

วารสาร

สุขภาพจิต

แห่งประเทศไทย

ปีที่ 32 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2567

Volume 32 Number 4 October - December 2024

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

- 1. การมีสุขภาวะที่ดีและครบถ้วนอย่างยั่งยืนของผู้สูงอายุไทย
- 2. การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช
- 3. หลักสูตรการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ให้คำปรึกษาในระบบศาล
- 4. การศึกษาผลกระทบของการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ที่มีต่อการกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์ และอิทธิพลของตัวแปรส่งผ่านในคนไทยวัยผู้ใหญ่
- 5. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในอำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ
- 6. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับของบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเป็นกะในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
- 7. อุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุจราจร
- 8. มุมมองเชิงระบบนิเวศต่อความรุนแรงที่มีผลกระทบในวงกว้างในประเทศไทย : การวิเคราะห์พหุกรณี
- 9. ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบ และแนวทางดูแลการใช้สื่อผ่านจอในเด็กปฐมวัย

Journal of
Mental Health of Thailand

ISSN 0859-497X

E-ISSN 2697-567X



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

คณะที่ปรึกษา

อธิบดีกรมสุขภาพจิต
รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
นพ.มล.สมชาย จักรพันธุ์
นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์
นพ.บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์

บรรณาธิการกิตติมศักดิ์

ศ.เกียรติคุณ นพ.พิเชฐ อุตรรัตน์ รองประธานสมาคมโลกเพื่อการฟื้นฟู
ทางจิตสังคม
พญ.พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
(ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต)

บรรณาธิการ

ดร.นพ.อชิบ ตันอารีย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา

รองบรรณาธิการ

ดร.นพ.นพพร ตันติรังสี โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
นพ.สุทธา สุปัญญา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
พญ.กุสุมาวดี คำเกลี้ยง สำนักวิชาการสุขภาพจิต
นพ.สุจิระ ปรีชาวิทย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
นพ.ศุภเสก วิโรจนภา โรงพยาบาลศรีธัญญา

กองบรรณาธิการ

ศ.พญ.ดร.สวิตริ อัมมวงค์กรชัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ศ.พญ.สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศ.พญ.ศิริจิต สุทธิจิตต์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.พญ.พรจิรา ปรีวัชรากุล มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.นพ.ดร.ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.ดร.ณัฐ ภูขาว มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.หรรษา เศรษฐบุปผา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พญ.ดุชนิ จิงศิริกุลวิทย์ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
พญ.เบญจพร ปิณฑายาง ข้าราชการบำนาญ (นายแพทย์)
ดร.นพ.พิทักษ์พล บุญยมาลิก ข้าราชการบำนาญ (นายแพทย์)
ดร.สุตา วงศ์สวัสดิ์ ข้าราชการบำนาญ (นักวิชาการ
สาธารณสุข)

บรรณาธิการต่างประเทศ

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

บรรณาธิการบริหาร

นายภพธร วุฒินาร

กองบรรณาธิการฝ่ายจัดการ (สำนักวิชาการสุขภาพจิต)

นางสาวจันทร์รัตน์ พงษ์พียะ นางลือจรรยา ธนภักดิ์
นางสาวพาสณา คุณธวัชณ์ นางสาวศรัณยพิชญ์ อักษร
นางฐิติญา จันทพรหม

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” ของวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

หมายเหตุ:

ผู้อ่านสามารถนำข้อความ ข้อมูลจากวารสารไปใช้ไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการได้ เช่น เพื่อการสอน เพื่อการอ้างอิง แต่การนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่น เช่น เพื่อการค้า จะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากกรมสุขภาพจิตก่อน

ความคิดเห็น ข้อมูล และบทสรุปต่างๆ ที่ลงตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย เป็นของผู้เขียนบทความ และไม่ได้แสดงว่ากองบรรณาธิการหรือกรมสุขภาพจิตเห็นพ้องด้วย



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

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

Journal of Mental Health of Thailand

The Journal of Mental Health of Thailand is the official journal of the Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. Its 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.

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.
Burin Suraaroonsamrit, M.D.

Honorary Editor

Emeritus Prof.Pichet Udomratn, M.D.	Vice President of World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR)
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.	Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital
Suttha Supanya, M.D.	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
Kusumavadee Kamkliang, M.D.	Bureau of Mental Health Academic Affairs
Sujira Prechawit, M.D.	Srinakharinwirot University
Supasaek Virojanapa, M.D.	Srithanya Hospital

Editorial Board

Prof.Sawitri Assanangkornchai, M.D., Ph.D.	Prince of Songkla University
Prof.Suwanna Arunpongpaisal, M.D.	Khon Kaen University
Prof.Sirijit Suttajit	Chiang Mai University
Assoc.Prof.Pornjira Pariwatcharakul, M.D.	Mahidol 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
Dutsadee Juengsiragulwit, M.D.	Bureau of Mental Health Service Administration
Benjaporn Panyayong, M.D.	Retired government official
Pitakpol Boonyamalik, M.D.,Ph.D.	Retired government official
Suda Wongsawat, Ph.D.	Retired government official

International Editors

Dr.Alan Frederick Geater	Prince of Songkla University
--------------------------	------------------------------

Managing Editors

Mr.Phoonthorn Wuttiham

Managing Staffs (Bureau of Mental Health Academic Affairs)

Ms.Jantarath Pongpeeya	Mrs.Luechanya Thanaphakawat
Ms.Passana Gunadhivadhana	Ms.Sarunyapich Aksorn
Mrs.Thitiya Jantaprom	

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



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

ปีที่ 32 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2567

สารบัญ	หน้า
บรรณาธิการแถลง	A
บทบรรณาธิการ	A1
นิพนธ์ต้นฉบับ	
การมีสุขภาพที่ดีและครบถ้วนอย่างยั่งยืนของผู้สูงอายุไทย พิเชฐ อุดมรัตน์	283
การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช รักสุตา กิจอรุณชัย, สมชาย ต้นศิริสิทธิกุล	294
หลักสูตรการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ให้คำปรึกษาในระบบศาล วิษุตา จันทราชกูร์	307
การศึกษาผลกระทบของการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ที่มีต่อการกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์ และอิทธิพลของตัวแปรส่งผ่านในคนไทยวัยผู้ใหญ่ วรตม์ โชติพิทยสุนนท์, พจ ธรรมพีร	319
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในอำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ พัทธินทร์ บุญเสริม, นุสรรา เผ่าหัวสระ	331
ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับของบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเป็นกะ ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พันธุ์ธัช ผลโกมล, ศรวิทย์ โอสสถิลป์	341
อุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุจราจร ธวัชิต เกรียงตันติวงศ์, นพพร ต้นติรังสี, ไกรวุฒิ เอี่ยมสุขวัฒน์, วลี รัตนวัตร, นันทิยา ภูงาม, รุ่งนภา สีหามู	353
มุมมองเชิงระบบนิเวศต่อความรุนแรงที่มีผลกระทบในวงกว้างในประเทศไทย : การวิเคราะห์พหุกรณี มานิกา วิเศษสาธ, ปิยพงศ์ แซ่ตั้ง, เสวียน แก้ววงษา	368
บทความปริทัศน์	
ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบ และแนวทางดูแลการใช้สื่อผ่านจอในเด็กปฐมวัย พนิดา ศิริอำพันกุล, ภูติส รัชชตระกูล, วิลาสินี เสถียร, ศลิษา ถาวรชน, เสาวลักษณ์ สามิลา, อรทัย หวังพงษ์, อาริรัตน์ สุขเกษม	

ดัชนีวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 - 4 ประจำปี 2567

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

สารบัญวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย



Journal of Mental Health of Thailand

Volume 32 Number 4 October – December 2024

CONTENTS PREFACE		Page
EDITORIAL ORIGINAL		A
EDITORIAL ARTICLE	Sustainable and overall wellbeing of the Thai elderly Pichet Udomratn	A1
ORIGINAL ARTICLES	Development of guidelines to reduce diagnostic errors in psychiatric diagnosis Raksuda Kijaroonchai, Somchai Tansirisittikul	283
	Basic counseling training program for counselors in the court system Witchuda Chantararat	294
	The impact of cyberbullying victimization on perpetrating cyberbullying and the influence of mediating factors among Thai adults Varoth Chotpitayasunondh, Phot Dhammapeera	307
	Factors predicting caregivers' caring behaviors for patients with serious mental illness with high risk to violence in Nongbuadaeng district, Chaiyaphum province Pattarin Boonserm, Nusra Phaohuasra	319
	Prevalence and associated factors of insomnia among healthcare shift personnel at Nopparat Rajathanee hospital Pantat Plikomol, Sornwit Osothsinlp	331
	Incidence and related factors of post-traumatic stress disorder in patients hospitalized due to road traffic injuries Thuvachit Kriengtuntiwong, Nopporn Tantirangsee, Kraivut Eiamsukawat, Walee Rattanawat, Nunthiya Phoongarm, Runghapa Seehanoo	341
	An ecological systems approach to mass violence in Thailand: a multiple case study analysis Manika Wisessathorn, Piyapong Saetang, Sawian Kaewwongsa	353
SPECIAL ARTICLE	Risk factors, impacts, and parenting guidelines for screen media use in preschool children Panida Sirimpunkul, Phudis Raktrakul, Wilasinee Sathien, Salisa Tawongchon, Sawwaluk Samila, Orathai Wangpong, Arreerat Sukkasem	368
INDEX: JOURNAL OF MENTAL HEALTH OF THAILAND 2024 VOLUME 32 NUMBER 1 - 4		
INSTRUCTION TO AUTHORS		
CONTENTS PREFACE IN JOURNAL OF THE PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF THAILAND		



บรรณาธิการแถลง

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยฉบับนี้เป็นฉบับที่ 4 ของปี พ.ศ. 2567 มีบทความทั้งหมด 9 เรื่องที่หลากหลายและครอบคลุมทุกกลุ่มวัย เป็นบทบรรณาธิการโดยบรรณาธิการกิตติมศักดิ์ 1 เรื่อง บทความนิพนธ์ต้นฉบับทั้งหมด 7 เรื่อง และบทความปริทัศน์ 1 เรื่อง

ปัจจุบันเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์หรือที่เรียกว่า AI (artificial intelligence) เข้ามามีบทบาทอย่างมากในชีวิตประจำวัน ซึ่งรวมถึงการช่วยปรับปรุงบทความ เช่น การตรวจสอบแก้ไขภาษาและไวยากรณ์ ซึ่งช่วยให้บทความมีความถูกต้องสมบูรณ์ขึ้น อย่างไรก็ตาม วารสารยังคงเน้นย้ำและให้ความสำคัญของจริยธรรมในการดำเนินการวิจัยและการเผยแพร่บทความเป็นลำดับต้น โดยเฉพาะการนำเสนอข้อมูลที่ไม่บิดเบือนและไม่เป็นการคัดลอกผลงาน ไม่ว่าจะทางตรงหรือทางอ้อมผ่านการใช้ AI ทั้งนี้ขอให้ผู้นิพนธ์และผู้อ่านศึกษาข้อตกลงของวารสารที่เกี่ยวข้องกับการใช้ AI ที่ประกาศในวารสารฉบับนี้

ผมและกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้นิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยในการเผยแพร่ผลงานวิชาการที่พัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง

อธิป ตันอารีย์

บรรณาธิการ

บทบรรณาธิการ

Editorial article

การมีสุขภาพที่ดีและครบถ้วนอย่างยั่งยืนของผู้สูงอายุไทย (Sustainable and overall wellbeing of the Thai elderly)

พิเชฐ อุดมรัตน์, พ.บ.
บรรณาธิการกิตติมศักดิ์

Pichet Udomratn, M.D.
Honorary Editor

เดือนตุลาคมเป็นเดือนที่มีความหมายสำหรับผู้สูงอายุ และงานสุขภาพจิต เนื่องจากองค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้ วันที่ 1 ตุลาคมของทุกปีเป็นวันผู้สูงอายุสากล (international day of older persons) โดยกำหนดขึ้นเป็นครั้งแรกเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม ค.ศ. 1991 หรือ พ.ศ. 2534 โดยในปี พ.ศ. 2567 นี้ได้กำหนดหัวข้อหลักไว้ว่า “สูงวัยอย่างสง่างาม : ความสำคัญของการเสริมสร้างระบบการดูแลและการช่วยเหลือทั่วโลก (ageing with dignity: the importance of strengthening care and support systems for older persons worldwide)”¹ ขณะเดียวกันสมาพันธ์สุขภาพจิตโลก (world federation for mental health: WFMH) ได้กำหนดให้วันที่ 10 ตุลาคมของทุกปีเป็นวันสุขภาพจิตโลก (world mental health day) โดยกำหนดขึ้นเป็นครั้งแรกเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม ค.ศ. 1992 หรือ พ.ศ. 2535 โดยในช่วง 2 ปีแรก วันสุขภาพจิตโลกได้ส่งเสริมให้มีการตระหนักรู้ในเรื่องของสุขภาพจิตทั่วไป จนอีก 2 ปีถัดมา คือ พ.ศ. 2537 จึงได้เริ่มกำหนดให้มีหัวข้อหลักโดยเฉพาะของแต่ละปี สำหรับ พ.ศ. 2567 นี้ วันสุขภาพจิตโลกมีหัวข้อหลักว่า “สุขภาพจิตในที่ทำงาน (mental health in the workplace)”² และเมื่อ 2 ปีที่แล้ว คือ ปี พ.ศ. 2565 ได้มีหัวข้อหลักว่า “สร้างสุขภาพจิตและสุขภาวะสำหรับทุกคนเป็นเรื่องสำคัญระดับโลก (make mental health & wellbeing for all a global priority)” ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ก็ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของเรื่อง

สุขภาพสำหรับทุกคน ดังนั้นในการประชุมวิชาการประจำปี จิตเวชศาสตร์ไทย ครั้งที่ 52 ประจำปี พ.ศ. 2567 ระหว่าง วันที่ 7 - 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 นี้ จึงมีหัวข้อหลักว่า “let’s cultivate mental wellbeing for all”

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (aging society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 แล้ว จากการที่ ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของ ประชากรทั้งประเทศ และต่อมาในปี พ.ศ. 2564 จวบจนถึง ปัจจุบัน ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ (aged society) เมื่อสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดในประเทศ และ ยังคงมีแนวโน้มว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้นทุกปี สวนทางกับอัตราการเกิดที่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จึงคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2576 หรืออีก 9 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะขยับเป็นสังคมผู้สูงอายุแบบสุดยอด (super aged society) ที่มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 30 ของประชากร ทั้งหมดในประเทศ³ จึงเห็นได้ว่าสุขภาพจิตและสุขภาวะ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุควรได้รับความสำคัญในลำดับต้น

สุขภาวะ (wellbeing) ซึ่งตรงข้ามกับทุกข์ภาวะหรือ การเจ็บป่วย (ill-being) เป็นเรื่องสำคัญสำหรับทุกคน หนึ่งในคำจำกัดความที่ใช้กันอย่างแพร่หลายของสุขภาวะ ก็คือ “การเข้าใจว่าตัวเรารู้สึกอย่างไร และทำหน้าที่ (function) อะไร ทั้งในระดับส่วนบุคคลและระดับสังคม และคน ๆ นั้นได้ประเมินชีวิตตัวเองโดยรวมว่าเป็นอย่างไร” จึงเห็นได้ว่า สุขภาวะเกี่ยวข้องกับหลายมิติ (multi-dimension)

ติดต่อผู้พิมพ์ : พิเชฐ อุดมรัตน์; e-mail: pudomratn74@gmail.com

ทั้งอารมณ์ พฤติกรรม การรู้คิด (cognition) และสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้นกับบุคคลอื่น ๆ⁴ ทั้งนี้ มีทฤษฎีและรูปแบบ (model) ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะอยู่หลากหลาย เช่น Diner’s tripartite model of subjective wellbeing, six-factor model of psychological wellbeing, Seligman’s concept of positive psychology, PERMA-theory (positive emotions, engagement, relationships, meaning and purpose, and accomplishments)⁵ ซึ่งผู้สนใจสามารถหาอ่านเพิ่มเติมในรายละเอียดของแต่ละทฤษฎีได้

สำหรับชนิดของสุขภาวะนั้น Davis⁶ ได้แบ่งออกเป็น 5 ชนิดใหญ่ ดังนี้คือ physical wellbeing, emotional wellbeing, workplace wellbeing, social wellbeing และ societal wellbeing แต่ผู้นิพนธ์มีความเห็นว่าควรจะมีเพิ่มอีก 1 ชนิดสำหรับผู้สูงอายุ คือ cognitive wellbeing⁷ นอกจากนี้ผู้นิพนธ์ขอเสนอให้รวม mental wellbeing เข้ากับ emotional wellbeing และรวม environmental wellbeing เข้ากับ societal wellbeing ดังสรุปเป็นตารางที่ 1

ทั้งนี้ สุขภาวะในทุกมิติ (overall wellbeing) สำหรับผู้สูงอายุต้องประสานเข้ากับจุดมุ่งหมายของชีวิต

ตารางที่ 1 ชนิดที่สำคัญของสุขภาวะและความสามารถ (ability) ที่เกี่ยวข้อง

ชนิดของสุขภาวะ	ความสามารถ (ability)
สุขภาวะทางกาย (physical wellbeing)	ความสามารถที่ทำให้ระบบต่าง ๆ ในร่างกายของเราทำงานได้ดีขึ้น (improve the functioning) ด้วยสุขนิสัยในการใช้ชีวิต การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการมีสุขอนามัยของการนอนที่ดีและมีคุณภาพ
สุขภาวะทางจิตและอารมณ์ (mental and emotional wellbeing)	ความสามารถในการจัดการความเครียดและการผ่อนคลาย (stress-management and relaxation techniques) รวมทั้งความสามารถในการอดทนต่อความทุกข์ยาก (adversity) และความสามารถในการปรับตัวและฟื้นคืนกลับเป็นปกติหลังประสบกับความทุกข์ของชีวิต (resilience and coping skill) ⁷
สุขภาวะทางการรู้คิด (cognitive wellbeing)	ความสามารถที่จะคงไว้ซึ่งการทำงานของสมองในส่วนของการรู้คิด (cognitive function) และการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ รวมทั้งการวางแผน การตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหา
สุขภาวะในที่ทำงาน (workplace wellbeing)	ความสามารถในการแสวงหาความสนใจ คุณค่า และจุดมุ่งหมายในชีวิตของตน เพื่อให้ได้รับความหมายของชีวิต (purpose of life) ความสุข ความพึงพอใจในชีวิต และความสมบูรณ์ทางอาชีพ
สุขภาวะในสังคม (social wellbeing)	ความสามารถในการสื่อสาร พัฒนาความสัมพันธ์ที่มีความหมายกับผู้อื่น และรักษาเครือข่ายการสนับสนุนเพื่อช่วยให้คลายความเหงาได้
สุขภาวะในสิ่งแวดล้อมและชุมชน (environmental and societal wellbeing)	ความสามารถในการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในชุมชน วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมที่ดีและมีคุณภาพ

เครือข่ายทางสังคมและชุมชน และความเชื่อมั่นว่าความสามารถและศักยภาพของเราสามารถพัฒนาได้ โดยการใฝ่เรียนรู้และสั่งสมจากประสบการณ์การทำงาน (growth mindset) สามารถช่วยให้เราสร้างทักษะเพื่อสุขภาวะ (wellbeing skills) ซึ่งต้องทำอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน จึงจะธำรงสุขภาวะไว้ให้อยู่อย่างยั่งยืน และทำให้ผู้สูงอายุไทยเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (successful aging) ในที่สุด⁸

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. International day of older persons 1 October. 2024 [cited 2024 Oct 5]. Available from: <https://www.un.org/en/observances/older-persons-day>
2. World Federation for Mental Health. World mental health day 2024. 2024 [cited 2024 Oct 5] Available from: <https://wfmh.global/>.
3. Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security. The current aging society and the economy in Thailand. 2021 [cited 2024 Oct 5]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/15/926> (in Thai)
4. Jarden A, Roache A. What is wellbeing? Int J Environ Res Public Health. 2023;20(6):5006. doi:10.3390/ijerph20065006.

5. Wikipedia. Well-being. [cited 2024 Oct 5]. Available from: <https://en.m.wikipedia.org/wiki/Well-being>
6. Davis T. What Is well-being? definition, types, and well-being skills. Psychology Today; 2024 [cited 2024 Oct 5]. Available from: <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/click-here-for-happiness/201901/what-is-well-being-definition-types-and-well-being-skills>
7. Jeste DV, Depp CA, Vahia IV. Successful cognitive and emotional aging. World Psychiatry. 2010;9(2): 78-84. doi:10.1002/j.2051-5545.2010.tb00277.x.
8. Zábó V, Ungvari Z, Csiszar A, Purebl G. Psychological resilience and competence: key promoters of successful aging and flourishing in late life. GeroScience. 2023;45:3045-58. doi:10.1007/s11357-023-00856-9.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

วันรับ : 7 สิงหาคม 2567

วันแก้ไข : 14 ตุลาคม 2567

วันตอบรับ : 19 ตุลาคม 2567

รักสดา กิจอรุณชัย, พ.บ., สมชาย ต้นศิริสิทธิกุล, พ.บ.

โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

วิธีการ : การวิจัยและพัฒนาระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2567 ตามกรอบการพัฒนาเทคโนโลยี ได้แก่ การสำรวจอัตรา ชนิด และสาเหตุความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโดยการศึกษาย้อนหลังเวชระเบียนผู้ป่วยในจิตเวช การทบทวนวรรณกรรมเพื่อกำหนดกรอบแนวคิด การจัดทำร่างแนวปฏิบัติ และการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คนเพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence: IOC) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ

ผล : ผู้ป่วยใน 884 คน พบความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค 56 คน (ร้อยละ 6.3) เป็นความคลาดเคลื่อนชนิด wrong diagnosis 39 คน (ร้อยละ 69.6) และ missed diagnosis 17 คน (ร้อยละ 30.4) พบสาเหตุความคลาดเคลื่อนทั้งหมด 86 สาเหตุ สาเหตุที่พบมากที่สุด ได้แก่ ลักษณะอาการทางคลินิก (ร้อยละ 45.3) และความรู้และความคลาดเคลื่อนทางความคิดของบุคคล (ร้อยละ 38.6) ร่างแนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชประกอบด้วยแนวทางแก้ไขสาเหตุจากลักษณะอาการทางคลินิก 9 ข้อ มุ่งเน้นการประเมินทางจิตเวช และแนวทางแก้ไขสาเหตุจากความรู้และความคลาดเคลื่อนทางความคิดของบุคคล 5 ข้อ ครอบคลุมการจัดกิจกรรมเรียนรู้จากข้อผิดพลาด การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางความคิด และการลดอคติ แนวปฏิบัติฉบับปรับปรุงตามความเห็นผู้เชี่ยวชาญมีค่า IOC เฉลี่ยเท่ากับ 1

สรุป : แนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชพัฒนาขึ้นจากข้อค้นพบในการปฏิบัติงานจริง ประกอบด้วยแนวทางแก้ไขความคลาดเคลื่อนจากลักษณะอาการทางคลินิกและความรู้และความคลาดเคลื่อนทางความคิดของบุคคล มีความตรงเชิงเนื้อหาใช้ได้ เหมาะสมสำหรับใช้ในโรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์

คำสำคัญ : การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช, ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย, แนวปฏิบัติ

ติดต่อผู้นิพนธ์ : รักสดา กิจอรุณชัย; e-mail: drraksuda@gmail.com

Original article

Development of guidelines to reduce diagnostic errors in psychiatric diagnosis

Received : 7 August 2024

Revised : 14 October 2024

Accepted : 19 October 2024

Raksuda Kijaroonchai, M.D., Somchai Tansirisittikul, M.D.

Srithanya Hospital, Department of Mental Health

Abstract

Objective: To develop and assess the content validity of guidelines for reducing diagnostic errors in psychiatric diagnosis.

Methods: Research and development were conducted from September 2023 to June 2024, following the technology development framework. This included surveying the rates, types, and causes of diagnostic errors by retrospectively reviewing psychiatric patient medical records, literature review to establish a conceptual framework, drafting the practice guidelines, and content validity assessment by a panel of five experts using the index of item-objective congruence (IOC). Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency and percentage.

Results: Diagnostic errors were found in 56 of 884 inpatients (6.3%). Among these, 39 cases (69.6%) were classified as wrong diagnoses, while 17 cases (30.4%) were missed diagnoses. A total of 86 causes of errors were identified, with the most common being related to clinical manifestation (45.3%) and the knowledge and cognitive errors of individuals (38.6%). The draft guidelines to reduce diagnostic errors included nine measures for addressing clinical manifestation, focusing on psychiatric evaluation, and five measures for addressing knowledge and cognitive errors, covering activities such as root cause analysis, cognitive errors monitoring, and strategies for de-biasing. The revised guideline based on expert opinions had an average IOC of 1.

Conclusion: The guidelines to reduce diagnostic errors in psychiatric diagnosis developed in this study are based on real-world findings. They specifically address errors arising from clinical manifestations as well as the knowledge and cognitive biases of individuals, demonstrating acceptable content validity and suitability for applying in hospitals with psychiatrists.

Keywords: diagnostic errors, guidelines, psychiatric diagnosis

Corresponding author: Raksuda Kijaroonchai; e-mail: drraksuda@gmail.com

ความรู้เดิม : ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคพบได้บ่อยในเวชปฏิบัติซึ่งสามารถป้องกันแก้ไขได้โดยการสำรวจหาอุบัติการณ์และสาเหตุ การทบทวนวรรณกรรม และการจัดทำแนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย

ความรู้ใหม่ : แนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชสำหรับจิตแพทย์และแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์ที่พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้ประกอบด้วยแนวทางลดความคลาดเคลื่อนจากลักษณะอาการทางคลินิก 9 ข้อและแนวทางลดความคลาดเคลื่อนจากจากความรู้และความคลาดเคลื่อนทางความคิดของบุคคล 5 ข้อ โดยมุ่งเน้นการประเมินทางจิตเวช กิจกรรมเรียนรู้จากข้อผิดพลาด การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางความคิด และการลดอคติ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นแนวทางลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตามสาเหตุที่พบได้บ่อยจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลทั่วไปที่มีจิตแพทย์

บทนำ

การวินิจฉัยที่ถูกต้องและทันเวลาเป็นรากฐานของการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพและปลอดภัย ความคลาดเคลื่อนหรือการละเลยเรื่องนี้อาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเนื่องจากไม่ได้รับการรักษาโรคแต่เนิ่น ๆ หรือได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย และเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างไม่เหมาะสม¹ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชมีความแตกต่างจากการวินิจฉัยโรคทางอายุรกรรม กล่าวคือ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชอาศัยการซักประวัติ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกตอาการแสดงทางคลินิก และการรายงานอาการตนเองของผู้ป่วยเป็นหลัก ขณะที่การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวิทยา และการตรวจตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (biomarker) ยังมีข้อจำกัดในยืนยันการวินิจฉัย ซึ่งเพิ่มโอกาสเกิดความผิดพลาดในการวินิจฉัย² การศึกษาความชุกของความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย (diagnostic error) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 39.6 ได้รับการวินิจฉัยคลาดเคลื่อนโรคที่มีความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยสูง ได้แก่ โรคจิตเภทแบบอารมณ์แปรปรวน (schizoaffective disorder)

โรคซึมเศร้า (depressive disorder) โรคจิตเภท (schizophrenia) และโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder)³ การศึกษาทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของแพทย์ทั่วไปก่อนการส่งปรึกษาจิตแพทย์พบว่า โรคที่อัตราความคลาดเคลื่อนสูง ได้แก่ โรคซึมเศร้า และโรคอารมณ์สองขั้ว ส่วนโรคที่มีอัตราความคลาดเคลื่อนต่ำ ได้แก่ ความผิดปกติทางการรู้คิด (cognitive disorder) และความผิดปกติจากการใช้สาร (substance use disorder)⁴

การศึกษาเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางความคิด (cognitive error) โดยใช้แนวคิดทางจิตวิทยาการรับรู้ (cognitive psychology) พบว่า ความคลาดเคลื่อนทางความคิดเกิดจากความผิดพลาดในการใช้ทางลัดในการคิด (heuristics) ซึ่งเป็นกระบวนการทางจิตที่ช่วยให้บุคคลตัดสินใจหรือแก้ปัญหาได้รวดเร็วขึ้นโดยใช้ประสบการณ์หรือความรู้ที่มีอยู่แทนการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดอย่างละเอียด⁵ บุคคลมักใช้ทางลัดในการคิดเมื่อมีความกดดันทางความคิด มีเวลาจำกัดในการตัดสินใจ หรืออยู่ในสถานการณ์ที่มีความซับซ้อนและไม่แน่นอน (complexity and uncertainty) การศึกษาความคลาดเคลื่อนทางความคิดที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยา ขณะที่ความคลาดเคลื่อนทางความคิดในงานจิตเวชมักมีการศึกษาน้อย อาจเนื่องจากงานจิตเวชมีการดำเนินไปช้ากว่าการแพทย์ฉุกเฉิน แต่จิตแพทย์ต้องเผชิญการตัดสินใจเกี่ยวกับความเสี่ยงบ่อยครั้ง อีกทั้งการปฏิบัติงานทางจิตเวชถูกนิยามหรือมองว่ามีความซับซ้อนและไม่แน่นอน โดยเฉพาะความไม่แน่นอนของการวินิจฉัยซึ่งมักเกิดจากความไม่สม่ำเสมออาการแสดงโรคของผู้ป่วย ความไม่สม่ำเสมอของแพทย์ ความไม่เพียงพอของการบรรยายข้ออาการ รวมทั้งข้อจำกัดของเกณฑ์การวินิจฉัยโรคในด้านนิยามและระดับความรุนแรงของอาการ⁶

ความคลาดเคลื่อนทางความคิดในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย ได้แก่ การให้ความสนใจเฉพาะการมีหรือไม่มีอาการต้นแบบ (prototype) หรืออาการที่แสดงออกมาอย่างชัดเจน (classical manifestations) ของโรค (representativeness) การเลือกเชื่อถือข้อมูลที่รู้สึกคุ้นเคยจนมองข้ามข้อมูลอื่น (availability) การปักใจเชื่อข้อมูลที่ได้ในตอนแรกจนละเลยที่จะพิจารณาข้อมูลอื่น ๆ ที่ตามมา

(anchoring) การมองหาแต่ข้อมูลที่ตรงกับความเชื่อตัวเอง และปิดกั้นข้อมูลที่ขัดแย้ง (confirmation bias) และการเลือกเชื่อตามการวินิจฉัยเดิมทั้งที่ไม่มีหลักฐานว่าการวินิจฉัยนั้นถูก (diagnosis momentum)⁵ เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยอายุรกรรมที่พบว่าร้อยละ 74 ของความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยเกิดจากปัจจัยด้านความคลาดเคลื่อนทางความคิด สาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ การสังเคราะห์ข้อมูลที่ผิดพลาด (faulty synthesis) จาก การปิดฉากก่อนเวลา (premature closure) ซึ่งหมายถึง ความล้มเหลวในการพิจารณาทางเลือกอื่น ๆ หลังจากได้ วินิจฉัยเบื้องต้นแล้ว รองลงมา ได้แก่ การสร้างบริบทที่ ผิดพลาด (faulty context generation) การประเมิน ความสำคัญของข้อมูลผิดพลาด (misjudging of finding) การรับรู้ที่ผิดพลาด (faulty perception) และข้อผิดพลาด จากการใช้วิธีลัดในการคิด ขณะที่ปัญหาด้านความรู้ที่ ผิดพลาดหรือไม่เพียงพอ (faulty/inadequate knowledge) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยน้อย⁷

การทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังผู้ป่วยในที่จำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลศรีธัญญาในเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 1,162 ราย มีการเปลี่ยนการวินิจฉัยจาก การวินิจฉัยแรก 114 ราย (ร้อยละ 9.8) กลุ่มโรคที่มีการ เปลี่ยนวินิจฉัย เช่น ความผิดปกติทางพฤติกรรมและ จิตประสาทซึ่งเกิดจากการใช้สาร (mental and behavioral disorder due to substance use) ความผิดปกติทางจิตอื่น ที่เกิดจากสมองถูกทำลาย สมองทำงานผิดปกติ และจาก โรคทางกาย (other mental disorders due to brain damage and dysfunction and to physical disease) โรคซึมเศร้า (depressive episode และ recurrent depressive disorder) และโรคจิตเภท มีสาเหตุจากลักษณะ อาการแสดงที่แยกโรคยากหรือพบไม่บ่อย มีการปกปิด ข้อมูลสำคัญ ข้อมูลได้จากญาติหรือโรงพยาบาลก่อนหน้า ไม่ครบถ้วน การขาดความรู้ การไม่ใช้หรือไม่ถามหาข้อมูลที่ เกี่ยวข้องอื่น ๆ และการแปลความหมายและการไม่ได้นำ ข้อมูลทั้งหมดมาสรุปเป็นการวินิจฉัย⁸ แต่เนื่องจากการ ทบทวนย้อนหลังขณะที่ยังไม่มีแนวทางในการเฝ้าระวังและ ระบบรายงานเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย โรคจิตเวชโดยเฉพาะ การระบุชนิดและสาเหตุของการเปลี่ยน

การวินิจฉัยยังไม่เป็นระบบและขาดความสม่ำเสมอ ทำให้ ไม่สามารถนำผลการทบทวนไปดำเนินการจัดทำแนวปฏิบัติ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคตามที่สถาบัน รับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เสนอแนะ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาใน ประเทศไทยที่พัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนใน การวินิจฉัยโรคจิตเวชสำหรับโรงพยาบาลระดับเหนือกว่า ตติยภูมิ ซึ่งให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ทั้งในการวินิจฉัยโรคและการดูแลรักษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจอัตรา ชนิด และสาเหตุความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค และพัฒนา แนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทาง จิตเวช โดยการสำรวจและกำหนดวิธีการศึกษาให้สอดคล้อง กับระบบการปฏิบัติงานตามปกติของโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อเป็นแนวทางและมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย

วิธีการ

การวิจัยและพัฒนา (research and development) ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในคน โรงพยาบาลศรีธัญญา เลขที่ STY.CO.A013/2566 วันที่รับรอง 17 สิงหาคม 2566 ดำเนินการระหว่างเดือน กันยายน พ.ศ. 2566 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2567 ตามกรอบ การวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีของกรมสุขภาพจิต 7 ขั้นตอน⁹ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ความต้องการ/ความจำเป็นในการ พัฒนา (need analysis) 2) การกำหนดกรอบแนวคิด (conceptual framework) 3) การออกแบบและจัดทำร่าง ต้นแบบ (prototype development) และ 4) การตรวจสอบ คุณภาพทางวิชาการ (testing) 5) การทดลองใช้ (pilot study) 6) การขยายผล (scale up) และ 7) การประเมินผล และพัฒนาต่อเนื่อง (evaluation and continuous improvement) โดยการศึกษานี้ดำเนินการขั้นตอนที่ 1 ถึง 4 ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ความต้องการ/ความจำเป็นในการพัฒนา

เป็นการศึกษาย้อนหลังถึงอัตรา ชนิด และสาเหตุ ของความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค เพื่อนำข้อมูลไป

กำหนดกรอบแนวคิดของแนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยในจิตเวชที่โรงพยาบาลศรีธัญญาที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2566 ข้อมูลที่เก็บรวบรวม ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานที่ตรวจแพทย์ที่รับไว้ในโรงพยาบาล แพทย์ที่จำหน่าย และประวัติการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย

2. การวินิจฉัยแรกเริ่ม (initial diagnosis) และก่อนจำหน่าย (final diagnosis) ระบุโดยแพทย์ที่ตรวจผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือห้องฉุกเฉินและแพทย์ผู้ให้การรักษาผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยใน ตามลำดับ โดยอาจเป็นคนเดียวกันหรือไม่ก็ได้

3. ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค หมายถึง การมีวินิจฉัยก่อนจำหน่ายต่างจากการวินิจฉัยแรกเริ่ม โดยมีการเปลี่ยนรหัส ICD-10¹⁰ ในหลักที่ 2 เช่น F20.00 เปลี่ยนเป็น F31.2 หรือหลักที่ 3 เช่น F20 เป็น F25 ยกเว้นการเปลี่ยนการวินิจฉัยที่ถือว่าเป็นโรคเดียวกัน ได้แก่ กลุ่มความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทซึ่งเกิดจากการใช้สาร (F12 mental and behavioral disorder due to use of cannabinoid, F15 mental and behavioral disorder due to use of amphetamine และ F19 mental and behavioral disorder due to use of multiple drugs) กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว (F30 manic episode และ F31 bipolar affective disorder) และกลุ่มโรคซึมเศร้า (F32 depressive episode, F33 recurrent depressive disorder และ F34 persistent mood affective disorder)

4. ชนิดของความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค ระบุโดยแพทย์ผู้ให้การรักษาผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยใน แบ่งเป็น 3 ประเภท¹ ได้แก่ 1) missed diagnosis หมายถึง กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการชัดเจนแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคหรือวินิจฉัยไม่ครบ เช่น ผู้ป่วยมีอาการเศร้า เบื่อหน่าย คิดฆ่าตัวตาย และอาการติดสุราที่มีวินัจฉัยแรกเริ่มเป็น mental and behavioural disorder due to use of alcohol (F10) แต่ขาดการวินิจฉัย depressive episode (F32) 2) wrong diagnosis หมายถึง กรณีให้การวินิจฉัยไม่ถูกต้องโดยมีการนำ

อาการสำคัญมาอธิบายประกอบการวินิจฉัยแล้วแต่อาการเหล่านั้นไม่เป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัย เช่น ผู้ป่วย bipolar affective disorder, current episode severe depressive (F31.4) มีวินัจฉัยเป็น depressive episode (F32) เนื่องจากไม่สามารถชักอาการของ manic episode ในครั้งก่อนหน้านั้น (previous episode) และ 3) delayed diagnosis หมายถึง กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคช้ากว่าที่ควร เช่น การไม่สามารถวินิจฉัย Wernicke-Korsakoff syndrome ได้ทันเวลาในผู้ป่วย alcohol withdrawal ทำให้เกิดผลแทรกซ้อนอย่างถาวร

5. สาเหตุความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย ใช้แนวทางความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยของเป้าหมาย ความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ. 2561 (SIMPLE Thailand 2018)¹ มีหัวข้อดังนี้ 1) ลักษณะทางคลินิก (clinical manifestation) หมายถึง อาการแสดงใช้แยกโรคยาก เป็นอาการแสดงที่พบไม่บ่อย 2) ข้อจำกัดด้านข้อมูล (limitation of data) หมายถึง มีการปกปิดข้อมูลสำคัญ ข้อมูลได้จากผู้ป่วย ญาติ หรือโรงพยาบาลก่อนหน้าไม่ครบ 3) ความรู้และความคลาดเคลื่อนทางความคิดของบุคคล (human knowledge/cognitive error) หมายถึง การขาดความรู้ การไม่ใช้หรือไม่ถามหาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง การแปลความหมายและการไม่ได้นำข้อมูลทั้งหมดมาสรุปเป็นการวินิจฉัยที่ดีที่สุด 4) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (investigation) หมายถึง การส่งตรวจไม่ตรงอาการหรือล่าช้า มีข้อจำกัดในการส่ง ผลที่ได้มีข้อผิดพลาด 5) การสื่อสาร (communication) หมายถึง การสื่อสารคลาดเคลื่อนระหว่างแพทย์ต่างสาขา สหวิชาชีพ และ ผู้ป่วยและญาติ 6) การบันทึกของบุคลากร (medical record) หมายถึง แพทย์ไม่บันทึกเวชระเบียน ทำให้แพทย์ที่ให้การรักษาลดไปไม่ทราบข้อมูล และ 7) การประเมิน/การประเมินซ้ำ (assessment/reassessment) หมายถึง แพทย์ไม่ไปประเมินด้วยตนเองหรือไม่ประเมินซ้ำเมื่อมีการรายงานอาการที่เปลี่ยนไป

ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจัดการประชุมชี้แจงรายละเอียดให้กับจิตแพทย์และแพทย์ประจำบ้านถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทบทวนความหมายชนิดและ

สาเหตุความคลาดเคลื่อน เพื่อทำความเข้าใจให้ตรงกันและ ทดลองลงความเห็นในกรณีตัวอย่าง โดยกำหนดให้แพทย์ ผู้ให้การรักษาผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยในเป็นผู้ลงความเห็น ความคลาดเคลื่อน จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือน กันยายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล ที่ผู้วิจัยออกแบบ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วย ชนิดและสาเหตุของความคลาดเคลื่อนในการ วินิจฉัยในผู้ป่วยทุกรายที่มีการเปลี่ยนการวินิจฉัยก่อน จำหน่ายต่างจากการวินิจฉัยแรกรับตามเกณฑ์ที่กำหนด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่และร้อยละ

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดกรอบแนวคิด

ดำเนินการในเดือนมกราคม ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 โดยประชุมทีมผู้วิจัยเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 และกำหนดกรอบความคิดเพื่อจัดทำร่างแนวปฏิบัติเพื่อ ลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบและจัดทำร่างต้นแบบ

ดำเนินการในเดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2567 โดยการประชุมร่วมกับจิตแพทย์ 3 คน 2 ครั้ง เพื่อจัดทำ ร่างแนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค ทางจิตเวชแยกตามสาเหตุของความคลาดเคลื่อนที่พบบ่อย

ขั้นตอนที่ 4 การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ

ดำเนินการในเดือนพฤษภาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2567 เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติ โดยการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence: IOC) จากความเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์ที่มีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 10 ปี 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์สาขาจิตเวช ทั่วไประดับทรงคุณวุฒิ 1 คน ระดับเชี่ยวชาญ 3 คน จิตแพทย์ สาขาจิตเวชเด็กและวัยรุ่นระดับทรงคุณวุฒิ 1 คน มีเกณฑ์การ ให้คะแนนดังนี้ 1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อนี้มีผลต่อการลด ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย 0 หมายถึง ไม่แน่ว่า ข้อนี้มีผลต่อการลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย และ -1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อนี้ไม่มีผลต่อการลดความ คลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย ค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 - 1 ถือว่ามี ค่าความเที่ยงตรงใช้ได้

ผล

อัตรา ชนิด และสาเหตุของความคลาดเคลื่อน ในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

ผู้ป่วยในจิตเวชที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ศรัทธาช่วงเดือนสิงหาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 884 คน มีผู้ป่วยที่เปลี่ยนการวินิจฉัย 56 คน (ร้อยละ 6.3) ในจำนวนนี้เป็นชาย 34 คน (ร้อยละ 60.7) ค่ามัธยฐานของ อายุ 37.5 ปี ค่ามัธยฐานของระยะเวลาความเจ็บป่วย 3.5 ปี ได้รับการตรวจที่แผนกฉุกเฉิน 50 คน (ร้อยละ 89.3) จิตแพทย์เป็นผู้รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล 30 คน (ร้อยละ 50.8) จิตแพทย์เป็นผู้จำหน่าย 42 คน (ร้อยละ 71.2) ชนิด ความคลาดเคลื่อนเป็น wrong diagnosis 39 คน (ร้อยละ 69.6) และ missed diagnosis 17 คน (ร้อยละ 30.4) ไม่พบ delayed diagnosis พบสาเหตุความคลาดเคลื่อน ทั้งหมด 86 สาเหตุ สาเหตุที่พบบ่อยมากที่สุด ได้แก่ ลักษณะ อาการทางคลินิก (ร้อยละ 45.3) และความรู้และความคลาด เคลื่อนทางความคิดของบุคคล (ร้อยละ 38.6)

อัตราความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยในแต่ละโรค คำนวณจากจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยก่อนจำหน่ายต่างจาก การวินิจฉัยแรกรับของโรคนั้นหารด้วยจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ที่ได้การวินิจฉัยโรคนั้นเมื่อแรกรับ โรคที่มีอัตราความคลาด เคลื่อนในการวินิจฉัยสูงสุด ได้แก่ โรคจิตชนิดเฉียบพลันและ เป็นชั่วคราว (acute and transient psychotic disorder) พบการเปลี่ยนการวินิจฉัย 4 คนจากผู้ที่ได้รับการวินิจฉัย เมื่อแรกรับ 7 คน (ร้อยละ 57.1) ภาวะสมองเสื่อมที่ไม่ระบุ รายละเอียด (unspecified dementia) พบ 3 จาก 9 คน (ร้อยละ 33.3) โรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ (recurrent depressive disorder) พบ 11 จาก 45 คน (ร้อยละ 24.4) ภาวะซึมเศร้า ชั่วครั้งชั่วคราว (depressive episode) พบ 7 จาก 36 คน (ร้อยละ 19.4) และ โรคอารมณ์สองขั้ว พบ 7 จาก 89 คน (ร้อยละ 7.8) โรคที่มีความคลาดเคลื่อนต่ำ ได้แก่ โรคจิตเภท พบ 6 จาก 365 คน (ร้อยละ 1.6) และความผิดปกติทาง พฤติกรรมและจิตประสาทซึ่งเกิดจากการใช้สาร พบ 8 จาก 223 คน (ร้อยละ 3.4)

กรอบแนวคิดแนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อน ในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ เป้าหมายความ ปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ. 2561 (SIMPLE

Thailand 2018)¹ เอกสารการถอดบทเรียนจากการประชุม HA national forum 24 หัวข้อ the path to improve diagnosis and reduce diagnostic error¹¹ แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการวินิจฉัยผิดพลาดโรงพยาบาลบึงกาฬ¹² โรงพยาบาลบ้านตาก¹³ และโรงพยาบาลบ้านคา¹⁴ เกณฑ์การประเมินสมรรถนะของแพทย์ประจำบ้านตามกิจกรรมวิชาชีพที่เชื่อถือไว้วางใจได้ (entrustable professional activity: EPA) ด้านทักษะทางวิชาชีพที่จิตแพทย์พึงมี¹⁵ และบทความสาเหตุและแนวทางแก้ไขความคลาดเคลื่อนทางความคิดของ Crumlish และ Kelly⁵ ซึ่งทั้งหมดเป็นหลักฐานจากความเห็นผู้เชี่ยวชาญที่ไม่มีการประเมินเชิงวิจารณ์ (critical appraisal) มีความน่าเชื่อถือของหลักฐาน (level of evidence) ระดับ 5 ถึง 7⁹ จากนั้นนำผลการทบทวนวรรณกรรมและการสำรวจอัตรา ชนิด และสาเหตุของความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคในขั้นตอนที่ 1 มาออกแบบและจัดทำร่างต้นแบบตามสาเหตุความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยที่พบบ่อยที่สุด

ร่างแนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

การร่างแนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมาย/ผู้ใช้เทคโนโลยี คือ แพทย์ 2) การกำหนดเป้าหมายเชิงพฤติกรรมหรือวัตถุประสงค์ที่ต้องการ คือ การลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช 3) การกำหนดรูปแบบของเทคโนโลยีเพื่อการเรียนรู้ เนื้อหาที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ คือ แนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช 4) การกำหนดรายละเอียดเนื้อหา คือ ร่างแนวทางแก้ไขตามสาเหตุของความคลาดเคลื่อนที่พบมากที่สุด ได้แก่ ลักษณะอาการทางคลินิกและความรู้และความคลาดเคลื่อนทางความคิดของบุคคล และ 5) การเขียนเนื้อหาสำหรับสื่อการเรียนรู้ประเภทต่าง ๆ คือ การเขียนเนื้อหารายละเอียดแนวปฏิบัติได้ร่างแนวทางลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช 14 ข้อ แบ่งเป็นแนวทางแก้ไขสาเหตุจากลักษณะอาการทางคลินิกของโรคทางจิตเวช 9 ข้อ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการประเมินทางจิตเวช (psychiatric evaluation) และแนวทางแก้ไขสาเหตุจากความรู้และความคลาดเคลื่อน

ทางความคิดของบุคคล 5 ข้อ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมเรียนรู้จากการวิเคราะห์ข้อผิดพลาด (root cause analysis: RCA) การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางความคิด และแนวทางการลดอคติ

ความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

ค่าคะแนน IOC เฉลี่ยของร่างแนวปฏิบัติ 14 ข้อเท่ากับ 0.8 ด้านลักษณะอาการทางคลินิกของทางโรคจิตเวช 9 ข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีค่า IOC เท่ากับ 1 ยกเว้นข้อ 2 ที่มีค่า IOC เท่ากับ 0.4 โดยผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าควรตัดข้อความ “ค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการ ทั้งสาเหตุนำ สาเหตุกระตุ้นของปัญหาที่แสดงออก และสาเหตุที่ทำให้ปัญหาคงอยู่” ออก เนื่องจากข้อความดังกล่าวไม่มีผลต่อการลดความคลาดเคลื่อน แต่มีเพื่อการทำความเข้าใจผู้ป่วยและวางแผนการรักษา ข้อ 6 ที่มีค่า IOC เท่ากับ 0.6 โดยผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าควรตัดข้อความ “รวมถึงการตระหนักถึงการตอบสนองทางอารมณ์ทั้งของแพทย์และของผู้ป่วยซึ่งอาจส่งผลต่อการวินิจฉัยโรค” ออก เนื่องจากข้อความดังกล่าวไม่มีผลต่อการลดความคลาดเคลื่อน แต่มีเพื่อเฝ้าระวังปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย transference และ countertransference และข้อ 7 ที่มีค่า IOC เท่ากับ 0.6 โดยผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าควรตัดข้อความ “ระบบขอความเห็นจากจิตแพทย์คนที่สอง (second opinion)” ออก เนื่องจากระบบการขอความเห็นจิตแพทย์คนที่สองในทางปฏิบัติเป็นไปได้ยาก ส่วนข้อ 8 ผู้เชี่ยวชาญขอทราบเหตุผลประกอบการพิจารณาเพิ่มเติม โดยไม่มีข้อเสนอแนะให้ปรับข้อความ ด้านความรู้และความคลาดเคลื่อนทางความคิดของบุคคล 5 ข้อ พบว่า ส่วนใหญ่ให้ค่าคะแนน IOC เป็น 1 ยกเว้นข้อ 5 ที่มีค่า IOC เท่ากับ 0.6 โดยผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าควรตัดข้อความ “และกิจกรรมการเรียนรู้ขององค์กรแพทย์” เนื่องจากการสร้างความตระหนักโดยใช้แนวทางการลดอคติ (de-biasing) ในกิจกรรมการเรียนรู้การสอนของแพทย์ประจำบ้านเป็นไปได้ แต่กิจกรรมการเรียนรู้ขององค์กรแพทย์เป็นไปได้ยาก หลังปรับแก้ ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาปรับค่าคะแนน IOC ทุกข้อ เท่ากับ 1 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร่องแนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชหลังผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ

สาเหตุความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย	แนวทางแก้ไข
ลักษณะอาการทางคลินิก	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและให้ข้อมูลที่เป็นจริงและครบถ้วนเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง¹⁵ 2. ซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจสภาพจิต ให้ละเอียดมากขึ้นในอาการที่สำคัญตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10 หรือ DSM-5¹⁵ 3. ซักประวัติจากญาติหรือผู้นำส่งเพิ่มเติม¹²⁻¹⁴ 4. ประสานขอข้อมูลประวัติความเจ็บป่วยและการรักษาจากโรงพยาบาลอื่น ทบสวนเวชระเบียนหรือประวัติการรักษาเดิม เพื่อนำมาประกอบการวินิจฉัย^{1,12-14} 5. รวบรวมข้อมูลทั้งหมดและสรุปผลการตรวจเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยและวินิจฉัยแยกโรค¹⁵ 6. บันทึกข้อมูลที่สนับสนุนการวินิจฉัยและวินิจฉัยแยกโรค (rule in/ rule out) ลงในเวชระเบียนให้ครบถ้วนสมบูรณ์ทุกครั้ง¹⁵ 7. กรณีเป็นแพทย์ประจำบ้านรวบรวมข้อมูลทั้งหมดปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ attending OPD, IPD, ER กรณีเป็นจิตแพทย์จัดให้มี peer review^{1,12-14} 8. เพิ่มช่องทางการสื่อสารของทีมสหวิชาชีพ ในการให้ข้อมูลเพื่อการวินิจฉัยโรค^{1,12-14} 9. มีระบบการเฝ้าระวังและรายงานความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย (การสุ่มหาหรือรายงานโดยแพทย์ที่พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย) วิเคราะห์ข้อมูล ค้นหาสาเหตุที่แท้จริง เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง^{1,12-14}
ความรู้และความคลาดเคลื่อนทางความคิดของบุคคล	1. จัดกิจกรรมเรียนรู้จากข้อผิดพลาด โดยการทำ root cause analysis (RCA) หรือ peer review^{1,12-14} 2. สร้างวัฒนธรรมองค์กรเพื่อการเรียนรู้ สนับสนุนด้านวิชาการแก่บุคลากร โดยการ จัดกิจกรรมวิชาการ ส่งบุคลากรเข้าอบรมหรือประชุมวิชาการเพื่อปรับปรุงความรู้ อยู่เสมอ และนำความรู้ที่ได้มาถ่ายทอดให้กับบุคลากรอื่น ๆ ในโรงพยาบาล^{1,12-14} 3. เสริมทักษะและประสบการณ์การคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ (critical thinking) ด้านการวินิจฉัยให้กับแพทย์ประจำบ้านผ่านกิจกรรมการเรียนการสอนได้แก่ การให้แพทย์ประจำบ้านอภิปรายขั้นตอนในการวินิจฉัยและอาจารย์ให้ข้อมูลสะท้อนกลับในกิจกรรม supervision, ER report, case conference สอนแสดง ในกิจกรรม bedside teaching ที่ OPD, ER, IPD^{11,15} 4. เฝ้าระวังเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนและอคติทางความคิด (cognitive errors/bias) ได้แก่ การให้ความสนใจเฉพาะการมีหรือไม่มีอาการต้นแบบ (prototype) หรือ classical manifestations ของโรค (representativeness error) การเลือก เชื่อถือข้อมูลที่รู้สึกคุ้นเคยจนมองข้ามข้อมูลอื่น (availability error) การปักใจเชื่อ ข้อมูลที่ได้ในตอนแรก จนละเลยที่จะพิจารณาข้อมูลอื่น ๆ ที่ตามมา (anchoring error) การมองหาแต่ข้อมูลที่ตรงกับความเชื่อตัวเองและปิดกั้นข้อมูลที่ขัดแย้ง (confirmation bias) การเลือกเชื่อตามกัน คือ ให้การวินิจฉัยโดยเชื่อตาม การวินิจฉัยเดิมทั้งที่ไม่มีหลักฐานว่าการวินิจฉัยนั้นถูก (diagnosis momentum bias)^{5,11} 5. สร้างความตระหนักรู้ผ่านกิจกรรมการเรียนการสอนของแพทย์ประจำบ้าน โดยใช้แนวทางการลดอคติ (de-biasing) คือเมื่อมีเหตุการณ์เข้ามาในความคิด/รับรู้ ข้อมูลอาการต่าง ๆ (perception) ตระหนักถึง cognitive errors (awareness) ทำความเข้าใจอย่างรอบด้าน (comprehensive) สะท้อนความคิดออกมา (reflection) เห็นปัญหาได้ครอบคลุมการวินิจฉัยและวินิจฉัยแยกโรค^{5,11}

