



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสาร

สุขภาพจิต

แห่งประเทศไทย

ปีที่ 33 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2568
Volume 33 Number 3 July - September 2025
www.tci-thaijo.org/index.php/jmht

- สุขภาพจิตสาธารณะ : ประเด็นที่บุคลากรทางสุขภาพจิตควรรู้
- ความรู้สึสุขภาพจิต : สมรรถนะแห่งอนาคตสู่การมีสุขภาพจิตดียิ่งขึ้น
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในจังหวัดน่าน
- ผลของโปรแกรมการปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงใจทางโทรศัพท์ ต่อความยืดหยุ่นทางจิตใจในสมาชิกครอบครัวผู้ติดสุรา
- ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงในโรงพยาบาลลำพูน
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลเด็กออทิสติก
- ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว พฤติกรรมติดเกม และพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กและเยาวชน : การศึกษาช่วงสถานการณ์โควิด 19
- การวิจัยและพัฒนารูปแบบการดูแลแบบการจัดการรายกรณี (พระศรีฯ ระบียงบุญ) เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อน
- Characteristics of communities for supporting substance use prevention: a scoping review

Journal of
Mental Health of Thailand

ISSN 3057-1545 (Print)
ISSN 3057-1553 (Online)



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

คณะที่ปรึกษา

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

บรรณาธิการกิตติมศักดิ์

ศ.เกียรติคุณ นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์ รองประธานสมาคมโลกเพื่อการฟื้นฟู
ทางจิตสังคม
พญ.พันธุ์นา กิตติรัตนไพบูลย์ ข้าราชการบำนาญ
(นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ)

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 วิโรจนาภา โรงพยาบาลศรีธัญญา

กองบรรณาธิการ

ศ.พญ.ดร.สวาทิรี อัมมวงศ์กรชัย	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศ.พญ.ศิริจิต สุทธิจิตต์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.พญ.พรจิรา ปรีชากรกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.นพ.ดร.ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.ดร.ณัฐ ภูขาว	มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.หรรษา เศรษฐบุปผา	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พญ.คุณุณี จิงศิริกุลวิทย์	กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
พญ.เบญจพร ปัญญา	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)

นางสาวจันทรรัตน์ พงษ์พิยะ	ดร.วีร์ เมฆวิไลย
นางสาวพาสณา คุณาวิวัฒน์	นางสาวศรัณย์พิชญ์ อักษร
นางสาวณัฐสุดา จุลสินธารณ	นางฐิติญา จันทพรหม

ISSN 3057-1545 (Print)
ISSN 3057-1553 (Online)

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 3057-1545 (Print)
ISSN 3057-1553 (Online)

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 Suraaronsamrit, M.D.

Honorary Editor

Emeritus Prof.Pichet Udomratn, M.D.	Vice President of World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR)
Phunnapa Kittirattanapaiboon, M.D.	Retired government official (Medical Doctor, Advisory Level)

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	Dr.Week Mekwilai
Ms.Passana Gunadhidadhana	Ms.Sarunyapich Aksorn
Ms.Natsuda Julsintanaporn	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 33 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2568

สารบัญ	หน้า
บรรณาธิการแถลง	A
บทบรรณาธิการ	170
สุขภาพจิตสาธารณะ : ประเด็นที่บุคลากรทางสุขภาพจิตควรรู้ พิเชฐ อุดมรัตน์	170
นิพนธ์ต้นฉบับ	173
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ในจังหวัดน่าน วีระ เอกอนันต์กุล	173
ผลของโปรแกรมการปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจทางโทรศัพท์ ต่อความยืดหยุ่น ทางจิตใจในสมาชิกครอบครัวผู้ติดสุรา จินณา ลาวัณ, ผกาพรรณ นันทะเสน	184
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงในโรงพยาบาลลำพูน ชลทิชา เรืองวิริยะนันท์	196
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลเด็กออทิสติก ชินดนัย ไชยเสนา, ศรียาภรณ์ ตีรพัฒน์, ยวนุช สัตยสมบูรณ์	205
ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว พฤติกรรมติดเกม และพฤติกรรม ก้าวร้าวของเด็กและเยาวชน : การศึกษาช่วงสถานการณ์โควิด 19 โซธิดา ภาวสุทธิไพศิฐ, ภิญโญ อิศรพงศ์, อุบล วรรณกิจ, สิริจันทร์ เดชปัญญาวัฒน์, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล, พกตร์ชนก เทียนนิหาร	218
การวิจัยและพัฒนา รูปแบบการดูแลแบบการจัดการรายกรณี (พระศรีฯ ระบียงบุญ) เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อน อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, พิมพ์ชนก หาคำ, อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์, ปาลิดา พละศักดิ์, วิไลลักษณ์ เจริญชัยสงค์	230
บทความปริทัศน์	243
Characteristics of communities for supporting substance use prevention: a scoping review Jidapa Senwirat, Thanaphat Khamthum, Navinee Regnault	243
บทความพิเศษ	257
ความรู้สุขภาพจิต : สมรรถนะแห่งอนาคตสู่การมีสุขภาพจิตดีอย่างยั่งยืน วรตม์ โชติพิทยสุนนท์	257
คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์	I
สารบัญวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย	



Journal of Mental Health of Thailand

Volume 33 Number 3 July - September 2025

CONTENTS PREFACE		Page
EDITORIAL ORIGINAL		A
EDITORIAL ARTICLES	Public mental health: a topic which mental health personnel should know Pichet Udomratn	170
ORIGINAL ARTICLES	Factors related to completed suicide among individuals with suicidal behavior in Nan province, Thailand Weera Ek-anankul	173
	Effects of telephone motivational counseling program on resilience among family members of alcoholics Jinna Lawang, Pakawan Nantasen	184
	Risk factors for severe alcohol withdrawal syndrome in Lamphun hospital Chonthicha Rueangwiriyanan	196
	Factors associated with the quality of life among caregivers of children with autism spectrum disorder Chindanai Chaisena, Sariyamon Tiraphat, Youwanuch Sattayasomboon	205
	The relationships among family functioning, gaming addiction, and violent behavior in children and adolescents: study during the COVID-19 pandemic Chosita Pavasuthipaisit, Pinyo Itsarapong, Ubon Wannakit, Sirichan Dechpanyawath, Rattanasak Santitadakul, Pakchanok Theinviharn	218
	Research and development of the P-PORCH case management model to improve medication adherence in patients with severe and persistent schizophrenia Akkaradech Klinpiboon, Pimchanok HaKham, Achariyaporn Supich, Palida Palasak, Vilailuk Charoenchaisong	230
REVIEW ARTICLE	Characteristics of communities for supporting substance use prevention: a scoping review Jidapa Senwirat, Thanaphat Khamthuam, Navinee Regnault	243
SPECIAL ARTICLE	Mental health literacy: a future competency towards sustainable mental health Varoth Chotpitayasunondh	257
INSTRUCTION TO AUTHORS		I
CONTENTS PREFACE IN JOURNAL OF THE PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF THAILAND		



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

บรรณาธิการแถลง

ด้วยการเปลี่ยนแปลงและวิกฤตการณ์ในสังคมที่ผ่านมา ปัญหาสุขภาพจิตในสังคมไทยจึงทวีความรุนแรงมากขึ้น และจำเป็นต้องได้รับการจัดการในเชิงระบบผ่านแนวทางสุขภาพจิตสาธารณะ (public mental health) ซึ่งมุ่งเน้นการป้องกัน ส่งเสริม และเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตอย่างทั่วถึงในประชากรทุกกลุ่ม นอกจากนี้ การยกระดับความรู้สุขภาพจิต (mental health literacy) ยังเป็นหนึ่งในกลยุทธ์สำคัญที่จะช่วยลดการตีตรา เพิ่มการรับรู้ และส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิต ทั้งในระดับบุคคลและสังคมโดยรวมอย่างยั่งยืน

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยฉบับนี้เป็นฉบับที่ 3 ปี พ.ศ. 2568 มีบทบรรณาธิการ 1 เรื่อง คือ สุขภาพจิตสาธารณะ : ประเด็นที่บุคลากรทางสุขภาพจิตควรรู้ บทความประเภทย่อยพิเศษ 1 เรื่อง คือ ความรอบรู้สุขภาพจิต : สมรรถนะแห่งอนาคตสู่การมีสุขภาพจิตดีอย่างยั่งยืน รวมทั้งนิพนธ์ต้นฉบับ 6 เรื่อง และบทความปริทัศน์ 1 เรื่อง ซึ่งครอบคลุมประเด็นสำคัญทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู

ผมและกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้สนับสนุนและผู้ทรงคุณวุฒิที่มีส่วนสำคัญในการเผยแพร่ผลงานวิชาการ ซึ่งช่วยพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง

อธิป ตันอารีย์

บรรณาธิการ

บทบรรณาธิการ

(Editorial article)

สุขภาพจิตสาธารณะ : ประเด็นที่บุคลากรทางสุขภาพจิตควรรู้

(Public mental health: a topic which mental health personnel should know)

พิเชฐ อุดมรัตน์, พ.บ.

บรรณาธิการกิตติมศักดิ์

Pichet Udomratn, M.D.

Honorary Editor

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประเด็นเรื่อง public mental health ได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้นจากบุคลากรทางสุขภาพจิตในประเทศแถบตะวันตก¹ อย่างไรก็ตาม ในบริบทของประเทศไทย คำว่า public mental health ยังไม่เป็นที่กล่าวถึงอย่างแพร่หลาย และยังไม่มีบัญญัติแปลคำภาษาไทยอย่างเป็นทางการ ผู้นิพนธ์จึงขอเสนอใช้คำว่า “สุขภาพจิตสาธารณะ” เป็นคำแปลของ public mental health ในที่นี้

สุขภาพจิตสาธารณะ เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ในการส่งเสริมสุขภาพทางจิต (mental wellness หรือ mental well-being) และป้องกันความเจ็บป่วยทางจิต ด้วยการเข้าถึงประชากรเป็นกลุ่ม (population-based approach) แทนที่จะมุ่งเน้นในระดับบุคคล อีกทั้งยังให้ความสำคัญกับความเท่าเทียมและเสมอภาคในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิต² แนวคิดเรื่องสุขภาพจิตสาธารณะสอดคล้องและได้รับการสนับสนุนจากเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ และแผนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตแบบครอบคลุม พ.ศ. 2556 - 2573 (Comprehensive Mental Health Action Plan 2013 - 2030) ขององค์การอนามัยโลก³

ในปี พ.ศ.2563 สมาคมจิตแพทย์โลก (World Psychiatric Association: WPA) ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของประเด็นสุขภาพจิตสาธารณะ จึงได้จัดตั้งคณะทำงาน (working group) ขึ้นเพื่อขับเคลื่อนประเด็นดังกล่าว ซึ่งต่อมามีคณะทำงานนี้ได้รับการยกระดับเป็นกลุ่มที่มี

ความสนใจเป็นพิเศษ (special interest group) ด้านสุขภาพจิตสาธารณะ โดยผู้เขียน ซึ่งเป็นจิตแพทย์ไทย ได้รับเชิญให้เข้าร่วมเป็นหนึ่งในสมาชิกของกลุ่มนี้ด้วย⁴

แนวคิดเกี่ยวกับของสุขภาพจิตสามารถแบ่งออกได้ อย่างน้อย 2 รูปแบบ แบบแรกเป็นการมองเรื่องสุขภาพทางจิตกับความเจ็บป่วยทางจิต (mental illness) ว่ามีความต่อเนื่องกัน (continuum) โดยปลายด้านหนึ่งคือสุขภาพทางจิตในระดับที่ดีที่สุด ส่วนปลายอีกด้านหนึ่งคือความเจ็บป่วยทางจิตในระดับที่รุนแรงที่สุด ส่วนอีกแนวคิดหนึ่งมองว่าความเจ็บป่วยทางจิตกับสุขภาพทางจิตไม่ได้มีความต่อเนื่องกัน (discontinuum) กล่าวคือ บุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตอาจยังคงมีสุขภาพทางจิตในระดับที่ดีได้ หากมีปัจจัยการป้องกัน (protective factors) และปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (social determinants of health) ได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของทั้งบุคคลและประชากรโดยรวม² ดังนั้น การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตสาธารณะ (public mental health interventions) ที่เหมาะสมต่อกลุ่มประชากรในทุกช่วงวัย จึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ประชากรมีสุขภาพทางจิตที่ดีขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 1

ทั้งนี้ ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมักมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพทางจิตต่ำ (poor mental well-being) การส่งเสริมสุขภาพทางจิตจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยสนับสนุนการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (recovery) แม้อาจยังมีความผิดปกติทางจิตหลงเหลืออยู่ในบางระดับ โดยอาศัยการบูรณาการ

ติดต่อผู้นิพนธ์ : พิชญ์ อุดมรัตน์; e-mail: pudomratn74@gmail.com

ตารางที่ 1 เป้าหมายและการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาวะทางจิต (mental well-being promotion interventions) ในทุกช่วงวัยของชีวิต (ดัดแปลงจากตารางที่ 4 ของเอกสารอ้างอิงหมายเลข 2)

ช่วงวัย	เป้าหมาย	การดำเนินงาน
ทารกในครรภ์ - เด็กเล็ก	ตั้งต้นดีมีสุข (starting well)	- จัดโปรแกรมให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่บิดามารดา - ส่งเสริมความผูกพันระหว่างทารกกับมารดา (infant attachment) - สนับสนุนให้บิดามารดาหลีกเลี่ยงการใช้สุรา บุหรี่ และสารเสพติดอื่น ๆ
เด็กก่อนวัยเรียน	พัฒนาการดีมีสุข (developing well)	- จัดโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กแก่บิดามารดาในประเด็นพัฒนาการทางอารมณ์และสังคม รวมทั้งสนับสนุนการอ่านหนังสือให้เด็กฟัง - ดำเนินงานในโรงเรียน (school-based interventions) เช่น การส่งเสริมให้เด็กรู้จักควบคุมอารมณ์ของตนเอง การออกกำลังกาย และการเจริญสติ (mindfulness) - ส่งเสริมทักษะด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal skills) และการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของสุราและสารเสพติด
วัยเรียน - วัยรุ่น	อยู่ดีมีสุข (living well)	- สนับสนุนการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของเด็ก เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัคร การมีส่วนร่วมในชุมชน การเล่นกีฬา การทำงานอดิเรก และการมีน้ำใจกับผู้อื่น - ส่งเสริมให้ผู้ปกครองรวมกลุ่มกันเป็นชมรม เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน - เปิดโอกาสให้เด็กได้เข้าถึงพื้นที่สีเขียว (green space) และได้แสดงออกถึงกิจกรรมที่สร้างสรรค์ เช่น ศิลปะ ดนตรี และการแสดง - ส่งเสริมคุณลักษณะเชิงบวกในเด็ก เช่น ความเมตตา ความเห็นอกเห็นใจ และการให้อภัย และการฝึกปฏิบัติ เช่น การเจริญสติ การทำสมาธิ (meditation) โยคะ และชี่กง (qigong)
วัยทำงาน	ทำงานดีมีสุข (working well)	- ส่งเสริมให้มีระบบการทำงานที่ยืดหยุ่น และมีกิจกรรมร่วมกันระหว่างพนักงาน - ส่งเสริมการฝึกเจริญสติให้กับบุคลากรในองค์กร - จัดให้มีการฝึกอบรมเป็นระยะ โดยเฉพาะเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งงานหรือเทคโนโลยี เช่น การทบทวนทักษะเดิม (re-skill) และการเพิ่มทักษะใหม่ (up-skill) รวมถึงการเรียนรู้การใช้ปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence: AI) ใช้ในองค์กร - ปรับปรุงสภาพแวดล้อมในที่ทำงานให้เอื้อต่อการมีสุขภาวะทางจิต เช่น การเพิ่มพื้นที่สีเขียว การจัดให้มีห้องพักผ่อนและห้องออกกำลังกาย
ช่วงสูงวัย	สูงวัยดีมีสุข (ageing well)	- จัดให้มีกิจกรรมที่เน้นการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การออกกำลังกาย การเต้นรำ - ส่งเสริมการมีสัมพันธภาพที่ดีร่วมกับชุมชนหรือสังคมภายนอก เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัคร - จัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นการทำงานของสมอง (cognitive stimulating activity) เช่น เกมฝึกสมอง การเรียนรู้สิ่งใหม่ และกิจกรรมที่ใช้การคิดวิเคราะห์ - สนับสนุนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงความทรงจำในอดีต (reminiscence) และการทบทวนชีวิต (life review)

แนวทางการดำเนินงานด้านจิตสังคมในรูปแบบต่าง ๆ จากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น การฝึกอบรมทักษะทางสังคม (social skill training) การส่งเสริมให้มีกิจกรรมเพื่อเคลื่อนไหวร่างกาย การพัฒนาและฝึกฝนทักษะที่จำเป็นต่อการทำงาน การจ้างงานที่ได้รับการสนับสนุน (supported employment) และการจัดให้มีที่พักอาศัยที่ได้รับการสนับสนุน (supported housing) จากภาครัฐหรือภาคเอกชน การดำเนินงานในลักษณะนี้ยังเป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตสาธารณะอย่างยั่งยืน โดยลดอคติทางสังคมและสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะทางจิตของประชากรทุกกลุ่มอย่างครอบคลุมและเท่าเทียม

เอกสารอ้างอิง

1. Campion J, Javed A, Saxena S, Udomratn P. Public mental health: the case and required actions. *World Soc Psychiatry*. 2023;5(2):92-6. doi:10.4103/wsp.wsp_33_23.
2. Campion J, Javed A, Lund C, Sartorius N, Saxena S, Marmot M, et al. Public mental health: required actions to address implementation failure in the context of COVID-19. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(2):169-82. doi:10.1016/S2215-0366(21)00199-1.
3. World Health Organization. Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2025 Aug 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
4. World Psychiatric Association. WPA public mental health special interest group [internet]. Geneva: World Psychiatric Association; [cited 2025 Aug 15]. Available from: <https://www.wpanet.org/public-mental-health>

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
ในจังหวัดน่าน

วันรับ : 23 มกราคม 2568

วันแก้ไข : 6 พฤษภาคม 2568

วันตอบรับ : 19 มิถุนายน 2568

วีระ เอกอนันต์กุล, พ.บ.

โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบลักษณะระหว่างกลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จกับกลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ

วิธีการ : การวิจัยแบบ case-control เปรียบเทียบกลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จและกลุ่มผู้ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จในจังหวัดน่าน ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนและบันทึกการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างโดยบุคลากรด้านจิตเวช ครอบคลุมลักษณะทั่วไป รูปแบบการฆ่าตัวตาย ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้น และปัจจัยปกป้อง วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยการทดสอบ chi-square และ Mann-Whitney U ค้นหาปัจจัยทำนายการฆ่าตัวตายสำเร็จด้วยการถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี

ผล : กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 163 ราย แบ่งเป็นกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จ 69 ราย และกลุ่มฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ 94 ราย กลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีอายุมัธยฐานและสัดส่วนของเพศชาย การประกอบอาชีพ และการใช้ชีวิตที่มีความรุนแรง เช่น การแหวนคอ สูงกว่ากลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จอย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการฆ่าตัวตายสำเร็จอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศชาย (AOR = 4.68, 95% CI = 1.82 - 11.98) การมีปัญหาสุขภาพทางกาย (AOR = 9.55, 95% CI = 1.55 - 57.75) และการขาดทักษะการแก้ไขปัญหาของตนเอง (AOR = 3.11, 95% CI = 1.02 - 9.49)

สรุป : ควรมีการคัดกรองและป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จอย่างเป็นระบบ โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างเพศและมุ่งเน้นกลุ่มเสี่ยงที่เผชิญวิกฤตในชีวิต โดยเฉพาะในประเด็นปัญหาสุขภาพและเศรษฐกิจ ด้วยการส่งเสริมทักษะการแก้ไขปัญหาของตนเอง เพื่อให้สามารถรับมือกับสถานการณ์วิกฤตอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : การฆ่าตัวตายสำเร็จ, การพยายามฆ่าตัวตาย, ปัจจัยเสี่ยง, พฤติกรรมฆ่าตัวตาย

ติดต่อผู้นิพนธ์ : วีระ เอกอนันต์กุล; e-mail: ekweera@yahoo.com

Original article

Factors related to completed suicide among individuals with suicidal behavior in Nan province, Thailand

Received : 23 January 2025

Revised : 6 May 2025

Accepted : 19 June 2025

Weera Ek-anankul, M.D.

Nan Hospital, Nan Province

Abstract

Objective: To compare characteristics between the group who completed suicide and the group who attempted suicide, and to identify factors associated with completed suicide.

Methods: This case-control study was conducted in Nan province, comparing the group who completed suicides and those who attempted suicide. Secondary data from medical records and semi-structured interview notes by psychiatric personnel were used, covering general characteristics, suicide patterns, predisposing factors, precipitating factors, and protective factors. Differences between groups were analyzed using chi-square and Mann-Whitney U tests. Predictors of completed suicide were identified using binary logistic regression.

Results: The sample included 163 subjects, divided into 69 completed suicides and 94 attempts. Compared to the attempt group, the completed suicide group had significantly higher median age and proportions of males, being employed, and use of violent methods such as hanging. Factors that significantly increased the likelihood of completed suicide were male gender (AOR = 4.68, 95% CI = 1.82 - 11.98), presence of physical health problems (AOR = 9.55, 95% CI = 1.55 - 57.75) and lack of self-problem-solving skills (AOR = 3.11, 95% CI = 1.02 - 9.49).

Conclusion: Systematic screening and prevention of completed suicide should be implemented, taking gender differences into account and focusing on high-risk groups facing life crises, especially health and economic issues. Emphasis should also be placed on promotion of self-problem-solving skills to enable adaptive coping with crisis situations.

Keywords: completed suicide, risk factor, suicide attempt, suicidal behavior

Corresponding author: Weera Ek-anankul; e-mail: ekweera@yahoo.com

ความรู้เดิม : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ได้แก่ เพศ ปัญหาสุขภาพทางกายและจิตใจ และการเผชิญวิกฤตในชีวิต โดยปัจจุบันมาตรการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายสำเร็จมักใช้แนวทางเดียวกัน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในจังหวัดน่านยังคงสูงกว่าค่าเป้าหมายของประเทศ

ความรู้ใหม่ : พบความแตกต่างเฉพาะระหว่างกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จและไม่สำเร็จในจังหวัดน่าน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ และวิธีการฆ่าตัวตาย โดยปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ เพศชาย ปัญหาสุขภาพกาย และการขาดทักษะการแก้ไขปัญหาของตนเอง

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การออกแบบมาตรการที่เฉพาะเจาะจงสำหรับกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยมุ่งเน้นการเสริมทักษะการแก้ไขปัญหาเพื่อให้สามารถเผชิญวิกฤตในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทนำ

ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่า 700,000 คนต่อปี¹ การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 4 ของคนอายุ 15 - 29 ปี² และชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าหญิง 3 - 4 เท่า² ในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2566 มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 5,172 คน หรือเท่ากับ 7.94 ต่อแสนประชากร เฉลี่ยวันละ 14 คน หรือ 1 คนในทุก 2 ชั่วโมง³ ประชากรในภาคเหนือทั้งชายและหญิงมีอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูงกว่าภูมิภาคอื่น^{4,5} จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดของประเทศ 5 อันดับแรก ได้แก่ เชียงใหม่ 15.33 ต่อแสนประชากร น่าน 15.21 ต่อแสนประชากร แม่ฮ่องสอน 14.06 ต่อแสนประชากร เชียงราย 13.9 ต่อแสนประชากร และตาก 13.0 ต่อแสนประชากร³ ในจังหวัดน่าน ระหว่างปีงบประมาณ 2563 - 2565 มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย 17.23, 22.27 และ 18.28 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 15.52, 14.08 และ 15.59 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายของประเทศไทยที่กำหนดไว้ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร⁴

การทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพยายาม

ฆ่าตัวตาย ได้แก่ เพศหญิง โรคซึมเศร้า การใช้สารเสพติด การขาดทักษะเผชิญปัญหา ความรุนแรงในครอบครัว ความยากจน ปัญหาหนี้สิน และการว่างงาน⁶⁻¹⁶ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายซ้ำ ได้แก่ ประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตาย โรคซึมเศร้า การใช้สารเสพติด การว่างงาน และปัญหาหนี้สิน^{10,15-19} ขณะที่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ เพศชาย โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท การใช้สารเสพติด การขาดทักษะการจัดการปัญหา ความขัดแย้งในครอบครัว การถูกทารุณกรรม และปัญหาหนี้สิน^{6-12,15,16,20-22} จากข้อมูลข้างต้น แม้ว่าปัจจัยเสี่ยงที่พบในกลุ่มพยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มฆ่าตัวตายซ้ำ และกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จโดยรวมไม่แตกต่างกันมากนัก แต่มีข้อสังเกตว่ามีบางปัจจัยที่แตกต่างกัน เช่น เพศหญิงมีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย ขณะที่เพศชายมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ

ที่ผ่านมาจังหวัดน่านได้ดำเนินการมาตรการหลากหลายเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ เช่น การเพิ่มการเข้าถึงบริการในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การคัดกรองผู้ป่วยติดสารเสพติด และการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2Q ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในจังหวัดยังสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ หนึ่งในสาเหตุที่เป็นไปได้คือ แนวทางการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จในปัจจุบันยังคงใช้รูปแบบเดียวกันกับกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่มักพิจารณาผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จและไม่สำเร็จรวมกัน ส่งผลให้เห็นภาพว่าทั้งสองกลุ่มมีปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน แม้การทบทวนวรรณกรรมจะชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงของทั้งสองกลุ่มอาจมีความคล้ายคลึงกัน ในบางประเด็น แต่อาจมีความแตกต่างที่สำคัญบางประการที่ควรพิจารณาแยก ดังนั้น การศึกษาเปรียบเทียบลักษณะของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จและฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ โดยอาศัยข้อมูลสอบสวนเชิงลึก จะช่วยให้เห็นความแตกต่างของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จได้ชัดเจนยิ่งขึ้น อันจะนำไปสู่การออกแบบมาตรการป้องกันที่จำเพาะและเหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของแต่ละกลุ่ม ทั้งกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตาย และกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะระหว่างกลุ่มผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ

กับกลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จในบริบทของประเทศไทย

วิธีการ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ retrospective case-control study ในจังหวัดน่าน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จและกลุ่มฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนและแบบสอบถามการทำรายตนเอง (รง.506S version 11) ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งเป็นแบบบันทึกการสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างรายบุคคลที่ใช้ในกระบวนการสอบสวนตามระบบปกติของจังหวัดน่าน โดยบุคลากรทางการแพทย์ด้านจิตเวช ได้แก่ จิตแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช ทั้งในโรงพยาบาลน่านและโรงพยาบาลชุมชนในทุกอำเภอของจังหวัดน่าน โดยมีจิตแพทย์ร่วมทำการสอบสวนทุกราย การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลน่าน เลขที่ 064/2567 วันที่ 1 กันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ ผู้เสียชีวิตจากพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้น โดยได้รับการยืนยันจากแพทย์ที่ชันสูตรพลิกศพที่เขียนใบ รง.506S

ประชากรกลุ่มฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ คือ ผู้ที่มีพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้น แต่ไม่ถึงกับเสียชีวิต โดยอาจได้รับบาดเจ็บหรือไม่จากพฤติกรรมนั้น

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) มีพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้งใจจะให้ตาย โดยรายที่ทำสำเร็จได้รับการยืนยันจากแพทย์ที่ชันสูตรพลิกศพและลงความเห็นในใบ รง.506S ว่าเป็นการฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนรายที่ทำไม่สำเร็จได้รับการยืนยันจากจิตแพทย์หรือพยาบาลจิตเวชตามใบ รง.506S ว่าพฤติกรรมนั้นมุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้งใจจะให้ตายแต่ไม่สำเร็จ 2) พฤติกรรมฆ่าตัวตายนั้นเกิดขึ้นในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567 และ 3) มีภูมิลำเนาในจังหวัดน่าน

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดสอบสมมติฐานความแตกต่างของสัดส่วนระหว่างประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยอ้างอิงจากผลการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จในจังหวัดสุโขทัย ซึ่งพบว่า

ปัจจัยเพศชายเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ โดย $p_1 = 0.7$ และ $p_2 = 0.423$ ค่าขอบเขต (d) 0.05 กำหนดอัตราส่วนของกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ : กลุ่มฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ เป็น 1 : 2 และกำหนดค่าระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ 0.05 และอำนาจการทดสอบ (β) ร้อยละ 80 จากสูตร

$$n_2 = \frac{(z_{1-\alpha} + z_{1-\frac{\beta}{2}})^2}{(\delta - |\epsilon|)^2} \left[\frac{p_1(1-p_1)}{k} + p_2(1-p_2) \right]$$

$$\epsilon = p_1 - p_2$$

$$k = \frac{n_1}{n_2}, \quad n_1 = kn_2$$

ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำของกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จ 45 รายและกลุ่มฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ 91 ราย ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกเข้าการศึกษา

การสอบสวนการฆ่าตัวตายจังหวัดน่าน

ในกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จได้รับการสอบสวนการฆ่าตัวตายสำเร็จหลังจากมีการรายงานข้อมูลเบื้องต้นจากพื้นที่และมีการยืนยันว่าเป็นการฆ่าตัวตายสำเร็จ จากนั้นบุคลากรทางการแพทย์ด้านจิตเวชนัดหมายและขอความยินยอมบุคคลครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน โดยเป็นการสัมภาษณ์จากหลายแหล่งข้อมูลที่ร่วมดูแลผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ เพื่อสอบสวนการฆ่าตัวตายหลังการเสียชีวิต 2 สัปดาห์ ถึง 3 เดือนด้วย รง.506S ส่วนในกลุ่มฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ บุคลากรทางการแพทย์ด้านจิตเวชนัดหมายและขอความยินยอมผู้ป่วยบุคคลในครอบครัว และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบลเพื่อสอบสวนหลังการพยายามฆ่าตัวตายภายใน 2 สัปดาห์ด้วย รง.506S ฉบับย่อ โดย รง.506S ทั้งแบบฉบับเต็มและฉบับย่อมีข้อความคำถามเหมือนกันทุกข้อ เพียงแต่ฉบับย่อมีการลดหน้ากระดาษจากการลดช่องการเติมคำอธิบายจาก 10 หน้า เป็น 4 หน้ากระดาษ A4

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายทั้งหมดในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567 จากแบบบันทึกข้อมูล รง.506S และเวชระเบียน ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

1. ลักษณะทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ

2. รูปแบบการฆ่าตัวตาย ได้แก่ สถานที่เกิดเหตุ และวิธีการ

3. ปัจจัยกระตุ้น หมายถึง ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเริ่มต้นของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ได้แก่ การคิด การวางแผน และการตัดสินใจฆ่าตัวตาย แบ่งเป็น 4 หมวด ได้แก่ วิกฤตในชีวิต อาการทางจิตกำเริบ พืชของสารเสพติด และการรับทราบข่าวการฆ่าตัวตาย

4. ปัจจัยเสี่ยง หมายถึง ตัวแปรหรือลักษณะที่เพิ่มโอกาสหรือความน่าจะเป็นของการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (การคิด การวางแผน และการกระทำ) แบ่งเป็น 6 หมวด ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช การติดสุราหรือสารเสพติด การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายรุนแรงเรื้อรัง บุคลิกภาพทุนหัน พลันแล่น ประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายของตนเองและ/หรือคนในครอบครัว และเหตุการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก

5. ปัจจัยปกป้อง หมายถึง ปัจจัยหรือคุณลักษณะที่ทำให้บุคคลนั้นมีโอกาสน้อยที่จะคิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย แบ่งเป็น 5 หมวด ได้แก่ 1) ระดับบุคคล เช่น ทักษะการเผชิญและแก้ไขปัญหา 2) ระดับครอบครัวและกลุ่มเพื่อน เช่น สัมพันธภาพที่ผูกพันอบอุ่น แน่นแฟ้น 3) ระดับชุมชน เช่น ชุมชนเข้มแข็งที่มีการสนับสนุน มีการช่วยเหลือกัน มีความผูกพัน มีความเชื่อมโยง และมีความสัมพันธ์อันดี 4) ระบบบริการสาธารณสุข เช่น การเข้าถึงบริการที่สะดวกและมีคุณภาพ การดูแลรักษาที่ต่อเนื่องจนหายทุเลาหรือลดความพิการ และ 5) ระดับสังคม เช่น ความคิด ความเชื่อ และศาสนา

6. ด่านกั้น หมายถึง ด่านกั้นสำหรับสกัดหรือยับยั้งการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์ สารพิษ หรือสถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตาย

7. สัญญาณเตือน หมายถึง สารหรือลักษณะที่บ่งบอกว่าบุคคลมีความทุกข์ทรมานใจที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างจริงจัง ไม่ว่าจะเป็นด้านคำพูด อารมณ์ หรือพฤติกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ลักษณะทั่วไปและรูปแบบการฆ่าตัวตายด้วยสถิติเชิงพรรณนา รายงานผลเป็นร้อยละและค่ามัธยฐาน (median) เปรียบเทียบลักษณะทางประชากรศาสตร์และพฤติกรรมฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จและกลุ่มฆ่าตัวตายไม่สำเร็จด้วยการทดสอบ chi-square และ Mann-Whitney U เนื่องจากพบว่าข้อมูลตัวแปรเชิงปริมาณ

เช่น อายุ มีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จด้วยการถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (binary logistic regression) ทั้งแบบตัวแปรเดียวและหลายตัวแปร โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คัดเลือกตัวแปรจากลักษณะทั่วไปและรูปแบบการฆ่าตัวตายที่ให้ค่า $p < .05$ ร่วมกับปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่มีข้อมูลใน รง.506S ได้แก่ ปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง ด่านกั้น และสัญญาณเตือน รายงานผลเป็น crude odds ratio (OR), adjusted OR (AOR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI)

ผล

จากผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายทั้งสิ้น 164 ราย มี 1 ราย ที่ญาติปฏิเสธให้การสัมภาษณ์ เหลือกลุ่มตัวอย่าง 163 ราย เป็นกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จ 69 ราย และฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ 94 ราย มีอายุมัธยฐาน 48 ปีและ 38 ปี ตามลำดับ อยู่ในช่วงอายุในวัยทำงาน (21 - 60 ปี) ร้อยละ 76.8 และ 61.7 ตามลำดับ เป็นชายร้อยละ 84.1 และ 43.6 ตามลำดับ สถานที่เกิดเหตุคือบริเวณที่พักอาศัยร้อยละ 91.3 และ 93.6 ตามลำดับ วิธีการฆ่าตัวตายที่พบมากที่สุดของกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การแขวนคอ คิดเป็นร้อยละ 76.8 ส่วนในกลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จพบการกินยาเกินขนาดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.6 การทดสอบ chi-square และ Mann-Whitney U พบว่า กลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จและกลุ่มฆ่าตัวตายไม่สำเร็จมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในด้านเพศ อายุ อาชีพ และวิธีการฆ่าตัวตาย ดังแสดงในตารางที่ 1

การวิเคราะห์ binary logistic regression แบบตัวแปรเดียวพบว่า ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ เพศชาย (crude OR = 6.82, 95% CI = 3.18 - 14.61) ปัจจัยกระตุ้นด้านการมีหนี้สิน (crude OR = 3.38, 95% CI = 1.12 - 10.22) และปัญหาสุขภาพ (crude OR = 5.22, 95% CI = 1.66 - 16.82) และการขาดปัจจัยปกป้องเรื่องความเชื่อทางศาสนา (crude OR = 1.93, 95% CI = 1.02 - 3.62) ความผูกพันกับครอบครัว (crude OR = 2.11, 95% CI = 1.076 - 4.129) และทักษะการแก้ไขปัญหาของตนเอง (crude OR = 2.33, 95% CI = 1.23 - 4.39)

การวิเคราะห์ binary logistic regression แบบหลายตัวแปร พบว่า ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ เพศชาย (AOR = 4.68, 95% CI = 1.82 - 11.98) การมีปัญหาสุขภาพ (AOR = 9.55, 95% CI = 1.55 - 57.75) และการขาดทักษะการแก้ไขปัญหาของตนเอง (AOR = 3.11, 95% CI = 1.02 - 9.49) ดังแสดงในตารางที่ 2

วิจารณ์

การศึกษานี้พบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปและพฤติกรรมของการฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มผู้ที่ฆ่าตัวตาย

ความสำเร็จและกลุ่มผู้ที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ ดังนี้ กลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีส่วนของเพศชายมากกว่ากลุ่มผู้ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ เนื่องจากผู้ชายมักเลือกวิธีที่มีความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตสูง เช่น การแขวนคอและการใช้สารพิษ ขณะที่ผู้หญิงมักใช้วิธีที่โอกาสรอดสูงกว่า เช่น การกินยาเกินขนาด^{6,24} นอกจากนี้ผู้ชายมีแนวโน้มเข้าถึงเครื่องมือหรือวิธีการที่รุนแรงได้ง่ายกว่า ได้รับแรงกดดันจากค่านิยมทางสังคมที่ทำให้ไม่ขอความช่วยเหลือหรือลังเลที่จะเปิดเผยความเปราะบางทางอารมณ์ และมีความหุนหันพลันแล่นและการควบคุม

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปและรูปแบบการฆ่าตัวตายของกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จและกลุ่มฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ

	ฆ่าตัวตายสำเร็จ (n = 69) จำนวน (ร้อยละ)	ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ (n = 94) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ			< .001
ชาย	58 (84.1)	41 (43.6)	
หญิง	11 (15.9)	53 (56.4)	
อายุ (ปี); median (Q1, Q3)	48 (37, 59)	38 (21.5, 52.25)	< .001*
กลุ่มอายุ			< .001
น้อยกว่า 20 ปี	0 (0.0)	23 (24.5)	
21 - 60 ปี	53 (76.8)	58 (61.7)	
มากกว่า 60 ปี	16 (23.2)	13 (13.8)	
สถานภาพ			.565
โสด	28 (40.6)	47 (50.0)	
คู่	27 (39.1)	35 (37.2)	
หม้าย	5 (7.2)	5 (5.3)	
หย่า	9 (13.30)	7 (7.4)	
อาชีพ			< .001
ไม่ได้ทำงาน	17 (24.6)	41 (43.6)	
เกษตรกร	18 (26.1)	16 (17.0)	
รับจ้าง	21 (30.4)	17 (18.1)	
รับราชการ	7 (10.1)	4 (4.3)	
ธุรกิจส่วนตัว หรือ อื่น ๆ	6 (8.7)	4 (4.3)	
นักเรียน	0 (0.0)	12 (12.8)	
สถานที่เกิดเหตุฆ่าตัวตาย			.576
บริเวณที่พักอาศัย	63 (91.3)	88 (93.6)	
สถานที่สาธารณะ	6 (8.7)	6 (6.4)	
วิธีการฆ่าตัวตาย			< .001
แขวนคอ	53 (76.8)	19 (20.2)	
ใช้ของมีคม	0 (0.0)	13 (13.8)	
ใช้ปืนหรือระเบิด	10 (14.5)	3 (3.2)	
ทำให้จมน้ำ/รมควัน	2 (2.8)	3 (3.2)	
ใช้สารพิษ	3 (4.3)	15 (16.0)	
กินยาเกินขนาด	1 (1.4)	41 (43.6)	

* Mann-Whitney U test

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการฆ่าตัวตายสำเร็จด้วย binary logistic regression

	ฆ่าตัวตาย สำเร็จ (n = 69) จำนวน (ร้อยละ)	ฆ่าตัวตาย ไม่สำเร็จ (n = 94) จำนวน (ร้อยละ)	Crude OR (95% CI)	p-value	AOR (95% CI)	p-value
ลักษณะทั่วไป						
เพศชาย (ref : เพศหญิง)	58 (84.1)	41 (43.6)	6.82 (3.18 - 14.61)	< .001	4.67 (1.82 - 11.98)	.001
ปัจจัยกระตุ้น						
เกิดวิกฤตในชีวิต	42 (60.9)	73 (77.7)	0.45 (0.23 - 0.89)	.020	0.43 (0.14 - 1.30)	.134
การสูญเสียความสัมพันธ์ หนี้สิน	7 (10.1) 11 (15.9)	5 (5.3) 5 (5.3)	2.01 (0.61 - 6.62) 3.38 (1.12 - 10.22)	.244 .024	- 4.16 (0.94 - 18.33)	- .060
ความขัดแย้งรุนแรงกับคนสำคัญในชีวิต	8 (11.6)	44 (46.8)	0.15 (0.06 - 0.35)	< .001	0.42 (0.13 - 1.43)	.165
ความล้มเหลวในการทำงาน	1 (1.4)	6 (6.4)	0.22 (0.03 - 1.83)	.125	-	-
การถูกตำหนิให้อับอาย	0 (0.0)	9 (9.6)	-	.008*	-	-
ปัญหาสุขภาพ	13 (18.8)	4 (4.3)	5.22 (1.66 - 16.82)	.003	9.53 (1.57 - 57.75)	.014
การมีคติความ	1 (1.4)	0 (0.0)	-	.242*	-	-
การถูกกลั่นแกล้ง	0 (0.0)	2 (2.1)	-	.223*	-	-
ความล้มเหลวทางการเรียน	0 (0.0)	2 (2.1)	-	.223*	-	-
ความสัมพันธ์ที่ใช้ความรุนแรง	1 (1.4)	0 (0.0)	-	.242*	-	-
ปัญหาชีวิตอื่น ๆ	1 (1.4)	5 (5.3)	0.26 (0.03 - 2.29)	.195	-	-
อาการของโรคจิตเวชกำเริบ	10(14.5)	26 (27.7)	0.44 (0.20 - 1.00)	.045	1.11 (0.35 - 3.55)	.865
โรคซึมเศร้า	6 (8.7)	14 (14.9)	0.54 (0.20 - 1.50)	.233	-	-
โรคอารมณ์สองขั้ว	1 (1.4)	0 (0.0)	-	.242*	-	-
โรคจิตเภท	0 (0.0)	4 (4.3)	-	.083*	-	-
โรควิตกกังวล	0 (0.0)	6 (6.4)	-	.032*	-	-
โรคจิตเวชอื่น ๆ	2 (2.9)	2 (2.1)	1.37 (0.19 - 10.00)	.753	-	-
เกิดพิษหรือฤทธิ์สารเสพติดที่เสพ	12 (17.4)	13 (13.8)	1.31 (0.56 - 3.08)	.533	-	-
ปัจจัยกระตุ้นอื่น ๆ	16 (23.2)	11 (11.7)	2.28 (0.98 - 5.28)	.051	-	-
ปัจจัยเสี่ยง						
โรคทางจิตเวช	10 (14.5)	43 (45.7)	0.20 (0.09 - 0.44)	< .001	0.22 (0.03 - 1.41)	.110
โรคซึมเศร้า	7 (10.1)	29 (30.9)	0.25 (0.10 - 0.62)	.002	2.93 (0.36 - 23.87)	.315
โรคอารมณ์สองขั้ว	1 (1.4)	0 (0.0)	-	.242*	-	-
โรคจิตเภท	1 (1.4)	3 (3.2)	0.45 (0.05 - 4.38)	.478	-	-
โรคบุคลิกภาพผิดปกติ	0 (0.0)	1 (1.1)	-	.390*	-	-
โรควิตกกังวล	1 (1.4)	4 (4.3)	0.33 (0.04 - 3.03)	.305	-	-
โรคจิตเวชอื่น ๆ	0 (0.0)	9 (9.6)	-	.008*	-	-
โรคติดสุรา	18 (26.1)	14 (14.9)	2.02 (0.92 - 4.41)	.075	-	-
โรคติดสารเสพติด	9 (13.0)	9 (9.6)	1.42 (0.53 - 3.78)	.485	-	-
โรคทางกายรุนแรงหรือเรื้อรัง	18 (26.1)	13 (13.8)	2.20 (0.99 - 4.87)	.068	0.68 (0.19 - 2.52)	.568
โรคปวดเรื้อรัง	5 (7.2)	1 (1.1)	7.27 (0.83 - 63.67)	.084	-	-
โรคหลอดเลือดสมอง	1 (1.4)	3 (3.2)	0.45 (0.05 - 4.38)	.478	-	-
โรคมะเร็ง	3 (4.3)	3 (3.2)	1.38 (0.27 - 7.05)	.698	-	-
โรคตับเรื้อรัง	2 (2.9)	0 (0.0)	-	.097*	-	-
โรคไตวายเรื้อรัง	1 (1.4)	0 (0.0)	-	.242*	-	-
ฟิการ	1 (1.4)	1 (1.1)	1.37 (0.08 - 22.25)	.825	-	-
โรคทางกายอื่น ๆ	6 (8.7)	5 (5.3)	1.70 (0.50 - 5.80)	.396	-	-

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการฆ่าตัวตายสำเร็จด้วย binary logistic regression (ต่อ)

	ฆ่าตัวตาย สำเร็จ (n = 69) จำนวน (ร้อยละ)	ฆ่าตัวตายไม่ สำเร็จ (n = 94) จำนวน (ร้อยละ)	Crude OR (95% CI)	p-value	AOR (95% CI)	p-value
ปัจจัยเสี่ยง (ต่อ)						
บุคลิกภาพผิดปกติ	7 (10.1)	16 (17.0)	0.55 (0.21 - 1.42)	.213	-	-
บุคลิกภาพทุนหันพลันแล่น	7 (10.1)	14 (14.9)	0.65 (0.25 - 1.70)	.371	-	-
บุคลิกภาพแบบนิยมความสมบูรณ์แบบ	0 (0.0)	2 (2.1)	-	.223*	-	-
ตนเองเคยฆ่าตัวตาย	10 (14.5)	20 (21.3)	0.53 (0.27 - 1.44)	.269	-	-
คนในครอบครัวเคยฆ่าตัวตาย	2 (2.9)	2 (2.1)	1.37 (0.19 - 10.00)	.753	-	-
มีเหตุการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก	1 (1.4)	7 (7.4)	0.18 (0.02 - 1.52)	.080	-	-
ความเชื่อส่วนบุคคล	6 (8.7)	4 (4.3)	2.14 (0.58 - 7.91)	.243	-	-
ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ	6 (8.7)	6 (6.4)	1.40 (0.43 - 4.53)	.576	-	-
การขาดปัจจัยปกป้อง						
ความเชื่อทางศาสนา	42 (60.9)	42 (44.7)	1.93 (1.02 - 3.62)	.041	1.42 (0.49 - 4.14)	.522
ความผูกพันกับครอบครัว	28 (40.6)	23 (24.5)	2.11 (1.08 - 4.13)	.028	0.74 (0.22 - 2.45)	.618
ความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อน	39 (56.5)	42 (44.7)	1.61 (0.86 - 3.01)	.135	-	-
ความช่วยเหลือในชุมชน	31 (44.9)	36 (38.3)	1.31 (0.70 - 2.47)	.395	-	-
การเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	30 (43.5)	27 (28.7)	1.91 (0.99 - 3.67)	.051	-	-
ทักษะการแก้ไขปัญหาของตนเอง	40 (58.0)	35 (37.2)	2.33 (1.23 - 4.39)	.009	3.11 (1.02 - 9.49)	.046
ปัจจัยปกป้องอื่น ๆ	57 (82.6)	70 (74.5)	1.63 (0.75 - 3.54)	.220	-	-
ด้านอื่น						
ไม่มีการควบคุมป้องกันการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์ ที่สามารถใช้ฆ่าตัวตาย	59 (85.5)	81 (86.2)	0.95 (0.39 - 2.31)	.904	-	-
ไม่มีการปิดกั้นหรือป้องกันด้านสถานที่ที่เคย มีคนใช้ฆ่าตัวตาย	65 (94.2)	87 (92.6)	1.31 (0.37 - 4.66)	.678	-	-
สัญญาณเตือน						
มีสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย	36 (52.2)	41 (43.6)	1.41 (0.76 - 2.63)	.341	-	-

