (antisocial behavior)				
<i>ความก้าวร้าวทางกาย</i>				.025
ก้าวร้าวต่ำมาก	68 (12.9)	66 (97.1)	2 (2.9)	
ก้าวร้าวต่ำ	271 (51.5)	260 (95.9)	11 (4.1)	
ก้าวร้าวปานกลาง	152 (28.9)	147 (96.7)	5 (3.3)	
ก้าวร้าวสูง	345 (6.5)	28 (8.1)	6 (91.9)	
ก้าวร้าวสูงมาก	1 (0.2)	1 (100.0)	0 (0.0)	
<i>ความก้าวร้าวทางวาจา</i>				.242
ก้าวร้าวต่ำมาก	35 (6.7)	35 (100.0)	0 (0.0)	
ก้าวร้าวต่ำ	335 (63.7)	320 (95.5)	15 (4.5)	
ก้าวร้าวปานกลาง	139 (26.4)	132 (95.0)	7 (5.0)	
ก้าวร้าวสูง	17 (3.2)	15 (88.2)	2 (11.8)	
ก้าวร้าวสูงมาก	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
<i>พฤติกรรมต่อต้านสังคม</i>				.013
ก้าวร้าวต่ำมาก	34 (6.5)	33 (97.1)	1 (2.9)	
ก้าวร้าวต่ำ	330 (62.7)	317 (96.1)	13 (3.9)	
ก้าวร้าวปานกลาง	140 (26.6)	135 (96.4)	5 (3.6)	
ก้าวร้าวสูง	21 (4)	16 (76.2)	5 (23.8)	
ก้าวร้าวสูงมาก	1 (0.2)	1 (100.0)	0 (0.0)	
ปัจจัยด้านสัมพันธภาพของบุคคล (peer relationship)				
<i>สัมพันธภาพของบุคคล</i>				.207
ระดับเหมาะสมที่สุด	57 (10.8)	57 (100.0)	0 (0.0)	
ระดับเหมาะสม	387 (73.6)	367 (94.8)	20 (5.2)	
ระดับต้องปรับปรุง	82 (15.6)	78 (95.1)	4 (4.9)	
ระดับต้องปรับปรุงมากที่สุด	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	

ตาราง 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นจากการถดถอยโลจิสติก

	OR	95% CI	AOR*	95% CI	p
อายุที่ถูกดำเนินคดีครั้งแรก < 12 ปี	3.42	0.73 - 16.1	5.79	1.10 - 30.3	.038
การดื่มแอลกอฮอล์	2.68	0.90 - 7.95	3.43	1.07 - 11.0	.039
การใช้เฮโรอีน/ฝิ่น	4.08	1.11 - 15.0	12.4	2.46 - 62.4	.002
ความก้าวร้าวทางร่างกาย (ref. ต่ำ/ต่ำมาก)					
ก้าวร้าวปานกลาง	0.85	0.30 - 2.44	0.96	0.32 - 2.89	.939
ก้าวร้าวสูง/สูงมาก	5.19	1.84 - 14.67	6.57	2.09 - 20.6	.001

* AIC = 180.5, ควบคุมตัวแปรภูมิภาค
OR = odds ratio, AOR = adjusted odds ratio, ADHD = attention deficit hyperactivity disorder

การศึกษาในประเทศไทย ความชุกโรคสมาธิสั้นในการศึกษานี้ต่ำกว่าการสำรวจในนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาอายุ 7 - 11 ปี ซึ่งใช้วิธีการคัดกรองด้วยเครื่องมือ SNAP-IV ก่อนแล้วยืนยันการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โดยพบความชุกร้อยละ 8.1² อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาดังกล่าวมีอายุน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ที่มีค่ามัธยฐานของอายุที่ 16.5 ปี ซึ่งโดยทั่วไปอาการของโรคสมาธิสั้นพบได้น้อยลงเมื่ออายุมากขึ้น²⁶ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาโรคสมาธิสั้นในเด็กและเยาวชนในสถานพินิจ การศึกษาในเขตกรุงเทพมหานครที่ใช้การสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค DSM-IV พบความชุกร้อยละ 28⁸ ส่วนการสำรวจที่ใช้เครื่องมือ T-DICA-R เช่นเดียวกับการศึกษานี้พบความชุกร้อยละ 7.0 - 12.5^{7,9} สาเหตุที่พบความชุกสูงกว่าการศึกษานี้อาจเนื่องจากการศึกษารั้งนี้เก็บข้อมูลในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งมีการจำกัดจำนวนเด็กในสถานพินิจ รวมถึงอาจเป็นผลมาจากการใช้พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นผู้เสพให้เข้าสู่กระบวนการบำบัดมากกว่ากระบวนการทางคดี²⁷ ซึ่งสอดคล้องกับสถิติคดีเด็กและเยาวชนทั่วประเทศที่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง¹⁵ กลุ่มย่อยของโรคสมาธิสั้นที่พบในการศึกษานี้มากที่สุด ได้แก่ predominantly inattentive presentation, combined presentation และ predominantly hyperactive/impulsive presentation ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของพนม เกตุมาน และคณะ⁹

ซึ่งศึกษากลุ่มเด็กและเยาวชนกระทำผิดที่มีช่วงอายุใกล้เคียงกัน แต่ต่างจากการศึกษาในกลุ่มเด็กทั่วไปที่พบชนิด combined presentation มากที่สุด²

การใช้บุหรี่ แอลกอฮอล์ และสารเสพติดมีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น โดยพบว่ากลุ่มที่มีโรคสมาธิสั้นเริ่มสูบบุหรี่ในช่วงอายุน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคสมาธิสั้น สอดคล้องกับการศึกษาในเด็กทั่วไปที่พบว่าเด็กที่มีโรคสมาธิสั้นมีแนวโน้มสูบบุหรี่มากกว่าและเริ่มสูบครั้งแรกที่อายุน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้น²⁸ กลุ่มที่ดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสพบโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้น 3.43 เท่า สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Luderer และคณะ²⁹ ที่พบการทับซ้อนกันทางพันธุกรรม (genetic overlap) ระหว่างความผิดปกติจากการดื่มสุรากับโรคสมาธิสั้นผ่านยีนที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทกลุ่ม glutamate และ catecholamine และพบว่าเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีความเสี่ยงพบความผิดปกติจากการดื่มสุราร่วมด้วยร้อยละ 43 เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นมีโอกาสถูกชักจูงไปสู่การกระทำผิดได้ และกลุ่มที่ใช้เฮโรอีนมีโอกาสพบโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้น 12.4 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ที่เสพยาเฮโรอีนและสารกลุ่ม opioids ที่พบโรคสมาธิสั้นร้อยละ 12.4 - 20.9³⁰⁻³³ และพบว่ากลุ่มที่มีโรคสมาธิสั้นทุกคนมีประวัติใช้สารเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาในเด็กทั่วไปที่พบความสัมพันธ์แบบผกผันระหว่างอายุที่เริ่มใช้สารเสพติดกับระดับความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรม³⁴

การถูกดำเนินคดีครั้งแรกอายุน้อยกว่า 12 ปีเพิ่มโอกาสพบโรคสมาธิสั้น 5.79 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า เด็กชายที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้นมีอัตราการถูกคุมขังเนื่องจากกระทำความผิดกฎหมายสูงกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากโรคสมาธิสั้นมีผลต่อการควบคุมตนเอง ขาดการยับยั้งชั่งใจ ทำให้มีโอกาสกระทำความผิดกฎหมายได้ตั้งแต่อายุยังน้อย³⁵

กลุ่มที่มีความก้าวร้าวทางกายระดับสูงขึ้นไปมีโอกาสพบโรคสมาธิสั้นมากกว่ากลุ่มที่มีความก้าวร้าวทางกายระดับต่ำ/ต่ำมาก 6.57 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Gittelman และคณะ³⁶ ที่พบว่าเด็กสมาธิสั้น มีโอกาสพัฒนาความก้าวร้าว และมีแนวโน้มมีพฤติกรรมเกเรต่อต้านสังคมมากกว่าเด็กปกติ 3.5 - 4 เท่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Dayan และคณะ³⁷ ที่พบว่าเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นส่วนหนึ่งมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม มีความยากลำบากในการควบคุมตนเอง มีปัญหาการใช้ความรุนแรง และมีปัญหาการปฏิบัติตามคำสั่งกับเจ้าหน้าที่ภาครัฐ ซึ่งส่งผลให้เกิดการกระทำความผิดทางกฎหมาย

การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ของครอบครัวกับโรคสมาธิสั้น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าบิดามารดาของเด็กสมาธิสั้นมักมีความเครียด และเมื่อบุตรคือต่อต้านสัมพันธ์ภาพในครอบครัวจึงเกิดความขัดแย้งรุนแรงมากขึ้น และครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นที่ไม่สามารถทำหน้าที่ครอบครัวได้ (family dysfunction) ส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้น^{38,39} อย่างไรก็ตาม การศึกษาในเด็กทั่วไปที่ไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้นพบว่าการกระทำความผิดทางกฎหมายก็มีความสัมพันธ์กับการมีความสัมพันธ์ไม่ดีในครอบครัว รวมถึงการได้รับการเลี้ยงดูที่ห่างเหินและขาดความเอาใจใส่เช่นกัน⁴⁰ จึงอาจทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญระหว่างความสัมพันธ์ของครอบครัวกับโรคสมาธิสั้นในการศึกษานี้

การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถด้านการเรียนกับโรคสมาธิสั้น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าเด็กสมาธิสั้นมักไม่ประสบความสำเร็จในเรื่องการเรียนได้ตามศักยภาพแม้มีระดับสติปัญญาหรือพัฒนาการปกติ^{3,41}

อย่างไรก็ตามการศึกษาในเด็กทั่วไปพบว่าการศึกษาที่ต่ำกว่ามีความสัมพันธ์กับผลการเรียนที่ไม่ดีเช่นกัน⁴² จึงอาจทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญระหว่างความสามารถด้านการเรียนกับโรคสมาธิสั้น

การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพของบุคคลกับโรคสมาธิสั้น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนเนื่องจากการควบคุมตนเองไม่ค่อยดี ไม่มีระเบียบ ไม่ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ และมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น ความรู้สึกกลัวยกจากการถูกปฏิเสธจากกลุ่มเพื่อนหรือถูกเพื่อนแกล้งส่งผลให้ปรับตัวยาก รู้สึกภาคภูมิใจในตนเองต่ำ (low self-esteem) และพัฒนาเป็นผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหา เช่น การติดสารเสพติด นิสัยอันธพาลก้าวร้าว และการกระทำความผิดกฎหมาย^{43,44} อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบว่าเด็กทั่วไปที่กระทำความผิดกฎหมายมักมีการควบคุมตนเองที่ไม่ดี มีความสัมพันธ์กับเพื่อนที่ไม่มั่นคง และถูกเพื่อนปฏิเสธ ทำให้มีกลุ่มเพื่อนจำกัด เช่นเดียวกัน⁴⁵ จึงอาจทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญระหว่างสัมพันธ์ภาพของบุคคลกับโรคสมาธิสั้น

ผลการศึกษานี้แสดงถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยรุ่นชายที่กระทำความผิดกฎหมาย ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการออกแบบระบบเฝ้าระวังเด็กกระทำความผิดที่เสี่ยงเป็นโรคสมาธิสั้นและส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา ข้อจำกัดของการศึกษานี้ ได้แก่ ข้อมูลประกอบการวินิจฉัยได้จากการรายงานของเด็กฝ่ายเดียว อาจส่งผลให้อาการและความซุกซนสมาธิสั้นต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากอาการสมาธิสั้นเป็น externalizing symptom เด็กอาจไม่ได้สังเกตหรือตระหนักถึงอาการเหล่านี้ของตนเอง การศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาโรคร่วมซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับการกระทำความผิดของเด็กและเยาวชน และการศึกษานี้เป็นการศึกษาวัยรุ่นชายที่อยู่ในสถานพินิจฯ เท่านั้น ไม่ได้ศึกษาในเพศหญิง วัยรุ่นกระทำความผิดที่ได้รับการประกันตัว หรือวัยรุ่นในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน ผลการศึกษาจึงไม่อาจเป็นตัวแทนประชากรเยาวชนกระทำความผิดทั้งหมดได้

สรุป

วัยรุ่นชายในสถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชนมีความชุกโรคสมาธิสั้นร้อยละ 4.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น ได้แก่ อายุที่ถูกดำเนินคดีครั้งแรกน้อยกว่า 12 ปี การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้เฮโรอีน และความก้าวร้าวทางกาย ระดับสูง ควรมีการประเมินคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงและส่งต่อสถานพยาบาลเพื่อรับการวินิจฉัยและการรักษาตามขั้นตอน รวมทั้งมีการติดตามดูแลระยะยาวเพื่อลดความเสี่ยงการกระทำผิดซ้ำ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (ววน.) ขอขอบคุณ พญ.จิตติมา แก้วทอน และกรมสุขภาพจิต ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยตั้งแต่นั้น

เอกสารอ้างอิง

- Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):942-8. doi:10.1176/ajp.2007.164.6.942.
- Visanuyothin T, Pavasuthipaisit C, Wachiradilok P, Arunruang P, Buranasuksakul T. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2013;21(2):66-75.
- Arnold LE, Hodgkins P, Kahle J, Madhoo M, Kewley G. Long-term outcomes of ADHD: academic achievement and performance. *J Atten Disord*. 2020;24(1):73-85. doi:10.1177/1087054714566076.
- Mannuzza S, Klein RG, Konig PH, Giampino TL. Hyperactive boys almost grown up. IV. Criminality and its relationship to psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46(12):1073-9. doi:10.1001/archpsyc.1989.01810120015004.
- Baggio S, Fructuoso A, Guimaraes M, Fois E, Golay D, Heller P, et al. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in detention settings: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2018;9:331. doi:10.3389/fpsy.2018.00331.
- Young S, Moss D, Sedgwick O, Fridman M, Hodgkins P. A meta-analysis of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in incarcerated populations. *Psychol Med*. 2015;45(2):247-58. doi:10.1017/S0033291714000762.
- Ekasawin S, Phothisut C, Chomchuen R, Serisathien P, Ucharatna W. Prevalence of psychiatric disorders among Thai juvenile offenders. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2016;24(3):154-66.
- Putthisri S, Yingsaree S. Prevalence of psychiatric disorders in juvenile detention. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2003;49(3):213-22.
- Ketumarn P, Hataiyusuk S, Pornnoppadol C, Apinuntavech S. Prevalence and factors associated with attention-deficit hyperactivity disorder in male juvenile delinquent of metta remand home. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2016;61(1):27-40.
- Ångström AK, Andersson A, Garcia-Argibay M, Chang Z, Lichtenstein P, D'Onofrio BM, et al. Criminal convictions in males and females diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder: a Swedish national registry study. *JCPP Adv*. 2024:e12217. doi:10.1002/jcv2.12217.
- Margari F, Craig F, Margari L, Matera E, Lamanna AL, Lecce PA, et al. Psychopathology, symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder, and risk factors in juvenile offenders. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015;11:343-52. doi:10.2147/NDT.S75942.
- McReynolds LS, Schwalbe CS, Wasserman GA. The contribution of psychiatric disorder to juvenile recidivism. *Crim Justice Behav*. 2010;37(2):204-16. doi:10.1177/0093854809354961.
- Department of juvenile observation and protection. Report on the situation of juvenile delinquency 1 October 2021 - September 2022. Bangkok: Department of juvenile observation and protection; 2022.
- Department of juvenile observation and protection. Report on the situation of juvenile delinquency 1 October 2021 - September 2022. Bangkok: Department of juvenile observation and protection; 2022.

14. Department of juvenile observation and protection. Executive summary: project to predict delinquent risk behavior from a large amount of primary data (big data) for measures to control recidivism among youth in the justice system [Internet]. Bangkok: Department of juvenile observation and protection; 2023 [cited 2024 Mar 18]. Available from: [https://www.djop.go.th/storage/files/2/สถาบันวิจัย/บทสรุปผู้บริหารโครงการพยากรณ์%20\(1\).pdf](https://www.djop.go.th/storage/files/2/สถาบันวิจัย/บทสรุปผู้บริหารโครงการพยากรณ์%20(1).pdf)
15. Department Operation Center (DOC). Statistical cases nationwide categorized by detention facilities (unit: cases) [Internet]. Bangkok: Department of Juvenile Observation and Protection; 2024.
16. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas*. 1970;30(3):607-10. doi:10.1177/001316447003000308.
17. Phothisut C, Ekasawin E, Chomcheun R. Reliability of Thai diagnostic interview for psychiatric disorders in children and adolescents-revised (T-DICA-R). *Journal of Mental Health of Thailand*. 2016;24(2):94-106.
18. Reich W. Diagnostic interview for children and adolescents (DICA). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(1):59-66. doi:10.1097/00004583-200001000-00017.
19. Promphan P, Poornoppadol C, Kaowepornsavade T. Tests of reliability and validity of the Thai version of the diagnostic interview for children and adolescents-revised (DICA-R) for diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder in children aged 6 to 12 years. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*. 2004;49(3):191-212.
20. Pornnoppadol C, Wittoon N, Chanpen S. Reliability and validity of Thai version of the diagnostic interview for children and adolescents revised (DICA-R-P and DICA-R-A): for diagnosis of mood disorders in children and adolescents. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*. 2013;58(2):135-46.
21. Koolnaphadol P. A study and development of the role performance of family members in the care of individuals with depression [Dissertation]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2004.
22. Preeyawongsakul W. Nursing student development model with activities enhancing self-directed learning readiness for increase learning ability doctor of education (higher education) [Dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2004.
23. Pueanchompoo P. The effect of an integrated group counseling program on self-regulation and aggressive behavior of children and adolescents in welfare homes [Master's Thesis]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2020.
24. Kaewkunha T. Effects of a selfdisclosure program on peer relationships and collaborative working skills of third grade students [Master's Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2019.
25. Brown RT, Freeman WS, Perrin JM, Stein MT, Amler RW, Feldman HM, et al. Prevalence and assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care settings. *Pediatrics*. 2001;107(3):E43. doi:10.1542/peds.107.3.e43.
26. Salari N, Ghasemi H, Abdoli N, Rahmani A, Shiri MH, et al. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Ital J Pediatr*. 2023;49(1):48. doi:10.1186/s13052-023-01456-1.
27. Thailand. Law, Organic Law. Act promulgating a narcotic code, 2564 BE (2021 CE). Bangkok: Office of the Narcotics Control Board; 2021.
28. Matthies S, Holzner S, Feige B, Scheel C, Perlov E, Ebert D, et al. ADHD as a serious risk factor for early smoking and nicotine dependence in adulthood. *J Atten Disord*. 2013;17(3):176-86. doi:10.1177/1087054711428739.
29. Luderer M, Ramos Quiroga JA, Faraone SV, Zhang James Y, Reif A. Alcohol use disorders and ADHD. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021;128:648-60. doi:10.1016/j.neubiorev.2021.07.010.
30. Rocco P. Prevalence of ADHD in a sample of heroin addicts receiving agonist treatment-study conducted in a public addiction service. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(3):2602. doi:10.3390/ijerph20032602.

31. Santo T Jr, Campbell G, Gisev N, Martino-Burke D, Wilson J, Colledge-Frisby S, et al. Prevalence of mental disorders among people with opioid use disorder: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2022;238:109551. doi:10.1016/j.drugalcdep.2022.109551.
32. Rohner H, Gaspar N, Rosen H, Ebert T, Kilarski LL, Schrader F, et al. ADHD prevalence among outpatients with severe opioid use disorder on daily intravenous diamorphine and/or oral opioid maintenance treatment. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(3):2534. doi:10.3390/ijerph20032534.
33. Lugoboni F, Levin FR, Pieri MC, Manfredini M, Zamboni L, Somaini L, et al. Co-occurring attention deficit hyperactivity disorder symptoms in adults affected by heroin dependence: patients characteristics and treatment needs. *Psychiatry Res.* 2017;250:210-6. doi:10.1016/j.psychres.2017.01.052.
34. Chilcoat HD, Breslau N. Pathways from ADHD to early drug use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999;38(11):1347-54. doi:10.1097/00004583-199911000-00008.
35. Satterfield JH, Schell A. A prospective study of hyperactive boys with conduct problems and normal boys: adolescent and adult criminality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36(12):1726-35. doi:10.1097/00004583-199712000-00021.
36. Gittelman R, Mannuzza S, Shenker R, Bonagura N. Hyperactive boys almost grown up. I. Psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry.* 1985;42(10):937-47.
37. Dayan H, Khoury-Kassabri M, Pollak Y. The link between ADHD symptoms and antisocial behavior: the moderating role of the protective factor sense of coherence. *Brain Sci.* 2022;12(10):1336. doi:10.3390/brainsci12101336.
38. Pancharean V. Stress and stress management for caregivers of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) [Master's Thematic Paper]. Songkla: Prince of Songkla University; 2015.
39. Anastopoulos AD, Sommer JL, Schatz NK. ADHD and family functioning. *Current Attention Disorders Reports.* 2009;1(4):167-70. doi:10.1007/s12618-009-0023-2.
40. Hoeve M, Dubas JS, Eichelsheim VI, van der Laan PH, Smeenk W, Gerris JR. The relationship between parenting and delinquency: a meta-analysis. *J Abnorm Child Psychol.* 2009;37(6):749-75. doi:10.1007/s10802-009-9310-8.
41. Bussing R, Porter P, Zima BT, Mason D, Garvan C, Reid R. Academic outcome trajectories of students with ADHD: does exceptional education status matter? *J Emot Behav Disord.* 2012;20(3):131-43. doi:10.1177/1063426610388180.
42. Hoffmann JP. Academic underachievement and delinquent behavior. *Youth & Society.* 2018;52(5):0044118X1876703. doi:10.1177/0044118X18767035.
43. Gardner DM, Gerdes AC. A review of peer relationships and friendships in youth with adhd. *J Atten Disord.* 2015;19(10):844-55. doi:10.1177/1087054713501552.
44. Bagwell CL, Molina BS, Pelham WE Jr, Hoza B. Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: predictions from childhood to adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40(11):1285-92. doi:10.1097/00004583-200111000-00008.
45. Chapple CL. Self-control, peer relations, and delinquency. *Justice Q.* 2005;22(1):89-106. doi:10.1080/0741882042000333654.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลปัตตานี

วันรับ : 3 มกราคม 2567

วันแก้ไข : 18 มีนาคม 2567

วันตอบรับ : 21 มีนาคม 2567

เอ็มนัสรี มินทราศักดิ์, พ.บ.
โรงพยาบาลปัตตานี จังหวัดปัตตานี

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช**วิธีการ :** การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวางในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลปัตตานี ตั้งแต่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึง 31 มกราคม พ.ศ. 2567 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (patient health questionnaire: PHQ-9) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน (chi-square หรือ Fisher's exact test) และการถดถอยโลจิสติก**ผล :** กลุ่มตัวอย่าง 400 คน พบความชุกภาวะซึมเศร้า (PHQ-9 ≥ 9 คะแนน) ร้อยละ 16.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ 21 - 30 ปี (AOR = 0.16, 95% CI = 0.03 - 0.81) อายุ 41 - 50 ปี (AOR = 0.11, 95% CI = 0.02 - 0.66) และอายุ 51 - 60 ปี (AOR = 0.08, 95% CI = 0.01 - 0.55) เมื่อเทียบกับอายุ 18 - 20 ปี สถานภาพหย่าร้าง/แยกกันอยู่ (AOR = 4.36, 95% CI = 1.65 - 11.47) เมื่อเทียบกับสถานภาพสมรส การศึกษาระดับประถมศึกษา (AOR = 4.84, 95% CI = 1.54 - 15.22) และมัธยมศึกษา (AOR = 3.38, 95% CI = 1.31 - 8.70) เมื่อเทียบกับระดับปริญญาตรี อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (AOR = 3.14, 95% CI = 1.31 - 7.49) และรับราชการ (AOR = 7.18, 95% CI = 1.92 - 26.82) เมื่อเทียบกับอาชีพรับจ้าง และรายได้ครอบครัวไม่เพียงพอกับรายจ่าย (AOR = 2.19, 95% CI = 1.18 - 4.06) เมื่อเทียบกับรายได้เพียงพอ/เหลือเก็บ**สรุป :** ควรมีการคัดกรองและดูแลรักษาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีภาระหน้าที่อื่นร่วมด้วยและมีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและสังคม**คำสำคัญ :** ภาวะซึมเศร้า, ผู้ดูแล, ผู้ป่วยจิตเวช**ติดต่อผู้พิมพ์ :** เอ็มนัสรี มินทราศักดิ์; e-mail: mnasre@gmail.com

Original article

Predictors of depression among caregivers of psychiatric patients at outpatient department of Pattani hospital

Received : 3 January 2024

Revised : 18 March 2024

Accepted : 21 March 2024

Em-nasree Mintrasak, M.D.