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าโรคจิตชนิดเฉียบพลันและเป็นชั่วคราวมีความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยสูงสุด อาจเนื่องจากช่วงที่มีการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยมีระยะเวลาของอาการโรคจิตยังไม่ถึง 1 เดือนตามเกณฑ์วินิจฉัย ICD-10¹⁰ แต่เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้วผู้ป่วยบางรายยังคงมีอาการต่อเนื่องมากกว่า 1 เดือนหรือบางรายได้ข้อมูลระยะเวลาการเกิดโรคชัดเจนขึ้นทำให้แพทย์พิจารณาเปลี่ยนการวินิจฉัยโรค ต่างจากการศึกษาอื่นที่ไม่ระบุความคลาดเคลื่อนของโรคนี้แยกออกมา^{4,16} โรคที่พบว่ามี ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยสูงรองลงมา ได้แก่ โรคซึมเศร้า และโรคอารมณ์สองขั้ว คล้ายคลึงกับการศึกษาของ AlSalem และคณะ¹⁶ ที่พบว่าแพทย์ที่ส่งผู้ป่วยมาปรึกษามักประเมินว่าผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าสูงเกินไป โดยเกือบ 1 ใน 4 ผู้ป่วยไม่ควร ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชใด ๆ เลย นอกจากนี้ การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคทางกายเป็น เรื่องท้าทาย เนื่องจากอาการซึมเศร้านักซ้อนทับกับอาการ ของโรคทางกายได้ ส่วนโรคอารมณ์สองขั้วมักมีความยาก ในการซักประวัติเนื่องจากผู้ป่วยมักไม่ตระหนักหรือยอมรับ ว่ามีความเจ็บป่วยและผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะ เฉียบพลันที่มีความรุนแรงมักถูกวินิจฉัยผิดพลาดเป็น โรคจิตเภท¹⁷ อย่างไรก็ตาม กรณีสองกรณีที่ไม่ระบุ รายละเอียดซึ่งจัดอยู่ในกลุ่ม neurocognitive disorder ที่พบว่ามีคลาดเคลื่อนสูงแตกต่างจากการศึกษาของ Dilts และคณะ⁴ และ AlSalem และคณะ¹⁶ ซึ่งเป็นการศึกษา ความถูกต้องในการวินิจฉัยของแพทย์ทั่วไปที่ส่งผู้ป่วยปรึกษา จิตแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปที่พบว่า neurocognitive disorder มีความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคต่ำ

กลุ่มความผิดปกติจากการใช้สารและโรคจิตเภทที่ พบว่ามีความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคต่ำสอดคล้องกับ การศึกษาของ Dilts และคณะ⁴ AlSalem และคณะ¹⁶ และ Baca-Garcia และคณะ¹⁸ อาจเนื่องจากผู้ที่มีความผิดปกติ จากการใช้สารมีประวัติการใช้สารเสพติดและมีผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการยืนยัน เช่น การตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ ส่วนโรคจิตเภทมักมีอาการที่ชัดเจน ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน ความผิดปกติของคำพูด ความผิดปกติของ พฤติกรรม และอาการด้านลบ นอกจากนี้ในระยะยาวผู้ป่วย

มักมีอาการหลงเหลือให้ตรวจพบได้และมีเกณฑ์การวินิจฉัย ด้านระยะเวลาที่ชัดเจนที่ระบุว่าจะต้องมีอาการอย่างน้อย 1 เดือน¹⁹

ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยคลาดเคลื่อนทั้ง 56 คนได้รับการ วินิจฉัยเมื่อแรกรับโดยแพทย์ประจำบ้านใกล้เคียงกับ จิตแพทย์ โดยแพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่อยู่ในชั้นปีที่ 1 และ 2 และช่วงเวลาที่สำรวจอยู่ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนแรก ของการฝึกอบรม สาเหตุที่ความคลาดเคลื่อนใกล้เคียงกัน อาจเป็นผลจากกระบวนการจัดการเรียนการสอนของ โรงพยาบาลที่กำหนดให้อาจารย์ที่ปรึกษาประจำทุกหน่วย ปฏิบัติงาน เพื่อให้การวินิจฉัยและการดูแลผู้ป่วยถูกต้องตาม เกณฑ์ EPA¹⁵ ซึ่งกำหนดว่าแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 อยู่ใน ระดับ 2 สามารถปฏิบัติงานได้ภายใต้การควบคุมของอาจารย์ อย่างใกล้ชิด ส่วนแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 อยู่ในระดับ 3 สามารถปฏิบัติงานเองได้ภายใต้การชี้แนะของอาจารย์ จึงส่งผล ให้มีการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตามความเห็นของอาจารย์ ที่ปรึกษาที่ดูแลแพทย์ประจำบ้าน สอดคล้องกับการศึกษา เปรียบเทียบความถูกต้องในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ระหว่างแพทย์ประจำบ้านที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และ ห้องฉุกเฉิน ยืนยันการวินิจฉัยโดยการสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง ทางคลินิก (structured clinical interview for DSM-III-R: SCID) พบว่า แพทย์ประจำบ้านที่ห้องฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยใน มีความไวในการวินิจฉัยโรคมียุทธศาสตร์ดี เนื่องจากอยู่ในการ กำกับดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา²⁰

สาเหตุของความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย 2 อันดับแรกที่พบในศึกษานี้ ได้แก่ ลักษณะอาการทางคลินิก และความรู้และความคลาดเคลื่อนทางความคิดของบุคคล ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย ผู้ป่วยโรงพยาบาลฝ่ายกาย ซึ่งแนวปฏิบัติมักไม่ระบุสาเหตุ จากลักษณะอาการทางคลินิกหรือทางความคิดของบุคคล แต่มีกระบวนเหตุเชิงระบบ ปัจจัยแวดล้อม หรือเครื่องมือ เช่น การไม่ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นต่อการวินิจฉัยโรค การขาดการประสานงานหรือการสื่อสารระหว่างทีมแพทย์ การสื่อสารหรือประสานงานในโรงพยาบาลเกิดความคลาดเคลื่อน เครื่องมือหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่ได้มาตรฐาน หรือไม่เพียงพอ และบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย ต่อการทำงาน¹²⁻¹⁴ อาจเนื่องจากแนวปฏิบัติในการศึกษานี้

พัฒนาจากการสำรวจหาสาเหตุภายใต้บริบทการดูแลผู้ป่วยร่างแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้จึงมุ่งเน้นการดำเนินการกิจกรรมและกลไกที่สอดคล้องกับการป้องกันแก้ไขสาเหตุดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรม เช่น ระบบการเฝ้าระวังและรายงานความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย (การสุ่มหาหรือรายงานโดยแพทย์ที่พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย) การจัดกิจกรรมเรียนรู้จากข้อผิดพลาดโดยการทำ RCA หรือ peer review และการกำหนดให้มีอาจารย์ที่ปรึกษากำกับดูแลแพทย์ประจำบ้านทั้งที่แผนกฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ดังนั้นแนวทางแก้ไขในแนวปฏิบัตินี้มีความเป็นไปได้ในการลดความคลาดเคลื่อนตามวัตถุประสงค์

แนวปฏิบัตินี้จัดทำขึ้นสำหรับจิตแพทย์และแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์ จึงเหมาะสมกับโรงพยาบาลจิตเวชหรือโรงพยาบาลทั่วไปที่มีจิตแพทย์เนื่องจากการดำเนินแนวทางแก้ไขสาเหตุความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชจากลักษณะอาการทางคลินิกต้องอาศัยทักษะการประเมินทางจิตเวช และการดำเนินแนวทางแก้ไขสาเหตุจากความรู้และความคลาดเคลื่อนทางความคิดของบุคคลต้องอาศัยทักษะการคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ ทักษะเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางความคิด และทักษะการจัดการอคติทางความคิด การนำไปใช้ในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิที่ไม่มีจิตแพทย์จึงควรมีการเพิ่มพูนทักษะที่จำเป็นดังกล่าวให้กับแพทย์ผู้ปฏิบัติงานร่วมกับการวางระบบให้คำปรึกษาจากจิตแพทย์ในเครือข่ายบริการสุขภาพ นอกจากนี้การนำแนวปฏิบัติไปใช้เพื่อให้มีประสิทธิภาพควรมีการเตรียมความพร้อม การสื่อสาร และการทำความเข้าใจแนวปฏิบัติกับแพทย์และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อลดความกังวลและสร้างบรรยากาศทางบวกในการเรียนรู้ร่วมกัน

การศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากการระบุชนิดและสาเหตุความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยขึ้นอยู่กับแพทย์เจ้าของไข้เพียงคนเดียว แม้มีการประชุมทบทวนนิยามที่เกี่ยวข้องและทดลองกับตัวอย่างร่วมกัน แต่แพทย์แต่ละคนอาจมีความเห็นเฉพาะตนที่แตกต่างกันหรืออาจมีอคติทางความคิดดังที่ได้กล่าวมาแล้ว อีกทั้งไม่มีการใช้เครื่องมือที่ยืนยันความถูกต้องของวินิจฉัย เช่น SCID¹⁸ จึงควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อลดข้อจำกัดดังกล่าวและการศึกษาต่อยอด

ตามขั้นตอนที่ 5 ถึง 7 ของการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิตต่อไป ได้แก่ การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ในระบบจริง การขยายผลในโรงพยาบาลอื่น ๆ การปรับปรุงการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ และการประเมินผลและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อยืนยันถึงประสิทธิผลของแนวปฏิบัติในหลากหลายบริบท

สรุป

แนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชในการศึกษานี้พัฒนาขึ้นเพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากสาเหตุที่พบบ่อยจากการปฏิบัติงาน ได้แก่ ลักษณะอาการทางคลินิกและความรู้และความคลาดเคลื่อนทางความคิดของบุคคล โดยมุ่งเน้นแนวทางการประเมินทางจิตเวชที่ครอบคลุม การจัดกิจกรรมเรียนรู้จากข้อผิดพลาด การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางความคิด และการลดอคติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา และกรมสุขภาพจิต ที่ให้ความเห็นต่อแนวปฏิบัติ

การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วน

รักสุตา กิจอรุณชัย : ออกแบบและจัดทำโครงสร้างวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ ; สมชาย ตันศิริสิทธิกุล : ทบทวนแนวคิด ออกแบบการวิจัย เก็บข้อมูล ตรวจสอบนิพนธ์ต้นฉบับ

เอกสารอ้างอิง

1. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018. Nonthaburi: Famous and Successful; 2018. (in Thai)
2. Phillips J. Detecting diagnostic error in psychiatry. *Diagnosis (Berl)*. 2014;1(1):75-8. doi:10.1515/dx-2013-0032.
3. Ayano G, Demelash S, Yohannes Z, Haile K, Tulu M, Assefa D, et al. Misdiagnosis, detection rate, and associated factors of severe psychiatric disorders in specialized psychiatry centers in Ethiopia. *Ann Gen Psychiatry*. 2021;20(1):10. doi:10.1186/s12991-021-00333-7.

4. Dilts SL Jr, Mann N, Dilts JG. Accuracy of referring psychiatric diagnosis on a consultation-liaison service. *Psychosomatics*. 2003;44(5):407-11. doi:10.1176/appi.psy.44.5.407.
5. Crumlish N, Kelly BD. How psychiatrists think. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2009;15(1): 72-9. doi:10.1192/apt.bp.107.005298.
6. Aboraya A, Rankin E, France C, El-Missiry A, John C. The reliability of psychiatric diagnosis revisited: the clinician's guide to improve the reliability of psychiatric diagnosis. *Psychiatry (Edgmont)*. 2006;3(1):41-50.
7. Graber ML, Franklin N, Gordon R. Diagnostic error in internal medicine. *Arch Intern Med*. 2005;165(13): 1493-9. doi:10.1001/archinte.165.13.1493.
8. Srithanya Hospital. Medical organization meeting minutes report No. 8/2023 (25 April 2023). Nonthaburi: Srithanya Hospital; 2023. (in Thai)
9. Division of Mental Health Development, Department of Mental Health. Manual for research and development of mental health technology. Nonthaburi: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand, LTD Publishing; 2012. (in Thai)
10. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
11. Ittiphisirt S, Sukkrasant P. The path to improve diagnosis and reduce diagnostic error [Internet]. Bangkok: Quality The Story; 2024 [cited 2024 Aug 5]. Available from: https://www.qualitythestory.com/improve_diag/. (in Thai)
12. Ban Tak Hospital. Guideline for reduce diagnostic error [Internet]. Tak: Ban Tak Hospital; 2022 [cited 2024 Aug 5]. Available from: <https://www.bantak-hospital.go.th/pdf/project/20210322102750.pdf> (in Thai)
13. Bankha Hospital. Guildlike for reduce diagnostic error [Internet]. Ratchaburi: Bankha Hospital; 2022 [cited 2024 Aug 5]. Available from: http://www.bkhosp.go.th/hospital/page/work_instruction/instruction/confix/files/แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกัน การวินิจฉัยผิดพลาด%20(Diagnostic%20Error).pdf (in Thai)
14. Bueng Kan Hospital. Guideline for reduce diagnostic error [Internet]. Bueng Kan: Bueng Kan Hospital; 2022 [cited 2024 Aug 5]. Available from: https://bkh.moph.go.th/bkhweb/uploads/media/202405161028306_P-MO-02_เรื่องแนวทางป้องกันความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค.pdf (in Thai)
15. The Royal College of Psychiatrists of Thailand. Entrustable professional activity (EPAs). Bangkok: The Royal College of Psychiatrists of Thailand; 2022. (in Thai)
16. AlSalem M, AlHarbi MA, Badeghiesh A, Tourian L. Accuracy of initial psychiatric diagnoses given by nonpsychiatric physicians: a retrospective chart review. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(51):e23708. doi:10.1097/MD.00000000000023708.
17. Bradford A, Meyer AND, Khan S, Giardina TD, Singh H. Diagnostic error in mental health: a review. *BMJ Qual Saf*. 2024;33(10):663-672. doi:10.1136/bmjqs-2023-016996.
18. Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Basurte-Villamor I, Fernandez del Moral AL, Jimenez-Arriero MA, Gonzalez de Rivera JL, et al. Diagnostic stability of psychiatric disorders in clinical practice. *Br J Psychiatry*. 2007;190:210-6. doi:10.1192/bjp.bp.106.024026.
19. Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1970;126:983-7. doi:10.1176/ajp.126.7.983.
20. Del-Ben CM, Hallak JE, Sponholz A Jr, Marques JM, Labate CM, Contel JO, et al. Accuracy of psychiatric diagnosis performed under indirect supervision. *Braz J Psychiatry*. 2005;27(1):58-62. doi:10.1590/s1516-44462005000100013.

นิพนธ์ต้นฉบับ

หลักสูตรการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ให้คำปรึกษาในระบบศาล

วันรับ : 28 พฤษภาคม 2567

วันแก้ไข : 19 ตุลาคม 2567

วันตอบรับ : 21 ตุลาคม 2567

วิชชุดา จันทราชภูริ, พ.บ.

สถาบันกัลยาณราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและทดสอบความเป็นไปได้ของหลักสูตรการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ให้คำปรึกษาในระบบศาล

วิธีการ : การวิจัยและพัฒนา 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์บริบทและความต้องการพัฒนาหลักสูตรโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการประชุมโดยใช้เทคนิค appreciation influence control (AIC) 2) การพัฒนาหลักสูตรการให้คำปรึกษาพื้นฐานและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และ 3) การทดสอบความเป็นไปได้ของหลักสูตรแบบกลุ่มเดียว 1 ครั้งในผู้ให้คำปรึกษาและนักจิตวิทยาศาลแขวงธนบุรี วัดระดับความรู้และความมั่นใจในการให้คำปรึกษาก่อนและหลังอบรมและประเมินผลการฝึกปฏิบัติโดยแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Wilcoxon signed-rank test

ผล : ร่างหลักสูตรประกอบด้วย 8 หัวข้อการเรียนรู้ ใช้เวลาอบรม 2 วัน รวม 12 ชั่วโมง ใช้รูปแบบการบรรยาย การอภิปราย การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ มีดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.96 การทดสอบในกลุ่มตัวอย่าง 12 คน เป็นผู้ให้คำปรึกษาของศาล 11 คนและนักจิตวิทยาของศาล 1 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และระดับความมั่นใจในการให้คำปรึกษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่าง 10 คนผ่านเกณฑ์การฝึกปฏิบัติการให้คำปรึกษา ทุกคนใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาที่หลากหลายและเหมาะสมกับจังหวะและสถานการณ์ หลักสูตรร่างสุดท้ายมีการปรับตามข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างโดยเพิ่มระยะเวลาการอบรมหัวข้อการเสพติดและปรับรูปแบบการฝึกปฏิบัติให้ยืดหยุ่นกับจำนวนผู้รับการอบรม

สรุป : หลักสูตรการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ให้คำปรึกษาในระบบศาลมีแนวโน้มช่วยผู้ให้คำปรึกษาในระบบศาลมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการให้คำปรึกษาผู้ต้องหาและจำเลย

คำสำคัญ : การให้คำปรึกษา, คลินิกจิตสังคม, ผู้ให้คำปรึกษา, ศาล, หลักสูตร

ติดต่อผู้นิพนธ์ : วิชชุดา จันทราชภูริ; e-mail: boewitchuda115@gmail.com

Original article

Basic counseling training program for counselors in the court system

Received : 28 May 2024

Witchuda Chantararat, M.D.

Revised : 19 October 2024

Galya Rajanagarindra Institute, Department of Mental Health

Accepted : 21 October 2024

Abstract

Objective: To develop and test the feasibility of a basic counseling training program for counselors in the court system.

Methods: This research and development study consisted of three steps: 1) needs analysis for curriculum development through in-depth interviews and the appreciation influence control (AIC) technique; 2) the construction of the curriculum and the content validity assessment; and 3) the feasibility testing of the curriculum with a single group consisting of court counselors and psychologists from the Thonburi Kwaeng Court. Knowledge and confidence levels before and after training and the performance of counseling practice were assessed using a researcher-developed assessment tools. Data were analyzed by using descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test.

Results: The draft of the curriculum consisted of eight topics conducted over two days for a total of 12 hours, employing lectures, discussions, demonstrations, and practical exercises. The content validity index for the draft was 0.96. Testing with a sample of 12 participants (11 counselors and one psychologist) revealed a significant increase in knowledge and confidence levels in counseling. Ten participants met the practical training criteria. All participants used various counseling techniques suitable for the timing and situations. The final draft was revised based on feedback from participants by extending the training duration for addiction and making practical training more flexible to accommodate varying number of trainees.

Conclusion: The basic counseling training program for counselors in the court system shows promise in enhancing knowledge, skills, and confidence of court counselors in providing effective counseling to defendants and suspects.

Keywords: counseling, counselor, court, psychosocial services, training program

Corresponding author: Witchuda Chantararat; e-mail: boewitchuda115@gmail.com

ความรู้เดิม : หลักสูตรการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐานเดิมช่วยให้ผู้อบรมทราบบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาและกระบวนการให้คำปรึกษา แต่ขาดความรู้เรื่องสารเสพติดและโรคทางจิตเวช ซึ่งไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานของผู้ให้คำปรึกษาในการวางแผนช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษา และหลักสูตรเดิมไม่มีการประเมินผลการอบรม

ความรู้ใหม่ : หลักสูตรใหม่ที่พัฒนาขึ้น (ร่างหลักสูตรที่ 2) ประกอบด้วย 8 หัวข้อการเรียนรู้ ใช้เวลาอบรม 2 วัน รวม 12 ชั่วโมง ได้เพิ่มหัวข้อการเสพติด ความสัมพันธ์ของโรคติดสารเสพติดกับโรคทางจิตเวช การบันทึกข้อมูลรวมทั้งการประเมินผลด้วยแบบประเมินความรู้ การทดสอบเบื้องต้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และความมั่นใจในการให้คำปรึกษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์การฝึกปฏิบัติและใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาที่หลากหลายและเหมาะสมกับจังหวะและสถานการณ์ ร่างหลักสูตรสุดท้ายมีการเพิ่มระยะเวลาการอบรมหัวข้อการเสพติดและปรับการฝึกปฏิบัติให้ยืดหยุ่นตามจำนวนผู้รับการอบรม

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การอบรมผู้ให้คำปรึกษาของศาลเพื่อเพิ่มความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการให้คำปรึกษา โดยควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อยืนยันประสิทธิผลของหลักสูตร

บทนำ

การให้คำปรึกษาด้านจิตสังคมในระบบศาลเป็นมาตรการที่ศาลนำกระบวนการให้คำปรึกษามาปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษาที่เป็นผู้ต้องหาหรือจำเลยที่ศาลอนุญาตให้ปล่อยชั่วคราวเพื่อป้องกันการหลบหนีและก่อคดีซ้ำและช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาที่เป็นจำเลยที่ศาลพิพากษาว่ามีความผิดและรอการกำหนดโทษหรือรอการลงโทษไว้ให้มีทักษะชีวิตที่ดีและไม่ก่อคดีซ้ำ นอกจากนี้ยังนำมาเยียวยาบาดแผลทางใจของผู้เสียหายในคดีอาญาร่วมด้วย โดยคดีที่ผู้รับคำปรึกษากระทำผิดมากที่สุด คือ คดียาเสพติด ซึ่งผู้พิพากษาจะพิจารณาว่าใครมีความเหมาะสมที่จะเข้ารับคำปรึกษา ส่วนผู้ให้คำปรึกษาของศาลเป็นผู้มีจิตอาสาซึ่งได้รับการแต่งตั้งจากศาลและได้รับการอบรมการให้คำปรึกษาก่อนการปฏิบัติงาน¹

คลินิกให้คำปรึกษาด้านจิตสังคมในระบบศาลแห่งแรกของประเทศไทยดำเนินการโดยศาลอาญามุขบุรีตั้งแต่ พ.ศ. 2552¹ หลังการดำเนินงานพบว่าอัตราการกระทำผิดซ้ำของผู้รับคำปรึกษาระหว่างปี พ.ศ. 2552 - 2554 ลดลงจากร้อยละ 17.1 เป็นร้อยละ 11.2 และร้อยละ 4.2 ตามลำดับ² จึงมีการขยายผลจนปัจจุบันมีศาลที่ดำเนินการให้คำปรึกษาด้านจิตสังคม 163 แห่งจากศาลทั่วประเทศ 227 แห่ง การดำเนินงานระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2566 พบอัตราการกระทำผิดซ้ำเฉลี่ยร้อยละ 1.03 ของผู้เข้ารับคำปรึกษาทั้งหมด 76,271 คน โดยผู้เข้ารับคำปรึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดีขึ้นและสามารถควบคุมอารมณ์และการกระทำได้เมื่อต้องเผชิญกับแรงกดดันต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม การสำรวจความคิดเห็นของผู้ให้คำปรึกษาของศาลเกี่ยวกับการอบรมการให้คำปรึกษาพบว่าผู้ให้คำปรึกษายังขาดความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด โรคจิตเวชจากการใช้สารเสพติด ปัญหาสุขภาพจิตและการบันทึกข้อมูลการให้คำปรึกษา โดยมีข้อเสนอให้มีการจัดอบรมในประเด็นดังกล่าวเพิ่มเติมและควรมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติงาน³ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานผลการอบรมการให้คำปรึกษาในระบบศาลของวิทยากรหลักที่สังกัดกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2566 ที่พบว่าผู้ให้คำปรึกษายังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องสารเสพติดและโรคทางจิตเวช⁴ ซึ่งส่งผลกระทบต่อวางแผนการช่วยเหลือที่ไม่เหมาะสมและให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้อุปสรรคและความท้าทายในการให้คำปรึกษาในระบบศาลยังรวมถึงการขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำความผิดและความสัมพันธ์ระหว่างการติดสารเสพติดกับโรคทางจิตเวชซึ่งมักพบร่วมกัน⁵⁻⁹

ในปี พ.ศ. 2560 สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ได้พัฒนาหลักสูตรแกนกลางการให้คำปรึกษา สำหรับผู้ให้คำปรึกษา คลินิกจิตสังคมในระบบศาล เพื่อสนับสนุนด้านวิชาการภายใต้บันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือเพื่อการดำเนินงานให้คำปรึกษาด้านจิตสังคมแก่ผู้ต้องหาหรือจำเลยคดียาเสพติดในระบบศาล หลักสูตรประกอบด้วย การให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐาน การให้คำปรึกษาการจัดการภาวะเสพติด และการให้คำปรึกษาครอบครัว¹⁰ การทบทวนเนื้อหาพบว่าทั้งสามหลักสูตรยังขาดเนื้อหาความรู้เรื่องสารเสพติดและโรคทางจิตเวช จึงอาจไม่เพียงพอต่อการ

ปฏิบัติงานของผู้ให้คำปรึกษาในการวางแผนช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาที่เหมาะสม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาหลักสูตรการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ให้คำปรึกษาในระบบศาล โดยพัฒนาจากหลักสูตรการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐานเดิมให้ครอบคลุมเนื้อหาดังกล่าว

วิธีการ

การวิจัยและพัฒนา (research and development design) ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต เลขที่ 2/2567 วันที่ 17 พฤศจิกายน 2566 ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์บริบท สถานการณ์ และความต้องการในการพัฒนาหลักสูตรการให้คำปรึกษา

ดำเนินการในผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกการให้คำปรึกษา ศาลแขวงธนบุรี ซึ่งเป็นศาลที่ผู้บริหารของศาลมีความต้องการพัฒนาศักยภาพผู้ให้คำปรึกษา ประกอบด้วยนักจิตวิทยาที่ปฏิบัติงานในคลินิกการให้คำปรึกษาของศาลอย่างน้อย 1 ปี 1 คน เพื่อสำรวจบทบาทในการบริหารจัดการการให้คำปรึกษาของศาลและการเป็นผู้ให้คำปรึกษาของศาล และผู้ให้คำปรึกษาที่เคยอบรมหลักสูตรแกนกลางการให้คำปรึกษาและปฏิบัติงานต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ปี 3 คน เพื่อสำรวจช่องว่างและปัญหาจากการทำงานและการอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาเดิม เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยผู้วิจัยผ่านระบบออนไลน์ครั้งละ 30 นาที โดยแจ้งแนวทางการบันทึกข้อมูลและส่งประเด็นคำถามให้ผู้ให้ข้อมูลล่วงหน้า และขอความยินยอมในการบันทึกเสียงก่อนการสัมภาษณ์ วิเคราะห์เนื้อหาจากการถอดบันทึกการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัย

2. ผู้พิพากษาและนักวิชาการ ประกอบด้วยผู้พิพากษาที่มีประสบการณ์ดำเนินงานคลินิกให้คำปรึกษาของศาล 3 คนจากศาลจังหวัด ศาลแขวง และศาลเยาวชนและครอบครัวแห่งละ 1 คน ซึ่งผู้บริหารของศาลในเขตอำนาจอธิบดีผู้พิพากษามา 1 คัดเลือก และนักวิชาการที่ขับเคลื่อนงานโครงการพัฒนาวิชาการเชิงระบบเพื่อให้คำปรึกษา

ด้านจิตสังคมในระบบศาลแก่ผู้ต้องหาคดียาเสพติดและคดีความรุนแรงในครอบครัว 2 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยผู้วิจัย ผ่านระบบออนไลน์ครั้งละ 30 นาที โดยแจ้งแนวทางการบันทึกข้อมูลและส่งประเด็นคำถามให้ผู้ให้ข้อมูลล่วงหน้าและขอความยินยอมในการบันทึกเสียงก่อนการสัมภาษณ์ วิเคราะห์เนื้อหาจากการถอดบันทึกการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัย

3. คณะทำงานของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และวิทยาการหลัก ประกอบด้วยคณะทำงานที่ร่วมพัฒนาหลักสูตรแกนกลางการให้คำปรึกษาและมีประสบการณ์ด้านนิติสุขภาพจิตอย่างน้อย 3 ปี ได้แก่ จิตแพทย์ 2 คนและนักจิตวิทยาคลินิก 2 คน และวิทยาการหลักที่เป็นผู้อบรมหลักสูตรแกนกลางการให้คำปรึกษาให้กับผู้ให้คำปรึกษาของศาลอย่างน้อย 3 ปี 3 คน เก็บข้อมูลโดยใช้เทคนิค appreciation influence control (AIC) ได้แก่ การสร้างความรู้ (appreciation) การพัฒนาหลักสูตร (influence) และการสร้างแนวทางปฏิบัติ (control) โดยจัดประชุม 1 ครั้ง ณ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ระยะเวลา 3 ชั่วโมง ผู้วิจัยแจ้งแนวทางการเก็บข้อมูลและส่งประเด็นในการอภิปรายให้ผู้เข้าประชุมทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการอภิปรายและขอความยินยอมในการบันทึกเสียงก่อนการประชุม ประเด็นในการอภิปรายเป็นไปตามวัตถุประสงค์ในการประชุม ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์/บริบทของผู้ให้คำปรึกษาและศาล ปัญหา/อุปสรรคในการใช้หลักสูตรการให้คำปรึกษาเดิมและผลการอบรมผู้ให้คำปรึกษา และข้อเสนอในการปรับปรุงเนื้อหา/รูปแบบการจัดอบรมและการประเมินผลการอบรม วิเคราะห์เนื้อหาจากการถอดบันทึกการประชุมโดยผู้วิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาร่างหลักสูตรการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ให้คำปรึกษาในระบบศาล

เพื่อจัดทำร่างหลักสูตรการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ให้คำปรึกษาในระบบศาล (ร่างหลักสูตรที่ 1) โดยพัฒนาจากหลักสูตรการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐาน (สำหรับศาลทั่วไป) ซึ่งอยู่ในหลักสูตรแกนกลางการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ให้คำปรึกษา คลินิกจิตสังคมในระบบศาล¹⁰ ร่วมกับผลจากขั้นตอนที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ การทำ case formulation ในผู้ป่วยนิติจิตเวช^{5,6} ความรู้และ

แนวทางบำบัดรักษาเกี่ยวกับการเสพติด โรคทางจิตเวช และความสัมพันธ์ของโรคจิตตสารเสพติดกับโรคทางจิตเวช⁷⁻⁹ แนวทางการบำบัดรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 กรณีส่งต่อจากศาล^{11,12} แนวทางการพัฒนาหลักสูตรและการประเมินผลหลักสูตร¹³⁻¹⁵ และแนวปฏิบัติสำหรับการให้คำปรึกษาในระบบศาล¹⁶⁻¹⁸ จากนั้นตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของร่างหลักสูตรที่ 1 โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีประสบการณ์ด้านวิชาการและการถ่ายทอดความรู้อย่างน้อย 10 ปี ได้แก่ จิตแพทย์ 5 คน และนักจิตวิทยาคลินิก 2 คน โดยการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) และนำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงเป็นร่างหลักสูตรการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ให้คำปรึกษาในระบบศาล (ร่างหลักสูตรที่ 2)

ขั้นตอนที่ 3 การทดสอบความเป็นไปได้ของหลักสูตรการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ให้คำปรึกษาในระบบศาล และการปรับปรุงหลักสูตร

ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากศาลแขวงธนบุรีในการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) ผู้ให้คำปรึกษาหรือนักจิตวิทยาที่ได้รับการแต่งตั้งจากศาลให้ปฏิบัติงานในช่วงเวลาที่ศึกษาวิจัย 2) ไม่เคยอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาหรือเคยอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐานมาแล้วมากกว่า 2 ปี และ 3) สื่อสารภาษาไทยโดยพูด อ่าน เขียนได้ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีปัญหาสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตที่ไม่สามารถเข้าร่วมการอบรมได้ และเกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ยุติการเป็นผู้ให้คำปรึกษาด้านจิตสังคมในระบบศาลขณะเข้าร่วมวิจัย หรือ 2) มีปัญหาด้านสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตที่ไม่สามารถเข้าร่วมการอบรมได้จนจบหลักสูตร จากนั้นทดสอบความเป็นไปได้ของหลักสูตรโดยใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดียวกันในขั้นตอนที่ 2 ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 ประกอบด้วย

1. แบบเก็บข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาและความถี่การปฏิบัติงานที่คลินิกจิตสังคม ประสบการณ์การอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐาน การอบรมหรือดูแลผู้ติดสารเสพติด

และการอบรมหรือดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยกลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง

2. แบบประเมินความรู้และความมั่นใจในการให้คำปรึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง ใช้ประเมินก่อนอบรม (pre-test) และหลังอบรม (post-test) แบ่งเป็นส่วนประเมินความรู้ 10 ข้อและส่วนประเมินระดับความมั่นใจในการให้คำปรึกษา 1 ข้อ ส่วนประเมินความรู้แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก ให้เลือกข้อที่คิดว่าถูกต้อง หากตอบถูกจะได้คะแนนข้อละ 1 คะแนน ประเด็นที่ประเมิน ได้แก่ เป้าหมายการให้คำปรึกษา บทบาทผู้ให้คำปรึกษา จริยธรรมการให้คำปรึกษา กระบวนการให้คำปรึกษา ฤทธิ์ของสารเสพติด โรคทางจิตเวชที่พบร่วมกับการใช้สารเสพติด การวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ จากกรณีศึกษาตามหลักการ case formulation และการวางแผนจัดการจากกรณีศึกษา เช่น การส่งต่อเพื่อบำบัดและให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม ส่วนประเมินระดับความมั่นใจในการให้คำปรึกษามีตัวเลือกระดับคะแนน 1 - 10 โดย คะแนน 1 หมายถึง มีระดับความมั่นใจในการให้คำปรึกษาน้อยที่สุด และคะแนน 10 หมายถึง มีระดับความมั่นใจในการให้คำปรึกษามากที่สุด

3. แบบประเมินการฝึกปฏิบัติกระบวนการให้คำปรึกษา (สำหรับผู้สวมบทบาทผู้ให้คำปรึกษา) ประเมินโดยวิทยากรกลุ่ม หัวข้อประเมินประกอบด้วยกระบวนการให้คำปรึกษา เทคนิคการให้คำปรึกษา ทักษะและการให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาทักษะการให้คำปรึกษาโดยหัวข้อกระบวนการให้คำปรึกษาแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพและตกลงการให้บริการ การสำรวจปัญหา สาเหตุ และความต้องการของการรับคำปรึกษา การวางแผนแก้ไขปัญหและจัดการกับปัญหา การยุติการให้บริการ และการบันทึกการให้บริการ แต่ละขั้นตอนมีคำตอบ 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติได้ดี หมายถึง สามารถให้คำปรึกษาตามขั้นตอนนั้นได้ถูกต้องเหมาะสม ปฏิบัติได้ หมายถึง สามารถให้คำปรึกษาตามขั้นตอนนั้นได้แต่มีข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาเพิ่มเติม และไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติในขั้นตอนนั้น การศึกษานี้กำหนดการฝึกปฏิบัติที่ถือว่าผ่านเกณฑ์ คือ สามารถปฏิบัติตามกระบวนการให้คำปรึกษาได้ครบ 5 ขั้นตอนภายใน 30 นาที

และไม่พบปัญหาด้านทัศนคติและจริยธรรมการให้คำปรึกษา

4. แบบสอบถามความคิดเห็นสำหรับการพัฒนาหลักสูตรและแนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้ให้คำปรึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประเมินหลังอบรมเสร็จใน 5 ประเด็น ได้แก่ ความเหมาะสมของเนื้อหา รูปแบบการอบรม ระยะเวลาการอบรม ความเหมาะสมในการนำไปใช้ประโยชน์ และแนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้ให้คำปรึกษา

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป การฝึกปฏิบัติ และความคิดเห็น โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนความรู้และระดับความมั่นใจในการให้คำปรึกษาก่อนและหลังอบรม โดยทดสอบการแจกแจงความถี่ของข้อมูลโดยใช้กราฟฮิสโตแกรม กรณีพบการแจกแจงปกติใช้การทดสอบ paired t-test กรณีพบการแจกแจงแบบไม่ปกติใช้ Wilcoxon signed-rank test

จากนั้นพัฒนาหลักสูตรขั้นสุดท้าย โดยนำข้อมูลจากการทดสอบความเป็นไปได้ของหลักสูตรมาปรับแก้เพื่อความเหมาะสมกับบริบทของผู้เข้ารับการอบรม

ผล

ผลการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1

การสำรวจบริบทและสถานการณ์ของศาลพบว่า ปัจจุบันมีคลินิกการให้คำปรึกษาด้านจิตสังคมในระบบศาลที่ดำเนินการในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 163 แห่งจากศาลทั้งหมด 227 แห่ง ประกอบด้วยศาลจังหวัด ศาลเยาวชนและครอบครัว ศาลแขวง และศาลอาญา จำนวนผู้ให้คำปรึกษาในแต่ละศาลไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับจำนวนคดีที่รับผิดชอบและผู้มีจิตอาสาที่สมัครเป็นผู้ให้คำปรึกษาของศาล ผู้รับคำปรึกษาเป็นผู้ก่อคดีอาชญากรรมมากที่สุด ปัญหาของผู้รับคำปรึกษาที่พบบ่อย ได้แก่ ปัญหาการติดสารเสพติด ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ทักษะการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม ความเครียด และภาวะซึมเศร้า ซึ่งศาลจัดการโดยการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเหลือตามสภาพปัญหาหรือช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ/หรือส่งบำบัดรักษากรณีติดสารเสพติดรุนแรงหรือมีอาการจิตเวช ตัวอย่างบริบทการดำเนินงานของศาลแขวงธนบุรี มีผู้ให้คำปรึกษา 19 คน ซึ่งปฏิบัติงาน 2 คนต่อวัน ผู้ให้คำปรึกษาแต่ละคนให้คำปรึกษาเฉลี่ย 2 - 3 คนต่อวัน นักจิตวิทยาประจำศาลเป็น

ผู้คัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้นและประเมินปัญหาต่าง ๆ จากนั้นพิจารณาส่งให้ผู้ให้คำปรึกษาให้บริการต่อ เมื่อเสร็จสิ้นการให้คำปรึกษามีการรายงานผลการให้คำปรึกษาต่อผู้พิพากษาเพื่อประกอบการพิพากษาหรือพิจารณาเงื่อนไขในการคุมประพฤติต่อไป

ข้อจำกัดการดำเนินงานของศาล ได้แก่ ผู้ให้คำปรึกษาขาดความรู้เกี่ยวกับฤทธิ์ของสารเสพติดและโรคจิตเวชซึ่งส่งผลให้ประเมินอาการและให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตไม่ถูกต้อง ผู้ให้คำปรึกษาประเมินปัญหาไม่ครอบคลุมและบันทึกข้อมูลโดยไม่สรุปประเด็นปัญหาซึ่งส่งผลให้ผู้พิพากษาไม่สามารถนำข้อมูลการให้คำปรึกษามาประกอบการพิจารณาคดีหรือกำหนดเงื่อนไขคุมประพฤติได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งจำนวนผู้ให้คำปรึกษาไม่เพียงพอกับจำนวนผู้รับคำปรึกษาต่อวันซึ่งส่งผลให้ผู้ให้คำปรึกษาที่เป็นผู้สูงอายุเหนื่อยล้าและมีปัญหาสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างที่เคยอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาดเดิมมีความเห็นว่าหลักสูตรเดิมช่วยให้เข้าใจในบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาของศาล จริยธรรมการให้คำปรึกษา และกระบวนการให้คำปรึกษา ทำให้สามารถให้คำปรึกษาได้แต่มีข้อจำกัด คือ ขาดความรู้เรื่องสารเสพติดและโรคจิตเวช ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีความมั่นใจในการประเมินอาการและวางแผนช่วยเหลือและขาดแนวทางการบันทึกข้อมูลการให้คำปรึกษา ข้อเสนอในการพัฒนาหลักสูตรใหม่ ได้แก่ ควรจัดอบรมครั้งละ 2 - 3 วัน รูปแบบการเรียนรู้ควรเน้นการฝึกปฏิบัติมากกว่าการบรรยาย ควรสอนเรื่องการบันทึกข้อมูลการให้คำปรึกษา ควรมีคู่มือประกอบการอบรม และควรมีการประเมินผลการอบรมที่ชัดเจน ข้อเสนอในการพัฒนาศักยภาพผู้ให้คำปรึกษา ได้แก่ ควรมีการฟื้นฟูความรู้เดิมและอบรมความรู้ใหม่ตามบริบทสังคมให้กับผู้ให้คำปรึกษาที่ปฏิบัติงานมาแล้ว 1 - 2 ปีต่อครั้ง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติงานศาลเดียวกันและเวทีประชุมวิชาการของศาล การเผยแพร่ผลงานในวารสารของศาล และการศึกษาดูงานศาลอื่น เรือนจำ และสถานบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

ผลการดำเนินการในขั้นตอนที่ 2

ผู้วิจัยพัฒนาร่างหลักสูตรการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ให้คำปรึกษาในระบบศาล (ร่างหลักสูตรที่ 1) โดยเนื้อหาของหลักสูตรเดิมยังคงไว้แต่ปรับหัวข้อและจัดเรียง

เนื้อหาใหม่ให้กระชับมากขึ้น และเพิ่มเติมเนื้อหาสำคัญ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการเสพติด โรคทางจิตเวชที่พบบ่อย ความสัมพันธ์ของโรคจิตสารเสพติดกับโรคทางจิตเวช การฝึกปฏิบัติการบันทึกข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล และการประเมินผลก่อนและหลังการอบรม โดยมีชุดความรู้ประกอบการอบรมซึ่งแจกให้ผู้รับการอบรม หลักสูตรและแบบประเมินมี CVI เท่ากับ 0.96 และ 1 ตามลำดับ จากนั้น ผู้วิจัยปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ การสลับหัวข้อให้อบรมหัวข้อ case formulation และการบันทึกการให้คำปรึกษาก่อนหัวข้อการฝึกปฏิบัติเพื่อให้สอดคล้องกับกระบวนการเรียนรู้ การปรับใบงานกรณีศึกษาให้มีเนื้อหาตรงกับวัตถุประสงค์ การปรับคำถามในแบบประเมินให้ชัดเจน และการปรับสื่อการเรียนรู้ให้น่าสนใจ ได้ร่างหลักสูตรการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ให้คำปรึกษาในระบบศาล (ร่างหลักสูตรที่ 2) ดังตารางที่ 1

ผลการดำเนินการในขั้นตอนที่ 3

จากผู้ให้คำปรึกษาของศาลทั้งหมด 19 คน มีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และเข้าร่วมโครงการวิจัย 12 คน เป็นเพศหญิง 8 คนและเพศชาย 4 คน ปฏิบัติงานเป็นผู้ให้คำปรึกษา 11 คน อายุ 63 - 80 ปีและนักจิตวิทยา 1 คน

อายุ 28 ปี ทุกคนจบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่าง 5 คนไม่ได้ประกอบอาชีพอื่นนอกจากการเป็นผู้ให้คำปรึกษา กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานที่คลินิกให้คำปรึกษาด้านจิตสังคมของศาลนาน 2 - 10 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย 5.08 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.26) โดยปฏิบัติงาน 2 - 10 วันต่อเดือน ค่าเฉลี่ย 4.25 วันต่อเดือน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.05) กลุ่มตัวอย่าง 6 คนปฏิบัติงานเป็นผู้ให้คำปรึกษามากกว่า 1 ศาล ทุกคนเคยอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐานมาแล้วระยะเวลา 2 - 7 ปี ค่าเฉลี่ย 4.25 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.18) เคยอบรมความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด 8 คน เคยให้คำปรึกษาผู้ติดยาเสพติด 6 คน และไม่เคยอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิตหรือจิตเวชและไม่เคยให้คำปรึกษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตหรือผู้ป่วยจิตเวช 7 คน

ดำเนินการจัดอบรมร่างหลักสูตรที่ 2 แบบกลุ่มเดียว 1 ครั้ง ณ ศาลแขวงธนบุรี ระยะเวลา 2 วัน รวม 12 ชั่วโมง โดยแบ่งการอบรมวันละ 4 หัวข้อ วันที่ 1 อบรมหัวข้อที่ 1 - 4 และวันที่ 2 อบรมหัวข้อที่ 5 - 8 ผู้วิจัยเป็นวิทยากรหลักและวิทยากรกลุ่มร่วมกับวิทยากรกลุ่มอีก 3 คนซึ่งเป็นนักจิตวิทยาคลินิกที่อบรมผู้ให้คำปรึกษาของศาลมานานกว่า 3 ปี ทำหน้าที่เป็นวิทยากรกลุ่มในหัวข้อการฝึกปฏิบัติการให้

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบเนื้อหาระหว่างหลักสูตรการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐาน (หลักสูตรเดิม)¹⁰ กับร่างหลักสูตรการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐาน (ร่างหลักสูตรที่ 1 และ ร่างหลักสูตรที่ 2)

หลักสูตรการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐาน (หลักสูตรเดิม) ¹⁰	ร่างหลักสูตรการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐาน (ร่างหลักสูตรที่ 1)	ร่างหลักสูตรการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐาน (ร่างหลักสูตรที่ 2)
หัวข้อที่ 1, 2, 5 บทบาทและคุณค่าของคลินิกจิตสังคม ทศนคติและจริยธรรมของผู้ให้คำปรึกษา ระบบบริการคลินิกจิตสังคม แผนที่นำทาง	หัวข้อที่ 1 การให้คำปรึกษาด้านจิตสังคมในระบบศาล (เพิ่ม การประเมินก่อนอบรม (pre-test))	หัวข้อที่ 1 การให้คำปรึกษาด้านจิตสังคมในระบบศาล (มีการประเมินก่อนอบรม (pre-test))
หัวข้อที่ 2 กระบวนการให้คำปรึกษา	หัวข้อที่ 2 กระบวนการให้คำปรึกษา	หัวข้อที่ 2 กระบวนการให้คำปรึกษา
หัวข้อ 4, 6, 7 การฝึกปฏิบัติการให้คำปรึกษา	หัวข้อ 3, 6, 7 การฝึกปฏิบัติการให้คำปรึกษา (เพิ่มการประเมินการฝึกปฏิบัติการให้คำปรึกษา)	หัวข้อที่ 3 case formulationและการบันทึกข้อมูล (มีแบบบันทึกการให้คำปรึกษาสำหรับการฝึกปฏิบัติ)
ไม่มี	หัวข้อที่ 4 การเสพติด ความสัมพันธ์ของโรคจิตสารเสพติดกับโรคทางจิตเวช (เพิ่ม)	หัวข้อที่ 5 การเสพติด ความสัมพันธ์ของโรคจิตสารเสพติดกับโรคทางจิตเวช
หัวข้อที่ 5 case formulation	หัวข้อที่ 5 case formulationและการบันทึกข้อมูล (เพิ่มแบบบันทึกการให้คำปรึกษาสำหรับการฝึกปฏิบัติ)	หัวข้อ 4, 6, 7 การฝึกปฏิบัติการให้คำปรึกษา (มีการประเมินการฝึกปฏิบัติการให้คำปรึกษา)
หัวข้อที่ 8 แลกเปลี่ยนเรียนรู้และประเมินผล (การประเมินผลเดิมเป็นตอบแบบบรรยาย)	หัวข้อที่ 8 แลกเปลี่ยนเรียนรู้และประเมินผล (เพิ่ม การประเมินหลังอบรม (post-test))	หัวข้อที่ 8 แลกเปลี่ยนเรียนรู้และประเมินผล (มีการประเมินหลังอบรม (post-test))
ไม่มี	ชุดความรู้ประกอบการอบรม (เพิ่ม)	ชุดความรู้ประกอบการอบรม

คำปรึกษาเท่านั้น แผนการสอนหัวข้อการฝึกปฏิบัติการให้คำปรึกษานี้มีรูปแบบและขั้นตอนการฝึกปฏิบัติเป็นไปตามหลักสูตรแกนกลางการให้คำปรึกษาเดิม¹⁰ แต่มีการปรับเนื้อหากรณีศึกษาให้สอดคล้องกับพฤติกรรมเสพติดและอาการทางจิตเวชและเพิ่มการบันทึกข้อมูลและการประเมินผู้ฝึกปฏิบัติ ซึ่งก่อนการทดสอบความเป็นไปได้ของหลักสูตรได้มีการจัดประชุมระหว่างผู้วิจัยและวิทยากรกลุ่มเพื่อชี้แจงแผนการสอนและการใช้แบบประเมินการฝึกปฏิบัติกระบวนการให้คำปรึกษา รวมทั้งตอบข้อสงสัยเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน รูปแบบหลักสูตรประกอบด้วย การบรรยาย การอภิปราย การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ โดยในการฝึกปฏิบัติมีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม กลุ่มละ 3 คน แต่ละกลุ่มมีสมาชิก 1 คนสวมบทบาทผู้ให้คำปรึกษา สมาชิก 1 คนสวมบทบาทผู้รับคำปรึกษา และสมาชิกที่เหลือเป็นผู้สังเกตการณ์ มีวิทยากรกลุ่ม 1 คนต่อกลุ่ม ระยะเวลาฝึกปฏิบัติครั้งละ 30 นาที โดยสมาชิกกลุ่มสลับบทบาทในการฝึกแต่ละครั้ง

การทดสอบการแจกแจงความถี่ของคะแนนความรู้และระดับความมั่นใจจากกราฟฮิสโตแกรมพบการแจกแจงความถี่ของข้อมูลแบบไม่ปกติ จึงวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความรู้และระดับความมั่นใจในการให้คำปรึกษาก่อนและหลังอบรมด้วย Wilcoxon signed-rank test พบว่า หลังอบรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้และมีความมั่นใจในการให้คำปรึกษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาคำตอบรายข้อพบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างทำคะแนนได้ดีทั้งก่อนและหลังอบรม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับบทบาทของผู้ให้คำปรึกษา เป้าหมายการให้คำปรึกษา จริยธรรมการ

ให้คำปรึกษา และการวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ จากกรณีศึกษาตามหลัก case formulation ข้อที่มีคะแนนสูงขึ้นหลังอบรม ได้แก่ กระบวนการให้คำปรึกษาและความรู้เกี่ยวกับฤทธิ์ของสารเสพติด ส่วนข้อที่มีคะแนนต่ำทั้งก่อนและหลังอบรม คือ การวางแผนจัดการกรณีศึกษาที่มีพฤติกรรมเสพติด หรือมีอาการจิตเวช เช่น ควรส่งต่อเพื่อบำบัดรักษาหรือควรช่วยเหลืออย่างไร การสอบถามความมั่นใจในการให้คำปรึกษาของกลุ่มตัวอย่างพบว่า การปฏิบัติงานมานานทำให้มีความมั่นใจในการให้คำปรึกษาก่อนข้างมากตั้งแต่ก่อนอบรม และเมื่อเสร็จสิ้นการอบรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความมั่นใจเพิ่มขึ้นในการประเมินฤทธิ์ของสารเสพติด การประเมินอาการจิตเวช และการบันทึกข้อมูล

