

วารสาร

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน 2568)

Volume 19, Issue 1, January - June 2025



กรมสุขภาพจิต

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

ISSN (online): 3027-8546

คณะที่ปรึกษา (สังกัดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา)

พญ.สุพัฒนา เชาวดีวงศ์ ณ อยุธยา

นพ.ศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา

พญ.ปัทมา ศิริเวช

นพ.พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ

บรรณาธิการ

พญ.พิชญ์ ชลาชนคร สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

บรรณาธิการรอง นางฐปนีย์ พุ่มลเจริญ
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
น.ส.วัฒนาภรณ์ พิบูลอักษร
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.นพ.ชัชวาลย์ ศิลปกิจ มหาวิทยาลัยมหิดล
ศ.ดร.นพ.วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.ดร.นพ.วรภัทร รัตอาภา มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศิริพรพานิชย์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.นพ.นพพร ตันติรังสี สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้
นพ.วรวัฒน์ ไชยชาญ โรงพยาบาลจิตเวช นครสวรรค์ราชชนกรินทร์
รศ.ดร.ภก.มนัส พงศ์ชัยเดชา มหาวิทยาลัยศิลปากร
ดร.ธนะภูมิ รัตนานุพงศ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
พ.ด.หญิง ดร.อุบลพรรณ ชีระศิลป์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ผศ.ดร.ภก.ทวนธน บุญเรือง มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.ภก.ณอมพงษ์ เสถียรลักษณ์ มหาวิทยาลัยสยาม
ดร.สุนทรี ศรีโกไสย สถาบันพัฒนาการเด็ก ราชชนกรินทร์
ดร.นพรัตน์ ไชยธานี มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

อ.ดร.กมล เกียรติเรืองภมรา

สถาบันเทคโนโลยี

พระจอมเกล้าเจ้าคุณทหาร

ลาดกระบัง

ดร.ภัทรวรรณ สุขอิริย

โรงพยาบาลศรีธัญญา

นายกฤตชัย แก้วยศ

สถาบันประสาทวิทยา

กองบรรณาธิการ (สังกัดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา)

นพ.พงศกร เล็งดี

นพ.ปทานนท์ ขวัญสนิ

พญ.จิตติมา สงวนวิชัยกุล

นพ.สุทธา สุปัญญา

นางอุณจิตร คุณารักษ์

น.ส.ชุมพร บ้านกล้วย

น.ส.นิรมล ปะนะสุนา

น.ส.สาวิตริ แสงสว่าง

นางฉัตรสุดา จุงสกุล

น.ส.ชนัญจิรา เมืองคำ

น.ส.สาวิตริ สุริยะฉาย

นายอรสมันต์ ศิริลาภ

น.ส. อรภรณ์ สวนวัง

ผู้จัดการ

น.ส.จิตติมา ณรงค์ศักดิ์

น.ส.เกตุรมาศ อยู่ถื่น

การติดต่อ โทรศัพท์ 0-2442-2500 ต่อ 59286

E - mail: somdejjournal@gmail.com

หมายเหตุ : กำหนดออก ปีละ 2 ฉบับ

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม ถึง เดือนมิถุนายน

ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม ถึง เดือนธันวาคม

บทความที่ตีพิมพ์ต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน/ 1 บทความ (double blinded) ผู้อ่านสามารถนำข้อความ ข้อมูลจากวารสารไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการได้ เช่น เพื่อการสอน การอ้างอิง การจะนำไปใช้วัตถุประสงค์อื่น เช่น เพื่อการค้า จะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากกองบรรณาธิการก่อน



Department of Mental Health
Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

ISSN (online): 3027-8546

Advisory board (Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry)

Supathana Dejatiwongse Na Ayutaya
Sarutabhandu Chakrabhandu Na Ayutaya
Pattama Sirivech
Pholphat Losatiankij

Editor

Pitchaya Channakorn
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	Southern Institute of Child and Adolescent Mental Health
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	Walailak University
Kamol Keatruangkamala	King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang
Pattarawat Sukyirun	Srithanya Hospital
Krittana Kaewyot	

Editorial board (Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry)

Pongsakorn Lengdee	Patanon Kwansanit
Thitima Sanguanvichaikul	Suttha Supanya
Unjit Khunarak	Chumphorn Bankluei
Niramon Panasuna	Sawitree Saengsawang
Chatsuda Chungsakul	Chanatthida Muangkum
Sawitree Suriyachai	Arisaman Sirilap
Orabhorn Suanchang	

Manager

Thitima Narongsak	Keyunmart Yootin
-------------------	------------------

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

สารบัญวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ปี 2568 ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน)

	หน้า
สารบัญ	ก
คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์	จ
บรรณาธิการแถลง	ฉ
นิพนธ์ต้นฉบับ	
การพัฒนาคู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาสำหรับนักจิตวิทยาคลินิก รูปนัย ฟูมุลเจริญ	1
ความชุกและการจัดการภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำจากยาเทียม ในโรงพยาบาลจิตเวช กมลรัตน์ โสมรักษ์, ทวนธน บุญถื้อ, ชลธิชา เทียมทัศน์, ทิชากร สุนารี	19
การพัฒนาและผลโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ณัฐพัชร สุนทโรวิทย์, อัญชลี วิจิตรปัญญา, เบ็ญจา นิ่มนวล, ปาณิสรา อินทร์กันทุม, นพพร ลาดบัวขาว	31
ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา อรภรณ์ สวนช่วง, กฤตณัย แก้วยศ, รูปนัย ฟูมุลเจริญ, ชิตติมา ณรงค์ศักดิ์, ชิตติมา สงวนวิชัยกุล, นฤทธิพรณ ล้อมวงศ์, ธนะภูมิ รัตนานุกพงศ์	46
ปกิณกะ	
แนวโน้มและทิศทางการใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการดูแลปัญหาสุขภาพจิต ณัฐสุรางค์ กิ่งขุนทด	67
ปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในผู้ที่มีน้ำหนักเกินและโรคอ้วน กัญญาณัฐ สุภาพร, สาทิก สุทธิวิจิตร, สุลี ถาวรกุล	79

Contents of Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry Years 2025, Volume 19, Issue 1 (January- June)

	Page
Contents	๓
Instruction to authors	๖
Preface	๗
Original article	
Development of A Neuropsychological Assessment Manual for Clinical Psychologists	2
Thapanee Foomooljareon	
Prevalence and Management of Lithium-Induced Hypothyroidism in Psychiatric Hospital	20
Kamonrat Somrak, Tuanthon Boonlue, Chonthicha Tiamtat, Tichakorn Sunaree	
Development and Effective Evaluation of AN Adherence Medication on Schizophrenia Patients	32
Kachaporn Sripharut, Vadhana Jayathavaj	
Prevalence and Associated Factors of Cognitive Impairment in Patients with Schizophrenia at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry	47
Orabhorn Suanchang, Krittanai Kaewyot, Thapanee Foomooljareon, Thitima Narongsak, Thitima Sanguanvichaikul, Nalitipan Lomwong, Thanapoom Rattananupong	
Miscellany	
The Trend and Direction of Using Artificial Intelligence in Mental Health Care	67
Nutsurang Kingkhuntod	
Mental Health Problems and Psychiatry Disorders in Overweight and Obesity People	79
Kanyanat Supaporn, Satik Sutthiviriwan, Sulee Thavongul	

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

- ประเด็นย่อยหรือหัวข้อข้ออธิบายที่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะที่ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่

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 ในกรณีที่มีผู้พิมพ์หลายคนให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญที่แต่ละคนมีส่วนในงานวิจัยนั้น 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
เครื่องหมายเชิงบรรณเป็นหมายเลข 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
เขียนลูกศรด้วยดินสอคำเป็นแนวตั้ง ตามที่
ผู้พิมพ์ต้องการให้ปรากฏในวารสาร และเขียน
หมายเลขกำกับไว้ว่า ภาพที่ 1 ภาพที่ 2 ฯลฯ

3. แผนภูมิ ควรมีฐานข้อมูลของแผนภูมิ
และควรระบุโปรแกรมที่ใช้ด้วยคำอธิบาย
รูปภาพ และแผนภูมิให้พิมพ์แยกไว้ต่างหาก
แทรกไว้ก่อนรูปนั้น

3. บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review article)

เป็นบทความจากการรวบรวมวิเคราะห์

สังเคราะห์ผลเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าของเรื่องนั้นในสถานการณ์ปัจจุบัน บทความฟื้นฟูวิชาการมีส่วนประกอบดังนี้

3.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้นิพนธ์และสังกัด (Author & by-line) ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

3.3 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.4 คำสำคัญ (Key words) ภาษาไทยและอังกฤษ

3.5 บทนำ (Introduction)

3.6 บทปริทัศน์ ซึ่งอาจแบ่งเป็นส่วน ๆ ตามหัวข้อย่อย โดยเริ่มจากการบอกวัตถุประสงค์ แล้วแจ้งข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการทบทวนเอกสาร และการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับเรื่องปริทัศน์มาไว้เป็นหมวดหมู่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์ หรือข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะ ที่ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่ ๆ บางครั้งบทวิจารณ์ (Discussion) อาจแยกไว้เป็นหัวข้อต่างหาก

3.7 สรุป (Conclusion)

3.8 เอกสารอ้างอิง (References)

4. รายงานเบื้องต้น (Preliminary report)

หรือรายงานสังเขป (Short communication) เป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูล

เพิ่มเติมหรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับซึ่งมีส่วนประกอบที่สำคัญ เช่นเดียวกับนิพนธ์ต้นฉบับหรือบทความฟื้นฟูวิชาการ

5. รายงานผู้ป่วย (Case report)

เป็นรายงานที่เกี่ยวกับผู้ป่วยที่น่าสนใจไม่เคยมีรายงานมาก่อนหรือมีรายงานน้อยรายชื่อเรื่องควรต่อท้ายด้วย: รายงานผู้ป่วย (Case report) เพื่อให้ผู้อ่านทราบว่าเป็นรายงานผู้ป่วยถ้าแสดงรูปภาพ ต้องเฉพาะที่จำเป็นจริง ๆ และได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้รับผิดชอบรายงานผู้ป่วยมีองค์ประกอบดังนี้

5.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

5.2 ชื่อผู้นิพนธ์และสังกัด (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) การรักษาและผลจากการรักษานำบัด

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) ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

6.2 ชื่อผู้นิพนธ์ และสังกัด (Author & by-line) ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

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 ฉบับราชบัณฑิตยสถานเป็นบรรทัดฐาน สำหรับคำศัพท์แพทย์ภาษาอังกฤษที่ไม่มีคำแปลในพจนานุกรมฯ อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้

คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเรื่องภาษาไทย ให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ ซึ่งขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วยคำศัพท์ภาษาอังกฤษ และหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นกริยา การเขียนคำสถิติ ร้อยละ ให้ใช้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง

2. ต้นฉบับ พิมพ์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรม Microsoft Word ขนาดตัวอักษร ภาษาไทยอังสนา 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

ในคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์นี้ได้รวบรวมรูปแบบการอ้างอิงเอกสารระบบ Vancouver 2003 ไว้ทั้งหมด 6 ประเภท 14 ตัวอย่าง ดังนี้

1. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวารสาร

1.1 การอ้างอิงจากวารสารที่ได้มาตรฐาน
ทั่วไป

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้พิมพ์, ชื่อเรื่อง.
ชื่อย่อวารสาร 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 ใช้
รูปแบบพื้นฐานเช่นเดียวกันกับ 1.1 ดังนี้

รูปแบบพื้นฐาน: ชื่อหน่วยงาน. ชื่อ
เรื่อง. ชื่อย่อวารสาร 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 การอ้างอิงจากหนังสือที่ได้
มาตรฐานทั่วไป

รูปแบบพื้นฐาน: ชื่อสกุลผู้พิมพ์ อักษร
ย่อชื่อผู้พิมพ์. ชื่อหนังสือ. พิมพ์ครั้งที่ (กรณี
พิมพ์มากกว่า 1 ครั้ง). ชื่อเมือง: สำนักพิมพ์; ปีที่
พิมพ์.

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. ฝึกอบรม
เข้าในทฤษฎีทางจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ:
บริษัทการพิมพ์; 1974.

2.2 หนังสือที่ผู้เขียนเป็นบรรณาธิการ
หรือผู้รวบรวม

ตัวอย่างที่ 7 ธนู ชาดิธนานนท์,
บรรณาธิการ. คู่มือประกอบการใช้ ICD-10.
เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2536.

2.3 หนังสือที่มีผู้พิมพ์เป็นหน่วยงาน
และเป็นผู้พิมพ์

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

2.4 เอกสารอ้างอิงเป็นบทหนึ่งใน
หนังสือ

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 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือ
ประกอบการประชุม (conference proceeding)

ตัวอย่างที่ 10 ทรงเกียรติ ปิยะกะ.
บรรณาธิการ. ยิ้มสู้ภัย...ยาเสพติด. เอกสาร
ประกอบการประชุมวิชาการ สุขภาพจิต
นานาชาติ ประจำปี 2545 เรื่องสุขภาพจิต กับยา
เสพติด; 21 – 23 สิงหาคม 2545; ณ โรงแรม
ปรีณัฒาเลช. 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.
การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพที่เป็นสหมิต
สำหรับผู้สูงอายุในชนบท [วิทยานิพนธ์ดุขฉฐี
บัณฑิต]. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล; 2537.

4. เอกสารอ้างอิงที่เป็นรายงานทางวิชาการ

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้วิจัย (หรือสถาบัน).
ชื่อเรื่อง. ชื่อเมือง: สำนักพิมพ์; ปี.

ตัวอย่างที่ 13 อรวรรณ ศิลปกิจ. รายงาน
การวิจัยเรื่องเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรค
ลมชัก. 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. ผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์หรือสัตว์ทดลองต้องได้รับการรับรองการผ่านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และสัตว์ทดลอง และต้องส่งหลักฐานให้กับวารสารด้วย

บรรณาธิการแถลง

วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ฉบับปัจจุบันนับเป็นวารสารปีที่ 19 ฉบับที่ 1 ซึ่งสะท้อนถึงความมุ่งมั่นและความต่อเนื่องของกองบรรณาธิการในการส่งเสริมการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ทางวิชาการ และสนับสนุนการยกระดับคุณภาพบริการด้านสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบ

ท่ามกลางบริบทของการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี ปัญหาสุขภาพจิตมีความซับซ้อน และแพร่หลายมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะภายหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตในประชากรทุกช่วงวัย ทั้งในรูปแบบของความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกหมดไฟ องค์ความรู้ที่ถูกต้องและทันต่อสถานการณ์จึงมีบทบาทสำคัญต่อการป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพจิตอย่างมีประสิทธิภาพ

วารสารฉบับนี้ได้รวบรวมบทความวิชาการประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ จำนวนทั้งสิ้น 4 เรื่อง ปกป้อง 2 เรื่อง ซึ่งมีความหลากหลายทั้งในเชิงบริบท กลุ่มเป้าหมาย และแนวทางทางทฤษฎี โดยประกอบด้วยหัวข้อที่มีความน่าสนใจ และมีคุณค่าทางวิชาการ ดังนี้ 1.การพัฒนาคู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาสำหรับนักจิตวิทยาคลินิก 2.ความชุกและการจัดการภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำจากยาต้านมะเร็งในโรงพยาบาลจิตเวช 3.การพัฒนาและผลโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท 4. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพุทรีปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภทสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา 5. แนวโน้มและทิศทางการใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการดูแลปัญหาสุขภาพจิต 6.ปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในผู้ที่มีน้ำหนักเกินและโรคอ้วน โดยบทความทั้งหกเรื่องมีคุณภาพทั้งด้านเนื้อหาและกระบวนการวิจัย แสดงถึงความก้าวหน้าทางวิชาการและแนวทางการบูรณาการองค์ความรู้ เพื่อเสริมสร้างการพัฒนาการดูแลสุขภาพจิตให้เหมาะสมต่อบริบททางสังคมและวิชาชีพ

กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และประเมินผลงานด้วยความละเอียดรอบคอบ รวมถึงขอขอบคุณผู้เขียนบทความทุกท่านที่มีส่วนสำคัญในการผลิตผลงานทางวิชาการที่มีคุณค่า ทั้งนี้ วารสารจัดพิมพ์ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-journal) เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูล และเผยแพร่สู่สาธารณะ โดยสามารถดาวน์โหลดหรือส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายผ่านทางเว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/journalsomdetchaopraya/index>

กองบรรณาธิการมีความเชื่อมั่นว่า บทความในวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตในมิติต่าง ๆ ทั้งด้านวิชาการ การบริการ และนโยบาย อีกทั้งเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดการพัฒนากระบวนการสุขภาพจิตของประเทศไทยอย่างต่อเนื่องต่อไป

แพทย์หญิงพิชญา ชาญนคร

บรรณาธิการวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

การพัฒนาคู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาสำหรับนักจิตวิทยาคลินิก

ฐปนีย์ พุ่มลเจริญ, วท.ม.*

*สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของคู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาสำหรับนักจิตวิทยาคลินิก

วัสดุและวิธีการ : เป็นการวิจัยและพัฒนา ตามแนวทางการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีกรมสุขภาพจิต 7 ขั้นตอน แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ความต้องการ/ ความจำเป็นในการพัฒนา การกำหนดกรอบแนวคิด การออกแบบและจัดทำต้นร่างกับอาสาสมัคร และระยะที่ 2 ศึกษาประสิทธิผลของคู่มือฯ กับอาสาสมัครเป็นนักจิตวิทยาคลินิกและผู้ป่วยโรคจิตเวช ใช้แบบแผนการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง

ผล : ได้คู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาสำหรับนักจิตวิทยาคลินิก ที่ประกอบด้วย 5 บท คือ บทที่ 1 บทนำ บทที่ 2 ความรู้พื้นฐานเรื่องสมอง บทที่ 3 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยา บทที่ 4 แบบทดสอบทางประสาทจิตวิทยา และบทที่ 5 การเขียนรายงานผลการทดสอบทางประสาทจิตวิทยา และมีค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 1.00 ประสิทธิผลของคู่มือฯ พบว่า คะแนนความรู้หลังการใช้คู่มือฯ สูงกว่าก่อนใช้คู่มือฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.010$) และความพึงพอใจของภาพรวมคู่มือฯ อยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 70.0

สรุป : คู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาสำหรับนักจิตวิทยาคลินิก สามารถใช้เป็นแนวทางในการตรวจประเมินประสาทจิตวิทยาตามกระบวนการที่เป็นมาตรฐาน เป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชและประสาทจิตเวชศาสตร์ได้

คำสำคัญ : คู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยา, นักจิตวิทยาคลินิก

DEVELOPMENT OF A NEUROPSYCHOLOGICAL ASSESSMENT MANUAL FOR CLINICAL PSYCHOLOGISTS

Thapanee Foomooljareon, M.Sc.*

**Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*

Abstract

Objectives: The purpose of this study was to develop and evaluate the effectiveness of a neuropsychological assessment manual for clinical psychologists.

Material and Methods: This research was conducted using a research and development approach based on the 7-step technology development process outlined by the Department of Mental Health. The study was divided into two phases: Phase 1 involved needs analysis, conceptual framework development, and the design and creation of a prototype manual with volunteer participants. Phase 2 assessed the effectiveness of the manual with clinical psychologists and psychiatric patients. A quasi-experimental design was employed, with pre- and post-test measurements to evaluate knowledge gain.

Results: The developed manual consists of five chapters: 1) Introduction 2) Basic Knowledge of the Brain 3) Fundamentals of Neuropsychological Assessment 4) Neuropsychological Test, and 5) Writing Neuropsychological Test Reports. The manual demonstrated a content validity index (CVI) of 1.00. The effectiveness evaluation revealed that participants' knowledge scores after using the manual were significantly higher than before (p -value = 0.010). Additionally, 70% of participants reported the highest level of satisfaction with the manual.

Conclusion: The neuropsychological diagnostic assessment manual for clinical psychologists provides a structured and standardized approach for neuropsychological evaluations. It offers a valuable tool for clinical psychologists in the assessment of psychiatric and neuropsychiatric patients and can serve as an alternative in mental health service delivery.

Key words: neuropsychological assessment, manual clinical psychologists

บทนำ

การพัฒนาองค์ความรู้เรื่องการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาเป็นภารกิจสำคัญของนักจิตวิทยาคลินิก ในสังกัดชมรมนักจิตวิทยาคลินิก กรมสุขภาพจิต ตามวัตถุประสงค์ของชมรมฯ ในการพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านจิตวิทยาคลินิกที่สมาชิกสามารถประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมป้องกันบำบัดรักษาและฟื้นฟูทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ประชาชนได้ เป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของสมาชิกให้มีความรู้และทักษะการบริการด้านจิตวิทยาคลินิกที่มีคุณภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับพันธกิจของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาเผยแพร่องค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมทางสุขภาพจิต โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้เกิดการนำไปใช้ประโยชน์ โดยมีแนวทางในการดำเนินงานด้วยการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญของแต่ละวิชาชีพ (core competency) และจากสถิติผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 - 2566 พบว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง 762,394 ราย 1,217,790 ราย และ 1,397,823 ราย¹ เช่นเดียวกับที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งมีผู้รับบริการที่แผนผู้ป่วยนอกเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2563 - 2565 จำนวน 132,860 ราย, 119,430 ราย และ 123,477 ราย² ซึ่งในจำนวนดังกล่าวก็มีผู้ที่มารับบริการทั้งทางด้านจิตเวชและประสาทจิตเวชศาสตร์ ทำให้หน่วยงานในสังกัด

กรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญกับการพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านจิตเวชควบคู่ไปกับประสาทจิตเวชศาสตร์เพื่อส่งเสริมศักยภาพในการดูแล และการให้บริการผู้รับบริการให้ครอบคลุม สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตที่มีวิสัยทัศน์ในการเป็นเลิศด้านประสาทจิตเวชศาสตร์ของไทย และเป็นองค์กรหลักด้านจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานคร รวมถึงมีการกิจในการศูนย์ความเป็นเลิศทางด้านจิตเวชศาสตร์ และประสาทจิตเวชศาสตร์ (excellence center) ในปัจจุบัน การประเมินทางประสาทจิตวิทยามีความสำคัญอย่างยิ่งในการวินิจฉัย และวางแผนการรักษาผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากช่วยให้เข้าใจการทำงานของสมอง และความบกพร่องทางการรู้คิดที่อาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามจากการประเมินฐานข้อมูลของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการประเมินทางประสาทจิตวิทยาเพียงร้อยละ 10 ของผู้เข้ารับบริการต่อปีเท่านั้น² ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างที่สำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพจิต สาเหตุสำคัญประการหนึ่งมาจากข้อจำกัดด้านบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง แม้ว่าการประเมินทางประสาทจิตวิทยาจะเป็นเครื่องมือที่มีความละเอียด และแม่นยำสูง แต่กระบวนการดังกล่าวต้องดำเนินการโดยนักจิตวิทยาคลินิกที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทาง และมีประสบการณ์เพียงพอ นอกจากนี้กระบวนการประเมินยังใช้เวลาค่อนข้างมากในการดำเนินการ ทำให้ไม่สอดคล้องกับปริมาณผู้ป่วยที่มีจำนวนมากในแต่ละวัน อีกประเด็นที่สำคัญ คือ การขาดแคลน

องค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการประเมินทางประสาทจิตวิทยา ส่งผลให้แพทย์อาจไม่มั่นใจในการส่งผู้ป่วยเข้ารับการประเมินหรือยังไม่ตระหนักถึงความจำเป็นในการส่งตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยา และนักจิตวิทยาคลินิกเองก็อาจขาดความมั่นใจในการดำเนินการประเมิน โดยเฉพาะในกรณีที่ซับซ้อนหรือไม่ชัดเจน ด้วยเหตุนี้การพัฒนาคู่มือประสาทจิตวิทยาสำหรับนักจิตวิทยาคลินิกกรมสุขภาพจิต จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐาน ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ ในการประเมิน และสร้างความมั่นใจให้กับทั้งผู้ให้ และผู้รับบริการ นอกจากนี้ คู่มือดังกล่าวยังจะช่วยในการพัฒนาศักยภาพของนักจิตวิทยาคลินิกรุ่นใหม่ และส่งเสริมการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระหว่างผู้เชี่ยวชาญในวงการสุขภาพจิต อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการด้านสุขภาพจิตของประเทศในระยะยาวความรู้ความสนใจด้านประสาทจิตเวชศาสตร์และประสาทจิตวิทยาที่ขยายตัวอย่างกว้างขวางเป็นผลให้มีความต้องการในการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาเพื่อการวินิจฉัยแยกโรค การวางแผนการรักษา และการฟื้นฟูมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากกลุ่มโรคทางจิตเวช และกลุ่มโรคทางระบบประสาทแม้จะมีเกณฑ์การวินิจฉัยโรคที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน แต่โรคทางจิตเวชเป็นโรคของความผิดปกติทั้งด้านอารมณ์ ความคิด จิตใจ และพฤติกรรมการแสดงออกต่าง ๆ ซึ่งถูกควบคุมด้วยสมองและระบบประสาท ดังนั้น สมอง และระบบประสาท

จึงมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กับพฤติกรรมของบุคคลในทุกมิติอย่างซับซ้อน ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยระบบประสาทบางราย จึงมีอาการบางอย่างคล้ายคลึงกัน เช่น กลุ่มโรคทางจิตเวชที่อาการเกิดขึ้นโดยมีสาเหตุจากการทำงานของสมองที่ผิดปกติอย่างชัดเจนหลังจากที่มีอุบัติเหตุที่ศีรษะจากแอลกอฮอล์โรคติดเชื้อ ภาวะเมตาบอลิกที่ผิดปกติ การเสื่อมจากวัย หรือผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ (dementia with behavioral and psychological symptoms) เป็นเหตุให้ผู้ป่วยซึ่งรับบริการที่แผนกจิตเวช บางรายถูกส่งต่อไปพบประสาทแพทย์เพราะมีอาการที่สงสัยว่าจะเป็นโรคทางระบบประสาท ในทางกลับกันก็มีผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทบางรายที่ถูกส่งต่อไปรับบริการที่แผนกจิตเวชด้วยเช่นกันในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ให้บริการตรวจรักษา และบำบัดฟื้นฟูอยู่ในทุกเขตสุขภาพของประเทศไทย มีผู้ที่มารับบริการทั้งผู้ป่วยจิตเวชระบบประสาท และประสาทจิตเวชศาสตร์ ซึ่งเป็นโรคที่มีความเชื่อมโยงเกี่ยวข้องกันตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น จึงจำเป็นจะต้องมีบุคลากรที่มีความรู้ และทักษะให้ครอบคลุมทั้งจิตเวช และระบบประสาทเพื่อให้บริการได้อย่างถูกต้องสมบูรณ์

การตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยา (Neuropsychological assessment) เป็นกระบวนการประเมินการทำหน้าที่ของสมอง (cognitive function) โดยผ่านการทดสอบด้วยเครื่องมือทดสอบทางประสาทจิตวิทยาที่เป็นมาตรฐาน

การสัมภาษณ์ การสังเกตพฤติกรรม และข้อมูลทางการแพทย์อื่น ๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการทำหน้าที่สมองทั้งจุดแข็ง และจุดอ่อน รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างพยาธิสภาพทางประสาทจิตวิทยาที่พบกับสุขภาพกาย และสภาพจิตของผู้ป่วย³ ซึ่งอาจจะเกิดจากความผิดปกติที่สมอง สมองเสียหาย การติดเชื้อในสมอง และโรคจิตเวช เป็นกระบวนการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยโรคระบบประสาท แม้ว่าจะมีความก้าวหน้าในการพัฒนาเทคโนโลยีในการวินิจฉัยด้วยภาพถ่ายรังสีประเภทต่าง ๆ มากขึ้นแล้วก็ตาม แต่การตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาก็ยังใช้ในการประเมินผู้ป่วยต่อไป เนื่องจากเป็นที่ทราบกันดีว่าการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในสมองมีความใกล้เคียงกับการทำหน้าที่สมองปกติ ในขณะที่บางคนไม่พบความผิดปกติจากการถ่ายภาพรังสี อาจจะมีความผิดปกติหรือข้อจำกัดของการทำหน้าที่สมองก็ได้⁴ ซึ่งลักษณะดังกล่าวอาจจะสามารถตรวจพบได้จากการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยา โดยทั่วไปนักประสาทจิตวิทยา (Neuropsychologist) จะเป็นผู้ทำหน้าที่ในการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาเพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินไปใช้ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการวินิจฉัยและวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย เนื่องจากเป็นกระบวนการที่มีความเฉพาะเจาะจง ยุ่งยากซับซ้อน ต้องอาศัยองค์ความรู้เฉพาะด้านในการเข้าใจ และเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของสมองและพฤติกรรม การใช้เครื่องมือตรวจ

วินิจฉัยเฉพาะทางซึ่งผ่านการศึกษาเรียนรู้ และฝึกอบรมมาเป็นอย่างดีจึงจะสามารถทำงานด้านนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามในประเทศไทยยังมีนักประสาทจิตวิทยา (Neuropsychologist) ที่จะทำหน้าที่ดังกล่าวจำนวนจำกัดมาก ในบริบทของสังคมไทย นักจิตวิทยาคลินิกซึ่งทำหน้าที่ในการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาแทนนักประสาทจิตวิทยาที่มีจำกัดร่วมกับการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกอื่น ๆ เนื่องจากเป็นวิชาชีพที่ทำหน้าที่ในการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะที่ได้รับการฝึกอบรมความรู้ และทักษะในการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาเพื่อให้สามารถทำหน้าที่ดังกล่าวได้ตามมาตรฐาน เพื่อช่วยในการหาข้อมูลพยาธิสภาพทางประสาทจิตวิทยา การทำหน้าที่ของสมอง (cognitive function) และภาวะความเสี่ยงของสมองของผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยโรคระบบประสาทที่จิตแพทย์หรือประสาทแพทย์มีข้อสงสัย และส่งผู้ป่วยมาพบนักจิตวิทยาคลินิกเพื่อตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยา

ทั้งนี้การตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาเป็นกระบวนการเฉพาะทางที่นักจิตวิทยาคลินิกซึ่งทำหน้าที่ตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาต้องใช้ความรู้ ทักษะ ความชำนาญ และประสบการณ์ทางด้านคลินิก ตั้งแต่กระบวนการเลือกเครื่องมือทดสอบที่เหมาะสมกับคำถามในการปรึกษาโรคหรืออาการสำคัญ การดำเนินกระบวนการตามคู่มือแบบทดสอบแต่ละชนิดซึ่งมักจะใช้หลาย ๆ

แบบทดสอบร่วมกัน รวมถึงกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาโดยใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์ประกอบด้วยจึงจะทำให้ได้ข้อมูลของกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกที่สมบูรณ์ หลังจากนั้นนักจิตวิทยาคลินิกก็จะนำข้อมูลไปวิเคราะห์แปลผลเพื่อทำรายงานการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาต่อไปโดยทั่วไปแล้วนักจิตวิทยาคลินิกจะได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้พื้นฐานด้านสมองและระบบประสาท ให้มีความรู้ความเข้าใจความสัมพันธ์ของสมองและพฤติกรรมมีเครื่องมือประสาทจิตวิทยาที่ทันสมัยสามารถตรวจและอธิบายการทำงานของสมองรวมทั้งความผิดปกติของสมองได้ละเอียดเฉพาะเจาะจง และชัดเจนมากขึ้น อีกทั้งมีงานวิจัยรองรับ และเป็นที่ยอมรับในระดับสากลว่ามีความเที่ยงตรงในการประเมินพยาธิสภาพทางประสาทจิตวิทยาได้ดี แต่ความซับซ้อนในการทำงานสมองและระบบประสาทที่มีผลต่อพฤติกรรมและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้การตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาจำเป็นต้องรวบรวมข้อมูล และหลักฐานให้ครอบคลุม ทั้งต้องอาศัยความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำงานของสมอง อากาทางจิตเวช กลไก หรือฤทธิ์ของยาบางชนิด ตลอดจนปัจจัยทางด้านจิตใจ เช่น สมาธิ ความวิตกกังวล และความเครียด ซึ่งอาจรบกวนศักยภาพของผู้รับการทดสอบ รวมถึงส่งผลต่อความคลาดเคลื่อนในการวิเคราะห์และรายงานผลการทดสอบ นักจิตวิทยาคลินิกที่มีเครื่องมือตรวจประเมินทางประสาทจิตวิทยา และ

เกณฑ์ตัดสินของคะแนนที่ชัดเจนแน่นอนจึงจำเป็นต้องมีความรอบรู้ และระมัดระวังในเงื่อนไขดังกล่าว เพื่อเข้าใจผลการทดสอบที่ได้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้ถูกต้อง อีกทั้งสามารถอธิบายหรือรายงานผลการทดสอบอย่างมีเหตุมีผล เกิดประโยชน์ต่อแพทย์ที่จะนำไปใช้ประกอบการวินิจฉัย และวางแผนการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ในปัจจุบันยังไม่มีมารวบรวม และจัดทำคู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาในประเทศไทยที่ครอบคลุมกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยา มีเพียงคู่มือการทดสอบเฉพาะสำหรับแต่ละแบบทดสอบที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ซึ่งบางส่วนก็แปลมาจากภาษาต่างประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทการบริการของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตที่มีผู้รับบริการที่มีความยุ่งยากซับซ้อน และมีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับประสาทจิตวิทยามากขึ้น

ตามที่มีการประชุมของคณะกรรมการชมรมนักจิตวิทยาคลินิก กรมสุขภาพจิต เมื่อปี พ.ศ. 2562 เพื่อสำรวจความต้องการจำเป็นในการจัดทำคู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมพัฒนาวิชาชีพของชมรมนักจิตวิทยาคลินิกกรมสุขภาพจิต ในการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของสมาชิกให้มีความรู้ และทักษะการบริการด้านจิตวิทยาคลินิกที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ พบว่านักจิตวิทยาคลินิก กรมสุขภาพจิต มีปัญหาในการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาหลายประการ

เช่น การเลือกใช้เครื่องมือที่เหมาะสมกับปัญหาที่แพทย์สงสัย การวิเคราะห์ และแปลข้อมูลผลการทดสอบหลาย ๆ แบบทดสอบร่วมกัน การมีแบบทดสอบจำกัดไม่หลากหลายครอบคลุมเพียงพอไม่มีความรู้ และทักษะในการใช้เครื่องมือทดสอบ การเชื่อมโยงผลการทดสอบกับพยาธิสภาพทางสมอง และระบบประสาท การมีนักจิตวิทยาคลินิกที่บรรจุเข้ามาทำหน้าที่ใหม่ และยังไม่มีประสบการณ์ในการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาเพียงพอต้องใช้เวลาในการวิเคราะห์ และเขียนรายงานผลการทดสอบ ยังไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาหรือแบบทดสอบที่เกี่ยวข้องจึงรวบรวมปัญหาอุปสรรคในการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยา เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการจัดทำคู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยา ซึ่งมีรูปแบบเฉพาะแตกต่างจากการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกทั่วไปที่มีกำหนดเอาไว้แล้ว ในคู่มือมาตรฐานการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาของสมาคมจิตวิทยาคลินิกไทย ชมรมนักจิตวิทยาคลินิกกรมสุขภาพจิต จึงได้แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำคู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาในเดือนมกราคม พ.ศ 2562 ให้มีการจัดประชุมเพื่อกำหนดโครงสร้างเนื้อหาของคู่มือฯ ที่จะใช้เป็นแนวทางประกอบการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาของนักจิตวิทยาคลินิกกรมสุขภาพจิต ทางประสาทจิตวิทยาของนักจิตวิทยาคลินิกกรมสุขภาพจิต

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยซึ่งเป็นคณะทำงานจัดทำคู่มือจึงมีความสนใจศึกษา และพัฒนาคู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อให้ นักจิตวิทยาคลินิกมีมาตรฐานการปฏิบัติงานเดียวกัน ลดความเสี่ยงของกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาที่จะเกิดจากนักจิตวิทยาคลินิกที่ปฏิบัติงาน โดยกำหนดกิจกรรมการดำเนินการให้มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการจัดทำคู่มือการปรึกษา และรับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านประสาทจิตวิทยา และจิตเวชศาสตร์ การปรับแก้ไขคู่มือตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ การทดลองใช้คู่มือฯ และการเผยแพร่คู่มือฯ โดยมุ่งหวังให้เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงาน และเป็นแนวทางการรายงานผลการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาที่เป็นมาตรฐานแก่นักจิตวิทยาคลินิกในสังกัดกรมสุขภาพจิต ใช้เป็นเอกสารอ้างอิงในการปฏิบัติงานเป็นคู่มือคุณภาพเพื่อให้การทำงานเป็นระบบ และใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจและสามารถศึกษาทบทวนได้ด้วยตนเอง อันจะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการวินิจฉัย และวางแผนการบำบัดรักษา ผู้รับบริการที่มีความซับซ้อนด้านสมอง และจิตใจในหน่วยบริการต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development research) เพื่อพัฒนาคู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยา

สำหรับนักจิตวิทยาคลินิก เพื่อใช้เป็นคู่มือปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และพัฒนาสมรรถนะด้านการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนด้านสมองและจิตใจแก่นักจิตวิทยาคลินิก ตามแนวทางการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีกรมสุขภาพจิต 7 ขั้นตอน⁶ โดยการศึกษาจะขอเน้นที่ขั้นตอนที่ 1 - 5 ซึ่งแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ความต้องการ/ความจำเป็นในการพัฒนา

เป็นการวิเคราะห์ความต้องการ/ความจำเป็นในการพัฒนาคู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาสำหรับนักจิตวิทยาคลินิก มี 4 กิจกรรมหลัก คือ

1. วิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยา โดยใช้ข้อมูลจากรายงานการให้บริการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาของกลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา และข้อมูลจากกลุ่มงานจิตวิทยาของโรงพยาบาลอื่น ๆ ของกรมสุขภาพจิต โดยใช้ข้อมูลการปฏิบัติงานจากนักจิตวิทยาคลินิกจากนักจิตวิทยาคลินิกที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต

2. การประชุมของนักจิตวิทยาคลินิกจากโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตทั้ง 20 โรงพยาบาล เพื่อสำรวจความต้องการจำเป็นในการจัดทำคู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาท

จิตวิทยาของกรมสุขภาพจิต ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมพัฒนาวิชาชีพของชมรมนักจิตวิทยาคลินิกกรมสุขภาพจิตตามวัตถุประสงค์ของชมรมฯ ในการพัฒนาองค์ความรู้ และนวัตกรรมด้านจิตวิทยาคลินิกที่สมาชิกสามารถประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมป้องกันบำบัดรักษา และฟื้นฟูทางด้านสุขภาพจิต และจิตเวชแก่ประชาชนได้

3. การสอบถามความต้องการจำเป็นในการจัดทำคู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยากับนักจิตวิทยาคลินิกสังกัดกรมสุขภาพจิต

4. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดกรอบแนวคิดและทบทวนวรรณกรรม

ผู้วิจัยจัดเตรียมข้อมูลเพื่อกำหนดข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นและความต้องการในการพัฒนาคู่มือฯ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ตามขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและทบทวนวรรณกรรมองค์ความรู้ด้านการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาจากหนังสือ วารสาร และอินเทอร์เน็ตทั้งใน และต่างประเทศ

ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบและจัดทำต้นร่าง

การออกแบบคู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาสำหรับนักจิตวิทยาคลินิกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ปฏิบัติตามแนวทางหลักการ และวิธีการเขียนคู่มือการปฏิบัติงานทางการแพทย์หรือการพยาบาล ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับสมอง ความรู้ประสาทจิตวิทยา เครื่องมือที่ใช้ใน

การตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยา การเลือกเครื่องมือทดสอบ และการเขียนรายงานการตรวจวินิจฉัย

ขั้นตอนที่ 4 การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ

หลังจากได้ร่างคู่มือการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกฯ แล้วตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน อายุรแพทย์ระบบประสาท 1 ท่าน และนักจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน และนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

ระยะที่ 2 มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 5 การทดลองใช้ในระบบ มี 2 กิจกรรมหลัก คือ

1. นำคู่มือฯ ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพตามขั้นตอนที่ 4 ไปทดลองใช้โดยนักจิตวิทยาคลินิกกรมสุขภาพจิต จำนวน 5 คน และผู้ป่วยจำนวน 5 คน นำผลที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมและประเมินผลหลังดำเนินกิจกรรม มาวิเคราะห์และปรับปรุงคู่มือฯ เพื่อความครอบคลุมในเนื้อหาสาระสำคัญ ความชัดเจนของภาษาที่สามารถทำให้เข้าใจง่ายขึ้น และจัดทำเป็นคู่มือฯ (ฉบับปรับปรุง)

2. ดำเนินการทดสอบประสิทธิภาพของคู่มือฯ (ฉบับปรับปรุง) ด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental study) โดยการสุ่มอย่างง่ายโดยนักจิตวิทยาคลินิกกรมสุขภาพจิต จำนวน 20 คน และผู้ป่วยจำนวน 20 คน แบบกลุ่มเดียววัด

ก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest posttest design)

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

นักจิตวิทยาคลินิก

1) ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักจิตวิทยาคลินิกที่ทำหน้าที่ตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยากับผู้ป่วยที่มาใช้บริการในหน่วยงานอย่างน้อย 2 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผู้ป่วย

1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวช ตามหลักเกณฑ์ ICD-10 หรือ DSM-5

2) ได้รับการถูกส่งส่งตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยา

3) อายุ 18 ปีขึ้นไป

4) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย/ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

นักจิตวิทยาคลินิก

1) มีโรคประจำตัวทางกายที่มีผลต่อการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผู้ป่วย

1) มีโรคประจำตัวทางกายที่มีผลต่อการเข้าร่วมโครงการวิจัย

2) ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการตอบแบบทดสอบให้ครบถ้วน

เกณฑ์ยุติ (termination criteria)

อาสาสมัครขอถอนตัวออกจากโครงการ
วิจัย

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และระดับของตำแหน่ง

2) แบบประเมินประสิทธิผลของกลุ่ม การตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยา เป็นการประเมินด้านความรู้และความสามารถในการวิเคราะห์/ ประมวลผล/ แปลผล/ เขียนรายงานผลการทดสอบ เป็นข้อคำถามประเภทให้เลือกถูกหรือผิด แบ่งเป็นด้านความรู้ จำนวน 20 ข้อ และด้านความสามารถในการวิเคราะห์/ ประมวลผล/ แปลผล/ เขียนรายงานผลการทดสอบ จำนวน 8 ข้อ คะแนนเต็ม 28 คะแนน

3) แบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่ม ประกอบด้วย ด้านเนื้อหา ด้านการใช้งาน ด้านประโยชน์ของการนำไปใช้ และข้อเสนอแนะอื่นๆ แบ่งระดับเป็นพึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย พึงพอใจน้อยที่สุด และไม่พึงพอใจ แยกเป็นรายบทของกลุ่ม

4) คู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาสำหรับนักจิตวิทยาคลินิก ประกอบด้วย ทั้งหมด 5 บท คือ บทที่ 1 บทนำ บทที่ 2 ความรู้พื้นฐานเรื่องสมอง บทที่ 3 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยา บทที่ 4 แบบทดสอบทางประสาทจิตวิทยา และบทที่ 5

การเขียนรายงานผลการทดสอบทางประสาทจิตวิทยา

ขั้นตอนการทดสอบประสิทธิภาพของ คู่มือฯ (ฉบับปรับปรุง)

1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (นักจิตวิทยาคลินิก) ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2) ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการ และอธิบายการใช้คู่มือฯ ให้กับอาสาสมัครอย่างละเอียด (บทที่ 1 และ 2 เป็นความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือ ส่วนบทที่ 3, 4 และ 5 เป็นการนำไปใช้กับผู้ป่วย) ทั้งรูปแบบ onsite และ online รวมไปถึงคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเลือก และขอความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้เชิญด้วยตนเองเท่านั้น ไม่ผ่านหัวหน้างานของอาสาสมัคร การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการวิจัย จะไม่มีผลต่อการปฏิบัติราชการของหน่วยงานต้นสังกัด และการเข้าร่วมจะเป็นการเข้าร่วมโดยสมัครใจเท่านั้น

3) ประเมินประสิทธิผลของกลุ่ม การตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยา โดยใช้การประเมินด้านความรู้และความสามารถในการวิเคราะห์/ ประมวลผล/ แปลผล/ เขียนรายงานผลการทดสอบ (pre-test) ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน

4) จัดอบรมให้กับอาสาสมัคร เพื่อแนะนำวิธีการใช้คู่มือฯ เป็นระยะเวลา 6 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยเป็นผู้บรรยายและชี้แจงขั้นตอนการเก็บข้อมูล เพื่อให้อาสาสมัครมีความรู้ ประสพการณ์ ทักษะ และเข้าใจวิธีการเก็บข้อมูลวิจัย โดย

อาสาสมัครต้องมีระยะเวลาเข้าร่วมการอบรม 100%

5) เมื่อมีผู้ป่วยที่ได้รับการถูกตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยา ผู้วิจัยคัดเลือกรตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและขอความยินยอมกับผู้ป่วยในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

6) เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยให้อาสาสมัครใช้คู่มือดังกล่าวในการประเมินผู้ป่วย (1 ต่อ 1) โดยที่ผู้วิจัยจะไม่มีแทรกแซงในการตรวจผู้ป่วย โดยเวลาที่ใช้ในการประเมินจะขึ้นอยู่กับแบบประเมินที่ถูกส่งตรวจวินิจฉัยระยะเวลาตั้งแต่ 5 - 45 นาที ต่อคน

7) เมื่ออาสาสมัคร (นักจิตวิทยาคลินิก) 1 คน ประเมินผู้ป่วย 2 คนครบแล้ว จากนั้นอาสาสมัคร (นักจิตวิทยาคลินิก) ประเมินประสิทธิภาพของกลุ่มการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยา โดยใช้การประเมินด้านความสามารถในการวิเคราะห์/ ประมวลผล/ แปลผล/ เขียนรายงานผลการทดสอบ (post-test) ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน

8) อาสาสมัคร (นักจิตวิทยาคลินิก) ประเมินความพึงพอใจของกลุ่ม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่ หนังสือรับรอง DMH.IRB.CO.A 024/2567 ลงวันที่ 30 สิงหาคม พ.ศ. 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และความพึงพอใจ ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) ประสิทธิภาพของกลุ่มฯ จากการประเมินความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ dependent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ขั้นตอนที่ 6 การขยายผล

ผู้วิจัยวางแผนใช้รายงานสรุปผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 5 และวางแผนการวิเคราะห์ระบบทั้งด้านผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ระบบบริการที่มีอยู่เดิม และการบริหารจัดการระบบ เพื่อนำข้อมูลมาใช้งานวางแผนขยายผลการใช้คู่มือที่พัฒนาขึ้นในโรงพยาบาลต่าง ๆ ของกรมสุขภาพจิต รวมถึงแนวทางการประเมินผลอย่างเป็นระบบ

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผลและพัฒนาต่อเนื่อง

ผู้วิจัยวางแผนการประเมินผลการใช้คู่มือฯ ที่พัฒนาขึ้น ตามแนวทางในขั้นตอนที่ 6 และรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการดำเนินการ ทั้งข้อดี ปัญหาอุปสรรคเพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุง/พัฒนาอย่างยั่งยืนและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ให้บริการและผู้ป่วยต่อไป

ผล

การวิจัยและพัฒนานี้ ขอนำเสนอผลการศึกษาออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. ผลของการพัฒนาคู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาสำหรับนักจิตวิทยาคลินิก

จากกระบวนการวิจัยและพัฒนาในขั้นตอน 1 - 5 ได้คู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาสำหรับนักจิตวิทยาคลินิก ที่ประกอบด้วยทั้งหมด 5 บท คือ บทที่ 1 บทนำ บทที่ 2 ความรู้พื้นฐานเรื่องสมอง บทที่ 3 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยา บทที่ 4 แบบทดสอบทางประสาทจิตวิทยา และบทที่ 5 การเขียนรายงานผลการทดสอบทางประสาทจิตวิทยา และมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 โดยรายละเอียดของคู่มือดังกล่าว แสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 QR Code คู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาสำหรับนักจิตวิทยาคลินิก

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.0 อายุเฉลี่ย 37.1 ± 8.58 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 60.0 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 13.0 ± 8.68 ปี และอยู่ในระดับชำนาญการ ร้อยละ 45.0

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 20)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	4	20.0
หญิง	16	80.0
อายุเฉลี่ย 37.1 ± 8.58 ปี		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	12	60.0
ปริญญาโท	8	40.0
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 13.0 ± 8.68 ปี		
ระดับของตำแหน่ง		
ไม่มี	1	5.0
ปฏิบัติการ	9	45.0
ชำนาญการ	7	35.0
ชำนาญการพิเศษ	2	10.0
เชี่ยวชาญ	1	5.0

2. ประสิทธิภาพของกลุ่มการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาสำหรับนักจิตวิทยาคลินิก

จากตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้คู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาสำหรับนักจิตวิทยาคลินิก พบว่า คะแนนความรู้หลังการใช้คู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาสำหรับนักจิตวิทยาคลินิก (22.9 ± 1.57 คะแนน) สูงกว่า ก่อนใช้คู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาสำหรับนักจิตวิทยาคลินิก (21.0 ± 2.34) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ความพึงพอใจของกลุ่มการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาสำหรับนักจิตวิทยาคลินิก

จากตารางที่ 3 แสดงความพึงพอใจของกลุ่มการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาสำหรับนักจิตวิทยาคลินิก พบว่า บทที่ 1 บทนำ ระดับความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 65.0 บทที่ 2 ความรู้พื้นฐานเรื่องสมอง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 70 บทที่ 3 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยา ระดับความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 65.0 บทที่ 4 แบบทดสอบทางประสาทจิตวิทยา ระดับความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 65.0 บทที่ 5 การเขียนรายงานผลการทดสอบทางประสาทจิตวิทยา ระดับความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 75.0 และภาพรวมของกลุ่มคู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาสำหรับนักจิตวิทยาคลินิก ระดับความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 70.0

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้คู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาสำหรับนักจิตวิทยาคลินิก

การทดลอง	คะแนนความรู้เฉลี่ย (SD)	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	21.0 (2.34)	-2.846	19	0.010*
หลังการทดลอง	22.9 (1.57)			

*p-value < 0.05, dependent t-test

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของคู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาสำหรับนักจิตวิทยาคลินิก

เนื้อหา	จำนวนระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
บทที่ 1	13 (65.0)	7 (35.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
บทที่ 2	14 (70.0)	5 (25.0)	1 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
บทที่ 3	13 (65.0)	6 (30.0)	1 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
บทที่ 4	13 (65.0)	5 (25.0)	1 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
บทที่ 5	15 (75.0)	5 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
ภาพรวมคู่มือฯ	14 (70.0)	6 (30.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

อภิปราย

การพัฒนาคู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาสำหรับนักจิตวิทยาคลินิกนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาสำหรับนักจิตวิทยาคลินิก เพื่อใช้เป็นคู่มือปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และพัฒนาสมรรถนะด้านการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนด้านสมอง และจิตใจแก่นักจิตวิทยาคลินิกตามแนวทางการวิจัย และพัฒนาเทคโนโลยีกรมสุขภาพจิต 7 ขั้นตอน⁶ สอดคล้องกับแนวคิดของ Richey & Klein (2014)⁷ ที่เสนอว่าการพัฒนาเครื่องมือทางคลินิกต้องผ่านกระบวนการที่เป็นระบบ และมีการตรวจสอบคุณภาพหลายขั้นตอน สอดคล้องกับแนวคิดของ Harvey et al. (2021)⁸ ที่เสนอว่าการพัฒนาเครื่องมือทางคลินิกที่มีคุณภาพต้องผ่านกระบวนการที่เป็นระบบ และมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับทุกขั้นตอน โดยเฉพาะการ

วิเคราะห์ความต้องการจำเป็นจากผู้ใช้งานจริง ซึ่งพบว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำคู่มือไปใช้จริง เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Lyon & Koerner (2016)⁹ ที่พบว่า การพัฒนาคู่มือทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพต้องเริ่มจากการเข้าใจความต้องการของผู้ปฏิบัติงานจริง ผลของการพัฒนาคู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาสำหรับนักจิตวิทยาคลินิกจากกระบวนการวิจัยและพัฒนาในขั้นตอน 1-5 ได้คู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาสำหรับนักจิตวิทยาคลินิกที่ประกอบด้วยทั้งหมด 5 บท คือ บทที่ 1 บทนำ บทที่ 2 ความรู้พื้นฐานเรื่องสมอง บทที่ 3 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยา บทที่ 4 แบบทดสอบทางประสาทจิตวิทยา และบทที่ 5 การเขียนรายงานผลการทดสอบทางประสาทจิตวิทยา เนื้อหาในคู่มือฯ กล่าวถึงการประเมินการทำหน้าที่ของสมอง (cognitive function) โดยผ่านการทดสอบด้วยเครื่องมือทดสอบทางประสาทจิตวิทยาที่เป็น

