

ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 มีนาคม ประจำปี 2565

Volume 16, Issue 1, March 2022

วารสาร

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

ISSN (print) : 1905-8586

ISSN (online) : 2697-651X



กรมสุขภาพจิต

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

ISSN (print): 1905-8586, ISSN (online): 2697-651X

คณะที่ปรึกษา (สังกัดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา)

	พญ.สุพัฒนา เชาวดีวงศ์ ณ อยุธยา	นพ.เกษม ตันติผลาชีวะ	นพ.ฐานันดร ปิยะศิริศิลป์
	นพ.นพดล วาณิชชฤดี	พญ.ปัทมา ศิริเวช	นพ.พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ
บรรณาธิการ	ดร.ภญ.อรภรณ์ สวนช้าง	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	
บรรณาธิการรอง	นางฐปณีย์ พุ่มเจริญ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	
	น.ส.วัฒนาภรณ์ พิบูลอักษรณ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	
กองบรรณาธิการ	รศ.ดร.นพ.ชัชวาลย์ ศิลปกิจ	มหาวิทยาลัยมหิดล	
	รศ.ดร.นพ.วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
	ผศ.ดร.นพ.วรภัทร รัตอาภา	มหาวิทยาลัยมหิดล	
	ผศ.ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศิริพรพาณิชย์	มหาวิทยาลัยมหิดล	
	ดร.นพ.นพพร ตันติรังสี	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12	
	นพ.วรวัฒน์ ไชยชาญ	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	
	รศ.ดร.ภก.มนัส พงศ์ชัยเดชา	มหาวิทยาลัยศิลปากร	
	ดร.ธนะภูมิ รัตนานพวงศ์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
	ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ	
	พันตรีหญิง ดร.อุบลพรรณ ธีระศิลป์	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ	
	ผศ.ดร.ภก.ทวนธน บุญสื่อ	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	
	ดร.ภก.ถนอมพงษ์ เสถียรลัคนา	มหาวิทยาลัยสยาม	
	ดร.สุนทรี ศรีโกไสย	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	
	ดร.นพรัตน์ ไชยธานี	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	

กองบรรณาธิการ (สังกัดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา)

	นพ.พงศกร เล็งดี	นพ.ปทานนท์ ขวัญสนิท	พญ.ฐิติมา สงวนวิชัยกุล
	นพ.สุทธา สุปัญญา	นางอุณจิตร คุณารักษ์	น.ส.ชุมพร บ้านกล้วย
	น.ส.นิรมล ปะนะสุนา	น.ส.สาวิตรี แสงสว่าง	นางฉัตรสุดา จุงสกุล
ผู้จัดการ	นายกฤตชัย แก้วยศ	น.ส.เกตุมาศ อยู่ถื่น	น.ส.ชนสินันท์ ธนาพัฒน์ธนนท์

การติดต่อ โทรศัพท 0-2442-2500 ต่อ 59286 E - mail: somdetjournal@gmail.com

หมายเหตุ : กำหนดออก ปีละ 2 ฉบับ (เดือนมีนาคม และเดือนกันยายน)

บทความที่ตีพิมพ์ต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน / 1 บทความ (double blinded)

ผู้อ่านสามารถนำข้อความ ข้อมูลจากวารสาร ไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการได้ เช่น เพื่อการสอน การอ้างอิง การจะนำไปใช้วัตถุประสงค์อื่น เช่น เพื่อการค้า จะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากกองบรรณาธิการก่อน



Department of Mental Health
Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

ISSN (print): 1905-8586, ISSN (online): 2697-651X

Advisory board (Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry)

	Supathana Dejatiwongse	Kasem Tantiphachiva	Thanundr Piyasirisilp
	Noppadol Vanichrudee	Pattama Sirivech	Pholphat Losatiankij
Editor	Orabhorn Suanchang	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry	
Associate editor	Thapanee Foomooljareon	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry	
	Wattanaporn Pibullarak	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry	
Editorial board	Chatchawan Silapakit	Mahidol University	
	Vitoon Lohsoonthorn	Chulalongkorn University	
	Woraphat Ratta-Apha	Mahidol University	
	Vorasith Siripornpanich	Mahidol University	
	Nopporn Tanthirungsri	Mental Health Center 12	
	Warawat Chaichan	Nakhon Sawan Rajanagarindra Psychiatric Hospital	
	Manat Pongchaidecha	Silpakorn University	
	Thanapoom Rattananupong	Chulalongkorn University	
	Chadapa Prasertsong	Huachiew Chalermprakiet University	
	Ubonpan Theerasilp	Huachiew Chalermprakiet University	
	Tuanthon Boonlue	Ubon Ratchathani University	
	Thanompong Sathienluckana	Siam University	
	Soontaree Srikosai	Rajanagarindra Institute of Child Development	
	Nopparat Chaichumni	Suansaranrom Psychiatric Hospital	

Editorial board (Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry)

	Pongsakorn Lengdee	Patanon Kwansanit	Thitima Sanguanvichaikul
	Suttha Supanya	Unjit Khunarak	Chumphorn Bankluai
	Niramon Panasuna	Sawitree Saengsawang	Chatsuda Chungsakul
Manager	Krittana Kaewyot	Keyunmart Yootin	Chonsinun Thanapatthanon

Contact Information:

Subscription request, address changes or other communications please kindly send to manager of the journal at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry.

Tel. 02-4422500 Ext. 59286

E - mail: somdetjournal@gmail.com

สารบัญวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ปี 2565 ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 (มีนาคม)

	หน้า
สารบัญ	ก
คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์	จ
บรรณาธิการแถลง	ฎ
โมเดลความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและ ความคิดฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในระดับอุดมศึกษา	1
กาญจนา สุทธิเนียม, ชลพร กองคำ, ชววิทย์ รัตนพลแสนย์, อุบล สุทธิเนียม	
ลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่มารับบริการแบบผู้ป่วยใน ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	21
พิชญา ชาญนคร, ธิติมา ณรงค์ศักดิ์, นฤมล พินเมืองทอง	
ผลการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวล ของผู้ป่วยจิตเวชในระยะก่อนได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ ยาระงับความรู้สึกครั้งแรก	37
นาริรัตน์ ทองยงค์, อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, สมฤดี ชุมแก้ว, เบญญาภา เสวกโกเมศ	
คุณภาพชีวิตและความเครียดของบุคลากรสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	50
สุทธา สุปัญญา, กฤตณัย แก้วยศ	
การเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 ในผู้ป่วยโรคจิตเภท: บทความพึงพอใจวิชาการ	68
พิมพ์กา สันธิ, สุภาณี พงษ์ธนาภิกร, ทิพวรรณ ศิริเกียรติทอง	

Contents of Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry Years 2022, Volume 16, Issue 1 (March)

	Page
Contents	๓
Instruction to authors	๖
Preface	๗
A causal relationship model of factors effecting depression and suicide among adolescence in university education	2
Kanchana Suttineam, Chonlaporn Kongkham, Choowit Ruttanapolsan, Ubol Suttineam	
Characteristic of older patient with psychiatric disorder in inpatient ward at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry	22
Pitchaya Channakorn, Thitima Narongsak, Narumon Phinmueangthong	
The effect of using a structured preparation model on anxiety among psychiatric patients in the pre-sedation phase of electroconvulsive therapy using anesthesia for the first time	38
Nareerat Thongyindee, Achcarapone Seeherunwong, Somrudee Chumkaew, Benyapa Saveckomet	
Quality of life and stress of personal in Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry during Coronavirus disease 2019 outbreak	51
Suttha Supanya, Krittanai Kaewyot	
Omega-3 fatty acid supplementation in patients with schizophrenia: review article	69
Pimpaka Sunthi, Suyanee Pongthananikorn, Tippawan Siritientong	

คำแนะนำผู้พิมพ์

วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประชาสัมพันธ์นโยบายและกิจกรรมของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการสุขภาพจิต และจิตเวช เรื่องที่ลงพิมพ์ในวารสารฉบับนี้แล้วถือเป็นสิทธิ์ของวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

เพื่อให้ได้มาตรฐานสากล ผู้ประสงค์ที่จะส่งต้นฉบับมาลงตีพิมพ์ในวารสาร ต้องจัดเตรียมต้นฉบับให้ได้มาตรฐานตามคำแนะนำดังนี้

ประเภทของบทความแบ่งเป็น 6 ชนิด

1. บทบรรณาธิการ (Editorial)

เป็นบทความซึ่งวิเคราะห์ผลงานทางแพทย์หรือสุขภาพจิต หรืออาจจะเป็นข้อคิดเห็นเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ มีส่วนประกอบที่สำคัญดังนี้

1.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.2 ชื่อผู้พิมพ์ และสังกัด (Author & byline) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.3 เนื้อเรื่อง (Text) ประกอบด้วย

- บทนำ (Introduction)

- ประเด็นหลักและคำอธิบายที่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์

- ประเด็นย่อยหรือหัวข้อคำอธิบายที่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะที่ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่

1.4 สรุป (Conclusion)

1.5 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

1.6 เอกสารอ้างอิง (References)

2. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

เป็นบทความรายงานการวิจัย โดยยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับใด ๆ มาก่อน บทความที่เป็นรายงานการวิจัยประกอบด้วย 11 ส่วน คือ

2.1 ชื่อเรื่อง (Title) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อเรื่องควรเป็นวลีสั้น ๆ แต่ได้ใจความ สามารถสื่อให้ผู้อ่านคาดเดาถึงแนวทาง และผลการวิจัยได้

2.2 ชื่อผู้พิมพ์และสังกัด (Author & by-line) เขียนชื่อ นามสกุล ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ในกรณีที่ผู้พิมพ์หลายคนให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญที่แต่ละคนมีส่วนในงานวิจัยนั้น ชื่อหน่วยงานของผู้เขียนที่เป็นปัจจุบันเพื่อสะดวกในการติดต่อ

2.3 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและ

ภาษาอังกฤษ ให้เรียงลำดับตามหัวข้อดังนี้
วัตถุประสงค์ (Objective) วัสดุและวิธีการ
(Materials and methods) ผล (Results) สรุป
(Conclusion) จำนวนไม่ควรเกิน 300 คำ ตาม
ด้วยคำสำคัญให้อยู่ในหน้าเดียวกัน

2.4 คำสำคัญ (Key words) เขียนเป็นคำ
หรือวลี ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ จำนวน 3 - 5 คำ

2.5 บทนำ (Introduction) ให้ข้อมูล
ข้อสนเทศและประเด็นสำคัญทางวิชาการ
รวมทั้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยนั้น

2.6 วัสดุและวิธีการ (Materials and
methods) กล่าวถึงการออกแบบกลุ่มตัวอย่าง
เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์
ทางสถิติโดยเรียงเรียงตามขั้นตอน

2.7 ผล (Results) รายงานและอธิบายผล
ที่สำคัญที่เป็นจริง อาจมีตารางและ
ภาพประกอบไม่เกิน 4 ตารางหรือภาพ และไม่
ซ้ำซ้อนกับคำบรรยาย

2.8 อภิปราย (Discussion) นำประเด็นที่
สำคัญที่เป็นจริงของผลการวิจัยมาศึกษาอธิบาย
เรียงตามลำดับที่นำเสนอในผลว่าเหมือนหรือ
ต่างจากผลการศึกษาของผู้อื่นอย่างไร โดยมี
หลักฐานอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ การนำผลมา
ประยุกต์ใช้ รวมทั้งข้อเสนอแนะทางวิชาการ

2.9 สรุป (Conclusion) เขียนสรุปเรียงลำดับ
ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

2.10 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

เขียนขอบคุณบุคคลที่ช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษ
โดยเขียนให้สั้นเรียบง่าย ชัดเจน แสดงความมี
น้ำใจแต่ไม่เกินจริงและกล่าวถึงแหล่ง
สนับสนุนด้วย

2.11 เอกสารอ้างอิง (References) การ
อ้างอิงใช้ระบบ Vancouver 2003 โดยผู้ที่เขียน
ต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของ
เอกสารอ้างอิง และการอ้างอิงในเนื้อหาให้ใช้
เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้
หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก
(ตัวเลขยกไม่ใส่วงเล็บ) และเรียงต่อไป
ตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลข
เดิม การอ้างอิงท้ายบทความ จะมีตัวอย่างการ
เขียนต่อจากการส่งต้นฉบับ รวม 14 ตัวอย่าง

การเตรียม ตาราง รูปภาพและแผนภูมิ

1. ตารางให้เรียงต่อจากคำอธิบาย

2. รูปภาพ ให้ใช้ภาพถ่ายขาวดำขนาด
โปสการ์ด (3 X 5 นิ้ว) ผิวหนาเรียบ โดยด้านหลัง
เขียนลูกศรด้วยดินสอสีดำเป็นแนวตั้ง ตามที่
ผู้พิมพ์ต้องการให้ปรากฏในวารสาร และเขียน
หมายเลขกำกับไว้ว่า ภาพที่ 1 ภาพที่ 2 ฯลฯ

3. แผนภูมิ ควรมีฐานข้อมูลของแผนภูมิ
และควรระบุโปรแกรมที่ใช้ด้วยคำอธิบาย
รูปภาพและแผนภูมิให้พิมพ์แยกไว้ต่างหาก
แทรกไว้ก่อนรูปนั้น

3. บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review
article)

เป็นบทความจากการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ผลเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าของเรื่องนั้นในสถานการณ์ปัจจุบัน บทความฟื้นฟูวิชาการมีส่วนประกอบดังนี้

3.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้พิมพ์และสังกัด (Author & by-line) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.3 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.4 คำสำคัญ (Key words) ภาษาไทยและอังกฤษ

3.5 บทนำ (Introduction)

3.6 บทปริทัศน์ ซึ่งอาจแบ่งเป็นส่วน ๆ ตามหัวข้อย่อย โดยเริ่มจากการบอกวัตถุประสงค์ แล้วแจ้งข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการทบทวนเอกสารและการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องปริทัศน์มาไว้เป็นหมวดหมู่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์ หรือข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะ ที่ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่ ๆ บางครั้งบทวิจารณ์ (Discussion) อาจแยกไว้เป็นหัวข้อต่างหาก

3.7 สรุป (Conclusion)

3.8 เอกสารอ้างอิง (References)

4. รายงานเบื้องต้น (Preliminary report)

หรือรายงานสังเขป (Short communication) เป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยัง

ไม่เสร็จสมบูรณ์ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมหรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับซึ่งมีส่วนประกอบที่สำคัญ เช่นเดียวกับนิพนธ์ต้นฉบับหรือบทความฟื้นฟูวิชาการ

5. รายงานผู้ป่วย (Case report)

เป็นรายงานที่เกี่ยวกับผู้ป่วยที่น่าสนใจไม่เคยมีรายงานมาก่อนหรือมีรายงานน้อยรายชื่อเรื่องควรต่อท้ายด้วย : รายงานผู้ป่วย (Case report) เพื่อให้ผู้อ่านทราบว่าเป็นรายงานผู้ป่วยถ้าแสดงรูปภาพ ต้องเฉพาะที่จำเป็นจริง ๆ และได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้รับผิดชอบรายงานผู้ป่วยมีองค์ประกอบดังนี้

5.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

5.2 ชื่อผู้พิมพ์และสังกัด (Author & by-line) ภาษาไทยและอังกฤษ

5.3 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

5.4 คำสำคัญ (Key words) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

5.5 บทนำ (Introduction)

5.6 รายงานผู้ป่วย (Report of case [s]) ซึ่งบอกลักษณะอาการของผู้ป่วยผลการตรวจ (Finding) การรักษาและผลจากการรักษาบำบัด

5.7 วิจารณ์ (Discussion)

5.8 สรุป (Conclusion)

5.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

5.10 เอกสารอ้างอิง (References)

6. ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความที่ไม่สามารถจัดเข้าในประเภท 1 ถึง 4 ได้

6.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

6.2 ชื่อผู้พิมพ์และสังกัด (Author & by-line) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

6.3 เนื้อเรื่อง (Text) ประกอบด้วย

- บทนำ (Introduction)
- ประเด็นหลักสำคัญ และคำอธิบายที่ประกอบด้วยเนื้อหา
- ประเด็นย่อยหรือหัวข้อย่อย และคำอธิบาย

- ประเด็นสำคัญ

- ประเด็นย่อย

- สรุป (Conclusion)

6.4 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

6.5 เอกสารอ้างอิง (References)

การเตรียมต้นฉบับ

1. ภาษา ให้ใช้ 2 ภาษา คือ ภาษาไทย และ/หรือภาษาอังกฤษ ถ้าต้นฉบับเป็นภาษาไทย ควรใช้ศัพท์ภาษาไทยให้มากที่สุด โดยใช้พจนานุกรมศัพท์วิทยาศาสตร์ ฉบับราชบัณฑิตยสถาน เป็นบรรทัดฐาน สำหรับคำศัพท์แพทย์ภาษาอังกฤษที่ไม่มีคำแปลใน

พจนานุกรมฯ อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้ คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ ซึ่งขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วยคำศัพท์ภาษาอังกฤษและหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นกิริยา การเขียนคำสถิติ ร้อยละ ให้ใช้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง

2. ต้นฉบับ พิมพ์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรม Microsoft Word ขนาดตัวอักษร ภาษาไทย อังสนา UPC ขนาด 16 และให้พิมพ์ข้อความ 1 สดมภ์ (1 Column) ต่อ 1 หน้ากระดาษ A4 ให้พิมพ์ห่างจากขอบกระดาษทุกด้านไม่น้อยกว่า 2.5 ซม. (1 นิ้ว) และต้นฉบับแต่ละเรื่องไม่ควรเกิน 8 - 15 หน้ากระดาษ A4

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/journalsomdetchaopraya/index> หรือส่งทาง e - mail: somdetjournal@gmail.com

ถ้าเป็นการทดลองในมนุษย์ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมพิจารณาการทดลองในคนด้วย

เอกสารอ้างอิง

ในคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์นี้ได้รวบรวมรูปแบบการอ้างอิงเอกสารระบบ Vancouver 2003 ไว้ทั้งหมด 6 ประเภท 14

ตัวอย่าง ดังนี้

1. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวารสาร

1.1 การอ้างอิงจากวารสารที่ได้มาตรฐานทั่วไป

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้พิมพ์, ชื่อเรื่อง, ชื่อวารสาร ปี; ปีที่วารสาร: หน้า.

ตัวอย่างที่ 1 (กรณีผู้พิมพ์ไม่เกิน 6 คน)
Silpakit O, Amornpichetkoom M, Kaojaren S. Comparative study of bioavailability and clinical efficacy carbamazepine in epileptic patients. Ann Pharmacother 1997; 31: 548-52.

ตัวอย่างที่ 2 (กรณีผู้พิมพ์เกิน 6 คน)
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: 828-36.

1.2 กรณีที่หน่วยงานเป็นผู้พิมพ์ ใช้รูปแบบพื้นฐานเช่นเดียวกันกับ 1.1 ดังนี้

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อหน่วยงาน, ชื่อเรื่อง, ชื่อวารสาร ปี; ปีที่วารสาร: หน้า.

1.3 กรณีที่ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

ตัวอย่างที่ 3 Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994; 84: 15.

1.4 กรณีที่เป็นฉบับเสริม (Supplement)

ตัวอย่างที่ 4 Strauss SE. History of chronic fatigue syndrome. Rev Inf Dis 1991; 11

suppl: S2-7.

2. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือ/ตำรา

2.1 การอ้างอิงจากหนังสือที่ได้มาตรฐานทั่วไป

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อสกุลผู้พิมพ์ อักษรย่อชื่อผู้พิมพ์, ชื่อหนังสือ, พิมพ์ครั้งที่ (กรณีพิมพ์มากกว่า 1 ครั้ง), ชื่อเมือง: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่างที่ 5 Eisen HN. Immunology: an introduction to molecular and cellular principles of the immune response. 5th ed. New York: Harper and Row; 2529.

ตัวอย่างที่ 6 สงัน สุวรรณเลิศ. ฝึบอปปี้เข้าในทรรสนะทางจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: บพิขการพิมพ์; 1974.

2.2 หนังสือที่ผู้เขียนเป็นบรรณาธิการหรือผู้รวบรวม

ตัวอย่างที่ 7 ธนุ ชาดิชนานนท์, บรรณาธิการ. คู่มือประกอบการใช้ ICD-10. เชียงใหม่:โรงพยาบาลสวนปรุง; 2536.

2.3 หนังสือที่มีผู้พิมพ์เป็นหน่วยงานและเป็นผู้พิมพ์

ตัวอย่างที่ 8 กรมสุขภาพจิต. คู่มือ ICD-10. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต; 2538.

2.4 เอกสารอ้างอิงเป็นบทหนึ่งในหนังสือ

ตัวอย่างที่ 9 Strang J, Gradley B,

Stockwell T. Assessment of drug and alcohol use. In: Thompson C, editor. The instrument of psychiatric research. London: John Wiley & son; 1989: 211-32.

2.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม (conference proceeding)

ตัวอย่างที่ 10 ทรงเกียรติ ปิยะกะ. บรรณาธิการ. ยิ้มสู้ภัย...ยาเสพติด. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ประจำปี 2545 เรื่องสุขภาพจิต กับยาเสพติด; 21 – 23 สิงหาคม 2545; ณ โรงแรมปริ้นซ์พาเลซ. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2545.

3. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [วิทยานิพนธ์]. ชื่อเมือง : ชื่อมหาวิทยาลัย ; ปี.

ตัวอย่างที่ 11 Silpakit C. A study of common mental disorders in primary care in Thailand [Ph.D. thesis]. London: University of London; 1998.

ตัวอย่างที่ 12 พนิษฐา พานิชชีวะกุล. การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพที่เป็นสหมิตีสำหรับผู้สูงอายุในชนบท [วิทยานิพนธ์ดุสิตบัณฑิต]. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล; 2537.

4. เอกสารอ้างอิงที่เป็นรายงานทางวิชาการ

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้วิจัย (หรือสถาบัน).

ชื่อเรื่อง. ชื่อเมือง: สำนักพิมพ์: ปี.

ตัวอย่างที่ 13 อรพรรณ ศิลปกิจ. รายงานการวิจัยเรื่องเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคลมชัก. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา; 2541.

5. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

5.1 วารสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์
รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. [online]. Available from: เว็บไซต์ [วันที่เข้าถึง].

ตัวอย่างที่ 14 Wallker J. The Columbia guide to online style Dec 1996. [online]. Available from: www.cas.usp.edu/english/wallker/apa.Hml [1999 Feb 11].

จริยธรรมในการเผยแพร่ผลงานวิจัยในวารสาร

1. เนื้อหาทั้งหมดของบทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสาร เจ้าของผลงานมีการคิด ค้นคว้า ทบทวน วิเคราะห์ สรุป เรียบเรียงและอ้างอิงข้อมูลโดยผู้เขียนเอง กองบรรณาธิการไม่มีส่วนร่วมรับผิดชอบ

2. บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ต้องไม่เคยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการเสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น

3. ผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์หรือสัตว์ทดลองต้องได้รับการรับรองการผ่านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง และต้องส่งหลักฐานให้กับวารสารด้วย

บรรณาธิการแถลง

วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ปัจจุบันเป็นปีที่ 16 ฉบับที่ 1 ผลงานวิชาการในเล่มนี้ประกอบด้วยนิพนธ์ต้นฉบับ จำนวน 4 เรื่อง และบทความฟื้นฟูวิชาการ จำนวน 1 เรื่อง โดยเรื่องแรกเป็นการศึกษาโมเดลความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในระดับอุดมศึกษา เรื่องที่สองเป็นการศึกษาลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เรื่องที่สามเป็นการศึกษาผลการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยจิตเวชในระยะก่อนได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกครั้งแรก เรื่องที่สี่เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตและความเครียดของบุคลากรสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเรื่องสุดท้ายเป็นบทความฟื้นฟูวิชาการ เรื่อง การเสริมกรดไขมัน โอเมก้า 3 ในผู้ป่วยโรคจิตเภท

กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนบทความทุกท่านที่มีส่วนสนับสนุนให้วารสารเสร็จสมบูรณ์อย่างมีคุณภาพ และขอเชิญชวนบุคลากรสถาบันฯ นักวิชาการ และนิสิตนักศึกษา รวมทั้งผู้สนใจส่งบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ โดยปัจจุบันวารสารได้มีการตีพิมพ์รูปแบบ e-journal เพื่อประโยชน์ในการสืบค้นและเข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยผู้สนใจสามารถดาวน์โหลดบทความหรือส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ใดที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/journalsomdetchaopraya/index> หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความในวารสารฉบับนี้จะให้ความรู้และเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านทุกท่าน ในการพัฒนางานด้านสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

ดร.ภญ.อรภรณ์ สวนซัง

บรรณาธิการวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

โมเดลความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและ ความคิดฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในระดับอุดมศึกษา

กาญจนา สุทธิเนียม, Ph.D.*, ชลพร กองคำ, Ph.D.*,
ชูวิทย์ รัตนพลแสนย์, กศ.ด.*, อุบล สุทธิเนียม, พย.บ.**

*คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในระดับอุดมศึกษา 2) เพื่อพัฒนาและตรวจสอบความตรงของโมเดลปัจจัยความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย 3) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายที่สร้างขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์
วัสดุและวิธีการ : การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสัมพันธ์ทำนาย กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาของมหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ปีการศึกษา 2562 จำนวน 1,534 ราย ที่ได้จากการคัดเลือกแบบแบ่งชั้น เก็บข้อมูลใช้ชุดแบบสอบถาม ประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ แบบสอบถามทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก แบบสอบถามความเครียด แบบสอบถามการครุ่นคิดและแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์โมเดลสมการ โครงสร้าง

ผล : การครุ่นคิด เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายและสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ร้อยละ 37.40 และความคิดฆ่าตัวตายได้ ร้อยละ 18.10 และโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายแสดงให้เห็นว่าการครุ่นคิด เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ความเครียด มีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย ส่วนการสนับสนุนทางสังคมและทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายลดลง และโมเดลเชิงโครงสร้าง มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดังนี้ ค่าความเที่ยงของการวัดของตัวแปรแฝงทุกตัวอยู่ในเกณฑ์ดีมาก โดยมีค่าน้ำหนักตัวชี้วัด ของทุกตัวแปรเชิงประจักษ์เป็นบวกและอยู่ระหว่าง 0.757 - 0.920 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 รวมทั้งมีค่าเฉลี่ย Communalities ประจำกลุ่มตัวแปรหรือ Average Variance Extract อยู่ระหว่าง 0.573 - 0.847 และ Composite reliability ของทุกตัวแปรแฝงมีค่าอยู่ระหว่าง 0.872 - 0.943 และ GOF = 0.449 แสดงว่า มาตรการมีความเชื่อถือได้และโมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นอย่างดี

สรุป : จากผลศึกษาดังกล่าวสามารถนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาพัฒนาเป็น โปรแกรมการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นในระดับอุดมศึกษาต่อไป

คำสำคัญ : ความคิดฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า โมเดลความสัมพันธ์ วัยรุ่น

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : ชูวิทย์ รัตนพลแสนย์, e-mail: choowitr@gmail.com

วันรับบทความ : 14 กันยายน 2564; วันแก้ไขบทความ : 21 กุมภาพันธ์ 2565; วันตอบรับบทความ : 28 กุมภาพันธ์ 2565

A CAUSAL RELATIONSHIP MODEL OF FACTORS EFFECTING DEPRESSION AND SUICIDE AMONG ADOLESCENCE IN UNIVERSITY EDUCATION

Kanchana Suttineam, Ph.D.*, Chonlaporn Kongkham, Ph.D.*,
Choowit Ruttanapolsan, Ed.D.*, Ubol Suttineam, M.N.S.**

**Faculty of Education, Bansomdejchaopraya Rajabhat University*

***Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*

Abstract

Objectives: The objectives of this research study were to: 1) study the factors influencing depression and suicide of adolescence in university, 2) to develop a model of causal factors effecting depression and suicide, and 3) to examine a casual relationship model of influencing factors on depression and suicide with empirical data.

Material and Methods: This research was predictive correlational design. The participants were 1,543 undergraduate students enrolled in 2019 academic year and selected by stratified randomly sampling. Data were collected by using a questionnaire consisting of 7 parts: personal profile, social support survey form, the negative event scale survey form, positive psychology capital survey form, stressful event survey form, rumination response scale survey form and depression survey form. The data were analyzed using descriptive statistics and structural equation modeling.

Results: Rumination, negative life events, stress, social support, and positive psychological capital were related to depression and suicidal and could jointly predict with depression (37.40%) and with suicidal (18.19%). A casual relationship model of influencing factors showed that rumination, negative life events, stress had positive relationships on depression and suicide. Social support and positive psychological capital resulted in decreased depression and suicidal thoughts. Structural model was consistent with the empirical data as follows. The measurement validity of all latent variables was very good. The indicator loading values of all empirical variables were positive and were between 0.757 - 0.920 with statistically significant at the .001 level. The mean communality of the variable group or average variance extract (AVE) was between 0.573 - 0.847 and the composite reliability (CR) of all latent variables was between 0.872 - 0.943 and GOF was 0.449, indicating that the measurement was reliable and that the model fitted with the empirical data.