ผลประเมินการฝึกปฏิบัติกระบวนการให้คำปรึกษา (สำหรับผู้สวมบทบาทผู้ให้คำปรึกษา) พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 10 คนผ่านเกณฑ์การฝึกปฏิบัติ ส่วนกลุ่มตัวอย่าง 2 คนที่ไม่ผ่านเกณฑ์นั้นสามารถให้คำปรึกษาได้ถึงขั้นสำรวจปัญหาแต่ยังไม่สามารถหาแนวทางช่วยเหลือได้ในระยะเวลาที่กำหนด แต่สามารถยุติการบริการ สรุปประเด็นปัญหาในแบบบันทึกการให้คำปรึกษา และกำหนดประเด็นติดตามเพื่อวางแผนการแก้ปัญหาในครั้งต่อไปได้ ดังตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างทุกคนไม่มีปัญหาด้านทัศนคติและจริยธรรมการให้คำปรึกษาและใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาได้หลากหลาย และเหมาะสมกับจังหวะและสถานการณ์ เทคนิคที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด คือ การฟังอย่างตั้งใจและการใช้คำถามปลายเปิด รองลงมา ได้แก่ การให้กำลังใจ การทวนความ การสรุปความ และการสื่อสารด้วยภาษากาย ส่วนเทคนิคที่กลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 คะแนนความรู้และระดับความมั่นใจในการให้คำปรึกษาก่อนและหลังอบรมและผลการทดสอบ Wilcoxon signed-rank test (n = 12)

			Wilcoxon signed-rank test						
			Median (P25, P75)	หลังอบรม - ก่อนอบรม	n	Mean rank	Sum of Ranks	Z	p-value
ความรู้	ก่อนอบรม	7 (6.25, 7.75)	เพิ่มขึ้น (+)	8	4.5	36.0	2.565		.010
	หลังอบรม	8 (7.00, 8.00)	ลดลง (-)	0	0.0	0.0			
			เท่าเดิม (0)	4	-	-			
ความมั่นใจ	ก่อนอบรม	8 (6.25, 8.00)	เพิ่มขึ้น (+)	8	4.5	36.0	2.558		.011
	หลังอบรม	8 (8.00, 9.75)	ลดลง (-)	0	0.0	0.0			
			เท่าเดิม (0)	4	-	-			

ใช้น้อย ได้แก่ การสะท้อนข้อมูลและการสะท้อนอารมณ์ความรู้สึก ข้อเสนอแนะของวิทยากรกลุ่มสำหรับการพัฒนาทักษะการให้คำปรึกษา ได้แก่ ควรสำรวจปัญหาให้ครอบคลุมถึงปัญหาสุขภาพจิต ควรสำรวจอารมณ์และรู้สึกต่อปัญหา ควรฝึกสรุปปัญหาจากการให้คำปรึกษาเพื่อวางแผนจัดการปัญหาแต่ละประเด็นในแต่ละครั้ง และควรฝึกสรุปปัญหาในแบบบันทึกข้อมูล

หลังเสร็จสิ้นการอบรม กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่า หัวข้อการอบรมที่สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานให้คำปรึกษา ได้แก่ การสำรวจปัญหาและหาแนวทางแก้ปัญหาผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา การทำ case formulation การช่วยเหลือด้านจิตสังคม การเสริมแรงจิตใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดและโรคจิตเวช และแนวทางการบันทึกข้อมูลการให้คำปรึกษา แผนการสอนตามหลักสูตรมีเนื้อหา รูปแบบ และระยะเวลาโดยรวมเหมาะสม ข้อเสนอแนะในการพัฒนาหลักสูตร ได้แก่ ควรเพิ่มระยะเวลาการอบรมหัวข้อการเสพติดและความสัมพันธ์ของโรคจิตเวชกับโรคทางจิตเวช เนื่องจากมีเนื้อหาเยอะ ควรเพิ่มระยะเวลาการอภิปรายในช่วงฝึกปฏิบัติเพื่อนำไปพัฒนา

ทักษะการให้คำปรึกษา ควรสลับวิทยากรกลุ่มในการฝึกแต่ละครั้ง เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะที่หลากหลาย ควรอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาพื้นฐานให้กับผู้ให้คำปรึกษาทุกคนก่อนปฏิบัติงาน และควรฟื้นฟูความรู้ให้กับผู้ให้คำปรึกษาที่ปฏิบัติงานแล้วเป็นระยะ

ผู้วิจัยนำผลจากการทดสอบมาปรับปรุงหลักสูตร ได้แก่ 1) การปรับหัวข้อการเสพติดและความสัมพันธ์ของโรคจิตเวชกับโรคทางจิตเวช โดยเพิ่มระยะเวลาการอบรม ลดสื่อการสอนที่เนื้อหาซ้ำซ้อน และเพิ่มแบบฝึกหัดกรณีศึกษาโดยเน้นอธิบายการประเมินอาการ ความรุนแรง และเหตุผลความจำเป็นเพื่อการตัดสินใจจัดการ เช่น การส่งต่อเพื่อรักษาและการเลือกวิธีช่วยเหลือที่เหมาะสม 2) การปรับแบบประเมินความรู้ โดยปรับคำถามและเนื้อหาบางข้อให้มีความชัดเจนมากขึ้น 3) การปรับแนวทางการฝึกปฏิบัติให้คำปรึกษา โดยกำหนดให้เปลี่ยนวิทยากรกลุ่มทุกครั้งที่ฝึกปฏิบัติ เพิ่มระยะเวลาการสะท้อนผลการฝึกปฏิบัติ และการบันทึกข้อมูล โดยวิทยากรกลุ่มสะท้อนผลการประเมินและประเด็นพัฒนาเมื่อผู้เข้าอบรมไม่สามารถให้คำปรึกษา

ตารางที่ 3 ผลประเมินการฝึกปฏิบัติกระบวนการให้คำปรึกษา 5 ขั้นตอนของกลุ่มตัวอย่างรายบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง (n = 12)	ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และตกลงการให้บริการ	ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจปัญหา สาเหตุ และความต้องการของ การรับคำปรึกษา	ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนแก้ไขปัญห และจัดการกับปัญหา	ขั้นตอนที่ 4 การยุติการให้บริการ	ขั้นตอนที่ 5 การบันทึกการให้บริการ
A	2	2	2	2	2
B	2	2	1	2	2
C	2	2	1	2	2
D	2	1	0	2	2
E	1	1	1	1	1
F	1	2	2	2	2
G	2	2	1	2	1
H	2	2	1	2	1
I	2	1	1	2	2
J	2	2	2	2	2
K	2	2	0	1	2
L	2	2	2	2	2

หมายเหตุ : 2 หมายถึง ปฏิบัติได้ดี, 1 หมายถึง ปฏิบัติได้, 0 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ

ได้ครบในระยะเวลาที่กำหนดหรือมีปัญหาด้านทัศนคติหรือจริยธรรมการให้คำปรึกษา และให้ฝึกปฏิบัติซ้ำหลังการอบรมจนสามารถปฏิบัติได้ตามเกณฑ์ และ 4) การเพิ่มแนวทางการฝึกปฏิบัติการนิสมาชิกกลุ่มย่อยมีจำนวนมากและไม่สามารถสวมบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษาได้ทุกคน โดยควรเพิ่มจำนวนวิทยากรกลุ่ม เพิ่มจำนวนรอบการฝึกปฏิบัติ หรือเพิ่มระยะเวลาการอบรม ดังตารางที่ 4

วิจารณ์

ระบบการให้คำปรึกษาด้านจิตสังคมของศาลในประเทศไทยคล้ายกับการดำเนินการของศาลในประเทศสหรัฐอเมริกา เช่น ศาลในรัฐเคนทักกีใช้รูปแบบ recovery-oriented systems of care ในการให้ความช่วยเหลือผู้กระทำผิดที่มีปัญหาสุขภาพจิตโดยคำนึงถึงพฤติกรรมหรือข้อจำกัดต่าง ๆ เพื่อให้มีทักษะในการแก้ปัญหาที่ดี

ตารางที่ 4 แผนการสอนหลักสูตรการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐาน สำหรับผู้ให้คำปรึกษาในระบบศาลระยะเวลาอบรม 2 วัน (รวม 12 ชั่วโมง)

หัวข้อ	เนื้อหา / กิจกรรม	รูปแบบการเรียนรู้	ระยะเวลา
หัวข้อที่ 1 การให้คำปรึกษาด้านจิตสังคมในระบบศาล	- ประเมินก่อนอบรม (pre-test) - บทบาทและคุณค่าของคลินิกให้คำปรึกษา - กฎหมายที่เกี่ยวข้อง - แผนที่นำทางของการให้คำปรึกษา - ทัศนคติและจริยธรรมการให้คำปรึกษา - บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา	ประเมินผล บรรยาย อภิปราย	1 ชั่วโมง 30 นาที
หัวข้อที่ 2 กระบวนการให้คำปรึกษาและสาธิตการให้คำปรึกษา	- เป้าหมายของการให้คำปรึกษาด้านจิตสังคมในระบบศาล - หลักการของการให้คำปรึกษาด้านจิตสังคมในระบบศาล - กระบวนการให้คำปรึกษา - เทคนิคพื้นฐานของการให้คำปรึกษา - การสาธิตกระบวนการให้คำปรึกษา	บรรยาย สาธิต อภิปราย	1 ชั่วโมง 30 นาที
หัวข้อที่ 3 case formulation และการบันทึกข้อมูล	- case formulation - การบันทึกข้อมูลการให้คำปรึกษา - ฝึกปฏิบัติการทำ case formulation และบันทึกข้อมูล	บรรยาย อภิปรายสาธิต ฝึกปฏิบัติ	1 ชั่วโมง 15 นาที
หัวข้อที่ 4 ฝึกปฏิบัติการให้คำปรึกษาครั้งที่ 1	- การฝึกปฏิบัติการให้คำปรึกษาจากการแสดงบทบาทสมมติ - ฝึกการทำ case formulation และบันทึกข้อมูลให้คำปรึกษา - การสะท้อนการฝึกปฏิบัติอย่างสร้างสรรค์	ฝึกปฏิบัติ อภิปราย ประเมินผล	1 ชั่วโมง 45 นาที
หัวข้อที่ 5 การเสพติด ความสัมพันธ์ของโรคจิตตสารเสพติดกับโรคทางจิตเวช	- การเสพติด พฤติกรรมติดสารเสพติด การติดการพนัน - โรคจิตตสารเสพติด สมองติดยา ฤทธิ์สารเสพติด - ความสัมพันธ์ของโรคจิตตสารเสพติดกับโรคทางจิตเวช - โรคทางจิตเวชที่พบบ่อย - บทบาทคลินิกจิตสังคมและการส่งต่อรักษา - แบบฝึกหัดกรณีศึกษาที่มีพฤติกรรมเสพติดหรือโรคจิตเวช	บรรยาย อภิปราย	1 ชั่วโมง 30 นาที
หัวข้อที่ 6 ฝึกปฏิบัติการให้คำปรึกษาครั้งที่ 2	- การฝึกปฏิบัติการให้คำปรึกษาจากการแสดงบทบาทสมมติ - ฝึกการทำ case formulation และบันทึกข้อมูลให้คำปรึกษา - การสะท้อนการฝึกปฏิบัติอย่างสร้างสรรค์	ฝึกปฏิบัติ อภิปราย ประเมินผล	1 ชั่วโมง 30 นาที
หัวข้อที่ 7 ฝึกปฏิบัติการให้คำปรึกษาครั้งที่ 3	- การฝึกปฏิบัติการให้คำปรึกษาจากการแสดงบทบาทสมมติ - ฝึกการทำ case formulation และบันทึกข้อมูลให้คำปรึกษา - การสะท้อนการฝึกปฏิบัติอย่างสร้างสรรค์	ฝึกปฏิบัติ อภิปราย ประเมินผล	2 ชั่วโมง
หัวข้อที่ 8 แลกเปลี่ยนเรียนรู้และประเมินผล	- สรุปประเด็นสำคัญจากการอบรมอย่างมีส่วนร่วม - การประเมินหลังอบรม (post-test)	อภิปราย ประเมินผล	1 ชั่วโมง

ได้รับการบำบัดฟื้นฟูและการสนับสนุนปัจจัยที่เหมาะสม¹⁷ และศาลในรัฐมิชิแกนที่มีทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้มีปัญหาเสพติดที่ต้องได้รับการฝึกทักษะให้คำปรึกษา ทักษะการสื่อสาร ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด และการทำงานร่วมกับเครือข่าย เช่น แพทย์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด¹⁸ ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่จะปฏิบัติงานจึงมีความสำคัญ หลักสูตรการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐานเป็นเครื่องมือหนึ่งในการพัฒนาศักยภาพเบื้องต้นให้กับผู้ให้คำปรึกษา โดยหลักสูตรการให้คำปรึกษาทั่วไปเน้นการค้นหาปัญหาและการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาหาทางเลือกในการแก้ปัญหา^{19,20} แต่หลักสูตรการให้คำปรึกษาในระบบศาลมีความแตกต่างจากหลักสูตรการให้คำปรึกษาทั่วไปเนื่องจากในบริบทของศาลผู้รับคำปรึกษาเป็นผู้ต้องหาหรือจำเลยและผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทเป็น facilitator, life coach และ psycho-educator หลักสูตรการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ให้คำปรึกษาในระบบศาลที่พัฒนาขึ้นนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ให้คำปรึกษามีความรู้ความเข้าใจในการค้นหาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกัปัญหา และการก่อคดีเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความตระหนักถึงปัญหาและหาแนวทางช่วยเหลือที่เหมาะสม และยังเพิ่มการอบรมความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดและความสัมพันธ์กับโรคทางจิตเวช ซึ่งไม่มีในหลักสูตรเดิมและแตกต่างจากหลักสูตรการให้คำปรึกษาการจัดการภาวะเสพติดทั่วไปที่เน้นขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสารเสพติด ตัวกระตุ้น และการเสริมแรงจิตใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกสารเสพติด ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาของศาลจึงควรได้รับการอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาพื้นฐานก่อนหลักสูตรการให้คำปรึกษาการจัดการภาวะเสพติด เพื่อการต่อยอดความรู้ไปสู่การปฏิบัติงานได้เหมาะสม

การประเมินความเป็นไปได้ของหลักสูตรโดยยึดตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์หลักสูตร (goal-based evaluation)¹⁵ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้และความมั่นใจในการให้คำปรึกษาเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะหัวข้อกระบวนการให้คำปรึกษาและความรู้เกี่ยวกับฤทธิ์ของสารเสพติด อีกทั้งการประเมินระหว่างการฝึกปฏิบัติพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทุกคนผ่านเกณฑ์การฝึกปฏิบัติที่กำหนดไว้โดยสามารถปฏิบัติได้ตามกระบวนการให้คำปรึกษาทั้ง 5 ขั้นตอนในระยะเวลาที่กำหนด ไม่พบปัญหาด้านทัศนคติหรือจริยธรรมการให้คำปรึกษา และกลุ่มตัวอย่างทุกคน

ใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาหลากหลายและเหมาะสมตามจังหวะและสถานการณ์ ส่วนกลุ่มตัวอย่าง 2 คนที่ไม่สามารถหาแนวทางช่วยเหลือได้ในช่วงเวลาที่กำหนดนั้น สถานการณ์นี้สามารถเกิดขึ้นได้ในการปฏิบัติงานจริงเนื่องจากผู้รับคำปรึกษาซึ่งเป็นผู้กระทำผิดอาญาที่ศาลสั่งให้เข้ารับคำปรึกษาอาจยังไม่มีความพร้อมในการรับคำปรึกษา ไม่กล้าให้ข้อมูลเพราะกลัวมีผลต่อคดี หรือไม่มีความตระหนักต่อปัญหา³ ผู้ให้คำปรึกษาจึงต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพและสำรวจปัญหาเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและความตระหนักต่อปัญหาก่อนการวางแผนช่วยเหลือ ผู้วิจัยจึงนำผลการศึกษามาปรับปรุงหลักสูตรในขั้นสุดท้ายโดยกำหนดให้วิทยากรกลุ่มสะท้อนผลการประเมินและประเด็นพัฒนาให้ผู้ที่ไม่ผ่านเกณฑ์การฝึกปฏิบัติทราบ จากนั้นจัดให้มีการฝึกปฏิบัติซ้ำหลังการอบรมจนสามารถปฏิบัติได้ตามเกณฑ์

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าหลักสูตรการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ให้คำปรึกษาในระบบศาลที่พัฒนาขึ้นมีเนื้อหาและรูปแบบการฝึกอบรมที่สอดคล้องกับบริบทของศาลและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายและบรรลุวัตถุประสงค์ของขั้นตอนของหลักสูตร อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการทดสอบความเป็นไปได้ของหลักสูตรเป็นการศึกษาในพื้นที่นำร่อง กลุ่มตัวอย่างได้รับการเลือกแบบเจาะจงซึ่งมีจำนวนน้อยและทุกคนผ่านการอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐานมาแล้ว เนื่องจากช่วงเวลาที่ศึกษาไม่ใช่ช่วงเวลาที่ศาลเปิดรับสมัครผู้ให้คำปรึกษาใหม่ตามวาระ จึงอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนผู้ให้คำปรึกษาทั้งหมด โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติงานในศาลประเภทอื่นและผู้ที่ไม่เคยอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาพื้นฐานมาก่อน การวัดผลในกลุ่มเดียวและวัดผลหลังการอบรมสิ้นสุดทันทีทำให้ไม่สามารถสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของความรู้และความมั่นใจของผู้รับการอบรมเป็นผลจากการอบรมหลักสูตรนี้โดยตรงหรือจากปัจจัยรบกวนอื่น อีกทั้งยังขาดการติดตามผลระยะยาวและการวัดผลในผู้รับคำปรึกษา นอกจากนั้นกรณีผู้เข้าอบรมมีจำนวนมากอาจส่งผลให้ไม่สามารถฝึกปฏิบัติการสวมบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษาได้ครบทุกคน จึงควรมีการยืดหยุ่นแผนการสอนตามข้อเสนอแนะที่กล่าวมาแล้ว อย่างไรก็ตาม สมาชิกกลุ่มย่อยที่ไม่ได้สวมบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษาก็ยัง

ได้รับประสบการณ์และเรียนรู้กระบวนการให้คำปรึกษาและประเด็นพัฒนาตนเองระหว่างการฝึกปฏิบัติได้เช่นกัน

จากข้อจำกัดดังกล่าวจึงควรมีการขยายผลในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ที่หลากหลาย มีกลุ่มเปรียบเทียบ และมีการติดตามผลระยะยาวจากการประยุกต์ใช้หลักสูตรในการปฏิบัติงานจริง โดยวัดผลตามเป้าหมายของการให้คำปรึกษาแต่ละระยะ เช่น การจัดการกับความเครียดในระยะวิกฤต การไม่หนีประกัน และการไม่ก่อคดีซ้ำในผู้ต้องหาระยะฝากขังที่ศาลอนุญาตให้ปล่อยชั่วคราว และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางบวก การปฏิบัติตามเงื่อนไขของศาล และการไม่ก่อคดีซ้ำในจำเลยที่ศาลพิพากษาแล้วแต่รอการกำหนดโทษหรือรอการลงโทษและศาลกำหนดเงื่อนไขควบคุมความประพฤติ^{1-3,10}

สรุป

หลักสูตรการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ให้คำปรึกษาในระบบศาลประกอบด้วย 8 หัวข้อการเรียนรู้ใช้เวลาอบรม 2 วัน รวม 12 ชั่วโมง มีแนวโน้มช่วยให้ผู้รับการอบรมในมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการให้คำปรึกษาผู้ต้องหาและจำเลย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแพทย์หญิงอรวรรณ ศิลปกิจ ที่ให้คำปรึกษาในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- Office of the Chief Justice, Region I. Manual for preparing to establish psycho-social counseling clinic in the court system. Bangkok: Office of the Chief Justice, Region I; 2022. (in Thai)
- Policy Research and Development Institute Foundation. Project evaluation of psycho-social clinic in the Thon buri Criminal Court. Bangkok: Policy Research and Development Institute Foundation; 2012. (in Thai)
- Rabi Bhadasak Research and Development Institute. Evaluating the effectiveness and efficiency of psycho-social counseling in drug cases and the other related cases in the court system. Bangkok: Rabi Bhadasak Research and Development Institute; 2023. (in Thai)
- Galya Rajanagarindra Institute. Report on the training of trainer course for counselors in the court system. Bangkok: Galya Rajanagarindra Institute; 2023. (in Thai)
- Delle-Vergini V, Day A. Case formulation in forensic practice: challenges and opportunities. The Journal of Forensic Practice. 2016;18(3): 240-50. doi:10.1108/JFP-01-2016-0005.
- Robbe MDV, Vogel VD, Spa ED. Protective factors for violence risk in forensic psychiatric patients: a retrospective validation study of the SAPROF. Int J Forensic Ment Health. 2011;10(3):178-86. doi:10.1080/14999013.2011.600232.
- Chantakan S, Ratta-apha W, Wannarit K, Saisavoey N, editors. Siriraj consultation-liaison psychiatry: psychiatry in the medically ill. Bangkok: Mahidol university, faculty of medicine, department of psychiatry; 2016. (in Thai)
- Saengcharnchai P. Handbook of addiction psychiatry. Bangkok: Thai Society for Addiction Psychiatry; 2022. (in Thai)
- Sitdhiraksa N, Wannasewok K, Wannarit K, Pukritakayamee P, Apinuntavech S, Katumarn P, editors. Siriraj Psychiatry DSM-5. 2nd ed. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Mahidol University; 2015. (in Thai)
- Galya Rajanagarindra Institute. Counseling core curriculum for counselors in psycho-social counseling clinic in the court system. Bangkok: Galya Rajanagarindra Institute; 2021. (in Thai)
- Prukkanone B, editor. Manual for operations according to the Mental Health Act B.E. 2008 and its amendments (No. 2) B.E. 2019. Nonthaburi: Office of the Secretariat to the National Mental Health Commission; 2023. (in Thai)
- Prukkanone B, editor. Including subordinate laws according to the Mental Health Act B.E. 2008 and its amendments (No. 2) B.E. 2019. Nonthaburi: Office of the Secretariat to the National Mental Health Commission; 2022. (in Thai)
- Patphol M. Research and development for curriculum development. 2nd ed. Bangkok:

- Innovative leaders Center in Curriculum & Learning; 2019. (in Thai)
14. Patphol M. Main concepts for curriculum development. Bangkok: Innovative leaders Center in Curriculum & Learning; 2024. (in Thai)
 15. Patphol M. Course evaluation for learning and development (expanded version with details from practical experience and research). 4th ed. Bangkok: Fastbooks; 2024. (in Thai)
 16. Berg D, Burke H. Drug treatment courts: an evidence-based review with recommendations for improvement [policy brief]. Ottawa: Canadian Centre on Substance Use and Addiction; 2023.
 17. Crime and Justice Institute. Recovery-oriented systems of care: needs and opportunities for Kentucky's court system. Kentucky: State Funds; 2021.
 18. Michigan Association of Treatment Court Professionals. Adult mental health court standards, best practices, and promising practices. Michigan: Michigan Association of Treatment Court Professionals; 2021.
 19. Wongrattanapiboon P. Effective consulting & counselling [Internet]. Bangkok: unmark solution company limited; 2020 [cited 2024 July 21]. Available from: <https://www.enttraining.net/course/การให้คำปรึกษาและกำลังใจอย่างมีคุณภาพ-1day-AVPKCO/>. (in Thai)
 20. iStrong Mental Health. Fundamental counseling certificate program [Internet]. Bangkok: iStrong Mental Health; [cited 2024 July 21]. Available from: <https://www.istrong.co/certificate-fundamental> (in Thai)

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาผลกระทบของการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ที่มีต่อการกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์ และอิทธิพลของตัวแปรส่งผ่านในคนไทยวัยผู้ใหญ่

วันรับ : 30 สิงหาคม 2567

วันแก้ไข : 4 ตุลาคม 2567

วันตอบรับ : 10 ตุลาคม 2567

วรตม์ โชติพิทยสุนนท์, ปร.ด.¹, พจ ธรรมพีร, ปร.ด.²

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต¹

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์กับการกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์

วิธีการ : การศึกษาแบบตัดขวางโดยการวิจัยเชิงสำรวจและในประชากรไทยอายุ 18 - 65 ปี เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ ได้แก่ แบบวัดการกลั่นแกล้งและการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ สุขภาวะทางจิต การรับมือความเครียด และความรู้สึกเครียด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์เส้นทาง

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 463 คน เป็นหญิงร้อยละ 65.4 อายุเฉลี่ย 30.54 ปี การเป็นเหยื่อถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์ ($r = .81, p < .001$) ความเครียด ($r = .31, p < .001$) สุขภาวะทางจิต ($r = -.44, p < .001$) และการปรับตัวต่อความเครียด ($r = -.34, p < .001$) การวิเคราะห์เส้นทางพบว่าการกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์ได้อิทธิพลจากการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์และการปรับตัวต่อความเครียด การปรับตัวต่อความเครียดได้อิทธิพลจากสุขภาวะทางจิตและความเครียด และสุขภาวะทางจิตและความเครียดได้อิทธิพลจากการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ แบบจำลองมีค่าดัชนีความเหมาะสมพอดีอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ($\chi^2 = 5.74, p = .13, \chi^2/df = 1.91, GFI = 1.00, AGFI = .98, SRMR = .01, RMSEA = .04, CFI = 1.00$, และ $NFI = 1.00$)

สรุป : การถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์ในคนไทยวัยผู้ใหญ่ โดยมีสุขภาวะทางจิต ความเครียด และการจัดการต่อความเครียดเป็นตัวแปรส่งผ่าน

คำสำคัญ : การกลั่นแกล้งทางไซเบอร์, การจัดการต่อความเครียด, ความเครียด, สุขภาวะทางจิต

ติดต่อผู้นิพนธ์ : วรตม์ โชติพิทยสุนนท์; e-mail: drvaroth@gmail.com

Original article

The impact of cyberbullying victimization on perpetrating cyberbullying and the influence of mediating factors among Thai adults

Received : 30 August 2024

Revised : 4 October 2024

Accepted : 10 October 2024

Varoth Chotpitayasunondh, Ph.D.¹, Phot Dhammapeera, Ph.D.²Bureau of Mental Health Service Administration, Department of Mental Health¹Faculty of Psychology, Chulalongkorn University²

Abstract

Objective: To examine the relationship between cyberbullying victimization and the perpetration of cyberbullying, and to investigate the influence of mediating variables on cyberbullying behavior among adults.

Methods: This cross-sectional study were conducted among Thai adults aged 18 - 65 years, recruited through an online platform. Questionnaires included the Thai versions of the cyber-aggression perpetration and victimization scale, the psychological well-being scale, the stress adaptation scale, and the 10-item perceived stress scale. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson correlation coefficient, and path analysis.

Results: A total of 463 participants were mostly female (65.4%) and had a mean age of 30.54 years. Cyberbullying victimization were significantly correlated with cyberbullying perpetration ($r = .81, p < .001$), perceived stress ($r = .31, p < .001$), psychological well-being ($r = -.44, p < .001$), and stress adaptation ($r = -.34, p < .001$). Path analysis showed that cyberbullying perpetration was influenced by cyberbullying victimization and stress adaptation, stress adaptation was influenced by psychological well-being and perceived stress, while psychological well-being and perceived stress were influenced by cyberbullying victimization. The model fit indices were excellent ($\chi^2 = 5.74, p = .13, \chi^2/df = 1.91, GFI = 1.00, AGFI = .98, SRMR = .01, RMSEA = .04, CFI = 1.00$, and $NFI = 1.00$).

Conclusion: Cyberbullying victimization has both direct and indirect effects on cyberbullying perpetration among Thai adults, with psychological well-being, perceived stress, and stress adaptation acting as mediating variables.

Keywords: cyberbullying, psychological well-being, stress, stress adaptation

Corresponding author: Varoth Chotpitayasunondh; e-mail: drvaroth@gmail.com

ความรู้เดิม : การถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ส่งผลต่อปัญหาความเครียดและสุขภาพทางจิตในเด็กและวัยรุ่น และพฤติกรรมกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์มีความเกี่ยวข้องกับการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ในอดีต

ความรู้ใหม่ : การถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์ในคนไทยวัยผู้ใหญ่ โดยสุขภาพทางจิต ความเครียด และการจัดการความเครียดมีอิทธิพลส่งผ่านต่อผลกระทบของการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ที่มีต่อการกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นข้อมูลสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพทางจิตและการรับมือกับความเครียดที่เหมาะสมในประชากรวัยผู้ใหญ่ เพื่อลดการเปลี่ยนผ่านจากการเป็นเหยื่อการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ไปเป็นผู้ที่กลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์เอง

บทนำ

การกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ (cyberbullying) เป็นรูปแบบหนึ่งของการกลั่นแกล้ง คุกคาม ข่มขู่ หรือทำร้ายผู้อื่นทั้งทางอารมณ์และจิตใจ ที่เกิดขึ้นผ่านสื่อดิจิทัล เช่น สื่อสังคม (social media) แชนทอนไลน์ เกม และแพลตฟอร์มรูปแบบอื่น ๆ ที่ผู้คนสามารถสื่อสารและแสดงความคิดเห็นได้¹⁻⁴ การกระทำที่เข้าข่ายการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ได้แก่ การส่งข้อความที่เป็นภัย การเผยแพร่ข้อมูลเท็จ การล้อเลียนในที่สาธารณะ และการโจมตีทางคำพูดที่มุ่งทำให้ผู้อื่นเสื่อมเสียชื่อเสียง^{1,5} การกลั่นแกล้งทางไซเบอร์เป็นปัญหาที่ไม่ได้จำกัดแค่เด็กและวัยรุ่น แต่ส่งผลกระทบต่อทุกกลุ่มวัย ซึ่งในสังคมไทยที่มีการใช้สื่อสังคมสูงนั้นทำให้ปัญหาการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ในคนไทยก็สูงเช่นเดียวกัน โดยคิดเป็นประมาณร้อยละ 20.9 ของประชากร⁶ และพบว่าร้อยละ 29.7 ของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์นั้นมีบทบาทเป็นทั้งเหยื่อและผู้กลั่นแกล้งในเวลาเดียวกัน⁷

แนวคิดเกี่ยวกับการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ในปัจจุบันมุ่งเน้นไปที่พฤติกรรมที่มีเจตนาทำร้ายหรือทำให้ผู้อื่นรู้สึกอับอาย โดยมีลักษณะที่แตกต่างจากการกลั่นแกล้งในรูปแบบทั่วไปหลายประการ ประการแรก การกลั่นแกล้งทางไซเบอร์สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ไม่จำกัดเฉพาะในพื้นที่

เช่น โรงเรียนหรือที่ทำงาน และสามารถกระจายตัวอย่างรวดเร็วในวงกว้างผ่านสื่อสังคม ประการที่สอง ผู้กระทำสามารถซ่อนตัวตนได้โดยใช้โปรไฟล์ปลอมหรือบัญชีผู้ใช้งานนิรนาม ทำให้ผู้ที่ตกเป็นเหยื่อไม่สามารถรู้ตัวผู้กระทำหรือป้องกันตัวเองได้ ประการที่สาม การกระทำเหล่านี้มักจะถูกเก็บบันทึกไว้ในโลกออนไลน์ ซึ่งสามารถถูกแชร์หรือค้นพบได้ในภายหลัง ส่งผลให้ความอับอายหรือการเสื่อมเสียชื่อเสียงมีผลต่อเนื่องยาวนาน⁸ นอกจากนี้ การขาดการรับรู้โดยตรงถึงผลกระทบทางอารมณ์ของเหยื่อทำให้ผู้กระทำขาดความเข้าใจหรือความเห็นใจต่อความเจ็บปวดที่เหยื่อได้รับ⁹

ผู้ที่ตกเป็นเหยื่อของการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์อาจมีแนวโน้มที่จะกลายเป็นผู้กระทำผิดเอง ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เรียกว่า cyberbully-victim overlap¹⁰ ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทเหยื่อและผู้กระทำนั้นพบได้ทั้งในการกลั่นแกล้งแบบดั้งเดิมและทางไซเบอร์ โดยเฉพาะในวัยรุ่นและเยาวชนที่มีความเสี่ยงสูง กลไกทางจิตวิทยาที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนบทบาทในการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ เช่น การรักษาศักดิ์ศรี การตอบโต้เพื่อป้องกันตนเอง การขาดความเห็นอกเห็นใจ และการลดทอนความเป็นมนุษย์ของผู้อื่น¹¹⁻¹³ ผู้ที่ตกเป็นเหยื่อของการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ยังมักประสบปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความเครียด ส่งผลให้สุขภาพทางจิตโดยรวมลดลง^{5,14} และยังพบว่าผู้ใหญ่ที่ถูกการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์มีความรู้สึกโดดเดี่ยวและมีความภาคภูมิใจในตนเองลดลง¹⁵ ในทางกลับกัน ผู้ที่มีระดับสุขภาพทางจิต (psychological well-being) ที่ดีมักมีความยืดหยุ่นต่อผลกระทบด้านลบของการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ได้มากกว่า มีการจัดการอารมณ์ตนเองได้ดีกว่า และมีแนวโน้มมีพฤติกรรมตอบโต้ลดลง^{16,17} การศึกษาในวัยรุ่นไทยพบว่าพฤติกรรมกลั่นแกล้งทางไซเบอร์มีการเสพติดสื่อสังคมและการรับรู้โดยทั่วไปที่มีต่อเพื่อนเป็นตัวแปรส่งผ่านที่มีนัยสำคัญทางสถิติ⁷ นอกจากนี้ปัจจัยทางสังคม เช่น การเลียนแบบพฤติกรรมที่พบเห็นจากสื่อ ความต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน และอิทธิพลจากวัฒนธรรมไทยที่เน้นการหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า ยังอาจส่งผลเชิงลบต่อวิธีการเผชิญภาวะกดดัน ซึ่งรวมถึงการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ จนอาจนำไปสู่การเป็นผู้กลั่นแกล้งผู้อื่นเอง¹⁸⁻¹⁹

ทั้งนี้ ในปัจจุบันยังขาดการศึกษาความสัมพันธ์เชิงลึกระหว่างการเป็นเหยื่อและการเป็นผู้กระทำการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ในวัยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะอิทธิพลของปัจจัยด้านสุขภาวะทางจิต ความเครียด และการจัดการความเครียดต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากเหยื่อกลายเป็นผู้กระทำการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์กับการกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์ ความสัมพันธ์ระหว่างการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์กับสุขภาวะทางจิต ความเครียด และการจัดการความเครียด และอิทธิพลตัวของแปรเหล่านี้ต่อการกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์ของคนไทยวัยผู้ใหญ่

วิธีการ

การศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2567 ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 26 มิถุนายน 2567 หมายเลขรับรอง DMH.IRB.COA 015/2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ ประชาชนไทยวัยผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครจากแพลตฟอร์มการทำสำรวจวิจัยออนไลน์ กำหนดขนาดตัวอย่างที่มีความเหมาะสมกับการวิเคราะห์เส้นทาง (path analysis) ตามแนวคิดของ Kline²⁰ ที่แนะนำว่าขนาดของตัวอย่างที่เหมาะสม คือ 20 เท่าของพารามิเตอร์ โดยในการศึกษานี้มี 12 พารามิเตอร์จากเส้นทางความสัมพันธ์ 6 เส้นทาง ความแปรปรวนจากความคลาดเคลื่อน 5 ค่า และความแปรปรวนร่วม 1 ค่า ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมและพอเพียงจึงควรมีอย่างน้อย 240 คน นอกจากนี้ตามแนวคิดของ Jackson²¹ หากแบบจำลองมีความซับซ้อนปานกลางและอาจมีเส้นทางความสัมพันธ์น้อย ควรมีขนาดตัวอย่าง 300 - 500 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เข้าใจภาษาไทย และสามารถให้ข้อมูลเป็นภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก คือ มีปัญหาด้านสุขภาพจิตหรือร่างกายรุนแรงที่อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำแบบทดสอบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้การวิเคราะห์เส้นทางเพื่อศึกษาผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมของการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ต่อการกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์ และอิทธิพลส่งผ่านของสุขภาวะทางจิต ความเครียด และการจัดการความเครียดระหว่างการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์กับการกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์ แบ่งขั้นตอนเป็นดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างแบบจำลอง (model) ที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ โดยแบ่งเป็นตัวแปรอิสระ (independent variables) ตัวแปรตาม (dependent variables) และตัวแปรส่งผ่าน (mediators) ดังแผนภาพที่ 1

ขั้นตอนที่ 2 การระบุการวิเคราะห์ถดถอยที่จำเป็น (regression analysis) จากแบบจำลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อคำนวณและทดสอบค่าสัมประสิทธิ์ของเส้นทาง (path coefficient) ของตัวแปรที่สัมพันธ์กัน

ขั้นตอนที่ 3 การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเพื่อแสดงน้ำหนักความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม

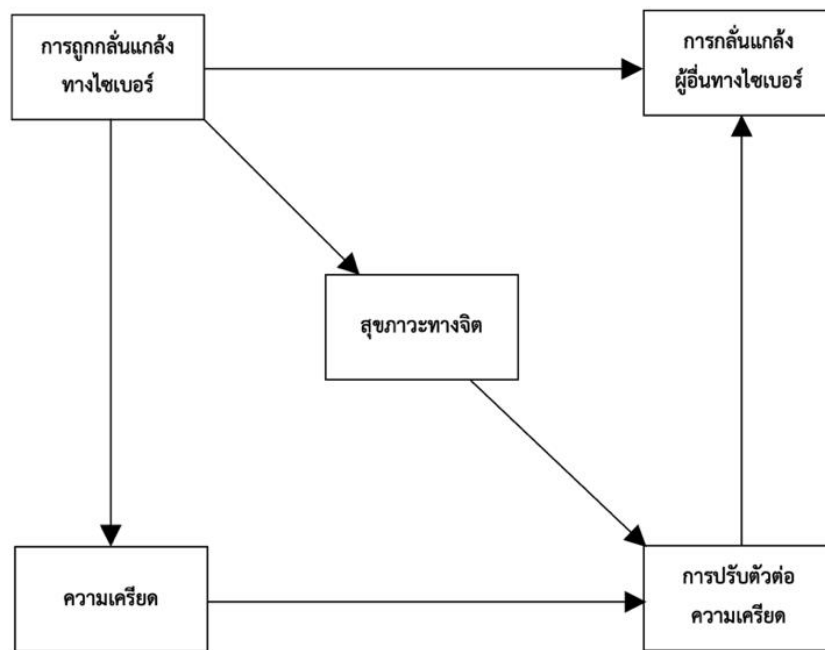
ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลกระทบของตัวแปรอิสระ เพื่อทำความเข้าใจภาพรวมของผลลัพธ์และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบจำลอง ซึ่งแบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ผลกระทบทางตรง (direct effect) หมายถึง ผลที่ตัวแปรอิสระมีต่อตัวแปรตามโดยตรง ผลกระทบทางอ้อม (indirect effect) หมายถึง ผลที่ตัวแปรอิสระส่งผ่านตัวแปรกลาง (mediating variable) เพื่อมีผลต่อตัวแปรตาม และผลกระทบรวม (total effect) หมายถึง ผลรวมของผลกระทบทางตรงและทางอ้อม

ขั้นตอนที่ 5 การพิจารณาข้อจำกัดของการวิเคราะห์ เช่น ความไม่สมบูรณ์ของตัวแปร ขนาดตัวอย่าง และความถูกต้องของแบบจำลอง

เครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพการสมรส และสถานภาพการเรียน/ทำงาน

2. แบบสอบถาม cyber-aggression perpetration and victimization scale (CAV) ฉบับภาษาไทย²² ใช้วัด



แผนภาพที่ 1 แบบจำลองแผนภูมิแสดงความสัมพันธ์และทิศทางระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (conceptual framework)

พฤติกรรมการกลั่นแกล้งและการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (item-objective congruence index: IOC) ระหว่าง 0.8 - 1 ค่าความเที่ยงจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) รายหมวดเท่ากับ 0.850 และ 0.856

3. แบบวัดสุขภาวะทางจิต (psychological well-being scale: PWBS) ฉบับภาษาไทย²³ ใช้วัดองค์ประกอบย่อยของสุขภาวะทางจิตทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) การปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม (environmental mastery) การพัฒนาตัวเอง (personal growth) สัมพันธภาพทางบวก (positive relations with others) จุดมุ่งหมายในชีวิต (purpose in life) และการยอมรับตัวเอง (self-acceptance) โดยมีความตรงตามสภาพ (concurrent validity) จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) เทียบกับดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยทั้งฉบับ เท่ากับ .510 และรายองค์ประกอบย่อยเท่ากับ .289, .414, .380, .395, .479 และ .488 ตามลำดับ และค่าความเที่ยงจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ 0.901 และรายองค์ประกอบย่อยเท่ากับ 0.470, 0.622, 0.643, 0.674, 0.516 และ 0.760 ตามลำดับ

4. แบบทดสอบการรับมือความเครียด (stress adaptation scale: SAS) แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย²⁴ ใช้วัดความยืดหยุ่นทางจิตใจและความเติบโตทางจิตใจเมื่อต้องประสบกับความเครียด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ 0.84 และรายองค์ประกอบย่อย ได้แก่ ความยืดหยุ่นทางจิตใจและความเติบโตทางจิตใจ เท่ากับ 0.81 และ 0.71 ตามลำดับ

5. แบบวัดความรู้สึกเครียด (10-item perceived stress scale: PSS-10) ฉบับภาษาไทย²⁵ ใช้วัดความคิดและการรู้สึกเครียดในช่วงเดือนที่ผ่านมา มีความเชื่อมั่นของการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) เท่ากับ 0.82 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88

การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยสร้างแบบสำรวจวิจัยและนำแบบสอบถามทั้งหมดบันทึกลงบนแพลตฟอร์มการสำรวจวิจัยออนไลน์ (crowdworking platform) ชื่อ อินฟอร์เมต้า และเชิญอาสาสมัครเข้าร่วมผ่านการประชาสัมพันธ์ทางสื่อสังคม แอปพลิเคชัน และอีเมลที่ส่งโดยแพลตฟอร์มอินฟอร์เมต้า โดยมีข้อความชี้แจงให้อาสาสมัครอ่านและสามารถยืนยันการเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้อย่างอิสระทุกเมื่อ ซึ่งระบบแพลตฟอร์มการสำรวจวิจัยออนไลน์นี้มีรหัสการ

เข้าถึงข้อมูลทั้งหมดให้ผู้วิจัยหลักเท่านั้น ผู้วิจัยหลักสามารถเข้าถึงข้อมูลคำตอบจากแต่ละแบบทดสอบและรหัสแทนชื่อของอาสาสมัครที่สร้างขึ้นโดยระบบอัตโนมัติ แต่ผู้วิจัยหลักไม่สามารถเข้าถึงอีเมลหรือข้อมูลอื่นที่สามารถระบุตัวตนของอาสาสมัครได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) ในส่วนข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ เพศ และระดับการศึกษา และค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (standard error: SE) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ในส่วนตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลองสมมติฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบจำลองสมมติฐาน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ทั้งนี้ตัวแปรทั้งหมดได้รับตรวจสอบสมมติฐานของการแจกแจงแบบปกติด้วยแผนภาพ Q-Q พบว่าจุดข้อมูลบนแผนภาพจัดเรียงใกล้กับเส้นทแยงมุม แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงใกล้เคียงปกติ จึงใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันในการวิเคราะห์

3. การวิเคราะห์เส้นทางของแบบจำลองสมมติฐาน ได้แก่ การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางระหว่างตัวแปรในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยในแบบจำลองเหยื่อ-ผู้กระทำการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ (cyberbullying victim-perpetrator model) โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบ (unstandardized coefficients: B) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยปรับมาตรฐาน (standardized coefficients: β) ค่าทดสอบนัยสำคัญ (t-value: t) และค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์ (coefficient of determination: R^2) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

4. ดัชนีความเหมาะสมพอดีของแบบจำลองสมมติฐาน ได้แก่ ไคสแควร์ (chi-square: χ^2) ไคสแควร์สัมพัทธ์ (relative chi-square: χ^2/df) ค่าดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดี (goodness of fit index: GFI) ค่าดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดีที่ปรับแก้แล้ว (adjusted goodness of fit index: AGFI) ค่าดัชนีรากของกำลังสอง

เฉลี่ยของส่วนที่เหลือ (root mean square residual: RMR) ค่าดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของส่วนที่เหลือในรูปคะแนนมาตรฐาน (standardized root mean square residual: SRMR) ค่าดัชนีรากที่สองของความคลาดเคลื่อนในการประมาณ (root mean square error of approximation: RMSEA) ค่าดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดีเชิงเปรียบเทียบ (comparative fit index: CFI) และค่าดัชนีวัดระดับความเหมาะสมอิงเกณฑ์ (normed fit index: NFI) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผล

กลุ่มตัวอย่าง 463 คน เป็นหญิงร้อยละ 65.4 ชายร้อยละ 31.1 อายุเฉลี่ย 30.54 ปี ($SD = 8.70$) โดยมีช่วงอายุระหว่าง 20 - 29 ปีร้อยละ 44.5 อายุ 30 - 39 ปีร้อยละ 31.7 มีสถานภาพการสมรสเป็นโสดร้อยละ 72.8 สมรสร้อยละ 21.6 มีวุฒิการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 61.6 ปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 28.7 ทำงานประจำร้อยละ 45.6 ทำงานชั่วคราวร้อยละ 24.2ว่างงานร้อยละ 23.1 และกำลังศึกษาในสถานศึกษาร้อยละ 7.1 ดังแสดงในตารางที่ 1

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่าเฉลี่ย (SE_x) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ การกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์ สุขภาวะทางจิต ความเครียด และการจัดการความเครียด แสดงในตารางที่ 2

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ การกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์ สุขภาวะทางจิต ความเครียด และการปรับตัวต่อความเครียด โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ตัวแปรทั้งหมดในแบบจำลองสมมติฐานมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .28 - .81 โดยมีทั้งความสัมพันธ์เชิงบวกและเชิงลบระหว่างกัน และมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกคู่ความสัมพันธ์ของตัวแปร ดังตารางที่ 3

การวิเคราะห์เส้นทางของแบบจำลองสมมติฐานด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ (AMOS 29.0) พบว่า การกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์ได้อิทธิพลจากการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ และการปรับตัวต่อความเครียด การปรับตัวต่อความเครียด

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 463)

	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	144	31.1
หญิง	303	65.4
LGBTQI+	13	2.8
ไม่ระบุ	3	0.6
อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	36	7.8
20 - 29 ปี	206	44.5
30 - 39 ปี	147	31.7
40 - 49 ปี	60	13.0
50 - 59 ปี	12	2.6
60 ปี ขึ้นไป	2	0.4
ระดับการศึกษาสูงสุด		
มัธยมศึกษา	285	61.6
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	133	28.7
ปริญญาโท	22	4.8
ปริญญาเอก	23	5.0
สถานภาพการสมรส		
โสด	337	72.8
สมรส	100	21.6
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	21	4.5
หม้าย	5	1.1
สถานภาพการเรียนรู้/ทำงาน		
กำลังศึกษาในสถานศึกษา	33	7.1
ว่างงาน	107	23.1
ทำงานชั่วคราว	112	24.2
ทำงานประจำ	211	45.6

ได้อิทธิพลจากสุขภาวะทางจิตและความเครียด และสุขภาวะทางจิตและความเครียดได้อิทธิพลจากการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ดังแสดงดังแผนภาพที่ 2 และตารางที่ 4

ทั้งนี้การคำนวณและแสดงผลของอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมของการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ การกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์ สุขภาวะทางจิต ความเครียด และการจัดการความเครียด ในแบบจำลองเหยื่อ-ผู้กระทำ การกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ได้แสดงไว้ในภาคผนวก

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาค่าดัชนีความเหมาะสมพอดีของแบบจำลองเหยื่อ-ผู้กระทำการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ พบว่า ค่าดัชนีส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ที่ดีมาก ($\chi^2 = 5.74$, $p = .13$, $\chi^2/df = 1.91$, GFI = 1.00, AGFI = .98, SRMR = .01, RMSEA = .04, CFI = 1.00 และ NFI = 1.00)

มีเพียงค่าดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของส่วนที่เหลือที่อยู่ในระดับที่ไม่ดี (RMR = 1.1)

วิจารณ์

การวิเคราะห์แบบจำลองเหยื่อ-ผู้กระทำการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์แสดงให้เห็นว่า การถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์ กล่าวคือ บุคคลที่ได้รับประสบการณ์การกลั่นแกล้งทางไซเบอร์มากขึ้นจะกลายเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์มากขึ้นไปด้วย ในขณะที่ตัวบุคคลที่ได้รับประสบการณ์ถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์มากขึ้นจะมีแนวโน้มมีความเครียดมากขึ้นและมีสุขภาวะทางจิตและการปรับตัวต่อความเครียดลดลง โดยบุคคลที่มีสุขภาวะทางจิตที่สูงหรือ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่าเฉลี่ย และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ การกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์ สุขภาวะทางจิต ความเครียด และการจัดการความเครียด

	$\bar{X}$	SD	$SE_{\bar{x}}$	α
การถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์	.72	.91	.04	.95
การกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์	.48	.83	.04	.96
สุขภาวะทางจิต	181.85	30.56	1.42	.90
การเป็นตัวของตัวเอง	29.19	5.28	0.25	.37
การปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม	30.89	6.08	0.28	.57
การพัฒนาตัวเอง	31.54	6.42	0.30	.60
สัมพันธ์ทางบวก	30.70	6.37	0.30	.61
จุดมุ่งหมายในชีวิต	29.77	5.77	0.27	.48
การยอมรับตัวเอง	29.75	6.41	0.30	.61
ความเครียด	19.89	4.90	0.23	.60
การจัดการความเครียด	37.94	6.23	0.29	.69

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ การกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์ สุขภาวะทางจิต ความเครียด และการจัดการความเครียด

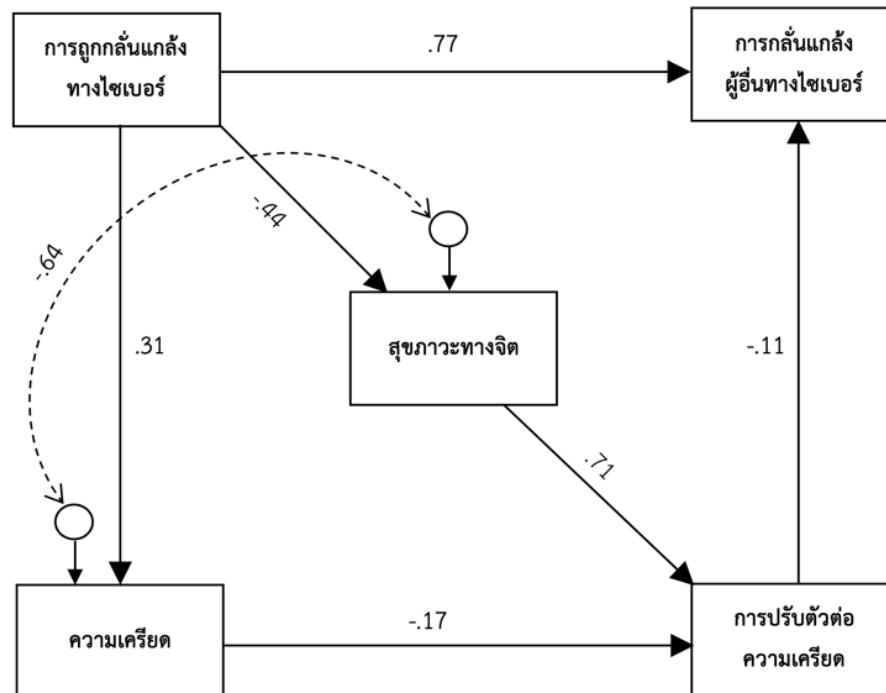
	การถูกกลั่นแกล้ง	กลั่นแกล้งผู้อื่น	สุขภาวะทางจิต	ความเครียด	การจัดการความเครียด
การถูกกลั่นแกล้ง	1.00				
การกลั่นแกล้งผู้อื่น	.81***	1.00			
สุขภาวะทางจิต	-.44***	-.45***	1.00		
ความเครียด	.31***	.28***	-.64***	1.00	
การจัดการความเครียด	-.34***	-.37***	.81***	-.62***	1.00

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

มีระดับความเครียดที่ต่ำจะมีการปรับตัวต่อความเครียดได้ดี ในทางกลับกันบุคคลที่มีการปรับตัวต่อความเครียดน้อยลง จะมีแนวโน้มมีพฤติกรรมกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์มากขึ้น ความสัมพันธ์แบบส่งผลต่อกันและกันระหว่างการตกเป็นเหยื่อ การกลั่นแกล้งทางไซเบอร์และการมีพฤติกรรมกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ระบุว่า การตกเป็นเหยื่อความรุนแรงอาจนำไปสู่การก่อเหตุความรุนแรง ซึ่งเป็นผลจากกลไกทางจิตในการรับมือกับปัญหาหรือการแก้แค้นเอาคืน^{17,26} ความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์และความเครียดยังสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าเหยื่อของการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์มักประสบกับความเครียดทางจิตใจในระดับที่สูงกว่าคนทั่วไป^{5,28} การศึกษาครั้งนี้ได้ขยายผลการค้นพบก่อนหน้านี้โดยแสดงให้เห็นว่า

ระดับความเครียดที่เพิ่มมากขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับการปรับตัวต่อความเครียดที่แย่ลง ซึ่งการรับมือด้วยรูปแบบที่ไม่ดีนี้อาจส่งผลให้มีความเสี่ยงในการเลือกใช้พฤติกรรมกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์กลับคืนมากขึ้น นอกจากนี้ความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์และสุขภาวะทางจิตยังสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าเหยื่อของการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์พบว่ามีสุขภาวะทางจิตในด้านต่าง ๆ ต่ำกว่าคนทั่วไป เช่น ความพึงพอใจในชีวิตและความมั่นคงทางอารมณ์^{28,29}