Pattani Hospital, Pattani Province

Abstract

Objective: To determine the prevalence and associated factors of depression among caregivers of psychiatric patients.

Methods: A cross-sectional analytical study was conducted among caregivers of psychiatric patients who attended the outpatient department of Pattani Hospital, Thailand, from 1 December 2023 to 31 January 2024. Questionnaire consisted of sociodemographics and depression assessment using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square or Fisher's exact test, and logistic regression.

Results: Of 400 participants, 16.5% met the operational criteria for depression (PHQ-9 $\geq$ 9). The factors significantly associated with depression included; age of 21 - 30 years (AOR = 0.16, 95% CI = 0.03 - 0.81), 41 - 50 years (AOR = 0.11, 95% CI = 0.02 - 0.66) and 51 - 60 years (AOR = 0.08, 95% CI = 0.01 - 0.55), as compared to 18 - 20 years; being divorced or separated (AOR = 4.36, 95% CI = 1.65 - 11.47), as compared to being married; having a primary education (AOR = 4.84, 95% CI = 1.54 - 15.22) and secondary education (AOR = 3.38, 95% CI = 1.31 - 8.70), as compared to bachelor's degree or above; being a business owner (AOR = 3.14, 95% CI = 1.31 - 7.49) and a government officer (AOR = 7.18, 95% CI = 1.92 - 26.82), as compared to being an employee; and having insufficient household income (AOR = 2.19, 95% CI = 1.18 - 4.06), as compared to having sufficient household income.

Conclusion: Caregivers of psychiatric patients should receive monitoring and appropriate care of mental health, particularly those having other responsibilities and facing social and financial constraints.

Keywords: caregiver, depression, psychiatric patient

Corresponding author: Em-nasree Mintrasak; e-mail: mnasre@gmail.com

ความรู้เดิม : ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการศึกษาในต่างประเทศอยู่ที่ร้อยละ 5.6 - 40.0

ความรู้ใหม่ : ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลปัตตานี อยู่ที่ร้อยละ 16.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้แก่ อายุ น้อย สถานภาพหย่าร้าง/แยกกันอยู่ ระดับการศึกษาต่ำ ลักษณะอาชีพที่มีความรับผิดชอบสูง และรายได้ครอบครัวไม่เพียงพอ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : วางแผนพัฒนาระบบคัดกรองและช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อลดความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพจิต

บทนำ

การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว¹ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต้องใช้ความอดทนอย่างสูงในการเข้าใจและยอมรับ ผู้ดูแลอาจเกิดความเบื่อหน่าย กังวล กลัว รู้สึกผิดหรือเป็นตราบาจากสังคมที่อาจมองผู้ป่วยและครอบครัวในแง่ลบ โดยทั่วไปผู้ดูแลมักมีกระบวนการเผชิญปัญหา 4 ขั้น ได้แก่ สับสน แสวงหาปรับตัว และหลุด² ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแล หากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ดีพอ²⁻⁹

ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่พบบ่อยจากการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ได้แก่ ความรู้สึกเป็นภาระและภาวะซึมเศร้า⁹⁻¹⁴ โดยความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลมีความแตกต่างในแต่ละการศึกษา พบได้ตั้งแต่ร้อยละ 5.9 - 40.0^{8,9,11-14} ปัจจัยที่พบว่ามีผลสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษาเช่นเดียวกัน โดยปัจจัยเสี่ยงที่พบตรงกันในทุกการศึกษา ได้แก่ สุขภาพของผู้ดูแล การประกอบอาชีพ ระยะเวลาทั้งหมดที่ต้องดูแลผู้ป่วย และการมีประสบการณ์ที่ไม่ดีกับผู้ป่วย^{3,9,11-13,15,16} ขณะที่ปัจจัยที่ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน

ได้แก่ อายุของผู้ดูแล ซึ่งพบว่าช่วงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า มีความแตกต่างกัน^{14,16} ซึ่งอาจขึ้นอยู่กับบริบทที่ศึกษา

การสำรวจระบบสุขภาพจิตในคนไทยพบว่าภาคใต้มีความชุกปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าสูงกว่าภาพรวมของประชากรทั่วประเทศ¹⁷ สำหรับโรงพยาบาลปัตตานีซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้มีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกสูงเป็นอันดับที่ 4 รองจากโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไตวายเรื้อรัง ซึ่งมีจำนวนถึง 5,517 คนต่อปี และคลินิกจิตเวชมีอัตราการเข้ารับบริการของผู้ป่วยสูงถึง 18,292 รายต่อปี (ข้อมูลปีงบประมาณ 2566) แสดงให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตเป็นหนึ่งในปัญหาที่สำคัญลำดับต้นของจังหวัดปัตตานี ผู้ที่ต้องรับภาระการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เกือบทั้งหมดเป็นผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งนอกจากต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยจิตเวชแล้วยังต้องเผชิญความเครียดจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่อีกด้วย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดปัตตานี เพื่อเป็นข้อมูลในพื้นที่สำหรับการวางแผนให้การดูแลภาวะซึมเศร้าในประชากรกลุ่มนี้ต่อไป

วิธีการ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (cross-sectional analytical design) เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปัตตานี โดยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลปัตตานี หมายเลขรับรอง PTN-031-2566 วันที่ให้การรับรอง 21 พฤศจิกายน 2566 คัดเลือกผู้ดูแลทุกคนที่นำผู้ป่วยมารับบริการ ตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถเข้าใจและตอบคำถามภาษาไทยได้ และดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน เก็บข้อมูลในช่วงวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึง 31 มกราคม พ.ศ. 2567 โดยมีพยาบาลประจำคลินิกจิตเวชขออธิบายขั้นตอนการศึกษาและให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษา คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Cochran ในกรณีนี้

ไม่ทราบจำนวนประชากร ที่ระดับนัยสำคัญ .05 (ความเชื่อมั่นร้อยละ 95) ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 400 คน¹⁸

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 13 ข้อ ใช้สำรวจข้อมูลประชากรศาสตร์ การเจ็บป่วยทั้งทางกายและสุขภาพจิต และการดูแลผู้ป่วย และ 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (patient health questionnaire: PHQ-9) ฉบับภาษาไทย เป็นแบบประเมินที่ตอบด้วยตนเอง มีข้อคำถาม 9 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลยได้ 0 คะแนน มีบางวันหรือไม่บ่อยได้ 1 คะแนน มีค่อนข้างบ่อยได้ 2 คะแนน และมีเกือบทุกวันได้ 3 คะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 27 โดยคะแนนรวม 9 - 14 คะแนน หมายถึง ซึมเศร้าเล็กน้อย 15 - 19 คะแนน หมายถึง ซึมเศร้าปานกลาง และ 20 - 27 คะแนน หมายถึง ซึมเศร้ารุนแรง แบบประเมินผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยมาโนช หล่อตระกูล และคณะ¹⁹ พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Cronbach's alpha) 0.79 ความไวร้อยละ 84 ความจำเพาะร้อยละ 77 ค่าทำนายผลบวกร้อยละ 21 ค่าทำนายผลลบร้อยละ 99 และค่า positive likelihood ratio 3.71 การศึกษานี้กำหนดคะแนนรวมตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไปถือว่า มีภาวะซึมเศร้า โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายได้รับการส่งต่อจิตแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยและให้การดูแลรักษาต่อไปทันที

การวิเคราะห์สถิติ ใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปนำเสนอข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ ใช้สถิติเชิงอนุมานในการทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มโดยใช้ chi-square test หรือ Fisher's exact test และวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าที่ละตัวแปรโดยใช้การถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (simple logistic regression) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปรโดยใช้การถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression) คัดเลือกตัวแปรด้วยวิธี enter selection ซึ่งเป็นการนำตัวแปรต้นทุกตัวเข้าสมการทำนายตัวแปรตามพร้อมกันในคราวเดียว โดยควบคุมตัวแปรที่เกี่ยวข้องจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ เพศ อายุ

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประวัติเคยป่วยเป็นโรคจิตเวช ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย การมีผู้ร่วมดูแล และประสบการณ์ไม่ดีกับผู้ป่วย และนำเสนอขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วย crude odds ratio (OR) หรือ adjusted odds ratio (AOR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผล

กลุ่มตัวอย่าง 400 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 317 คน (ร้อยละ 79.2) อายุที่พบมากที่สุดอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี 111 คน (ร้อยละ 27.8) เป็นมารดาของผู้ป่วย 142 คน (ร้อยละ 35.5) มีสถานภาพสมรส 257 คน (ร้อยละ 64.3) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า 188 คน (ร้อยละ 47.0) ประกอบอาชีพรับจ้าง 127 คน (ร้อยละ 31.8) มีรายได้ครอบครัวเพียงพอหรือเหลือเก็บ 227 คน (ร้อยละ 56.8) ไม่มีโรคประจำตัว 328 คน (ร้อยละ 82.0) ไม่เคยป่วยเป็นโรคจิตเวชมาก่อน 369 คน (ร้อยละ 92.2) ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยมากกว่า 1 - 5 ปี 142 คน (ร้อยละ 35.5) และมีผู้ร่วมดูแลผู้ป่วย 301 คน (ร้อยละ 75.3) และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ไม่ดีกับผู้ป่วย 345 คน (ร้อยละ 86.2) ดังตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า (PHQ-9 ตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป) จำนวน 66 คน (ร้อยละ 16.5) จำแนกเป็นซึมเศร้าเล็กน้อย 52 คน (ร้อยละ 13.0) ซึมเศร้าปานกลาง 10 คน (ร้อยละ 2.5) และซึมเศร้ารุนแรง 4 คน (ร้อยละ 1.0)

เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่ม พบว่า เพศหญิงมีสัดส่วนภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 16.7 และ 15.7 ตามลำดับ) ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนภาวะซึมเศร้าสูงสุด (ร้อยละ 32.0) รองลงมาเป็น 18 - 20 ปี (ร้อยละ 28.6) ผู้ที่มีสถานภาพหย่าร้าง/แยกกันอยู่มีสัดส่วนภาวะซึมเศร้าสูงสุด (ร้อยละ 46.5) ผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมหรือต่ำกว่ามีสัดส่วนภาวะซึมเศร้าสูงสุด (ร้อยละ 20.8) และผู้ที่ครอบครัวมีรายได้ไม่เพียงพอมีสัดส่วนภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่ครอบครัวมีรายได้เพียงพอ/เหลือเก็บ (ร้อยละ 20.8 และ 13.2 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและสัดส่วนภาวะซึมเศร้า (n = 400)

	รวม จำนวน (ร้อยละ)	ไม่พบภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	พบภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	P
เพศ				.817
ชาย	83 (20.8)	70 (84.3)	13 (15.7)	
หญิง	317 (79.2)	264 (83.3)	53 (16.7)	
อายุ				.181
18 - 20 ปี	14 (3.5)	10 (71.4)	4 (28.6)	
21 - 30 ปี	90 (22.5)	78 (86.7)	12 (13.3)	
31 - 40 ปี	111 (27.8)	92 (82.8)	19 (17.2)	
41 - 50 ปี	107 (26.8)	90 (84.1)	17 (15.9)	
51 - 60 ปี	53 (13.3)	47 (88.7)	6 (11.3)	
มากกว่า 60 ปี	25 (6.3)	17 (68.0)	8 (32.0)	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				.308
บิดา	24 (6.0)	19 (79.2)	5 (20.8)	
มารดา	142 (35.5)	114 (80.3)	28 (19.7)	
บุตร	73 (18.3)	63 (86.3)	10 (13.7)	
ญาติ	115 (28.8)	103 (89.6)	12 (10.4)	
เพื่อน	8 (2.0)	6 (75.0)	2 (25.0)	
หน่วยงานต่าง ๆ*	1 (0.3)	1 (100.0)	0 (0.0)	
สามี/ภรรยา	37 (9.3)	28 (75.7)	9 (24.3)	
สถานภาพ				< .001
สมรส	257 (64.3)	219 (85.2)	38 (14.8)	
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	26 (6.5)	14 (53.5)	12 (46.5)	
หม้าย	29 (7.3)	26 (89.7)	3 (10.3)	
โสด	88 (22.0)	75 (85.2)	13 (14.8)	
ระดับการศึกษา				.030
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	77 (19.3)	61 (79.2)	16 (20.8)	
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	188 (47.0)	151 (80.3)	37 (19.7)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	135 (33.8)	122 (90.4)	13 (9.6)	
อาชีพ				.271
รับจ้าง	127 (31.8)	112 (88.2)	15 (11.8)	
เกษตรกร	21 (5.3)	19 (90.5)	2 (9.5)	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	93 (23.3)	74 (79.6)	19 (20.4)	
รับราชการ	49 (12.3)	40 (81.6)	9 (18.4)	
พนักงานบริษัท/รัฐวิสาหกิจ	38 (9.5)	33 (86.8)	5 (13.2)	
ว่างงาน	61 (15.3)	46 (75.4)	15 (24.6)	
กำลังศึกษา	11 (2.8)	10 (90.9)	1 (9.1)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว				.369
น้อยกว่า 5,000 บาท	127 (31.8)	108 (85.0)	19 (15.0)	
5,000 - 10,000 บาท	126 (31.5)	109 (86.5)	17 (13.5)	
10,001 - 25,000 บาท	94 (23.5)	73 (77.7)	21 (22.3)	
25,001 - 50,000 บาท	31 (7.8)	27 (87.1)	4 (12.9)	
มากกว่า 50,000 บาท	22 (5.5)	17 (77.3)	5 (22.7)	
รายได้ครอบครัว				.043
เพียงพอ/เหลือเก็บ	227 (56.8)	197 (86.8)	30 (13.2)	
ไม่เพียงพอ	173 (43.3)	137 (79.2)	36 (20.8)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและสัดส่วนภาวะซึมเศร้า (n = 400) (ต่อ)

	รวม จำนวน (ร้อยละ)	ไม่พบภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	พบภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	p
โรคประจำตัว				.073
มี	72 (18.0)	55 (76.4)	17 (23.6)	
ไม่มี	328 (82.0)	279 (85.1)	49 (14.9)	
เคยป่วยเป็นโรคจิตเวชมาก่อน				< .001
มี	31 (7.8)	18 (58.1)	13 (41.9)	
ไม่มี	369 (92.2)	316 (85.6)	53 (14.4)	
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช				.641
6 เดือน - 1 ปี	126 (31.5)	101 (80.2)	25 (19.8)	
มากกว่า 1 - 5 ปี	142 (35.5)	121 (85.2)	21 (14.8)	
มากกว่า 5 - 10 ปี	72 (18.0)	62 (86.1)	10 (13.9)	
มากกว่า 10 ปี	60 (15.0)	50 (83.3)	10 (16.7)	
มีผู้ร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเวช				.603
มี	301 (75.3)	253 (84.1)	48 (15.9)	
ไม่มี	99 (24.8)	81 (81.8)	18 (18.2)	
เคยมีประสบการณ์ไม่ดีกับผู้ป่วย				.125
มี	55 (13.8)	42 (76.4)	13 (23.6)	
ไม่มี	345 (86.2)	292 (84.6)	53 (15.4)	

* เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สถานสงเคราะห์ หรือเจ้าหน้าที่ศูนย์เฝ้าระวัง

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ด้วยการถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพหย่าร้าง/แยกกันอยู่มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า 4.91 เท่า (OR = 4.91, 95% CI = 2.14 - 11.3) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ยังสมรสอยู่ ปัจจัยด้านระดับการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า 2.46 เท่า (OR = 2.46, 95% CI = 1.11 - 5.44) และกลุ่มที่ได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่ามีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า 2.29 เท่า (OR = 2.29, 95% CI = 1.17 - 4.51) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการศึกษาระดับปริญญาตรี ปัจจัยด้านอาชีพพบว่า กลุ่มที่ว่างงานมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า 2.43 เท่า (OR = 2.43, 95% CI = 1.10 - 5.38) เมื่อเทียบกับอาชีพรับจ้าง ปัจจัยด้านรายได้ครอบครัวพบว่า กลุ่มที่รายได้ครอบครัวไม่เพียงพอกับรายจ่ายมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า 1.72 เท่า (OR = 1.72, 95% CI = 1.01 - 2.93) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวเพียงพอหรือเหลือเก็บ และปัจจัยด้านการเจ็บป่วยพบว่า กลุ่มที่เคยป่วยเป็นโรคจิตเวช

มาก่อนมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า 4.30 เท่า (OR = 4.30, 95% CI = 1.99 - 9.30) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เคยป่วย การวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกโดยควบคุมตัวแปรเพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประวัติเคยป่วยเป็นโรคจิตเวช ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย การมีผู้ร่วมดูแล และการพบประสบการณ์ไม่ดีกับผู้ป่วย พบว่า กลุ่มอายุ 21 - 30 ปีมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า 0.16 เท่า (AOR = 0.16, 95% CI = 0.03 - 0.81) กลุ่มอายุ 41 - 50 ปีมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า 0.11 เท่า (AOR = 0.11, 95% CI = 0.02 - 0.66) และกลุ่มอายุ 51 - 60 ปีมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า 0.08 เท่า (AOR = 0.08, 95% CI = 0.01 - 0.55) เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 18 - 20 ปี กลุ่มที่มีสถานภาพหย่าร้าง/แยกกันอยู่มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า 4.36 เท่า (AOR = 4.36, 95% CI = 1.65 - 11.5) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ยังสมรสอยู่ กลุ่มที่ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า 4.84 เท่า (AOR = 4.84, 95% CI = 1.54 - 15.2) และกลุ่มที่ได้รับ

การศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่ามีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า 3.38 เท่า (AOR = 3.38, 95% CI = 1.31 - 8.70) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการศึกษาระดับปริญญาตรี กลุ่มที่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า 3.14 เท่า (AOR = 3.14, 95% CI = 1.31 - 7.49) และกลุ่มอาชีพรับราชการมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า 7.18 เท่า (AOR = 7.18, 95% CI = 1.92 - 26.8) เมื่อเทียบกับกลุ่มอาชีพรับจ้าง และกลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวไม่เพียงพอกับรายจ่ายมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า 2.19 เท่า (AOR = 2.19, 95% CI = 1.18 - 4.06) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวเพียงพอหรือเหลือเก็บ ดังตารางที่ 2

วิจารณ์

การศึกษานี้พบความชุกภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 16.5 และพบว่า อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในพื้นที่ชายแดนใต้ พบว่าความชุกภาวะซึมเศร้าในการศึกษานี้สูงกว่าการศึกษาในกลุ่มผู้ประสพภัยพิบัติจากสถานการณ์ความไม่สงบชายแดนใต้ในปี พ.ศ. 2557 โดยใช้แบบประเมิน mini international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.) ที่พบความชุกภาวะซึมเศร้าร้อยละ 11.9²⁰ และการศึกษาในผู้ที่

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าจากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

	OR (95% CI)	p	AOR (95% CI)	p
เพศ				
ชาย	1		1	
หญิง	1.08 (0.55 - 2.09)	.817	1.64 (0.70 - 3.83)	.246
อายุ				
18 - 20 ปี	1		1	
21 - 30 ปี	0.38 (0.10 - 1.42)	.153	0.16 (0.03 - 0.81)	.027
31 - 40 ปี	0.51 (0.14 - 1.82)	.304	0.19 (0.03 - 1.01)	.053
41 - 50 ปี	0.47 (0.13 - 1.68)	.247	0.11 (0.02 - 0.66)	.015
51 - 60 ปี	0.31 (0.07 - 1.34)	.119	0.08 (0.01 - 0.55)	.010
มากกว่า 60 ปี	1.17 (0.28 - 4.92)	.824	0.33 (0.04 - 2.29)	.263
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				
เพื่อน	1		1	
บิดา	0.73 (0.12 - 4.17)	.727	0.80 (0.06 - 9.95)	.866
มารดา	0.64 (0.14 - 2.94)	.574	0.49 (0.04 - 4.94)	.546
บุตร	0.42 (0.08 - 2.12)	.300	0.39 (0.04 - 3.62)	.412
ญาติ	0.31 (0.06 - 1.51)	.140	0.28 (0.03 - 2.58)	.265
หน่วยงานต่าง ๆ*	0.86 (0.02 - 29.2)	.930	4.58 (0.07 - 281.3)	.469
สามี/ภรรยา	0.86 (0.16 - 4.43)	.860	0.80 (0.07 - 8.77)	.861
สถานภาพ				
สมรส	1		1	
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	4.91 (2.14 - 11.3)	< .001	4.36 (1.65 - 11.5)	.003
หม้าย	0.75 (0.23 - 2.41)	.633	0.48 (0.12 - 1.90)	.299
โสด	1.01 (0.52 - 1.99)	.955	1.18 (0.44 - 3.18)	.738
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	2.46 (1.11 - 5.44)	.026	4.84 (1.54 - 15.2)	.007
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	2.29 (1.17 - 4.51)	.016	3.38 (1.31 - 8.70)	.011
ปริญญาตรีขึ้นไป	1		1	

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าจากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (ต่อ)