* chi-square test/Fisher's exact test

อารมณ์ที่แตกต่างจากผู้หญิง²⁴ กลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ อยู่ในช่วงอายุวัยทำงาน (21 - 60 ปี) มากกว่ากลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จและมีอายุมัธยฐานมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ²⁵⁻²⁷ และ สอดคล้องกับความแตกต่างด้านอาชีพที่พบในการศึกษานี้ กล่าวคือ กลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่ทำงานประจำหรือรับจ้าง ขณะที่กลุ่มฆ่าตัวตายไม่สำเร็จส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานหรือกำลังเรียนหนังสือ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า การเข้าถึงหรือความคุ้นเคยกับวิธีที่รุนแรงจากอาชีพ เช่น เกษตรกรกับการเข้าถึงยาฆ่าแมลง บุคลากรทางการแพทย์กับการรู้ขนาดยาและสารพิษ และบางวิชาชีพ

ที่อยู่ลำพังในพื้นที่เสี่ยง เพิ่มความเสี่ยงการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีช่องทางเข้าถึงวิธีรุนแรงโดยตรง เช่น นักเรียนหรือผู้ว่างงาน²⁸ นอกจากนี้งานวิจัยของ Conner และคณะ²⁹ ได้อธิบายไว้ว่า กลุ่มวัยเรียนมักอยู่ในบริบทที่มีบุคคลใกล้ชิด เช่น เพื่อน ครอบครัว และครู การฆ่าตัวตายเป็นมากเกิดในที่อยู่อาศัยหรือหอพัก และใช้วิธีที่ช่วยเหลือได้ เช่น การกินยา จึงมีโอกาสถูกพบและได้รับการช่วยเหลือชีวิตสูงกว่าในทางกลับกัน กลุ่มวัยทำงานมักมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในที่เปลี่ยว สถานที่ทำงาน หรือพื้นที่ชนบท และใช้วิธีที่มีเวลาช่วยเหลือได้น้อย เช่น การแขวนคอหรือการใช้สารพิษรุนแรง จึงมีอัตราสำเร็จสูงกว่า

รูปแบบการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จของการฆ่าตัวตาย โดยผู้ที่ใช้วิธีการแขวนคอและใช้ปืนหรือระเบิดมีส่วนการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าไม่สำเร็จ ส่วนผู้ที่ใช้วิธีการกินยาเกินขนาด ใช้ของมีคม และใช้สารพิษมีส่วนการฆ่าตัวตายไม่สำเร็จสูงกว่าสำเร็จ สะท้อนว่าการใช้วิธีรุนแรงมีโอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จได้สูงกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Beautrais³⁰ ที่พบว่า การใช้วิธีที่รุนแรง เช่น การแขวนคอ มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าวิธีอื่น เช่น การใช้สารพิษ และการศึกษาของ Miller³¹ ที่พบว่า การใช้ปืนเป็นวิธีฆ่าตัวตายเพิ่มโอกาสการฆ่าตัวตายสำเร็จอย่างมีนัยสำคัญ

ปัจจัยกระตุ้นที่พบว่าเพิ่มโอกาสการฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การเกิดวิกฤตในชีวิตจากปัญหาหนี้สิน แม้วิเคราะห์แบบหลายตัวแปรไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Rojas³² พบว่า ผู้ที่ประสบกับหนี้สินมีความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย 2.5 เท่าของผู้ที่ไม่มีหนี้สิน และการวิเคราะห์อภิมานของ Mathieu³³ พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างการมีหนี้สินและการฆ่าตัวตาย (OR = 7.9, 95% CI = 5.21 - 12.0)

ปัจจัยเสี่ยงที่พบว่าเพิ่มโอกาสการฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การมีโรคทางกาย โดยเฉพาะโรคปวดเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของ Racine³⁴ ที่พบว่า โรคปวดเรื้อรังเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและปัญหาทางจิตใจอื่น ๆ และการวิเคราะห์อภิมานของ Kwon และ Lee³⁵ ที่พบว่า ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่มีโรคปวดเรื้อรังมีความคิดฆ่าตัวตายในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา อาจเนื่องจากความปวดเรื้อรังส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจในลักษณะที่หาทางออกไม่ได้ ดังการศึกษาของ Themelis และคณะ³⁶ ที่พบว่า ความรู้สึกป่วยแพ้ทางจิตใจเป็นตัวแปรทำนายสำคัญของการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีโรคปวดเรื้อรัง

การขาดปัจจัยปกป้องด้านทักษะการแก้ไขปัญหาของตนเองเพิ่มโอกาสการฆ่าตัวตายสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของอัครเดช กลิ่นพิบูลย์³⁷ ที่พบว่า ผู้ที่มีทักษะการแก้ปัญหาต่ำมีโอกาสฆ่าตัวตายซ้ำสูง ในทางกลับกัน การทบทวนวรรณกรรมของธรรณิทร์ กองสุข³⁸ และการศึกษาของ Darvishi และคณะ³⁹ พบว่า การมีทักษะการเผชิญและแก้ไขปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับการลดโอกาสเกิดพฤติกรรม

ฆ่าตัวตายในระดับบุคคล อาจเนื่องจากความรู้สึกเป็นภาระและการขาดความสามารถในการแก้ปัญหาทำให้บุคคลมองไม่เห็นทางออก จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ¹² อีกทั้งการขาดทักษะการแก้ปัญหาที่เหมาะสมอาจทำให้บุคคลเรียนรู้และตอบสนองต่อความเครียดด้วยพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อชีวิต⁴⁰

การศึกษานี้มุ่งสำรวจความแตกต่างระหว่างผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยพิจารณา ลักษณะทางประชากรศาสตร์ในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม ซึ่งเป็นการวิเคราะห์เชิงลึกที่สอดคล้องกับแนวคิดของกรมสุขภาพจิตด้านปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้น และปัจจัยปกป้องของการฆ่าตัวตาย ทั้งทางกายภาพและทางจิตสังคม³⁸ โดยในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาในประเด็นนี้อย่างแพร่หลาย ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นข้อมูลทุติยภูมิจากบันทึกการสอบสวน ซึ่งได้รับการตรวจสอบความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญในทุกขั้นตอน ผลการศึกษาอาจนำไปประยุกต์ใช้ในการออกแบบมาตรการเฉพาะสำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จในประเทศไทย ซึ่งมีความแตกต่างจากแผนการดำเนินการในปัจจุบันที่มุ่งเน้นกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นส่วนใหญ่

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ก่อนนำผลไปใช้ กล่าวคือ เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบ case-control study จึงไม่สามารถระบุความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างตัวแปรได้อย่างชัดเจน อีกทั้งยังมีความเสี่ยงต่ออคติจากความจำ (recall bias) เนื่องจากข้อมูลที่ได้มาจากการสอบถามย้อนหลัง ซึ่งอาจแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้เสียชีวิต (case) และกลุ่มควบคุม (control) ทำให้บางประเด็นอาจขาดรายละเอียดครบถ้วน หรือสะท้อนเพียงมุมมองของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งอาจไม่ตรงกับประสบการณ์หรือความรู้สึกที่แท้จริงของผู้เสียชีวิต ทั้งนี้ ในการสอบสวนตามระบบปกติของจังหวัดน่าน ได้ให้ความสำคัญกับการรวบรวมข้อมูลอย่างรอบด้านจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย เช่น ครอบครัว ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุมมากที่สุด

สรุป

กลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีอายุมัธยฐานและสัดส่วนของเพศชาย การประกอบอาชีพ และการเลือกใช้วิธีฆ่าตัวตายรุนแรง สูงกว่ากลุ่มผู้ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ นอกจากนี้ การมีปัญหาลักษณะทางกาย ปัญหาทางเศรษฐกิจ และการขาดทักษะการแก้ไขปัญหาของตนเอง ยังเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการฆ่าตัวตายสำเร็จ ดังนั้น จึงควรมีระบบคัดกรองเพื่อระบุและป้องกันกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยให้ความสำคัญกับความต้องการที่แตกต่างระหว่างเพศและการจัดการวิกฤตในชีวิต โดยเฉพาะประเด็นปัญหาสุขภาพและเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายสำเร็จ รวมทั้งควรส่งเสริมทักษะการแก้ไขปัญหาของตนเอง เพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญกับวิกฤตในชีวิต

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Suicide [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2024 Nov 14]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Thai Health Promotion Foundation. Prevention of suicide in Thai population [Internet]. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University with Thai Health Promotion Foundation; 2021 [cited 2024 Nov 14]. Available from: https://www.thaihealthreport.com/th/articles_detail.php?id=40 (in Thai)
- Suicidal Prevention Center, Department of Mental Health. Statistics on completed suicide in Thailand [Internet]. Khon Kaen: Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital; 2023 [cited 2024 Nov 14]. Available from: <https://suicide.dmh.go.th/news/files/s2566.pdf> (in Thai)
- Suicidal Prevention Center. Statistical data (report on deaths from self-harm) 2021 [Internet]. Khon Kaen: Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital; 2021 [cited 2024 Nov 14]. Available from: <https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/download/view.asp?id=25> (in Thai)
- Yodklang O, Tipayamongkholgul M. Suicide prevention and self-harm reduction in Thailand [Internet]. Khon Kaen: Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital; 2021 [cited 2024 Nov 14]. Available from: <https://suicide.dmh.go.th/download/view.asp?id=299> (in Thai)
- Schrijvers DL, Bollen J, Sabbe BG. The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *J Affect Disord*. 2012;138(1-2):19-26. doi:10.1016/j.jad.2011.03.050.
- Värnik A. Suicide in the world. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9(3):760-71. doi:10.3390/ijerph9030760.
- Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*. 2008;30(1):133-54. doi:10.1093/epirev/mxn002.
- Ryan EP, Oquendo MA. Suicide Risk Assessment and Prevention: Challenges and Opportunities. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2020;18(2):88-99. doi:10.1176/appi.focus.20200011.
- Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012;379(9834):2373-82. doi:10.1016/S0140-6736(12)60322-5.
- Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry*. 1985;142(5):559-63. doi:10.1176/ajp.142.5.559.
- Joiner T. Why people die by suicide. Cambridge: Harvard University Press; 2005.
- World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014.
- Brent DA, Melhem N. Familial transmission of suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am*. 2008;31(2):157-77. doi:10.1016/j.psc.2008.02.001.
- Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ*. 2013;347:f5239. doi:10.1136/bmj.f5239.
- World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021.
- Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2002;181:193-9. doi:10.1192/bjp.181.3.193.
- Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Chang BP, et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med*. 2016;46(2):225-36. doi:10.1017/S0033291715001804.

19. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry*. 2000;157(12):1925-32. doi:10.1176/appi.ajp.157.12.1925.
20. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*. 2003;33(3):395-405. doi:10.1017/S0033291702006943.
21. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373(9672):1372-81. doi:10.1016/S01406736(09)60372-X.
22. Phillips MR, Li X, Zhang Y. Suicide rates in China, 1995-99. *Lancet*. 2002;359(9309):835-40. doi:10.1016/S0140-6736(02)07954-0.
23. Khamma A. Risk factors associated with suicide: a case-control study in Sukhothai province. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2013;58(1):3-16. (in Thai)
24. Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 1998;28(1):1-23.
25. Cheng AT, Cheng TH, Chen CC, Jenkins R. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: case-control psychological autopsy study. *Br J Psychiatry*. 2000;177:360-5. doi:10.1192/bjp.177.4.360.
26. Yenilmez C, Balci YG, Ayranci U, Seber G, Kaptanoglu C. Demographic and psychosocial risk factors relevant in completed suicides in the region of Eskisehir, Turkey. *The Internet Journal of Forensic Science*. 2004;1(1):1-6.
27. Palacio-Acosta C, García-Valencia J, Diago-García J, Zapata C, Ortiz-Tobón J, López-Calle G, et al. Characteristics of people committing suicide in Medellín, Colombia. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2005;7(3):243-53. doi:10.1590/s0124-00642005000300001.
28. Skegg K, Firth H, Gray A, Cox B. Suicide by occupation: does access to means increase the risk? *Aust N Z J Psychiatry*. 2010;44(5):429-34. doi:10.3109/00048670903487191.
29. Conner A, Azrael D, Miller M. Suicide case-fatality rates in the United States, 2007 to 2014: a nationwide population-based study. *Ann Intern Med*. 2019;171(12):885-95. doi:10.7326/M19-1324.
30. Beautrais AL. Methods of youth suicide in New Zealand: trends and implications for prevention. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000;34(3):413-9. doi:10.1080/j.1440-1614.2000.00690.x.
31. Miller M, Barber C, White RA, Azrael D. Firearms and suicide in the United States: is risk independent of underlying suicidal behavior? *Am J Epidemiol*. 2013;178(6):946-55. doi:10.1093/aje/kwt197.
32. Rojas Y. Financial indebtedness and suicide: a 1-year follow-up study of a population registered at the Swedish Enforcement Authority. *Int J Soc Psychiatry*. 2022;68(7):1445-53. doi:10.1177/00207640211036166.
33. Mathieu S, Treloar A, Hawgood J, Ross V, Kölves K. The role of unemployment, financial hardship, and economic recession on suicidal behaviors and interventions to mitigate their impact: a review. *Front Public Health*. 2022;10:907052. doi:10.3389/fpubh.2022.907052.
34. Racine M. Chronic pain and suicide risk: a comprehensive review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2018;87:269-80. doi:10.1016/j.pnpbp.2017.08.020.
35. Kwon CY, Lee B. Prevalence of suicidal behavior in patients with chronic pain: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Front Psychol*. 2023;14:1217299. doi:10.3389/fpsyg.2023.1217299.
36. Themelis K, Gillett JL, Karadag P, Cheattle MD, Giordano NA, Balasubramanian S, et al. Mental defeat and suicidality in chronic pain: a prospective analysis. *J Pain*. 2023;24(11):2079-92. doi:10.1016/j.jpain.2023.06.017.
37. Klinpiboon A. Applying the problem-solving therapy program for psychiatric patients with suicidal ideations and behaviors. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*. 2024;11(2):151-64. (in Thai)
38. Kongsuk T. TK's 5 factors model for explaining the incidence of suicide and suicide attempt. *Srinagarind Medical Journal*. 2024;39(2):209-18. (in Thai)
39. Darvishi N, Farhadi M, Azmi-Naei B, Poorolajal J. The role of problem-solving skills in the prevention of suicidal behaviors: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2023;18(10):e0293620. doi:10.1371/journal.pone.0293620.
40. Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1977.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมการปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงใจทางโทรศัพท์ ต่อความยืดหยุ่นทางจิตใจในสมาชิกครอบครัวผู้ติดสุรา

วันรับ : 20 มกราคม 2568

วันแก้ไข : 12 มีนาคม 2568

วันตอบรับ : 24 มีนาคม 2568

จินณา ลาวัง, วท.ม., ผกาวรรณ นันทะเสน, ปร.ด.

ภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพฯ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงใจทางโทรศัพท์ต่อความยืดหยุ่นทางจิตใจในสมาชิกครอบครัวผู้ติดสุรา

วิธีการ : การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ติดสุราที่รับบริการศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด (สายด่วนเลิกเหล้า 1413) ที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจต่ำ 20 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน กลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลสุขภาพจิตตามแนวทางการให้บริการของศูนย์ฯ 3 ครั้งแรกใน 1 เดือน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงใจทางโทรศัพท์สัปดาห์ละครั้ง จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที ประเมินคะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจก่อนและหลังการทดลองทันทีด้วยแบบประเมินพลังใจฉบับ 3 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ chi-square, Wilcoxon signed-rank และ Mann-Whitney U

ผล : กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงร้อยละ 80 อายุ 40 - 60 ปีร้อยละ 65 ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความยืดหยุ่นทางจิตใจสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนเฉลี่ยความยืดหยุ่นทางจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : โปรแกรมการปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงใจทางโทรศัพท์ช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ติดสุราที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจต่ำมีความยืดหยุ่นทางจิตใจเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับบริการทางโทรศัพท์ตามปกติ

คำสำคัญ : การปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงใจ, ความยืดหยุ่นทางจิตใจ, จิตเวชทางไกล, ผู้ติดสุรา, สมาชิกครอบครัว

ติดต่อผู้นิพนธ์ : จินณา ลาวัง; e-mail: jinnalawang@gmail.com

Original article

Effects of telephone motivational counseling program on resilience among family members of alcoholics

Received : 20 January 2025

Revised : 12 March 2025

Accepted : 25 March 2025

Jinna Lawang, B.S., Pakawan Nantasen, Ph.D.

Department of Psychology, Faculty of Education,
Ramkhamhaeng University, Bangkok

Abstract

Objective: To examine the effects of a telephone motivational counseling program on resilience among family members of alcoholics.

Methods: This study employed a two-group, pretest-posttest, quasi-experimental design. The sample consisted of 20 family members of alcoholics with low resilience levels who received services from the Alcohol and Drug Helpline Centre (Quitline 1413). Participants were divided into two groups of 10 each. The control group received three initial sessions of mental health information within one month, in accordance with the service guidelines of the center. The experimental group received a telephone motivational counseling program consisting of eight weekly sessions, each lasting 45 minutes. Resilience scores before and after the intervention were measured using the 3-item version of the Resilience Inventory. Data were analyzed using descriptive statistics, the chi-square test, the Wilcoxon signed-rank test, and the Mann-Whitney U test.

Results: Participants were mostly female (80%) and aged between 40 and 60 years (65%). Before the intervention, resilience scores were not significantly different between the control and experimental groups. After the intervention, the experimental group showed significantly higher resilience scores compared to their pre-intervention scores. Additionally, the experimental group demonstrated significantly higher resilience scores than the control group.

Conclusion: The telephone motivational counseling program was effective in increasing resilience among family members of alcoholics with low resilience levels, compared to the standard telephone service.

Keywords: alcoholics, family member, motivational counseling, resilience, telepsychiatry

Corresponding author: Jinna Lawang; e-mail: jinnalawang@gmail.com

ความรู้เดิม : สมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ติดสุร้ามักประสบภาวะซึมเศร้าและขาดความยืดหยุ่นทางจิตใจ ซึ่งทำให้ปรับตัวและรับมือกับความเครียดได้ยาก

ความรู้ใหม่ : โปรแกรมการปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจทางโทรศัพท์ ซึ่งประยุกต์ใช้หลักการและเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อส่งเสริมความยืดหยุ่นทางจิตใจ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ พลังฮึด พลังฮึด และพลังสู้ ดำเนินการแบบรายบุคคล ครั้งละ 45 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 8 สัปดาห์ติดต่อกัน สามารถเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตใจในสมาชิกครอบครัวผู้ติดสุราได้เมื่อเปรียบเทียบกับ การให้ข้อมูลสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ตามปกติ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นแนวทางในการส่งเสริมดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ติดสุราที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจต่ำด้วยการปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจทางโทรศัพท์ เพื่อให้สามารถรับมือกับวิกฤตในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีการบริโภคแอลกอฮอล์สูงเป็นอันดับ 4 ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้โดยเฉลี่ย 7.79 ลิตรต่อคนต่อปี¹ การดื่มแอลกอฮอล์หรือสุราอย่างต่อเนื่องและดื่มหนักอาจนำไปสู่การติดสุรา ซึ่งเป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ดื่ม เช่น เพิ่มความเสี่ยงของการใช้ความรุนแรง ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และภาวะสมองเสื่อมในระยะยาว นอกจากนี้ สมาชิกในครอบครัวของผู้ติดสุร้ามักประสบปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และความสัมพันธ์ในครอบครัว² โดยสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุราถูกทำร้ายร่างกายและเกิดอุบัติเหตุจากผู้ป่วยบางคนต้องหยุดงานหรือหยุดเรียนจากการถูกทำร้ายและขาดความปลอดภัยในชีวิตประจำวัน³ โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้หญิง⁴ นอกจากนี้ สมาชิกในครอบครัวที่ติดสุรายังได้รับผลกระทบทางจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า และมีความยืดหยุ่นทางจิตใจต่ำ⁵

ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (resilience) หรือ พลังใจ (resilience quotient) ตามแนวคิดของกรมสุขภาพจิตมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ พลังฮึด (I am strong) คือ

ความสามารถในการทนต่อแรงกดดัน จัดการอารมณ์ และเผชิญสถานการณ์ยากลำบากอย่างมั่นใจ พลังฮึด (I have support) คือ การได้รับความกำลังใจและการสนับสนุนจากคนรอบข้างในการดำเนินชีวิตภายใต้สถานการณ์ที่กดดัน และพลังสู้ (I can do better) คือ ความสามารถในการเอาชนะอุปสรรค แก้ปัญหา จัดการความเครียด และขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น ส่วนแนวคิดของ Grotberg⁶ ได้อธิบายองค์ประกอบของความยืดหยุ่นทางจิตใจไว้ดังนี้ I am (ฉันเป็น) คือ การมองโลกในแง่ดี เชื่อมั่นในตนเอง มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง มีความภาคภูมิใจในตัวเอง และสามารถเข้าใจผู้อื่นได้ I have (ฉันมี) คือ การมีครอบครัวและเครือข่ายที่สนับสนุน มีแนวทางการดำเนินชีวิตที่ชัดเจน และสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การศึกษา และสวัสดิการ และ I can (ฉันสามารถ) คือ การมีทักษะในการแก้ปัญหา สามารถจัดการอารมณ์และความเครียด และขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น รวมถึงการตั้งเป้าหมายและวางแผนอนาคต ทั้งสองแนวคิดเน้นความสำคัญของการเสริมสร้างพลังภายใน การสนับสนุนจากภายนอก รวมถึงทักษะการจัดการปัญหาและความสัมพันธ์ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาความยืดหยุ่นทางจิตใจ

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing: MI) เป็นกระบวนการให้คำปรึกษาที่ยึดผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลางเพื่อสำรวจและจัดการความลังเลใจผ่านการกระตุ้นแรงจูงใจ⁸ เน้นการสร้างความสัมพันธ์ที่เท่าเทียม ยอมรับผู้รับการปรึกษาอย่างไม่มีเงื่อนไข เข้าใจความรู้สึก และสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงผ่านการค้นหาพลังและเป้าหมายภายในตนเอง⁹ หลักการพื้นฐานของ MI ประกอบด้วย การเข้าอกเข้าใจ การสร้างความชัดเจนในการตัดสินใจ การเลี่ยงการโต้แย้ง การจัดการแรงต้าน และการเสริมสร้างความสามารถในตนเอง¹⁰ โดยใช้ทักษะการสื่อสารแบบ OARS ซึ่งประกอบด้วย การตั้งคำถามปลายเปิด (open-ended questioning) การชื่นชมยืนยัน (affirmation) การฟังและสะท้อนความ (reflective listening) และการสรุปความ (summarization)⁹ MI ยังมีกลยุทธ์ที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษากล่าวข้อความจูงใจตนเอง ประกอบด้วย การถามกระตุ้นเพื่อดึงแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (evocative questions) การวิเคราะห์ข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมปัจจุบันและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น (exploring pros

and cons) การเจาะลึกเพื่อให้ได้รายละเอียดและช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้ฟังเสียงภายในของตนเอง (elaboration) การใช้จินตนาการถึงสถานการณ์เลวร้ายเพื่อกระตุ้นความกังวลและสร้างแรงผลักดัน (imagining) การตั้งคำถามถึงความคาดหวังในอนาคตเพื่อสร้างแรงจูงใจ (looking forward) การเปรียบเทียบกับอดีตกับปัจจุบันเพื่อให้เห็นความแตกต่าง (looking back) การสำรวจเป้าหมายในชีวิตเพื่อให้ผู้รับการปรึกษามองเห็นสิ่งสำคัญที่กระตุ้นการเปลี่ยนแปลง (exploring goals) การใช้ไม้บรรทัดแห่งความพร้อม (readiness ruler) โดยให้ผู้รับการปรึกษาประเมินความพร้อมของตนเองและสอบถามถึงเหตุผลที่อยู่เบื้องหลัง และการขัดเพื่อให้แย้ง (paradoxical challenge) ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาแย้งหรือสะท้อนด้านที่ยากเปลี่ยนแปลงออกมา¹⁰

การศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การปรึกษาที่ประยุกต์ใช้ MI สามารถเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้มีปัญหามหาสุขภาพจิตหรือประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหามหาสุขภาพจิตได้ การศึกษาในนักเรียนมัธยมต้นที่เป็นเหยื่อความรุนแรงทางเพศประเทศอินโดนีเซียพบว่า หลังการให้ MI กลุ่มตัวอย่างมีความยืดหยุ่นทางจิตใจสูงขึ้น¹¹ การศึกษาในนักเรียนมัธยมปลายที่มีผลการเรียนต่ำประเทศอินเดียพบว่า หลังการให้ MI กลุ่มตัวอย่างมีความยืดหยุ่นทางจิตใจสูงขึ้นและมีการปรับเปลี่ยนมุมมองเพื่อการพัฒนาการเรียนที่ดีขึ้น¹² และการศึกษาในนักเรียนหญิงระดับมัธยมต้นประเทศอิหร่านที่พบว่า MI มีประสิทธิผลในการส่งเสริมการมีเป้าหมายในชีวิต ความยืดหยุ่นทางจิตใจ และความสนใจทางสังคม (social interest)¹³ ทั้งนี้การศึกษาในประเด็นดังกล่าวส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่กลุ่มเยาวชน ขณะที่การศึกษาในกลุ่มครอบครัวผู้ติดสุรายังมีจำกัด

ในปี พ.ศ. 2565 กรมสุขภาพจิตได้พัฒนาแนวทางการให้บริการตรวจรักษาจิตเวชทางไกล (telepsychiatry) เพื่อเพิ่มความรวดเร็วและความครอบคลุมในการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหามหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยโรคจิตเวช โดยใช้เทคโนโลยีวิดีโอคอลและโทรศัพท์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบแพทย์ทางไกล (telemedicine)¹⁴ นอกจากนี้ยังมีบริการปรึกษาผ่านสายด่วนต่าง ๆ เช่น สายด่วนสุขภาพจิต 1323 สายด่วนบำบัดยาเสพติด 1165 ศูนย์รับฟังสมาคมสมาชิกริตันส์ และศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด (สายด่วนเลิกเหล้า

1413) ซึ่งเป็นศูนย์กลางให้การปรึกษาทางโทรศัพท์และออนไลน์สำหรับผู้มีปัญหาการติดสุราและผู้ที่ได้รับผลกระทบซึ่งในปี พ.ศ. 2567 มีผู้ติดและผู้ได้รับผลกระทบที่ได้รับการปรึกษาทางโทรศัพท์และช่องทางออนไลน์กว่า 7,000 ราย¹⁵ การศึกษาในผู้รับบริการพบว่า ผู้ได้รับผลกระทบจากการติดสุรามักเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ประสบความเครียดและภาวะซึมเศร้าเนื่องจากความรุนแรงในครอบครัว การถูกละเลยทางอารมณ์ และความกังวลเกี่ยวกับอนาคต¹⁶ ทั้งนี้ครอบครัวผู้ติดสุรามักเผชิญกับการตีตรา รู้สึกถูกกีดกัน และการไม่ยอมรับจากสังคม นำไปสู่ความรู้สึกโดดเดี่ยว แม้ต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ แต่หลายครั้งกลับไม่กล้าเปิดเผยปัญหาของตนเอง⁴ ปัญหาเหล่านี้ส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับการขาดความยืดหยุ่นทางจิตใจ เช่น ทักษะแก้ปัญหา การรับรู้ถึงแรงสนับสนุน และการขอความช่วยเหลือ การปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์จึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่ต้องการขอความช่วยเหลือแต่ยังไม่พร้อมแสดงตัวตน เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตและการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจของประชากรกลุ่มนี้¹⁷ อย่างไรก็ตาม การประยุกต์ใช้ MI ในบริบทจิตเวชทางไกลในประเทศไทยส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่ผู้ติดสุราเพื่อลดการดื่ม ขณะที่การศึกษาในสมาชิกครอบครัวผู้ติดสุรายังมีจำกัด โดยเฉพาะ MI ที่มุ่งเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ

ดังนั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational counseling) ทางโทรศัพท์ต่อความยืดหยุ่นทางจิตใจในครอบครัวผู้ติดสุรา เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการขยายผลการส่งเสริมดูแลสุขภาพจิตของสมาชิกครอบครัวผู้ติดสุราที่สอดคล้องกับความต้องการและบริบทในปัจจุบัน

วิธีการ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest - posttest quasi-experimental study) ดำเนินการในเดือนกรกฎาคม ถึงตุลาคม พ.ศ. 2567 ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง หมายเลขใบรับรอง RU-HER 67/0085 วันที่ 17 พฤษภาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

สมาชิกในครอบครัวผู้ติดสุราที่รับบริการทางโทรศัพท์ สายด่วนเลิกเหล้า 1413 ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2567 เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ครัวเรือนเดียวกันกับผู้ติดสุราไม่ต่ำกว่า 1 ปี 3) มีความยืดหยุ่นทางจิตใจอยู่ในระดับต่ำ ประเมินจากแบบประเมินพลังใจฉบับ 3 ข้อของกรมสุขภาพจิต (resilience inventory 3 items)¹⁸ และ 4) มีสมาชิกในครอบครัวติดสุราจากการประเมินด้วยแบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มสุราสูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด (alcohol, smoking, and substance involvement screening test: ASSIST)¹⁹ อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ได้รับการปรึกษาหรือการบำบัดทางจิตวิทยาจากแหล่งอื่น ๆ ในช่วงเวลาการวิจัย หรือ 2) ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวชและได้รับการรักษาด้วยยา

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงแนวทางของ VanVoorhis และ Morgan²⁰ ซึ่งแนะนำว่าหากต้องการวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (effect size = 0.50) ควรมีตัวอย่างอย่างน้อย 7 คนต่อกลุ่ม และหากต้องการวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลระดับสูง (effect size = 0.80) ควรมีตัวอย่างประมาณ 30 คนต่อกลุ่ม ทั้งนี้ ได้กำหนดให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีกลุ่มละ 10 คน ซึ่งสูงกว่าขั้นต่ำที่แนะนำสำหรับอิทธิพลระดับปานกลาง จึงถือว่าเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติ เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก

จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 10 คน ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสุ่ม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการศึกษแบบเสริมสร้างแรงจูงใจทางโทรศัพท์เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตใจ กลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลตามแนวทางการให้บริการของศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด ซึ่งโดยปกติศูนย์ฯ มีระบบการให้บริการทั้งหมด 6 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่โทรเข้ามาใช้บริการ ตามด้วยการติดตามช่วง 1 สัปดาห์ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือนหลังจากครั้งแรก ในการศึกษา กลุ่มควบคุมได้รับการให้ข้อมูล 3 ครั้ง คือ ครั้งที่โทรเข้ามาใช้บริการ การติดตามหลัง 1 สัปดาห์ และการติดตามหลัง 1 เดือน เพื่อให้ระยะเวลาใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง และยังคงสอดคล้องกับการให้บริการจริงของศูนย์ฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการศึกษแบบเสริมสร้างแรงจูงใจทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวทางและเทคนิคของ MI^{9,10} เพื่อส่งเสริมองค์ประกอบหลักของความยืดหยุ่นทางจิตใจตามกรมสุขภาพจิต⁶ มีการพัฒนาตามขั้นตอนดังนี้ 1) กำหนดจุดมุ่งหมายและโครงสร้างเนื้อหาการศึกษา 2) ศึกษาแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อออกแบบโปรแกรม 3) วางแผนรายละเอียดให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย 4) ตรวจสอบความสอดคล้องและปรับปรุง 5) ให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความเหมาะสมของโปรแกรม 6) ทดลองใช้โปรแกรมกับครอบครัวผู้ติดสุราที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และ 7) ปรับแก้โปรแกรมตามคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญและกลุ่มทดลองใช้ จากนั้นจึงนำโปรแกรมที่ได้รับความเห็นชอบไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยรายละเอียดของการพัฒนาโปรแกรมฯ สามารถติดต่อผู้วิจัยได้ทางอีเมล โปรแกรมฯ มีการดำเนินแบบรายบุคคล ครั้งละ 45 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 8 สัปดาห์ติดต่อกัน แสดงดังตาราง 1

2. แบบประเมินพลังใจฉบับ 3 ข้อ¹⁸ ใช้คัดเลือกและติดตามความยืดหยุ่นทางจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมินพลังใจฉบับ 20 ข้อในปี พ.ศ. 2550 โดยอิงจากองค์ประกอบความยืดหยุ่นทางจิตใจของ Grotberg⁷ แบบประเมินได้รับการปรับปรุงหลายครั้งเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น การระบาดของโรคโควิด 19 ในปี พ.ศ. 2563 ปรับลดเหลือ 6 ข้อ และต่อมาในปี พ.ศ. 2564 ได้ลดจำนวนข้อเหลือ 3 ข้อ เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการใช้งานแต่ยังคงประสิทธิภาพในการประเมิน แบบประเมินฉบับ 3 ข้อนี้มีค่าความเชื่อมั่นระดับสูง (Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .91) ความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามระดับดี (สัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์เท่ากับ .77 - .78) และความสอดคล้องระดับสูงกับฉบับ 6 ข้อในทุกองค์ประกอบ¹⁸ ผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินนี้กับสมาชิกครอบครัวผู้ติดสุราที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นระดับสูง (Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .82) แปลผลระดับความยืดหยุ่นทางจิตใจตามคะแนนรวมโดยใช้เกณฑ์ช่วงอายุ 20 - 59 ปี ดังนี้ 3 - 17 คะแนน หมายถึง มีความยืดหยุ่นทางจิตใจระดับต่ำ 18 - 22 คะแนน หมายถึง มีความยืดหยุ่นทางจิตใจระดับปานกลาง 23 - 30 คะแนน หมายถึง มีความยืดหยุ่นทางจิตใจระดับสูง

ตารางที่ 1 โปรแกรมการปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจทางโทรศัพท์ในสมาชิกครอบครัวผู้ติดสุรา

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	แนวคิดของ MI
1	สร้างความสัมพันธ์และสำรวจปัญหาเบื้องต้น	เพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การศึกษาและ ผู้รับการปรึกษา แจ้งวัตถุประสงค์ ข้อตกลงในการเข้าร่วม โปรแกรม และสำรวจปัญหาเบื้องต้นของผู้รับการปรึกษา	- spirit of MI - OARS - DARES
2	เสริมสร้างพลังผู้ เรื่องการรับรู้ถึงเป้าหมายและศักยภาพ แห่งตนเอง	เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาระบุสิ่งที่ต้องการบรรลุและ เชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง โดยการประเมินความพร้อม ในการใช้ศักยภาพเพื่อบรรลุเป้าหมาย และวางแผนการ ดำเนินการ พร้อมกำหนดวันที่ลงมือทำ เพื่อให้สามารถ บรรลุเป้าหมายได้ตามที่ตั้งใจไว้	- DARES - exploring goals - looking forward - evocative question - elaboration - readiness ruler - discussing a plan - information and advice
3	เสริมสร้างพลังผู้ เรื่องการรับมือกับอุปสรรค และทักษะขอความช่วยเหลือ	เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังการปรึกษา ครั้งก่อน และเพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีวิธีรับมือ กับอุปสรรค พร้อมทั้งเสริมทักษะในการขอความช่วยเหลือ เมื่อเผชิญกับปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้เอง	- OARS - DARES - elaboration - exploring pros & cons
4	เสริมสร้างพลังฮึด เรื่องสร้างแรงจูงใจเพิ่มความหวังและไปต่อ	เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการวางแผน ก่อนหน้านี้ และกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษามีแรงจูงใจ ในการเปลี่ยนแปลงตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยทำทีละขั้น ตอนอย่างค่อยเป็นค่อยไปเพื่อให้เกิดความหวังและ ความสำเร็จในระยะยาว	- OARS - DARES - elaboration - looking forward
5	เสริมสร้างพลังฮึด เรื่องเติมกำลังใจระหว่างเดินทาง	เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังการปรึกษา ครั้งก่อน และเสริมสร้างให้ผู้รับการปรึกษามีกำลังใจ ในการเปลี่ยนแปลงตามเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างต่อเนื่อง	- OARS - DARES - elaboration - imagining - exploring goals
6	เสริมสร้างพลังฮึด เรื่องดูแลจิตใจผ่านการตระหนักรู้ อารมณ์ตนเอง	เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังการปรึกษา ครั้งก่อน และช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถทนต่อ แรงกดดันด้วยการตระหนักรู้และดูแลอารมณ์ของตนเอง เพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว	- OARS - elaboration - looking back
7	เสริมสร้างพลังฮึด เรื่องดูแลจิตใจผ่านการเป็นมิตรกับตัวเอง	เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงและถามเกี่ยวกับการฝึก ตระหนักรู้ถึงอารมณ์ในสัปดาห์ที่ผ่านมา พร้อมช่วยให้ ผู้รับการปรึกษาสามารถทนต่อแรงกดดันและดูแลจิตใจ ตัวเองโดยการมองเห็นสิ่งดีๆ และให้กำลังใจตนเองเพื่อ ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว	- OARS - DARES - looking back
8	เน้นย้ำการเปลี่ยนแปลง	เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากครั้งก่อน กระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาสรุปและลงมือทำต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังจะประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจและ ขอยุติการปรึกษา	- OARS - looking back - exploring goals - elaboration

MI: motivational interviewing, OARS: open questions, affirmations, reflective listening, and summarizing, DARES: develop discrepancy, avoid argumentation, roll with resistance, express empathy, and support self-efficacy

วิธีการดำเนินการศึกษา

คัดเลือกผู้ดื่มสุรากลุ่มเสี่ยงสูงตาม ASSIST จากฐานข้อมูลผู้รับบริการ และติดต่อครอบครัวเพื่อเชิญเข้าร่วมงานวิจัย พร้อมประเมินพลังใจฉบับ 3 ข้อ ผ่านโทรศัพท์ จากนั้นจัดส่งเอกสารรายละเอียดโครงการและใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยทางจดหมายหรืออีเมล โดยให้ผู้ที่เข้าเกณฑ์และสนใจเข้าร่วมการวิจัยลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มแสดงความยินยอม ก่อนส่งกลับคืนให้ผู้วิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน ด้วยการสุ่มแบบง่ายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจทางโทรศัพท์ ต่อความยืดหยุ่นทางจิตใจ โดยผู้วิจัยหลักซึ่งมีประสบการณ์ให้การปรึกษาแบบ MI มากกว่า 5 ปี และได้รับการอบรมด้านการให้คำปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจทางโทรศัพท์ สำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุราและผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ดื่มสุราจากศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด เมื่อปีพ.ศ. 2563 ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลตามแนวทางการให้บริการปกติของศูนย์ฯ โดยเจ้าหน้าที่ประจำเวรเป็นผู้ให้ข้อมูล หลังการทดลองกลุ่มทดลองได้รับการประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจทันที หลังจบโปรแกรมโดยผู้วิจัย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินหลังรับบริการ 8 สัปดาห์โดยเจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

แจกแจงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบ chi-square และวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มด้วยการทดสอบ Wilcoxon signed-rank และระหว่างกลุ่มด้วยการทดสอบ Mann-Whitney U

ผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 คน เป็นหญิงร้อยละ 80 อายุ 40 - 60 ปีร้อยละ 65 อายุ 20 - 40 ปีร้อยละ 35 ความสัมพันธ์กับผู้ติดสุราเป็นคู่สมรสร้อยละ 30 พี่น้องร้อยละ 25 บิดามารดาร้อยละ 15 และมีอาชีพรับจ้างและธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 25 เท่ากัน

กลุ่มทดลอง 10 คนและกลุ่มควบคุม 10 คนไม่มีความแตกต่างด้านเพศ ($p = 1.000$) และความสัมพันธ์กับผู้ติดสุรา ($p = .392$) แต่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านอายุ ($p = .029$) และอาชีพ ($p = .010$) โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40 - 60 ปี ขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20 - 40 ปี นอกจากนี้กลุ่มทดลองมีอาชีพข้าราชการ เกษตรกร และธุรกิจส่วนตัวมากกว่า ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีอาชีพรับจ้างและว่างงานมากกว่า รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

การทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม พบว่าก่อนการทดลองคะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($z = -0.23$, $p = .819$) แต่หลังการทดลองคะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -3.11$, $p = .002$) แสดงดังตารางที่ 3

การทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่ม พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความยืดหยุ่นทางจิตใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -2.81$, $p = .005$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 14.10 (ระดับต่ำ) เป็น 27.30 (ระดับสูง) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 13.60 (ระดับต่ำ) เป็น 17.00 (ระดับต่ำ) แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -1.48$, $p = .139$) แสดงดังตารางที่ 4

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจทางโทรศัพท์มีคะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลตามแนวทางการให้บริการของศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับแนวทางของ Belmontes²¹ ที่เสนอแนวทางการให้ MI กับครอบครัวของผู้ที่มีปัญหาการใช้สุราหรือสารเสพติด โดยเน้นการสนทนาแบบร่วมมือเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยกระบวนการปรึกษาของโปรแกรมฯ ในการศึกษาเน้นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดกับครอบครัวผู้ติดสุรา การตั้งเป้าหมายและวิธีการบรรลุถึงเป้าหมาย การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และการเป็นมิตรกับตัวเอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	กลุ่มทดลอง (n = 10)		กลุ่มควบคุม (n = 10)		χ^2	df	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ					.00	1.00	1.000
ชาย	2	20.0	2	20.0			
หญิง	8	80.0	8	80.0			
อายุ					5.49	1.00	.029
20 - 40 ปี	1	10.0	6	60.0			
40 - 60 ปี	9	90.0	4	40.0			
	(mean = 2.00, SD =.47)		(mean = 1.40, SD =.52)				
ความสัมพันธ์กับผู้ติดสุรา					5.20	5.00	.392
บิดา มารดา	2	20.0	1	10.0			
บุตร	0	0.0	2	20.0			
คู่สมรส	4	40.0	2	20.0			
พี่น้อง	3	30.0	2	20.0			
ญาติใกล้ชิด	1	10.0	1	10.0			
คู่รัก	0	0.0	2	20.0			
อาชีพ					15.20	5.00	.010
รับราชการ	3	30.0	0	0.0			
พนักงานเอกชน	1	10.0	0	0.0			
เกษตรกร	3	30.0	0	0.0			
รับจ้าง	0	0.0	5	50.0			
ธุรกิจส่วนตัว	3	30.0	2	20.0			
ว่างงาน	0	0.0	3	30.0			

ตารางที่ 3 ความยืดหยุ่นทางจิตใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและผลการทดสอบ Mann-Whitney U

	Mean of Rank	Sum of Rank	Mann-Whitney U	M	Z	p
ก่อนทดลอง			47.00	13.85	-0.23	.819
กลุ่มทดลอง	10.80	108.00				
กลุ่มควบคุม	10.20	102.00				
หลังทดลอง			9.00	22.15	-3.11	.002
กลุ่มทดลอง	14.60	146.00				
กลุ่มควบคุม	6.40	64.00				

ตารางที่ 4 ความยืดหยุ่นทางจิตใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะเวลาและหลังการทดลอง และผลการทดสอบ Wilcoxon signed-ranks

	M	SD	Z	p
ก่อนทดลอง			-2.81	.005
กลุ่มทดลอง	14.10	1.66		
กลุ่มควบคุม	27.30	2.83		
หลังทดลอง			-1.48	.139
กลุ่มทดลอง	13.60	5.62		
กลุ่มควบคุม	17.00	6.45		

การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การปรึกษากับครอบครัวผู้ติดสุรา อยู่ในโปรแกรมครั้งที่ 1 และสอดแทรกในทุกครั้งของการปรึกษา โดยใช้ spirit of MI ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและการกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาค้นพบและใช้พลังในตัวเองเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น⁹ โดยมีองค์ประกอบหลัก 4 ประการ ได้แก่ 1) ความร่วมมือ คือ การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาอย่างเท่าเทียม เน้นการทำงานร่วมกันเพื่อค้นหาวิธีช่วยเหลือที่เหมาะสมที่สุด 2) การยอมรับ ที่ตั้งอยู่บนแนวคิดการให้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วยการให้คุณค่าโดยไม่ตัดสิน การให้ความรู้สึกเป็นอิสระและสนับสนุนในการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงด้วยตัวเอง การชื่นชมยืนยันเพื่อสนับสนุนจุดแข็ง และการมีความเข้าใจเพื่อเสริมแรงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลง 3) ความเข้าอกเข้าใจ ที่ผู้ให้การปรึกษาเข้าใจปัญหาของผู้รับการปรึกษาอย่างแท้จริงโดยไม่ตัดสิน พร้อมใส่ใจและช่วยให้ผู้รับการปรึกษาค้นพบวิธีการแก้ไขปัญหของตนเอง และ 4) การปลุกเร้า คือ การกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาค้นพบเป้าหมายและคุณค่าของตนเอง พร้อมชี้ให้เห็นจุดแข็งและแรงจูงใจภายในเพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน

การตั้งเป้าหมายและวิธีการบรรลุถึงเป้าหมาย อยู่ในโปรแกรมครั้งที่ 2 และ 3 ในหัวข้อเสริมสร้างพลังสู่ใช้เทคนิคการสำรวจเป้าหมายในชีวิต โดยสอบถามเป้าหมายที่อยากให้เกิดขึ้นและสำรวจศักยภาพในตนเองเพื่อสร้างความเชื่อมั่น¹⁰ ใช้กระบวนการวางแผนการบรรลุเป้าหมาย⁹ เช่น “เป้าหมายนี้สำคัญหรือมีคุณค่ากับคุณอย่างไร” “ถ้าเป้าหมายที่ต้องการเกิดขึ้นจริง ๆ คุณจะรู้สึกอย่างไร” และ “หากต้องการให้เป้าหมายที่ตั้งไว้เกิดขึ้นจริง ๆ คุณคิดว่าตนเองควรจะเริ่มจากอะไร” การเสริมทักษะการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น และเทคนิคตรวจสอบเหตุผลทั้งสองด้านเพื่อพิจารณาข้อดีข้อเสียของการขอความช่วยเหลือ¹⁰ เนื่องจากครอบครัวผู้ติดสุรามักมีความคิดว่าตนเองไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและปัญหาที่ตนเองเจอเป็นเรื่องน่าอาย ทำให้ครอบครัวผู้ติดสุราส่วนใหญ่เลือกปกปิดและเก็บปัญหาไว้กับตนเองจนไม่กล้าขอความช่วยเหลือจากคนอื่น⁴

การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อไปต่อ อยู่ในโปรแกรมครั้งที่ 4 และ 5 ในหัวข้อเสริมสร้างพลังฮึด ใช้หลักการ