Conclusion: The relevant factors from this study could be applied to develop a program to prevent the occurrence of depression and suicide among adolescents in higher education.

Key words: suicidal thoughts, depression, casual relationship model, adolescence

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น เป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในยุคปัจจุบัน¹ จากข้อมูลพบว่าสาเหตุการตายในวัยรุ่นในลำดับต้น ๆ มาจากภาวะซึมเศร้า¹ วัยรุ่นถือเป็นวัยที่เปราะบางต้องเผชิญกับปัญหาที่อยู่รอบตัว และเสี่ยงต่อการจัดการปัญหาด้วยการฆ่าตัวตาย² ซึ่งภาวะซึมเศร้าถูกจัดเป็นสาเหตุอันดับสองของการสูญเสียปีสุขภาวะ (years lived with disability: YLDs) ของกลุ่มอายุนี้อยู่³ ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่เชื่อมโยงกับการฆ่าตัวตาย การทำร้ายตัวเองและการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นนำไปสู่ปัญหาด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่รุนแรงมากขึ้น⁴⁻⁶ และพบว่าวัยรุ่นชายอายุ 15 - 19 ปี เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่าวัยรุ่นหญิงคิดเป็น 2.6 เท่า ในขณะที่ประเทศแถบเอเชียบางประเทศพบเพศหญิงอายุ 15 - 24 ปี เสียชีวิตมากกว่าเพศชาย มีความชุกของความคิดอยากฆ่าตัวตายในวัยรุ่นร้อยละ 15 - 25⁵ และความชุกชั่วชีวิตในการพยายามฆ่าตัวตายของวัยรุ่นชายร้อยละ 1.3 - 3.8 วัยรุ่นหญิงร้อยละ 1.5-10.1 และในวัยรุ่นไทย อายุ 11 - 19 ปี ในสถานศึกษา มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 17.5 และมีความคิดอยากฆ่าตัวตายจริงจังก ร้อยละ 5.1 โดยข้อมูลระดับเขตสุขภาพทั้ง 13 เขตสุขภาพแตกต่างกันไป วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายมีโอกาสที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 9.8 เท่า⁷

นักศึกษาระดับอุดมศึกษาอยู่ในช่วงวัยรุ่นที่จะต้องเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงตามวัยแล้วยังต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจ

และความกดดันหลายด้าน ได้แก่ การเรียน สัมพันธภาพกับครอบครัว เพื่อน อาจารย์ ฯ รวมทั้งสภาพสังคมที่เปลี่ยนไปเป็นสังคมดิจิทัลส่งผลต่อการพัฒนาการในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านอารมณ์ ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าและพยายามหาทางออกโดยการฆ่าตัวตายมากขึ้น ทั้ง ๆ ที่วัยรุ่นดังกล่าวมีศักยภาพในการสร้างสรรค์และเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่เป็นกำลังหลักของประเทศได้

สถานการณ์ของภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาในประเทศไทย จากผลการศึกษาลดลง 4 ปีที่ผ่านมาพบว่าขึ้นปีที่สูง ยิ่งพบภาวะซึมเศร้ามาก เพราะการเรียนทำท่ายากมากขึ้น⁸ ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งมีนักศึกษาพยายามฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 6.4 ของนักศึกษาทั้งหมด คนที่ขอความช่วยเหลือ คือ เพื่อน ส่วนสถานที่ฆ่าตัวตายคือ หอพักและบ้าน สำหรับสาเหตุฆ่าตัวตายอันดับแรกทะเลาะกับคนใกล้ชิด ปัญหาการเรียน และปัญหาความรักตามลำดับ

จากการสัมภาษณ์นักศึกษาคณะครุศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ที่มีปัญหาการเรียน และเข้ากับเพื่อน ไม่ได้จำนวน 5 ราย พบว่า 3 ราย มีลักษณะครอบครัวที่บิดามารดาแยกทางกัน บางรายอยู่กับมารดาหรือบิดาเลี้ยง ส่วนอีก 2 รายมีครอบครัวที่สมบูรณ์ 3 รายมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีต้องทำงานส่งตนเองเรียน 1 ใน 3 รายบอกว่าตนเองรู้สึก ไม่มีกำลังใจในการเรียน ไม่อยากพูดคุยกับใคร อยากอยู่คนเดียว อีกรายบอกว่าบางครั้งรู้สึกหดหู่ เคยคิดที่จะไม่อาจมีชีวิตอยู่ อีก 1 รายบอกว่าตนเองเคยไปปรึกษาจิตแพทย์ที่คลินิก แพทย์บอกว่าน่าจะเป็น

โรคซึมเศร้าและจำเป็นต้องรักษาโดยรับประทานยาต้านเศร้า และมี 1 รายบอกว่าเวลาไม่สบายใจจะโทรคุยกับครอบครัว ๆ จะให้กำลังใจและตนเองมีเพื่อนสนิทในสาขาน้อยแต่คุยกันได้ จะเห็นได้ว่านักศึกษา 3 รายจาก 5 ราย มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าหรือป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้ และจากการสัมภาษณ์อาจารย์ที่ปรึกษา พบว่า มีนักศึกษاپ่วยเป็นภาวะซึมเศร้า กำลังได้รับการรักษาและมีบางรายที่ทำร้ายตนเอง และทำอัตวินิบาตกรรมสำเร็จ โดยนักศึกษามีปัญหาทางครอบครัว และความรังกดดันนั้นการศึกษาเพื่อให้ทราบสาเหตุและการวางแผนป้องกันภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทยจึงเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยด้านสถานการณ์ความเครียดและเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ (negative life events) ที่เกิดขึ้นกับบุคคลทั้งประเภทรุนแรงมีความสำคัญในชีวิต (major life events) หรือประเภทที่ทำให้เกิดความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน (daily hassles) โดยเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตเวช ทั้งกลุ่มที่อาการแสดงออกภายนอก (externalizing)¹⁰ และกลุ่มที่อาการแสดงออกภายใน (internalizing) สำหรับปัจจัยด้านการครุ่นคิด หรือการคิดซ้ำ ๆ (rumination) ต่อสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งจะส่งผลต่อทั้งด้านอารมณ์และพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่นหากมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในลักษณะของการครุ่นคิดทางลบทั้งต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมจะส่งผลให้บุคคล ขาดสติและทำ

ให้การเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ เกิดปัญหาทางจิตเวชได้¹¹ เช่น ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น¹² ความวิตกกังวล¹¹⁻¹⁴ และนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด

จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากสภาพการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต โดยเชื่อว่าบุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็งจะมีความสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของชีวิตได้อย่างเหมาะสม แต่ถ้าบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น¹⁵⁻¹⁸ และยังพบว่า บุคคลที่มีทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกสูงจะช่วยให้บุคคลก้าวข้ามผ่านภาวะซึมเศร้าไปได้¹⁹⁻²⁰ นอกจากนี้ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกยังส่งผลทางบวกต่อความเข้มแข็งทางจิตใจของบุคคลหลายประการและส่งผลด้านข้อจำกัดที่ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจหลายด้าน กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกสูงจะช่วยสร้างความแข็งแกร่งทางจิตใจและส่งเสริมให้บุคคลมีรูปแบบการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพทั้งยังลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้²¹ โดยวัยรุ่นมีแนวโน้มต่อการเกิดปัญหาด้านการปรับตัวจนเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ที่นำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตและเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้²²

จะเห็นได้ว่าตัวแปรเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายมีความเกี่ยวข้องกัน ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นใน

ระดับอุดมศึกษา พัฒนาและตรวจสอบความตรงของโมเดลปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในระดับอุดมศึกษา และตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายที่สร้างขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์

การศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูล เพื่อที่จะหาสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นระดับอุดมศึกษา โดยมีปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ทูทางจิตวิทยาเชิงบวก และนำไปใช้ในการวางแผนป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย เพื่อนำไปสู่การช่วยเหลือและเฝ้าระวัง การเกิดภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในระดับอุดมศึกษาต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสัมพันธ์

ทำนาย (Cross-sectional predictive correlational design) ประชากร คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาของมหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ปีการศึกษา 2562 กำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 10 จากนักศึกษาทั้งหมดในมหาวิทยาลัย²³ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 1,461 ราย และเพื่อป้องกันการได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 จำนวน 73 ราย ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้รวมจำนวน 1,534 ราย หลังจากนั้นผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2562 ถึง พฤศจิกายน 2562 ดังแสดงในตารางที่ 1

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา คือ นักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 1 - 5 ที่ยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออกคือ นักศึกษามีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

คณะ	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง	เก็บจริง เพิ่มร้อยละ 5
คณะครุศาสตร์	4,045	405	425
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	2,905	290	305
คณะวิทยาศาสตร์	3,309	331	348
คณะวิทยาการจัดการ	3,851	385	404
วิทยาลัยการดนตรี	501	50	52
รวม	14,611	1,461	1,534

เครื่องมือที่ใช้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม²⁴ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support; MSPSS) ประกอบด้วยข้อคำถามที่ใช้มาตรวัดเป็น Likert scale 7 ระดับ จำนวน 12 ข้อ การให้คะแนนเริ่มจาก 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ถึง 7 หมายถึง เห็นด้วยที่สุด คะแนนของการสนับสนุนทางสังคมมาก หมายถึง ระดับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีระดับสูง มีค่าความเที่ยงตรงอยู่ในระดับสูง (CVI = 1.00) ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าระหว่าง 0.88 - 0.89 และจากการวิจัยครั้งนี้มีค่าเท่ากับ 0.91

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ (The Negative Event Scale, NES)²⁵ จำนวน 42 ข้อ คำถามเป็นการสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกยุ่งยากต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของนักศึกษาในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยใช้มาตรวัดแบบ Likert scale (0-1-2-3-4-5) จำนวน 42 ข้อ เริ่มจาก 0 หมายถึง เหตุการณ์ไม่เกิดขึ้น 1 หมายถึง เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นแต่ไม่มีความยุ่งยากไปจนถึง 5 หมายถึง เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นและมีความยุ่งยากมากที่สุด คะแนนของเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากมากที่สุด คะแนนของการรับรู้ตนเองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในเชิงลบมีระดับสูง มีค่าความเที่ยงตรง CVI = 1.00 ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าระหว่าง 0.94 - 0.96 และจากการวิจัยครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่น

เท่ากับ 0.93

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก¹⁹ ประกอบด้วยข้อคำถามที่ใช้มาตรวัดเป็น Likert scale 5 ระดับ คือ เป็นจริงที่สุด เป็นจริง ไม่น่าเชื่อ ไม่จริง และไม่จริงที่สุด จำนวน 39 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยรวมเท่ากับ 0.85 และจากการวิจัยครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเครียด (SPST-20)²⁶ โดยสอบถามเหตุการณ์ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถามที่ใช้มาตรวัดเป็น Likert scale 5 ระดับคือ ไม่รู้สึกเครียด รู้สึกเครียดเล็กน้อย รู้สึกเครียดปานกลาง รู้สึกเครียดมาก และ รู้สึกเครียดมากที่สุด จำนวน 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยรวมเท่ากับ .93 และจากการวิจัยครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.62

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการครุ่นคิด (Rumination Response Scale, RRS)²⁷ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 22 ข้อ บ่งบอกถึงการตอบสนองทางความคิดของบุคคลต่อสภาวะอารมณ์เชิงลบ แต่ละข้อคำถามมีการประเมิน 4 ระดับจากคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 โดย 1 หมายถึง เกือบจะไม่เคยมีความคิดและการกระทำเช่นนี้เลยไปจนถึง 4 หมายถึง เกือบจะมีความคิดหรือการกระทำเช่นนี้ อย่างสม่ำเสมอ คะแนนรวมทั้งหมดของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 22 ถึง 88 ซึ่งค่าคะแนนยิ่งมากแสดงว่ามีความครุ่นคิดในระดับสูง มีค่าความเที่ยงตรง CVI = 0.95 ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's

Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.91 และจากการวิจัยครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้ากรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย 2Q, 9Q และ แบบประเมิน 2Q ประกอบไปด้วย 2 ข้อคำถาม ซึ่งเป็นข้อคำถามกว้างๆที่ให้อธิบายว่ามีหรือไม่มี เพื่อประเมินว่ามีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่เป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่ ถ้ามีความเสี่ยงจะประเมินต่อไปในแบบประเมิน 9Q ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีการประเมินเป็นลักษณะ 4 ระดับจากคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 โดย 0 หมายถึงไม่มีเลย 1 หมายถึง มีเป็นบางวัน (1 - 7 วัน) 2 หมายถึง เป็นบ่อย (7 วัน) 3 หมายถึง เป็นทุกวัน ซึ่งถ้าได้คะแนน < 7 ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก 7 - 12 มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย 13 - 18 มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง ≥ 19 มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง และคะแนน 9Q ≥ 7 ให้ประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตายด้วย 8Q และแบบประเมิน 8Q เป็นแบบประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ แต่ละข้อคำถามให้ตอบว่ามีหรือไม่มี โดยคะแนน 0 ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน 1 - 8 มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย 9 - 16 มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง ≥ 17 มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง การวิจัยครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) อยู่ในระดับสูงเท่ากับ .69, .84 และ .89 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล ส่งถึงประธานสาขาวิชาและผู้เกี่ยวข้องที่ได้จากการสุ่มตัวอย่าง หลังจากที่ได้รับ การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และผู้วิจัย

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง โดยภายหลังได้รับอนุญาตจากประธานสาขาวิชาที่ได้จากการคำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างและผู้ที่เกี่ยวข้องในแต่ละคณะ

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยผ่านผู้ประสานในแต่ละคณะ โดยผู้วิจัยลงเก็บข้อมูลพร้อมกับผู้ช่วยวิจัย อธิบายขั้นตอนและการอธิบายวิธีการในวิจัย และให้นักศึกษากลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารแนะนำ (information sheet) ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และวิธีการตอบแบบสอบถาม เปิดโอกาสให้ซักถาม และให้นักศึกษา ลงนามยินยอมให้เก็บข้อมูล จากนั้นเก็บรวบรวมแบบสอบถามจากนักศึกษากลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา (BSRU-REC 6406001) โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนของการวิจัย ประโยชน์ที่ผู้ร่วมวิจัยจะได้รับ สอบถามความสมัครใจและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การเก็บข้อมูลเป็นความลับ และการนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม รวมทั้งสามารถปฏิเสธและออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลใดๆ ต่อการเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา เช่น ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานด้วยโดยใช้สถิติ Structural Equation Modeling (Smart PLS)

ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็น นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยาที่กำลังศึกษาในชั้นปีที่ 1 - 5 ประจำปีการศึกษา 2562 จำนวน 1,534 คน จำแนกเป็นนักศึกษา คณะครุศาสตร์ ร้อยละ 27.7 คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ร้อยละ 22.7 คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ร้อยละ 19.9 คณะวิทยาการจัดการ ร้อยละ 26.3 และวิทยาลัยการดนตรี ร้อยละ 3.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 69.0 มีอายุเฉลี่ย 20.3 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี และสูงสุด 25 ปี เกรดเฉลี่ย 3.13 สถานภาพสมรสของบิดามารดาส่วนใหญ่ สถานภาพคู่ ร้อยละ 70.4 และมีเหตุการณ์รุนแรงในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 9.4

การสนับสนุนทางสังคม ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก ความรู้ความคิดต่อสถานการณ์และเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากลำบากใจของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 3 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก (mean = 5.4, SD = 1.19) ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง (mean =

3.7, SD = 0.39) ความรู้ความคิดต่อสถานการณ์โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย (mean = 2.4, SD = 0.71) เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากลำบากใจโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อยที่สุด (mean = 1.2, SD = 0.70)

ความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 4 พบว่าความเครียดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูงมากที่สุดจำนวน 613 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 ความเครียดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 450 คน คิดเป็นร้อยละ 29.3 ความเครียดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับรุนแรงมากจำนวน 410 คน คิดเป็นร้อยละ 26.7 และความเครียดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อยจำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 4.0 ตามลำดับ

ความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 5 พบว่า นักศึกษามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 57.6 และไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 42.4 จากนั้นเมื่อนักศึกษามีคะแนน 2Q ตั้งแต่ 1 ขึ้นไป มีจำนวน 943 คน ให้ทำแบบประเมิน 9Q ต่อ กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 50.2 และกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย ร้อยละ 37.1 และมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ร้อยละ 9.2 และมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง ร้อยละ 3.5 จากนั้นเมื่อกำลังตัวอย่างมีคะแนน 9Q ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไปมีจำนวน 107 คน ให้ทำแบบประเมิน 8Q ต่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดฆ่าตัวตายในระดับน้อย ร้อยละ 96.3 กลุ่มตัวอย่างมีความคิดฆ่าตัวตาย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลประชากร (n = 1,534 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	482	31
หญิง	1052	69
อายุเฉลี่ย	20.3 ปี	
	สูงสุด 25 ปี ต่ำสุด 18 ปี	
เกรดเฉลี่ย	3.13	
	สูงสุด 4.00 ต่ำสุด 1.80	
คณะ		
คณะครุศาสตร์	425	27.7
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	348	22.7
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	305	19.9
คณะวิทยาการจัดการ	404	26.3
คณะวิทยาลัยการดนตรี	52	3.4
สถานภาพสมรสของบิดามารดา		
สถานภาพคู่	1,079	70.4
สถานภาพหย่า/แยกกัน	381	24.9
สถานภาพร้าง	72	4.7
เหตุการณ์รุนแรงในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา		
มี	144	9.4
ไม่มี	1,390	90.6

ในระดับปานกลาง ร้อยละ 1.0 และมีความคิดฆ่าตัวตายในระดับรุนแรงร้อยละ 2.7

จากตารางที่ 6 พบว่า อิทธิพลของปัจจัยที่มีผลต่อตัวแปรตามต่าง ๆ ทั้งตัวแปรภายนอก (external endogenous variable) และตัวแปรแฝง (internal endogenous variable) พบว่า การครุ่นคิด

เหตุการณ์ในชีวิต เชิงลบ ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดสามารถร่วมกันอธิบายร้อยละ 37.4 และความคิดฆ่าตัวตายได้ร้อยละ 18.1 และการพิจารณาอิทธิพลรวม (total effect) พบว่า ตัวแปรสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าและ

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนทางสังคม ทูทางจิตวิทยาเชิงบวก ความครุ่นคิดต่อสถานการณ์และเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากลำบากใจของกลุ่มตัวอย่าง (n = 1,534 คน)

ปัจจัย	mean	SD	แปลผล
การสนับสนุนทางสังคม			
ด้านคนอื่น	4.6	1.16	มาก
ด้านครอบครัว	5.9	1.37	มาก
ด้านเพื่อน	5.5	1.36	มาก
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	5.4	1.19	มาก
ทูทางจิตวิทยาเชิงบวก			
ด้านความเชื่อในความสามารถของตนเอง (self - efficacy)	3.8	0.47	สูง
ด้านการมองโลกในแง่ดี (optimism)	3.5	0.44	สูง
ด้านความหวัง (hope)	3.8	0.48	สูง
ด้านความยืดหยุ่นตัว (resiliency)	3.6	0.42	สูง
ทูทางจิตวิทยาเชิงบวกโดยรวม	3.7	0.39	สูง
ความครุ่นคิดต่อสถานการณ์			
ด้านสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (depression related)	2.4	0.74	น้อย
ด้านการคิดวิตก (brooding)	2.4	0.79	น้อย
ด้านการสะท้อนความคิด (reflection)	2.3	0.72	น้อย
ความครุ่นคิดต่อสถานการณ์โดยรวม	2.4	0.71	น้อย
เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากลำบากใจ			
ด้านปัญหากับเพื่อน	1.2	1.08	น้อยที่สุด
ด้านปัญหากับแฟน	0.9	1.21	น้อยที่สุด
ด้านเงิน	1.8	1.36	น้อยที่สุด
ด้านวิชาเรียน	2.4	1.34	น้อยที่สุด
ด้านปัญหากับครู อาจารย์	0.5	0.9	น้อยที่สุด
ด้านปัญหากับบิดามารดาของตน	0.7	1.0	น้อยที่สุด
ด้านปัญหากับนักศึกษาอื่น	0.6	0.9	น้อยที่สุด
ด้านปัญหากับญาติ พี่น้อง	0.7	0.9	น้อยที่สุด
ด้านปัญหาสุขภาพ	1.2	1.2	น้อยที่สุด
ด้านปัญหาข้อจำกัดในการเรียน	1.9	1.3	น้อยที่สุด

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนทางสังคม พุนทางจิตวิทยาเชิงบวก ความรู้ร่นคิดต่อสถานการณ์และเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากลำบากใจของกลุ่มตัวอย่าง (n = 1,534 คน) (ต่อ)

ปัจจัย	mean	SD	แปรผล
เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากลำบากใจ (ต่อ)			
ด้านความสนใจในวิชาเรียน	1.3	1.3	น้อยที่สุด
เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากลำบากใจโดยรวม	1.2	0.7	น้อยที่สุด

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง (n = 1,534 คน)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย	60	4.0
ระดับปานกลาง	450	29.3
ระดับสูง	613	40.0
ระดับรุนแรงมาก	410	26.7

ตารางที่ 5 ความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมิน 2Q, 9Q และ 8Q

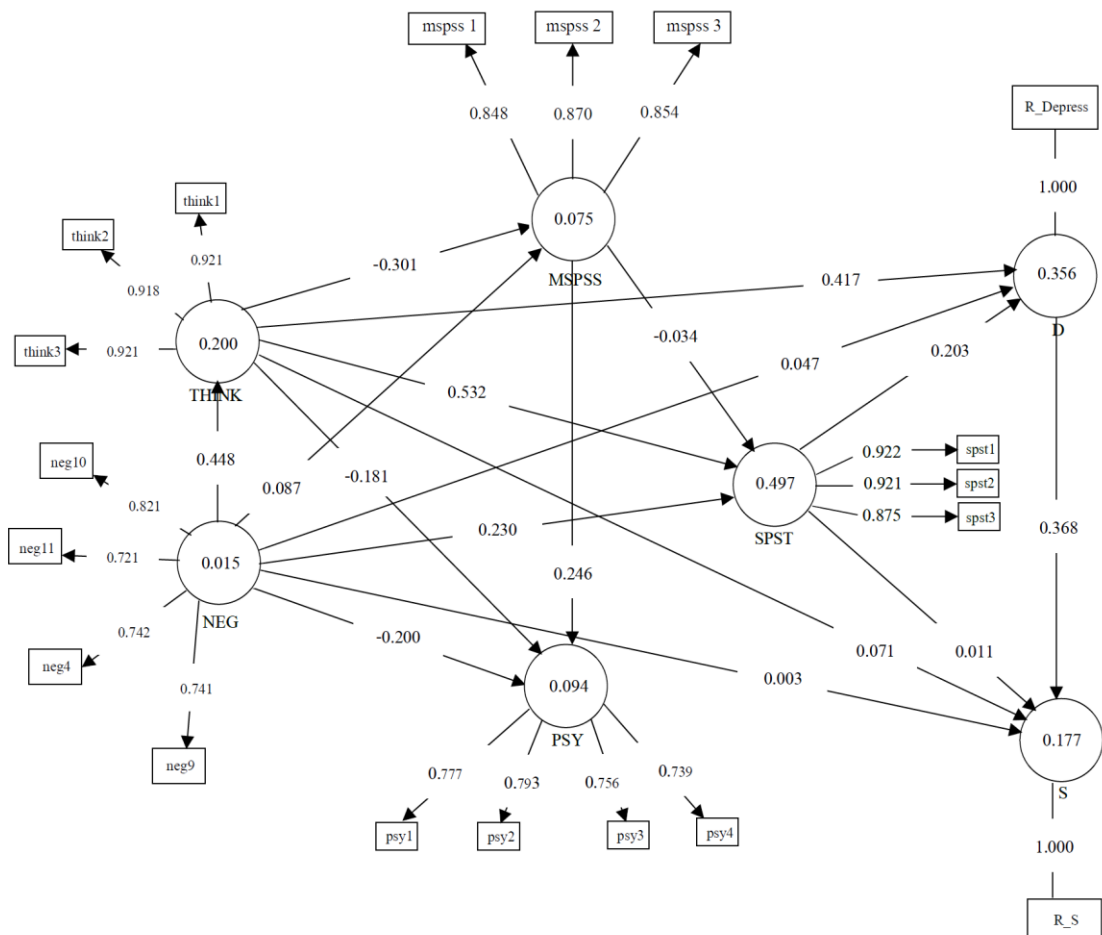
แบบประเมิน	จำนวน	ร้อยละ
แบบประเมิน 2Q (n = 1,534 คน)		
ไม่มีเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า	651	42.4
เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า	883	57.6
แบบประเมิน 9Q (n = 943)		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (< 7 คะแนน)	474	50.2
มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (7 - 12 คะแนน)	349	37.1
มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (13 - 18 คะแนน)	87	9.2
มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (≥ 19 คะแนน)	33	3.5
แบบประเมิน 8Q (n = 107)		
แนวโน้มฆ่าตัวตายในระดับน้อย (1 - 8 คะแนน)	103	96.3
แนวโน้มฆ่าตัวตายระดับปานกลาง (9 - 16 คะแนน)	1	1.0
แนวโน้มฆ่าตัวตายรุนแรง (≥ 17 คะแนน)	3	2.7

ตารางที่ 6 ค่าการคำนวณอิทธิพลรวม (TE) อิทธิพลทางตรง (DE) และอิทธิพลทางอ้อม (IE) ของโมเดลตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย

ตัวแปร สาเหตุ	ตัวแปรสาเหตุ												ความคิดฆ่าตัวตาย (SUICIDE)					
	การสนับสนุนทางสังคม (MSPS)			ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก (PSY)			การกลั่นคิด (THINK)			อารมณ์เครียด (SPST)			ภาวะซึมเศร้า (DEPRESS)					
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE			
การสนับสนุน				0.247*						-0.035*	-0.017*	-0.051*	-0.089*	-0.032*	-0.121*	-0.048*	-0.063*	
ทางสังคม (MSPS)																		
ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก										-0.069*	-0.091*	-0.069*	-0.104*	-0.013*	-0.104*	-0.020*	-0.058*	
บวก (PSY)																		
ผลการกลั่นคิด	0.088*	-0.135*	0.087*	-0.199*	-0.093*	-0.292**	0.448***	0.448***	0.448***	0.230*	0.260***	0.490***	0.043*	0.289**	0.352**	0.008*	0.155*	0.163*
ในชีวิตจริง ลบ (NEG)																		
การกลั่นคิด	-	-0.302**	-0.181*	-0.075*	-0.255**					0.532***	0.028*	0.560***		0.152*	0.530***	0.057*	0.215*	0.273**
(THINK)	0.302**												0.378**					
ความเครียด (SPST)																		
Explained Variance	R ² = 0.075			R ² = 0.194			R ² = 0.201			R ² = 0.497			R ² = 0.374			R ² = 0.181		

หมายเหตุ : DE = Direct Effect, IE = Indirect Effect, TE = Total Effect

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (1.96 < p-value < 2.576), **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (2.576 < p-value < 3.290), ***มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (3.290 < p-value)



ภาพที่ 1 แสดงการทดสอบโมเดลความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย ได้แก่ การครุ่นคิด เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ โดยส่งผ่านการสนับสนุนทางสังคม ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก และความเครียดสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

การความคิดฆ่าตัวตายมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3 ตัวแรก คือ การครุ่นคิด (THINK) (0.503, 0.273) เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ (NEG) (0.332, 0.163) และความเครียด (SPST) (0.203, 0.070) โดยที่การครุ่นคิดมีอิทธิพลทางตรงกับ ความเครียด

(SPST) (0.560) ของนักศึกษามากที่สุด คือ การครุ่นคิดที่ต่างกันส่งผลให้มีระดับความเครียดที่แตกต่างกัน ส่วนเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบมีอิทธิพลทางตรงต่อการครุ่นคิด และความเครียด แสดงว่า เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบที่ต่างกันส่งผลให้มีระดับ

การครุ่นคิดและความเครียดที่ต่างกัน การสนับสนุนทางสังคม (MSPSS) (-0.010) และทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก (PSY) (-0.014) มีอิทธิพลโดยรวมในทางลบกับภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย

อภิปราย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในระดับอุดมศึกษา พบว่าการครุ่นคิด เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายและสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ร้อยละ 37.4 และความคิดฆ่าตัวตายได้ ร้อยละ 18.10 โมเดลการทดสอบที่สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งขนาดของความสัมพันธ์และความสัมพันธ์ของแต่ละตัวแปรและสามารถอธิบายการเกิดภายใต้ทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้

เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อความเครียด โดยสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18 - 25 ปี ซึ่งเป็นระยะของวัยรุ่นตอนปลาย ซึ่งวัยนี้จะเป็นช่วงกำลังระหว่างเด็กกับผู้ใหญ่ เริ่มอยากออกจากพ่อแม่ เพื่อนเข้ามามีบทบาทและอิทธิพลลักษณะเด่น คือ คือเริ่ม ชอบลอง จึงทำให้พบปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ ความสัมพันธ์ และปัญหาด้านบุคลิกภาพเกิดขึ้นได้ตามระยะพัฒนาการของ

ช่วงวัย โดยวัยรุ่นพยายามที่จะจัดการกับปัญหา ส่งผลให้เกิดความสับสนในบทบาทของตัวเอง วัยรุ่นต้องการคำตอบที่ว่า “ฉันคือใคร” ตั้งแต่การค้นหาตัวตนในเรื่องเพศ สังคม แนวคิดและมิติทางอาชีพที่อยากจะเป็นและมักจะนำมา ซึ่งความเครียดจากบริบทหลายอย่างที่มาวมกันในการค้นหาตัวเอง เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาทระหว่างเพศชายกับหญิง อาจทำให้เกิดการสับสนมากขึ้น ความเครียดที่มาจากสิ่งแวดล้อม เช่น แรงกดดันจากพ่อแม่ในการคาดหวัง อยากให้ประสบความสำเร็จในการเรียน การย้ายครอบครัว การเข้าค่ายเสพติดได้ง่ายและแรงกดดันจากเพื่อน ซึ่งเหตุการณ์ในทางลบเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะส่งผลให้บุคคลนั้นมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตจนเกิดภาวะเครียดที่ทำให้ต้องมีการปรับตัวซึ่งหากไม่สามารถปรับตัวหรือจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้หรือใช้กลไกป้องกันทางจิตที่ไม่เหมาะสม จะนำไปสู่การเบี่ยงเบนทางสุขภาพจิตส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้²⁸ และหากวัยรุ่นที่รู้สึกว่าตนเองมีความทุกข์และวัยรุ่นที่มีคุณลักษณะของบุคคลด้านลบ รวมถึงวัยรุ่นที่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต จะมีโอกาสเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้สูงและสามารถทำนายการเกิดความคิดฆ่าตัวตายของวัยรุ่นไทยคิดเป็นร้อยละ 33²⁹ นอกจากนี้ยังพบว่า เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ มีอิทธิพลโดยอ้อมต่อความคิดฆ่าตัวตายผ่านการสนับสนุนทางสังคม และทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก เพราะการสนับสนุนทางสังคมและทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก จะช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากสภาพการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต

โดยเชื่อว่าบุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมและทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกที่เข้มแข็งจะมีความสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของชีวิตได้อย่างเหมาะสม สามารถก้าวข้ามภาวะซึมเศร้าไปได้ และในทางตรงข้ามหากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมและมีทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกที่ไม่เข้มแข็งส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น การสนับสนุนทางสังคมและทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมีความสำคัญในการป้องกันบุคคลไม่เกิดความกังวลหรือความเครียดและยังมีความสามารถในการช่วยลดอาการซึมเศร้าและลดพฤติกรรมเสี่ยงของความคิดฆ่าตัวตายได้¹⁴⁻¹⁸ และการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาศึกษาตอนปลายในจังหวัดเชียงใหม่พบว่าปัจจัยที่จะช่วยปกป้องวัยรุ่นไม่ให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงในการฆ่าตัวตายประกอบด้วย 5 ส่วนสำคัญ คือ การสร้างความมีคุณค่าในวัยรุ่น การสนับสนุนจากครอบครัว การดูแลเลี้ยงบุตรวัยรุ่น การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อนนักเรียน และการสนับสนุนจากทางโรงเรียน³⁰

การครุ่นคิด มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$ และ 0.05 ตามลำดับ) โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้ การที่บุคคลหมกมุ่นอยู่กับความคิดหรือความรู้สึกทางลบ นั้นมีผลกระทบต่อความสามารถในการควบคุมอารมณ์หรือความสามารถในการแก้ปัญหาเชื่อมโยงไปสู่การฆ่าตัวตาย และในงานวิจัยนี้พบว่า นักศึกษากลุ่มตัวอย่างจะครุ่นคิดถึงเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นและปรารถนาที่

จะให้มันเป็นไปได้ดีกว่าที่มันเป็นอยู่ คิดซ้ำ ๆ ถึงความไม่กระตือรือร้นและขาดแรงจูงใจของตัวเอง คิดถึงข้อบกพร่อง ความล้มเหลว ความผิดและข้อผิดพลาดทั้งหมดของตนเอง จากแนวคิด Response Style theory of depression ได้อธิบายว่าการครุ่นคิดมีส่วนในการเพิ่มความเลวร้ายทั้งระดับความรุนแรงในการเกิดและระยะเวลาในการเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากบุคคลเมื่อประสบต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดและมองเหตุการณ์นั้นว่าเป็นสิ่งเลวร้ายในชีวิตและหมกมุ่นอยู่กับปัญหานั้นหรือความรู้สึกนั้นจนเกิดเป็นความคิดเชิงลบที่ฝังลงไปในการเป็นตัวตนของตน (negatives chemata) โดยแต่ละบุคคลตัดสินเหตุการณ์ที่พบเจอจากสิ่งแวดล้อม ประสบการณ์และการคาดการณ์เหตุการณ์ในอนาคต โดยรูปแบบความคิดเกิดจากการแปลสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นของแต่ละบุคคลให้เป็นด้านลบและส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่ดี เช่น เศร้า กังวล โกรธ และอีกหลากหลายอารมณ์ที่เป็นอารมณ์ด้านลบรวมถึงความคิดฆ่าตัวตาย โดยที่การฆ่าตัวตายเป็นความคิดของแต่ละบุคคลในการแปลความหมายของสิ่งที่เราพบเจอไปในด้านที่ไม่พึงประสงค์³⁰

ความเครียด มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศที่พบว่าวัยรุ่นที่รู้สึกว่าตนเองมีความทุกข์และวัยรุ่นที่มีคุณลักษณะของบุคคลด้านลบ รวมถึงวัยรุ่นที่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตจะมีโอกาสเกิด

ความคิดฆ่าตัวตายได้สูง¹ และจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูงสุดคือด้านการเรียน ได้แก่ ปริมาณการบ้านและรายงานไม่เข้าใจบทเรียนบางวิชา หรือภาระอื่นจากวิชาที่เรียน สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความกดดัน ความตึงเครียดขณะเรียนและความรู้สึกที่เหินห่างจากครูผู้สอน เป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความกดดัน ความเครียด และหากไม่สามารถปรับตัวให้สอดคล้องกลมกลืนกับสถานการณ์ในการเรียนได้จะก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรังและนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า ความคิดทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตายในที่สุด³²⁻³³

ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อความเครียดและมีอิทธิพลโดยอ้อมกับภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย โดยส่งผ่านความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก ส่งผลทางบวกต่อความเข้มแข็งทางจิตใจของบุคคลหลายประการ กล่าวคือเมื่อบุคคลมีทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกจะช่วยสร้างความแข็งแกร่งทางจิตใจและส่งเสริมให้บุคคลมีรูปแบบการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพทั้งยังลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต³⁴ และพบว่าทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์เชิงลบกับปัญหาสุขภาพจิต³⁵⁻³⁶ และภาวะซึมเศร้า (depression)³⁷⁻³⁹ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า บุคคลที่มีทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกสูงจะช่วยให้บุคคลก้าวข้ามปัญหาสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า ลดความคิดในการทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตายไปได้¹⁸⁻¹⁹

การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นตัวปกป้อง

หรือเป็นตัวช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากสภาพการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต โดยเชื่อว่าบุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็งจะมีความสามารถในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของชีวิตได้อย่างเหมาะสม หากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในการป้องกันบุคคลไม่เกิดความกังวลหรือความเครียด และสามารถส่งเสริมให้หายจากอาการซึมเศร้าได้^{15-18,38} และการที่วัยรุ่นรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้าง เนื่องจากขาดแหล่งสนับสนุนที่เหมาะสมหรือมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ⁴⁰⁻⁴² จะส่งผลให้เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์ ได้แก่ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวลและความสิ้นหวังเพิ่มขึ้นส่งผลทำให้วัยรุ่นมีความคิดฆ่าตัวตายได้มากกว่าครอบครัวที่มีการสนับสนุนภายในครอบครัวที่ดี

ผลการวิจัยเพื่อการพัฒนาและตรวจสอบความตรงของโมเดลปัจจัยความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย พบว่า ค่าความเที่ยงตรงของการวัดของตัวแปรแฝงทุกตัวของโมเดลปัจจัยความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายอยู่ในเกณฑ์ดีมาก

ผลการวิจัยเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายที่สร้างขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่า โมเดลการทดสอบสามารถอธิบายปรากฏการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ร้อยละ 37.4 และความคิดฆ่าตัวตายได้ ร้อยละ 18.1 สอดคล้องกับการศึกษาของวาริรัตน์ ถาน้อย และคณะ (2555)⁴³ ซึ่งโมเดล

การทดสอบสามารถอธิบายปรากฏการณ์การเกิด ความตึงเครียดทางอารมณ์ได้ ร้อยละ 70.0 และสามารถอธิบายปรากฏการณ์การเกิดพฤติกรรมเสี่ยง ในการฆ่าตัวตายได้ ร้อยละ 16.3 แต่ในการศึกษา ครั้งนี้มีการนำทุนทางจิตวิทยาเข้ามาเป็นตัวแปร เพิ่มเติม

สรุป

การครุ่นคิด เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และทุนทาง จิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย และโมเดลมีความสอดคล้อง กลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นอย่างดี และสามารถนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาพัฒนาเป็นโปรแกรม การป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ในวัยรุ่นในระดับอุดมศึกษาต่อไป

ข้อจำกัด

ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สามารถเป็นตัวแทน ของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาได้ทั้งหมด

ข้อเสนอแนะ

ด้านการบริหาร

1. ด้านนโยบายในการดูแลนักศึกษาการ วิจัยครั้งนี้ถือว่าเป็นข้อมูลพื้นฐานที่นำไปสู่การ ป้องกันและให้การช่วยเหลือนักศึกษามหาวิทยาลัย ราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยาและใช้เป็นหลักฐาน เชิงประจักษ์ในการพัฒนาระบบการดูแลและให้ การช่วยเหลือนักศึกษาเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ

ซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายได้

ด้านการวิจัย

1. ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สามารถเป็น ตัวแทนของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาได้ทั้งหมด ดังนั้นควรทำการศึกษาวิจัยในเรื่องดังกล่าว โดย ขยายกลุ่มตัวอย่างไปยังนักศึกษาในมหาวิทยาลัย อื่นๆ เพื่อผลการวิจัยจะสามารถเป็นปรากฏการณ์ที่ เกิดขึ้นในกลุ่มนักศึกษาที่กำลังศึกษาในระดับ อุดมศึกษา

2. โมเดลเชิงประจักษ์สามารถอธิบาย ความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 37.4 และความคิดฆ่าตัวตายได้ร้อยละ 18.1 แสดงให้ เห็นว่ายังมีตัวแปรหรือเส้นทางที่แสดงอิทธิพลอื่น ที่ยังไม่ได้นำมาใช้ในการศึกษาคครั้งนี้ ดังนั้นใน การศึกษาคครั้งต่อไปควรทำการศึกษาโมเดลเชิง ประจักษ์โดยการเพิ่มตัวแปรที่มีต่อภาวะซึมเศร้า และความคิดในการฆ่าตัวตาย ควรเพิ่มตัวแปรที่ อิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดในการฆ่าตัว ตายของวัยรุ่น เช่น แบบแผนการเผชิญปัญหาและ เพิ่มเส้นทางความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรไปด้วย เพื่อจะได้นำข้อมูลมาใช้ในการป้องกันความเสี่ยงที่ จะเกิดขึ้น

3. ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำข้อมูลไป พัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะสุขภาพจิต ของนักศึกษาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย โดยการเพิ่มศักยภาพในการลด การครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ พัฒนาการ บริหารความเครียด พัฒนาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก และพัฒนาศักยภาพในการรับรู้และหาแหล่ง

สนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับคน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. Rungsang B. Suicidal ideation among Thai adolescents: An empirical test of a causal model [Ph.D. thesis]. Chonburi: Burapha University; 2016.
2. Gibbs, D. Assessing suicidal cognitions in adolescents: Establishing the reliability and validity of the Suicide Cognitions Scale [Ph.D. thesis]. Toledo: University of Toledo; 2010.
3. Global Burden of Disease. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet 2016; 388: 1545-602.
4. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization; 2015.
5. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. Lancet 2012; 379: 2373-82.
6. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. J Child Psychol Psychiatry 2006; 47: 372-94.
7. วิมลวรรณ ปัญญาว่อง, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล, โชษิตา ภาวสุทธิพิสิฐ. ความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย: การสำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2563; 28(2): 136-149.
8. ปิยวรรณ วิเศษสุวรรณภูมิ. เชนิติดนักรักษา 6.4% พยายาฆ่าตัวตาย [online]. Available from: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=29586> [10 มกราคม 2564].
9. สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข, สุพร อภินันทเวช. การฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในประเทศไทย: อุบัติการณ์สาเหตุและการป้องกัน. เวชบัณฑิตศิริราช 2563; 13(1): 40-7.
10. Liu X, Tein JY. Life events, psychopathology, and suicidal behavior in Chinese adolescent. J Affect Disord 2005; 86: 195-203.
11. Blagden JC, Craske MG. Effects of active and passive rumination and distraction: a pilot replication with anxious mood. J Anxiety Disord 1996; 10: 243-52.
12. Robinson J, Cox G, Malone A, Williamson M, Baldwin G, Fletcher K, O'Brien M. A systematic review of school-based interventions aimed at preventing, treating, and responding to suicide-related behavior in young people. Crisis. CRISIS 2013; 34(3): 164.
13. Kuyken W, Watkins E, Holden E, Cook W. Rumination in adolescents at risk for depression. J Affect Disord 2006; 96: 39-47.
14. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. J Abnorm Psychol 2000; 109(3): 504-11
15. Vongsirimas N, Sitthimongkol Y, Beeber SL, Wiratchai N, Sangon S. Relationship among maternal depressive symptoms, gender differences and depressive symptoms in Thai adolescents. Thai J Nurs Res 2009; 13(3): 181-98.
16. Smith MJ, Alloy, BL, Abramson YL. Cognitive vulnerability to depression, rumination, hopelessness, and suicidal ideation: Multiple pathways to self-injurious thinking. Suicide Life-Threat 2006; 36(4): 443- 54.
17. Wilks ES, Spivey AC. Resilience in undergraduate social work students: social support and adjustment to academic stress. Soc Work Edu 2010; 29(3): 276-288.
18. Skärsäter I, Dencker K, Bergbom I, Häggström L, Fridlund B. Women's conceptions of coping with major depression in daily life: a qualitative, salutogenic approach. Issues Ment Health Nurs 2003; 24(4): 419-39.
19. กาญจนา สุทธิเนียม. การพัฒนาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของนิสิตครูโดยการให้การปรึกษากลุ่ม. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2561; 32(1): 17-32.

20. Luthans F. Hope optimism and other business asset: why psychological capital is so valuable to your company. *GMJ* 2007; 1-5.
21. Qingquan P, Zongkui Z. Psychological capital, coping style and psychological health: An empirical study from college students (ICISE2009). Proceedings of the XLII SIS scientific meeting 2009; 1: 739-742.
22. อารณ ศรีชัย, จินห์จุฑา ชัยเสนา คาสลอส, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์. ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันในครอบครัวเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ความฉลาดทางอารมณ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา* 2559; 24(4): 65-76.
23. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 9 กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2554.
24. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess* 1988; 52: 30-41.
25. Maybery DJ. Incorporating interpersonal events within hassle measurement. *Stress Health* 2003; 19: 97-100.
26. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบวัดความเครียด SPST [online]. Available from: <http://www.dmh.go.th/test/stress> [20 กุมภาพันธ์ 2561].
27. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol* 1991; 100: 569-82.
28. Stuart, GW. Principles and practice of psychiatric nursing. 9th ed. St. Louis: Elsevier Mosby; 2009.
29. Rungsang B, Chaimongkol N. The Prevalence of suicidal ideation among high school students in Thailand and Its potential related risk factors. *Thai J Pharm Sci* 2017; 12(1): 31-35.
30. Chaniang S, Fongkaew W, Sethabouppha H, Lirtmunlikaporn S, Schepp KG. Perceptions of adolescents, teachers and parents towards causes and prevention of suicide in secondary school students in Chiang Mai. *Pac Rim Int J Nurs Res* 2019; 23(1): 47-60.
31. Rudd MD. Cognitive therapy for sociality: An integrative, comprehensive, and practical approach to conceptualization. *J Contemp Psychother* 2004; 34: 59-72.
32. กาญจนา สุทธิเนียม, อุบล สุทธิเนียม. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2563; 34(3), 43-61.
33. Dallas JC, Puapan S, Vatanasin D. Factors influencing mental health status among nursing students. *JFONUBUU* 2015; 23(3): 1-13.
34. Qingquan P, Zongkui Z. Psychological capital, coping style and psychological health: An empirical study from college students [online]. Available from: <http://doi.ieeecomputersociety.org/10.1109/ICISE.2009.860> [2017 April 21].
35. Chonprai C, Phattrarayuttawat S, Ngamthipwatthana T. Psychological capital and mental health in students of Chulalongkorn University's residence. Graduate Research Conference. *MMP* 2014; 85: 1833-42.
36. Estiri M, Nargesian A, Dastpish F, Sharif S. The impact of psychological capital on mental health among Iranian nurses: considering the mediating role of job burnout. *Springer Plus*, 2016; 5: 1377.
37. Hao J, Wu D, Liu L, Li X, Wu H. Association between work-family conflict and depressive symptoms among Chinese female nurses: The mediating and moderating role of psychological capital. *Int J Environ Res Public Health* 2015; 12: 6682-99.

38. Liu L, Hu S, Wang L, Sui G, Ma L. Positive resources for combating depressive symptoms among Chinese male correctional officers: perceived organizational support and psychological capital. *BMC Psychiatry* 2013; 13: 89.
39. Kan D, Yu X. Occupational stress, work family conflict and depressive symptoms among Chinese bank employees: the role of psychological capital. *Int J Environ Res Public Health* 2016; 13: 134.
40. Evan E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clin Psychol Rev* 2004; 24(8): 957-79.
41. An H, Ahn JH, Bhang SY. The association of psychosocial and familial factor with adolescent suicidal ideation: A population-base study. *Psychiatry Res* 2010; 177(3): 318-22.
42. Chaniang S, Fongkaew W, Stone TE, Sethabouppha H, Lirtmunlikaporn S. Development and evaluation of a suicide prevention program for secondary school students. *Pac Rim Int J Nurs Res* 2019; 23(3): 201-213.
43. วรวิรัตน์ ฉาน้อย, อติดา พรชัยเกตุ โอว ยอง, ภาศิญา อ่อนดี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสารสภาการพยาบาล* 2555; 27(ฉบับพิเศษ): 60-76.

ลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่มารับบริการแบบผู้ป่วยใน ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

พิชญา ชาญนคร, พ.บ.*, ธิดิมา ณรงค์ศักดิ์, วท.ม.*, นฤมล พิณเมืองทอง, วท.บ*

*สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

วัสดุและวิธีการ : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบการศึกษาย้อนหลัง ในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่มารับบริการที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาแบบผู้ป่วยใน ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลบุคคล และแบบสอบถามข้อมูลทางคลินิก สถิติที่ใช้ คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และมัธยฐาน

ผล : พบว่าผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ทั้งหมด 557 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.4) มีค่ามัธยฐานของอายุเป็น 65 ปี และมีสถานภาพโสด (ร้อยละ 38.1) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 70.7 และวินิจฉัยหลักป่วยเป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่ม F20 - F29 ร้อยละ 60.3 อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมทางจิตเวช (ร้อยละ 11.3) และโรคร่วมทางกาย (ร้อยละ 88.7) มีระยะเวลาอนในโรงพยาบาลมากกว่า 31 วันขึ้นไป (ร้อยละ 43.6) และมีค่ามัธยฐานของค่ารักษาพยาบาล คือ 35,443.25 บาท/ครั้ง

สรุป : จากข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ปี 2562 - 2563 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป และข้อมูลทางคลินิกที่ได้จากการศึกษาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและจัดตั้งคลินิกจิตเวช ผู้สูงอายุของสถาบันฯ ต่อไป

คำสำคัญ : จิตเวชสูงอายุ ลักษณะของผู้ป่วย โรคจิตเวช

CHARACTERISTIC OF OLDER PATIENT WITH PSYCHIATRIC DISORDER IN INPATIENT WARD AT SOMDET CHAOPRAYA INSTITUTE OF PSYCHIATRY

Pitchaya Channakorn, M.D.*, Thitima Narongsak, M.Sc.*, Narumon Phinmueangthong, B.Sc.*

**Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*

Abstract

Objectives: To examine the characteristic of older people (age ≥ 60 years) with psychiatric disorders at inpatient ward at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry.

Material and Methods: The retrospective study was conducted on older people with psychiatric disorders who admitted to the institute from January 1st, 2019 to December 31st, 2020. Demographic data and clinical characteristic information were collected and analyzed to ascertain percentage, mean, median, and standard deviate (SD).

Results: The total of the older people (age ≥ 60) with psychiatric disorders admitted to the inpatient ward (IPD) at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry between 1st January 2019 and 31st December 2020 were 557 patients. Half of them were female (56.4%). The median age of the sample was 65 years and 38.1% of the patients were not married. Moreover, 60.3% of the sample had the principal diagnosis was schizophrenia, schizotypal and delusional disorder (F20-F29 of ICD-10) and most of the sample (88.7%) had more than one comorbid medical illness. 70.7% of the sample used universal coverage (UC). The average length of hospital stay was 31 days. and the median cost of hospital admission was 35,433.25 Baht per admission.

Conclusion: Most of the older people with psychiatric disorders at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry had schizophrenia as the principal diagnosis. 4 of 5 had more than one comorbid medical illness. The findings of this research may help the geriatric team to develop a suitable recovering program for the patients at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry.

Key words: psychiatric disorder, characteristic, geriatric psychiatry

บทนำ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป¹ ในปัจจุบันโครงสร้างของประชากรไทย พบว่ามีวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 คือ มีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนร้อยละ 10 ของประชากร² ซึ่งในปีพ.ศ.2559 มีผู้สูงอายุร้อยละ 16.5 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.5 ในปี พ.ศ. 2563³ และคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28 หรือก้าวสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอดในปี พ.ศ.2578² จากสถิติข้างต้นแสดงให้เห็นว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งจากการศึกษาภาระโรคของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2556 เพื่อแสดงภาระทางสุขภาพจากการตายก่อนวัยอันควรในผู้สูงอายุ พบว่า โรคทางจิตเวช เป็นโรคที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะในผู้สูงอายุเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 7 และในเพศหญิงพบว่าโรคซึมเศร้า เป็นสาเหตุร้อยละ 3.3 ด้วย⁴

ความผิดปกติทางจิตเวชในผู้สูงอายุนั้นจะมีอาการเช่นเดียวกับวัยผู้ใหญ่ แต่มีความซับซ้อนมากกว่าเนื่องจากผู้สูงอายุมักมีความบกพร่องของพุทธิปัญญาร่วมด้วย⁵ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในผู้สูงอายุทั้งในชุมชนและในโรงพยาบาล ได้แก่ กลุ่มโรคทางอารมณ์ และโรควิตกกังวล⁶ ซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย จะทำให้การดูแลรักษามีความยุ่งยากซับซ้อน เกิดภาวะทุพพลภาพ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ญาติ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศ ทำให้รัฐบาล

ต้องมีการใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มสูงขึ้นด้วย⁵

จากข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุมิแนวนิยมเพิ่มสูงขึ้น การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุมิแนวจึงมีความสำคัญ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภายในสถาบันฯ ยังไม่พบข้อมูลลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุนั้นที่มารับบริการที่สถาบันฯ แบบผู้ป่วยใน ดังนั้นการวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุนั้นที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนบริหารจัดการและเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุนั้นของสถาบันฯ รวมถึงใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและจัดตั้งคลินิกจิตเวชสูงอายุนั้นของสถาบันฯ ต่อไป เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการวิเคราะห์ความจำเป็นเร่งด่วนในแต่ละกลุ่มโรคที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากทางคลินิกจิตเวชสูงอายุนั้น เนื่องจากบุคลากรของคลินิกจิตเวชสูงอายุนั้นมีจำนวนจำกัดจึงจำเป็นต้องให้บริการกลุ่มผู้สูงอายุนั้นในกลุ่มโรคที่เป็นประชากรหลักก่อน เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าในการจัดตั้งคลินิกและหอผู้ป่วยในการวิเคราะห์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเวชในแต่ละกลุ่มโรค

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) เกี่ยวกับลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุนั้นที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุนั้นทุกคนที่มารับบริการที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ

เจ้าพระยาแบบผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ.2562 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 557 คน

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเวช (F.00-F.99) โดยผ่านเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ อาการสำคัญการวินิจฉัยโรคตาม (ICD-10) ทั้งโรคหลัก และโรคร่วมทางกาย ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วย ใน ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลต่อครั้ง ยาทางจิตเวชยาโรคทางกาย จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาลต่อครั้ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัยเมื่อโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
2. ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์ไปยังผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล
3. ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์คณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศของสถาบันฯ เพื่อดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลของสถาบันฯ ของผู้รับบริการตามเกณฑ์คัดเข้า โดยในกรณีที่ผู้ป่วยมารับบริการ

มากกว่า 1 ครั้ง จะใช้ข้อมูลที่เป็นการรักษาครั้งปัจจุบัน ในกรณีที่ข้อมูลจากฐานข้อมูลไม่ครบจะค้นข้อมูลจากเวชระเบียน

4. ผู้วิจัยดำเนินการขอความอนุเคราะห์กลุ่มงานเวชระเบียน เพื่อขอข้อมูลเวชระเบียนของอาสาสมัครเพื่อทำการสืบค้นข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน เช่น ยาทางกายที่ได้รับมาจากโรงพยาบาลอื่น

5. วิเคราะห์ข้อมูลพร้อมสรุปผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน

ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาแบบผู้ป่วยใน ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 มีจำนวนทั้งหมด 557 คน กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 314 คน คิดเป็นร้อยละ 56.4 มีค่ามัธยฐานของอายุเป็น 65 ปี อายุมากที่สุด 99 ปี และอายุน้อยที่สุด 60 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60 - 69 ปี จำนวน 427 คน คิดเป็นร้อยละ 76.5 และส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด จำนวน 212 คน คิดเป็นร้อยละ 38.1 นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 127 คน คิดเป็นร้อยละ 29.8 ได้รับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาจำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 29.3 และไม่ประกอบอาชีพ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 557)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	243	43.6
หญิง	314	56.4
อายุ (min = 60 ปี, max = 99 ปี median(IQR) = 65.0(7) ปี)		
60 - 69 ปี	427	76.5
70 - 79 ปี	103	18.5
80 ปีขึ้นไป	28	5.0
สถานภาพ		
โสด	212	38.1
หม้าย/หย่า/แยก	118	21.2
สมรส	180	32.3
ไม่ระบุ	47	8.4
การศึกษา		
ไม่ระบุ	127	22.8
ไม่ศึกษา	21	3.8
ประถมศึกษา	163	29.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	50	9.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	58	10.4
อนุปริญญา/ปวส	49	8.8
ปริญญาตรี	73	13.1
สูงกว่าปริญญาตรี	16	2.9
อาชีพ		
ไม่ประกอบอาชีพ	350	62.8
รับจ้าง	38	6.8
เกษตรกร	6	1.1
รับราชการ, รัฐวิสาหกิจ (เกษียณอายุ)	52	9.3
พนักงานบริษัทเอกชน	4	0.7
ธุรกิจส่วนตัว	32	5.7
อื่น ๆ	71	12.7

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 557) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิการรักษา		
ชำระเงิน	12	2.2
บัตรประกันสังคม	31	5.6
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	118	21.2
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	394	70.7
อนุเคราะห์	2	0.4