	OR (95% CI)	p	AOR (95% CI)	p
อาชีพ				
รับจ้าง	1		1	
เกษตรกร	0.78 (0.16 - 3.71)	.761	0.99 (0.21 - 4.62)	.992
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	1.91 (0.91 - 4.00)	.084	3.14 (1.31 - 7.49)	.010
รับราชการ	1.68 (0.68 - 4.13)	.260	7.18 (1.92 - 26.8)	.003
พนักงานบริษัท/รัฐวิสาหกิจ	1.13 (0.38 - 3.34)	.823	3.53 (0.98 - 12.7)	.052
ว่างงาน	2.43 (1.10 - 5.38)	.028	2.25 (0.91 - 5.58)	.078
กำลังศึกษา	0.74 (0.08 - 6.25)	.788	0.78 (0.08 - 7.00)	.828
รายได้ครอบครัว				
เพียงพอ/เหลือเก็บ	1		1	
ไม่เพียงพอ	1.72 (1.01 - 2.93)	.044	2.19 (1.18 - 4.06)	.012
มีโรคประจำตัว	1.75 (0.94 - 3.28)	.075	1.48 (0.71 - 3.09)	.288
เคยป่วยเป็นโรคจิตเวชมาก่อน	4.30 (1.99 - 9.30)	< .001	5.14 (2.08 - 12.7)	.828
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช				
6 เดือน - 1 ปี	1		1	
มากกว่า 1 - 5 ปี	0.70 (0.37 - 1.32)	.275	0.58 (0.28 - 1.19)	.142
มากกว่า 5 - 10 ปี	0.65 (0.29 - 1.44)	.293	0.55 (0.23 - 1.33)	.188
มากกว่า 10 ปี	0.80 (0.36 - 1.81)	.605	0.81 (0.33 - 1.98)	.649
มีผู้ร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเวช	0.85 (0.47 - 1.55)	.604	1.05 (0.51 - 2.12)	.890
เคยมีประสบการณ์ไม่ดีกับผู้ป่วย	1.70 (0.85 - 3.39)	.128	1.55 (0.70 - 3.40)	.273

* เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สถานสงเคราะห์ หรือเจ้าหน้าที่ศูนย์เฝ้าระวัง

หายจากโรคโควิด 19 ในปี พ.ศ. 2565 โดยใช้แบบประเมิน Thai hospital anxiety and depression scale (Thai HADS) ที่พบความชุกภาวะซึมเศร้าร้อยละ 14.6²¹ และเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่าความชุกภาวะซึมเศร้าค่อนข้างแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ โดยอยู่ระหว่างร้อยละ 5.9 - 40^{8,9,11-14,16} เป็นที่น่าสังเกตว่าการพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชแตกต่างกันขึ้นอยู่กับวิธีการประเมินและเกณฑ์การพิจารณาภาวะซึมเศร้า พื้นที่ศึกษา และประเภทและความรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเวช ทั้งนี้การศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังหรือมีอาการรุนแรง ขณะที่การศึกษานี้ได้ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอกซึ่งมักมีอาการไม่รุนแรง

การศึกษานี้พิจารณาเลือกปัจจัยที่นำมาทดสอบความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าจากการทบทวนวรรณกรรม

ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่า ปัจจัยด้านสถานภาพหย่าร้าง/แยกกันอยู่สอดคล้องกับการวิจัยของ Kulvechakit และคณะ²² อาจเนื่องจากผู้ที่เผชิญการหย่าร้างประสบปัญหาทางจิตใจ รู้สึกโกรธ ต่ำหนืดตนเอง รู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกสูญเสีย มีความมั่นใจในตนเองลดลง และต้องการความช่วยเหลือเพิ่มขึ้น²³ ปัจจัยด้านรายได้ครอบครัวที่ไม่เพียงพอสอดคล้องกับการศึกษาของ Pumchan¹ และการศึกษาของ Rahmani และคณะ⁶ ซึ่งศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าปัญหาด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและส่งผลให้พบความชุกภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ปัจจัยด้านระดับการศึกษาที่ต่ำของผู้ดูแลสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาหลายเรื่อง โดยระดับการศึกษาแปรผันตรงกับระดับความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าตามมา^{6,11,14} สำหรับกลุ่มอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัวและกลุ่มอาชีพรับราชการที่มี

ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้²⁴⁻²⁶ อาจเนื่องมาจากกลุ่มอาชีพดังกล่าวมักมีภาระหน้าที่และความรับผิดชอบสูง อีกทั้งต้องเผชิญแรงกดดันจากความท้าทายและความคาดหวังในการทำงาน ส่งผลให้มีโอกาสเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าสูง นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มผู้ดูแลที่อายุ 21 - 60 ปีมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มอายุ 18 - 20 ปี สอดคล้องกับการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในต่างประเทศที่พบร้อยละ 7²⁷ และในประเทศไทยที่พบร้อยละ 11²⁸ ซึ่งสูงกว่าความชุกในประชากรทั่วไป สามารถอธิบายจากการที่กลุ่มวัยรุ่นมีทักษะด้านการควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมและการจัดการกับปัญหาค่อนข้างจำกัด²⁹

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่พบว่าการมีประสบการณ์ไม่ดีเกี่ยวกับผู้ป่วยและระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว^{3,9,11,12,16} สามารถอธิบายจากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ในการศึกษานี้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยตั้งนั้นถึงแม้ว่าผู้ดูแลอาจเคยมีประสบการณ์ไม่ดีกับผู้ป่วยหรือต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน แต่การมีส่วนร่วมแบ่งเบาภาระการดูแลผู้ป่วยอาจสามารถลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chai และคณะ³⁰ ที่พบว่าการขาดความช่วยเหลือจากภายนอกมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

การศึกษานี้มีข้อจำกัดดังนี้ ตัวแปรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในบางตัว เช่น ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ มีช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ที่ค่อนข้างกว้าง จึงอาจไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์ได้อย่างแม่นยำ การศึกษานี้ไม่ได้แยกการวินิจฉัยโรคหรือกลุ่มโรคเนื่องจากต้องการศึกษาภาพรวมของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในทุกการวินิจฉัย จึงไม่สามารถเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มโรคจิตเวชได้และผลการศึกษอาจไม่จำเพาะกับผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคใดโรคหนึ่ง การศึกษานี้ไม่ได้สอบถามถึงคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจ

เป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้ดูแล และเนื่องจากการศึกษานี้ได้ศึกษาเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มาใช้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดชายแดนใต้ การนำผลการศึกษาไปใช้จึงควรมีการพิจารณาถึงบริบทที่แตกต่างกันไป

สรุป

ความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลปัตตานีอยู่ที่ร้อยละ 16.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ (18 - 20 ปี) สถานภาพ (หย่าร้าง/แยกกันอยู่) ระดับการศึกษา (ประถมศึกษาและมัธยมศึกษา) อาชีพ (ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวและรับราชการ) และสถานะทางเศรษฐกิจในครอบครัว (รายได้ครอบครัวไม่เพียงพอ)

เอกสารอ้างอิง

1. Phoomchan N. The study of schizophrenic patients' and their relatives' quality of life: a case-study of Day Hospital's patients, Somdetchaopraya Institute of Psychiatry. Journal of Mental Health of Thailand. 2005;13(3):146-56.
2. Sukmak V, Chaorathirun U, Srichunla A. Strategies used by caregivers in managing psychiatric patients at home. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2001;46(2):107-17.
3. Shamsaei F, Cheraghi F, Bashirian S. Burden on family caregivers caring for patients with schizophrenia. Iran J Psychiatry. 2015;10(4):239-45.
4. Cham CQ, Ibrahim N, Siau CS, Kalaman CR, Ho MC, Yahya AN, et al. Caregiver burden among caregivers of patients with mental illness: a systematic review and meta-analysis. healthcare (Basel). 2022;10(12):2423. doi:10.3390/healthcare10122423.
5. Walke SC, Chandrasekaran V, Mayya SS. Caregiver burden among caregivers of mentally ill individuals and their coping mechanisms. J Neurosci Rural Pract. 2018;9(2):180-5. doi:10.4103/jnpr.jnpr_312_17.

6. Rahmani F, Roshangar F, Gholizadeh L, Asghari E. Caregiver burden and the associated factors in the family caregivers of patients with schizophrenia. *Nurs Open*. 2022;9(4):1995-2002. doi:10.1002/nop2.1205.
7. Souza ALR, Guimarães RA, de Araújo Vilela D, de Assis RM, de Almeida Cavalcante Oliveira LM, Souza MR, et al. Factors associated with the burden of family caregivers of patients with mental disorders: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):353. doi:10.1186/s12888-017-1501-1.
8. Lespine LF, Bohec AL, Dorey JM, Berbey CD, Lourioux C, D'amato T, et al. Caregiving-related experiences associated with depression severity and its symptomatology among caregivers of individuals with a severe mental disorder: an online cross-sectional study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2023;273(4):887-900. doi:10.1007/s00406-022-01451-3.
9. Phitsanu W, Charernboon T. Depression and caregiver burden among caregivers of patients with schizophrenia at Thammasat University Hospital. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2019;64(4):317-36.
10. Sangsirirat S. Burden among caregivers of schizophrenia patient. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals*. 2016;31(3):139-48.
11. Thaneerat T, Panitangkool Y, Doungyota T, Doungyota U, Kimsao P. Prevalence of depression, anxiety, and associated factors in caregivers of geriatric psychiatric patients. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2016;61(4):319-30.
12. Wachirapakorn P. Depression in primary caregivers of schizophrenia patients in Sichomphu District, KhonKaen Province. *Journal of Health and Environmental Education*. 2021;6(2):73-82.
13. Thunyadee C, Sitthimongkol Y, Sangon S, Chai-Aroon T, Hegadoren KM. Predictors of depressive symptoms and physical health in caregivers of individuals with schizophrenia. *Nurs Health Sci*. 2015;17(4):412-9. doi:10.1111/nhs.12205.
14. Magaña SM, Ramírez García JI, Hernández MG, Cortez R. Psychological distress among latino family caregivers of adults with schizophrenia: the roles of burden and stigma. *Psychiatr Serv*. 2007;58(3):378-84. doi:10.1176/ps.2007.58.3.378.
15. Rodrigo C, Fernando T, Rajapakse S, De Silva V, Hanwella R. Caregiver strain and symptoms of depression among principal caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder in Sri Lanka. *Int J Ment Health Syst*. 2013;7(2):1-5.
16. El-Tantawy AMA, Mohamed Raya Y, Zaki AMK. Depressive disorders among caregivers of schizophrenic patients in relation to burden of care and perceived stigma. *Curr Psychiatr*. 2010;17(3):15-25.
17. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Tanaree A, Kwansanit P, Assanangkornchai S. Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2017;25(1):1-19.
18. Cochran WG. Sampling techniques. New York: John Wiley; 1953.
19. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*. 2008;8:46. doi:10.1186/1471-244X-8-46.
20. Suraaroonsamrit B, Arunpongpaia S. Reliability and validity testing of the Thai version of Kessler 6-item psychological distress questionnaire. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2014;59(3):299-312.
21. Norphun N, Lertkiatratthata M, Katekaew M. Prevalence and associated factors of mental health problems among COVID-19 patients in 4 southern border provinces of Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2023;31(1):12-21.
22. Kulvechait A, Rod-ong D, Supataraniyapong J, Mahaton S. Mental health of psychiatric patients' families in Srinagarind Hospital. *Srinagarind Medical Journal*. 1997;12(1):24-29.
23. Matthews LS, Wickrama KAS, Conger RD. Predicting marital instability from spouse and observer reports of marital interaction. *J Marriage Fam*. 1996;58(4):641-55. doi:10.2307/353725.

24. Canadian Mental Health Association. New study finds 62% of business owners feel depressed at least once a week [Internet]. Toronto: Business Development Bank of Canada; 2019 [cited 2023 Dec 22]. Available from: <https://www.biospace.com/article/releases/new-study-finds-62-percent-of-business-owners-feel-depressed-at-least-once-a-week/>.
25. Cubbon L, Darga K, Wisnesky U, Dennette L, Guptill C. Depression among entrepreneurs: a scoping review. *Small Bus Econ.* 2021;57(1):781-805. doi:10.1007/s11187-020-00382-4.
26. Thongsri P, Chiangkhong A, Sumalrot T. A causal model of factors affecting depression in traffic police of the metropolitan police bureau. *Journal of Public Health Nursing.* 2018;32(1):59-76.
27. Jacobs RH, Reinecke MA, Gollan JK, Kane P. Empirical evidence of cognitive vulnerability for depression among children and adolescents: a cognitive science and developmental perspective. *Clin Psychol Rev.* 2008;28(5):759-82. doi:10.1016/j.cpr.2007.10.006.
28. Tuklang S, Thongtang O, Satra T, Phattharayuttawat S. Factors influencing depression among early adolescents in extended educational opportunity school of Samutsakhon province. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand.* 2012;57(3):283-94.
29. Singthong R. The relationships among coping behavior, life satisfaction, social support and depression of junior high school students in opportunity expansion schools, District of Muang, Surat Thani Province [dissertation]. Nakhonpathom: Silpakorn University; 2002.
30. Chai YC, Mahadevan R, Chong GN, Chan LF, Md Dai F. Caregiver depression: the contributing role of depression in patients, stigma, social support and religiosity. *Int J Soc Psychiatry.* 2018;64(6):578-88. doi:10.1177/0020764018792585.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในช่วงการแพร่ระบาดของ ของโรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 - 2566

วันรับ : 11 มกราคม 2567

วันแก้ไข : 23 มีนาคม 2567

วันตอบรับ : 25 มีนาคม 2567

วรวรรณ จุฑา, กศ.ม., กมลลักษณ์ มากคล้าย, ส.บ.

สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2566

วิธีการ : การศึกษาแบบตัดขวาง ใช้ข้อมูลการสำรวจการรับรู้และปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่สำรวจต่อเนื่อง 24 ครั้งตามระลอกการระบาดของโรค 4 ระยะ เก็บข้อมูลในคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้จากการสุ่มหลายขั้นตอน ใช้แบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ปัญหาทางกายจิตสังคมจากการแพร่ระบาด แบบวัดความเครียดด้วย ST-5 และแบบทดสอบภาวะซึมเศร้าด้วย PHQ-9 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอความชุกด้วยร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับปัญหาสุขภาพจิตด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี

ผล : กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60,294 คน พบความชุกความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองสูงสุดในการระบาดระลอกที่ 3 (ร้อยละ 5.0, 10.8 และ 1.7 ตามลำดับ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ การระบาดระลอกที่ 2 - 4 เพศหญิง อายุ 18 - 40 ปี ว่างงาน การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย โรคจิตเวช และโควิด 19 ประวัติดื่มสุรา ประวัติใช้สารเสพติด มีปัญหาการเงิน ปัญหาการเรียน ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน คนที่ทำงาน และครอบครัว และปัญหาการดำรงชีวิต

สรุป : ความชุกปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยสูงขึ้นตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่รุนแรงขึ้น ผู้ที่มีประวัติโรคทางกายและโรคทางจิตเวช รวมถึงปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในช่วงการแพร่ระบาดของโรค

คำสำคัญ : ความชุก, ปัญหาสุขภาพจิต, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19)

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

Original article

Related factors of mental health problems during COVID-19 pandemic in Thailand, 2020 - 2023

Received : 11 January 2024

Revised : 23 March 2024

Accepted : 25 March 2024

Worawan Chutha, M.Ed., Kamonluck Makkhlai, B.P.H.,

Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health

Abstract

Objective: To identify related factors of mental health problems in the Thai population during the COVID-19 pandemic in Thailand, 2020 - 2023.

Methods: This cross-sectional study used data from the survey of perceptions and mental health problems of the Thai population during the COVID-19 pandemic. The survey consisted of 24 phases conducted nationwide throughout four waves of the pandemic. Participants were Thai adults aged 18 years and older selected by using a multistage sampling method. Online self-administered questionnaires included sociodemographics, biopsychosocial challenges related to the pandemic, the Srithanya stress test (ST-5), and the patient health questionnaire (PHQ-9). The relationship between covariates and mental health problems were analyzed by using binary logistic regression.

Results: The prevalence of stress, depression, and suicidal thoughts among participants (n = 60,294) were highest in the third wave of the pandemic (5.0%, 10.8%, and 1.7%, respectively). Mental health problems were significantly associated with the second to fourth waves of the pandemic, being female, ages of 18 - 40 years, being unemployed, chronic physical disease, prior mental disorders, prior COVID-19 infection, alcohol use, drug use, and problems related to financial circumstance, academic/working adjustment, relationships (with friends, colleagues, and family), and daily living.

Conclusion: The prevalence of mental health problems among Thai people increase as the pandemic situation intensifies. Individuals with prior health and mental health issues as well as socioeconomic challenges are at risk of mental health problems during the pandemic.

Keywords: COVID-19, mental health problems, prevalence

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

ความรู้เดิม : เหตุการณ์วิกฤตส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม รวมทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคคล การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ระหว่าง พ.ศ. 2563 - 2566 พบคนไทยมีปัญหาสุขภาพจิตสูงขึ้น ปัญหาที่พบได้บ่อย ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

ความรู้ใหม่ : ความชุกปัญหาสุขภาพจิตในคนไทยสูงที่สุดในการระบาดของโรคระบาดที่ 3 (1 เม.ย. - 31 ธ.ค. 2564) โดยพบความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองร้อยละ 5.0, 10.8, และ 1.7 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ การระบาดระลอก 2 - 4 เพศหญิง อายุ 18 - 40 ปี ว่างาน การเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคทางกายและจิตเวช ประวัติดื่มสุราและใช้สารเสพติด และปัญหาด้านเศรษฐกิจ ครอบครัว และสังคม

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การสร้างความรู้ความเข้าใจ และค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตระหว่างการแพร่ระบาดของโรค เพื่อส่งเสริมให้คนไทยสามารถปรับตัวในวิถีชีวิตใหม่และลดความรุนแรงและผลกระทบระยะยาวของปัญหาสุขภาพจิต

บทนำ

ประเทศไทยและทั่วโลกต้องเผชิญกับวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2563 สถานการณ์ของโรคอุบัติใหม่นี้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและเป็นพลวัต มีผู้คนเจ็บป่วยและตายเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะในช่วงที่มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและรุนแรงในประเทศไทยซึ่งพบผู้ติดเชื้อจำนวนมากจนเกิดภาวะผู้ป่วยตกค้างอยู่ที่บ้านและไม่สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลได้ทันเวลา การแพร่ระบาดของโรคที่ยาวนานส่งผลกระทบต่อประชาชนทุกกลุ่มวัย¹⁻³ เกิดการสะสมของปัญหาทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม เช่น การขาดรายได้ ความไม่สะดวกในการดำรงชีวิต การต้องปรับตัวในการเรียนและทำงาน และข้อจำกัดในการเข้าถึงการรักษา ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและ

ความเป็นอยู่ที่ดีของผู้คนทั้งทางตรงและทางอ้อม^{4,5} พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 6.32 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2561 เป็น 7.37 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นปีที่เริ่มพบการระบาดของโรคโควิด 19⁶ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องตามระยะเวลาการระบาดของโรค⁷

การสำรวจความเครียดและความวิตกกังวลของบุคลากรสาธารณสุขประเทศอิตาลีช่วงเดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2563 พบว่ามีความเครียดร้อยละ 17.3 โดยหญิงมีความเครียดมากกว่าชาย⁸ การศึกษาในกลุ่มลูกจ้างในประเทศสเปนเมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 พบว่าร้อยละ 19.6 และร้อยละ 33.9 ตกลงและขาดรายได้จากการเกิดโรคระบาดครั้งนี้โดยการขาดรายได้เพิ่มความเสี่ยงเกิดภาวะซึมเศร้าและอาการตื่นตระหนก⁹ นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมการระบาดของโรคโควิด 19 และสุขภาพจิตพบความชุกอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าร้อยละ 16 - 28 และความเครียดร้อยละ 8.0 ประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ผู้ติดเชื้อและครอบครัว ผู้ที่มีอาการป่วยทางกายหรือจิตเวช และบุคลากรทางการแพทย์^{10,11} สำหรับการสำรวจในคนไทยกลุ่มต่าง ๆ พบว่า ในช่วงแรกของการระบาดคนไทยมีความเครียดร้อยละ 0.9 - 14.5 และภาวะซึมเศร้าร้อยละ 1.5 - 16.8^{3,12,13} ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ผู้มีประวัติเสี่ยงติดเชื้อและญาติ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตในบุคลากรทางการแพทย์และประชากรทั่วไปใกล้เคียงกัน โดยความเครียดในบุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับอายุ สถานภาพสมรส อายุการทำงาน สถานที่ปฏิบัติงาน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว และลักษณะที่อยู่อาศัย¹⁴ ส่วนปัญหาสุขภาพจิตในประชากรทั่วไปมีความสัมพันธ์กับอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาที่พักอาศัย¹⁵ ทั้งนี้การศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการสำรวจเฉพาะในช่วงเวลาและพื้นที่หนึ่งเท่านั้น อีกทั้งยังใช้เครื่องมือประเมินที่แตกต่างกัน จึงไม่สามารถแสดงภาพรวมของปัญหาสุขภาพจิตตลอดระยะเวลาที่มีการระบาดได้

กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในช่วงเหตุการณ์วิกฤตต่าง ๆ ของประเทศมาอย่างต่อเนื่อง เช่น วิกฤตเศรษฐกิจ ความไม่สงบทางการเมือง ความไม่สงบในชายแดนใต้ และปัญหามลพิษทางอากาศ โดยในวิกฤตการแพร่ระบาดใหญ่ของโรคโควิด 19 นี้มีการสำรวจออนไลน์ในคนไทยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปทั่วประเทศระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2566 รวม 24 ครั้ง ที่ใช้เครื่องมือสำรวจชุดเดียวกัน ทำให้สามารถเปรียบเทียบความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในช่วงเวลาและพื้นที่ต่าง ๆ ได้ พบว่า ความชุก ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองในคนไทยเฉลี่ยตลอดการแพร่ระบาดประมาณร้อยละ 3.7, 8.2 และ 1.3 ตามลำดับ โดยความชุกแต่ละช่วงเวลามีแนวโน้มสอดคล้องกับระดับความรุนแรงของการแพร่ระบาดและความเข้มข้นของมาตรการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดในช่วงนั้น ๆ ภาพรวมแนวโน้มความชุกในเขตสุขภาพทั้ง 13 เขตเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยทุกเขตสุขภาพมีความชุกสูงสุดในการระบาดระลอกที่ 3 (เมษายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2564) และพบความชุก ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองสูงสุดในกลุ่มอายุ 18 - 24 ปี และผู้ที่ว่างงาน¹⁶ ทั้งนี้ การศึกษาดังกล่าวเป็นการรายงานระบาดวิทยาเชิงพรรณนาเท่านั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2566 เพื่อเป็นองค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในวางแผนและเตรียมพร้อมสำหรับการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยเมื่อเกิดวิกฤตที่ใกล้เคียงกันในประเทศ

วิธีการ

การศึกษาแบบภาคตัดขวาง ใช้ข้อมูลจากการสำรวจการรับรู้และปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ดำเนินการ 24 ครั้ง ระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2566 ในคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป ใช้การสุ่มหลายขั้นตอนโดยจัดกลุ่มจังหวัดเป็น 13 เขตสุขภาพ แล้วสุ่ม 1 - 2 จังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพ แต่ละจังหวัดสุ่ม 1 - 2 อำเภอ/เขต (กทม.) แต่ละอำเภอ/เขต สุ่ม 1 - 2 ตำบล/