มาตรฐาน การสัมภาษณ์ การสังเกตพฤติกรรม และข้อมูลทางการแพทย์อื่น ๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการทำหน้าที่สมองทั้งจุดแข็ง และจุดอ่อน รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างพยาธิสภาพทางประสาทจิตวิทยาที่พบกับสุขภาพกาย และสภาพจิตของผู้ป่วย³ ด้านเนื้อหาและโครงสร้างของคู่มือ เนื้อหาที่ครอบคลุมทั้ง 5 บท สอดคล้องกับมาตรฐานการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาของ American Academy of Clinical Neuropsychology (AACN)¹⁰⁻¹¹ ที่กำหนดองค์ประกอบสำคัญในการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาต้องครอบคลุมทั้งความรู้พื้นฐานทางระบบประสาท การเลือกใช้แบบทดสอบ และการรายงานผลค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ที่ได้ 1.00 แสดงถึงความตรงตามเนื้อหาที่สูงมาก สอดคล้องกับเกณฑ์ที่ Haynes et al. (1995)¹² เสนอว่าคู่มือทางคลินิกควรมีค่า IOC ไม่ต่ำกว่า 0.80 ด้านการตรวจสอบคุณภาพ การใช้ผู้เชี่ยวชาญสหวิชาชีพ ซึ่งได้แก่ จิตแพทย์ อายุรแพทย์ระบบประสาท และนักจิตวิทยาคลินิกในการตรวจสอบคุณภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ Bender et al. (2010)¹³ ที่เสนอว่าการพัฒนาเครื่องมือทางคลินิกที่มีคุณภาพต้องผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญหลากหลายสาขาเพื่อให้ได้มุมมองที่ครอบคลุม สมบูรณ์ และลดความลำเอียงทางวิชาชีพ

คู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยายังได้รับการทดสอบประสิทธิผลโดยการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้คู่มือ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า คู่มือฯ ช่วยเพิ่ม

ความรู้ของนักจิตวิทยาคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.010$) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รายงานความพึงพอใจในระดับสูงสุดถึงร้อยละ 70.0 สอดคล้องกับแนวคิดของ Lezak et al. (2012)¹⁴ ที่ระบุว่า การตรวจประเมินทางประสาทจิตวิทยาเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ต้องอาศัยคู่มือและมาตรฐานที่ชัดเจนในการปฏิบัติ เพื่อเพิ่มความแม่นยำและลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย นอกจากนี้ ยังคล้ายคลึงกับการศึกษาโดย Strauss, Sherman & Spreen (2006)¹⁵ ซึ่งเน้นว่าคู่มือการตรวจวินิจฉัยช่วยให้ทนายวิชาชีพสามารถเชื่อมโยงผลการประเมินกับพยาธิสภาพทางสมอง และจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการวิจัยของ Chan et al. (2021)¹⁶ ที่เน้นการใช้ Stroop Test ในการวัดความสามารถด้านความยืดหยุ่นทางปัญญา พบว่า ผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมอย่างเป็นระบบสามารถวินิจฉัยความบกพร่องของผู้ป่วยได้ดีกว่า ซึ่งสนับสนุนผลการศึกษานี้ที่ระบุว่าคู่มือที่ชัดเจนช่วยเพิ่มความมั่นใจ และความถูกต้องในการวินิจฉัย

เนื่องจากการพัฒนาคู่มือฯ ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานจากหลายแหล่ง ทั้งจากการวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการจริง การประชุมผู้เชี่ยวชาญ และการสำรวจความต้องการของผู้ใช้งานจริง ทำให้คู่มือที่พัฒนาขึ้นตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งานได้อย่างแท้จริง นอกจากนี้ การตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญสหวิชาชีพ ทั้งจิตแพทย์ อายุรแพทย์ระบบประสาท และนักจิตวิทยาคลินิก ช่วยให้เนื้อหา มีความ

ถูกต้อง และครอบคลุมมุมมองที่หลากหลายมีการพัฒนาตามกระบวนการวิจัยเชิงระบบ และผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ มีความถูกต้องของเนื้อหาของกลุ่มที่พัฒนาขึ้นมีค่าดัชนีความสอดคล้องสูง แสดงถึงความถูกต้อง และเหมาะสมในการใช้งาน รวมถึงมีการประเมินประสิทธิผลผ่านการทดลองจริงในกลุ่มตัวอย่างที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ใช้จริง การประเมินผลกลุ่มนี้ผ่านการทดลองกับนักจิตวิทยาคลินิกในบริบทจริงทำให้ผลการศึกษาสอดคล้องกับความต้องการทางปฏิบัติได้กลุ่มที่มีเนื้อหาครอบคลุมทั้งความรู้พื้นฐานและแนวทางการประเมินที่นำไปใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ ซึ่งเป็นการพัฒนาแบบองค์รวม และมีการประเมินประสิทธิผลโดยใช้การวัดก่อน และหลังการใช้งาน ทำให้เห็นความเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังจากใช้คู่มือ อย่างไรก็ตามยังมีข้อเสนอแนะจากข้อมูลการประเมินในเชิงคุณภาพ และมีข้อสังเกตในการพัฒนาคู่มือเพิ่มเติม ดังเช่น การทดลองให้อยู่ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ซึ่งอาจจำกัดการนำไปใช้ในบริบทที่หลากหลายได้อย่างสมบูรณ์ การวัดประสิทธิผลยังเน้นที่คะแนนความรู้ อาจขาดการประเมินผลกระทบในเชิงพฤติกรรมหรือผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในระยะยาว อาจมีข้อจำกัดในการประยุกต์ใช้ เนื่องจากคู่มืออาจไม่ครอบคลุมถึงการวินิจฉัยที่ซับซ้อนในบางกรณี

สรุป

คู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาสำหรับนักจิตวิทยาคลินิกที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยทั้งหมด 5 บท คือ บทที่ 1 บทนำ บทที่ 2 ความรู้พื้นฐานเรื่องสมอง บทที่ 3 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยา บทที่ 4 แบบทดสอบทางประสาทจิตวิทยา และบทที่ 5 การเขียนรายงานผลการทดสอบทางประสาทจิตวิทยา เนื้อหาของกลุ่มที่พัฒนาขึ้นนี้มีค่าดัชนีความสอดคล้องสูง รวมถึงมีการประเมินประสิทธิผลกลุ่มนี้จากนักจิตวิทยาคลินิกทั้งความรู้ทั้งก่อนและหลังการใช้คู่มือ รวมถึงการประเมินความพึงพอใจต่อคู่มือก็อยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่า คู่มือนี้มีความถูกต้องและเหมาะสมในการใช้งานสามารถใช้เป็นแนวทางในการตรวจประเมินประสาทจิตวิทยา เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชและประสาทจิตเวชศาสตร์ได้รับบริการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาตามกระบวนการที่เป็นมาตรฐาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

เพื่อประโยชน์ในการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยาให้เป็นมาตรฐาน เช่น การใช้คู่มือเป็นส่วนหนึ่งในหลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับนักจิตวิทยาคลินิก เพื่อเพิ่มความพร้อมในการปฏิบัติงาน การสนับสนุนให้นำคู่มือไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลจิตเวชในระดับประเทศ เพื่อเพิ่มมาตรฐานการตรวจวินิจฉัย การสร้างระบบ

สนับสนุน เช่น การจัดอบรมระยะสั้นเพื่อปรับตัวให้เหมาะสมกับความซับซ้อนของผู้ป่วย การจัดทำโปรแกรมสนับสนุน เช่น ระบบ e-learning เพื่อเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงคู่มือฯ และมีระบบการติดตามและประเมินผลการใช้คู่มืออย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม

เพื่อพัฒนาต่อยอดการจัดทำคู่มือฯ ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ได้แก่ การเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างและขยายการทดลองในบริบทที่หลากหลาย กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและมีความหลากหลายทางภูมิศาสตร์ การศึกษาผลกระทบของการใช้คู่มือฯ ในด้านอื่น เช่น การลดระยะเวลาการรักษา หรือผลกระทบเชิงคุณภาพต่อชีวิตผู้ป่วย การพัฒนาแบบทดสอบที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทยและบริบทการทำงานเฉพาะทาง รวมถึงการศึกษาค่าความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ สาธารณสุขของการนำคู่มือไปใช้ในระบบบริการสุขภาพจิต เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต. รายงานด้านสุขภาพจิต (สจ.รจ.201). [online]. Available from: <https://dtc.dmh.go.th> [2024 October 13].
2. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. รายงานผู้มารับบริการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. กรุงเทพฯ: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา; 2565.
3. Laatsch L. Neuropsychological Assessment. Encyclopedia of Psychotherapy 2022: 223-8.

4. Harvey PD. Clinical Applications of Neuropsychological Assessment. Dialogues Clin Neurosci 2012; 14(1): 91-9.
5. ชมรมนักจิตวิทยาคลินิก. รายงานการประชุม คณะทำงานคู่มือการตรวจวินิจฉัยทางประสาทจิตวิทยา ชมรมนักจิตวิทยาคลินิก กรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 1/2562 วันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา; 2562.
6. เขาวานภู ผลิตนนท์เกียรติ, พชริน คุณคำชู, สตรีรัตน์ รุจิระชาคร, ศจี แซ่ตั้ง. คู่มือการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: เบสท์ สเต็ป แอ็ดเวอร์ไทซิง; 2554.
7. Richey RC, Klein JD. Design and development research: Methods, strategies, and issues. New York: Routledge; 2014.
8. Harvey AG, Lammers HS, Dolsen MR, Mullin AC, Hilmo HE, Tran M, et al. Evidence-based development of clinical tools: A systematic review. J Clin Psychol 2021; 77(5): 1122-38.
9. Lyon AR, Koerner K. User-centered design for psychosocial intervention development and implementation. Clin Psychol (New York) 2016; 23(2): 180-200.
10. American Academy of Clinical Neuropsychology. American Academy of Clinical Neuropsychology (AACN) Practice guidelines for neuropsychological assessment and consultant. Clin Neuropsychol 2007; 21: 209-31.
11. Sweet JJ, Heilbronner RL, Morgan JE, Larrabee GJ, Rohling ML, Boone KB, et al. American Academy of Clinical Neuropsychology (AACN) 2021 consensus statement on validity assessment: Update of the 2009 AACN consensus conference statement on neuropsychological assessment of effort, response bias, and malingering. Clin Neuropsychol 2021; 35(6): 1053-106.
12. Haynes SN, Richard DCS, Kubany ES. Content Validity in Psychological Assessment: A Functional Approach to Concepts and Methods. Psychol Assess 1995; 7(3): 238-47.

13. Bender HA, Martín García A, Barr WB. An interdisciplinary approach to neuropsychological test construction: perspectives from translation studies. *J Int Neuropsychol Soc* 2010; 16(2): 227-32.
14. Lezak MD, Howieson DB, Bigler ED, Tranel D. *Neuropsychological Assessment*. 5th ed. New York: Oxford University Press; 2012.
15. Strauss E, Sherman EMS, Spreen O. *A Compendium of Neuropsychological Tests: Administration, Norms, and Commentary*. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2006.
16. Chan RCK, Wang Y, Ma Z, Hong X, Li Z. Stroop task performance as a marker of cognitive flexibility in mental health settings: A meta-analysis. *Clin Neuropsychol* 2021; 35(3): 345-60.

ความชุกและการจัดการภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำจากยาเลียเทียม ในโรงพยาบาลจิตเวช

กมลรัตน์ โสมรักษ์, ภ.ม.*, ทวนธน บุญลือ, ว.ภ.**, ชลธิชา เทียมทัศน, ภ.บ.**,
ทิชากร สุณารี, ภ.บ.**

*โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

**คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและการจัดการของการเกิดภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำจากยาเลียเทียมในผู้ป่วยโรคจิตเวช

วัสดุและวิธีการ : งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางศึกษาย้อนหลังเพื่อเก็บข้อมูลการเกิดภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำและการจัดการภาวะฮอร์โมนไทรอยด์เลือดต่ำจากยาเลียเทียมในผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2560 จนถึง 31 ธันวาคม 2562 ด้วยวิธีเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไปที่มีการใช้ยาเลียเทียมและมีผลตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาในการอธิบายความชุกและการจัดการภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำจากยาเลียเทียม

ผล : ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษามีจำนวน 146 คน และพบว่า 12 คน เกิดภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำคิดเป็นความชุกพบร้อยละ 8.22 การตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเลียเทียมพบร้อยละ 59.59 และส่วนใหญ่มีการตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เกิดภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำจากยาเลียเทียมได้รับการจัดการโดยให้ยาเลียเทียมขนาดเดิมหรือลดขนาดร่วมกับการติดตามอาการหรือการให้ยา levothyroxine

สรุป : ความชุกของภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาเลียเทียมอยู่ที่ร้อยละ 8.22 และการจัดการภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำจากยาเลียเทียมที่พบบ่อย คือ การติดตามอาการเป็นระยะ

คำสำคัญ : การจัดการ, ภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำ, ยาเลียเทียม

PREVALENCE AND MANAGEMENT OF LITHIUM-INDUCED HYPOTHYROIDISM IN PSYCHIATRIC HOSPITAL

Kamonrat Somrak, M.Pharm.*, Tuanthon Boonlue, BCP.**, Chonthicha Tiamtat, Pharm.D.**,
Tichakorn Sunaree, Pharm.D.**

***Prasrimahabodi Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health.*

***Faculty of Pharmaceutical Sciences, Ubon Ratchathani University, Warinchamrab, Ubon Ratchathani.*

Abstract

Objectives: To determine prevalence and management of Lithium-induced hypothyroidism.

Material and Methods: This descriptive, retrospective cross-sectional study was conducted using medical records of psychiatric patients at Prasrimahabodi Psychiatric Hospital from January 1, 2017, to December 31, 2019. The inclusion criteria were psychiatric patients over 18 years old who were using lithium and had undergone thyroid function tests. Descriptive statistics were used to describe the prevalence and management of lithium-induced hypothyroidism.

Results: Of the 146 patients studied, 12 had hypothyroidism, resulting in a prevalence rate of 8.22% among patients receiving lithium. Serum lithium concentrations were measured more than once a year in 73.28% of the patients, and thyroid function was assessed at least once a year in 59.59% of the patients on lithium. Patients diagnosed with hypothyroidism were either treated with levothyroxine or monitored for signs and symptoms while continuing lithium treatment with same or decreased dose.

Conclusion: The prevalence of hypothyroidism in patients receiving lithium was 8.22%. Patients with lithium-induced hypothyroidism are typically scheduled signs and symptoms monitoring.

Key words: Management, Hypothyroidism, Lithium

บทนำ

ลิเทียมเป็นยาที่เป็นยามาตรฐานหลักในการรักษาโรคอารมณ์สองขั้ว แต่อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยยาลิเทียมมักพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและยามีดัชนีการรักษาที่แคบจำเป็นต้องมีการตรวจติดตามระดับยาในเลือด¹ อาการไม่พึงประสงค์จากยาลิเทียมที่พบได้บ่อย ได้แก่ ผลต่อไต ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาท ต่อมไทรอยด์ เมแทบอลิก ความจำ ระบบผิวหนัง ระบบหัวใจ และสมรรถภาพทางเพศ ซึ่งส่งผลต่อการใช้ยา² ดังนั้นการใช้ยาลิเทียมจึงจำเป็นต้องมีการตรวจติดตามการทำงานของไต การทำงานของต่อมไทรอยด์ การทำงานของต่อมพาราไทรอยด์โดยการตรวจเลือดเป็นระยะ³

คำแนะนำจากเครือข่ายการรักษาความผิดปกติทางอารมณ์และวิตกกังวลประเทศแคนาดา (The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments; CANMAT) ปี ค.ศ. 2018 ได้แนะนำการตรวจติดตามการทำงานของไตโดยการตรวจติดตามค่าครีเอตินีน (creatinine) เพื่อคำนวณหาอัตราการทำงานของไตอย่างน้อยทุก 3-6 เดือน การตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์อย่างสม่ำเสมอ การตรวจระดับแคลเซียมในเลือดหากพบความผิดปกติจึงควรมีการตรวจระดับฮอร์โมนพาราไทรอยด์ในเลือด สำหรับอาการไม่พึงประสงค์อื่นสามารถประเมินจากการสอบถามผู้ป่วยหรือการสังเกตได้⁴ การศึกษาการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาลิเทียมทำการสำรวจใน 24 ประเทศ มีบุคลากรทางการแพทย์ตอบ

แบบสอบถามจำนวน 117 คน พบว่ามากกว่าร้อยละ 97 ทำการตรวจติดตามระดับยาลิเทียม การทำงานของไตและการทำงานของต่อมไทรอยด์ในผู้ป่วยที่ 'ได้รับยาลิเทียม' อย่างไรก็ตามพบว่ามีการศึกษาในประเทศสวีเดน พบว่ามีอัตราของผู้ที่ไม่ได้รับการตรวจติดตามระดับยาลิเทียม และการทำงานของไตเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21 ปีแรกเป็นร้อยละ 33 หลังผ่านไป 11 ปี นอกจากนี้สัดส่วนของผู้ที่ได้รับการติดตามค่าการทำงานของต่อมไทรอยด์ และระดับแคลเซียมในเลือดยังพบน้อย⁶

ภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำเป็นภาวะที่พบได้เมื่อใช้ยาลิเทียมเป็นระยะเวลานาน ความชุกของภาวะระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำอยู่ระหว่างร้อยละ 6-50 ส่วนมากพบในผู้ป่วยเพศหญิง ส่วนใหญ่มักพบในปีแรกของการเริ่มการรักษาด้วยยาลิเทียม ส่วนใหญ่มีประวัติครอบครัวเกิดความผิดปกติของต่อมไทรอยด์⁷ การศึกษาความชุกของภาวะระดับฮอร์โมนในเลือดต่ำจากยาลิเทียมในประเทศไทยมีการศึกษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในปี 2541-2546 โดยการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 10 คนจาก 223 คน ที่มีภาวะระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำ คิดเป็นความชุกร้อยละ 13.70⁷ ผลกระทบของภาวะระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำอาจส่งผลให้เกิดการกำเริบในระยะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วได้⁸ ปัจจุบันการใช้ยาลิเทียมมีความนิยมในการสั่งใช้ยาลดลงเนื่องจากมีการเพิ่มขึ้นของยาในการรักษาโรคอารมณ์สองขั้วที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัย

ที่มากกว่า รวมทั้งไม่จำเป็นต้องมีการตรวจติดตามระดับยาหรือตรวจเลือด' ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยา lithium และการจัดการในโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อวางแผนแนวทางการใช้ยา lithium รวมทั้งการตรวจติดตามและการจัดการที่เหมาะสมต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนกลับ (Retrospective Descriptive Study) เพื่อศึกษาความชุกของการเกิดภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำจากการใช้ยา lithium ในผู้ป่วยจิตเวช และวิธีการจัดการ โดยมีกลุ่มประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยตามรหัส ICD-10 ในโรคทางจิตเวชและได้รับการรักษาด้วยยา lithium ภายในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทุกรายที่เข้าเกณฑ์การคัดเข้าในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ภายในระยะเวลา 3 ปี จากวันที่ 1 มกราคม 2560 จนถึง 31 ธันวาคม 2562

กลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1. ผู้ป่วยชายหรือหญิงที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีขึ้นไป 2. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช ตามรหัส ICD-10 3. เป็นผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยา lithium 4. เป็นผู้ที่มิผลจากห้องปฏิบัติการของระดับ Serum Thyroid Stimulating Hormone (Serum TSH) Triiodothyronine

(T3), Free T3, Thyroxine (T4) และ Free T4

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Autoimmune disorder เช่น Hashimoto's thyroiditis 2. ผู้ที่เคยได้รับ radioactive iodine, เคยผ่าตัดต่อมไทรอยด์, ได้รับยาในกลุ่ม Thioamides, Tetracyclines, Tuberculostatic drugs, Interferon, Amiodarone

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้แบบฟอร์มเก็บข้อมูลการใช้ยา lithium เพื่อรักษาโรคทางจิตเวช และข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เช่น โรคร่วมทางกาย โรคทางจิตเวช อายุ เพศ ประวัติครอบครัว การเกิดภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำโดยมีระดับ TSH ในเลือดมากกว่า 4.20 mIU/L ร่วมกับมี FT4 ในเลือดต่ำกว่า 0.93 ng/ml (ค่าทางห้องปฏิบัติการมาตรฐานของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์) และแบบแผนการจัดการภาวะระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ค่าร้อยละ สำหรับข้อมูลที่แจกแจงแบบปกตินำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean $\pm$ SD) ส่วนข้อมูลที่ไม่เป็นไปตามการแจกแจงแบบปกตินำเสนอด้วยค่ามัธยฐาน และพิสัยระหว่างควอไทล์ (median, IQR)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการ

วิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ รหัส
007/2563

ผล

ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยยา
ลิเทียมและมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี
ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2560 จนถึง 31 ธันวาคม

2562 จำนวน 146 คน พบว่ามีผู้ป่วยที่มีภาวะ
ฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำหลังจากได้รับยา
ลิเทียม จำนวน 12 คน คิดเป็นความชุกร้อยละ 8.22
และไม่มีภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำจำนวน
134 คน ผู้ป่วยที่เกิดภาวะระดับฮอร์โมนไทรอยด์
ในเลือดต่ำส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง 10 คน คิดเป็น
ร้อยละ 83.33 อายุเฉลี่ย 53 ± 24.00 ปี ได้รับการ
วินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้วมากที่สุด จำนวน 7 คน
คิดเป็นร้อยละ 58.33 แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ผู้ป่วยที่มีภาวะฮอร์โมน ไทรอยด์ในเลือดต่ำ (N = 12)	ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะฮอร์โมน ไทรอยด์ในเลือดต่ำ (N = 134)	รวม (N = 146)
เพศ			
ชาย	2 (16.67%)	84 (62.68%)	94 (64.38%)
หญิง	10 (83.33%)	50 (37.31%)	52 (35.62%)
อายุ , median (IQR)	53 (40, 64)	48 (35, 56)	48 (36, 60)
ช่วงอายุ			
20-40 ปี	3 (25.0%)	46 (34.32%)	49 (33.56%)
41-60 ปี	5 (41.67%)	68 (50.75%)	73 (50.0%)
61 ปีขึ้นไป	4 (33.33%)	20 (14.92%)	24 (16.44%)
โรคจิตเวชหลัก			
F20 (Schizophrenia)	-	16 (11.94%)	16 (10.96%)
F25 (Schizoaffective disorders)	2 (16.67%)	34 (25.37%)	36 (24.66%)
F31 (Bipolar disorders)	7 (58.33%)	72 (53.73%)	79 (54.11%)
F32 (Major depressive disorder)	2 (16.67%)	6 (4.48%)	8 (5.48%)
F38 (Others mood disorders)	-	1 (0.75%)	1 (0.68%)
F39 (Unspecified mood disorders)	-	3 (2.24%)	3 (2.05%)
โรคจิตเวชอื่นๆ	1 (8.33%)	6 (4.48%)	7 (4.79%)

ระยะเวลาที่ใช้ยาเทียม (median, IQR) เท่ากับ 5 (3.5, 7) ปี ในผู้ที่มีภาวะฮอร์โมนในเลือดต่ำส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ใช้ยาเทียม 3-4 ปี มีจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 และใช้ยาเทียมมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี มีจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ในด้านความถี่การตรวจวัดพบว่ามีค่าในการตรวจวัดระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดแบ่งได้ดังนี้ ตรวจทุก 3-6 เดือน จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 ตรวจทุก 7-12 เดือนหรือทุก 1 ปี

จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 ไม่มีผู้ป่วยรายใดที่ได้รับการตรวจระดับฮอร์โมนไทรอยด์ห่างกันนานเกิน 1 ปี ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำส่วนใหญ่ใช้ยาเทียมมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 65.67 และมีความถี่ในการตรวจระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดทุก 7-12 เดือนมากที่สุด จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 60.45 แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระยะเวลาการใช้ยาและการติดตามระดับฮอร์โมนไทรอยด์

ตัวแปร	ผู้ป่วยที่มีภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำ (N = 12)	ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำ (N = 134)	รวม (N = 146)
ระยะเวลาการใช้ยาเทียม, median (IQR)	3.5 (1.5, 5)	5.0 (3.5, 5)	5 (3.5, 7)
ระยะเวลาการใช้ยา			
ใช้ยาเทียมน้อยกว่า 1 ปี	1 (8.33 %)	2 (1.49 %)	3 (2.05 %)
ใช้ยาเทียม 1-2 ปี	3 (25.0 %)	17 (12.87 %)	20 (13.70 %)
ใช้ยาเทียม 3-4 ปี	4 (33.33 %)	27 (20.15 %)	31 (21.23 %)
ใช้ยาเทียมมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	4 (33.33 %)	88 (65.67 %)	92 (63.01 %)
ความถี่การตรวจ			
ทุก 3-6 เดือน	6 (50.0 %)	12 (8.95 %)	18 (12.33 %)
ทุก 7-12 เดือน	6 (50.0 %)	81 (60.45 %)	87 (59.59 %)
มากกว่า 1 ปี	-	41 (30.60 %)	41 (28.08 %)

การจัดการภาวะระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำ ผู้ป่วยที่เกิดภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำจากยาเลียเทียมจำนวน 12 คน แบ่งการรักษาได้ดังนี้ การจัดการโดยการให้ยา Levothyroxine จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 25 สำหรับการรักษารูปแบบไม่ใช้ยา ได้แก่ การให้ยาเดิม และติดตามอาการ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 การหยุดยาร่วมกับเฝ้าติดตามอาการ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 8.33 และการลดขนาดยาร่วมกับเฝ้าติดตามอาการ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33

อภิปราย

การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 146 คนที่ใช้ยาเลียเทียม มีภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำ 12 คน คิดเป็นความชุกร้อยละ 8.22 และได้รับการจัดการโดยการให้ยา Levothyroxine และการจัดการโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ ติดตามอาการโดยไม่ต้องหยุดยา หยุดยาร่วมกับเฝ้าติดตามอาการ และลดขนาดยาร่วมกับเฝ้าติดตามอาการ

ความชุกของภาวะระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำจากยาเลียเทียมมีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา โดยเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในประเทศไทยมีการวัดความชุกโดยตรงจากการศึกษาของอานภาพและคณะ⁷ ในปี พ.ศ. 2541-2546 ทำการศึกษาย้อนหลังในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์พบความชุกร้อยละ 13.75 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาในครั้งนี้ อาจเป็นผลมาจากการเก็บข้อมูลในระยะเวลาที่นานกว่า สำหรับการศึกษาของภานุพันธ์และคณะ¹⁰ ในปี พ.ศ. 2554-2559