จำนวน 350 คน คิดเป็นร้อยละ 62.8 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 394 คน คิดเป็นร้อยละ 70.7 (ตารางที่ 1)

ข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 2 จำนวนและจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลตามคลินิกพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 557 คน ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่ม F20 - F29 (schizophrenia, schizotypal and delusional disorders) จำนวน 336 คน (ร้อยละ 60.3) นอกจากนี้มีการวินิจฉัยโรคร่วม จำนวน 533 คน (ร้อยละ 95.6) ซึ่งเป็นโรคร่วมทางจิตเวช จำนวน 60 คน (ร้อยละ 11.3) และมีโรคร่วมทางกาย จำนวน 1,887 ราย (ร้อยละ 88.7)

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของระยะเวลาอนโรพยาบาล 27 วัน โดยส่วนใหญ่มีระยะเวลามากกว่า 31 วันขึ้นไป มีค่ามัธยฐานของค่ารักษาพยาบาลต่อการรักษาพยาบาล 1 ครั้ง คือ 35,443.25 บาท โดยส่วนใหญ่มีช่วงของค่ารักษา

พยาบาล คือ 25,001 - 50,000 บาท

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาทางจิตเวช ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถได้รับยาทางจิตเวชมากกว่า 1 ชนิด ประกอบไปด้วยกลุ่มยาดังต่อไปนี้

- กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยารักษาโรคจิต (antipsychotic) ในกลุ่ม typical ส่วนใหญ่เป็นยา haloperidol (ร้อยละ 50.9), perphenazine (ร้อยละ 6.2) ยาในกลุ่ม atypical ส่วนใหญ่เป็นยา risperidone (ร้อยละ 11.0) และ quetiapine (ร้อยละ 5.9)

- กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยา mood stabilizer ส่วนใหญ่เป็นยา sodium valproate (ร้อยละ 6.8) และ lithium (ร้อยละ 1.0)

- กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาด้านเศร้า (antidepressant) ส่วนใหญ่ คือ ยา trazodone (ร้อยละ 4.31) และ sertraline (ร้อยละ 3.6)

- กลุ่มตัวอย่างที่ยาลดความกังวล ยานอนหลับ ยาทำให้สงบ (anxiolytic hypnotic sedative) ส่วนใหญ่เป็น diazepam (ร้อยละ 7.0) และ lorazepam (ร้อยละ 5.5)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลตามคลินิก (n = 557)

ข้อมูลตามคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยหลัก		
F00-F09 Organic, including symptomatic, mental disorders	73	13.1
F10-F19 Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use	10	1.8
F20-F29 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders	336	60.3
F30-F39 Mood [affective] disorders	127	22.8
F40-F49 Neurotic, stress-related and somatoform disorders	6	1.1
F50-F59 Behavioral syndromes associated with physiological disturbances and physical factors	1	0.2
F60-F69 Disorders of adult personality and behavior	2	0.4
F70-F79 Mental retardation	1	0.2
F90-F99 Behavioral and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence	1	0.2
การวินิจฉัยโรคร่วม		
ไม่มี	24	4.40
มี	533	95.60
โรคทางจิตเวช (โรคตอบได้มากกว่า 1 โรค)	60	11.30
F00-F09	27	45.00
F10-F19	23	38.30
F30-F39	2	3.30
F40-F49	1	1.70
F60-F69	4	6.70
F70-F79	3	5.00
โรคทางกาย (โรคตอบได้มากกว่า 1 โรค)	1887	88.70
โรคเบาหวาน	327	30.00
โรคไขมันในเลือดสูง	93	8.53
ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย	197	18.07
โรคความดันโลหิตสูง	170	15.60
โรคกระดูกสันหลังเสื่อม	140	12.84
ภาวะหลอดเลือดแข็งตัว	163	14.95

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลตามคลินิก (n = 557) (ต่อ)

ข้อมูลตามคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน (min = 1 ครั้ง, max = 79 ครั้ง median (IQR) = 1(4) ครั้ง)		
1 - 5 ครั้ง	425	76.3
6 - 10 ครั้ง	65	11.7
11 - 15 ครั้ง	24	4.3
15 ครั้งขึ้นไป	43	7.7
ระยะเวลาอนโรพยาบาล		
(min = 1 วัน, max = 356 วัน median (IQR) = 27(30) วัน)		
1 - 7 วัน	83	14.9
8 - 14 วัน	64	11.5
15 - 31 วัน	167	30.0
มากกว่า 31 วันขึ้นไป	243	43.6
ค่ารักษาพยาบาลต่อการรักษาพยาบาล 1 ครั้ง (min = 1,153 บาท, max=747,303 บาท median(IQR) = 35,443.25(43,250) บาท)		
1-10,000 บาท	71	12.7
10,001-25,000 บาท	109	19.6
25,001-50,000 บาท	200	35.9
50,001-75,000 บาท	62	11.1
75,001-100,000 บาท	40	7.2
มากกว่า 100,000 บาท	75	13.5
ยาทางจิตเวชที่ได้รับ (ได้รับยามากกว่า 1 ชนิด)		
ยาต้านโรคจิต (Antipsychotic)		
Typical		
Perphenazine	273	6.2
Haloperidol	350	7.9
Chlorpromazine	237	5.3
Flupentixol	66	1.5

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลตามคลินิก (n = 557) (ต่อ)

ข้อมูลตามคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
Atypical		
Clozapine	192	4.3
Risperidone	489	11.0
Quetiapine	263	5.9
Olanzapine	35	0.8
Aripiprazole	31	0.7
Paliperidone	5	0.1
Mood Stabilizer		
Sodium valproate	303	6.8
Lithium	43	1.0
Lamotrigine	15	0.3
Topiramate	3	0.1
ยาค้านเศร้า (Antidepressant)		
Amitriptyline	3	0.1
Nortriptyline	11	0.3
Sertraline	160	3.6
Fluoxetine	33	0.7
Venlafaxine	4	0.1
Mirtazapine	14	0.3
Trazodone	191	4.3
ยากลยั้กั้วล ยานอนหลับ ยาคั้ให้สงบ (Anxiolytic Hypnotic Sedative)		
Diazepam	309	7.0
Lorazepam	244	5.5
Clonazepam	150	3.4
ยาคั้ใช้ลดผลข้างเคียงของยารักัษาโรคัทางจิตเวช		
Trihexyphenidyl	781	17.6
Propranolol	39	0.9
Diphenhydramine	96	2.2

ตารางที่ 3 ลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุต่จำนวนระยะเวลานอนโรงพยาบาล (n = 557)

การวินิจฉัยโรค	จำนวน	จำนวนระยะเวลานอนโรงพยาบาล (วัน)		
		min	max	Mean (SD)
F 00 – F 09	73	1	139	21.0 (25.0)*
F 10 – F 19	10	3	68	31.0 (22.64)
F 20 – F 29	336	1	356	32.0 (30.8)*
F 30 – F 39	127	1	129	21.0 (23.0)*
F 40 – F 48	6	5	19	12.0 (5.05)
F 50 – F 59	1	28	28	-
F 60 – F 69	2	2	12	7 (7.07)
F 70 – F 79	1	105	105	-
F 80 – F 89	1	78	78	-

*ค่า median (IQR)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละเพศต่อการวินิจฉัยหลัก

การวินิจฉัยหลัก	เพศ			
	ชาย		หญิง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
F00-F09 Organic, including symptomatic, mental disorders	42	17.3	31	9.9
F10-F19 Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use	7	2.9	3	1.0
F20-F29 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders	139	57.2	197	62.7
F30-F39 Mood [affective] disorders	50	20.6	77	24.5
F40-F49 Neurotic, stress-related and somatoform disorders	2	0.8	4	1.3
F50-F59 Behavioral syndromes associated with physiological disturbances and physical factors	-	-	1	0.3
F60-F69 Disorders of adult personality and behavior	2	0.8	-	-
F70-F79 Mental retardation	1	0.4	-	-
F90-F99 Behavioral and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence	-	-	1	0.2

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่ารักษาพยาบาลเมื่อแยกตามกลุ่มโรคการวินิจฉัยหลัก

การวินิจฉัยโรค	จำนวน	ค่ารักษาพยาบาล (บาท)		
		min	max	Mean (SD)
F 00 – F 09	73	2,558	271,583	32,154.25 (37,477)*
F 10 – F 19	10	3,796	73,728	23,243.75 (47,214)*
F 20 – F 29	336	1,153	747,303	35,871.25 (43,664)*
F 30 – F 39	127	1,783	30,8763	32,771.50 (44,415)*
F 40 – F 48	6	16,045	34,672	28,380.75 (6,969.79)*
F 50 – F 59	1	37,628	37,628	-
F 60 – F 69	2	2,991	13,222	8,108.50 (7,237.94)
F 70 – F 79	1	21,3597	213,597	-
F 80 – F 89	1	78,089	78,089	-

*ค่า median (IQR)

จากตารางที่ 3 ลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุต่อจำนวนระยะเวลาอนโรพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานจำนวนระยะเวลาอนโรพยาบาลสูงสุด คือ กลุ่มโรค F 20 - F 29 (schizophrenia, schizotypal and delusional disorders) เป็นระยะเวลา 32 วัน รองลงมา คือ กลุ่มโรค F10-F19 (Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use) เป็นระยะเวลา 31 วัน

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละเพศต่อการวินิจฉัยหลัก พบว่า เพศชาย ได้รับการวินิจฉัยหลักในกลุ่มโรคส่วนใหญ่เป็น F20.0-F29.0 (schizophrenia, schizotypal and delusional disorders) (ร้อยละ 57.2) และเพศหญิง คือ F20.0 - F29.0 (schizophrenia, schizotypal and delusional disorders) (ร้อยละ 62.7)

จากตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่ารักษาพยาบาล

ต่อการรักษาพยาบาล 1 ครั้งเมื่อแยกตามกลุ่มโรคการวินิจฉัยหลัก พบว่า กลุ่มโรคที่มีค่ามัธยฐานรักษาพยาบาลสูงเป็น 3 ลำดับแรก ได้แก่ ลำดับที่ 1 กลุ่มโรค F20-F29 (schizophrenia, schizotypal and delusional disorders) คือ 35,871.25 บาท ลำดับที่ 2 กลุ่มโรค F 30-F 39 (Mood [affective] disorders) คือ 32,771.50 บาท และลำดับที่ 3 กลุ่มโรค F00-F09 (organic, including symptomatic, mental disorders) คือ 32,154.25 บาท

อภิปราย

ข้อมูลส่วนบุคคล

1) เพศ จากการศึกษพบว่าลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาส่วนใหญ่

เป็นเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเจริญศักดิ์ อ่ำกลิ่น และคณะ⁷ ที่ทำการศึกษาศึกษาระบาดวิทยาโรคจิตเวชในผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ระหว่างปี พ.ศ. 2551 - 2555 ที่พบว่าลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ในระหว่างปี พ.ศ. 2551 - 2555 เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 60.00 และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอเมริกาของ Kristin et al. (2015)⁸ ที่ศึกษาความชุกในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุในประเทศอเมริกาซึ่งพบว่าเพศหญิงมีความชุกของโรคจิตเวชในผู้สูงอายุ มากกว่าเพศชาย โดยคิดเป็นร้อยละ 54.99 ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยที่มีผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย⁹

2) สถานภาพสมรส จากการศึกษาพบว่าลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา โดยส่วนใหญ่โสด ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าในผู้ป่วยจิตเวชจะมีปัญหาเรื่องสถานภาพทางสังคม การปรับตัวเข้ากับสังคม และปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะมีสถานภาพโสดหรือไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต¹⁰

3) อายุ จากการศึกษาพบว่าลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาโดย มีค่ามัธยฐานของอายุที่ 65 ปี โดยพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในผู้สูงอายุวัยต้น คือ ช่วงอายุ 60 - 79 ปี คิดเป็นร้อยละ 76.5 รองลงมาอยู่ในผู้สูงอายุวัยกลาง คือ

ช่วงอายุ 70 - 79 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.5 และผู้สูงอายุวัยปลาย คือ อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 5.0 ซึ่งสอดคล้องกับโครงสร้างของประชากรผู้สูงอายุไทยตามรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ในปีพ.ศ. 2560 และ พ.ศ. 2562 ที่พบว่าประชากรผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60 - 69 ปี) คิดเป็นร้อยละ 57.4 และ 60.4 ตามลำดับ รองลงมาคือผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70 - 79 ปี) คิดเป็นร้อยละ 29.0 และ 28.0 ตามลำดับ อีกทั้งในผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 13.6 และ 11.6 ตามลำดับ^{9,11}

4) สิทธิการรักษา จากการศึกษาพบว่าลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเจริญศักดิ์ อ่ำกลิ่น และคณะ⁷ ทำการศึกษาระบาดวิทยาโรคจิตเวชในผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ระหว่างปี พ.ศ. 2551 - 2555 ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุส่วนใหญ่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสอดคล้องกับโครงสร้างการรักษาพยาบาลของระบบสาธารณสุขไทยในปี พ.ศ. 2560 และ พ.ศ. 2562 ที่พบว่า ผู้สูงอายุใช้สิทธิการรักษาแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าถึงร้อยละ 83.20⁹ และ 81.00¹² ตามลำดับ

ข้อมูลทางคลินิก

1) กลุ่มโรควินิจฉัยหลัก จากการศึกษาพบว่าลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระ

เจ้าพระยาส่วนใหญ่ได้รับวินิจฉัยกลุ่ม F20 - F29 (Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders) คิดเป็นร้อยละ 60.3 รองลงมาคือกลุ่ม F30 - F39 (Mood [affective] disorders) คิดเป็นร้อยละ 22.8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมาริสา จิตต์นุพงศ์ บุญพัน และคณะ¹³ ที่ศึกษาลักษณะทั่วไป และลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่เข้าการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ พบว่าโรคส่วนใหญ่ที่พบได้แก่ โรคจิตเภท โรคอารมณ์แปรปรวน โรคสมองเสื่อม โรคซึมเศร้า และโรคจิตเฉียบพลัน โดยอาจอธิบายได้ว่าเนื่องจากสถานที่ใช้ในการทำการศึกษาที่มีความคล้ายคลึงกัน โดยเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการเฉพาะทางด้านจิตเวชขนาดใหญ่เช่นเดียวกัน ส่งผลให้ผลการศึกษาลงมามีความสอดคล้องกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกันตธีร์ อนันตพงศ์ และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาความชุกของโรคจิตเวชในผู้ป่วยนอกสูงอายุในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเวชในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (ร้อยละ 0.89) รองลงมาคือโรคจิตเวชที่เกิดจากสาเหตุทางกาย (ร้อยละ 0.85) และโรคจิตเภท (ร้อยละ 0.11) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลทางกายซึ่งแตกต่างจากการศึกษานี้ที่ศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวช

2) เพศกับกลุ่มโรควินิจฉัยหลัก จากการศึกษาพบว่าเพศหญิงส่วนใหญ่จะได้รับการวินิจฉัยเป็นกลุ่มโรค F30 - F39 (Mood [affective] disorders) และกลุ่มโรค F40 - F49 (Neurotic, stress-

related and somatoform disorders) มากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Reynold et al. (2015)⁸ ที่ศึกษาโรคทางจิตเวชในผู้สูงอายุในประเทศอเมริกาพบว่าเพศหญิงมีความชุกในการเกิดโรคทางจิตเวชในสูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 54.99 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Rainville et al. (2019)¹⁵ ที่ศึกษาความแตกต่างทางเพศกับการเกิดกระบวนการอักเสบ ในผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ที่พบว่าเพศหญิงได้รับการวินิจฉัยในกลุ่มโรคทางด้านอารมณ์และกลุ่มโรควิตกกังวลมากกว่าเพศชาย อธิบายได้จาก ทฤษฎี Hormonal system และ Inflammatory process จะทำให้เกิดกลุ่มโรค Mood disorder มากขึ้น โดยมีงานวิจัยสนับสนุนว่า Estrogen Hormone ที่พบมากในเพศหญิงสามารถกระตุ้นการหลั่ง Interleukins (IL) มากขึ้น¹⁶ ซึ่งเป็น inflammatory cytokines ตัวหนึ่งที่ทำให้เกิด Inflammatory process ที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดกลุ่มโรคเหล่านี้ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

3) โรคร่วมทางจิตเวชและทางกาย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ มีโรคร่วมทางกายมากกว่า 1 โรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมาริสา จิตต์นุพงศ์ บุญพัน และเสาวภา ปานเพชร (2562)¹³ ที่ศึกษาลักษณะทั่วไป และลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่เข้าการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุร้อยละ 70.00 มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุส่วนใหญ่ได้รับยารักษาโรคจิตใน กลุ่ม Atypical ยาในกลุ่มดังกล่าวส่งผลให้เกิดโรคร่วมทางกาย เช่น

โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดแข็งตัว โรคไขข้อในหลอดเลือด¹⁷

อีกทั้งจากการศึกษานี้พบว่าอาสาสมัครมีโรคร่วมทางจิตเวชที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มโรค F00 - F09 (Organic, including symptomatic, mental disorders) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Millan et al. (2012)¹⁸ ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งพบว่า ในผู้ป่วยจิตเวชมีความบกพร่องทางพุทธิปัญญา โดยเฉพาะในด้าน attention, working memory และ language

4) จำนวนวันนอน จากการศึกษพบว่าผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุส่วนใหญ่มีจำนวนวันนอนมากกว่า 31 วัน คิดเป็นร้อยละ 43.60 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของของมาริสา จิตต์นพพงศ์ บุญพันธ์ และคณะ¹³ ที่ศึกษาลักษณะทั่วไป และลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่เข้าการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สูงกว่าการศึกษาในโรงพยาบาลทั่วไป อาจเกิดจากการรักษาโรคจิตเวชที่มีอาการรุนแรงและเฉียบพลันจะใช้เวลาในการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 2-4 สัปดาห์ อีกทั้งในผู้สูงอายุจะมีการฟื้นฟูจากการเจ็บป่วยค่อนข้างนานกว่าผู้ป่วยทั่วไป¹⁹ นอกจากนี้ในผู้ป่วยจิตเวชบางรายเมื่ออาการดีขึ้นจะมีการฟื้นฟูผู้ป่วยและวางแผนเตรียมพร้อมในการจำหน่ายกลับบ้าน ทำให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลค่อนข้างนาน

นอกจากนี้จากการศึกษาจะพบว่าผู้ป่วย F20.0 - F20.9 (Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders) ค่ามัธยฐานของจำนวนวันนอน 32 วัน ซึ่งมากกว่ากลุ่มโรคจิตเวชอื่น ๆ รวมถึงมากกว่า

กลุ่ม F00 - F09 (Organic, including symptomatic, mental disorders) โดยมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 21 วัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jacobs et al., (2015)²⁰ ที่ศึกษาเรื่องระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง (schizophrenia, bipolar disorder, other psychoses) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงมีอัตราการนอนโรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป อาจอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่ม F20 - F29 (schizophrenia, schizotypal and delusional disorders) เป็นกลุ่มที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล ส่งผลให้เป็นภาระของผู้ดูแล (caregiver burden) ดังนั้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความต้องการการดูแลในโรงพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับสู่สังคม จึงทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น

5) ยาที่ใช้ในการรักษา จากการศึกษพบว่าผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุส่วนใหญ่ได้รับยามากกว่า 1 ชนิด และส่วนใหญ่มีการใช้ยารักษาโรคจิตในกลุ่ม atypical และยาที่ได้รับการใช้ 3 ลำดับแรก คือ risperidone, quetiapine, clozapine ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับคู่มือการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ²¹

สรุป

จากข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่มารักษาแบบผู้ป่วยในที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ปี 2562 - 2563 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 557 คน เป็นเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี โดยได้รับการวินิจฉัยหลักส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรค F20 - F29 (schizophrenia,

schizotypal and delusional disorders) มีโรคร่วมทางจิตเวชในกลุ่ม F00 - F09 (organic, including symptomatic, mental disorders) และมีโรคร่วมทางกายเป็นโรคเบาหวาน อีกทั้งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ยาในกลุ่ม atypical ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงของการเกิด metabolic syndrome จึงจำเป็นต้องเฝ้าระวังและหามาตรการในการดูแลผู้ป่วย และผลการศึกษานี้ใช้เป็นฐานข้อมูลภายในสถาบันฯ เพื่อวางแผนและวางแผนนโยบายในการจัดตั้งคลินิกจิตเวชผู้สูงอายุของสถาบันฯ รวมถึงการเปิดหอผู้ป่วยจิตเวชผู้สูงอายุเฉพาะทาง ซึ่งในปัจจุบันสถาบันฯ ไม่มีการให้บริการเฉพาะทางด้านจิตเวชสูงอายุ อีกทั้งใช้ในการวางแผนเพื่อสรรหาอัตรากำลังและเพิ่มศักยภาพแก่บุคลากรในคลินิกให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุให้มีความเชี่ยวชาญมากขึ้นต่อไป

ข้อจำกัด

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง เป็นระยะเวลา 2 ปี โดยเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลสถาบันฯ และเวชระเบียนย้อนหลัง จึงทำให้ข้อมูลบางส่วนไม่สมบูรณ์ เช่น ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย หรือข้อมูลทางคลินิกบางส่วน

เอกสารอ้างอิง

1. ชมพูนุช พรหมภักดิ์. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา; 2556.

2. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. ประเด็นสำคัญในทางปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว. กรุงเทพฯ: สมาคมพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ; 2564.
3. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. พุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุขั้นต้น. กรุงเทพฯ: สมาคมพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ; 2561.
4. มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, สำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, สำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2558
5. กุลศราภรณ์ ชัยอุดมสม, ภทรี พหลภักย์, ภาพันท์ วัฒนวิทย์กิจ, ศิริภา อภิสิทธิ์ภิญโญ. จิตเวชศาสตร์. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนาโนวิทยา; 2560.
6. Lilford P, Hughes JC. Epidemiology and mental illness in old age. BJ Psych Advances 2020; 26(2): 92-103.
7. เจริญศักดิ์ อ่ำกลิ่น, เกษราภรณ์ เคนนูปผา. ระบาดวิทยาโรคจิตเวชในผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ระหว่างปี พ.ศ. 2551 – 2555. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์; 2559.
8. Reynolds K, Pietrzak RH, El-Gabalawy R, Mackenzie CS, Sareen J. Prevalence of psychiatric disorders in U.S. older adults: findings from a nationally representative survey. World Psychiatry 2015; 14(1): 74-81.
9. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2561.
10. Wang J, Mann F, Lloyd-Evans B, Ma R, Johnson S. Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. BMC Psychiatry 2018; 18(1): 156.
11. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุ ปี 2562 [online]. Available from: <https://thaitgri.org/?p=39457> [10 กรกฎาคม 2564].

12. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562. นครปฐม: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2563.
13. มาริสา จิตต์นุพงศ์ บุญพันธ์, เสาวภา ปานเพชร. การศึกษาลักษณะทั่วไป และลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่เข้าการรักษา แบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2562; 33(3): 103-14.
14. Anantapong K, Vittayanont A, Werachattawan N. Prevalence of Mental Disorders in Older Outpatients in Songklanagarind Hospital. J Med Assoc Thai 2017; 100(12); 1331-7.
15. Rainville JR, Hodes GE. Inflaming sex differences in mood disorders. NPP 2019; 44(1): 184-99.
16. Neigh GN, Nemeth CL, Rowson SA. Sex differences in immunity and inflammation: implications for brain and behavior sex differences in the Central Nervous System: 2015; 1-26.
17. Ijaz S, Bolea B, Davies S, Savović J, Richards A, Sullivan S, et al. Antipsychotic polypharmacy and metabolic syndrome in schizophrenia: a review of systematic reviews. BMC Psychiatry 2018; 18(1): 275.
18. Millan MJ, Agid Y, Brüne M, Bullmore ET, Carter CS, Clayton NS, et al. Cognitive dysfunction in psychiatric disorders: characteristics, causes and the quest for improved therapy. Nat Rev Drug Discov 2012; 11(2): 141-68.
19. Orooji A, Nazar E, Sadeghi M, Moradi A, Jafari Z, Esmaily H. Factors associated with length of stay in hospital among the elderly patients using count regression models. Med J Islam Repub Iran 2021; 35: 5.
20. Jacobs R, Gutacker N, Mason A, Goddard M, Gravelle H, Kendrick T, et al. Determinants of hospital length of stay for people with serious mental illness in England and implications for payment systems: A regression analysis. BMC Health Serv Res 2015; 15.
21. คณะอนุกรรมการพัฒนาปัญญาหลักแห่งชาติ. คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามปัญญาหลักแห่งชาติที่ใช้ทางจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: คณะอนุกรรมการพัฒนาปัญญาหลักแห่งชาติ; 2558.

ผลการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวล ของผู้ป่วยจิตเวชในระยะก่อนได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า แบบใช้ยาระงับความรู้สึกครั้งแรก

นาริรัตน์ ทองยินดี, วท.ม.*, อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, พย.ด.**,
สมฤดี ชุมแก้ว, วท.ม.*, เบญญาภา เสวกโกเมต, พย.บ.*

*สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยจิตเวชในระยะก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกครั้งแรกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วัสดุและวิธีการ : การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย ที่ได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยจิตเวชระยะก่อนได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก และกลุ่มควบคุม 20 ราย ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติทดสอบที และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผล : พบว่าข้อมูลทั่วไปด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สิทธิในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล การวินิจฉัยโรคและจำนวนครั้งในการรักษาด้วยไฟฟ้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวล พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองหลังได้รับรูปแบบการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผนระยะก่อนได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกครั้งแรก มีความวิตกกังวล (10.5 ± 5.15) น้อยกว่าก่อนการทดลอง (21.6 ± 8.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง (10.5 ± 5.15) กับกลุ่มควบคุม (8.9 ± 4.53) พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป : สามารถนำรูปแบบการเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยจิตเวชระยะก่อนได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานการประเมินผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาทักษะแก่นบุคลากรในการให้ข้อมูล ความรู้กับผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก

คำสำคัญ : การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก ความวิตกกังวล ผู้ป่วยจิตเวช รูปแบบการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผน

THE EFFECT OF USING A STRUCTURED PREPARATION MODEL ON ANXIETY AMONG PSYCHIATRIC PATIENTS IN THE PRE-SEDATION PHASE OF ELECTROCONVULSIVE THERAPY USING ANESTHESIA FOR THE FIRST TIME

Nareerat Thongyindee, M.Sc.*, Achcarapone Seeherunwong, D.N.S.**,

Somrudee Chumkaew, M.Sc.*, Benyapa Saveckomet, B.N.S.*

**Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*

***Faculty of Nursing, Mahidol University*

Abstract

Objectives: To compare the anxiety scores of psychiatric patients before and after receiving the first electrical anesthesia treatment between the experimental group and the control group.

Material and Methods: This study was a quasi-experimental research. The sample consisted of 40 subjects, divided into two groups: experimental and control group; each group consisted of 20 subjects. Participants in the experimental group received the structured preparation model while those in the control group received a usual care. The data were analyzed using percentage, mean, standard deviation and t-test. The statistics used for data analysis were number, percentage, mean and standard deviation while the anxiety scores before and after receiving the program in the experimental and controlled group, and between groups were analyzed by using t-test.

Results: It was found that there were not differences between the control group and the experimental group in the general information on gender, age, education level, occupation, family income, the rights to medical and healthcare services, diagnosis and number of electroconvulsive treatment sessions. When comparing anxiety scores, It was found that the patients in the experimental group after receiving the structured preparation phase before receiving the first sedation-based electroconvulsive therapy. There was less anxiety scores (10.5 ± 5.15) than before the experiment (21.6 ± 8.01) at a statistically significant level of 0.05. Comparing between the experimental group (10.5 ± 5.15) and the control group (8.9 ± 4.53), it was found that it was not statistically significant difference at the 0.05 level.

Conclusion: The structured preparation model on anxiety among psychiatric patients in the pre-sedation phase of electroconvulsive therapy should be promoted as a assessment tool to decrease anxiety and as a guideline to develop skills for health care personnel on providing patients and families with information and knowledge.