แขวง (กทม.) แต่ละตำบล/แขวง สุ่ม 1 - 2 หมู่บ้านหรือชุมชนชั้นสุดท้าย สุ่มตัวอย่างที่เป็นคนไทยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในหมู่บ้านหรือชุมชนเป้าหมายอย่างน้อย 3 เดือน เก็บข้อมูลตัวอย่าง 3 กลุ่มอายุตามสัดส่วนประชากรไทยแต่ละกลุ่มอายุ ได้แก่ 18 - 24 ปี 25 - 59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป อ้างอิงจากข้อมูลทะเบียนราษฎร์ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย โดยการสำรวจแต่ละครั้งตัวอย่างทุกคนได้รับโอกาสการถูกเลือก ดังนั้น อาจเป็นตัวอย่างคนเดียวกันหรือคนละคนของการสำรวจแต่ละครั้งก็ได้ (sampling with replacement) รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากการสำรวจทั้ง 24 ครั้ง ทั้งหมด 60,294 คน ทั้งนี้ การสำรวจฯ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เอกสารรับรองเลขที่ DMH.IRB.CO.A 010/2563 ลงวันที่ 23 มีนาคม 2563

การศึกษานี้แบ่งการสำรวจตามสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 เป็น 4 ระยะ ดังนี้ ระลอกที่ 1 ระหว่างวันที่ 31 มกราคม ถึง 14 ธันวาคม พ.ศ. 2563 (ตรงกับ การสำรวจครั้งที่ 1 - 15) ระลอกที่ 2 ระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2564 (ตรงกับ การสำรวจครั้งที่ 16 - 17) ระลอกที่ 3 ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 (ตรงกับ การสำรวจครั้งที่ 18 - 20) ส่วนระลอกที่ 4 ซึ่งเป็นระยะการเปลี่ยนผ่านสู่โรคประจำถิ่น แบ่งการรายงานเป็น 2 ช่วงตามจำนวนคาดการณ์ผู้ติดเชื้อ ได้แก่ ช่วงเปลี่ยนผ่านสู่โรคประจำถิ่น ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2565 (ตรงกับ การสำรวจครั้งที่ 21 - 22) และช่วงสู่โรคประจำถิ่นหรือโรคติดต่อทั่วไปหรือหลังการระบาดใหญ่ ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 เป็นต้นไป (ตรงกับ การสำรวจครั้งที่ 23 - 24) โดยรายละเอียดของขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างและการประเมินปัญหาสุขภาพจิตในการสำรวจแต่ละระยะได้รายงานไว้ในการศึกษาก่อนหน้านี้¹⁶

เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจ

1) แบบวัดความเครียดศรีธัญญา (Srithanya stress test: ST-5)¹⁷ เป็นแบบวัดความเครียดด้วยตนเอง มี 5 ข้อคำถาม คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าตามความถี่ของอาการ ตั้งแต่ แทบไม่มี (0 คะแนน) จนถึง เป็นประจำ

(3 คะแนน) การแปลผลคะแนนรวมแบ่งความเครียดเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เครียดหรือเครียดเล็กน้อย (0 - 4 คะแนน) เครียดปานกลาง (5 - 7 คะแนน) เครียดมาก (8 - 9 คะแนน) และเครียดมากที่สุด (10 - 15 คะแนน) การศึกษานี้กำหนดให้ ST-5 ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความเครียด แบบวัดผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.82 ค่าความสัมพันธ์กับแบบวัดความเครียดของสวนปรุง (SST-20) และแบบวัด hospital anxiety depression ทั้งด้านความวิตกกังวลและซึมเศร้า วัดโดย Pearson's correlation coefficient เท่ากับ 0.79, 0.58 และ 0.59 ตามลำดับ¹⁷

2) แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า (patient health questionnaire: PHQ-9)¹⁸ เป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในขั้นต้น มี 9 ข้อคำถาม คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าตามความถี่ของอาการ ตั้งแต่ ไม่เลย (0 คะแนน) จนถึงมีเกือบทุกวัน (3 คะแนน) การแปลผลคะแนนรวมแบ่งภาวะซึมเศร้าเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือมีเพียงเล็กน้อย (0 - 4 คะแนน) มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (5 - 8 คะแนน) มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง (9 - 14 คะแนน) มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงค่อนข้างมาก (15 - 19 คะแนน) และมีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงมาก (20 - 27 คะแนน) การศึกษานี้กำหนดให้ PHQ-9 ตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไปถือว่าภาวะซึมเศร้า แบบประเมินผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.79 ความไว 0.84 ความจำเพาะ 0.77 และค่า positive likelihood ratio เท่ากับ 3.71¹⁸

3) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและผลกระทบจากการแพร่ระบาด พัฒนาโดยคณะผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมแบ่งเป็น ข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ อายุ และอาชีพ) ข้อมูลด้านสุขภาพ (การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช เช่น โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า และความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด การติดเชื้อโควิด 19 การดื่มสุรา และการใช้สารเสพติด) และปัญหาเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัว (ปัญหา

การเงิน เช่น การเงินไม่พอใช้ การมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และการมีหนี้สิน ปัญหาการเรียน เช่น การเรียนออนไลน์ เรียนไม่ทัน และเรียนไม่รู้เรื่อง ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน คนในที่ทำงาน และคนในครอบครัว เช่น การไม่ช่วยเหลือกัน การซุบซิบนินทา การทะเลาะเบาะแว้ง การเจ็บแค้นต่อกัน การทำร้ายร่างกาย และปัญหาสุขภาพคนในครอบครัว และปัญหาการดำรงชีวิต เช่น การเดินทางไม่สะดวกและการต้องระงับการติดเชื้อ) แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน มีค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือทั้งหมดเป็นแบบสอบถามออนไลน์ Google form เข้าถึงด้วย QR code โดยแบบสอบถามมีคำชี้แจงและตัวเลือกการแสดงความยินยอมให้ข้อมูลของตัวอย่าง กรณีที่ตัวอย่างยินยอมตอบแบบสอบถามระบบจะนำเข้าสู่การถาม-ตอบ กรณีที่ตัวอย่างไม่ยินยอมระบบจะนำเข้าสู่การยุติการตอบแบบสอบถาม เก็บข้อมูลโดยสหวิชาชีพที่รับผิดชอบในพื้นที่เป้าหมายซึ่งได้รับการชี้แจงแนวทางการเก็บข้อมูลการสำรวจ ในรูปแบบออนไลน์ โดยผู้เก็บข้อมูลภาคสนามเป็นผู้สุ่มเลือกหมู่บ้าน/ชุมชนและสุ่มเลือกตัวอย่างตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจงความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการสำรวจ แผนการนำผลสำรวจไปใช้ ลักษณะแบบสอบถามออนไลน์ การรักษาความลับ และการยินยอมด้วยความสมัครใจที่บ้านของตัวอย่าง สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านที่ผู้เก็บข้อมูลปฏิบัติงาน หรือศาลา/สถานที่สาธารณะที่ใช้ร่วมกันในหมู่บ้าน/ชุมชน หลังจากนั้นจึงส่ง QR code แบบสอบถามออนไลน์ให้ตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอค่าความชุกเป็นร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ และระยะการระบาดกับปัญหาสุขภาพจิตด้วยสถิติ binary logistic regression นำเสนอเป็นค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (odds ratio: OR และ adjusted odds ratio: AOR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผล

พบความชุกความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองของคนไทยสูงสุดในการระบาดระลอกที่ 3 ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 (ร้อยละ 5.0, 10.8 และ 1.7 ตามลำดับ) ต่ำสุดในระลอกที่ 1 ระหว่างวันที่ 31 มกราคม - 14 ธันวาคม พ.ศ. 2563 (ร้อยละ 2.7, 4.9 และ 0.7 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเกิดความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีดังนี้ ปัจจัยระยะการระบาดของโรค ได้แก่ ระลอกที่ 2 (AOR = 1.32, 95% CI = 1.13 - 1.55) ระลอกที่ 3 (AOR = 1.76, 95% CI = 1.55 - 1.99) ระลอกที่ 4 ช่วงที่ 1 (AOR = 1.63, 95% CI = 1.39 - 1.90) และระลอกที่ 4 ช่วงที่ 2 (AOR = 1.89, 95% CI = 1.61 - 2.22) ปัจจัยบุคคล ได้แก่ เพศหญิง (AOR = 1.35, 95% CI = 1.22 - 1.50) อายุ 18 - 24 ปี (AOR = 1.49, 95% CI = 1.23 - 1.80) อายุ 25 - 40 ปี (AOR = 1.39, 95% CI = 1.19 - 1.61) และการว่างงาน (AOR = 1.49, 95% CI = 1.21 - 1.83) ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย (AOR = 1.23,

95% CI = 1.08 - 1.40) ประวัติโรคจิตเวช (AOR = 2.90, 95% CI = 2.12 - 3.97) ประวัติโรคโควิด 19 (AOR = 1.37, 95% CI = 1.04 - 1.82) ประวัติดื่มสุรา (AOR = 1.39, 95% CI = 1.23 - 1.57) และประวัติใช้สารเสพติด (AOR = 1.76, 95% CI = 1.24 - 2.49) ส่วนปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ครอบครัว และสังคม ได้แก่ ปัญหาการเงิน (AOR = 1.71, 95% CI = 1.55 - 1.88) ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนและที่ทำงาน (AOR = 1.88, 95% CI = 1.24 - 2.86) ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว (AOR = 2.20, 95% CI = 1.95 - 2.49) และปัญหาในการดำรงชีวิต (AOR = 1.35, 95% CI = 1.16 - 1.56) ทั้งนี้ ปัจจัยที่ลดโอกาสเกิดความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาชีพเกษตรกร (AOR = 0.75, 95% CI = 0.63 - 0.90) ดังตารางที่ 2

ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีดังนี้ ปัจจัยระยะการระบาดของโรค ได้แก่ ระลอกที่ 2 (AOR = 1.38, 95% CI = 1.20 - 1.58) ระลอกที่ 3 (AOR = 2.32, 95% CI = 2.10 - 2.55) ระลอกที่ 4 ช่วงที่ 1 (AOR = 2.51, 95% CI = 2.24 - 2.81) และระลอกที่ 4 ช่วงที่ 2

ตารางที่ 1 ความชุกความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองตามระลอกการระบาดของโรคโควิด 19

ระลอกการระบาด	จำนวนตัวอย่าง (คน)		จำนวน (ร้อยละ) ตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพจิต		
	ความเครียด	ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเอง	ความเครียด	ภาวะซึมเศร้า	ความคิด ทำร้ายตนเอง
ระลอกที่ 1 :					
31 ม.ค. 2563 - 14 ธ.ค. 2563	14,897	13,132	397 (2.7)	648 (4.9)	96 (0.7)
ระลอกที่ 2 :					
15 ธ.ค. 2563 - 31 มี.ค. 2564	9,374	6,269	296 (3.2)	391 (6.2)	96 (1.5)
ระลอกที่ 3 :					
1 เม.ย. 2564 - 31 ธ.ค. 2564	16,504	16,504	832 (5.0)	1,790 (10.8)	286 (1.7)
ระลอกที่ 4 : ช่วงเปลี่ยนผ่านสู่โรคประจำถิ่น					
1 ม.ค. 2565 - 30 มิ.ย. 2565	9,712	9,712	343 (3.5)	861 (8.9)	137 (1.4)
ระลอกที่ 4 : ช่วงสู่โรคประจำถิ่นหรือโรคติดต่อทั่วไป					
ตั้งแต่ 1 ก.ค. 2565 เป็นต้นไป	9,807	9,807	343 (3.5)	797 (8.1)	87 (0.9)
รวม	60,294	55,424	2,211 (3.7)	4,487 (8.1)	702 (1.3)

หมายเหตุ : 1. สำนวความเครียดด้วย ST-5 ทำการสำรวทุกครั้งของระลอกการระบาดที่ 1 - 4 (24 ครั้ง)

2. สำนวภาวะซึมเศร้าและความคิดทำร้ายตนเองด้วย PHQ-9 โดยการระบาดระลอกที่ 1 ไม่ได้สำรวในเดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2563 (ครั้งที่ 1 - 3) และการระบาดระลอกที่ 2 เดือนมกราคม พ.ศ. 2564 (ครั้งที่ 16)

(AOR = 2.46, 95% CI = 2.19 - 2.77) ปัจจัยบุคคล ได้แก่ เพศหญิง (AOR = 1.17, 95% CI = 1.09 - 1.26) อายุ 18 - 24 ปี (AOR = 1.29, 95% CI = 1.12 - 1.47) อายุ 25 - 40 ปี (AOR = 1.18, 95% CI = 1.06 - 1.31) และการว่างงาน (AOR = 1.59, 95% CI = 1.37 - 1.85) ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย (AOR = 1.18, 95% CI = 1.08 - 1.29) ประวัติโรคจิตเวช (AOR = 2.76, 95% CI = 2.15 - 3.56) ประวัติโรคโควิด 19 (AOR = 1.24, 95% CI = 1.02 - 1.51) ประวัติดื่มสุรา (AOR = 1.27, 95% CI = 1.15 - 1.39) และประวัติใช้สารเสพติด (AOR = 1.93, 95% CI = 1.47 - 2.53) ส่วนปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ครอบครัว และสังคม ได้แก่ ปัญหาการเงิน (AOR = 1.59, 95% CI = 1.48 - 1.71) ปัญหาการเรียน (AOR = 1.96, 95% CI = 1.32 - 2.91) ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนและที่ทำงาน (AOR = 1.76, 95% CI = 1.30 - 2.39) และปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว (AOR = 2.46, 95% CI = 2.25 - 2.70) ทั้งนี้ ปัจจัยที่ลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ 41 - 59 ปี (AOR = 0.89, 95% CI = 0.81 - 0.98) ดังตารางที่ 2

ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเกิดความคิดทำร้ายตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีดังนี้ ปัจจัยระยะการระบาดของโรค ได้แก่ ระลอกที่ 2 (AOR = 2.61, 95% CI = 1.94 - 3.52) ระลอกที่ 3 (AOR = 2.40, 95% CI = 1.89 - 3.05) ระลอกที่ 4 ช่วงที่ 1 (AOR = 2.43, 95% CI = 1.83 - 3.21) และระลอกที่ 4 ช่วงที่ 2 (AOR = 1.50, 95% CI = 1.09 - 2.06) ปัจจัยบุคคล ได้แก่ อายุ 18 - 24 ปี (AOR = 1.78, 95% CI = 1.31 - 2.41) อายุ 25 - 40 ปี (AOR = 1.33, 95% CI = 1.03 - 1.71) และการว่างงาน (AOR = 2.23, 95% CI = 1.57 - 3.17) ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย (AOR = 1.33, 95% CI = 1.07 - 1.67) ประวัติโรคจิตเวช (AOR = 4.26, 95% CI = 2.79 - 6.51) ประวัติดื่มสุรา (AOR = 1.29, 95% CI = 1.05 - 1.59) และประวัติใช้สารเสพติด (AOR = 1.82, 95% CI = 1.09 - 3.04) ส่วนปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ครอบครัว และสังคม ได้แก่ ปัญหาการเรียน (AOR = 3.04, 95% CI = 1.44 - 6.42) ปัญหาความสัมพันธ์

กับเพื่อนและที่ทำงาน (AOR = 2.74, 95% CI = 1.39 - 5.41) ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว (AOR = 2.48, 95% CI = 2.01 - 3.06) และปัญหาในการดำรงชีวิต (AOR = 1.38, 95% CI = 1.08 - 1.77) ดังตารางที่ 2

วิจารณ์

การศึกษานี้พบความชุกความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองสูงสุดในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ระลอกที่ 3 (ร้อยละ 5.0, 10.8 และ 1.7 ตามลำดับ) และต่ำสุดในระลอกที่ 1 (ร้อยละ 2.7, 4.9 และ 0.7 ตามลำดับ) ทั้งนี้ เนื่องจากในประเทศไทยสถานการณ์ในการระบาดระลอกที่ 3 มีความรุนแรงสูงสุด โดยยังพบผู้ติดเชื้อรายวันเพิ่มขึ้นในหลายพื้นที่โดยเฉพาะจังหวัดที่พบการแพร่ระบาดเป็นกลุ่มก้อนในสถานบันเทิง แคมป์คนงาน และเรือนจำ อีกทั้งเป็นระยะที่พบการกลายพันธุ์ของเชื้ออย่างต่อเนื่อง ได้แก่ สายพันธุ์แอลฟา เดลตา เบตา และโอไมครอน ซึ่งในการกลายพันธุ์แต่ละครั้งเชื้อสามารถแพร่ได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น ทำให้มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ตกค้างอยู่ที่บ้านและไม่สามารถเข้ารับการรักษายาบาลได้ทันเวลา นอกจากนี้ในช่วงดังกล่าวยังมีการขยายมาตรการควบคุมป้องกันโรคที่เข้มงวดต่อเนื่อง เช่น การจำกัดเวลาเปิดปิดร้านค้า การกำหนดเวลาเคอร์ฟิว การจำกัดการเดินทาง และการส่งเสริมการทำงานและการเรียนที่บ้าน ซึ่งส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตประชาชนอย่างเลี่ยงไม่ได้ ส่วนการระบาดระลอกแรกพบปัญหาสุขภาพจิตต่ำสุดเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยค่อย ๆ เพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ^{1,2,19} ดังนั้น สถานการณ์ที่รุนแรงของโรค ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ของโรค การได้รับข้อมูลที่คลาดเคลื่อน การต้องแยกตัวทางสังคม รวมทั้งข้อจำกัดในการเข้าถึงการรักษา จึงเป็นตัวกระตุ้นที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของคนไทยทั้งทางตรงและทางอ้อม^{4,5,15}

ปัจจัยส่วนบุคคลที่เพิ่มโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิง อายุ 18 - 40 ปี และการว่างงาน สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอิตาลีที่พบว่า บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการผู้ป่วยโรคโควิด 19 หญิงมีโอกาสเกิดความเครียดมากกว่าชาย 2.4 เท่า⁶ อาจเนื่องมาจากความแตกต่างทางสรีรวิทยา การอบรมเลี้ยงดู และความคาดหวังต่อบทบาททางสังคม ที่ส่งผลต่อความอ่อนไหวและ

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 - 2566

ปัจจัย	ความเครียด				ภาวะซึมเศร้า				ความวิตกกังวลตนเอง			
	OR (95% CI)	P	AOR (95% CI)	P	OR (95% CI)	P	AOR (95% CI)	P	OR (95% CI)	P	AOR (95% CI)	P
ระยะการระบาดของโรคในประเทศไทย												
ระลอกที่ 1 (31 ม.ค. 2563 - 14 ธ.ค. 2563)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
ระลอกที่ 2 (15 ธ.ค. 2563 - 31 ม.ค. 2564)	1.19 (1.02 - 1.39)	.025	1.32 (1.13 - 1.55)	< .001	1.28 (1.13-1.46)	< .001	1.38 (1.20 - 1.58)	< .001	2.11 (1.59 - 2.81)	< .001	2.61 (1.94 - 3.52)	< .001
ระลอกที่ 3 (1 เม.ย. 2564 - 31 ธ.ค. 2564)	1.94 (1.72 - 2.19)	< .001	1.76 (1.55 - 1.99)	< .001	2.34 (2.14 - 2.57)	< .001	2.32 (2.10 - 2.55)	< .001	2.39 (1.90 - 3.02)	< .001	2.40 (1.89 - 3.05)	< .001
ระลอกที่ 4 ช่วง 1 (1 ม.ค. 2565 - 30 มิ.ย. 2565)	1.34 (1.15 - 1.55)	< .001	1.63 (1.39 - 1.90)	< .001	1.87 (1.69 - 2.08)	< .001	2.51 (2.24 - 2.81)	< .001	1.94 (1.49 - 2.53)	< .001	2.43 (1.83 - 3.21)	< .001
ระลอกที่ 4 ช่วง 2 (ตั้งแต่ 1 ก.ค. 2565 เป็นต้นไป)	1.32 (1.14 - 1.53)	< .001	1.89 (1.61 - 2.22)	< .001	1.7 (1.53 - 1.90)	< .001	2.46 (2.19 - 2.77)	< .001	1.22 (0.91 - 1.63)	.189	1.50 (1.09 - 2.06)	.013
ปัจจัยส่วนบุคคล												
เพศ												
ชาย	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
หญิง	1.25 (1.14 - 1.38)	< .001	1.35 (1.22 - 1.50)	< .001	1.1 (1.03 - 1.17)	.005	1.17 (1.09 - 1.26)	< .001	0.92 (0.79 - 1.08)		1.03 (0.87 - 1.22)	.725
อายุ (ปี)												
18 - 24 ปี	1.65 (1.44 - 1.89)	< .001	1.49 (1.23 - 1.80)	< .001	1.2 (1.09 - 1.32)	< .001	1.29 (1.12 - 1.47)	< .001	1.63 (1.29 - 2.06)	.325	1.78 (1.31 - 2.41)	.001
25 - 40 ปี	1.49 (1.31 - 1.69)	< .001	1.39 (1.19 - 1.61)	< .001	1.19 (1.09 - 1.30)	< .001	1.18 (1.06 - 1.31)	.002	1.38 (1.12 - 1.71)	< .001	1.33 (1.03 - 1.71)	.031
41 - 59 ปี	1.03 (0.91 - 1.16)	.650	1.03 (0.90 - 1.18)	.659	0.89 (0.82 - 0.97)	.006	0.89 (0.81 - 0.98)	.019	0.84 (0.68 - 1.04)	.003	0.86 (0.68 - 1.09)	.212
60 ปีขึ้นไป	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	.117	1.00	
อาชีพ												
ว่างงาน ตกงาน ถูกเลิกจ้าง ปิดกิจการ	1.76 (1.46 - 2.14)	< .001	1.49 (1.21 - 1.83)	< .001	1.68 (1.47 - 1.93)	< .001	1.59 (1.37 - 1.85)	< .001	2.56 (1.86 - 3.53)	< .001	2.23 (1.57 - 3.17)	< .001
เกษตรกร ทำสวน ทำนา ทำไร่ ประมง	0.75 (0.63 - 0.88)	< .001	0.75 (0.63 - 0.90)	.001	0.88 (0.79 - 0.98)	.024	0.92 (0.82 - 1.04)	.169	0.80 (0.60 - 1.08)	.151	0.89 (0.65 - 1.23)	.482
ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	1.12 (0.95 - 1.32)	.184	1.01 (0.84 - 1.21)	.943	1.06 (0.94 - 1.19)	.368	1.03 (0.90 - 1.17)	.694	1.33 (0.98 - 1.79)	.064	1.34 (0.97 - 1.86)	.075
รับจ้างทั่วไป รับจ้างรายวัน ขับรถสาธารณะ	1.07 (0.90 - 1.26)	.445	0.96 (0.80 - 1.16)	.680	1.00 (0.89 - 1.13)	.938	0.98 (0.86 - 1.12)	.749	1.39 (1.03 - 1.87)	.032	1.34 (0.96 - 1.87)	.082
พนักงานบริษัท รัฐวิสาหกิจ	1.27 (1.04 - 1.55)	.022	1.07 (0.85 - 1.34)	.565	1.03 (0.89 - 1.19)	.719	0.94 (0.80 - 1.11)	.485	1.46 (1.03 - 2.09)	.036	1.29 (0.87 - 1.92)	.207
ข้าราชการ พนักงานราชการ	1.17 (0.99 - 1.38)	.062	1.04 (0.87 - 1.26)	.657	0.95 (0.84 - 1.07)	.404	0.93 (0.81 - 1.06)	.272	1.06 (0.78 - 1.45)	.716	0.98 (0.69 - 1.39)	.917
นักเรียน นักศึกษา	1.52 (1.26 - 1.83)	< .001	1.25 (0.98 - 1.60)	.076	1.06 (0.92 - 1.23)	.395	0.93 (0.77 - 1.12)	.462	1.40 (0.99 - 2.00)	.060	0.90 (0.58 - 1.40)	.633
แม่บ้าน ผู้สูงอายุที่ไม่ทำงานแล้ว	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
ปัจจัยด้านสุขภาพ												
ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย	1.02 (0.91 - 1.14)	.731	1.23 (1.08 - 1.40)	.002	1.10 (1.01 - 1.19)	.020	1.18 (1.08 - 1.29)	< .001	1.08 (0.89 - 1.31)	.463	1.33 (1.07 - 1.67)	.011
ป่วยโรคจิตเวช	3.67 (2.72 - 4.95)	< .001	2.90 (2.12 - 3.97)	< .001	3.43 (2.70 - 4.37)	< .001	2.76 (2.15 - 3.56)	< .001	5.86 (3.91 - 8.78)	< .001	4.26 (2.79 - 6.51)	< .001
ป่วยโรคโควิด 19	1.31 (1.00 - 1.71)	.051	1.37 (1.04 - 1.82)	.027	1.32 (1.09 - 1.59)	< .004	1.24 (1.02 - 1.51)	.032	1.12 (0.69 - 1.81)	.656	1.04 (0.63 - 1.72)	.874
ประวัติดื่มสุรา	1.39 (1.24 - 1.55)	< .001	1.39 (1.23 - 1.57)	< .001	1.25 (1.15 - 1.35)	< .001	1.27 (1.15 - 1.39)	< .001	1.53 (1.27 - 1.84)	< .001	1.29 (1.05 - 1.59)	.016
ประวัติใช้สารเสพติด	2.41 (1.74 - 3.35)	< .001	1.76 (1.24 - 2.49)	.002	2.51 (1.96 - 3.22)	< .001	1.93 (1.47 - 2.53)	< .001	3.48 (2.16 - 5.61)	< .001	1.82 (1.09 - 3.04)	.023