DARES⁹ และเทคนิค OARS⁹ ได้แก่ การตั้งคำถามปลายเปิด การชื่นชมยืนยันรับรอง การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ และการสรุปความ รวมถึงใช้กลยุทธ์การถามเพื่อได้รายละเอียดที่มากขึ้นและการคาดการณ์อนาคต เช่น “สัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร” “ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยว่ามีอะไรเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมบ้าง” “หลังจากที่ทำตามที่วางแผนไว้แล้วคุณรู้สึกอย่างไร” “มีอะไรที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงหรือเปล่า” “คุณมีวิธีการรับมือกับอุปสรรคอย่างไร” “ในสถานการณ์ที่คุณกำลังเผชิญอยู่คงไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะกลับมาที่มีความหวังอีกครั้ง นั่นเป็นเรื่องที่น่าชื่นชมมาก” และ “ถ้าให้ชื่นชมตัวเองสัก 1 ประโยคอยากบอกตัวเองว่าอะไร” สอดคล้องกับการศึกษาของ Cole และคณะ²² ที่พบว่าการใช้ MI ร่วมกับการวางแผนลงมือทำแบบสั้น (brief action planning) ช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การเป็นมิตรกับตัวเอง อยู่ในโปรแกรมครั้งที่ 6 และ 7 ในหัวข้อเสริมสร้างพลังฮึด⁶ ใช้กลยุทธ์การถามเพื่อให้ได้รายละเอียดและกลยุทธ์มองย้อนกลับสู่อดีต¹⁷ ร่วมกับเทคนิคการชื่นชมยืนยันรับรอง⁹ เช่น “ช่วงที่ผ่านมาคุณมีวิธีการดูแลจิตใจตนเองอย่างไรบ้าง” “วิธีการดูแลจิตใจที่คุณพูดถึงช่วยคุณยังไบบ้าง” “นอกจากวิธีที่คุณพูดถึง มีอะไรที่คุณคิดว่าสามารถช่วยดูแลจิตใจของคุณได้อีกบ้าง” และ “สภาพจิตใจของคุณก่อนที่จะตัดสินใจเปลี่ยนแปลงต่างจากหลังการเปลี่ยนแปลงอย่างไร” และการฝึกตระหนักรู้อารมณ์ผ่านการหายใจ การสัมผัสร่างกาย และการตั้งชื่อให้กับอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลของวชิร แสงสาย และคณะ²³ ที่พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางอารมณ์ร่วมกับการฝึกทักษะการหายใจช่วยลดความเครียดและเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา รวมทั้งการศึกษาในวัยรุ่นอายุ 11 - 17 ปีของ Kallianta และคณะ²⁴ ที่พบว่า โปรแกรมการจัดการความเครียด 8 สัปดาห์สามารถลดระดับความเครียดและเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตใจได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบจากดื่มสุราของกนกลักษณ์ ศิริรุ่งวัฒนากุล และคณะ¹⁶ ที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมแรงจูงใจ (motivation enhancement therapy) ทางโทรศัพท์มีระดับความเครียดเฉลี่ยที่ 6 เดือนต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบสั้นเกี่ยวกับสุรา สะท้อนให้เห็นว่าการลดความเครียดด้วยเทคนิคต่าง ๆ เช่น การฝึกสติ

การผ่อนคลาย และการตระหนักรู้อารมณ์ เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวและเผชิญกับสถานการณ์ท้าทายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษานี้แสดงถึงความเป็นไปได้ในการส่งเสริมความยืดหยุ่นทางจิตใจด้วยการปรึกษาทางโทรศัพท์ ซึ่งเป็นทางเลือกที่เหมาะสมกับครอบครัวผู้ติดสุราซึ่งมักขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตเนื่องจากภาระในการดูแลผู้ติดสุราและความรู้สึกถูกตีตรา⁴ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดดังนี้ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันด้านอายุและอาชีพ แม้ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มแล้ว ซึ่งอาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับความยืดหยุ่นในจิตใจหลังทดลอง อีกทั้งยังไม่มี การปกปิดข้อมูลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแก่ผู้ประเมิน จึงอาจเกิดอคติในการให้คะแนนได้ ระยะเวลาและจำนวนครั้งการเข้าร่วมการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน อาจทำให้ผลการศึกษานี้ได้รับอิทธิพลจากการดูแลหรือความใส่ใจนอกเหนือจากตัวเนื้อหาของโปรแกรม การศึกษาครั้งนี้ติดตามผลระยะสั้นหลังทดลองทันทีเนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาการวิจัย จึงไม่สามารถระบุความคงทนของโปรแกรมในระยะยาวได้ นอกจากนี้ การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ยังต้องอาศัยทักษะและประสบการณ์ของผู้ให้การปรึกษาในการฟังเพื่อรับรู้ถึงสารที่ผู้รับการปรึกษาสื่อ การนำไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการอาจจำเป็นต้องปรับรูปแบบให้เหมาะสม เช่น การใช้การสื่อสารผ่านวิดีโอคอลเพื่อให้สามารถรับรู้วัจนภาษา (nonverbal communication) ได้ชัดเจนขึ้น หรือการปรับโครงสร้างของกิจกรรมตามบริบทและข้อจำกัดของหน่วยงาน แต่ยังคงครอบคลุมองค์ประกอบหลักที่สำคัญ ได้แก่ ความร่วมมือ การยอมรับ ความเข้าใจ และการปลุกเร้าที่ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาค้นพบเป้าหมายและคุณค่าของตนเอง ในขณะที่เดียวกัน แนวทางการศึกษาในอนาคตควรให้ความสำคัญกับการกำหนดจำนวนครั้งและเวลาดำเนินการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้เท่ากัน การติดตามผลในระยะยาว การควบคุมตัวแปรพื้นฐานให้รัดกุมมากขึ้น และการทดลองในกลุ่มประชากรและบริบทที่หลากหลาย เพื่อยืนยันถึงประสิทธิผลของโปรแกรม

สรุป

โปรแกรมการปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจทางโทรศัพท์ ซึ่งประยุกต์ใช้หลักการและเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) ได้แก่ ความร่วมมือ การยอมรับ ความเข้าใจ และการปลุกเร้าที่ช่วยในการค้นพบเป้าหมายและคุณค่าของตนเอง ดำเนินการแบบรายบุคคล ครั้งละ 45 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 8 สัปดาห์ติดต่อกัน ครอบคลุมกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความยืดหยุ่นทางจิตใจ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ พลังอึด (I am strong) พลังยึด (I have support) และพลังสู้ (I can do better) การศึกษาแบบกึ่งทดลองพบว่า โปรแกรมฯ ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตใจในสมาชิกครอบครัวผู้ติดสุราที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับ การให้ข้อมูลสุขภาพจิตในระยะเวลาที่ใกล้เคียงกันตามแนวทางการให้บริการของศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.พญ.รัศมน กัลยาศิริ ผู้อำนวยการศูนย์ปรึกษาเพื่อการเลิกสุราและการเสพติด และเจ้าหน้าที่สำหรับการอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณ รศ.อริสา สำรอง และ ผศ.กรรณิการ์ แสนสุภา ภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง สำหรับคำแนะนำในการวิจัย

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

จินฉา ลาวัง : ออกแบบการวิจัย ดำเนินการวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ ; ผกาพรรณ นันทะเสน : ออกแบบการวิจัย ตรวจสอบนิพนธ์ต้นฉบับ

เอกสารอ้างอิง

1. Sukoco R. Alcohol consumption in Southeast Asia, 2023 [Internet]. Ho Chi Minh City: Seasia.co; 2024 [cited 2025 Jan 30]. Available from: <https://seasia.co/infographic/alcohol-consumption-in-south-east-asia-2023>
2. Department of Mental Health. Report on screening and treatment of alcohol consumers: FY 2024 performance. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2024. (in Thai)
3. Chusri W, Bunrojphong S, Phrommontri J, Usen-apang S. Impact on families from alcohol

- consumption of alcohol-dependent patients undergoing treatment in hospitals in Songkhla Province. Songkhla: Alcohol Problems Research Center; 2018. (in Thai)
4. Khunrakman M, Madada A, Manradan A. Living space of women: experiences of women facing problems with family members who drink alcohol. Songkhla: Centre for Alcohol Studies; 2021. (in Thai)
 5. Şenormancı G, Eşmen E, Turan Ç, Şenormancı Ö. Evaluation of resilience, quality of life, and depression in family members of alcohol or substance dependent patients. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2019;32(4):320-7. doi:10.14744/DAJPNS.2019.00046.
 6. Department of Mental Health. Mental health package: guidelines for mental health care. Nonthaburi: Strategic and Planning Division; 2020. (in Thai)
 7. Grotberg EH. The International resilience project: Findings from the research and the effectiveness of interventions [Internet]. Houston: Education Resources Information Center; 1997 [cited 2025 Mar 4]. Available from: <https://eric.ed.gov/?id=ED419584>
 8. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
 9. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: helping people change. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.
 10. Saengcharnchai P. Motivational interviewing for counseling and therapy. In: Training of personnel competency development project in counseling for gambling problems. Bangkok: Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute; 2010. (in Thai)
 11. Rokhyani E, Sugiyo, Samsudi, Purwanto E. Effectiveness of motivational interviewing (MI) technique towards resilience of sexual violence students of junior high school in Nganjuk. *Int J Innov Sci Res Technol*. 2020;5(7):1080-4. doi:10.38124/IJISRT20JUL571.
 12. Roy R. Efficacy of motivational interviewing on improving resilience among students with below-average academic performance: A case study. *International Journal of Indian Psychology*. 2017;4(2):126-35. doi:10.25215/0402.114.
 13. Ghaseminaei R, Derakhshan N. The effectiveness of motivational interviewing on resilience, sense of purpose, and social interest among adolescent girls in middle school. *Psychol Sci.* 2025;30(2):61-72. doi:10.17759/pse.2025300205.
 14. Department of Mental Health. Guidelines for telepsychiatry services for outpatients. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2022. (in Thai)
 15. Alcohol and Drug Addiction Counseling Center. We are an organization that has helped over 7,000 individuals, both drinkers and their relatives, improve their lives each year [Internet]. Bangkok: Alcohol and Drug Addiction Counseling Center; 2024 [cited 2025 Feb 28]. Available from: <https://www.facebook.com/1419counseling/photos/a.596823872116607/1208544540944534> (in Thai)
 16. Sirirungwatthanakul K, Saengcharnchai P, Leelahanaj T. The Effectiveness of Telephone Motivational Enhancement Therapy Counseling for Significant Others of Alcohol Abusers. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2017;62(4):309-22. (in Thai)
 17. Saengchanchai P, Phukhao D, Sombatmai S, Saraubon N, Noknoi S, Uthit P. Motivational Interviewing and Motivational Enhancement Therapy: MI & MET. Bangkok: Internal Auditing Certificate Program (IACP); 2010. (in Thai)
 18. Detkong T, Gunadhidhvana P, Tipchot T, Wuttiarn P. Reliability and validity of resilience inventory 3-item version. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2022;30(4):297-306. (in Thai)
 19. Assanangkornchai S, Arunpongpaissal S, Kittiratpaiboon P, editors. The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): manual for use in primary care. Bangkok: Community Substance Use Academic Program, Department of Mental Health; 2011. (in Thai)
 20. VanVoorhis CRW, Morgan BL. Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*. 2007;3(2):43-50. doi:10.20982/tqmp.03.2.p043.

21. Belmontes KC. When family gets in the way of recovery: motivational interviewing with families. *The Family Journal*. 2018;26(1):99-104. doi:10.1177/1066480717753013.
22. Cole SA, Sannidhi D, Jadotte YT, Rozanski A. Using motivational interviewing and brief action planning for adopting and maintaining positive health behaviors. *Prog Cardiovasc Dis*. 2023;77:86-94. doi:10.1016/j.pcad.2023.02.003.
23. Sangsai W, Thipsungnoen T, Weingperm S. The Effect of the resilience enhancement program and rhythm breathing techniques on stress management behaviors and coping among 1st -year nursing students at Boromarajonani college of nursing Nakhon Ratchasima. *Research and Development Health System Journal*. 2020;13(2):512-20. (in Thai)
24. Kallianta MK, Katsira XE, Tsitsika AK, Vlachakis D, Chrousos G, Darviri C, et al. Stress management intervention to enhance adolescent resilience: a randomized controlled trial. *EMBnet J*. 2021;26:e967. doi:10.14806/ej.26.1.967.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงในโรงพยาบาลลำพูน

วันรับ : 22 ธันวาคม 2567
วันแก้ไข : 18 กุมภาพันธ์ 2568
วันตอบรับ : 14 มีนาคม 2568

ชลธิชา เรืองวิริยะนันท์, พ.บ.
โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา

วิธีการ : ศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลลำพูน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2566 และมีภาวะถอนพิษสุราตั้งแต่แรกเริ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ประวัติการดื่มสุราและการบำบัดรักษา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและสัญญาณชีพแรกเริ่ม และคะแนน alcohol withdrawal scale (AWS) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 190 คน เป็นชายร้อยละ 87.4 อายุเฉลี่ย 48.9 ปี มีโรคประจำตัวร้อยละ 38.9 และดื่มสุราเป็นประจำร้อยละ 93.7 ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรง (AWS 10 คะแนนขึ้นไป) อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับภาวะถอนพิษสุราแบบไม่รุนแรง ได้แก่ การดื่มสุราเป็นประจำ การสูบบุหรี่ ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ประวัติการบำบัดภาวะถอนพิษสุรา ประวัติความจำเสื่อมชั่วคราวจากสุรา ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกเริ่ม liver function test, blood sugar/DTX, creatinine, calcium, magnesium, และ potassium ผิดปกติ ความดันโลหิต systolic แรกเริ่มสูงกว่า 110 มม.ปรอท และชีพจรแรกเริ่มมากกว่า 100 ครั้ง/นาที

สรุป : ควรพัฒนาแนวทางเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถอนพิษสุรารุนแรง ได้แก่ ผู้ดื่มสุราเป็นประจำ มีประวัติภาวะถอนพิษสุรา และมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและสัญญาณชีพแรกเริ่มผิดปกติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องและการเสียชีวิต

คำสำคัญ : ปัจจัยเสี่ยง, ภาวะถอนพิษสุรา, ภาวะถอนพิษสุรารุนแรงชนิดเพื่อสับสน

ติดต่อผู้นิพนธ์ : ชลธิชา เรืองวิริยะนันท์; e-mail: Memowiaga@gmail.com

Original article

Risk factors for severe alcohol withdrawal syndrome in Lamphun hospital

Received : 22 December 2024

Revised : 18 February 2025

Accepted : 14 March 2025

Chonthicha Rueangwiriyanan, M.D.

Lamphun Hospital, Lamphun Province

Abstract

Objective: To identify factors associated with severe alcohol withdrawal syndrome among patients with alcohol withdrawal syndrome.

Methods: This retrospective study included patients who were hospitalized at Lamphun hospital from October 1, 2022, to September 30, 2023, and presented with alcohol withdrawal syndrome. Demographics, history of alcohol use and related treatment, laboratory results and vital signs at admission, and Alcohol Withdrawal Scale (AWS) scores were retrieved from medical records. Data were analyzed using descriptive statistics and multivariate logistic regression.

Results: Among 190 patients, 87.4% were male with a mean age of 48.9 years. Of these, 38.9% had physical comorbidities, and 93.7% were regular alcohol consumers. Factors significantly increasing risk of developing severe withdrawal syndrome (AWS $\geq$ 10) included regular alcohol consumption, smoking, history of alcohol withdrawal, prior treatment for alcohol withdrawal, alcohol-induced transient amnesia, abnormal laboratory results (liver function tests, blood sugar/DTX, creatinine, calcium, magnesium, and potassium), systolic blood pressure > 110 mmHg, and pulse rate > 100 beats per minute at admission.

Conclusion: A monitoring and management protocol should be developed for patients at risk of severe alcohol withdrawal syndrome, particularly those with regular alcohol consumption, a history of alcohol withdrawal, and abnormal laboratory or vital sign findings at admission, in order to prevent related complications and mortality.

Key words: alcohol withdrawal, delirium tremens, risk factors

Corresponding author: Chonthicha Rueangwiriyanan; e-mail: Memowiaga@gmail.com

ความรู้เดิม : ความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษสุราขึ้นอยู่กับ ปริมาณ ความถี่ และระยะเวลาของการดื่มสุรา

ความรู้ใหม่ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุรารุนแรง ได้แก่ การดื่มสุราเป็นประจำ การสูบบุหรี่ ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ประวัติการบำบัดภาวะถอนพิษสุรา ประวัติความจำเสื่อมชั่วคราวจากสุรา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกเริ่ม liver function test (LFT), blood sugar/DTX, creatinine, calcium, magnesium และ potassium ที่ผิดปกติ ความดันโลหิต systolic แรกเริ่มสูงกว่า 110 มม.ปรอท และชีพจรแรกเริ่มมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : แนวทางพัฒนาเกณฑ์เพื่อเฝ้าระวังและดูแลการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงในผู้ป่วยในที่มีประวัติดื่มสุรา

บทนำ

ปัญหาการดื่มสุราส่งผลต่อสุขภาพและเป็นสาเหตุของความพิการและการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร¹ ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากภาวะติดสุราประมาณ 3 ล้านคนต่อปี โดยเพศชายมีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิงถึง 3 เท่า² การดื่มสุราเพิ่มความเสี่ยงการเสียชีวิตจากหลายกลไก เช่น การฆ่าตัวตายและโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะหากเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรง (severe alcohol withdrawal syndrome) จะเพิ่มอัตราการเสียชีวิตมากที่สุดในกลุ่มความผิดปกติของการดื่มสุรา³

โดยทั่วไปภาวะถอนพิษสุราเกิดภายใน 6 - 24 ชั่วโมงหลังหยุดดื่มสุรา ผู้มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรงมีอาการเด่น ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย สับสน หรือชักเกร็ง⁴ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีความผิดปกติรุนแรงของทางกายร่วมด้วย ได้แก่ สัญญาณชีพและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ^{5,6} ซึ่งมีลักษณะแตกต่างจากผู้มีภาวะถอนพิษสุราแบบไม่รุนแรง (non-severe alcohol withdrawal syndrome) ซึ่งมักแสดงเพียงอาการเบื้องต้น เช่น มือสั่น เหงื่อออกมาก วิดกกังวล และชีพจรเต้นเร็ว หากไม่ได้รับการรักษาอาการอาจลดลงและหายได้เองภายใน 24 - 72 ชั่วโมงหลังหยุดดื่มสุรา⁷ มีเพียงร้อยละ 10 ที่อาการกลายเป็นภาวะถอนพิษสุรารุนแรง³

การศึกษาในต่างประเทศพบว่าปัจจัยเสี่ยงภาวะถอนพิษสุรารุนแรงที่พบมากที่สุด คือ การมีประวัติภาวะถอนพิษสุรารุนแรงมาก่อน ไม่ว่าจะเป็นชนิดเพื่อสับสน (alcohol withdrawal delirium หรือ delirium tremens) หรือชนิดชัก (alcohol withdrawal seizure) รองลงมา ได้แก่ ความดันโลหิตแรกเริ่มสูง ชีพจรที่มากกว่า 100 ครั้งต่อนาที ระดับเกร็ดเลือด (platelet) ต่ำ ระดับ potassium ในเลือดต่ำ และการมีโรคทางกายร่วม เช่น เบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเส้นเลือดหัวใจโคโรนารี และความดันโลหิตสูง^{5,6,8-13} การศึกษาในประเทศไทยในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะถอนพิษสุรารุนแรงชนิดเพื่อสับสนคือจำนวนเม็ดเลือดแดง (red blood cell count) ที่น้อยกว่า $4.5 \times 10^6/\mu\text{L}$ ¹⁴ การศึกษาในโรงพยาบาลทางภาคเหนือพบว่าภาวะความดันโลหิตสูงตอนแรกเริ่มส่งผลทำให้ภาวะถอนพิษสุรารุนแรงชนิดเพื่อสับสนเป็นนานมากขึ้น¹⁵ การศึกษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรง ได้แก่ การหยุดดื่มสุราที่ไม่ได้ตั้งใจและไม่ได้ถูกบังคับ การมีอาการชัก การมีประวัติเพื่อสับสนจากการถอนพิษสุรา อุณหภูมิร่างกายสูง ระดับเกร็ดเลือดต่ำ และระดับ potassium ในเลือดต่ำ¹⁶ ส่วนการศึกษาในโรงพยาบาลอุดรธานีพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรง ได้แก่ ระดับความเสี่ยงของพฤติกรรมดื่ม ค่าความดันโลหิต systolic แรกเริ่มสูงกว่า 110 มม.ปรอท การมีประวัติภาวะถอนพิษสุราหรือชัก ภาวะสมดุลของเกลือแร่ในเลือด (electrolyte) ผิดปกติ และค่าการทำงานของตับ (liver function test: LFT) สูงกว่าปกติ¹⁷

การสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2564 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปดื่มสุราร้อยละ 28 เมื่อจำแนกตามภูมิภาค พบว่า ภาคเหนือพบความชุกของผู้ดื่มสุราสูงสุด ร้อยละ 33 ขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบร้อยละ 32 ภาคกลางและกรุงเทพมหานครพบร้อยละ 27 และภาคใต้พบร้อยละ 17¹⁸ จากสถิติการให้บริการของกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลลำพูน พบว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2565 - 2567 มีผู้ป่วยโรคติดสุรามารับบริการจำนวน 466, 452 และ 488 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดภาวะถอนพิษสุราร้อยละ 95.7 โดยเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงร้อยละ 54.2 และเสียชีวิตร้อยละ 5.7¹⁹ การค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ

การเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและรักษาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถอนพิษสุรารุนแรง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องและการเสียชีวิต

ทั้งนี้การศึกษาเกี่ยวกับภาวะถอนพิษสุราส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือจากต่างประเทศ บริบทของโรงพยาบาลระดับจังหวัดขนาดกลางถึงเล็กในประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลมากนัก การศึกษานี้จึงสำรวจปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงในผู้ป่วยติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลลำพูน เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางดูแลผู้ป่วยที่มีความเฉพาะเจาะจงและเหมาะสมกับทรัพยากรของโรงพยาบาลขนาดกลางถึงเล็กซึ่งอาจแตกต่างจากแนวทางของการศึกษาก่อนหน้านี้

วิธีการ

การศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง ดำเนินการในเดือนมกราคม ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2567 ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลลำพูน วันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2566 เลขที่ Ethic LPN 046/2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลลำพูน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2566 เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะถอนพิษสุราโดยจิตแพทย์ (ICD-10: F103 - F104) ได้รับการประเมินแรกรับด้วยแบบประเมิน alcohol withdrawal scale (AWS) โดยพยาบาลวิชาชีพหรือจิตแพทย์ มีค่าแรกรับตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป และได้รับการติดตามค่าคะแนนจนถึงจำหน่าย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในเกี่ยวกับการประเมินความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราไม่สมบูรณ์ มีประวัติใช้สารเสพติดอื่น ๆ หรือได้รับการวินิจฉัย benzodiazepine use disorder กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เทคนิคของ Thorndike²⁰ คือ $n = 10K + 50$ (n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง, K = จำนวนตัวแปรที่ศึกษา การศึกษานี้มีตัวแปรที่ต้องการศึกษา 14 ตัว) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 190 คน สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วย Excel โดยเรียงลำดับรายชื่อผู้ป่วย 387 คนตามเกณฑ์ และสุ่มมา 190 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว และประวัติการดื่มสุรา ได้แก่ ปริมาณการดื่มสุราและความถี่ของการดื่มต่อสัปดาห์จากแบบบันทึกประวัติแรกรับ ประวัติภาวะถอนพิษสุรา การบำบัดภาวะถอนพิษสุรา และประวัติความจำเสื่อมชั่วคราวจากสุราจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยย้อนหลัง โดยการดื่มสุราเป็นประจำหมายถึงการดื่มสุราติดต่อกันทุกสัปดาห์ ส่วนประวัติภาวะถอนพิษสุรา การบำบัดภาวะถอนพิษสุรา และประวัติความจำเสื่อมจากสุรามาจากการบันทึกทางการแพทย์ (ICD-10: F102, F103, F104, F106)

2. แบบบันทึกอาการทางคลินิกของผู้ป่วย ประกอบด้วย การวินิจฉัยของแพทย์ สัญญาณชีพแรกรับ และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

3. แบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกรับจากเวชระเบียนทางการแพทย์ ได้แก่ complete blood count (CBC), blood urea nitrogen (BUN), creatinine, electrolyte, calcium, magnesium, phosphorus, liver function test (LFT), bilirubin และ blood sugar/dextrostix (DTX)

4. แบบประเมิน AWS ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา 7 ข้อ ได้แก่ perspiration (เหงื่อ), tremor (สั่น), anxiety (วิตกกังวล), agitation (กระสับกระส่าย), axilla temperature (อุณหภูมิรักแร้), hallucination (อาการประสาทหลอน), และ orientation (การรับรู้ตนเองด้านเวลา สถานที่ บุคคล) แบ่งระดับความรุนแรงภาวะถอนพิษสุราตามคะแนนรวม ดังนี้ 1 - 4 คะแนน ระดับเล็กน้อย 5 - 9 คะแนน ระดับปานกลาง 10 - 14 คะแนน ระดับรุนแรง และ 15 คะแนนขึ้นไป ระดับรุนแรงมาก โดยผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลและมีประวัติดื่มสุราจากการสอบถามและบันทึกโดยพยาบาลได้รับการประเมิน AWS ตั้งแต่แรกรับและติดตามจนถึงจำหน่ายทุกราย การศึกษานี้กำหนดผู้มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรง หมายถึง ผู้ที่มีคะแนน AWS 10 คะแนนขึ้นไปในช่วงระหว่างการนอนโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)

เพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง ใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (multivariate logistic regression analysis) ด้วยวิธีการคัดเลือกตัวแปรต้นทีละขั้นตอน (forward selection method) เพื่อค้นหาและระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม คือ การเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรง นำเสนอผลความสัมพันธ์เป็นค่า adjusted odds ratio (AOR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI)

ผล

ผู้ที่เข้าเกณฑ์การศึกษาทั้งหมด 387 คน ได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่าง 190 คน เป็นชายร้อยละ 87.4 มีอายุเฉลี่ย 48.9 ปี อยู่ในช่วง 51 - 60 ปีร้อยละ 25.8 มีโรคประจำตัวร้อยละ 38.9 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.4 มีประวัติดื่มสุราเป็นประจำ ร้อยละ 93.7 และมีประวัติสูบบุหรี่ร้อยละ 75.8 ด้านประวัติ

การเจ็บป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประวัติเคยเกิดภาวะถอนพิษสุราร้อยละ 70.5 เคยได้รับการบำบัดภาวะถอนพิษสุราร้อยละ 70.0 เคยมีความจำเสื่อมชั่วคราวจากสุราร้อยละ 74.7 และมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.3 วัน (SD = 4.3) ต่ำสุด 1 วัน และสูงสุด 32 วัน

การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การดื่มสุราเป็นประจำ การสูบบุหรี่ ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ประวัติการบำบัดภาวะถอนพิษสุรา ประวัติความจำเสื่อมชั่วคราวจากสุรา ค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ LFT, blood sugar/DTX, creatinine, calcium, magnesium และ potassium ที่ผิดปกติ ความดันโลหิต systolic แรกรับสูงกว่า 110 มม.ปรอท และชีพจรแรกรับมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที ส่วนการมีโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณทำนายการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรง

	มีภาวะ ถอนพิษสุราไม่รุนแรง (AWS < 10)		มีภาวะ ถอนพิษสุรารุนแรง (AWS ≥ 10)		AOR (95% CI)	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การดื่มสุรา						
ดื่มเป็นประจำ (ดื่มติดต่อกันทุกสัปดาห์)	77	88.5	101	98.1	1.37 (1.02 -1.85)	.037
ดื่มนาน ๆ ครั้ง (น้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง)	10	11.5	2	1.9	1	
การสูบบุหรี่						
การสูบบุหรี่เป็นประจำ	47	54.1	91	88.4	1.67 (1.19-2.34)	.003
ไม่มีประวัติสูบบุหรี่	40	45.9	12	11.6	1	
ประวัติการเกิดอาการ/การรักษาจากพิษของสุรา						
มี	44	50.6	86	83.5	3.32 (2.22 – 4.96)	< .001
ไม่มี	43	49.4	17	16.5	1	
ประวัติการบำบัดภาวะถอนพิษสุรา						
มี	50	57.5	83	80.6	54.5 (15.9 -186.1)	< .001
ไม่มี	37	42.5	20	19.4	1	
ประวัติความจำเสื่อมชั่วคราวจากสุรา						
มี	48	55.2	93	90.3	56.6 (13.1 – 244.3)	< .001
ไม่มี	39	44.8	10	9.7	1	
โรคประจำตัว						
มี	29	33.3	45	43.7	1.04 (0.72 – 1.49)	.190
ไม่มี	58	66.7	58	56.3	1	
Liver function test (LFT)						
ผิดปกติ	7	8.0	98	95.2	224.0 (68.5 - 732.7)	< .001
ปกติ	80	92.0	5	4.8	1	

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณทำนายการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรง (ต่อ)

	มีภาวะ ถอนพิษสุราไม่รุนแรง (AWS < 10)		มีภาวะ ถอนพิษสุรารุนแรง (AWS ≥ 10)		AOR (95% CI)	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
Blood sugar/DTX (ค่าปกติ 70 - 120 mg%)						
($\bar{x}$ = 131.8, SD = 48.4)						
ผิดปกติ (> 120 mg%)	17	19.5	100	97.1	127.8 (36.2 – 450.5)	< .001
ปกติ (70 - 120 mg%)	70	80.5	3	2.9	1	
Creatinine (ค่าปกติ 0.5 - 0.9 mg/dL)						
($\bar{x}$ = 1.5, SD = 0.9)						
ผิดปกติ (> 0.9 mg/dL)	10	11.5	98	95.2	150.9 (49.5 – 459.9)	< .001
ปกติ (0.5 - 0.9 mg/dL)	77	88.5	5	4.8	1	
Calcium (ค่าปกติ 8.8 - 10.6mg/dL)						
($\bar{x}$ = 8.0, SD = 1.4)						
ผิดปกติ (< 8.8 mg/dL)	10	11.5	100	97.1	256.7 (68.3 – 964.6)	< .001
ปกติ (8.8 - 10.6mg/dL)	77	88.5	3	2.9	1	
Magnesium (ค่าปกติ 1.81 - 2.5 mg/dL)						
($\bar{x}$ = 1.6, SD = 0.5)						
ผิดปกติ (< 1.81 mg/dL)	13	14.9	98	95.2	111.6 (38.1 – 326.8)	< .001
ปกติ (1.81 - 2.5 mg/dL)	74	85.1	5	4.8	1	
Potassium (ค่าปกติ 3.5 - 5.5 mEq/L)						
($\bar{x}$ = 3.3, SD = 0.6)						
ผิดปกติ (< 3.5 mEq/L)	11	12.6	100	97.1	208.3 (56.8 – 764.5)	< .001
ปกติ (3.5 - 5.5 mEq/L)	76	87.4	3	2.9	1	
ความดันโลหิต systolic ($\bar{x}$ = 128.3, SD = 22.3)						
> 110 mmHg	41	47.1	84	81.6	1.07 (1.02 – 1.12)	< .001
≤ 110 mmHg	46	52.9	19	18.4	1	
ชีพจร ($\bar{x}$ = 103.5, SD = 10.4)						
> 100 ครั้งต่อนาที	48	55.2	90	87.4	1.17 (1.13 – 1.21)	< .001
≤ 100 ครั้งต่อนาที	39	44.8	13	12.6	1	

AWS = alcohol withdrawal scale , AOR = adjusted odds ratio

วิจารณ์

การศึกษานี้พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุรารุนแรงในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา ด้านข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ การดื่มสุราเป็นประจำ การสูบบุหรี่ ประวัติภาวะถอนพิษสุรา ประวัติการบำบัดภาวะถอนพิษสุรา ประวัติความจำเสื่อมชั่วคราวจากสุรา ด้านผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่า LFT, blood sugar/DTX, creatinine, calcium, magnesium และ electrolyte ที่ผิดปกติ และด้านสัญญาณชีพ แกร็บ ได้แก่ ความดันโลหิต systolic สูงกว่า 110 มม.ปรอท และชีพจรมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที สอดคล้องกับการศึกษาของ Wright และคณะ¹⁰ ที่พบว่าประวัติภาวะถอนพิษสุราและความดันโลหิตแกร็บสูงเพิ่มความเสี่ยง

การเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงชนิดเพื่อสับสน สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee และคณะ⁹ ที่พบว่าชีพจรที่มากกว่า 100 ครั้งต่อนาทีเป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลอุดรธานีที่พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับความเสี่ยงของพฤติกรรมดื่มความดันโลหิต systolic แกร็บสูงกว่า 110 มม.ปรอท ประวัติภาวะถอนพิษสุราหรือการชัก ค่า LFT ที่สูงกว่าปกติ¹⁷ และ สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ที่พบว่าการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงมีความสัมพันธ์กับระดับเกลือแร่ในเลือดที่ผิดปกติ เช่น magnesium และ potassium^{5,14,16}

การดื่มสุราเรื้อรังเป็นเวลานานส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของตัวรับ N-methyl-D-aspartate (NMDA) ที่ปลายประสาทในสมอง โดยมีตัวรับนี้มากขึ้น (upregulation) และระบบยับยั้ง gamma-aminobutyric acid (GABA) มีการทำงานลดลง เมื่อหยุดดื่มสุราหรือลดปริมาณสุราลงกะทันหันจึงเกิดการกระตุ้น NMDA มากกว่าปกติ (hyper-excitability) ร่วมกับการขาดการยับยั้งจาก GABA เกิดเป็นอาการของภาวะถอนพิษสุรา เช่น วิตกกังวล มือสั่น ตัวสั่น กระสับกระส่าย ไปจนถึงอาการรุนแรง เช่น อาการหลอน เพ้อสับสน และชัก^{21,22} ดังนั้น การดื่มสุราเป็นประจำยิ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของตัวรับสารสื่อประสาทเหล่านี้เพิ่มขึ้น และเพิ่มโอกาสเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรง เช่นเดียวกับประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุราและการบำบัดภาวะถอนพิษสุรา ซึ่งบ่งชี้ถึงการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนค่าความดันโลหิต systolic สูงและชีพจรเร็วอาจบ่งชี้ถึงการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นอาการแสดงเริ่มต้นของภาวะถอนพิษสุรารุนแรง

ความปกติของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น LFT และ electrolyte รวมทั้งประวัติเกี่ยวกับการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยที่พบว่าเพิ่มโอกาสเกิดภาวะเพื่อสับสนในผู้สูงอายุและผู้ป่วยวิกฤต²³⁻²⁵ จึงอาจเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงชนิดเพื่อสับสนมากขึ้นได้เช่นกัน นอกจากนี้ การดื่มสุรารบกวนการดูดซึม magnesium ในลำไส้และเพิ่มการขับออกทางไต ซึ่ง magnesium มีบทบาทในการควบคุมการทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ รวมถึงส่งผลต่อสมดุลของระดับ potassium และ calcium การมีระดับ magnesium ในเลือดต่ำจึงเพิ่มโอกาสของการเกิดอาการชักและภาวะเพื่อสับสนได้²⁶

การศึกษานี้ไม่พบว่าการมีโรคทางกายร่วม เช่น เบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเส้นเลือดหัวใจโคโรนารี และความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรง แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ของ Fiellin และคณะ⁹ อาจเกิดจากการใช้ข้อมูลย้อนหลังที่การบันทึกโรคร่วมอาจไม่ครบถ้วนหรือไม่สม่ำเสมอ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มอาจมีความรุนแรงของโรคร่วมใกล้เคียงกันเนื่องจากเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลตติยภูมิ จึงอาจส่งผลต่อความแม่นยำของการทดสอบทางสถิติ

การศึกษานี้มีข้อจำกัดดังนี้ เนื่องจากผู้ป่วยในของโรงพยาบาลลำพูนที่มีประวัติดื่มสุราได้รับการประเมินเพิ่มเติมด้วยแบบประเมิน AWS เท่านั้น การศึกษานี้จึงสามารถจำแนกผู้ป่วยได้เพียงตามความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา ดังนั้นในอนาคตควรมีการใช้แบบประเมินการดื่มสุราตั้งแต่แรกรับเพื่อจำแนกผู้ป่วยได้ละเอียดมากขึ้นตามความเสี่ยงของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา การศึกษาแบบย้อนหลังซึ่งไม่สามารถควบคุมคุณภาพของข้อมูลได้ทำในกลุ่มตัวอย่างที่เวชระเบียนไม่สมบูรณ์ถูกคัดออก ซึ่งนอกจากความผิดพลาดในการบันทึกข้อมูลแล้ว อาจเกิดจากการดูแลในหอผู้ป่วยที่ไม่ใช้ระบบการบันทึกตามมาตรฐานเดียวกัน หรืออาจมีอาการถอนพิษสุราเพียงเล็กน้อยจนไม่ได้ถูกประเมินอย่างเป็นทางการ ส่งผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอาจสูงหรือต่ำกว่าความเป็นจริง อีกทั้งการศึกษานี้เลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะถอนพิษสุราตั้งแต่แรกรับ (AWS 1 คะแนนขึ้นไป) ไม่ได้คัดเข้าผู้ที่ดื่มสุราแต่แรกรับไม่มีภาวะถอนพิษสุรา (AWS 0 คะแนน) ซึ่งบางคนอาจมีภาวะถอนพิษสุรารุนแรงได้ภายหลังในช่วง 24 - 72 ชั่วโมงแรกของการงดสุรา อาจส่งผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีความเอนเอียง เนื่องจากไม่ได้เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ที่ดื่มสุราแต่ไม่เกิดภาวะถอนพิษสุราและไม่ได้รวมกลุ่มที่เกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงล่าช้า การศึกษาในอนาคตจึงควรเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้าและใช้ระบบการบันทึกข้อมูลตามมาตรฐานเดียวกัน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล และใช้กลุ่มควบคุมที่ครอบคลุมขึ้น เช่น เปรียบเทียบกับผู้ที่ดื่มสุราแต่ไม่มีภาวะถอนพิษสุรา เพื่อเพิ่มความแม่นยำของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์

สรุป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงในผู้ป่วยในที่มีประวัติดื่มสุราและมีอาการถอนพิษสุราแรกรับ ด้านข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ ประวัติการดื่มสุราเป็นประจำ การสูบบุหรี่ ประวัติภาวะถอนพิษสุรา ประวัติการบำบัดภาวะถอนพิษสุรา และประวัติความจำเสื่อมชั่วคราวจากสุรา ด้านผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่า LFT, blood sugar/DTX, creatinine, calcium, magnesium และ potassium ที่ผิดปกติ และด้านสัญญาณชีพแรกรับ ได้แก่ ความดันโลหิต systolic สูงกว่า 110 มม.ปรอท และชีพจร

มากกว่า 100 ครั้งต่อวันที่ ผลการศึกษาสามารถเป็นแนวทางในการคาดการณ์และเฝ้าระวังผู้ป่วยในที่มีความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรง เพื่อให้การดูแลรักษาที่รวดเร็วเหมาะสม และลดภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1. Peacock A, Leung J, Larney S, Colledge S, Hickman M, Rehm J, et al. Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction*. 2018;113(10):1905-26. doi:10.1111/add.14234.
2. National Center for Drug Abuse Statistics. Alcohol abuse statistics [Internet]. South Carolina: National Center for Drug Abuse Statistics; 2023 [cited 2024 Mar 15]. Available from: <https://drugabusestatistics.org/alcohol-abuse-statistics/>.
3. Trevisan LA, Boutros N, Petrakis IL, Krystal JH. Complications of alcohol withdrawal: pathophysiological insights. *Alcohol Health Res World*. 1998;22(1):61-6.
4. Phatthakorn A, Thippayawong T, Renuwattananon A, Rattanasang P, Rakkanapichonchut W. Clinical practice guideline of alcohol withdrawal patient for multidisciplinary team [Internet]. Pathum Thani: Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment, Department of Medical Services; 2015 [cited 2024 Mar 15]. Available from: <http://www.pmnidat.go.th/thai/downloads/handbook/60/1-58.pdf> (in Thai)
5. Goodson CM, Clark BJ, Douglas IS. Predictors of severe alcohol withdrawal syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Alcohol Clin Exp Res*. 2014;38(10):2664-77. doi:10.1111/acer.12529.
6. Wood E, Albarqouni L, Tkachuk S, Green CJ, Ahamad K, Nolan S, et al. Will this hospitalized patient develop severe alcohol withdrawal syndrome?: the rational clinical examination systematic review. *JAMA*. 2018;320(8):825-33. doi:10.1001/jama.2018.10574.
7. Mayo-Smith MF. Pharmacological management of alcohol withdrawal: a meta-analysis and evidence-based practice guideline. *JAMA*. 1997;278(2):144-51. doi:10.1001/jama.278.2.144.
8. Fiellin DA, O'Connor PG, Holmboe ES, Horwitz RI. Risk for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal syndrome. *Subst Abus*. 2002;23(2):83-94. doi:10.1080/08897070209511478.
9. Lee JH, Jang MK, Lee JY, Kim SM, Kim KH, Park JY, et al. Clinical predictors for delirium tremens in alcohol dependence. *J Gastroenterol Hepatol*. 2005;20(12):1833-7. doi:10.1111/j.1440-1746.2005.03932.x.
10. Wright T, Myrick H, Henderson S, Peters H, Malcolm R. Risk factors for delirium tremens: a retrospective chart review. *Am J Addict*. 2006;15(3):213-9. doi:10.1080/10550490600625798.
11. Berggren U, Fahlke C, Berglund KJ, Blennow K, Zetterberg H, Balldin J. Thrombocytopenia in early alcohol withdrawal is associated with development of delirium tremens or seizures. *Alcohol Alcohol*. 2009;44(4):382-6. doi:10.1093/alcalc/agg012.
12. Eyer F, Schuster T, Felgenhauer N, Pfab R, Strubel T, Saugel B, et al. Risk assessment of moderate to severe alcohol withdrawal—predictors for seizures and delirium tremens in the course of withdrawal. *Alcohol Alcohol*. 2011;46(4):427-33. doi:10.1093/alcalc/agr053.
13. Kim DW, Kim HK, Bae EK, Park SH, Kim KK. Clinical predictors for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal seizures. *Am J Emerg Med*. 2015;33(5):701-4. doi:10.1016/j.ajem.2015.02.030.
14. Teetharatkul T, Vittayanont A. Delirium tremens in psychiatric ward at Songklanagarind hospital. *Journal of Health Science and Medical Research*. 2018;36(3):205-14.
15. Burapakajornpong N, Maneeton B, Srisurapanont M. Pattern and risk factors of alcohol withdrawal delirium. *J Med Assoc Thai*. 2011 Aug;94(8):991-7.
16. Lokapan B, Saengcharnchai P, Rattanasumawong W. Risk factors for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal syndrome in psychiatric ward. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2022;67(1):71-86. (in Thai)
17. Inchum W, Suwan P, Sirichantra N. The factors related to alcohol withdrawal in broken bone with hazardous use patients at Udon Thani hospital. *Journal of Nursing and Health Care*. 2021;39(1):78-87. (in Thai)
18. National Statistical Office. Population health behavior survey 2021. Bangkok: National Statistical Office; 2021 [cited 2024 Mar 15]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/w6?set_lang=th (in Thai)
19. Psychiatric Department, Lamphun Hospital. Service profile. Lamphun: Lamphun Hospital; 2022. (in Thai)
20. Thorndike RL, editor. Educational Measurement. 2nd ed. Washington DC: American Council on Education; 1971.

21. Clapp P, Bhavé SV, Hoffman PL. How adaptation of the brain to alcohol leads to dependence: a pharmacological perspective. *Alcohol Res Health*. 2008;31(4):310-39.
22. Nagy J. Alcohol related changes in regulation of NMDA receptor functions. *Curr Neuropharmacol*. 2008;6(1):39-54. doi:10.2174/157015908783769662.
23. Ormseth CH, LaHue SC, Oldham MA, Josephson SA, Whitaker E, Douglas VC. Predisposing and precipitating factors associated with delirium. *JAMA Netw Open*. 2023;6(1):e2249950. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.49950.
24. Magny E, Le Petitcorps H, Pociumban M, Bouksani-Kacher Z, Pautas É, Belmin J, et al. Predisposing and precipitating factors for delirium in community-dwelling older adults admitted to hospital with this condition: a prospective case series. *PLoS One*. 2018;13(2):e0193034. doi:10.1371/journal.pone.0193034.
25. Nagari N, Babu MS. Assessment of risk factors and precipitating factors of delirium in patients admitted to intensive care unit of a tertiary care hospital. *Br J Med Pract*. 2019;12(2):a011.
26. Elisaf M, Merkouropoulos M, Tsianos EV, Siamopoulos KC. Pathogenetic mechanisms of hypomagnesemia in alcoholic patients. *J Trace Elem Med Biol*. 1995;9(4):210-4. doi:10.1016/S0946-672X(11)80026-X.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลเด็กออทิสติก

วันรับ : 23 มกราคม 2568

วันแก้ไข : 21 มีนาคม 2568

วันตอบรับ : 24 มีนาคม 2568

ชินดนัย ไชยเสนา¹, วท.ม., ศรียามน ตีรพัฒน์, ปร.ด.²,ยุวณู สัตยสมบุรณ์, วท.ด.²

หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ¹,

ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กออทิสติก**วิธีการ :** การวิจัยแบบภาคตัดขวางในผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่มารับบริการที่สถาบันราชานุกูล เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลและเด็ก ลักษณะของโรคออทิสติก และโรคร่วม แบบประเมินความเครียด แบบสอบถามการจัดการความเครียด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับ**ผล :** กลุ่มตัวอย่าง 302 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 79.1 มีความสัมพันธ์เป็นมารดาร้อยละ 63.9 ความรุนแรงของโรคออทิสติกอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 53.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียด การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตภาพรวม และคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ใช้จัดการความเครียดที่เหมาะสมมากกว่าไม่เหมาะสม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับรายได้ ความเพียงพอของรายได้ และระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน เครือข่ายผู้ดูแล และบุคลากรสาธารณสุข ในทางกลับกัน คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ระดับการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม และการมีโรคร่วมของเด็ก**สรุป :** ควรมีการประเมินความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กออทิสติกอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งส่งเสริมทักษะการจัดการความเครียด ความรู้ ความเข้าใจ และความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวและชุมชน เพื่อสนับสนุนบทบาทผู้ดูแลและพัฒนาการของเด็กออทิสติกอย่างยั่งยืน**คำสำคัญ :** การจัดการความเครียด, การสนับสนุนทางสังคม, คุณภาพชีวิต, ผู้ดูแล, โรคออทิสติก**ติดต่อผู้นิพนธ์ :** ชินดนัย ไชยเสนา; e-mail: tomchaisena@gmail.com

Original article

Factors associated with the quality of life among caregivers of children with autism spectrum disorder

Received : 23 January 2025

Revised : 21 March 2025

Accepted : 24 March 2025

Chindanai Chaisena, M.Sc.¹, Sariyamon Tiraphat, Ph.D.²,Youwanuch Sattayasomboon, Ph.D.²

Master of Science (Public Health Administration),
Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok¹,
Department of Public Health Administration,
Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok²

Abstract

Objective: To identify factors associated with the quality of life (QoL) of caregivers of children with autism spectrum disorder (ASD).

Methods: A cross-sectional study was conducted among caregivers of children with ASD receiving services at the Rajanukul Institute. Data were collected using a series of questionnaires, including caregiver and child socio-demographic information, characteristics of ASD, comorbid conditions, the Perceived Stress Scale, the Brief COPE Inventory, a social support scale, and the WHO-Quality of Life-Brief (WHOQOL-BREF). Data were analyzed using descriptive statistics, point-biserial correlation, Spearman's rank correlation, and eta coefficient.

Results: Among the 302 participants, 79.1% were female, and 63.9% were mothers. The severity of ASD was moderate in 53.6% of the children. Most caregivers reported moderate levels of stress, social support, overall QoL, and QoL across all four domains. The majority employed adaptive stress coping strategies more frequently than maladaptive ones. Caregiver QoL revealed statistically significant positive correlations with income, adequacy of income, and the levels of social support received from family, friends, caregiver networks, and healthcare personnel. Conversely, caregiver QoL was negatively correlated with stress levels, maladaptive stress coping, and the presence of comorbidities in the child.

Conclusion: Regular assessment of caregiver stress and quality of life is essential. Enhancing stress management skills, promoting awareness and understanding, and fostering strong family and community relationships can enhance caregiver roles and promote sustainable development in children with ASD.