Key words: anxiety, electroconvulsive therapy using anesthesia, psychiatric patients, structured preparation model

Corresponding author: Nareerat Thongyindee, e-mail: nupom1416@gmail.com

Received: September 17, 2021; Revised: January 27, 2022; Accepted: February 3, 2022

บทนำ

การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy: ECT) เป็นวิธีการรักษาทางกายภาพที่ใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือโรคอารมณ์สองขั้วที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีอื่น¹ หรือในรายที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจน วิธีการนี้ใช้ได้กับผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องการควบคุมอาการอย่างรวดเร็วและมักใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อารมณ์แปรปรวน ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ควบคุมตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยที่มีอาการหวาดระแวงมาก ผู้ป่วยที่มีอาการตัวแข็งเกร็ง (catatonia) รุนแรง หรือในผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ โดยการรักษาจะใช้กระแสไฟฟ้าที่มีขนาดความถี่ต่ำ ๆ เข้าสู่สมองของผู้ป่วยในเวลาที่กำหนดเพื่อไปกระตุ้นสมองทำให้เกิดอาการชักเกร็ง กระตุกทั่วร่างกายแบบโรคลมชัก ที่เรียกว่า Grandmal Seizure หรือ Generalized Seizure² การเปลี่ยนแปลงในสมอง ระหว่างผู้ป่วยชักจะมีเลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น ส่งผลให้เมตาบอลิซึมสูงขึ้น มีการใช้ออกซิเจนและกลูโคสมากขึ้น หลังจากชักแล้ว เมตาบอลิซึม การใช้ ออกซิเจน กลูโคส รวมทั้งเลือดที่ไปเลี้ยงสมองจะน้อยลง โดยเฉพาะบริเวณ frontal lobe จะลดลงอย่างมาก³ ซึ่งส่งผลทำให้อาการทางจิตดีขึ้น

แต่อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยไฟฟ้ายังคงมีความน่ากลัวเมื่อนึกภาพตามจินตนาการในความคิดของบุคคลทั่ว ๆ ไป หรือในผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าก็ตาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่

เกิดความกลัวและมีความวิตกกังวลค่อนข้างสูงเมื่อถูกส่งทำการรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจแสดงอาการต่อต้าน หลีกเลียง หรือบางรายอาจมีอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียว ก้าวร้าว รุนแรง จนเกิดการปฏิเสธการรักษา รวมถึงแสดงออกทางด้านร่างกาย เช่น กระวนกระวาย นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง วิตกกังวลจนเกิดความดันโลหิตสูง เป็นต้น⁴ จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยได้ทำการประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย และประเมินความวิตกกังวลก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้า จำนวนผู้ป่วย 20 ราย พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 18 ราย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาด้วยไฟฟ้ามากที่สุด ร้อยละ 90 และ 2 ราย มีความวิตกกังวลปานกลาง ร้อยละ 6 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องความจำ กลัวความจำต่าง ๆ หายไป กลัวตื่นมาไม่เหมือนเดิม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีวิธีที่สามารถช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้ามีอยู่หลายรูปแบบ ได้แก่ การใช้ยาคลายความวิตกกังวล การใช้น้ำมันหอมระเหย การนวดคลายเครียด การศึกษาหาข้อมูลที่แท้จริง การรับข้อมูลจากสื่อที่เชื่อถือได้ เป็นต้น ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการสืบค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวล พบว่างานวิจัยของ⁴ ที่สืบค้นอย่างเป็นระบบ วิธีการลดความวิตกกังวลของการรักษาด้วยไฟฟ้ามีอยู่หลายวิธีด้วยกัน เช่น การใช้ Propofol 0.5 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว ขนาดน้อย ๆ ก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้าสามารถลดความวิตกกังวลในขณะทำการรักษาด้วยไฟฟ้าได้ การใช้ยา Meprobamine 600 mg ก่อน

ทำการรักษาด้วยไฟฟ้า 20 นาที สามารถลดความวิตกกังวลได้เช่นกัน การให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก และการให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ สามารถลดความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการสืบค้นวิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าของ Vaghee et al. (2017)⁵ ศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้แบบตัวต่อตัวกับการใช้สื่อวีดิทัศน์ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา ก่อน และหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้า รวมถึงการพยาบาลก่อน และหลังการรักษาด้วยไฟฟ้า นำมาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มให้ความรู้แบบตัวต่อตัวและการให้ความรู้แบบสื่อวีดิทัศน์ พบว่า สามารถช่วยลดความวิตกกังวลในการรักษาด้วยไฟฟ้าในครั้งแรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของฉันทพล เดิมพรเลิศ (2563)⁶ ศึกษาผลของวีดิทัศน์สื่อความรู้ต่อการลดความวิตกกังวลในการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับชมวีดิทัศน์สื่อความรู้เกี่ยวกับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า มีคะแนนความวิตกกังวล APAIS น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งช่วงหลังได้รับข้อมูลความรู้ทันที และช่วงหลังจากได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าครบจำนวนครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของรูปแบบการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยจิตเวชระยะก่อนได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกครั้งแรก เพื่อลดความวิตกกังวล ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับ

การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก โดยผ่านสื่อวีดิทัศน์ และเอกสารคู่มือการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก เพราะสื่อวีดิทัศน์ และเอกสารคู่มือเป็นการให้ข้อมูลชนิดหนึ่งที่สามารถสื่อให้มองเห็นภาพเห็นกระบวนการ การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก ให้เห็นภาพของบรรยากาศ และอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก และการปฏิบัติตัวหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือ รวมถึงผลของการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งแสดงถึงการพัฒนาคูณภาพการพยาบาลให้เป็นตามมาตรฐานวิชาชีพ

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่มีมารับบริการในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา และได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกครั้งแรก

เกณฑ์การคัดเลือก

1. ผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยในที่มีแพทย์สั่งการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกครั้งแรก
2. ผู้ป่วยอายุ 14 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
3. ผู้ป่วยมีคะแนนความวิตกกังวลจากแบบประเมิน Amsterdam Preoperational Anxiety and Information Scale (APAIS) มากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน
4. ผู้ป่วยสามารถอ่านออก เขียนภาษาไทยได้

5. ญาติหรือผู้ดูแลยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ซึ่งผู้วิจัยประเมินแล้วว่าต้องได้รับการรักษาเพิ่ม

2. ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก เช่น สัญญาณชีพผิดปกติ

3. ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการทำแบบประเมิน

เกณฑ์การยุติ

1. แพทย์ยกเลิกคำสั่งการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก

2. ผู้ป่วยขอถอนตัวออกจากทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ของครอบครัว สิทธิ์ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล การวินิจฉัยโรคจิตเวช และจำนวนครั้งของการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกในครั้งนี้

2. แบบสอบถามความวิตกกังวล Amsterdam Preoperational Anxiety and Information Scale (APAIS) ฉบับภาษาไทย⁶ ซึ่งเป็นแบบสอบที่ใช้ในการประเมินระดับความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด หรือการระงับความรู้สึก โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตในการใช้เครื่องมือวิจัยจากแพทย์หญิงอภิัญญา กุณฑลลักษณ์มีแบบสอบถาม APAIS ฉบับภาษาไทยด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ประกอบด้วย 1) ฉันรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก 2) ความคิดเกี่ยวกับระงับ

ความรู้สึกวนเวียนในใจฉันตลอดเวลา 3) ฉันอยากรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ 4) ฉันรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด 5) ความคิดเกี่ยวกับการผ่าตัดวนเวียนในใจฉันตลอดเวลา และ 6) ฉันอยากรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้

การประเมินในแต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก ดังนี้

มากที่สุด ให้ 5 คะแนน

ค่อนข้างมาก ให้ 4 คะแนน

ปานกลาง ให้ 3 คะแนน

มีบ้าง ให้ 2 คะแนน

ไม่เลย ให้ 1 คะแนน

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงคำในข้อคำถามที่ 4 - 6 จาก “การผ่าตัด” เป็น “การรักษาด้วยไฟฟ้า” เพื่อให้เข้ากับบริบทของงานวิจัยมากขึ้นในการแปลผลคะแนนจากคำถามที่ 1 และ 2 แสดงถึง “ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก” คะแนนรวมจากข้อคำถามที่ 4 และ 5 แสดงถึง “ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาด้วยไฟฟ้า” โดยคะแนนรวมจากทั้ง 2 หมวดนี้ แสดงถึง “ความวิตกกังวลโดยรวม ส่วนคะแนนรวมจากข้อคำถามที่ 3 และ 6 แสดงถึง “ข้อ 3 และ 6 ความต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา” สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาคือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อน

และหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (paired t-test) และเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที (independent t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยเลขที่ SD.IRB.APPROVAL 005/2564 ลงวันที่ 27 เมษายน 2564 โดยผู้วิจัยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก รวมไปถึงญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย โดยการขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าพบ เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ และนำเสนอออกมาเป็นภาพรวมในรูปผลของการวิจัยเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะแจ้งขอออกจากกรวิจัยก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลงได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วเกิดความวิตกกังวลมากขึ้น และไม่ต้องการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก เช่น มีความเครียด ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เป็นต้น ผู้วิจัยอนุญาตให้ผู้ป่วยออกไป

พักผ่อน และแจ้งแพทย์เจ้าของต่อไป

ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.0 จบการศึกษาระดับอาชีวศึกษา ร้อยละ 35.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 70.0 รายได้ของครอบครัว 5,001 – 15,000 บาท/เดือน ร้อยละ 35.0 และสิทธิในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล คือ บัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 75.0 ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 35.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 90.0 รายได้ของครอบครัว ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 35.0 และสิทธิในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล คือ บัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 75.0 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างกันด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และสิทธิในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล การวินิจฉัยโรคและจำนวนครั้งในการรักษาด้วยไฟฟ้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรค คือ schizophrenia ร้อยละ 65.0 และจำนวนครั้งในการรักษาด้วยไฟฟ้า 6 ครั้ง ร้อยละ 85.0 ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรค คือ schizophrenia ร้อยละ 80.0 และจำนวนครั้งในการรักษาด้วยไฟฟ้า 6 ครั้ง ร้อยละ 55.0 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 40)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	9	45.0	13	65.0	0.204 ^a
หญิง	11	55.0	7	35.0	
อายุเฉลี่ย (SD)	36.5 (10.30) ปี		37.6 (8.74) ปี		0.718 ^c
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้ศึกษา	1	5.0	1	5.0	0.562 ^b
ประถมศึกษา	4	20.0	7	35.0	
มัธยมศึกษา	6	30.0	5	25.0	
อาชีวศึกษา	7	35.0	3	15.0	
ปริญญาตรี	2	10.0	4	20.0	
อาชีพ					
ไม่ได้ทำงาน	14	70.0	18	90.0	0.328 ^b
ค้าขาย	2	10.0	0	0.0	
รับจ้าง	3	15.0	2	10.0	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	5.0	0	0.0	
รายได้ของครอบครัว					
ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน	3	15.0	7	35.0	0.361 ^b
5,001 – 15,000 บาท/เดือน	7	35.0	3	15.0	
15,001 – 25,000 บาท/เดือน	5	25.0	4	20.0	
มากกว่า 25,001 บาท/เดือน	5	25.0	6	30.0	
สิทธิในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล					
ชำระเงินเอง	2	10.0	3	15.0	0.420 ^b
บัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	15	75.0	15	75.0	
ประกันสังคม	0	0.0	2	10.0	
สวัสดิการข้าราชการ	1	5.0	0	0.0	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 40) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การวินิจฉัยโรค					
schizophrenia	13	65.0	16	80.0	0.775 ^b
bipolar disorder	1	5.0	1	5.0	
depressive disorder	2	10.0	0	0.0	
psychosis	3	15.0	2	10.0	
major depressive disorder	1	5.0	1	5.0	
จำนวนครั้งในการรักษาด้วยไฟฟ้า					
3 ครั้ง	3	15.0	3	15.0	0.072 ^b
6 ครั้ง	17	85.0	11	55.0	
9 ครั้ง	0	0.0	6	30.0	

*p-value < 0.05, ^achi-square test, ^bfisher's exact test, ^cindependent t-test

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลในการเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยจิตเวชระยะก่อนได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ขั้วขั้วความรู้สีก่อนและหลังในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	คะแนนความวิตกกังวล				
	mean	SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	21.6	8.01	5.76	19	< 0.001*
หลังการทดลอง	10.5	5.15			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	17.7	8.69	4.88	19	< 0.001*
หลังการทดลอง	8.9	4.53			

*p-value < 0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยจิตเวชระยะก่อนได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนความวิตกกังวล				
	mean	SD	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	21.6	8.01	1.476	38	0.148
กลุ่มควบคุม	17.7	8.69			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	10.5	5.15	1.076	38	0.289
กลุ่มควบคุม	8.9	4.53			

*p-value < 0.05, independent t-test

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังในกลุ่มทดลองในการเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยจิตเวชระยะก่อนได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก ในกลุ่มทดลองพบว่า หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 21.6 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.01 หลังการทดลองใช้การเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยจิตเวชระยะก่อนได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกเท่ากับ 10.5 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.15 ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า ความวิตกกังวลก่อนได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 17.7 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.69 หลังการทดลองเท่ากับ 8.9 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.53 ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดัง

แสดงในตารางที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยจิตเวชระยะก่อนได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยจิตเวชระยะก่อนได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกพบว่า ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.148, 0.289 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

อภิปรายผล

ผู้ป่วยจิตเวชระยะก่อนได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกครั้งแรกที่ได้รับ

รูปแบบการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผน มีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนได้รับรูปแบบการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองหลังได้รับรูปแบบการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผน ระยะเวลาก่อนได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกครั้งแรก มีความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยก่อนการทดลอง ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 21.6 ($SD = 8.01$) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 10.5 ($SD = 5.15$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงว่าผู้ป่วยก่อนมาได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกส่วนใหญ่ มีความวิตกกังวล รู้สึกไม่สบายใจเป็นทุกข์หวาดหวั่น จากการคาดการณ์ล่วงหน้า ซึ่ง Skipper and Leonard (1975) อ้างถึงในชัยรติรี หงส์วิไล (2556)⁷ ได้กล่าวถึงประโยชน์ของข้อมูลไว้ว่าการให้ข้อมูล จะช่วยลดความวิตกกังวลหรือความเครียด ช่วยทำให้เกิดความเข้าใจ สบายใจ สามารถสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย ช่วยให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและช่วยให้เกิดความสามารถในการประเมินประสิทธิภาพของตนเองได้ และการให้ข้อมูลในการเตรียมความพร้อม เป็นการให้หลักการให้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงปราศจากความคลุมเครือ มีความจำเป็นเฉพาะเจาะจงและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ ทำให้ปฏิกิริยาการตอบสนองทางด้านจิตใจลดลง เช่น ความวิตกกังวล ความ

เจ็บปวด ความกลัว และความทุกข์ทรมาน อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกฤติน กิตติกรชัยชาญ และคณะ (2559)¹ ที่ศึกษาผลของการประเมินก่อนการระงับความรู้สึกโดยใช้วิตัทัศน์ต่อความกังวลก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา พบว่าหลังจากได้รับชมวิตัทัศน์เกี่ยวกับการระงับความรู้สึก ผู้ป่วยมีระดับความกังวล (VAS หลังดูวิตัทัศน์) และลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับระดับความกังวลทั้งในช่วงก่อนการประเมินก่อนการระงับความรู้สึก และระดับความกังวลหลังพูดคุย (VAS หลังพูดคุย) ในวันผ่าตัด และสอดคล้องกับการศึกษาของเพชรรัตน์ อภัยสัยงาม และชินนฤทัย ยี่เจียน (2558)⁸ ที่ศึกษาความรู้ ความวิตกกังวลและความคิดเห็นก่อนการระงับความรู้สึกเพื่อทำผ่าตัดของผู้ป่วยที่คู่มือสถานีโทรทัศน์วิสัยทัศน์ พบว่ากลุ่มที่ดูสื่อโทรทัศน์วิสัยทัศน์ มีความรู้เกี่ยวกับ “การถอดฟันปลอมก่อนการผ่าตัดอย่างเคร่งครัด” มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ดูสื่อโทรทัศน์วิสัยทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (100.0% vs. 88.0%, $p = 0.012$) และสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี จะนู (2558)⁹ ที่ศึกษาผลการใช้สื่อวิตัทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อระดับความรู้และความพึงพอใจในผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่มาใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกโดยวิธีฉีดยาเฉพาะที่แผนก หู คอ จมูก ที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดด้วยสื่อวิตัทัศน์มีคะแนนเฉลี่ยความรู้อัตราหลังการรับชมสื่อวิตัทัศน์สูงกว่าก่อนการรับชมสื่อ

วิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของณัชพล เติมพรเลิศ และปัญญกรณ์ วาสีประโคน (2563)⁶ ผลของวิทัศน์สื่อความรู้ต่อการลดความวิตกกังวลในการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับชมวิทัศน์ความรู้เกี่ยวกับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า มีคะแนนความวิตกกังวล APAIS น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกข้อคำถาม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Vaghee et al. (2017)² ศึกษาการเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการให้ความรู้ตัวต่อตัวกับการใช้สื่อวิทัศน์ลดความวิตกกังวลของการรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยด้านอารมณ์ที่ต้องรักษาด้วยไฟฟ้า แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มให้ความรู้แบบตัวต่อตัว กลุ่มให้ความรู้ใช้สื่อวิทัศน์ และกลุ่มควบคุม เมื่อใช้ The post-hoc Tukey ทดสอบ พบว่ากลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันกับกลุ่มให้ความรู้แบบตัวต่อตัวที่ (p -value = 0.01) และกลุ่มวิทัศน์ที่ (p -value = 0.03) ก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้าครั้งแรก และการได้ความรู้แบบตัวต่อตัวและการได้ความรู้แบบใช้วิทัศน์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.07) และสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตต์ จันทร์ภูฏ และกรกฎ เจริญสุข (2558)¹⁰ ศึกษาผลของการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจด้วยสื่อวิทัศน์ต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนและระดับความวิตกกังวล พบว่า หลังการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจด้วยวิทัศน์ คะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการสอนด้วยวิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และหลังการ

สอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการสอนด้วยวิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผู้ป่วยจิตเวชระยะก่อนได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกครั้งแรกที่ได้รับรูปแบบการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผน มีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองก่อนการเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยจิตเวชระยะก่อนได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติระยะก่อนได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p -value = 0.05) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่สอดคล้องกับการศึกษาของสจ๊วต สกิดส์โฮทิส (2556)¹¹ ศึกษาผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยต้องกลืนทางเดินอาหารส่วนต้นและส่วนปลายในระยะก่อนส่องกล้องโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบว่า ผู้ป่วยต้องกลืนที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 มากกว่าผู้ป่วยต้องกลืนที่ได้รับข้อมูลตามปกติที่มีระดับความวิตกกังวลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของชัยรัสริ หงส์วิไล (2556)⁷ ที่ศึกษาผลลัพธ์แบบแผนการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเมื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะเผชิญระหว่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และจากการ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยในด้านการ วินิจฉัยโรค เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิ การรักษาพยาบาล จำนวนครั้งในการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความใกล้เคียงกัน ดังนั้นความไม่ สอดคล้องอาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัย ประเมินก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับ ความรู้สึกส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีความ ผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ เช่น หูแว่ว หวาดระแวง หลงผิด รวมถึงพฤติกรรมอารมณ์ที่ แสดงไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการเตรียม ความพร้อมอย่างมีแบบแผนในการรักษาด้วยไฟฟ้า แบบใช้ยาระงับความรู้สึกได้ และจากการที่ผู้วิจัย ประเมินผู้ป่วยหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยา ระงับความรู้สึกครั้งแรก พบว่า อาการของผู้ป่วยใน ด้านความคิด และการรับรู้ไม่ดีขึ้น การตอบคำถาม ส่วนใหญ่ถูกปฏิเสธ เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมี ความคิด การรับรู้ที่ยังไม่เหมาะสม ซึ่งปกติผู้ป่วย จิตเภทต้องได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยา ระงับความรู้สึกไม่น้อยกว่า 9 - 12 ครั้ง ความคิด และการรับรู้เริ่มดีขึ้นตามลำดับ

จากผลการศึกษาข้างต้น อาจกล่าวได้ว่า รูปแบบการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผน ระยะก่อนได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับ ความรู้สึก ด้วยการให้ข้อมูลโดยผ่านสื่อวีดิทัศน์ หรือการให้ข้อมูลแผ่นพับหรือสื่ออื่น ๆ สามารถ สร้างการเรียนรู้ ความเข้าใจให้ผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน ดีกว่าการให้ข้อมูลด้วยวาจาเพียงอย่างเดียว หรือ

อาจกล่าวได้ว่าการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบ แผนระยะก่อนได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยา ระงับความรู้สึก สามารถช่วยลดความวิตกกังวลใน ผู้ป่วยจิตเวชได้ แต่รูปแบบการเตรียมความพร้อม อย่างมีแบบแผนระยะก่อนได้รับการรักษาด้วย ไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก ต้องเลือกกลุ่ม ตัวอย่างที่มีการรับรู้ดี หรือกลุ่มตัวอย่างที่มีความ ผิดปกติทางด้านอารมณ์ เพื่อสามารถประเมิน อาการทางจิตได้อย่างเหมาะสม

สรุป

รูปแบบการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบ แผนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยจิตเวชในระยะ ก่อนได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับ ความรู้สึกครั้งแรก สามารถลดความวิตกกังวลใน ผู้ป่วยได้ ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานการ ประเมินผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาทักษะแก่บุคลากร ในการให้ข้อมูล ความรู้กับผู้ป่วยและญาติที่มารับ บริการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก

เอกสารอ้างอิง

1. กฤติน กิตติกรชัยชาญ, พัทยาจันทร์ เสี่ยม, นฤมล ไชยฐานัญญะ, เอกนิจ อาจธนกุล, นันทนา หอมสุข, พัทยากร เกิดสุข. ผล ของการประเมินก่อนการระงับความรู้สึกโดยใช้วิดีโอทัศน์ต่อ ความกังวลก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดที่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา. ศรีนครินทร์เวชสาร 2559: 31(3); 299-305.

2. ชีระ ลีลำนันทกิจ. การรักษาด้วยไฟฟ้าทฤษฎีและภาคปฏิบัติ. ปทุมธานี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2553.
3. รัตนา สายพานิชย์. Article from Rama mental Electroconvulsive Therapy (ECT) [online]. Available from: <https://med.mahidol.ac.th/ramamental/sites/default/files/public/pdf/ECT%20%28mechanism%20and%20procedure%29.pdf> [5 กุมภาพันธ์ 2564].
4. Obbels J, Verwijk E, Bouckaert F, Stenaert P. ECT-related anxiety: a systematic review. J ECT 2017; 33(4): 229-36.
5. Vaghee S, Sepehrikia M, Saghebi SA, Vashani HB, Salarhaji A, Moghaddam ZN. Comparison of the effect of face – to – face and multimedia education on the anxiety caused by electroconvulsive therapy in patients with mood disorders. Evid Based Care J 2017; 7(1): 25-34.
6. ณัฏพล เต็มพรเลิศ, ปัญจกรณ์ วาฬิประ โคน. ผลของวิดีโอสื่อความรู้ต่อการลดความวิตกกังวลในการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2563; 65(2); 153-66.
7. ขมิ้นลิลี หงส์วิไล. ผลลัพธ์ของแบบแผนการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2556.
8. เพ็ชรรัตน์ อธิยาศัยงาม, ชื่นฤทัย ยี่เขียน. ความรู้ ความวิตกกังวลและความคิดเห็นก่อนการระงับความรู้สึกเพื่อทำผ่าตัดของผู้ป่วยที่คู่มือสถานีโทรทัศน์วิสัญญี. วิสัญญีสาร 2558; 41(2); 92-102.
9. เพ็ญศรี จะนู. ผลการใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อระดับความรู้และความพึงพอใจในผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก ห้องผ่าตัดหู คอ จมูก โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. ปทุมธานี: โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ; 2558.
10. สมจิตต์ จันท์ภูณ, กรกฎ เจริญสุข. ผลของการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจด้วยสื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนและระดับความวิตกกังวล. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2558; 25(1); 157-66.
11. สจ๊ คักดีโสภิชฐ์. ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยต้องกล่อมทางเดินอาหารส่วนต้นและส่วนปลายในระยะก่อนส่องกล้องโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. ปทุมธานี: โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ; 2556.

คุณภาพชีวิตและความเครียดของบุคลากรสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สุทธา สุปัญญา, พ.บ.*, กฤตชัย แก้วยศ, วท.ม*

*สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและความเครียดของบุคลากรสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วัสดุและวิธีการ : งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ในบุคลากรของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาระหว่างเดือนกันยายน - เดือนตุลาคม พ.ศ.2564 โดยเครื่องมือวิจัยที่ใช้คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย และ 3) แบบประเมินความเครียด สถิติที่ใช้ คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบหาค่าเฉลี่ย และสถิติความสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผล : จากบุคลากรทั้งหมด 630 คน มีผู้ตอบกลับ 384 คน (ร้อยละ 60.9) มีอายุเฉลี่ย 40.3 ± 11.16 ปี และจำนวนปีของการปฏิบัติงานเฉลี่ย 14.1 ± 10.69 ปี ลักษณะการทำงานโดยหลักเป็นงานบริการดูแลรักษาผู้ป่วย (ร้อยละ 74.2) และส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับกลาง (ร้อยละ 57.3) และมีระดับความเครียดน้อย (ร้อยละ 63.3) พบว่าปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับความเสี่ยง คือระยะเวลาของการปฏิบัติงานที่มากกว่า 20 ปี การมีปัญหากับเพื่อนร่วมงาน และการมีความคิดอยากโอนย้ายหรือลาออก ส่วนปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต คือ การมีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป การมีโรคประจำตัวทางกาย รายได้ต่อเดือนมากกว่า 45,000 บาท รายได้ไม่เพียงพอ การมีบุตร/ธิดา และการนอนหลับมากกว่า 7 ชั่วโมงต่อวัน

สรุป : พบปัจจัยที่ส่งเสริมส่งเสริมให้บุคลากรมีความเครียดที่น้อยลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นข้อมูลนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลให้กับผู้บริหารหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและวางแผนเพื่อบุคลากรของสถาบันฯ ต่อไป

คำสำคัญ : ความเครียด คุณภาพชีวิต บุคลากร โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

QUALITY OF LIFE AND STRESS OF PERSONAL IN SOMDET CHAOPRAYA INSTITUTE OF PSYCHIATRY DURING CORONAVIRUS DISEASE 2019 OUTBRAKE

Suttha Supanya, M.D.*, Krittanai Kaewyot, M.Sc.*

**Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*

Abstract

Objectives: To study the prevalence and factors related to the quality of life and stress among Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry personnel during coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak.

Material and Methods: This was an analytical study among Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry personnel during September – October 2021. The research tools used were 1) general data record form, 2) the Thai version of the abbreviated WHO Quality of Life Scale (WHOQOL-BREF), and 3) the stress assessment form. The statistics used were percentage, mean and standard deviation. In addition, correlations were computed using logistic regression and Spearman's correlation.

Results: Of the 630 personnel, 384 (60.9%) responded. The respondents had a mean age of 40.3 ± 11.16 years and a mean year of service of 14.1 ± 10.69 years and the main job characteristics are patient care services (74.2%). Most reported a moderate quality of life (57.3%) and low-stress levels (63.3%). Factors related to stress were more than 20 years of work, having problems with colleagues and having an idea of wanting to transfer or resign. On the other hand, the quality of life-related factors and a bachelor's degree or higher education, having a medical condition, a monthly income of more than THB 45,000, not enough income, children and sleeping more than 7 hours a day.

Conclusion: It was found that factors promoted personnel to have less stressed and better quality of life. In addition, the management or related departments can use this information as a guideline for formulating policies and planning for the personnel of the institute.