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 - 2566 (ต่อ)

ปัจจัย	ความเครียด			ภาวะซึมเศร้า			ความคิดทำร้ายตนเอง		
	OR (95% CI)	P	AOR (95% CI)	P	OR (95% CI)	AOR (95% CI)	P	OR (95% CI)	P
ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัว									
ปัญหาการเงิน	2.07 (1.9 - 2.25)	< .001	1.71 (1.55 - 1.88)	< .001	1.80 (1.69 - 1.92)	1.59 (1.48 - 1.71)	< .001	1.64 (1.41 - 1.91)	< .001
ปัญหาการเรียน	2.05 (1.19 - 3.54)	.010	1.43 (0.81 - 2.51)	.219	2.25 (1.54 - 3.29)	1.96 (1.32 - 2.91)	.001	3.38 (1.66 - 6.89)	.001
ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนและที่ทำงาน	2.09 (1.41 - 3.10)	< .001	1.88 (1.24 - 2.86)	.003	2.01 (1.50 - 2.68)	1.76 (1.30 - 2.39)	< .001	2.19 (1.17 - 4.13)	.015
ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว	2.95 (2.64 - 3.29)	< .001	2.20 (1.95 - 2.49)	< .001	2.95 (2.72 - 3.19)	2.46 (2.25 - 2.70)	< .001	2.73 (2.26 - 3.29)	< .001
ปัญหาสุขภาพของคนในครอบครัว	1.49 (0.96 - 2.32)	.076	1.13 (0.71 - 1.79)	.612	1.18 (0.84 - 1.66)	0.91 (0.64 - 1.29)	.591	1.63 (0.81 - 3.30)	.173
ปัญหาในการดำรงชีวิต	1.64 (1.42 - 1.88)	< .001	1.35 (1.16 - 1.56)	< .001	1.34 (1.20 - 1.49)	0.99 (0.88 - 1.11)	.895	1.77 (1.40 - 2.24)	< .001

การจัดการทางอารมณ์เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤต อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่พบว่าชายและหญิงมีความแตกต่างกันในโอกาส การเกิดความคิดทำร้ายตนเอง ทั้งนี้ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับสุขภาพจิตอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบริบท ปัจจัยอายุที่ พบว่ากลุ่มอายุ 18 - 40 ปี มีโอกาสการเกิดปัญหาสุขภาพจิต มากกว่ากลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป อาจเนื่องจากช่วงวัยรุ่นตอนปลาย และผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นช่วงเวลาที่บุคคลมีจุดเปลี่ยนทั้งการเรียน การทำงาน และความสัมพันธ์ ซึ่งอาจจะทำให้มีความสับสนและ ความรู้สึกไม่มั่นคงในเรื่องต่าง ๆ^{20,21} จึงอาจเกิดปัญหาสุขภาพจิต ได้ง่ายเมื่อต้องเผชิญปัญหาและอุปสรรคหลากหลายด้าน สำหรับปัจจัยการว่างงานที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต นั้นสอดคล้องกับการศึกษาในคนไทยช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ ปี พ.ศ. 2540 - 2542 ที่พบว่าปัญหาเศรษฐกิจการเงิน สถานภาพการเงิน ในครอบครัวไม่พอใช้ และการว่างงาน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับความเครียด²²⁻²⁴ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสเปน ช่วงการล็อกดาวน์เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่พบว่าผู้ที่ตกงานขาดรายได้มีความเสี่ยงเกิดภาวะซึมเศร้าและ ตื่นตระหนก⁹ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการแพร่ระบาดใหญ่ของ โรคติดเชื้อมีผลกระทบด้านเศรษฐกิจเป็นลูกโซ่ทำให้ประชาชน มีความเครียด วิตกกังวล และเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเพิ่มขึ้น²⁵ สำหรับกรณีวิกฤตโรคระบาดครั้งนี้ พบว่าระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2564 ประเทศไทยมีผู้ว่างงานที่เคยทำงานมาก่อนเพิ่มขึ้น กว่าเท่าตัวจาก 2.1 แสนคนเป็น 4.8 แสนคน³

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย โรคเรื้อรังทาง จิตเวช และโรคโควิด 19 และการมีประวัติดื่มสุราและใช้ สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต สอดคล้องกับ ผลการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าประชากรที่มีความเสี่ยงสูง ต่อปัญหาสุขภาพจิตในช่วงการระบาด ได้แก่ ผู้ป่วยโรคโควิด 19 และครอบครัว บุคคลที่มีอาการป่วยทางร่างกายหรือจิตเวช และบุคลากรทางการแพทย์¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษาในช่วง เริ่มต้นของการแพร่ระบาดที่พบว่าประชากรทั่วไปที่มีความผิดปกติ ทางกายเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต โดยมี อาการซึมเศร้าและวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่นัยสำคัญ¹¹ และยังสอดคล้องกับรายงานจากศูนย์ป้องกันและควบคุมโรค ระดับชาติ กรมสุขภาพจิต ที่พบว่าปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่

การพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช (ร้อยละ 30.2) ประวัติเคยทำร้ายตนเอง (ร้อยละ 30.6) การใช้แอลกอฮอล์ (ร้อยละ 16.2) การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย เรื้อรัง (ร้อยละ 12.9) และการติดสารเสพติด (ร้อยละ 11.1)²⁶ ทั้งนี้ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 กลุ่มผู้สูงอายุที่มี รายได้น้อย กลุ่มแม่และเด็ก และกลุ่มผู้ที่มีโรคเรื้อรังใช้บริการ สุขภาพลดลง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาวของประชากร กลุ่มนี้ได้³

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ครอบครัว และสังคมที่มี ความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ปัญหาการเงิน ปัญหา การเรียน ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน ที่ทำงาน และ ครอบครัว และปัญหาการดำรงชีวิต อธิบายได้ว่า ปัญหาด้าน เศรษฐกิจเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้บุคคลเกิดปัญหาสุขภาพจิต ที่รุนแรง ดังเช่นในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจต้มยำกุ้ง ปี พ.ศ. 2540 - 2541 พบอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยเพิ่มขึ้นกว่า ร้อยละ 20.0²⁷ สอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดลำปางในช่วง การระบาดของโรคโควิด 19 ที่พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ มีรายได้ไม่เพียงพอมีความชุกของการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงถึง ร้อยละ 60.6¹⁴ และการศึกษาในประชาชนจังหวัดเชียงใหม่ที่ พบว่ารายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าใน ช่วงการระบาดของโรคโควิด 19¹⁵ และสอดคล้องกับผลการ ทบทวนวรรณกรรมที่เน้นย้ำถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจจาก โรคโควิด 19 ที่กระทบต่อความเป็นอยู่ที่ดี รวมถึงพฤติกรรม ความกลัวและความตื่นตระหนกที่สูงในประชากรทั่วไป เช่น การกักตุนและสะสมทรัพยากรต่าง ๆ¹⁰ สำหรับปัญหาการเรียน สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาจังหวัดเชียงรายที่ พบว่าสถานที่ที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เอื้อต่อการเรียนและการ เปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตมีความสัมพันธ์กับความเครียดในช่วง ที่มีการปรับรูปแบบการเรียนแบบออนไลน์²⁸ และรายงานจาก สถาบันวิจัยประชากรและสังคมที่พบว่า 3 ใน 5 ของครัวเรือน มีเด็กที่ประสบปัญหาจากการเรียนออนไลน์ในช่วงโควิด 19 มีการถดถอยของการเรียนรู้ หลุดออกจากระบบการศึกษา และ ตกหล่นหรือเข้าไม่ถึงโอกาสการเรียนรู้ที่เหมาะสมตามช่วงวัย โดยเด็กจากครอบครัวยากจนเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด ซึ่งอาจนำไปสู่ความเหลื่อมล้ำเพิ่มขึ้นในอนาคต³ แสดงให้เห็นว่า

โควิด 19 ส่งผลกระทบต่อการเรียนและปัญหาสุขภาพจิตของเด็กไทยทุกระดับชั้นตั้งแต่ปฐมวัยถึงมหาวิทยาลัย สำหรับปัจจัยความสัมพันธ์กับเพื่อน ที่ทำงาน และครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีนที่พบว่า คุณภาพความสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชนที่เปลี่ยนแปลงจากการระบาดของโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาล²⁹

สำหรับปัจจัยที่ลดโอกาสเกิดความเครียด ได้แก่ อาชีพเกษตรกร อธิบายได้ว่า แม้โควิด 19 ส่งผลกระทบต่อทุกอาชีพ รวมทั้งอาชีพเกษตรกร โดยมีข้อสังเกตคือ ภาคเกษตรเป็นจุดเริ่มต้นของปัจจัยพื้นฐานซึ่งเป็นหลักประกันความมั่นคงของชีวิต แต่วิกฤตโควิด 19 ส่งผลให้แรงงานคืบคลาน โดยกลุ่มผู้ที่โดนเลิกจ้างหรือลดชั่วโมงการทำงานได้ตัดสินใจเริ่มต้นชีวิตใหม่ด้วยการทำเกษตร ซึ่งเป็นอาชีพหนึ่งที่เคยช่วยดูดซับผลกระทบทางเศรษฐกิจ³⁰ ส่วนปัจจัยที่ลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุ 41 - 59 ปี หรือผู้ใหญ่ตอนกลาง ซึ่งเป็นวัยที่มีความประสบความสำเร็จและความมั่นคงด้านการงานและเริ่มคิดถึงการสร้างประโยชน์ให้ผู้อื่น เช่น การดูแลใส่ใจความเป็นอยู่ของคนในครอบครัวและการช่วยเหลือสังคม³¹

จุดเด่นของการศึกษานี้ได้แก่ การใช้แผนสมมุติฐานที่กระจายไปทุกเขตสุขภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเป็นตัวแทนระดับประเทศและเขตสุขภาพ และการใช้ข้อมูลจากการสำรวจหลายครั้งต่อเนื่องตั้งแต่ช่วงที่เริ่มมีการแพร่ระบาดจนถึงการเริ่มกลายเป็นโรคประจำถิ่นโดยใช้เครื่องมือประเมินปัญหาสุขภาพจิตชุดเดียวกัน ทำให้สามารถเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตในระดับประชากรระหว่างการระบาดของโรคโควิด 19 ระยะต่าง ๆ ได้ และสามารถนำตัวแปรนี้มาควบคุมในการวิเคราะห์การถดถอย ซึ่งระยะการระบาดของโรคถือเป็นปัจจัยร่วม (covariate) ที่สำคัญของปัญหาสุขภาพจิต ขณะที่การศึกษาอื่น ๆ ที่ผ่านมามีแนวโน้มเป็นการศึกษาแบบตัดขวางเพียงครั้งเดียว ซึ่งความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนอาจขึ้นอยู่กับสถานการณ์การระบาดในช่วงนั้น ๆ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการสำรวจไม่ได้ติดตามในตัวอย่างเดิมต่อเนื่อง จึงไม่สามารถระบุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงปัญหาสุขภาพจิตในช่วงเวลาต่าง ๆ และไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าปัจจัยใดเกิดขึ้นก่อนหรือหลังปัญหาสุขภาพจิต

สรุป

พบความชุกความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองของคนไทยสูงสุดในการระบาดของโรคโควิด 19 ระลอกที่ 3 (1 เมษายน ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564) ซึ่งเป็นช่วงที่สถานการณ์การแพร่ระบาดในประเทศไทยรุนแรงที่สุด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยตลอดการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ระหว่าง ปี พ.ศ. 2563 - 2566 ได้แก่ การระบาดระลอกที่ 2 - 4 เพศหญิง อายุ 18 - 40 ปี การว่างงาน ปัญหาสุขภาพทั้งโรคเรื้อรังทางกาย โรคจิตเวช และโรคโควิด 19 ประวัติดื่มสุราและใช้สารเสพติด ปัญหาการเงิน ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน ที่ทำงาน และครอบครัว และปัญหาในการดำรงชีวิต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสหวิชาชีพจากหน่วยงานในพื้นที่ที่ร่วมดำเนินการสำรวจ

เอกสารอ้างอิง

1. Vongrachit K. Report on taking lessons learned on preparation for the outbreak of Coronavirus disease 2019 (COVID-19) area health January 1, 2020 - July 1, 2022. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health; 2022.
2. Vongrachit K. Endemic approach to COVID-19. Nonthaburi: Strategy and planning division, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health; 2022.
3. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Thai Health 2022: Thai families in the COVID-19 crisis. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University and Thai Health Promotion Foundation (Thai-Health); 2022.
4. Kittirattanapaiboon P, Tailandkha P. Addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 outbreak. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2020.

5. World Health Organization. Mental health and COVID-19: early evidence of the pandemic's impact scientific brief [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2023 May 5]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
6. Chutha W, Makkhlai K. The impact on depression and self-harming thoughts. In: Karnjanapiboonwong A, Matra T, Kamwansanga P, editor. Report on the impact situation from the COVID-19 outbreak on non-communicable diseases and related factors in Thailand, January 2020 to November 2021. Nonthaburi: Division of Non-Communicable Diseases, Department of disease control; 2022.
7. Sukaew T. Policy brief. Impact on 'mental health' under COVID-19 control measures with the problem of suicide that must be watched. Nonthaburi: Health Intervention and Technology Assessment Program; 2022.
8. Saeed BA, Shabila NP, Aziz AJ. Stress and anxiety among physicians during the COVID-19 outbreak in the Iraqi Kurdistan Region: An online survey. *PLoS One*. 2021;16(6):e0253903. doi:10.1371/journal.pone.0253903.
9. de Miquel C, Domènech-Abella J, Felez-Nobrega M, Cristóbal-Narváez P, Mortier P, Vilagut G, et al. The Mental Health of Employees with Job Loss and Income Loss during the COVID-19 Pandemic: The Mediating Role of Perceived Financial Stress. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(6):3158. doi:10.3390/ijerph19063158.
10. Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian J Psychiatr*. 2020;52:102066. doi:10.1016/j.ajp.2020.102066.
11. Witteveen AB, Young SY, Cuijpers P, Ayuso-Mateos JL, Barbui C, Bertolini F, et al. COVID-19 and common mental health symptoms in the early phase of the pandemic: An umbrella review of the evidence. *PLoS Med*. 2023;20(4):e1004206. doi:10.1371/journal.pmed.1004206.
12. Ruksee N, Donjdee K, Songsiri N, Deesawas W, Janjaroen S, Yupu A. A study of the stress, anxiety and family relationships among Thai people after the Covid-19 pandemic in the early stages. *Quality of Life and Law Journal*. 2021;17(1):94-108.
13. Wijitraphan T. Prevalence and factors associated with stress and depression in COVID-19 pandemic among residents of Tung Seaw primacy care clinic, Sanpathong district, Chiang Mai province. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2021;29(1):12-21.
14. Pitspinkum W. Factors associated with mental health and stress among healthcare personnel responsible for COVID-19 in Lampang province [Master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2023.
15. Tunoud A. Project research mental health of Mae Chaem district, Chiangmai citizen and the impact after the situation of the epidemic of the Covid 19 virus. Chiang Mai: Chiangmai Provincial Public Health Office; 2022.
16. Chutha W, Makkhlai K, Siruengrat D, Jayana R. The prevalence and trends of mental health problems in Thai population during the coronavirus disease 2019 pandemic in Thailand, 2020 - 2022. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2023;31(3): 227-39.
17. Silpakit O. Srithanya stress scale. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2008;16(3):177-85.
18. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*. 2008;8:46. doi:10.1186/1471-244X-8-46.
19. Ratnarathon A. Coronavirus infectious disease-2019 (COVID-19): a case report, the first patient in Thailand and outside China. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*. 2020;14(2):116-23.
20. Silpakit P, Kittirattanapaiboon P. Social determinants of mental health. Chiang Mai: Wanida Karnpim Limited Partnership; 2017.

21. Faculty of Psychology, Chulalongkorn University. Psychology vocabulary: emerging adulthood [Internet]. Bangkok: Faculty of psychology, Chulalongkorn University; 2023 [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://www.psy.chula.ac.th/th/feature-articles/emerging-adulthood>
22. Sornpaisarn B, Charatsingha A, Bualek N. Survey of the mental health status of economic crisis in Thailand, 18-22 August 1997. Nonthaburi: Department of Mental Health; 1997.
23. Bunditchate A, Chutha W, saosarn P. The telephone survey of mental health status during the economic crisis in Thailand, March 8-12, 1999. Nonthaburi: Department of Mental Health; 1999.
24. Chutha W, saosarn P, Kongpan R. The telephone survey of mental health status during the economic crisis in Thailand, September 6-10, 1999. Nonthaburi: Department of Mental Health; 1999.
25. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2023 Jan 24]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
26. Suicide Prevention and Intervention Center, Department of Mental Health. The problem of suicide among Thai people in 2022 [internet]. Nonthaburi: Suicide Prevention and Intervention Center; 2022 [cited 2023 Nov 30]. Available from: <https://suicide.dmh.go.th/news/files>
27. Tawichsri T, Sa-ngimnet B. COVID-19 crisis with mental health problems in Thailand [Internet]. Bangkok: Thai Publica; 2022 [cited 2023 Nov 30]. Available from: <https://thaipublica.org/2021/06/pier-67/>.
28. Tengthanakij P, Chindamai N, Suphaka O, Poocherd S, Lothongdaeng N, Chompoosri P, et al. Prevalence and associated factors of stress upon online study among Mae Fah Luang university preclinical year medical and dental students during COVID-19 pandemic. Greater Mekong Subregion Medical Journal. 2022;2(2):89-99.
29. Zheng R, Zhou Y, Fu Y, Xiang Q, Cheng F, Chen H, et al. Prevalence and associated factors of depression and anxiety among nurses during the outbreak of COVID-19 in China: a cross-sectional study. Int J Nurs Stud. 2021;114:103809. doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103809.
30. Chomsuk P. Pinnapichet J, Boonyakunakorn P. Covid subsidies, household workers are afraid of agriculture [Internet]. Bangkok: Bank of Thailand; 2020 [cited 2023 Nov 20]. Available from: https://www.bot.or.th/content/dam/bot/documents/th/research-and-publications/article/regional/2563/2563_RL_04_the-agriculture-after-covid19.PDF
31. Pichayayothin N. Development psychology [Internet]. Bangkok: Faculty of psychology, Chulalongkorn University; 2017 [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://www.psy.chula.ac.th/th/feature-articles/devpsy>

บทความปริทัศน์

โปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติสำหรับประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย หลังโรคหลอดเลือดสมอง : การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต

วันรับ : 29 สิงหาคม 2566

วันแก้ไข : 19 มีนาคม 2567

วันตอบรับ : 21 มีนาคม 2567

เกษราภรณ์ เคนบุปผา, ปริญญาโท¹, เกษร สายธนู, พย.ม²,
โปรยทิพย์ สันตะพันธ์, พย.ม¹, เกตุร กุญพันธ์ สมิต, พย.บ³
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี¹,
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี²,
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทบทวนผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติและความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการ : การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตจากบทความวิจัยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูล ThaiJO, ThaiLIS, PubMed, CINAHL, PsycINFO และ Web of Science ระหว่างปี พ.ศ. 2555 - 2565 คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ สติ, การเจริญสติ, โรคหลอดเลือดสมอง, mindfulness, mindfulness-based interventions และ stroke survivors ประเมินคุณภาพงานวิจัยอย่างอิสระโดยผู้วิจัย 2 คน ใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพงานวิจัยของ Joanna Briggs institute และคัดงานวิจัยที่มีคุณภาพต่ำออก

ผล : ค้นพบงานวิจัย 101 เรื่อง สามารถนำมาสังเคราะห์จำนวน 15 เรื่อง โปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติมีผลต่อการฟื้นตัวด้านร่างกาย ช่วยลดความเครียดและอารมณ์ซึมเศร้า และเพิ่มสมรรถนะการรู้คิดและการสื่อสาร รูปแบบการบำบัดส่วนใหญ่เป็นการเผชิญหน้าระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดหรือแบบผสมผสานทั้งเผชิญหน้าและออนไลน์ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วย มี 1 เรื่องให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรม โปรแกรมส่วนใหญ่มีระยะเวลาบำบัดประมาณ 8 สัปดาห์ และได้รับการยอมรับดีจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่งานวิจัยส่วนใหญ่ยังใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และไม่มีการทดสอบทางสถิติ

สรุป : มีความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมการเจริญสติในการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูด้านร่างกายและจิตใจในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง แต่ยังมีความต้องการหลักฐานเชิงประจักษ์คุณภาพสูง ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมและพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการบำบัดด้วยการเจริญสติเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองอย่างองค์รวม

คำสำคัญ : การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต, การบำบัดด้วยการเจริญสติ, ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง

ติดต่อผู้พิมพ์ : เกษร สายธนู; e-mail: kesorn.s@ubu.ac.th

Review article

Mindfulness-based interventions in nursing care for stroke survivors: a scoping review

Received : 29 August 2023

Revised : 19 March 2024

Accepted : 21 March 2024

Kedsaraporn Kenbubpha, Ph.D.¹, Kesorn Saithanu, M.N.S.²,

Proithip Suntaphun, M.N.S.², Keyoon Kujapan Smith, B.N.S.³

Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, Ubon Ratchathani Province¹,

Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University, Ubon Ratchathani Province²,

Det Udom Royal Crown Prince Hospital, Ubon Ratchathani Province³

Abstract

Objective: To review the feasibility and potential effects of mindfulness-based rehabilitation programs that can be applied in nursing care for stroke survivors.