Key words: autism spectrum disorder, caregiver, quality of life, social support, stress coping

Corresponding author: Chindanai Chaisena; e-mail: tomchaisena@gmail.com

ความรู้เดิม : ผู้ดูแลเด็กออทิสติกต้องเผชิญความท้าทายที่หลากหลาย ทั้งจากความบกพร่องและปัญหาพฤติกรรมของเด็ก การขาดรายได้ เวลาส่วนตัว และแหล่งสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งการตีตราทางสังคม ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

ความรู้ใหม่ : ผู้ดูแลเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ได้แก่ รายได้ และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรสาธารณสุข ปัจจัยที่ลดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ได้แก่ ความเครียดและการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม และการมีโรคร่วมของเด็ก

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การพัฒนาแนวทางในการดูแลส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลเด็กออทิสติก ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อการช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กออทิสติกอย่างเหมาะสม

บทนำ

โรคออทิสติก (autism spectrum disorder) เป็นความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการทางระบบประสาท¹ ในต่างประเทศพบในเด็กประมาณ 1 ใน 36 คน พบบ่อยในเด็กชายมากกว่าหญิง 4 เท่า² ในประเทศไทยพบในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปีประมาณ 1 ใน 161 คน³ โดยในปี พ.ศ. 2567 คาดว่ามีเด็กไทยอายุ 2 - 5 ปีเป็นโรคออทิสติกประมาณ 21,703 คน⁴ ในด้านการเข้าถึงบริการพบว่า ผู้ป่วยเด็กออทิสติกที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล ปีงบประมาณ 2564 - 2566 มีจำนวน 7,136, 9,060 และ 11,327 ราย ตามลำดับ⁵ สะท้อนถึงภาระโรคและการดูแลที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ผู้เป็นโรคออทิสติกมักมีอาการแสดงของโรคตั้งแต่อน้อยกว่า 3 ปี⁶ เช่น ปัญหาการสื่อสาร การไม่ตอบสนองหรือตอบสนองช้าต่อการเรียกชื่อหรือการเรียกให้สนใจ พัฒนาการด้านภาษาล่าช้า ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นบกพร่อง และพฤติกรรมและความสนใจที่เป็นแบบแผนซ้ำหรือมีความสนใจเฉพาะ⁷ เด็กออทิสติกมักมีอารมณ์อ่อนไหวและแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เพื่อแสดงถึงความอัดอั้นคับข้องใจที่ไม่สามารถเล่า

ความรู้สึกและความต้องการให้ผู้อื่นทราบออกมาได้⁸ อาการเหล่านี้ส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วยเองและบุคคลรอบข้าง⁹ ทำให้การดูแลเด็กออทิสติกมีความท้าทาย¹⁰

ผู้ดูแลเด็กออทิสติกต้องเผชิญกับปัญหาที่มีความซับซ้อนและความยากลำบากในการเลี้ยงดู การช่วยเหลือเด็กในการดำรงชีวิตประจำวันส่งผลให้ผู้ดูแลต้องลดระยะเวลาในการทำงานหรืออาจต้องลาออกจากงาน¹¹ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลเด็กออทิสติกมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการปกติและเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในทุกด้าน ทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม^{12,13} และผู้ดูแลที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดีมักใช้กลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ซึ่งส่งผลต่อความท้าทายในการดูแลเด็กมากยิ่งขึ้น¹⁴ ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กออทิสติกด้านผู้ดูแล เช่น รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ความเครียด การจัดการความเครียด ภาระการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม ด้านเด็ก เช่น การวินิจฉัยโรค ระดับความรุนแรงของโรค และปัญหาพฤติกรรม¹⁵⁻²¹

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กออทิสติกในประเทศไทยที่ผ่านมายังมีจำนวนจำกัดและศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก โดยเฉพาะในประเด็นความสัมพันธ์กับความเครียด กลยุทธ์การจัดการความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีกรายงานผลในภาพรวม การศึกษาความสัมพันธ์เชิงลึกระหว่างคุณภาพชีวิตกับกลยุทธ์การรับมือความเครียดในรูปแบบต่าง ๆ และการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่าง ๆ เช่น ครอบครัว เพื่อน ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข จะช่วยระบุปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่ชัดเจนสามารถเป็นแนวทางในการส่งเสริมทักษะการจัดการปัญหาและแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแล นำไปสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตและสนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับปัจจัยทางจิตสังคม ความเครียด การจัดการความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กออทิสติก

วิธีการ

การศึกษาภาคตัดขวาง ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2567 ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA.No. MUPH 2024-039 วันที่รับรอง 9 เมษายน 2567 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล เลขที่ COA.No. 07/2567 วันที่รับรอง 5 กรกฎาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลหลักของเด็กออทิสติกที่รับบริการ ณ สถาบันราชานุกูล ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม ถึง 27 กันยายน พ.ศ. 2567 ทั้งผู้ป่วยเก่าและใหม่ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ดูแลเด็กอายุ 2 - 15 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นว่าเป็นโรคออทิสติก ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค DSM-5 และลงรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรค ICD-10 (F84.0) 3) ให้การดูแลและช่วยเหลือเด็กในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวันและต่อเนื่องเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน และ 4) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ชัดเจน เกณฑ์การคัดออก คือ เป็นผู้รับจ้างหรือมีอาชีพในการดูแลเด็ก

คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อประมาณสัดส่วนในประชากรกลุ่มเดียว²²

$$\frac{z^2_{\alpha/2} P(1 - P)}{d^2}$$

กำหนดให้ ค่า $z_{\alpha/2}$ เท่ากับ 1.96 ค่าสัดส่วนของคุณภาพชีวิตในระดับดีของผู้ดูแลเด็กออทิสติกเท่ากับ 0.35¹⁵ และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ที่ร้อยละ 5.5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 289 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อทดแทนกรณีข้อมูลสูญหายได้จำนวน 317 คน

เครื่องมือ

1. แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ย ความเพียงพอของรายได้ความสัมพันธ์กับเด็ก และระยะเวลาในการดูแลเด็ก

2. แบบสอบถามลักษณะของเด็กออทิสติก ได้แก่ อายุ ความรุนแรงของโรค โรคที่พบร่วม และระดับการช่วยเหลือตนเอง

ระดับความรุนแรงของโรค แบ่งตามเกณฑ์การประเมินของสถาบันราชานุกูล ตามกลุ่มอายุ ดังนี้ อายุแรกเกิดถึง 5 ปี แบ่งตามแบบประเมินทักษะด้านการใช้ภาษา (expressive language) ในคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ TEDA4I ได้แก่ 1) มากกว่าร้อยละ 80 รุนแรงน้อย 2) ร้อยละ 50 - 80 รุนแรงปานกลาง และ 3) ต่ำกว่าร้อยละ 50 รุนแรงมาก อายุ 6 - 18 ปี ประเมินโดยการสอบถามผู้ปกครอง ได้แก่ 1) เรียนอยู่ในห้องเรียนปกติ โรงเรียนปกติ รุนแรงน้อย 2) เรียนอยู่ในห้องเรียนพิเศษ โรงเรียนปกติ หรือโรงเรียนเฉพาะความพิการที่สอนได้เกินกว่าชีวิตประจำวัน รุนแรงปานกลาง และ 3) ไม่ได้เรียนโรงเรียนปกติ หรือห้องเรียนพิเศษ หรือเรียนอยู่ชั้นเรียนการศึกษาพิเศษที่มีปัญหาพฤติกรรมในชั้นเรียนในระดับบรรณผู้อื่น รุนแรงมาก และอายุ 18 ปีขึ้นไป แบ่งตามแบบประเมินระดับเชาวน์ปัญญา ได้แก่ 1) IQ 50 - 70 รุนแรงน้อย ทำงานภายใต้การกำกับดูแลและดูแลตนเองได้ 2) IQ 35 - 49 รุนแรงปานกลาง ไม่ได้ทำงานและช่วยงานบ้านเล็กน้อย โดยสามารถทำกิจกรรมที่เรียบง่ายและไม่มียุ่งยากซับซ้อน เช่น การเก็บสิ่งของหรือของเล่นใส่กล่อง การช่วยหยิบสิ่งของให้ผู้อื่น และการเก็บจานไปวางในอ่างล้างจาน 3) IQ 20 - 34 รุนแรงมาก อยู่บ้านมีผู้ดูแลหรือช่วยงานบ้านได้เป็นครั้งคราว โดยทำกิจกรรมงานบ้านที่ง่ายกว่าหรือน้อยกว่าเมื่อเทียบกับระดับรุนแรงปานกลาง ซึ่งการช่วยงานนี้อาจไม่สม่ำเสมอและต้องมีผู้ดูแลคอยกำกับอย่างใกล้ชิด และ 4) IQ < 20 รุนแรงมากที่สุด ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องการการดูแลใกล้ชิด

ระดับการช่วยเหลือตัวเอง พิจารณาจากระดับตามความต้องการในการสนับสนุนด้านการสื่อสารทางสังคม (social communication) และพฤติกรรมที่จำกัดและซ้ำ ๆ (restricted, repetitive behaviors) ตาม DSM-5 แบ่งเป็น 1) ต้องการการช่วยเหลือสนับสนุนบางครั้ง (requiring support) 2) ต้องการการช่วยเหลือสนับสนุนอย่างมาก (requiring substantial support) และ 3) ต้องการการช่วยเหลือสนับสนุนอย่างสูงมาก (requiring very substantial support)

3. แบบวัดความรู้สึกเครียด (perceived stress scale: PSS)²³ ฉบับภาษาไทย²⁴ มีข้อคำถาม 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คะแนนรวมระหว่าง 0 - 40 คะแนน แปลผลดังนี้ 0 - 13 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกความเครียดในระดับต่ำ 14 - 26 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกความเครียดในระดับปานกลาง และ 27 - 40 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกความเครียดในระดับสูง

4. แบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้น (brief COPE inventory)²⁵ ฉบับภาษาไทย²⁶ ใช้ประเมินการจัดการความเครียด แบ่งเป็นการจัดการความเครียดที่เหมาะสมและการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม²⁷ มีข้อคำถาม 28 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ คะแนนรวมระหว่าง 28 - 112 คะแนน แปลผลตามคะแนนรวมของการจัดการความเครียดในแต่ละรูปแบบ คะแนนสูงบ่งบอกถึงการเลือกวิธีการจัดการความเครียดรูปแบบนั้นมาก

5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยประยุกต์ข้อคำถามจากเครื่องมือของศิริธร แก้วนพรัตน์²⁸ โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมตามแหล่งการสนับสนุนที่ได้รับตามแนวคิดของ Kaplan และคณะ²⁹ ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน สมาคม/ชมรม/กลุ่มผู้ดูแลและบุคลากรสาธารณสุข มีข้อคำถาม 24 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ แปลผลตามคะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ ดังนี้ 1.00 - 2.33 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ 2.34 - 3.66 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนระดับปานกลาง และ 3.67 - 5.00 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนระดับสูง

6. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชื่อย่อ (World Health Organization quality of life brief: WHOQOL - BREF)³⁰ ฉบับภาษาไทย³¹ ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ สุขภาพร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม มีข้อคำถาม 26 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ คะแนนรวมระหว่าง 26 - 130 คะแนน แปลผลดังนี้ 26 - 60 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตไม่ดี 61 - 95 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตปานกลาง และ 96 - 130 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตดี

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ของแบบวัดความรู้สึกเครียด แบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ศาสตราจารย์ด้านการบริหารงานสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.87, 0.91, 0.92 และ 1 ตามลำดับ การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มผู้ดูแลเด็กออทิสติกจำนวน 30 คน ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษส่วนกลาง กรุงเทพมหานคร พบว่า แบบประเมินมีความสอดคล้องภายในของข้อคำถามจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87, 0.84, 0.90 และ 0.89 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครั้งเดียว โดยแบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลและเด็กออทิสติก ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างร่วมกับบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ส่วนแบบวัดความรู้สึกเครียด แบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างกรอกข้อมูลด้วยตนเอง (self-report)

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำเสนอลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับเพศและการมีโรคที่พบร่วมด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบเซเรียล (point-biserial correlation coefficient) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับอายุผู้ดูแล ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย ความเพียงพอของรายได้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย อายุเด็ก ระดับความรุนแรงของโรค ระดับการช่วยเหลือตนเอง ระดับความเครียด ระดับการจัดการความเครียด และระดับการสนับสนุนทางสังคม ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์

ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับสถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ และความสัมพันธ์กับเด็กด้วยการวิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีต้า (eta coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 แปลผลสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยใช้เกณฑ์ดังนี้ 0.00 คือ ไม่มีความสัมพันธ์ 0.01 - 0.30 คือ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ 0.31 - 0.70 คือ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง 0.71 - 0.90 คือ มีความสัมพันธ์ระดับสูง และ 0.91 - 1.00 คือ มีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก³²

ทั้งนี้ เนื่องจากค่า eta และ eta-squared เป็นเพียงมาตรวัดระดับความสัมพันธ์และการอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรเท่านั้น ผู้วิจัยจึงใช้การทดสอบเชิงอนุมานที่เกี่ยวข้อง คือ การวิเคราะห์ความแปรปรวน (analysis of variance: ANOVA) สำหรับตัวแปรกลุ่มที่มีมากกว่า 2 ระดับเพื่อหาค่า p-value และรายงานร่วมกับค่า eta/eta-squared ในฐานะตัวชี้วัดขนาดอิทธิพล (effect size)

ผล

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย 317 คน มีข้อมูลครบถ้วนและนำมาวิเคราะห์ข้อมูล 302 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 95.3 เป็นหญิงร้อยละ 79.1 อายุเฉลี่ย 40.73 ปี อยู่ในช่วงอายุ 40 - 49 ปีร้อยละ 41.7 สมรสอยู่ด้วยกันร้อยละ 59.9 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 42.4 ประกอบอาชีพเป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงานร้อยละ 36.4 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000 - 20,000 บาท ร้อยละ 38.4 รายได้พอเพียงไม่เหลือเก็บร้อยละ 43.1 เกี่ยวข้องเป็นมารดาร้อยละ 63.9 ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 2 - 6 ปีร้อยละ 57.0 ส่วนเด็กออทิสติกอยู่ในช่วงอายุ 6 - 12 ปี ร้อยละ 57.3 มีความรุนแรงของโรคระดับปานกลางร้อยละ 53.6 มีโรคที่พบร่วมร้อยละ 60.3 โรคที่พบร่วมที่มากที่สุด คือ ภาวะสมาธิสั้น คิดเป็นร้อยละ 44.0 และต้องการการช่วยเหลือสนับสนุนบางครั้งร้อยละ 62.2 ดังตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.2 โดยมีคุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 60.9, 49.0, 63.9 และ 62.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.1 การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.3 ส่วนการจัดการความเครียด

ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า คะแนนรวมของการจัดการความเครียดที่เหมาะสมอยู่ระหว่าง 23 - 60 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 42.5 และคะแนนรวมของการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสมอยู่ระหว่าง 13 - 44 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 21.8 ดังตารางที่ 2 และ 3

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า 1) คะแนนคุณภาพชีวิตจำแนกตามเพศและการมีโรคร่วมมีการแจกแจงเป็นปกติ จากการทดสอบ Shapiro-Wilk ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติและการตรวจสอบกราฟ histogram, Q-Q plot และ boxplot ไม่มี outlier และ 2) ความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพชีวิตจำแนกตามเพศและการมีโรคร่วมใกล้เคียงกันในแต่ละกลุ่ม จากการทดสอบของ Levene ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ จึงสามารถใช้สถิติ point-biserial correlation ได้

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า รายได้เฉลี่ยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .190, p < .001$) ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .245, p < .001$) และการมีโรคที่พบร่วมของเด็กมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.143, p = .013$) ดังตารางที่ 4

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้สึกเครียด การจัดการความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.494, p < .001$) การจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.226, p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .485, p < .001$) ดังตารางที่ 5

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลเด็กออทิสติกประมาณร้อยละ 60 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลและเด็กออทิสติก (n = 302)

	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดูแล			ผู้ดูแล (ต่อ)		
เพศ			ความสัมพันธ์กับเด็ก		
หญิง	239	79.1	มารดา	193	63.9
ชาย	63	20.9	บิดา	56	18.5
อายุผู้ดูแล (mean = 40.73 , SD = 8.72)			ญาติ (ปู่/ย่า/ตา/ยาย/ลุง/ป้า/น้า/อา)	53	17.6
22 - 29 ปี	27	8.9	ระยะเวลาในการดูแลเด็ก		
30 - 39 ปี	110	36.4	2 - 6 ปี	172	57.0
40 - 49 ปี	126	41.7	7 - 11 ปี	100	33.1
50 - 59 ปี	27	8.9	12 ปี ขึ้นไป	30	9.9
60 ปีขึ้นไป	12	4.1	เด็กออทิสติก		
สถานภาพสมรส			อายุ (mean = 7.12, SD = 2.8)		
สมรส อยู่ด้วยกัน	181	59.9	น้อยกว่า 6 ปี	110	36.4
โสด	65	21.5	6 - 12 ปี	173	57.3
หม้าย/หย่าร้าง	37	12.3	มากกว่า 12 ปี	19	6.3
สมรส ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	19	6.3	ความรุนแรงของโรคออทิสติก		
ระดับการศึกษา			รุนแรงน้อย	130	43.0
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	26	8.6	รุนแรงปานกลาง	162	53.6
มัธยมศึกษา	102	33.8	รุนแรงมาก	10	3.4
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	40	13.2	การมีโรคที่พบร่วม		
ปริญญาตรี	128	42.4	มีโรคร่วม	182	60.3
สูงกว่าปริญญาตรี	6	2.0	ภาวะสมาธิสั้น	133	44.0
การประกอบอาชีพ			ความบกพร่องทางสติปัญญา	69	22.8
พ่อบ้าน/แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน	110	36.4	ความบกพร่องทางการเรียนรู้	54	17.9
บริษัทเอกชน	62	20.5	ลมชัก	4	1.3
รับจ้างทั่วไป/อาชีพอิสระ	61	20.2	ไม่มีโรคร่วม	120	39.7
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	52	17.2	ระดับการช่วยเหลือตนเอง		
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	17	5.7	ต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนบางครั้ง	188	62.2
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			ต้องการความช่วยเหลือสนับสนุน	98	32.5
น้อยกว่า 10,000 บาท	89	29.5	อย่างมาก		
10,000 - 20,000 บาท	116	38.4	ต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนอย่าง	16	5.3
20,001 - 30,000 บาท	59	19.5	สูงมาก		
มากกว่า 30,000 บาท	38	12.6			
ความเพียงพอของรายได้					
พอเพียง ไม่เหลือเก็บ	130	43.1			
ไม่พอเพียง และมีหนี้สิน	93	30.8			
พอเพียง มีเหลือเก็บ	53	17.5			
ไม่พอเพียง แต่ไม่มีหนี้สิน	26	8.6			

ใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาของนัธซันน์ จรัสรุ่งเกียรติ และอลิสรา วัชรสินธุ¹⁵ อาจเนื่องจากผู้ดูแลไทยต้องเผชิญกับความยุ่งยากที่เกิดขึ้นจากการเลี้ยงดู เช่น ปัญหาพฤติกรรมของเด็ก อนาคตที่ไม่แน่นอนของเด็ก ปัญหาทางการเงินและการเข้าถึงทรัพยากรในการเลี้ยงดู การขาดเวลาส่วนตัว รวมถึงการขาดความเข้าใจของสังคมเกี่ยวกับโรคออทิสติก^{17,33} ซึ่งเป็นปัญหาที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในระยะยาว

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ การศึกษาในประเทศจอร์แดนของ Ahmed และคณะ³⁴ พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาดังกล่าวส่วนใหญ่ไม่พึงพอใจในสุขภาพของตนเอง และมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการและความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย

ตารางที่ 2 ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (n = 302)

	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ
ความเครียด			คุณภาพชีวิตรวม		
ต่ำ	34	11.3	ไม่ดี	3	1.0
ปานกลาง	254	84.1	ปานกลาง	188	62.2
สูง	14	4.6	ดี	111	36.8
การสนับสนุนทางสังคมรวม			คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย		
ต่ำ	3	1.0	ไม่ดี	2	0.7
ปานกลาง	167	55.3	ปานกลาง	184	60.9
สูง	132	43.7	ดี	116	38.4
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว			คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ		
ต่ำ	25	8.3	ไม่ดี	8	2.6
ปานกลาง	84	27.8	ปานกลาง	148	49.0
สูง	193	63.9	ดี	146	48.4
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน			คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม		
ต่ำ	94	31.1	ไม่ดี	20	6.6
ปานกลาง	122	40.4	ปานกลาง	209	63.9
สูง	86	28.5	ดี	73	34.8
การสนับสนุนทางสังคมจากสมาคม/ชมรม/กลุ่มผู้ดูแล			คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม		
ต่ำ	76	25.2	ไม่ดี	4	1.0
ปานกลาง	144	47.7	ปานกลาง	193	62.2
สูง	82	27.1	ดี	105	36.8
การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข					
ปานกลาง	72	23.8			
สูง	230	76.2			

ตารางที่ 3 จำนวนคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง (n = 302)

	คะแนนรวม			
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่ได้จริง	ค่าเฉลี่ย	SD
การจัดการความเครียดที่เหมาะสม	16 - 64	23 - 60	42.5	5.85
การจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม	12 - 48	13 - 44	21.8	4.33

SD = standard deviation

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (n = 302)

	coefficient	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ผู้ดูแล			
เพศ	-.033 (r_{pb})	.566	
อายุ	.009 (r_{sp})	.878	
สถานภาพสมรส	.002 (Eta)	.871*	
ระดับการศึกษา	.079 (r_{sp})	.174	
การประกอบอาชีพ	.015 (Eta)	.339*	
รายได้เฉลี่ย	.190 (r_{sp})	< .001	ต่ำ
ความเพียงพอของรายได้	.245 (r_{sp})	< .001	ต่ำ
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	.003 (Eta)	.609*	
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	-.019 (r_{sp})	.748	

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (n = 302) (ต่อ)

	coefficient	p-value	ระดับความสัมพันธ์
เด็กออทิสติก			
อายุ	-.029 (r_{sp})	.618	ต่ำ
ความรุนแรงของโรค	-.031 (r_{sp})	.590	
การมีโรคที่พบร่วม	-.143 (r_{pb})	.013	
ระดับการช่วยเหลือตนเอง	-.088 (r_{sp})	.127	

r_{pb} = point biserial correlation coefficient, r_{sp} = Spearman rank correlation coefficient, Eta = Eta correlation coefficient

*ANOVA

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การจัดการความรู้สึกเครียด และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (n = 302)

	coefficient	p-value
ความเครียด	-.494	< .001
การจัดการความเครียดที่เหมาะสม	.058	.317
การจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม	-.226	< .001
การสนับสนุนทางสังคม	.485	< .001
ครอบครัว	.422	< .001
เพื่อน	.346	< .001
สมาคม/ชมรม/กลุ่มผู้ดูแล	.213	< .001
บุคลากรสาธารณสุข	.368	< .001

สัมพันธ์ภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง เป็นส่วนใหญ่ ขณะที่ด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลางและดีใกล้เคียงกัน สอดคล้องกับการศึกษาของนัธซันน์ จรัสรุ่งเกียรติ และอลิสา วัชรสินธุ¹⁵ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินเดียของ Renford และคณะ³⁵ ที่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลเด็กออทิสติกอยู่ในระดับไม่ดี อาจเนื่องจากความแตกต่างในการเข้าถึงบริการและการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้และการศึกษาของนัธซันน์ จรัสรุ่งเกียรติ และอลิสา วัชรสินธุ¹⁵ เป็นผู้รับบริการ ณ โรงพยาบาลระดับเหนือตติยภูมิในกรุงเทพมหานคร ซึ่งได้รับการประเมินและดูแลสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบจากทีมสหวิชาชีพ ขณะที่ Renford และคณะ³⁵ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในชุมชนอินเดียตอนใต้ซึ่งมีข้อจำกัดมิในการเข้าถึงบริการและการสนับสนุนทางสังคม

รายได้และความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลเด็กออทิสติก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ^{15,36,37} อาจเนื่องจากการมีรายได้ที่สูงและเพียงพอ

ต่อรายจ่ายในชีวิตประจำวันทำให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนการจ่ายเพิ่มเติม เช่น ค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการ²¹ รวมทั้งหากจำเป็นต้องหยุดงานเพื่อดูแลเด็กอาจได้รับผลกระทบจากการรายได้ที่ลดลงน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ไม่เพียงพอ³⁸ อย่างไรก็ตาม มีบางการศึกษา เช่น การศึกษาของมาริชา ทองอ่อน และจินตนา ยูนิพันธุ์²⁰ ไม่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กออทิสติก

การมีโรคที่พบร่วมของเด็กออทิสติกมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล โดยโรคที่พบร่วมมากที่สุดคือ สมาธิสั้น พบร้อยละ 44.0 ใกล้เคียงกับการศึกษาของนัธซันน์ จรัสรุ่งเกียรติ และอลิสา วัชรสินธุ¹⁵ ที่พบว่า สมาธิสั้นเป็นโรคที่วินิจฉัยร่วมที่พบมากที่สุด ร้อยละ 41.7 และใกล้เคียงกับการวิเคราะห์ห่อถักมานการศึกษาในต่างประเทศที่พบความชุกตลอดชีพของโรคสมาธิสั้นในเด็กออทิสติกร้อยละ 40.2³⁹ เด็กออทิสติกที่มีโรคสมาธิสั้นร่วมมักมีความสามารถในการเรียนรู้ที่จำกัด มีปัญหาพฤติกรรม และมีความบกพร่องของทำงานของสมองส่วนหน้าที่

ช่วยควบคุมอารมณ์ ความคิด และการตัดสินใจ มากกว่าเด็กที่มีพัฒนาการปกติ⁴⁰ นอกจากนี้เด็กกลุ่มนี้ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเวชอื่น ๆ เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล และพฤติกรรมก้าวร้าวหรือต่อต้าน สูงกว่าเด็กออทิสติกที่ไม่มีโรคสมาธิสั้นร่วม⁴¹ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bar และคณะ⁴² ที่พบว่า การดูแลเด็กออทิสติกที่มีโรคสมาธิสั้นร่วมส่งผลต่อปัญหาภายในครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมากกว่าการดูแลเด็กที่มีเพียงโรคใดโรคหนึ่ง

ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Hsiao¹⁶ และ Ten Hoopen และคณะ¹⁷ อาจเนื่องจากการดูแลเด็กออทิสติกต้องใช้ความพยายามในการเลี้ยงดูและทำให้เกิดความเครียดในระดับที่สูง ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตใจของผู้ดูแลและส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง⁴³ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างใช้การจัดการความเครียดทั้ง 2 ประเภทร่วมกัน โดยใช้การจัดการความเครียดที่เหมาะสมมากกว่าการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม สอดคล้องกับทฤษฎีของ Lazarus และ Folkman⁴⁴ ที่ระบุว่า บุคคลอาจใช้การจัดการความเครียดประเภทใดประเภทหนึ่งหรือใช้ร่วมกันขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่เผชิญความเครียด ซึ่งการศึกษานี้พบว่า การจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Kuhlthau และคณะ⁴³ เนื่องจากการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสมเป็นการจัดการที่เน้นการหลีกเลี่ยงหรือระบายนอารมณ์แทนการเผชิญปัญหา แม้สามารถช่วยบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้นได้ในระยะสั้นได้ แต่หากใช้ในระยะเวลาอาจก่อให้เกิดการสะสมความเครียดเพิ่มขึ้น ส่วนการจัดการความเครียดที่เหมาะสมเป็นการแก้ไขปัญหาและจัดการกับสาเหตุของความเครียด ทำให้สามารถแก้ไขความเครียดได้อย่างตรงจุดและมีประสิทธิภาพ⁴⁴ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Isa และคณะ⁴⁵ ที่พบว่า ผู้ดูแลที่เลือกใช้การจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสมมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของนัธชนัน จรัสรุ่งเกียรติ และอลิสรา วัชรสินธุ¹⁵ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการให้กำลังใจและช่วยเหลือผู้ดูแลที่ต้องเผชิญปัญหาจากการเลี้ยงดู

ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และการศึกษาของมาริชา ตองอ่อน และจินตนา ยูนิพันธุ์²⁰ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย และได้รับการตอบสนองทางอารมณ์ ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยการศึกษานี้พบว่า แหล่งการสนับสนุนทางสังคมที่มีระดับความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลสูงสุด ได้แก่ ครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข และเพื่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ Salami และ Alhalal¹⁹ ที่พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ (significant others) ในระดับสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ Cappe และคณะ³⁷ ที่พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากญาติและบุคลากรสหวิชาชีพมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เนื่องจากแหล่งการสนับสนุนทางสังคมเหล่านี้มีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความเข้าใจและการยอมรับ ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสดำเนินการประคับประคองและได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และช่วยเสริมสร้างให้ผู้ดูแลมีพลัง ความพร้อม และความมั่นใจในการดูแลเด็กออทิสติก⁴⁶

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความเครียดและผลกระทบต่อนชีวิตของผู้ดูแลจากการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก รวมถึงลักษณะการจัดการความเครียดและประเภทของแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแล ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กออทิสติกไทย อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเพียงแห่งเดียว ผลการศึกษาจึงอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ดูแลเด็กออทิสติกได้ทั้งหมด นอกจากนี้ รูปแบบการศึกษาภาคตัดขวางซึ่งข้อมูลถูกเก็บรวบรวมในช่วงเวลาเดียวกันทำให้ไม่สามารถระบุความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ได้

สรุป

ระดับความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมมากกว่าไม่เหมาะสม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแล ได้แก่ รายได้เฉลี่ย ความเพียงพอของรายได้ และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน สมาคม/ชมรม/กลุ่มผู้ดูแล และบุคลากรสาธารณสุข ในทางกลับกัน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

กับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของผู้ดูแล ได้แก่ ความเครียด การจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม และการมีโรคร่วมของเด็ก ดังนั้น ควรมีการประเมินความเครียดและคุณภาพชีวิตผู้ดูแลเด็กออทิสติกอย่างสม่ำเสมอ ควบคู่ไปกับการส่งเสริมทักษะในการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม รวมถึงการให้ความรู้ ความเข้าใจ และการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดี เพื่อสนับสนุนบทบาทของผู้ดูแลและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กออทิสติกอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมสหวิชาชีพของสถาบันราชานุกูล สำหรับการอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณครูของศูนย์การศึกษาพิเศษ ส่วนกลาง สำหรับการอำนวยความสะดวกในการทดสอบเครื่องมือวิจัย

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

ซินดนัย ไชยเสนา : ออกแบบงานวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ ; ศรียามน ติรพัฒน์ : ออกแบบงานวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบและแก้ไขนิพนธ์ต้นฉบับ ; ยวนุช สัตยสมบูรณ์ : วิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบและแก้ไขนิพนธ์ต้นฉบับ

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington VA: American Psychiatric Association; 2013.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Data and statistics on autism spectrum disorder [Internet]. Atlanta GA: Center for Disease Control and Prevention; 2024 [cited 2024 Jan 29]. Available from: <https://www.cdc.gov/autism/data-research/index.html>
3. Asia-Pacific Development Center on Disability. Autism at a glance in ASEAN: under the autism mapping project in the ASEAN region. Part II: country profiles. Bangkok: Asia-Pacific Development Center on Disability Foundation; 2020.
4. Health Data Center. The percentage of patients with autism who have access to standard mental health services [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2024 [cited 2024 Oct 15]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/c3cbb49f45fb12d02ff0eb813e9e6279> (in Thai)
5. Rajanukul Institute. Outpatient statistics for the most common disorders [Internet]. Bangkok: Rajanukul Institute; 2023 [cited 2024 Feb 2]. Available from: https://sites.google.com/view/planraja/ขอมลสารสนเทศ?authuser=0#h.p_Lf--EEWLVTg (in Thai)
6. Centers for Disease Control and Prevention. About autism spectrum disorder [Internet]. Atlanta GA: Center for Disease Control and Prevention; 2024 [cited 2024 Jan 29]. Available from: <https://www.cdc.gov/autism/about/index.html>
7. Lai MC, Lombardo MV, Baron-Cohen S. Autism. Lancet. 2014;383(9920):896-910. doi:10.1016/S0140-6736(13)61539-1.
8. Phutathum S. Autistic children [Internet]. Bangkok: Foundation for Disabled Children; [cited 2024 Jan 29]. Available from: <https://fcdthailand.org/library-type/เด็กออทิสติก-autistic-children/>. (in Thai)
9. Fitzpatrick SE, Srivorakiat L, Wink LK, Pedapati EV, Erickson CA. Aggression in autism spectrum disorder: presentation and treatment options. Neuropsychiatr Dis Treat. 2016;12:1525-38. doi:10.2147/NDT.S84585.
10. Chu SY, Normal S, McConnell G, Tan JS, Singh SJ. Challenges faced by parents of children with autism spectrum disorder in Malaysia. Speech Lang Hear. 2018;23(1):1-11. doi:10.1080/2050571X.2018.1548678.
11. Rogge N, Janssen J. The economic costs of autism spectrum disorder: a literature review. J Autism Dev Disord. 2019;49(7):2873-900. doi:10.1007/s10803-019-04014-z.
12. Al-Farsi YM, Al-Farsi OA, Al-Sharbaty MM, Al-Adawi S, Cucchi A, Essa MM, et al. Quality of life among caregivers of children with autism spectrum disorders, intellectual disability, and typical development. Appl Res Qual Life. 2022;17(1):129-45. doi:10.1007/s11482-020-09880-9.
13. Alnahdi GH, Alwadei A, Schwab S. Family quality of life of caregivers of individuals with autism, with other disabilities, and without disabilities: the case of Saudi Arabia. Int J Dev Disabil. 2024;70(6):1010-21. doi:10.1080/20473869.2024.2362007.
14. Samuel PS, Rillotta F, Brown I. Review: the development of family quality of life concepts and measures. J Intellect Disabil Res. 2012;56(1):1-16. doi:10.1111/j.1365-2788.2011.01486.x.
15. Charatcharunkiat N, Wacharasindhu A. Quality of life among caregivers of children with autistic spectrum

- disorders and associated factors. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2013;58(3):233-44. (in Thai)
16. Hsiao YJ. Pathways to mental health-related quality of life for parents of children with autism spectrum disorder: roles of parental stress, children's performance, medical support, and neighbor support. *Res Autism Spectr Disord*. 2016;23:122-30. doi:10.1016/j.rasd.2015.10.008.
17. Ten Hoopen LW, de Nijs PFA, Duvekot J, Greaves-Lord K, Hillegers MHJ, Brouwer WBF, et al. Children with an autism spectrum disorder and their caregivers: capturing health-related and care-related quality of life. *J Autism Dev Disord*. 2020;50(1):263-77. doi:10.1007/s10803-019-04249-w.
18. Ji B, Zhao I, Turner C, Sun M, Yi R, Tang S. Predictors of health-related quality of life in Chinese caregivers of children with autism spectrum disorders: a cross-sectional study. *Arch Psychiatr Nurs*. 2014;28(5):327-32. doi:10.1016/j.apnu.2014.06.001.
19. Salami S, Alhalal E. Quality of life of primary caregivers of autistic children: Structural equation modeling. *J Pediatr Nurs*. 2025;80:e58-66. doi:10.1016/j.pedn.2024.10.042.
20. Tong-On M, Yunibhund J. Factors related to health-related quality of life in parents of children with autism spectrum disorder. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi*. 2019;30(2):134-47. (in Thai)
21. Wanicharoen N. Quality of life among caregivers of children with language impairment at the division of developmental and behavioral pediatrics faculty of medicine Vajira hospital: a cross-sectional descriptive study. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine*. 2021;65(4):320-31. (in Thai)
22. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
23. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983;24(4):385-96. doi:10.2307/2136404.
24. 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.
25. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *Int J Behav Med*. 1997;4(1):92-100. doi:10.1207/s15327558i-jbm0401_6.
26. Numsang T, Tantrarungroj T. Validity and reliability of the brief COPE inventory: Thai version. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2018;63(2):189-98. (in Thai)
27. Meyer B. Coping with severe mental illness: relations of the brief COPE with symptoms, functioning, and well-being. *J Psychopathol Behav Assess*. 2001;23(4):265-77. doi:10.1023/A:1012731520781.
28. Kaewnopparat S. The effect of social support from social network on the stress of the autism parents at Child Mental Health Center [master's thesis]. Pathum Thani: Thammasat University; 1998. (in Thai)
29. Kaplan BH, Cassel JC, Gore S. Social support and health. *Med Care*. 1977;15(5 Suppl):47-58. doi:10.1097/00005650-197705001-00006.
30. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med*. 1998;28(3):551-8. doi:10.1017/s0033291798006667.
31. Mahatnirunkul S, Tantipiwattanaskul W, Pumpaisanchai W, Wongsuwan K, Pramanajirankul R. Compare the World Health Organization's quality of life assessment with 100 indicators and 26 indicators. *Journal of Mental Health of Thailand*. 1998;5(3):4-15. (in Thai)
32. Chusee Wongrattana. Statistical techniques in research. 7th ed. Bangkok: Chulalongkorn University book center; 1998. (in Thai)
33. Sukmak V, Sangsuk N. Living a tormented life: Caregivers' experiences of caring for a child with autism in northeastern Thailand. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018;32(5):745-50. doi:10.1016/j.apnu.2018.04.005
34. Ahmed EA, Alkhalidi SM, Alduraiddi H, Albsoul RA, Alhamdan MZ. Quality of life of mothers and fathers of children with autism spectrum disorder in Jordan. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2023(19):e174501792304180. doi:10.2174/17450179-v19-e230529-2022-40.
35. Renford NGR, Arulappan J, Thomas KDE, Karuppiyah KM, Chinnathambi K, Thangaswamy GC. Quality of life of caregivers of children with autism spectrum disorder in Tamil Nadu, South India. *International Journal of Nutrition, Pharmacology, Neurological Diseases*. 2020;10(2):57-64. doi:10.4103/ijnpnd.ijnpnd_16_20.

36. Committee for the Development of People's Quality of Life. Report on the quality of life of Thai people 2023. Bangkok: B.T.S. Press Co., Ltd.; 2023. (in Thai)
37. Cappe É, Poirier N, Sankey C, Belzil A, Dionne C. Quality of life of French Canadian parents raising a child with autism spectrum disorder and effects of psychosocial factors. *Qual Life Res.* 2018;27(4):955-67. doi:10.1007/s11136-017-1757-4.
38. Lancastle D, Hill J, Faulkner S, Cousins AL. "The stress can be unbearable, but the good times are like finding gold": A phase one modelling survey to inform the development of a self-help positive reappraisal coping intervention for caregivers of those with autism spectrum disorder. *PLoS One.* 2022;17(3):e0264837. doi:10.1371/journal.pone.0264837.
39. Rong Y, Yang CJ, Jin Y, Wang Y. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in individuals with autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Res Autism Spectr Disord.* 2021;83:101759. doi:10.1016/j.rasd.2021.101759
40. Rosello B, Berenguer C, Baixauli I, Colomer C, Miranda A. ADHD symptoms and learning behaviors in children with ASD without intellectual disability. A mediation analysis of executive functions. *PLoS One.* 2018;13(11): e0207286. doi:10.1371/journal.pone.0207286.
41. Chen MH, Wei HT, Chen LC, Su TP, Bai YM, Hsu JW, et al. Autistic spectrum disorder, attention deficit hyperactivity disorder, and psychiatric comorbidities: a nationwide study. *Res Autism Spectr Disord.* 2015;10:1-6. doi:10.1016/j.rasd.2014.10.014.
42. Bar S, Stephens SB, Mathew MS, Messiah SE, Edgar VB. Quality of life among caregivers of children with autism spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder: A cross sectional study. *J Autism Dev Disord.* 2023;54(11):4208-15. doi:10.1007/s10803-023-06129-w.
43. Kuhlthau K, Payakachat N, Delahaye J, Hurson J, Pyne JM, Kovacs E, et al. Quality of life for parents of children with autism spectrum disorders. *Res Autism Spectr Disord.* 2014;8(10):1339-50. doi:10.1016/j.rasd.2014.07.002.
44. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.
45. Isa ANI, Ishak I, Rahman AA, Saat NZM, Din NC, Lubis SH, et al. Quality of life among caregivers of children with special needs in Kelantan, Malaysia: the importance of psychosocial mediators. *Malays J Med Sci.* 2021;28(2):128-41. doi:10.21315/mjms2021.28.2.12.
46. Wonkittirungreang S. Family support for children with autism spectrum disorder (ASD). *Journal of Education Khon Kaen University.* 2019;42(2):35-50. (in Thai)

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว พฤติกรรมติดเกม และพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กและเยาวชน : การศึกษาช่วงสถานการณ์โควิด 19

วันรับ : 19 มีนาคม 2568

วันแก้ไข : 6 มิถุนายน 2568

วันตอบรับ : 19 มิถุนายน 2568

โซษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, วท.ม.¹, ภิญโญ อิศรพงศ์, พย.ม.²,อุบล วรรณกิจ, ปร.ด.³, สิริจันทร์ เดชปัญญาวัฒน์, วท.ม.²,รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล, วท.ด.⁴, พัทธรชนก เทียนนิหาร, วท.บ.²สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต จังหวัดเชียงใหม่¹,สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กรุงเทพฯ²,คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี จังหวัดปัตตานี³,โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต จังหวัดสุราษฎร์ธานี⁴

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว พฤติกรรมติดเกม และพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กและเยาวชน ในช่วงสถานการณ์โควิด 19

วิธีการ : การวิจัยแบบผสมผสาน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง ในผู้ปกครองของเด็กและเยาวชนอายุ 6 - 18 ปี 596 คน จาก 4 ภาค ด้วยแบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมเล่นเกม แบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว แบบทดสอบการติดเกม และแบบประเมินผลพฤติกรรมรุนแรงสำหรับวัยรุ่น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ การถดถอยพหุคูณเชิงเส้น และการวิเคราะห์เส้นทาง เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ในผู้ปกครองของเด็กและเยาวชนที่มีความเสี่ยงภาวะติดเกม 15 คน วิเคราะห์ข้อมูลแบบเรื่องเล่า

ผล : กลุ่มตัวอย่างมีการทำหน้าที่ของครอบครัวในระดับไม่ดีร้อยละ 32.4 เด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมเล่นเกมอยู่ในระดับน่าจะติดร้อยละ 26.7 และมีพฤติกรรมก้าวร้าวร้อยละ 4.6 การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับพฤติกรรมก้าวร้าว ($r = -0.332$) โดยมีทั้งการส่งผลโดยตรงและส่งผลผ่านพฤติกรรมติดเกม ส่วนพฤติกรรมติดเกมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับพฤติกรรมก้าวร้าว ($r = 0.362$) กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่าในช่วงการแพร่ระบาด เด็กและเยาวชนติดเกมมากขึ้นเนื่องจากใช้เวลาออนไลน์มากและขาดกิจกรรมสร้างสรรค์ ส่วนกลุ่มตัวอย่างขาดเวลาในการดูแล ไม่สามารถจัดสรรเวลาของตนเอง อีกทั้งอาจเป็นแบบอย่างการใช้สื่อออนไลน์ที่ไม่เหมาะสม

สรุป : สถานการณ์โควิด 19 ส่งผลกระทบเชิงลบต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว พฤติกรรมติดเกม และพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กและเยาวชน ควรมีมาตรการส่งเสริมการเลี้ยงดูและบทบาทหน้าที่ในครอบครัว เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนท่ามกลางวิกฤตในสังคม

คำสำคัญ : การทำหน้าที่ของครอบครัว, โควิด 19, เด็กและเยาวชน, พฤติกรรมก้าวร้าว, พฤติกรรมติดเกม

ติดต่อผู้พิมพ์ : โซษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ; e-mail: drchosita@gmail.com

Original article

The relationships among family functioning, gaming addiction, and violent behavior in children and adolescents: study during the COVID-19 pandemic

Received : 19 March 2025

Revised : 6 June 2025

Accepted : 19 June 2025

Chosita Pavasuthipaisit, M.Sc.¹, Pinyo Itsarapong, M.N.S.²,

Ubon Wannakit, Ph.D.³, Sirichan Dechpanyawath, M.S.²,

Rattanasak Santitadukul, Ph.D.⁴, Pakchanok Theinviharn, B.S.²

Rajanagarindra Institute of Child Development, Department of Mental Health, Chiang Mai Province¹,
Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute, Department of Mental Health, Bangkok²,
Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Puttani Campus, Puttani Province³,
Suan Saranrom Hospital Department of Mental Health, Surat Thani Province⁴

Abstract

Objective: To explore the relationships among family functioning, violent behavior, and game addiction in children and adolescents during the COVID-19 pandemic.

Methods: A mixed method approach was employed. Quantitative data were collected via an online cross-sectional survey, involving 596 parents of children aged 6 - 18 years across four regions of Thailand. The questionnaires included socio-demographic information, the Chulalongkorn Family Intervention, the Game Addiction Screening Test, and the Adolescent Violent Behavior Inventory. Data was analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, multivariate linear regression, and path analysis. Qualitative data was obtained through in-depth interviews with 15 parents of children and adolescents at risk of gaming addiction. Narrative analysis was used to interpret the qualitative findings.

Results: The findings revealed that 32.4% of families demonstrated poor levels of family functioning. Among children and adolescents, 26.7% were likely to have gaming addiction, while 4.6% exhibited violent behavior. Family functioning was found to have a weak negative correlation with violent behavior ($r = -0.332$), both directly and indirectly via gaming addiction. Gaming addiction had a weak positive correlation with violent behavior ($r = 0.362$). According to the interviews, parents reported that, during the pandemic, their children were more addicted to games due to increased screen time and lack of constructive activities. Parents also reported being unable to properly supervise their children due to struggling with time management. Many also acknowledged concerns about being poor role models because of their own excessive media use.

Conclusion: The COVID-19 pandemic negatively impacted family functioning, game addiction, and violent behavior among Thai children and adolescents. These findings underscore the importance of promoting appropriate parenting skills and strengthening family functioning as protective factors for children's mental health during times of social crisis.