ทำการศึกษาย้อนหลังในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบความชุกของความผิดปกติของฮอร์โมนไทรอยด์ในผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ร้อยละ 34.03 ซึ่งไม่ได้แยกว่าเป็นระดับฮอร์โมนในเลือดต่ำหรือสูงแยกเป็นเพียงระดับ FT3 ผิดปกติ ระดับ TSH ผิดปกติและระดับ FT4 ผิดปกติ ทำให้อาจไม่สามารถเปรียบเทียบโดยตรงได้แต่อย่างไรก็ตามจะเห็นว่ามีความชุกที่มากกว่าการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการศึกษาที่รวมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทำให้มีการตรวจระดับฮอร์โมนไทรอยด์ที่มากกว่า การศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชเองอาจมีผลแตกต่างจากการศึกษาในโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์เนื่องจากโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา มีการส่งต่อผู้ป่วยมาจากโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิทำให้ขาดข้อมูลบางส่วนได้หากไม่มีการบันทึกในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลหรือเวชระเบียนของโรงพยาบาลจิตเวชร่วมด้วย

เมื่อทำการเปรียบเทียบความชุกของการเกิดภาวะระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในการศึกษาในต่างประเทศพบว่ามีผลแตกต่างกัน การศึกษาของ Johnston และ Eagles¹¹ ในปี ค.ศ. 1999 ทำการศึกษาย้อนหลังเป็นเวลา 15 เดือน พบความชุกของภาวะระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำที่มีอาการ ร้อยละ 10.4 การศึกษาของ Lieber และคณะ ทำการศึกษาโดยการเก็บข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ ค.ศ. 1997-2015 พบความชุกร้อยละ 27¹² การศึกษาของ Joseph และคณะ¹³ ทำการเก็บข้อมูลในปี ค.ศ. 2009-2018 ในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว พบความผิดปกติของไทรอยด์ร้อยละ 32 ส่วนใหญ่เป็นภาวะ

ระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำร้อยละ 79 การศึกษาของ Almadani และคณะ¹⁴ ในประเทศซาอุดีอาระเบียทำการเก็บข้อมูลย้อนหลังในปี ค.ศ. 2019-2022 พบความชุกของภาวะระดับฮอร์โมนในเลือดต่ำร้อยละ 15 จะเห็นได้ว่าการศึกษานี้แตกต่างประเทศส่วนใหญ่พบความชุกที่มากกว่าในการศึกษาครั้งนี้ อาจมีปัจจัยจากความแตกต่างของระยะเวลาการเก็บข้อมูล ระยะเวลาการใช้ยาของยา lithium ได้ โดยการศึกษาของ Joseph และคณะมีระยะเวลาการใช้ยา lithium เฉลี่ย 8.84 ปี ซึ่งค่อนข้างยาวนานกว่าการศึกษาในครั้งนี้ การศึกษานี้พบความชุกของภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำในผู้ป่วยที่ใช้ lithium ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Amdisen A และ Andersen CJ¹⁵ ในปี ค.ศ. 1982 ซึ่งผู้ป่วยที่ใช้ยา lithium และมีผลตรวจ TSH 237 คน พบความชุกของภาวะระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำร้อยละ 7.6 อย่างไรก็ตามการศึกษามีความแตกต่างกันในระยะเวลาการเก็บข้อมูล

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำมีการรายงานในการศึกษาต่างๆ ปัจจัยที่พบมากที่สุด คือ เพศหญิง โดยมีการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีการเกิดระดับฮอร์โมนในเลือดต่ำจากยา lithium มากกว่าเพศชาย¹¹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบภาวะระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำพบมากในเพศหญิง ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ การมี antithyroid antibodies¹⁶⁻¹⁷ อายุมากกว่า 50 ปี และการมีประวัติครอบครัวมีความผิดปกติของต่อมไทรอยด์¹⁷ ในด้านอายุพบว่ามีความ

สอดคล้องกับอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่มีภาวะระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำในการศึกษานี้ที่มีอายุเฉลี่ยประมาณ 53 ปี อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่สามารถเก็บข้อมูลประวัติความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ในครอบครัว รวมทั้งการเจาะวัดระดับ antithyroid antibodies ได้

ระยะเวลาที่ได้รับยา lithium มีผลต่อความผิดปกติของระดับไทรอยด์ในเลือด โดยการศึกษาของ Transbol และคณะ¹⁸ ได้มีข้อเสนอแนะว่าความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา lithium เพิ่มขึ้นตามจำนวนระยะเวลาที่ได้รับการรักษา การศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา lithium เป็นการรักษาในระยะยาว โดยมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาด้วย lithium คือ 6.9 ปี ส่วนการศึกษาในประเทศซาอุดีอาระเบีย¹⁴ พบว่าภาวะระดับฮอร์โมนในเลือดผิดปกติพบครั้งแรกหลังจากได้รับยาเฉลี่ย 341 วัน อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่าระยะเวลาส่วนใหญ่ที่พบภาวะระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำจากยา lithium คือ 3 ปีขึ้นไป ซึ่งแตกต่างกันเนื่องจากแต่ละการศึกษามีระยะเวลาการติดตามที่แตกต่างกันออกไป

ปัจจัยด้านระดับยา lithium ในเลือดพบว่ามีการศึกษาของ Phelps และ Coskey¹⁹ พบว่าระดับยา lithium ในเลือดที่ต่ำ (<0.5 mEq/L) มีผลเพิ่ม Thyroid-Stimulating Hormone (TSH) ประมาณ 0.52 mIU/L ในขณะที่หากมีระดับยาในระดับปกติ (0.5–0.8 mEq/L) จะเพิ่ม TSH 1.01 mIU/L และใน

ระดับยาที่ใช้ในระยะเมเนีย (>0.8 mEq/L) จะเพิ่ม TSH 2.16 mIU/L แสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างระดับยาเทียมในเลือดมีผลต่อระดับ TSH ที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย อย่างไรก็ตามการตรวจระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดยังมีความจำเป็นในการติดตามการใช้ยาเทียม สำหรับการศึกษานี้ของ Almadani และคณะ¹⁴ พบว่าระดับยาเทียมในเลือดทั้งในระดับยา ≤ 0.5 mEq/L หรือ >0.5 mEq/L มีความสัมพันธ์กับภาวะระดับฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำไม่แตกต่างกัน การศึกษาในครั้งนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลระดับยาในเลือด เนื่องจากการติดตามระดับยาในเลือดของยาเทียมมักจะมีการติดตามเมื่อมีการปรับเปลี่ยนขนาดยาหรือสงสัยพิษจากยา หรือเกิดปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาดังนั้นโดยทั่วไปจึงมีผู้ที่ได้รับการตรวจระดับยาในเลือดเทียมจำนวนไม่มากนัก

ความถี่ในการตรวจระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดตามคำแนะนำของ CANMAT ปี ค.ศ. 2018 ได้แนะนำการตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์อย่างสม่ำเสมอ โดยไม่ได้รับบทความที่แน่ชัด⁴ อย่างไรก็ตามคำแนะนำโดยทั่วไปควรตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์อย่างน้อยทุก 6 เดือน²⁰ การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มผู้ที่ได้รับการตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์อย่างน้อยทุก 6 เดือน พบร้อยละ 50 ในผู้ป่วยที่มีภาวะระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำ และพบร้อยละ 8.95 สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำ ดังนั้นผู้ที่มีการตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์ที่มีความถี่มากกว่า 6 เดือน จึงเป็น

กลุ่มผู้ที่ไม่มีภาวะระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำเป็นส่วนใหญ่ อาจทำให้พบความชุกของการเกิดภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำจากยาเทียมน้อยกว่าความเป็นจริง ร่วมกับการตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์ในสถานพยาบาลอื่นที่ส่งต่อผู้ป่วยมาอาจไม่ได้บันทึกไว้ในระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาลได้ทั้งหมด

การจัดการภาวะระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำ มีคำแนะนำของ CANMAT ปี ค.ศ. 2018⁴ ได้แนะนำว่าการหยุดยาเทียมไม่มีความจำเป็นในผู้ป่วยที่มีการตอบสนองดีต่อยาเทียม ดังนั้นจึงอาจให้การจัดการด้วย levothyroxine หากมีข้อบ่งชี้ การทบทวนของ Kleiner และคณะ²¹ ได้แนะนำการรักษาภาวะระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำจากการใช้ยาเทียม กรณีผู้ป่วยมี TSH $4-10$ mU/L และไม่มีอาการของภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำอาจยังไม่จำเป็นต้องได้รับฮอร์โมนไทรอยด์ทดแทนทันที แต่ให้ติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด หากผู้ป่วยมี TSH $4-10$ mU/L ร่วมกับมีอาการของภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำ ให้เริ่มการรักษาด้วย levothyroxine และหากมี TSH >10 mU/L แสดงว่าผู้ป่วยเริ่มมีการทำงานของต่อมไทรอยด์บกพร่องสามารถเริ่มให้ levothyroxine ได้ แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่มีอาการของภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำก็ตาม การศึกษาในครั้งนี้มีการจัดการที่หลากหลาย เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำจากยาเทียมไม่มาก

การศึกษาในครั้งนี้มีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ การเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลจิตเวชเพียงแห่งเดียวจึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรผู้ช้ยาลิเทียมในประเทศไทยได้ทั้งหมด การเก็บข้อมูลย้อนหลังทำให้มีการขาดหายของข้อมูลที่จำเป็น เช่น ผลตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์ที่อาจมีการตรวจในโรงพยาบาลอื่นที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลจิตเวช ดังนั้นจึงอาจไม่พบการบันทึกในเวชระเบียน ประวัติครอบครัวการมีความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ รวมทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ antithyroid antibodies ซึ่งมีการตรวจในโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีการตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์เป็นผู้ป่วยนอกทำให้มีผลกระทบจากความร่วมมือในการรักษาตามนัด หากไม่มารับการรักษาอาจไม่พบการบันทึกผลการตรวจได้

การศึกษาในครั้งนี้ได้ไปตรวจสอบแบบการศึกษาแบบไปข้างหน้าเพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำจากยาลิเทียม เนื่องจากสามารถกำจัดตัวแปรกวนหรืออคติจากปัจจัยด้านอื่นที่ส่งผลต่อระดับฮอร์โมนไทรอยด์ เช่น การบริโภคอาหาร การใช้ยาอื่นที่มีผลต่อระดับฮอร์โมนไทรอยด์ เป็นต้น รวมทั้งมีการติดตามอาการแสดงของภาวะระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำโดยอาจติดตามอย่างเป็นระบบร่วมกับการติดตามอาการไม่พึงประสงค์อื่นๆ ในคลินิกยาลิเทียมซึ่งมีการดำเนินการในโรงพยาบาลจิตเวชอยู่แล้ว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่

ครบถ้วน และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนทางการติดตามและจัดการภาวะระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาลิเทียม ซึ่งจะส่งผลต่อผลลัพธ์ของการรักษาโรคทางจิตเวชของผู้ป่วยให้สามารถควบคุมอาการและป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้

สรุป

การศึกษาภาวะระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำจากยาลิเทียมในโรงพยาบาลจิตเวชในผู้ป่วยที่ได้รับยาลิเทียมจำนวน 146 คน พบภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำจำนวน 12 คน คิดเป็นความชุกร้อยละ 8.22 การจัดการภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำจากยาลิเทียมมีการรักษาโดยการให้ยาขนาดเดิมร่วมกับติดตามอาการและการลดขนาดยาร่วมกับติดตามอาการมากที่สุด รองลงมาคือการให้ยา levothyroxine การศึกษานี้จึงชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการวางแผนการติดตามและการจัดการภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดต่ำเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการรักษาด้วยยาลิเทียม

เอกสารอ้างอิง

1. Airainer M, Seifert R. Lithium, the gold standard drug for bipolar disorder: analysis of current clinical studies. Naunyn Schmiedebergs Arch Pharmacol 2024. doi: 10.1007/s00210-023-02625-z
2. Ferenczajn-Rochowiak E, Rybakowski JK. Long-Term Lithium Therapy: Side Effects and Interactions. Pharmaceuticals (Basel) 2023; 16(1): 10. doi: 10.3390/ph16010010

3. Gitlin M. Lithium side effects and toxicity: prevalence and management strategies. *Int J Bipolar Disord* 2016; 4(1): 27. doi: 10.1186/s40345-016-0068-y
4. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2018; 20(2): 97-170. doi: 10.1111/bdi.12609
5. Nederlof M, Heerdink ER, Egberts ACG, Wilting I, Stoker LJ, Hoekstra R, et al. Monitoring of patients treated with lithium for bipolar disorder: an international survey. *Int J Bipolar Disord* 2018; 6(1): 12. doi: 10.1186/s40345-018-0120-1
6. Bosi A, Ceriani L, Elinder CG, Bellocchio R, Clase CM, Landen M, et al. Quality of laboratory biomarker monitoring during treatment with lithium in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2023; 25(6): 499-506. doi: 10.1111/bdi.13311
7. Papapan A. VS, Udomratn P. Effect of Lithium on Thyroid Function in Thai Patients. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2006; 51(1): 29-41.
8. Frye MA, Yatham L, Ketter TA, Goldberg J, Suppes T, Calabrese JR, et al. Depressive relapse during lithium treatment associated with increased serum thyroid-stimulating hormone: results from two placebo-controlled bipolar I maintenance studies. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 120(1): 10-3. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01344.x
9. Malhi GS, Bell E, Jadidi M, Gitlin M, Bauer M. Countering the declining use of lithium therapy: a call to arms. *Int J Bipolar Disord* 2023; 11(1): 30. doi: 10.1186/s40345-023-00312-9
10. Vadhanavikit P, Sandusadee P, Paholpak P, Aphisitphiny S, Chaiudomsom K. Abnormal Thyroid Function in Patients with Mood Disorders: Prevalence and Associated Factors. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2019; 64(4): 359-70.
11. Johnston AM, Eagles JM. Lithium-associated clinical hypothyroidism. Prevalence and risk factors. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 336-9. doi: 10.1192/bjp.175.4.336
12. Lieber I, Ott M, Öhlund L, Lundqvist R, Eliasson M, Sandlund M, et al. Lithium-associated hypothyroidism and potential for reversibility after lithium discontinuation: Findings from the LiSIE retrospective cohort study. *J Psychopharmacol* 2020; 34(3):293-303. doi: 10.1177/0269881119882858
13. Joseph B, Nunez NA, Pazdernik V, Kumar R, Pahwa M, Ercis M, et al. Long-Term Lithium Therapy and Thyroid Disorders in Bipolar Disorder: A Historical Cohort Study. *Brain Sci* 2023; 13(1): 78. doi: 10.3390/brainsci13010078
14. Almadani AH, Algazlan MS, Alfraiji AF, Almalki NY. Lithium-Associated Hypothyroidism in a Specialized Lithium Clinic at a Tertiary Care Hospital in Riyadh, Saudi Arabia: A Retrospective Study. *Healthcare* 2024; 12(6): 636. doi: 10.3390/healthcare12060636
15. Amdisen A, Andersen CJ. Lithium Treatment and Thyroid Function A survey of 237 patients in long-term lithium treatment. *Pharmacopsychiatry* 1982; 15(5): 149-55. doi: 10.1055/s-2007-1019528.
16. Bocchetta A, Traccis F, Mosca E, Serra A, Tamburini G, Loviselli A. Bipolar disorder and antithyroid antibodies: review and case series. *Int J Bipolar Disord* 2016; 4(1): 5. doi: 10.1186/s40345-016-0046-4
17. Kibirige D, Luzinda K, Ssekitooleko R. Spectrum of lithium induced thyroid abnormalities: a current perspective. *Thyroid Res* 2013; 6(1): 3. doi: 10.1186/1756-6614-6-3
18. Transbøl I, Christiansen C, Bastrup PC. Endocrine effects of lithium. I. Hypothyroidism, its prevalence in long-term treated patients. *Acta Endocrinol (Copenh)* 1978; 87(4): 759-67. doi: 10.1530/acta.0.0870759
19. Phelps J, Coskey OP. Low and very low lithium levels: Thyroid effects are small but still require monitoring. *Bipolar Disord* 2024; 26(2): 129-35. doi: 10.1111/bdi.13385

20. Duce HL, Duff CJ, Zaidi S, Parfitt C, Heald AH, Fryer AA.
Evaluation of thyroid function monitoring in people treated
with lithium: Advice based on real-world data. *Bipolar
Disord* 2023; 25(5): 402-9. doi: 10.1111/bdi. 13278
21. Kleiner J, Altshuler L, Hendrick V, Hershman JM.
Lithium-induced subclinical hypothyroidism: review of the
literature and guidelines for treatment. *J Clin Psychiatry*
1999; 60(4): 249-55.

การพัฒนาและผลโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ณัฐพัชร สุนทโรวิทย์, พย.ม.วพย.*, อัญชลี วิจิตรปัญญา, พย.ม.*

เบญญา นิ่มนวล, พย.ม.วพย.*, ปาณิสรา อินทร์กันทุม, พย.ม.*

นพพร ลาตบัวขาว, พย.ม.*

*โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและทดสอบโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท

วัสดุและวิธีการ : การวิจัยและพัฒนา ดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ความต้องการ/ ความจำเป็นในการพัฒนา ระยะที่ 2 การวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนาต้นแบบโปรแกรม และตรวจสอบคุณภาพจากความจริงเนื้อหา ระยะที่ 3 การวิจัยทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อน หลังและติดตามเพื่อประเมินและเปรียบเทียบผลของโปรแกรมฯ ในผู้ป่วยโรคจิตเภท วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติ Repeated Measure ANOVA

ผล : ระยะที่ 1 การสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องพบว่า ผู้ให้บริการต้องการให้ปรับเปลี่ยนกิจกรรมครอบคลุมถึงญาติ ระยะที่ 2 การพัฒนาต้นแบบโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม ๆ ละ 60 นาที จำนวน 6 กิจกรรม ระยะที่ 3 การศึกษาผลกลุ่มตัวอย่าง 100 คน (ผู้ป่วย 50 คน ญาติ 50 คน) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและควบคุม กลุ่มละ 25 คน พบว่า เมื่อเวลาผ่านไป ในกลุ่มทดลอง พบว่า ผลคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในระยะหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือนเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สรุป : โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ช่วยส่งเสริมผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคจิตเภท, ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

DEVELOPMENT AND EFFECTIVE EVALUATION OF A MEDICATION ADHERENCE ON SCHIZOPHRENIA PATIENTS

Nuttaphat Suntarowit, M.N.S., APN*, Anchalee Wijitphanya, RN, M.N.S.*

Benja Nimnuan, M.N.S., APN*, Panisara Inkantum, RN*

Nopporn Ladbuakhao, RN, M.N.S.*

** Loei Rajanagarindra Psychiatric Hospital*

Abstract

Objectives: To develop and evaluate a program to promote adherence to medication for patients with schizophrenia.

Material and Methods: Research and development were conducted in three phases: Phase 1: Needs assessment for development; Phase 2: Research and development to develop a program prototype and assess the quality from content validity evaluation; Phase 3: Quasi-experimental research with two groups measuring before, after, and follow-up to evaluate and compare the program's results in patients with schizophrenia. Data were analyzed using descriptive statistics and repeated-measure ANOVA.

Results: Phase 1: Stakeholder interviews revealed that service providers wanted to increase the coverage of activities to include relatives. Phase 2: Developing a prototype of a program to promote adherence to medication for schizophrenia patients, consisting of six 60-minute group sessions. Phase 3: A total of 100 participants (50 patients and 50 caregivers) were divided into experimental and control group, with 25 participants each. It was found that over time, the experimental group's medication adherence behavior scores in the immediate post-experiment period and the 1-month follow-up period significantly improved compared to the control group ($p < 0.001$).

Conclusion: The program effectively promotes medication adherence among patients with schizophrenia.

Key words: schizophrenia patients, medication adherence

บทนำ

โรคจิตเภท เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน อาจต้องดูแลตลอดชีวิต เพราะการรักษาให้หายขาดเป็นไปได้ยากโดยความเสื่อมของบุคลิกภาพลดลงเรื่อย ๆ¹⁻⁴ จะเห็นได้ว่าเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่พบมากที่สุดเป็นอันดับ 1 จากรายงานของกรมสุขภาพจิต พบว่าในปีงบประมาณ 2561 – 2563 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษา คิดเป็นร้อยละ 26.52, 32.25 และ 25.03 ตามลำดับ⁵ สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงที่ต้องกลับมารักษาซ้ำ พบว่า ร้อยละ 47.9 เกิดจากการขาดความรู้เกี่ยวกับยา การเกิดอาการข้างเคียง การขาดความรู้เรื่องโรคและการรับรู้การเจ็บป่วย ขาดการตระหนักรู้ต่อการเจ็บป่วย มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเจ็บป่วย⁶⁻⁹ รวมทั้งขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว¹⁰

จากสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป ระหว่างปี 2561 – 2563 คิดเป็นร้อยละ 17.39, 14.47, 14.46 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ร้อยละ 94.28 รองลงมา ขาดผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 52.46¹¹ สำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ได้มีการแก้ไขหลากหลายวิธีโดยพยาบาล ดังนี้ 1) การจัดการแบบรายกรณี 2) การใช้รูปภาพสัญลักษณ์ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่สามารถอ่านหนังสือได้ 3) การจัดทำแผ่นขมในในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาการรู้คิดผิดปกติ 4) กิจกรรมกลุ่มบำบัด โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดย

โปรแกรมดังกล่าวเป็นการสร้างความเข้าใจกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้¹² แต่ยังไม่ครอบคลุมถึงปัญหาพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยขาดการมีส่วนร่วมของญาติ หรือผู้ดูแลกับการรับประทานยา

ทีมผู้วิจัยจึงได้ทำการวิเคราะห์สถานการณ์การทบทวนเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำและผู้ดูแล/ ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ รวมจำนวน 20 ราย และการสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพ และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน และวิเคราะห์ความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่แตกต่างจากรูปแบบเดิม

จากการทบทวนงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่าการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ El-Mallakh & Findlay¹³ และชานันท์ แสงปากและคณะ¹⁴ ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า โปรแกรมหรือกลยุทธ์ที่ได้ผลดี ได้แก่ Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Motivational Interviewing (MI), Adherence/ Compliance Therapy (Psychoeducation & CBT&MI), Adherence Therapy, Coping and Education, Mixed Intervention ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Von Bormann et al.¹⁵ และภาวิณี ธนบดีธรรมจารี และ บุญเยี่ยม เต็มราสี¹⁶ ที่มีวัตถุประสงค์ในการบำบัด เพื่อการเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อ ทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษา โดยการหาหลักฐานที่สนับสนุน และ

ด้านความเชื่อ ทำให้ได้เรียนรู้ และปรับเปลี่ยนมุมมองใหม่ จนสามารถทำให้เห็นความสำคัญของการรับประทานยา และนำมาสู่พฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

การจัดการกับปัญหาของพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ร่วมกับการเสริมแรงจากผู้ดูแล และการวิเคราะห์ข้อดีของโปรแกรมที่ใช้อยู่ในปัจจุบันของ Health Promoting Behavior (HPM)¹⁷ ยังพบว่ามีบางกิจกรรมที่ขาดประสิทธิภาพ จึงจำเป็นที่จะต้องนำเทคนิคแนวคิดของ Motivation Interviewing (MI)¹⁸, Cognitive Behavior Therapy (CBT)¹⁹ และ Health Belief (HB)²⁰ นำมาพัฒนาต่อยอดโปรแกรมเดิมเพื่อเพิ่มให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นทีมผู้วิจัยในฐานะผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยตรง ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการนำรูปแบบการบำบัดแบบผสมผสานเทคนิคแนวคิดและกลยุทธ์เพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง สามารถดูแลตนเอง ดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยและพัฒนาโดยใช้แนวทางการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม/ เทคโนโลยีของกรมสุขภาพจิต เขาวานาญ ผลดินนทีเกียรติ และคณะ²¹ ที่มี 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ความต้องการ/ ความจำเป็นในการพัฒนา 2) การกำหนดกรอบแนวคิด 3) การออกแบบและจัดทำต้นร่าง 4) การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ 5) การทดลอง

ใช้ในระบบ 6) การขยายผล และ 7) การประเมินผลและพัฒนาต่อเนื่อง โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ ความต้องการ และความจำเป็นในการพัฒนา 2) การพัฒนาต้นแบบโปรแกรม และ 3) การประเมินผลการใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ โดยดำเนินการตามลำดับ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนา ในการสำรวจความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และวิเคราะห์ความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่แตกต่างจากรูปแบบเดิม เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ประชากร ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วย ผู้ดูแล/ญาติ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง รวม 40 คน การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) การสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างในกลุ่มตัวอย่าง 20 คน ได้แก่ ผู้ป่วย 10 คน ผู้ดูแล/ญาติ 10 คน โดยกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมทางวาจาในการจดบันทึกก่อนดำเนินการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว คนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที และ 2) การสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพและพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมทางวาจาในการจดบันทึกก่อนดำเนินการสนทนากลุ่ม 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมงและจากการทบทวนแฟ้มเวชระเบียนผู้มารับบริการรับไว้รักษาผู้ป่วยแบบผู้ป่วยใน ระหว่างปี 2561 – 2563 จำนวน 2,607 แฟ้ม และวิเคราะห์ข้อดีของโปรแกรมที่ใช้อยู่ใน

ปัจจุบันที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของ Health Promotion Model (HPM)¹⁷

ระยะที่ 2 การพัฒนาต้นแบบโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในรูปแบบใหม่ และตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม เป็นการวิจัยและพัฒนาได้ร่วมประชุมวางแผนร่วมกับอาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย จำนวน 3 คน และทีมนักวิจัยเข้าร่วมการประชุมประกอบด้วย จิตแพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลจิตเวช จำนวน 12 คน เกษตรกร 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 2 คน และจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อร่วมพิจารณาแนวคิดที่จะนำมาศึกษาครั้งนี้ โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิด HPM¹⁸ มาเป็นกรอบแนวคิดหลัก และนำเทคนิคแนวคิดหรือกลยุทธ์ของ MI, CBT และ HB ในการกำหนดองค์ประกอบโครงสร้าง และรายละเอียดเนื้อหาของโปรแกรมฯ รูปแบบใหม่ การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) การวางแผนออกแบบ และยกร่างต้นแบบโปรแกรมฯ โดยโปรแกรมต้นแบบใช้แนวคิดของ HPM เพียงอย่างเดียว มีทั้งหมด 5 กิจกรรม 2) การควบคุมและตรวจสอบคุณภาพของทีมเก็บข้อมูลแบ่งเป็นผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้บำบัด ได้ทดลองบำบัดตามรูปแบบของโปรแกรมฯ ผ่านระบบ VDO Conference มีการบันทึกภาพวิดีโอ จนครบโปรแกรม กับผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 2 ครั้ง เพื่อปรับแก้ไข เทคนิควิธีการ จนได้รับการรับรองจากผู้เชี่ยวชาญว่าผ่านเกณฑ์ที่สามารถให้การบำบัดได้ มีจำนวน 6 คน หลังการประเมินความเชื่อถือได้ของผู้บำบัด