Methods: Research articles in Thai and English from databases including ThaiJO, ThaiLIS, PubMed, CINAHL, PsycINFO, and Web of Science, published in 2012 - 2022, were reviewed. Keywords used for document retrieval included mindfulness, mindfulness-based interventions, and stroke survivors. Research quality was independently assessed by two reviewers using the Joanna Briggs Institute (JBI) appraisal checklist. Studies with low quality were excluded.

Results: A total of 101 research studies were identified, of which 15 were synthesized. Mindfulness-based rehabilitation programs had positive effects on both the physical and psychological aspects of patients, including reducing anxiety and depression and enhancing cognitive abilities and communication skills. The programs were mostly delivered either in face-to-face sessions between therapists and patients or in combination with online sessions. Only one study involved primary caregivers in the program. Most programs were conducted in 8 weeks and showed good acceptance by patients. However, most studies had limited sample sizes, no comparative groups, and no statistical testing.

Conclusion: Mindfulness-based therapy programs are feasible in the physical and psychological rehabilitation nursing for post-stroke patients, although high-quality evidence is still in need. Nurses should be equipped with skills in mindfulness-based rehabilitation in holistic care for post-stroke patients.

Keywords: mindfulness-based interventions, post-stroke survivors, scoping review

Corresponding author: Kesorn Saithanu; e-mail: kesorn.s@ubu.ac.th

ความรู้เดิม : การบำบัดด้วยการเจริญสติช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้

ความรู้ใหม่ : มีความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติเพื่อลดปัญหาทางอารมณ์จิตใจ และความเหนื่อยล้า เพิ่มการทำหน้าที่ของร่างกาย และเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสาร แต่ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่มีคุณภาพสูง

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นแนวทางในการพัฒนาและทดสอบผลของการบูรณาการโปรแกรมการเจริญสติในการบำบัดทางการพยาบาล เพื่อฟื้นฟูคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง โดยควรออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถปฏิบัติเองได้อย่างต่อเนื่อง

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจ¹ โดยแต่ละปีมีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง 5.7 ล้านคน² ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ประสบทั้งปัญหาทางร่างกายและความผิดปกติทางจิต^{2,3} ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง (post-stroke depression) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นหลังโรคหลอดเลือดสมองทันทีหรือเกิดภายหลังเมื่อระยะเวลาผ่านไป³⁻⁵ มีความชุกร้อยละ 29 - 31 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁶⁻⁹ และพบได้ถึงร้อยละ 55 หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 15 ปี¹⁰ ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงในการทำร้ายตัวเองสูงขึ้นนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และยังมีอัตราความพิการ ความบกพร่องของการรู้คิด และการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น^{11,12}

การบำบัดด้วยสติหรือการเจริญสติสามารถลดอาการซึมเศร้าจากการเพิ่มทักษะและกลยุทธ์การเผชิญปัญหาหรือความกดดันทางจิตใจ^{13,14} สติ (Sati) หรือการเจริญสติในทางพระพุทธศาสนามีมานานมากกว่า 2,500 ปี ความหมายตามพจนานุกรมพุทธศาสตร์ของสติ คือ การระลึกได้ นึกได้ ไม่ปล่อยใจไว้กับกิจ หรือกุ่มจิตไว้กับสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการที่ทำและ

คำที่พูดแล้ว^{15,16} ส่วน Kabat-Zin^{17,18} ได้ให้ความหมายของสติ (mindfulness) ว่าเป็นการใส่ใจในจุดมุ่งหมายและอยู่กับปัจจุบันโดยไม่ตัดสินคุณค่าใด ๆ โดยสติช่วยควบคุมการปฏิบัติหน้าที่ของกายและจิต ในปี ค.ศ. 1990 Kabat-Zin¹⁷ ได้บูรณาการการฝึกสติทั้งวิธีที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการมาใช้ร่วมในโปรแกรมการลดความเครียดด้วยการเจริญสติ (mindfulness-based stress reduction: MBSR) เพื่อเพิ่มประสบการณ์ของความตระหนักรู้ในปัจจุบันจากขณะหนึ่งสู่ขณะหนึ่ง จากนั้นในปี ค.ศ. 2000 Segal และคณะ¹⁹ ได้บูรณาการ MBSR เข้ากับเทคนิคการบำบัดบนพื้นฐานปัญญา (cognitive-based therapeutic strategies) เป็นรูปแบบการบำบัดแนวใหม่ที่ใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีทางปัญญา เรียกว่า โปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด (mindfulness-based cognitive therapy: MBCT) และมีงานวิจัยรายงานผลด้านบวกของ MBCT ในผู้ป่วยหลากหลายโรค เช่น โรคซึมเศร้า โรคกระเพาะ และโรคเบาหวาน²⁰ นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์แบบอภิมานการทดลองแบบสุ่มในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองรวม 502 คน พบว่า ทั้ง MBSR และ MBCT มีผลลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (SMD = -0.93, 95% CI = -1.34 - 0.53, Z = 4.48, p < .001)²¹ ซึ่งอาการซึมเศร้าที่ลดลงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจได้ดีขึ้น⁷⁻⁹

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวม ตั้งแต่การประเมินอาการ การวางแผนทางการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาล โดยประสานงานการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนากร และแพทย์แผนไทย ตลอดจนการเตรียมครอบครัวผู้ป่วยในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อฟื้นฟูและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง²² พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะและทักษะในการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ที่ทันสมัย โดยเฉพาะการดูแลจิตใจของผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง อย่างไรก็ตามการทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมาศึกษาผล

ทางด้านคลินิกของโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติ เช่น อาการซึมเศร้า ยังไม่พบว่ามีผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบำบัดด้วยการเจริญสติมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ทบทวนผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติและลักษณะ โปรแกรมที่นำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมบำบัดด้วยการ เจริญสติในการเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วย หลังโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย

วิธีการ

การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต (scoping review) ตามขั้นตอนของ Joanna Briggs institute (JBI) 2015²³ กรอบการสืบค้นประกอบด้วย 1) กลุ่มประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) แนวคิด ได้แก่ การเจริญสติหรือ การบำบัดด้วยสติเป็นฐาน การบำบัดเพื่อลดความเครียดโดย ใช้สติ การบำบัดด้วยการเจริญสติ และการตระหนักรู้ความคิด และ 3) บริบท ได้แก่ ประเทศไทยหรือต่างประเทศที่ใช้ ภาษาอังกฤษ สืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ ThaiJO, ThaiLIS, PubMed, CINAHL, PsycINFO และ Web of Science ที่ได้รับการเผยแพร่ในปี พ.ศ. 2555 - 2565 กำหนดคำสำคัญทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ได้แก่ “โรคหลอดเลือดสมอง” “ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง” “stroke survivors” “สติ” “การเจริญสติ” “mindfulness” “mindfulness-based interventions” “อาการซึมเศร้า” และ “ภาวะซึมเศร้า” จากนั้นคัดเลือกงานวิจัยโดยประเมินจาก ชื่อเรื่องและบทคัดย่อตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ 1) เป็นบทความ วิจัยที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) ศึกษาเกี่ยวกับสติหรือการเจริญสติ และ 3) ตีพิมพ์เป็น ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ การสกัดข้อมูล (data extraction) ทำโดยผู้วิจัย 2 คนแยกกันอ่านบทความวิจัยที่สืบค้นได้ ใช้แบบตรวจสอบรายการเพื่อประเมินคุณภาพของบทความวิจัย ของ JBI (JBI appraisal checklist) โดยหากพบว่าบทความวิจัย แสดงข้อมูลตรงตามข้อความที่ประเมินให้ 1 คะแนน ไม่มีข้อมูล หรือไม่ชัดเจน ให้ 0 คะแนน และหากไม่เกี่ยวข้อง ไม่คิดคะแนน ข้อนั้น จากนั้นนำคะแนนรวมที่ได้มาแปลงเป็นค่าร้อยละและ

แปลผล ดังนี้ คะแนนเท่ากับและมากกว่าร้อยละ 75 คุณภาพ ระดับสูง คะแนนร้อยละ 50 - 74.99 คุณภาพระดับปานกลาง และคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50 คุณภาพระดับต่ำ²⁴ จากนั้น บันทึกและนำเสนอข้อมูลของงานวิจัยตามหัวข้อที่กำหนด ได้แก่ ผู้วิจัย ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์เผยแพร่ รูปแบบงานวิจัย กลุ่มตัวอย่าง แนวคิดที่ใช้ในการพัฒนา ผลการศึกษา และข้อจำกัดของ การวิจัย กรณีผู้วิจัยมีความเห็นไม่ตรงกันมีการปรึกษาเพื่อหา ข้อสรุปร่วม กรณีไม่สามารถตกลงกันได้มีการจัดให้ผู้วิจัยคนที่ ร่วมร่วมลงมติ

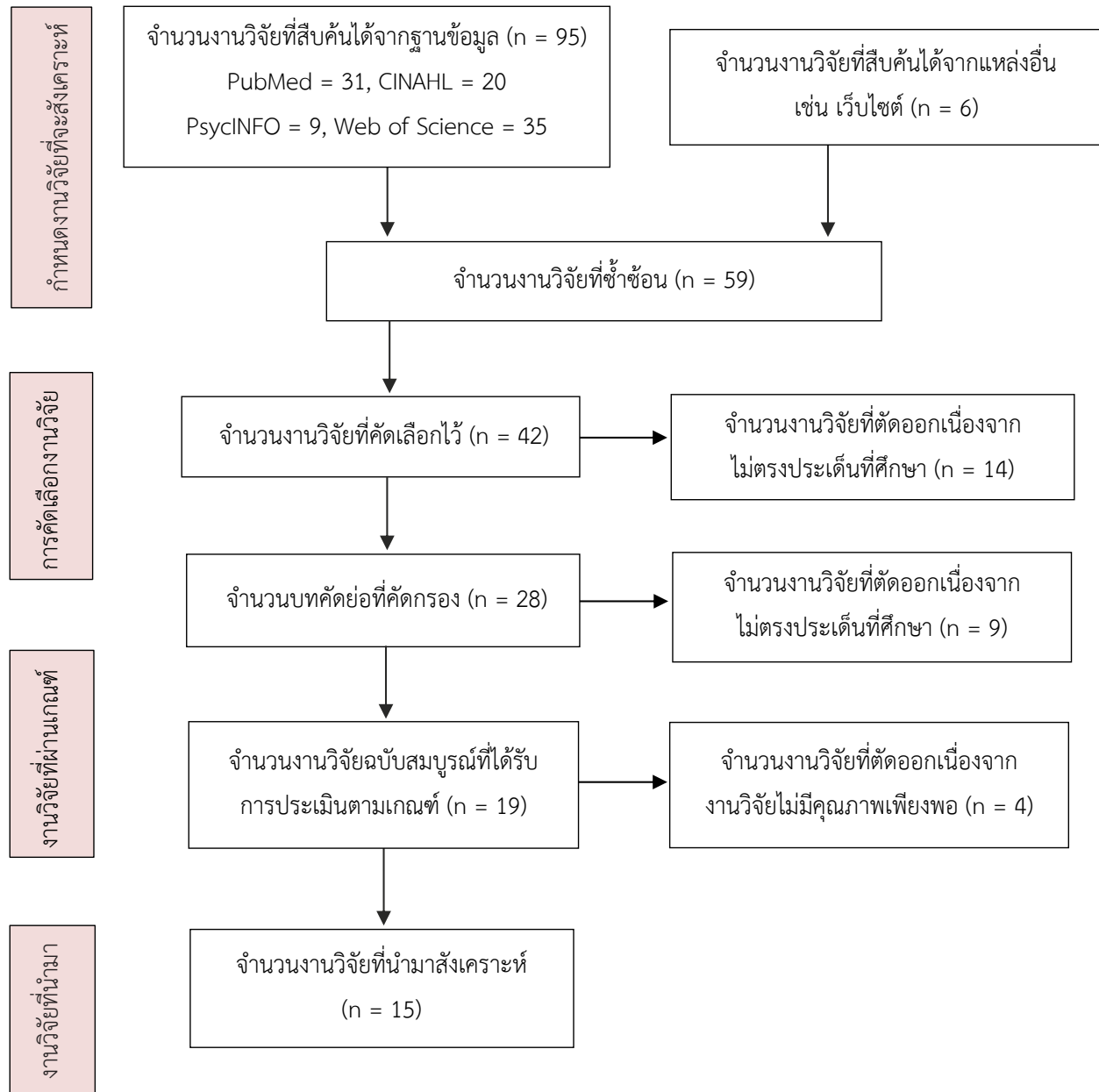
การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสรุปรายงานวิจัย นำเสนอ ข้อมูลทั่วไปของงานวิจัยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสังเคราะห์ ข้อมูลโดยจัดกลุ่มเป็นหมวดหมู่และนำเสนอโดยใช้การสรุปความ

ผล

จากการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และ การสืบค้นด้วยมือ ได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งสิ้น 101 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ซ้ำกัน 59 เรื่อง งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์คัดกรอง และนำมาประเมินคุณภาพ 19 เรื่อง มีงานวิจัยที่ถูกคัดออก เนื่องจากมีคุณภาพต่ำและไม่ตรงประเด็นที่ศึกษา 4 เรื่อง ดังนั้น มีงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ 15 เรื่อง ดังตารางที่ 1

งานวิจัยทั้ง 15 เรื่อง ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2555 - 2564 (ค.ศ. 2012 - 2021) รูปแบบการวิจัยเป็นการทดลองแบบสุ่ม ที่มีกลุ่มควบคุม 3 เรื่อง²⁶⁻²⁸ แบบกึ่งทดลอง 12 เรื่อง^{14,29-39} ซึ่งส่วนมากเป็นการศึกษาเบื้องต้นหรือศึกษาความเป็นไปได้ เป็นการศึกษาระดับประเทศสหรัฐอเมริกา 5 เรื่อง^{27,28,36-38} ประเทศอังกฤษ 2 เรื่อง^{26,32} ประเทศสวีเดน 3 เรื่อง^{14,30,31} ประเทศนิวซีแลนด์ 1 เรื่อง³⁹ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ 1 เรื่อง²⁹ และประเทศจีน 3 เรื่อง³³⁻³⁵ สถานที่ทำการศึกษา ได้แก่ โรงพยาบาล แผนกผู้ป่วยใน 9 เรื่อง^{14,27,28,30,31,34,35,37,38} แผนกผู้ป่วยนอก 1 เรื่อง²⁹ และศึกษาในชุมชน 5 เรื่อง^{26,32,33,36,39} ลักษณะทั่วไป ของโปรแกรมใช้การบำบัดแบบ MBCT 2 เรื่อง^{32,34} MBSR 5 เรื่อง^{28,14,30,31,37} และการเจริญสติหรือการฝึกสมาธิ 8 เรื่อง^{26,27,29,33,35,36,38,39} ลักษณะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลัง โรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ระหว่างการฟื้นฟูสภาพและผู้ป่วยที่



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการคัดเลือกงานวิจัยตามหลักการของ PRISMA-ScR²⁵

ได้รับบาดเจ็บทางสมอง ขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด 4 คน มากที่สุด 134 คนต่อการศึกษา ส่วนใหญ่เป็นการบำบัดรายบุคคล มีส่วนน้อยที่เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม

ผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติต่อการฟื้นตัวด้านจิตใจหลังโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในช่วงเวลาฟื้นฟูสภาพร่างกายมักมีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชร่วมด้วย เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความทุกข์ทางอารมณ์⁴⁰

นอกจากนี้ยังพบว่าการเกิดความกดดันทางอารมณ์หลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ต่ำ และการลดลงของความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ซึ่งส่งผลต่ออัตราการฟื้นคืนสู่ภาวะปกติที่ช้า⁴¹ การทดลองแบบสุ่มศึกษาผลของโปรแกรม MBCT ในกลุ่มผู้ป่วยเลือดออกในสมองที่เกิดขึ้นเอง (spontaneous intracerebral hemorrhage) 134 คน พบว่า โปรแกรมส่งผลให้สุขภาพทางอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³⁵ การทดลอง

แบบสุ่มในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่มีการบาดเจ็บของสมองระดับต่ำพบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม MBSR มีอาการทุกข์ใจจากความเมื่อยล้าด้านจิตใจ (mental fatigue) ลดลง¹⁴ และการศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 8 คนที่ได้รับโปรแกรมที่บูรณาการการเจริญสติเข้ากับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral therapy: CBT) และการบำบัดทางประสาทจิตวิทยา (neuropsychological interventions) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการทุกข์ใจจากความเมื่อยล้าด้านจิตใจลดลงภายใน 10 สัปดาห์หลังเข้าร่วมโปรแกรกดังกล่าว²⁹

นอกจากนี้ การบำบัดด้วยโปรแกรม MBCT ส่งผลต่อการรักษาอาการซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง^{32,39} โดยมีการศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดด้วยโปรแกรม MBCT กับการสอนการจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรม MBCT มีภาวะซึมเศร้าลดลง ระดับสติดีขึ้น และคุณภาพชีวิตดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการสอนการจัดการความเครียด³⁵

ผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติต่อการฟื้นฟูร่างกายหลังโรคหลอดเลือดสมอง

อาการทางร่างกาย เช่น ความปวดและความบกพร่องของการสื่อสาร มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ความปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองซึ่งส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50⁴² แม้มีทฤษฎีแบบบิโสมานสรุปว่าโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติอาจช่วยลดอาการปวดเรื้อรังในผู้ป่วยหลายกลุ่มโรค⁴³⁻⁴⁵ รวมทั้งมีข้อเสนอแนะให้ทำการบำบัดด้วยการเจริญสติมาใช้เพื่อลดอาการปวดเรื้อรังที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพของจิตใจ⁴⁶ แต่งานวิจัยที่ทดสอบผลของการเจริญสติต่อการปวดในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองยังมีหลักฐานจำกัด โดยพบการศึกษา 1 เรื่องทดสอบนาร่องในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองและมีภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง 10 คน พบว่า การเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิโดยใช้การฟังและนำด้วยเสียงตามหลักของ Kabat-Zinn อาจช่วยให้ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองมีการยืดหยุ่นหรือการปรับตัวของร่างกายได้ดีขึ้น³⁷

การบำบัดด้วยการเจริญสติสามารถช่วยแก้ไขปัญหายุ่งเกี่ยวกับการสื่อสารและความลำบากในการใช้ภาษาต่าง ๆ โดยเพิ่มทักษะภาษาและการจดจำ⁴⁷ การศึกษาในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องในการสื่อสาร 8 คนที่เข้าร่วมกิจกรรมการเจริญสติ 5 วัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคล่องแคล่ว (fluency) ของการสื่อสารที่ดีขึ้น แม้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ³⁸ และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การเจริญสติหรือการทำจิตสังคัมบำบัดด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น CBT ช่วยลดภาวะวิตกกังวลที่มีความสัมพันธ์กับความบกพร่องในการสื่อสารหลังจากป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง⁴⁸

ผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติต่อการทำหน้าที่ของการรู้คิดหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

การวิเคราะห์แบบบิโสมานในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคนปกติแสดงให้เห็นว่าการเจริญสติจนเกิดสมาธิช่วยลดความคิดฟุ้งซ่านที่ส่งผลเล็กน้อยต่อการเพิ่มขึ้นของการตระหนักรู้และการควบคุมตัวเอง⁴⁹ รวมทั้งการรู้คิดด้านการบริหาร⁵⁰ นอกจากนี้ยังพบว่าการฝึกเจริญสติอย่างต่อเนื่องทำให้เพิ่มความจำระยะสั้นและการคิดยืดหยุ่นเพิ่มขึ้น^{51,52} การศึกษาในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการรู้คิดบกพร่อง เช่น การลดลงของความสามารถจดจำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับ MBSR ใน 8 สัปดาห์มีความสนใจและความเร็วของสมรรถนะด้านประสาทจิตวิทยาเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด¹⁴ และยังพบว่ากลุ่มที่ยังคงฝึกเจริญสติขั้นสูงอย่างต่อเนื่อง 8 เดือนมีสมรรถนะดังกล่าวเพิ่มขึ้นในระยะ 1 ปี³¹ นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดทั้งแบบตัวต่อตัวและออนไลน์เป็นเวลา 8 สัปดาห์มีผลการทดสอบทางประสาทจิตวิทยาที่ดีขึ้นและมีความเมื่อยล้าของจิตใจลดลง³⁰

วิจารณ์

ผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง

การบำบัดด้วยโปรแกรมการเจริญสติมีผลต่อการฟื้นตัวด้านร่างกาย จิตใจ และการทำหน้าที่รู้คิดในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากอาจช่วยเพิ่มการทำหน้าที่และความยืดหยุ่นหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วย