Keywords: children and adolescents, COVID-19, family functioning, gaming addiction, violent behavior

Corresponding author: Chosita Pavasuthipaisit; e-mail: drchosita@gmail.com

ความรู้เดิม : ในสภาวะปกติ การติดเกมมีผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมก้าวร้าว และการเลี้ยงดูมีผลต่อพฤติกรรม พัฒนาการอารมณ์และสังคมของเด็กและเยาวชน

ความรู้ใหม่ : สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลเชิงลบต่อระดับความสัมพันธ์ของการเลี้ยงดู หน้าที่ของครอบครัว และพฤติกรรมเล่นเกมของเด็ก และเยาวชนไทย โดยการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กและเยาวชน ทั้งส่งผลโดยตรงและทางอ้อมผ่านพฤติกรรมติดเกม ขณะที่ พฤติกรรมติดเกมส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมก้าวร้าว

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การส่งเสริมบทบาทของครอบครัว และการเลี้ยงดูที่เหมาะสม เพื่อป้องกันพฤติกรรมติดเกม และพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กและเยาวชนไทย

บทนำ

การปิดโรงเรียนและยกเลิกกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ทำให้เด็กและเยาวชนต้องเรียนผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์และสื่อสังคมออนไลน์ ในช่วงเวลาดังกล่าวพบว่า เด็กและเยาวชนติดเกมมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า และสมาธิสั้น¹ การสำรวจโดยสมาคมวิทยุและสื่อเพื่อเด็กและเยาวชนพบว่า หลังสถานการณ์โควิด 19 เด็กและเยาวชน 1 ใน 3 เล่นเกมทุกวัน เฉลี่ยวันละ 5 ชั่วโมง กว่าร้อยละ 40 ของเด็กที่เล่นเกมยอมรับว่าตัวเองติดเกมและรับรู้ว่ามีอาการหงุดหงิดและก้าวร้าวร้อยละ 20 รายงานว่าตนเองมีอารมณ์รุนแรง ทะเลาะกับครอบครัว และมีพฤติกรรมหยาบคายขึ้น² สอดคล้องกับผลทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบถึงอัตราการเล่นเกมและการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของเด็กและเยาวชนทั่วโลกที่เพิ่มขึ้นระหว่างสถานการณ์โควิด 19 รวมถึงผลกระทบต่อการติดเกมและปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวที่มาจากความรุนแรงในเกม³

การศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบความสัมพันธ์ระหว่างการเล่นเกมกับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กและเยาวชน การศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในไทย พบว่า การเล่นเกมที่มีเนื้อหารุนแรง 3 ชั่วโมงต่อวันขึ้นไปมีพฤติกรรมก้าวร้าวสูงกว่ากลุ่มที่ใช้เวลาน้อยกว่า

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁴ การศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยในสหราชอาณาจักร พบว่า ลักษณะบุคลิกภาพที่มีความวิตกกังวล การแสวงหาความตื่นเต้น และความก้าวร้าว มีความสัมพันธ์กับการติดเกมออนไลน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁵ การศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ พบว่า ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงของการติดเกมทางอินเทอร์เน็ต ได้แก่ การขาดความยับยั้งชั่งใจ ความเชื่อที่สามารถควบคุมตนเองได้ ความวิตกกังวล การมุ่งมั่นตอบสนองความต้องการของตนเอง เงินที่ใช้ในการเล่นเกมน เวลาที่ใช้ในการเล่นเกมน การเข้าร่วมชมรมเกมแบบออฟไลน์ และการอยู่ในชุมชนผู้เล่นเกม⁶ นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างการมีความรู้สึกร่วมกับเกม (game engagement) กับความก้าวร้าวของผู้เล่นเกม⁷

ทั้งนี้ พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กและเยาวชนยังเกี่ยวข้องกับอีกหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยระดับบุคคล เช่น ประสบการณ์ในชีวิต ซึ่งรวมถึงความรุนแรงในสื่อ⁷ และระดับครอบครัว เช่น การเลี้ยงดู ทัศนคติ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว และการทำหน้าที่ของครอบครัว^{8,9} โดยลักษณะการเลี้ยงดูที่ไม่มีความสม่ำเสมอ ใช้ความรุนแรง และไม่เป็นหนึ่งเดียวกันของพ่อแม่ รวมทั้งการทำหน้าที่ของพ่อแม่ที่ไม่เหมาะสม ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กในวัยเรียน ในทางกลับกันการเลี้ยงดูที่ให้ความอบอุ่นและไม่เข้มงวดจนเกินไปส่งผลต่อพฤติกรรมด้านบวกของเด็ก เช่น การให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามกฎกติกาอย่างเหมาะสม¹⁰ นอกจากนี้ ความเครียดของผู้ปกครอง การทำหน้าที่ของพ่อแม่ที่หยุดชะงักไป (disrupted parenting) และปฏิสัมพันธ์แบบมีความขัดแย้งระหว่างผู้ปกครองกับเด็กและเยาวชน ยังส่งผลกระทบยาวต่อพฤติกรรมต่อต้านสังคมเมื่อเติบโตขึ้น¹¹

การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของ McMaster แบ่งตามการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาทของครอบครัว การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม¹² เด็กและเยาวชนที่ติดเกมมักมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น อาการก้าวร้าวเมื่อถูกห้ามไม่ให้เล่นเกม¹³ ผู้ปกครองที่ไม่เข้าใจและตอบสนองพฤติกรรมดังกล่าวด้วยวิธีที่ไม่เหมาะสม อาจส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวและติดเกมยิ่งขึ้น ในสถานการณ์ที่มีภาวะความเครียด ปัญหาสุขภาพจิตพ่อแม่ และความเปราะบางทางสังคมหรือสภาพเศรษฐกิจของ

ครอบครัวส่งผลต่อการพัฒนาการและสุขภาพจิตของเด็ก รวมทั้งพลวัตของครอบครัว¹⁴ เช่นเดียวกับในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ที่ผู้ปกครองได้รับผลกระทบจากมาตรการการรับมือและเผชิญการปรับตัวด้านต่าง ๆ ในชีวิต จึงอาจทำให้ไม่ทันสังเกตหรือละเลยการดูแลเด็กที่ใช้เวลาไปกับเล่นเกมมากเกินไป¹⁵

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยเชิงประจักษ์ก่อนหน้านี้ยังขาดการศึกษาความเชื่อมโยงระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว พฤติกรรมติดเกม และพฤติกรรมก้าวร้าว ที่แสดงถึงอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของตัวแปรเหล่านี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของประเทศไทยช่วงสถานการณ์โควิด 19 ที่เด็กและเยาวชนใช้เวลาอยู่กับคนในครอบครัวมากที่สุด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว พฤติกรรมติดเกม กับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กและเยาวชน และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าว ในช่วงสถานการณ์โควิด 19 เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว ในการดูแลช่วยเหลือเด็กและเยาวชนที่มีปัญหาพฤติกรรมเหล่านี้

วิธีการ

การวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เอกสารรับรองเลขที่ DMH.IRB.COA 024/2564 วันที่ 16 กันยายน 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ปกครองของเด็กและเยาวชนอายุ 6 - 18 ปี ใน 4 ภูมิภาคของประเทศไทย เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เป็นผู้ดูแลเด็กและเยาวชนอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใด ๆ ในการดูแล และสามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณสัดส่วนเมื่อทราบจำนวนประชากร¹⁶ ดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 P(1 - P)}{d^2(N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 P(1 - P)}$$

เมื่อ N = จำนวนประชากรเด็กและเยาวชนไทย พ.ศ. 2562 เท่ากับ 10,447,064¹⁷

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้เส้นโค้งปกติ
เมื่อ $\alpha = 0.05$ เท่ากับ 1.96

P = สัดส่วนของพฤติกรรมติดเกมใน
เด็กอายุ 6 - 18 ปี เท่ากับ 0.15¹⁸

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิด
ได้สูงสุดร้อยละ 20 เท่ากับ 0.03

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n) ขั้นต่ำ 544 คน เพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล รวมเป็น 599 คน เลือกตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยแบ่งชั้นภูมิแบ่งเป็น 4 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ เลือกจังหวัดในแต่ละภาคแบบเจาะจง ภาคละ 1 จังหวัด จากจังหวัดที่บุคลากรในพื้นที่มีความพร้อมในการเก็บข้อมูลช่วงสถานการณ์โควิด 19 แบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละจังหวัดตามขนาดประชากรแต่ละภาค ดังนี้ เชียงใหม่ 105 คน เลย 198 คน กรุงเทพมหานคร 196 คน และสงขลา 100 คน จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่โดยบุคลากรหน่วยงานกรมสุขภาพจิตที่ปฏิบัติงานในจังหวัดนั้น ๆ เป็นผู้ประสานงานไปยังเครือข่ายผู้ปกครองของเด็กและเยาวชนด้านสุขภาพจิตในจังหวัดและส่งต่อผู้ปกครองในพื้นที่ ครอบครัวละ 1 คน จนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด

เครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เช่น ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็กและเยาวชน การเล่นเกมช่วงก่อนการระบาด ประวัติโรคจิตเวช การใช้สารเสพติด และการใช้ความรุนแรงกับเด็กและเยาวชน

2. แบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (Chulalongkorn family intervention: CFI)⁸ ซึ่งดัดแปลงจากแบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัว (family assessment device: FAD)¹⁹ ตามแนวคิดของ McMaster เพื่อปรับให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ใช้ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาทของครอบครัว การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม จำนวน 36 ข้อ มีทั้งข้อคำถามทางบวกและลบ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่ตรงเลย จนถึง ตรงมากที่สุด 1 - 4 คะแนน แปลผล

แต่ละด้านโดยใช้ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ การปฏิบัติหน้าที่ในด้านนั้นไม่ดี ปานกลาง และดี

3. แบบทดสอบการติดเกม (game addiction screening test: GAST)²⁰ ฉบับผู้ปกครอง เพื่อประเมินปัญหาการเล่นเกม 3 ด้าน ได้แก่ การหมกมุ่นกับเกม การสูญเสียความสามารถในการควบคุมการเล่นเกม และการสูญเสียหน้าที่ความรับผิดชอบ จำนวน 16 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 คือไม่ใช่เลย จนถึง 3 คือ ใช่เลย แปลผลคะแนนรวมดังนี้ ต่ำกว่า 16 คะแนน หมายถึง ปกติ/ยังไม่มีปัญหาในการเล่น 16 - 22 คะแนน หมายถึง คลังไคล/เริ่มมีปัญหาในการเล่น และ 23 คะแนนขึ้นไป หมายถึง น่าจะติดเกม/มีปัญหาในการเล่นมาก

4. แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงสำหรับวัยรุ่น ฉบับ 14 ข้อ (adolescent violent behavior inventory-14 items: AVB-14)²¹ เพื่อประเมินระดับของพฤติกรรมความรุนแรงของเด็กและเยาวชนโดยผู้ปกครอง จำนวน 14 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 คือ ไม่เคยทำเลย จนถึง 4 คือ ทำเป็นประจำ แปลผลคะแนนรวมดังนี้ คะแนนรวม 0 - 14 คะแนน หมายถึง ไม่มีพฤติกรรม 15 - 28 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมเล็กน้อย 29 - 42 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมปานกลาง และ 43 - 56 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมมาก

5. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลเด็กและเยาวชนก่อนสถานการณ์โควิด 19 และช่วงที่มีสถานการณ์โควิด 19 รวมถึงประเด็นพฤติกรรมติดเกมและพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กและเยาวชน คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการประชุมร่วมกันและการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ มีลักษณะคำถามแบบปลายเปิดให้เล่าเรื่อง

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมิน CFI, GAST และ AVB-14 ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเพื่อให้ตรงกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยและด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น 3 คน ได้ค่า content validity index (CVI) เท่ากับ 1 จากนั้น ทำการตรวจสอบความเที่ยงของ CFI, GAST และ AVB-14 ในผู้ปกครอง 30 คน ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจริงในการศึกษา

ครั้งนี้ได้ค่าความเที่ยงจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.97, 0.94 และ 0.94 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19 ที่รุนแรง จึงทำการเก็บข้อมูลออนไลน์ผ่านทางระบบ Google Forms โดยผู้วิจัยจัดการประชุมชี้แจงและประสานกับบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ปฏิบัติงานในจังหวัดเป้าหมายในการส่งต่อลิงก์แบบสอบถามให้แก่เครือข่ายผู้ปกครองที่เคยมารับบริการในพื้นที่ผ่านทางไลน์ เฟซบุ๊ก หรืออีเมล และขอความร่วมมือส่งต่อลิงก์ไปยังผู้ปกครองคนอื่น ๆ ที่สนใจตอบแบบสอบถาม โดยอิงข้อมูลเด็กเป็นหลัก ต่อผู้ปกครอง 1 คน ซึ่งข้อมูลสามารถเข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น โดยในแบบสอบถามออนไลน์มีคำถามคัดกรองเพื่อคัดกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ตรงเกณฑ์ออกและจบการตอบแบบสอบถามทันที ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเข้ามีปุ่มให้กดหน้าถัดไปซึ่งมีการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่สนใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยต้องกดปุ่มยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนจึงเข้าสู่การตอบแบบสอบถามในหน้าต่อไปได้ ซึ่งถือว่าเป็นการยินยอมโดยการร่วมมือ (consent by action) ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 15 - 20 นาทีต่อคน

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์ผู้ปกครองเชิงลึกทางโทรศัพท์โดยผู้วิจัย ในกลุ่มที่มีคะแนนประเมิน GAST ฉบับผู้ปกครอง 16 คะแนนขึ้นไป ซึ่งสะท้อนว่าเด็กและเยาวชนมีความเสี่ยงภาวะติดเกม โดยขอความยินยอมทางโทรศัพท์ผ่านผู้ประสานงานในพื้นที่ กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 15 คน กระจายใน 4 ภาค จากนั้นผู้วิจัยติดต่ออาสาสมัครเพื่ออธิบายและชี้แจงการวิจัยผ่านทางโทรศัพท์หรือทางไลน์ หากอาสาสมัครสนใจเข้าร่วมการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยส่งเอกสารชี้แจงการวิจัย เอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และใบสำคัญรับเงินให้อาสาสมัครทางอีเมลหรือทางไปรษณีย์ เพื่อลงนามยินยอมและส่งเอกสารกลับมา จากนั้นผู้วิจัยนัดวันสัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์ ตามวันและเวลาที่อาสาสมัครสะดวก ก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียงตลอดการสัมภาษณ์ เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้เวลาสัมภาษณ์ 30 - 40 นาทีต่อคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ เพื่อนำเสนอข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง และเด็ก ระดับการทำหน้าที่ของครอบครัว พฤติกรรมติดเกม และพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กและเยาวชน ทดสอบความแตกต่างของตัวแปรระหว่างเด็กและเยาวชนกลุ่มที่มีกับไม่มี พฤติกรรมก้าวร้าวด้วยการทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) วิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบหลายตัวแปร (multivariate linear regression) ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวและพฤติกรรมติดเกมกับพฤติกรรมความก้าวร้าว และอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุผลเพิ่มเติมด้วยการวิเคราะห์เส้นทาง (path analysis) ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว พฤติกรรมติดเกม และพฤติกรรมก้าวร้าว

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เรื่องเล่า (narrative analysis) ตามแนวทางของ Colaizzi²² ด้วยการถอดข้อความจากเทปบันทึกการสัมภาษณ์ วิเคราะห์และตีความเรื่องเล่า โดยผู้วิจัย 2 คน ดึงประเด็นที่สำคัญ นำคำอธิบายเรื่องเล่ามาเขียนสรุปประเด็นเป็นความเรียง และนำข้อสรุปไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบว่ามีความเป็นจริงตามที่บรรยายและอธิบายไว้หรือไม่ รวมถึงในส่วนที่ผู้วิเคราะห์เห็นไม่ตรงกัน เพื่อให้ได้ข้อสรุปสุดท้ายที่สมบูรณ์และตรงกับประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล

ผล

กลุ่มตัวอย่าง 593 คน มีภูมิลำเนาอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด ร้อยละ 33.1 เป็นหญิงร้อยละ 77.2 อายุ 40 - 50 ปีร้อยละ 42.2 อายุเฉลี่ย 42 ปี สูงสุด 88 ปี ต่ำสุด 23 ปี มีความเกี่ยวข้องกับเด็กและเยาวชนเป็นมารดา ร้อยละ 64.7 บิดาร้อยละ 17.3 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.5 ระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีร้อยละ 55.3 มีอาชีพค้าขาย/รับจ้างร้อยละ 35.6 รับราชการร้อยละ 28.9 รายได้ครัวเรือน 10,001 - 20,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 28.7 รองลงมา 20,001 - 30,000 บาทร้อยละ 21.7 และเคยใช้ความรุนแรงกับเด็กและเยาวชนร้อยละ 24.8

เด็กและเยาวชนของกลุ่มตัวอย่างเป็นชายร้อยละ 58.9 อายุเฉลี่ย 11 ปี เรียนอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 61.4 พ่อหรือแม่เป็นคนเลี้ยงดูร้อยละ 82.2 เคยเล่นเกม

ก่อนสถานการณ์โควิด 19 ร้อยละ 80 มีประวัติโรคทางจิตเวช ร้อยละ 9.7 และมีประวัติใช้สารเสพติดร้อยละ 0.5

การทำหน้าที่ของครอบครัว พฤติกรรมติดเกม และพฤติกรรมก้าวร้าว

กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวในระดับไม่ดีร้อยละ 32.4 โดยภาคเหนือมีสัดส่วนคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวไม่ดีสูงสุด ร้อยละ 44.3 รองลงมา ภาคกลาง ร้อยละ 40.8 เด็กและเยาวชนโดยรวมมีคะแนนพฤติกรรมติดเกมอยู่ในระดับน่าจะติดเกมร้อยละ 26.7 โดยภาคกลางมีสัดส่วนเด็กและเยาวชนที่อยู่ในระดับน่าจะติดเกมสูงสุด ร้อยละ 29.2 รองลงมา ภาคตะวันออก เฉียงเหนือ ร้อยละ 28.9 เด็กและเยาวชนไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวร้อยละ 95.4 มีพฤติกรรมก้าวร้าวร้อยละ 4.6 โดยเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวระดับมากร้อยละ 0.5 (ตารางที่ 1)

จากการทดสอบไคสแควร์ พบว่า เด็กและเยาวชนกลุ่มที่มีกับไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมีสัดส่วนพฤติกรรมติดเกม และการทำหน้าที่ของครอบครัวสัมพันธ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างในตัวแปรเพศและการเล่นเกมก่อนการระบาดโควิด 19 (ตารางที่ 2)

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นเพื่อวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นระหว่างพฤติกรรมติดเกมและการทำหน้าที่ของครอบครัวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กและเยาวชน พบว่า 1) ตัวแปรอิสระทุกตัวอยู่ในระดับอันตรายภาคขึ้น (interval level) ขึ้นไป 2) ตัวแปรไม่ได้มีการแจกแจงแบบปกติ (normality) ด้วยการทดสอบ one-sample Kolmogorov-Smirnov พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 3) ตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linear relationship) ตรวจสอบโดยใช้ Pearson's correlation พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ 4) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (multicollinearity) ด้วยการวิเคราะห์ variance inflation factor (VIF) = 1.082 (ไม่เกิน 5) และค่า tolerance = .925 (มากกว่า 0.2) และ 5) ความคลาดเคลื่อนแต่ละค่าเป็นอิสระต่อกัน จากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.257 แสดงว่าไม่เกิด autocorrelation

การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบหลายตัวแปร พบว่า การทำหน้าที่ครอบครัวและพฤติกรรมติดเกมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมก้าวร้าว

ตารางที่ 1 ระดับการทำหน้าที่ของครอบครัว พฤติกรรมติดเกม และพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กและเยาวชน จำแนกตามภูมิภาค (n = 593)

	รวมทุกภาค (n = 593)		กลาง (n = 193)		เหนือ (n = 106)		ตะวันออกเฉียงเหนือ (n = 197)		ใต้ (n = 97)	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
การทำหน้าที่ของครอบครัว										
ไม่ดี	189	32.4	75	40.8	47	44.3	45	22.8	22	22.7
ปานกลาง	200	34.2	60	32.6	39	36.8	63	32	38	39.2
ดี	195	33.4	49	26.6	20	18.9	89	45.2	37	38.1
พฤติกรรมติดเกม										
น่าจะติดเกม	158	26.7	56	29.2	26	24.5	57	28.9	19	19.6
คลั่งไคล้	135	22.8	45	23.4	22	20.8	42	21.3	26	26.8
ปกติ	299	50.5	91	47.4	58	54.7	98	49.7	52	53.6
พฤติกรรมก้าวร้าว										
มาก	3	0.5	2	1.0	0	0.0	1	0.5	0	0.0
ปานกลาง	7	1.2	5	2.6	0	0.0	0	0.0	2	2.1
เล็กน้อย	17	2.9	4	2.1	2	1.9	7	3.6	4	4.1
ไม่มีพฤติกรรม	566	95.4	182	94.3	104	98.1	189	95.9	91	93.8

ตารางที่ 2 เพศ การเล่นเกมก่อนการระบาดโควิด 19 พฤติกรรมติดเกม และการทำหน้าที่ครอบครัว จำแนกตามการมีพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กและเยาวชน (n = 593)

	ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว (n = 566)		มีพฤติกรรมก้าวร้าว (n = 27)		p-value
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
เพศของเด็กและเยาวชน					
ชาย	327	93.7	22	6.3	.140
หญิง	239	98.0	5	2.0	
การเล่นเกมก่อนการระบาดโควิด 19					
ไม่เคย	116	98.3	2	1.7	.096
เคย	450	94.7	25	5.3	
พฤติกรรมติดเกม					
ปกติ	294	99.3	2	0.7	< .001
คลั่งไคล้	131	97.0	4	3.0	
น่าจะติดเกม	137	86.7	21	13.3	
การทำหน้าที่ของครอบครัว					
ไม่ดี	165	87.8	23	12.2	< .001
ปานกลาง/ดี	390	98.9	4	1.1	

ของเด็กและเยาวชน โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมก้าวร้าวได้ร้อยละ 19 ($R^2 = .190$) (ตารางที่ 3)

การวิเคราะห์เส้นทาง (ตารางที่ 4) พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบระดับน้อยกับพฤติกรรมก้าวร้าวโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($r = -0.332$) โดยมีความสัมพันธ์ทั้งที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมก้าวร้าว ($r = -0.253$) และส่งผลผ่านพฤติกรรมติดเกม ($r = -0.080$) และพฤติกรรมติดเกมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.362$) โดยแสดงรูปแบบความสัมพันธ์ดังแผนภาพที่ 1

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์ถดถอยเชิงเส้นระหว่างพฤติกรรมติดยาและการทำหน้าที่ของครอบครัวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กและเยาวชน

	b	S.E.	B	T	Correlation	p-value	VIF	Tolerance
ค่าคงที่	12.619	1.976		6.385				
การทำหน้าที่ครอบครัว	-.108	.016	-.253	-6.708	-.334	< .001	.925	1.082
พฤติกรรมติดยา	.145	.018	.296	7.875	.366	< .001	.925	1.082

SE_{est} = + 5.782, R = .439, R² = .190, F = .7357, p < .001

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ครอบครัว พฤติกรรมติดยา และพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กและเยาวชน จากการวิเคราะห์เส้นทาง (path analysis)

	การทำหน้าที่ของครอบครัว	พฤติกรรมติดยา	พฤติกรรมก้าวร้าว
การทำหน้าที่ของครอบครัว	1.00		
พฤติกรรมติดยา	-0.271*	1.00	
พฤติกรรมก้าวร้าว	-0.332* (direct = -0.253, indirect = -0.080)	0.362*	1.00

*p < .001



แผนภาพที่ 1 ความสัมพันธ์เชิงเส้นทางระหว่างการทำหน้าที่ครอบครัว พฤติกรรมติดยา และพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กและเยาวชน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองเด็กและเยาวชน 15 คน จากทั้ง 4 ภาค เป็นหญิง 13 คน ชาย 2 คน ภาคเหนือ 4 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3 คน ภาคกลาง 5 คน และภาคใต้ 3 คน อายุ 36 - 45 ปีร้อยละ 40 มีความเกี่ยวข้องกับเด็กและเยาวชนเป็นพ่อแม่ร้อยละ 86.7 ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 66.7 อาชีพรับราชการร้อยละ 26.6 รองลงมา ทำไร่นาทำสวนร้อยละ 20 และรายงานที่เคยใช้ความรุนแรงกับเด็กและเยาวชนร้อยละ 64.2 เด็กและเยาวชนของกลุ่มตัวอย่างมีประวัติเล่นเกมทุกวันอยู่แล้วร้อยละ 20 เล่นบ้างแบบมีการกำกับร้อยละ 60 ไม่เคยเล่นเกมเลย

ร้อยละ 20 และมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนสถานการณ์โควิด 19 ร้อยละ 6.7

กลุ่มตัวอย่างมองว่าในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เด็กและเยาวชนเล่นเกมมากขึ้น หงุดหงิดง่ายขึ้น และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างมองว่าเด็กและเยาวชนติดยาหรือสู้ออนไลน์เพราะใช้เวลาออนไลน์มากขึ้น เกมออนไลน์ง่ายต่อการเข้าถึง คบเพื่อนที่เล่นเกม และขาดกิจกรรมสร้างสรรค์ เนื่องจากไม่สามารถออกจากบ้านได้ ส่วนกลุ่มตัวอย่างเองก็ขาดเวลาการดูแลเด็กและเยาวชนอย่างเหมาะสม ไม่สามารถจัดสรรเวลาระหว่างการทำงานออนไลน์ที่บ้านกับการดูแลเด็กและเยาวชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ มักตามใจและเปิดโอกาสให้เด็กและ

เยาวชนเข้าถึงสื่อออนไลน์ด้วยตัวเอง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเองก็ใช้สื่อออนไลน์มากขึ้นเช่นกัน

วิธีการดูแลที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการจัดการพฤติกรรมการเล่นเกมของเด็กและเยาวชน เช่น การใช้เวลาคุณภาพและมีกิจกรรมสร้างสรรค์ในครอบครัว การมอบหมายงานที่สำเร็จง่าย การเอาใจใส่ดูแลช่วยเหลือด้านการเรียน การจำกัดการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต และการจัดตารางเวลาให้เด็กและเยาวชนส่วนวิธีที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้จัดการพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น การรอให้เด็กและเยาวชนอารมณ์เย็นลงจึงพูดคุยและปรับพฤติกรรม การสงบและระงับอารมณ์ตนเอง การสื่อสารด้วยคำพูดที่ดี การชวนเด็กและเยาวชนทำกิจกรรมอื่นเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ และการยึดหยุ่นตามสถานการณ์ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่เลี้ยงเด็กและเยาวชนร่วมกับผู้ปกครองคนอื่นมีการทำความเข้าใจกันและพยายามปรับวิธีเลี้ยงดูในทิศทางเดียวกัน

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า ระหว่างสถานการณ์โควิด 19 กลุ่มตัวอย่างเด็กและเยาวชนมีสัดส่วนพฤติกรรมติดเกมในระดับติดเกมร้อยละ 26.7 และอยู่ในระดับคลั่งไคล้ร้อยละ 22.8 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาช่วงก่อนการระบาดที่พบความชุกพฤติกรรมระดับคลั่งไคล้และระดับติดเกมของเด็กและเยาวชนประมาณร้อยละ 5 และ 15 ตามลำดับ^{18,20} อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวสำรวจเด็กและเยาวชนในสถานศึกษา ขณะที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มาจากการเลือกแบบลูกโซ่ในเครือข่ายผู้ปกครองของเด็กและเยาวชนสุขภาพจิตในจังหวัด จึงอาจมีแนวโน้มปัญหามากกว่าเด็กและเยาวชนทั่วไป

การทำหน้าที่ของครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับไม่ดีถึงร้อยละ 32.4 อาจสะท้อนถึงผลเชิงลบของสถานการณ์โควิด 19 ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวและเด็กและเยาวชน สอดคล้องกับการสำรวจในสหรัฐอเมริกาที่พบว่าในช่วงโควิด 19 การทำหน้าที่ครอบครัวถดถอยลง ขณะที่ปัญหาพฤติกรรมของเด็กและเยาวชน รวมถึงความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ปกครอง เพิ่มขึ้นกว่าช่วงก่อนการระบาดอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีผลกระทบมากขึ้นในครอบครัวที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจและมีเด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมติดเกมอยู่เดิม²³ เช่นเดียวกับการศึกษานี้ที่พบว่า

เด็กและเยาวชนที่เคยเล่นเกมก่อนการระบาดมีสัดส่วนพฤติกรรมก้าวร้าวสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยเล่นเกมก่อนการระบาด แม้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบหลายตัวแปรพบว่า การทำหน้าที่ครอบครัวและพฤติกรรมติดเกมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กและเยาวชน โดยเด็กและเยาวชนกลุ่มที่มีและไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมีสัดส่วนพฤติกรรมติดเกมและการทำหน้าที่ของครอบครัวสัมพันธ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือครอบครัวที่ทำหน้าที่ระดับดีจะทำให้ระดับพฤติกรรมก้าวร้าวและพฤติกรรมติดเกมของเด็กและเยาวชนลดลงได้ ส่วนพฤติกรรมติดเกมที่สูงขึ้นจะส่งผลให้ระดับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กและเยาวชนเพิ่มขึ้น โดยบางส่วนส่งผลผ่านพฤติกรรมติดเกมไปสู่พฤติกรรมความรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาในช่วงก่อนหน้าสถานการณ์โควิด 19 ที่พบว่าพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กและเยาวชนมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวบกพร่อง ได้แก่ ความรักใคร่และกลมเกลียวต่ำ การแก้ปัญหาโดยใช้ความรุนแรง ทัศนคติด้านลบ ความขัดแย้งในครอบครัว การไม่กำหนดกฎเกณฑ์ การละเลยการดูแลเด็ก การไม่มีความผูกพันทางอารมณ์ การไม่มีการควบคุมพฤติกรรม รวมถึงการเป็นแบบอย่างที่ไม่ถูกต้องจนเด็กลอกเลียนตาม^{5,15} โดยสามารถส่งผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวผ่านทางพฤติกรรมติดเกมเช่นกัน ได้แก่ การติดเกมออนไลน์ประเภทที่มีเนื้อหารุนแรง²⁴ ในทางกลับกัน การศึกษาในครอบครัวเด็กที่ป่วยเป็นมะเร็งพบว่า ครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ดีช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของเด็กและลดความรู้สึกเหงาในช่วงสถานการณ์โควิด 19 ซึ่งเห็นว่าเป็นบทบาทหน้าที่ที่ครอบครัวเข้มแข็งเป็นปัจจัยปกป้องผลกระทบจากสถานการณ์วิกฤตได้²⁵ อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดที่พบได้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยที่ครบถ้วน เนื่องจากมีการแจกแจงไม่ปกติ การละเมิดข้อนี้แม้ไม่ส่งผลต่อการใช้สถิติแต่อาจส่งผลต่อความแม่นยำในการทำนายค่าความสัมพันธ์ จึงเป็นข้อจำกัดที่ควรพิจารณาในการศึกษาต่อไปด้วยเทคนิคการแปลงข้อมูลทางคณิตศาสตร์หรือการเพิ่มขนาดตัวอย่าง²⁶

จากการสัมภาษณ์ ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลตรงกัน คือ เด็กและเยาวชนที่เคยเล่นเกมอยู่เดิมเล่นเกมมากขึ้น

ในช่วงการระบาด หากไม่เล่นเกมก็จะเล่นแอปพลิเคชันต่าง ๆ ทางโทรศัพท์มือถือ ขณะที่ก็ยอมรับว่าตนเองขาดเวลา การดูแลเด็กอย่างเหมาะสม เนื่องจากไม่สามารถจัดสรรเวลา ระหว่างการทำงานกับการดูแลเด็กและเยาวชนได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Ko และ Yen¹⁵ ที่พบว่า ระหว่าง การแพร่ระบาด ผู้ปกครองใช้เวลาส่วนใหญ่ในการเตรียมรับมือ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ รวมถึงการปรับตัวกับผลกระทบต่องาน การทำงาน และเศรษฐกิจของครอบครัว จึงทำให้ ไม่ทันสังเกตหรือละเลยการดูแลเด็กและเยาวชนที่ใช้เวลาเล่นเกมมากขึ้น นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังให้ข้อมูลว่า ระหว่าง อยู่ที่บ้านตนเองก็ใช้สื่อออนไลน์มากขึ้นเช่นกัน จึงสะท้อนให้เห็นว่า การใช้สื่อออนไลน์ของผู้ปกครองเองก็อาจส่งผล ต่อพฤติกรรมการเล่นของเด็กและเยาวชนได้เช่นกัน โดยสามารถเป็นต้นแบบพฤติกรรมด้านลบให้เด็กและเยาวชน เกิดการเลียนแบบ รวมถึงลดเวลาคุณภาพระหว่างเด็กและ เยาวชนกับผู้ปกครอง²⁷

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ เนื่องจากดำเนินการในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ทางออนไลน์ ซึ่งเป็นข้อมูลที่รายงานจากการรับรู้ของผู้ปกครอง โดยไม่สามารถใช้กระบวนการวิจัยอื่น ๆ ประกอบเพื่อให้ได้ข้อมูลรอบด้าน จึงมีข้อจำกัดในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล รวมทั้งอาจเกิดอคติจากการตอบตามความคาดหวังของสังคม กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองในการศึกษาเชิงปริมาณมาจากการเลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจง ภาคละ 1 จังหวัด โดยประสานผ่านบุคลากรสาธารณสุขและเครือข่ายผู้ปกครองที่เคยรับบริการในหน่วยบริการสุขภาพจิต ในพื้นที่ ส่วนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงคุณภาพเป็นผู้ปกครองที่ประเมินว่าเด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมระดับติดเกม จึงอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนทั้งหมด นอกจากนี้ การศึกษานี้ไม่ได้เก็บรวบรวมหรือวิเคราะห์ตัวแปรอื่น ที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กและเยาวชน รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวและ พฤติกรรมติดเกม เช่น พันธะของพ่อแม่และเยาวชนและ สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว^{28,29}

สรุป

การวิจัยนี้พบว่า ในช่วงสถานการณ์โควิด 19 เด็กและเยาวชนร้อยละ 26.7 มีพฤติกรรมเล่นเกมอยู่ในระดับน่าจะติดเกม พฤติกรรมติดเกมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมก้าวร้าว ขณะที่ระดับการทำหน้าที่ครอบครัวที่ไม่ดีส่งผลต่อทั้งพฤติกรรมติดเกมและพฤติกรรมก้าวร้าว ของเด็กและเยาวชน ทั้งนี้ ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศ และการเล่นเกมก่อนการระบาดของโรคโควิด 19 ในสัดส่วน พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กและเยาวชน ผลการศึกษาสามารถเป็นข้อมูลในการส่งเสริมตระหนักในการเลี้ยงดูและบทบาท หน้าที่ครอบครัว ทั้งในสถานการณ์ทางสังคมที่ปกติและ ในภาวะวิกฤต

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงาน การวิจัยแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2564

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

โซชิตา ภาวสุทธิไพศิฐ : ออกแบบการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ ; ภิญญ อิศรพงศ์ : ออกแบบการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ ข้อมูล ; อุบล วรรณกิจ : เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ; สิริจันทร์ เดชปัญญาวัฒน์ : เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ; รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล : วิเคราะห์ข้อมูล; พกัตรชนก เทียนวิหาร : เก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Han TS, Cho H, Sung D, Park MH. A systematic review of the impact of COVID-19 on the game addiction of children and adolescents. *Front Psychiatry*. 2022;13:976601. doi:10.3389/fpsyt.2022.976601.
2. Trisri S, Woraurai S, Supatchayabhumi T, Lamainil S. A study of preventing and reducing the effects of online gaming addiction among adolescent group [Internet]. Bangkok: Centre for Addiction Studies (CADS); 2022 [cited 2025 Apr 25]. Available from: <https://cads.in.th/cads/content?id=327> (in Thai)
3. Amin KP, Griffiths MD, Dsouza DD. Online gaming during the COVID-19 pandemic in India: strategies for work-life balance. *Int J Ment Health Addict*. 2022;20(1):296-302. doi:10.1007/s11469-020-00358-1.

4. Jayavasu O. Aggressive behavior of mathayom suksa 4-6 male students reading violent comic books and playing violent computer games [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2004.
5. Mehroof M, Griffiths MD. Online gaming addiction: the role of sensation seeking, self-control, neuroticism, aggression, state anxiety, and trait anxiety. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2010;13(3):313-6. doi:10.1089/cyber.2009.0229.
6. Rho MJ, Lee H, Lee TH, Cho H, Jung DJ, Kim DJ, et al. Risk factors for Internet gaming disorder: psychological factors and Internet gaming characteristics. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;15(1):40. doi:10.3390/ijerph15010040.
7. Grainara T, Chodpathumwan D, Pantim N. Effect of online game engagement on prosocial behaviour and aggression [senior project]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2016. (in Thai)
8. Trangkasombat U. Family psychotherapy and counseling. Bangkok: Sunta Press; 2001. (in Thai)
9. Cho IY, Kim JS, Kim JO. Factors influencing adolescents' self-control according to family structure. *J Child Fam Stud*. 2018;27(11):3520-30. doi:10.1007/s10826-018-1175-4.
10. Rademacher A, Zumbach-Basu J, Duering UV. Parenting style and child aggressive behavior from preschool to elementary school: the mediating effect of emotion dysregulation. *Early Child Educ J*. 2025;53(1):63-72. doi:10.1007/s10643-023-01560-1.
11. Conger RD, Wallace LE, Sun Y, Simons RL, McLoyd VC, Brody GH. Economic pressure in African American families: a replication and extension of the family stress model. *Dev Psychol*. 2002;38(2):179-93. doi:10.1037/0012-1649.38.2.179.
12. Miller IW, Ryan CE, Keitner GI, Bishop DS, Epstein NB. The McMaster approach to families: theory, assessment, treatment and research. *J Fam Ther*. 2000;22(2):168-89. doi:10.1111/1467-6427.00145.
13. World Health Organization. Addictive behaviours: gaming disorder [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020. [cited 2022 Jul 18]. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/addictive-behaviours-gaming-disorder>
14. Mendes-Sousa MM, Perrone MB, de Melo RB, Ribeiro MVV, Chao Q, Torres C, et al. The impact of family stress and resilience on child development: a scoping review. *Trends Psychiatry Psychother*. 2025;47:e20220556. doi:10.47626/2237-6089-2022-0556.
15. Ko CH, Yen JY. Impact of COVID-19 on gaming disorder: monitoring and prevention. *J Behav Addict*. 2020;9(2):187-9. doi:10.1556/2006.2020.00040.
16. Komoltri C. Sample size calculation. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2013;20(3):192-8. (in Thai)
17. The Bureau of Registration Administration (BORA). Population statistics by age group [Internet]. Pathum Thani: The Bureau of Registration Administration; 2020 [cited 2022 July 18]. Available from: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/view> (in Thai)
18. Kolkijkovin V, Wisitpongaree C, Techakasem P, Pornnoppadol C, Supawattanabodee B. Computer game addiction: risk and protective factors in students in Dusit district, Bangkok. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine*. 2016;59(3):1-14. (in Thai)
19. Trangkasombat U. Family functioning in the families of psychiatric patients: a comparison with nonclinical families. *J Med Assoc Thai*. 2006;89(11):1946-54.
20. Pornnoppadol C, Sornpaisarn B, Khamklieng K, Pattana-amorn S. The development of game addiction screening test (GAST). *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2014;59(1):3-14. (in Thai)
21. Boonyamalik P, Suksawang S, Swangwongsin S, Narakornpijit K. The development and validity testing of assessments for preventing and resolving violence in vocational students. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2012;57(1):1-18. (in Thai)
22. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.
23. Feinberg ME, Mogle J, Lee JK, Tornello SL, Hostetler ML, Cifelli JA, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on parent, child, and family functioning. *Fam Process*. 2022;61(1):361-74. doi:10.1111/famp.12649.
24. Kim HS, Kim HS. The impact of family violence, family functioning, and parental partner dynamics on Korean juvenile delinquency. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2008;39(4):439-53. doi:10.1007/s10578-008-0099-4.

25. Skeens MA, Ralph JE, Olsavsky AL, Buff K, Shah N, Akard TF, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the quality of life of children with cancer. *J Pediatr Hematol Oncol Nurs*. 2024;41(2):85-95. doi:10.1177/27527530231194592.
26. Chirawatkul A. An analysis of non-normal data. *Journal of Health Science of Thailand*. 2015;24(2): 198-9. (in Thai)
27. Muppalla SK, Vuppapapati S, Pulliahgaru AR, Sreenivasulu H. Effects of Excessive Screen Time on Child Development: An Updated Review and Strategies for Management. *Cureus*. 2023 Jun;15(6):e40608. doi: 10.7759/cureus.40608.
28. Mendes DD, Mari Jde J, Singer M, Barros GM, Mello AF. Estudo de revisão dos fatores biológicos, sociais e ambientais associados com o comportamento agressivo [Study review of biological, social and environmental factors associated with aggressive behavior]. *Braz J Psychiatry*. 2009;31(Suppl 2):S77-85. doi:10.1590/s1516-44462009000600006.
29. Schick A, Cierpka M. Risk factors and prevention of aggressive behavior in children and adolescents. *Journal for educational research online*. 2016;8(1): 90-109.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การวิจัยและพัฒนาารูปแบบการดูแลแบบการจัดการรายกรณี (พระศรีฯ ระเบียนบุญ) เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อน

วันรับ : 8 เมษายน 2568
วันแก้ไข : 14 กรกฎาคม 2568
วันตอบรับ : 31 กรกฎาคม 2568

อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, ปร.ด.¹, พิมพ์ชนก หาคำ, ปร.ด.²,
อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์, พย.ม.², ปาลิตา พลศักดิ์, พย.ม.²,
วิไลลักษณ์ เจริญชัยสงค์, พย.บ.²

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา จังหวัดศรีสะเกษ¹,
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต จังหวัดอุบลราชธานี²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลแบบการจัดการรายกรณีต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อน

วิธีการ : การวิจัยและพัฒนา 2 ระยะ ได้แก่ 1) การพัฒนารูปแบบด้วยการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญ การทบทวนเอกสาร และการทบทวนวรรณกรรม และ 2) การทดสอบผลของรูปแบบด้วยการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว ในผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อนที่กลับมารักษาซ้ำจากความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ประเมินคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาก่อนและหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 และ 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผล : พระศรีฯ ระเบียนบุญ (P-PORCH) เป็นรูปแบบการจัดการรายกรณีที่เน้นการส่งเสริมสติ ความตระหนักรู้ในตนเอง และทักษะการดูแลตัวเอง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การเตรียมผู้จัดการรายกรณี การวางแผนการดูแลผู้ป่วย การดำเนินงาน การติดตามกำกับ การประสานงานกับทีมสุขภาพอื่น ๆ และการประเมินผล มี 14 กิจกรรม ใช้เวลา 20 วัน การทดสอบเบื้องต้นในกลุ่มตัวอย่าง 40 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการทดลองทันที และมีแนวโน้มคงที่หรือลดลงเล็กน้อยในระยะ 3 เดือน

สรุป : รูปแบบพระศรีฯ ระเบียนบุญ สามารถนำไปบูรณาการในระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อน โดยมีแนวโน้มเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

คำสำคัญ : การจัดการรายกรณี, ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา, จิตเภทยุ่งยากซับซ้อน, โรคจิตเภท, สติ

ติดต่อผู้นิพนธ์ : อัครเดช กลิ่นพิบูลย์; e-mail: tu.akk@hotmail.com

Original article

Research and development of the P-PORCH case management model to improve medication adherence in patients with severe and persistent schizophrenia

Received : 8 April 2025

Revised : 14 July 2025

Accepted : 31 July 2025

Akkaradech Klinpiboon, Ph.D.¹, Pimchanok HaKham, Ph.D.²,Achariyaporn Supich, M.N.S.², Palida Palasak, M.N.S.²,Vilailuk Charoenchaisong, B.N.S.²Faculty of Nursing, Chalemkarnchana University, Sisaket Province¹,

Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Ubon Ratchathani

Abstract

Objective: To develop and evaluate the effect of a case management-based care model on medication adherence in severe and persistent schizophrenic patients.

Methods: This research and development study consisted of two phases. The first phase developed the care model, using expert group discussions, document reviews, and literature reviews. The second phase evaluated the effect of the model using a quasi-experimental, one-group pretest-posttest design. Participants were patients with severe and persistent schizophrenia who had experienced relapse due to medication non-adherence. Medication adherence scores were measured before and after intervention, and at 1- and 3- month follow-ups. Data were analyzed using repeated measures ANOVA.

Results: The P-PORCH model is a case management approach focusing on mindfulness, self-awareness (insight), and self-care skills. It consists of six steps: preparing a case manager, patient care planning, operation, regulatory monitoring, (multidisciplinary) coordination, and health care evaluation. The model includes 14 activities delivered over a 20-day period. Preliminary testing with 40 participants showed a statistically significant increase in medical adherence scores immediately after the intervention, which remained stable or showed a slight decline during the 3-month follow-up.

Conclusion: The P-PORCH model can be integrated into the care of patients with schizophrenia who experience medication non-adherence, and shows potential to improve treatment adherence in this challenging population.