ในการทำ intra rater reliability ที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass Correlation Coefficient : ICC = 0.84 (95%CI = 0.96 – 0.98)) และผู้ที่ทำหน้าที่ประเมินผลการบำบัด ได้รับการฝึกอบรม และทดลองใช้เครื่องมือต่างๆ ในการประเมินผลลัพธ์การบำบัด เพื่อให้มั่นใจได้ว่าสามารถใช้เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์การบำบัดได้ถูกต้อง จำนวน 6 คน โดยให้ผู้ทำหน้าที่ประเมินผลบำบัด 1 (rater 1) สัมภาษณ์โดยใช้แบบประเมิน และให้ผู้ประเมินผลบำบัด 2 (rater 2) ประเมินพร้อมกันเปรียบเทียบคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยผู้ที่ทำหน้าที่ประเมินผลไม่ได้ร่วมดำเนินการวิจัยตั้งแต่แรกจนถึงสิ้นสุดการทดลอง และผ่านการอบรมการใช้แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีค่าความเชื่อถือได้ภายในของผู้ประเมิน แสดงค่าเป็นค่า Cohen's kappa โดยมีค่า intra rater reliability ของผู้สัมภาษณ์ ทั้ง 6 คน มีค่าอยู่ระหว่าง 0.94 – 1.00 และ 3) ทดสอบคุณภาพของโปรแกรมฯ ที่ยกร่างขึ้น หลังจากปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำโปรแกรมที่มีทั้งหมด 6 กิจกรรม ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 คน

ระยะที่ 3 การประเมินและเปรียบเทียบผลของโปรแกรมฯ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อน หลัง และติดตาม 1 เดือน ระหว่าง 18 เมษายน – 30 มิถุนายน 2565 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจาก G*power และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ

เจาะจง (Purposive Sampling) โดยพิจารณาจากการตัดสินใจของนักวิจัยที่ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์เพื่อเข้ารับการรักษา และจับคู่อายุ เพศของผู้ป่วย และอายุของผู้ดูแล จำนวนอย่างละ 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 25 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน การดำเนินวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) การกำหนด ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 2) การดำเนินการทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง โดยประสานหัวหน้ากลุ่มภารกิจโรงพยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยจิตเภทไว้รักษา เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล และชี้แจงเกี่ยวกับรายละเอียดการเข้าร่วมโครงการวิจัยเกี่ยวกับการแบ่งกลุ่มควบคุม และทดลอง พร้อมทั้งลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 3 เครื่องมือ 1) เครื่องมือคัดเข้า ได้แก่ BPRS TMSE 2) เครื่องมือทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC : Item Objective Congruence) ได้เท่ากับ 0.81 3) เครื่องมือวัดผล แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไป, แบบประเมินความรู้ 18 ข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC : Item Objective Congruence) ได้เท่ากับ 0.95, แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 21 ข้อ¹²

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และสังเคราะห์เชิงระบบ (systematic synthesis) แบ่งตามประเด็นหลัก ได้แก่ บริบทการให้บริการ ปัญหาและอุปสรรค ความต้องการของผู้ให้ และผู้รับบริการ และวิเคราะห์จุดด้อยของโปรแกรมเดิมที่มีอยู่

ระยะที่ 2 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาตามวัตถุประสงค์การพัฒนาของโปรแกรมฯ ด้วยการหาค่าความสอดคล้อง (IOC : Item Objective Congruence) โดยได้ค่าเท่ากับ 1 จากผู้เชี่ยวชาญ 7 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 2 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลที่มีวุฒิบัตรความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 3 ท่าน และอาจารย์จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 1 คน ร่วมพิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา

ระยะที่ 3 วิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ ดังนี้ 1) การศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทวิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐาน และนำมาแจกแจงในรูปความถี่ และร้อยละ 2) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติ Independent t-test 3) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อน-หลังการทดลองและระยะติดตามผล โดยใช้

สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ
(Repeated measure ANOVA)

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจาก
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
ของกรมสุขภาพจิต เลขที่หนังสือรับรอง
DMH.IRB.CO.A 005/2565 วันที่รับรอง 4 กุมภาพันธ์
พ.ศ. 2565 ถึง 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

ผล

ผลจากการวิจัยระยะที่ 1 การสัมภาษณ์
ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ จำนวน 10 ราย
พบว่า สาเหตุดังนี้ 1) ขาดแรงจูงใจ 2) มีความเชื่อที่
ผิด 3) เกิดความไม่สุขสบายจากการข้างเคียง
ของยา 4) คิดว่าตนเองหายเป็นปกติ 5) มีปัญหา
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษา 6) ขาดผู้ดูแลใน
การพาพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง และได้สัมภาษณ์
ผู้ดูแล/ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ
จำนวน 10 ราย พบว่า สาเหตุดังนี้ 1) กลับไปใช้สาร
เสพติดซ้ำ 2) ญาติ/ผู้ดูแลมีความเข้าใจและความ
เชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยรับประทานยา
ต่อเนื่อง 3) มีความรู้ลึกเบือหน่ายและเป็นภาระ
ในการดูแลผู้ป่วย 4) ค่าใช้จ่ายในการเดินทางพา
ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่อง 5) ขาดรายได้ถ้าหาก
มาดูแลผู้ป่วยอย่างเดียว 6) ไม่รู้อาการเตือนก่อนจะมี
อาการทางจิตรุนแรง และได้สนทนากลุ่มกับทีม
สหวิชาชีพและพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน
พบว่า สาเหตุดังนี้ 1) ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง
2) ใช้สารเสพติด 3) ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง 4) ขาด
ผู้ดูแลหรือญาติพามา 5) ผู้ดูแลขาดความรู้ความ

เข้าใจ และทีมผู้วิจัยร่วมกันวิเคราะห์ข้อค้อยของ
โปรแกรมฯเดิม พบว่า ยังขาดการให้ญาติหรือ
ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและการใช้
เทคนิคในแต่ละกิจกรรม จึงทำให้ทราบถึงความ
ต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตามข้อมูลข้างต้น
ทีมผู้วิจัยได้นำข้อมูลไปวิเคราะห์เพื่อออกแบบการ
ให้บริการ โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการ
รักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผลการวิจัยระยะที่ 2 การจัดทำต้นแบบ
โดยนำข้อมูลในระยะที่ 1 ร่วมกับทบทวน
วรรณกรรม และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการ
พัฒนารูปแบบการบำบัดในการสร้างความร่วมมือ
ในการรักษาด้วยยาทั้งใน และต่างประเทศ ประชุม
วางแผนร่วมกับอาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร
มหาวิทยาลัย จำนวน 3 คน และทีมนักวิจัยเข้าร่วม
การประชุมประกอบด้วย จิตแพทย์ จำนวน 1 คน
พยาบาลจิตเวช จำนวน 12 คน เภสัชกร 1 คน
นักจิตวิทยา 1 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 2 คน
เพื่อร่วมกันกำหนดรายละเอียดโปรแกรม (ฉบับร่าง)
และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน มีข้อเสนอแนะ
ให้ปรับโปรแกรมดังนี้ 1) ให้ปรับเอา HBM เข้ามา
ใช้ 5 Part Model 2) เพิ่ม 3A ให้ชัดเจน เช่น ท่านมี
ความเชื่อต่อการรับประทานยาต่อเนื่องอย่างไร
3) ได้จัดยาด้วยตนเองแล้วเป็นอย่างไร 4) ถ้าจัดยา
เองแล้วกินสม่ำเสมอแล้วจะเกิดผลอย่างไร 5) เพิ่ม
ให้ทุกกลุ่มมีใบ AAR ในทุกกิจกรรม 6) เพิ่ม 6R
ให้ไปใส่ในใบความรู้แทน 7) ประเมินว่าผู้ป่วย
สามารถจัดยาได้ด้วยตนเองถูกต้อง เป็นต้น
นำโปรแกรมที่มีทั้งหมด 6 กิจกรรม ไปทดลองใช้

กับผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 คน หลังสรุปผลการทดลองใช้พบว่าการใช้ภาษายังคงเป็นภาษาทางการมากไปให้ปรับเนื้อหาในใบความรู้ให้เป็นภาษาที่เข้าใจง่ายกว่านี้ นำมาปรับปรุงอีกครั้ง

ผลการวิจัยระยะที่ 3 การนำโปรแกรมฯ ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภท 50 คนแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 คน พบว่าผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่มีการถอนตัว ออกจากการวิจัย และสัดส่วนเพศชายและหญิงเท่ากันทั้งสองกลุ่ม โดยพบว่าข้อมูลของอายุและจำนวนครั้งในการนอนโรงพยาบาล มีอายุระหว่าง 31-40 ปีมากที่สุด ร้อยละ 56 รองลงมาคืออายุ 20-30 ปี ร้อยละ 32 (mean = 33.64 SD = 6.376) อายุสูงสุด 45 ปี อายุต่ำสุด 22 ปี และจำนวนครั้งในการนอนโรงพยาบาล 1-5 ครั้ง ร้อยละ 72 รองลงมา 6-10 ครั้ง ร้อยละ 28 ตามลำดับ เท่ากัน

ข้อมูลของกลุ่มทดลองพบว่า สถานภาพสมรสส่วนใหญ่โสด ร้อยละ 84 รองลงมาคือแยกกันอยู่ ร้อยละ 3 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 32, 32 รองลงมาคือ ระดับปวช/ ปวส ร้อยละ 20

ข้อมูลกลุ่มควบคุมพบว่า สถานภาพสมรสส่วนใหญ่โสด ร้อยละ 68 รองลงมาคือ สมรส ร้อยละ 4 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 40 ระดับปวช/ ปวส ร้อยละ 24

ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของกลุ่มทดลอง และ

กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน พบว่าสัดส่วนเพศหญิงและชายเท่ากันทั้งสองกลุ่ม โดยพบว่ามีอายุระหว่าง 51-60 ปีมากที่สุด ร้อยละ 36 รองลงมา คืออายุระหว่าง 41 - 50 ปีและอายุระหว่าง 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 24, 24 ตามลำดับเท่ากัน

ข้อมูลของกลุ่มทดลอง พบว่า มีสถานภาพสมรสส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 รองลงมา คือ แยกกันอยู่ ร้อยละ 12 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 64 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 12 ตามลำดับ

ข้อมูลกลุ่มควบคุมพบว่า สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 76 รองลงมา คือ แยกกันอยู่ ร้อยละ 16, ระดับการศึกษา มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 68 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น, มัธยมศึกษาตอนปลาย, ปวช/ ปวส, ปริญญาตรี ร้อยละ 2, 2, 2 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ระยะก่อนทดลองของกลุ่มทดลองเท่ากับ 33.36 คะแนน (SD = 4.33) ส่วนในกลุ่มควบคุม เท่ากับ 34.48 คะแนน (SD = 3.65) และจากการทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติที่ใช้ในการทดสอบแบบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน พบว่ามีคะแนนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ระยะก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	n	mean	S.D.	Mean difference	t	df	P-value
ทดลอง	25	33.36	4.33	1.12	0.989	48	0.82
ควบคุม	25	34.48	3.65				

* $P < 0.05$, Independent t – test

ตารางที่ 2 ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ระยะก่อนการทดลอง T0 ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที T1 ระยะติดตามผล 1 เดือน T2 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์แบบ Bonferroni Correction

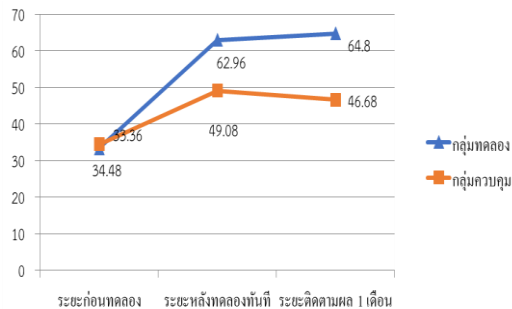
ระยะเวลา					Mean	Std.Error	p-value	ระยะเวลา					Mean	Std.Error	p-value				
การทดลอง					Difference					การทดลอง					Difference				
กลุ่มทดลอง										กลุ่มควบคุม									
T0	T1	-29.6	1.37	0.001						T0	T1	-14.6	0.99	0.001					
	T2	-31.44	1.62	0.001							T2	-12.2	1.40	0.001					
T1	T2	-1.84	0.82	0.102						T1	T2	2.4	1.43	0.318					

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในกลุ่มทดลองแตกต่างกัน 2 คู่ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีมีคะแนนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะติดตามผล 1 เดือนมีคะแนนเพิ่มขึ้นกว่าระยะก่อนการทดลอง

สำหรับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที กับระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)



ภาพที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันทีและระยะการติดตามผล 1 เดือน

จากกราฟเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาก่อน

การทดลอง หลังการทดลองทันทีและระยะการติดตามผล 1 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีแนวโน้มคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาสูงขึ้นและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) หมายความว่าโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น

ในขณะที่กลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาระยะหลังทดลองสูงกว่าระยะก่อนทดลองแต่ระยะติดตามผล 1 เดือน ลดลงกว่าระยะหลังทดลอง

ตารางที่ 3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA ($n = 50$)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P-value
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาการทดลอง	16076.68	2	8038.34	381.7	<0.001
ปฏิสัมพันธ์ วิธีการทดลอง*เวลา	2554.81	2	1277.41	60.57	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	2024.51	96	21.09		
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	3973.23	1	3973.23	90.14	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	2115.73	48	44.08		

* $p < 0.001$, SS = sum of square, df = degree of freedom, MS = mean square

จากตารางที่ 3 พบว่า เมื่อระยะเวลาผ่านไป คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับว่าเป็นกลุ่มทดลองหรือควบคุม ($F = 60.57$; $P < 0.001$) โดย

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 90.14$; $P < 0.001$)

อภิปราย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา จุดเน้นคือการเข้าใจ และการฝึกของผู้ป่วยจิตเภท

จากผลการวิจัยระยะที่ 1 ทำให้ทราบถึงความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและความต้องการ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และยินดีที่จะเข้าร่วมโปรแกรม การให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และการเพิ่มความเข้าใจในการจัดยารับประทานเอง รวมถึงอาการเตือน

ในระยะที่ 2 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลเหล่านี้ไปวิเคราะห์เพื่อออกแบบการพัฒนาโปรแกรมฯ ได้เพิ่มกระบวนการสำหรับญาติก่อนจำหน่าย และเพิ่มกลยุทธ์ทักษะการจัดยา หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้วมาจัดทำเป็นโปรแกรมฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 และนำโปรแกรมไปทดลองใช้ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่าในแต่ละกิจกรรมควรเป็นใบสรุปในแต่ละกิจกรรม เพื่อความสะดวก และกระชับ และหลังจากทดลองใช้ โปรแกรมได้ปรับปรุงโปรแกรมครั้งที่ 2 ให้มีสาระสำคัญ และความชัดเจนในข้อความที่เข้าใจง่ายขึ้น ปรับปรุงโปรแกรมตามข้อมูลที่พบจากการทดลองใช้ และจัดทำเป็นโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนนำไปใช้ในการทดสอบประสิทธิภาพตามขั้นตอนต่อไป

ผลการวิจัยระยะที่ 3 พบว่า จากผล การศึกษาดังกล่าวข้างต้นนั้นสามารถอธิบาย โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ได้ว่า กิจกรรมที่ 1 เป็นกิจกรรมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ และยอมรับต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยผ่าน ประสพการณ์เดิม สมาชิกกลุ่มได้รับรู้และ แลกเปลี่ยนประสพการณ์ต่อเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบในการเจ็บป่วย ยอมรับการเจ็บป่วย กิจกรรมที่ 2 เป็นการนำกลยุทธ์ของ HBM²⁰ มาส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับยา และสามารถจัดการอาการข้างเคียงของยาจิตเวชได้ เมื่อผู้ป่วยได้เกิดความเข้าใจ เกิดความตระหนักจะ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงอาการข้างเคียงของยา และสามารถจัดการอาการข้างเคียงได้ ในกิจกรรม ที่ 3 นำกลยุทธ์ของ MI โดยใช้ คำถาม 3A เป็นการ ค้นหาแรงจูงใจ และสร้างความร่วมมือ รวมถึงการ สร้างสัมพันธภาพอันดีผ่านกระบวนการฝึกจัดยา ที่ตนเองได้รับหลังกลับไปอยู่บ้านพร้อมทั้งให้ ผู้ป่วยได้มีสิทธิ์เลือกรูปแบบ ในการจัดยา รับประทานของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ ในการเตรียมความพร้อมเพื่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เซนและคณะ²² ได้ทำการศึกษาผลการบำบัดเพื่อเสริมสร้าง แรงจูงใจต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตาม การสัมภาษณ์แรงจูงใจ ผลการศึกษาพบว่า การ ติดตามผลในช่วง 6 เดือนผู้เข้าร่วมการบำบัดมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา เพิ่ม มากขึ้น อัตราการกลับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ กิจกรรมที่ 4

การใช้กลยุทธ์ HBM²⁰ กิจกรรมนี้ทำให้สมาชิกได้เกิดการเรียนรู้ และทำความเข้าใจกับปัญหา เกิดความคิดทางบวก และมองปัญหาตามความเป็นจริง โดยมองว่าปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทาย ทำให้มองเห็นสาเหตุของปัญหาในการรักษาด้วยยา มีแนวทางการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ และเป็นเหตุเป็นผล โดยมีกระบวนการคิดแก้ปัญหาอย่างเป็นขั้นเป็นตอน ช่วยให้เกิดการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้อย่างต่อเนื่อง และกิจกรรมที่ 5 เป็นการนำกลยุทธ์ของ CBT ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคจิตเภท และสามารถสังเกตอาการเตือนของโรคจิตเภทได้ เมื่อสมาชิกสามารถใช้ความคิดในการเตือนตนเองได้ แล้วก็จะสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างเป็นลำดับขั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ไวท์เดนซ์และคณะ²³ ที่ได้พบว่าการทำ CBT จะมีประสิทธิผลได้นานกว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ยังมีหลายการศึกษาที่พบว่า การสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) สามารถเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา โดยใช้กระบวนการกลุ่มซึ่งกระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนถึงพฤติกรรมเดิมของตนเอง เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันภายในกลุ่ม ทำให้มีความรู้สึกคล้ายกันของสมาชิกในกลุ่ม มีโอกาสได้ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งการปรับความคิดความเชื่อเดิมของผู้วิจัย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นในการปรับพฤติกรรมของตน จะพบว่าค่าคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วย

ยาของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าในระยะก่อนการทดลอง แต่ในระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น อาจเนื่องมาจากการที่ญาติได้มีส่วนร่วมในการกำกับติดตามดูแลผู้ป่วยในการรับประทานยา สำหรับกิจกรรมที่ 6 การให้ญาติมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของการเป็นโรค รับรู้ประโยชน์ของการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องโดยการกำกับติดตามการรับประทานยาพร้อมเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และยังพบว่าอัตราการกลับมารักษาลดลงน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับเพียงโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา²⁴

สรุป

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ช่วยส่งเสริมผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์และนวัตกรรม (ววน.) ผ่านสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สทว.)

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Schizophrenia 2022. [online]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia> [2022 Jul 9].

2. Tandon R, Gaebel W, Barch DM, et al. Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophr Res* 2013; 150: 3-10.
3. Khampuansai S. Results of the program for caring for psychiatric patients by families to reduce stress in caring for caregivers of patients with schizophrenia Thung Saliam Hospital Sukhothai Province [Master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2007.
4. Bunkhan B. Factors of perception and social support of caregivers of schizophrenia patients that are related to drug treatment behavior of schizophrenia patients in Amnat Charoen Province [Master's thesis]. Ubon Ratchathani: Ubon Ratchathani Rajabhat University; 2010.
5. Department of Mental Health. Annual report of the Department of Mental Health. [online]. Available from: <https://dmh-elibrary.org/items/show/334> [2020 May 10].
6. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
7. Hill M, Crumlish N, Whitty P, Clarke M, Browne S, Kamali M, et al. Nonadherence to medication four years after a first episode of psychosis and associated risk factors. *Psychiatr Serv* 2010; 61: 189-92.
8. Kassis I, Ghuloum S, Mousa H, Bener A. Treatment non-compliance of psychiatric patients and associated factors: Are patients satisfied from their psychiatrist? *J Adv Med Med Res* 2014; 4: 785-96.
9. Saboo AV, Deshmukh PS, Deshmukh SB. Study on non-compliance in patients of schizophrenia. *J Evol Med Dent Sci* 2015; 4: 8112-9.
10. Novick DM, Swartz HA, Frank E. Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-analysis of the evidence. *Bipolar Disord* 2010; 12: 1-9.
11. Policy and Planning Department, Loei Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Patient statistics for the year 2021. Loei: Loei Rajanagarindra Psychiatric Hospital; 2021.
12. Suntharawit N, Wichitpanya A, Inkantum P. Effects of health promotion programs on health behavior for cooperation in drug treatment of schizophrenia patients. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2020; 34: 153-68.
13. El-Mallakh P, Findlay J. Strategies to improve medication adherence in patients with schizophrenia: the role of support services. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015; 11: 1077-90.
14. Saengpak C, Thungpankham P, Kitsamban W. Effects of treatment for continuous medication adherence on cooperation in drug treatment in people with schizophrenia in the community. *Nursing Journal CMU* 2017; 44(1): 137-48.
15. Von Bormann S, Robson D, Gray R. Adherence therapy following acute exacerbation of schizophrenia: A randomized controlled trial in Thailand. *Int J Soc Psychiatry* 2015; 61: 3-9.
16. Thanabadeethamcharee P, Temrasi B. Development of a program to promote awareness of illness and belief in taking medicine towards cooperative behavior in taking medicine of patients with schizophrenia. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2018; 32(3): 133-53.
17. Pender NJ. Health Promotion in Nursing Practice. 5th ed. New Jersey: Pearson Education; 2006.
18. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2002.
19. Beck AT, Rector NA. Cognitive approaches to schizophrenia: theory and therapy. *Ann Rev Clin Psychol* 2005; 1: 577-606.
20. Becker MH, Maiman LA. The Health Belief Model: origins and correlates in psychological theory. *Health Educ Monogr* 1975; 2: 336-85.
21. Palitnonkiat Y, Khunkamchu P, Ruchirachakorn S, Saetang S, editors. Manual for research and development of mental health technology. Nonthaburi: Best Step Advertising Company; 2011.
22. Chien WT, Mui JH, Cheung EF, Gray R. Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for

- schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Trials* 2015; 16: 270.
23. Weiden P, Turkington D, Mihailovic M, Beaumont J. Medication adherence in schizophrenia: development of a CBT-based intervention 2019. [online]. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/333815675>
24. Barkhof E, Meijer CJ, de Sonnevile LM, Linszen DH, de Haan L. Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia--a review of the past decade. *Eur Psychiatry* 2012; 27(1): 9-18.

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพุทรีปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

อรภรณ์ สวนซัง, วท.ค.*, กฤตนิษฐ์ แก้วยศ, วท.ม.*, ฐปนีย์ ฟูมุลเจริญ, วท.ม.*,
ธิติมา ณรงค์ศักดิ์, วท.ม.*, ฐิติมา สงวนวิชัยกุล, พ.บ.*, นฤทธิพรพรณ ล้อมวงศ์, ศษ.ม.*,
ธนະภูมิ รัตนานุพงศ์, ประ.ค.***

*สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

**สถาบันประสาทวิทยา

***คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อศึกษาความชุกของภาวะพุทรีปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท 2) เพื่อศึกษาลักษณะของภาวะพุทรีปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท และ 3) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพุทรีปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท

วัสดุและวิธีการ : การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือก จำนวน 130 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินภาวะพุทรีปัญญา MOCA และ 3) Vienna test system สถิติที่ใช้ คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผล : การศึกษานี้พบความชุกของภาวะพุทรีปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 58.5 มีความบกพร่องในด้าน attention, memory, executive functions และ processing speed ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพุทรีปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท คือ การเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นหรือตอนปลาย (adjusted OR = 0.052; 95%CI = 0.006, 0.427) การเรียนจบชั้นปริญญาตรีขึ้นไป (adjusted OR = 0.065; 95%CI = 0.007, 0.562) ปัจจัยด้านยาซึ่งพบว่าผู้ที่ได้รับยา trihexyphenidyl จะมีภาวะพุทรีปัญญาบกพร่องมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับยานี้ (adjusted OR = 3.097; 95%CI = 1.178, 8.140)

สรุป : ปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะพุทรีปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท คือ ระดับการศึกษาที่สูง ส่วนปัจจัยเสี่ยง คือ การใช้ยาที่มีฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก

คำสำคัญ : ความชุก, ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง, ผู้ป่วยจิตเภท, ภาวะพุทรีปัญญาบกพร่อง

PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AT SOMDET CHAOPRAYA INSTITUTE OF PSYCHIATRY

Orabhorn Suanchang, Ph.D.*, Krittanai Kaewyot, M.Sc.***, Thapanee Foomooljareon, M.Sc.*,
Thitima Narongsak, M.Sc.*, Thitima Sanguanvichaikul, M.D.*,
Nalitipan Lomwong, M.Ed.*, Thanapoom Rattananupong, Ph.D.***

**Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*

***Neurological Institute of Thailand*

****Faculty of Medicine, Chulalongkorn University*

Abstract

Objectives: 1) To examine the prevalence of cognitive impairment in patients with schizophrenia, 2) To explore the characteristics of cognitive impairment, and 3) To identify associated factors contributing to cognitive impairment in this population.

Material and Methods: This analytical cross-sectional included 130 outpatients with schizophrenia at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry who met the inclusion and exclusion criteria. The assessment tools consisted of 1) a demographic questionnaire, 2) the Thai version of Montreal Cognitive Assessment (MOCA) and 3) the Vienna Test System. Descriptive statistics, Chi-square tests, and logistic regression analysis were used to analyses with statistically significant level of 0.05.