ตารางที่ 1 การประยุกต์โปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยและ ปีศึกษา	รูปแบบการวิจัย	ประเทศ/พื้นที่วิจัย	รูปแบบการบำบัดโปรแกรมบำบัด	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการศึกษา	ข้อจำกัด
Baylan et al. (2020) ²⁶	randomized controlled trial (a pilot study)	ประเทศอังกฤษ/ ในชุมชน	- การเปรียบเทียบรูปแบบการบำบัด ระหว่าง 1) การฟังเพลงพร้อมการฝึกสมาธิเบื้องต้น 2) การฟังเพลงเท่านั้น 3) การฟังหนังสือเสียง โดยใช้เวลา 8 สัปดาห์	- ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 72 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มฟังเสียงฝึกสติ (mindful music listening) 23 คน 2) กลุ่มฟังเสียงเพลง (music listening) 24 คน 3) กลุ่มฟังหนังสือเสียง (audiobook listening) 25 คน	- มีความเป็นไปได้ในการบำบัด โดยการให้คะแนนจากผู้บำบัด โดยผู้บำบัด 96.9 - การฟังเสียงฝึกสติ ได้รับการ ยอมรับจากผู้ป่วย	- ใช้เครื่องมือประเมินตนเอง ในการวัด อาจทำให้ได้ข้อมูลที่มี อคติ
Bannon et al. (2020) ²⁷	randomized controlled trial (a feasibility study)	ประเทศสหรัฐอเมริกา/ แผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมประสาท (Neuro-ICU)	- การศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมการ บำบัดรักษา Recovering intervention (RT) ที่มีการฝึกทักษะต่าง ๆ เช่น การปรับตัว การจัดการความไม่แน่นอน การฝึกสมาธิในการ จัดการกับความกลัวและความกังวล เป็นต้น จำนวน 6 ครั้ง วัดก่อน-หลังการทดลอง และ ติดตามผล 3 เดือน - ทำการศึกษาเปรียบเทียบกับการบำบัดรักษา ตามปกติของผู้ป่วย (minimally enhanced usual care: MEUC) ซึ่งจะได้รับการดูแลตาม ขั้นตอนการรักษาและได้รับแผนฟื้นฟูความเกี่ยวข้อง โรคหลอดเลือดสมองและการฟื้นฟูหลังบำบัด	- ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 32 คน - ผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท และ ผู้ดูแลหลัก จำนวน 16 คู่ 1) กลุ่มทดลอง ได้รับ RT intervention จำนวน 7 คู่ 2) กลุ่มควบคุม ได้รับ MEUC จำนวน 9 คู่	- โปรแกรมมีความเป็นไปได้และ ได้รับการยอมรับจากผู้ป่วย และ ผู้ดูแลหลัก - ผู้ที่เข้าร่วมการบำบัดสามารถ จัดการความกังวล ความทุกข์ใจ ลดลง และอารมณ์ดีขึ้น	- เป็นการทดสอบความเป็นไปได้ และการยอมรับของผู้ป่วยและผู้ ดูแลเท่านั้น
Baldo et al. (2021) ²⁸	randomized, controlled (a pilot study)	ประเทศสหรัฐอเมริกา/ แผนกผู้ป่วยใน	- การบำบัด MBSR เปรียบเทียบ brain health บำบัด 8 สัปดาห์ และทดสอบความเป็นไปได้ เบื้องต้น	- ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง อย่างน้อย 3 เดือน จำนวน 32 คน แบ่งเป็นกลุ่ม MBSR 16 คน และ Brain Health 16 คน	- โปรแกรม MBSR มีความเป็นไปได้ ในการนำไปใช้ในผู้ป่วยหลัง โรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง	- กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและไม่มี การทดสอบทางสถิติ
Johansson, et al. (2012) ¹⁴	quasi-experimental research	ประเทศสวีเดน/ หอผู้ป่วยใน	- การบำบัด MBSR 8 สัปดาห์	- กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 29 คน เป็นผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง 18 คน และ บาดเจ็บศีรษะ 11 คน - แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน ได้รับ MBSR และ กลุ่มควบคุม 14 คน ไม่ได้ รับโปรแกรมบำบัดใด ๆ จนสิ้นสุด การวิจัยจึงได้รับโปรแกรม MBSR	- กลุ่มทดลองมีผลการประเมิน ด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้นหลังเข้าร่วม โปรแกรม MBSR	- กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย และ ไม่ได้เปรียบเทียบกับกลุ่มบำบัด แบบอื่น

ตารางที่ 1 การประยุกต์โปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

ผู้วิจัยและปีการศึกษา	รูปแบบการวิจัย	ประเทศ/พื้นที่วิจัย	รูปแบบการบำบัด/โปรแกรมบำบัด	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการศึกษา	ข้อจำกัด
Hofer, et al. (2014) ²⁹	quasi-experimental research (preliminary study)	ประเทศสวีเดน/เซอร์แลนด์/แผนกผู้ป่วยนอก	- การบำบัดด้วยการเจริญสติร่วมกับจิตประสาทบำบัด แบบรายบุคคล มีการปรับให้เหมาะสมในแต่ละคน	- ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการเมื่อยล้าของจิตใจ จำนวน 8 คน	- ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความรู้สึกเมื่อลำพังจิตใจได้ดีขึ้น	- กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย
Johansson, et al. (2015) ³⁰	quasi-experimental research	ประเทศสวีเดน/แผนกผู้ป่วยใน	- การบำบัด MBSR 8 สัปดาห์โดยการฝึกเจริญสติแบบออนไลน์ เปรียบเทียบกับการฝึกเดินตามธรรมชาติ	- กลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 18 คน และบาดเจ็บศีรษะ 16 คน - ได้รับการบำบัดแบบออนไลน์ จำนวน 12 คน - ได้รับการบำบัดแบบเผชิญหน้า จำนวน 13 คน - ได้รับการฝึกเดิน จำนวน 9 คน	- กลุ่มที่บำบัดแบบออนไลน์มีอาการเมื่อยล้าของจิตใจลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่บำบัดแบบเผชิญหน้าและกลุ่มที่ฝึกเดิน	- ไม่ได้แบ่งกลุ่มด้วยการมีอาการเมื่อยล้าของจิตใจลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่บำบัดแบบเผชิญหน้าและกลุ่มที่ฝึกเดิน
Johansson, et al. (2015) ³¹	quasi-experimental research	ประเทศสวีเดน/แผนกผู้ป่วยใน	- การบำบัด advanced MBSR แบบกลุ่ม 2 ชั่วโมง 30 นาทีต่อเดือน จำนวน 8 ครั้ง ต่อเนื่อง 8 เดือน กิจกรรมการบำบัดเน้นการพัฒนาเกี่ยวกับการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิทุกวัน	- กลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 คน เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 8 คน และผู้ที่ได้รับบำบัดเจ็บทางสมอง 6 คน เคยได้รับโปรแกรมบำบัด MBSR มาก่อน มีประวัติเจ็บป่วยมาอย่างน้อย 1 ปี และมีปัญหาเมื่อยล้าของจิตใจ	- หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมบำบัด ความเมื่อยล้าของจิตใจและความรู้สึกลดลงของผู้ป่วยดีขึ้น	- กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย - ไม่มีการเปรียบเทียบกับการบำบัดแบบอื่น
Meriman, et al. (2015) ³²	quasi-experimental research (a pilot study)	ประเทศอังกฤษ/ในชุมชน	- กลุ่มบำบัดด้วย MBCT สัปดาห์ละ 1 ครั้ง นาน 9 สัปดาห์	- ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน 4 คน	- ผู้ป่วย 3 คน มีการซึมเศร้าและวิตกกังวลลดลง ภาวะกดดันทางจิตใจดีขึ้น แต่มี 1 คน ที่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากไม่ได้ฝึกต่อเนื่องที่บ้าน	- กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย
Wang et al. (2019) ³³	quasi-experimental research (a feasibility study)	ประเทศจีน/ในชุมชน	- ประกอบด้วย 2 การศึกษา คือ 1) การศึกษาที่ 1 สัปดาห์ของการเจริญสติและการผ่อนคลายที่ต้องการและวิธีการปรับเปลี่ยนสำหรับผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงผู้ที่มีปัญหาในการสื่อสาร 2) การศึกษาที่ 2 ทดสอบความเป็นไปได้และการยอมรับของการบำบัดด้วยการประยุกต์เทคนิคการเจริญสติและการผ่อนคลายจากเอกสารฝึกตามวันละ 2 ครั้ง หรือ 5 ครั้งต่อสัปดาห์ติดต่อกัน 4 สัปดาห์	- ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน 38 คน แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างการศึกษาที่ 1 จำนวน 13 คน และการศึกษาที่ 2 จำนวน 15 คน	- การบำบัดด้วยการประยุกต์เทคนิคการเจริญสติและการผ่อนคลายได้รับการยอมรับจากผู้เข้าร่วมอย่างมีความเป็นไปในการศึกษาต่อไป	- เป็นการศึกษาเบื้องต้น ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 1 การประยุกต์โปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

ผู้วิจัยและปีการศึกษา	รูปแบบการวิจัย	ประเทศ/พื้นที่วิจัย	รูปแบบการบำบัดโปรแกรมบำบัด	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการศึกษา	ข้อจำกัด
Wang et al. (2019) ³⁴	quasi-experimental research	ประเทศจีน/แผนกผู้ป่วยใน	- การบำบัดด้วยการเจริญสติประยุกต์แบบสั้น สัปดาห์ละ 1.5 ชั่วโมง ติดต่อกัน 2 สัปดาห์	- ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง ที่รักษาตัวในโรงพยาบาลและอยู่ในช่วงฟื้นฟูร่างกาย จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มได้รับการพยาบาลปกติ 25 คน	- กลุ่มทดลองมีระดับของสติและความรู้สึกลึกซึ้งขึ้นหลังฝึกสมาธิ แต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับการพยาบาลปกติ	- การบำบัดมีระยะเวลาสั้น และ ไม่มีการสุ่มตัวอย่างจากกลุ่มทดลอง
Wang et al. (2020) ³⁵	quasi-experimental research	ประเทศจีน/แผนกผู้ป่วยใน	- การบำบัด MBCT แบบกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 8 ครั้ง ในระยะเวลา 2 เดือน	- ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง และ มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า จำนวน 134 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองได้รับ MBCT 67 คน และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการสอนการจัดการความเครียด 67 คน	- กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าลดลง ระดับสติดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม	- ใช้แบบสอบถาม แบบประเมินตัวเอง ไม่มีการติดตามผลในระยะยาว
Love et al. (2020) ³⁶	quasi-experimental research	ประเทศสหรัฐอเมริกา/ในชุมชน	- โปรแกรมการบำบัดด้วยการฝึกสมาธิทุกสัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกัน 4 สัปดาห์	- ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 35 คน	- ความยืดหยุ่นของผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นหลังการบำบัด แต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ	- กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ
Wathugala, et al. (2019) ³⁷	quasi-experimental research (a feasibility study)	ประเทศสหรัฐอเมริกา/แผนกผู้ป่วยใน	- การบำบัด MBSR ด้วยการฟังและฝึกสมาธิ ทุกวันติดต่อกัน 2 สัปดาห์ โดยสัปดาห์แรกของการฝึกสมาธิ body scan 3 นาทีต่อวัน และสัปดาห์ที่ 2 การฝึกสมาธิช่วงที่นั่ง/การหายใจใช้เวลา 5 นาทีต่อวัน	- ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองและ มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 10 คน	- กลุ่มตัวอย่างมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยเฉพาะข้อศอกและข้อมือ และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น	- กลุ่มตัวอย่างน้อยมากและไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ
Marshall, et al. (2018) ³⁸	quasi-experimental research (a feasibility study)	ประเทศสหรัฐอเมริกา/แผนกผู้ป่วยใน	- กลุ่มบำบัดโดยการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ 5 วัน	- ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาพบร่องรอยการสื่อสาร จำนวน 8 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่การเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ 5 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 3 คน ที่ไม่ได้รับการบำบัดใด ๆ	- การเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ มีความเป็นไปได้ในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง และการสื่อสารของผู้ป่วยดีขึ้นหลังการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ	- กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยและ ไม่มีการทดสอบทางสถิติ

ตารางที่ 1 การประยุกต์โปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

ผู้วิจัยและปีการศึกษา	รูปแบบการวิจัย	ประเทศ/พื้นที่วิจัย	รูปแบบการบำบัด/โปรแกรมบำบัด	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการศึกษา	ข้อจำกัด
Wrapson et al. (2021) ³⁹	quasi-experimental research (a feasibility study)	ประเทศนิวซีแลนด์/ในชุมชน	- โปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติ (Mindfulness-Based Intervention: MBI) แบบ จำนวน 6 ครั้ง และกระตุ้น 1 ครั้งหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน	- ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน จำนวน 20 คน	- กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมครบจำนวน 15 คน ถอนตัวจากโปรแกรม 1 คน ได้รับการบำบัดลักษณะคล้ายกัน 1 คน บำบัดครบ 6 ครั้ง แต่ไม่สามารถเข้าร่วมในกิจกรรมกระตุ้น - MBI มีความเป็นไปได้หลังการบำบัด ในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสติเศร้าลดลงและรู้สึกชอบรูปแบบการบำบัด เห็นคุณค่า รู้สึกสบายใจในการทำบางกิจกรรม จำนวน 3 คน	- กลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยและควรมีการศึกษาประสิทธิภาพเพิ่มเติมและควรมีก่อนเปรียบเทียบกับ

หมายเหตุ : MBSR = mindfulness-based stress reduction, MBCT = mindfulness-based cognitive therapy, CBT = cognitive behavioral therapy

หลังโรคหลอดเลือดสมองมีการยืดหยุ่นหรือการปรับตัวของร่างกายได้ดีขึ้น³⁷ และยังพบว่าช่วยลดอาการปวดเรื้อรังที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพของจิตใจ⁴⁶ นอกจากนี้การบำบัดด้วยการเจริญสติสามารถช่วยแก้ไขปัญหาลักษณะการสื่อสารและความลำบากในการใช้ภาษาต่าง ๆ โดยเพิ่มทักษะภาษาและการจดจำ^{38,47} รวมทั้งผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมหักการก้าวร้าวการก้าวร้าว ความวิตกกังวลภาวะกดดันทางจิตใจ และความเมื่อยล้าด้านจิตใจลดลง^{30,32,39} รวมทั้งระดับของสติและความรู้สึกดีขึ้นหลังการฝึกสมาธิ³⁴ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกผ่อนคลายความเครียด³³ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีอารมณ์ดีขึ้น²⁷ นอกจากนี้ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองมีสมาธิและความคิดฟุ้งซ่านลดลง²⁶ ส่วนการศึกษาในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการรู้คิดบกพร่องพบว่าผู้ป่วยมีความสนใจและความเร็วของสมรรถนะด้านประสาทจิตวิทยาเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด¹⁴ และยังพบว่ากลุ่มที่ยังคงฝึกเจริญสติขึ้นสูงอย่างต่อเนื่อง 8 เดือนมีสมรรถนะดังกล่าวเพิ่มขึ้นในระยะ 1 ปี³¹

อย่างไรก็ตาม การศึกษาในการประยุกต์ใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพียงการศึกษาเบื้องต้นที่อาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ เนื่องจากส่วนใหญ่มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และไม่มีกลุ่มควบคุมตัวอย่างเข้ากลุ่มการทดลองตามโปรแกรม รวมทั้งไม่มีการศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงของความสนใจในผู้ป่วยกลุ่มนี้ แม้ว่าการบำบัดด้วยการเจริญสติจะมีความเป็นไปได้และได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องในการสื่อสาร จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลการบำบัดด้วยการเจริญสติในผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากนี้แม้ว่าประมาณร้อยละ 30 - 70 ของผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองมีอาการทุกข์ทรมานจากความเมื่อยล้าด้านจิตใจ แต่การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการเจริญสติต่อความเมื่อยล้าด้านจิตใจในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองยังมีจำนวนน้อย⁴¹ ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นดังกล่าวเพื่อสนับสนุนสมมติฐานเกี่ยวกับการเจริญสติในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองด้วยระเบียบวิธีวิจัยแบบสุ่มและมี

กลุ่มเปรียบเทียบ และควรศึกษาทั้งในหน่วยบริการสาธารณสุขและที่บ้านของผู้ป่วย ตลอดจนประยุกต์โปรแกรมให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยที่หลากหลายระดับ โดยคำนึงถึงเชื้อชาติและศาสนา³⁶

รูปแบบโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติที่เหมาะสมกับผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง

โดยทั่วไปมาตรฐานของโปรแกรมการเจริญสติเพื่อลดความเครียดใช้เวลาต่อเนื่องนาน 8 สัปดาห์⁴⁷ ดังการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมของการบำบัดด้วยการเจริญสติด้วยรูปแบบกลุ่มและการเผชิญหน้าเพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีปัญหาการรับรู้คิดในระดับปานกลางถึงสูงจำนวน 32 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการโปรแกรมการเจริญสติอย่างต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ มีอัตราการคงอยู่ถึงร้อยละ 87 โดยกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในแต่ละกิจกรรมของโปรแกรมอยู่ในระดับดีและความพึงพอใจในระดับสูง²⁸ ทั้งนี้มีข้อจำกัดในการใช้ คือ โปรแกรมการเจริญสติเหมาะกับผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต รวมทั้งการบกพร่องรู้คิดในระดับเล็กน้อยเท่านั้น¹⁴ แต่มีการศึกษาความเป็นไปได้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านร่างกายที่ค่อนข้างมากโดยประยุกต์ให้เหมาะสมและปรับรูปแบบสำหรับการฝึกที่บ้านที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การเดิน การใส่เสื้อผ้า และการกิน โดยเป็นการฝึกแต่ละกิจกรรมอย่างมีสติ³⁹

ปัจจุบันมีการพัฒนาการบำบัดด้วยการเจริญสติในรูปแบบทางไกลเพื่อให้สามารถเข้าถึงผู้ป่วยผ่านช่องทางที่หลากหลายขึ้น โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 มีการพัฒนาโปรแกรมในรูปแบบออนไลน์สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและความเครียด⁵³ การใช้โทรศัพท์ในการบำบัดด้วยการเจริญสติในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง⁵⁴ และการบำบัดด้วยการเจริญสติโดยใช้เว็บแอปพลิเคชันในกลุ่มผู้ป่วยโรคเมเร็งและผู้ดูแล⁵⁵ พบว่าโปรแกรมเหล่านี้ได้รับการยอมรับจากผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง

การนำไปใช้ในการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง

พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องทั้งก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ขณะอยู่ในโรงพยาบาล และหลังจำหน่าย และสามารถช่วยในการบำบัดรักษาตามโปรแกรมการเจริญสติในหลากหลายบริบท⁵⁶ การสนทนากลุ่มในพยาบาลที่ทำงานในหน่วยผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาท พบว่า ผู้ป่วยต้องการได้รับการบำบัดด้วยการเจริญสติเพื่อช่วยเร่งกระบวนการฟื้นฟูการหายของโรค ขณะอยู่ในหน่วยวิกฤต แต่พยาบาลไม่ได้รับการฝึกอบรมเพื่อให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยตามโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติ⁵⁷ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ของผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติ จึงมีการพิจารณาความเป็นไปได้และแนวทางในการเพิ่มเนื้อหาการฝึกทักษะการบำบัดด้วยการเจริญสติในหลักสูตรการเรียนการสอนของพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลมีเครื่องมือในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจ โดยนักศึกษาพยาบาลควรได้รับการฝึกทักษะและนำไปใช้กับผู้ป่วยในการปฏิบัติการพยาบาลทั้งการกระตุ้นผู้ป่วยหรือการพยาบาลรายบุคคล และระบบสาธารณสุขควรพิจารณาเพิ่มการฝึกอบรมโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติในบุคลากรทางการแพทย์ในหลักสูตรการพยาบาลต่อเนื่อง⁵⁸

ผลการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตในครั้งนี้เป็นข้อมูลสำคัญสำหรับพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจในการวางแผนพัฒนาโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง อย่างไรก็ตามการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้เป็นการค้นคว้างานวิจัยที่ตีพิมพ์และเผยแพร่ในวารสารวิชาการทางออนไลน์เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กำหนดขอบเขตการค้นหางานวิจัยย้อนหลังเพียง 10 ปี รวมทั้งค้นคว้าจากฐานข้อมูลเพียง 6 ฐานเท่านั้น อาจมีงานวิจัยที่เผยแพร่ในภาษาอื่น ๆ และฐานข้อมูลอื่นที่ไม่ได้สืบค้น

สรุป

ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองต้องประสบกับปัญหาทางร่างกายจนส่งผลให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าตามมา แม้การบำบัดด้วยโปรแกรมการเจริญสติมีประโยชน์ในการลดความเจ็บปวดและปัญหาทางอารมณ์และจิตใจในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ แต่การศึกษาวิจัยในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองยังมีค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่เป็นการทดสอบความเป็นไปได้เบื้องต้นในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและไม่มีการเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมหรือได้รับโปรแกรมอื่น ๆ อย่างไรก็ตามมีความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมการเจริญสติไปใช้ในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองเพื่อช่วยลดปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช ปัญหาด้านร่างกายและความบกพร่องของกระบวนการทางความคิด ความเข้าใจ และการสื่อสาร โดยควรมีการปรับรูปแบบโปรแกรมให้เหมาะสมกับข้อจำกัดของผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้สามารถนำไปฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องที่บ้านโดยมีผู้ดูแลเป็นผู้ช่วยกระตุ้นการฝึกพร้อมด้วย รวมทั้งการพัฒนาการบำบัดในรูปแบบออนไลน์เพื่อให้พยาบาลสามารถติดตามผลการฝึกปฏิบัติที่บ้านได้นอกจากนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเทศไทยเพื่อยืนยันผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองในบริบทที่หลากหลาย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World stroke day [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2021 Feb 16]. Available from: <https://www.who.int/southeastasia/news/detail/28-10-2021-world-stroke-day>
2. Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, Bravata DM, Chimowitz MI, Ezekowitz MD, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association. *Stroke*. 2014;45(7):2160-236. doi:10.1161/STR.0000000000000024.
3. Corbetta M, Ramsey L, Callejas A, Baldassarre A, Hacker CD, Siegel JS, et al. Common behavioral clusters and subcortical anatomy in stroke. *Neuron*. 2015;85(5):927-41. doi:10.1016/j.neuron.2015.02.027.

4. Ferro JM, Caeiro L, Figueira ML. Neuropsychiatric sequelae of stroke. *Nat Rev Neurol*. 2016;12(5):269-80. doi:10.1038/nrneurol.2016.46.
5. Aniwattanapong D. Post-stroke depression. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2018;63(4): 383-418.
6. Ayerbe L, Ayis S, Wolfe CD, Rudd AG. Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2013;202(1):14-21. doi:10.1192/bjp.bp.111.107664.
7. Ayerbe L, Ayis SA, Crichton S, Rudd AG, Wolfe CD. Explanatory factors for the association between depression and long-term physical disability after stroke. *Age Ageing*. 2015;44(6):1054-8. doi:10.1093/ageing/afv132.
8. Hackett ML, Anderson CS. Predictors of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke*. 2005;36(10):2296-301. doi:10.1161/01.STR.0000183622.75135.a4.
9. Hackett ML, Pickles K. Part I: frequency of depression after stroke: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int J Stroke*. 2014;9(8):1017-25. doi:10.1111/ijss.12357.
10. Ayerbe L, Ayis S, Crichton S, Wolfe CD, Rudd AG. The natural history of depression up to 15 years after stroke: the south london stroke register. *Stroke*. 2013;44(4):1105-10. doi:10.1161/STROKEAHA.111.679340.
11. Bartoli F, Pompili M, Lillia N, Crocamo C, Salemi G, Clerici M, et al. Rates and correlates of suicidal ideation among stroke survivors: a meta-analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2017;88(6):498-504. doi:10.1136/jnnp-2017-315660.
12. Blöchl M, Meissner S, Nestler S. Does depression after stroke negatively influence physical disability? a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Affect Disord*. 2019;247:45-56. doi:10.1016/j.jad.2018.12.082.
13. Burgess DJ, Beach MC, Saha S. Mindfulness practice: a promising approach to reducing the effects of clinician implicit bias on patients. *Patient Educ Couns*. 2017;100(2):372-6. doi:10.1016/j.pec.2016.09.005.
14. Johansson B, Bjuhr H, Rönnbäck L. Mindfulness-based stress reduction (MBSR) improves long-term mental fatigue after stroke or traumatic brain injury. *Brain Inj*. 2012;26(13-14):1621-8. doi:10.3109/02699052.2012.700082.
15. Payutto PA. The compilation of Buddhist dictionary. 34th ed. Bangkok: The Foundation of Peace Education: Venerable Prayudh Payutto; 2016.
16. The Free Encyclopedia. Sati [Internet]. 2020 [cited 2022 May 21]. Available from: <https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%AA%E0%B8%95%E0%B8%B4>
17. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. Worcester: University of Massachusetts Medical Center/ Worcester; 1990.
18. Kabat-Zinn J. Mindfulness. *Mindfulness*. 2015;6(6): 1481-3. doi:10.1007/s12671-015-0456-x.
19. Segal, ZV, Williams, JM G, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York: The Guilford Press; 2002.
20. Segal ZV, Williams JM G, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press; 2003.
21. Tao S, Geng Y, Li M, Ye J, Liu Z. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy on depression in poststroke patients systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Psychosom Res*. 2022;163:111071. doi:10.1016/j.jpsychores.2022.111071.
22. Tadi P, Lui F, Budd LA. Acute stroke (nursing). In: StatPearls. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2024.
23. Peters MD, Godfrey CM, McInerney P, Soares CB, Khalil H, Parker D. The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: methodology for JBI scoping reviews. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2015.
24. Joanna Briggs Institute [JBI]. JBI critical appraisal tools [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 22]. Available from: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
25. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73. doi:10.7326/M18-0850.