การวิเคราะห์ความเหมาะสมพอดีของแบบจำลองพบว่า ค่าดัชนีเกือบทั้งหมดอยู่ในระดับดีมาก แสดงถึงความเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ยกเว้นเพียงค่า RMR ที่อยู่ในระดับที่ไม่ดี ทั้งที่ค่า SRMR อยู่ในเกณฑ์ที่ดีมาก



แผนภาพที่ 2 เส้นทางและความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ การกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์ สุขภาวะทางจิต ความเครียด และการจัดการความเครียด ในแบบจำลองเหยื่อ-ผู้กระทำการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ (cyberbullying victim-perpetrator model)

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางระหว่าง การถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ การกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์ สุขภาวะทางจิต ความเครียด และการจัดการความเครียด ในแบบจำลองเหยื่อ-ผู้กระทำการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ (cyberbullying victim-perpetrator model)

ตัวแปรตาม	ตัวแปรอิสระ	B	SE	β	t	p	R ²
การกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์	การถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์	.71	.03	.77	27.07	< .001	.67
	การจัดการความเครียด	-.13	.03	-.11	-3.79	< .001	
การจัดการความเครียด	สุขภาวะทางจิต	.14	.01	.71	20.41	< .001	.67
	ความเครียด	-.21	.04	-.17	-4.77	< .001	
สุขภาวะทางจิต	การถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์	-1.64	.16	-.44	-10.48	< .001	.19
ความเครียด	การถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์	.19	.03	.31	7.05	< .001	.10

จึงอาจกล่าวได้ว่าไม่ได้เกิดจากปัญหาความเหมาะสมพอดีของแบบจำลองนี้ แต่อาจเนื่องมาจากค่า RMR นั้นมีความไวต่อคะแนนดิบของมาตรวัดที่ใช้ซึ่งในการศึกษานี้มีขนาดที่แตกต่างกันมาก โดยคะแนนจากแบบทดสอบการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์และแบบทดสอบสุขภาวะทางจิตมีขนาดแตกต่างกันอย่างไม่สมส่วน จึงส่งผลให้ค่า RMR ได้มาก ในทางกลับกันค่า SRMR มีรูปแบบเป็นค่ามาตรฐาน จึงได้รับผลกระทบจากความแตกต่างของคะแนนจากมาตรวัดน้อยกว่ามาก³⁰

ดังนั้นในภาพรวมแบบจำลองเหยื่อ-ผู้กระทำการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์มีความมีความเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาพลวัตของการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์และผลกระทบทางสุขภาพจิต³¹⁻³³

การศึกษานี้สำรวจพฤติกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งในปัจจุบันยังมีอยู่ไม่มากเมื่อเทียบกับการศึกษาในวัยรุ่นหรือกลุ่มเยาวชน อีกทั้งข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ในวัยผู้ใหญ่ไทยก็

ยังไม่ถูกสำรวจอย่างเพียงพอ ผลการศึกษาสะท้อนว่าปัญหาการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ส่งผลกระทบต่อที่ซับซ้อนกับประชากรวัยผู้ใหญ่เช่นเดียวกับเด็กและวัยรุ่น อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดหลายประการ ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรอื่นที่มีลักษณะแตกต่าง เช่น วัยหรือวัฒนธรรมอื่น กลุ่มเปราะบาง และกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวช ซึ่งอาจมีตัวแปรที่มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ที่แตกต่างกัน แบบจำลองในการศึกษานี้ไม่ได้รวมทฤษฎีทางจิตวิทยาอื่น ๆ ที่อาจเกี่ยวข้องเข้าไว้ด้วย เช่น ทฤษฎีความก้าวร้าวที่มาจากความคับข้องใจ (frustration-aggression theory)³⁴ และทฤษฎีความก้าวร้าวและแสดงพฤติกรรมรุนแรง (general aggression model) ที่กล่าวถึงผลของความรุนแรงจากสื่อ³⁵ ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจกลไกเบื้องหลังความสัมพันธ์เหล่านี้ได้อย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น การใช้แบบสอบถามและแพลตฟอร์มการสำรวจวิจัยออนไลน์ในการเก็บข้อมูลอาจมีข้อจำกัดจากความตรงของการตอบคำถามของอาสาสมัคร และแม้ว่าการวิเคราะห์เส้นทางจะสามารถตรวจสอบระดับนัยสำคัญทางสถิติของเส้นทางในแบบจำลองได้ แต่ไม่สามารถยืนยันความถูกต้องในเชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรในแบบจำลองได้

สรุป

การถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์ในคนไทยวัยผู้ใหญ่ โดยสุขภาวะทางจิต ความเครียด และการจัดการความเครียดมีอิทธิพลส่งผ่านต่อผลกระทบของการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ที่มีต่อการมีพฤติกรรมกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

วรตม์ โชติพิทยสุนนท์ : พัฒนาโครงร่างวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ ; พจ ธรรมพิร : พัฒนาโครงร่างวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบนิพนธ์ต้นฉบับ

เอกสารอ้างอิง

1. UNICEF Thailand. What is cyberbullying and how can we stop it? [Internet]. Bangkok: UNICEF Thailand; 2021 [cited 2024 Sep 29]. Available from: <https://www.unicef.org/thailand/th/stories>
2. Hinduja S, Patchin JW. Bullying beyond the schoolyard: preventing and responding to cyberbullying. 2nd ed. Thousand Oaks: Corwin Press; 2015.
3. Smith PK. Understanding school bullying: its nature and prevention strategies. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2021.
4. Li Q, Cross D, Smith PK. Cyberbullying in the global playground: research from international perspectives. Malden, MA: Wiley-Blackwell; 2012.
5. Kowalski RM, Giumetti GW, Schroeder AN, Lattanner MR. Bullying in the digital age: a critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth. *Psychol Bull.* 2014;140(4):1073-137. doi:10.1037/a0035618.
6. Sittichai R, Smith PK. Bullying in South-East Asian countries: a review. *Aggress Violent Behav.* 2015;23:22-35. doi:10.1016/j.avb.2015.06.002
7. Chavanovanich J, Suvanbenjakule, P, Sa-ngasri S. Cyberbullying among adolescents in Thailand: examining the predictors of cybervictimization and cyberaggression. *Chiang Mai University Journal of Humanities.* 2023;24(1):8-30.
8. Smith PK, Mahdavi J, Carvalho M, Fisher S, Russell S, Tippett N. Cyberbullying: its nature and impact in secondary school pupils. *J Child Psychol Psychiatry.* 2008;49(4):376-85. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01846.x.
9. Auriemma V, Iorio G, Roberti G, Morese R. Cyberbullying and empathy in the age of hyperconnection: an interdisciplinary approach. *Front Sociol.* 2020;5:551881. doi:10.3389/fsoc.2020.551881.
10. Chan HC, Wong DSW. The overlap between cyberbullying perpetration and victimisation: exploring the psychosocial characteristics of Hong Kong adolescents. *Asia Pac J Soc Work Dev.* 2020;30(3):164-80. doi:10.1080/02185385.2020.1761436.
11. Salmivalli C. Participant role approach to school bullying: implications for interventions. *J Adolesc.* 1999;22(4):453-9. doi:10.1006/jado.1999.0239.
12. Ang RP, Goh DH. Cyberbullying among adolescents: the role of affective and cognitive empathy, and

- gender. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2010;41(4):387-97. doi:10.1007/s10578-010-0176-3.
13. van Noorden TH, Haselager GJ, Cillessen AH, Bukowski WM. Empathy and involvement in bullying in children and adolescents: a systematic review. *J Youth Adolesc*. 2015;44(3):637-57. doi:10.1007/s10964-014-0135-6.
 14. Campbell M, Spears B, Slee P, Butler D, Kift S. Victims' perceptions of traditional and cyberbullying, and the psychosocial correlates of their victimisation. *Emot Behav Diffic*. 2012;17(3-4):389-401. doi:10.1080/13632752.2012.704316.
 15. Brighi A, Melotti G, Guarini A, Genta ML, Ortega R, Mora-Merchán J, et al. Self-esteem and loneliness in relation to cyberbullying in three European countries. In: Li Q, Cross D, Smith PK, editors. *Cyberbullying in the global playground: research from International Perspectives*. Chichester, UK: John Wiley and Sons; 2012. p. 32-56.
 16. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 1989;57(6):1069-81. doi:10.1037/0022-3514.57.6.1069.
 17. Wright MF. Parental mediation, cyberbullying, and cybertrouling: the role of gender. *Comput Human Behav*. 2017;71:189-95. doi:10.1016/j.chb.2017.01.059.
 18. Tokunaga RS. Following you home from school: a critical review and synthesis of research on cyberbullying victimization. *Comput Hum Behav*. 2010;26(3):277-87. doi:10.1016/j.chb.2009.11.014.
 29. Patchin JW, Hinduja S. Cyberbullying and self-esteem. *J Sch Health*. 2010;80(12):614-21; quiz 622-4. doi:10.1111/j.1746-1561.2010.00548.x.
 20. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*. 4th ed. New York: Guilford Press; 2015.
 21. Jackson DL. Revisiting sample size and number of parameter estimates: some support for the N:q Hypothesis. *Struct Equ Modeling*. 2003;10(1):128-41. doi:10.1207/S15328007SEM1001_6.
 22. Anuroj K, Pityaratstian N. Validity and reliability of cyber-aggression perpetration and victimization scale: Thai version. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2019;64(1):45-60. (in Thai)
 23. Thongthamrat Y. The developing of the psychological well-being in Thai version. *Rajanukul Journal*. 2022;34(2):13-22. (in Thai)
 24. Chotpitayasunondh V. A study of the impact of pandemic fatigue on mental health problems among university students during the COVID-19 pandemic. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2021. (in Thai)
 25. Wongpakaran N, Wongpakaran T. The Thai version of the PSS-10: an investigation of its psychometric properties. *Biopsychosoc Med*. 2010;4:6. doi:10.1186/1751-0759-4-6.
 26. Hinduja S, Patchin JW. Cyberbullying: an exploratory analysis of factors related to offending and victimization. *Deviant Behav*. 2008;29(2):129-56. doi:10.1080/01639620701457816.
 27. Ortega R, Elipe P, Mora-Merchán JA, Genta ML, Brighi A, Guarini A, et al. The emotional impact of bullying and cyberbullying on victims: a European cross-national study. *Aggress Behav*. 2012;38(5):342-56. doi:10.1002/ab.21440.
 28. Schneider SK, O'Donnell L, Stueve A, Coulter RW. Cyberbullying, school bullying, and psychological distress: a regional census of high school students. *Am J Public Health*. 2012;102(1):171-7. doi:10.2105/AJPH.2011.300308.
 29. Campbell MA, Slee PT, Spears B, Butler D, Kift S. Do cyberbullies suffer too? cyberbullies' perceptions of the harm they cause to others and to their own mental health. *Sch Psychol Int*. 2013;34(6):613-29. doi:10.1177/0143034313479698.
 30. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*. 4th ed. New York: Guilford Press; 2015.
 31. Baldry AC, Farrington DP, Sorrentino A. "Am I at risk of cyberbullying"? a narrative review and conceptual framework for research on risk of cyberbullying and cybervictimization: the risk and needs assessment approach. *Aggress Violent Behav*. 2015;23:36-51. doi:10.1016/j.avb.2015.05.014.

32. Chen L, Ho SS, Lwin MO. A meta-analysis of factors predicting cyberbullying perpetration and victimization: from the social cognitive and media effects approach. *New Media Soc.* 2017;19(8): 1194-213. doi:10.1177/1461444816634037.
33. Zhou Z, Tang H, Tian Y, Wei H, Zhang F, Morrison CM. Cyberbullying and its risk factors among Chinese high school students. *Sch Psychol Int.* 2013;34(6): 630-47. doi:10.1177/0143034313479692.
34. Renati R, Berrone C, Zanetti MA. Morally disengaged and unempathic: do cyberbullies fit these definitions? an exploratory study. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2012;15(8):391-8. doi:10.1089/cyber.2012.0046.
35. Runions KC, Bak M. Online moral disengagement, cyberbullying, and cyber-aggression. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2015;18(7):400-5. doi:10.1089/cyber.2014.0670.

ภาคผนวก

การคำนวณและแสดงผลของอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมของการถูกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ การกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์ สุขภาวะทางจิต ความเครียด และการจัดการความเครียดในแบบจำลองเหยื่อ-ผู้กระทำการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์. เข้าถึงได้จาก : <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/273479/184630>

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในอำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ

วันรับ : 24 กรกฎาคม 2567

วันแก้ไข : 6 กันยายน 2567

วันตอบรับ : 8 ตุลาคม 2567

พัชรินทร์ บุญเสริม, พย.ม.¹, นุสรา เผ่าหัวสระ, พย.ม.²

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ¹,

โรงพยาบาลหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness with high risk to violence: SMI-V)

วิธีการ : การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์แบบทำนายในผู้ดูแลผู้ป่วย SMI-V ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วย ระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง พลังสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความตระหนักในบทบาทผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการณ์การดูแล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 127 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 79.5 อายุเฉลี่ย 49.31 ปี ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการณ์การดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.01$, $SD = 0.55$) แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความตระหนักในบทบาทผู้ดูแล และพลังสุขภาพจิตสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมการณ์การดูแลได้ร้อยละ 68.5 ($R^2 = .685$, $p < .001$)

สรุป : ผู้ดูแลควรได้รับการส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช ความตระหนักในบทบาทผู้ดูแล และพลังสุขภาพจิต เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วย SMI-V ได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : ผู้ดูแล, ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง, พฤติกรรมการณ์การดูแล, พลังสุขภาพจิต

ติดต่อผู้พิมพ์ : พัทรินทร์ บุญเสริม; e-mail: bpatta6624@gmail.com

Original article

Factors predicting caregivers' caring behaviors for patients with serious mental illness with high risk to violence in Nongbuadaeng district, Chaiyaphum province

Received : 24 July 2024

Revised : 6 September 2024

Accepted : 8 October 2024

Pattarin Boonserm, M.N.S.¹, Nusra Phaohuasra, M.N.S.²Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University, Chaiyaphum Province¹Nongbuadaeng Hospital, Chaiyaphum Province²

Abstract

Objective: To explore the relationship between psychosocial factors and caring behaviors among caregivers of patients with serious mental illness with high risk to violence (SMI-V).

Methods: A correlational predictive study was conducted among caregivers of patients with SMI-V who received services at Nongbuadaeng Hospital, Chaiyaphum Province, Thailand, during March and May 2024. The questionnaire consisted of demographic data of caregivers and patients, violence severity scale, and caregivers' resilience, knowledge about mental illnesses, caring role awareness, social support, and caring behaviors. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, and multiple linear regression.

Results: The sample consisted of 127 caregivers, 79.5% female, with an average age of 49.31 years. Average caring behaviors were at a moderate level ($M = 3.01$, $SD = 0.55$). Social support, knowledge about mental illnesses, caring role awareness, and resilience together explained 68.5% of the variance in caring behaviors ($R^2 = .685$, $p < .001$).

Conclusion: Caregivers should receive services that enhance social support, knowledge about mental illnesses, role awareness in caring, and resilience to provide appropriate care for patients with SMI-V.

Keywords: caregivers, serious mental illness with high risk to violence, caring behaviors, resilience

Corresponding author: Pattarin Boonserm; e-mail: bpatta6624@gmail.com

ความรู้เดิม : ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness with high risk to violence: SMI-V) เป็นผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระและมีการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยบกพร่อง

ความรู้ใหม่ : แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความตระหนักในบทบาทผู้ดูแลและพลังสุขภาพจิต สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงได้ร้อยละ 68.5

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การจัดบริการเพื่อส่งเสริมความตระหนักในบทบาทผู้ดูแล ความรู้ พลังสุขภาพจิต และแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้ผู้ดูแลผู้ป่วย SMI-V

บทนำ

โรคทางจิตเวชเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่พบในประชากร 792 ล้านคนทั่วโลก¹ การสำรวจสุขภาพจิตคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 ประเมินการว่าในช่วง 12 เดือนคนไทยเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช 1.7 ล้านคน มีความผิดปกติของพฤติกรรมศาสตร์เสพติด 5.6 ล้านคน และเคยมีประสบการณ์พยายามฆ่าตัวตาย 3.4 แสนคน² นอกจากนี้ยังพบว่าในปี พ.ศ. 2560 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มสูงขึ้นเป็น 2.7 ล้านคน³ และในปีงบประมาณ 2563 มีผู้ป่วยจิตเวชมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในหน่วยบริการสังกัดกรมสุขภาพจิต 1,080,502 ราย โดยเป็นผู้มีความผิดปกติแบบโรคจิต (psychotic disorders) มากที่สุดจากทุกกลุ่มโรค⁴

โรคจิตเวชที่ไม่ได้รับการจัดการควบคุมอย่างเหมาะสมอาจส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อกิจกรรมสำคัญในชีวิต รวมทั้งการทำหน้าที่ประจำวัน และมีแนวโน้มพัฒนาไปสู่โรคทางจิตเวชรุนแรง (serious mental illness: SMI)⁵ ซึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกในประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.1 ในปี ค.ศ. 2012 เป็นร้อยละ 5.44 ในปี ค.ศ. 2019⁶ นอกจากนี้ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยจิตเวชอาจกลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness with high

risk to violence: SMI-V)⁷ ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงหรือความทุพพลภาพรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ โดยมีลักษณะพฤติกรรมความรุนแรงเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ 1) มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต 2) มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรง ทำให้เกิดการบาดเจ็บ/สับสนขวัญในชุมชน 3) มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย และ 4) เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง เช่น ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน และวางเพลิง⁸ ผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมที่สังเกตได้ เช่น ตาขวาง พูดเสียงดัง ตำหนิเสียดสี ทำร้ายร่างกายหรือจิตใจ ทำลายข้าวของ และอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย⁹

การรวบรวมข้อมูลจากสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการคัดกรองและลงทะเบียนเป็นผู้ป่วย SMI-V ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 มีจำนวนสะสม 13,194 คน เป็นชายร้อยละ 62.5 อายุระหว่าง 26 - 45 ปี ร้อยละ 52.9 มีประวัติความรุนแรงโดยการทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิตมากที่สุด ร้อยละ 56.8 รองลงมา คือ การทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการรุนแรงในชุมชน ร้อยละ 29.8 และเมื่อจำแนกผู้ป่วยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-5 พบว่า ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและโรคหลงผิดมากที่สุด ร้อยละ 43.2^{8,10}

ผู้ป่วย SMI-V รายใหม่ที่ได้รับการบริการที่โรงพยาบาลหนองบัวแดง อำเภอนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างปีงบประมาณ 2563 - 2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ 197, 229 และ 254 คน ตามลำดับ เป็นเพศชายร้อยละ 66.0, 63.8 และ 54.7 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช พบว่า ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและโรคหลงผิดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.0, 74.2 และ 73.6 ตามลำดับ และในแต่ละปีมีพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยทำร้ายตนเองจนถึงแก่ชีวิต (ฆ่าตัวตายสำเร็จ) สูงขึ้น คิดเป็นอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 9.8, 12.8 และ 15.7 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

โรคจิตเวชมิได้ส่งผลกระทบต่อเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น ยังรวมไปถึงญาติ ผู้ดูแล และสังคมด้วย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงที่มีกขาดโอกาสและการสนับสนุนในสังคม ทำให้ตกเป็นเหยื่อในรูปแบบต่าง ๆ หรือเสี่ยงต่อการก่อคดีอุกฉกรรจ์¹¹ ปัญหาความรุนแรงที่พบเห็นตามสื่อต่าง ๆ ในปัจจุบันมีส่วนหนึ่งมีผู้ก่อเหตุเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน แต่เมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัวหรือชุมชนแล้วมีปัญหาขาดการติดตามต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย หรือใช้สารเสพติด ทำให้อาการกำเริบ มีพฤติกรรมก้าวร้าว และอาจก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน¹² สมาชิกในครอบครัวจึงมีความสำคัญในการช่วยดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและลดละเลิกพฤติกรรมเสี่ยง รวมถึงการสังเกตอาการเตือนต่าง ๆ ที่บ่งบอกถึงความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังต้องใช้เวลาในการดูแลต่อเนื่องยาวนาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของญาติผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย ทำให้เกิดอาการเหน็ดเหนื่อย หดแรงแรง พักผ่อนไม่เพียงพอ และได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยทำร้าย ด้านทางสังคม ไม่สามารถทำกิจกรรมทางสังคมและถูกแยกตัวจากสังคม และด้านจิตใจ เกิดความเครียด เหนื่อยหน่าย ท้อแท้ และหมดกำลังใจ^{12,13} ในทางกลับกัน ความตึงเครียดและความกดดันที่เกิดขึ้นนี้อาจส่งผลให้การทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลขาดประสิทธิภาพ¹⁴ ปัจจัยอื่นของผู้ดูแลที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น เพศ อายุ ทัศนคติในการดูแลปัญหาสุขภาพ มุมมองจากการดูแล และการได้รับการอบรมความรู้ในการดูแลผู้ป่วย^{15,16} นอกจากนี้ความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาและจัดการความเครียดยังส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย¹⁷

ปัจจุบันการศึกษาพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย SMI-V ในประเทศไทยยังมีน้อย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีความยุ่งยากซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป การศึกษานี้จึงสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย SMI-V เพื่อนำมาวางแผนในการให้บริการสนับสนุนด้านครอบครัวเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วย SMI-V

วิธีการ

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์แบบทำนาย (correlational predictive research design) ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2567 โดยผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ HE 67-1-001 ลงวันที่ 6 มีนาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วย SMI-V ที่มารับบริการในคลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 254 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ multiple linear regression: fix model, R^2 deviation from zero กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size f^2) ขนาดกลาง = 0.15 ค่าความคลาดเคลื่อน (α) = 0.05 ค่ากำลังการทดสอบ (power) = 0.80 และจำนวนตัวแปรทำนาย 12 ตัว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 127 คน เลือกตัวอย่างโดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยเขียนเลขที่ตามทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยทั้งหมด 254 คนและใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี 2) ไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใด ๆ ในการดูแลผู้ป่วย และ 3) สามารถฟัง พูด อ่าน และสื่อสารเป็นภาษาไทยได้ดี เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่อยู่ในพื้นที่ขณะเก็บข้อมูลวิจัยและ 2) เป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้เอง ตัวอย่างที่ไม่เข้าเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกได้ถูกคัดออกจากการวิจัยและจับฉลากตัวอย่างต่อไปจนครบตามจำนวน

เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 1 คน คือพยาบาลจิตเวช กลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลหนองบัวแดง โดยก่อนเริ่มเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากนั้นขอความยินยอมจากอาสาสมัครที่ห้องให้คำปรึกษา คลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลหนองบัวแดง ซึ่งมีความเป็นส่วนตัวและอาสาสมัครมีความคุ้นเคยกับสถานที่เนื่องจากพาผู้ป่วยในความดูแลมารับบริการอยู่เป็นประจำ หรือสถานที่อื่นที่อาสาสมัครสะดวกและมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

เช่น ที่บ้านของอาสาสมัคร อาสาสมัครเป็นผู้ลงนามแต่เพียงผู้เดียว

เครื่องมือ

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนสมาชิกที่ดูแลผู้ป่วย และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน

3. แบบประเมินความรุนแรงของโรค (Prasri violence severity scale: PVSS)¹⁸ ใช้ประเมินระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช มี 9 ข้อ จำแนกเป็น 2 มิติ ได้แก่ ความรุนแรงต่อผู้อื่นและความรุนแรงต่อตนเอง ซึ่งอธิบายความแปรปรวนในภาพรวมได้ร้อยละ 79.6 มีความตรงตามสภาพ (concurrent validity) เมื่อเทียบกับแบบประเมิน clinical global impression (CGI) ที่ประเมินโดยจิตแพทย์อย่างมีนัยสำคัญ ($r = 0.75$) และมีความสอดคล้องภายในของข้อคำถามจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89 มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 32 คะแนน แปลผลดังนี้ 0 - 5 คะแนนหมายถึงมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับเล็กน้อย 6 - 13 คะแนนหมายถึงมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับปานกลาง และ 14 - 32 คะแนนหมายถึงมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับสูง

4. แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (resilience quotient: RQ)¹⁹ ใช้ประเมินพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง และค่าอำนาจจำแนก โดยมีค่าความเชื่อมั่น 0.85 มี 20 ข้อ จำแนกเป็นพลังสุขภาพจิต 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความทนทานทางอารมณ์ 10 ข้อ ด้านกำลังใจ 5 ข้อ และด้านการจัดการกับปัญหา 5 ข้อ คะแนนเต็ม 80 คะแนน แปลผลดังนี้ ต่ำกว่า 55 คะแนนหมายถึงมีพลังสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติ 55 - 69 คะแนนหมายถึงมีพลังสุขภาพจิตปกติ และสูงกว่า 69 คะแนนหมายถึงมีพลังสุขภาพจิตสูงกว่าปกติ

5. แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยความรู้

ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเวชในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ลักษณะอาการ สาเหตุการเจ็บป่วย ปัจจัยกระตุ้นอาการเตือน และแนวทางในการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบถูกผิดจำนวน 15 ข้อ ตอบถูกได้ข้อละ 1 คะแนน แปลผลคะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Bloom และคณะ²⁰ ดังนี้ ต่ำกว่าร้อยละ 60 (0 - 8 คะแนน) หมายถึงมีความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยระดับน้อย ร้อยละ 60 - 79 (9 - 10 คะแนน) หมายถึงมีความรู้ระดับปานกลาง และร้อยละ 80 - 100 (11 - 15 คะแนน) หมายถึงมีความรู้ระดับมาก

6. แบบประเมินความตระหนักในบทบาทผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการตระหนักในบทบาทผู้ดูแลของ Mayeroff²¹ ใช้ประเมินการรับรู้ เข้าใจ และยอมรับในบทบาทผู้ดูแล มี 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คำนวณคะแนนจากคะแนนรวมในแต่ละข้อคำถามหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด แปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Bloom และคณะ²⁰ ดังนี้ 1.00 - 2.32 หมายถึงมีความตระหนักในบทบาทผู้ดูแลน้อย 2.33 - 3.66 หมายถึงมีความตระหนักปานกลาง และ 3.67 - 5.00 หมายถึงมีความตระหนักมาก

7. แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer²² มี 18 ข้อ จำแนกเป็นการสนับสนุน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ 7 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร 5 ข้อ และด้านสิ่งของ 6 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คำนวณคะแนนจากคะแนนรวมในแต่ละข้อคำถามหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด แปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Bloom และคณะ²⁰ ดังนี้ 1.00 - 2.32 หมายถึงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย 2.33 - 3.66 หมายถึงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และ 3.67 - 5.00 หมายถึงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก

8. แบบสอบถามพฤติกรรมการณ์การดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีการดูแลของ Swanson²³ ที่ให้ความสำคัญในการดูแลแบบองค์รวม และทฤษฎีการจัดการตนเองของ Kanfer และ Gaelick-Buys²⁴ ซึ่งมุ่งเน้นการควบคุมพฤติกรรมการณ์การป้องกัน และการจัดการกับสถานการณ์ความรุนแรง

ผ่านกระบวนการสังเกต การประเมิน และการตอบสนองอย่างเป็นระบบ โดยพฤติกรรมการณ์ดูแลของผู้ดูแลในการศึกษานี้หมายถึง พฤติกรรมของผู้ดูแลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย SMI-V ในชีวิตประจำวันเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ จำแนกเป็นบทบาท 3 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมและสนับสนุนเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง การควบคุมและป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง และการร่วมแก้ไขปัญหามือผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง รวม 27 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คำนวณคะแนนจากคะแนนรวมในแต่ละข้อคำถามหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด แปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Bloom และคณะ²⁰ ดังนี้ 1.00 - 2.32 หมายถึงมีพฤติกรรมการณ์ดูแลอยู่ในระดับน้อย 2.33 - 3.66 หมายถึงพฤติกรรมการณ์ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และ 3.67 - 5.00 หมายถึงมีพฤติกรรมการณ์ดูแลอยู่ในระดับมาก

แบบสอบถามส่วนที่ 5 - 8 ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ พยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน และพยาบาลจิตเวช 2 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index : CVI) เท่ากับ 0.93, 0.90, 0.83 และ 0.85 ตามลำดับ จากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย 30 คนเพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นจากค่าคงที่ภายใน (internal consistency) ของแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามส่วนที่ 3, 4, 6, 7 และ 8 ใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.809, 0.911, 0.897, 0.924 และ 0.932 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามส่วนที่ 5 ใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้เท่ากับ 0.758

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการณ์ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย SMI-V ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น^{25,26} ดังนี้

1) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นตัวแปรมาตราช่วง (interval scale) โดยข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ยกเว้นเพศ ปัญหาสุขภาพ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่เป็นตัวแปรมาตรานามบัญญัติ (nominal scale) โดยผู้วิจัยได้ทำเป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) 2) ตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรอิสระ (linearity) ทดสอบด้วยสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับพฤติกรรมการณ์ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุผู้ดูแล ($r = .228$) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (บิดา/มารดา $r = .233$, คู่สมรส $r = .218$) พลังสุขภาพจิต ($r = .594$) ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ($r = .697$) ความตระหนักในบทบาทผู้ดูแล ($r = .664$) และแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = .784$) 3) ตัวแปรอิสระต้องเป็นข้อมูลที่ไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง (non-autocorrelation) ทดสอบด้วยสถิติ Durbin-Watson ต้องมีค่าอยู่ระหว่าง 1.5 - 2.5²⁶ ซึ่งตัวแปรอิสระในการวิจัยนี้มีค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.528 แสดงว่าข้อมูลของตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง 4) ตัวแปรอิสระแต่ละตัวต้องไม่มีภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (multicollinearity) ทดสอบด้วยสหสัมพันธ์เพียร์สันต้องมีค่า r น้อยกว่า 0.80²¹ ค่า variance inflation factor (VIF) ต้องไม่เกิน 10 และค่า tolerance ไม่เข้าใกล้ 0 หรือไม่น้อยกว่า 0.20 ผลการทดสอบพบว่าไม่มีตัวทำนายคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันเองตามเกณฑ์ที่กำหนด จึงไม่มีภาวะร่วมเส้นตรงพหุ และ 5) ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนต้องมีค่าคงที่ (homoscedasticity) ทดสอบด้วยการพิจารณา scatter plot ระหว่างค่าตัวแปรตามที่ทำนายได้จากสมการถดถอยกับความคลาดเคลื่อนจากการทำนาย พบว่ากราฟมีลักษณะเป็น homoscedasticity

ผล

กลุ่มตัวอย่าง 127 คน ไม่มีผู้ถอนตัวจากโครงการวิจัย เป็นเพศหญิงร้อยละ 79.5 อายุเฉลี่ย 49.31 ปี อยู่ในช่วงอายุ 50 - 59 ปีร้อยละ 33.9 เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นบิดา/มารดาร้อยละ 45.7 คู่สมสร้อยละ 42.5 และดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 2 - 5 ปีร้อยละ 64.6 ผู้ป่วย SMI-V เป็นเพศชายร้อยละ 88.2 อายุ 30 - 39 ปีร้อยละ 37.8

ลักษณะของความรุนแรงที่พบมากที่สุด คือ ประวัติทำร้ายผู้อื่น ด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 74.8 และมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงระดับปานกลาง ร้อยละ 60.6 ดังตารางที่ 1

พลังสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยรวมทุกด้านเท่ากับ 61.5 ซึ่งอยู่ในระดับปกติ ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย SMI-V ความตระหนักในบทบาทผู้ดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 10.99, 3.30 และ 2.91 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2 สำหรับพฤติกรรมการณ์การดูแลรายด้าน และรวมทุกด้านของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 3

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความตระหนักในบทบาทผู้ดูแล และพลังสุขภาพจิต สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการณ์การดูแลของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 68.5 ($R^2 = .685$, $p < .001$) โดยตัวแปรทำนายที่สามารถทำนายพฤติกรรมการณ์การดูแลได้มากที่สุด ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .599$, $p < .001$) รองลงมา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ($\beta = .265$, $p < .001$) ดังตารางที่ 4 โดยสามารถเขียนเป็นสมการถดถอยในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้ พฤติกรรมการณ์การดูแลของผู้ดูแล = $24.953 + .879$ (แรงสนับสนุนทางสังคม) + 1.677 (ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย) + $.518$ (ความตระหนักในบทบาทผู้ดูแล) + $.410$ (พลังสุขภาพจิต)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วย SMI-V (n = 127)

	ผู้ดูแล		ผู้ป่วย SMI-V	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	26	20.5	112	88.2
หญิง	101	79.5	15	11.8
อายุ				
ต่ำกว่า 20 ปี	-	-	11	8.7
20 - 29 ปี	13	10.2	36	28.3
30 - 39 ปี	23	18.1	48	37.8
40 - 49 ปี	19	15.0	20	15.7
50 - 59 ปี	43	33.9	11	8.7
60 ปีขึ้นไป	29	22.8	1	0.8
	(mean = 49.31, SD = 13.55)		(mean = 33.67, SD = 10.26)	
สถานภาพสมรส				
โสด	1	0.8	48	37.8
คู่	106	83.5	59	46.5
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	20	15.7	20	15.7
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	44	34.6	3	2.4
มัธยมต้น/ปวช.	50	39.4	119	93.7
มัธยมปลาย/ปวส.	33	26.0	4	3.1
ปริญญาตรี	-	-	1	0.8
อาชีพ				
เกษตรกร	75	59.0	50	39.4
รับจ้าง	49	38.6	54	42.5
ค้าขาย	3	2.4	11	8.7
ว่างงาน	-	-	12	9.4

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วย SMI-V (n = 127) (ต่อ)

	ผู้ดูแล		ผู้ป่วย SMI-V	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน				
ต่ำกว่า 3,000 บาท	41	32.3	21	16.6
3,000 - 4,999 บาท	52	40.9	49	38.6
5,000 บาทขึ้นไป	34	26.8	45	35.4
ไม่มีรายได้	-	-	12	9.4
	(mean = 3629.92, SD = 1837.89)		(mean = 3637.80, SD = 1892.63)	
โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	103	81.1		
มีโรคประจำตัว	24	18.9		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				
บิดา/มารดา	58	45.7		
คู่สมรส	54	42.5		
อื่น ๆ	15	11.8		
จำนวนสมาชิกที่ดูแลผู้ป่วย				
1 คน	16	12.6		
2 คน	79	62.2		
3 คน	16	12.6		
4 คน	16	12.6		
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย				
ต่ำกว่า 2 ปี	43	33.8		
2 - 5 ปี	82	64.6		
5 ปีขึ้นไป	7	1.6		
ลักษณะของความรุนแรงของผู้ป่วย SMI-V				
1. มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต			10	7.9
2. มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการรุนแรงในชุมชน			95	74.8
3. มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย			10	7.9
4. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)			0	0
5. ผู้ป่วยมีลักษณะความรุนแรงมากกว่า 1 ขึ้นขึ้นไป			12	9.4
ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงของผู้ป่วย SMI-V				
ระดับเล็กน้อย			28	22.1
ระดับปานกลาง			77	60.6
ระดับสูง			22	17.3

SMI-V = serious mental illness with high risk of violence

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับของพลังสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความตระหนักในบทบาทผู้ดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคม (n = 127)

	Mean	SD	ค่าระดับ
พลังสุขภาพจิต (min = 48, max = 73 คะแนน)	61.50	6.60	ปกติ
ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (min = 5, Max = 14 คะแนน)	10.99	2.35	ปานกลาง
ความตระหนักในบทบาทผู้ดูแล	3.30	0.60	ปานกลาง
แรงสนับสนุนทางสังคม	2.91	0.56	ปานกลาง

SD = standard deviation

ตารางที่ 3 คะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับของพฤติกรรมการณ์การดูแล (n = 127)

	Mean	SD	ค่าระดับ
ด้านการส่งเสริมสนับสนุน	2.99	0.58	ปานกลาง
ด้านการควบคุมป้องกัน	3.15	0.51	ปานกลาง
ด้านการแก้ไขปัญหา	2.85	0.62	ปานกลาง
รวมทุกด้าน	3.01	0.55	ปานกลาง

SD = standard deviation

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณทำนายพฤติกรรมการณ์การดูแล (n = 127)

	B	β	t	p
แรงสนับสนุนทางสังคม	.879	.599	7.081***	< .001
ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	1.677	.265	3.322**	< .001
ความตระหนักในบทบาทของผู้ดูแล	.518	.210	2.766**	.007
พลังสุขภาพจิต	.410	.183	2.146*	.034

constant = 24.953, $R^2 = .685$, adjusted $R^2 = .675$, $F = 66.479$, $p < .001$

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการณ์การดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความตระหนักในบทบาทของผู้ดูแล และพลังสุขภาพจิตสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการณ์การดูแลของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลของ Mayeroff²¹ ที่ระบุว่า การดูแลที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจ ความตระหนักในบทบาท และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะช่วยให้เสริมสร้างพลังใจให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าพฤติกรรมการณ์การดูแลผู้ป่วยด้านการควบคุมและป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการณ์รุนแรงมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบซึ่งพบว่าช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมได้²⁷ ในขณะที่การร่วมแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมการณ์รุนแรงมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ซึ่งบ่งชี้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังขาดทักษะในการจัดการกับสถานการณ์ฉุกเฉินเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมการณ์รุนแรง

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการณ์การดูแลผู้ป่วย SMI-V กล่าวคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่น เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน และหน่วยงานภาครัฐ

มีแนวโน้มมีพฤติกรรมการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการณ์ของบุคคล โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วย SMI-V ที่มีภาระในการดูแลที่ต่อเนื่องระยะยาว ซึ่งต้องการแรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างเพื่อเสริมแรงในการดูแลในเรื่องต่าง ๆ เช่น แนวทางการดูแลผู้ป่วยจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข การได้รับคำปรึกษาเมื่อตนเองรู้สึกไม่สบายใจ การแสดงความเห็นอกเห็นใจจากคนในครอบครัว การได้รับความเอาใจใส่และห่วงใยจากบุคคลอื่น และการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถและการจัดการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความแปรปรวนของความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ร้อยละ 15.6 (Beta = .406, $p < .01$) ซึ่งแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ผู้ดูแลให้ความสำคัญได้แก่ การดูแลผู้ป่วยด้วยความรักและความเห็นใจ ทักษะการสื่อสารที่ดีลดการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วย ความรู้เรื่องโรคในการดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน²⁸

ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการณ์การดูแลผู้ป่วย SMI-V กล่าวคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแล เช่น ความรู้

เกี่ยวกับอาการเตือนก่อนเกิดอาการทางจิตกำเริบของผู้ป่วย ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ความรู้เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ และหน่วยงานที่สามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีแนวโน้มมีพฤติกรรมก้าวร้าวและที่พึงประสงค์ เนื่องจากผู้ดูแลมีความมั่นใจและสามารถจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยได้²⁸ สอดคล้องกับการศึกษาผลของกิจกรรมการสอนสุขภาพจิต ที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม²⁹

ความตระหนักในบทบาทผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ ทางบวกพฤติกรรมดูแลผู้ป่วย SMI-V กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีความตระหนักในบทบาทการเป็นผู้ดูแลของตนเองมีแนวโน้ม ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เนื่องจาก ความตระหนักหรือการรับรู้สถานการณ์มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นผลของกระบวนการทางปัญญา ที่นำไปสู่การเรียนรู้ ความเข้าใจ และการกระทำหรือ พฤติกรรมของบุคคลที่เหมาะสมกับต่อสถานการณ์นั้น ๆ ในทางกลับกัน การขาดความตระหนักในการดูแลและ มีความรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีการเจ็บป่วยมาเป็น ระยะเวลาอันยาวนานและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เป็นภาระส่งผลให้พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยน้อยลง สอดคล้องกับ การศึกษาเกี่ยวกับความตระหนักในบทบาทของผู้ดูแลที่ พบว่านำไปสู่การจัดการอาการทางจิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้น³⁰

พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย SMI-V กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีทักษะ ในการแก้ปัญหา พร้อมสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้น มีความทนทาน ต่อความกดดัน และสามารถควบคุมจิตใจและอารมณ์ของ ตนเองได้เมื่อเกิดความเครียด มีแนวโน้มหาทางออกหรือ วิธีการที่จะช่วยในการจัดการดูแลปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแล ผู้ป่วยและแสวงหาวิธีช่วยเหลือคลายความทุกข์ใจของตนเอง สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โรคเบาหวานที่มีความเข้มแข็งทางใจสามารถปรับตัวและ ฟื้นตัวภายหลังจากสถานการณ์ยากลำบาก ส่งผลให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย³¹ อย่างไรก็ตาม การศึกษาใน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดชลบุรีไม่พบว่า พลังสุขภาพจิต เป็นปัจจัยร่วมทำนายความพร้อมในการดูแล¹⁶

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ ได้แก่ เป็นการศึกษา แบบตัดขวาง จึงไม่สามารถยืนยันความสัมพันธ์เชิงเหตุผล ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาได้ กลุ่มตัวอย่างมาจากโรงพยาบาล ชุมชนแห่งเดียวจึงอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไป อ้างอิงกับประชากรกลุ่มอื่น การวิเคราะห์ข้อมูลไม่มีการควบคุม ปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมดูแล เช่น ข้อมูลพื้นฐาน ของผู้ดูแลและผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรที่ศึกษา และการประเมินพฤติกรรมดูแลโดยให้ ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามด้วยตัวเองซึ่งอาจมีอคติจากการตอบ ตามความคาดหวังของสังคม ดังนั้นการศึกษาในอนาคตควร พิจารณาปัจจัยเหล่านี้ในการวิเคราะห์เพื่อควบคุมอิทธิพลของ ตัวแปรกวนที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมดูแล

สรุป

ปัจจัยการทำนายพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วย SMI-V ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความตระหนักในบทบาทผู้ดูแล และ พลังสุขภาพจิต ผู้ดูแลควรได้รับการทางจิตสังคมและ แหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อเสริมสร้างความตระหนักใน บทบาทผู้ดูแล ความรู้ และพลังสุขภาพจิต เพื่อลดความเสี่ยง การก่อความรุนแรงของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนจากมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ขอขอบคุณ นางปราณีต พิพิธกุล นางสาวนงนุช ภัทรพงศ์สินธุ์ และนายคนพศ หินเมืองเก่า ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ การวิจัย ขอขอบคุณนายแพทย์พุทธา สมัดไชย ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหนองบัวแดง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการ เก็บข้อมูลการวิจัย

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

พัชรินทร์ บุญเสริม : ออกแบบงานวิจัย พัฒนา เครื่องมือวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนนิพนธ์ ต้นฉบับ ; นุสรา เผ่าหัวสระ : บันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Dattani S, Rodés-Guirao L, Ritchie H, Roser M. Mental health [Internet]. Oxford: Our World in Data; 2018 [cited 2024 Sep 6]. Available from: <https://ourworldindata.org/mental-health>

2. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Tantiaree 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. (in Thai)
3. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Thai health 2019: social media - double-edged sword, Thai health in the world of social media. Bangkok: Amarin Printing and Publishing Public Co., Ltd.; 2019. (in Thai)
4. Department of Mental Health. Annual report 2020. Bangkok: Inspire House Co., Ltd.; 2021. (in Thai)
5. National Institute of Mental Health. Mental illness [Internet]. Bethesda: National Institute of Mental Health; 2021 [cited 2024 Sep 6]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness>
6. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2019-2020 National survey on drug use and health: model-based prevalence estimates (50 states and the district of Columbia) [Internet]. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2021 [cited 2024 Sep 6]. Available from: <https://www.samhsa.gov/data/report/2019-2020-nsduh-state-prevalence-estimates>
7. Bureau of Mental Health Service Administration, Department of Mental Health. Guidelines for caring for psychiatric patients with alcohol/drugs/ substance abuse who are at high risk of causing violence. Bangkok: Prosperous plus Co., Ltd.; 2020. (in Thai)
8. Department of Mental Health. Manual for the care system for psychiatric patients at high risk of violence for institutions/hospitals under the department of mental health. Bangkok: Prosperous plus Co., Ltd.; 2020. (in Thai)
9. Kanthasaibour P, Piboonarluk W, Kaewyot K, Nerikool W. Factors related to violence in schizophrenic pateints at somdet chaopraya insitute of psychiatry. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*. 2020;14(2):16-28. (in Thai)
10. American Psychiatry Association. Diagnosis and statistical manual of mental disorder, 5th ed. Arlington, Virginia: American Psychiatric Association; 2013.
11. National Health Security Office, Department of Mental Health. Manual for caring chronic psychiatric patients in the community for primary care personnel. Bangkok: Saengchan Printing Limited Partnership; 2016. (in Thai)
12. Thanikkul B, Dangdomyouth P. The effect of self-help-group and empowerment on burden of caregivers of schizophrenic patients in community. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2012;26(2):74-86. (in Thai)
13. Kanungpean T. Experiences of caregivers of schizophrenia patients in the community. *Journal of Nursing Division*. 2013;40(1):55-66. (in Thai)
14. Parnichsan L. The effect of family intervention program on family functioning of schizophrenic patients in community [master's Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2014. (in Thai)
15. Khumtorn L, Suwanvela S, Singsanun N. Factors predicting caring behaviors of caregivers for chronic schizophrenic patients at home. *Maharakham Hospital Journal*. 2018;15(3):114-25. (in Thai)
16. Tassanatanachai A, Poonnotok P, Lawang W, Suksawat S, Sunsern R. Predictors of care readiness for persons with psychiatric illness in family caregivers, chonburi province. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2020;28(2): 106-21. (in Thai)
17. Wright LM, Leahey M. Nurses and families: a guide to family assessment and intervention. 6th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2013.
18. Sriruenthong W, Kongsuk T, Sukhawaha S, Lodthanong S, Leejongpermpool J. Development of violence severity scale in serious mental illness. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2016;61(3):253-66. (in Thai)

19. Department of Mental Health. Mental health counseling manual for resilience. Bangkok: Beyond Publishing; 2009. (in Thai)
20. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill Book Company; 1971.
21. Mayeroff M. On caring. New York: Harper & Row; 1971.
22. Schaefer MA. Social support. In: Peterson SJ, Bredow TS, editors. Middle range theories: application to nursing research. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins; 2013.
23. Swanson KM. Nursing as informed caring for the well-being of others. Journal of Nursing Scholarship. 1993;25(4):352-7.
24. Kanfer FH, Gaelick-Buys L. Self-management methods. In: Kanfer FH, Goldstein AP, editors. Helping people change: a textbook of methods. 4th ed. New York: Pergamon Press; 1991. p. 305-60.
25. Singchangchai P. Principles and applications of multivariate statistical analysis for nursing research. 3rd ed. Bangkok: Chanmuang Printing; 2006. (in Thai)
26. Stevens J. Applied multivariate statistics for the social sciences. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.; 1996.
27. Sisodia S, Hammond Z, Leonardi-Bee J, Hanlon C, Asher L. Sexual and reproductive health needs of women with severe mental illness in low-and middle-income countries: a scoping review (in press) [Internet]. PLoS ONE. 2024 [cited 2024 Nov 20]. Available from: <https://nottingham-repository.worktribe.com/output/40272569>
28. Siripan S, Naowsuwan K. Factors predicting caregivers' abilities and caring guideline with health belief model and social support for schizophrenia patients' caregiver. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. 2020;3(3):16-31. (in Thai)
29. Srioad P, Thoin P. The Effect of Psychoeducation Activity focusing on skill training on social functioning of schizophrenia patients in community. Research and Development Health System Journal. 2021;14(2):310-9. (in Thai)
30. Dewanti WA, Mulyaningrat W, Setiawati N. Case report Pemberian Psikoedukasi Kepada Keluarga yang Merawat Orang Dengan Gangguan Jiwa di Desa Banteran. PENA Nursing. 2024;3(1):13-19.
31. Tabtim D, Intarakamhang U, Choochom O. Resilience of family caregiver: an important to caring elderly diabetes Miletus patients. Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology. 2021;6(1):1-16. (in Thai)

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับของบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเป็นกะในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

วันรับ : 25 เมษายน 2567

วันแก้ไข : 1 กรกฎาคม 2567

วันตอบรับ : 21 ตุลาคม 2567

พันธุ์รัช ผลิตโกมล, พ.บ., ศรวิทย์ โอสสถิลป์, พ.บ.

สถาบันอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับในบุคลากรที่ทำงานเป็นกะ

วิธีการ : เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเป็นกะในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ และเจ้าหน้าที่สายงานสนับสนุน ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ลักษณะการปฏิบัติงาน และแบบสอบถาม Athens insomnia scale (AIS) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 279 คน เข้าเกณฑ์ภาวะนอนไม่หลับ ($AIS \geq 7$ คะแนน) ร้อยละ 59.1 (95% CI = 53.1 - 65.0) ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสภาวะนอนไม่หลับ ได้แก่ เวลานอนเฉลี่ยน้อยกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน ($AOR = 7.51$, 95% CI = 2.09 - 27.01) และ 4 - 6 ชั่วโมงต่อวัน ($AOR = 3.47$, 95% CI = 1.71 - 7.02) เมื่อเทียบกับมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน การทำงานที่หอบผู้ป่วยเป็นหลัก ($AOR = 2.84$, 95% CI = 1.02 - 7.93) เวลาทำงาน 201 - 300 ชั่วโมงต่อเดือน ($AOR = 2.72$, 95% CI = 1.04 - 7.06) เมื่อเทียบกับไม่เกิน 200 ชั่วโมงต่อเดือน และการทำงานกะดึก 11 กะต่อเดือนขึ้นไป ($AOR = 1.89$, 95% CI = 1.01 - 3.55)

สรุป : บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเป็นกะมีความเสี่ยงต่อภาวะนอนไม่หลับจากการปฏิบัติงาน ควรมีการทบทวนตารางการปฏิบัติงานและการสนับสนุนด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดผลกระทบจากปัญหาการนอนหลับในในบุคลากรกลุ่มนี้

คำสำคัญ : การนอนหลับผิดปกติจากการทำงานเป็นกะ, งานกะ, บุคลากรทางการแพทย์, ภาวะนอนไม่หลับ

ติดต่อผู้นิพนธ์ : พันธุ์รัช ผลิตโกมล; e-mail: maxfootball@windowslive.com

Original article

Prevalence and associated factors of insomnia among healthcare shift personnel at Nopparat Rajathanee hospital

Received : 25 April 2024

Revised : 1 July 2024

Accepted : 21 October 2024

Pantat Plikomol, M.D., Sornwit Osothsinlp, M.D.

Occupational and Environmental Medicine Institute, Nopparat Rajathanee Hospital

Abstract

Objective: To examine the prevalence and associated factors of insomnia among healthcare shift personnel.

Methods: A cross-sectional study was conducted between December 2023 and February 2024 at Nopparat Rajathanee Hospital, involving physicians, pharmacists, nurses, medical technologists, and supporting staff. Participants were selected through stratified sampling. Questionnaires included demographic information, work patterns, and the Thai version of the Athens insomnia scale (AIS). Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, and logistic regression.

Results: Among 279 participants, 59.1 % (95% CI = 53.1 – 65.0) met the criteria for insomnia (AIS $\geq$ 7). Factors that increased the likelihood of insomnia included sleeping less than 4 hours per day (AOR = 7.51, 95% CI = 2.09 - 27.01) and 4 - 6 hours per day (AOR = 3.47, 95% CI = 1.71 - 7.02), compared to sleeping more than 6 hours per day, working mainly in inpatient units (AOR = 2.84, 95% CI = 1.02 - 7.93), working 201 - 300 hours per month (AOR = 2.72, 95% CI = 1.04 - 7.06) compared to working no more than 200 hours per month, and working 11 or more night shifts per months (AOR = 1.89, 95% CI = 1.01 - 3.55).

Conclusion: The healthcare shift personnel are at risk of insomnia associated with their work schedules. The findings highlight the need for adjustments to work-rest schedules and increased health support to enhance their quality of life and mitigate the adverse impacts of insomnia on their well-being.