Results: The prevalence of cognitive impairment was 58.5%. Domain of impairment included attention, memory, executive functions, and processing speed. The significant protective factors against cognitive impairment included education level: lower or upper secondary school (adjusted OR = 0.052; 95%CI = 0.006, 0.427), and bachelor's degree or higher (adjusted OR = 0.065; 95%CI = 0.007, 0.562). In addition, receiving trihexyphenidyl was associated with higher risk of cognitive impairment (adjusted OR = 3.097; 95%CI = 1.178, 8.140).

Conclusion: Higher education levels were protective factors against cognitive impairment, whereas the use of anticholinergic drugs was identified as a risk factor.

Key words: prevalence, associated factors, schizophrenia, cognitive impairment

บทนำ

โรคจิตเวชถือเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุข โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภท (schizophrenia) นับเป็นผู้ป่วยซึ่งพบมากที่สุด มีอัตราความชุกชั่วชีวิตร้อยละ 0.3 - 0.7 ของประชากรโลก¹ ประเทศไทยพบความชุกของผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 15 - 59 ปี จำนวน 8.8 คน ต่อประชากร 1,000 คน (95% CI: 7.2 - 10.6) โดยมีอัตราส่วนของเพศชายต่อเพศหญิงอยู่ที่ 1.1 ต่อ 1 นอกจากนี้จากการศึกษาภาระโรคในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 23.3 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดซึ่งมีมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชชนิดอื่น และพบว่าโรคจิตเภทเป็นลำดับที่ 17 ใน 20 อันดับแรกของโรคที่สร้างภาระให้กับระบบสาธารณสุขของประเทศไทย²

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่มีความรุนแรง จากการศึกษพบว่าพยาธิสภาพของโรคนี้ทำให้มีความผิดปกติของความคิดร่วมกับความผิดปกติของอารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรม การตัดสินใจ บุคลิกภาพ และทำให้เกิดความบกพร่องทางหน้าที่การงานและสังคม³ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความบกพร่องทางสติปัญญาอย่างรุนแรงและหลายมิติ⁴ โดยมูทิตา พนาสธิตย์ และคณะ⁵ กล่าวว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของระบบสารสื่อประสาทที่มีผลต่อการทำงานของสมอง ทำให้พุทธิปัญญา (cognitive function) เสียไป ส่วนของพุทธิปัญญาที่เสียไป ได้แก่ memory function, attention, executive function และ working memory ซึ่งความผิดปกติที่กล่าวมานี้เป็นพยาธิสภาพทางสรีรวิทยาที่สำคัญของ

ผู้ป่วยจิตเภท เช่นเดียวกับการศึกษาของ Green et al.⁶ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเกิดความบกพร่องพุทธิปัญญาในมิติ working memory, attention/vigilance, verbal learning and memory, visual learning and memory, reasoning and problem solving, speed of processing และ social cognition นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (meta-analysis) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะมีพุทธิปัญญาโดยเฉลี่ยต่ำกว่าอย่างน้อยหนึ่งมิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม^{4,7}

จากการทบทวนวรรณกรรมพบความชุกของภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 50.0-81.3⁸⁻¹⁰ โดยพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพุทธิปัญญาในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง คือ เพศ การศึกษาน้อยกว่าประถมศึกษาปีที่ 6 การรักษาด้วย anticholinergic drugs การรักษาด้วย selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI)⁵ ส่วนการศึกษาของ Mascio et al.¹¹ พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท คือ เพศ การศึกษา เชื้อชาติ สถานภาพการสมรส และการจ้างงาน ซึ่งความผิดปกตินี้มีผลต่อการรักษาและคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งปัจจุบันการศึกษาภาวะพุทธิปัญญาของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด และพบว่ามีภาวะประเมิน cognitive function โดยใช้แบบประเมิน The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) เพียงอย่างเดียว โดยยังไม่ได้เปรียบเทียบกับแบบประเมินทางจิตวิทยาอื่น ๆ ซึ่งการศึกษากครั้งนี้ได้ทำการประเมินด้วยแบบประเมิน MoCA ควบคู่กับ

Vienna test system ซึ่งเป็นการประเมินโดยผ่านระบบคอมพิวเตอร์ที่มีความน่าเชื่อถือและประเมินได้ละเอียดมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาที่ประเมินพุทธิปัญญาในผู้ป่วยจิตเภทด้วย Vienna test system ในประเทศไทยมาก่อน โดยการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภทสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จะเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยสื่อสารให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์และญาติที่ดูแลได้ตระหนักถึงภาวะนี้ และหาแนวทางดูแลรักษาอย่างถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวชกรรมสุขภาพจิต เลขที่รับรอง DMH.IRB.CO.A 035/2565 ลงวันที่ 9 กันยายน พ.ศ. 2565 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เลขที่รับรอง SD.IRB.APPROVAL 028/2565 ลงวันที่ 23 ธันวาคม พ.ศ. 2565 ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - ธันวาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) อาสาสมัครได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท

(F20.X) ตามหลักเกณฑ์ ICD-10 2) อาสาสมัครอายุระหว่าง 20 - 50 ปี 3) อาสาสมัครสามารถอ่านเขียน และสื่อสารเป็นภาษาไทยได้ 4) อาสาสมัครมีอาการทางจิตสงบ (คะแนน BPRS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน) และ 5) อาสาสมัครไม่ได้เปลี่ยนยา antipsychotic ที่เป็นการรักษาหลักอย่างน้อย 3 เดือน ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ 1) อาสาสมัครมีประวัติการได้รับการกระทบกระเทือนทางสมองอย่างรุนแรง 2) อาสาสมัครโรคหลอดเลือดสมอง โรคลมชัก หรือโรคที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องทางสติปัญญา และ 3) อาสาสมัครที่อยู่ระหว่างการได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า หรือสิ้นสุดการรักษาด้วยไฟฟ้าไม่เกิน 2 สัปดาห์

คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตร population proportion¹² อ้างอิงค่า P จากการศึกษาของ Arunpongpaisal & Sangsirilak (2013)⁸ เท่ากับ 0.81 และค่า d เท่ากับ 0.07 จะได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 121 คน และป้องกันการ drop out ของข้อมูล ร้อยละ 5 จะได้เท่ากับ 127 คน จึงเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 130 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบต่อเนื่อง (consecutive sampling) จากผู้ป่วยที่มาใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก โดยเชิญชวนอาสาสมัครตรงตามเกณฑ์คัดเลือกที่ได้รับคิวเลขคู่เข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

อาสาสมัครจะได้รับการสัมภาษณ์ด้วยเครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส น้ำหนัก ส่วนสูง อาชีพ โรคประจำตัวทางกาย

ประวัติโรคจิตเวชใดครอบคลุ่ การมีผู้ดูแล การออกก้าลังกาย การค้มเครื่องค้มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการรักษาแบบผู้ป่วยใน ยาและขนาดที่ค้ได้รับ (ยากิน และยาฉีด) การแพ้ยา และระยะเวลาเจ็บป่วยก่อนการรักษา (duration of untreated psychosis)

2. แบบประเมินภาวะพุทธิปัญญา (The Montreal Cognitive Assessment: MoCA) ที่แปลโดย โสพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์¹³ เป็นฉบับภาษาไทย (version 01) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ เพื่อประเมินความตั้งใจสมาธิ การบริหารจัดการ ความจำ ภาษา ทักษะสัมพันธ์ของสายตากับการสร้างรูปแบบ ความคิดรวบยอด การคิดคำนวณ และการรับรู้สภาวะรอบตัว มีคะแนนค้ตั้งแต่ 0 - 30 คะแนน หากผู้รับการประเมินมีการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี จะมีการเพิ่มคะแนนรวมให้หนึ่งคะแนน ถ้าได้คะแนนค้ตั้งแต่ 25 ขึ้นไปจึงจะถือว่าปกติ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80

3. Vienna Test System เป็นชุดเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจประเมินภาวะการรับรู้ สำหรับใช้ในการตรวจประเมินทางประสาทจิตวิทยา (neuropsychological test) เป็นซอฟต์แวร์ที่ใช้ประเมินความคิด ความจำ และการเรียนรู้ (cognitive function training) โดยใช้คำสั่งชุดประเมิน cognitive functions สำหรับ schizophrenic disorders โดยเลือกแบบทดสอบ 3 มิติ คือ 1) attention ใช้ระยะเวลาประมาณ 8 นาที 2) memory ใช้ระยะเวลาประมาณ 24 นาที และ 3) executive

functions and processing speed ใช้ระยะเวลาประมาณ 27 นาที ระยะเวลารวมประมาณ 59 นาที โดยจะรายงานผลออกมาในรูปแบบสัญลักษณ์สีที่แสดงว่าบกพร่องหรือไม่บกพร่องในมิตินั้น ๆ

4. แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ฉบับภาษาไทย เป็นแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการนำมาใช้ในการปฏิบัติงานที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 18 ข้อ มีลักษณะตัวเลือก 7 ตัวเลือก ซึ่งคิดเป็นคะแนนค้ตั้งแต่ 1 - 7 คะแนน คือ ไม่มีอาการ = 1 คะแนน มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง = 2 คะแนน มีอาการเล็กน้อย = 3 คะแนน อาการปานกลาง = 4 คะแนน อาการค่อนข้างรุนแรง = 5 คะแนน อาการรุนแรง = 6 คะแนน และอาการรุนแรงมาก = 7 คะแนน ดังนั้นคะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 18 - 126 คะแนน ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนรวมมากกว่า 36 คะแนน แสดงว่ามีอาการของโรคระดับมาก และถ้าผู้ป่วยมีคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน แสดงว่ามีอาการของโรคระดับเล็กน้อย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพุทธิปัญญาบกร่องโดยใช้สถิติ chi-square test และ fisher's exact test และวิเคราะห์ค้ด้วย logistic

regression นำเสนอเป็นค่า crude OR (95%CI) และ adjusted OR (95%CI) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผล

ข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภท

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 130 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 58.5) อายุเฉลี่ย 38.1 ± 7.94 ปี เรียนจบชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ

57.7) สถานภาพโสด (ร้อยละ 85.4) ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 76.9) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 48.5) รายได้ต่อเดือน (median, IQR) 3,600 (0, 10,000) บาท รายได้เพียงพอ (ร้อยละ 57.7) ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 53.8 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 80.0 มีคู่นอน ร้อยละ 80.8 และไม่ได้ออกกำลังกายเลย ร้อยละ 40.8 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท (n = 130)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	76	58.5
หญิง	54	41.5
อายุ (เฉลี่ย 38.1 ± 7.94 ปี)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	28	21.5
31 - 40 ปี	45	34.6
41 - 50 ปี	57	43.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	21	16.2
มัธยมศึกษา (ตอนต้นและปลาย)	75	57.7
ปริญญาตรีขึ้นไป	34	26.2
สถานภาพสมรส		
โสด	111	85.4
สมรส	13	10.0
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	6	4.6
โรคประจำตัวทางกาย		
ไม่มี	100	76.9
มี	30	23.1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท (n = 130) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	63	48.5
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	0.8
รับจ้าง	35	26.9
เกษตรกร	5	3.8
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	16	12.3
พนักงานเอกชน	8	6.2
อื่น ๆ	2	1.5
รายได้ต่อเดือน;		
มีฐาน (IQR) 3,600 (0 - 10,000) บาท		
ไม่มีรายได้	46	35.4
1 - 10,000 บาท	57	43.8
มากกว่า 10,000 บาท	27	20.8
ความเพียงพอต่อรายได้		
เพียงพอ	75	57.7
ไม่เพียงพอ	55	42.3
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	70	53.8
เคยสูบ แต่เลิกแล้ว	14	10.8
สูบบุหรี่	46	35.4
การดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	104	80.0
เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว	15	11.5
ดื่มอยู่	11	8.5
ผู้ดูแล		
มีผู้ดูแล	105	80.8
ไม่มีผู้ดูแล	25	19.2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท (n = 130) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกายเลย	53	40.8
ออกกำลังกายเลข 1 - 3 วันต่อสัปดาห์	41	31.5
ออกกำลังกายเลข 4 - 6 วันต่อสัปดาห์	14	10.8
ออกกำลังกายทุกวันต่อสัปดาห์	22	16.9

ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 130 คน พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 10.0 ± 7.94 ปี ระยะเวลาเจ็บป่วยก่อนการรักษาเฉลี่ย 5.5 ± 11.87 เดือน ส่วนใหญ่จำนวนครึ่งของการรับรักษาแบบผู้ป่วยใน 1 - 5 ครั้ง (ร้อยละ 60.8) ส่วนใหญ่ได้รับยา trihexyphenidyl (ร้อยละ 76.9) risperidone (ร้อยละ 50.0) diazepam (ร้อยละ 24.6) ไม่ได้รับยา

ฉีดต้านโรคจิตชนิดออกฤทธิ์เนิ่น (ร้อยละ 83.1) ได้รับยา 3 ชนิด (ร้อยละ 29.2) ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (ร้อยละ 97.21 ± 7.17) ไม่มีประวัติแพ้ยา (ร้อยละ 78.5) ดัชนีมวลกายไม่ปกติ (ร้อยละ 74.6) และไม่มีประวัติโรคจิตเวชใดครอบคลุม (ร้อยละ 70.8) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภท (n = 130)

ข้อมูลทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (เฉลี่ย 10.0 ± 7.94 ปี)		
0 - 3 ปี	30	23.1
4 - 6 ปี	24	18.5
7 - 9 ปี	18	13.8
มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	58	44.6
ระยะเวลาเจ็บป่วยก่อนการรักษา (เฉลี่ย 5.5 ± 11.87 เดือน)		
0 - 6 เดือน	99	76.2
7 - 12 เดือน	21	16.2
มากกว่า 12 เดือน	10	7.7

ตารางที่ 2 ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภท (n = 130) (ต่อ)

ข้อมูลทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการรับรักษาแบบผู้ป่วยใน		
0 ครั้ง	33	25.4
1 - 5 ครั้ง	79	60.8
มากกว่า 5 ครั้ง	18	13.8
รายการยาที่ได้รับ 3 เดือนขึ้นไป		
ยาด้านโคลิเนอร์จิก (anticholinergics)		
trihexyphenidyl	100	76.9
diphenhydramine	1	0.8
ยาด้านโรคจิต (antipsychotics)		
clozapine	25	19.2
risperidone	68	52.3
quetiapine	11	8.5
olanzapine	2	1.5
aripiprazole	2	1.5
paliperidone	1	0.8
lurasidone	3	2.3
perphenazine	28	21.5
haloperidol	12	9.2
flupentixol	6	4.6
chlorpromazine	21	16.2
trifluoperazine	3	2.3
ยาด้านซึมเศร้า		
vortioxetine	1	0.8
sertraline	22	16.9
fluoxetine	12	9.2
fluvoxamine	1	0.8
amitriptyline	5	3.8
imipramine	2	1.5
clomipramine	1	0.8

ตารางที่ 2 ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภท (n = 130) (ต่อ)

ข้อมูลทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
ยาด้านซึมเศร้า (ต่อ)		
nortriptyline	1	0.8
trazodone	2	1.5
mianserin	3	2.3
ยากคลายกังวล		
lorazepam	21	16.2
clonazepam	17	13.1
clorazepate	12	9.2
diazepam	32	24.6
Mood stabilizer		
lithium	7	5.4
sodium valproate	26	20.0
ยาฉีดต้านโรคจิตชนิดออกฤทธิ์นาน (Long acting antipsychotic injection; LAI)		
fluphenazine decanoate	22	16.9
flupenthixol decanoate	8	6.2
haloperidol decanoate	3	2.3
paliperidone palmitate	2	1.5
aripiprazole extended-released	1	0.8
การได้รับยาฉีด long acting antipsychotic (LAI)		
ไม่ได้รับ	95	73.1
ได้รับ (กลุ่ม first generation)	32	24.6
ได้รับ (กลุ่ม second generation)	3	2.3
จำนวนขนานยาที่ได้รับ		
1 ขนาน	10	7.7
2 ขนาน	24	18.5
3 ขนาน	38	29.2
4 ขนาน	34	26.2
5 ขนานขึ้นไป	24	18.5

ตารางที่ 2 ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภท (n = 130) (ต่อ)

ข้อมูลทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
ความร่วมมือในการใช้ยา (%medication adherence) ; mean $\pm$ SD	97.21 $\pm$ 7.17	
ประวัติแพ้ยา		
ไม่เคยแพ้ยา	102	78.5
เคยแพ้ยา	28	21.5
ดัชนีมวลกาย		
ปกติ	33	25.4
ไม่ปกติ (อ้วนหรือผอม)	97	74.6
ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว		
ไม่มี	92	70.8
มี	38	29.2
ภาวะทุพธิปัญญาบกพร่อง	76	58.5

ข้อมูลภาวะทุพธิปัญญาในผู้ป่วยจิตเภท

จากการประเมินพุทธิปัญญาผู้ป่วยจิตเภท ด้วยแบบประเมิน The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) พบความชุกของภาวะทุพธิปัญญาบกพร่อง ร้อยละ 58.5 ซึ่งเมื่อประเมินลงรายละเอียดแต่ละ ด้านของพุทธิปัญญาที่บกพร่องด้วยเครื่องมือ Vienna test system พบว่า ด้านที่บกพร่อง 5 ลำดับแรกเรียงจากมากไปน้อย คือ attention ส่วน divided attention, cross-modal (ร้อยละ 93.8) executive functions ส่วน planning ability, visuospatial (ร้อยละ 90.0) memory ส่วน long-term memory, figural learning ability (ร้อยละ 78.5) executive functions ส่วน cognitive flexibility (ร้อยละ 73.8) และ memory

ส่วน long-term memory, figural recognition (ร้อยละ 71.5) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท

จากการประเมินพุทธิปัญญาด้วยเครื่องมือ MOCA ทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติ chi-square test หรือ fisher's exact test พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะทุพธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ระดับการศึกษา (p -value = 0.001) ความเพียงพอของรายได้ (p -value = 0.035) และการได้รับยา trihexyphenidyl (p -value = 0.006) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ลักษณะของภาวะพุทธิปัญญาในผู้ป่วยจิตเภท

ด้าน	จำนวน (ร้อยละ)		
	ปกติ	บกพร่องระดับ moderate	บกพร่องระดับ severe
attention			
alertness, intrinsic	82 (63.1)	21 (16.2)	27 (20.8)
divided attention, cross-modal	8 (6.2)	4 (3.1)	118 (90.8)
memory			
working memory, spatial	74 (56.9)	0 (0.0)	56 (43.1)
long-term memory, figural	28 (21.5)	15 (11.5)	87 (66.9)
learning ability			
long-term memory, figural short-term delayed recall	41 (31.5)	17 (13.1)	72 (55.4)
long-term memory, figural long-term delayed recall	43 (33.1)	17 (13.1)	70 (53.8)
long-term memory, figural	37 (28.5)	7 (5.4)	86 (66.2)
recognition			
executive functions			
cognitive flexibility	34 (26.2)	11 (8.5)	85 (65.4)
response inhibition	38 (29.2)	23 (17.7)	69 (53.1)
planning ability, visuospatial	13 (10.0)	28 (21.5)	89 (68.5)
processing speed			
information processing speed	47 (36.2)	5 (3.8)	78 (60.0)

เมื่อนำปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ด้วย chi-square test หรือ fisher's exact test มาวิเคราะห์ด้วยสถิติ binary logistic regression พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้ ปัจจัยที่เป็นปัจจัย

ปกป้อง คือ การเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นหรือตอนปลาย (crude OR = 0.054; 95%CI = 0.007, 0.424) การเรียนจบตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป (crude OR = 0.050; 95%CI = 0.006, 0.416) ส่วนปัจจัยเสี่ยง คือ การมีรายได้ไม่เพียงพอ (crude OR =

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะพุทรีปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัย	ภาวะพุทรีปัญญา (ร้อยละ)		p-value
	บกพร่อง (n = 76)	ไม่บกพร่อง (n = 54)	
เพศ, n(%)			0.571 ^a
ชาย	46 (60.5)	30 (55.6)	
หญิง	30 (39.5)	24 (44.4)	
อายุ, n(%)			0.419 ^a
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	15 (19.7)	13 (24.1)	
31 - 40 ปี	24 (31.6)	21 (38.9)	
41 - 50 ปี	37 (48.7)	20 (37.0)	
ระดับการศึกษา, n(%)			0.001* ^a
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	20 (26.3)	1 (1.9)	
มัธยมศึกษาตอนต้นและปลาย	39 (51.3)	36 (66.7)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	17 (22.4)	17 (31.5)	
สถานภาพสมรส, n(%)			0.796 ^b
โสด	66 (86.8)	45 (83.3)	
สมรส	7 (9.2)	6 (11.1)	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	3 (3.9)	3 (5.6)	
โรคประจำตัวทางกาย, n(%)			0.537 ^a
ไม่มี	57 (75.0)	43 (79.6)	
มี	19 (25.0)	11 (20.4)	
อาชีพ, n(%)			0.767 ^a
ว่างงาน	36 (47.4)	27 (50.0)	
ประกอบอาชีพ	40 (52.6)	27 (50.0)	
รายได้ต่อเดือน, n(%)			0.938 ^a
ไม่มีรายได้	27 (35.5)	19 (35.2)	
1 - 10,000 บาท	34 (44.7)	23 (42.6)	
มากกว่า 10,000 บาท	15 (19.7)	12 (22.2)	

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะพุทธานุญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ปัจจัย	ภาวะพุทธานุญญา (ร้อยละ)		p-value
	บกพร่อง (n = 76)	ไม่บกพร่อง (n = 54)	
ความเพียงพอต่อรายได้, n(%)			0.035* ^a
เพียงพอ	38 (50.0)	37 (68.5)	
ไม่เพียงพอ	38 (50.0)	17 (31.5)	
การสูบบุหรี่, n(%)			0.650 ^a
ไม่สูบ	40 (52.6)	30 (55.6)	
เคยสูบ แต่เลิกแล้ว	7 (9.2)	7 (13.0)	
สูบบุหรี่	29 (38.2)	17 (31.5)	
การดื่มแอลกอฮอล์, n(%)			0.458 ^a
ไม่ดื่ม	59 (77.6)	45 (83.3)	
เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว	11 (14.5)	4 (7.4)	
ดื่มอยู่	6 (7.9)	5 (9.3)	
ผู้ดูแล, n(%)			0.862 ^a
มีผู้ดูแล	61 (80.3)	44 (81.5)	
ไม่มีผู้ดูแล	15 (19.7)	10 (18.5)	
การออกกำลังกาย, n(%)			0.241 ^a
ไม่ออกกำลังกายเลย	26 (34.2)	27 (50.0)	
ออกกำลังกายเลข 1 - 3 วันต่อสัปดาห์	26 (34.2)	15 (27.8)	
ออกกำลังกายเลข 4 - 6 วันต่อสัปดาห์	8 (10.5)	6 (11.1)	
ออกกำลังกายทุกวัน	16 (21.1)	6 (11.1)	
ระยะเวลาการเจ็บป่วย, n(%)			0.118 ^a
0 - 3 ปี	23 (30.3)	7 (13.0)	
4 - 6 ปี	14 (18.4)	10 (18.5)	
7 - 9 ปี	10 (13.2)	8 (14.8)	
มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	29 (38.2)	29 (53.7)	

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะทุพริปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ปัจจัย	ภาวะทุพริปัญญา (ร้อยละ)		p-value
	บกพร่อง (n = 76)	ไม่บกพร่อง (n = 54)	
ระยะเวลาเจ็บป่วยก่อนการรักษา, n(%)			0.445 ^a
0 - 6 เดือน	59 (77.6)	40 (74.1)	
7 - 12 เดือน	10 (13.2)	11 (20.4)	
มากกว่า 12 เดือน	7 (9.2)	3 (5.6)	
จำนวนครั้งของการรับรักษาแบบผู้ป่วยใน, n(%)			0.065 ^a
0 ครั้ง	21 (27.6)	12 (22.2)	
1 - 5 ครั้ง	49 (64.5)	30 (55.6)	
มากกว่า 5 ครั้ง	6 (7.9)	12 (22.2)	
รายการยาที่ได้รับ, n(%)			
ยาต้าน โคลิเนอร์จิก (anticholinergics)			
trihexyphenidyl	65 (85.5)	35 (64.8)	0.006* ^a
diphenhydramine	0 (0.0)	1 (1.9)	0.415 ^a
ยาต้าน โรจิตติ (antipsychotics)			
clozapine	17 (22.4)	8 (14.8)	0.282 ^a
risperidone	39 (51.3)	29 (53.7)	0.788 ^a
quetiapine	7 (9.2)	4 (7.4)	0.716 ^b
olanzapine	0 (0.0)	2 (3.7)	0.171 ^b
aripiprazole	0 (0.0)	2 (3.7)	0.171 ^b
paliperidone	0 (0.0)	1 (1.9)	0.415 ^b
lurasidone	1 (1.3)	2 (3.7)	0.570 ^b
perphenazine	18 (23.7)	10 (18.5)	0.480 ^a
haloperidol	8 (10.5)	4 (7.4)	0.760 ^a
flupentixol	3 (3.9)	3 (5.6)	0.692 ^a
chlorpromazine	15 (19.7)	6 (11.1)	0.188 ^a
trifluoperazine	2 (2.6)	1 (1.9)	0.770 ^a

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะพหุปัญญบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ปัจจัย	ภาวะพหุปัญญา (ร้อยละ)		p-value
	บกพร่อง (n = 76)	ไม่บกพร่อง (n = 54)	
ยาด้านซึมเศร้า			
vortioxetine	0 (0.0)	1 (1.9)	0.415 ^a
sertraline	10 (13.2)	12 (22.2)	0.174 ^a
fluoxetine	7 (9.2)	5 (9.3)	0.992 ^b
fluvoxamine	0 (0.0)	1 (1.9)	0.415 ^b
amitriptyline	3 (3.9)	2 (3.7)	0.943 ^b
imipramine	0 (0.0)	2 (3.7)	0.171 ^b
clomipramine	0 (0.0)	1 (1.9)	0.415 ^b
nortriptyline	0 (0.0)	1 (1.9)	0.415 ^b
trazodone	1 (1.3)	1 (1.9)	0.807 ^b
mianserin	0 (0.0)	3 (5.6)	0.069 ^b
any tricyclic antidepressants (TCAs)	3 (3.9)	6 (11.1)	0.162 ^b
any selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)	17 (22.4)	18 (33.3)	0.165 ^a
ยากลากั้ววล			
lorazepam	11 (14.5)	10 (18.5)	0.537 ^a
clonazepam	10 (13.2)	7 (13.0)	0.974 ^a
clorazepate	5 (6.6)	7 (13.0)	0.235 ^b
diazepam	19 (25.0)	13 (24.1)	0.904 ^a
any benzodiazepines	40 (52.6)	32 (59.3)	0.454 ^a
Mood stabilizers			
lithium	5 (6.6)	2 (3.7)	0.699 ^b
sodium valproate	15 (19.7)	11 (20.4)	0.929 ^a
ยานี้ดด้านโรคจิตชนิดออกฤทธิ์เนิ่น (Long acting antipsychotic injection; LAI)			
fluphenazine decanoate	17 (22.4)	5 (9.3)	0.056 ^a
flupenthixol decanoate	3 (3.9)	5 (9.3)	0.275 ^b
haloperidol decanoate	1 (1.3)	2 (3.7)	0.570 ^b