26. Baylan S, Haig C, MacDonald M, Stiles C, Easto J, Thomson M, et al. Measuring the effects of listening for leisure on outcome after stroke (MELLO): a pilot randomized controlled trial of mindful music listening. *Int J Stroke*. 2020;15(2):149-58. doi:10.1177/1747493019841250.
27. Bannon S, Lester EG, Gates MV, McCurley J, Lin A, Rosand J, et al. Recovering together: building resiliency in dyads of stroke patients and their caregivers at risk for chronic emotional distress; a feasibility study. *Pilot Feasibility Stud*. 2020;6:75. doi:10.1186/s40814-020-00615-z.
28. Baldo JV, Schendel K, Lwi SJ, Herron TJ, Dempsey DG, Muir J, et al. Mindfulness-based stress reduction intervention in chronic stroke: a randomized, controlled pilot study. *Mindfulness*. 2021;12:2908-19. doi:10.1007/s12671-021-01751-0.
29. Hofer H, Holtforth MG, Lüthy F, Frischknecht E, Znoj H, Müri RM. The potential of a mindfulness-enhanced, integrative neuro-psychotherapy program for treating fatigue following stroke: a preliminary study. *Mindfulness*. 2014;5(2):192-9. doi:10.1007/s12671-012-0167-5.
30. Johansson B, Bjuhr H, Karlsson M, Karlsson JO, Rönnbäck L. Mindfulness-based stress reduction (MBSR) delivered live on the internet to individuals suffering from mental fatigue after an acquired brain injury. *Mindfulness*. 2015;6:1356-65. doi:10.1007/s12671-015-0406-7.
31. Johansson B, Bjuhr H, Rönnbäck L. Evaluation of an advanced mindfulness program following a mindfulness-based stress reduction program for participants suffering from mental fatigue after acquired brain injury. *Mindfulness*. 2015;6:227-33. doi:10.1007/s12671-013-0249-z.
32. Merriman J, Walker-Bircham S, Easton SA, Maddicks R. The development of a mindfulness group for stroke patients: a pilot study. *Clinical Psychology Forum*. 2015;267:26-30.
33. Wang X, Smith C, Ashley L, Hyland ME. Tailoring self-help mindfulness and relaxation techniques for stroke survivors: examining preferences, feasibility and acceptability. *Front Psychol*. 2019;10:391. doi:10.3389/fpsyg.2019.00391.
34. Wang M, Liao W, Chen X. Effects of a short-term mindfulness-based intervention on comfort of stroke survivors undergoing inpatient rehabilitation. *Rehabil Nurs*. 2019;44(2):78-86. doi:10.1097/rnj.0000000000000098.
35. Wang X, Li J, Wang C, Lv J. The effects of mindfulness-based intervention on quality of life and poststroke depression in patients with spontaneous intracerebral hemorrhage in China. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2020;35(5):572-80. doi:10.1002/gps.5273.
36. Love MF, Sharrief A, LoBiondo-Wood G, Cron SG, Sanner Beauchamp JE. The effects of meditation, race, and anxiety on stroke survivor resilience. *J Neurosci Nurs*. 2020;52(3):96-102. doi:10.1097/JNN.0000000000000509.
37. Wathugala M, Saldana D, Juliano JM, Chan J, Liew SL. Mindfulness meditation effects on poststroke spasticity: a feasibility study. *J Evid Based Integr Med*. 2019;24:2515690X19855941. doi:10.1177/2515690X19855941.
38. Marshall RS, Laures-Gore J, Love K. Brief mindfulness meditation group training in aphasia: exploring attention, language and psychophysiological outcomes. *Int J Lang Commun Disord*. 2018;53(1):40-54. doi:10.1111/1460-6984.12325.
39. Wrapson W, Dorrestein M, Wrapson J, Theadom A, Kayes NM, Snell DL, et al. A feasibility study of a one-to-one mindfulness-based intervention for improving mood in stroke survivors. *Mindfulness*. 2021;12:1148-58. doi:10.1007/s12671-020-01583-4.
40. Chemerinski E, Robinson RG. The neuropsychiatry of stroke. *Psychosomatics*. 2000;41(1):5-14. doi:10.1016/S0033-3182(00)71168-6.
41. Duncan F, Wu S, Mead GE. Frequency and natural history of fatigue after stroke: a systematic review of longitudinal studies. *J Psychosom Res*. 2012;73(1):18-27. doi:10.1016/j.jpsychores.2012.04.001.
42. Naess H, Lunde L, Brogger J. The effects of fatigue, pain, and depression on quality of life in ischemic stroke patients: the Bergen Stroke Study. *Vasc Health Risk Manag*. 2012;8:407-13. doi:10.2147/VHRM.S32780.
43. Anheyer D, Haller H, Barth J, Lauche R, Dobos G, Cramer H. Mindfulness-based stress reduction for treating low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2017;166(11):799-807. doi:10.7326/M16-1997.

44. Feng B, Hu X, Lu WW, Wang Y, Ip WY. Are mindfulness treatments effective for pain in cancer patients? a systematic review and meta-analysis. *Eur J Pain*. 2022;26(1):61-76. doi:10.1002/ejp.1849.
45. Hilton L, Hempel S, Ewing BA, Apaydin E, Xenakis L, Newberry S, et al. Mindfulness meditation for chronic pain: systematic review and meta-analysis. *Ann Behav Med*. 2017;51(2):199-213. doi:10.1007/s12160-016-9844-2.
46. Castelnovo G, Giusti EM, Manzoni GM, Saviola D, Gatti A, Gabrielli S, et al. Psychological treatments and psychotherapies in the neurorehabilitation of pain: evidences and recommendations from the italian consensus conference on pain in neurorehabilitation. *Front Psychol*. 2016;7:115. doi:10.3389/fpsyg.2016.00115.
47. Medina AM, Mead JS. An exploration of mindfulness in speech-language pathology. *Commun Disord Q*. 2021;42(4):257-65. doi:10.1177/1525740120942141.
48. Ryan BJ, Clunne SM, Baker CJ, Shiggins C, Rose ML, Kneebone II. A systematic review of non-drug interventions to prevent and treat anxiety in people with aphasia after stroke. *Disabil Rehabil*. 2022;44(18):4997-5006. doi:10.1080/09638288.2021.1925752.
49. Gill LN, Renault R, Campbell E, Rainville P, Khoury B. Mindfulness induction and cognition: a systematic review and meta-analysis. *Conscious Cogn*. 2020;84:102991. doi:10.1016/j.concog.2020.102991.
50. Millett G, D'Amico D, Amestoy ME, Gyspeerdts C, Fiocco AJ. Do group-based mindfulness meditation programs enhance executive functioning? a systematic review and meta-analysis of the evidence. *Conscious Cogn*. 2021;95:103195. doi:10.1016/j.concog.2021.103195.
51. Youngs MA, Lee SE, Mireku MO, Sharma D, Kramer RSS. Mindfulness meditation improves visual short-term memory. *Psychol Rep*. 2021;124(4):1673-86. doi:10.1177/0033294120926670.
52. Zou Y, Li P, Hofmann SG, Liu X. The mediating role of non-reactivity to mindfulness training and cognitive flexibility: a randomized controlled trial. *Front Psychol*. 2020;11:1053. doi:10.3389/fpsyg.2020.01053.
53. Witarto BS, Visuddho V, Witarto AP, Bestari D, Sawitri B, Melapi TAS, et al. Effectiveness of online mindfulness-based interventions in improving mental health during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*. 2022;17(9):e0274177. doi:10.1371/journal.pone.0274177.
54. Spruill TM, Reynolds HR, Dickson VV, Shallcross AJ, Visvanathan PD, Park C, et al. Telephone-based mindfulness training to reduce stress in women with myocardial infarction: rationale and design of a multicenter randomized controlled trial. *Am Heart J*. 2018;202:61-7. doi:10.1016/j.ahj.2018.03.028.
55. Dragomanovich HM, Dhruva A, Ekman E, Schoenbeck KL, Kubo A, Van Blarigan EL, et al. Being Present 2.0: online mindfulness-based program for metastatic gastrointestinal cancer patients and caregivers. *Glob Adv Health Med*. 2021;10:21649561211044693. doi:10.1177/21649561211044693.
56. Gray LA. Living the Full Catastrophe: a mindfulness-based program to support recovery from stroke. *Healthcare (Basel)*. 2020;8(4):498. doi:10.3390/healthcare8040498.
57. McCurley JL, Funes CJ, Zale EL, Lin A, Jacobo M, Jacobs JM, et al. Preventing chronic emotional distress in stroke survivors and their informal caregivers. *Neurocrit Care*. 2019;30(3):581-9. doi:10.1007/s12028-018-0641-6.
58. Saban KL, Tell D, De La Pena P. Nursing Implications of Mindfulness-Informed Interventions for stroke survivors and their families. *Stroke*. 2022;53(11):3485-93. doi:10.1161/STROKEAHA.122.038457.



คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์โดยรับบทความเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ บทความที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ **ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ผู้พิมพ์จะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์อย่างเคร่งครัด** ผู้พิมพ์ต้องแน่ใจว่าได้ตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้ว ไม่มีการลอกเลียนงานวิชาการ (plagiarism) โดยกำหนดความซ้ำของเนื้อหาด้วยโปรแกรม CopyCat เว็บไซต์ ThaiJO ในระดับไม่เกินร้อยละ 10 และมีการอ้างอิงตามแหล่งที่มาตามหลักการที่ต้องครบถ้วน บทความทุกประเภทที่ส่งมาให้พิจารณาตีพิมพ์จะได้รับการตรวจทานต้นฉบับจากคณะกรรมการและผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งจากภายในและภายนอกอย่างน้อย 2 ท่าน บทความที่ได้รับการตีพิมพ์แล้วจะเป็นลิขสิทธิ์ของกรมสุขภาพจิตและผู้พิมพ์

ประเภทของบทความ

1. บทความพิเศษ (Special article)

เป็นบทความซึ่งวิเคราะห์ผลงานทางการแพทย์หรือสุขภาพจิต หรืออาจเป็นข้อคิดเห็นเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ มีองค์ประกอบดังนี้ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) เนื้อเรื่อง (text) สรุป (summary) และเอกสารอ้างอิง (references)

2. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

เป็นบทความรายงานการวิจัย มีองค์ประกอบดังนี้ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) วิธีการ (methods) ผล (results) วิचारณ์ (discussion) สรุป (conclusion) กิตติกรรมประกาศ (acknowledgements) (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง (references)

3. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review)

เป็นการศึกษาค้นคว้ารวบรวมผลงานวิจัยเพื่อตอบคำถามในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ผ่านกระบวนการประเมินคุณภาพและคัดเลือกผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐานมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากผลงานวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยให้ใช้ PRISMA guideline มีองค์ประกอบดังนี้ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) วิธีการ (methods) ผล (results) วิचारณ์ (discussion) สรุป (conclusion) และเอกสารอ้างอิง (references)

4. บทความปริทัศน์ (Review article)

เป็นการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ผลงานในเรื่องใดเรื่องหนึ่งผ่านการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าของเรื่องนั้น ในสถานการณ์ปัจจุบันพร้อมการอภิปรายและข้อเสนอแนะ มีองค์ประกอบดังนี้ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) เนื้อเรื่อง (text) วิचारณ์ (discussion) สรุป (conclusion) และเอกสารอ้างอิง (references)

5. รายงานผู้ป่วย (Case report)

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

6. ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความทั่วไป ทบทวนความรู้ การแสดงความคิดเห็น วิचारณ์ แนะนำเครื่องมือใหม่ ที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตหรือทางสาธารณสุข มีองค์ประกอบดังนี้ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) เนื้อเรื่อง (text) สรุป (conclusion) เอกสารอ้างอิง (references)

การเตรียมต้นฉบับ

เอกสารประกอบการนำส่ง ได้แก่ 1) ไฟล์บทความต้นฉบับ 2) หนังสือรับรองการส่งบทความ (ใบนำส่ง) 3) เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (เฉพาะประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ) จากนั้นสมัครสมาชิก และ submission ทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht> โดยมีรายละเอียดการเตรียมต้นฉบับ ดังนี้

1. หนังสือรับรองการนำส่ง (ใบนำส่ง) (มีแบบฟอร์มบนเว็บไซต์วารสาร) ให้ระบุชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ ที่อยู่ภูมิลำเนา การศึกษาสูงสุด หน่วยงานที่สังกัด ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ พร้อมที่อยู่และ e-mail ของผู้พิมพ์ทุกคน และระบุตัวแทนผู้พิมพ์ที่ประสานติดต่อกองบรรณาธิการ (corresponding author) ทั้งนี้การพิจารณาการส่งบทความของผู้ทรงคุณวุฒิจะทบทวนบทความโดยไม่ทราบชื่อผู้พิมพ์ (blindly review)

2. การใช้ภาษา ให้ใช้ 2 ภาษา คือ ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ โดยบทความต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ถ้าต้นฉบับเป็นภาษาไทยควรใช้ศัพท์ภาษาไทยให้มากที่สุด โดยใช้พจนานุกรมศัพท์วิทยาศาสตร์ฉบับราชบัณฑิตยสถานเป็นบรรทัดฐาน สำหรับคำศัพท์แพทย์ภาษาอังกฤษที่ไม่มีคำแปลในพจนานุกรมฯ และในหนังสือศัพท์จิตเวช อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้ คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเรื่องราวภาษาไทยให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะให้ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วย คำศัพท์ภาษาอังกฤษ หลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นกิริยา การเขียนคำร้อยละให้ใช้ทศนิยม 2 ตำแหน่ง ค่าสถิติอื่นและค่า p-value ให้ใช้ทศนิยม 3 ตำแหน่ง เช่น $p < .001$, $p = .103$

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 เป็นแนวทางให้คำสำคัญ

4. ต้นฉบับ พิมพ์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรม Microsoft Word ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 และให้พิมพ์ข้อความ 1 สดมภ์ (1 column) ต่อ 1 หน้า และไม่มีย่อหน้า ไม่จัดหน้าชิดขวา ระยะห่างจากขอบกระดาษทุกด้าน 2.5 ซม. ต้นฉบับแต่ละเรื่อง ไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ A4 (หากจำเป็นอนุโลมใหม่ไม่เกิน 15 หน้า) ตัวเลขทั้งหมดให้ใช้เลขอารบิก และใส่เลขหน้าทุกหน้า

5. เนื้อเรื่อง ใช้ภาษากระชับรัดกุม หลีกเลี่ยงการใช้คำซ้ำ ประกอบด้วย 1) บทนำ คือ ความเป็นมาและคำถามการวิจัย 2) วิธีการ คือ ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือการเก็บข้อมูล การวัดวิเคราะห์ ระบุการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย 3) ผล แสดงผลการศึกษาที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เท่านั้น 4) วิจัยควรเขียนอธิบายว่าผลการวิจัยเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด แสดงให้เห็นว่าผลที่ได้ในครั้งนี้เหมือนหรือแตกต่างจากการศึกษาอื่นอย่างไร และต้องมีการอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการศึกษาของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย รวมทั้งระบุข้อจำกัดของการวิจัย 5) สรุป ควรสรุปประเด็นค้นพบจากการวิจัยที่สำคัญ และข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์ 6) กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) 7) การมีส่วนร่วมของผู้พิมพ์ โดยระบุชื่อผู้พิมพ์ร่วมและระบุบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างชัดเจน 8) การตอบคำถามสั้น ๆ 3 ข้อ ได้แก่ ความรู้เดิมเกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา ความรู้ใหม่ที่ได้จากการศึกษา และประโยชน์ที่จะนำไปใช้

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

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

ไม่มีค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ ยกเว้นกรณียกเลิก/ถอนบทความหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิ (reviewer) พิจารณาแล้ว จะต้องชำระค่าดำเนินการบทความจำนวน 3,000 บาท

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 ทั้งนี้ เอกสารอ้างอิงทุกรายการให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษ

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. วารสาร

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

1.1.1 บทความในวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใช้ชื่อวารสารตาม 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 ให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษ

Wongpiromsarn Y. Lesson learned in disaster mental health from Tham Luang Cave rescue. Journal of Mental Health of Thailand. 2018;26(2):152-9.

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. โดยใช้นามสกุลขึ้นต้นและตามด้วยอักษรชื่อย่อต้นภาษาอังกฤษ (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 ให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษ

Detkong T. Motivational counseling. Bangkok: Moh-Chac-Ban Publishing House; 2012.

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 หนังสือที่ผู้พิมพ์เป็นหน่วยงานและผู้พิมพ์

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

Tadee R. Life of female adolescent as mothers. In: Thaweesit S, Vajanasara K, editor. 13th National Academic Conference on Population and Society 2017: Sexual and Reproductive “Autonomy” and “Justice” The Unfinished Challenges; 2017 Jun 30; Bangkok, Thailand. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2017. p. 159-72.

3. รายงานทางวิชาการ

3.1 รายงานวิจัย

Pengjuntr W, Kongsuk T, Kittirattanapaiboon P, Chutha W, Boonyamalik P, Arunpongpaissal S. Prevalence of mental disorders in Thailand: results from the epidemiology of mental disorders national survey 2008. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2010.

3.2 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

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

Jongsomjit P. Effects of foot reflexology on physiological response relaxation and satisfaction in persons with hypertension [master's thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2008.

4. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

4.1 เอกสารเฉพาะเรื่องบนอินเทอร์เน็ต

ใช้หลักเกณฑ์เดียวกับหนังสือ ยกเว้น 1) หลังชื่อเรื่องให้ใส่คำว่า [Internet]. 2) เพิ่มวันสืบค้น [cited ปี ค.ศ. เดือน(ย่อ) วัน]. ต่อจากปีที่พิมพ์ 3) ใส่ที่มาใช้คำว่า Available from: ใส่ URL และหลัง URL ไม่ใส่เครื่องหมาย “.” ยกเว้น URL นั้นจบด้วย เครื่องหมาย “/”

Wibulpolprasert S. Thailand health profile 2005 - 2007 [Internet]. Nonthaburi: Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health; 2007 [cited 2020 Mar 21]. Available from: http://www.moph.go.th/ops/health_50/.

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

4.2 โหมดเพจเว็บไซต์

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

Thai Health Promotion Foundation. Prepare for cyberbullying [Internet]. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2021 [cited 2022 Mar 21]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/เตรียมทัพรับมือ-cyberbullying-2/>.

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).

5.2 เอกสารอ้างอิงเป็นพจนานุกรมต่าง ๆ

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

การส่งต้นฉบับในระบบวารสารออนไลน์

ผู้พิมพ์สมัครสมาชิกและส่งต้นฉบับบทความในระบบ ThaiJo ตามขั้นตอนดังนี้

1. สมัครสมาชิก (register) สร้าง username/password และสร้าง profile
2. การส่งบทความ (submission)

ขั้นที่ 1 เริ่มต้นการส่ง กรอกข้อมูลและตรวจสอบทุกข้อเพื่อเป็นการยืนยันว่าบทความของท่านเป็นไปตามเงื่อนไขที่วารสารกำหนด

ขั้นที่ 2 อัปโหลดบทความเป็นไฟล์ word ตามข้อแนะนำการเตรียมต้นฉบับ หรือไฟล์แนบอื่น ๆ

ขั้นที่ 3 กรอกรายละเอียดข้อมูลต่างๆ สำหรับบทความของท่าน เช่น ข้อมูล author, title, abstract,

keyword, references

ขั้นที่ 4 ยืนยันการส่งบทความ

ขั้นที่ 5 เสร็จสิ้นการ submission และเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบ

3. การแก้ไขบทความ (revision)

เอกสาร/ขั้นตอนการใช้ระบบวารสารออนไลน์ ดูได้จาก

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

หรือ สแกนคิวอาร์โค้ดนี้





วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 69 ฉบับที่ 1

มกราคม - มีนาคม 2567

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

A

บทความพิเศษ

70 ปี ของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย : จากอดีตถึงปัจจุบัน

1

พิเชษฐ อุดมรัตน์

นิพนธ์ต้นฉบับ

ทักษะทางสังคมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กสมาธิสั้นชั้นประถมศึกษาตอนปลาย
ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

16

อนัญญา ชัยวัฒนพงศ์, วศิน เลหาวินิจ, จิรดา ประสาทพรศิริโชค, ศศิธร ปรีชาวุฒิเดช

ผลด้านพฤติกรรมและจิตใจหลังเปิดเรียนแบบ onsite ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา
สังกัดกรุงเทพมหานคร หลังการระบาดของเชื้อโควิด 19

32

สาวิณี วงศ์เศรษฐี, พระพรพร หล่อธีรพงศ์

การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักและปัจจัยที่เกี่ยวข้องภายหลังรับการรักษา 1 ปี
ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเด็กและวัยรุ่น ที่รักษาที่โรงพยาบาลศิริราช

45

พิชญ์นันท์ นันทติกุล, วลลภา อัจฉริยะสิงห์

คุณภาพชีวิตและความสอดคล้องระหว่างคุณภาพชีวิตที่ประเมินโดยเด็กและ
ผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นที่มีพัฒนาการระบอบวัยวะเพศผิดปกติ ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

55

ธันวัน เจริญไชยเนาว์, อัญชลิตา รัตนจารักษ์, จิรดา ประสาทพรศิริโชค, ธนินี สหกิจรุ่งเรือง

ความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของแบบประเมินสุขภาวะในวัยรุ่น EPOCH ฉบับภาษาไทย

66

สิริกัญญา สมบุญณียง, ธนาบดี ประชาสันต์, สุทธิพงศ์ กาวิละแพทย์, พิชญ์ พจนโพธา

การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์

81

ญานิกา เอี่ยมวัชรพงศ์, ชาญวิทย์ พรนภดล, วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์, สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข

สารบัญวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

95

สำหรับผู้สนใจส่งบทความ
สามารถดูรายละเอียดได้ตามคิวอาร์โค้ดนี้



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

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