Keywords: healthcare personnel, insomnia, shift work, shift work sleep disorder

Corresponding author: Pantat Plikomol; e-mail: maxfootball@windowslive.com

ความรู้เดิม : ภาวะนอนไม่หลับเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ทำงานเป็นกะ การศึกษาในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับภาวะนอนไม่หลับในบุคลากรทางการแพทย์ยังมีจำกัด และส่วนใหญ่สำรวจเฉพาะในกลุ่มพยาบาล

ความรู้ใหม่ : บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเป็นกะร้อยละ 59.1 มีภาวะนอนไม่หลับ ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสภาวะนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เวลาการนอนเฉลี่ยน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน การทำงานที่หอบผู้ป่วยเป็นหลัก การทำงาน 201 - 300 ชั่วโมงต่อเดือน และการปฏิบัติงานกะดึก 11 กะต่อเดือนขึ้นไป

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การวางแผนจัดตารางปฏิบัติงานและนโยบายที่เกี่ยวข้องเพื่อลดผลกระทบของปัญหาการนอนหลับจากการทำงานเป็นกะในบุคลากรทางการแพทย์

บทนำ

การทำงานเป็นกะเป็นรูปแบบการทำงานที่พบในสถานที่ทำงานที่เปิดตลอด 24 ชั่วโมง เช่น โรงพยาบาล ซึ่งมีการสลับเปลี่ยนช่วงเวลาทำงานระหว่างกลางวันและกลางคืนบ่อยครั้งและบางครั้งมีการทำงานต่อเนื่องกันหลายช่วงเวลา¹ จึงมักส่งผลกระทบต่อกระบวนการควบคุมความง่วงและการตื่นของร่างกาย ซึ่งประกอบด้วยแรงสมดุลควบคุมความง่วง (homeostatic sleep drive) และสัญญาณตื่นตัวจากนาฬิกาชีวภาพ (circadian alerting signal) ในสมองส่วน anterior hypothalamus ซึ่งนอกจากควบคุมการนอนหลับแล้วยังควบคุมอุณหภูมิร่างกาย ความดันโลหิต และการหลั่งของฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) และเมลาโทนิน (melatonin) โดยการทำงานในเวลากลางคืนเพิ่มความเครียดต่อกระบวนการทำงานของนาฬิกาชีวภาพที่ไม่สอดคล้องกันของภาวะหลับและตื่น (circadian rhythm sleep-wake disorders)³ และการหมุนเวียนกะแบบทวนเข็มนาฬิกา (กะเข้าย้ายไปกะกลางคืนและกะบ่าย) ทำให้มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีจากนาฬิกาชีวภาพของร่างกายถูกรบกวนมากกว่าการหมุนเวียนกะแบบตามเข็มนาฬิกา (กะเข้าย้ายไปกะบ่ายและกะกลางคืน)⁴ จนอาจเกิดโรคนอนหลับผิดปกติจากการทำงานเป็นกะ (shift work sleep disorder) ซึ่งเป็นอาการนอนไม่หลับในช่วงเวลาที่เคยนอนได้ตามปกติ และ/หรือง่วง

นอนมากในช่วงที่ตื่นได้ตามปกติ^{5,6} ส่งผลให้เกิดความสามารถในการทำงานบกพร่อง การขาดสมาธิ ความผิดพลาด และอุบัติเหตุจากการทำงาน^{3,7-9} นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ทำงานเป็นกะมีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตบางประเภท เช่น โรคเบาหวานและภาวะซึมเศร้า ได้บ่อยกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงานเป็นกะ⁵

ต่างประเทศมีการรายงานความชุกของการเกิดภาวะนอนไม่หลับในผู้ทำงานเป็นกะร้อยละ 12.8 - 76.4¹⁰ การสำรวจในบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นพยาบาลในประเทศเกาหลีใต้และอิหร่าน ผู้ดูแลและให้การพยาบาลที่บ้านในประเทศญี่ปุ่น และบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเป็นกะในประเทศเอธิโอเปีย พบความชุกภาวะนอนไม่หลับร้อยละ 76.4, 43.1, 40.6 และ 67.3 ตามลำดับ¹¹⁻¹⁴ สำหรับในประเทศไทยพบว่าพยาบาลประสบปัญหาการนอนไม่หลับร้อยละ 24.7 มีโรคเกี่ยวกับการนอนหลับร้อยละ 12.2¹³ และร้อยละ 75.9 ของพยาบาลที่ทำงานเป็นกะมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี¹⁵ ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการนอนไม่หลับของบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเป็นกะ ได้แก่ เพศ ดัชนีมวลกาย การดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนชั่วโมงการนอนเฉลี่ย การออกกำลังกายหนัก โรคประจำตัว การเจ็บป่วยในกะดึก จำนวนชั่วโมงทำงานต่อเดือน การหมุนเวียนระหว่างกะ จำนวนกะดึกต่อเดือน และการมีเวลาพักก่อนขึ้นทำงานกะน้อย^{11,14-21}

การศึกษาภาวะนอนไม่หลับในบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเป็นกะในประเทศไทยยังมีจำกัดและส่วนมากเป็นการศึกษาในพยาบาล ซึ่งแม้เป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่แต่ก็อาจไม่เป็นตัวแทนของบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มอื่น ๆ ที่มีหน้าที่ ความรับผิดชอบ ภาระงาน และรูปแบบการทำงานเป็นกะแตกต่างกันไป การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับในบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเป็นกะ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับนโยบายการจัดตารางปฏิบัติงาน การเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน และการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรทางการแพทย์

วิธีการ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (descriptive cross-sectional study) ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เลขที่ใบรับรอง 22/2567 วันที่ 27 พฤศจิกายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

บุคลากรทางโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งการสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง สิ่งคัดหลังจากผู้ป่วย ขึ้นเนื่องจากร่างกาย หรือวัสดุอุปกรณ์ที่มีการปนเปื้อนต่าง ๆ และมีลักษณะงานที่ต้องมีคนคอยดูแลหน้างานตลอด 24 ชั่วโมง มีเวลาปฏิบัติงานแบ่งเป็น 3 กะ ได้แก่ กะเช้า 08.00 - 16.00 น. กะบ่าย 16.00 - 0.00 น. และกะดึก 00.00 - 08.00 น. ในการศึกษาครั้งนี้รวมถึงแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ และเจ้าหน้าที่สายงานสนับสนุน (ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานช่วยการพยาบาล) รวม 2,170 คน

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) ปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาและ 2) ปฏิบัติงานในกะดึกอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คำนวณขนาดตัวอย่างเมื่อทราบความชุก²³ โดยอิงความชุกจากการศึกษาของ Adane และคณะ¹⁴ เท่ากับ 0.673 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่าง 338 คน กำหนดอัตราการไม่ตอบกลับ (non-response rate) เท่ากับร้อยละ 25 ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลจึงเท่ากับ 451 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified sampling) แบ่งกลุ่มอาชีพของบุคลากรทางการแพทย์ออกเป็น 5 กลุ่มอาชีพ จากนั้นเลือกตัวอย่างในแต่ละกลุ่มด้วยการสุ่มอย่างง่ายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ตามสัดส่วนตามที่คำนวณไว้ข้างต้น คือ 451/2,170 หรือร้อยละ 21 โดยในกลุ่มอาชีพที่มีจำนวนตั้งแต่น้อยกว่า 48 คนลงไปจะเลือกมาทั้งหมด

เครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและการปฏิบัติงาน ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย จำนวนบุตร การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน การทำงานนอกเวลาที่ยื่น จำนวนชั่วโมงการนอนเฉลี่ย การออกกำลังกายหนัก โรคประจำตัว การทำงานที่หอบเหนื่อยเป็นหลัก ประสบการณ์ทำงาน การรับหลับในกะดึก จำนวนชั่วโมงทำงาน รูปแบบการหมุนเวียนระหว่างกะ จำนวนกะดึกต่อเดือน และเวลาพักผ่อนก่อนปฏิบัติงานกะต่อไป โดยการออกกำลังกายหนักในการศึกษานี้ หมายถึง การออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวมากและรวดเร็ว ซึ่งสามารถวัดเป็นวิธีอ้อมด้วยการทดลองพูด

ขณะออกกำลังกายแล้วไม่สามารถพูดได้มากกว่า 2 - 3 คำได้โดยไม่หยุดพักหายใจ²²

2. แบบสอบถาม Athens insomnia scale (AIS)²⁴ แปลเป็นภาษาไทยโดย Chalardsahul และ Sithinamsuwan²⁵ มีคำถาม 8 ข้อ ใช้ประเมินคุณภาพการนอนหลับและอาการที่เป็นผลที่ตามมาจากการนอนไม่หลับ เช่น ความพึงพอใจต่อระยะเวลาในการนอน อาการง่วงนอน ความรู้สึกอยู่ดีมีสุขและประสิทธิภาพการทำงาน คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert scale) คะแนนรวมระหว่าง 0 - 24 โดยคะแนนรวม 7 ขึ้นไป หมายถึงมี ภาวะนอนไม่หลับ แบบสอบถามฉบับภาษาไทยมีค่าความเชื่อมั่นโดยรวม (intraclass correlation coefficient) เท่ากับ 0.931 พื้นที่ใต้กราฟ (area under the curve: AUC) เท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรม ผู้วิจัยทำหนังสือจากกลุ่มงานถึงหน่วยงานต่าง ๆ ที่เก็บข้อมูลเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนการทบทวน ขอบความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และแจกจ่ายแบบสอบถามให้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่สุ่มได้ผ่านทางหัวหน้าแต่ละหน่วยงานในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 จากนั้นผู้วิจัยเข้าไปเก็บแบบสอบถามและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา แสดงเป็นจำนวนและร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ลักษณะการปฏิบัติงาน และภาวะนอนไม่หลับ ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (simple logistic regression และ multiple logistic regression) แสดงเป็น crude odds ratio (OR), adjusted odds ratio (AOR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผล

ผู้ที่ได้รับแบบสอบถาม 521 คน ส่งแบบสอบถามคืน 379 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 72.7 โดยกลุ่มที่

มีอัตราการตอบกลับมากที่สุดคือพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 98.6 กลุ่มที่มีอัตราการตอบกลับน้อยที่สุดคือแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 20.8 มีผู้ที่ไม่เข้าเกณฑ์การคัดเข้า 75 คนและตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน 25 คน จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล 279 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 91.0 อายุเฉลี่ย 35.06 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.14 กิโลกรัมต่อตารางเมตร สถานภาพโสดร้อยละ 67.4 ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 52.7 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 92.5 ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนเป็นประจำอย่างน้อย 1 ครั้งต่อวันร้อยละ 63.8 ไม่ได้ทำงานนอกเวลาที่ยื่นร้อยละ 75.3 มีระยะเวลานอนเฉลี่ยต่อวันประมาณ 4 - 6 ชั่วโมงร้อยละ 70.6 ไม่เคยออกกำลังกายหนักร้อยละ 83.2 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 78.9 มีตำแหน่งงานเป็นพยาบาล ร้อยละ 51.6 ทำงานที่หอผู้ป่วยเป็นหลักร้อยละ 83.2

ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 10.13 ปี เคยเจ็บป่วยในกะดึก ร้อยละ 81.7 ทำงานเฉลี่ย 255.17 ชั่วโมงต่อเดือน มีการหมุนเวียนกะแบบทวนเข็มนาฬิการ้อยละ 65.2 มีการทำงานกะดึกเฉลี่ย 9.11 ครั้งต่อเดือน และมีเวลาพักก่อนขึ้นทำงานกะต่อไปไม่เกิน 8 ชั่วโมง 11 ครั้งต่อเดือนขึ้นไป ร้อยละ 77.8 ดังตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างเข้าเกณฑ์ภาวะนอนไม่หลับร้อยละ 59.1 (95% CI = 53.1 – 65.0) ผู้ที่มีจำนวนชั่วโมงการนอนเฉลี่ยต่างกัน ปฏิบัติงานที่หน่วยงานต่างกัน มีจำนวนชั่วโมงทำงานเฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีลักษณะการหมุนเวียนระหว่างกะต่างกัน และมีจำนวนกะดึกต่อเดือนต่างกัน มีอัตราภาวะนอนไม่หลับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ภาวะนอนไม่หลับจำแนกตามข้อมูลทั่วไปและการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 279)

	จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะนอนไม่หลับ		p - value
		ไม่มี จำนวน (ร้อยละ)	มี จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ				.927
หญิง	254 (91.0)	104 (40.9)	150 (59.1)	
ชาย	25 (9.0)	10 (40.0)	15 (60.0)	
อายุ (เฉลี่ย 35.06 ปี)				.202
< 30 ปี	120 (43.0)	42 (35.0)	78 (65.0)	
31 - 40 ปี	83 (29.8)	39 (47.0)	44 (53.0)	
> 41 ปี	76 (27.2)	33 (43.4)	43 (56.6)	
ดัชนีมวลกาย (เฉลี่ย 24.14 กก./ม ²)				.169
< 18.50 กก./ม ²	26 (9.3)	12 (46.2)	14 (53.8)	
18.50 - 22.49 กก./ม ²	105 (37.6)	47 (44.8)	58 (55.2)	
22.50 - 24.49 กก./ม ²	41 (14.7)	21 (51.2)	20 (48.8)	
24.50 - 29.49 กก./ม ²	60 (21.5)	19 (31.67)	41 (68.33)	
> 29.50 กก./ม ²	47 (16.9)	15 (31.9)	32 (68.1)	
จำนวนบุตร				.909
ไม่มี	187 (67.0)	76 (40.6)	111 (59.4)	
1 คน	46 (16.5)	20 (43.5)	26 (56.5)	
≥ 2 คน	46 (16.5)	18 (39.1)	28 (60.9)	
การดื่มแอลกอฮอล์				.085
ปัจจุบันไม่ดื่ม	132 (47.3)	61 (46.2)	71 (53.8)	
ปัจจุบันดื่ม	147 (52.7)	53 (36.1)	94 (63.9)	
การสูบบุหรี่				.660
ไม่เคยสูบบุหรี่เลย	258 (92.5)	106 (41.1)	152 (58.9)	
เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว	13 (4.7)	4 (30.8)	9 (69.2)	
ปัจจุบันสูบบุหรี่	8 (2.8)	4 (50.0)	4 (50.0)	
การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน				.748
ไม่ดื่ม/ดื่มนาน ๆ ครั้ง	101 (36.2)	40 (39.6)	61 (60.4)	
ดื่มประจำ (อย่างน้อย 1 ครั้ง/วัน)	178 (63.8)	74 (41.6)	104 (58.4)	

ตารางที่ 1 ภาวะนอนไม่หลับจำแนกตามข้อมูลทั่วไปและการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 279) (ต่อ)

	จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะนอนไม่หลับ		p-value
		ไม่มี จำนวน (ร้อยละ)	มี จำนวน (ร้อยละ)	
การทำงานนอกเวลาที่ยื่น				.428
ไม่ทำ	210 (75.3)	83 (39.5)	127 (60.5)	
ทำ	69 (24.7)	31 (44.9)	38 (55.1)	
จำนวนชั่วโมงการนอนเฉลี่ย				< .001
< 4 ชม./วัน	22 (7.9)	4 (18.2)	18 (81.8)	
4 - 6 ชม./วัน	197 (70.6)	69 (35.0)	128 (65.0)	
> 6 ชม./วัน	60 (21.5)	41 (68.3)	19 (31.7)	
การออกกำลังกายหนัก				.559
ไม่เคย	232 (83.2)	93 (40.1)	139 (59.9)	
เคย	47 (16.8)	21 (44.7)	26 (55.3)	
โรคประจำตัว				.572
ไม่มี	220 (78.9)	88 (40.0)	132 (60.0)	
มี	59 (21.1)	26 (44.1)	33 (55.9)	
ตำแหน่งงาน				.166
แพทย์	11 (3.9)	7 (63.6)	4 (36.4)	
เภสัชกร	10 (3.6)	5 (50.0)	5 (50.0)	
พยาบาล	114 (51.6)	62 (43.1)	82 (56.9)	
นักเทคนิคการแพทย์	11 (3.9)	6 (54.6)	5 (45.5)	
เจ้าหน้าที่สายงานสนับสนุน*	103 (36.9)	34 (33.0)	69 (67.0)	
การทำงานที่หือผู้ป่วยเป็นหลัก				.001
ไม่ใช่	47 (16.8)	29 (61.7)	18 (38.3)	
ใช่**	232 (83.2)	85 (36.6)	147 (63.4)	
ประสบการณ์ทำงาน (เฉลี่ย 10.13 ปี)				.301
0 - 5 ปี	113 (40.5)	42 (37.2)	71 (62.8)	
≥ 6 ปี	166 (59.5)	72 (43.4)	94 (56.6)	
การเจ็บป่วยในอดีต				.714
ไม่เคย	51 (18.3)	22 (43.1)	29 (56.9)	
เคย	228 (81.7)	92 (40.4)	136 (59.6)	
จำนวนชั่วโมงทำงานเฉลี่ย (เฉลี่ย 255.17 ชม./เดือน)				.001
< 200 ชม./เดือน	56 (20.1)	34 (60.7)	22 (39.3)	
201 - 300 ชม./เดือน	165 (59.1)	54 (32.7)	111 (67.3)	
≥ 301 ชม./เดือน	58 (20.8)	26 (44.8)	32 (55.2)	
การหมุนเวียนระหว่างกะ				.032
ส่วนมากหมุนตามเข็มนาฬิกาหรือหมุนตามเข็มเท่ากับ	97 (34.8)	48 (49.5)	49 (50.5)	
ทวนเข็มนาฬิกา				
ส่วนมากหมุนทวนเข็มนาฬิกา	182 (65.2)	66 (36.3)	116 (63.7)	
จำนวนกะตึก (เฉลี่ย 9.11 กะ/เดือน)				< .001
0 - 10 กะ/เดือน	176 (63.1)	87 (49.4)	89 (50.6)	
≥ 11 กะ/เดือน	103 (36.9)	27 (26.2)	76 (73.8)	
การมีเวลาพักผ่อนขึ้นทำงานกะต่อไปไม่เกิน 8 ชั่วโมง				.051
0 - 10 กะ/เดือน	62 (22.2)	32 (51.6)	30 (48.4)	
≥ 11 กะ/เดือน	217 (77.8)	82 (37.8)	135 (62.2)	

* เจ้าหน้าที่สายงานสนับสนุน ได้แก่ ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานช่วยการพยาบาล
** ผู้ที่ทำงานที่หือผู้ป่วยเป็นหลัก ได้แก่ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานช่วยการพยาบาลทุกคน

การวิเคราะห์ multiple logistic regression โดยควบคุมตัวแปรสำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสภาวะนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เวลานอนเฉลี่ยน้อยกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน (AOR = 7.51, 95% CI = 2.09 - 27.01) และเวลานอนเฉลี่ย 4 - 6 ชั่วโมงต่อวัน (AOR = 3.47, 95% CI = 1.71 - 7.02) เมื่อเทียบกับเวลานอนเฉลี่ยมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน การทำงานในหอผู้ป่วยหลัก (AOR = 2.84, 95% CI = 1.02 - 7.93) การทำงาน 201 - 300 ชั่วโมงต่อเดือน (AOR = 2.72, 95% CI = 1.04 - 7.06) เมื่อเทียบกับการทำงานไม่เกิน 200 ชั่วโมงต่อเดือน และการทำงานกะดึกตั้งแต่ 11 กะต่อเดือน (AOR = 1.89, 95% CI = 1.01 - 3.55) ดังตารางที่ 2

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเป็นกะในการศึกษานี้มีความชุกภาวะนอนไม่หลับร้อยละ 59.1 ไกล่เคียงกับการศึกษาอื่น ๆ ทั้งในประเทศไทยและ

ต่างประเทศที่พบความชุกภาวะนอนไม่หลับร้อยละ 40.6 - 76.4^{11-14,18} ทั้งนี้ความชุกภาวะนอนไม่หลับในการศึกษานี้ อาจแสดงถึงปัญหาการนอนหลับของพยาบาลซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อาจเนื่องจากพยาบาลในหอผู้ป่วย มักมีจำนวนไม่เพียงพอกับปริมาณงาน มีชั่วโมงการทำงานต่อเดือนมาก มีเวลาพักผ่อนขึ้นกะต่อไปน้อย เปลี่ยนเวลาอยู่กะบ่อย และอยู่กะดึกบ่อยครั้ง จึงส่งผลให้เกิดการรบกวนของวงจรการหลับคืนตามปกติ⁶

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จำนวนชั่วโมงการนอนเฉลี่ยต่อวัน การทำงานในหอผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงทำงานเฉลี่ยต่อเดือน และจำนวนกะดึกต่อเดือน โดยพบว่าผู้ที่นอนเฉลี่ยน้อยกว่า 4 ชั่วโมงต่อวันและผู้ที่นอนเฉลี่ย 4 - 6 ชั่วโมงต่อวันมีโอกาสมีภาวะนอนไม่หลับเป็น 7.51 เท่าและ 3.47 เท่าของผู้ที่นอนเฉลี่ยมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Adane และคณะ¹⁴ และ Li และคณะ¹⁶ ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากแบบสอบถาม AIS มีคำถามเกี่ยวกับ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกของภาวะนอนไม่หลับ (n = 279)

	OR (95% CI)	p-value	AOR (95% CI)**	p-value
จำนวนชั่วโมงการนอนเฉลี่ย				
> 6 ชม./วัน	1.00		1.00	
4 - 6 ชม./วัน	4.00 (2.16 - 7.42)	< .001	3.47 (1.71 - 7.02)	.001
< 4 ชม./วัน	9.71 (2.89 - 32.64)	< .001	7.51 (2.09 - 27.01)	.002
การทำงานที่หอผู้ป่วยเป็นหลัก				
ไม่ใช่	1.00		1.00	
ใช่*	2.78 (1.46 - 5.32)	.002	2.84 (1.02 - 7.93)	.046
จำนวนชั่วโมงทำงานเฉลี่ย				
< 200 ชม./เดือน	1.00		1.00	
201 - 300 ชม./เดือน	3.18 (1.70 - 5.95)	< .001	2.72 (1.04 - 7.06)	.040
> 301 ชม./เดือน	1.90 (0.90 - 4.01)	.091	1.87 (0.57 - 6.10)	.299
การหมุนเวียนระหว่างกะ				
ส่วนมากหมุนตามเข็มนาฬิกาหรือหมุนตามเข็มนาฬิกา	1.00		1.00	
ส่วนมากหมุนทวนเข็มนาฬิกา	1.72 (1.04 - 2.84)	.033	0.95 (0.48 - 1.89)	.880
จำนวนกะดึก				
0 - 10 กะ/เดือน	1.00		1.00	
≥ 11 กะ/เดือน	2.75 (1.62 - 4.67)	< .001	1.89 (1.01 - 3.55)	.048
การมีเวลาพักผ่อนขึ้นทำงานกะต่อไปไม่เกิน 8 ชั่วโมง				
0 - 10 กะ/เดือน	1.00		1.00	
≥ 11 กะ/เดือน	1.76 (0.99 - 3.10)	.052	0.59 (0.23 - 1.52)	.274

* ผู้ที่ทำงานที่หอผู้ป่วยเป็นหลัก ได้แก่ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานช่วยการพยาบาลทุกคน

** ควบคุมตัวแปรเพศ ดัชนีมวลกาย การดื่มแอลกอฮอล์ การทำงานนอกเวลาอื่น การออกกำลังกายหนัก โรคประจำตัว ประสบการณ์ทำงาน และการงีบหลับในกะดึก

ระยะเวลาการนอนด้วย อย่างไรก็ตาม ค่า 95% CI ของ AOR ค่อนข้างกว้าง จึงควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ผลการศึกษามีความแม่นยำมากขึ้น

ผู้ทำงานที่หอบผู้ป่วยเป็นหลักมีโอกาสมีภาวะนอนไม่หลับเป็น 2.84 เท่าของผู้ที่ไม่ได้ทำงานที่หอบผู้ป่วยเป็นหลัก อธิบายได้จากผู้ที่ทำงานที่หอบผู้ป่วยมักภาระงานต่อเนื่องตลอดกะ ต้องใช้สมาธิในการทำงาน และมีการเปลี่ยนกะเป็นประจำ ขณะที่ผู้ที่ไม่ได้ทำงานที่หอบผู้ป่วยเป็นหลักมักมีเวลาปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ในช่วงกะเช้าและปฏิบัติงานในกะบ่ายหรือดึกเมื่อเป็นเวร on call กล่าวคือ จะปฏิบัติงานก็ต่อเมื่อมีเหตุให้ถูกเรียกทำงาน ทำให้มีเวลาพักผ่อนหากไม่มีเหตุให้ถูกเรียก ผู้ทำงานที่หอบผู้ป่วยเป็นหลักจึงมีโอกาสเกิดปัญหาทางการนอนเมื่อลองจากการปฏิบัติหน้าที่มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ทำงานที่หอบผู้ป่วยเป็นหลัก

ผู้ทำงาน 201 - 300 ชั่วโมงต่อเดือนโอกาสมีภาวะนอนไม่หลับเป็น 2.72 เท่าของผู้ที่ทำงานไม่เกิน 200 ชั่วโมงต่อเดือน สอดคล้องกับการศึกษาของ Li และคณะ¹⁶ ที่พบว่าผู้ที่ทำงานมากกว่า 40 ชั่วโมงสัปดาห์ ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ต่อเดือนขึ้นไป มีโอกาสเป็นโรคนอนไม่หลับจากการทำงานเป็นกะเพิ่มขึ้น และการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าของ Virtanen และคณะ²⁶ ที่พบว่าการทำงานนานกว่า 55 ชั่วโมงต่อสัปดาห์เพิ่มความเสี่ยงปัญหาการนอน สามารถอธิบายได้จากการทำงานเป็นเวลานานส่งผลให้เวลาพักผ่อนลดลง การฟื้นคืนสภาพร่างกายช้า และเกิดความเหนื่อยล้า อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการทำงาน 301 ชั่วโมงต่อเดือนขึ้นไปกับภาวะนอนไม่หลับเมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ แล้ว

ผู้ที่ทำงานกะดึก 11 กะต่อเดือนขึ้นไปมีโอกาสมีภาวะนอนไม่หลับเป็น 1.89 เท่าของผู้ที่ทำงานกะดึกไม่เกิน 10 กะต่อเดือน สอดคล้องกับหลายการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าการทำงานกะดึกมากขึ้นเพิ่มความเสี่ยงภาวะนอนไม่หลับ^{11,14,16,19,20} อธิบายได้จากกระบวนการทำงานของนาฬิกาชีวภาพที่ไม่สอดคล้องกันทั้งในภาวะหลับและตื่น โดยในช่วงเวลากลางคืนร่างกายมีการหลั่งฮอร์โมนเมลาโทนิสูงขึ้นตามปกติเพื่อควบคุมการนอนหลับ นอกจากนี้ยังเป็นช่วงเวลาที่สิ่งเร้าน้อยลง เช่น ความเงียบและแสงสลัว ผู้ที่ทำงานกลางดึกจึงมักง่วงนอนขณะทำงานและเมื่อต้อง

นอนพักผ่อนตอนกลางวันมักนอนไม่หลับเนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ร่างกายลดการผลิตเมลาโทนิ³

ตัวแปรที่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะนอนไม่หลับจากการวิเคราะห์ simple logistic regression แต่ไม่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ รูปแบบการหมุนเวียนระหว่างกะและเวลาพักก่อนขึ้นกะต่อไป ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Wangsan และคณะ¹⁸ และ Eldevik และคณะ²¹ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาดังกล่าวเป็นพยาบาลเท่านั้น ขณะที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีกลุ่มอาชีพอื่นนอกจากพยาบาลด้วย ซึ่งกลุ่มอาชีพอื่น ๆ ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานที่หอบผู้ป่วยเป็นหลัก มีการหมุนเวียนระหว่างกะแบบตามเข็มนาฬิกา และเมื่อต้องอยู่เวรล่วงเวลาจะปฏิบัติงานกะเช้า บ่าย และดึกติดต่อกัน ทำให้เมื่อบันทึกข้อมูลเวลาพักก่อนขึ้นกะต่อไปจึงจัดอยู่ในกลุ่มมีเวลาพักผ่อนไม่เกิน 8 ชั่วโมงบ่อยครั้ง ทำให้การแปลผลในกลุ่มนี้อาจดูเหมือนว่าการมีเวลาพักผ่อนระหว่างกะน้อยบ่อยครั้งลดโอกาสเกิดภาวะนอนไม่หลับ ซึ่งอาจตรงข้ามกับกลุ่มพยาบาลซึ่งทำงานที่หอบผู้ป่วยเป็นหลัก ที่การมีเวลาพักผ่อนระหว่างเปลี่ยนกะน้อยบ่อยครั้งมักเพิ่มความเสี่ยงภาวะนอนไม่หลับ ทำให้การวิเคราะห์ multiple logistic regression ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตัวแปรอื่น ๆ ที่หลายการศึกษาพบว่ามีสัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับในแต่ในการศึกษานี้ไม่พบ ได้แก่ เพศ ดัชนีมวลกาย การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกายหนัก โรคประจำตัวเรื้อรัง ประสบการณ์ทำงาน และการเจ็บป่วยในกะดึก^{11,14-16,20} อาจเนื่องจากจำนวนตัวอย่างในกลุ่มย่อยของบางตัวแปรมีจำนวนน้อยและข้อคำถามในบางตัวแปรอาจมีการแบ่งกลุ่มย่อยที่ไม่ละเอียดเพียงพอต่อการจำแนกผู้ที่มีพฤติกรรมหรือความเสี่ยงสูงได้ เช่น ผู้ดื่มแอลกอฮอล์หนัก ผู้มีโรคประจำตัวเรื้อรังที่รุนแรง และผู้ออกกำลังกายหนักเป็นประจำ จึงอาจไม่เพียงพอต่อการวิเคราะห์ความแตกต่างทางสถิติ จึงควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าวกับภาวะนอนไม่หลับในบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเป็นกะโดยละเอียดต่อไป

การศึกษานี้สำรวจปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับในบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเป็นกะจากการทบทวนวรรณกรรมที่ครอบคลุมปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยสุขภาพ และปัจจัยการทำงาน ผลการศึกษาสามารถนำไปปรับใช้ในวางแผนและปรับปรุงนโยบายการจัดตารางปฏิบัติงานที่เหมาะสมกับอัตรากำลังและภาระงาน การติดตามเฝ้าระวังและดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาการนอนหลับ และการสนับสนุนด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต เพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน และลดอันตรายจากปัญหาการนอนหลับของบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเป็นกะในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการสำรวจแบบตัดขวาง จึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ในเชิงเหตุและผลระหว่างตัวแปร การศึกษานี้พบอัตราการตอบกลับต่ำในกลุ่มที่ไม่ได้ทำงานที่หอผู้ป่วยเป็นหลัก อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนจากการไม่ตอบแบบสอบถามได้ และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นบุคลากรในโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ อีกทั้งไม่รวมกลุ่มที่ทำงานในห้องฉุกเฉิน ซึ่งมีการทำงานเป็นกะเช่นกัน จึงอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเป็นกะทั้งหมด จึงควรมีการศึกษาวิจัยแบบเป็นการศึกษาไปข้างหน้าและศึกษาในบุคลากรห้องฉุกเฉินและในโรงพยาบาลอื่น ๆ เพื่อยืนยันถึงปัญหาภาวะนอนไม่หลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

สรุป

บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเป็นกะในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีร้อยละ 59.1 มีภาวะนอนไม่หลับ ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสภาวะนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จำนวนชั่วโมงการนอนเฉลี่ยน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน การทำงานที่หอผู้ป่วยเป็นหลัก จำนวนชั่วโมงทำงานเฉลี่ย 201 - 300 ชั่วโมงต่อเดือน และการทำงานกะดึก 11 กะต่อเดือนขึ้นไป ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ในวางแผนจัดตารางการปฏิบัติงานรวมทั้งปรับปรุงนโยบายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานและลดผลกระทบจากปัญหาการนอนหลับ

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

พันธุ์รัช ผลิตอมล : ออกแบบการวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ ; ศรวิทย์ โอสสถิลป์ : ออกแบบการวิจัย เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ

เอกสารอ้างอิง

1. International Labour Office. Shift work [Internet]. Geneva: International Labour Organization; 2004 [cited 2023 Oct 1]. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_170713.pdf
2. Deboer T. Sleep homeostasis and the circadian clock: do the circadian pacemaker and the sleep homeostat influence each other's functioning? *Neurobiol Sleep Circadian Rhythms*. 2018;5:68-77. doi:10.1016/j.nbscr.2018.02.003.
3. Wickwire EM, Geiger-Brown J, Scharf SM, Drake CL. Shift work and shift work sleep disorder: clinical and organizational perspectives. *Chest*. 2017;151(5):1156-72. doi:10.1016/j.chest.2016.12.007.
4. Shon Y, Ryu S, Suh BS, Kim SG, Kim WS, Son HS, et al. Comparison of sleep quality based on direction of shift rotation in electronics workers. *Ann Occup Environ Med*. 2016;28(1):37. doi:10.1186/s40557-016-0122-3.
5. Wangsan K, Chaiear N, Sawanyawisuth K, Klainin P, Simajareuk K. Pattern of shiftwork and health status among nurses in a university hospital in northeastern Thailand. *Asia Pac J Sci Technol*. 2019;24(2):1-11. doi:10.14456/apst.2019.19.
6. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual. 3rd ed. Darien, Illinois: American Academy of Sleep Medicine; 2014.
7. Yazdi Z, Sadeghniai-Haghighi K, Loukzadeh Z, Elmizadeh K, Abbasi M. Prevalence of sleep disorders and their impacts on occupational performance: a comparison between shift workers and nonshift workers. *Sleep Disord*. 2014;2014:870320. doi:10.1155/2014/870320.
8. Lecca R, Puligheddu M, Acar GM, Figorilli M, Congiu P, Gioi G, et al. Shift rotation scheme, sleepiness and sleep quality in night-shift workers. *Occup Med (Lond)*. 2021;71(9):446-52. doi:10.1093/occmed/kqab139.
9. Kasatpibal N, Whitney JD, Katechanok S, Ngamsakulrat S, Malairungsakul B, Sirikulsathean P, et al. Prevalence and risk factors of needlestick injuries,

- sharps injuries, and blood and body fluid exposures among operating room nurses in Thailand. *Am J Infect Control*. 2016;44(1):85-90. doi:10.1016/j.ajic.2015.07.028.
10. Brito RS, Dias C, Afonso Filho A, Salles C. Prevalence of insomnia in shift workers: a systematic review. *Sleep Sci*. 2021;14(1):47-54. doi:10.5935/1984-0063.20190150.
 11. Jung HS, Lee B. Factors associated with the occurrence of functional dyspepsia and insomnia in shift-working nurses. *Work*. 2016;54(1):93-101. doi:10.3233/WOR-162283.
 12. Yazdi Z, Sadeghniai-Haghighi K, Javadi AR, Rikhtegar G. Sleep quality and insomnia in nurses with different circadian chronotypes: morningness and eveningness orientation. *Work*. 2014;47(4):561-7. doi:10.3233/WOR-131664.
 13. Takahashi M, Iwakiri K, Sotoyama M, Higuchi S, Kiguchi M, Hirata M, et al. Work schedule differences in sleep problems of nursing home caregivers. *Appl Ergon*. 2008;39(5):597-604. doi:10.1016/j.apergo.2008.01.003.
 14. Adane A, Getnet M, Belete M, Yeshaw Y, Dagnew B. Shift-work sleep disorder among health care workers at public hospitals, the case of Sidama national regional state, Ethiopia: a multicenter cross-sectional study. *PLoS One*. 2022;17(7):e0270480. doi:10.1371/journal.pone.0270480.
 15. Namjaroen T, Sawaengdee K, Promthet S, Thinkhamrop W, Hurst C. The effects of shift work and other related factors on insomnia symptoms among registered nurses in Thailand. *Journal of Public Health and Development*. 2019;17(2):77-91.
 16. Li Y, Lv X, Li R, Wang Y, Guan X, Li L, et al. Predictors of shift work sleep disorder among nurses during the COVID-19 pandemic: a multicenter cross-sectional study. *Front Public Health*. 2021;9:785518. doi:10.3389/fpubh.2021.785518.
 17. McCall WV, Mensah-Bonsu D, Withers AE, Gibson RW. Short-term insomnia disorder in health care workers in an academic medical center before and during COVID-19: rates and predictive factors. *J Clin Sleep Med*. 2021;17(4):749-55. doi:10.5664/jcsm.9034.
 18. Wangsan K, Chaiear N, Sawanyawisuth K, Klainin-Yobas P, Simajareuk K, Boonsawat W. Which shiftwork pattern is the strongest predictor for poor sleep quality in nurses? *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(21):13986. doi:10.3390/ijerph192113986.
 19. Haile KK, Asnakew S, Waja T, Kerbi HB. Shift work sleep disorders and associated factors among nurses at federal government hospitals in Ethiopia: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2019;9(8):e029802. doi:10.1136/bmjopen-2019-029802.
 20. Asaoka S, Aritake S, Komada Y, Ozaki A, Odagiri Y, Inoue S, et al. Factors associated with shift work disorder in nurses working with rapid-rotation schedules in Japan: the nurses' sleep health project. *Chronobiol Int*. 2013;30(4):628-36. doi:10.3109/07420528.2012.762010.
 21. Eldevik MF, Flo E, Moen BE, Pallesen S, Bjorvatn B. Insomnia, excessive sleepiness, excessive fatigue, anxiety, depression and shift work disorder in nurses having less than 11 hours in-between shifts. *PLoS One*. 2013;8(8):e70882. doi:10.1371/journal.pone.0070882.
 22. Mayo clinic staff. Exercise intensity: How to measure it [Internet]. Scottsdale: Mayo Clinic; 2023 [cited 2023 Oct 18]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/fitness/in-depth/exercise-intensity/art-20046887>
 23. Daniel WW, editor. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 7th ed. New York: John Wiley & Sons; 1999.
 24. Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. Athens insomnia scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *J Psychosom Res*. 2000;48(6):555-60. doi:10.1016/s0022-3999(00)00095-7.
 25. Chalardsahul P, Sithinamsuwan P. Development of the Thai version of the Athens insomnia scale (AIS-Thai). *Thai Journal of Neurology*. 2022;38(1):176-82.
 26. Virtanen M, Ferrie JE, Gimeno D, Vahtera J, Elovainio M, Singh-Manoux A, et al. Long working hours and sleep disturbances: the Whitehall II prospective cohort study. *Sleep*. 2009;32(6):737-45. doi:10.1093/sleep/32.6.737.

นิพนธ์ต้นฉบับ

อุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุจราจร

วันรับ : 8 พฤษภาคม 2567

วันแก้ไข : 25 กรกฎาคม 2567

วันตอบรับ : 1 พฤศจิกายน 2567

ธวัชิต เกรียงตันติวงศ์, พ.บ.¹, นพพร ตันติรังสี, วท.ด.², ไกรวุฒิ เอี่ยมสุขวัฒน์, พ.บ.³,

วลีรัตน์วัตร, พ.บ.³, นันทิยา ภูงาม, พย.ม.⁴, รุ่งนภา สีหาญ, พย.บ.⁴

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต¹,

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ กรมสุขภาพจิต²,

โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น³, โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น⁴

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาอุบัติการณ์โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder: PTSD) ทั้งครบเกณฑ์วินิจฉัยและไม่ครบเกณฑ์วินิจฉัย (subthreshold PTSD) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการเกิด PTSD ในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุจราจร

วิธีการ : ศึกษาแบบไปข้างหน้าในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุจราจร สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์หลังเกิดอุบัติเหตุ 1 เดือนด้วยแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิด PTSD (2P) กรณีพบความเสี่ยงยืนยันวินิจฉัยด้วย clinician-administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5) คำนวณอุบัติการณ์ PTSD และ subthreshold PTSD เป็นร้อยละ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิด PTSD ด้วยการถดถอยโลจิสติกพหุนาม

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 137 คนได้รับการคัดกรองด้วย 2P พบมีความเสี่ยงต่อการเกิด PTSD 11 คน (ร้อยละ 8.0) ในกลุ่มนี้มี 9 คนได้รับการประเมินซ้ำด้วยเครื่องมือ CAPS-5 พบเป็น PTSD 4 คน (ร้อยละ 3.0) และ subthreshold PTSD 5 คน (ร้อยละ 3.7) อาการ PTSD ที่พบบ่อยที่สุด คือ การผุดขึ้นของอาการ รองลงมาเป็นอาการหลีกเลี่ยง ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเกิดความเสี่ยงโรค PTSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิง (AOR = 10.6, 95% CI = 2.7 - 54.5)

สรุป : ผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรมีความเสี่ยงในการเกิด PTSD และแม้ไม่ครบเกณฑ์การวินิจฉัยก็มีความเสี่ยงต่อการเกิด PTSD ดำเนินชีวิตได้ ผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรจึงควรได้รับการประเมินความเสี่ยงในการเกิด PTSD และการดูแลที่เหมาะสมเพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

คำสำคัญ : ปัจจัยเสี่ยง, โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ, อุบัติการณ์, อุบัติเหตุจราจร

ติดต่อผู้นิพนธ์ : ธวัชิต เกรียงตันติวงศ์; e-mail: seed_wing_g@hotmail.com

Original article

Incidence and related factors of post-traumatic stress disorder in patients hospitalized due to road traffic injuries

Received : 24 July 2024

Revised : 6 September 2024

Accepted : 8 October 2024

Thuvachit Kriengtuntiwong, M.D.¹, Nopporn Tantirangsee, Ph.D.²,Kraivut Eiamsukawat, M.D.³, Walee Rattanawat, M.D.³,Nunthiya Phoongarm, M.N.S.⁴, Rungnapa Seehanoo, B.N.S.⁴Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Department of Mental Health¹Southern Institute of Child and Adolescent Mental Health, Department of Mental Health²Khon Kaen Hospital, Khon Kaen Province³, Ban Phai Hospital, Khon Kaen Province⁴

Abstract

Objective: To estimate the incidence rate of post-traumatic stress disorder (PTSD) and subthreshold PTSD, and to explore factors associated with the risk of PTSD in patients hospitalized due to road traffic injuries.

Methods: This prospective study was conducted with patients hospitalized due to road traffic accidents. Participants were interviewed by phone one month after the accidents for PTSD screening using the 2P tool and diagnostic confirmation using the Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5). Incidence rates of PTSD and subthreshold PTSD were calculated as percentages. Factors related to being at risk of PTSD were explored using multiple logistic regression.

Results: A total of 137 participants were screened using 2P, with 11 identified as at risk of PTSD (8.0%). Of these, nine were reassessed using CAPS-5, with four meeting the criteria for PTSD (3.0%) and five having subthreshold PTSD (3.7%). The most common PTSD symptoms were re-experiencing, followed by avoidance. Being female significantly increased odds of being at risk of PTSD (AOR = 10.6, 95% CI = 2.7 - 54.5).

Conclusion: Road traffic accident survivors are at risk of developing PTSD. Even individuals with subthreshold PTSD can experience significant disturbance. Therefore, patients who have experienced road traffic accidents should be assessed for PTSD risk and provided with appropriate care to prevent potential adverse outcomes.

Keywords: incidence, post-traumatic stress disorder (PTSD), risk factor, road traffic accident

Corresponding author: Thuvachit Kriengtuntiwong; e-mail: seed_wing_g@hotmail.com

ความรู้เดิม : โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder: PTSD) สามารถเกิดได้ในผู้ประสบอุบัติเหตุจราจร แต่ในประเทศไทยยังไม่มีศึกษาอุบัติการณ์และยังไม่มีระบบการคัดกรอง PTSD ในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ความรู้ใหม่ : ผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรที่เข้ารับการรักษาดัวยแบบผู้ป่วยในมีความเสี่ยงในการเกิด PTSD ร้อยละ 8.0 โดยเข้าเกณฑ์วินิจฉัย PTSD ร้อยละ 3.0 อาการ PTSD ที่พบมากที่สุดและผู้มีความเสี่ยงทั้งที่ครบและไม่ครบเกณฑ์วินิจฉัย คือ อาการผุดขึ้น ตามด้วยอาการหลีกเลี่ยงโดยเพศหญิงมีความเสี่ยงในการเกิด PTSD สูงกว่าชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การพัฒนาระบบการคัดกรอง PTSD ในโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจากอุบัติเหตุจราจร รวมถึงการติดตามดูแลที่เหมาะสม

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2564 ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร 1.19 ล้านคน คิดเป็นอัตรา 15 ต่อแสนประชากร ซึ่งอุบัติเหตุจราจรเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงสุดในช่วงอายุ 5 - 29 ปี และเป็นอันดับที่ 12 ในทุกช่วงอายุ¹ สำหรับในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ 14,119 คน บาดเจ็บ 808,478 คน และทุพพลภาพ 200 คน² โดยในปี พ.ศ. 2554 - 2556 มีการประมาณการว่าการสูญเสียทั้งในมุมมองของชีวิตและทรัพย์สินจากอุบัติเหตุทางถนนคิดเป็นมูลค่า 545,435 ล้านบาท³ นอกจากนี้ อุบัติเหตุจราจรยังส่งผลกระทบต่อผู้ประสบเหตุทั้งในด้านร่างกายและจิตใจเป็นอย่างมาก ในด้านร่างกาย ผู้ประสบเหตุอาจได้รับบาดเจ็บหรือมีความพิการ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรมประจำวัน⁴ ในด้านจิตใจและสังคม อาจมีภาวะโศกเศร้าเสียใจ หวาดกลัว และเสียขวัญ⁵ และในบางรายอาจมีอาการรุนแรงจนเป็นโรคทางจิตเวชตามมา โดยเฉพาะโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder: PTSD)⁶ ซึ่งมีอาการแสดงหลัก 3 ด้าน⁷ ได้แก่ การนึกถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้วซ้ำ ๆ ไม่ว่าจะหลับหรือตื่น (re-experiencing) การหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่จะกระตุ้นให้นึกถึงเหตุการณ์นั้น (avoidance) และอาการตื่นตัวง่าย

(hyperarousal) ผู้ป่วย PTSD มักประสบความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวันและมีโอกาสพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าคนทั่วไป^{8,9}

การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตประชาชนในครัวเรือนจาก 13 ประเทศทั่วโลกระหว่างปี ค.ศ. 2001 - 2011 พบความชุก PTSD ในผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรร้อยละ 2.5¹⁰ ขณะที่การสำรวจในโรงพยาบาลนั้น มีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) ที่รวบรวมการศึกษา 15 เรื่องใน 7 ประเทศ พบความชุก PTSD ในผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรเฉลี่ยร้อยละ 22.3¹¹ และการศึกษาของ Hruska และคณะ¹² พบอุบัติการณ์ PTSD ที่ 6 สัปดาห์หลังประสบอุบัติเหตุจราจรร้อยละ 10 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิด PTSD ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา เชื้อชาติ สังคม วัฒนธรรม พันธุกรรม และตำแหน่งการนั่งในรถ โดยพบว่าเพศหญิง ผู้มีระดับการศึกษาต่ำ และคนผิวสีมีความเสี่ยง PTSD สูงกว่าคนกลุ่มอื่น^{11,13-20} นอกจากนี้ ลักษณะทางพันธุกรรมบางประเภทอาจส่งผลต่อการเกิด PTSD ได้เช่นกัน^{19,20}

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีการศึกษา PTSD ในผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรโดยเฉพาะ อีกทั้งการศึกษาที่ผ่านมามักใช้ข้อมูลจากการสำรวจแบบตัดขวาง (cross-sectional survey) ทำให้ผลการศึกษาเป็นเพียงความชุกและไม่สามารถการยืนยันอุบัติการณ์ PTSD ที่เกิดหลังอุบัติเหตุจราจรได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจอุบัติการณ์ PTSD และความเสี่ยงในการเกิด PTSD และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

วิธีการ

การศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective study) ในโรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรสูงเป็นอันดับ 10 ของประเทศ มีโรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ที่รักษาและรองรับผู้ประสบอุบัติเหตุที่ได้รับการส่งต่อมาจากพื้นที่จังหวัดใกล้เคียง โดยมีศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด (traumatic and critical care center) มีบทบาทในการประสานงานการป้องกันการบาดเจ็บ ประสานงานเพื่อบริการด้านการแพทย์เกี่ยวกับอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมถึงให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษ

ในโรงพยาบาลด้วยอุบัติเหตุจราจร²¹ ส่วนโรงพยาบาลบ้านไผ่ ตั้งอยู่ในอำเภอที่อยู่ระหว่างทางเชื่อมจากจังหวัดต่าง ๆ ในภาคกลางเพื่อเข้าสู่จังหวัดขอนแก่น จึงมีผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรมาเข้ารับบริการจำนวนมาก

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น เลขที่โครงการ KEF63002 วันที่ 12 มีนาคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรและได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ อายุ 18 - 60 ปี นอนโรงพยาบาลระหว่างเดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2563 และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีคะแนน Glasgow coma score (GCS) ต่ำกว่า 15 คะแนนหรือเป็นอาสาสมัครกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้ที่ไม่สามารถให้ความยินยอมได้ด้วยตนเอง ผู้ต้องขัง ผู้ด้อยโอกาสทางสังคม และผู้ได้บังคับบัญชา เกณฑ์การนำออกจากการวิจัย คือ ไม่สามารถติดตามทางโทรศัพท์ได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงการศึกษาของ Hruska และคณะ¹² ที่พบอัตราการเกิดโรค PTSD ร้อยละ 10 ใช้สูตรประมาณสัดส่วน กำหนดค่า $\alpha = 0.05$, absolute precision (d) = 0.05 และ proportion (p) = 0.10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 139 คน เพิ่มจำนวนร้อยละ 15 เพื่อทดแทนการออกจากการศึกษา (drop out) จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 160 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposing sampling) ตามเกณฑ์ของการศึกษา

$$n \geq \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times p(1-p)}{d^2}$$

เครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน แบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อายุ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และประวัตินอนโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุจราจร ส่วนที่ 2 ข้อมูลในที่เกิดเหตุ ได้แก่ ชนิดของยานพาหนะ ความคิดว่าตนเองจะเสียชีวิตในที่เกิดเหตุ และการมีผู้เสียชีวิตในที่เกิดเหตุ ส่วนที่ 3 ข้อมูลหลังเกิดเหตุ ได้แก่ การสูญเสียทรัพย์สิน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และการได้รับการผ่าตัดจากอุบัติเหตุ

2. แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิด PTSD ของกรมสุขภาพจิต (2P) ใช้คัดกรอง PTSD พัฒนาโดย นพพร ตันติรังสี และคณะ²² มีคำถาม 2 ข้อ ข้อแรกถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครั้งนี้นำมาอาการต่าง ๆ ได้แก่ หลีกเลียงสถานการณ์ที่ทำให้คิดถึงเหตุการณ์ หรือ หวนระลึกถึงเหตุการณ์ หรือ ฝันร้ายถึงเหตุการณ์ หรือ ระแวงระวังตัวตลอดเวลาหรือไม่ หากตอบ “ไม่” จะจบการสัมภาษณ์ หากตอบ “ใช่” จึงถามต่อ ข้อ 2 เป็นการถามเกี่ยวกับว่าอาการนั้น ๆ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันหรือไม่ หากตอบ “ไม่” จะจบการสัมภาษณ์ หากตอบ “ใช่” ถือว่าผลการคัดกรองเป็นบวก แบบคัดกรองมีค่าความไวร้อยละ 87.2 ความจำเพาะร้อยละ 89.1

3. Clinician-administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5) ใช้วินิจฉัย PTSD²³⁻²⁷ พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยโดยนพพร ตันติรังสี และคณะ²⁸ ประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ แบ่งเป็นหมวดย่อยตามเกณฑ์การวินิจฉัย PTSD ของ DSM-5 คะแนนแต่ละข้อคำถามมาจากการคำนวณร่วมกันระหว่างความถี่กับความรุนแรงของอาการ แปลผลการมีอาการจากผลรวมคะแนนทุกข้อในอาการนั้น เครื่องมือฉบับภาษาไทยมีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม (index of item-objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.81 ความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) เท่ากับ 0.69 ความเที่ยงจากการประเมินซ้ำ (test-retest reliability) จาก intra-class correlation coefficient (ICC) เท่ากับ 0.87 และความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) จากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.90 และจาก inter-item correlation เท่ากับ 0.30²⁴

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยเชิญชวนผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก โดยอธิบายขั้นตอนการวิจัย ขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยการลงลายมือชื่อ และให้อาสาสมัครตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ณ วันที่เข้าร่วมการศึกษา จากนั้น 1 เดือนหลังเกิดอุบัติเหตุจราจร ผู้วิจัยคัดกรอง PTSD ของกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ด้วย 2P กรณีผลเป็นบวกผู้วิจัยนัดหมายเพื่อทดสอบซ้ำทาง

โทรศัพท์ด้วย CAPS-5 ฉบับ 1 เดือนที่ผ่านมา กำหนดนิยามของ PTSD คือ มีอาการครบทุกข้อตามเกณฑ์การวินิจฉัยของโรค PTSD ตามเครื่องมือ CAPS-5 ฉบับ 1 เดือนที่ผ่านมา ตั้งแต่ข้อ A ถึง G (ผล 2P และ CAPS-5 เป็นบวก) นิยามของ subthreshold PTSD คือ มีอาการไม่ครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยของโรค PTSD ตามเครื่องมือ CAPS-5 ชุด 1 เดือนที่ผ่านมา (ผล 2P เป็นบวกแต่ CAPS-5 เป็นลบ) และนิยามของผู้ที่มีความเสี่ยงในการเกิด PTSD คือ ผู้ที่มีผลทดสอบ 2P เป็นบวกทั้งหมด โดยไม่ขึ้นกับผล CAPS-5

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน อัตราการเกิด PTSD และ subthreshold PTSD และอาการตามเกณฑ์วินิจฉัยด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการเกิด PTSD ด้วยการถดถอยโลจิสติกพหุนาม (multiple logistic regression) โดยทดสอบ collinearity ระหว่างตัวแปรก่อนการวิเคราะห์ด้วยการหาค่า generalized variance inflation factors (GVIFs) กำหนดความมีนัยสำคัญของ $GVIF^{1/(2 \times df)}$ ที่ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 2 หากพบตัวแปรที่มี $GVIF^{1/(2 \times df)}$ มากกว่า 2 จะพิจารณานำตัวแปรออกจากสมการจนไม่มีตัวแปรที่มี $GVIF^{1/(2 \times df)}$ มากกว่า 2 และนำตัวแปรที่เหลือเข้าสมการแบบขั้นบันได (stepwise method) โดยพิจารณาค่า Akaike information criterion (AIC) ที่ต่ำสุด นำเสนอเป็น adjusted odds ratio (AOR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผล

อาสาสมัครเข้าร่วมการศึกษา 160 คน จากโรงพยาบาลขอนแก่น 155 คนและโรงพยาบาลบ้านไผ่ 5 คน ในขั้นตอนการคัดกรองด้วย 2P มีอาสาสมัครที่ติดต่อไม่ได้ 23 คน คงเหลือกลุ่มตัวอย่าง 137 คน พบความเสี่ยง PTSD 11 คน (ร้อยละ 8.0) ในขั้นตอนการประเมินด้วย CAPS-5 ฉบับ 1 เดือนที่ผ่านมาไม่สามารถติดต่อตัวอย่างได้ 2 คน คงเหลือตัวอย่างที่ได้รับการประเมิน 9 คน พบเป็น PTSD 4 คนและ subthreshold PTSD 5 คนจากกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลครบถ้วน 135 คน (ร้อยละ 3.0 และ 3.7 ตามลำดับ) ดังแผนภาพที่ 1

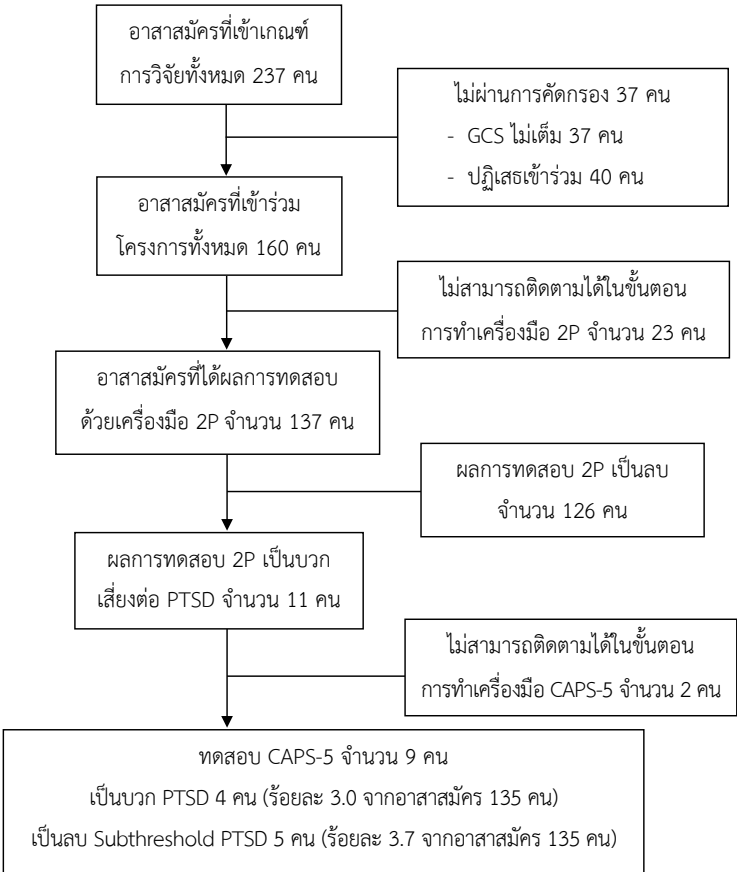
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง (ร้อยละ 70.8) สถานภาพโสด (ร้อยละ 66.4) อายุมากกว่า 24 ปี (ร้อยละ 53.3) ได้รับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 62.0) มีอาชีพ (ร้อยละ 89.1) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 82.5) เคยนอนโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุจราจร (ร้อยละ 76.6) เกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 89.8) ไม่คิดว่าตนเองจะเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ (ร้อยละ 59.1) ไม่มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ (ร้อยละ 98.5) มีการสูญเสียทรัพย์สิน (ร้อยละ 77.4) นอนโรงพยาบาลมากกว่า 1 วัน (ร้อยละ 78.1) และได้รับการผ่าตัด (ร้อยละ 62.8) การเปรียบเทียบกับอุบัติการณ์ subthreshold PTSD และ PTSD พบว่า หญิงมีอุบัติการณ์สูงกว่าชาย ผู้ไม่มีอาชีพมีอุบัติการณ์สูงกว่าผู้มีอาชีพ และผู้มีความคิดว่าตนเองจะเสียชีวิตในที่เกิดเหตุมีอุบัติการณ์สูงกว่าผู้ไม่คิดว่าตนเองจะเสียชีวิต ดังตารางที่ 1

การทดสอบ collinearity พบว่าตัวแปรจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและการได้รับการผ่าตัดมีค่า $GVIF^{1/(2 \times df)}$ มากกว่า 2 จึงนำตัวแปรจำนวนวันนอนโรงพยาบาลออกจากสมการ ทำให้ค่า $GVIF^{1/(2 \times df)}$ อยู่ระหว่าง 1.1 - 1.6 จากนั้นนำตัวแปรที่เหลือเข้าสมการการวิเคราะห์แบบถดถอยโลจิสติกทำนายความเสี่ยงในการเกิด PTSD แบบขั้นบันได พบว่าเพศ สถานภาพสมรส และความคิดว่าตัวเองต้องเสียชีวิตจากเหตุการณ์ให้ค่า AIC ต่ำที่สุด (70.4) โดยพบว่า ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิด PTSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิง (AOR = 10.6, 95% CI = 2.7 - 54.5) ดังตารางที่ 2

การจำแนกอาการแสดงตามเกณฑ์การวินิจฉัย PTSD พบว่า อาการที่พบในกลุ่ม subthreshold PTSD มากที่สุด คือ การผุดขึ้นของอาการที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (criteria B) พบร้อยละ 80.0 ตามด้วยอาการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้นึกถึงเหตุการณ์ (criteria C) พบร้อยละ 60.0 และไม่พบผู้มีอาการของการรับรู้ทางสติปัญญาและอารมณ์ด้านลบ (criteria D) ดังตารางที่ 3

วิจารณ์

การศึกษานี้พบอุบัติการณ์ PTSD ในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุจราจรร้อยละ 3.0 ซึ่งค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับการศึกษาใกล้เคียงกันของ Hruska และคณะ¹² ในผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจรที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน



แผนภาพที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ในที่เกิดเหตุ และหลังเกิดเหตุของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามผล 2P และ CAPS-5 ฉบับ 1 เดือนที่ผ่านมา (n = 135)

	จำนวน	ร้อยละ	2P negative		Subthreshold PTSD		PTSD	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ								
ชาย	96	70.8	94	97.9	1	1.0	1	1.0
หญิง	39	29.2	32	82.1	4	10.3	3	7.7
สถานภาพสมรส								
โสด	89	66.4	82	92.1	4	4.5	3	3.4
แต่งงาน	36	26.3	35	97.2	1	2.8	0	0
หย่าร้าง	10	7.3	9	90.0	0	0	1	10.0
อายุ								
18 - 24 ปี	63	46.7	57	90.5	3	4.8	3	4.8
> 24 ปี	72	53.3	69	95.8	2	2.8	1	1.4
การศึกษา								
ต่ำกว่าปริญญาตรี	83	62.0	79	95.2	1	1.20	3	3.61
เทียบเท่า/สูงกว่าปริญญาตรี	52	38.0	47	90.4	4	7.69	1	1.92
อาชีพ								
มี	120	89.1	114	95.0	4	3.3	2	1.7
ไม่มี	15	10.9	12	80.0	1	6.7	2	13.3

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ในที่เกิดเหตุ และหลังเกิดเหตุของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามผล 2P และ CAPS-5 ฉบับ 1 เดือนที่ผ่านมา (n = 135) (ต่อ)

	จำนวน	ร้อยละ	2P negative		Subthreshold PTSD		PTSD	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว								
มี	24	17.5	22	91.7	2	8.3	0	0
ไม่มี	111	82.5	104	93.7	3	2.7	4	3.6
ประวัตินอนโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุจราจร								
มี	103	76.6	95	92.2	5	4.9	3	2.9
ไม่มี	32	23.4	31	96.9	0	0	1	3.1
ชนิดของยานพาหนะ								
มอเตอร์ไซด์	121	89.8	113	94.07	5	4.24	3	1.7
อื่น ๆ	14	10.2	13	71.43	0	0.00	1	28.6
ความคิดว่าตนเองจะเสียชีวิตจากเหตุการณ์								
มี	56	40.9	49	7.50	4	7.14	3	5.4
ไม่มี	79	59.1	77	97.47	1	1.27	1	1.3
ผู้เสียชีวิตที่เกิดเหตุ								
มี	2	1.5	2	100	0	0	0	0
ไม่มี	133	98.5	124	93.2	5	3.8	4	3.0
การสูญเสียทรัพย์สิน								
มี	105	77.4	98	93.3	5	4.8	2	1.9
ไม่มี	30	22.6	28	93.3	0	0	2	6.7
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล								
1 วัน	30	21.9	26	86.7	3	10.0	1	3.3
> 1 วัน	105	78.1	100	95.3	2	1.9	3	2.9
การได้รับการผ่าตัด								
มี	84	62.8	78	92.9	3	3.6	3	3.6
ไม่มี	51	37.2	48	94.1	2	3.9	1	2.0

PTSD = post-traumatic stress disorder

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิด PTSD (n = 137)

	Crude OR		AOR		Wald test p-value	LR test p-value
	OR	95% CI	OR	95% CI		
เพศ						< .001
ชาย	Ref		Ref			
หญิง	7.8	2.0 - 37.4	10.6	2.7 - 54.5	.002	
สถานภาพสมรส						.122
หย่าร้าง	Ref		Ref			
แต่งงาน	0.3	0.0 - 6.9	0.2	0.0 - 5.5	.273	
โสด	1.0	0.2 - 19.3	1.3	0.1 - 27.3	.834	
ความคิดว่าตนเองจะเสียชีวิตจากเหตุการณ์						.087
ไม่มี	Ref		Ref			
มี	2.8	0.8 - 11.0	3.3	0.8 - 14.8	.097	

PTSD = post-traumatic stress disorder, OR = odds ratio, AOR = adjusted odds ratio

ตารางที่ 3 อาการตามเกณฑ์วินิจฉัย DSM-5 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาของผู้มีความเสี่ยง PTSD (n = 9)

	PTSD (n = 4)		Subthreshold PTSD (n = 5)		ทั้งหมด (n = 9)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Criteria B การผุดขึ้นของอาการ	4	100	4	80.0	8	88.9
Criteria C อาการหลีกเลี่ยง	4	100	3	60.0	7	77.8
Criteria D การรับรู้ทางสติปัญญาและอารมณ์ด้านลบ	4	100	0	0.0	4	44.4
Criteria E การตื่นตัวและการตอบสนอง	4	100	2	40.0	6	66.7

PTSD = post-traumatic stress disorder

ของโรงพยาบาลและได้รับการประเมินด้วย CAPS-5 หลังประสบอุบัติเหตุ 6 สัปดาห์ ซึ่งพบอุบัติการณ์ PTSD ร้อยละ 10 และการวิเคราะห์ถ้อยความของ Lin และคณะ⁹ ที่รวบรวมการศึกษา 15 เรื่องใน 7 ประเทศ ซึ่งพบอุบัติการณ์ ร้อยละ 6.3 - 58.3 อัตราการเกิด PTSD ที่แตกต่างกัน อาจขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่าง ช่วงเวลาในการประเมินหลังเกิดอุบัติเหตุ และเครื่องมือประเมินในแต่ละการศึกษา โดยการศึกษา¹¹ ไม่มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าจากความรุนแรงของอาการจากอุบัติเหตุ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยบางส่วนได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะแบบเล็กน้อย (mild head injury) และนอนโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการทางระบบประสาทเท่านั้น อย่างไรก็ตาม อุบัติการณ์ PTSD ในการศึกษา¹¹ สูงกว่าการสำรวจขององค์การอนามัยโลกในประชากรทั่วไปจาก 13 ประเทศที่พบความชุก PTSD ร้อยละ 2.5¹⁰ การศึกษาผู้ประสบเหตุการณ์วิกฤตทุกประเภทในประเทศไทยที่พบความเสี่ยง PTSD ร้อยละ 2.4²⁹ และการสำรวจระดับวิทยาลัยสุขภาพจิตของคนไทย ปี พ.ศ. 2556 ที่พบความชุกชีวิต PTSD ร้อยละ 0.9³⁰

การศึกษานี้พบผู้ที่มีความเสี่ยงในการเกิด PTSD ร้อยละ 8.0 ซึ่งรวมถึงผู้ที่มีผลคัดกรองด้วย 2P เป็นบวก แต่ขาดการติดตามในขั้นตอนการประเมินด้วย CAPS-5 ซึ่งแม้เป็นเพียง subthreshold PTSD แต่ก็ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้มีอาการได้³¹⁻³⁶ อีกทั้งยังมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงฆ่าตัวตาย การใช้แอลกอฮอล์ การสูญเสีย การควบคุมอารมณ์ และการขาดประสิทธิภาพการทำงาน^{32,34,37,38} การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้มีความเสี่ยง subthreshold PTSD ร้อยละ 14.1 มีอาการมากขึ้นจนครบเกณฑ์วินิจฉัย PTSD เมื่อระยะเวลาผ่านไป 1 ปี และร้อยละ

14.8 ยังคงมีอาการของ subthreshold PTSD แม้เวลาผ่านไป 1 ปี³⁹ อาการที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่ม subthreshold PTSD คือ เกณฑ์วินิจฉัย B การผุดขึ้นของอาการ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากศูนย์บริการสุขภาพแห่งชาติของสหราชอาณาจักร⁴⁰ ส่วนในประเทศไทยสอดคล้องกับการศึกษาของอัญชลี เตมียะประดิษฐ์ และคณะ⁴¹ ที่พบว่าอาการในกลุ่มการผุดขึ้นเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดในทุกภูมิภาคของประเทศไทย โดยพบร้อยละ 28.9 ของผู้ที่ประสบภัยพิบัติทั้งหมด และพบว่าอาการผุดขึ้นและอาการตื่นตัวพบในผู้ประสบภัยพิบัติจากน้ำมือมนุษย์มากกว่าผู้ประสบภัยพิบัติจากธรรมชาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มภัยพิบัติจากน้ำมือมนุษย์พบร้อยละ 50.0 และ 11.6 ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มภัยพิบัติทางธรรมชาติพบร้อยละ 19.4 และ 7.3 ตามลำดับ

ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิด PTSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ โดยหญิงมีโอกาสเกิดความเสี่ยง PTSD มากกว่าชายประมาณ 10 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายเรื่องในต่างประเทศ^{12,42-44} และสอดคล้องกับการสำรวจระดับวิทยาลัยสุขภาพของคนไทย ปี พ.ศ. 2556⁴⁵ ซึ่งอาจเป็นไปได้จากหลายสาเหตุ เช่น เพศหญิงมักตีความสิ่งต่าง ๆ ในด้านลบมากกว่าเพศชาย¹¹ โดยมีการอธิบายว่าในช่วงภาวะวิกฤตที่เผชิญกับความเครียด เพศหญิงมักมีการจัดการปัญหาแบบการดูแลและหาเพื่อน (tend and befriend) มากกว่ารูปแบบสู้หรือหนี (fight or flight) ที่พบได้บ่อยกว่าในเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมักให้ความสำคัญกับอารมณ์ขณะที่เกิดเหตุการณ์ขึ้น ขณะที่เพศชายมักให้ความสำคัญกับปัญหาที่เผชิญอยู่⁴⁶ ส่วนด้านชีววิทยานั้นมีการอธิบายว่า ระบบ hypothalamus-pituitary-adrenal (HPA) axis ที่เกี่ยวข้องกับการเกิด

ความกลัวในเพศหญิงมีการตอบสนองมากกว่าเพศชาย ทำให้มีความกลัวต่อเหตุการณ์อันตรายมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ ฮอร์โมน oxytocin ซึ่งส่งผลต่อความเครียดและความกลัวผ่านสมองส่วน amygdala ในเพศชายและหญิงมีการตอบสนองต่างกัน ทำให้โอกาสในการเกิด PTSD ต่างกัน⁴⁷ อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาหลายเรื่องที่ไม่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการเกิด PTSD⁴⁸⁻⁵⁰

การศึกษานี้ไม่พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยง PTSD ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Tang และคณะ⁴³ และ Pietrzak และคณะ⁴⁸ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอัญชลี เตมียะประดิษฐ์ และคณะ⁴¹ ซึ่งพบว่าสถานะหม้ายมีโอกาสเกิด PTSD มากกว่าสถานะอื่น ๆ โดยมีการอธิบายว่าผู้ที่ประสบการณการหย่าร้างนั้นมักมีความกระตือรือร้นทางจิตใจจากประสบการณ์ด้านลบในครอบครัว เช่น การถูกทำร้ายทางร่างกายหรือจิตใจ ไม่ต่างจากการเผชิญเหตุการณ์ที่อันตรายถึงชีวิต โดยขึ้นกับประสบการณ์และมุมมองต่อการหย่าร้างของบุคคลนั้น⁵¹⁻⁵³ การศึกษานี้ไม่พบว่าความคิดว่าตนเองจะเสียชีวิตในที่เกิดเหตุมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยง PTSD ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Platts-Mills และคณะ⁵⁴ และ Beck และคณะ⁵⁰ อาจเนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ไม่เพียงพอต่อการวิเคราะห์ทางสถิติ แม้ผลการศึกษาพบแนวโน้มว่าผู้ที่คิดว่าตนเองจะเสียชีวิตมีอุบัติการณ์ความเสี่ยง PTSD มากกว่าในผู้ที่ไม่คิดว่าตนเองจะเสียชีวิต ทั้งในกลุ่ม Subthreshold PTSD และ PTSD

การศึกษานี้ติดตามผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรไปข้างหน้า ทำให้สามารถระบุความเป็นเหตุและผลระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับการเกิด PTSD และลดอคติจากการสอบถามข้อมูลย้อนหลัง (recall bias) อีกทั้งประเมิน PTSD ด้วย CAPS-5 ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานตามเกณฑ์ของ DSM-5 จึงมีความแม่นยำในวินิจฉัย PTSD สูง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้และความจำเป็นในการคัดกรองความเสี่ยงในการเกิด PTSD ในผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยเครื่องมือ 2P ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ง่ายและใช้เวลาไม่เกิน 1 นาที

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่สามารถติดต่ออาสาสมัครได้ในขั้นตอนการคัดกรองด้วย 2P และการประเมินด้วย CAPS-5 รวม 25 คน ทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูล

ครบถ้วนน้อยกว่าที่กำหนด และพบผู้เข้าเกณฑ์ PTSD และ subthreshold PTSD น้อยซึ่งอาจส่งผลต่อความแม่นยำของสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล นอกจากนี้ การติดตามกลุ่มตัวอย่างที่ 1 เดือนหลังเกิดเหตุและติดตามเพียง 1 ครั้ง ทำให้สามารถพบผู้มีอาการ PTSD ในระยะเฉียบพลัน (acute onset PTSD) เท่านั้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีผลการคัดกรองด้วย 2P เป็นลบหรือมีผลการประเมินด้วย CAPS-5 เป็น subthreshold PTSD บางส่วนอาจมีอาการ PTSD ที่เกิดล่าช้า (delayed onset PTSD) ในภายหลังได้ การศึกษาครั้งต่อไปควรกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ควรประเมิน PTSD มากกว่า 1 ครั้งในระยะเวลามากกว่า 6 เดือนเพื่อให้ครอบคลุมการประเมิน delayed onset PTSD และสามารถติดตามการดำเนินโรคของผู้มีความเสี่ยง PTSD ได้ และควรสำรวจในผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรในแผนกฉุกเฉินด้วยที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในด้วยซึ่งอาจมีความเสี่ยงในการเกิด PTSD ได้เช่นกัน

สรุป

ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุจราจร ร้อยละ 8.0 มีความเสี่ยงในการเกิด PTSD หญิงมีโอกาสเกิดความเสี่ยง PTSD มากกว่าชาย 10 เท่า อาการ PTSD ที่พบมากที่สุด คือ อาการผุดขึ้น ตามด้วยอาการหลีกเลี่ยง จึงควรมีการประเมินความเสี่ยงในการเกิด PTSD ในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุจราจรและให้การดูแลที่เหมาะสม เพื่อลดผลกระทบต่าง ๆ ของ PTSD

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับงบประมาณวิจัยจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่แผนกจิตเวช แผนกศัลยกรรมอุบัติเหตุและศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลขอนแก่น และแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านไผ่ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

ธวัชิต เกรียงตันติวงศ์ : ออกแบบการวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ ; นพพร ตันติรังสี : ออกแบบการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ ; ไกรวุฒิ เอี่ยมสุขวัฒน์ : เก็บข้อมูล ; วลี รัตนวัตร : เก็บข้อมูล ; นันทิยา ภูงาม : เก็บข้อมูล ; รุ่งนภา สีหามู : เก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Global status report on road safety 2023 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2024 April 27]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375016/9789240086517-eng.pdf?sequence=1>
- Road Safety Work Group in Provincial Level of Thailand (RSWGS). Thailand national status report on road safety 2018 [Internet]. Khon Kaen: Khon Kaen Printing Ltd. Part; 2019 [cited 2024 April 27]. Available from: https://www.rswgsthai.com/file/download/04022020_10.pdf (in Thai)
- Thai Road Safety Culture. Report of road traffic accident in Thailand [Internet]. 2023 [cited 2024 July 15]. Available from: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiZWFKZWYzNjMtMzlmNy00ZGI1LWJkN-TitNGQ3ZDk2MDNkMGVmlwiidCI6IjBiNTRkMTRLLTMYYTktNGEYMC1iOTVhLTgzMWQ0ZTQ5MmE5NyIsImMiO-jEwfQ%3D%3D> (in Thai)
- World Health Organization Regional Office for South-East Asia. Response to accidents, help and support the victim from road traffic injury [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015. [cited 2024 April 24]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254270/WHO-NMH-NVI-16.9-tha.pdf?sequence=3> (in Thai)
- Bunyahotra W. Accident. Bangkok: Department of Disaster Prevention and Mitigation; 1984. (in Thai)
- Pronamatatakun P. Outcome of "Suk Jai Program" the group cognitive behavioral therapy on victim with severe post-traumatic stress after public transportation accident. Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospital. 2016;31(1):45-60. (in Thai)
- Chareemboon T. Post traumatic stress disorder (PTSD) [Internet]. Bangkok: Blogger; 2013 [cited 2024 April 24]. Available from: <http://thammanard.blogspot.com/2013/05/post-traumatic-stress-disorder-ptsd.html> (in Thai)
- Fox V, Dalman C, Dal H, Hollander AC, Kirkbride JB, Pitman A. Suicide risk in people with post-traumatic stress disorder: a cohort study of 3.1 million people in Sweden. J Affect Disord. 2021;279:609-616. doi:10.1016/j.jad.2020.10.009.
- Jannini TB, Longo L, Rossi R, Niolu C, Siracusano A, Di Lorenzo G. Complex post-traumatic stress disorder (cPTSD) and suicide risk: A multigroup mediation analysis exploring the role of post-traumatic symptomatology on hopelessness. J Psychiatr Res. 2023;165:165-169. doi:10.1016/j.jpsychires.2023.07.032.
- Stein DJ, Karam EG, Shahly V, Hill ED, King A, Petukhova M, et al. Post-traumatic stress disorder associated with life-threatening motor vehicle collisions in the WHO world mental health surveys. BMC Psychiatry. 2016;16:257. doi:10.1186/s12888-016-0957-8.
- Lin W, Gong L, Xia M, Dai W. Prevalence of posttraumatic stress disorder among road traffic accident survivors: a PRISMA-compliant meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2018;97(3):e9693. doi:10.1097/MD.00000000000009693.
- Hruska B, Irish LA, Pacella ML, Sledjeski EM, Delahanty DL. PTSD symptom severity and psychiatric comorbidity in recent motor vehicle accident victims: a latent class analysis. J Anxiety Disord. 2014;28(7):644-9. doi:10.1016/j.janxdis.2014.06.009.
- Muldoon OT. Perceptions of stressful life events in northern Irish school children: a longitudinal study. J Child Psychol Psychiatry. 2003;44(2):193-201. doi:10.1111/1469-7610.00113.
- Lilly MM, Pole N, Best SR, Metzler T, Marmar CR. Gender and PTSD: What can we learn from female police officers? J Anxiety Disord. 2009;23(6):767-74. doi:10.1016/j.janxdis.2009.02.015.
- Priebe S, Grappasonni I, Mari M, Dewey M, Petrelli F, Costa A. Posttraumatic stress disorder six months after an earthquake: findings from a community sample in a rural region in Italy. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2009;44(5):393-7. doi:10.1007/s00127-008-0441-y.
- Dai W, Chen L, Tan H, Wang J, Lai Z, Kaminga AC, et al. Association between social support and recovery from post-traumatic stress disorder after flood: a 13-14 year follow-up study in Hunan, China. BMC public health. 2016;16:194. doi:10.1186/s12889-016-2871-x.
- Schwartz AC, Bradley RL, Sexton M, Sherry A, Ressler KJ. Posttraumatic stress disorder among African Americans in an inner city mental health clinic. Psychiatr Serv. 2005;56(2):212-5. doi:10.1176/appi.ps.56.2.212.
- Breslau N, Chilcoat HD, Kessler RC, Davis GC. Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area Survey of Trauma. Am J Psychiatry. 1999;156(6):902-7. doi:10.1176/ajp.156.6.902.

19. Garakani A, Mathew SJ, Charney DS. Neurobiology of anxiety disorders and implications for treatment. *Mt Sinai J Med*. 2006;73(7):941-9.
20. Dai W, Kaminga AC, Wu X, Wen SW, Tan H, Yan J, et al. Brain-derived neurotrophic factor Val66Met polymorphism and posttraumatic stress disorder among survivors of the 1998 Dongting Lake Flood in China. *Biomed Res Int*. 2017;2017:4569698. doi:10.1155/2017/4569698.
21. Trauma and Critical Care Center KhonKaen Hospital. Khon Kaen hospital [Internet]. 2024 [cited 2024 July 15]. Available from: <https://www.kkh.go.th/trauma-center/>. (in Thai)
22. Tantirangsee N. Development of post-traumatic stress disorder (PTSD) screening test. Songkhla: Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital; 2016. (in Thai)
23. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Gusman FD, Charney DS, et al. The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *J Trauma Stress*. 1995;8(1):75-90. doi:10.1007/BF02105408.
24. Weathers FW, Bovin MJ, Lee DJ, Sloan DM, Schnurr PP, Kaloupek DG, et al. The clinician-administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5): development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychol Assess*. 2018;30(3):383-95. doi:10.1037/pas0000486.
25. American Psychological Association. PTSD assessment instrument [Internet]. Washington DC: American Psychological Association; 2023 [cited 2024 July 17]. Available from: <https://www.apa.org/ptsd-guideline/assessment>
26. U.S. Department of Veterans Affairs. PTSD checklist for DSM-5 [Internet]. Washington DC: U.S. Department of Veterans Affairs; date unknown [cited 2024 July 17]. Available from: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>
27. Department of Veterans' Affairs Openarm - Veterans and Families Counselling. Treating PTSD [Internet]. Brisbane: Department of Veterans' Affairs Openarm - Veterans and Families Counselling; date unknown [cited 2024 July 17]. Available from: <https://www.openarms.gov.au/health-professionals/assessment-and-treatment/treating-ptsd>
28. Tantirangsee N, Chalermboon P, Kaetkaew M, Lertkiatratthata M. To develop Thai version of Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5) for evaluate the effectiveness of psychological support in violence-related mental health surveillance system (VMS) from unrest situations in southernmost of Thailand. Songkhla: Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital; 2017. (in Thai)
29. Tanaree A, Lertkiatratthata M, Katekaew M, Chairerk J. Exposure-related factors of post-traumatic stress and depression among people affected by disasters in Thailand: an analysis of the crisis mental health surveillance system. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2565;30(3):222-36. (in Thai)
30. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Tantiaree 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. (in Thai)
31. Grubaugh AL, Magruder KM, Waldrop AE, Elhai JD, Knapp RG, Frueh BC. Subthreshold PTSD in primary care: prevalence, psychiatric disorders, healthcare use, and functional status. *J Nerv Ment Dis*. 2005;193(10):658-64. doi:10.1097/01.nmd.0000180740.02644.ab.
32. Jakupcak M, Conybeare D, Phelps L, Hunt S, Holmes HA, Felker B, et al. Anger, hostility, and aggression among Iraq and Afghanistan War veterans reporting PTSD and subthreshold PTSD. *J Trauma Stress*. 2007;20(6):945-54. doi:10.1002/jts.20258.
33. Marshall RD, Olfson M, Hellman F, Blanco C, Guardino M, Struening EL. Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *Am J Psychiatry*. 2001;158(9):1467-73. doi:10.1176/appi.ajp.158.9.1467.
34. Schützwohl M, Maercker A. Effects of varying diagnostic criteria for posttraumatic stress disorder are endorsing the concept of partial PTSD. *J Trauma Stress*. 1999;12(1):155-65. doi:10.1023/A:1024706702133.
35. Stein MB, Walker JR, Hazen AL, Forde DR. Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *Am J Psychiatry*. 1997;154(8):1114-9. doi:10.1176/ajp.154.8.1114.
36. Zlotnick C, Franklin CL, Zimmerman M. Does "subthreshold" posttraumatic stress disorder have any clinical relevance? *Compr Psychiatry*. 2002;43(6):413-9. doi:10.1053/comp.2002.35900.
37. Adams RE, Boscarino JA, Galea S. Alcohol use, mental health status and psychological well-being 2 years after the World Trade Center attacks in New York City.

- Am J Drug Alcohol Abuse. 2006;32(2):203-24. doi:10.1080/00952990500479522.
38. Breslau N, Lucia VC, Davis GC. Partial PTSD versus full PTSD: an empirical examination of associated impairment. *Psychol Med*. 2004;34(7):1205-14. doi:10.1017/s0033291704002594.
 39. Cukor J, Wyka K, Jayasinghe N, Difede J. The nature and course of subthreshold PTSD. *J Anxiety Disord*. 2010;24(8):918-23. doi:10.1016/j.janxdis.2010.06.017.
 40. National Health Service United Kingdom. Symptoms – post-traumatic stress disorder [Internet]. London: National Health Service United Kingdom; 2022 [cited 2024 Dec 03]. Available from: <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/symptoms/>.
 41. Taameeyapradit U, Tantirungsee N, Assanangkornchai S. Sign and symptom of psychology response after traumatic event: result from Thailand National Mental Health Survey 2013. *Journal of The Psychiatric Association of Thailand*. 2015;60(3):221-34. (in Thai).
 42. Khodadadi-Hassankiadeh N, Dehghan Nayeri N, Shahsavari H, Yousefzadeh-Chabok S, Haghani H. Predictors of post-traumatic stress disorder among victims of serious motor vehicle accidents. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2017;5(4):355-64.
 43. Tang B, Deng Q, Glik D, Dong J, Zhang L. A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults and children after earthquakes. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(12):1537. doi:10.3390/ijerph14121537.
 44. Irish LA, Gabert-Quillen CA, Ciesla JA, Pacella ML, Sledjeski EM, Delahanty DL. An examination of PTSD symptoms as a mediator of the relationship between trauma history characteristics and physical health following a motor vehicle accident. *Depress Anxiety*. 2013;30(5):475-82. doi:10.1002/da.22034.
 45. Tantirangsee N, Makwichit K, Likhasithdamrongkul W, Boonrattana A, Lertkiatratchata M. Factors related with post-traumatic stress disorder: Thai national mental health survey 2013. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2017;25(2):122-35. (in Thai).
 46. Olff M. Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: an update. *Eur J Psychotraumatol*. 2017;8(sup4):1351204. doi:10.1080/20008198.2017.
 47. Frijling JL. Preventing PTSD with oxytocin: effects of oxytocin administration on fear neurocircuitry and PTSD symptom development in recently trauma-exposed individuals. *Eur J Psychotraumatol*. 2017;8(1):1302652. doi:10.1080/20008198.2017.1302652.
 48. Pietrzak RH, Van Ness PH, Fried TR, Galea S, Norris FH. Trajectories of posttraumatic stress symptomatology in older persons affected by a large-magnitude disaster. *J Psychiatr Res*. 2013;47(4):520-6. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.12.005.
 49. Platts-Mills TF, Nebolisa BC, Flannigan SA, Richmond NL, Domeier RM, Swor RA, et al. Post-traumatic stress disorder among older adults experiencing motor vehicle collision: a multicenter prospective cohort study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2017;25(9):953-63. doi:10.1016/j.jagp.2017.03.011.
 50. Beck JG, Palyo SA, Canna MA, Blanchard EB, Gudmundsdottir B. What factors are associated with the maintenance of PTSD after a motor vehicle accident? The role of sex differences in a help-seeking population. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2006;37(3):256-66. doi:10.1016/j.jbtep.2005.04.001.
 51. Sander S, Strizzi JM, Øverup CS, Cipric A, Hald GM. When love hurts - mental and physical health among recently divorced danes. *Front Psychol*. 2020;11:578083. doi:10.3389/fpsyg.2020.578083.
 52. Bisson JI, Cosgrove S, Lewis C, Robert NP. Post-traumatic stress disorder. *BMJ*. 2015;351:h6161. doi:10.1136/bmj.h6161.
 53. Lange AMC, Visser MM, Scholte RHJ, Finkenauer C. Parental Conflicts and Posttraumatic Stress of Children in High-Conflict Divorce Families. *J Child Adolesc Trauma*. 2021;15(3):615-625. doi:10.1007/s40653-021-00410-9.
 54. Platts-Mills TF, Nebolisa BC, Flannigan SA, Richmond NL, Domeier RM, Swor RA, et al. Post-traumatic stress disorder among older adults experiencing motor vehicle collision: a multicenter prospective cohort study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2017;25(9):953-63.

นิพนธ์ต้นฉบับ

มุมมองเชิงระบบนิเวศต่อความรุนแรงที่มีผลกระทบในวงกว้างในประเทศไทย :
การวิเคราะห์พหุกรณี

วันรับ : 19 มิถุนายน 2567

วันแก้ไข : 9 กันยายน 2567

วันตอบรับ : 25 พฤศจิกายน 2567

มานิกา วิเศษสาธอร์, ส.ด.¹, ปิยพงศ์ แซ่ตั้ง, ศศ.ด.¹,เสวียน แก้ววงษา, ศ.ม.²คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง¹คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทำความเข้าใจเหตุการณ์ความรุนแรงที่มีผลกระทบในวงกว้างในประเทศไทยและระบบนิเวศที่เกี่ยวข้อง

วิธีการ : การศึกษาเชิงคุณภาพจากข้อมูลทุติยภูมิที่เป็นรายงานข่าวความรุนแรงที่มีผลกระทบในวงกว้างในปี พ.ศ. 2562 - 2566 ที่ปรากฏในสำนักข่าวระดับประเทศที่มีกองบรรณาธิการตรวจทาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์พหุกรณีและตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยวิธีการสามเส้า

ผล : เหตุการณ์ที่สืบค้นได้ 52 กรณี มีเหตุการณ์ที่เข้าเกณฑ์การศึกษาและนำมาวิเคราะห์ 9 กรณี ส่วนใหญ่เป็นเหตุการณ์ยิงผู้ก่อเหตุเป็นชาย ใช้อาวุธปืน ลงมือก่อเหตุคนเดียว และมีเหตุจูงใจเกี่ยวข้องกับความรักชดเชย ปัญหาการเงิน ปัญหาความสัมพันธ์ และปัญหาการปรับตัว การวิเคราะห์พหุกรณีโดยจำแนกปัจจัยตามระบบนิเวศพบว่า ระดับบุคคลมีต้นทุนทางจิตใจและประวัติความรุนแรงในอดีตเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบอย่างมากต่อการแสดงความรุนแรง ระดับจุลภาคเกี่ยวข้องกับปัจจัยจากครอบครัวและความมั่นคงทางอาชีพและการเงิน ส่วนระดับมหภาคเกี่ยวข้องกับอิทธิพลจากชุมชนและการเรียนรู้ผ่านสื่อสาธารณะ

สรุป : ปัจจัยเชิงระบบนิเวศที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ความรุนแรงที่มีผลกระทบวงกว้างมีหลายระดับ ทั้งระดับบุคคล ระดับจุลภาค และระดับมหภาค ซึ่งมีความสัมพันธ์กันอย่างซับซ้อนและมีบทบาทร่วมกันในการกระตุ้นการก่อเหตุ

คำสำคัญ : การวิเคราะห์พหุกรณี, ความรุนแรง, ความรุนแรงที่มีผลกระทบในวงกว้าง, ประเทศไทย, ระบบนิเวศ

ติดต่อผู้นิพนธ์ : มานิกา วิเศษสาธอร์; email: wisessathorn@gmail.com

Original article

An ecological systems approach to mass violence in Thailand: a multiple case study analysis

Received : 19 June 2024

Revised : 9 September 2024

Accepted : 25 November 2024

Manika Wisessathorn, Dr.P.H.¹, Piyapong Saetang, Ph.D.¹,Sawian Kaewwongsa, M.Econ.²Faculty of Education, Ramkhamhaeng University¹Faculty of Economics, Ramkhamhaeng University²

Abstract

Objective: To gain insights into mass violence incidents in Thailand and involved ecological systems.

Methods: This study employed a qualitative research design, using secondary data from news reports published between 2019 and 2023 by national news agencies, which were vetted by their editorial teams. The data were analyzed through multiple case analysis and validated using the triangulation method.

Results: Of 52 identified mass violence incidents, nine met the study's inclusion criteria and were analyzed. The majority of these incidents were mass shootings, with the perpetrators predominantly male, acting alone, and using firearms. The primary motivations included cumulative stress, financial problems, relationship issues, and adjustment difficulties. An in-depth analysis of multiple cases, framed within the ecological systems perspective, identified key determinants at various levels. At the individual level, the psychological capitals and a history of personal violence were significant. At the microsystem and mesosystem levels, family dynamics and occupational/financial difficulties were prominent, given their proximity to individuals. At the exosystem and macrosystem levels, community influences and media exposure played a notable role.

Conclusion: The ecosystem of mass violence is multi-level, encompassing the individual, microsystem, mesosystem, exosystem, and macrosystem factors. These factors interact in intricate relationships, collectively contributing to the occurrence and escalation of such events.

Keywords: ecological systems, mass violence, multiple case study, Thailand, violence

Corresponding author: Manika Wisessathorn; email: wisessathorn@gmail.com

ความรู้เดิม : การศึกษาเกี่ยวกับความรุนแรงแต่ละกรณีอาศัยวิธีการศึกษาและแนวคิดที่แตกต่างกัน ซึ่งแม้ได้องค์ความรู้ที่กว้างขวางแต่ยังยากต่อการสรุปภาพรวม

ความรู้ใหม่ : การวิเคราะห์เหตุการณ์เหตุการณ์ความรุนแรงที่มีผลกระทบในวงกว้างในประเทศไทยพบว่า ปัจจัยเชิงระบบนิเวศที่เป็นสาเหตุของความรุนแรงแบ่งเป็น 3 ระดับ ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ ต้นทุนทางจิตใจและประวัติความรุนแรงในอดีต ปัจจัยระดับจุลภาค ได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความมั่นคงทางอาชีพ และความมั่นคงทางการเงิน ปัจจัยระดับมหภาค ได้แก่ อิทธิพลจากชุมชนและการเรียนรู้จากสื่อสาธารณะ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การสร้างความเข้าใจร่วมกันในการกำหนดนโยบายและวางแนวทางการรับมือความรุนแรงที่ครอบคลุมปัจจัยสำคัญอย่างเป็นรูปธรรม

บทนำ

ความรุนแรง หมายถึง การกระทำของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีเจตนาให้เกิดอันตรายต่อผู้อื่น ทั้งที่เป็นคนรู้จักและ/หรือคนแปลกหน้า ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ เป็นพฤติกรรมที่ไม่มีความจำเป็น เป็นพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นอันตราย และเป็นไปโดยเจตนาทำร้ายหรือทำอันตราย¹⁻³ ปัญหาความรุนแรงเกิดขึ้นได้ในทุกบริบทของสังคม มีความหลากหลายซับซ้อน และส่งผลกระทบเป็นวงกว้างต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน องค์กร และสังคมในภาพรวม การลดความรุนแรงและส่งเสริมความสันติสุขในสังคมจึงเป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (sustainable development goals: SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ โดยปรากฏอยู่ในเป้าหมายย่อย ได้แก่ เป้าหมายที่ 16.1 ลดความรุนแรงทุกรูปแบบและอัตราการตายที่เกี่ยวข้องในทุกแห่งให้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และเป้าหมายที่ 5.2 ขจัดความรุนแรงทุกรูปแบบที่มีต่อผู้หญิงและเด็กหญิงทั้งในที่สาธารณะและที่รโหฐาน รวมถึงการค้ำนุชย์การกระทำทางเพศ และการแสวงประโยชน์ในรูปแบบอื่น⁴

ทั่วโลกมีเหยื่อจากการฆาตกรรมประมาณ 475,000 คนทุกปี⁵ ในประเทศไทยพบว่าความถี่ของความรุนแรงในครอบครัวระหว่างปี พ.ศ. 2559 - 2564 มีแนวโน้มสูงขึ้นต่อเนื่อง โดยตลอด 6 ปีเกิดเหตุความรุนแรงในครอบครัว

9,386 ราย คิดเป็นอัตราเฉลี่ย 4 รายต่อวัน⁶ รายงานสถิติฐานความผิดคดีอาญา 4 กลุ่มของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2566 พบว่า ฐานความผิดเกี่ยวกับชีวิต ร่างกาย และเพศ ซึ่งถึงรวมข้อหาฆ่าผู้อื่น ทำร้ายร่างกายผู้อื่นจนถึงแก่ความตาย พยายามฆ่า และข่มขืนกระทำชำเรา มีจำนวนการรับแจ้งคดี 13,824 คดีต่อปี มีการจับกุมผู้กระทำผิด 17,074 คน ซึ่งเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา พบว่า มีจำนวนคดีที่รับแจ้งสูงขึ้น 1,051 คดีและมีจำนวนผู้กระทำผิดถูกจับกุมสูงขึ้น 2,431 คน⁶ ขณะที่รายงานของกรมราชทัณฑ์พบว่า ฐานความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกายมีอัตราการกระทำผิดซ้ำสูงเป็นอันดับ 4 คิดเป็นร้อยละ 6.4⁷

ความรุนแรงที่มีผลกระทบในวงกว้าง (mass violence) หมายถึง สถานการณ์ความรุนแรงที่มีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อกลุ่มคนในสังคมเป็นจำนวนมากหนึ่งในรูปแบบความรุนแรงลักษณะนี้ คือ การกราดยิง (mass shooting) ที่พบมากในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยปี ค.ศ. 2018 ถือเป็นปีที่เกิดเหตุกราดยิงมากถึง 9 ครั้ง ส่วนเหตุการณ์ที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตสูงสุดคือการกราดยิงที่ลาสเวกัสในปี ค.ศ. 2017 ที่มีผู้เสียชีวิตถึง 60 ราย⁸ สำหรับประเทศไทยมีเหตุกราดยิงครั้งใหญ่ที่รับรู้เป็นวงกว้างไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง ได้แก่ ปี พ.ศ. 2563 เหตุกราดยิงที่ศูนย์การค้าและชุมชนใกล้เคียงในจังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2565 เหตุกราดยิงที่ศูนย์เด็กเล็กและชุมชนใกล้เคียงในจังหวัดหนองบัวลำภู และปี พ.ศ. 2566 เหตุกราดยิงที่ห้างสรรพสินค้าในกรุงเทพมหานคร แม้การรับมือในแต่ละประเทศอาจแตกต่างกันเนื่องจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอาวุธปืน การรับมือของหน่วยงานความปลอดภัย และวัฒนธรรมและค่านิยมที่มีผลต่อการรับรู้และตอบสนองต่อเหตุการณ์⁹ แต่เนื่องจากความรุนแรงเหล่านี้เป็นเหตุการณ์ไม่สามารถคาดเดาได้ จึงส่งผลกระทบให้กับเหยื่อผู้รอดชีวิตเกิดความรู้สึกไร้หนทาง บาดแผลทางจิตใจ และปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่าง ๆ เช่น ความโกรธ ความเศร้า ความกลัว ความคับข้องใจ ความสิ้นหวัง และความรู้สึกไม่ปลอดภัย จนอาจเป็นโรคหรือความผิดปกติทางจิตเวช นอกจากนี้เหตุการณ์ที่มีผลกระทบในวงกว้างเหล่านี้ยังส่งผลกระทบทางจิตใจต่อชุมชนและประชาชนในพื้นที่ซึ่งไม่ใช่เหยื่อโดยตรง เช่น ความรู้สึกไม่ปลอดภัยและหวาดกลัวใน

ที่สาธารณะ รวมทั้งส่งผลถึงเศรษฐกิจและสังคมมากกว่า ความรุนแรงทั่วไป^{8,10}

สาเหตุของความรุนแรงมักมีความซับซ้อน จำเป็น ต้องอาศัยแนวคิดเชิงระบบที่ช่วยให้มองเห็นองค์รวมของ สถานการณ์ได้อย่างกระจ่าง แนวคิดระบบนิเวศ (ecological systems theory) ของ Bronfenbrenner¹¹ ซึ่งเน้น การอธิบายปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างปัจจัยที่ใกล้ชิดตัว บุคคลที่สุดจนถึงปัจจัยระดับมหภาคในลักษณะของระบบย่อย ที่ซ้อนกัน^{12,13} จึงถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางในการทำ ความเข้าใจ พฤติกรรมสุขภาพ การขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ และการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย และการเลิกบุหรี่¹⁴⁻¹⁸ เช่นเดียวกับพฤติกรรมความรุนแรง ซึ่งมีได้เกิดขึ้นในบริบทของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเท่านั้น การศึกษาของ Flynn และ Mathias¹⁹ พบว่า ความรุนแรง ระหว่างบุคคล (interpersonal violence) มักเกิดใน ครอบครัวหรือชุมชนและส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพจิตระดับ บุคคล ความรุนแรงเชิงโครงสร้าง (structural Violence) มักเกิดจากความไม่เท่าเทียมทางสังคม เช่น ความยากจนและ ความเหลื่อมล้ำ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยรวม ส่วนความรุนแรงเชิงสัญลักษณ์ (symbolic violence) เกี่ยวข้องกับการครอบงำทางวัฒนธรรมที่ทำให้กลุ่มด้อยอำนาจ รู้สึกด้อยค่า ซึ่งส่งผลต่อความเชื่อมั่นและการยอมรับใน อัตลักษณ์ของตนเอง การป้องกันความรุนแรงจึงต้องอาศัย การขับเคลื่อนร่วมกันแบบพหุระดับ เช่น การสร้างนโยบายที่ ส่งเสริมความเท่าเทียม การพัฒนาสภาพแวดล้อมในชุมชนที่ ปลอดภัย และการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้ง ในระดับบุคคล โดยมีเป้าหมายเพื่อแก้ไขรากเหง้าของ ปัญหาและสร้างโครงสร้างสังคมที่ส่งเสริมความปลอดภัยใน ระยะยาว^{1,20}

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจ เหตุการณ์ความรุนแรงที่มีผลกระทบในวงกว้างใน ประเทศไทย โดยประยุกต์แนวคิดระบบนิเวศมาใช้เป็น กรอบแนวคิดในการสำรวจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง ที่มีผลกระทบในวงกว้าง

วิธีการ

การศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์พหุกรณี (multiple case study analysis) จากข้อมูลหตุยภูมิเกี่ยวกับ

ข่าวสถานการณ์ความรุนแรงที่มีผลกระทบในวงกว้าง แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 : การกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ

ความรุนแรงที่มีผลกระทบในวงกว้างในการศึกษานี้ หมายถึง เหตุการณ์ที่มีการกระทำความรุนแรงทางร่างกาย ต่อผู้อื่นโดยเจตนา ส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่ไม่ใช่สมาชิกใน ครอบครัว ประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ 1) เป็นเหตุการณ์ใหญ่ที่ทำให้เกิดการรับรู้ต่อสาธารณะหรือ สังคมในวงกว้าง โดยปรากฏในสำนักข่าวระดับประเทศ อย่างน้อย 5 แห่ง 2) มีผู้ถูกกระทำจำนวนมากและ/หรือ ผู้ถูกกระทำเป็นกลุ่มเปราะบาง เช่น นักเรียน เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ และผู้ป่วย 3) เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้มีผู้เสียชีวิต 4) เกิดในสถานที่ซึ่งรับรู้ว่าเป็นสถานที่ปลอดภัย มีโอกาสเกิด ความรุนแรงน้อย หรือมีระบบรักษาความปลอดภัย เช่น โรงเรียน มหาวิทยาลัย ห้างสรรพสินค้า และสถานที่ราชการ และ 5) มีการระบุตัวผู้ต้องหาที่ชัดเจน

ขั้นตอนที่ 2 : การกำหนดขอบเขตการศึกษา

ขอบเขตด้านประเภทความรุนแรง เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นความรุนแรงทางร่างกายที่ส่งผลให้เกิด การบาดเจ็บ พิการ หรือเสียชีวิต และ 2) เป็นการกระทำ ความรุนแรงต่อผู้อื่นโดยเจตนา ทั้งที่เป็นสมาชิกในครอบครัว คนรู้จัก และคนแปลกหน้า เกณฑ์การคัดออก คือ ความรุนแรง ที่เกิดจากการกระทำต่อตนเอง ความรุนแรงทางการเมืองหรือ ความมั่นคง หรือความรุนแรงจากอุบัติเหตุ

ขอบเขตด้านการเข้าถึงข้อมูล เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นข้อมูลที่เผยแพร่สาธารณะ 2) เกิดขึ้นในรอบ 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2562 - 2566) ในพื้นที่ประเทศไทย และ 3) สามารถสืบค้นได้จากโปรแกรมค้นหาและ/หรือสำนักข่าว ที่มีบรรณาธิการหรือผู้ตรวจทาน

ขั้นตอนที่ 3 : การกำหนดคำสำคัญและลำดับขั้นตอน ในการสืบค้นข้อมูล

ระบุคำสืบค้นเหตุการณ์ความรุนแรงที่มีผลกระทบ ในวงกว้างที่สอดคล้องตามนิยามและขอบเขตที่กำหนดไว้ โดยจัดลำดับการสืบค้นจากภาพรวมไปสู่รายละเอียดเชิงลึก ของแต่ละกรณี แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นที่ 1 การสืบค้นภาพรวม โดยกำหนดคำสำคัญสำหรับการสืบค้นผ่านฐานข้อมูล Google ได้แก่ “ที่สดแห่งปี...” “อาชญากรรมสะเทือนสังคม”

“รวมข่าวเด่นดังปี...” “สรุปข่าวอาชญากรรมในรอบปี...” “คดีดังอาชญากรรมสะเทือนสังคมแห่งปี...” และ “ข่าวอาชญากรรม...” ขั้นที่ 2 การตรวจสอบความสอดคล้องของผลการสืบค้นกับนิยามเชิงปฏิบัติการ ขั้นที่ 3 การตรวจสอบการรับรู้ต่อสาธารณะของผลการสืบค้นโดยการตรวจสอบในฐานข้อมูล Newscenter X ว่าเป็นเหตุการณ์ที่ปรากฏในสำนักข่าวระดับประเทศอย่างน้อย 5 แห่ง และขั้นที่ 4 การตรวจสอบรายละเอียดของเหตุการณ์รายกรณี โดยนำผลการสืบค้นแต่ละเหตุการณ์มาตรวจสอบรายละเอียดที่เป็นประเด็นสำคัญ

ขั้นตอนที่ 4 : การสืบค้น ประเมินคุณภาพ และคัดกรองข้อมูล

สืบค้นข้อมูลตามลำดับที่กำหนดไว้ พร้อมกับตรวจสอบคุณภาพและคัดกรองข้อมูลให้มีความสอดคล้องตามนิยามเชิงปฏิบัติการ ขอบเขตการศึกษา และการรับรู้สาธารณะในแต่ละขั้น จากนั้นตรวจสอบรายละเอียดสำคัญของเหตุการณ์ที่เข้าเกณฑ์เป็นรายกรณี ได้แก่ วันที่เกิดเหตุ สถานที่เกิดเหตุ จำนวนผู้ก่อเหตุ เพศ อายุ และอาชีพผู้ก่อเหตุ สถานะของผู้ก่อเหตุในปัจจุบัน อาวุธที่ใช้ จำนวนผู้เสียชีวิต จำนวนผู้บาดเจ็บ เหตุฉุกเฉินที่ปรากฏตามรายงานข่าว และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ก่อเหตุกับผู้ก่อการกระทำ ดำเนินการโดยผู้วิจัยทั้ง 3 คน เพื่อให้มุมมองทั้งด้านจิตวิทยา (insider viewpoints) และเศรษฐศาสตร์ (outsider viewpoints)