Key words: stress, quality of life, personal, coronavirus disease 2019

บทนำ

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่บุคคลทั่วไปย่อมมีความประสงค์ในการดำเนินชีวิต เพราะเป็นปัจจัยหนึ่งที่แสดงถึงความสามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข คุณภาพชีวิตเองนั้นมีหลายมิติ หนึ่งในมิตินั้นก็คือมิติของการทำงาน¹ ซึ่งเป็นมิติที่หน่วยงานต้องให้ความสำคัญเนื่องจากคุณภาพชีวิตนั้นมีความเกี่ยวข้องกับคามพึงพอใจในงาน แรงจูงใจ ผลผลิต สุขภาพ ความมั่นคงในงาน ความปลอดภัย และความเป็นอยู่ที่ดีโดยรวมของบุคคลนั้น² ดังนั้นหากหน่วยงานสามารถเข้าถึงความต้องการของบุคลากรทุกระดับได้ และหากความต้องการนั้นสามารถสร้างให้สอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วยงานก็จะทำให้บุคลากรภายในหน่วยงานเกิดความพึงพอใจในการทำงาน เกิดความความผูกพันต่อองค์กร และมีความสุขกับงาน ซึ่งจะทำให้ผลของงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น³

อีกสิ่งหนึ่งที่สามารถส่งผลต่อคุณภาพชีวิตคือ ความเครียด ซึ่งเป็นภาวะที่สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรงผ่านการตอบสนองของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย และทางอ้อมด้วยผ่านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการตอบสนองที่เกิดขึ้นในบุคคล⁴ เมื่อมีสิ่งเร้าจากสภาวะการทำงานหรือเรื่องอื่น ๆ มากระทบทางร่างกายหรือจิตใจ บุคคลจึงพยายามปรับสภาวะด้วยการปรับตัวรูปแบบต่าง ๆ เพื่อรักษาความสมดุลไว้⁵ แต่หากการปรับตัวนั้นเกิดการเสียสมดุลจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมและสมรรถภาพการทำงาน มีความขัดแย้งบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบรวมถึงความเสี่ยงของการเกิด

อุบัติเหตุจากการทำงาน และคุณภาพชีวิต⁶

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาเป็นสถานพยาบาลของรัฐขนาดตติยภูมิ (tertiary care) ที่ดูแลปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของประชาชนในเขตพื้นที่บริการกรุงเทพมหานครและบริเวณใกล้เคียง ซึ่งบุคลากรในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ไม่ว่าจะเป็น จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข และวิชาชีพอื่น ๆ มีบทบาทในการให้การ ดูแล รักษา และป้องกันโรคทางสุขภาพจิต และมีหน้าที่ในการดำเนินการและจัดการเรียนการสอน การวิจัย เพื่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทุกสายงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถเป็นกำลังสำคัญในการผลักดันให้ภารกิจต่าง ๆ ของสถาบันฯ ให้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ การที่จะให้บุคลากรในองค์กรทำงานได้อย่างมีคุณภาพ บุคลากรจำเป็นต้องมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ที่ผ่านมามีการศึกษาเรื่องความเครียดและคุณภาพชีวิตมากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากเป็นกลุ่มวิชาชีพที่ต้องทำงานที่มีความเสี่ยงสูงทั้งต่อตนเองและผู้ป่วย ทำงานที่หนักและติดต่อกันเป็นเวลานาน ส่งผลต่อทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ซึ่งกระทบกับระดับของคุณภาพชีวิตโดยตรงและทำให้มีผลต่อเนื่องไปยังคุณภาพของบริการ⁷⁻⁹ ในประเทศไทยเองก็มีการศึกษาของวศิน คัมภีระ (2561)¹⁰ ศึกษาคุณภาพชีวิตแพทย์

โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสงขลา พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมจัดอยู่ในระดับกลาง ๆ การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หรือสระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับระดับคุณภาพชีวิตที่ดีแบบหลายตัวแปร พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี เช่นเดียวกับการศึกษาของคุษฎี อุดมอิทธิพงษ์ และคณะ (2562)¹¹ ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.3) โดยคุณภาพชีวิตด้านที่อยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนคุณภาพชีวิตด้านที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านร่างกาย และจากการศึกษาของเอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์ และสิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์ (2563)¹² ซึ่งศึกษาความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ มีความเครียดระดับปานกลางขึ้นไปร้อยละ 41.9 36.46 และ 25.93 ตามลำดับ แผนก disease control เป็นแผนกที่มีร้อยละของผู้ที่มีความเครียดปานกลางขึ้นไปของคนในแผนกสูงที่สุด (ร้อยละ 71.43) รองลงมาคือ cohort ward ร้อยละ 70

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลให้ประชาชนทั่วไปเกิดความเครียดมากขึ้น โดยเฉพาะบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาระงานที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อีกทั้งยังมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อจากผู้ป่วย ซึ่งความเครียดนี้ย่อมส่งผลกระทบกับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าระดับความเครียดในบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นด่านหน้าที่ต้องรับมือมีระดับความเครียดที่มากขึ้นและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมาก¹³⁻¹⁵ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาคุณภาพชีวิตและความเครียดในบุคลากรทั้งหมดของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ ซึ่งข้อมูลที่ได้ น่าจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อเป็นข้อมูลให้กับผู้บริหารหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและวางแผนส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรให้มีคุณภาพชีวิตให้ดียิ่งขึ้น

วัสดุและวิธีการ

เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (analytical study) โดยกลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่ปฏิบัติงานในช่วงวันที่ 1 กันยายน 2564 - 31 ตุลาคม 2564 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นบุคลากรของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่ปฏิบัติงานในช่วงวันที่ 1 กันยายน 2564 - 31 ตุลาคม 2564

2. มีสถานะเป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง

1. อาสาสมัครไม่ยินยอมในการตอบแบบประเมิน
2. อาสาสมัครมีโรคทางกายที่รุนแรงที่ไม่สามารถตอบแบบประเมินได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การมีบุตร โรคประจำตัวทางกาย รายได้ต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้

ส่วนที่ 2 ข้อมูลกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มชา/กาแฟ การออกกำลังกาย และการนอนหลับ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการปฏิบัติงาน คือ หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่ง ลักษณะงาน จำนวนปีที่ปฏิบัติงาน การปฏิบัติงาน การส่งเสริมการฝึกอบรมในวิชาชีพของตนเอง การมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงาน การมีปัญหาเกี่ยวกับงานที่ปฏิบัติ การมีปัญหาเกี่ยวกับหัวหน้าหน่วยงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในแต่ละวัน ปริมาณงานที่ได้รับ สถานที่ปฏิบัติงาน การเดินทางมาปฏิบัติงาน และความคิดอยากโอนย้ายหรือลาออก

2. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องชี้วัดที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อ คำถาม หลังจากนั้นคณะทำงานพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ

WHOQOL-BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน นำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำ ทำเช่นนี้อยู่ 3 รอบ การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL - 100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ

3. แบบประเมินความเครียด (ST-5) พัฒนาโดยอรรณพ ศิลปะกิจ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.86 มีค่า Pearson Chi-Square เท่ากับ 69.3 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.001 พบความสอดคล้องภายในสูงสุด เป็นแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ เพื่อประเมินอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2 - 4 สัปดาห์ แบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับ คือ แทบไม่มี (0 คะแนน) เป็นครั้งคราว (1 คะแนน) บ่อย ๆ ครั้ง (2 คะแนน) และเป็นประจำ (3 คะแนน) คิดเป็นคะแนนรวมระหว่าง 0 - 15 คะแนน โดย 0 - 4 คะแนน คือ เครียดน้อย 5 - 7 คะแนน คือ เครียดปานกลาง 8 - 9 คะแนน คือ เครียดมาก และคะแนน 10 - 15 คะแนน คือ เครียดมากที่สุด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เอกสารรับรองโครงการที่ SD.IRB.APPROVAL 019/2564 วันที่ 17 กันยายน

พ.ศ. 2564 โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกนำเสนอเป็นภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง ไม่สามารถเจาะจงไปที่คนใดคนหนึ่งได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลกิจกรรมประจำวัน ข้อมูลการปฏิบัติงาน ระดับคุณภาพชีวิต และระดับความเครียดโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย เพื่อหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและความเครียดโดยใช้สถิติ multiple logistic regression กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเครียดโดยใช้สถิติ Spearman's rank correlation coefficient กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เนื่องจากข้อมูลคะแนนของคุณภาพชีวิตและความเครียดมีการกระจายตัวไม่ปกติ

ผล

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลกิจกรรมประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง

จากการส่งแบบสอบถามการวิจัยได้รับการตอบกลับร้อยละ 60.9 และจากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปและข้อมูลกิจกรรมประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 384 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.9 อายุเฉลี่ย 40.3 ± 11.16 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 44.0 สถานภาพโสด ร้อยละ 49.7 ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย ร้อยละ 68.0 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 15,001 - 30,000

บาท ร้อยละ 45.3 รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 54.2 มีภาระหนี้สิน ร้อยละ 82.3 และไม่มีบุตร/ธิดา ร้อยละ 55.5 ส่วนข้อมูลกิจกรรมประจำวัน พบว่า ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 93.0 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 81.5 ดื่มชา/กาแฟ ร้อยละ 68.8 ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 52.3 และนอนหลับ 6 - 7 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 52.1 ได้รับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาจำนวน

ข้อมูลการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เดินทางมาปฏิบัติงานด้วยรถยนต์ส่วนตัว ร้อยละ 32.6 จำนวนปีของการปฏิบัติงานเฉลี่ย 14.1 ± 10.69 ปี สังกัดกลุ่มภารกิจการพยาบาล ร้อยละ 53.9 เป็นผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มงาน/หอผู้ป่วย ร้อยละ 90.9 ลักษณะการทำงานหลักเป็นงานบริการดูแลรักษาผู้ป่วย ร้อยละ 74.2 ได้รับการส่งเสริมการฝึกอบรมในวิชาชีพของตนเอง ร้อยละ 54.9 ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับร่วมงาน ร้อยละ 91.4 ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับงานที่ปฏิบัติ ร้อยละ 74.7 ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับหัวหน้าหน่วยงาน ร้อยละ 93.0 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในแต่ละวันเหมาะสม ร้อยละ 76.3 ปริมาณงานที่ได้รับมอบหมายในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาเหมาะสม ร้อยละ 70.3 สถานที่ในการปฏิบัติงานเหมาะสม ร้อยละ 85.4 และไม่มีความคิดอยากโอนย้ายหรือลาออก ร้อยละ 57.3

ข้อมูลคุณภาพชีวิตและความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 3 แสดงข้อมูลคุณภาพชีวิต

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลกิจกรรมประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง (n = 384)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	108	28.1
หญิง	276	71.9
อายุ (อายุเฉลี่ย 40.3 ± 11.16 ปี)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	103	26.8
31 – 40 ปี	94	24.5
41 – 50 ปี	100	26.0
มากกว่า 50 ปี	87	22.7
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา/มัธยมศึกษาตอนต้น	25	6.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	63	16.4
อนุปริญญา/ปวศ.	24	6.3
ปริญญาตรี	169	44.0
ปริญญาโท/ปริญญาเอก	103	26.8
สถานภาพสมรส		
โสด	191	49.7
สมรส/คู่	161	41.9
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	32	8.4
โรคประจำตัวทางกาย		
ไม่มี	261	68.0
มี	123	32.0
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาท	91	23.7
15,001 – 30,000 บาท	174	45.3
30,001 – 45,000 บาท	73	19.0
มากกว่า 45,000 บาท	46	12.0
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	176	45.8
ไม่เพียงพอ	208	54.2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลกิจกรรมประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง (n = 384) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ภาระหนี้สิน		
ไม่มี	68	17.7
มี	316	82.3
ลักษณะที่อยู่อาศัยปัจจุบัน		
บ้าน/คอนโดส่วนตัว	183	47.7
บ้านเช่า/หอพัก	197	51.3
บ้านญาติ	4	1.0
การมีบุตร/ธิดา		
ไม่มี	213	55.5
1 คน	93	24.2
2 คน	72	18.8
มากกว่าหรือเท่ากับ 3 คน	6	1.6
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	357	93.0
สูบบุหรี่	27	7.0
การดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	313	81.5
ดื่มแอลกอฮอล์	71	18.5
การดื่มชา/กาแฟ		
ไม่ดื่มชา/กาแฟ	120	31.3
ดื่มชา/กาแฟ	264	68.8
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	137	35.7
ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์	201	52.3
ออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์	41	10.7
ออกกำลังกายทุกวัน	5	1.3

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลกิจกรรมประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง (n = 384) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การนอนหลับ		
น้อยกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน	15	3.9
4 – 5 ชั่วโมงต่อวัน	153	39.8
6 – 7 ชั่วโมงต่อวัน	200	52.1
มากกว่า 7 ชั่วโมงต่อวัน	16	4.2

ตารางที่ 2 ข้อมูลการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 384)

ข้อมูลการปฏิบัติงาน	จำนวน	ร้อยละ
การเดินทางมาปฏิบัติงาน		
เดินเท้า	107	27.9
รถจักรยาน/รถจักรยานยนต์ส่วนตัว	89	23.2
รถยนต์ส่วนตัว	125	32.6
รถจักรยานยนต์รับจ้าง/รถแท็กซี่	6	1.6
รถโดยสารสาธารณะ/รถไฟฟ้า/เรือโดยสารสาธารณะ	57	14.8
จำนวนปีของการปฏิบัติงาน (เฉลี่ย 14.1 ± 10.69 ปี)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	182	47.4
11 – 20 ปี	83	21.6
มากกว่า 20 ปี	119	31.0
หน่วยงานที่สังกัด		
กลุ่มภารกิจการพยาบาล	207	53.9
กลุ่มภารกิจบริการจิตเวชและสุขภาพจิต	92	24.0
กลุ่มภารกิจอำนวยการ	54	14.1
กลุ่มภารกิจพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ	13	3.4
กลุ่มภารกิจสนับสนุนพัฒนาเครือข่ายบริการ	18	4.6
ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน		
หัวหน้ากลุ่มงาน/หอผู้ป่วย	35	9.1
ผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มงาน/หอผู้ป่วย	349	90.9

ตารางที่ 2 ข้อมูลการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 384) (ต่อ)

ข้อมูลการปฏิบัติงาน	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะการทำงานหลัก		
งานบริการดูแลรักษาผู้ป่วย	285	74.2
งานบริหารจัดการ	60	15.6
งานวิชาการ	15	3.9
งานสนับสนุนอื่น ๆ	24	6.3
เวลาในการขึ้นปฏิบัติงาน		
เวรเช้า (08.00 – 16.00 น.)	196	51.0
เวรเช้า/เวรบ่าย/เวรดึก	188	49.0
ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ได้รับการส่งเสริมการฝึกอบรมในวิชาชีพของ		
ตนเอง		
ได้รับการอบรม	211	54.9
ไม่ได้รับการอบรม	173	45.1
ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มีปัญหากับเพื่อนร่วมงาน		
ไม่มี	351	91.4
มี	33	8.6
ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีปัญหากับงานที่ปฏิบัติ		
ไม่มี	287	74.7
มี	97	25.3
ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มีปัญหากับหัวหน้าหน่วยงาน		
ไม่มี	357	93.0
มี	27	7.0
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในแต่ละวัน		
เหมาะสม	293	76.3
ไม่เหมาะสม	91	23.7
ปริมาณงานที่ได้รับมอบหมายในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา		
เหมาะสม	270	70.3
ไม่เหมาะสม	114	23.7

ตารางที่ 2 ข้อมูลการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 384) (ต่อ)

ข้อมูลการปฏิบัติงาน	จำนวน	ร้อยละ
สถานที่ในการปฏิบัติงาน		
เหมาะสม	328	85.4
ไม่เหมาะสม	56	14.6
ความคิดอยากโอนย้ายหรือลาออก		
ไม่มี	220	57.3
มี	164	42.7

ตารางที่ 3 ข้อมูลคุณภาพชีวิตและความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง (n = 384)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับของคุณภาพชีวิต (คะแนนเฉลี่ย 91.1 ± 13.22)		
คุณภาพชีวิตไม่ดี	1	0.3
คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	220	57.3
คุณภาพชีวิตดี	163	42.4
ระดับของความเครียด (คะแนนเฉลี่ย 3.8 ± 2.44)		
เครียดน้อย	243	63.3
เครียดปานกลาง	112	29.2
เครียดมาก	16	4.2
เครียดมากที่สุด	13	3.4

และความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง (ร้อยละ 57.3) และมีความเครียดในระดับน้อย (ร้อยละ 63.3)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 4 แสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างจากการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ โดยการจัดกลุ่มความเครียด

จาก 4 ระดับเป็นความเครียด 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเครียดน้อย-ปานกลาง และกลุ่มเครียดมาก-มากที่สุด พบว่าปัจจัยเกี่ยวข้องกับความเครียดของบุคลากรสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา คือ การปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปี (OR = 0.3, 95%CI = 0.1, 0.9) การมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงาน (OR = 3.58, 95%CI = 1.24, 10.31) และการมีความคิดอยากโอนย้ายหรือลาออก (OR = 3.5, 95%CI = 1.3, 9.9)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง (นำเสนอเฉพาะที่มีนัยสำคัญทางสถิติ)

ปัจจัย	จำนวนความเครียด (ร้อยละ)		crude OR (95%CI) ^a	adjusted OR (95%CI) ^b
	เครียดมาก- มากที่สุด (n = 29)	เครียดน้อย- ปานกลาง (n = 355)		
จำนวนปีของการปฏิบัติงาน				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	16 (55.2)	166 (46.8)	1.0	1.0
11 – 20 ปี	10 (34.5)	73 (20.6)	1.4 (0.6, 3.3)	1.4 (0.6, 3.5)
มากกว่า 20 ปี	3 (10.3)	116 (32.7)	0.3 (0.1, 0.9)*	0.3 (0.1, 0.9)*
มีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงาน				
ไม่มี	21 (72.4)	330 (93.0)	1.0	1.0
มี	8 (27.6)	25 (7.0)	5.0 (2.0, 12.5)*	3.6 (1.2, 10.3)*
มีปัญหาเกี่ยวกับงานที่ปฏิบัติ				
ไม่มี	13 (44.8)	274 (77.2)	1.0	1.0
มี	16 (55.2)	81 (22.8)	4.2 (1.9, 9.0)*	2.1 (0.9, 4.9)
ปริมาณงานที่ได้รับ				
มอบหมาย				
เหมาะสม	15 (51.7)	255 (71.8)	1.0	1.0
ไม่เหมาะสม	14 (48.3)	100 (28.2)	2.4 (1.1, 5.1)*	0.8 (0.3, 2.0)
สถานที่ในการปฏิบัติงาน				
เหมาะสม	20 (69.0)	308 (86.8)	1.0	1.0
ไม่เหมาะสม	9 (31.0)	47 (13.2)	3.0 (1.3, 6.9)*	1.7 (0.6, 4.7)
ความคิดอยากโอนย้ายหรือลาออก				
ไม่มี	6 (20.7)	214 (60.3)	1.0	1.0
มี	23 (79.3)	141 (39.7)	5.8 (2.3, 14.7)*	3.5 (1.3, 9.9)*

* p -value < 0.05, ^abinary logistic regression, ^b multiple logistic regression

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (นำเสนอเฉพาะที่มีนัยสำคัญทางสถิติ)

ปัจจัย	จำนวนคุณภาพชีวิต (ร้อยละ)		crude OR (95%CI) ^a	adjusted OR (95%CI) ^b
	คุณภาพชีวิตไม่ดี- กลาง ๆ (n = 29)	คุณภาพชีวิตดี (n = 355)		
ระดับการศึกษาสูงสุด				
ต่ำกว่าปริญญาตรี	91 (41.2)	21 (12.9)	1.0	1.0
ปริญญาตรีขึ้นไป	130 (58.8)	142 (87.1)	0.2 (0.1, 0.4)*	0.4 (0.16, 0.8)*
โรคประจำตัวทางกาย				
ไม่มี	138 (62.4)	123 (75.5)	1.0	1.0
มี	83 (37.6)	40 (24.5)	1.9 (1.2, 2.9)*	3.0 (1.67, 5.4)*
รายได้ต่อเดือน				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาท	69 (31.2)	22 (13.5)	1.0	1.0
15,001 – 30,000 บาท	105 (47.5)	69 (42.3)	0.5 (0.3, 0.9)*	1.1 (0.5, 2.5)
30,001 – 45,000 บาท	37 (16.7)	36 (22.1)	0.3 (0.2, 0.6)*	0.6 (0.2, 1.7)
มากกว่า 45,000 บาท	10 (4.5)	36 (22.1)	0.1 (0.0, 0.2)*	0.2 (0.1, 0.7)*
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอ	66 (29.9)	110 (67.5)	1.0	1.0
ไม่เพียงพอ	155 (70.1)	53 (32.5)	4.9 (3.2, 7.5)*	2.2 (1.2, 3.9)*
ลักษณะที่อยู่อาศัยปัจจุบัน				
บ้าน/คอนโดส่วนตัว	86 (38.9)	97 (59.5)	1.0	1.0
บ้านเช่า/หอพัก	131 (59.3)	66 (40.5)	2.2 (1.5, 3.4)*	1.3 (0.7, 2.5)
บ้านญาติ	4 (1.8)	0 (0.0)	-	-
การมีบุตร/ธิดา				
ไม่มี	105 (47.5)	108 (66.3)	1.0	1.0
มี	116 (52.5)	55 (33.7)	2.2 (1.4, 3.3)*	1.8 (1.0, 3.2)*

*p-value < 0.05, ^abinary logistic regression, ^bmultiple logistic regression

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (นำเสนอเฉพาะที่มีนัยสำคัญทางสถิติ) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนคุณภาพชีวิต (ร้อยละ)		crude OR (95%CI) ^a	adjusted OR (95%CI) ^b
	คุณภาพชีวิตไม่ดี- กลาง ๆ (n = 29)	คุณภาพชีวิตดี (n = 355)		
การนอนหลับ				
น้อยกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน	12 (5.4)	3 (1.8)	1.0	1.0
4 – 5 ชั่วโมงต่อวัน	104 (47.1)	49 (30.1)	0.5 (0.1, 2.0)	0.5 (0.1, 2.1)
6 – 7 ชั่วโมงต่อวัน	104 (47.1)	96 (58.9)	0.3 (0.1, 0.9)*	0.3 (0.1, 1.5)
มากกว่า 7 ชั่วโมงต่อวัน	1 (0.5)	15 (9.2)	0.0 (0.0, 0.2)*	0.0 (0.0, 0.3)*
การเดินทางมาปฏิบัติงาน				
เดินเท้า	61 (27.6)	46 (28.2)	1.0	1.0
รถจักรยาน/รถจักรยานยนต์	64 (29.0)	25 (15.3)	1.9 (1.1, 3.5)*	0.8 (0.3, 1.8)
ส่วนตัว				
รถยนต์ส่วนตัว	52 (23.5)	73 (44.8)	0.5 (0.3, 0.9)*	1.0 (0.4, 2.0)
รถจักรยานยนต์รับจ้าง/รถ	5 (2.3)	1 (0.6)	3.8 (0.4, 33.4)	4.3 (0.3, 55.5)
แท็กซี่				
รถโดยสารสาธารณะ/	39 (17.6)	18 (11.0)	1.6 (0.8, 3.2)	1.6 (0.6, 3.9)
รถไฟฟ้า/เรือโดยสารสาธารณะ				
ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน				
หัวหน้ากลุ่มงาน/หอผู้ป่วย	12 (5.4)	23 (14.1)	1.0	1.0
ผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มงาน/	209 (94.6)	140 (85.9)	2.9 (1.4, 5.9)*	0.5 (0.2, 1.4)
หอผู้ป่วย				
เวลาในการขึ้นปฏิบัติงาน				
เวรเช้า	97 (43.9)	99 (60.7)	1.0	1.0
เวรเช้า/เวรบ่าย/เวรคึก	124 (56.1)	64 (39.3)	2.0 (1.3, 3.0)*	1.0 (0.6, 1.9)
ได้รับการส่งเสริมการฝึกอบรม				
ในวิชาชีพของตนเอง				
ได้รับการอบรม	108 (48.9)	103 (63.2)	1.0	1.0
ไม่ได้รับการอบรม	113 (51.1)	60 (36.8)	1.8 (1.2, 2.7)*	1.0 (0.6, 1.7)

*p-value < 0.05, ^abinary logistic regression, ^bmultiple logistic regression

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (นำเสนอเฉพาะที่มีนัยสำคัญทางสถิติ) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนคุณภาพชีวิต (ร้อยละ)		crude OR (95%CI) ^a	adjusted OR (95%CI) ^b
	คุณภาพชีวิตไม่ดี- กลาง ๆ (n = 29)	คุณภาพชีวิตดี (n = 355)		
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานใน แต่ละวัน				
เหมาะสม	155 (70.1)	138 (84.7)	1.0	1.0
ไม่เหมาะสม	66 (29.9)	25 (15.3)	2.4 (1.4, 3.9)*	2.40 (1.0, 5.8)
ปริมาณงานที่ได้รับมอบหมาย				
เหมาะสม	145 (65.6)	125 (76.7)	1.0	1.0
ไม่เหมาะสม	76 (34.4)	38 (23.3)	1.7 (1.1, 2.7)*	1.0 (0.4, 2.1)

*p-value < 0.05, ^abinary logistic regression, ^bmultiple logistic regression

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของ กลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 5 แสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจากการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ (multiple logistic regression) พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของบุคลากรสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาที่ดีขึ้น คือ การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (OR = 0.4, 95%CI = 0.2, 0.8) รายได้ต่อเดือนมากกว่า 45,000 บาท (OR = 0.2, 95%CI = 0.1, 0.7) และการนอนหลับมากกว่า 7 ชั่วโมงต่อวัน (OR = 0.0, 95%CI = 0.0, 0.3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของบุคลากรสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาที่ลดลง คือ มีโรคประจำตัวทางกาย (OR = 3.0, 95%CI = 1.7, 5.4) รายได้ไม่เพียงพอ (OR = 2.2, 95%CI = 1.2, 3.9) การมีบุตร/ธิดา (OR = 1.8, 95%CI = 1.0, 3.2)

ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความเครียด และคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความเครียดและคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีค่า correlation coefficient (r) เท่ากับ -0.5 อธิบายได้ว่าความเครียดและคุณภาพชีวิตของบุคลากรสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยามีความสัมพันธ์แบบผกผันกันในระดับปานกลาง

อภิปราย

การศึกษานี้มีจุดประสงค์เพื่อประเมินระดับความเครียด คุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสองสิ่งนี้ในบุคลากรของสถาบันฯ ซึ่งพบว่ามีเพียง 1 การศึกษา และเป็นการศึกษาความเครียดในเฉพาะวิชาชีพพยาบาล¹¹ และจากการศึกษานี้ พบว่าบุคลากรของสถาบันฯ โดยมากมี

ระดับความเครียดน้อย และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนั้นยังพบว่าคนที่มีความผูกพันกับองค์กร โดยอนุมานจากอายุงานที่นานกว่าจะทำให้มีความเครียดน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ทำงานมานานน้อยกว่า ซึ่งหากทำงานมากกว่า 20 ปี ก็จะพบความเครียดเพียงหนึ่งในสี่เท่าของผู้ที่ทำงานมาน้อยกว่า 20 ปี และถ้ามีปัจจัยที่ทำให้การทำงานไม่มีความสุข โดยเฉพาะหากมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงาน หรือมีปัญหาจนเกิดความคิดอยากลาออกหรือย้ายก็จะสามารถพบความเครียดได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาถึงกว่าสามเท่า ในด้านคุณภาพชีวิตพบว่าคนที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป การมีรายได้ต่อเดือนที่สูงกว่า 45,000 บาทและการได้พักผ่อนที่เพียงพอมีส่วนที่ทำให้คุณภาพชีวิตดีกว่าในขณะที่การที่มีภาระไม่ว่าทางการเงินหรือการมีบุตรนั้นสามารถส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่แย่กว่าได้ ดังนั้นจะเห็นว่สิ่งที่จะส่งเสริมให้บุคลากรมีระดับความเครียดน้อย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีคือปัจจัยที่ทำให้รู้สึกปลอดภัยในการทำงานและความรู้สึกผูกพันกับองค์กร

ระดับของความเครียดและคุณภาพชีวิตที่พบในการศึกษานี้ไม่ต่างจากที่รายงานที่ได้อ้างไปแล้วในการศึกษาของบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทย¹¹⁻¹² แต่แตกต่างจากการศึกษาในบุคลากรด่านหน้ากลุ่มนี้จากหลาย ๆ ประเทศทั่วโลกที่มีรายงานว่ามีความเครียดที่สูงขึ้นและคุณภาพชีวิตที่ลดลงในช่วงเดียวกันนี้¹⁶⁻²⁰ ในด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องนั้นพบว่าความรู้สึกปลอดภัยใน

การทำงานทั้งในด้านเงินเดือนและความรู้สึกผูกพันกับองค์กรซึ่งสามารถส่งผลโดยตรงกับสุขภาพสุขภาพจิตและความสุขของบุคลากรและส่งผลต่อระดับความเครียดและคุณภาพชีวิต²¹⁻²² ซึ่งความรู้สึกทั้งสองนี้ในการศึกษาของ Gorgenyi-Hegyes และคณะ²³ พบว่าเกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่สามารถควบคุมปัจจัยทั้งภายในและภายนอกของสภาพแวดล้อมในการทำงาน และทำให้เกิดความรู้สึกผูกพันกับองค์กรได้ การศึกษานี้ยังพบว่าความสัมพันธ์ของเพื่อนร่วมงานเป็นอีกปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตเหมือนกับที่รายงานโดย Bulińska-Stangrecka และคณะ²⁴ นอกจากนั้นการศึกษานี้ยังพบว่าการได้พักผ่อน เช่นการได้นอนเพียงพอสามารถทำให้คุณภาพชีวิตของบุคลากรดีขึ้น ซึ่งน่าจะหมายถึงการมีภาระงาน เวลาว่างจำนวนเวลาที่เหมาะสมซึ่งไม่ได้แตกต่างจากการศึกษาอื่น ๆ ที่ได้มีการรายงานมาแล้วในบุคลากรทางการแพทย์²⁵⁻²⁶