Keywords: case management, medication adherence, mindfulness, schizophrenia, severe and persistent schizophrenia

Corresponding author: Akkaradech Klinpiboon; e-mail: tu.akk@hotmail.com

ความรู้เดิม : การจัดการรายกรณี (case management) เป็นระบบการดูแลแบบทีมสหวิชาชีพตามแผนการดูแลทางคลินิกในช่วงระยะเวลาที่กำหนด โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและดูแลต่อเนื่องเฉพาะราย มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเวช

ความรู้ใหม่ : P-PORCH (พระศรีฯ ระเปียงบุญ) เป็นรูปแบบการดูแลแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเวหายุ่ยากซับซ้อนที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา เน้นความตระหนักรู้อย่างมีสติ การรับรู้ต่อการเจ็บป่วย และทักษะการดูแลตัวเอง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน 14 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 20 วัน ผลการทดสอบเบื้องต้นพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นทางเลือกในการบำบัดรักษาในผู้ป่วยจิตเวหายุ่ยากซับซ้อนที่มีปัญหาความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

บทนำ

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติด้านการรับรู้ อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม อาการของโรคมักเริ่มในช่วงวัยรุ่นและต่อเนื่องเรื้อรังหรือมีการกำเริบเป็นระยะ¹ โรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 20 - 30 เท่านั้นที่มีชีวิตกลับเป็นปกติอีกครั้งร้อยละ 40 - 60 ยังคงมีอาการที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ในชีวิต² นอกจากนี้ การเจ็บป่วยยังเพิ่มอัตราเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอันตรายทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศจากภาระค่าใช้จ่ายในการดูแล^{2,3}

ยารักษาโรคจิตมีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของโรคให้สงบและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ⁴ แต่ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหาไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยพบในอัตราร้อยละ 50 ในช่วงปีแรกและสูงถึงร้อยละ 75 ในช่วง 2 ปีหลังการเจ็บป่วย⁵ ส่งผลให้มีการกำเริบและกลับเป็นซ้ำ

ที่รุนแรงและบ่อยครั้ง อีกทั้งยังเพิ่มอัตราการรักษาในโรงพยาบาลและการก่อความรุนแรงซ้ำ ในทางกลับกัน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องมีความเสี่ยงของการก่ออาชญากรรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ⁶ สะท้อนถึงความจำเป็นในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อป้องกันผลกระทบทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคมโดยรวม

ปัจจุบันการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทมีหลากหลายแนวทาง เช่น การให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ และการปรับความคิดและพฤติกรรม^{5,7-10} ซึ่งช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและลดความรุนแรงของโรคอย่างมีประสิทธิภาพ¹¹ อย่างไรก็ตาม ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทยังได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอีกหลากหลายด้าน ทั้งด้านตัวผู้ป่วย ผู้ให้บริการสุขภาพ ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม^{2,3,11-13} ทั้งนี้ ผู้ป่วยแต่ละรายมีพื้นฐานและความต้องการที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทยู่ยากซับซ้อน (severe and persistent schizophrenia) ซึ่งมักกลับเป็นซ้ำบ่อยครั้ง มีพฤติกรรมรุนแรง มีความเสื่อมถอยมาก และขาดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการดูแลรักษาที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง การใช้แนวทางใดเพียงอย่างเดียวจึงไม่เพียงพอในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา อีกทั้งการนำแนวทางเหล่านี้มาประยุกต์ใช้ในบริบทจริง นอกจากต้องอาศัยความรู้และความชำนาญในการให้บริการแล้ว ยังต้องอาศัยความตระหนัก ความใส่ใจ และความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในการวางแผน ดำเนินการ ติดตาม และประเมินผลการดูแลที่เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย¹³ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถร่วมมือในการรักษาและดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

การจัดการรายกรณี (case management: CM) เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพที่ทำงานร่วมกันตามแผนการดูแลทางคลินิกตามระยะเวลาที่กำหนด¹⁴ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและผสมผสานแนวทางที่หลากหลาย เช่น การให้ข้อมูลความรู้ การฝึกสติ และการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม¹⁵⁻¹⁸ มีการดำเนินงานตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลต่อเนื่องไปยังชุมชน โดยคำนึงถึงการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ

อย่างมีเหตุผลและมีประสิทธิภาพสูงสุด¹⁶⁻¹⁸ หลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่าการจัดการรายกรณีสามารถส่งผลทางบวกต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการรุนแรงหรือมีความซับซ้อน เช่น เพิ่มความร่วมมือในแผนการรักษา เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดการกลับเป็นซ้ำ ลดความเสี่ยงต่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น และลดอัตราและระยะเวลาการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล¹⁵⁻²¹ อีกทั้งช่วยให้ญาติ ผู้ดูแล ชุมชน และผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ พึงพอใจ ลดความรู้สึกเป็นภาระ และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น^{17,18,20}

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ โยธธร และมุกดาหาร แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของโรงพยาบาลเน้นการใช้แผนการดูแล (care map) ตั้งแต่แรกเริ่มไว้รักษา โดยเมื่ออาการดีขึ้นจะมีการประเมินเพื่อย้ายเข้าสู่หอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดและให้การบำบัดทั้งรายบุคคลและกลุ่ม เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา การเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษา และการปรับทัศนคติเกี่ยวกับโรคและการใช้ยา แม้มีการดำเนินการต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2566 พบผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อนกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน จำนวน 718 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุด 381 ราย (ร้อยละ 53.1) ส่วนใหญ่เกิดจากความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา (ร้อยละ 62.8) โดยมีสาเหตุหลัก เช่น การไม่รับรู้ การเจ็บป่วย การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ผลข้างเคียงจากยา ความรู้สึกอับอาย และผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย²² ส่งผลให้มีสัดส่วนการกลับมารักษาซ้ำถึงร้อยละ 4.32 ของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 2²² ขณะเดียวกันผู้บำบัดยังขาดการประเมิน วางแผน ประสานงาน ติดตาม และดำเนินการปฏิบัติที่มีจุดเน้นในการแก้ไขปัญหาความไม่ร่วมมือจากการรักษาด้วยยาอย่างชัดเจน อีกทั้งมีการแก้ไขปัญหามากมายแตกต่างกัน ส่งผลให้การดูแลไม่ต่อเนื่องและผลการดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย²² สะท้อนให้เห็นถึงขนาดของปัญหาที่มีความรุนแรง ยุ่งยาก และซับซ้อน เนื่องจากเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย จำเป็นต้องใช้มาตรการที่หลากหลายและอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อเสริมพลังและแก้ไขอุปสรรคเฉพาะราย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อน ที่มีจุดเน้นที่การสร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งการสร้างความรู้ความเข้าใจอย่างมีสติและการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยของตนเอง และการฝึกทักษะการดูแลตัวเองให้กับผู้ป่วย และเพื่อประเมินผลของรูปแบบต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย

วิธีการ

การวิจัยและพัฒนาได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ รหัสโครงการ 15/2567 วันที่ 22 สิงหาคม 2567 ดำเนินการโดยแบ่งเป็น 2 ระยะ²³ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย 4 กระบวนการ ได้แก่

กระบวนการที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์ วิเคราะห์ปัญหาและประเมินความต้องการจำเป็น ประกอบด้วย 1) การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพโดยคณะผู้วิจัย 5 คน ร่วมสนทนากลุ่มกับพยาบาลจิตเวช 2 คน ในกลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชชายเรื้อรังบำบัด 1 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เพื่อวิเคราะห์ 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ แนวปฏิบัติในการป้องกันและบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อนที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา รูปแบบและผลลัพธ์การบำบัดทางจิตสังคมในระบบบริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ปัญหาและสาเหตุจากการให้บริการ ข้อเสนอแนะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบำบัดและความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และจุดอ่อนและจุดแข็งของหน่วยงาน 2) การทบทวนการดำเนินงานของหน่วยงานเกี่ยวกับการให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาและการกลับมารักษาซ้ำ และ 3) การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการสังเคราะห์ผลงานวิจัย

กระบวนการที่ 2 การพัฒนาต้นแบบการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ประกอบด้วย 1) การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาต้นแบบฯ โดยคณะผู้วิจัย 5 คน จิตแพทย์ 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน เภสัชกร 1 คน และพยาบาลจิตเวชผู้บำบัด 4 คน รวม 12 คน ร่วมกำหนดกรอบแนวคิด ขั้นตอน และเป้าหมายของการบำบัด และ 2) การพัฒนาองค์ความรู้และศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ

ผู้ให้การบำบัด การส่งเสริมความเข้าใจในรูปแบบการดูแลแบบการจัดการรายกรณี และการพัฒนาทักษะการวางแผนดูแลผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อน โดยเน้นการนำไปใช้จริงในหน่วยงาน

กระบวนการที่ 3 การทดลองใช้ต้นแบบการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีฯ กับผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อน 10 คน ที่กลับมารักษารักษาซ้ำจากการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการดำเนินการต้นแบบฯ จากนั้นสรุปผลเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงรูปแบบในขั้นตอนต่อไป

กระบวนการที่ 4 การปรับปรุงต้นแบบฯ ให้เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย 1) การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสรุปผลการจัดทำร่างรูปแบบฯ การนำไปใช้ และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยคณะผู้วิจัย 5 คนและพยาบาลจิตเวชผู้บำบัด 4 คน ร่วมอภิปรายถึงแนวทางปรับแก้ไขให้มีความสมบูรณ์เหมาะสมยิ่งขึ้นและสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 2) การจัดทำคู่มือรูปแบบฯ และแผนการดูแลแบบการจัดการรายกรณีฯ สำหรับผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อน เพื่อให้พยาบาลสามารถนำไปใช้ในบริบทจริงได้อย่างชัดเจนและเป็นระบบ

ระยะที่ 2 การทดสอบผลของรูปแบบการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีฯ

ดำเนินการในเดือน กันยายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567 ด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชชายเร่ร่อนบำบัด 1 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เนื่องจากในปีงบประมาณ 2566 เป็นหอผู้ป่วยที่มีสัดส่วนผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อนสูงสุด (ร้อยละ 82.7) และมีอัตราการกลับมารักษารักษาซ้ำจากการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงสุด (ร้อยละ 62.8)²²

ประชากรเป้าหมายและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อนที่มีประวัติการกินยาไม่ต่อเนื่องและกลับมารักษารักษาซ้ำ เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 20 - 59 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (ICD-10 F20 - F29) 3) กลับมารักษาซ้ำตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป 4) มีประวัติกินยาไม่ต่อเนื่อง 5) อาการทางจิตพิทุเลา (PANSS-T $\leq$ 55 คะแนน) และ 6) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม

(TMSE $\geq$ 24 คะแนน) เกณฑ์การคัดออก คือ มีโรคร่วมทางกาย เกณฑ์การออกจากการศึกษา คือ ได้รับการจำหน่ายหรือออกจากเขตทดลองก่อนครบกำหนดเวลา

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบก่อนการวิจัย (priori power analysis)²⁴ กำหนดการทดสอบสมมติฐานแบบสองทาง ขนาดผลกระทบ (effect size) ปานกลาง ($d_z = 0.5$) ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) 0.05 และอำนาจการทดสอบ ($1 - \beta$) 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 34 คน เพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 20 เพื่อการถอนตัวหรือออกก่อนครบกำหนด (drop out)²⁵ รวมเป็น 40 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้การเลือกแบบเจาะจงจากทะเบียนรับย่ายผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้ป่วยได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลการวิจัยและรับฟังคำอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการ และความเสี่ยง จากพยาบาลจิตเวชในท้องบำบัดส่วนตัว โดยเน้นย้ำว่าการไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวไม่มีผลใด ๆ ต่อการดูแลรักษาตามปกติ

เครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ การศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่มีการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษา ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย และการดูแลด้านการกินยา

2. แบบประเมินอาการทางจิต ฉบับภาษาไทย (positive and negative syndrome scale Thai version: PANSS-T)²⁶ มีความเชื่อถือได้ (reliability) และความเที่ยงตรง (validity) อยู่ในเกณฑ์ดี ใช้เกณฑ์ PANSS-T $\leq$ 55 คะแนน เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงอาการทางจิตพิทุเลา เหมาะสมต่อการเรียนรู้และเข้าร่วมการบำบัด

3. แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai mental state examination: TMSE)²⁷ ใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมโดยวัดการรับรู้ทางเขาวนปัญญา 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (orientation) ความจำ (registration) ความตั้งใจ (attention) การคำนวณ (calculation) ภาษา (language) และการระลึกได้ (recall) มีความไว (sensitivity) ร้อยละ 87 ความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 87 และความเชื่อมั่นจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.92 การศึกษานี้

ใช้เกณฑ์ $TMSE \geq 24$ คะแนน เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าสู่การศึกษา

4. แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาพัฒนาโดยพรทิพย์ วชิรดิolk²⁸ เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย การใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยา และความสามารถในการสังเกตและจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา มี 16 ข้อ เป็นข้อความทางลบ 7 ข้อ ทางบวก 9 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ บ่อยครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคย คะแนนเต็ม 64 คะแนน แบ่งระดับความร่วมมือในการรักษา ดังนี้ น้อยกว่า 21 คะแนน ระดับต่ำ 21 - 42 คะแนน ระดับปานกลาง และมากกว่า 42 คะแนน ระดับสูง แบบประเมินมีความเชื่อมั่นจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการทดลองโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงด้านการพยาบาลจิตเวช 2 คน ที่มีประสบการณ์บำบัดทางจิตสังคมไม่น้อยกว่า 5 ปี และผ่านการทำความเข้าใจและฝึกทักษะการบำบัดตามคู่มือและแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นร่วมกันเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ก่อนการทดลองมีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ประเมินอาการทางจิตด้วย PANSS-T และคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วย TMSE เพื่อคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การศึกษา พร้อมประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน จากนั้นประเมินซ้ำหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน โดยผู้ช่วยเก็บข้อมูลที่เป็นพยาบาลจิตเวช 2 คน ที่ผ่านการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือและไม่มีส่วนร่วมในการบำบัด ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินด้วยตัวเอง โดยผู้เก็บข้อมูลไม่ได้ประเมินหรือให้คะแนน จึงไม่มีการทดสอบความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน

การวิเคราะห์ข้อมูล

แจกแจงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) และช่วงความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI) ทดสอบ

ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษา ระหว่างก่อนก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA) แบบตัวแปรเดียว พร้อมตรวจสอบความแปรปรวนระหว่างคู่การวัดซ้ำด้วยการทดสอบของ Mauchly หากข้อมูลมีโครงสร้างเป็นสมมาตรเชิงซ้อน (compound symmetry) จะใช้การคำนวณ แบบ sphericity แต่หากไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นจะใช้ Greenhouse-Geisser correction ในการวิเคราะห์ภาพรวม (overall) และหากพบความแตกต่างอย่างน้อย 1 คู่ จะเปรียบเทียบรายคู่ (pairwise comparisons) ด้วยวิธีปรับค่าของ Bonferroni พร้อมแสดงขนาดผลกระทบ

ผล

การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบการจัดการรายกรณีต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อน P-PORCH (พระศรีฯ ระเบียงบุญ)

การศึกษาศาภาพการณ์ วิเคราะห์ปัญหา และประเมินความต้องการ สรุปได้ว่าการจัดการรายกรณีโดยการสร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรผู้เกี่ยวข้องมักประกอบด้วย การให้ข้อมูลความรู้ การสร้างความตระหนักรู้อย่างมีสติ และการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมให้กับผู้ป่วยจิตเภท มักดำเนินการตั้งแต่อยู่นในโรงพยาบาลและต่อเนื่องไปยังชุมชน¹⁴⁻¹⁹ พบว่าการจัดการรายกรณีสามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ลดอาการทางจิต ลดการกำเริบ ลดความเสี่ยงการก่อความรุนแรงทั้งต่อตัวเองและผู้อื่น ลดอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำโรงพยาบาล ลดระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมและอาชีพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท¹³⁻²¹

ต้นแบบการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อน เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง เฉพาะราย กิจกรรมประกอบด้วยการสร้างความตระหนักรู้ในตนเอง การให้ข้อมูลความรู้ และการปรับความคิดและพฤติกรรม ครอบคลุมตั้งแต่อยู่นในโรงพยาบาลและต่อเนื่องไปยังชุมชน โดยมีจุดเน้นที่ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ซึ่งรับผิดชอบในการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อประเมินวางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ติดตาม และประเมินผล^{13,16-18,21}

นอกจากนี้ยังเน้นการส่งเสริมความรู้ ความตระหนักรู้ ทักษะการปฏิบัติให้กับทีมผู้บำบัดรักษา ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยา ทีมดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะในระบบสุขภาพที่มีการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และทีมผู้ให้บริการด้านเภสัชกรรม ที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับยา ผลข้างเคียง และการใช้ยาอย่างถูกต้อง

ต้นแบบฯ มีเป้าหมายหลักเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมผู้จัดการรายกรณี (preparing a case manager) 2) การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (patient care planning) 3) การดำเนินงาน (operation) 4) การติดตามกำกับ (regulatory monitoring) 5) การประสานงานกับทีมสุขภาพอื่น ๆ (coordination) และ 6) การประเมินผล (health care evaluation) โดยใช้ชื่อภาษาอังกฤษตัวแรกของแต่ละขั้นตอนมากำหนดเป็นชื่อต้นแบบฯ คือ “P-PORCH model” และใช้ชื่อภาษาไทยว่า “พระศรีฯ ระเบียบบุญ” สรุปได้ดังแผนภาพที่ 1

การตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม วิธีดำเนินการ และการประเมินผล ของต้นแบบ P-PORCH โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่า content validity index (CVI) เท่ากับ 1 การทดลองใช้ ต้นแบบ P-PORCH มีข้อเสนอแนะดังนี้ 1) ควรกำหนดทีม grand round ใน 4 วิชาชีพหลัก ได้แก่ จิตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ และระบุเป้าหมายให้ชัดเจน 2) ควรติดตามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาด้วยการนับเม็ดยา (pill counting) และกำหนดนิยามความร่วมมือ

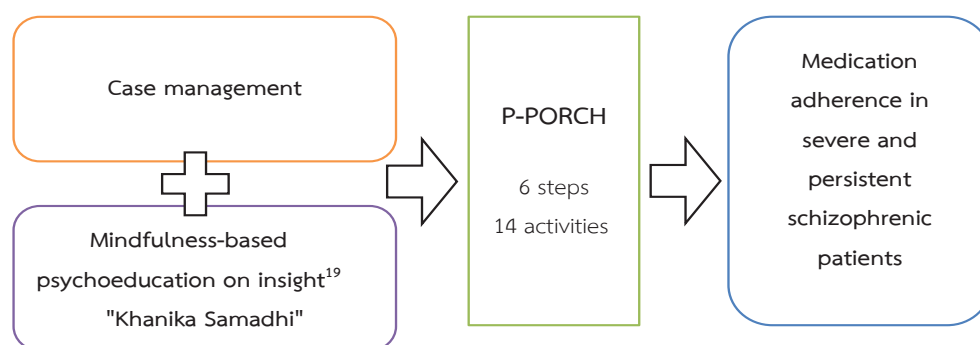
ในระดับดี คือ การกินยามากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนยาทั้งหมด 3) เภสัชกรควรให้ข้อมูลผู้ป่วยในประเด็นวิธีใช้ยา ความสำคัญของยา อาการข้างเคียง และแนวทางจัดการ 4) เภสัชกรควรร่วมประเมินอาการข้างเคียง โดยจำแนกแนวทางจัดการตามระดับความรุนแรง และ 5) ควรเสริมกิจกรรม “ขณิกสมาธิ” โดยผู้บำบัดสาธิตให้ผู้รับการบำบัดฝึกปฏิบัติ

จากผลการประเมินดังกล่าว จึงมีการปรับปรุงต้นแบบ P-PORCH โดยเพิ่มกิจกรรมในขั้นตอนที่ 3 (operation) ดังนี้ 1) เพิ่มการสอนสาธิตให้ผู้รับการบำบัดฝึกทำขณิกสมาธิ คือ การทำสมาธิแบบชั่วคราว ซึ่งเป็นขั้นพื้นฐานสำหรับบุคคลทั่วไปที่ช่วยให้มีสมาธิในการเรียนและทำงาน มีสติรู้ตัวตนว่า กำลังทำอะไรอยู่ ลดความเครียด ความวิตกกังวล และความคิดลบ และเพิ่มความอดทนอดกลั้น โดยในช่วงแรกให้ทำขณิกสมาธิ 2 - 3 นาที และในช่วงต่อไปเพิ่มเป็น 3 - 5 นาที และ 2) เพิ่มกิจกรรมสร้างการรับรู้และความเข้าใจปัญหาที่ทำให้เกิดการกำเริบซ้ำและใคร่ครวญปัญหานั้นอย่างมี วิจารณ์ญาณ

P-PORCH ร่างสุดท้ายประกอบด้วย 6 ขั้นตอน 14 กิจกรรม มีกรอบระยะเวลาดำเนินการ 20 วัน แบ่งเป็น 3 ระยะ มีโครงสร้างกิจกรรมดังตารางที่ 1

การทดสอบผลของ P-PORCH model ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อน

กลุ่มตัวอย่าง 40 คน เป็นชายทั้งหมด อายุเฉลี่ย 38.9 ปี (SD = 7.9) สถานภาพโสดร้อยละ 67.5 สมรส ร้อยละ 20 หย่า/แยก/ร้างร้อยละ 12.5 การศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษาร้อยละ 47.5 มัธยมศึกษาร้อยละ 40.0



แผนภาพที่ 1 แนวคิดการดูแลแบบการจัดการรายกรณี P-PORCH (พระศรีฯ ระเบียบบุญ)

ตารางที่ 1 โครงสร้างการดูแลแบบการจัดการรายกรณี P-PORCH (พระศรีฯ ระเปียงบุญ)

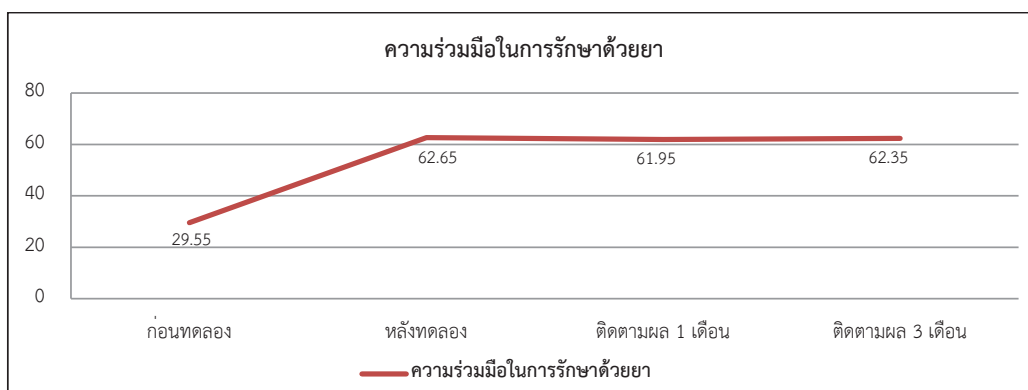
ขั้นตอน	กิจกรรม	รายละเอียด
1. Preparing a case manager (P)	1) เตรียมพยาบาลผู้จัดการรายกรณี 2) เตรียมความรู้และแผนการจัดการตามรูปแบบ P-PORCH	- ด้านความรู้ ทักษะ ทักษะคิด และการปฏิบัติของบุคลากร - เตรียมการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และอบรมสร้างความเข้าใจในการใช้รูปแบบฯ แนวทางการประเมินผู้ป่วย
2. Patient care planning (P)	1) ทบทวน/คัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัด 2) จัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย	- วันที่ 1 - 2 ของการบำบัด ให้ประวัติการเจ็บป่วย การกินยา ให้การบำบัดทางสังคมจิตใจ เพื่อให้เข้าสู่กระบวนการบำบัดได้อย่างรวดเร็ว - โดยใช้โปรแกรมการบำบัดเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
3. Operation (O) : กิจกรรม TAPE	1) สร้างสัมพันธภาพบำบัด (T: therapeutic relationship) 2) การบำบัดที่ใช้สติร่วมกับการปรับความคิด (A: achievement to MBCT) 3) การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (P: promoting medication adherence) 4) การเสริมพลังให้มีความมั่นใจในการดูแลตนเอง (E: empowerment)	- วันที่ 3 - 5 ของการบำบัด ให้ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และการรักษา และให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแล การสังเกตอาการแพ้ยา ประสานเภสัชกรร่วมประเมินอาการข้างเคียงจากยา และประสานแพทย์พิจารณาปรับแผนการรักษา - วันที่ 6 - 8 ของการบำบัด การปรับเปลี่ยนความคิดและความเชื่อต่อการเจ็บป่วยและการรักษาให้ถูกต้อง พิจารณาข้อดีข้อเสียของการกินยา สอนการจัดการกับอาการทางจิต และการจัดการกับความเครียด - วันที่ 9 - 11 ของการบำบัด ฝึกทักษะการกินยาด้วยตัวเอง - วันที่ 12 - 14 ของการบำบัด สอนและให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นรายบุคคล รายกลุ่มเพื่อเสริมสร้างความสามารถของญาติและผู้ดูแลให้เผชิญกับความวิตกกังวลหรือภาวะอารมณ์อื่น ๆ
4. Regulatory monitoring (R)	1) ประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อประเมินผล	วันที่ 15 -16 ของการบำบัด ประชุม grand round ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อทบทวนปัญหา ผลลัพธ์ของการบำบัด การติดตามความก้าวหน้าในการบำบัดตามแผนปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพ (clinical pathway)
5. Coordination (C)	1) แพทย์ปรับแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง 2) เภสัชกรประเมินผลข้างเคียงของยา 3) นักสังคมสงเคราะห์เตรียมชุมชน 4) ญาติเข้ามามีส่วนร่วมและเตรียมพร้อมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	วันที่ 17 - 18 ของการบำบัด ประสานงานกับทีมสุขภาพอื่น ๆ และแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหา ส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องให้เครือข่ายในชุมชน โดยประสานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับแผนการรักษาต่อเนื่อง ประสานเภสัชกรเพื่อร่วมประเมินอาการข้างเคียงจากยา ประสานนักสังคมสงเคราะห์เพื่อเตรียมชุมชน และประสานญาติให้มาเยี่ยม และร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วย เตรียมความพร้อมญาติในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน
6. Health care evaluation (H)	1) ประเมินผลรายบุคคล	วันที่ 19 - 20 ของการบำบัด ประเมินผลรายบุคคล และประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

MBCT = mindfulness-based cognitive therapy

ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 42.5 รับจ้างร้อยละ 22.5 ระยะเวลาที่เจ็บป่วย 6 - 10 ปีร้อยละ 37.5 รองลงมา 1 - 5 ปี ร้อยละ 30.0 มีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 - 5 ครั้งร้อยละ 72.5 รองลงมา 6 - 10 ครั้ง ร้อยละ 22.5 ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วยเกี่ยวข้องเป็นบิดา และ/หรือมารดาร้อยละ 72.5 พี่/น้อง/ญาติร้อยละ 15.0 คู่สมรสร้อยละ 12.5 กลุ่มตัวอย่างจัดยากินเองร้อยละ 45.0 จัดยากินเองโดยญาติคอยเตือนร้อยละ 40.0 และญาติจัดยาให้กินทุกครั้งร้อยละ 15.0

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาก่อนการทดลองเท่ากับ 29.55 (95% CI = 28.57 - 30.53) หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีเท่ากับ 63.65 (95% CI = 63.48 - 63.86) หลังการทดลอง 1 เดือนเท่ากับ 61.95 (95% CI = 61.42 - 62.48) และหลังการทดลอง 3 เดือนเท่ากับ 62.35 (95% CI = 61.76 - 62.94) โดยมีแนวโน้มดังแผนภาพที่ 2

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของ repeated measure ANOVA เกี่ยวกับ sphericity ด้วยการทดสอบของ



แผนภาพที่ 2 กราฟแสดงแนวโน้มคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือนในการรักษาด้วยยาของกลุ่มตัวอย่าง (n = 40)

Mauchly พบว่า คะแนนความร่วมมือนในการรักษาด้วยยาไม่มีลักษณะเป็น compound symmetry (Mauchly's $W = .458$, $\chi^2 = 29.443$, $p < .001$) ถือว่าไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นดังกล่าว (ปฏิเสธ H_0) จึงเลือกใช้วิธีการคำนวณแบบปรับแก้และเลือกอ่านผล greenhouse-geisser adjustment พบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือนในการรักษาด้วยยา 4 ระยะ ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที หลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ ดังตารางที่ 2

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือนในการรักษาด้วยยา 4 ระยะเป็นรายคู่ (pairwise comparisons) ด้วยวิธีปรับค่าของ Bonferroni พบว่า การวัดครั้งที่ 1 มีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกับการวัดครั้งที่ 2, 3 และ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคู่การวัดครั้งที่ 3 กับครั้งที่ 4 ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

วิจารณ์

P-PORCH เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อนด้วยการจัดการรายกรณีที่มุ่งเน้นการส่งเสริมความร่วมมือนในการรักษาด้วยยา โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณี ทำหน้าที่ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพในการดำเนินตามแผนการดูแลทางคลินิกร่วมกันตามช่วงระยะเวลาที่กำหนด ทั้งนี้สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความจำเป็น เมื่อเกิดความแปรปรวนจากแผนการดูแลเดิม การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อนที่ได้รับการดูแลแบบ P-PORCH ได้รับการคัดกรองปัญหาและสาเหตุความไม่ร่วมมือนในการรักษาด้วยยา ได้รับการบำบัดที่ตรงตามประเด็นความต้องการที่แตกต่างกันในแต่ละราย และมี

พฤติกรรมความร่วมมือนในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเวชขั้นรุนแรง (severe mental illness) ที่มีอาการกำเริบและไม่ร่วมมือนในการรักษาด้วยยาของ İncedere และ Yildiz¹⁹ ที่พบว่ารูปแบบการจัดการรายกรณีช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยาและการทำหน้าที่ทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเวชขั้นรุนแรงของ Díaz-Fernández และคณะ¹⁷ ที่พบว่า การจัดการรายกรณีที่ใช้ชุมชนเป็นฐานช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทขั้นรุนแรงของ Fernández-Miranda และคณะ¹⁸ ที่พบว่า การจัดการรายกรณีแบบรายบุคคลในชุมชนช่วยเพิ่มร่วมมือนและการปฏิบัติตามแผนการรักษา

นอกจากการดำเนินตามหลักการและแนวทางการจัดการกรณีโดยทั่วไปแล้ว คณะผู้วิจัยได้เพิ่มขั้นตอนในการเตรียมผู้จัดการรายกรณีไว้ในขั้นตอนที่ 1 เพื่อส่งเสริมความตระหนักรู้ ในบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบ โดยมีจุดเน้น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะ คือ การทำงานอย่างสร้างสรรค์ มีความภูมิใจ เคารพผู้อื่น และเปิดรับความคิดเห็นที่แตกต่าง 2) ความรู้ คือ การรู้อย่างเข้าใจในโรคจิตเภท ปัญหาและสาเหตุของพฤติกรรมไม่ร่วมมือน และยาทางจิตเวช 3) ทักษะ คือ ความสามารถในการวางแผน การบริหารจัดการ การประสานงาน การสื่อสาร ความฉลาดทางอารมณ์ การคิดวิเคราะห์ และการแก้ไขปัญหาอย่างมีเหตุผล และ 4) การปฏิบัติ คือ การทำงานเป็นทีม ความมั่นใจในตัวเอง ความฉับไว ความถูกต้องแม่นยำ และความคิดสร้างสรรค์ โดยมีจุดมุ่งหมาย คือ การเสริมศักยภาพบุคลากรในการ

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที หลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน ด้วย repeated measure ANOVA (n = 40)

แหล่งความแปรปรวน	SS	Df	MS	F	p-value	Partial eta squared
ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	32931.50	1.958	16819.24	2993.77	< .001	.987
Error (ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา)	429.00	76.36	5.62			

SS = sum of squares, Df = degrees of freedom, MS = mean square

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นรายคู่ด้วยวิธีปรับค่าของ Bonferroni (n = 40)

(I)*	(J)*	Mean difference	SE	p-value	95% CI of mean difference	
		(I-J)			Lower bound	Upper bound
1	2	-34.100	.506	<.001	-35.507	-32.693
	3	-32.400	.546	<.001	-33.919	-30.881
	4	-32.800	.524	<.001	-34.257	-31.343
2	1	34.100	.506	<.001	32.693	35.507
	3	1.700	.280	<.001	.921	2.479
	4	1.300	.287	<.001	.503	2.097
3	1	32.400	.546	<.001	30.881	33.919
	2	-1.700	.280	<.001	-2.479	-.921
	4	-.400	.332	1.000	-1.322	.522
4	1	32.800	.524	<.001	31.343	34.257
	2	-1.300	.287	<.001	-2.097	-.503
	3	.400	.332	1.000	-.522	1.322

* 1 = ก่อนการทดลอง, 2 = หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที, 3 = หลังการทดลอง 1 เดือน, 4 = หลังการทดลอง 3 เดือน, SE = standard error

อธิบายโรค การรักษา การประเมินผล และการจัดการ ผลข้างเคียงจากยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ คำจำกัดความของบทบาทและคุณสมบัติที่จำเป็นของผู้จัดการรายกรณีโดยสมาคมการจัดการรายกรณีแห่งสหรัฐอเมริกา (Case Management Society of America) เช่น การประสานงาน การสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม¹⁴ การศึกษาของ Cheng และคณะ¹⁶ ที่แสดงให้เห็นถึงผลของการดูแลต่อเนื่องและการทำงานของทีมสหวิชาชีพต่อการดูแลและการทำงานที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท การศึกษาของ Talisman และคณะ¹³ และ Fernández-Miranda และคณะ¹⁸ ที่เน้นการฝึกอบรมผู้จัดการรายกรณีให้มีความเข้าใจในโรคจิตเภท การใช้ยา การพัฒนาทักษะการสื่อสาร การประสานงาน และการทำงานร่วมกับทีม การศึกษาของ Lim และคณะ²¹ ที่เน้นการเตรียมบุคลากรให้มีความเข้าใจในโรคและระบบการดูแลที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และการศึกษาของ Semahegn และคณะ¹¹ ที่พบว่า ความตระหนักรู้และความเข้าใจของ

บุคลากรด้านสุขภาพเกี่ยวกับผลกระทบจากพฤติกรรมผู้ป่วย และระบบสุขภาพ บริบทของผู้ป่วยทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม รวมถึงอุปสรรคและการจัดการในการปฏิบัติตามแผนการรักษา สามารถส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และทักษะการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

คะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มตัวอย่างสะท้อนถึงการตระหนักรู้ในตนเองและการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยที่ดีขึ้น ซึ่งอาจเป็นผลจากการบำบัดตามรูปแบบ P-PORCH ที่เน้นการฝึกสติในทุกขั้นตอนระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Talisman และคณะ¹³ และ Semahegn และคณะ¹¹ ที่ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ในตนเองและยอมรับสถานะของตนเอง ซึ่งช่วยเพิ่มความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ พัฒนาทักษะการดูแลตนเอง และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้บำบัดรักษา นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Çetin และ Aylaz¹⁵ ที่พบว่า โปรแกรม

สุขภาพจิตศึกษาโดยใช้สติช่วยเพิ่มความตระหนักรู้ในตนเอง และความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และลดความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

การติดตามแนวโน้มในระยะ 3 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและลดลงเล็กน้อยในระยะติดตามผล 1 และ 3 เดือน แสดงถึงความคงทนในผลของ P-PORCH อย่างไรก็ตาม คะแนนที่ลดลงเล็กน้อยในระยะติดตามผลอาจบ่งชี้ถึงแนวโน้มการลดลงในระยะยาว สะท้อนถึงความจำเป็นของการสนับสนุนและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายสู่ชุมชน เพื่อคงไว้ซึ่งประสิทธิผลของ P-PORCH

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ การขาดการมีส่วนร่วมจากครอบครัว ผู้ดูแล และองค์กรชุมชนในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน ไม่มีการติดตามผลระยะยาว และไม่ได้วัดผลอาการทางคลินิกอย่างชัดเจน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย ทำให้ผลการศึกษาอาจไม่สามารถนำไปใช้กับผู้หญิงหรือกลุ่มอื่นได้โดยตรง นอกจากนี้ยังเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว โดยไม่มีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม จึงอาจมีปัจจัยแทรกแซง เช่น การบำบัดรักษาที่ได้รับร่วม ที่ส่งผลต่อความแม่นยำของผลการศึกษารวม จึงควรมีการศึกษาต่อในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย มีกลุ่มควบคุม และมีการจัดการปัจจัยแทรกแซงต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงผลเบื้องต้นและความเป็นไปได้ในการนำ P-PORCH Model ไปบูรณาการกับการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช ทั้งนี้ การนำไปประยุกต์ใช้ควรคำนึงถึงความเหมาะสมกับบริบท ทรัพยากร และข้อจำกัดของแต่ละหน่วยงาน

สรุป

การศึกษานี้พัฒนา P-PORCH (พระศรีฯ ระเบียบบุญ) ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ยากซับซ้อน มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ผ่านการสร้างความรู้ความตระหนักรู้ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสติรับรู้ต่อการเจ็บป่วยของตนเอง และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง

รูปแบบนี้ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน 14 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 20 วัน การทดสอบเบื้องต้นพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมเพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบ P-PORCH นี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.ประภาส อุครนันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พญ.วิริยอร จุ่มพระบุตร นพ.วัฒนพงษ์ พันธสวัสดิ์ ที่ให้คำปรึกษา และทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ : ออกแบบการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ ; พิมพ์ชนก หาคำ : เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ตรวจทานบทความ ; อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์ : เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ; ปาลิดา พละศักดิ์ : เก็บรวบรวมข้อมูล ; วิไลลักษณ์ เจริญชัยสงค์ : เก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Schizophrenia [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2022 Mar 20]. Available from: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia
2. Correll CU, Solmi M, Croatto G, Schneider LK, Rohani-Montez SC, Fairley L, et al. Mortality in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. *World Psychiatry*. 2022;21(2):248-71. doi:10.1002/wps.20994.
3. Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, Diminic S, Stockings E, Scott JG, et al. Global epidemiology and burden of schizophrenia: findings from the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophr Bull*. 2018;44(6):1195-203. doi:10.1093/schbul/sby058.
4. Viveiros CP, Tatar CR, Dos Santos DVD, Stefanello S, Nishihara R. Evaluation of nonadherence to treatment among patients with schizophrenia attending psychosocial care centers in the south region of Brazil. *Trends Psychiatry Psychother*. 2020;42(3):223-9. doi:10.1590/2237-6089-2019-0072.

5. Cahaya N, Kristina SA, Widayanti AW, Green J. Interventions to improve medication adherence in people with schizophrenia: a systematic review. *Patient Prefer Adherence*. 2022;16:2431-49. doi:10.2147/PPA.S378951.
6. Rezanoff SN, Moniruzzaman A, Fazel S, McCandless L, Somers JM. Adherence to antipsychotic medication and criminal recidivism in a Canadian provincial offender population. *Schizophr Bull*. 2017;43(5):1002-10. doi:10.1093/schbul/sbx084.
7. Shehu A, Gomaa H, Usman SU, Usman ST, Auwal Lawan K. Effect of psycho-educational intervention on drug adherence and quality of life among patients with schizophrenia in Jigawa State. *Int J Sci Res Updat*. 2022;4(1):163-71. doi:10.53430/ijrsru.2022.4.1.0103.
8. Inwanna S, Duangchan C, Mathews AK. Effectiveness of interventions to promote medication adherence in schizophrenic populations in Thailand: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(5):2887. doi:10.3390/ijerph19052887.
9. Wu T, Xiao X, Yan S, Fang Y, Wang M, Zu F, et al. Digital health interventions to improve adherence to oral antipsychotics among patients with schizophrenia: a scoping review. *BMJ Open*. 2023;13(11):e071984. doi:10.1136/bmjopen-2023-071984.
10. Koomala S, Sangon S, Nintachan P. Effect of medication adherence promotion program in schizophrenic patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2020;34(2):135-52. (in Thai)
11. Semahegn A, Torpey K, Manu A, Assefa N, Tesfaye G, Ankomah A. Psychotropic medication nonadherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2020;9(1):17. doi:10.1186/s13643-020-1274-3.
12. Karabulut B, Uslu E. Schizophrenia and medication adherence: associated factors. *Arch Psychiatr Nurs*. 2024;49:47-54. doi:10.1016/j.apnu.2024.01.015.
13. Talisman N, Kaltman S, Davis K, Sidel S, Akil M, Alter C. Case management: a new approach. *Psychiatr Ann*. 2015;45(3):134-8. doi:10.3928/00485713-20150304-08.
14. Case Management Society of America. What is a case manager? [Internet]. Little Rock, AR: Case Management Society of America; c2024 [cited 2018 Jan 31]. Available from: <https://cmsa.org/who-we-are/what-is-a-case-manager/>.
15. Çetin N, Aylaz R. The effect of mindfulness-based psychoeducation on insight and medication adherence of schizophrenia patients. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018;32(5):737-44. doi:10.1016/j.apnu.2018.04.011.
16. Cheng J, Liu HE, Geng T, Wang Y, Yu L, Li J, et al. The effect of case management for schizophrenia clients in China. *J Behav Brain Sci*. 2020;10(8):297-310. doi:10.4236/jbbs.2020.108019.
17. Díaz-Fernández S, Frías-Ortiz DF, Fernández-Miranda JJ. Mirror image study (10 years of follow-up and 10 of standard pre-treatment) of psychiatric hospitalizations of patients with severe schizophrenia treated in a community-based, case-managed programme. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2022;15(1):47-53. doi:10.1016/j.rpsm.2022.01.002.
18. Fernández-Miranda JJ, Díaz-Fernández S, López-Muñoz F. Effectiveness of more personalized, case-managed, and multicomponent treatment for patients with severe schizophrenia compared to the standard treatment: a ten-year follow-up. *J Pers Med*. 2022;12(7):1101. doi:10.3390/jpm12071101.
19. İncedere A, Yildiz M. Case management for individuals with severe mental illness: outcomes of a 24-month practice. *Turk Psikiyatri Derg*. 2019;30(4):245-52.
20. Malakouti SK, Nojomi M, Mirabzadeh A, Mottaghipour Y, Zahiroddin A, Mohammadi Kangrani H. A comparative study of nurses as case manager and telephone follow-up on clinical outcomes of patients with severe mental illness. *Iran J Med Sci*. 2016;41(1):19-27.
21. Lim CT, Caan MP, Kim CH, Chow CM, Leff HS, Tepper MC. Care management for serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatr Serv*. 2022;73(2):180-7. doi:10.1176/appi.ps.202000473.
22. Prasimahabhodi Psychiatric Hospital. Annual statistical report 2023. Ubon Ratchathani: Prasimahabhodi Psychiatric Hospital; 2023. (in Thai)
23. Wongkhan K. Innovative research models (R&D, D&D, AR, and R2R) [Internet]. Ubon Ratchathani: Faculty of Science, Ubon Ratchathani University; 2017 [cited

- 2022 Mar 20]. Available from: https://www.ubu.ac.th/web/files_up/08f2017060214303228.pdf (in Thai)
24. Wiratchai N. Sample size determination and interesting new analysis statistics [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan 20]. Available from: <https://llskill.com/web/files/GPower.pdf> (in Thai)
 25. Srisa-ard B. Basic principles of research. Bangkok: Suweeriyaasan; 1992. (in Thai).
 26. Department of Mental Health, Royal College of Psychiatrists of Thailand, Psychiatric Association of Thailand. Positive and Negative Syndrome Scale – Thai Version (PANSS-T). Nonthaburi: Department of Mental Health; 2009. (in Thai)
 27. Train the Brain Forum Committee. Thai mental state examination (TMSE). Siriraj Hospital Gazette. 1993;45:359-74. (in Thai)
 28. Vachiradilok P. Results of individual counseling based on the concept of motivation and behavior adjustment cooperation in the treatment of patients with schizophrenia [master's thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2006. (in Thai)

Review article

Characteristics of communities for supporting substance use prevention: a scoping review

Received : 11 February 2025

Revised : 18 April 2025

Accepted : 19 June 2025

Jidapa Senwirat, B.Sc.¹, Thanaphat Khamthuam, B.Sc.¹,

Navinee Regnault, M.Sc.²

Faculty of Social Science, Kasetsart University, Bangkok¹,

Division of Mental Health Promotion and Development,

Department of Mental Health, Nonthaburi Province²

Abstract

Objective: To identify key community characteristics that effectively support the prevention of substance use.

Methods: A scoping review was conducted, synthesizing evidence from 30 review articles encompassing over 1,050 studies across various contexts.

Results: Ten community characteristics were identified as protective factors against substance use, including strong social cohesion, equitable access to resources, effective policy enforcement, and cultural engagement. The findings also emphasize the value of multi-level approaches that integrate social, economic, and environmental dimensions to strengthen community resilience and reduce the risk of substance use.

Conclusion: This review offers practical insights for policymakers and public health professionals in developing sustainable, community-based strategies for substance use prevention.

Keywords: community resilience, policy enforcement, social cohesion, substance use prevention

Corresponding author: Jidapa Senwirat; e-mail: jidapa.sen@ku.th

บทความปริทัศน์

ลักษณะของชุมชนที่สนับสนุนการป้องกันการใช้สารเสพติด :

การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต

วันรับ : 11 กุมภาพันธ์ 2568

วันแก้ไข : 18 เมษายน 2568

วันตอบรับ : 19 มิถุนายน 2568

จิตาภา เสนวิรัช, วท.บ.¹, ธนภัทร ขำท้วม, วท.บ.¹,นาวินี เรกนอลต์, วท.ม.²คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพฯ¹,
กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต จังหวัดนนทบุรี²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อระบุลักษณะเด่นของชุมชนที่ช่วยส่งเสริมการป้องกันการใช้สารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ**วิธีการ :** ทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต โดยสังเคราะห์หลักฐานจากบทความปริทัศน์ 30 ฉบับ ซึ่งครอบคลุมงานวิจัยมากกว่า 1,050 เรื่องในหลากหลายบริบท**ผล :** พบคุณลักษณะของชุมชน 10 ประการที่เป็นปัจจัยปกป้องการใช้สารเสพติด เช่น ความผูกพันทางสังคมที่เข้มแข็ง การเข้าถึงทรัพยากรอย่างเท่าเทียม การบังคับใช้นโยบายอย่างมีประสิทธิภาพ และการมีส่วนร่วมทางวัฒนธรรม ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการดำเนินงานแบบหลายระดับที่ผสมผสานกลยุทธ์ทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม เพื่อเสริมสร้างความยืดหยุ่นของชุมชนและลดความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด**สรุป :** การศึกษานี้นำเสนอข้อมูลเชิงลึกในทางปฏิบัติสำหรับผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ในการออกแบบกลยุทธ์ที่ยั่งยืนและตั้งอยู่บนฐานของชุมชนเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติด**คำสำคัญ :** การบังคับใช้นโยบาย, การป้องกันการใช้สารเสพติด, ความเข้มแข็งของชุมชน, ความสัมพันธ์ทางสังคม**ติดต่อผู้พิมพ์ :** จิตาภา เสนวิรัช; e-mail: jidapa.sen@ku.th

Prior knowledge: Community-based approaches can address substance use risks but lack detail on specific factors driving success.

New knowledge gained: Ten critical community-level characteristics for mitigating substance use risks and fostering resilience were identified: empowered community capacity; resourceful access to treatments; educative communication systems; regulation of related policies; economic stability; active and healthy lifestyles; safe and supportive environments; engaged and collaborative participation; cultural empowerment; and supportive and effective school systems

Application: The findings provide guidance for sustainable policies and interventions to enhance resilience and reduce substance use in communities.

Introduction

Substance use is a significant global health challenge that affects millions of individuals worldwide. According to the World Health Organization (WHO), approximately 35 million people globally suffer from drug use disorders, while harmful alcohol use contributes to over 3 million deaths annually.^{1,2} The impact of substance use extends beyond individuals, influencing families, communities, and healthcare systems, and it is closely linked to mental health issues such as depression, anxiety, and suicide.^{3,4} The consequences are profound, leading to physical health deterioration, social isolation, and economic burdens, with certain populations—such as adolescents, individuals with low socioeconomic status, and those living in marginalized communities—being disproportionately affected.⁵

Addressing this issue requires comprehensive, community-based strategies that not only focus on

treatment but also emphasize prevention and resilience-building. Key factors like social cohesion, access to resources, and strong social networks are critical in mitigating substance use at the community level.⁶ However, despite increasing recognition of these community-level attributes, a comprehensive understanding of their interactions remains limited, with existing studies often focusing on isolated aspects rather than holistic, integrated strategies.

Previous studies have highlighted the role of social networks, policy enforcement, healthcare access, and community engagement in substance use prevention.^{1,4} Nevertheless, these studies typically examine these factors independently, leading to a fragmented understanding of what truly constitutes an effective community intervention. This lack of synthesis across diverse review studies presents a challenge for developing cohesive, multi-dimensional approaches.

This review aims to address these knowledge gaps by synthesizing existing evidence from reviews to provide a more cohesive framework for community-based substance use prevention strategies. By identifying common themes and community-level attributes across different contexts, this scoping review seeks to clarify the complex interplay of social, economic, and environmental factors in shaping community resilience. The findings from this review will contribute to the development of adaptable, multi-level strategies for building resilient communities that can better prevent and mitigate substance use on a global scale.

Methods

A scoping review of reviews was deemed the most appropriate method for this study due to the vast number of primary studies available in the field, which would make a synthesis of individual

studies unworkable and time-consuming. This method allows us to integrate evidence from diverse interventions, populations, and settings into a coherent and concise overview. By comparing and contrasting separate reviews, we can generate new insights and synthesize a comprehensive understanding of the characteristics that contribute to community-level substance use prevention. This approach also provides a high-level summary of existing evidence, making it accessible for decision-makers and practitioners.

Inclusion and exclusion criteria

The inclusion criteria for this scoping review were designed to identify studies that explore community-level characteristics and their role in preventing substance use. Eligible studies were reviews of any type focusing on community-based strategies, interventions, or attributes related to substance use prevention. Specifically, the review included studies that examine protective and risk factors associated with community resilience, such as social cohesion, community engagement, access to resources, and policy enforcement. The population of interest were community-based groups of all ages and demographics, with an emphasis on collective outcomes. To ensure contemporary relevance, the review is limited to studies published within the five years leading up to December 2024. Only reviews published in English were included to ensure the reliability and validity of the findings.

Search Strategy

We conducted a comprehensive search on PubMed. Search terms included ((community) OR (“community-based”)) AND ((prevention) OR (reduce)) AND (substance abuse). Filters applied were as follows: published in the last five years, review, and systematic review

Study selection

The selection of studies was performed by two independent reviewers (JS and TK) in two stages: 1) title and abstract screening, and 2) full-text review, based on the inclusion criteria. During both stages, the reviewers separately assessed all studies, and the results were compared. Any disagreements were discussed and resolved by NR (Figure 1).

Data Extraction and Analysis

Two reviewers independently extracted data on study characteristics, methodologies, findings, and community attributes associated with substance use prevention. Any discrepancies were resolved through consensus. Narrative synthesis was employed to integrate the findings and identify recurring themes.

Results

From an initial pool of 409 records, 30 reviews met the inclusion criteria.⁵⁻³⁴ These reviews synthesized data from over 1,050 primary studies, covering diverse geographical and socio-economic contexts (Table 1).

The included studies consist of both systematic and narrative reviews, collectively addressing various substances such as methamphetamine, alcohol, opioids, cannabis, vaping, and tobacco. These reviews examine a range of community-based interventions, harm reduction strategies, and cultural adaptations aimed at preventing substance use and supporting recovery.

Community-level characteristics

Through a narrative synthesis, ten core community-level characteristics were identified as pivotal to supporting substance use prevention. These characteristics are presented below, organized into distinct thematic categories (Table 2).