ขั้นตอนที่ 5 : การวิเคราะห์ข้อมูลและตรวจสอบความน่าเชื่อถือ

ใช้การวิเคราะห์เชิงคุณภาพแบบพหุกรณี เปรียบเทียบความคล้ายคลึงและความแตกต่างของปรากฏการณ์ในแต่ละกรณี เพื่อหาข้อสรุปร่วมกันภายใต้แนวคิดทฤษฎีเดียวกัน ซึ่งช่วยให้เข้าใจปรากฏการณ์ได้อย่างลึกซึ้งกว่าการวิเคราะห์กรณีเดียวและมีความยืดหยุ่นในการบูรณาการองค์ความรู้เชิงทฤษฎีเพื่อขยายความเข้าใจต่อปรากฏการณ์ที่ศึกษา²⁶ โดยผู้วิจัยทั้ง 3 คนวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละกรณีศึกษาอย่างอิสระ เน้นการพิจารณาข้อมูลจากข่าวที่สกัดมาว่าเกี่ยวข้องกับปัจจัยในระบบนิเวศระดับใดและปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในแต่ละกรณีในลักษณะใด ปัจจัยที่ผู้ประเมินทุกคนแสดงความเห็นสอดคล้องกันมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมความรุนแรงอย่างชัดเจนถูกจัดเป็น high predictive factor โดยการศึกษาจัดกลุ่มปัจจัยเป็น 3 ระดับ ระดับที่ 1

ปัจจัยระดับบุคคล (individual level) ครอบคลุมลักษณะประชากรศาสตร์ ปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัยทางจิตวิทยา ความผิดปกติทางจิต และประวัติเกี่ยวกับความรุนแรง ระดับที่ 2 ระบบจุลภาค ครอบคลุมปัจจัยที่อยู่ใกล้กับตัวบุคคลมากที่สุด แบ่งเป็น microsystem ซึ่งแสดงปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่ใกล้ชิดกับบุคคล เช่น ครอบครัว ผู้ดูแล เพื่อน โรงเรียน และที่ทำงาน และ mesosystem ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นใน microsystem และส่งผลกระทบร่วมกันต่อพฤติกรรมของบุคคล และระดับที่ 3 ระบบมหภาค แบ่งเป็น exosystem ซึ่งเกี่ยวข้องกับบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น สภาพแวดล้อมในชุมชน บริการทางสังคม และสื่อ และ macrosystem ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยจากสังคมและวัฒนธรรม เช่น ค่านิยมของสังคม บรรทัดฐานทางสังคม อุดมคติของสังคม ประเพณี และความเชื่อทางวัฒนธรรม และกฎหมายและการบังคับใช้²²⁻²⁶

จากนั้นใช้การตรวจสอบความน่าเชื่อถือแบบสามเส้าด้านผู้วิจัย (investigator triangulation)²⁷ โดยผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์มาประชุมร่วมกันเพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นทั้งในส่วนที่เห็นพ้องและเห็นต่าง กรณีพบความเห็นต่างอาศัยการอภิปรายร่วมกันเพื่อให้ผู้วิจัยแต่ละคนเสนอเหตุผลและหลักฐานภายใต้กรอบแนวคิดระบบนิเวศที่สนับสนุนความคิดเห็นของตน พร้อมทั้งตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติมในกรณีที่มีข้อมูลต้นฉบับมีความคลุมเครือหรือไม่เพียงพอ

การรับรองจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่องการวิเคราะห์แนวโน้มและทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับพฤติกรรมความรุนแรงในสังคมไทย ซึ่งได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง หมายเลขการรับรอง RU-HRE 67/0011 วันที่ 24 มกราคม 2567

ผล

การสืบค้นภาพรวมพบเหตุการณ์ที่เข้าข่าย 52 กรณี มีเหตุการณ์ที่สอดคล้องตามเกณฑ์นิยามเชิงปฏิบัติการขอบเขตการศึกษา และการรับรู้สาธารณะทั้งหมด 9 กรณี ดังแสดงในตารางที่ 1 เป็นความรุนแรงจากการกราดยิง 5 กรณี (ร้อยละ 55.6) ฆาตกรรมต่อเนื่อง 2 กรณี (ร้อยละ 22.2) การใช้อาวุธปล้นทรัพย์ 1 กรณี (ร้อยละ 11.1) และ

ความรุนแรงระหว่างองค์กร 1 กรณี (ร้อยละ 11.1) เหตุการณ์ส่วนใหญ่มีผู้ก่อเหตุเป็นชายและลงมือก่อเหตุคนเดียว (ร้อยละ 88.9) มีเพียง 1 กรณีที่มีผู้ก่อเหตุเป็นหญิงและเหตุการณ์ความรุนแรงระหว่างองค์กรที่มีผู้ก่อเหตุมากกว่า 1 คน ผู้ก่อเหตุส่วนใหญ่ถูกจับและยังมีชีวิตอยู่ 6 กรณี (ร้อยละ 66.7) ถูกวิสามัญในวันเกิดเหตุ 3 กรณี (ร้อยละ 33.3) รายละเอียดจำแนกตามประเภทของเหตุการณ์ดังนี้

เหตุการณ์กราดยิง มี 5 กรณี ผู้ก่อเหตุทุกกรณีเป็นชาย อายุ 23 - 34 ปี ก่อเหตุคนเดียว ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหรือเคยประกอบอาชีพรับราชการ และอาวุธหลักที่ใช้เป็นปืน มีเพียง 1 กรณีที่ผู้ก่อเหตุเป็นนักเรียนและใช้อาวุธเทียมปืนทำร้ายเหยื่อทั้งที่เป็นคนรู้จักและคนแปลกหน้า มีผู้เสียชีวิตจากเหตุการณ์ 2 - 31 คน ในจำนวนนี้มีกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็กหรือผู้สูงอายุรวมอยู่ด้วย สถานที่ก่อเหตุเป็นพื้นที่สาธารณะ เช่น ศูนย์การค้า ศูนย์เด็กเล็ก และโรงพยาบาล เหตุจูงใจตามรายงานข่าวส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับความคิดสะสม ปัญหาการเงิน ปัญหาความสัมพันธ์ และปัญหาการปรับตัว ผู้ก่อเหตุเสียชีวิตจากการถูกวิสามัญ 3 กรณี ถูกจับ 2 กรณี

ฆาตกรรมต่อเนื่อง มี 2 กรณี ผู้ก่อเหตุเป็นชายและหญิง อายุ 41 และ 36 ปี ตามลำดับ ก่อเหตุคนเดียว ไม่ได้ประกอบอาชีพที่ชัดเจน ใช้อาวุธที่ไม่ใช่ปืนก่อเหตุ เช่น ยาพิษ เชือก สายไฟ และจับกดน้ำ เหยื่อส่วนใหญ่เป็นผู้ที่รู้จักกับผู้ก่อเหตุ บางรายเป็นคนในครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนร่วมงาน มีผู้เสียชีวิตจากเหตุการณ์ 6 และ 14 คน ตามลำดับ ก่อเหตุหลายพื้นที่และหลายช่วงเวลา เหตุจูงใจตามรายงานข่าวเป็นการฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาเพื่อทรัพย์สินหรือจากความรู้สึกส่วนตัว ผู้ก่อเหตุทั้ง 2 กรณีถูกจับ

เหตุการณ์ใช้อาวุธปล้นทรัพย์ มี 1 กรณี ผู้ก่อเหตุเป็นชาย อายุ 38 ปี ประกอบอาชีพรับราชการ ใช้อาวุธปืนก่อเหตุ มีผู้เสียชีวิต 3 คน เหตุจูงใจตามรายงานข่าวเป็นปัญหาส่วนตัวและปัญหาการเงิน ผู้ก่อเหตุถูกจับ

ความรุนแรงระหว่างสถาบัน มี 1 กรณี มีผู้ก่อเหตุมากกว่า 2 คน อายุอยู่ในช่วงวัยรุ่น ใช้อาวุธปืนและมีดก่อเหตุก่อเหตุในพื้นที่สาธารณะ เหตุจูงใจตามรายงานข่าวคือเจตนาทำร้ายคู่อริต่างสถาบันซึ่งผู้เกี่ยวข้องมีทั้งศิษย์เก่าและศิษย์ปัจจุบัน มีเหยื่อที่เป็นคู่อริต่างสถาบันเสียชีวิต 1 คน และเหยื่อจากลูกหลงเสียชีวิตอีก 1 คน

การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ความรุนแรงที่มีผลกระทบในวงกว้างตามแนวคิดระบบนิเวศสามารถจัดกลุ่มได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับจุลภาค (ครอบคลุม microsystem และ mesosystem) และระดับมหภาค (ครอบคลุม exosystem และ macrosystem) โดยระดับบุคคลมีปัจจัยสำคัญ (high predictive factor) ได้แก่ ต้นทุนทางจิตใจและประวัติความรุนแรงในอดีต โดยต้นทุนทางจิตใจหมายถึงคุณลักษณะติดตัวบุคคลที่ผ่านการหล่อหลอมจากประสบการณ์ในอดีตทั้งหมดที่ผ่านมาซึ่งมีผลต่อความเข้มแข็งทางจิตใจและทักษะการจัดการกับปัญหา ขณะที่ปัจจัยอื่น ๆ ในระดับนี้ เช่น ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต การใช้สารเสพติด ความชื่นชอบอาวุธ และชีววิทยาส่วนบุคคล มีผลแตกต่างกันออกไปในแต่ละกรณี ระดับจุลภาคมีปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ปัจจัยจากครอบครัว โรงเรียน เพื่อน และที่ทำงาน โดยเฉพาะในกลุ่มวัยเรียนและวัยทำงาน เช่น การขาดความผูกพันในครอบครัว การถูกกลั่นแกล้งในโรงเรียน หรือความไม่มั่นคงในอาชีพและการเงิน ส่วนระดับมหภาคมีปัจจัยจากชุมชน สื่อสาธารณะ และการเข้าถึงบริการทางสังคม โดยพบว่าสื่อสาธารณะมีบทบาทในการกระตุ้นและสร้างแบบแผนพฤติกรรมความรุนแรงผ่านการเลียนแบบและการเสริมแรง ขณะที่บริการทางสังคม เช่น การตรวจสุขภาพจิต แม้ช่วยลดความเสี่ยงได้บางส่วน แต่ยังคงมีการดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันพฤติกรรมความรุนแรงในระยะยาว รายละเอียดดังตารางที่ 2

วิจารณ์

ความรุนแรงที่มีผลกระทบในวงกว้างที่เกิดขึ้นในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2562 - 2566 เป็นเหตุกราดยิงมากที่สุด ผู้ก่อเหตุเกือบทุกเหตุการณ์เป็นชายและลงมือก่อเหตุคนเดียว เหตุจูงใจตามรายงานข่าวส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับความคิดสะสม ปัญหาการเงิน ความสัมพันธ์ และการปรับตัว สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศ^{22,28-33} และการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าสาเหตุของปัญหาความรุนแรงในสังคมไทยเกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น ความบกพร่องในการควบคุมตนเอง การติดแอลกอฮอล์และสารเสพติด ความแตกแยกในครอบครัว การเข้าถึงอาวุธปืนโดยง่าย ปัญหาเศรษฐกิจ ทศนคติที่มองว่าความรุนแรงเป็นเรื่องปกติ การเผยแพร่เนื้อหาความรุนแรงผ่านสื่อเป็นประจำ และ

ตารางที่ 1 เหตุการณ์ความรุนแรงที่มีผลกระทบในวงกว้าง (mass violence) ปี พ.ศ. 2562 - 2566

คดีที่	ปี	ลักษณะเหตุการณ์	จำนวนผู้ก่อเหตุ	เพศผู้ก่อเหตุ	อายุผู้ก่อเหตุ	สถานะผู้ก่อเหตุ	อาชีพผู้ก่อเหตุ	อาวุธที่ใช้ก่อเหตุ	จำนวนผู้เสียชีวิต	จำนวนผู้บาดเจ็บ	ความเสียหายและผู้ก่อเหตุเหยื่อ	สถานที่เกิดเหตุ	เหตุจูงใจตามรายงานข่าว
C1	2566	ความรุนแรงระหว่างสถาบัน	> 2	ชาย	วัยรุ่น	ถูกจับ	นักศึกษา	ปืนปากกาและอาวุธมืด	2	-	คนแปลกหน้าและคู่อริ	พื้นที่สาธารณะหน้าศูนย์การค้า ทท.คอม.	มีเป้าหมายสังหารชีวิต เพราะคดีคดีระหว่างสถาบัน มีลักษณะเป็นองค์กรอาชญากรรม ประกอบด้วยอดีตศิษย์เก่าและศิษย์ปัจจุบัน
C2	2566	กราดยิง	1	ชาย	14	ถูกจับ	นักเรียน	ปืนแบบลูกกันดัดแปลง	3	4	คนแปลกหน้า	ศูนย์การค้า ทท.คอม.	ยังไม่ทราบเหตุจูงใจที่แน่ชัด
C3	2566	ฆาตกรรมต่อเนื่อง	1	หญิง	36	ถูกจับ	อดีตภรรยาข้าราชการ	ยาไซยาไนด์	14	1	คนรู้จัก	หลายพื้นที่ในไทย : นครปฐม มุกดาหาร กาญจนบุรี เพชรบุรี สมุทรสาคร ราชบุรี และอุดรธานี	คาดว่าเป็นการประทุษร้ายได้มีเพียงทรัพย์สินโดยชี้ให้เห็นว่าเป้าหมายของผู้ก่อเหตุส่วนใหญ่คือบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับตำรวจ
C4	2566	กราดยิง	1	ชาย	29	เสียชีวิต	อดีตพนักงานราชการ	ปืนกลไก-19	3	5	คนแปลกหน้าและเพื่อนบ้าน	หมู่บ้านจัดสรร จ.เพชรบุรี	คาดว่าเกิดจากความเครียดที่จะต้องไปขึ้นศาล กรณีทะเลาะวิวาทกับเพื่อนบ้าน จนสุดท้ายก่อเหตุยิงผู้ก่อเหตุ
C5	2565	กราดยิง	1	ชาย	34	เสียชีวิต	อดีตข้าราชการ	อาวุธมีดปืน 9 มม. และปืนลูกซอง	38 (เป็นเด็ก 24 คน)	10 (รวมเด็กเล็ก)	คนแปลกหน้าและคนรู้จัก	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จ.หนองบัวลำภู	คาดว่าเกี่ยวข้องกับความเครียด การใช้สารเสพติด การกลั่นแกล้งบุตรของผู้ก่อเหตุ การถูกให้ออกจากงาน และการถูกคนในท้องถิ่นตั้งคำถามถึงภูมิหลังของพื้นที่ใหม่
C6	2564	กราดยิง	1	ชาย	23	ถูกจับ	อดีตข้าราชการ	ปืนจิกซาวเออร์และปืนลูกไม่ติดเชื้อโคโรด	2 (ผู้สูงอายุติดเชื้อโคโรด 1 คน)	ไม่มีรายงาน	คนแปลกหน้า	โรงพยาบาลสนาม จ.ปทุมธานี	ยังไม่ทราบเหตุจูงใจที่แน่ชัด
C7	2563	กราดยิง	1	ชาย	31	เสียชีวิต	ข้าราชการ	ปืนเอ็ม 60 และปืนเล็กยาว	31	58	คนแปลกหน้าและคนรู้จัก	ศูนย์การค้าและพื้นที่สาธารณะ จ.นครราชสีมา	ความคับแค้นผู้บังคับบัญชาเรื่องบ้านพักสวัสดิการ

ตารางที่ 1 เหตุการณ์ความรุนแรงที่มีผลกระทบในวงกว้าง (mass violence) ปี พ.ศ. 2562 - 2566 (ต่อ)

คดีที่	ปี	ลักษณะเหตุการณ์	จำนวนผู้ก่อเหตุ	เพศผู้ก่อเหตุ	อายุผู้ก่อเหตุ	สถานะผู้ก่อเหตุ	อาชีพผู้ก่อเหตุ	อาวุธที่ใช้ก่อเหตุ	จำนวนผู้เสียชีวิต	จำนวนผู้บาดเจ็บ	ความสัมพันธ์ผู้ก่อเหตุและเหยื่อ	สถานที่เกิดเหตุ	เหตุจริงใจตามรายงานข่าว
C8	2563	ใช้อาวุธปล้นทรัพย์	1	ชาย	38	ถูกจับ	ข้าราชการ	ปืนพกกึ่งอัตโนมัติ	3 (รวมเด็กชาย 2 ขวบ)	4	คนแปลกหน้า	ศูนย์การค้า จ.ลพบุรี	ปัญหาส่วนตัวและปัญหาการเงินของตัวเอง
C9	2562	ฆาตกรรมต่อเนื่อง	1	ชาย	41	ถูกจับ	รับจ้างทั่วไป	สายไฟรัดคอ บีบคอ กัดหน้า	6	ไม่มีรายงาน	คนรู้จัก และคนในครอบครัว	หลายพื้นที่ในไทย : มุกดาหาร ลำปาง ตัง อุดรธานี และบุรีรัมย์	ฆาตกรรมโดยเจตนา แต่ยังไม่ทราบเหตุ จูงใจที่แน่ชัด

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ความรุนแรงที่มีผลกระทบในวงกว้าง จำแนกตามแนวคิดระบบนิเวศ

ปัจจัยเชิงระบบนิเวศ	กรณีศึกษาที่เกี่ยวข้อง	ผลกระทบต่อพฤติกรรมความรุนแรง
ระดับบุคคล (individual level)		
1.1 ปัจจัยด้านจิตวิทยา (ต้นทุนทางจิตใจ)	ทุกกรณี	ปัจจัยนี้เป็น high predictive factor เนื่องจากมีคุณลักษณะภายในที่ติดตัวบุคคลผ่าน การหล่อหลอมจากประสบการณ์ในอดีตและเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับ สิ่งแวดล้อม มีลักษณะเป็นนามธรรมและเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เกี่ยวข้องกับความ คิด ความคาดหวัง อารมณ์ และแรงจูงใจจากภายในที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมภายนอกของ บุคคล จึงยากต่อการสังเกตการเปลี่ยนแปลงในระยะเริ่มต้นและยากต่อการทำนายหรือ ควบคุม ต้องอาศัยข้อมูลเชิงลึกที่ครอบคลุมหลายมิติและมีรายละเอียดมากพอ เช่น พัฒนาการวัยเด็ก การเรียนรู้ ศีลธรรม ทักษะคิด ความเข้มแข็งทางใจ ความรู้สึกผิดชอบชั่วดี การยับยั้งชั่งใจ การจัดการอารมณ์ และการจัดการปัญหา
1.2 ประวัติการเจ็บป่วย/การรักษาทาง จิตเวช	C2, C4, C6, C9	กรณี C2, C4, C6, และ C9 มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตหรือได้รับการรักษามาก่อน ส่วนกรณีอื่น ๆ ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจน ส่วนหนึ่งเป็นเพราะยังไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้หรือ ผู้ก่อเหตุไม่เข้าสู่ระบบบริการด้านสุขภาพจิต ทั้งนี้ ไม่สามารถให้ข้อสรุปอย่างเหมารวมได้ว่า ผู้ที่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตทุกคนเป็นผู้ก่อเหตุรุนแรง เนื่องจากมีเพียงบางโรคหรือ บางกลุ่มโรคเท่านั้นที่ส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงความรุนแรง และยังมีปัจจัยกระตุ้นอีกหลายปัจจัย ที่ส่งผลให้ผู้ก่อเหตุทั้งโดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัว ในทางกลับกัน ผู้ที่ไม่มีอาการทางจิตก็อาจ ก่อเหตุรุนแรงได้ หากได้รับปัจจัยกระตุ้นที่มีความเข้มข้นมากพอ
1.3 ประวัติเกี่ยวกับความรุนแรงในอดีต	ทุกกรณี ยกเว้น C2, C8 ไม่มี ข้อมูลเพียงพอ	ปัจจัยนี้เป็น high predictive factor เนื่องจากประวัติความรุนแรงในอดีตทั้งในฐานะ ผู้กระทำและผู้ถูกระบุว่ามีผลต่อการคาดการณ์การแสดงความรุนแรงในฐานะผู้กระทำ ผ่านการเรียนรู้ทางสังคม การสร้างรูปแบบความสัมพันธ์เชิงอำนาจ และการปกป้องตนเอง โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ถูกกระตุ้นหรือรู้สึกหมดหนทาง
1.4 ประวัติการใช้แอลกอฮอล์/สารเสพติด	C5, C6, C7	กรณี C5, C6 และ C7 เป็นไปตามมุมมองทางทฤษฎีผลกระทบของการใช้แอลกอฮอล์และ สารเสพติดต่อการแสดงพฤติกรรมความรุนแรง แต่มีข้อสังเกตจากกรณี C8, C3, และ C9 ยังไม่มีข้อมูลชี้ชัดว่าการแสดงความรุนแรงต่อเหยื่อหลาย ๆ ครั้งเป็นผลจากการใช้ แอลกอฮอล์และสารเสพติด แต่น่าจะเกิดจากปัจจัยทางจิตวิทยา การเจ็บป่วยทางจิตที่มี อยู่เดิม และปัจจัยกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมเป็นสำคัญ
1.5 ความรู้สึกขึ้นช่ออาวุธ	ทุกกรณี ยกเว้น C3, C9 ไม่มี ข้อมูลเพียงพอ	เป็นปัจจัยทางจิตวิทยาอีกชนิดหนึ่งที่มีคุณลักษณะติดตัวและสามารถพัฒนาไปเป็นแบบแผน บุคลิกภาพของบุคคลได้ แต่ยังไม่สามารถนำไปสู่ข้อสรุปที่ชี้ชัดได้ว่าผู้ที่ขึ้นช่ออาวุธจะ นำไปสู่การแสดงพฤติกรรมความรุนแรงทุกกรณี ทั้งนี้เป็นเพราะยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อ การตัดสินใจใช้อาวุธ โดยเฉพาะโอกาสการเข้าถึงอาวุธ หากบุคคลที่มีความรู้สึกขึ้นช่ออาวุธ สามารถเข้าถึงอาวุธได้และขาดต้นทุนทางจิตใจที่เข้มแข็งพอ เช่น ความเข้มแข็งทางใจ ความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ความยับยั้งชั่งใจ และการรับมือกับปัญหาที่เหมาะสม บุคคลกลุ่มนี้ ก็มีแนวโน้มใช้อาวุธในการก่อเหตุรุนแรงได้
1.6 ปัจจัยด้านชีววิทยา	ไม่มีข้อมูลเพียงพอ	การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับชีววิทยาส่วนบุคคลมีน้อย เนื่องจากการตรวจด้านชีววิทยามี ค่าใช้จ่ายสูงและไม่เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาคดีโดยตรง
ระดับจุลภาค (microsystem และ mesosystem)		
2.1 ปัจจัยจากครอบครัว (ครอบครัวเดิม และครอบครัวปัจจุบัน)	ทุกกรณี ยกเว้น C1, C6, C7 ไม่มี ข้อมูลเพียงพอ	ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวเดิมในกรณีส่วนใหญ่ไม่ได้รับการเผยแพร่สาธารณะ เบื้องต้นพบว่า กรณี C2 และ C9 มีข้อมูลสนับสนุนว่าเกี่ยวข้องกับปัจจัยจากครอบครัวเดิมและการเลี้ยงดู เช่น ความแตกแยก การขาดความผูกพัน การขาดทักษะเลี้ยงดู การขาดพื้นที่ปลอดภัย และ การใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดในครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อการหล่อหลอมแบบแผน บุคลิกภาพและต้นทุนทางจิตใจ ขณะที่กรณี C3, C4, C5 และ C8 เกี่ยวข้องกับปัจจัยจาก ครอบครัวปัจจุบัน โดยเป็นปฏิสัมพันธ์ร่วมกันของความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ความเป็นอยู่ และความมั่นคงทางการเงินของครอบครัว โดยเฉพาะผู้นำครอบครัวที่เผชิญ ความกดดัน ขาดต้นทุนทางใจ ขาดทักษะการจัดการปัญหา หรือขาดการสนับสนุนทางสังคม อาจส่งผลให้เกิดความรู้สึกหมดหนทางและมีการตอบสนองที่อิงอารมณ์มากกว่าการใช้ เหตุผล

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ความรุนแรงที่มีผลกระทบในวงกว้าง จำแนกตามแนวคิดระบบนิเวศ (ต่อ)

ปัจจัยเชิงระบบนิเวศ	กรณีศึกษาที่เกี่ยวข้อง	ผลกระทบต่อพฤติกรรมความรุนแรง
2.2 ปัจจัยจากโรงเรียนและเพื่อน	C1, C2	เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมความรุนแรงในผู้ก่อเหตุที่อยู่ในวัยเรียน เนื่องจากเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีบทบาทสำคัญสำหรับวัยนี้ เช่น การเรียนรู้จากกลุ่มเพื่อน การปรับตัวในโรงเรียน การถูกกลั่นแกล้งในโรงเรียน การเปลี่ยนหรือออกจากโรงเรียนกลางคัน รวมถึงการเรียนรู้วัฒนธรรมของความรุนแรงในโรงเรียน พบว่ากรณี C1 ซึ่งมีผู้ก่อเหตุมากกว่า 1 คนเกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ผ่านการสังเกตต้นแบบและกระบวนการขัดเกลาทางสังคม เช่น การคล้อยตาม เชื้อพัง และการยินยอมกลุ่มหรือผู้มีอำนาจในกลุ่ม ขณะที่กรณี C2 เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ทางลบจากโรงเรียนและเพื่อนในอดีต ซึ่งอาจเป็นปมในใจที่สะสมไว้เมื่อมีแรงขับ ปัจจัยกระตุ้น หรือมีปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย จึงผลักดันเป็นการแสดงพฤติกรรมความรุนแรงต่อผู้อื่นได้
2.3 ปัจจัยจากที่ทำงาน ความมั่นคงทางอาชีพ และความมั่นคงทางการเงิน	ทุกกรณี ยกเว้น C1, C2	เป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญที่พบในผู้ก่อเหตุวัยผู้ใหญ่หรือวัยทำงานทุกกรณี เนื่องจากเป็นส่วนหนึ่งของความต้องการพื้นฐานของบุคคลด้านความมั่นคงปลอดภัย (safety needs) พบว่าการสูญเสียความมั่นคงปลอดภัยผลักดันให้ผู้ก่อเหตุแสวงหาทางออกที่แตกต่างออกไปในแต่ละกรณี ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้และต้นทุนทางจิตใจ เช่น ทักษะการจัดการปัญหาและการปรับตัว
ระดับมหภาค (exosystem และ macrosystem)		
3.1 ปัจจัยจากชุมชน	ไม่มีข้อมูลเพียงพอ	ในที่นี้ ชุมชน หมายถึง ลักษณะทางกายภาพและสภาพแวดล้อมรอบตัวที่บุคคลอาศัยอยู่ รวมไปถึงค่านิยมและทัศนคติของสมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกัน พบว่า ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจากชุมชนและพฤติกรรมความรุนแรงจากกรณีศึกษาได้ เนื่องจากข้อมูลไม่เพียงพอ เบื้องต้นว่าการก่อเหตุจากชุมชนเมืองกับต่างจังหวัดอาจมีสาเหตุที่แตกต่างกัน สำหรับการก่อเหตุในชุมชนเมืองที่มีผู้ก่อเหตุในวัยเรียน (กรณี C1 และ C2) ปัจจัยจากชุมชนอาจยังไม่มีบทบาทมากนักเมื่อเทียบกับปัจจัยจากครอบครัว โรงเรียน และกลุ่มเพื่อน ขณะที่การก่อเหตุในชุมชนต่างจังหวัดที่มีผู้ก่อเหตุเป็นผู้ใหญ่หรือวัยทำงาน (กรณี C4, C5 และ C7) อาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยจากชุมชนที่ชัดเจนกว่าเนื่องจากเหยื่อมักเป็นสมาชิกในชุมชนเดียวกับผู้ก่อเหตุซึ่งมีความใกล้ชิดกันมากกว่าชุมชนเมือง
3.2 ปัจจัยจากสื่อสาธารณะ	ทุกกรณี	แม้ข้อมูลในประเด็นนี้ของแต่ละกรณีศึกษาไม่มีความชัดเจน แต่เนื่องจากสื่อสาธารณะเป็นช่องทางการสื่อสารที่สามารถเข้าถึงผู้คนจำนวนมากได้ง่าย รวดเร็ว แต่ควบคุมได้ยาก การนำเสนอความรุนแรงผ่านสื่อเป็นปัจจัยส่งผลกระทบต่อกระบวนการรับรู้และเรียนรู้ของบุคคล เช่น การยอมรับความเคยชิน และการเลียนแบบความรุนแรง โดยเฉพาะเมื่อบุคคลสังเกตเห็นว่าผู้ที่แสดงพฤติกรรมความรุนแรงบางครั้งกลับได้รับการเสริมแรงหรือไม่ได้รับผลกระทบตามควรแก่เหตุ ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และเลียนแบบด้วยความคาดหวังว่าจะได้ผลลัพธ์แบบเดียวกัน
3.3 การเข้าถึงบริการทางสังคม เช่น บริการตรวจสุขภาพ การตรวจสุขภาพจิต	C2, C6	อาจเป็นปัจจัยป้องกันต่อพฤติกรรมความรุนแรง พบว่าผู้ก่อเหตุในกรณี C2 และ C6 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตก่อนเกิดเหตุ แต่ไม่ได้รับการรักษาที่ทันเวลา ต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ

การขาดมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและแก้ไข ปัญหาความรุนแรง³⁴⁻³⁶ อย่างไรก็ตาม การศึกษาเหล่านี้วิเคราะห์ ความรุนแรงหลากหลายประเภทร่วมกัน ซึ่งรวมถึงความรุนแรง ต่อตนเองในรูปแบบการฆ่าตัวตาย ความรุนแรงในครอบครัว ความรุนแรงต่อเด็ก สตรี และผู้สูงอายุ อาชญากรรม และการก่อการร้าย ขณะที่การศึกษานี้สรุปข้อค้นพบเฉพาะ ความรุนแรงที่มีผลกระทบในวงกว้างจากการวิเคราะห์ทุกกรณี โดยพิจารณาปัจจัยด้านระบบนิเวศ อีกทั้งการศึกษานี้ได้จำแนก ปัจจัยตามระดับอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมความรุนแรง ซึ่งมีดังนี้

ปัจจัยระดับบุคคล พบว่า ต้นทุนทางจิตใจและ ประวัติความรุนแรงในอดีตเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงต่อ การแสดงความรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ แสดงให้เห็นว่าต้นทุนทางจิตใจมีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ความหวัง การมองโลกในแง่ดี ความยืดหยุ่นทางจิตใจ และ ความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนในการรับมือกับอุปสรรค ซึ่งมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการลดความรู้สึกด้านลบ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด ความเหนื่อยล้าทางจิตใจ และความรู้สึกเป็นทุกข์ นำไปสู่การลดโอกาสการแสดงพฤติกรรม

ความรุนแรงในครอบครัว ระหว่างคู่รัก และในสถานที่ทำงาน³⁷⁻⁴⁰ ขณะที่อิทธิพลของประวัติความรุนแรงในอดีตสอดคล้องกับแนวคิดพัฒนาการของความรุนแรงตามช่วงวัย ที่มองว่าความรุนแรงเป็นแบบแผนพฤติกรรมที่เป็นลำดับขั้นและสามารถคาดการณ์ได้ เริ่มจากพฤติกรรมความรุนแรงระดับเบา เช่น การแสดงความขัดแย้งต่อผู้มีอำนาจ ต่อเนื่องไปสู่พฤติกรรมความรุนแรงเชิงซ่อนเร้น เช่น การโกหกหรือขโมย จนพัฒนาเป็นพฤติกรรมความรุนแรงแบบเปิดเผยที่ส่งผลกระทบทางกายภาพและจิตใจต่อผู้อื่น²¹ พฤติกรรมเหล่านี้ยังได้รับอิทธิพลจากการเรียนรู้ทางสังคมและการสร้างรูปแบบความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่สะท้อนถึงการใช้ความรุนแรงเพื่อแก้ปัญหาหรือแสดงอำนาจ⁴¹⁻⁴³ นอกจากนี้ผู้ที่เคยประสบเหตุการณ์ความรุนแรงจนมีผลกระทบทางจิตใจในรูปแบบของโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder: PTSD) มีความเสี่ยงต่อการแสดงพฤติกรรมความรุนแรงเพื่อปกป้องตนเอง โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ยากลำบากหรือเมื่อรับรู้ว่ามีอันตรายในการจัดการปัญหา^{44,45} ขณะที่ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช การรักษาทางจิตเวช การใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด และความรู้สึกสิ้นหวังซึมเศร้า จัดเป็นปัจจัยที่เอื้อให้บุคคลแสดงพฤติกรรมรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้⁴⁶⁻⁴⁸ อย่างไรก็ตาม ความผิดปกติทางจิตเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำนายการแสดงพฤติกรรมรุนแรงได้เสมอไป^{49,50} อีกทั้งความผิดปกติทางจิตบางประเภทเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงบางประเภท เช่น ความรุนแรงทางกายต่อคู่ครองในผู้ที่มีบุคลิกภาพผิดปกติชนิดต่อต้านสังคมและชนิดก้าวร้าวก้าว⁵¹ การศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยจิตเวชพบว่า การกระทำความรุนแรงทางกายมีความสัมพันธ์กับโรคบุคลิกภาพผิดปกติ โรคจิตเภท หรือโรคจิตอื่น ๆ และภาวะบกพร่องทางสติปัญญา อีกทั้งยังมีความสัมพันธ์กับการมีคุณลักษณะทางประชากรศาสตร์บางประการ เช่น เพศชาย อายุน้อย การศึกษาต่ำ การว่างงาน และการอาศัยอยู่ร่วมกับพ่อแม่²⁸ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างโรคซึมเศร้ากับการกระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น ยกเว้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย ซึ่งพบได้น้อย⁴⁹ ส่วนความรุนแรงในเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของพฤติกรรมเกร (conduct disorder)²⁵

ปัจจัยระดับจุลภาค พบว่าปัจจัยจากครอบครัว และปัจจัยจากที่ทำงาน/โรงเรียนมีอิทธิพลสูงต่อการแสดง

ความรุนแรง เนื่องจากเป็นปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด จึงมีส่วนสำคัญต่อการสร้างประสบการณ์โดยตรงผ่านปฏิสัมพันธ์แบบเผชิญหน้า (face-to-face) ซึ่งส่งผลต่อการหล่อหลอมบุคลิกภาพ ความเชื่อ และค่านิยมระดับฐานราก รวมถึงการแสดงออกตามกาลเทศะและบรรทัดฐานของสังคม การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การขาดความผูกพันและการมีส่วนร่วมภายในครอบครัว ความขัดแย้งและการแสดงออกของความรุนแรงในครอบครัว การทารุณกรรมในครอบครัว และปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวและคู่ชีวิต ส่งผลต่อความคับข้องใจ ความรู้สึกทางลบ และการแสดงออกของความรุนแรงเมื่อมีโอกาส⁵²⁻⁵⁴ สำหรับวัยรุ่นอาจมีปัจจัยเสี่ยงจากโรงเรียนและเพื่อนร่วมด้วย เช่น การถูกกลั่นแกล้งในโรงเรียน การปรับตัวในโรงเรียน และการรวมกลุ่มกับเพื่อนที่สนับสนุนความรุนแรง⁵⁵ ส่วนวัยทำงานในการศึกษานี้พบว่าความมั่นคงในด้านอาชีพและการเงินมีผลกระทบสูงต่อการแสดงออกของความรุนแรง เนื่องจากความรู้สึกมั่นคงเป็นหนึ่งในความต้องการพื้นฐานตามแนวคิดลำดับขั้นความต้องการของ Maslow⁵⁶ เมื่อบุคคลสูญเสียความรู้สึกมั่นคง ร่วมกับการขาดทักษะการจัดการอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอและเหมาะสม จึงเลือกใช้ความรุนแรงเป็นทางออกในการแก้ไขปัญหา⁵⁷⁻⁵⁹

ปัจจัยระดับมหภาค พบว่ายังไม่สามารถสรุปอิทธิพลของปัจจัยจากชุมชนต่อเหตุการณ์ที่ศึกษาได้ เนื่องจากข้อมูลไม่เพียงพอ แต่มีข้อสังเกตถึงความแตกต่างของปัจจัยก่อเหตุระหว่างชุมชนเมืองและนอกเมือง อย่างไรก็ตาม การแสดงออกของความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต บรรทัดฐาน ค่านิยม ทักษะคิดของชุมชนต่อความรุนแรง รวมถึงสถานะทางเศรษฐกิจของชุมชน ด้วยเหตุนี้ การมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนในการกำหนดมาตรการเฝ้าระวัง รับมือ และแจ้งเหตุการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม การจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวกที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และการเอื้อให้สมาชิกในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการทางสังคมอย่างทั่วถึง อาจช่วยลดความเสี่ยงและผลกระทบจากเหตุรุนแรงได้^{21,23} ขณะที่ปัจจัยจากสื่อสาธารณะแม้ยังไม่มี ความชัดเจนในการศึกษานี้ แต่อาจมีส่วนสนับสนุนการแสดงพฤติกรรมความรุนแรงในลักษณะของ “การเรียนรู้แฝง” เนื่องจากการรับรู้ความรุนแรงผ่านสื่อสาธารณะเป็นประจำ

ส่งผลต่อการยอมรับความรุนแรง ความเคยชินต่อความรุนแรง และพฤติกรรมเลียนแบบ โดยเฉพาะในเด็กและวัยรุ่นที่ยังมีวุฒิภาวะและกระบวนการรู้คิดที่ไม่สมบูรณ์^{60,61}

การศึกษานี้ใช้ชุดข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานข่าวที่เผยแพร่โดยสำนักข่าวระดับประเทศ ซึ่งจัดได้ว่ามีความเหมาะสม เป็นที่นิยม และสามารถนำมาใช้ได้จริงในการศึกษาประเด็นความรุนแรงที่มีผลกระทบในวงกว้าง^{8,62} เนื่องจากผู้ก่อเหตุมักเสียชีวิตในเหตุการณ์หรืออยู่ระหว่างรับโทษชั้นเด็ดขาด จึงเป็นการยากที่จะเข้าถึงแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ แต่ข้อมูลที่เป็นรายงานข่าวอาจมีลักษณะที่ต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ เช่น ความเพียงพอของข้อมูล ความลึกซึ้งของเนื้อหา และความแตกต่างในรายละเอียดข่าวที่อาจทำให้ยากต่อการสรุปข้อเท็จจริงที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์พหุกรณี ด้วยการกำหนดเกณฑ์คัดเข้าที่รัดกุม และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของผลการศึกษาแบบสามเส้าโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คนอย่างอิสระ จึงน่าจะลดความเอนเอียงของข้อค้นพบจากข้อมูลทุติยภูมิและช่วยขยายความเข้าใจในประเด็นที่ศึกษาให้ครอบคลุมมากขึ้น^{21,27,53-65} การศึกษาครั้งต่อไปอาจพิจารณาใช้การวิจัยผสมวิธี (mixed methods design) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญ ผู้ใกล้ชิดกับผู้ก่อเหตุ และผู้ได้รับผลกระทบ หรือใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากแหล่งอื่นเพิ่มเติม เช่น บทสัมภาษณ์บุคคลใกล้ชิดและรายงานขององค์กรที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการศึกษามุมมองอื่นนอกเหนือจากระบบนิเวศของของผู้ก่อเหตุ เช่น ผู้ได้รับผลกระทบจากความรุนแรง โดยดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัดเนื่องจากเป็นประเด็นอ่อนไหว

สรุป

การวิเคราะห์พหุกรณีชี้ให้เห็นว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลในแต่ละระดับในระบบนิเวศมีความเชื่อมโยงและส่งผลซึ่งกันและกันกระตุ้นให้บุคคลแสดงออกเป็นพฤติกรรมความรุนแรง ปัจจัยที่มีผลต่อเหตุการณ์ความรุนแรงที่มีผลกระทบในวงกว้างในระดับบุคคล ได้แก่ ต้นทุนทางจิตใจและประวัติความรุนแรงในอดีต ในระดับจุลภาค ได้แก่ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ความมั่นคงทางอาชีพ และความมั่นคงทางการเงิน และในระดับมหภาค ได้แก่ อิทธิพลจากชุมชนและการเรียนรู้จากสื่อสาธารณะที่นำเสนอความรุนแรงเป็นประจำ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง การวิเคราะห์แนวโน้มและทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับพฤติกรรมความรุนแรงในสังคมไทย ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.)

การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วน

มานิกา วิเศษสาธิต : ออกแบบการวิจัย ทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์ข้อมูล เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ ; ปิยพงศ์ แซ่ตั้ง : ทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์ข้อมูล เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ ; เสวียน แก้ววงษา : ทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์ข้อมูล เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO violence prevention unit: approach, objectives and activities 2022-2026 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2024 Mar 26]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/who-violence-prevention-unit--approach--objectives-and-activities--2022-2026>
2. Hamby S. On defining violence, and why it matters. *Psychol Violence*. 2017;7(2):167-80. doi:10.1037/vio0000117.
3. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet*. 2002;360(9339):1083-8. doi:10.1016/S0140-6736(02)11133-0.
4. International Health Policy Program Foundation. SDGs indicators 2016 [Internet]. Bangkok: International Health Policy Program Foundation; 2016 [cited 2024 Mar 21]. Available from: <https://www.sdgport-th.org/indicators-dashboards/>. (in Thai)
5. Department of Women's Affairs and Family Development. Statistics on family violence in the past 6 years [Internet]. Bangkok: Office of the National Economic and Social Development Council; 2022 [cited 2024 Jan 11]. Available from: https://opendata.nesdc.go.th/dataset/https-drive-google-com-file-d-1kt8cnwofotck4om1_rzwxfvcvj7tob06-view-usp-sharing (in Thai)
6. Royal Thai Police. Statistics based on criminal offenses (4 groups of cases) [Internet]. Bangkok: Royal Thai Police; 2023 [cited 2024 Jan 11]. Available from: <https://www.crimespolice.com/portal/ข้อมูลสถิติคดี2/>. (in Thai)
7. Department of Corrections. Report on recidivism rates [Internet]. Bangkok: Department of Corrections; 2023 [cited 2024 Jan 11]. Available from: <http://www.correct.go.th/recstats/index.php/th/searchGroup> (in Thai)

8. Peterson JK, Densley JA, Hauf M, Moldenhauer J. Epidemiology of mass shootings in the United States. *Annu Rev Clin Psychol.* 2024;20:125-48. doi:10.1146/annurev-clinpsy-081122-010256.
9. Thirawat S. Mass shooting [Internet]. Bangkok: The Secretariat of The House of Representatives; 2022 [cited 2024 Dec 9]. Available from: <https://dl.parliament.go.th/backoffice/viewer2300/web/previewer.php> (in Thai)
10. Lowe SR, Galea S. The mental health consequences of mass shootings. *Trauma Violence Abuse.* 2017;18(1):62-82. doi:10.1177/1524838015591572.
11. Bronfenbrenner U. Ecological models of human development. *International Encyclopedia of Education.* 1994;3(2):37-43.
12. Cherry K, Susman D. A comprehensive guide to the Bronfenbrenner ecological model [Internet]. New York: Verywell Mind; 2023 [cited 2024 Mar 26]. Available from: <https://www.verywellmind.com/bronfenbrenner-ecological-model-7643403>
13. Main P. Explore Bronfenbrenner's ecological model - uncover the layers of human development and their intricate interplay in shaping individual growth [Internet]. Cambridge: Structural Learning; 2023 [cited 2024 Mar 26]. Available from: <https://www.structural-learning.com/post/bronfenbrenners-ecological-model>
14. Golden SD, McLeroy KR, Green LW, Earp JA, Lieberman LD. Upending the social ecological model to guide health promotion efforts toward policy and environmental change. *Health Educ Behav.* 2015; 42(1 Suppl):85-145. doi:10.1177/1090198115575098.
15. Eriksson M, Ghazinour M, Hammarström A. Different uses of Bronfenbrenner's ecological theory in public mental health research: what is their value for guiding public mental health policy and practice? *Soc Theory Health.* 2018;16:414-33. doi:10.1057/s41285-018-0065-6.
16. Dickson TJ, Darcy S. A systematic review and a novel temporal extension of the socioecological framework in sport and physical activity research. *Transl Sports Med.* 2021;4:163-73. doi:10.1002/tsm2.203.
17. Li H, Cheong JP. The impact of the COVID-19 pandemic on the physical fitness of primary school students in China based on the Bronfenbrenner ecological theory. *Front Psychol.* 2022;13:896046. doi:10.3389/fpsyg.2022.896046.
18. Obieche O, Lee M, Salehi N. Exploring attitudes towards smoking behaviour and cessation among hospitalized smokers via a socio-ecological framework: a scoping review. *Addict Behav.* 2021;122:107040. doi:10.1016/j.addbeh.2021.107040.
19. Flynn K, Mathias B. "How Am I Supposed to Act?": Adapting Bronfenbrenner's Ecological Systems Theory to Understand the Developmental Impacts of Multiple Forms of Violence. *J Adolesc Res.* 2025;40(1):192-225. doi:10.1177/07435584231159674.
20. World Health Organization. The violence prevention alliance approach [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2024 Dec 7]. Available from: <https://www.who.int/groups/violence-prevention-alliance/approach>
21. Ward C, Dawes A. Youth violence: sources and solutions in South Africa. Cape Town: University of Cape Town Press; 2012 [cited 2024 Jan 11]. Available from: <https://library.oapen.org/bitstream/handle/20.500.12657/25279/1/1004816.pdf#page=68>
22. Eisner MP, Malti T. Aggressive and violent behavior. In: Richard M, Michael E. *Handbook of child psychology and developmental science.* Hoboken: Socioemotional Processes; 2015.
23. Chan WY, Hollingsworth MA, Espelage DL, Mitchell KJ. Preventing violence in context: the importance of culture for implementing systemic change. *Psychol Violence.* 2016;6(1):22-6. doi:10.1037/vio0000021.
24. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Risk and protective factors [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2024 [cited 2024 Jan 11]. Available from: <https://www.cdc.gov/youth-violence/risk-factors/index.html>
25. Moyo GP. Children and adolescents' violence: the pattern and determinants beyond psychological theories. *J Pediatr.* 2020;6(2):138-45. doi:10.11648/j.ajp.20200602.24.
26. Gustafsson J. Single case studies vs. multiple case studies: a comparative study [Internet]. Halmstad: Halmstad University; 2017 [cited 2024 Jan 11]. Available from: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1064378/FULLTEXT01.pdf>
27. Santos KDS, Ribeiro MC, Queiroga DEU, Silva IAPD, Ferreira SMS. The use of multiple triangulations as a validation strategy in a qualitative study. *Cien Saude Colet.* 2020;25(2):655-64. Portuguese, English. doi:10.1590/1413-81232020252.12302018.
28. Pinna F, Tusconi M, Dessì C, Pittaluga G, Fiorillo A, Carpinello B. Violence and mental disorders. A retrospective study of people in charge of a community mental health center. *Int J Law Psychiatry.* 2016;47: 122-8. doi:10.1016/j.jljp.2016.02.015.
29. Yim IS, Kofman YB. The psychobiology of stress and intimate partner violence. *Psychoneuroendocrinology.* 2019;105:9-24. doi:10.1016/j.psyneuen.2018.08.017.

30. Rubenstein BL, Lu LZN, MacFarlane M, Stark L. Predictors of interpersonal violence in the household in humanitarian settings: a systematic review. *Trauma Violence Abuse*. 2020;21(1):31-44. doi:10.1177/1524838017738724.
31. Bresin K. Impulsivity and aggression: a meta-analysis using the UPPS model of impulsivity. *Aggress Violent Behav*. 2019;48:124-40. doi:10.1016/j.avb.2019.08.003.
32. Kwon R, Cabrera JF. Socioeconomic factors and mass shootings in the United States. *J Crit Public Health*. 2019;29(2):138-45. doi:10.1080/09581596.2017.1383599.
33. Fernandez E, Callen A, Johnson SL, Gaspar C, Kulhanek C, Jose-Bueno C. Prevalence, elicitors, and expression of anger in 21st century mass shootings. *Aggress Violent Behav*. 2020;55:101483. doi:10.1016/j.avb.2020.101483.
34. Laeheem K, Boonprakarn K. Relationships between family background in upbringing, experience of violence, and authority relationship, and violence behavior among Thai Muslim married couples in Pattani province. *Journal of Liberal Arts, Prince of Songkhla University*. 2018;10(2):411-37. (in Thai)
35. Sangworakittiwut S, Kwankua T. Issues of guns and ammunition affecting violence. *Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology (Humanities and Social Sciences)*. 2019;5(2):596-610. (in Thai)
36. Hansaudom P. Social work and dealing with violent situations in Thai society. *Journal of Social Synergy*. 2022;13(3):43-59. (in Thai)
37. Aliyev R, Karakus M. The effects of positive psychological capital and negative feelings on students' violence tendency. *Procedia Soc Behav Sci*. 2015;190:69-76. doi:10.1016/j.sbspro.2015.04.918.
38. Sarkar A, Garg N. "Peaceful workplace" only a myth?: examining the mediating role of psychological capital on spirituality and nonviolence behaviour at the workplace. *International Journal of Conflict Management*. 2020;31(5):709-28. doi:10.1108/IJCM-11-2019-0217.
39. Pirhadi Tavandashti R, Arefi M, Sajadian I. Efficacy of psychological capital training on the empathy and life meaning in the students with the signs of violence. *Journal of Applied Psychological Research*. 2024;15(2):319-35. doi:10.22059/japr.2024.337196.644278.
40. Tsirigotis K, Łuczak J. Resilience in Women who Experience Domestic Violence. *Psychiatr Q*. 2018;89(1):201-211. doi:10.1007/s11126-017-9529-4.
41. Cosme G. A social learning understanding of violence. *Academia Letters*. 2021. doi:10.20935/AL1019.
42. Srisompong B. Power relations in the context of violence [Internet]. One Stop Crisis Center: OSCC; 2022 [cited 2024 Dec 17]. Available from: https://www.oscc.consulting/media/95?utm_source=chatgpt.com (in Thai)
43. Boonnumma N. Structural violence: reflecting injustice and understanding individual behavior through a social work perspective. *Journal of Social Synergy*. 2022;13(3):27-42. (in Thai)
44. Wojciechowski TW. PTSD as a risk factor for the development of violence among juvenile offenders: a group-based trajectory modeling approach. *J Interpers Violence*. 2020;35(13-14):2511-35. doi:10.1177/0886260517704231.
45. Wright KA, Turanovic JJ, O'Neal EN, Morse SJ, Booth ET. The cycle of violence revisited: childhood victimization, resilience, and future violence. *J Interpers Violence*. 2016;34(6):1261-86. doi:10.1177/0886260516651090.
46. Psychiatry Database. Violence and mental illness [Internet]. Ontario, CA: PsychDB; 2024 [cited 2024 Jan 11]. Available from <https://www.psychdb.com/teaching/violence>
47. Yakubovich AR, Stöckl H, Murray J, Melendez-Torres GJ, Steinert JJ, Glavin CE, et al. Risk and protective factors for intimate partner violence against women: systematic review and meta-analyses of prospective-longitudinal studies. *Am J Public Health*. 2018;108(7):e1-11. doi:10.2105/AJPH.2018.304428.
48. Ruddell A, Pina A, Vasquez E. Domestic violence offending behaviors: a review of the literature examining childhood exposure, implicit theories, trait aggression and anger rumination as predictive factors. *Aggress Violent Behav*. 2017;34:154-65. doi:10.1016/j.avb.2017.01.016.
49. Ahonen L. The association between mental illness and violence. In: *Violence and mental illness: an overview* [Internet]. Berlin: Springer International Publishing; 2019 [cited 2024 Jan 11]. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-030-18750-7_4
50. Halle C, Tzani-Pepelasi C, Pylarinou NR, Fumagalli A. The link between mental health, crime and violence. *New Ideas Psychol*. 2020;58:100779. doi:10.1016/j.newideapsych.2020.100779.
51. Spencer C, Mallory AB, Cafferky BM, Kimmes JG, Beck AR, Stith SM. Mental health factors and intimate partner violence perpetration and victimization: a meta-analysis. *Psychol Violence*. 2019;9(1):1-17. doi:10.1037/vio0000156.
52. Ozer EJ, Lavi I, Douglas L, Wolf JP. Protective factors for youth exposed to violence in their communities: a review of family, school, and community moderators. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2017;46(3):353-78. doi:10.1080/15374416.2015.1046178.