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบการศึกษาแบบตัดขวางดังนั้นจึงสามารถเพียงแต่แสดงผลตามที่บุคลากรได้ตอบและปัจจัยที่พบก็แสดงได้เฉพาะความสัมพันธ์ที่เป็นไปได้ ทั้งนี้ต้องไม่ลืมว่าบุคลากรโดยรวมที่ตอบมีความแตกต่างกันอยู่แล้วโดยพื้นฐานเช่นเพศ ชนิดของวิชาชีพ ลักษณะของงาน นอกจากนั้นการใช้แบบสอบถามในการวิจัยก็ทำให้ไม่สามารถจะหลีกเลี่ยงอคติได้ทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นในการตอบ หรือความเต็มใจในการตอบ แม้ว่าจะมีการวิเคราะห์ multiple logistic regression เพื่อลดผลของตัวกวนแล้วก็ตาม แต่

งานวิจัยนี้ยังสามารถตอบคำถามวิจัยว่าระดับของความเครียดและคุณภาพชีวิตโดยรวมของบุคลากรของสถาบันฯ เป็นอย่างไร และมีปัจจัยอะไรที่อาจจะสามารถปรับเปลี่ยนเพื่อที่จะสามารถทำให้บุคลากรมีความเครียดลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สรุป

บุคลากรส่วนใหญ่ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยายังคงมีระดับความเครียดเพียงเล็กน้อย แต่ก็มีระดับคุณภาพชีวิตเพียงกลาง ๆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทั้งสองสิ่งนี้พบว่าเกี่ยวข้องกับความรู้สึกลดลงและความรู้สึกปลอดภัยในการทำงานไม่ว่าจะเป็นรายได้ การได้พักผ่อน หรือการไม่มีปัญหาระหว่างเพื่อนร่วมงาน ดังนั้นหากจะนำผลการศึกษานี้ไปปรับใช้เพื่อที่จะสร้างเสริมให้บุคลากรของสถาบันฯ มีความเครียดที่ลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเพื่อให้สามารถร่วมกันผลักดันจุดหมายของสถาบันฯ ให้ประสบความสำเร็จ ควรเสนอแนะให้ฝ่ายทรัพยากรบุคคลวางแผนของรายละเอียดงานให้บุคลากรทุกคนมีโอกาสที่จะเติบโตในสายงาน มีรายได้ที่มั่นคง สร้างบรรยากาศที่ลดความขัดแย้งระหว่างเพื่อนร่วมงาน ให้มีภาระงานที่เหมาะสม และมีเวลาพักผ่อนที่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะ

ควรศึกษาเพิ่มเติมปัจจัยหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อให้ครอบคลุมประเด็นที่ศึกษามากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Yadav V. Quality of life: Dimensions and measurement. In B. S (Ed.), Multidimensional approach to quality of life issues. Singapore: Springer; 2019.
2. Leitão J, Pereira D, Gonçalves Â. Quality of work life and contribution to productivity: assessing the moderator effects of burnout syndrome. *Int J Environ* 2021; 18(5): 2425.
3. ชุมพร ฉ่ำแสง, อุมพร เกนศิลา, นัยนา ตั้งใจดี, กิตติพงษ์ คงสมบูรณ์. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรฝ่ายการพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2555.
4. O'Connor DB, Thayer JF, Vedhara K. Stress and health: a review of psychobiological processes. *Annu Rev Psychol* 2021; 72(1): 663–88.
5. Karasek RTT. Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books; 1990.
6. สมชัย ตั้งพร้อมพันธ์. การบริหารความเครียดของผู้นำ. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลเกษมราษฎร์; 2556.
7. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 4: CD002892.
8. De Giorgi R, Dinkelaar BM. Strategies for preventing occupational stress in healthcare workers: past evidence, current problems. *BJPsych Advances* 2021; 27(3): 205–10.
9. Li X, Jiang T, Sun J, Shi L, Liu J. The relationship between occupational stress, job burnout and quality of life among surgical nurses in Xinjiang, China. *BMC Nursing* 2021; 20(1).
10. วสิน คัมภีระ. คุณภาพชีวิตแพทย์โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสงขลา. สงขลา: โรงพยาบาลจะนะ; 2561.
11. ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์, พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, อรรถพันธ์ สวนซัง, กฤตณัย แก้วยศ, เกษมมาศ อยู่ถื่น. คุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา* 2562; 13(2): 31-42.

12. เอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์, สิริรัตน์ แสงศิริรักษ์. ความเครียดและอารมณ์เศร้าของบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2563; 65(4): 400-8.
13. Young KP, Kolcz DL, O'Sullivan DM, Ferrand J, Fried J, Robinson K. Health care workers' mental health and quality of life during COVID-19: results from a mid-pandemic, national survey. *Psychiatr Serv* 2021; 72(2): 122-8.
14. Vizheh M, Qorbani M, Arzaghi SM, Muhidin S, Javanmard Z, Esmaceli M. The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. *J Diabetes Metab Disord* 2020; 19(2): 1967-78.
15. Zhao YJ, Zhang SF, Li W, Zhang L, Cheung T, Tang YL, et al. Mental health status and quality of life in close contacts of COVID-19 patients in the post-COVID-19 era: a comparative study. *Transl Psychiatry* 2021; 11(1): 505.
16. Suryavanshi N, Kadam A, Dhupal G, Nimkar S, Mave V, Gupta A, Cox SR, Gupte N. Mental health and quality of life among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic in India. *Brain Behav* 2020; 10: e01837.
17. Vizheh Ma, Qorbani M, Arzaghi SM, Muhidin S, Javanmard Z, Esmaceli M. The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: a systematic review. *J Diabetes Metab Disord* 2020; 19(2): 1967-78.
18. Al Dhaheri AS, Bataineh MF, Mohamad MN, Ajab A, Marzouqi AA, Jarrar AH, et al., Impact of COVID-19 on mental health and quality of life: Is there any effect? A cross-sectional study of the MENA region. *PLOS ONE* 2021; 16(3): e0249107.
19. De Kock JH, Latham HA, Leslie SJ, Grindle M, Munoz S, Ellis L, et al., A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: implications for supporting psychological well-being. *BMC Public Health* 2021; 21: 104.
20. Smallwood N, Karimi L, Bismark M, Putland M, Johnson D, Dharmage SC, et al., High levels of psychosocial distress among Australian frontline healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey. *BMJ J Gen Psychiatry* 2021; 34(5): e100577.
21. Mutambudzi M, Flowers P, Demou E. Association of perceived job security and chronic health conditions with retirement in older UK and US workers. *Eur J Public Health* 2021; ckab170: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab170>.
22. Chum A, Kaur S, Teo C, Nielsen A, Muntaner C, O'Campo P. The impact of changes in job security on mental health across gender and family responsibility: evidence from the UK Household Longitudinal Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2021; doi: 10.1007/s00127-021-02187-6.
23. Gorgenyi-Hegyes E, Nathan RJ, Fekete-Farkas M. Workplace health promotion, employee wellbeing and loyalty during COVID-19 pandemic-large scale empirical evidence from Hungary. *Economies* 2021; 9(2): 55.
24. Bulińska-Stangrecka H, Bagieńska A. The role of employee relations in shaping job satisfaction as an element promoting positive mental health at work in the era of COVID-19. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(4): 1903.
25. Alrawashdeh HM, Al-Tammemi AB, Alzawahreh MK, Al-Tamimi A, Elkholy M, Al Sarireh F, et al. Occupational burnout and job satisfaction among physicians in times of COVID-19 crisis: a convergent parallel mixed-method study. *BMC Public Health* 2021; 21(1): 811.
26. Molina-Hernández J, Fernández-Estevan L, Montero J, González-García L. Work environment, job satisfaction and burnout among Spanish dentists: a cross-sectional study. *BMC Oral Health* 2021; 21(1): 811.

การเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 ในผู้ป่วยโรคจิตเภท: บทความพินิจวิชาการ

พิมพ์กา สันธิ, ภ.บ.*, สุญาณี พงษ์ธนากร, ศ.ค.*, ทิพวรรณ ศิริเกียรติทอง, ภ.ค.**

*สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

**คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทบทวนวรรณกรรมและประเมินผลของการเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 ต่อการป้องกันและควบคุมอาการของโรคจิตเภท

วัตถุประสงค์และวิธีการ : สืบค้นบทความต้นฉบับประเภทการวิจัยทางคลินิกแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม แบบปิดสองทาง ที่ถูกตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษในฐานข้อมูล PubMed และ Embase โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้นคือ omega-3 fatty acid, ultra-high risk for psychosis, first-episode schizophrenia, chronic schizophrenia จากนั้นสังเคราะห์และอภิปรายข้อมูลจากงานวิจัยฉบับเต็ม

ผล : มีการศึกษาทั้งหมด 131 เรื่อง ตัดบทความซ้ำซ้อนและสังเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับเรื่องที่ศึกษาได้ 15 เรื่อง เป็นการศึกษาในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดอาการทางจิต 8 เรื่อง การศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก 4 เรื่อง และการศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง 3 เรื่อง พบว่าการเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 ขนาด 1.2 กรัมต่อวันในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดอาการทางจิต มีอัตราการเกิดอาการทางจิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 4.9 และร้อยละ 27.5 ตามลำดับ, p -value 0.007) การเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 ขนาด 1.14 - 2.2 กรัมต่อวัน ร่วมกับการใช้ยารักษาโรคจิตสามารถลดความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก แต่ไม่สามารถป้องกันอาการกำเริบได้ ในขณะที่การเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 ขนาด 1 - 3 กรัมต่อวัน รับประทานต่อเนื่อง 8 - 16 สัปดาห์ ร่วมกับการใช้ยารักษาโรคจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติมเนื่องจากผลการศึกษาที่ผ่านมาขัดแย้งกัน

สรุป : การเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 มีแนวโน้มช่วยลดอัตราการเกิดอาการทางจิตได้ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงมาก และช่วยลดความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกได้ แต่ประโยชน์ในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติม

คำสำคัญ : กรดไขมันโอเมก้า 3 โรคจิตเภท การรักษาเสริม

OMEGA-3 FATTY ACID SUPPLEMENTATION IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA: REVIEW ARTICLE

Pimpaka Sunthi, B.Pharm.*, Suyanee Pongthananikorn, Ph.D.***, Tippawan Siritientong, Ph.D.**

**Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*

***Faculty of Pharmaceutical Sciences, Chulalongkorn University*

Abstract

Objectives: To review the literature and evaluate the effects of omega-3 fatty acid supplementation on the prevention and control of schizophrenia symptoms.

Material and Methods: We searched for the original articles which were double-blind randomized controlled clinical trials published in English in the PubMed and Embase, using the following keywords: omega-3 fatty acid, ultra-high risk for psychosis, first-episode schizophrenia and chronic schizophrenia. Full texts were synthesized and discussed.

Results: A total of 131 studies were retrieved and screened. There were 8 studies from population at ultra-high risk for psychosis (UHR), 4 studies from patients with first-episode schizophrenia (FES) and 3 studies from patients with chronic schizophrenia. Omega-3 fatty acids supplementation at 1.2 g/day in UHR population could significantly lower the incidence of psychotic symptoms than the placebo group (4.9% and 27.5%, respectively, p -value 0.007). Daily supplementation of 1.14 - 2.2 g omega-3 fatty acids in combination with antipsychotic drugs reduced the severity of psychotic symptoms in patients with FES but it was ineffective to prevent relapse. Inconsistent results were reported when supplemented with 1 - 3 g/day of omega-3 fatty acids for 8 - 16 weeks, in combination with antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia.

Conclusion: Omega-3 fatty acid supplementation is likely to reduce the incidence of psychosis in population at ultra-high risk for psychosis and can reduce the severity of psychotic symptoms of patients with FES. Further studies are still required to confirm the benefit of omega-3 fatty acid supplementation in patients with chronic schizophrenia.

Key words: omega-3 fatty acid, schizophrenia, adjunctive treatment

บทนำ

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นกลุ่มอาการความผิดปกติของการทำหน้าที่ของสมองซึ่งสามารถแสดงออกได้ตั้งแต่วัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ช่วงต้น ทั้งอาการด้านบวก ได้แก่ หลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมผิดไปจากปกติอย่างมากและไม่สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ และด้านลบ ได้แก่ พุดน้อย เฉยเมย เก็บตัวหรือเฉื่อยชาที่รุนแรงกว่าคนปกติ โดยความชุกของโรคจิตเภทในประเทศไทยและทั่วโลกพบประมาณร้อยละ 1¹ แม้ว่าความชุกไม่มากนักแต่อาการแสดงของโรคมีระดับความรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อความพิการ ส่งผลเสียต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือการทํานานที่ทางสังคม^{2,3} และเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายได้ถึง ร้อยละ 19.6⁴ นอกจากนี้ยังเป็นภาระในการดูแลของครอบครัวและเกิดความสูญเสียในด้านเศรษฐกิจและสังคมในระยะยาว³ ดังนั้นจึงมีการศึกษาหาแนวทางการป้องกันหรือรักษาโรคจิตเภทมากขึ้นเพื่อลดและป้องกันความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

กรดไขมันไม่อิ่มตัวที่มีพันธะคู่หลายตำแหน่ง (polyunsaturated fatty acid: PUFA) เป็นส่วนประกอบสำคัญของเยื่อหุ้มเซลล์ โดยเฉพาะเยื่อหุ้มเซลล์สมองซึ่งประกอบด้วย PUFA สองชนิดคือ กรดไขมันโอเมก้า 3 (omega-3 fatty acid) และ กรดไขมันโอเมก้า 6 (omega-6 fatty acid) เป็นหลัก กรดไขมันโอเมก้า 3 ที่พบได้มากที่สุด ได้แก่ docosahexaenoic acid (DHA) และ eicosapentaenoic acid (EPA) ซึ่งเป็นกรดไขมันโอเมก้า 3 ชนิดสายยาว

นอกจาก PUFA จะเป็นสารที่จำเป็นในการพัฒนาของเซลล์ประสาทแล้ว ยังมีส่วนสำคัญในกระบวนการต่าง ๆ ภายในร่างกาย เช่น การจับกับตัวรับ (receptor) การส่งสัญญาณประสาท หรือเป็นสารตั้งต้นในการผลิตสารที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการอักเสบ ภาวะเครียดออกซิเดชัน (oxidation stress) หรือระบบต้านออกซิเดชัน (antioxidant defense system; AODS)⁵ การศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีระดับกรดไขมันโอเมก้า 3 ในพลาสมา เยื่อหุ้มเซลล์เม็ดเลือดแดงและสมองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับคนปกติ⁶⁻⁷ ซึ่งการพร่องของ PUFA นี้ อาจมีผลทำให้ภาวะเครียดออกซิเดชันเพิ่มขึ้น ส่งผลให้กรดนิวคลีอิก โปรตีน และไขมัน ถูกทำลายโดยปฏิกิริยาออกซิเดชัน ไปจนถึงมีการเปลี่ยนแปลงการแสดงออกของยีน การส่งสัญญาณภายในเซลล์ การทำงานของเอนไซม์ที่สำคัญในร่างกาย ซึ่งอาจทำให้เซลล์ตายและนำมาสู่การทำลายโครงสร้างของสมองและเกิดโรคจิตเภท⁸

ข้อสันนิษฐานของสาเหตุการขาด PUFA ในผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ (1) การได้รับกรดไขมันในปริมาณและอัตราส่วนที่ไม่เหมาะสม ร่างกายของมนุษย์ได้รับ DHA และ EPA โดยตรงจากการรับประทานอาหาร หรือสังเคราะห์ภายในร่างกายโดยใช้สารตั้งต้น คือ อัลฟา-ไลโนเลนิก (α -linolenic acid; ALA) ซึ่งเป็นกรดไขมันโอเมก้า 3 ชนิดสายสั้นที่ได้จากอาหาร จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดอาการทางจิต (ultra-high risk for psychosis: UHR) มักได้รับกรด

ไขมันโอเมก้า 6 สูง และกรดไขมันโอเมก้า 3 ต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่เกิดอาการทางจิต⁹⁻¹⁰ (2) ลดการสังเคราะห์กรดไขมันไม่อิ่มตัวที่มีพันธะคู่หลายตำแหน่งชนิดสายยาว (long-chain PUFA) ภายในร่างกาย โดยพบว่าในผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความแปรผันทางพันธุกรรม เช่น ยีน fatty acid desaturase ซึ่งเป็นยีนที่เกี่ยวข้องกับการสังเคราะห์ DHA และ EPA จากกรดไขมันโอเมก้า 3 ชนิดสายสั้นมีความแปรผันไป ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการสังเคราะห์ long-chain PUFA ภายในร่างกายลดลง¹¹ (3) โปรตีนขนส่งกรดไขมัน (fatty acid binding protein: FABP) ผิดปกติ ทั้งนี้ FABP ทำหน้าที่ขนส่งกรดไขมันในสมอง โดยจะขนส่งบริเวณไซโทพลาสซึมภายในเซลล์ มนุษย์จะมีโปรตีนนี้ 3 กลุ่ม คือ FABP3, FABP5 และ FABP7 จากการวิเคราะห์พบว่าในผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความแปรผันของ FABP7 โดยเปลี่ยนความชอบจับจาก DHA เป็น linoleic acid (LA) ซึ่งเป็นกรดไขมันโอเมก้า 6 ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลของ DHA และกรดไขมันโอเมก้า 6 ในเยื่อหุ้มเซลล์สมอง¹²⁻¹⁴ แล้วสังเคราะห์เซลล์ประสาทในสมองที่ทำงานได้แย่ง (4) การทำงานของเอนไซม์ phospholipase A2 (PLA2) เพิ่มขึ้นสูงกว่าคนปกติ โดย PLA2 ทำหน้าที่สลายกรดไขมันออกจากฟอสโฟลิพิดของเยื่อหุ้มเซลล์ ได้เป็นกรดไขมันอิสระและสารที่กระตุ้นการอักเสบได้มากขึ้น ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดอาการทางจิต และผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก (first-episode schizophrenia: FES) มีการทำงานของ PLA2 เพิ่มขึ้น และยังมีความจำเพาะต่อ DHA มากขึ้น

ทำให้เพิ่มการสลาย DHA ออกจากฟอสโฟลิพิดของเยื่อหุ้มเซลล์สมองและเม็ดเลือดแดง โครงสร้างของสมองจึงเสื่อมสลายและทำให้การส่งสารสื่อประสาทผิดปกติ อาการของโรคจิตเภท โดยเฉพาะอาการด้านลบจึงมีความรุนแรงและผู้ป่วยจะตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาได้ลดลงอีกด้วย¹⁵

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่ากรดไขมันโอเมก้า 3 มีส่วนสำคัญต่อพัฒนาการ การป้องกัน หรือชะลอการทำลายสมองและระบบประสาท รวมถึงมีรายงานว่าผู้ป่วยจิตเภทมีระดับของกรดไขมันดังกล่าวต่ำกว่าคนปกติ และระดับที่ลดลงนั้นสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการของผู้ป่วย จึงนำมาสู่การวิจัยทางคลินิกเกี่ยวกับการเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 ทั้งในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดอาการทางจิต ผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก และผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง วัตถุประสงค์บทความนี้จึงต้องการทบทวนวรรณกรรมและประเมินผลของการเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 ต่อการป้องกันและควบคุมอาการของโรคจิตเภทในงานวิจัยทางคลินิกแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม เพื่อให้ได้ข้อมูลทางวิชาการที่น่าเชื่อถือสำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสมมากที่สุด

วัตถุประสงค์และวิธีการ

ทบทวนบทความต้นฉบับเกี่ยวกับการเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดอาการทางจิต ผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก และผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง เป็นการวิจัยทางคลินิก

แบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial: RCT) แบบปกปิดสองทาง (double-blinded) คือระหว่างการดำเนินการวิจัยทั้งคณะผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ทราบการมอบหมายผลิตภัณฑ์ที่ทดสอบ บทความที่คัดเลือกรู้อย่างดีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษในฐานข้อมูล PubMed และ Embase ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000-2020 กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น คือ omega-3 fatty acid, ultra-high risk for psychosis, first-episode schizophrenia, chronic schizophrenia ได้ทั้งหมด 131 เรื่อง จากนั้นจึงตัดบทความที่ซ้ำซ้อน คัดกรองเบื้องต้นจากบทคัดย่อ ค้นหางานวิจัยฉบับเต็มและสังเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับเรื่องที่ศึกษาได้ 15 เรื่อง ประกอบด้วย การศึกษาในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดอาการทางจิต 8 เรื่อง ซึ่งมาจากการศึกษาใหญ่ 2 การศึกษา ได้แก่ Vienna High Risk study (VHR) และ NEURAPRO การศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก 4 เรื่อง และการศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง 3 เรื่อง

ผล

การศึกษาในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดอาการทางจิต

งานวิจัยทางคลินิกที่มีการเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 เพื่อป้องกันการเกิดอาการทางจิตในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดอาการทางจิต จะมีการพิจารณาผู้เข้าร่วมงานวิจัยด้วยเกณฑ์คะแนน positive and negative syndrome scale (PANSS)¹⁶ หรือเกณฑ์ comprehensive assessment of at-risk

mental states (CAARMS)¹⁷ ในการประเมินอาการทางด้านบวก ร่วมกับการประเมินความสามารถโดยรวมโดยใช้ global assessment of functioning scale (GAF) หรือการประเมินความสามารถทางสังคมและการประกอบอาชีพ โดยใช้ social and occupational functioning assessment scale (SOFAS) ซึ่งมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1 ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดอาการทางจิตถูกจัดเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 คือผู้ที่มีอาการด้านบวกเล็กน้อย และมีอาการเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 สัปดาห์ในปีที่ผ่านมา กลุ่มที่ 2 คือผู้ที่มีอาการเข้าได้กับเกณฑ์วินิจฉัยโรคจิตเภท แต่มีอาการไม่เกิน 1 สัปดาห์ และสามารถหายได้เองโดยไม่ใช้ยารักษาโรคจิต หากใช้เกณฑ์ CAARMS ประเมินทั้ง 2 กลุ่มนี้ จะพิจารณาพร้อมกับเกณฑ์ประเมินความสามารถ SOFAS คืออาการดังกล่าวต้องมีผลกระทบจนทำให้ความสามารถลดลงร้อยละ 30 เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือนในปีที่ผ่านมา หรือมากกว่าร้อยละ 50 ในปีที่ผ่านมาหรือนานกว่านั้น กลุ่มที่ 3 คือกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบจิตเภท (schizotypal personality disorder) ตามเกณฑ์ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV) หรือมีญาติใกล้ชิดลำดับที่ 1 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตตามเกณฑ์ DSM-IV ร่วมกับมีระดับความสามารถลดลงร้อยละ 30 ตามเกณฑ์ประเมิน GAF หรือ SOFAS เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือนในปีที่ผ่านมาหรือระดับความสามารถตามเกณฑ์ SOFAS ลดลงมากกว่าร้อยละ 50 ในปีที่ผ่านมา

ตารางที่ 1 เกณฑ์พิจารณาผู้ที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดอาการทางจิต¹⁶⁻¹⁷

เกณฑ์พิจารณา ผู้ที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการเกิดอาการ ทางจิต	PANSS/GAF				CAARMS/SOFAS			
	Delusion	Hallucination	Suspiciousness	Conceptual disorganization	Unusual thought content	Non-bizarre ideas	Perceptual abnormalities	Disorganized speech
1. Attenuated psychotic symptoms	3	2 - 3	3 - 4	3 - 4	3 - 5	3 - 5	3 - 4	4 - 5
	มากกว่า 2 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นอย่างน้อย 1 สัปดาห์ ไม่นานเกิน 5 ปี และมีอาการในปีที่ผ่านมา				มีอาการอย่างน้อย 1 สัปดาห์ และมีอาการในปีที่ผ่านมา ร่วมกับระดับความสามารถตามเกณฑ์ SOFAS ลดลง ร้อยละ 30 เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือน ในปีที่ผ่านมา หรือร้อยละ 50 ในปีที่ผ่านมาหรือนานกว่านั้น			
2. Transient psychosis หรือ Brief limited intermittent psychotic symptoms	≥ 4	≥ 4	ไม่ระบุ	≥ 5	6	6	5 - 6	6
	มีอาการไม่เกิน 1 สัปดาห์และหายได้โดยไม่ใช้ยา รักษาโรคจิตในปีที่ผ่านมา				มีอาการไม่เกิน 1 สัปดาห์และหายได้โดยไม่ใช้ยา รักษาโรคจิตในปีที่ผ่านมา ร่วมกับระดับความสามารถ ตามเกณฑ์ SOFAS ลดลงร้อยละ 30 เป็นระยะเวลาอย่าง น้อย 1 เดือน ในปีที่ผ่านมา หรือร้อยละ 50 ในปีผ่าน มาหรือนานกว่านั้น			
3. Trait plus state risk factors	ได้รับการวินิจฉัยเป็น schizotypal personality disorder ตามเกณฑ์ DSM-IV หรือมีญาติใกล้ชิดลำดับที่ 1 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตตามเกณฑ์ DSM-IV				ร่วมกับมีระดับความสามารถลดลงร้อยละ 30 ตาม เกณฑ์ประเมิน GAF อย่างน้อย 1 เดือนในปีที่ ผ่านมา			
	ร่วมกับมีระดับความสามารถลดลงร้อยละ 30 ตามเกณฑ์ประเมิน GAF อย่างน้อย 1 เดือนในปีที่ ผ่านมา				ร่วมกับมีระดับความสามารถลดลงร้อยละ 30 ตาม เกณฑ์ประเมิน SOFAS อย่างน้อย 1 เดือนในปีที่ผ่านมา หรือระดับความสามารถตามเกณฑ์ SOFAS ลดลงมากกว่า ร้อยละ 50 ในปีที่ผ่านมาหรือนานกว่านั้น			

CAARMS; comprehensive assessment of at-risk mental states, DSM-IV; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, GAF; global assessment of functioning scale, PANSS; positive and negative syndrome scale, SOFAS; social and occupational functioning assessment scale

หรือนานกว่านั้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษา
ใหญ่ 2 การศึกษาที่ออกแบบการทดลองแบบสุ่ม
และมีกลุ่มควบคุม แบบปกปิดสองทาง เกี่ยวกับการ
เสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 แก่ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงมาก

ต่อการเกิดอาการทางจิต ได้แก่ Vienna High Risk
study (VHR) และ NEURAPRO (ตารางที่ 2)

การศึกษาของ Amminger และคณะ เริ่ม
ในปี ค.ศ. 2010¹⁸ เป็นการเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3
เพื่อป้องกันการเกิดอาการทางจิตในผู้ที่มีความเสี่ยง

สูงมากต่อการเกิดอาการทางจิตช่วงอายุ 13 - 25 ปี แบ่งอาสาสมัครออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับกรดไขมันโอเมก้า 3 ขนาด 1.2 กรัมต่อวัน (EPA 700 มิลลิกรัม และ DHA 480 มิลลิกรัม) และกลุ่มควบคุมที่ได้รับน้ำมันมะพร้าว รับประทานติดต่อกัน 12 สัปดาห์ และติดตามผลการเกิดอาการทางจิตที่ 12 เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับกรดไขมันโอเมก้า 3 มีอัตราการเกิดอาการทางจิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 4.9 และ ร้อยละ 27.5 ตามลำดับ, p -value 0.007) ทีมวิจัยกลุ่มนี้ได้ติดตามอาสาสมัครต่อไปอีก 6.7 ปี พบว่าในกลุ่มที่ได้รับกรดไขมันโอเมก้า 3 มีอัตราการเกิดอาการทางจิตรวมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 9.8 และ 40.0 ตามลำดับ, p -value 0.002)¹⁹ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับกรดไขมันโอเมก้า 3 ในเยื่อหุ้มเซลล์เม็ดเลือดแดงสูงและมีอาการเชิงลบรุนแรงในช่วงต้นของการรักษา ได้รับประโยชน์ด้านคะแนนความสามารถที่ดีขึ้นจากการเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3²⁰ และอัตราส่วนของกรดไขมันโอเมก้า 6 ต่อกรดไขมันโอเมก้า 3 (n-6/3 ratio) ในเยื่อหุ้มเซลล์เม็ดเลือดแดงสูงมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดความคิดผิดปกติทางอารมณ์ที่เพิ่มขึ้นในคนหนุ่มสาวที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอาการทางจิต²¹