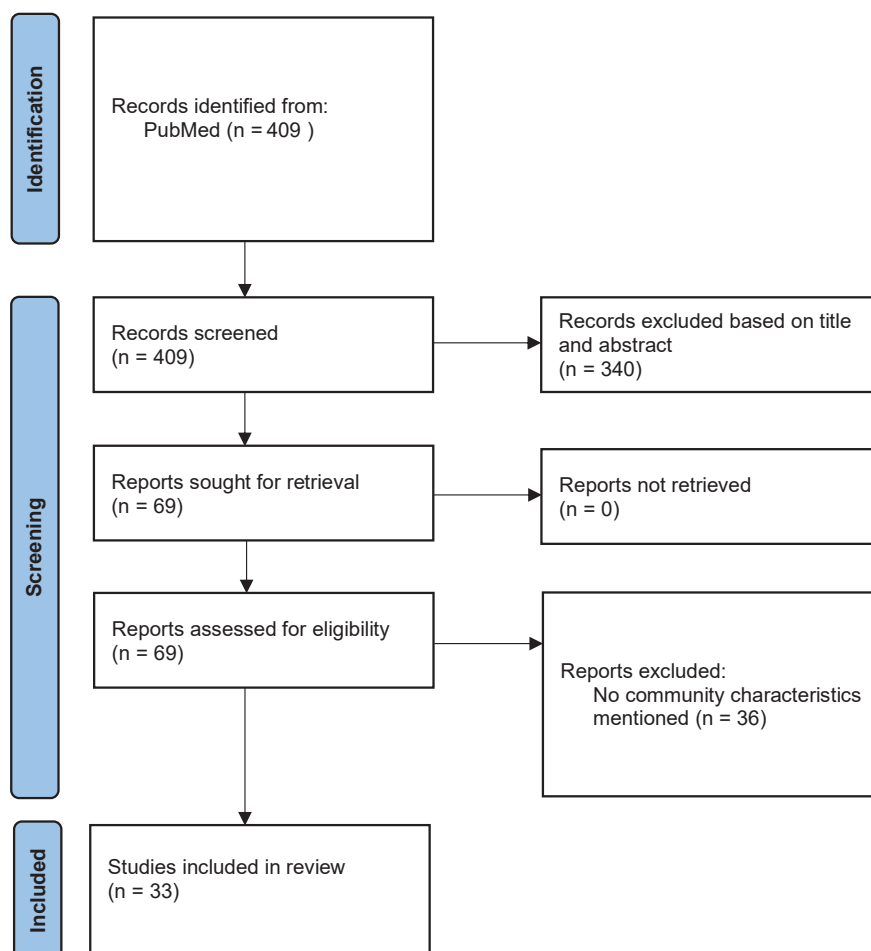


Figure 1 PRISMA flow diagram for study selection

Table 1 Characteristics of included studies

No.	Author, year	Study design	Substance type	Population	No. of included documents
1.	Perri et al., 2023 ⁵	Rapid review	Primarily opioids (e.g., fentanyl)	People who use drugs (PWUD)	22
2.	Valdez et al., 2020 ⁶	Systematic review	Alcohol, tobacco, and other drugs	Youth (ages 10 - 24)	15
3.	Galaj et al., 2020 ⁷	Narrative review	Various (cocaine, methamphetamine, heroin, nicotine, alcohol)	Not specified	Not specified
4.	Venugopal et al., 2021 ⁸	Scoping review	Various (general, opioids, tobacco, alcohol)	Indigenous communities in Canada, USA, and Australia	22
5.	Snijder et al., 2020 ⁹	Systematic review	Alcohol, tobacco, cannabis, and other drugs	Indigenous adolescents (ages 10–19) in the USA, Canada, Australia, and New Zealand	26
6.	Hafford-Letchfield et al., 2020 ¹⁰	Systematic review	Primarily alcohol, also includes OTC drugs, prescription medication, and illegal drugs	Older adults (aged 45+) with problematic substance use in community settings	19

Table 1 Characteristics of included studies (countinued)

No.	Author, year	Study design	Substance type	Population	No. of included documents
7.	Krakouer et al., 2022 ¹¹	Systematic review	Alcohol, tobacco, opioids, cannabis, and other drugs	First Nations adults in Australia	17
8.	Ghelbash et al., 2024 ¹²	Narrative review	Substance use, suicide, risky sexual behaviors	Adolescents aged 10 - 19, global focus with emphasis on LMICs	24
9.	Chase-Begay et al., 2023 ¹³	Systematic review	Alcohol, marijuana, methamphetamine, opioids, and general substance use	American Indian and Alaska Native (AIAN) adults in urban and reservation settings	10
10.	Orjiakor et al., 2023 ¹⁴	Systematic review	Methamphetamine	Community-level actors across global settings (youths, law enforcement, local leaders, at-risk groups)	19
11.	Walmisley et al., 2024 ¹⁵	Scoping review	Alcohol-related harms	Communities globally, with focus on LMIC (shared location, adult drinkers, all community members)	61
12.	Sirdifield et al., 2020 ¹⁶	Systematic review (narrative synthesis)	Alcohol, opioids, stimulants, general substance misuse (including poly-substance use)	People under community supervision (probation/parole), mostly adults in UK, USA, Ireland, Mexico	31
13.	Stewart et al., 2022 ¹⁷	Systematic review	Illicit drugs (includes opioids, methamphetamines, etc.)	People with co-occurring mental illness and illicit drug use post-prison release	13
14.	Gu et al., 2024 ¹⁸	Narrative review with systematic search elements	Multiple substances (heroin, morphine, methamphetamine, etc.)	People with substance use disorders and associated criminal behavior	47
15.	Johnson et al., 2022 ¹⁹	Policy review and country case series (descriptive)	Multiple substances (opioids, methamphetamine, cannabis, cocaine base paste, alcohol)	Communities in LMICs (Ukraine, Philippines, Nigeria, Peru)	4
16.	Venner et al., 2022 ²⁰	Scoping review	Substance use disorders (general: alcohol, tobacco, prescription, illicit drugs)	Latin communities in the U.S. and Latin America	30
17.	Richer et al., 2023 ²¹	Systematic review	Drugs and alcohol (including opioids, methamphetamine, cannabis)	Indigenous adults in North America (USA and Canada)	18
18.	Huynh et al., 2022 ²²	Systematic review and meta-analysis	Tobacco	Low socioeconomic status populations experiencing homelessness, poverty, unemployment, mental health challenges, or substance use	33

Table 1 Characteristics of included studies (continued)

No.	Author, year	Study design	Substance type	Population	No. of included documents
19.	Côté et al., 2024 ²³	Systematic review and meta-analysis	Cannabis (recreational use)	Young adults (ages 16 - 35) in community settings	19
20.	Sánchez-Puertas et al., 2022 ²⁴	Narrative and critical review	Alcohol	Children and youth (up to 19 years old), across school, family, community, and web-based settings	22
21.	Snijder et al., 2021 ²⁵	Systematic review	Tobacco, alcohol, cannabis, petrol, methamphetamine, kava, opioid	Aboriginal and Torres Strait Islander Australians	38
22.	Nawi et al., 2021 ²⁶	Systematic review	Various illicit drugs (excluding tobacco and alcohol)	Adolescents (aged 10 - 18) worldwide, with focus on risk and protective factors	23
23.	Masterton et al., 2022 ²⁷	Realist review	Multiple substances (primarily unregulated drugs submitted to drug checking services)	People who use drugs (PWUD), including marginalized and recreational users	133
24.	Maina et al., 2020 ²⁸	Scoping review	Alcohol, tobacco, cannabis, inhalants, legal and illegal drugs	Indigenous preteens (ages 7 - 13) in CANZUS countries (Canada, Australia, New Zealand, USA)	11
25.	Grigsby et al., 2023 ²⁹	Scoping review	Cannabis	Non-institutionalized community populations (adolescents and adults)	83
26.	Gao et al., 2024 ³⁰	Scoping review	Substance use (with co-occurring mental health services)	East and Southeast Asian immigrant youth and families (ages 12 - 24)	73
27.	Grummitt et al., 2021 ³¹	Systematic review	General substance use (multiple types including alcohol, tobacco, drugs)	Young people (10 - 24 years) exposed to childhood adversity	50
28.	Edwards et al., 2022 ³²	Systematic review	Substance use disorders (general; alcohol and drugs)	Women exiting prison with substance use disorders	12
29.	Clements et al., 2021 ³³	Conceptual paper / narrative review	Addiction (general)	Faith-based communities and health communicators	Not applicable
30.	Bhawalkar et al., 2024 ³⁴	Systematic review	Opioids	General population in India	30

Table 2 Community-level characteristics that contribute to the reduction of substance use

Community-level characteristics	Details
1. Empowered community capacity	
<i>Resilient and skilled</i>	• Communities that are empowered with skill development, training, and robust programs to build resources and resilience. ⁵⁻⁹
<i>Holistic and inclusive</i>	• Communities providing well-rounded support - holistic (spiritual, emotional, cultural) and inclusive (community-led, tribally diverse, participatory) that addresses social, emotional, physical, and economic needs. ⁹⁻¹³
<i>Accessible and supportive</i>	• Equipped with helplines, recovery spaces, ¹⁴ peer and family support, ⁸ first aid, ¹⁵ health promotion, ^{6,15,16} and healthy behavior change support including life skill training, counselling and motivation interviewing. ^{16,17}
<i>Strong social support networks</i>	• Family ties, peer relationships, and community involvement promoting recovery and emotional resilience. ^{7,12,18-23} • Peer groups and media promoting healthy norms and discouraging substance use. ^{16,18,24-26}
2. Resourceful access to treatments	
<i>Comprehensive and proactive</i>	• Communities offering diverse healthcare services, mobile units, information resources, ¹² adequate funding, ¹³ and advanced treatments ¹⁶ like pharmacological, behavioral therapy and counselling. ²²
<i>Barrier-free and equitable</i>	• Ensuring healthcare access without limitations of distance, cultural differences, or insurance coverage. ^{10,11,27}
3. Educative communication systems	
<i>Informed and aware</i>	• Communities fostering knowledge through educational campaigns, skill-building workshops, and public events. ^{6,7,10-12,14,18,21-24,28-31}
<i>Engaging and transparent</i>	• Dispelling myths and misconceptions (e.g., vaping safety) through creative, truthful, and accessible communication. ^{10,18}
4. Regulation of related policies	
<i>Restrictive and protective</i>	• Enforcement of alcohol and drug policies for limited access to substance, ^{6,12,14,18,21,23, 26-27,29} including regulate advertising ^{11,15} and increase tax. ¹⁵
<i>Limited substance accessibility</i>	• By increasing price ²⁶ and tax ²⁹ and regulating on marketing ¹⁵ to reduce substance use rate. ^{15,24,25}
5. Economic stability	
<i>Sustainable and supported</i>	• Communities with less poverty, ^{11,13,15-16,22,27} less homelessness, ^{11,13,27} less unemployment ^{11,13,15-17,22,32} rates and economic support systems, ^{12,16-17,27} which help to eliminate education gap ³⁰ and housing problem, ^{11,17} exhibited lower rates of substance abuse.
6. Active and healthy lifestyles	
	• Communities provide exercise, ⁷ sport, ⁹ art, ⁹ festival, ⁹ and unstructured activities ²⁶ in communities to reduce stress and lead to decrease substance use risk.
7. Safe and supportive environments	
	• Communities with safe spaces, ³¹ drug-free workplaces, ¹⁴ and schools that provide nurturing and protective environments. ^{7,28}
8. Engaged and collaborative participation	
	• Communities fostering peer support, partnerships, and social cohesion through collaborative efforts and meaningful engagement. ^{8,13,14,23,31,32}

Table 2 Community-level characteristics that contribute to the reduction of substance use (continued)

Community-level characteristics	Details
8. Engaged and collaborative participation (continued)	
	- Youth organizations, families, and schools collaborating to promote healthy behaviors and impactful initiatives^{6,8} - Recreational activities and consistent reinforcement solidifying preventive outcomes.^{7,28}
9. Cultural empowerment	
<i>Proud and identity-focused</i>	Communities celebrating cultural and religious practices that foster identity, abstinence, belonging, and pride. ^{8,9,13,21,26,28,31}
<i>Respectful and Nonjudgmental</i>	Cultural, family, and social norms that discourage stigma and normalize seeking help and healthy behaviors. ^{5,10,14-16,22,23,25,27,30,33,34}
<i>Encouraging and supportive</i>	Fostering a culture that discourages substance use through strong community values. ^{24,34}
10. Supportive and effective school systems	
<i>Connected and nurturing</i>	Schools with supportive adults, counsellors, and extracurricular activities fostering a sense of belonging and safety. ^{30,26}
<i>Safe and empowering</i>	Schools offering mental health and anti-bullying programs to protect and empower students. ^{30,31}

Discussion

The findings of this study underscore the critical role of community-based factors in mitigating substance use risks. By integrating diverse characteristics such as empowerment, resource access, cultural engagement, and supportive environments, communities can effectively foster resilience and reduce the prevalence of substance use (Figure 2). These results align with previous research and offer actionable insights for public health interventions.

Empowered communities, supported by skill development programs and holistic services, significantly contribute to reducing substance use risks. Studies have shown that community capacity building, including training and program development, enhances resilience and provides critical resources to address substance use challenges.³⁵ Moreover, comprehensive support addressing social, emotional, physical, and economic needs echoes findings by Hawkins et al.,² which suggest that multifaceted interventions yield better outcomes in substance

abuse prevention. The availability of recovery spaces, peer support, and coordinated services further highlights the importance of accessible and integrated care. For example, Wallerstein et al.³⁶ emphasize that community-based participatory approaches can improve health outcomes by fostering trust and shared decision-making, mirroring the results of this study.

This study highlights the significance of eliminating barriers to healthcare and providing diverse treatments, including behavioral therapies and pharmacological support. The availability of mobile units and information resources aligns with evidence from Viswanathan et al.,³⁷ which found that tailored interventions enhance treatment access and effectiveness, particularly in underserved populations. Addressing cultural, geographical, and financial barriers to care also supports findings by Patel, et al.,³⁸ which identified equity in healthcare access as a cornerstone of successful substance use interventions.



Figure 2 Community-level characteristics that contribute to the reduction of substance abuse

The role of education and communication campaigns in raising awareness and debunking myths, such as the perceived safety of vaping, reflects prior findings by Wakefield et al.,³⁹ which demonstrated the impact of targeted public health campaigns on behavior change. This study's emphasis on diverse educational approaches, including workshops, social media, and public events, reinforces the value of multi-platform outreach in influencing community norms and reducing substance use risks.

The enforcement of policies restricting substance access and regulating advertising aligns with the study by Babor et al.,³ which highlights the effectiveness of taxation and marketing controls in reducing substance use. Furthermore, this study's findings on the importance of economic stability are consistent with the study by Marmot and Wilkinson,⁴⁰ which indicates that addressing poverty, unemployment, and homelessness reduces health disparities and substance use rates. Efforts to shift cultural and social norms by reducing stigma also

reflect findings by Corrigan et al.,⁴¹ which noted that stigma reduction campaigns can promote help-seeking behaviors and improve treatment adherence.

Safe environments and strong social support systems, including family, peer, and community ties, are central to fostering recovery and resilience. This aligns with the study by Bond et al.,⁴² which found that positive relationships and supportive networks play a protective role against substance use.

The study highlights the benefits of cultural and religious engagement in fostering identity, abstinence, and social cohesion. These findings are supported by Larson et al.,⁴³ who demonstrated that spirituality and religious practices can serve as protective factors against substance use, promoting moral and social support.

Implications

This study emphasizes the necessity of integrated, community-focused approaches to address substance use risks effectively. Policymakers are urged to implement and enforce comprehensive regulations, including restrictions on substance

access, marketing, and pricing, while simultaneously addressing economic disparities that contribute to vulnerability to substance use. Public health programs should prioritize holistic, inclusive strategies that blend education, resource accessibility, and cultural relevance to strengthen resilience and promote healthier behaviors.

Addressing systemic barriers to healthcare—such as geographical, financial, and cultural constraints—is essential for expanding the scope and impact of interventions. Furthermore, cultivating community engagement through collaboration with local stakeholders, educational institutions, and families can enhance social cohesion and trust, creating environments that support recovery and discourage substance use.

The results also underscore the value of reducing stigma and strengthening cultural and religious connections as means to encourage help-seeking behaviors and enhance social inclusion. By applying these insights, public health practitioners and policymakers can develop more sustainable and impactful interventions to build resilient, substance-free communities.

Limitations

This scoping review provides valuable insights into the community-level characteristics that support substance abuse prevention. However, several limitations must be acknowledged. First, the review is limited by the scope of included studies, as only those published in English and within the last five years were considered. This limitation may have excluded relevant findings from other linguistic or older sources, potentially limiting the breadth of insights gathered. Second, the reliance on published reviews introduces the possibility of publication bias. Additionally, although this review synthesizes

findings from diverse geographical and socio-economic contexts, the majority of included studies were conducted in high-income countries. Therefore, the applicability of these findings to low- and middle-income countries (LMICs) may be limited. Lastly, while the review emphasizes the importance of integrating multiple community characteristics, it does not systematically assess the relative effectiveness of individual interventions or features, which could help prioritize strategies for specific contexts or populations.

Conclusion

This scoping review identifies ten critical community-level characteristics that contribute to substance use prevention and the promotion of community resilience. Empowered and resourceful communities with equitable access to healthcare, education, and social support systems are well-positioned to reduce the prevalence of substance use. Holistic approaches that address social, emotional, economic, and physical needs—combined with effective policy enforcement, cultural engagement, and stigma reduction—create supportive environments that promote both prevention and recovery.

Nonetheless, several knowledge gaps remain. First, the relative effectiveness of each community attribute has not been systematically evaluated, making it difficult to prioritize strategies across different settings. Second, the majority of included reviews were conducted in high-income countries, limiting the generalizability of findings to LMICs, where contextual factors such as infrastructure limitations and cultural dynamics may significantly influence outcomes. Third, few studies have examined the long-term sustainability or cost-effectiveness

of community-based interventions, particularly in resource-constrained environments.

Future research should focus on evaluating the interactions and comparative impacts of different community characteristics. It is also essential to expand research efforts in LMIC contexts, incorporating participatory approaches to ensure culturally relevant and context-specific findings. Moreover, studies that assess the scalability and cost-effectiveness of integrated community strategies can provide critical guidance for policymakers and public health planners aiming to implement sustainable prevention models.

Acknowledgement

This study was supported by the Division of Mental Health Promotion and Development, Department of Mental Health, Thailand. The research team affirms that artificial intelligence (AI) tools were used solely for grammar checking purposes. No content modification, data analysis, or text generation was performed using AI.

Author contributions

Jidapa Senwirat: Methodology; investigation; data curation; formal analysis; writing - review and editing. Thanaphat Khamthum: Methodology; investigation; data curation; formal analysis; writing - review & editing. Navinee Regnault: Conceptualization; methodology; formal analysis; writing - original draft; writing - review and editing; supervision.

References

1. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382(9904):1575-86. doi:10.1016/S0140-6736(13)61611-6.
2. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull*. 1992;112(1):64-105. doi:10.1037/0033-2909.112.1.64.
3. Babor TF, Casswell S, Graham K, Huckle T, Livingston M, Österberg E, et al. *Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2010.
4. Loxley W, Toumbourou JW, Stockwell T, Haines B, Scott K, Godfrey C, et al. *The prevention of substance use, risk, and harm in Australia: A review of the evidence*. Bundaberg: Australian Government Department of Health and Ageing; 2004.
5. Perri M, Khorasheh T, Poon DE, Kaminski N, LeBlanc S, Mizon L, et al. A rapid review of current engagement strategies with people who use drugs in monitoring and reporting on substance use-related harms. *Harm Reduct J*. 2023;20(1):169. doi:10.1186/s12954-023-00902-x.
6. Valdez ES, Skobic I, Valdez L, Garcia DO, Korchmaros J, Stevens S, et al. Youth participatory action research for youth substance use prevention: a systematic review. *Subst Use Misuse*. 2020;55(2):314-328. doi:10.1080/10826084.2019.1668014.
7. Galaj E, Barrera ED, Ranaldi R. Therapeutic efficacy of environmental enrichment for substance use disorders. *Pharmacol Biochem Behav*. 2020;188:172829. doi:10.1016/j.pbb.2019.172829.
8. Venugopal J, Morton Ninomiya ME, Green NT, Peach L, Linklater R, George PN, et al. A scoping review of evaluated Indigenous community-based mental wellness initiatives. *Rural Remote Health*. 2021;21(1):6203. doi:10.22605/RRH6203.
9. Snijder M, Stapinski L, Lees B, Ward J, Conrod P, Mushquash C, et al. Preventing substance use among indigenous adolescents in the USA, Canada, Australia and New Zealand: a systematic review of the literature. *Prev Sci*. 2020;21(1):65-85. doi:10.1007/s11121-019-01038-w.
10. Hafford-Letchfield T, McQuarrie T, Clancy C, Thom B, Jain B. Community based interventions for problematic substance use in later life: a systematic review of evaluated studies and their outcomes. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(21):7994. doi:10.3390/ijerph17217994.
11. Krakouer J, Savaglio M, Taylor K, Skouteris H. Community-based models of alcohol and other drug

- support for first nations peoples in Australia: a systematic review. *Drug Alcohol Rev.* 2022;41(6):1418-27. doi:10.1111/dar.13477.
12. Ghelbash Z, Alavi M, Noroozi M, Far MM. Prevention and management of risky behaviors in adolescents, focusing on suicide, substance use, and risky sexual behaviors through empowerment programs: a narrative review. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2024;29(5):515-21. doi:10.4103/ijnmr.ijnmr_218_23.
 13. Chase-Begay DM, Peterson JC, Liddell J, Belcourt A. Traditional ceremonial practices as a strategy to reduce problem substance use in American Indian communities: a systematic review. *J Integr Complement Med.* 2023;29(6-7):408-19. doi:10.1089/jicm.2022.0655.
 14. Orjiakor CT, Eze J, Chinweoke M, Ezenwa M, Orjiakor I, Onwujekwe O, et al. A systematic review of actors, actions, and outcomes of community-based efforts to prevent or reduce methamphetamine use. *Addict Res Theory.* 2023;31(5):335-44. doi:10.1080/16066359.2023.2167982.
 15. Walmisley U, De Jong M, George A, Okeyo I, Späth C, Siegfried N, et al. Whole-of-community and intersectoral interventions that address alcohol-related harms: a scoping review. *Glob Public Health.* 2024;19(1):2357211. doi:10.1080/17441692.2024.2357211.
 16. Sirdifield C, Brooker C, Marples R. Substance misuse and community supervision: a systematic review of the literature. *Forensic Sci Int Mind Law.* 2020;1:100031. doi:10.1016/j.fsml.2020.100031.
 17. Stewart AC, Cossar RD, Quinn B, Dietze P, Romero L, Wilkinson AL, et al. Criminal justice involvement after release from prison following exposure to community mental health services among people who use illicit drugs and have mental illness: a systematic review. *J Urban Health.* 2022;99(4):635-54. doi:10.1007/s11524-022-00635-5.
 18. Gu C, Geng YC, Zhu LN. Dysregulation of dopamine neurotransmission in drug addicts: implications for criminal behavior and corrective interventions. *Front Psychiatry.* 2024;15:1434083. doi:10.3389/fpsy.2024.1434083.
 19. Johnson K, Pinchuk I, Melgar MIE, Agwogie MO, Salazar Silva F. The global movement towards a public health approach to substance use disorders. *Ann Med.* 2022;54(1):1797-808. doi:10.1080/07853890.2022.2079150.
 20. Venner KL, Hernandez-Vallant A, Hirschak KA, Herron JL. A scoping review of cultural adaptations of substance use disorder treatments across Latinx communities: guidance for future research and practice. *J Subst Abuse Treat.* 2022;137:108716. doi:10.1016/j.jsat.2021.108716.
 21. Richer AMS, Roddy AL. Culturally tailored substance use interventions for Indigenous people of North America: a systematic review. *J Ment Health Train Educ Pract.* 2023;18(1):60-77. doi:10.1108/jmhtep-07-2021-0088.
 22. Huynh N, Tariq S, Charron C, Hayes T, Bhanushali O, Kaur T, et al. Personalised multicomponent interventions for tobacco dependence management in low socioeconomic populations: a systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health.* 2022;76(8):716-29. doi:10.1136/jech-2021-216783.
 23. Côté J, Chicoine G, Vinette B, Auger P, Rouleau G, Fontaine G, et al. Digital interventions for recreational cannabis use among young adults: a systematic review, meta-analysis, and behavior change technique analysis of randomized controlled studies. *J Med Internet Res.* 2024;26:e55031. doi:10.2196/55031.
 24. Sánchez-Puertas R, Vaca-Gallegos S, López-Núñez C, Ruisoto P. Prevention of alcohol consumption programs for children and youth: a narrative and critical review of recent publications. *Front Psychol.* 2022;13:821867. doi:10.3389/fpsyg.2022.821867.
 25. Snijder M, Lees B, Stearne A, Ward J, Garlick Bock S, Newton N, et al. An ecological model of drug and alcohol use and related harms among Aboriginal and Torres Strait Islander Australians: a systematic review of the literature. *Prev Med Rep.* 2020;21:101277. doi:10.1016/j.pmedr.2020.101277.
 26. Nawi AM, Ismail R, Ibrahim F, Hassan MR, Manaf MRA, Amit N, et al. Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: a systematic review. *BMC Public Health.* 2021;21(1):2088. doi:10.1186/s12889-021-11906-2.
 27. Masterton W, Falzon D, Burton G, Carver H, Wallace B, Aston EV, et al. A realist review of how community-based drug checking services could be designed and implemented to promote engagement of people who

- use drugs. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(19):11960. doi:10.3390/ijerph191911960.
28. Maina G, Mclean M, Mcharo S, Kennedy M, Djiometio J, King A. A scoping review of school-based indigenous substance use prevention in preteens (7-13 years). *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2020;15(1):74. doi:10.1186/s13011-020-00314-1.
 29. Grigsby TJ, Lopez A, Albers L, Rogers CJ, Forster M. A scoping review of risk and protective factors for negative cannabis use consequences. *Subst Abuse*. 2023;17: 11782218231166622. doi:10.1177/11782218231166622.
 30. Gao C, Cho LL, Dhillion A, Kim S, McGrail K, Law MR, et al. Understanding the factors related to how East and Southeast Asian immigrant youth and families access mental health and substance use services: a scoping review. *PLoS One*. 2024;19(7):e0304907. doi:10.1371/journal.pone.0304907.
 31. Grummitt L, Kelly E, Barrett E, Keyes K, Newton N. Targets for intervention to prevent substance use in young people exposed to childhood adversity: a systematic review. *PLoS One*. 2021;16(6):e0252815. doi:10.1371/journal.pone.0252815.
 32. Edwards L, Jamieson SK, Bowman J, Chang S, Newton J, Sullivan E. A systematic review of post-release programs for women exiting prison with substance-use disorders: assessing current programs and weighing the evidence. *Health Justice*. 2022;10(1):1. doi:10.1186/s40352-021-00162-6.
 33. Clements AD, Cyphers NA, Whittaker DL, Hamilton B, McCarty B. Using trauma informed principles in health communication: improving faith/science/clinical collaboration to address addiction. *Front Psychol*. 2021;12:781484. doi:10.3389/fpsyg.2021.781484.
 34. Bhawalkar J, Saraf A, Malik MM. The opioid crisis, preventing and managing substance abuse in India: a systematic review. *Cureus*. 2024;16(10):e70600. doi:10.7759/cureus.70600.
 35. Laverack G, Labonte R. A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy Plan*. 2000;15(3):255-62. doi:10.1093/heapol/15.3.255.
 36. Wallerstein N, Duran B, Oetzel J, Minkler M, editors. *Community-based participatory research for health: advancing social and health equity*. 2nd ed. Hoboken (NJ): Jossey-Bass; 2018.
 37. Viswanathan M, Ammerman A, Eng E, Garlehner G, Lohr KN, Griffith D, et al. Community-based participatory research: assessing the evidence. Evidence report/technology assessment. 2004;(99):1-8.
 38. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The lancet commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018;392(10157):1553-98. doi:10.1016/S0140-6736(18)31612-X.
 39. Wakefield MA, Loken B, Hornik RC. Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet*. 2010;376 (9748):1261-71. doi:10.1016/S0140-6736(10)60809-4.
 40. Marmot M, Wilkinson R, editors. *Social determinants of health*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2006.
 41. Corrigan PW, Larson JE, Kuwabara SA. Social psychology of the stigma of mental illness: public and self-stigma models. In: Maddux JE, Tangney JP, editors. *Social psychological foundations of clinical psychology*. New York: The Guilford Press; 2010. p. 51-68.
 42. Bond L, Butler H, Thomas L, Carlin J, Glover S, Bowes G, et al. Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes. *J Adolesc Health*. 2007;40(4):357.e9-18. doi:10.1016/j.jadohealth.2006.10.013.
 43. Larson DB, Swyers JP, McCullough ME. *Scientific research on spirituality and health: a consensus report*. Rockville (MD): National Institute for Healthcare Research; 1998.

บทความพิเศษ

ความรู้สุขภาพจิต : สมรรถนะแห่งอนาคตสู่การมีสุขภาพจิตอย่างยั่งยืน

วันรับ : 6 สิงหาคม 2568

วันแก้ไข : 6 กันยายน 2568

วันตอบรับ : 19 กันยายน 2568

วรัตน์ โชติพิทยสุนนท์, ประ.ด.

สำนักความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อ

สุขภาพจิตได้กลายเป็นวาระสำคัญด้านสาธารณสุขทั้งในระดับโลกและประเทศไทย ท่ามกลางสถานการณ์ปัญหาที่ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และความท้าทายเชิงระบบที่ซับซ้อนและหลากหลาย ความรู้สุขภาพจิต (mental health literacy) ซึ่งหมายถึง การบูรณาการองค์ความรู้ ความเชื่อ คุณลักษณะของบุคคล และทักษะในการตระหนักรู้ จัดการและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต จึงได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือเชิงรุกที่มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตในสังคม

บทความนี้มุ่งสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยและเอกสารเชิงนโยบาย เพื่อวิเคราะห์ความสำคัญ สถานการณ์ และความท้าทายในการขับเคลื่อนความรู้สุขภาพจิตในบริบทของสังคมไทย พร้อมทั้งนำเสนอกรอบแนวคิดและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนาอย่างเป็นระบบ

จากการทบทวนข้อมูล พบว่าสังคมไทยกำลังเผชิญกับช่องว่างระหว่างความต้องการบริการสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้น กับทรัพยากรและระบบบริการที่ยังมีอยู่อย่างจำกัด ทั้งยังถูกซ้ำเติมด้วยปัญหาการตีตราทางสังคมและความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับสุขภาพจิต การยกระดับความรู้สุขภาพจิตของประชาชนจึงเป็นหัวใจสำคัญในการลดอุปสรรคเหล่านี้ โดยต้องอาศัยการพัฒนาสมรรถนะหลัก 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจิตและบริการสุขภาพจิต การเข้าใจเพื่อสร้างความรู้และความตระหนัก การประเมินข้อมูลอย่างมีวิจารณญาณ และการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองและช่วยเหลือผู้อื่น

อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมความรู้สุขภาพจิตไม่อาจประสบความสำเร็จได้หากมุ่งเน้นเพียงระดับปัจเจกบุคคล แต่จำเป็นต้องอาศัยการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบที่ครอบคลุม และการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อร่วมกันสร้างระบบนิเวศที่เอื้อต่อสุขภาวะทางจิตอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : การส่งเสริมสุขภาพจิต, ความรู้สุขภาพจิต, ความยั่งยืนทางสุขภาพจิต, นโยบายสุขภาพจิต

ติดต่อผู้พิมพ์ : วรัตน์ โชติพิทยสุนนท์; e-mail: drvaroth@gmail.com

Special article

Mental health literacy: a future competency towards sustainable mental health

Received : 6 August 2025

Revised : 6 September 2025

Accepted : 19 September 2025

Varoth Chotpitayasunondh, Ph.D.

Bureau of Mental Health Literacy, Department of Mental Health,
Nonthaburi Province

Abstract

Mental health has become a critical public health agenda both globally and in Thailand, amid escalating challenges and complex systemic issues. Mental health literacy (MHL), defined as the integration of knowledge, beliefs, personal attributes, and skills to recognize, manage, and prevent mental health problems, is widely recognized as a crucial proactive tool for fostering sustainable well-being in society.

This article aims to synthesize knowledge from research and policy documents to analyze the significance, current situation, and challenges of promoting MHL within the Thai context. It also proposes a conceptual framework and policy recommendations to support systematic development.

The review reveals that Thai society is facing a significant gap between the increasing demand for mental health services and the limited resources and service infrastructure, compounded by social stigma and misconceptions about mental health. Enhancing public MHL is therefore essential to overcoming these barriers, requiring the development of four core competencies: accessing information of mental health and services, acquiring understanding and awareness, appraising information critically, and applying knowledge for self-management and supporting others.

However, promoting MHL cannot be achieved by focusing solely on individuals. It requires systemic change and genuine collaboration across all sectors to create a sustainable mental well-being ecosystem.

Keywords: mental health literacy, mental health policy, mental health promotion, mental health sustainability

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

ความรู้เดิม : ปัญหาสุขภาพจิตเป็นหนึ่งในประเด็นสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย โดยมีอุปสรรคหลัก ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากร การตีตราทางสังคม และระบบบริการที่มุ่งเน้นการรักษามากกว่าการป้องกัน ความรอบรู้สุขภาพจิตเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลว่าเป็นกลไกสำคัญในการลดอุปสรรคเหล่านี้

ความรู้ใหม่ : บทความนี้ได้สังเคราะห์องค์ความรู้ที่มีอยู่ กระจัดกระจาย และนำเสนอกรอบแนวคิดสำหรับการดำเนินงานเชิงปฏิบัติและกรอบการทำงานเชิงระบบที่เอื้อต่อการยกระดับความรู้สุขภาพจิต ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้ได้กับบริบทของประเทศไทย โดยเชื่อมโยงกับกรณีศึกษาและโครงการริเริ่มที่เกิดขึ้นจริงในประเทศ เพื่อนำเสนอแนวทางการเปลี่ยนแปลงจากระดับบุคคลสู่ระดับนโยบายอย่างเป็นรูปธรรม

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับการกำหนดนโยบาย การออกแบบวัฒนธรรมองค์กร และการส่งเสริมสุขภาพจิตระดับชุมชน เพื่อยกระดับความรู้สุขภาพจิตของประชากรไทยอย่างยั่งยืน

บทนำ

สุขภาพจิตเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของสุขภาวะองค์รวมและเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่ระบุไว้ในธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก¹ อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตทั่วโลกและในประเทศไทยได้ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างน่ากังวล โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง ซึ่งเป็นที่อยู่อาศัยของประชากรที่มีภาวะด้านสุขภาพจิตถึงร้อยละ 80 ของทั้งโลก แต่กลับมีการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพจิตน้อยกว่าร้อยละ 2 ของงบประมาณสาธารณสุขทั้งหมด² สถานการณ์นี้สะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการและการให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพจิตในระดับโลก

สำหรับประเทศไทย วิกฤตการณ์ด้านสุขภาพจิตได้สะท้อนอย่างชัดเจนผ่านข้อมูลและสถิติในช่วงหลายปีที่ผ่านมา โดยรายงานอนาคตสุขภาพจิตสังคมไทย พ.ศ. 2576 ระบุว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการด้านจิตเวชในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก 1.3 ล้านคนในปี พ.ศ. 2558 เป็นกว่า 2.4 ล้านคนในปี พ.ศ. 2565³ ขณะที่รายงานจากสถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืน

ทางสุขภาพจิต (Thailand Institute for Mental Health Sustainability: TIMS) ชี้ว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่การระบาดของโรคโควิด 19 จนแตะระดับ 7.94 รายต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2564⁴ สถานการณ์เหล่านี้สะท้อนถึงช่องว่างขนาดใหญ่ระหว่างความต้องการบริการสุขภาพจิตที่เพิ่มสูงขึ้นและขีดความสามารถในการตอบสนองของระบบบริการสุขภาพจิตที่มีอยู่อย่างจำกัด

ความท้าทายของระบบสุขภาพจิตไทยมีความซับซ้อนหลายมิติ ประการแรกคือ การขาดแคลนและการกระจุกตัวของบุคลากร โดยในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีจิตแพทย์เพียง 1.28 คนต่อแสนประชากร ซึ่งต่ำกว่าค่ากลางขององค์การอนามัยโลก และที่สำคัญคือบุคลากรส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการอย่างมหาศาล ส่งผลให้เกิดปัญหาสังคมตามมาอีกมากมาย เช่น ความรุนแรงในสังคม^{4,5} ประการที่สองคือ นโยบายสุขภาพที่ยังคงเน้นด้านการรักษาบำบัดมากกว่าการส่งเสริมป้องกันเชิงรุก ทำให้การจัดสรรทรัพยากรไม่สมดุลและไม่สามารถลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁴ และประการสุดท้ายซึ่งเป็นอุปสรรคที่สำคัญที่สุดคือ การตีตราทางสังคม หรือ stigma ที่ทำให้ผู้คนในสังคมไม่กล้าเปิดเผยปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและกลัวที่จะแสวงหาความช่วยเหลือในระยะเบื้องต้น^{6,7} ซึ่งงานวิจัยจำนวนมากได้เน้นย้ำว่า การตีตราและการเลือกปฏิบัติเป็นอุปสรรคสำคัญที่จำกัดการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตทั่วโลก^{7,8}

เพื่อรับมือกับความท้าทายที่ซับซ้อนเหล่านี้ แนวคิดเรื่องความรู้สุขภาพจิต (mental health literacy: MHL) จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยแนวคิดนี้ได้รับการต่อยอดมาจากความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy: HL) ซึ่งเป็นที่ยอมรับในวงการสาธารณสุขในฐานะปัจจัยกำหนดสุขภาพ (determinant of health) ที่สำคัญ^{9,10} โดยในปี ค.ศ. 1997 Jorm และคณะ¹¹ ได้บัญญัติศัพท์ความรู้สุขภาพจิตขึ้นเป็นครั้งแรก โดยให้นิยามว่าเป็นความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตที่ช่วยในการตระหนักรู้ การจัดการ หรือการป้องกัน ซึ่งต่อมาได้รับการพัฒนาให้ครอบคลุมถึงการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวก การลดการตีตรา

และการเพิ่มประสิทธิภาพในการแสวงหาความช่วยเหลือ¹¹ จากนิยามดังกล่าว ความรอบรู้สุขภาพจิตจึงไม่ใช่เพียงคุณลักษณะระดับปัจเจกบุคคลเท่านั้น แต่ยังเป็นผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างทักษะของบุคคลกับโครงสร้าง ทรัพยากรของสังคม และองค์กรที่เกี่ยวข้อง^{11,12}

บทความนี้วิเคราะห์ความสำคัญและสถานการณ์ของความรอบรู้สุขภาพจิตในประเทศไทยในหลากหลายมิติ พร้อมทั้งเสนอแนวทางและกรอบการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนความรอบรู้สุขภาพจิตอย่างยั่งยืน โดยสังเคราะห์องค์ความรู้จากเอกสารวิชาการและรายงานเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ความรอบรู้สุขภาพจิตกลายเป็นสมรรถนะแห่งอนาคตสำหรับคนไทยทุกคน

1. ความสำคัญของความรอบรู้สุขภาพจิต

ความรอบรู้สุขภาพจิตนั้นเป็นมากกว่าแค่การมีความรู้ แต่เป็นสมรรถนะเชิงปฏิบัติที่ส่งผลอย่างลึกซึ้งต่อสุขภาวะของบุคคลและสังคม งานวิจัยเชิงประจักษ์และการทบทวนวรรณกรรมจำนวนมากได้ยืนยันถึงความสำคัญของความรอบรู้สุขภาพจิตในฐานะเครื่องมือเชิงยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขในหลากหลายมิติ ดังนี้

1.1 ความรอบรู้สุขภาพจิต ในฐานะกลไกหลักในการลดการตีตรา (destigmatization)

การตีตราทางสังคมเป็นอุปสรรคสำคัญประการหนึ่ง ที่ขัดขวางไม่ให้ผู้คนเข้าถึงบริการสุขภาพจิต⁸ ความรอบรู้สุขภาพจิตจะทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการทลายกำแพงนี้โดยตรง การทบทวนวรรณกรรมจากการศึกษาทั่วโลกของ Sweileh¹³ ชี้ให้เห็นความเชื่อมโยงที่ชัดเจนระหว่างการมีความรอบรู้สุขภาพจิตกับการลดการตีตราทางสังคม การมีความรอบรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ และสิ่งแวดล้อม จะช่วยลดความเชื่อผิด ๆ ว่าปัญหาสุขภาพจิตเกิดจากความอ่อนแอทางใจหรือเป็นเรื่องของเวรกรรม⁷ และยังช่วยเปลี่ยนทัศนคติของสังคมจากความกลัวและการปฏิเสธไปสู่ความเห็นอกเห็นใจและการให้การยอมรับ ทำให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตกล้าเปิดเผยตัวเองและขอความช่วยเหลือโดยไม่ต้องเกรงกลัวว่าจะถูกตัดสินโดยสังคม¹³

1.2 ความรอบรู้สุขภาพจิต และการส่งเสริมพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือ (Help-seeking behavior)

ผลโดยตรงที่เกิดร่วมจากการลดการตีตราคือการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม ซึ่งความรอบรู้สุขภาพจิตช่วยให้บุคคลสามารถมีพฤติกรรมเชิงบวก ดังนี้

ตระหนักถึงอาการของตนเองและผู้อื่นได้เร็วขึ้น
ความสามารถในการระบุความผิดปกติด้านสุขภาพจิตเบื้องต้น เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะผิดปกติทางจิตอื่น ๆ เป็นองค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้สุขภาพจิตตามนิยามของ Jorm และคณะ¹¹ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมสุขภาพในขั้นต่อไป

ทราบว่าจะขอความช่วยเหลือได้จากที่ไหน
ความรอบรู้สุขภาพจิตหมายถึงรวมถึงการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประเภทของบริการและแหล่งให้บริการด้านสุขภาพจิตที่มีอยู่ ตั้งแต่การปรึกษาเบื้องต้นโดยนักจิตวิทยา ไปจนถึงการรักษาโดยจิตแพทย์ และช่องทางการเข้าถึงบริการเหล่านั้น¹³

มีความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของการรักษา ผู้ที่มีความรอบรู้สุขภาพจิตจะมีความเชื่อว่าการรักษาทางจิตเวช เช่น การรักษาด้วยยาและการทำจิตบำบัด สามารถช่วยให้อาการดีขึ้นได้ ซึ่งเป็นแรงจูงใจสำคัญในการตัดสินใจเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต¹¹

1.3 ความรอบรู้สุขภาพจิต เพื่อการเสริมพลังและการจัดการตนเอง (self-empowerment and self-management)

ความรอบรู้สุขภาพจิตเป็นตัวเร่งการเสริมพลังด้านสุขภาพจิตระดับบุคคลสู่การมีสุขภาวะโดยรวมที่ดี^{14,15} การมีความรู้และทักษะจัดการตนเองทำให้บุคคลเปลี่ยนจากบทบาทผู้รับบริการเชิงรับ (passive recipient) ไปสู่การเป็นหุ้นส่วนในการดูแลสุขภาพของตนเอง (active partner) บุคคลนั้นจะสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกับผู้ให้บริการ เพื่อเลือกแนวทางการบำบัดรักษาสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับตนเอง และมีความสามารถในการจัดการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสม เช่น การจัดการความเครียด การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง และการรับประทานยาอย่างครบถ้วนถูกต้อง

ซึ่งทั้งหมดนี้จะนำไปสู่ผลลัพธ์การรักษาและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว¹⁶

1.4 ความรอบรู้สุขภาพจิต กับผลกระทบเชิงเศรษฐกิจและสังคม (economic and social impacts)

ปัญหาสุขภาพจิตส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจอย่างมาก ทั้งในแง่ของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการสูญเสียผลิตภาพจากการทำงาน มีการประเมินว่าภายในปี ค.ศ. 2030 ปัญหาสุขภาพจิตอาจสร้างความเสียหายต่อเศรษฐกิจโลกถึง 16 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ³ การลงทุนในการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพจิตซึ่งเป็นยุทธศาสตร์เชิงป้องกันถือเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าอย่างยิ่ง มีการศึกษาพบว่า การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีมีความสัมพันธ์กับการลดต้นทุนด้านสุขภาพได้ถึงร้อยละ 3 - 5 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด¹⁷ เนื่องจากผู้ที่มีความรอบรู้สุขภาพจิตสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่าและมีแนวโน้มใช้บริการเชิงส่งเสริมป้องกันมากกว่าการรอรักษาเมื่อเจ็บป่วยรุนแรง

เมื่อพิจารณาในเชิงลึก การลงทุนในมาตรการส่งเสริมสุขภาพจิตไม่เพียงแต่ช่วยลดต้นทุน แต่ยังสร้างผลตอบแทนที่คุ้มค่าอย่างยิ่ง ผลการวิเคราะห์โดย Deloitte UK ในปี ค.ศ. 2020 ได้ชี้ให้เห็นถึงผลตอบแทนจากการลงทุน (return on investment: ROI) ของมาตรการดูแลสุขภาพจิตขององค์กร โดยพบว่า การลงทุนในการดูแลเชิงป้องกัน (preventive care) ซึ่งรวมถึงการสร้างความรู้สุขภาพจิตและโปรแกรมสร้างความตระหนักรู้ ให้ผลตอบแทนสูงสุดถึง 6.3 เท่าของเงินลงทุน ขณะที่การดูแลเชิงรุก (proactive care) เช่น การฝึกอบรมผู้จัดการ/หัวหน้าฝ่ายให้ผลตอบแทน 4.2 เท่าของเงินลงทุน และการดูแลเชิงรับ (reactive care) เช่น การให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาแล้ว ให้ผลตอบแทนเพียง 4.1 เท่าของเงินลงทุน¹⁸

2. สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและความท้าทายในบริบทสังคมไทย

สังคมไทยกำลังเผชิญกับคลื่นความท้าทายด้านสุขภาพจิตที่ซับซ้อนและทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลพวงจากปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมที่หลากหลาย ตั้งแต่ปัญหาเชิงโครงสร้างทางเศรษฐกิจ ความเหลื่อมล้ำทางสังคม การเปลี่ยนผ่านสู่สังคมดิจิทัล ไปจนถึงวิกฤตการณ์

ที่ไม่คาดคิด เช่น ความขัดแย้งในบริเวณพื้นที่ชายแดนของประเทศ และการระบาดของโรคโควิด 19¹⁹

2.1 ภาพรวมปัญหาสุขภาพจิต

ข้อมูลสถิติจากหน่วยงานต่าง ๆ ได้สะท้อนถึงวิกฤตสุขภาพจิตของคนไทยที่น่ากังวล โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าที่กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยกรมสุขภาพจิตประเมินว่ามีคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึง 1.5 ล้านคน แต่มีเพียงส่วนน้อยที่เข้ารับการรักษาระยะเดียวกัน อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จก็ไต่ระดับสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะหลังช่วงวิกฤตเศรษฐกิจและสังคม เช่น วิกฤตต้มยำกุ้งในปี พ.ศ. 2540 และการระบาดของโรคโควิด 19 ในปี พ.ศ. 2563⁴

สถานการณ์ในกลุ่มเด็กและเยาวชน ซึ่งเป็นอนาคตของชาติ มีความน่าเป็นห่วงอย่างยิ่งเช่นเดียวกัน โดย 1 ใน 7 ของวัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปีมีความผิดปกติด้านจิตประสาทและอารมณ์ และการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของวัยรุ่นไทย³ ข้อมูลเหล่านี้เป็นเพียงส่วนยอดของภูเขาน้ำแข็งที่สะท้อนถึงความเปราะบางทางจิตใจในสังคมที่กำลังแผ่ขยายในวงกว้าง