53. Labella MH, Masten AS. Family influences on the development of aggression and violence. *Curr Opin Psychol.* 2018;19:11-6. doi:10.1016/j.copsyc.2017.03.028.
54. Ingram KM, Espelage DL, Davis JP, Merrin GJ. Family violence, sibling, and peer aggression during adolescence: associations with behavioral health outcomes. *Front Psychiatry.* 2020;11:472213. doi:10.3389/fpsy.2020.00026.
55. Polanin JR, Espelage DL, Grotzinger JK, Spinney E, Ingram KM, Valido A, et al. A meta-analysis of longitudinal partial correlations between school violence and mental health, school performance, and criminal or delinquent acts. *Psychol Bull.* 2021;147(2):115-33. doi:10.1037/bul0000314.
56. Bowen B. The matrix of needs: Reframing Maslow's hierarchy. *Health.* 2021;13(5):538-63. doi:10.4236/health.2021.135041.
57. Acquadro Maran D. Workplace violence: Prevalence, risk factors and preventive measures across the globe. *J Health Soc Sci.* 2020;5:13-22. doi:10.19204/2020/wrkp2.
58. Rudkjoebing LA, Bungum AB, Flachs EM, Eller NH, Borritz M, Aust B, et al. Work-related exposure to violence or threats and risk of mental disorders and symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Scand J Work Environ Health.* 2020;46(4):339-49. doi:10.5271/sjweh.3877.
59. Sheppard DM, Newnam S, Louis RM, Perrett MS. Factors contributing to work-related violence: A systematic review and systems perspective. *Saf Sci.* 2022;154:105859. doi:10.1016/j.ssci.2022.105859.
60. Anderson CA, Suzuki K, Swing EL, Groves CL, Gentile DA, Prot S. et al. Media violence and other aggression risk factors in seven nations. *Pers Soc Psychol Bull.* 2017;43(7):986-98. doi:10.1177/0146167217703064.
61. Chadee D, Surette R, Chadee M, Brewster D. Copycat crime dynamics: the interplay of empathy, narrative persuasion and risk with likelihood to commit future criminality. *Psychol Pop Media Cult.* 2017;6(2):142-58. doi:10.1037/ppm0000088.
62. Duwe G. Patterns and prevalence of lethal mass violence. *Criminol Public Policy.* 2020;19(1):17-35. doi:10.1111/1745-9133.12478.
63. Carter N, Bryant-Lukosius D, DiCenso A, Blythe J, Neville AJ. The use of triangulation in qualitative research. *Oncol Nurs Forum.* 2014;41(5):545-7. doi:10.1188/14.ONF.545-547.
64. Bans-Akutey A, Tiimub BM. Triangulation in research. *Academia Letters.* 2021;2:1-6. doi:10.20935/AL3392.
65. Heale R, Twycross A. What is a case study? *Evid Based Nurs.* 2018;21(1):7-8. doi:10.1136/eb-2017-102845.

บทความปริทัศน์

ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบ และแนวทางดูแลการใช้สื่อผ่านจอในเด็กปฐมวัย

วันรับ : 23 พฤษภาคม 2567

วันแก้ไข : 11 กันยายน 2567

วันตอบรับ : 25 พฤศจิกายน 2567

พนิดา ศิริอำพันธ์กุล, ประ.ด.¹, ฤดีศ รักษัตระกุล, วท.ม.¹, วิลาสินี เสถียร, พย.บ.²,

ศลิษา ถาวรชน, พย.บ.³, เสาวลักษณ์ สามิลา, พย.บ.⁴, อรทัย หวังพงษ์, พย.บ.⁵,

อารีรัตน์ สุขเกษม, พย.บ.⁶

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์¹, สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต²,

โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว³, โรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด⁴,

ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ กรุงเทพมหานคร⁵,

ศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์-สุตสาร ดุจจินดา กรุงเทพมหานคร⁶

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทบทวนสถานการณ์ระบาดวิทยา ปัจจัยที่มีอิทธิพล และผลกระทบของการใช้สื่อผ่านจอในเด็กปฐมวัย และเสนอแนวทางการดูแลการใช้สื่อผ่านจอในเด็กปฐมวัย

วิธีการ : การทบทวนวรรณกรรมที่ไม่เป็นระบบ คัดเลือกบทความวิจัย บทความวิชาการ รายงานการศึกษา และข้อเท็จจริงทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง สืบค้นจากฐานข้อมูล Thai citation index (TCI), ResearchGate และ Scopus

ผล : เด็กปฐมวัยไทยกว่าร้อยละ 80 มีการใช้สื่อผ่านจอ ขณะที่พ่อแม่/ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีการรับรู้และการควบคุมการใช้เวลาหน้าจอของเด็กอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้สื่อผ่านจอในเด็กปฐมวัย ด้านตัวเด็ก ได้แก่ สรีระวิทยา พันธุกรรม พัฒนาการ และพื้นอารมณ์ ด้านพ่อแม่/ผู้ปกครอง ได้แก่ ความรู้ ทักษะคติ ความเครียด พฤติกรรมการใช้สื่อ และการอบรมเลี้ยงดู การใช้สื่อผ่านจอที่มีระยะเวลาและ/หรือเนื้อหาไม่เหมาะสมส่งผลต่อเด็กปฐมวัยทั้งด้านร่างกาย พฤติกรรมทางสังคม จิตใจ อารมณ์ การเรียนรู้ และสติปัญญา แนวทางการดูแลเด็กปฐมวัยเกี่ยวกับการใช้สื่อผ่านจอ ประกอบด้วย การเฝ้าระวังความเสี่ยง และผลกระทบการใช้สื่อผ่านจอ การกำหนดระยะเวลาและเนื้อหาสื่อผ่านจอที่เหมาะสมกับวัย การส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว การสร้างวินัยในการใช้สื่อผ่านจอ และการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

สรุป : เด็กปฐมวัยในปัจจุบันมีการใช้สื่อผ่านจอมากขึ้น การใช้สื่อผ่านจออย่างไม่เหมาะสมทำให้เด็กขาดโอกาสในการเรียนรู้จากสิ่งรอบตัวรวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ซึ่งส่งผลต่อพัฒนาการและระดับสติปัญญาของเด็กในอนาคต

คำสำคัญ : การเลี้ยงดู, เด็กปฐมวัย, พัฒนาการ, สื่อผ่านจอ

ติดต่อผู้พิมพ์ : พนิดา ศิริอำพันธ์กุล; e-mail: panida@nurse.tu.ac.th

Review article

Risk factors, impacts, and parenting guidelines for screen media use in preschool children

Received : 23 May 2024

Revised : 11 September 2024

Accepted : 25 November 2024

Panida Siriumpunkul, Ph.D.¹, Phudis Raktrakul, M.Sc.¹, Wilasinee Sathien, B.N.S.²,
Salisa Tawongchon, B.N.S.³, Sawwaluk Samila, B.N.S.⁴, Orathai Wangpong, B.N.S.⁵,
Arreerat Sukkasem, B.N.S.⁶

Faculty of Nursing, Thammasat University¹, Rajanukul Institute, Department of Mental Health²,
Khok Sung Hospital, Sa Kaeo Province³, Nonghi Hospital, Roi Et Province⁴,
Public Health Center 3 Bangsue, Bangkok Metropolitan Administration⁵,
Public Health Center 37 Prasong-Sudsakorn Twochinda, Bangkok Metropolitan Administration⁶

Abstract

Objective: To review epidemiology, influencing factors, and impacts of screen media use in preschool children, and to propose parenting recommendations for managing screen media use in this age group.

Methods: This is non-systematic literature review on related articles, academic articles, study reports and medical facts, published in the Thai Citation Index (TCI), ResearchGate and Scopus databases.

Results: Over 80% of Thai preschool children used screen media, while most parents/caregivers had a moderate level of awareness and control over the children's screen time. Factors influencing screen media use in preschool children included the child's physiology, genetics, development, and temperament. For parents/caregivers, factors included knowledge, attitudes, stress, media use behaviors, and parenting styles. Inappropriate duration and/or content of screen media can affect preschool children on their physical health, social behaviors, mental and emotional well-being, learning, and cognitive development. Key parenting recommendations included monitoring the risks and impacts of screen media use, setting age-appropriate screen time and content, promoting interaction between parents/caregivers and children, establishing discipline for screen media use, and promoting child development.

Conclusion: The use of screen media among preschool children is increasing. Excessive and inappropriate screen media use can limit children's opportunities to learn from their environment and interact with others, affecting their development in various areas. These effects may have long-term consequences on their learning and cognitive development.

Keywords: development, parenting, preschool children, screen media

Corresponding author: Panida Siriumpunkul; e-mail: panida@nurse.tu.ac.th

ความรู้เดิม : ปฐมวัยเป็นช่วงเวลาสำคัญแห่งการเรียนรู้และพัฒนาการ เด็กปฐมวัยไทยมีพัฒนาการสมวัยลดลงและต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยหลายด้านรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของสังคมในยุคดิจิทัล

ความรู้ใหม่ : เด็กปฐมวัยไทยมีการใช้สื่อผ่านจอมากขึ้นพบได้กว่าร้อยละ 80 ขณะที่พ่อแม่/ผู้ปกครองส่วนใหญ่มังการรับรู้และการควบคุมการใช้สื่อผ่านจอของเด็กไม่เพียงพอ ปัจจัยทั้งด้านตัวเด็กและพ่อแม่/ผู้ปกครองมีอิทธิพลต่อการใช้สื่อผ่านจอในเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะทัศนคติ การเลี้ยงดู และพฤติกรรมการใช้สื่อของพ่อแม่/ผู้ปกครอง การใช้สื่อผ่านจอที่ไม่เหมาะสมส่งผลต่อเด็กปฐมวัยในหลากหลายด้าน โดยเฉพาะการเรียนรู้และสติปัญญา พ่อแม่/ผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญในการป้องกันปัญหาดังกล่าว โดยการเป็นแบบอย่างที่ดีสร้างวินัย และมีสัมพันธภาพที่ดีกับเด็ก

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : แนวทางแก่บุคลากรทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องในการแนะนำพ่อแม่/ผู้ปกครองในการดูแลเด็กปฐมวัยเพื่อป้องกันปัญหาและผลกระทบการใช้สื่อผ่านจอ

บทนำ

ปฐมวัย หมายถึง ช่วงอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 ปี ซึ่งเป็นช่วงก่อนเข้าเรียนระดับประถมศึกษา ถือเป็นช่วงเวลาสำคัญแห่งการเรียนรู้ เนื่องจากสมองมีการพัฒนาสูงสุดซึ่งส่งผลต่อสติปัญญา บุคลิกภาพ และความฉลาดทางอารมณ์¹⁻³ พัฒนาการของเด็กในช่วงปฐมวัยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและก้าวกระโดด ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาทักษะความสามารถในระดับที่สูงขึ้น การส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยนี้จึงมีความสำคัญมาก อย่างไรก็ตาม การสำรวจโดยกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 พบว่า เด็กปฐมวัยไทยร้อยละ 67.5 มีพัฒนาการสมวัยทุกด้าน ซึ่งมีแนวโน้มลดลงจากเดิมและมีอัตราต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลกที่พบร้อยละ 80 - 85⁴ นอกจากนี้ปัจจัยจากตัวเด็กเองแล้ว พัฒนาการของเด็กปฐมวัยยังเป็นผลจากการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวและการเปลี่ยนแปลงของสังคม

เด็กปฐมวัยในปัจจุบันเกิดในสังคมที่ก้าวสู่ยุคดิจิทัลซึ่งได้รับอิทธิพลจากสภาวะสังคมที่มีจำนวนประชากรลดลง

มีการสื่อสารด้วยคำพูดน้อยลง สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่รวดเร็ว และสื่ออิเล็กทรอนิกส์เข้ามามีบทบาทอย่างมากในการดำเนินชีวิต เด็กปฐมวัยมีแนวโน้มการใช้สื่อผ่านจอ (screen media) เช่น โทรศัพท์ สมาร์ทโฟน และแท็บเล็ตเพิ่มมากขึ้น โดยพบได้ในเด็กตั้งแต่อายุ 6 - 7 เดือน⁵ การสำรวจในเด็กอายุ 2 - 5 ปีพบว่า ส่วนใหญ่ใช้สื่อผ่านจอมากกว่า 2 ชั่วโมง/วัน ทั้งวันปกติและวันหยุด คิดเป็นร้อยละ 60.5 และ 71.4 ตามลำดับ⁶ ขณะที่องค์การอนามัยโลกแนะนำว่าไม่ควรให้เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีใช้เวลาอยู่กับหน้าจอเลย ส่วนเด็กอายุ 2 - 4 ปีไม่ควรใช้เวลาเกิน 1 ชั่วโมง/วัน⁷ การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์มีผลต่อพัฒนาการด้านสติปัญญา ภาษา การเคลื่อนไหว และการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก (fine motor)^{8-11,16} และการรับชมโทรทัศน์ส่งผลเสียต่อพัฒนาการเด็กมากกว่าผลดีต่อเด็กทารก¹²⁻¹⁴ นอกจากนี้การใช้สื่อผ่านจอที่มากเกินไปยังส่งผลให้เด็กมีปัญหาการควบคุมตนเอง มีปัญหาทางอารมณ์ และขาดทักษะทางสังคม^{15,16}

ด้วยสถานการณ์ปัจจุบันการใช้สื่อผ่านจอมีบทบาทอย่างมากและไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย บุคลากรทางการแพทย์จึงมีบทบาทสำคัญเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันผลกระทบจากการใช้สื่อผ่านจอในเด็กปฐมวัย การศึกษานี้จึงทบทวนสถานการณ์ ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบของการใช้สื่อผ่านจอในเด็กปฐมวัย และเสนอแนวทางการแนะนำพ่อแม่/ผู้ปกครองเพื่อป้องกันผลกระทบดังกล่าว

วิธีการ

การทบทวนวรรณกรรมที่ไม่เป็นระบบ (non-systematic literature review) สืบค้นและคัดเลือกบทความวิจัย บทความวิชาการ รายงานการศึกษา และข้อเท็จจริงทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับความหมายของสื่อผ่านจอ ความชุก ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อเด็ก ผลจากการใช้สื่อผ่านจอในเด็กปฐมวัย และแนวทางการดูแล จากวารสารที่อยู่ในฐาน Thai citation index (TCI), ResearchGate และ Scopus

ผล

1. ลักษณะสื่อผ่านจอ

สื่อผ่านจอ หมายถึง สื่อที่บันทึกสารสนเทศหรือข่าวสารข้อมูลต่าง ๆ ที่ปรากฏด้วยอักษร ภาพ หรือเสียงจัดทำในรูปแบบของวีดิทัศน์ เกม การแสดงโฆษณา ผ่านหน้าจอ

ต่าง ๆ เช่น โทรศัพท์ คอมพิวเตอร์ สมาร์ทโฟน และแท็บเล็ต^{5,17} หมายรวมถึงสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผ่านจอที่ไม่ได้ผลิตขึ้นสำหรับเด็กปฐมวัยและที่จัดทำขึ้นสำหรับเด็กเพื่อความบันเทิงหรือสนับสนุนการจัดการศึกษา¹⁸

ลักษณะสื่อที่ใช้กับเด็กปฐมวัยแบ่งได้เป็น 1) สื่อจัดทำขึ้นสำหรับเด็ก (foreground media) ทั้งที่มีการสื่อสาร 2 ทาง และสื่อสารทางเดียว เช่น โปรแกรมที่สร้างเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และ 2) สื่อที่เปิดทิ้งไว้โดยไม่มีคนดู (background media) ส่วนใหญ่ผลิตขึ้นสำหรับผู้ใหญ่ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสมาธิ การเล่น และจินตนาการของเด็ก โดยเฉพาะในเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี ซึ่งยังไม่สามารถแยกภาพหรือเหตุการณ์ในสื่อได้ว่าเป็นสถานการณ์จริงหรือไม่¹⁷

2. ความชุกการใช้สื่อผ่านจอในเด็กปฐมวัย

การสำรวจในสหรัฐอเมริกาพบว่า ครอบครัวที่มีเด็กอายุ 0 - 3 ปีให้เด็กใช้สื่อผ่านจอมากขึ้น¹⁹ ร้อยละ 75 - 96 ของเด็กทารกได้รับสื่อผ่านจอทุกวัน^{19,20} ครอบครัวที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 8 ปีมีสมาร์โฟนร้อยละ 95 และมีแท็บเล็ตเป็นของตัวเองร้อยละ 42 โดยใช้เวลาหน้าจอ 48 นาทีต่อวัน¹⁹ การศึกษาในประเทศไทยพบเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปีใช้สื่อผ่านจอถึงร้อยละ 82.9 โดยใช้ทุกวันร้อยละ 63.5²¹ การศึกษาในเขตสุขภาพที่ 2 พบพ่อแม่/ผู้ปกครองให้เด็กใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์มากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ร้อยละ 76.8 ใช้เวลามากกว่า 10 นาทีต่อครั้งร้อยละ 88 โดยเด็กปฐมวัยดูโทรทัศน์ร้อยละ 83.7 ส่วนใหญ่ดูวันเว้นวัน รวมเวลามากกว่า 1 ชั่วโมงร้อยละ 86.5 สัปดาห์ละ 2 - 3 ชั่วโมงร้อยละ 69.6²² การสำรวจในกรุงเทพมหานครพบว่า เด็กอายุ 0 - 3 ปีมีค่าเฉลี่ยการดูโทรทัศน์ครั้งละ 36.84 นาที 78.89 นาทีต่อวัน เด็กร้อยละ 63.4 เคยใช้สมาร์โฟนหรือแท็บเล็ต โดยมีค่าเฉลี่ยการใช้หน้าจอแท็บเล็ตครั้งละ 29.53 นาที 49.23 นาทีต่อวัน²³ การสำรวจในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดสงขลาพบว่า เด็กอายุ 2 - 5 ปีใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ 2 ประเภทขึ้นไปร้อยละ 81.4 ไม่มีพ่อแม่/ผู้ปกครองอยู่ร่วม พูดคุย หรือแนะนำขณะใช้สื่อร้อยละ 49.5⁶ การศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนเขตเทศบาลนครขอนแก่น พบว่า เด็กร้อยละ 85.7 และพ่อแม่/ผู้ปกครองร้อยละ 83.3 ใช้เวลาหน้าจอมากกว่า 1 ชั่วโมง/วัน การรับรู้ของพ่อแม่/ผู้ปกครองเกี่ยวกับการใช้เวลาหน้าจอของเด็กอยู่ในระดับสูงและปานกลางร้อยละ 58.7

และ 40.6 ตามลำดับ พฤติกรรมของพ่อแม่/ผู้ปกครองเกี่ยวกับการควบคุมการใช้เวลาหน้าจอของเด็กอยู่ในระดับปานกลางและสูงร้อยละ 58.0 และ 39.3 ตามลำดับ²⁴ เห็นได้ว่าเด็กที่อายุน้อยกว่า 5 ปีใช้สื่อผ่านจอและใช้เวลามากกว่า 1 ชั่วโมง/วันจำนวนมาก โดยเฉพาะเด็กมีอายุน้อยกว่า 2 ปี ซึ่งไม่ควรให้ใช้สื่อผ่านจอเลย แต่ปรากฏว่ามีจำนวนเด็กใช้สื่อมากขึ้น

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้สื่อผ่านจอในเด็กปฐมวัย

3.1 ปัจจัยด้านตัวเด็ก

3.1.1 สรีระวิทยาและพันธุกรรม

มีการศึกษามากขึ้นที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อผ่านจอจนกระทั่งมีการติดกับการเปลี่ยนแปลงในสมองและการหลั่งสารสื่อประสาทซึ่งอาจเกิดได้ในระยะยาว พบบทบาทของความหลากหลายทางพันธุกรรมในการติดวิดีโอเกมหรือเกมคอมพิวเตอร์ ในผู้ที่มีอัลลีลของตัวรับโดปามีน (dopamine receptor D2 TaqA1) และเอนไซม์ catechol-O-methyltransferase (COMT) ผิดปกติมีตัวรับโดปามีนในสมองลดลงและมีการหลั่งสารสื่อประสาทโดปามีนเพิ่มขึ้นระหว่างการเล่นวิดีโอเกม ส่งผลต่อการตอบสนองต่อโดปามีนและการตอบสนองต่อรางวัลโดยปกติที่ลดลง ทำให้มีแนวโน้มใช้สื่อต่าง ๆ มากขึ้น และในผู้ที่มีอัลลีลแขนยาวของยีนที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทเซโรโทนินมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและบุคลิกภาพที่จำเพาะในการติดอินเทอร์เน็ตหรือสื่อต่าง ๆ^{25,26}

3.1.2 พัฒนาการและพันธุกรรม

เด็กอายุน้อยกว่า 2 ปีที่พ่อแม่/ผู้ปกครองให้รับข้อมูลหรือสิ่งที่นำเสนอผ่านจอมีพัฒนาการตามช่วงวัยและการเรียนรู้ได้ไม่ดีเมื่อเทียบกับการเรียนรู้ที่มีการสาธิตผ่านของจริง (live demonstration) เนื่องจากเด็กเล็กไม่สามารถแยกแยะเหตุการณ์ที่ดูผ่านจอต่าง ๆ ออกจากเหตุการณ์เดียวกันที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวันและยังไม่สามารถติดตามภาพที่มีการนำเสนออย่างเป็นลำดับขั้นตอน อีกทั้งสื่อที่เด็กได้รับส่วนใหญ่มักเป็นสื่อที่ผลิตขึ้นสำหรับผู้ใหญ่ซึ่งมีเนื้อหาซับซ้อน ทำให้เด็กเล็กซึ่งเป็นวัยที่สมองมีความไวต่อประสบการณ์และปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ เพื่อสร้างไซแนปส์ที่จำเป็นต่อการเรียนรู้จากโอกาสในการพัฒนา¹⁷ นอกจากนี้พบว่าเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น (attention-deficit/hyperactivity disorder:

ADHD) และโรคออทิซึมมีแนวโน้มใช้สื่อผ่านจอมากกว่าเด็กปกติ²⁷

พื้นอารมณ์ (temperament) คือ ปฏิกริยาทางอารมณ์และแนวโน้มพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมซึ่งติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด²⁸ พบว่าในเด็กที่มีพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงยาก โดยเฉพาะที่มีปัญหาในการควบคุมตัวเอง การนอน การควบคุมอารมณ์ และสมาธิ พ่อแม่/ผู้ปกครองมักปล่อยให้ดูสื่อผ่านจอเมื่อหงุดหงิดเพื่อปลอบให้หยุดร้องไห้ แต่พบว่ายิ่งทำให้เด็กมีปฏิสัมพันธ์หรือโอกาสทำกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการตามวัยกับพ่อแม่/ผู้ปกครองลดลงและอาจทำให้เด็กมีปัญหาในการควบคุมอารมณ์ตัวเองมากขึ้น¹⁷ มีการศึกษาพบว่าเด็กดื้อและเด็กที่มีอารมณ์หุนหันพลันแล่น ซึ่งต้องการสิ่งเร้าที่มีความเข้มข้นสูงมีการใช้สื่อผ่านจอมากกว่าเด็กที่ไม่มีลักษณะดังกล่าว²⁹

3.2 ปัจจัยด้านพ่อแม่/ผู้ปกครอง

3.2.1 ความรู้ ทักษะ และความเครียด

พบว่าทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้สมาร์ทโฟนรูปแบบการเลี้ยงของผู้ปกครอง และการกำกับควบคุมการใช้สมาร์ทโฟนของพ่อแม่/ผู้ปกครองส่งผลต่อการใช้และชั่วโมงการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ผ่านจอของเด็ก³⁰ โดยพ่อแม่/ผู้ปกครองมีเหตุผลใช้สื่อเพื่อกำกับพฤติกรรมของเด็กเมื่ออยู่นายหรือมีปัญหาให้เด็กสงบและใช้กล่อมให้หลับเมื่ออยู่นอกบ้านหรือขณะทำงานบ้าน ส่วนใหญ่เห็นว่าเด็กได้รับประโยชน์จากสื่อ แต่เมื่อเด็กได้ใช้สื่อแล้วก็เป็นเรื่องยากที่จะควบคุมการใช้งาน^{21,31-33} นอกจากนี้ปฏิสัมพันธ์ของพ่อแม่/ผู้ปกครองกับเด็กก็มีผลต่อการให้ใช้สื่อผ่านจอ พบว่าปัญหาอารมณ์ของเด็กส่งผลต่อความเครียดของแม่ ทำให้แม่ให้เด็กใช้สมาร์ทโฟนมากขึ้น^{34,35}

3.2.2 พฤติกรรมการใช้สื่อ

พฤติกรรมการใช้สื่อของพ่อแม่/ผู้ปกครองก็มีผลต่อเด็ก พบว่าแม่ที่ดูโทรทัศน์มากมีแนวโน้มให้ลูกซึ่งอยู่ในปฐมวัยดูโทรทัศน์มากขึ้นเช่นเดียวกัน นอกจากนี้พ่อแม่/ผู้ปกครองที่ใช้สื่อผ่านจอมากยังเป็นแบบอย่างทำให้เด็กที่อยู่ในช่วงปฐมวัยจนถึงวัยเรียนใช้สื่อผ่านจอมากขึ้น³⁰ พ่อแม่/ผู้ปกครองที่ใช้สื่อผ่านจอเป็นประจำยังมีแนวโน้มใช้เวลากับเด็กในการอ่านหนังสือและเล่นนิทานลดลง³⁶

3.2.3 การอบรมเลี้ยงดู

ลักษณะการเลี้ยงดูของพ่อแม่/ผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่เด็กได้ใช้สื่อผ่านจอ²⁹ ส่วนใหญ่เกิดเนื่องจากพ่อแม่/ผู้ปกครองต้องไปทำงานนอกบ้านจึงปล่อยให้เด็กดูโทรทัศน์หรือใช้สื่อผ่านจอตามลำพัง ซึ่งเปรียบเสมือนการใช้สื่อเหล่านี้เป็นพี่เลี้ยงหรือผู้เลี้ยงดูเด็กแทนพ่อแม่/ผู้ปกครอง ทำให้เด็กขาดการดูแลเอาใจใส่และการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม²²

4. ผลกระทบจากการใช้สื่อผ่านจอในเด็กปฐมวัย

4.1 ด้านร่างกาย

การมองหน้าจอภาพเคลื่อนไหวตลอดเวลาทำให้มีการกระตุ้นให้สมองทำงานมากเกินไป ส่งผลให้การทำงานของระบบความคิดเด็กขาดความสมดุล⁸ และส่งผลกระทบต่อเนื้อเยื่อสมองเนื่องจากความถี่และกำลังส่ง โดยสมาร์โฟนที่มีความถี่ต่ำส่งผลกระทบต่อสมองส่วนกลางได้มากกว่าสมาร์โฟนที่มีความถี่สูง เนื่องจากคลื่นความถี่ต่ำสามารถทะลุเข้าไปในศีรษะได้ลึกกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กซึ่งมีขนาดศีรษะเล็กและกะโหลกศีรษะบาง³⁷ แสงสีฟ้าจากจอยังทำให้เกิดผลเสียกับดวงตา เกิดปัญหาทางสายตา เช่น สายตาไวต่อแสงหรือสายตาสั้น³⁷ การอยู่หน้าจอนานจะทำให้พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวลดลง ซึ่งอาจมีผลต่อกระดูกและกล้ามเนื้อ³⁸ รวมถึงปัญหาสุขภาพ เช่น น้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน^{39,40} เด็กที่ใช้สื่อนำจอมากใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก เช่น ใช้นิ้วมือมากเกินไป ทำให้ขาดการกระตุ้นกล้ามเนื้อมัดใหญ่ (gross motor)⁹ นอกจากนี้การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ก่อนนอนยังส่งผลต่อสุขภาพการนอนหลับ⁴¹ และแม้การใช้สื่อในเวลากลางวันแต่หากมากเกินไปก็ส่งผลให้เวลานอนหลับลดลงและการนอนหลับช้าลง⁴² ซึ่งมีผลระยะยาวต่อการเจริญเติบโตของร่างกายเด็ก

4.2 ด้านพฤติกรรมทางสังคม

มีการศึกษาพบว่าการใช้สื่อผ่านจอในปริมาณมากมีผลทำให้เด็กส่วนใหญ่ไม่สนใจกิจกรรมเกี่ยวข้องกับการเข้าสังคมหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมเชิงซ้ำ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว ขาดความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ถอยห่างหรือแยกตัวจากสังคม ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองหรือแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง^{6,35,44,45} หรืออาจมีพฤติกรรมดื้อ เกเร เนื่องจากทักษะรู้คิดเชิงบริหาร

(executive function: EF) ที่ใช้จัดการและกำกับควบคุมความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองลดลง^{5,46} การใช้สมาร์ตโฟนที่สามารถตอบสนองความต้องการและสร้างความชื่นชอบให้กับเด็กยังทำให้เด็กไม่พยายามปรับตัวเข้ากับคนอื่น ส่งผลเสียต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวและเกิดความขัดแย้งกับผู้อื่นเพิ่มมากขึ้น¹⁵ และพบแนวโน้มการเกิดอาการของโรคสมาธิสั้นเทียม (pseudo-ADHD) เนื่องจากสมองถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าอย่างต่อเนื่องจนขาดสมาธิในการทำกิจกรรมที่ต้องการความสงบหรือการรอคอย⁷

4.3 ด้านจิตใจและอารมณ์

การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์มากเกินไปส่งผลเสียต่อการพัฒนาทางอารมณ์ การคุ้นเคยกับสมาร์ตโฟนที่มีเทคโนโลยีที่เน้นความรวดเร็วอาจทำให้เด็กคาดหวังให้คนรอบตัวตอบสนองความต้องการของตนอย่างรวดเร็วเช่นเดียวกัน เด็กที่ติดสมาร์ตโฟนจึงมักมีปัญหาทางอารมณ์ เช่น หุนหันพลันแล่น โมโหง่าย โกรธง่าย เอาแต่ใจตัวเอง และขาดความอดทน⁵ มีการศึกษาพบว่าการใช้สื่อผ่านจอเป็นเครื่องมือในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมในเด็กเล็กที่มีพื้นอารมณ์เลี้ยงยากของผู้ปกครองยิ่งทำให้เด็กมีปัญหาพื้นอารมณ์มากขึ้น³¹ ระยะเวลาการใช้สื่อผ่านจอของเด็กปฐมวัยยังมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกของอารมณ์ด้านลบโดยไม่ขึ้นกับทักษะการควบคุมตนเองของเด็ก⁴⁶

4.4 ด้านการเรียนรู้และสติปัญญา

ปัจจุบันโปรแกรมสื่อการสอนสำหรับเด็กเล็กวัยแรกเกิดถึง 3 ปีผ่านคอมพิวเตอร์หรือแท็บเล็ตเป็นที่นิยมเนื่องจากพ่อแม่/ผู้ปกครองเชื่อว่าสามารถกระตุ้นการเรียนรู้และสร้างเด็กอัจฉริยะได้ โดยเฉพาะในกลุ่มพ่อแม่/ผู้ปกครองที่มีกำลังซื้อสูง อย่างไรก็ตาม การใช้สื่อปริมาณมากและอย่างต่อเนื่อง การใช้สื่อตามลำพัง และการได้รับเนื้อหาที่ไม่เหมาะสมกับอายุและระดับความสามารถในการเข้าใจ ทำให้เด็กขาดการปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ขาดการกระตุ้นทางการพูดหรือการถ่ายทอดความรู้สึกกับผู้อื่น รวมถึงขาดการเล่นกับพ่อแม่หรือผู้ปกครอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาการเข้าใจและการใช้ภาษา ส่งผลให้พัฒนาการสติปัญญาล่าช้า เสี่ยงต่อการเกิดภาวะออทิซึม และส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา⁵ การติดเกมคอมพิวเตอร์ยังมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทและ

โรคสมาธิสั้น²⁶ การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาถึงประสิทธิภาพของสื่อการเรียนการสอนทางโทรทัศน์ต่อการเรียนรู้ของเด็กอายุ 2 - 3 ปี โดยวัดจากจำนวนคำศัพท์ที่เด็กได้เรียนผ่านรายการในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งที่เป็นรายการที่ผลิตมาเพื่อการศึกษาสำหรับเด็กเล็กและรายการที่ไม่ได้ผลิตมาเพื่อเด็กเล็ก พบว่าการดูรายการโทรทัศน์นั้นไม่ได้ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการด้านภาษาและความคิดโดดเด่นหรือแตกต่างจากเด็กที่ไม่ได้เรียนรู้ผ่านสื่อเหล่านั้น⁴³ เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น ๆ ที่สนับสนุนว่าโทรทัศน์ไม่มีผลดีต่อพัฒนาการของเด็กเล็ก¹²⁻¹⁴ นอกจากนี้ผลของการใช้สมาร์ตโฟนต่อปัญหาการนอนหลับ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล ยังอาจส่งผลเสียต่อการเรียนรู้และพัฒนาการของเด็กในระยะยาว²²

5. แนวทางการดูแลการใช้สื่อผ่านจอในเด็กปฐมวัย

5.1 การเฝ้าระวังความเสี่ยงและผลกระทบ

เด็กปฐมวัยควรได้รับการส่งเสริมการใช้สื่อผ่านจอที่เหมาะสมกับช่วงวัย เพื่อป้องกันผลกระทบจากการใช้สื่อที่ไม่เหมาะสม ครอบครัวตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์ และหลังคลอด เช่น ทุกครั้งที่เด็กมารับวัคซีนหรือรับบริการตรวจคัดกรองพัฒนาการ ควรมีการประเมินทัศนคติในการใช้สื่อผ่านจอของพ่อแม่/ผู้ปกครอง รวมทั้งการติดตามพฤติกรรมการใช้สื่อผ่านจอของเด็กและพ่อแม่/ผู้ปกครอง เช่น จำนวนชั่วโมงที่เด็กและพ่อแม่/ผู้ปกครองใช้สื่อผ่านจอในแต่ละวัน ทั้งวันธรรมดาและวันหยุด และการติดตามแนวโน้มการเกิดปัญหาพฤติกรรมและพัฒนาการ^{29,47}

5.2 การกำหนดระยะเวลาและเนื้อหาที่เหมาะสมกับวัย

เด็กปฐมวัยควรใช้สื่อผ่านจอที่มีเนื้อหาเหมาะสมกับวัย โดยเฉพาะรายการที่มีคุณภาพเพื่อประโยชน์ทางการศึกษา และควรมีการกำหนดระยะเวลาในการใช้สื่อผ่านจอเนื่องจากมีผลต่อสายตาเด็ก เนื้อหาบางส่วนอาจมีความสลับซับซ้อนไม่เหมาะสมกับเด็กเล็ก อีกทั้งการที่เด็กใช้สื่อผ่านจอเป็นการสื่อสารทางเดียว จึงส่งผลต่อพัฒนาการด้านภาษาของเด็ก องค์การอนามัยโลกให้ข้อเสนอแนะโดยการกำหนดเวลาให้เด็กอยู่กับอิเล็กทรอนิกส์ผ่านจอ ดังนี้ เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ไม่แนะนำให้มีเวลาอยู่กับหน้าจอ (เช่น ดูโทรทัศน์หรือวิดีโอ เล่นเกมคอมพิวเตอร์) สำหรับเด็กอายุ 2 - 4 ปี ไม่เกิน 1 ชั่วโมง/วัน⁷ ส่วนสมาคมกุมารแพทย์แห่งอเมริกา (American academy of pediatrics: AAP) เสนอว่าควรหลีกเลี่ยงไม่ให้

เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีใช้สื่อดิจิทัลรวมถึงวิดีโอแชท (video chat) เด็กอายุ 1½ - 2 ปี ควรให้ดูสื่อที่ผลิตสำหรับเด็ก ไม่ควรปล่อยให้ดูเพียงลำพัง และไม่ควรใช้สื่อเพื่อทำให้เด็กสงบ เด็กอายุ 2 - 5 ปี ควรให้ใช้เวลาอยู่หน้าจอสำหรับรายการมีคุณภาพ ไม่เกิน 1 ชั่วโมง/วัน และพ่อแม่/ผู้ปกครองควรดูร่วมกับเด็ก ส่วนเด็กอายุ 6 ปีขึ้นไป ควรมีกฎเรื่องเวลาอยู่หน้าจอ โดยควรอยู่ในระดับที่ไม่กระทบต่อการพักผ่อน การออกกำลังกาย และพฤติกรรมด้านสุขภาพ^{17,48}

5.3 การส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว

พ่อแม่/ผู้ปกครองควรมีส่วนร่วมในการดูสื่อ与孩子 เพื่อช่วยให้เด็กได้เข้าใจสิ่งที่กำลังดูและสามารถพูดคุยหรือตอบคำถามเกี่ยวกับสิ่งที่ดูกับเด็กได้ เด็กที่มีความจำเป็นต้องใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ผ่านจอเพื่อการเรียนรู้ควรได้รับการส่งเสริมการใช้งานอย่างเหมาะสม โดยการเลือกเนื้อหาที่เหมาะสมกับช่วงวัยของเด็กและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่/ผู้ปกครองและเด็กขณะใช้สื่อ⁴⁸

5.4 การสร้างวินัยในการใช้สื่อผ่านจอ

พ่อแม่/ผู้ปกครองเป็นแบบอย่างที่ดีของเด็กและมีข้อตกลงร่วมกันในการใช้สื่อผ่านจอ เช่น การจำกัดระยะเวลาในการใช้งานในแต่ละวัน การกำหนดสถานที่และเวลาปลอดสื่อผ่านจอ โดยเฉพาะเวลารับประทานอาหารและ 1 ชั่วโมงก่อนเข้านอน โดยพ่อแม่/ผู้ปกครองควรให้เด็กปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด รวมถึงให้รางวัลหรือลงโทษอย่างเหมาะสมเพื่อเสริมสร้างระเบียบวินัยและการควบคุมตนเองของเด็ก และให้เด็กได้เรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและกติกาในการอยู่ร่วมกัน^{30,48}

5.5 การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

พ่อแม่/ผู้ปกครองควรได้รับความรู้และการฝึกทักษะเกี่ยวกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัยและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กผ่านการเรียนรู้และลงมือทำ โดยการกำหนดกิจกรรมอื่นทดแทนการใช้สื่อผ่านจอ เช่น การเลือกกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา การอ่านหนังสือร่วมกับเด็ก กิจกรรมทักษะทางสังคม กิจกรรมกลางแจ้ง และกิจกรรมเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีภายในครอบครัว⁴⁷

วิจารณ์

เด็กปฐมวัยยังไม่สามารถกำกับตนเองได้ดีพอและต้องมีการเรียนรู้ตามช่วงวัย การใช้เวลากับสื่ออิเล็กทรอนิกส์

ผ่านจอที่นานเกินไปทำให้เด็กไม่สามารถทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่ควรทำในชีวิตประจำวัน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและพัฒนาการด้านร่างกาย การเรียนรู้ สติปัญญา ภาษา พฤติกรรม จิตใจ และอารมณ์ของเด็ก ซึ่งปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลในการใช้สื่อผ่านจอของเด็กปฐมวัย คือ พ่อแม่/ผู้ปกครอง บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลเด็กที่มีความเสี่ยงหรือปัญหาจากการใช้สื่อผ่านจอควรเริ่มจากความเข้าใจเหตุผลและปัญหาของครอบครัว ซึ่งให้ครอบครัวได้วิเคราะห์ปัญหาผลกระทบที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและอนาคต และกระตุ้นให้ครอบครัวได้ออกแบบวางแผนการแก้ไขปัญหา เพื่อการจัดการปัญหาที่สอดคล้องกับความต้องการของครอบครัว

สรุป

การทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นผลกระทบของการใช้สื่อผ่านจอในเด็กปฐมวัยในหลายด้าน ทั้งพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม และสติปัญญาของเด็ก และแสดงให้เห็นความสำคัญของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบของการใช้สื่อผ่านจอในเด็กปฐมวัย เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานและแนะนำพ่อแม่/ผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยได้อย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชิตกมล สังข์ทอง และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุชนาถ บรรพมพพร ที่ให้ข้อเสนอแนะ

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

พนิดา ศิริอำพันธ์กุล : รวบรวมเนื้อหา เขียนบทความ ; ภูติส รักษตระกูล : ร่วมเขียนบทความ ; วิลาสินี เสถียร : ร่างบทความ ; ศลิษา ถาวรชน : ร่างบทความ ; เสาวลักษณ์ สามิลา : ร่างบทความ ; อรทัย หวังพงษ์ : ร่างบทความ ; อาริรัตน์ สุขเกษม : ร่างบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Education Thailand. Early childhood curriculum 2017, ministry of education Thailand. Bangkok: Ministry of Education Thailand; 2017. (in Thai)
2. UNICEF Thailand. Early childhood development [Internet]. Bangkok: UNICEF Thailand org.; 2021 [cited 2024 May 16] Available from: <https://www.unicef.org/thailand/what-we-do/early-childhood-development> (in Thai)

3. The United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization: UNESCO. Early childhood care and education: Why is early childhood care and education so important? [Internet]. Paris: UNESCO; 2022 [cited 2024 May 16] Available from: <https://www.unesco.org/en/early-childhood-education/need-know>
4. Patnaphongthorn C, KeawKengkan W. To study the 6th of factors effecting to child development in Thailand in 2017 [Internet]. Nonthaburi: Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Health; 2017 [cited 2024 May 16] Available from: <http://203.157.71.148/data/cluster/mom/download/KMDenver60.pdf> (in Thai)
5. Kaenkrai A, Ketkaew K. Nurse's roles on electronic screening media use in early childhood: recommendations on empirical evidences. Thai Journal of Health Education. 2021;44(1):39-48. (in Thai)
6. Chumprasert T, Wiroonpanich W, Wattanasit P. Relationships between the use of electronic media and the development of children aged 2-5 years in public child development centers in Songkhla province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2019;6(2):91-104. (in Thai)
7. World Health Organization. Guidelines on physical activity, sedentary behavior and sleep for children under 5 years of age [Internet]. Silhouette graphics; 2019 [cited 2023 March 24] Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311664>
8. Radesky J, Miller AL, Rosenblum KL, Appugliese D, Kaciroti N, Lumeng JC. Maternal mobile device use during a structured parent-child interaction task. Acad Pediatr. 2015;15(2):238-44. doi:10.1016/j.acap.2014.10.001.
9. Napton S. Using iPad to calm children may harm their development [Internet]. Telegraph.; 2015 [cited 2023 March 24] Available from: <https://www.telegraph.co.uk/news/science/science-news/11382711/Using-iPads-to-pacify-children-may-harm-their-development-say-scientists.html>
10. Lin LY, Cheng RJ, Chen YJ, Chen YJ, Yang HM. Effects of television exposure on developmental skills among young children. Infant Behav Dev. 2015;38:20-6. doi:10.1016/j.infbeh.2014.12.005.
11. Marzoli SB, Criscuoli A. Headaches attributed to visual disturbances. Neurol Sci. 2015;36(Suppl 1):85-8. doi:10.1007/s10072-015-2167-4.
12. Zimmerman FJ, Christakis DA, Meltzoff AN. Television and DVD/video viewing in children younger than 2 years. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007;161(5):473-9. doi:10.1001/archpedi.161.5.473.
13. Chonchaiya W, Pruksananonda C. Television viewing associates with delayed language development. Acta Paediatr. 2008;97(7):977-82. doi:10.1111/j.1651-2227.2008.00831.x.
14. Christakis DA, Gilkerson J, Richards JA, Zimmerman FJ, Garrison MM, Xu D, et al. Audible television and decreased adult words, infant vocalizations, and conversational turns: a population-based study. Arch Pediatr Adolesc Med. 2009;163(6):554-8. doi:10.1001/archpediatrics.2009.61.
15. Nunez-Smith M, Wolf E, Huang HM, Emanuel DJ, Gross CP. Media and child and adolescent health: a systematic re view. Washington, DC: Common Sense Media; 2008. [cited 2024 December 24] Available from: https://www.atlanticphilanthropies.org/wp-content/uploads/2015/09/CSM-Media_childrenmedia.pdf
16. Srichanchai J, Boranmoon J, Papakang S, Rainpis G. The effects of language development promotion programs on language development in early childhood. Mahasarakham Hospital Journal. 2023;20(3):207-19. (in Thai)
17. Chonchaiya W. Effects of electronic screen media on children and adolescents 4. Bangkok: P.A. LIVING CO., LTD.; 2018. (in Thai)
18. Chatayapha J. Technology and early childhood in the 21st century. Journal of Humanities and Social Sciences Valaya Alongkorn. 2016;6(2):151-62. (in Thai)
19. Rideout V. The common sense census: media use by kids age zero to eight [internet]. New York: common sense media inc.; 2017 [cited 2024 May 16]. Available from: <https://www.commonsensemedia.org/research/the-common-sense-census-media-use-by-kids-age-zero-to-eight-2017>
20. Tomopoulos S, Dreyer BP, Berkule S, Fierman AH, Brockmeyer C, Mendelsohn AL. Infant media exposure and toddler development. Arch Pediatr Adolesc Med. 2010;164(12):1105-11. doi:10.1001/archpediatrics.2010.235.
21. Sombatchaisak C. Media use in early childhood and parental attitudes. The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center. 2020;37(3):204-13. (in Thai)
22. Rittiron P, Janchua D, Yammen P, Insar N, Niamsawan A, Raso W, et al. Factors affecting the development of early childhood Thailand health region 2 Phitsanulok. Research and Development Health System Journal. 2021;14(3):42-56. (in Thai)
23. Tancharoenwong A, Pakdeeronachit S, Svetthitikun Y. Screen behaviour of Thai toddlers aged 0 - 3 years in Bangkok. The Journal of Social Communication Innovation. 2018;6(2):60-69. (in Thai)

24. Kongyoung A, Muktabhant B. Parental factors associated with children's screen time in child development center, Khon Kaen municipality. *Srinagarind Medical Journal*. 2020;35(6):737-45. (in Thai)
25. Weinstein AM. Computer and video game addiction- a comparison between game users and non-game users. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2010;36(5):268-76. doi:10.3109/00952990.2010.491879.
26. Weinstein A, Weizman A. Emerging association between addictive gaming and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14(5):590-7. doi:10.1007/s11920-012-0311-x.
27. Hill MM, Gangi DN, Miller M, Rofi SM, Ozonoff S. Screen time in 36-month-olds at increased likelihood for ASD and ADHD. *Infant Behav Dev*. 2020;61(5):101484. doi:10.1016/j.infbeh.2020.101484.
28. Eisenberg N, Spinrad TL, Eggum ND. Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010;6: 495-525. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131208.
29. Sari BA, Taner HA, Kaya ZT. Screen media exposure in pre-school children in Turkey: the relation with temperament and the role of parental attitudes. *Turk J Pediatr*. 2021;63(5):818-31. doi:10.24953/turkjpmed.2021.05.010.
30. Paudel S, Jancey J, Subedi N, Leavy J. Correlates of mobile screen media use among children aged 0-8: a systematic review. *BMJ Open*. 2017;7(10):e014585. doi:10.1136/bmjopen-2016-014585.
31. Coyne SM, Shawcroft J, Gale M, Gentile DA, Etherington JT, Holmgren H, et al. Tantrums, toddlers and technology: temperament, media emotion regulation, and problematic media use in early childhood. *Comput Human Behav*. 2021;120:106762. doi:10.1016/j.chb.2021.106762.
32. Geurts SM, Koning IM, Van den Eijnden RJM, Vossen HGM. Predicting adolescents' problematic social media use from profiles of internet-specific parenting practices and general parenting dimensions. *J Youth Adolesc*. 2023;52(9):1829-43. doi:10.1007/s10964-023-01816-4.
33. Gueron-Sela N, Gordon-Hacker A. Longitudinal links between media use and focused attention through toddlerhood: a cumulative risk approach. *Front Psychol*. 2020;11:569222. doi:10.3389/fpsyg.2020.569222.
34. Shin E, Choi K, Resor J, Smith CL. Why do parents use screen media with toddlers? The role of child temperament and parenting stress in early screen use. *Infant Behav Dev*. 2021;64:101595. doi:10.1016/j.infbeh.2021.101595.
35. Pempek T, McDaniel BT. Young Children's Tablet Use and Associations with Maternal Well-Being. *J Child Fam Stud*. 2016;25(8):2636. doi:10.1007/s10826-016-0413-x.
36. Council on Communications and Media; Brown A. Media use by children younger than 2 years. *Pediatrics*. 2011;128(5):1040-5. doi:10.1542/peds.2011-1753.
37. Jirawongnusone S, Chitmanasak N, Littisan S, Phooyadao P, Littisan S. A danger of mobile technology. *Research Journal Phranakhon Rajabhat : Science and Technology*. 2018;13(1):164-77. (in Thai)
38. Felix E, Silva V, Caetano M, Ribeiro MVV, Fidalgo TM, Rosa Neto F, et al. Excessive screen media use in preschoolers is associated with poor motor skills. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2020;23(6):418-25. doi:10.1089/cyber.2019.0238.
39. Robinson TN, Banda JA, Hale L, Lu AS, Fleming-Milici F, Calvert SL, et al. Screen media exposure and obesity in children and adolescents. *Pediatrics*. 2017;140(Suppl 2):S97-101. doi:10.1542/peds.2016-1758K.
40. Hoyos Cillero I, Jago R. Systematic review of correlates of screen-viewing among young children. *Prev Med*. 2010;51(1):3-10. doi:10.1016/j.ypmed.2010.04.012.
41. Rideout V. Learning at home: families' educational media use in America. the Joan Cooney center at sesame workshop [Internet]. New York: A.J. Bart & Sons; 2014 [cited 2024 May 16]. Available form: <https://joanganzcooneycenter.org/publication/learning-at-home/>.
42. Cheung CH, Bedford R, Saez De Urabain IR, Karmiloff-Smith A, Smith TJ. Daily touchscreen use in infants and toddlers is associated with reduced sleep and delayed sleep onset. *Sci Rep*. 2017;7:46104. doi:10.1038/srep46104.
43. Alloway TP, Williams S, Jones B, Cochrane F. Exploring the Impact of television watching on vocabulary skills in toddlers. *Early Child Educ J*. 2013;42(5):343-9. doi:10.1007/s10643-013-0618-1.
44. Jungpanich P, Ployluan W. The study of situation of early childhood development in Thailand 2021. *Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health*. 2023;46(1):41-53. (in Thai)
45. Mental Health and Planning Division, Department of Mental Health. Annual report 2014, Department of Mental Health [Internet]. Bangkok: Nganpim limited

- partnership; 2017 [cited 2024 May 17]. Available from: <https://www.dmh-elibrary.org/items/show/332> (in Thai)
46. Brauchli V, Edelsbrunner P, Paz R, Barr R, Wyl A, Lannen P, et al. Screen time vs. scream time: developmental interrelations between young children's screen time negative affect and effortful control. *Comput Human Behav.* 2024;154(6):108138. doi:10.1016/j.chb.2024.108138.
47. Sirithongthaworn S. The development of developmental surveillance and promotion manual; DSPM. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand.* 2018;63(1):3-12. (in Thai)
48. Stephanie P. What do we really know about kids and screens? American Psychological Association; 2022 Jun 30 [cited 2024 May 17]. Available from: <https://www.apa.org/monitor/2020/04/cover-kids-screens>

ดัชนีวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 - 4
ประจำปี 2567

(Index: Journal of Mental Health of Thailand 2024
Volume 32 Number 1 - 4)

- ดัชนีชื่อเรื่อง (Title Index)
- ดัชนีชื่อผู้พิมพ์ (Author Index)



<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/announcement/view/2217>



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ (Instruction to Authors)

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ โดยรับบทความเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ บทความที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ผู้นิพนธ์จะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์อย่างเคร่งครัด ผู้นิพนธ์ต้องแน่ใจว่าได้ตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้วไม่มีการลอกเลียนงานวิชาการ (plagiarism) โดยกำหนดความซ้ำของเนื้อหาด้วยโปรแกรม CopyCat เว็บไซต์ ThaiJO ในระดับไม่เกินร้อยละ 10 และมีการอ้างอิงตามแหล่งที่มาตามหลักการที่ถูกต้องครบถ้วน หากมีการนำระบบ AI (artificial intelligence) หรือระบบปัญญาประดิษฐ์มาใช้ประกอบการเขียนบทความ ต้องแจ้งรายละเอียดต่อกองบรรณาธิการ ทั้งนี้ บทความทุกประเภทที่ส่งมาให้พิจารณาตีพิมพ์จะได้รับการตรวจทานต้นฉบับจากคณะกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งจากภายในและภายนอกอย่างน้อย 2 ท่าน บทความที่ได้รับการตีพิมพ์แล้วจะเป็นลิขสิทธิ์ของกรมสุขภาพจิตและผู้นิพนธ์ อ่านรายละเอียดเพิ่มเติมทาง



<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/about/submissions>



วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 69 ฉบับที่ 4

ตุลาคม - ธันวาคม 2567

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

A

นิพนธ์ต้นฉบับ

- ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเด็กและวัยรุ่น
โรงพยาบาลสมุทรปราการ
กนกพร สาคร, ทศนีย์ สุริยะไชย 390
- อิทธิพลของการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา
ตอนต้น
อนุวัฒน์ สรวนรัมย์, ดร.ณิ รุจกรกานต์ 401
- ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น
อารดา ธรรมบัณฑิตสุข, ชาญวิทย์ พรนภดล, สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข 414
- ผลของการฝึกปฏิบัติวิชาจิตเวชศาสตร์ชั้นคลินิกต่อทัศนคติของนักศึกษาแพทย์เกี่ยวกับวิชาจิตเวชศาสตร์
และผู้ป่วยจิตเวช
กัณตพล ยอดมงคล, ติรยา เลิศหัตถศิลป์ 429
- ภาวะเครียดและซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุทัยธานี
ปัญญพัชร์ พรหมนุรักษ์ 440
- ผลของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในโรงพยาบาลพุทธโสธร
จังหวัดฉะเชิงเทรา
เจริญศักดิ์ อ่ำกลิ่น, เกษราภรณ์ เคนนูปผา 452
- การศึกษาแบบ retrospective cohort ของความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายโดยใช้
สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มารักษาที่โรงพยาบาลเชิงรายประชากรระหว่างปี พ.ศ. 2555 - 2564
วิมลรัตน์ ชัยปราการ, ดาราวรรณ วงศ์พรหมเมศรี, มาโนช หล่อตระกูล 465
- สารบัญวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 476

สำหรับผู้สนใจส่งบทความ
สามารถดูรายละเอียดได้ตามคิวอาร์โค้ด



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

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