การศึกษาของ McGorry และคณะในปี 2017²² เป็นการเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 ขนาด 1.4 กรัมต่อวัน (EPA 840 มิลลิกรัม และ DHA 560 มิลลิกรัม) ควบคู่ไปกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioural case management;

CBCM) เป็นระยะเวลา 6 เดือน และติดตามจนครบ 12 เดือน ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดอาการทางจิตช่วงอายุ 13 - 40 ปี พบว่าอัตราการเกิดอาการทางจิตที่ 6 และ 12 เดือนไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับ CBCM เพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานผลิตภัณฑ์วิจัยถึงร้อยละ 57.9 ซึ่งเป็นจำนวนทั้งหมด 176 คน และนอกจากนี้การให้ CBCM เพียงอย่างเดียวก็มีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดอาการทางจิตได้ระดับหนึ่ง²³ อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ระดับกรดไขมันในเยื่อหุ้มเซลล์เม็ดเลือดแดง พบว่าอัตราส่วนของกรดไขมันโอเมก้า 6 ต่อกรดไขมันโอเมก้า 3 ในเยื่อหุ้มเซลล์เม็ดเลือดแดงแปรผันตรงกับความรุนแรงของอาการทางจิตและอาการซึมเศร้า²⁴ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังพบว่าระดับกรดไขมัน EPA และ DHA ในเยื่อหุ้มเซลล์เม็ดเลือดแดงสามารถใช้ทำนายการเกิดอาการทางจิตหรือผลการรักษาได้²⁵

การศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

การศึกษาการใช้กรดไขมันโอเมก้า 3 ในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก มีวัตถุประสงค์ของการศึกษา 2 แบบ วัตถุประสงค์แรกเป็นการใช้กรดไขมันโอเมก้า 3 ร่วมกับยารักษาโรคจิตเพื่อลดความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก จะติดตามความรุนแรงของอาการทางจิตโดยใช้คะแนน brief psychiatric rating scale (BPRS)²⁶ ซึ่งประกอบด้วยการประเมินหลายด้าน ได้แก่ การรับรู้ทางกาย ความวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า ความมึนงง ประสาทหลอน เป็นต้น โดยคะแนน BPRS ที่สูง

ตารางที่ 2 การใช้กรดไขมันโอเมก้า 3 ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดอาการทางจิต

ชื่อการศึกษา	Vienna High Risk study ¹⁸⁻²¹	NEURAPRO ²²⁻²⁵
วัตถุประสงค์หลัก	เพื่อประเมินผลของการเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 ต่ออัตราการเกิดความผิดปกติทางจิตครั้งแรก	เพื่อประเมินผลของการเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 ร่วมกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออัตราการเกิดความผิดปกติทางจิตครั้งแรก
เกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่าง	ประเมินโดยใช้เกณฑ์ PANSS และ GAF	ประเมินโดยใช้เกณฑ์ CAARMS และ SOFAS
จำนวนผู้เข้าร่วม	81	304*
รูปแบบการแทรกแซง (intervention)	กรดไขมันโอเมก้า 3 ชนิด EPA 700 มิลลิกรัม ชนิด DHA 480 มิลลิกรัมและกรดไขมันโอเมก้า 3 อื่น ๆ อีก 220 มิลลิกรัม ที่ผสมวิตามินอี 7.6 มิลลิกรัม	กรดไขมันโอเมก้า 3 ชนิด EPA 840 มิลลิกรัม ชนิด DHA 560 มิลลิกรัม ที่ผสมวิตามินอี 5 มิลลิกรัม
กลุ่มควบคุม	น้ำมันมะพร้าว ที่ผสมวิตามินอี 7.6 มิลลิกรัม และน้ำมันปลาร้อยละ 1	น้ำมันพาราฟิน ที่ผสมวิตามินอี 5 มิลลิกรัม และน้ำมันปลาร้อยละ 1
ผลการศึกษาหลัก	- ณ เวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มที่ได้รับกรดไขมันโอเมก้า 3 มีจำนวน 41 คน เกิดอาการทางจิต 2 คน (ร้อยละ 4.9) กลุ่มควบคุมมีจำนวน 40 คน เกิดอาการทางจิต 11 คน (ร้อยละ 27.5) - เมื่อติดตามต่อไปอีก 6.7 ปี พบว่ากลุ่มที่ได้รับกรดไขมันโอเมก้า 3 เกิดอาการทางจิตเพิ่มขึ้น 4 คน (รวมร้อยละ 9.8) กลุ่มควบคุมมีจำนวน 40 คน เกิดอาการทางจิต 16 คน (รวมร้อยละ 40) กลุ่มที่ได้รับโอเมก้า 3 มีคะแนนประเมินความสามารถที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม	- ณ เวลา 6 เดือน กลุ่มที่ได้รับกรดไขมันโอเมก้า 3 มีจำนวน 153 คน เกิดอาการทางจิต ร้อยละ 6.7 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีจำนวน 151 คน เกิดอาการทางจิต ร้อยละ 5.1 - เมื่อครบ 12 เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับกรดไขมันโอเมก้า 3 เกิดอาการทางจิตรวมร้อยละ 11.5) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีจำนวน 40 คน เกิดอาการทางจิต 16 คน (รวมร้อยละ 11.2) - ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีคะแนนประเมินความสามารถที่ดีขึ้นจากขณะเริ่มต้นการศึกษา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

CAARMS; comprehensive assessment of at-risk mental states, DHA; docosahexaenoic acid, EPA; eicosapentaenoic acid, GAF; global assessment of functioning scale, PANSS; positive and negative syndrome scale, SOFAS; social and occupational functioning assessment scale

*ผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 79 คน (ร้อยละ 26) ออกจากการวิจัย และผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวนทั้งหมด 176 คน (ร้อยละ 57.9) ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานผลิตภัณฑ์วิจัย

แสดงถึงอาการของโรคมีความรุนแรงมาก การศึกษาของ Berger และคณะ ในปี ค.ศ. 2007²⁷ เป็นการเสริม EPA ขนาด 2 กรัมต่อวัน เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ร่วมกับการได้รับยารักษาโรคจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก จำนวน 35 คน เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับยาหลอก จำนวน 34 คน พบว่าที่ 12 สัปดาห์ คะแนน BPRS และระดับความสามารถโดยประเมินจาก GAF และ SOFAS ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value>0.05) แต่พบว่าที่ 6 สัปดาห์กลุ่มที่ได้รับกรดไขมันโอเมก้า 3 มีจำนวนคนที่ตอบสนองต่อการรักษาในระดับสูงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.036) นอกจากนี้ผู้วิจัยยังพบว่ากลุ่มที่ได้รับกรดไขมันโอเมก้า 3 มีขนาดยารักษาโรคจิตที่ใช้น้อยกว่ากลุ่มควบคุมถึงร้อยละ 20

การศึกษาของ Pawelczyk และคณะ ในปี ค.ศ. 2016²⁸ เป็นการเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 ขนาด 2.2 กรัมต่อวัน (EPA 1,320 มิลลิกรัม และ DHA 880 มิลลิกรัม) ในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับน้ำมันมะกอก เป็นระยะเวลา 26 สัปดาห์ ติดตามความรุนแรงของอาการทางจิตโดยใช้คะแนน PANSS พบว่าที่ สัปดาห์ที่ 26 คะแนนรวม PANSS ของกลุ่มที่ได้รับกรดไขมันโอเมก้า 3 ลดลงมากกว่าคะแนนของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.01) และที่สัปดาห์ที่ 6 มีผู้ที่ตอบสนองต่อการรักษา มากกว่าร้อยละ 50 ในจำนวนที่มากกว่ากลุ่มควบคุม (p -value 0.017) เช่นเดียวกับการศึกษาในปี ค.ศ.

2019 ของ Robinson และคณะ²⁹ เป็นการเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 ขนาด 1.14 กรัมต่อวัน (EPA 740 มิลลิกรัมและ DHA 400 มิลลิกรัม) รับประทานต่อเนื่อง 16 สัปดาห์ร่วมกับยา risperidone 3 - 6 มิลลิกรัมต่อวัน ติดตามความรุนแรงของอาการทางจิตโดยใช้คะแนน BPRS พบว่าที่สัปดาห์ที่ 16 กลุ่มที่ได้รับกรดไขมันโอเมก้า 3 มีแนวโน้มของคะแนน BPRS ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อแยกวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มที่ไม่ได้รับยา lorazepam ซึ่งอาจจะมีผลต่อคะแนน BPRS พบว่ากลุ่มที่ได้รับกรดไขมันโอเมก้า 3 มีคะแนน BPRS ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่สัปดาห์ที่ 14 และ 16 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.041)

วัตถุประสงค์ของการศึกษารูปแบบที่สอง เป็นการเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 ในการป้องกันอาการกำเริบ (relapse) ของผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกที่ได้รับการรักษาจนอาการสงบ การศึกษาของ Emsley และคณะในปี ค.ศ. 2014³⁰ แบ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกที่ได้รับการรักษาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 - 3 ปี จนอาการสงบ ออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกหยุดยารักษาโรคจิต กลุ่มที่สองหยุดยารักษาโรคจิตและรับประทานกรดไขมันโอเมก้า 3 ปริมาณ 3 กรัมต่อวัน (EPA 2 กรัม และ DHA 1 กรัม) ร่วมกับสารต้านอนุมูลอิสระ (α -lipoic acid 300 มิลลิกรัมต่อวัน) ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 2 ปี หรือจนกระทั่งมีอาการกำเริบ พบว่าหลังจากติดตามไป 2 ปี ทั้งสองกลุ่มมีอัตราอาการกำเริบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.9)

โดยมีอัตราการกำเริบในกลุ่มที่ได้รับกรดไขมันโอเมก้า 3 และกลุ่มควบคุมเป็นร้อยละ 90 และ 75 ตามลำดับ และมีรายงานอาการไม่พึงประสงค์ในกลุ่มศึกษาเกิดภาวะเลือดหยุดไหลช้า (prolonged bleeding time) จำนวน 2 คน (ร้อยละ 10) ในขณะที่กลุ่มควบคุม ไม่มีอาการดังกล่าว

การศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

มีรายงานการเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 ชนิด EPA ในขนาดระหว่าง 1 - 3 กรัมต่อวัน รับประทานต่อเนื่อง 8 - 16 สัปดาห์ ร่วมกับยารักษาโรคจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง การศึกษาของ Emsley และคณะ ในปี ค.ศ. 2002³¹ เป็นการเสริม EPA ขนาด 3 กรัมต่อวัน เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับน้ำมันพาราฟินในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่อาการคงที่และไม่มีการเปลี่ยนหรือปรับขนาดยาในช่วง 6 เดือนก่อนหน้า รับประทานต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ ติดตามความรุนแรงของอาการทางจิตโดยใช้คะแนน PANSS พบว่าที่สัปดาห์ที่ 12 คะแนนรวม PANSS ของกลุ่มที่ได้รับกรดไขมันโอเมก้า 3 ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.04) อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Fenton และคณะ ในปี ค.ศ. 2001³² ซึ่งเสริม EPA ขนาด 3 กรัมต่อวัน รับประทานต่อเนื่อง 16 สัปดาห์ และการศึกษาของ Jamilian และคณะ ในปี ค.ศ. 2014³³ ซึ่งเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 (ไม่ระบุชนิด) ขนาด 1 กรัมต่อวันเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง และติดตามระดับความรุนแรงของอาการโดยใช้คะแนน PANSS กลับพบว่าทั้งสองการศึกษาไม่พบความแตกต่างของอาการทางจิต

ระหว่างกลุ่มที่ได้รับกรดไขมันโอเมก้า 3 กับกลุ่มควบคุม

อภิปราย

ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดอาการทางจิต การเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 (EPA/DHA) ขนาด 1.2 กรัมต่อวัน เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ (การศึกษา VHR) ช่วยลดอัตราการเกิดอาการทางจิตได้แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งที่ 12 เดือน และติดตามไปอีก 6.7 ปี อย่างไรก็ตามการใช้กรดไขมันโอเมก้า 3 (EPA/DHA) ขนาด 1.4 กรัมต่อวัน ควบคู่ไปกับการทำ CBCM เป็นระยะเวลา 6 เดือน (การศึกษา NEURAPRO) กลับพบว่าอัตราการเกิดอาการทางจิตที่ 6 และ 12 เดือน ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ทำ CBCM เพียงอย่างเดียว เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการศึกษา เช่น ความร่วมมือในการรับประทานผลิตภัณฑ์วิจัยของอาสาสมัคร ซึ่งทั้งสองการศึกษามีการติดตามความร่วมมือในการรับประทานผลิตภัณฑ์วิจัยโดยการนับจำนวนเม็ดที่เหลืออยู่ทุกครั้งของการติดตาม พบว่าการศึกษา VHR อาสาสมัครกลุ่มวิจัยให้ความร่วมมือในการรับประทานผลิตภัณฑ์วิจัยร้อยละ 81.4 และวัดปริมาณกรดไขมันโอเมก้า 3 ที่เพิ่มขึ้นในเยื่อหุ้มเซลล์เม็ดเลือดแดงจากการเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 พบว่าแตกต่างจากก่อนรับประทานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีกรดไขมันโอเมก้า 3 เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.10 (SD 1.53)¹⁸ ซึ่งสัมพันธ์กับระดับความสามารถ (GAF) ที่ดีขึ้น ในขณะที่การศึกษา

NEURAPRO กลุ่มวิจัยให้ความร่วมมือในการรับประทานผลิตภัณฑ์วิจัยเพียงร้อยละ 43.1 และมีกรดไขมันโอเมก้า 3 ในเยื่อหุ้มเซลล์เม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 0.46 (SD 1.67)²⁵ จึงอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้การศึกษา NEURAPRO ไม่เห็นประโยชน์ของการเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามทั้งสองการศึกษาไม่ได้ติดตามชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทานในช่วงที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยอยู่ในระหว่างการการศึกษา ซึ่งอาจรบกวนผลการการศึกษาได้ ดังนั้นจึงต้องการการศึกษาเพิ่มเติมซึ่งควบคุมปัจจัยกวนต่าง ๆ เพื่อให้เห็นผลของการเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดอาการทางจิตต่อไป

ในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกการเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 ชนิดผสมระหว่าง EPA และ DHA ขนาด 2 - 2.2 กรัมต่อวัน รับประทานต่อเนื่อง 12 - 26 สัปดาห์ ผลที่สัปดาห์ที่ 6 พบว่ากลุ่มที่ได้รับกรดไขมันโอเมก้า 3 มีผู้ที่ตอบสนองต่อการรักษาในระดับสูงมากกว่ากลุ่มควบคุมและขนาดยาที่ใช้รักษาโรคจิตน้อยกว่า²⁷ และนอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่เสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 ในขนาดที่ต่ำลงมาเป็น 1.14 กรัมต่อวันร่วมกับยา risperidone 3 - 6 มิลลิกรัมต่อวัน พบว่ามีแนวโน้มของคะแนน BPRS ลดลงในสัปดาห์ที่ 16 แต่ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม เมื่อแยกวิเคราะห์เฉพาะผู้ที่ไม่ได้รับยา lorazepam พบว่ากลุ่มที่เสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 มีคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁹ แสดงให้เห็นว่าการเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 ใน

ผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกอาจได้รับประโยชน์ในด้านการลดความรุนแรงของอาการทางจิตและลดขนาดยารักษาโรคจิตได้ อาจเนื่องจากในช่วงแรกๆที่เริ่มแสดงอาการของโรคจิตเภท เซลล์ประสาทและโครงสร้างสมองของผู้ป่วยยังไม่เปลี่ยนแปลงไปอย่างถาวร การเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 ในช่วงแรกนี้อาจจะทำให้ระบบประสาทกลับมาทำงานได้ดีขึ้นซึ่งเสริมฤทธิ์กับยาด้านโรคจิต จึงใช้ขนาดยาไม่สูงมากนัก ส่งผลดีต่อการลดโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารักษาโรคจิต ส่วนการศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกที่ได้รับการรักษาจนอาการสงบ พบว่าการใช้กรดไขมันโอเมก้า 3 ในระหว่างที่หยุดยารักษาโรคจิตไม่สามารถป้องกันอาการกำเริบได้³⁰

สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง การศึกษาส่วนใหญ่ยังไม่เห็นประโยชน์ชัดเจนของการเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 ชนิด EPA ในแง่ของการลดระดับความรุนแรงของอาการทางจิต สันนิษฐานว่าศักยภาพการทำงานของสมองอาจลดลงจากการดำเนินไปของโรค การใช้กรดไขมันโอเมก้า 3 ในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติม โดยอาจจะต้องใช้กรดไขมันโอเมก้า 3 ในรูปแบบผสมควบคู่กับการติดตามระดับกรดไขมันโอเมก้า 3 ในเม็ดเลือดแดงเพื่อให้เห็นผลที่ชัดเจนต่อไป

ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดอาการทางจิตและผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น การเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 ขนาด 1 - 3 กรัมต่อวัน รับประทานต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ ถึง 2 ปี ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์จากกรดไขมันโอเมก้า 3 ที่แตกต่าง

จากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁷⁻³⁰ โดยอาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อยแต่ไม่รุนแรงในกลุ่มที่ได้รับกรดไขมันโอเมก้า 3 ได้แก่ อาการท้องเสีย นอกจากนี้กรดไขมันโอเมก้า 3 มีฤทธิ์ยับยั้งการแข็งตัวของเลือด เป็นผลทำให้เมื่อเกิดเลือดออก เลือดจะหยุดไหลช้าลง ซึ่งมีการศึกษารายงานการเกิดภาวะเลือดหยุดไหลช้าได้ร้อยละ 10 จากการใช้กรดไขมันโอเมก้า 3 ขนาด 3 กรัมต่อวัน ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 2 ปี³⁰ ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีรายงานของอาการดังกล่าว นอกจากนี้ยังมีรายงานการเกิดเลือดออกในผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะและได้รับยา prednisolone เป็นระยะเวลานาน³⁴ โดยผู้ป่วยมีเลือดออกตามไรฟันและเลือดกำเดาไหล หลังจากรับประทานกรดไขมันโอเมก้า 3 เสริมในขนาด 1 กรัมต่อวัน เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งอาการดังกล่าวหายเป็นปกติหลังจากหยุดเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 เป็นระยะเวลา 2 - 3 วัน ดังนั้นอาจจะต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงในการเกิดเลือดออก เช่น อาการเลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล หรือมีจ้ำเลือด และติดตามค่าทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องเป็นระยะในผู้ที่ใช้กรดไขมันโอเมก้า 3 เพื่อให้เกิดประโยชน์และความปลอดภัยสูงสุด

กรดไขมันโอเมก้า 3 มีจำหน่ายในประเทศไทยทั้งในรูปแบบน้ำมันปลาและกรดไขมันโอเมก้า 3 เข้มข้นซึ่งสามารถเข้าถึงได้ง่าย การเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 จึงอาจจะเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก ในการลดระดับความรุนแรงของอาการทางจิตและอาจช่วยลดขนาดยาโรคจิต

โดยควรอยู่ในความดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้ได้รับประสิทธิผลและความปลอดภัยจากการเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมายังมีข้อจำกัดด้านปัจจัยกวนซึ่งในแต่ละการศึกษายังไม่ถูกควบคุมทั้งหมด เช่น ปริมาณกรดไขมันโอเมก้า 3 ที่ได้รับจากการรับประทานอาหาร ปริมาณกรดไขมันในเลือดขณะเริ่มต้นและหลังจากจบการศึกษา ความร่วมมือในการรับประทานผลิตภัณฑ์วิจัย หรือปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจจะมีผลต่อความปลอดภัยในการเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 ยังไม่มีรายละเอียดมากนัก เช่น โรคร่วมทางกายของผู้ป่วย หรือยาที่รับประทานร่วมด้วย ดังนั้นจึงต้องการการศึกษาที่ควบคุมและติดตามปัจจัยเหล่านี้ต่อไปในอนาคต

สรุป

กรดไขมันโอเมก้า 3 มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาของเซลล์ประสาทและมีส่วนในกระบวนการต่าง ๆ ภายในร่างกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักมีระดับกรดไขมันโอเมก้า 3 ลดลงและสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการของผู้ป่วย จึงมีการศึกษาการใช้กรดไขมันโอเมก้า 3 ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดอาการทางจิตและผู้ป่วยโรคจิตเภท การเสริมกรดไขมันโอเมก้า 3 (EPA หรือ DHA) ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดอาการทางจิต มีแนวโน้มช่วยลดอัตราการเกิดอาการทางจิตได้และช่วยลดความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกได้ แต่ไม่สามารถป้องกันอาการกำเริบได้ ในขณะที่การเสริมกรด

ไขมันโอเมก้า 3 ในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามการใช้กรดไขมันโอเมก้า 3 ในขนาดสูง หรือติดต่อกันเป็นระยะเวลานานอาจทำให้เกิดเลือดหยุดไหลซ้ำได้ ซึ่งควรติดตามตลอดระยะเวลาการใช้ของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประโยชน์และความปลอดภัยสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

1. Volkan K. Schizophrenia: Epidemiology, Causes, Neurobiology, Pathophysiology, and Treatment. *J Health Med Sci* 2020; 3(4).
2. Phanthunane P, Vos T, Whiteford H, Bertram M, Udomratn P. Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Popul Health Metr* 2010; 8: 24.
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.
4. Woottitluk P, Maneeton B, Jaiyen N, Khemawichanurat W, Kawilapat S, Maneeton N. Prevalence and associated factors of suicide among hospitalized schizophrenic patients. *World J Clin Cases* 2020; 8(4): 757-70.
5. Hsu MC, Huang YS, Ouyang WC. Beneficial effects of omega-3 fatty acid supplementation in schizophrenia: possible mechanisms. *Lipids Health Dis* 2020; 19: 159.
6. Horrobin DF, Glen AI, Vaddadi K. The membrane hypothesis of schizophrenia. *Schizophr Res* 1994; 13(3): 195-207.
7. Reddy RD, Keshavan MS, Yao JK. Reduced red blood cell membrane essential polyunsaturated fatty acids in first episode schizophrenia at neuroleptic-naïve baseline. *Schizophr Bull* 2004; 30(4): 901-11.
8. Ermakov EA, Dmitrieva EM, Parshukova DA, Kazantseva DV, Vasilieva AR, Smirnova LP. Oxidative stress-related mechanisms in schizophrenia pathogenesis and new treatment perspectives. *Oxid Med Cell Longev* 2021; 8881770.
9. Berger ME, Smesny S, Kim SW, et al. Omega-6 to omega-3 polyunsaturated fatty acid ratio and subsequent mood disorders in young people with at-risk mental states: a 7-year longitudinal study. *Transl Psychiatry* 2017; 7(8): e1220.
10. Pawełczyk T, Trafalska E, Pawełczyk A, Kotlicka-Antczak M. Differences in omega-3 and omega-6 polyunsaturated fatty acid consumption in people at ultra-high risk of psychosis, first-episode schizophrenia, and in healthy controls. *Early Interv Psychiatry* 2017; 11(6): 498-508.
11. Jones HJ, Borges MC, Carnegie R, Mongan D, Rogers PJ, Lewis SJ, et al. Causal associations between fatty acid measures and schizophrenia – a two-sample Mendelian randomization study. *medRxiv*; 2021.
12. Iwayama Y, Hattori E, Maekawa M, Yamada K, Toyota T, Ohnishi T, et al. Association analyses between brain-expressed fatty acid binding protein (FABP) genes and schizophrenia and bipolar disorder. *Am J Med Genet* 2010; 153B: 484-93.
13. Shimamoto C, Ohnishi T, Maekawa M, Watanabe A, Ohba H, Arai R, et al. Functional characterization of FABP3, 5 and 7 gene variants identified in schizophrenia and autism spectrum disorder and mouse behavioral studies. *Hum Mol Genet* 2014; 23(24): 6495–511.
14. Shimamoto-Mitsuyama C, Ohnishi T, Balan S, Ohba H, Watanabe A, Maekawa M, et al. Evaluation of the role of fatty acid-binding protein 7 in controlling schizophrenia-relevant phenotypes using newly established knockout mice. *Schizophr Res* 2020; 217: 52-9.

15. Smesny S, Kunstmann C, Kunstmann S, Willhardt I, Lasch J, Yotter RA, et al. Phospholipase A2 activity in first episode schizophrenia: Associations with symptom severity and outcome at week 12. *World J Biol Psychiatry* 2011; 12(8): 598-607.
16. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13(2): 261-76.
17. Yung AR, Yuen HP, McGorry PD, Phillips LJ, Kelly D, Dell'Olio M, et al. Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of at-risk mental states. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39(11-12): 964-71.
18. Amminger GP, Schäfer MR, Papageorgiou K, Klier CM, Cotton SM, Harrigan SM, et al. Long-chain omega-3 fatty acids for indicated prevention of psychotic disorders: a randomized, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67(2): 146-54.
19. Amminger GP, Schafer MR, Schlogelhofer M, Klier CM, McGorry PD. Longer-term outcome in the prevention of psychotic disorders by the Vienna omega-3 study. *Nat Commun* 2015; 6: 7934.
20. Amminger GP, Mechelli A, Rice S, Kim SW, Klier CM, McNamara RK, et al. Predictors of treatment response in young people at ultra-high risk for psychosis who received long-chain omega-3 fatty acids. *Transl Psychiatry* 2015; 5: e495.
21. Berger ME, Smesny S, Kim SW, Davey CG, Rice S, Sarnyai Z, et al. Omega-6 to omega-3 polyunsaturated fatty acid ratio and subsequent mood disorders in young people with at-risk mental states: A 7-year longitudinal study. *Transl Psychiatry* 2017; 7(8): e1220.
22. McGorry PD, Nelson B, Markulev C, Yuen HP, Schäfer MR, Mossaheb N, et al. Effect of ω -3 polyunsaturated fatty acids in young people at ultrahigh risk for psychotic disorders: The NEURAPRO randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2017; 74(1): 19-27.
23. Schlögelhofer M, McGorry PD, Nelson B, Markulev C, Yuen HP, Schafer M, et al. The neurapro study: Adherence to study medication. *Schizophr Bull* 2018; 44(Suppl. 1): S132-S133.
24. Berger M, Nelson B, Markulev C, Yuen HP, Schafer MR, Mossaheb N, et al. Relationship between polyunsaturated fatty acids and psychopathology in the NEURAPRO clinical trial. *Front Psychiatry* 2019; 10: 39.
25. Amminger GP, Nelson B, Markulev C, Yuen HP, Schäfer MR, Berger M, et al. The NEURAPRO biomarker analysis: long-chain omega-3 fatty acids improve 6-month and 12-month outcomes in youths at ultra-high risk for psychosis. *Biol Psychiatry* 2020; 87(3): 243-52.
26. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. *Psychol Rep* 1962; 10(3): 799-812.
27. Berger GE, Proffitt TM, McConchie M, Yuen H, Wood SJ, Amminger GP, et al. Ethyl-eicosapentaenoic acid in first-episode psychosis: A randomized, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 1867-75.
28. Pawelczyk T, Grancow-Grabka M, Kotlicka-Antczak M, Trafalska E, Pawelczyk A. A randomized controlled study of the efficacy of six-month supplementation with concentrated fish oil rich in omega-3 polyunsaturated fatty acids in first episode schizophrenia. *J Psychiatr Res* 2016; 73: 34-44.
29. Robinson DG, Gallego JA, John M, Hanna LA, Zhang JP, Birnbaum ML, et al. A potential role for adjunctive omega-3 polyunsaturated fatty acids for depression and anxiety symptoms in recent onset psychosis: Results from a 16-week randomized placebo-controlled trial for participants concurrently treated with risperidone. *Schizophr Res* 2019; 204: 295-303.

30. Emsley R, Chiliza B, Asmal L, du Plessis S, Phahladira L, van Niekerk E, et al. A randomized, controlled trial of omega-3 fatty acids plus an antioxidant for relapse prevention after antipsychotic discontinuation in first-episode schizophrenia. *Schizophr Res* 2014; 158(1-3): 230-5.
31. Emsley R, Myburgh C, Oosthuizen P, van Rensburg SJ. Randomized, placebo-controlled study of ethyl-eicosatetraenoic acid as supplemental treatment in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2002; 159(9): 1596-8.
32. Fenton WS, Dickerson F, Boronow J, Hibbeln JR, Knable M. A placebo-controlled trial of omega-3 fatty acid (ethyl eicosapentaenoic acid) supplementation for residual symptoms and cognitive impairment in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2001; 158(12): 2071-4.
33. Jamilian H, Solhi H, Jamilian M. Randomized, placebo-controlled clinical trial of omega-3 as supplemental treatment in schizophrenia. *Glob J Health Sci* 2014; 6: 103-8.
34. Berliner AR, Fine DM. There's something fishy about this bleeding. *NDT Plus* 2011; 4(4): 270-2.