2.2 ความท้าทายเชิงระบบ

ปัญหาหลักเชิงโครงสร้างของระบบสุขภาพจิตไทยคือ ช่องว่างอุปสงค์ - อุปทานที่กว้างขึ้นระหว่างความต้องการบริการที่พุ่งสูงขึ้น ซึ่งสวนทางกับขีดความสามารถในการให้บริการที่เติบโตไม่ทัน ความท้าทายนี้มีองค์ประกอบสำคัญได้แก่

การขาดแคลนและกระจุกตัวของบุคลากร ประเทศไทยมีจิตแพทย์และนักจิตวิทยาในสัดส่วนที่ต่ำกว่าค่ากลางของสากลอย่างมีนัยสำคัญ ที่สำคัญกว่านั้นคือบุคลากรเหล่านี้กว่าครึ่งกระจุกตัวอยู่ในพื้นที่ของกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการอย่างรุนแรงระหว่างพื้นที่เมืองและชนบท^{4,5}

ข้อจำกัดของทิมสหวิชาชีพ การดูแลสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยทิมสหวิชาชีพที่แข็งแกร่ง ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก นักจิตวิทยาการศึกษา นักกิจกรรมบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ แต่บุคลากรเหล่านี้กลับขาดแคลนอย่างหนัก นอกจากนี้

ประเทศไทยยังขาดกฎหมายรับรองบางวิชาชีพ เช่น นักจิตวิทยาการศึกษา ซึ่งเป็นบุคลากรด้านหน้าที่สำคัญในการให้คำปรึกษาเชิงป้องกัน⁴

นโยบายที่เน้นการรักษางบประมาณและทรัพยากรส่วนใหญ่ของระบบสุขภาพจิตยังคงมุ่งไปที่การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงแล้ว ขณะที่การลงทุนในงานสร้างเสริมป้องกันยังไม่ได้มีการให้ความสำคัญเท่าที่ควร แม้เป็นการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ มีผลตอบแทนจากการลงทุนมากกว่า และมีความยั่งยืนกว่า^{18, 20}

2.3 อุปสรรคทางสังคมและวัฒนธรรม

นอกจากปัญหาเชิงระบบข้างต้น การตีตราทางสังคมยังคงเป็นกำแพงที่สังคมมองไม่เห็น แต่กลับเป็นอุปสรรคที่ทรงพลังที่ขัดขวางการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในประเทศไทย^{6,7} การศึกษาในบริบทไทยและประเทศกำลังพัฒนาอื่น ๆ พบว่าการตีตรามีรากฐานจากหลายปัจจัย เช่น ความเชื่อทางวัฒนธรรมในบางชุมชนที่ยังมองปัญหาสุขภาพจิตเป็นผลจากเรื่องเหนือธรรมชาติ เวรกรรม หรือความอ่อนแอส่วนบุคคล มากกว่าการมองว่าเป็นภาวะเจ็บป่วยทางการแพทย์ที่ต้องการการรักษา⁷ ปัจจัยอคติส่วนบุคคลที่กังวล เช่น ความคิดว่าหากไปพบจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาจะถูกมองว่าเป็นคนบ้าหรือคนอ่อนแอ การมองโรงพยาบาลจิตเวชและสถาบันจิตเวชศาสตร์ในแง่ลบ และความกลัวผลกระทบต่อนสถานะทางสังคม การทำงานและความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง⁴ รวมถึงการขาดความรู้ความเข้าใจในการรักษาโรคทางจิตเวชที่ถูกต้อง นำไปสู่การละเลย เพิกเฉย และปฏิเสธการเข้ารับบริการสุขภาพจิต³

2.4 ความท้าทายรูปแบบใหม่ในยุคดิจิทัล

แม้ว่าเทคโนโลยีดิจิทัลจะเปิดโอกาสให้ผู้คนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจิตได้ง่ายขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็สร้างความท้าทายใหม่ที่เรียกว่า ภาวะข้อมูลท่วมท้น (infodemic) ซึ่งผู้คนต้องเผชิญกับข้อมูลจำนวนมากมหาศาลที่ปะปนกันระหว่างข้อมูลที่ถูกต้องและข้อมูลเท็จ²¹ ในบริบทของไทยพบว่า ปัญหาข่าวปลอมและการระรานทางไซเบอร์เป็นประเด็นที่น่ากังวลและส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพจิต โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน³ ด้วยสถานการณ์นี้ การประเมินข้อมูลจึงเป็นสมรรถนะที่จำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้บุคคลสามารถคัดกรองข้อมูลที่น่าเชื่อถือและป้องกันตนเองจากข้อมูลที่

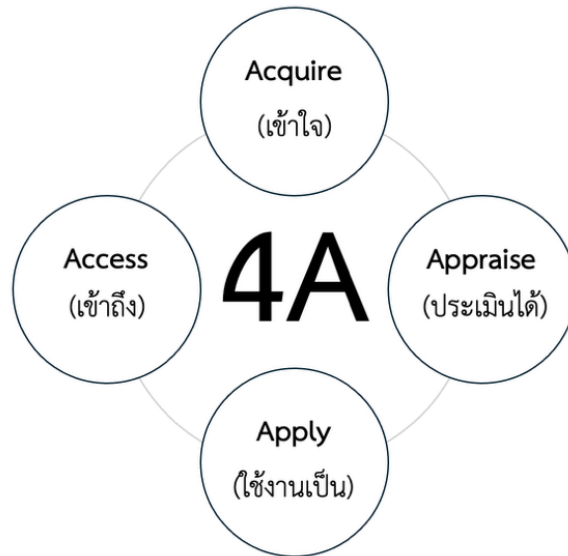
อาจเป็นอันตรายได้ แต่ในขณะเดียวกันการใช้ปัญญาประดิษฐ์โดยขาดวิจารณญาณอาจส่งผลเชิงลบต่อทักษะการคิดเชิงวิพากษ์ในการประเมินข้อมูลสุขภาพจิตต่าง ๆ²²

3. กรอบแนวคิด 4A (เข้าถึง - เข้าใจ - ประเมินได้ - ใช้งานเป็น) เพื่อสร้างความรอบรู้สุขภาพจิตในทางปฏิบัติ

เพื่อให้แนวคิดการสร้างความรู้รอบรู้สุขภาพจิตสามารถนำไปปฏิบัติและวัดผลได้อย่างเป็นรูปธรรม รวมถึงสามารถใช้เป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมและนโยบายได้อย่างชัดเจน บทความนี้จะนำเสนอกรอบแนวคิด 4 สมรรถนะ (4A framework) ที่บุคคลต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อบรรลุความรู้รอบรู้สุขภาพจิตที่สมบูรณ์ (แผนภาพที่ 1) ซึ่งประยุกต์จากแบบจำลองเชิงบูรณาการของ Sørensen และคณะ¹⁷ และอ้างอิงนิยามของความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2024 กล่าวคือ “*ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลและบริการต่าง ๆ ด้วยวิธีที่จะส่งเสริมและรักษาสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี*”²³ ซึ่งสะท้อนว่าความรู้รอบรู้ไม่ใช่เพียงแค่เรื่องความรู้หรือความเข้าใจ แต่หมายรวมถึงสมรรถนะในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลและบริการด้านสุขภาพไปใช้ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองและชุมชน โดยกรอบแนวคิด 4A มีรายละเอียดของแต่ละสมรรถนะ ดังต่อไปนี้

A-1 การเข้าถึง (access)

สมรรถนะด้านการเข้าถึง คือ ความสามารถในการค้นหาและเข้าถึงข้อมูล ทรัพยากร และบริการสุขภาพจิตที่น่าเชื่อถือ ในทางปฏิบัติหมายถึง การเข้าถึงข้อมูล การรู้ว่าจะค้นหาข้อมูลที่ถูกต้องได้จากที่ใด เช่น เว็บไซต์และสื่อสังคมออนไลน์ด้านสุขภาพจิต สายด่วนสุขภาพจิต และแพลตฟอร์มที่น่าเชื่อถือ และการมีความมั่นใจในการค้นหาข้อมูลนั้น นอกจากนี้ การเข้าถึงยังหมายถึงการทราบว่ามีหน่วยบริการสุขภาพจิตใดบ้างในพื้นที่ ตั้งแต่โรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน ไปจนถึงบริการของภาคประชาสังคม เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มอาสาสมัครด้านสุขภาพจิต และกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ที่สามารถให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นได้ รวมถึงการค้นหาขั้นตอนการเข้ารับบริการของบริการรูปแบบที่แตกต่างกัน



แผนภาพที่ 1 องค์ประกอบของความรอบรู้สุขภาพจิตตามกรอบแนวคิด 4A

A-2 การเข้าใจ (acquire)

เมื่อเข้าถึงข้อมูลได้แล้ว สมรรถนะขั้นต่อไปคือการเรียนรู้เพื่อสร้างความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับสุขภาพจิตที่ถูกต้อง ครอบคลุม และคงทนถาวร ได้แก่ การเรียนรู้เรื่องปัจจัยกำหนดสุขภาพจิต การตระหนักรู้วิถีชีวิตและสถานการณ์ชีวิต เช่น การนอน การรับประทานอาหาร และการทำงาน มีผลต่อสุขภาพจิตอย่างไร การมีความรู้เกี่ยวกับวิธีส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุก เช่น การออกกำลังกาย การฝึกหายใจ และการฝึกสติ การทำความเข้าใจแนวทางการรักษาปัญหาที่พบบ่อย การตระหนักรู้ถึงผลกระทบของการตีตรา และการเรียนรู้วิธีการสื่อสารที่ไม่สร้างบาดแผลให้กับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในสังคม

A-3 การประเมินได้ (appraise)

สมรรถนะด้านการประเมิน คือ การคิดเชิงวิพากษ์ด้วยวิจารณญาณเพื่อตัดสินใจคุณภาพ ความเกี่ยวข้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้านสุขภาพจิตที่ได้รับมา สมรรถนะนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งในยุคข้อมูลข่าวสารที่ท่วมท้นประกอบด้วยทักษะการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล เช่น ความสามารถในการตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูล การเปรียบเทียบข้อมูลจากหลายแหล่ง และการแยกแยะข้อเท็จจริงออกจากความคิดเห็นหรือข้อมูลโฆษณา และทักษะการประเมินทางเลือกในการดูแลสุขภาพจิต เช่น ความสามารถในการพิจารณาข้อดีข้อเสียของทางเลือกต่าง ๆ

ในการรักษาหรือดูแลตนเอง และตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับตนเองอย่างมีเหตุผล

A-4 การใช้งานเป็น (apply)

สมรรถนะขั้นสุดท้าย คือ การนำความรู้ที่เข้าใจและผ่านการประเมินเสร็จสิ้นแล้วไปสู่การปฏิบัติจริง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ซึ่งครอบคลุมทั้งมิติของตนเองและผู้อื่น ได้แก่ มิติด้านการจัดการตนเองโดยนำคำแนะนำ เช่น ทักษะจัดการความเครียด การปรับวิถีชีวิต และการสังเกตอารมณ์ตนเองมาใช้จริงในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง และสามารถตัดสินใจขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญเมื่อประเมินแล้วว่าจำเป็น และมีมิติด้านการให้การสนับสนุนผู้อื่น ซึ่งสามารถปฏิบัติโดยใช้ความรู้ความเข้าใจในการรับรู้สัญญาณเตือนเมื่อคนใกล้ชิดต้องการความช่วยเหลือ การให้กำลังใจและรับฟังอย่างเข้าใจ และการสนับสนุนให้บุคคลรอบข้างเข้าถึงบริการที่เหมาะสมและทัน่วงที่

4. กรณีศึกษาการสร้างความรู้รอบรู้สุขภาพจิตที่น่าสนใจ

ท่ามกลางความท้าทายเชิงโครงสร้างที่กล่าวมาข้างต้น การขับเคลื่อนความรู้รอบรู้สุขภาพจิตในประเทศไทยกลับมีความก้าวหน้าที่น่าสนใจ ทั้งจากภาครัฐ ภาคประชาสังคม และกลไกชุมชน ซึ่งเป็นตัวอย่างและแรงบันดาลใจสำคัญของการนำแนวคิดนี้ไปสู่การปฏิบัติจริง

4.1 บัญชี TikTok “Thaidmh” โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นหนึ่งในหน่วยงานภาครัฐของประเทศไทยที่ปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงของสังคมและก้าวเข้าสู่แพลตฟอร์ม TikTok อย่างเป็นทางการ ภายใต้บัญชี “Thaidmh” ทั้งนี้ กรมสุขภาพจิตไม่ได้พิจารณา TikTok เป็นเพียงช่องทางบันเทิงเท่านั้น หากแต่เห็นถึงโอกาสในการสอดแทรกการสร้างความรู้สึกรอบรู้สุขภาพจิตเข้าสู่ชีวิตประจำวันของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานตอนต้น (generation Z และ millennials) ซึ่งกำลังเผชิญปัญหาด้านสุขภาพจิตที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น การสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพจิตผ่านแพลตฟอร์มยุคใหม่นี้สามารถเข้าถึงและเปิดโอกาสให้เกิดการมีส่วนร่วมจากผู้คนได้อย่างกว้างขวางและรวดเร็ว ในรูปแบบที่แตกต่างจากการสื่อสารด้านสาธารณสุขแบบดั้งเดิม เช่น แผ่นพับ เว็บไซต์ทางการ และการแถลงข่าว ซึ่งมักมีข้อจำกัดในการเข้าถึงประชากรกลุ่มใหญ่ กลยุทธ์หลักของการเปลี่ยนผ่านนี้ ประกอบด้วย การลดทอนความเป็นทางการของรูปแบบการสื่อสารของรัฐแบบเดิม ร่วมกับการสื่อสารที่เน้นความเห็นอกเห็นใจ มีความกระชับ ตรงประเด็น และสร้างสรรค์ โดยมีแนวทางที่น่าสนใจ ได้แก่

การใช้เนื้อหาที่เรียบง่าย โดยการสร้างคลิปวิดีโอสั้นที่ตอบโจทย์ปัญหาเร่งด่วน เช่น ภาวะหมดไฟ การจัดการความเครียด สัญญาณเตือนโรคซึมเศร้า และวิธีปลอบใจคนรอบข้าง

การใช้ภาษาที่เข้าถึงง่าย โดยการลดทอนศัพท์วิชาการที่ซับซ้อน ใช้ภาษาพูดที่คนทั่วไปเข้าใจ ผ่านการสื่อสารในฐานะเพื่อนที่เชี่ยวชาญมากกว่าการเป็นผู้เชี่ยวชาญที่สั่งสอน

การติดตามกระแสสังคม โดยการใช้เรื่องราว เพลง หรือฟิลเตอร์ที่กำลังเป็นกระแส (trending) มาประยุกต์ใช้กับการสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต ทำให้การนำเสนอไม่แปลกแยกจากธรรมชาติของแพลตฟอร์ม และช่วยเพิ่มโอกาสที่อัลกอริทึมของแพลตฟอร์มเผยแพร่เนื้อหาไปยังกลุ่มผู้ชมใหม่ ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

นอกจากการผลิตเนื้อหาของตนเองแล้ว กรมสุขภาพจิตยังริเริ่มและเข้าร่วมการรณรงค์ขนาดใหญ่บนแพลตฟอร์ม

อย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างกระแสสังคมในการพูดคุยเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพจิตให้เป็นเรื่องปกติ การรณรงค์เหล่านี้มุ่งเน้นการส่งเสริมการประเมินสุขภาพจิตตนเองผ่านแพลตฟอร์ม การส่งต่อกำลังใจ และการลดอคติต่อผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งสร้างการรับรู้และการมีส่วนร่วมสะสมรวมมากกว่าหลายพันล้านครั้ง “Thaidmh” เป็นบัญชีของหน่วยงานรัฐแห่งแรกของประเทศไทยที่ได้รับรางวัล TikTok awards Thailand 2022 ในสาขาพาร์ทเนอร์ผู้ขับเคลื่อนสังคมดีเด่นแห่งปี 2565 (social impact partner of the year) ซึ่งเป็นรางวัลสูงสุดในสาขานี้²⁴ ยืนยันถึงความสำเร็จของการดำเนินงานด้านความรู้สึกรอบรู้สุขภาพจิตผ่านทางแพลตฟอร์มยุคใหม่

4.2 การดำเนินงานโดยภาคประชาสังคม ภายใต้สถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต (TIMS)

สถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต (TIMS) ก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2566 ด้วยการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยทำหน้าที่เป็นองค์กรคลังสมอง (think tank) ด้านสุขภาพจิตที่มีความเป็นอิสระแห่งแรกของประเทศไทย ภารกิจหลักของ TIMS คือการเป็นองค์กรธำรงนำที่ประสานพลังเพื่อขับเคลื่อนความรู้ นวัตกรรม และนโยบายสุขภาวะทางจิต โดยมีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงภูมิทัศน์และสร้างระบบนิเวศที่เอื้อต่อสุขภาวะทางจิตในระยะยาว การดำเนินงานของ TIMS มีความหลากหลาย ตั้งแต่การสนับสนุนทุนวิจัย การจัดเวทีนโยบาย การจัดกิจกรรม hackathon เพื่อสร้างนวัตกรรมสุขภาพจิตในชื่อ “hack ใจ” ไปจนถึงการร่วมผลักดันวาระสุขภาพจิตในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ การมีองค์กรกลาง เช่น TIMS ที่ทำงานเชื่อมประสานระหว่างภาครัฐ เอกชน และประชาสังคม จึงเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบและสร้างความรอบรู้สุขภาพจิตให้แก่สังคมไทย⁴

บทบาทของ TIMS ที่แตกต่างจากภาครัฐ ช่วยเติมเต็มการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตด้านการสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต โดยทำหน้าที่เป็นกลไกของภาคประชาสังคมที่เข้ามาสนับสนุนให้การสื่อสารครอบคลุมและเข้าถึงประชาชนได้หลากหลายยิ่งขึ้น โดยการสื่อสารสร้างความรอบรู้ของ TIMS มีพื้นฐานจากกระบวนการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพจิตในประเด็นต่าง ๆ เช่น การส่งจ่ายกิจกรรมทางสังคม

(social prescribing) การส่งเสริมสุขภาพใจให้เป็นวัฒนธรรมองค์กร และการปลูกฝังเยาวชนให้มีสุขภาพทางจิตที่มั่นคง รวมถึงการสร้างนวัตกรรมทางสังคม เช่น โครงการมานั่งมีหู (bench with ears) ซึ่งมุ่งสร้างพื้นที่ปลอดภัยด้านสุขภาพจิตในชุมชน โดยการฝึกอบรมอาสาสมัครให้มีทักษะสำคัญ เช่น การฟังอย่างลึกซึ้ง การปฐมพยาบาลทางใจเบื้องต้น และการสื่อสารเพื่อสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต นวัตกรรมนี้ไม่เพียงแต่ช่วยลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตระดับปฐมภูมิในพื้นที่ห่างไกล แต่ยังช่วยสร้างปฏิสัมพันธ์และความเข้าใจระหว่างคนต่างวัยในชุมชน ทำให้การพูดคุยเกี่ยวกับความทุกข์ใจกลายเป็นเรื่องธรรมดาในชีวิตประจำวัน นับเป็นรูปแบบการสร้างความรู้รอบรู้สุขภาพจิตแบบยั่งยืน โดยใช้กลไกของชุมชนเป็นฐาน

5. แนวทางและข้อเสนอแนะเพื่อขับเคลื่อนความรู้สุขภาพจิตอย่างยั่งยืน

การยกระดับความรู้สุขภาพจิตของคนไทยให้สำเร็จอย่างยั่งยืน ไม่สามารถพึ่งพาโครงการหรือกิจกรรมที่ดำเนินงานแยกส่วนกันได้ แต่จำเป็นต้องอาศัยการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบในทุกระดับ บทความนี้จะนำเสนอ

แนวทางโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของระบบที่เอื้อต่อความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ (health literate systems) ของ Sørensen และคณะ¹⁴ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 8 ด้าน มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนความรู้สุขภาพจิตในบริบทของประเทศไทย ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยจากกรอบแนวคิดดังกล่าว สามารถนำมาสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการปฏิบัติด้านความรู้สุขภาพจิตสำหรับภาคส่วนต่าง ๆ ดังนี้

5.1 ด้านนโยบายและภาวะผู้นำ

การยกระดับความรู้สุขภาพจิตเป็นวาระแห่งชาติ ภาครัฐ โดยเฉพาะกรมสุขภาพจิตและ สสส. ควรมีบทบาทในการผลักดันให้ความรู้สุขภาพจิตเป็นตัวชี้วัดสำคัญในแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ และบูรณาการแนวคิดสุขภาพจิตในทุกนโยบาย (mental health in all policies) เพื่อให้ทุกกระทรวง ทบวง กรม นำแนวคิดด้านสุขภาพจิตไปประยุกต์ใช้ควบคู่กับนโยบายและการดำเนินงานของแต่ละองค์กร

การสร้างธรรมาภิบาลข้อมูล กรมสุขภาพจิต มหาวิทยาลัย และสถาบันวิจัยที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจิตและสังคมควรพัฒนาระบบสำรวจระดับความรู้สุขภาพจิตของ

ตารางที่ 1 องค์ประกอบ 8 ด้านเพื่อสร้างระบบที่เอื้อต่อการยกระดับความรู้สุขภาพจิต

องค์ประกอบ	คำอธิบาย
1. บุคลากรที่รอบรู้สุขภาพจิต	การพัฒนาสมรรถนะและการฝึกอบรมความรู้สุขภาพจิตแก่บุคลากรในหลากหลายสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
2. องค์กรที่รอบรู้สุขภาพจิต	การนำหลักการองค์กรที่เอื้อต่อความรู้สุขภาพจิตมาปรับใช้ในหน่วยงานต่าง ๆ
3. ธรรมาภิบาลข้อมูลด้านความรู้สุขภาพจิต	การรวบรวม ติดตาม และใช้ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบ
4. บริการสุขภาพจิตและสิ่งแวดล้อมที่ยืดหยุ่นและเป็นศูนย์กลาง	การออกแบบบริการสุขภาพจิตโดยอาศัยการสร้างสรรค์และการตัดสินใจร่วมกับผู้ให้บริการ
5. ภาวะผู้นำด้านความรู้สุขภาพจิต	การส่งเสริมให้มีผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจิตในองค์กร โดยได้รับการสนับสนุนจากฝ่ายบริหาร
6. การลงทุนและทรัพยากรทางการเงินด้านสุขภาพจิต	การจัดสรรทรัพยากรทางการเงินเชิงกลยุทธ์ และการทำความเข้าใจผลตอบแทนจากการลงทุนในด้านสุขภาพจิต
7. เทคโนโลยีและนวัตกรรมที่อิงความรู้สุขภาพจิต	การบูรณาการหลักการความรู้ด้านสุขภาพจิตเข้ากับการพัฒนาเครื่องมือและเทคโนโลยีดิจิทัล
8. ความเป็นหุ้นส่วนและความร่วมมือข้ามภาคส่วนด้านสุขภาพจิต	การส่งเสริมความร่วมมือด้านสุขภาพจิตระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม

ที่มา : ดัดแปลงจาก Sørensen et al. (2021)¹⁴

ประชากรไทยอย่างต่อเนื่อง ผ่านการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตที่ได้รับการออกแบบตามนิยามของความรอบรู้สุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยในปัจจุบัน เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการวางแผน ติดตาม และประเมินผลนโยบายอย่างมีประสิทธิภาพ

5.2 ด้านบุคลากรและองค์กร

การพัฒนาบุคลากรที่รอบรู้สุขภาพจิต หน่วยงานหรือองค์กรที่มีอำนาจในการกำหนดนโยบายหรือหลักสูตรการศึกษาควรบรรจุหลักสูตรความรอบรู้สุขภาพจิตในการเรียนการสอนของบุคลากรสายสุขภาพและสายการศึกษาอย่างเป็นระบบ เพื่อเตรียมความพร้อมให้บุคลากรเหล่านี้สามารถทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ฝ่ายนิติบัญญัติ กระทรวงสาธารณสุข และสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ควรเร่งรัดกระบวนการออกกฎหมายรับรองวิชาชีพนักจิตวิทยาการปรึกษา อันเป็นกลไกสำคัญในการสร้างบุคลากรด้านหน้าที่มีมาตรฐานวิชาชีพ และมีบทบาทในการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพจิตแก่ประชาชนอย่างเป็นระบบ รวมถึงพัฒนาอาสาสมัครภาคประชาชนที่สามารถช่วยสนับสนุนการสร้างความรู้สุขภาพจิตในวงกว้าง

การสร้างองค์กรที่เอื้อต่อความรอบรู้สุขภาพจิต องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนควรนำหลักการขององค์กรที่เอื้อต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมาใช้ เช่น การปรับปรุงกระบวนการสื่อสารให้มีความชัดเจน เข้าใจง่าย การสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยจากการตีตรา และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ¹⁷

5.3 ด้านนวัตกรรมและการลงทุน

การส่งเสริมสุขภาพจิตในระดับองค์กร ภาคเอกชน ควรสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตของพนักงาน โดยกำหนดนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิต จัดสวัสดิการที่ครอบคลุมทั้งการป้องกัน ส่งเสริม และดูแลสุขภาพจิต และส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพจิตในองค์กรอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนานวัตกรรมที่เข้าถึงง่าย หน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่มีบทบาทในการสนับสนุนเงินทุนและการพัฒนานวัตกรรมควรสนับสนุนการพัฒนาเทคโนโลยีและแอปพลิเคชันด้านสุขภาพจิตที่อิงหลักฐานทางวิชาการ

(evidence-based) และออกแบบโดยคำนึงถึงความต้องการและบริบทของผู้ใช้งานทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางหรือเข้าถึงบริการได้ยาก ทั้งนี้ นวัตกรรมเหล่านี้ควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับการส่งเสริมและป้องกันด้านสุขภาพจิต ซึ่งยังคงเป็นด้านที่ยังขาดแคลนและมีความต้องการสูงในปัจจุบัน

การจัดตั้งกองทุนสุขภาพจิต รัฐบาล รวมถึงหน่วยงานระดับนโยบายของรัฐบาล ที่มีอำนาจในการจัดตั้งและบริหารจัดการกองทุนระดับชาติ ควรพิจารณาจัดตั้งกองทุนเฉพาะด้านสุขภาพจิตและปัญหาสุขภาพจิต เพื่อเป็นแหล่งทุนที่มีความยั่งยืนในการสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในระยะยาว โดยกองทุนดังกล่าวควรครอบคลุมการสนับสนุนงานวิจัย นวัตกรรม และโครงการที่มุ่งเน้นการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพจิตในระดับชุมชน

5.4 ด้านความร่วมมือและบริการในชุมชน

การสร้างเครือข่ายความร่วมมือข้ามภาคส่วน ภาครัฐ เอกชน และประชาสังคมควรร่วมกันสร้างความเป็นหุ้นส่วนที่เข้มแข็ง เพื่อออกแบบและดำเนินโครงการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพจิตในพื้นที่อย่างบูรณาการ

การเสริมพลังกลไกชุมชน หน่วยงานภาครัฐ องค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร สถาบันวิจัย และ สสส. ควรสนับสนุนการขยายผลโครงการที่ประสบความสำเร็จ พร้อมทั้งเสริมสร้างศักยภาพ อสม. และ อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (อสส.) ให้สามารถทำหน้าที่เป็นแกนนำด้านการสร้างความรอบรู้สุขภาพจิตในชุมชนได้อย่างเป็นทางการ โดยมีระบบการฝึกอบรม การติดตามประเมินผล และการสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบ และชัดเจน

สรุป

ความรอบรู้สุขภาพจิตไม่ได้เป็นเพียงทักษะทางเลือก แต่เป็น “สมรรถนะแห่งอนาคต” ที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับสังคมไทยในการรับมือกับวิกฤตสุขภาพจิตที่ซับซ้อน การเดินทางจากการตระหนักรู้สู่การมีสุขภาวะทางจิตแบบองค์รวมต้องอาศัยมากกว่าความพยายามในระดับปัจเจกบุคคล แต่เป็นการปฏิรูปเชิงระบบที่ทุกภาคส่วนต้องร่วมมือกันสร้างระบบนิเวศที่เอื้อให้ทุกคนสามารถเข้าถึง เรียนรู้ ประเมิน และนำความรู้สุขภาพจิตไปใช้ จนกลายเป็นเรื่องปกติในวิถีชีวิตประจำวัน การลงทุนในการสร้างสังคม

แห่งความรอบรู้สุขภาพจิตในวันนี้ คือการสร้างรากฐานที่แข็งแกร่งให้กับสังคมไทย เพื่อให้ทุกคนสามารถเผชิญกับความท้าทายในอนาคตได้อย่างเข้มแข็ง และก้าวสู่สังคมแห่งสุขภาพจิตที่ดีอย่างแท้จริงและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Health promotion glossary of terms 2021. Geneva: World Health Organization; 2021.
- Patel V, Chisholm D, Parikh R, Charlson FJ, Degenhardt L, Dua T, et al. Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. *Lancet*. 2016;387(10028):1672-85. doi:10.1016/S0140-6736(15)00390-6.
- Department of Mental Health, National Innovation Agency (NIA), Electronic Transactions Development Agency (ETDA), and FutureTales Lab by MQDC. The future of Thai social mental health 2033. Bangkok; 2023. (in Thai)
- The Thai Institute of Mental Health Sustainability (TIMS). Annual report 2023-2024: moving towards mental health sustainability in Thailand. Bangkok: Faculty of Psychology, Chulalongkorn University; 2024 [cited 2025 Sep 7]. Available from: <https://sgp1.digitaloceanspaces.com/psy-tims-chula/wp-content/uploads/2024/09/TIMS-Report-2023-2024-Complete-3.pdf> (in Thai)
- Suraaronsamrit B. The Cardiff Model for violence prevention in society. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2025;33(2):163-9. (in Thai)
- The Economist Intelligence Unit. Health literacy around the world: policy approaches to wellbeing through knowledge and empowerment. London: The Economist Group; 2021.
- Corrigan PW. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol*. 2004;59(7):614-25. doi:10.1037/0003-066X.59.7.614.
- Thornicroft G. Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2008;17(1):14-9. doi:10.1017/s1121189x00001535.
- Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, editors. Health Literacy: The Solid Facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.
- Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053-8. doi:10.1093/eurpub/ckv043.
- Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. 'Mental health literacy': a survey of the public's ability to recognise mental disorders and beliefs about their treatment. *Med J Aust*. 1997;166(4):182-6. doi:10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x.
- Nutbeam D, Muscat DM. Health promotion glossary 2021. *Health Promot Int*. 2021;36(6):1578-98. doi:10.1093/heapro/daab157.
- Sweilhe WM. Global research activity on mental health literacy: a bibliometric analysis. *Middle East Curr Psychiatry*. 2021;28:43. doi:10.1186/s43045-021-00121-7.
- Sørensen K, Levin-Zamir D, Duong TV, Okan O, Brasil W, Nutbeam D. Building health literate systems: a framework for health literate systems. *Health Promot Int*. 2021;36(Suppl 1):i13-23. doi:10.1093/heapro/daab087.
- International Union for Health Promotion and Education (IUHPE). Mental health promotion knowledge competencies. Paris: IUHPE; 2022.
- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 2000;15(3):259-67. doi:10.1093/heapro/15.3.259.
- Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80. doi:10.1186/1471-2458-12-80.
- Deloitte UK. Mental health and employers: refreshing the case for investment. London: Deloitte LLP; 2020.
- Wannasewok K, Suraaronsamrit B, Jeungsiragulwit D, Udomratn P. Development of community mental health infrastructure in Thailand: from the past to the COVID-19 pandemic. *Consort Psychiatr*. 2022;3(3):98-109. doi:10.17816/CP214.
- Kohrt BA, Asher L, Bhardwaj A, Fazel M, Jordans MJD, Mutamba BB, et al. The role of communities in mental health care in low- and middle-income

- countries: a meta-review of components and competencies. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(6):1279. doi:10.3390/ijerph15061279.
21. Eysenbach G. How to fight an infodemic: the four pillars of infodemic management. *J Med Internet Res*. 2020;22(6):e21820. doi:10.2196/21820.
 22. Choudhury A, Chaudhry Z. Large language models and user trust: consequence of self-referential learning loop and the deskilling of health care professionals. *J Med Internet Res*. 2024;26:e56764. doi:10.2196/56764.
 23. World Health Organization. Health literacy [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2025 Sep 6]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>
 24. Dailynews Online. TikTok Awards Thailand 2022 [Internet]. Bangkok: Dailynews; 2022 Sep 25 [cited 2025 Sep 7]. Available from: <https://www.dailynews.co.th/news/1483517/>. (in Thai)



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ (Instruction to Authors)

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เป็นองค์ความรู้ใหม่หรือมีประโยชน์ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับประเทศ โดยรับบทความเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ บทความที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ผู้พิมพ์จะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์อย่างเคร่งครัด ผู้พิมพ์ต้องแน่ใจว่าได้ตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้ว ไม่มีการลอกเลียนงานวิชาการ (plagiarism) โดยกำหนดความซ้ำของเนื้อหาด้วยโปรแกรม CopyCat เว็บไซต์ ThaiJO ในระดับไม่เกินร้อยละ 10 และมีการอ้างอิงตามแหล่งที่มาตามหลักการที่ถูกต้องครบถ้วน หากมีการนำระบบ AI (artificial intelligence) หรือระบบปัญญาประดิษฐ์มาช่วยประกอบการเขียนบทความ ต้องแจ้งรายละเอียดต่อกองบรรณาธิการ ทั้งนี้ บทความทุกประเภทที่ส่งมาให้พิจารณาตีพิมพ์จะได้รับการตรวจทานต้นฉบับจากคณะกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิทั้งจากภายในและภายนอกอย่างน้อย 2 ท่าน (บทความนิพนธ์ต้นฉบับ 3 ท่าน) บทความที่ได้รับการตีพิมพ์แล้วจะเป็นลิขสิทธิ์ของกรมสุขภาพจิตและผู้พิมพ์

ประเภทของบทความ

1. บทความพิเศษ (Special article)

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

2. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

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

3. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review)

เป็นการศึกษาค้นคว้ารวบรวมผลงานวิจัยเพื่อตอบคำถามในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ผ่านกระบวนการประเมินคุณภาพ และคัดเลือกผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐานมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากผลงานวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยให้ใช้ PRISMA guideline มุ่งองค์ประกอบดังนี้ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) วิธีการ (methods) ผล (results) วิจารณ์ (discussion) สรุป (conclusion) และเอกสารอ้างอิง (references)

4. บทความปริทัศน์ (Review article)

เป็นการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ผลงานในเรื่องใดเรื่องหนึ่งผ่านการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าของเรื่องนั้นในสถานการณ์ปัจจุบันพร้อมการอภิปรายและข้อเสนอแนะ มุ่งองค์ประกอบดังนี้ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) เนื้อเรื่อง (text) วิจารณ์ (discussion) สรุป (conclusion) และเอกสารอ้างอิง (references)

5. รายงานผู้ป่วย (Case report)

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

6. ปกิณกะ (Miscellany)

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

การเตรียมต้นฉบับ

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

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

2. การใช้ภาษา สามารถส่งได้ทั้งบทความภาษาไทย และบทความภาษาอังกฤษ โดยบทความต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ถ้าต้นฉบับเป็นภาษาไทยควรใช้ศัพท์ภาษาไทยให้มากที่สุด โดยใช้พจนานุกรมศัพท์วิทยาศาสตร์ฉบับราชบัณฑิตยสถานเป็นบรรทัดฐาน สำหรับคำศัพท์แพทย์ภาษาอังกฤษที่ไม่มีคำแปลในพจนานุกรมฯ และในหนังสือศัพท์จิตเวช อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้ คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะให้ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วยคำศัพท์ภาษาอังกฤษ หลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นกริยา การเขียนคำร้อยละให้ใช้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง ค่าสถิติอื่นและค่า p-value ให้ใช้ทศนิยม 3 ตำแหน่ง เช่น $p < .001$, $p = .103$

3. บทความ แยกภาษาไทยและภาษาอังกฤษโดยมีเนื้อหาเหมือนกัน ใส่ชื่อเรื่องตามด้วยบทความแต่ไม่ต้องระบุชื่อผู้พิมพ์ ขอให้ผู้พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้องและไวยากรณ์ภาษาอังกฤษก่อนส่งต้นฉบับ เขียนตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วิธีการ ผล วิเคราะห์ สรุป ไม่เกิน 300 คำ ใช้ภาษารัดกุม ตามด้วยคำสำคัญ จำนวน 3 - 5 คำ โดยใช้ Medical Subject Heading (MeSH) items ของ U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญ

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

5. เนื้อเรื่อง ใช้ภาษากระชับรัดกุม หลีกเลี่ยงการใช้คำซ้ำ ประกอบด้วย 1) บทนำ คือ ความเป็นมาและคำถามการวิจัย 2) วิธีการ คือ ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือการเก็บข้อมูล การวัดวิเคราะห์ ระเบียบการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย 3) ผล แสดงผลการศึกษที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ 4) วิเคราะห์ ควรเขียนอธิบายว่าผลการวิจัยเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด แสดงให้เห็นว่าผลที่ได้ในครั้งนี้เหมือนหรือแตกต่างจากการศึกษาอื่นอย่างไร และต้องมีการอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการศึกษาของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย รวมทั้งระบุข้อจำกัดของการวิจัย 5) สรุป ควรสรุปประเด็นค้นพบจากการวิจัยที่สำคัญ และข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์ 6) กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) 7) การมีส่วนร่วมของผู้พิมพ์ โดยระบุชื่อผู้พิมพ์ร่วมและระบุบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างชัดเจน 8) การตอบคำถามสั้น ๆ 3 ข้อ ได้แก่ ความรู้เดิมเกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา ความรู้ใหม่ที่ได้จากการศึกษา และประโยชน์ที่จะนำไปใช้ และ 9) เอกสารอ้างอิง ใช้รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver) ตามที่วารสารกำหนด โดยเขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด

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

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

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

การเขียนเอกสารอ้างอิง

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

การเขียนเอกสารอ้างอิง	ตัวอย่างรูปแบบ
1. วารสาร	
1.1 การอ้างอิงจากบทความในวารสารที่ได้มาตรฐานทั่วไป ที่มีผู้แต่ง 1 - 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน โดยใช้นามสกุลขึ้นต้น และตามด้วยอักษรชื่อต้นภาษาอังกฤษ ไม่เว้นวรรคหลังเครื่องหมาย วรรคตอนระหว่างปี ปีที่ และหน้า	
1.1.1 บทความในวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใช้ชื่อย่อวารสาร ตาม Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals (สำหรับวารสารที่ยังไม่ได้เข้า Index Medicus ให้เขียนชื่อวารสารแบบชื่อเต็ม ไม่ใช่ชื่อย่อ)	Kittirattanapaiboon P, Srikosai S, Wittayanookulluk A. Methamphetamine use and dependence in vulnerable female populations. Curr Opin Psychiatry. 2017;30(4): 247-52. doi:10.1097/YCO.0000000000000335.
1.1.2 บทความในวารสารของไทย ให้เขียนเป็นภาษาภาษาอังกฤษ	Wongpiromsarn Y. Lesson learned in disaster mental health from Tham Luang Cave rescue. Journal of Mental Health of Thailand. 2018;26(2):152-9. (in Thai)
1.1.3 บทความในวารสารของไทย ที่วารสารนั้นตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ ให้เขียนเหมือนวารสารภาษาอังกฤษเช่นเดียวกัน กับข้อ 1.1.1	Silpakit C, Silpakit O, Chomchuen R. Mindfulness based relapse prevention program for alcoholism. Siriraj Med J. 2015;67(1):8-13.
1.2 กรณีที่มีผู้พิมพ์ร่วมมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. โดยใช้นามสกุลขึ้นต้นและตามด้วยอักษรชื่อต้นภาษาอังกฤษ (ไม่เว้นวรรคหลังเครื่องหมายวรรคตอนระหว่างปี ปีที่ และหน้า)	Meydani SN, Leka LS, Fine BC, Dallal GE, Keusch GT, Singh MF, et al. Vitamin E and respiratory tract infections in elderly nursing home residents: a randomized controlled trial. JAMA. 2004;292(7):828-36. doi:10.1001/jama.292.7.828.
1.3 กรณีที่ไม่มีชื่อผู้พิมพ์	Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J. 1994;84:15.
1.4 กรณีที่เป็นฉบับเสริม (Supplement)	
1.4.1 ฉบับเสริมของปี	Strauss SE. History of chronic fatigue syndrome. Rev Inf Dis. 1991;11 suppl 1:52-7.
1.4.2 ฉบับเสริมของเล่ม	Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. Neurology. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.
1.5 กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นคอลัมน์เฉพาะ อาจแสดงชนิดของเอกสารได้ตามความจำเป็นภายใน เครื่องหมาย []	Cleare AJ, Wessly S. Fluoxetine and chronic fatigue syndrome [letter]. Lancet 1996;347:1770.

การเขียนเอกสารอ้างอิง	ตัวอย่างรูปแบบ
1.6 วารสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์	
1.6.1 บทความที่มี Digital Object Identifier (DOI)	Stultz J. Integrating exposure therapy and analytic therapy in trauma treatment. Am J Orthopsychiatry. 2006;76(4):482-8. doi:10.1037/00029432.76.4.482.
1.6.2 บทความไม่มี DOI	Lemanek K. Adherence issues in the medical management of asthma. J Pediatr Psychol. 1990;15:437-58. Available from: http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/reprint/15/4/437
2. หนังสือ	
2.1 หนังสือมาตรฐานทั่วไป	
2.1.1 หนังสือภาษาไทย ให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษ	Detkong T. Motivational counseling. Bangkok: Moh-Chac-Ban Publishing House; 2012. (in Thai)
2.1.2 หนังสือภาษาอังกฤษ	American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5 th ed. (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
2.2 หนังสือที่มีผู้นิพนธ์เป็นหน่วยงานและเป็นผู้พิมพ์	World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. Mental health and psychosocial relief efforts after the tsunami in South-East Asia. New Delhi: WHO Regional Office for South- East Asia; 2005.
2.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นบทหนึ่งในหนังสือที่มีบรรณาธิการ	Baer RA, Walsh E, Lykins ELB. Assessment of mindfulness. In: Didonna F, editor. Clinical handbook of mindfulness. New York: Springer; 2009. p. 153-65.
2.4 เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ	Tadee R. Life of female adolescent as mothers. In: Thaweessit S, Vajanasara K, editor. 13 th National Academic Conference on Population and Society 2017: Sexual and Reproductive “Autonomy” and “Justice” The Unfinished Challenges; 2017 Jun 30; Bangkok, Thailand. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2017. p. 159-72. (in Thai)
3. รายงานทางวิชาการ	
3.1 รายงานวิจัย	Pengjuntr W, Kongsuk T, Kittirattanapaiboon P, Chutha W, Boonyamalik P, Arunpongpaissal S. Prevalence of mental disorders in Thailand: results from the epidemiology of mental disorders national survey 2008. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2010. (in Thai)

การเขียนเอกสารอ้างอิง	ตัวอย่างรูปแบบ
3.2 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์	Silpakit C. A study of common mental disorders in primary care in Thailand [dissertation]. London: University of London; 1998. Jongsomjit P. Effects of foot reflexology on physiological response relaxation and satisfaction in persons with hypertension [master's thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2008. (in Thai)
4. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์	
4.1 เอกสารเฉพาะเรื่องบนอินเทอร์เน็ต ใช้หลักเกณฑ์เดียวกับหนังสือ ยกเว้น 1) หลังชื่อเรื่องให้ใส่คำว่า [Internet]. 2) เพิ่มวันสืบค้น [cited ปี ค.ศ. เดือน(ย่อ) วัน]. ต่อจากปีที่พิมพ์ 3) ใส่ที่มาใส่คำว่า Available from: ใส่ URL และหลัง URL ไม่ใส่เครื่องหมาย “.” ยกเว้น URL นั้น จบด้วยเครื่องหมาย “/”	Wibulpolprasert S. Thailand health profile 2005 - 2007 [Internet]. Nonthaburi: Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health; 2007 [cited 2020 Mar 21]. Available from: http://www.moph.go.th/ops/health_50/. (in Thai) Merriam-Webster medical dictionary [Internet]. Springfield (MA): Merriam-Webster Incorporated; c2005 [cited 2006 Nov 16]. Available from: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/medlineplusdictionary.html Thai Health Promotion Foundation. Prepare for cyber-bullying [Internet]. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2021 [cited 2022 Mar 21]. Available from: https://www.thaihealth.or.th/เตรียมทัพรับมือ-cyber-bullying-2/. (in Thai) World Health Organization. Depression: let's talk [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2018 May 12]. Available from: http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/en/.
4.2 โสมเพจ/เว็บไซต์	
5. การอ้างอิงในรูปแบบอื่น	
5.1 บทความหนังสือพิมพ์	Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post. 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).
5.2 เอกสารอ้างอิงเป็นพจนานุกรมต่าง ๆ	Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

การส่งต้นฉบับในระบบวารสารออนไลน์

ผู้พิมพ์สมัครสมาชิกและส่งต้นฉบับบทความในระบบ ThaiJo ตามขั้นตอนดังนี้

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

ขั้นที่ 1 เริ่มต้นการส่ง กรอกข้อมูลและตรวจสอบทุกข้อเพื่อเป็นการยืนยันว่าบทความของท่านเป็นไปตามเงื่อนไขที่วารสารกำหนด

ขั้นที่ 2 อัปโหลดบทความเป็นไฟล์ Word ตามข้อแนะนำการเตรียมต้นฉบับ หรือไฟล์แนบอื่น ๆ

ขั้นที่ 3 กรอกรายละเอียดข้อมูลต่าง ๆ สำหรับบทความของท่าน เช่น ข้อมูล author, title, abstract, keyword, references

ขั้นที่ 4 ยืนยันการส่งบทความ

ขั้นที่ 5 เสร็จสิ้นการ submission และเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบ

3. การแก้ไขบทความ (revision)

ส่งบทความได้ทาง

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





วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 70 ฉบับที่ 3

กรกฎาคม - กันยายน 2568

สารบัญ

บรรณาธิการกล่าว

A

จดหมายถึงบรรณาธิการ

ภูมิจิตเวชศาสตร์: สาขาใหม่ของจิตเวชศาสตร์ที่จิตแพทย์ไทยควรรู้จัก

338

พิเชฐ อุดมรัตน์

นิพนธ์ต้นฉบับ

การร้งกันนในโรงเรียนและการทำหน้าที่ของครอบครัวในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น
ที่โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง

340

ณิชนน เอี่ยมตระกูล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

349

ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

รัฐสภา เสนชัย, ชูชาติ วงศ์อนุชิต

การศึกษานำร่องความสัมพันธ์ระหว่างแบบทดสอบการวาดเรื่องราว (DAS) และแบบประเมิน
ภาวะซึมเศร้า BDI-II ในวัยรุ่น

361

นันทพันธ์ ชินประพินพร, ทิฆัมพร หอสิริ, สิริรัตดา ปัญญาภาส, เลิศศิริ บวรกิตติ, วัลลภ อัจฉริยะสิงห์

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิमानเกี่ยวกับการศึกษาประสิทธิภาพ
ของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม

371

ภาณิชา อรุณพิพล, ธิติรัตน์ ประณะชัยศิริ, วัลลภ อัจฉริยะสิงห์

แนวโน้มและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเปลี่ยนแปลงโรคจิตจากสารเสพติดไปสู่โรคจิตเภท:

393

การศึกษาย้อนหลังในโรงพยาบาลสมุทรปราการ

กิตติยา รุ่งเลิศสิทธิกุล

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะแพ้สับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยอุบัติเหตุ

407

ณ โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

จุฑาทิพย์ สาระวดี

สำหรับผู้สนใจส่งบทความ
สามารถดูรายละเอียดได้ตามคิวอาร์โค้ด



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

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