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะพหุปัญญบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ปัจจัย	ภาวะพหุปัญญา (ร้อยละ)		p-value
	บกพร่อง (n = 76)	ไม่บกพร่อง (n = 54)	
ยาฉีดต้านโรคจิตชนิดออกฤทธิ์เนิ่น (Long acting antipsychotic injection; LAI) (ต่อ)			
paliperidone palmitate	0 (0.0)	1 (1.9)	0.415 ^b
aripiprazole extended-released	0 (0.0)	1 (1.9)	0.415 ^b
การได้รับยาฉีด long acting antipsychotic (LAI)			0.086 ^a
ไม่ได้รับ	55 (72.4)	40 (74.1)	
ได้รับ (กลุ่ม first generation)	21 (27.6)	11 (20.4)	
ได้รับ (กลุ่ม second generation)	0 (0.0)	3 (5.6)	
จำนวนขนานยาที่ได้รับ			0.599 ^a
1 ขนาน	4 (5.3)	6 (11.1)	
2 ขนาน	13 (17.1)	11 (20.4)	
3 ขนาน	25 (32.9)	13 (24.1)	
4 ขนาน	21 (27.6)	13 (24.1)	
5 ขนานขึ้นไป	13 (17.1)	11 (20.4)	
ความร่วมมือในการใช้ยา, mean $\pm$ SD	97.11 $\pm$ 6.79	97.35 $\pm$ 7.74	0.848 ^c
ประวัติแพ้ยา			0.553 ^a
ไม่เคยแพ้ยา	61 (80.3)	41 (75.9)	
มีประวัติแพ้ยา	15 (19.7)	13 (24.1)	
ดัชนีมวลกาย			0.772 ^a
ปกติ	20 (26.3)	13 (24.1)	
ไม่ปกติ (อ้วนหรือผอม)	56 (73.7)	41 (75.9)	
ประวัติโรคจิตเวชใดรอบรอบครัว			0.933 ^a
ไม่มี	54 (71.1)	38 (70.4)	
มี	22 (28.9)	16 (29.6)	

*p-value < 0.05, a = chi-square test, b = fisher's exact test, c = independent sample T-test

2.176; 95%CI = 1.050, 4.513) และการได้รับยา trihexyphenidyl (crude OR = 3.208; 95%CI = 1.373, 7.495) โดยเมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ multiple logistic regression พบว่าปัจจัยที่เป็นปัจจัยปกป้อง คือ การเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นหรือตอนปลาย (adjusted OR = 0.052; 95%CI = 0.006,

0.427) การเรียนจบตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป (adjusted OR = 0.065; 95%CI = 0.007, 0.562) โดย การได้รับยา trihexyphenidyl ยังคงเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะพุทรีปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท (adjusted OR = 3.097; 95%CI = 1.178, 8.140) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพุทรีปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัย	crude OR (95%CI) ^a	adjusted OR (95%CI) ^b
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ/ประถมศึกษา	1.000	1.000
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือตอนปลาย	0.054 (0.007, 0.424)* ^a	0.052 (0.006, 0.427)* ^b
ปริญญาตรีขึ้นไป	0.050 (0.006, 0.416)* ^a	0.065 (0.007, 0.562)* ^b
ความเพียงพอต่อรายได้		
เพียงพอ	1.000	1.000
ไม่เพียงพอ	2.176 (1.050, 4.513)* ^a	1.937 (0.867, 4.328)
ยา trihexyphenidyl		
ไม่ได้รับ	1.000	1.000
ได้รับ	3.208 (1.373, 7.495)* ^a	3.097 (1.178, 8.140)* ^b

*p-value < 0.05, a = binary logistic regression, b = multiple logistic regression

อภิปราย

จากการศึกษาพบความชุกของภาวะพุทรีปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 58.5 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาซึ่งอยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 50.0 - 81.3^{8-10, 14, 15} การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะพุทรีปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยโรคจิตเภท ประการแรก คือ การได้รับยาที่มีฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิกอย่างแรง

เช่น trihexyphenidyl เป็นปัจจัยพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพุทรีปัญญาบกพร่องประมาณ 3 เท่าของผู้ที่ไม่ได้รับยานี้ (adjusted OR = 3.10, 95%CI = 1.18 - 8.14) ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษา Joshi และคณะ¹⁶ และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจาก 17 การศึกษาโดย Georgiou และคณะ¹⁷ แสดงให้เห็นถึงผลกระทบทางลบที่ชัดเจนของยากลุ่ม

anticholinergics ต่อการทำงานของสมองซึ่งส่งผลต่อพุทธรูปปัญหาของผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้พบว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยปกป้องต่อการเกิดภาวะพุทธรูปปัญญากพร่องในผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะดังกล่าวน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือเรียนหนังสือต่ำกว่า ซึ่งพบว่าผู้เรียนจบชั้นมัธยมศึกษาและผู้เรียนจบตั้งแต่ชั้นปริญญาตรีขึ้นไป จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะนี้น้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือเรียนจบชั้นประถมศึกษาประมาณ 19 เท่า (adjusted OR = 0.052; 95%CI = 0.006, 0.427) และ 15 เท่า (adjusted OR = 0.065; 95%CI = 0.007, 0.562) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งล้วนแสดงให้เห็นว่าระดับการศึกษาที่ต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความบกพร่องทางสติปัญญาในผู้ป่วยจิตเภท^{9, 18, 19}

พบว่าความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะพุทธรูปปัญญากพร่องในระดับเบื้องต้น (crude) แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวหายไปหลังจากวิเคราะห์ด้วยการปรับปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย ซึ่งอาจบ่งชี้ว่าอิทธิพลทางเศรษฐกิจอาจส่งผลต่อพุทธรูปปัญหาโดยผ่านกลไกอื่น ๆ เช่น การเข้าถึงการรักษา การเข้าถึงยา ความเครียด มากกว่าเป็นผลโดยตรง อีกทั้งตัวโรคจิตเภทเองเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะพุทธรูปปัญญากพร่องได้เช่นกัน ทั้งด้าน memory function, attention, executive function และ working memory²⁰ ดังนั้นหากผู้ป่วยมีความเครียดจากปัญหาต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาด้านเศรษฐกิจอาจเป็นสาเหตุที่กระทบต่อการเข้าถึงการรักษา

หรือการเข้าถึงยาที่มีคุณภาพ ซึ่งอาจส่งผลให้พุทธรูปปัญหาของผู้ป่วยลดลงได้มากขึ้น

การศึกษาของ Mascio et al.¹¹ พบว่า จากผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 24,614 คน มีภาวะพุทธรูปปัญญากพร่อง ร้อยละ 55 และพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพุทธรูปปัญญากพร่องคือ เพศ การศึกษา เชื้อชาติ สถานภาพการสมรส และการจ้างงาน ตลอดจนผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์ การมีกิจกรรมที่ฝึกฝนสติปัญญาอย่างสม่ำเสมอ จะเป็นการลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม รักษาการทำงาน of เซลล์ประสาท กระตุ้นการเจริญเติบโตของเซลล์ประสาท และส่งผลลัพธ์ทางบวกต่อพุทธรูปปัญหา^{21, 22} และยังสอดคล้องกับการศึกษาของจากการศึกษาของมูทิตา พนาสธิตย์ และคณะ⁵ ที่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพุทธรูปปัญญาด้าน attention-concentration, working memory, secondary verbal fluency, language fluency และ delayed recall memory ของผู้ป่วยจิตเภทน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีค่าเฉลี่ยเวลาในการทำแบบทดสอบพุทธรูปปัญญาด้าน psychomotor speed และ executive function มากกว่ากลุ่มควบคุม และค่าเฉลี่ยคะแนนพุทธรูปปัญหาทุก ๆ ด้านมีแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพุทธรูปปัญหา ได้แก่ เพศ การศึกษา ระดับมัธยมปลายหรือ ปวส. ขึ้นไป การรักษาด้วย atypical antipsychotic drugs, selective serotonin reuptake inhibitors และยาที่มีฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก (anticholinergic drugs) อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้ซึ่งไม่พบนัยสำคัญทางสถิติของพุทธรูปปัญญาด้าน

ลดลงจากการใช้ยา atypical antipsychotics, conventional antipsychotics, selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), tricyclic antidepressants และ long-acting antipsychotic injection

เมื่อพิจารณาโดยรวม ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนความจำเป็นทางคลินิกในการลดการใช้ยาที่มีฤทธิ์ด้านโคลิเนอร์จิกให้น้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะพหุปัญญบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sathienluckana et al.^{2,3} ที่พบว่า การหยุดหรือลดขนาดยาที่มีฤทธิ์ด้านโคลิเนอร์จิกสามารถทำให้พหุปัญญาของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้าน executive function ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า executive function เป็นพหุปัญญาด้านที่ลดลงค่อนข้างมากในผู้ป่วยจิตเภท หากสามารถปรับขนาดยาต้านโคลิเนอร์จิกให้น้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น จะสามารถเพิ่มพหุปัญญาด้านนี้ของผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้

สรุป

ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีภาวะพหุปัญญบกพร่อง ร้อยละ 58.5 โดยมีความบกพร่องในด้าน attention, memory, executive functions และ processing speed ปัจจัยปกป้องการเกิดภาวะพหุปัญญบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท คือระดับการศึกษาที่สูง ส่วนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะดังกล่าวคือการใช้ยาที่มีฤทธิ์ด้านโคลิเนอร์จิก ผลจากการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน

เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งผู้ที่มีภาวะพหุปัญญบกพร่องแล้วและผู้ที่ยังไม่มีภาวะดังกล่าว รวมทั้งปรับเปลี่ยนปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เพื่อให้เกิดผลด้านบวกต่อพหุปัญญาของผู้ป่วย อีกทั้งสื่อสารให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และญาติผู้ดูแล ได้ตระหนักถึงภาวะนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับสนับสนุนทุนวิจัยงบประมาณ 2565 จากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัย และนวัตกรรม (ววน.) ผ่านสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (สกสว.)

เอกสารอ้างอิง

1. Lortrakul M, Sukanich P. Textbook of Ramathibodi psychiatry. 3rd ed. Bangkok: Beyond Enterprise; 2009.
2. Phanthunane P, Vos T, Whiteford H, Bertram M, Udomratn P. Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. Popul Health Metr 2010; 8: 24-35.
3. Gubman GD, Tessler RC. The impact of mental illness on families. J Fam Issues 1987; 8(2): 226-45.
4. Dickinson D, Ramsey ME, Gold JM. Overlooking the obvious: a meta-analytic comparison of digit symbol coding tasks and other cognitive measures in schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 2007; 64(5): 532-42.
5. มุทิตา พนาสธิดย์, นันทิกา ทวิชาชาติ, พวงสร้อย วรกุล. ภาวะพหุปัญญาของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่เข้ารักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2551; 52(1): 1-15.

6. Green MF, Nuechterlein KH, Gold JM, Barch DM, Cohen J, Essock S. Approaching a consensus cognitive battery for clinical trials in schizophrenia: The NIMH-MATRICES conference to select cognitive domains and test criteria. *Biol Psychiatry* 2004; 56(5): 301-7.
7. Mesholam-Gately RI, Giuliano AJ, Goff KP, Faraone SV, Seidman LJ. Neurocognition in first-episode schizophrenia: a meta-analytic review. *Neuropsychology* 2009; 23(3): 315-36.
8. Arunpongpaisal S, Sangsirilak A. Using MoCA-Thai to evaluate cognitive impairment in patients with schizophrenia. *Journal of the Medical Association of Thailand* 2013; 96(7): 860-5.
9. Gil D, Bengochea R, Arrieta M, Lastra I, Sánchez R, Álvarez A. Use of Barcelona Test for cognitive assessment of patients with schizophrenia. *Actas Esp Psiquiatr* 2008; 36(6): 337-44.
10. Squibb SM, Palmer BW, Paulsen JS, Jeste DV, Heaton RK. The Prevalence of Specific Cognitive Impairments in Schizophrenia. *Arch Clin Neuropsychol* 1997; 12(4): 409.
11. Mascio A, Stewart R, Botelle R, Williams M, Mirza L, Patel R, et al. Cognitive Impairments in Schizophrenia: A Study in a Large Clinical Sample Using Natural Language Processing. *Front Digit Health* 2021; 3: 711941.
12. Deneil WW. *Biostatistics: A foundation of analysis in the health science*. 6th ed. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc; 1995.
13. Hemrungronj S. MoCA Thai version Bangkok: MoCA Test. [online]. Available from: <http://www.mocatest.org>. [2023 Sep 17].
14. Bozikas VP, Kosmidis MH, Kiosseoglou G, Karavatos A. Neuropsychological profile of cognitively impaired patients with schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2006; 47(2): 136-43.
15. Chan RCK, Chen EYH. Assessment of executive function for schizophrenia in Hong Kong. *Hong Kong J Psychiatry* 2005; 15(1): 23-8.
16. Joshi YB, Thomas ML, Braff DL, Green MF, Gur RC, Gur RE, et al. Anticholinergic Medication Burden-Associated Cognitive Impairment in Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2021; 178(9): 838-47.
17. Georgiou R, Lamnisos D, Giannakou K. Anticholinergic Burden and Cognitive Performance in Patients with Schizophrenia: A Systematic Literature Review. *Front Psychiatry* 2021; 12: 779607.
18. Reichenberg A, Caspi A, Harrington H, Houts R, Keefe RS, Murray RM, et al. Static and dynamic cognitive deficits in childhood preceding adult schizophrenia: a 30-year study. *Am J Psychiatry* 2010; 167(2): 160-9.
19. Goonathilake P, Ediriweera D, Ruban R, Isuru A. Prevalence and correlates of cognitive impairment in schizophrenia: a cross-sectional study from a teaching hospital southern Sri Lanka. *BMC Psychiatry* 2022; 22(1): 716.
20. McCutcheon RA, Keefe RSE, McGuire PK. Cognitive impairment in schizophrenia: aetiology, pathophysiology, and treatment. *Mol Psychiatry* 2023; 28(5): 1902-18.
21. Vemuri P, Lesnick TG, Przybelski SA. Association of lifetime intellectual enrichment with cognitive decline in the older population. *JAMA Neurol* 2014; 71(8):1017-24.
22. Lee WJ, Liang CK, Peng LN. Protective factors against cognitive decline among community-dwelling middle-aged and older people in Taiwan: A 6-year national population-based study. *Geriatr Gerontol Int* 2017; 17: 20-7.
23. Sathienluckana T, Unaharassamee W, Suthisisang C, Suanchang O, Suansanae T. Anticholinergic discontinuation and cognitive functions in patients with schizophrenia: a pharmacist-physician collaboration in the outpatient department. *Integr Pharm Res Pract* 2018; 7: 161-71.

ปกิณกะ

แนวโน้มและทิศทางการใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการดูแลปัญหาสุขภาพจิต

THE TREND AND DIRECTION OF USING ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN MENTAL HEALTH CARE

ณัฐสุรางค์ กิ่งขุนทด, พย.บ.*

Nutsurang Kingkhuntod, B.N.S.*

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

*Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นหนึ่งในความท้าทายที่สำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลก จากสถิติขององค์การอนามัยโลก รายงานว่ากว่า 1 พันล้านคนทั่วโลกประสบปัญหาสุขภาพจิต¹ และจากสถิติในประเทศไทยจากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2566 พบว่าคนไทยประมาณ 13.4 ล้านคนเคยประสบปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวชอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราสูงสุด ซึ่งเพศชายมีความชุกสูงกว่าเพศหญิงถึง 3 เท่า และกลุ่มวัยรุ่นอายุ 18-24 ปีมีความชุกสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น จากรายงานในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาพบว่าผู้มีเคยประสบปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวชประมาณ 4.4 ล้านคน โดยมีเพียงร้อยละ 3.7 ที่ได้รับการรักษาจากบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต ขณะที่ร้อยละ 4.9 เลือกใช้บริการทางเลือกอื่น ๆ เช่น หมอพื้นบ้าน หรือหมอผี² จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตยังคงเป็นปัญหาสำคัญ โดยเฉพาะในด้านข้อจำกัดของความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีจึงทำให้มีการพัฒนาปัญญาประดิษฐ์ (AI) เพื่อช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพจิต ดังนั้นปัญญาประดิษฐ์ (AI) จึงมีบทบาทสำคัญในระบบสุขภาพจิต เนื่องจากช่วยเพิ่มการเข้าถึงการบริการคัดกรองโรคได้เร็วขึ้น สามารถนำมาใช้วินิจฉัยโรค วิเคราะห์พฤติกรรมของผู้ป่วย และให้คำปรึกษาเบื้องต้นผ่านระบบอัตโนมัติ³ นอกจากนี้ปัญญาประดิษฐ์ยังช่วยลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยได้มากขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร อย่างไรก็ตามการใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการดูแลสุขภาพจิตยังมีความท้าทายหลายด้าน เช่น ความถูกต้องของการวินิจฉัย ความเป็นส่วนตัวของข้อมูลผู้ป่วย และจริยธรรมในการใช้เทคโนโลยีเพื่อแทนที่มนุษย์ ดังนั้นการศึกษาถึงแนวโน้มและทิศทางการใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการดูแลสุขภาพจิตจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้เกิดการพัฒนาเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับการใช้งานทางการแพทย์ต่อไป

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : ณัฐสุรางค์ กิ่งขุนทด; e-mail: nutsurangkin@gmail.com

วันรับบทความ : 27 กุมภาพันธ์ 2568; วันแก้ไขบทความ : 21 เมษายน 2568; วันตอบรับบทความ : 2 พฤษภาคม 2568

ความหมายของปัญญาประดิษฐ์

ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence หรือ AI) หมายถึง เทคโนโลยีที่มุ่งพัฒนาความสามารถของเครื่องจักรหรือคอมพิวเตอร์ในการทำงานที่จำเป็น โดยการรวบรวมองค์ความรู้ในหลายสาขาวิชา โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านวิทยาศาสตร์และวิศวกรรมศาสตร์ มาพัฒนาให้เครื่องจักรหรือระบบคอมพิวเตอร์มีความชาญฉลาด สามารถคิดคำนวณ วิเคราะห์ เรียนรู้ และตัดสินใจโดยใช้เหตุผลได้เสมือนสมองของมนุษย์ สามารถเรียนรู้พัฒนา และปรับปรุงขีดความสามารถของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง⁴ ตัวอย่างของการประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ทางการแพทย์ เช่น ช่วยในการวินิจฉัยโรค การพัฒนาใหม่ๆ ที่มีความแม่นยำสูง รวมไปถึงการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล ซึ่งเป็นการวางแผนการรักษา และดูแลสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วย ซึ่ง AI สามารถวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วย และให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมได้ เช่น การใช้ยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกาย เป็นต้น

ประเภทของปัญญาประดิษฐ์

1. ปัญญาประดิษฐ์แบบแคบ (Narrow AI) ปัญญาประดิษฐ์ประเภทนี้ถูกออกแบบมาให้สามารถทำงานเฉพาะด้าน เช่น การจดจำเสียง (Voice Recognition) ผู้ช่วยอัจฉริยะ (Siri, Google Assistant) โปรแกรมหมากรุกที่สามารถเล่นกับมนุษย์ได้⁴

2. ปัญญาประดิษฐ์ทั่วไป (General AI)

ปัญญาประดิษฐ์ประเภทนี้มีเป้าหมาย เพื่อให้เครื่องจักรสามารถทำงานได้เหมือนมนุษย์อย่างแท้จริง โดยสามารถคิด วิเคราะห์ แก้ปัญหา และเรียนรู้จากประสบการณ์ได้เหมือนมนุษย์ โดยสามารถนำมาใช้งานหลากหลาย เช่น การสร้างภาพ การประมวลผล การสร้างเสียงดนตรี ปัจจุบันยังไม่ได้พัฒนาไปถึงระดับนี้แบบสมบูรณ์ แต่เป็นเป้าหมายที่นักวิจัยต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคต⁴

3. ปัญญาประดิษฐ์ระดับสูงสุด (Superintelligent AI) เป็นปัญญาประดิษฐ์ที่สามารถคิด วิเคราะห์ และตัดสินใจได้ดีกว่ามนุษย์ในทุก ๆ ด้าน รวมถึงมีความสามารถในการสร้างสรรค์และพัฒนาตนเอง ปัจจุบันยังไม่มีตัวอย่างของปัญญาประดิษฐ์ในระดับนี้ แต่มีการคาดการณ์ว่าหากพัฒนาไปถึงระดับนี้ อาจมีผลกระทบสำคัญต่อมนุษยชาติ⁴

ปัญหาสุขภาพจิต

ปัญหาสุขภาพจิตคือ ภาวะที่บุคคลมีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม หรือความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิต การทำงาน และความสัมพันธ์กับผู้อื่น⁷ โดยปัญหาสุขภาพจิตที่มักพบบ่อยได้แก่

1. ความเครียด (Stress) หมายถึง การตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของบุคคลต่อความ

ต้องการหรือแรงกดดันจากสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งอาจมาจากทั้งปัจจัยภายนอก เช่น ปัญหาครอบครัว การงาน หรือการเรียน และปัจจัยภายใน เช่น ความคิด และความคาดหวังของตนเอง หากความเครียดเกิดขึ้นในระดับรุนแรงหรือต่อเนื่องเป็นเวลานาน อาจส่งผลกระทบต่อให้เกิดโรคทางจิตเวชที่รุนแรงได้⁶

2. ความวิตกกังวล (Anxiety) หมายถึง ความรู้สึกกังวล ไม่สบายใจ หรือกลัวเกี่ยวกับสิ่งที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นผลมาจากการที่บุคคลเผชิญกับสิ่งเร้า แล้วเกิดการคิด ประเมิน หรือคาดการณ์ว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรืออาจเป็นอันตรายต่อตนเอง ทำให้ไม่สามารถใช้ชีวิตหรือแสดงพฤติกรรมตามปกติได้ และมักแสดงออกด้วยพฤติกรรมที่พยายามหลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้นเหล่านั้น อย่างไรก็ตามหากรู้สึกวิตกกังวลมากเกินไปหรือบ่อยเกินไปจนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน อาจทำให้กลายเป็นโรควิตกกังวลได้⁷

3. ภาวะซึมเศร้า (Depressive Symptoms) หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีอาการเศร้าหมอง ท้อแท้ หรือหมดกำลังใจ แต่ยังไม่รุนแรง หรือยาวนานเท่ากับโรคซึมเศร้า อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นชั่วคราว และมีสาเหตุมาจากเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันที่มีผลกระทบต่ออารมณ์ เช่น ความเครียด การสูญเสียคนที่รัก ปัญหาการเรียน การงาน หรือความสัมพันธ์ โดยทั่วไป ภาวะซึมเศร้าจะมีระยะเวลาสั้น และผู้ที่เผชิญสามารถฟื้นตัวได้เร็ว จึงไม่เกิดผลกระทบต่อ

อย่างรุนแรงต่อการใช้ชีวิตต่อตนเองหรือคนรอบข้างเหมือนโรคซึมเศร้า⁷

4. โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder – MDD) หมายถึง โรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่มีลักษณะอาการเศร้าอย่างต่อเนื่อง และรุนแรง จนส่งผลกระทบต่อการทำงาน การเรียน และการใช้ชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยมักมีอาการเหล่านี้ นานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป โดยจะรู้สึกเศร้าอย่างรุนแรง หมดความสนใจในสิ่งที่เคยชอบ รู้สึกอ่อนล้า หมดพลังในการทำสิ่งต่างๆ และมักมีปัญหาในการนอนหลับ อาการเหล่านี้อาจรบกวนความสามารถในการใช้ชีวิตตามปกติ และส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยเองและคนรอบข้าง⁷

จะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาสำคัญเนื่องจากสามารถทำให้เกิดผลกระทบในด้านต่าง ๆ ได้ดังนี้ 1) ด้านบุคคล ปัญหาสุขภาพจิตนั้นส่งผลกระทบต่อความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน และความสัมพันธ์กับผู้อื่น⁸ 2) ด้านครอบครัว ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และการเงิน อาจเกิดความเครียดสะสม ความสัมพันธ์ตึงเครียด หรือปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัว⁸ 3) ด้านสังคม ปัญหาสุขภาพจิตอาจทำให้เกิดความรุนแรงทางด้านอาชญากรรมหรือการเพิ่มภาระต่อระบบบริการสาธารณสุขได้⁵ และ 4) ด้านเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพจิตที่ย่ำแย่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงานและการขาดรายได้ โดยทั่วโลกมีการสูญเสียทางเศรษฐกิจจากปัญหาสุขภาพจิตเป็นจำนวนมากต่อปี⁹

การใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการดูแลปัญหาสุขภาพจิตตามทฤษฎีจิตสังคมของแบนดูรา

ทฤษฎีจิตสังคม (Social Cognitive Theory)¹⁰ ของแบนดูรากล่าวว่า พฤติกรรมมนุษย์เกิดจากการปฏิสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่องระหว่างบุคคล พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นกระบวนการที่เรียกว่า การกำหนดระดับ (reciprocal determinism) หมายถึง ปัจจัยแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อบุคคลและกลุ่ม แต่บุคคล และกลุ่มยังสามารถมีอิทธิพลต่อสภาพแวดล้อม และควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ โดยการใช้ปัญญาประดิษฐ์จะช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตโดยการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ และพฤติกรรม สามารถอธิบายบทบาทของปัญญาประดิษฐ์เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิต ในแต่ละองค์ประกอบได้ดังนี้

1. บุคคล (Personal Factors) ปัญญาประดิษฐ์ทำให้เกิดความรู้ ความเชื่อ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) โดยการนำเสนอเนื้อหาการเรียนรู้ การให้คำปรึกษา หรือการโค้ชผ่าน Chatbot, แอปพลิเคชันสุขภาพจิต, หรือ VR/ AR เพื่อช่วยให้ผู้ใช้งานพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวล หรืออารมณ์เศร้าได้ด้วยตนเอง และยังวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพจิตจากการสนทนา การนอนหลับ ความถี่ในการใช้งานแอป หรือแบบสอบถาม เพื่อปรับคำแนะนำให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลแบบเฉพาะเจาะจง

2. พฤติกรรม (Behavior) ปัญญาประดิษฐ์สามารถตรวจสอบพฤติกรรมสุขภาพจิต เช่น ความถี่ของอารมณ์แปรปรวน ความคิดลบ หรือการหลีกเลี่ยงกิจกรรม และให้ Feedback แบบเรียลไทม์ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม และทำให้เกิดการเรียนรู้ผ่านการเลียนแบบโดยสามารถจำลองสถานการณ์ (เช่น ผ่านวิดีโอ, VR) ให้ผู้ใช้งานได้เรียนรู้วิธีการจัดการกับอารมณ์จากโมเดลที่เป็นบุคคลต้นแบบ

3. สิ่งแวดล้อม (Environment) ปัญญาประดิษฐ์สามารถสร้างสิ่งแวดล้อมสนับสนุนแบบเสมือนเป็นแพลตฟอร์ม เช่น กลุ่มสนทนาออนไลน์ที่ใช้ NLP (Natural Language Processing) สามารถสร้างชุมชนที่สนับสนุนกัน ให้คำแนะนำแบบเพื่อนช่วยเพื่อนและป้องกันการเกิดการตีตราทางสังคม (stigma) ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต เพิ่มบริการการเข้าถึงปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง นอกจากนี้ยังสามารถให้ข้อมูลย้อนกลับจากสิ่งแวดล้อมให้ผู้ใช้งานรับรู้ถึงปัจจัยกระตุ้นทางสิ่งแวดล้อม เช่น แหล่งความเครียด สื่อสังคม หรือรูปแบบการนอน และแนะนำการจัดการหรือการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม

การประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ภายใต้กรอบแนวคิดของทฤษฎีจิตสังคมของแบนดูรา ช่วยส่งเสริมให้ผู้ใช้งานพัฒนาศักยภาพในการจัดการสุขภาพจิตของตนเองผ่านการเรียนรู้แบบปฏิสัมพันธ์ การเลียนแบบพฤติกรรมที่เหมาะสม การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง

และการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพจิตที่ดี

แนวโน้มของการใช้ปัญญาประดิษฐ์ในดูแลปัญหาสุขภาพจิต

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องแนวโน้มของการใช้ปัญญาประดิษฐ์ในดูแลปัญหาสุขภาพจิต สรุปเป็นประเด็นหลักได้ 3 ข้อ ดังนี้

1. ปัญญาประดิษฐ์ในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

ปัญญาประดิษฐ์สามารถวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม คำนีทางชีวภาพ และข้อมูลจากแพลตฟอร์มออนไลน์ เพื่อช่วยคัดกรองและวินิจฉัยโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า วิตกกังวล และโรคไบโพลาร์ และปัญญาประดิษฐ์ยังสนับสนุนระบบการตรวจรักษาจิตเวชทางไกล (telepsychiatry) โดยช่วยให้แพทย์สามารถให้คำปรึกษาผ่านวิดีโอคอล พร้อมระบบวิเคราะห์พฤติกรรม และอารมณ์ของผู้ป่วยแบบทันทีขณะมีการสื่อสาร โดยหลักการทำงานที่ปัญญาประดิษฐ์ช่วยในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช¹¹ มีดังนี้

1) การวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรม ปัญญาประดิษฐ์สามารถประมวลผลข้อมูลจากอุปกรณ์สวมใส่ เช่น สมาร์ทวอตช์ หรือสมาร์ทฟोन ที่บันทึกข้อมูลต่าง ๆ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับความเครียด การนอนหลับ และพฤติกรรมทางสังคม ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้การวิเคราะห์พฤติกรรมที่อาจเป็นสัญญาณเตือนของโรคทางจิตเวช

2) การวิเคราะห์เสียงและภาษาพูด ปัญญาประดิษฐ์สามารถใช้เทคโนโลยีการประมวลผล ภาษาธรรมชาติ (Natural Language Processing: NLP) เพื่อวิเคราะห์เสียงและภาษาพูดของผู้ป่วย เช่น การพูดเร็วเกินไป การใช้คำที่แสดงถึงอารมณ์เชิงลบ หรือการหลีกเลี่ยงการพูด ซึ่งอาจเป็นอาการของโรคซึมเศร้า หรือโรคทางจิตเวชอื่น ๆ

3) การตรวจจับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ปัญญาประดิษฐ์ใช้การเรียนรู้จากข้อมูลภาพ เช่น การถ่ายภาพหรือวิดีโอใบหน้าเพื่อตรวจจับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วย เช่น การลดลงของการแสดงออกทางใบหน้าซึ่งอาจบ่งชี้ถึงอาการซึมเศร้า

4) การใช้แบบจำลองทางสถิติ ปัญญาประดิษฐ์สามารถใช้แบบจำลองทางสถิติเพื่อประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรค เช่น การใช้ข้อมูลทางการแพทย์ (ประวัติการรักษา, การวินิจฉัยก่อนหน้านี้) เพื่อสร้างโปรไฟล์ความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยที่อาจมีแนวโน้มที่จะพัฒนาโรคทางจิตเวช

2. แชนบอทและแพลตฟอร์มสนับสนุนสุขภาพจิต

ปัจจุบันมีการพัฒนาแชนบอทและแพลตฟอร์มสนับสนุนสุขภาพจิต เพื่อช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต โดยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการให้บริการที่มีประสิทธิภาพสามารถเข้าถึงผู้ใช้ได้ง่าย และทันที แพลตฟอร์มเหล่านี้มีบทบาทในการเสริมสร้างการดูแลสุขภาพจิตที่สามารถเข้าถึงได้ทุกที่ทุกเวลา ผ่าน

การสนทนาออนไลน์หรือแอปพลิเคชันต่างๆ โดยหลักการทำงานของแชทบอทและแพลตฟอร์มสนับสนุนสุขภาพจิตทำงานมีการทำงานดังนี้¹²

1) การให้คำปรึกษาเบื้องต้น (Initial Screening) แชทบอทสามารถใช้ปัญญาประดิษฐ์เพื่อถามคำถามพื้นฐานเกี่ยวกับอาการและประวัติสุขภาพจิตของผู้ใช้ เช่น การถามเกี่ยวกับอารมณ์ ความวิตกกังวล หรือความรู้สึกซึมเศร้า เพื่อช่วยในการประเมินเบื้องต้นว่าอาจมีความเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวชหรือไม่ นอกจากนี้แชทบอทยังสามารถช่วยในเรื่องของการตั้งคำถามที่กระตุ้นให้ผู้ใช้พูดถึงความรู้สึกของตนเอง เพื่อส่งเสริมการสะท้อนกลับเชิงบวกหรือการปรับความคิดเชิงบวก

2) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) แชทบอทสามารถให้การสนับสนุนทางอารมณ์โดยการโต้ตอบแบบเป็นมิตรและไม่ตัดสิน ช่วยให้ผู้ใช้สามารถระบายความรู้สึกหรือกังวลใจออกมาได้ นอกจากนี้ยังสามารถแนะนำการฝึกปฏิบัติที่ช่วยลดความเครียด เช่น เทคนิคการหายใจลึก ๆ หรือการฝึกสมาธิ

3) การติดตามอาการ (Monitoring Symptoms) แพลตฟอร์มสนับสนุนสุขภาพจิตสามารถใช้แชทบอทเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ใช้ในระยะยาว เช่น การประเมินการนอนหลับ การเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร และการใช้โซเชียลมีเดีย เพื่อดูว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ซึ่งอาจเป็นสัญญาณของโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า หรือโรควิตกกังวล

4) การแนะนำแหล่งข้อมูล (Resource Recommendations) แพลตฟอร์มเหล่านี้สามารถแนะนำแหล่งข้อมูลที่มีประโยชน์ เช่น บทความ หนังสือเสียง หรือการสนับสนุนจากกลุ่มช่วยเหลือผู้ป่วยทางจิตเวช โดยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการคัดกรองข้อมูลที่เหมาะสมกับความต้องการและอาการของผู้ใช้ นอกจากนี้ยังสามารถแนะนำแหล่งช่วยเหลืออื่น ๆ เช่น การติดต่อผู้ให้บริการทางการแพทย์เมื่อจำเป็น

5) การแนะนำการฝึกทักษะ (Skill-Building) แพลตฟอร์มสุขภาพจิตบางแห่งใช้ปัญญาเพื่อช่วยฝึกทักษะด้านสุขภาพจิตให้กับผู้ใช้ เช่น การฝึกจิตใจ การสร้างความยืดหยุ่นทางอารมณ์ (Resilience) หรือการจัดการความเครียด โดยมีการแนะนำบทเรียนและกิจกรรมที่สามารถทำได้จากที่บ้าน

ตัวอย่างของแชทบอทและแพลตฟอร์มสนับสนุนสุขภาพจิต¹³

- **Woebot** เป็นแชทบอทที่ให้การบำบัดโดยใช้หลักการของการบำบัดพฤติกรรมและความคิด (CBT) สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล โดยจากการทดลองทางคลินิกพบว่า Woebot มีประสิทธิภาพในการลดอาการของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญ

- **Wysa** เป็นแชทบอทที่ให้การสนับสนุนด้านการบำบัดสำหรับภาวะสุขภาพจิตหลากหลายรูปแบบ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียด และความรู้สึกโดดเดี่ยว โดยใช้การ

ผสมผสานระหว่างการบำบัดด้วยการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) สติสมาธิ (Mindfulness) และจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology) เพื่อช่วยให้ผู้ใช้สามารถพัฒนาสุขภาพจิตของตนเองได้

- **SuperBetter** เป็นแอปพลิเคชันที่ช่วยให้ผู้ใช้สร้างความเข้มแข็งทางใจและบรรลุเป้าหมายของตนเองผ่านกระบวนการในรูปแบบเกม โดยแอปจะมีการกิจและรางวัลหลากหลายรูปแบบเพื่อช่วยให้ผู้ใช้มีแรงจูงใจและก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง

- **PTSD Coach** เป็นแอปพลิเคชันที่ใช้เครื่องมือ และแหล่งข้อมูลเพื่อช่วยผู้ใช้ในการจัดการกับภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ (PTSD) ซึ่งเป็นภาวะทางสุขภาพจิตที่สามารถเกิดขึ้นได้ในบุคคลที่เคยประสบหรือเห็นเหตุการณ์รุนแรงหรือกระทบกระเทือนจิตใจ

- **Moodfit** เป็นแอปพลิเคชันที่ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการติดตามและวิเคราะห์อารมณ์และความรู้สึกของผู้ใช้ โดยช่วยให้ผู้ใช้สามารถระบุรูปแบบของอารมณ์ตนเอง และพัฒนากลยุทธ์ในการจัดการกับอารมณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประโยชน์ของแชทบอทและแพลตฟอร์มสนับสนุนสุขภาพจิต

1) การเข้าถึงที่ง่ายและสะดวก แชทบอทและแพลตฟอร์มสามารถใช้ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ใช้สามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพจิตได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องรอก่อนนัดหมายกับผู้เชี่ยวชาญ นอกจากนี้ทำให้ผู้คนในพื้นที่ห่างไกลหรือพื้นที่ที่

ไม่มีบริการสุขภาพจิตสามารถเข้าถึงการสนับสนุนได้

2) ลดความอับอายหรือความกังวลใจ ผู้ใช้บางรายอาจรู้สึกสบายใจในการพูดคุยกับแชทบอทมากกว่าการพูดคุยกับผู้เชี่ยวชาญโดยตรง ซึ่งช่วยลดอุปสรรคทางจิตใจในการขอความช่วยเหลือ

3. ปัญญาประดิษฐ์ในการพยากรณ์พฤติกรรมเสี่ยง

การใช้ปัญญาประดิษฐ์วิเคราะห์ข้อมูลจากโซเชียลมีเดียและอุปกรณ์สวมใส่ เช่น สมาร์ทวอตช์ สมาร์ทโฟนสามารถช่วยพยากรณ์ความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรง หรือแนวโน้มการทำร้ายตนเอง ซึ่งใช้ในการตรวจจับและรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ใช้งาน อาทิ รูปแบบการนอน การเคลื่อนไหวร่างกาย การใช้งานแอปพลิเคชัน อัตราการเต้นของหัวใจ ตลอดจนปริมาณ และลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมผ่านสื่อดิจิทัล¹⁴

ข้อมูลดังกล่าวสามารถนำเข้าสู่ระบบการเรียนรู้ของเครื่อง (Machine Learning) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ AI เพื่อสร้างแบบจำลองที่สามารถประเมินและพยากรณ์ความเสี่ยงในการเกิดโรคทางจิตเวชได้อย่างแม่นยำ เช่น โรคซึมเศร้า (Depression) โรควิตกกังวล (Anxiety Disorders) และโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar Disorder)

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้: การพยากรณ์ความเสี่ยงของโรคซึมเศร้า¹⁴

ในกรณีของโรคซึมเศร้า AI สามารถประมวลผลข้อมูลจากอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เพื่อ

วิเคราะห์รูปแบบพฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงความคิดปกติ เช่น การนอนหลับไม่เป็นเวลา การลดลงของการเคลื่อนไหวทางกายภาพ การหลีกเลี่ยงการสื่อสารทางสังคม หรือการใช้งานโทรศัพท์มือถือในช่วงเวลากลางคืนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแบบจำลอง AI ที่ผ่านการฝึกฝนด้วยข้อมูลขนาดใหญ่จากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว จะสามารถประเมินระดับความเสี่ยงของบุคคลได้แบบเรียลไทม์ และส่งต่อคำแนะนำหรือการแจ้งเตือนไปยังผู้ใช้งานหรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตได้อย่างทันทั่วถึง

แนวโน้มของการใช้ปัญญาประดิษฐ์ในดูแลปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย

ในประเทศไทย การใช้ปัญญาประดิษฐ์ในด้านสุขภาพจิตเริ่มได้รับความสนใจมากขึ้น โดยเฉพาะในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของ COVID-19 ทำให้เกิดการพัฒนาแพลตฟอร์ม telehealth และปัญญาประดิษฐ์ Chatbot เพื่อช่วยในการให้คำปรึกษา เช่น แอปพลิเคชันของโรงพยาบาลจิตเวชและองค์กรสุขภาพต่าง ๆ มีการนำปัญญาประดิษฐ์มาใช้วิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย รวมถึงการวิจัยด้านปัญญาประดิษฐ์เพื่อพัฒนาการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชให้แม่นยำมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังมีความท้าทายเรื่องการเข้าถึงเทคโนโลยีในบางพื้นที่ การพัฒนาฐานข้อมูลขนาดใหญ่ และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลที่ต้องได้รับการพิจารณา ตัวอย่างการใช้ปัญญาประดิษฐ์ในประเทศไทย ได้แก่

1. นวัตกรรมระบบปัญญาประดิษฐ์ AI DMIND¹⁵ เกิดจากความร่วมมือของคณะ

แพทยศาสตร์ จุฬาฯ คณะวิศวกรรมศาสตร์ จุฬาฯ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และบริษัท Agnos Health ซึ่ง D ย่อมาจาก Depression หรือโรคซึมเศร้านั่นเอง เป็นนวัตกรรมคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย AI ซึ่งสามารถช่วยคัดกรองภาวะซึมเศร้าของผู้ใช้บริการเบื้องต้นได้ โดยจำแนกผู้ใช้บริการตามกลุ่มอาการของความรุนแรงจากปัญหาสุขภาพจิต คือ กลุ่มสีเขียว เสียเหลือง สีส้ม และกลุ่มสีแดง ขณะนี้ นักวิจัยได้พัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น พร้อมกันนี้ทีมนักวิจัยยังได้พัฒนาระบบการเรียงลำดับความจำเป็นของผู้ใช้บริการหลังจากที่ AI DMIND ได้คัดกรองเบื้องต้นขึ้น หากพบว่าผู้ใช้บริการถูกจัดอยู่ในกลุ่มสีแดง ซึ่งต้องได้รับการติดต่อจากเจ้าหน้าที่กรมสุขภาพจิตเพื่อให้การช่วยเหลือโดยด่วน ก็จะถูกจัดลำดับคิวเพื่อรับบริการจากสายด่วน 1323 ได้รวดเร็วมากขึ้น และเป็นการช่วยจัดลำดับความสำคัญของเคสให้กับจิตแพทย์และนักจิตวิทยา ได้ติดต่อกลับไปยังผู้ใช้บริการในกลุ่มสีแดงในการพูดคุยและช่วยเหลือ หรือประสานการช่วยเหลือในกรณีที่เร่งด่วนต่อไป

หลักการทำงานของระบบ DMIND ว่าประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนแรกคือตัวแอปพลิเคชันในมือถือหรือ Automate Avatar ที่เป็น Mobile Application ที่คนไข้เข้ามาใช้งาน เมื่อมีการพูดคุยกับคนไข้ผ่านแอปก็จะได้ข้อมูลออกมาเป็นไฟล์วิดีโอ ซึ่งจะถูกส่งต่อไปให้ AI วิเคราะห์ในส่วนที่สอง และส่วนสุดท้ายคือ Web Base ที่แพทย์สามารถเข้า

มาตรวจสอบย้อนหลังได้ หากมีผู้ใช้งานคนไหนที่ดูแล้วมีแนวโน้มที่น่าเป็นห่วงก็จะมีแพทย์หรือนักจิตวิทยาจากสายด่วนกรมสุขภาพจิตเข้าไปติดตามให้การดูแล

2. “ใส่ใจ by ศิริราช”¹⁶ จากภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลร่วมกับคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (สนับสนุนโดย กสทช.) แอปพลิเคชันปัญญาประดิษฐ์เพื่อการดูแลสุขภาพจิตและช่วยเหลือด้านอารมณ์และสุขภาพจิตในภาวะการระบาดของไวรัสโควิด 19 โดยมีหลักการทำงาน ดังนี้

- screening ประเมินอารมณ์เศร้า เครียด และกังวล

- intervention สำรวจปัญหา วิเคราะห์แนวทางแก้ปัญหา ปรับความคิด ผ่อนคลายอารมณ์ และอื่นๆตามหลักจิตวิทยา

- dashboard บันทึก ติดตามผลการใช้งาน และข้อมูลสุขภาพจิต

- chitchat คุยเล่นเป็นเพื่อนยามเหงา ขวนหัวเราะและปลอบใจบางครั้ง

ช่องว่างความรู้และทิศทางการวิจัยในอนาคตเกี่ยวกับ AI ในการดูแลสุขภาพจิต

แม้ว่าการวิทยาศาสตร์จะมีการพัฒนาและนำนวัตกรรมเกี่ยวกับปัญญาประดิษฐ์ (AI) มาใช้ในการดูแลสุขภาพจิตอย่างมากในช่วงสิบปีที่ผ่านมา แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังมีหลายประเด็นที่ยังไม่ได้รับการศึกษาอย่างทั่วถึงได้แก่

1. งานวิจัยจำนวนมากได้แสดงถึงปัญหาด้านจริยธรรม เช่น ความเป็นส่วนตัว ความปลอดภัยของข้อมูล และอิสรภาพที่เกี่ยวข้องกับการใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการดูแลสุขภาพจิต อย่างไรก็ตาม การศึกษาเชิงสำรวจที่มุ่งแก้ไขปัญหาด้านจริยธรรมเหล่านี้ยังมีจำกัด¹⁷

2. ปัญหาทางจิตเวชหลายประการ เช่น โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการติดตามผลระยะยาวเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วย การปฏิบัติตามแผนการรักษา และอื่นๆ แม้ว่าจะเป็นเช่นนั้น ข้อมูลที่มีอยู่เกี่ยวกับบทบาทของปัญญาประดิษฐ์ในการดูแลสุขภาพจิตส่วนใหญ่ยังอ้างอิงจากการติดตามผลในระยะสั้น ซึ่งแสดงให้เห็นถึงช่องว่างทางความรู้ที่สำคัญ และจำเป็นต้องมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพื่อทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของอาการของผู้ป่วยในระยะยาว¹⁷

3. ผลงานวิจัยส่วนใหญ่ในปัจจุบันอ้างอิงจากเพียงหนึ่งแอปพลิเคชันเท่านั้น นอกจากนี้ขนาดตัวอย่างที่เล็กหรือชุดข้อมูลที่จำกัดก็เป็นข้อจำกัดของผลการวิจัยหลายชิ้น ดังนั้น การทดลองเปรียบเทียบในอนาคตที่มีขนาดตัวอย่างและชุดข้อมูลที่ใหญ่ขึ้นจึงจำเป็น เพื่อประเมินโมเดลปัญญาประดิษฐ์ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพจิตในแต่ละพื้นที่¹⁷

4. การรักษาสุขภาพจิตแบบเดียวซึ่งไม่เหมาะสมกับทุกคน ดังนั้นควรมีการใช้แนวทางที่ปรับให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลตามลักษณะทาง

สังคม วัฒนธรรม และประชากรศาสตร์ของผู้ป่วย จึงมีความจำเป็น¹⁷

5. การดูแลสุขภาพจิตเกี่ยวข้องข้อกับหลักการของการทำงานร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ ดังนั้น การประเมินมุมมองและความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดในด้านการดูแลสุขภาพจิต รวมถึงผู้ให้บริการ (ผู้ป่วย) ก่อนการใช้งานปัญญาประดิษฐ์อย่างแพร่หลายในการดูแลสุขภาพจิตเป็นสิ่งที่สำคัญ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างยังไม่พบหลักฐานที่เพียงพอในประเด็นนี้ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการวิจัยในอนาคตในบริบทนี้ก่อนที่จะนำเทคโนโลยีนี้มาใช้ในการให้บริการดูแลสุขภาพจิตอย่างแพร่หลาย¹⁷

ข้อจำกัดและความท้าทาย

1. ความแม่นยำและการปรับตัวของปัญญาประดิษฐ์

การใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการดูแลสุขภาพจิตจำเป็นต้องมีการพัฒนาให้สามารถเข้าใจและตีความปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างแม่นยำ เช่น การใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการคัดกรองหรือทำนายความเสี่ยงของโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล แม้ว่าปัญญาประดิษฐ์จะสามารถให้การช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น การคัดกรองหรือการสนับสนุนทางอารมณ์ แต่ความเอนเอียงของอัลกอริทึมเป็นความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น อาจทำให้การช่วยเหลือไม่เหมาะสม เนื่องจากปัญญาประดิษฐ์ขาดความเข้าใจเชิงอารมณ์ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการมีปฏิสัมพันธ์ทางบำบัดการดูแลสุขภาพจิตที่มี

ประสิทธิภาพ ข้อจำกัดนี้ทำให้ต้องการการมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิต เช่น นักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์ ในการวิเคราะห์อารมณ์หรือพฤติกรรมของมนุษย์เพื่อความแม่นยำในการรักษา ดังนั้นการศึกษาในอนาคตจะต้องมุ่งเน้นการพัฒนาโมเดลที่สามารถบูรณาการการใช้ปัญญาประดิษฐ์กับการดูแลจากมนุษย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁸

2. ความท้าทายทางจริยธรรม

เมื่อเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์มีความก้าวหน้ามากขึ้น การใช้งานในด้านสุขภาพจิตควรต้องมีความระมัดระวัง และยึดหลักจริยธรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญในการนำปัญญาประดิษฐ์มาใช้จริงในงานดูแลสุขภาพจิตอย่างไรก็ตามปัญหาหลักที่ยังพบอยู่คือ ยังไม่มีกฎระเบียบหรือกฎหมายที่ชัดเจนและครอบคลุมในการควบคุมการใช้ปัญญาประดิษฐ์ในด้านนี้ ปัจจุบันกฎระเบียบและนโยบายต่างๆ กำลังอยู่ในระหว่างการพัฒนาเพื่อให้สามารถจัดการกับเรื่องจริยธรรม ความเป็นส่วนตัว และความปลอดภัยได้อย่างเหมาะสม รวมถึงเพื่อให้แน่ใจว่าแอปพลิเคชันปัญญาประดิษฐ์ที่นำมาใช้นั้นมีความปลอดภัยและได้มาตรฐาน¹³

บทสรุป

การพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีโดยเฉพาะปัญญาประดิษฐ์ (AI) ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในวงการสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการวินิจฉัย การบำบัด และการส่งเสริมสุขภาพจิตใน

ระดับบุคคลและชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคที่ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้น ปัญญาประดิษฐ์จึงกลายเป็นเครื่องมือที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและขยายโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้กว้างขวางมากขึ้น บทความนี้ได้มีการเสนอแนวคิดของเบนคูรา ซึ่งนำมาผสมผสานกับระบบปัญญาประดิษฐ์ เพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) และเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพจิตของผู้ใช้ โดยปัญญาประดิษฐ์สามารถวิเคราะห์ภาวะอารมณ์และเสนอแนวทางปรับตัวอย่างเหมาะสมอย่างไรก็ตามการพัฒนาปัญญาประดิษฐ์ยังมีแนวโน้มที่จะเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลสุขภาพจิตได้ในอนาคต แต่ก็ยังมีข้อจำกัดและความท้าทายที่สำคัญ ได้แก่ จริยธรรม ความเป็นส่วนตัว และความถูกต้องของข้อมูล ซึ่งควรได้รับการพิจารณาเพื่อให้สามารถนำปัญญาประดิษฐ์มาใช้ในการดูแลสุขภาพจิตได้อย่างมีความเหมาะสมและมีความยั่งยืนในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Cuij P, Javes A, Bhui K. The WHO Mental Health Report: a call for action. Br J Psychiatry 2023; 222(6): 227-9.
2. วรารณ จูหา, กมลลักษณ์ มากคล้าย. ความสุขโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย : ผลสำรวจระดับชาติ วิเคราะห์สุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566 [online]. Available from: <https://dmh-elibrary.org/items/show/1742> [2025 Feb 25].
3. ABR, Hutchinson DM, Teague SJ. Machine learning in mental health: a scoping review of methods and applications. Psychol Med 2019; 49(9): 1426–48.
4. สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ. ปัญญาประดิษฐ์ (AI) คืออะไร [online]. Available from: https://www.nstda.or.th/home/knowledge_post/ปัญญาประดิษฐ์-ai-คืออะไร/ [2025 April 4].
5. World Health Organization. Mental health [online]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> [2025 April 1].
6. World Health Organization. Stress. [online]. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress> [2025 April 1].
7. ขวัญใจ ฤทธิ์คำรพ. โปรแกรมการปรึกษาแบบบูรณาการที่มีต่อการกำกับอารมณ์ของนิสิตระดับปริญญาตรีที่มีภาวะซึมเศร้า [วิทยานิพนธ์ดุสิตวิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2563.
8. The Department of Health, State Government of Victoria, Australia. Relationships, family and mental health [online]. Available from: <https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/servicesandsupport/relationships-family-and-mental-health> [2025 April 1].
9. World Health Organization. Mental health at work. [online]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work> [2025 April 1].
10. Bandura. A. Social foundations of thought and action: A Social Cognitive Theory. New Jersey: Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs; 1986.
11. Vinbrain. AI in Mental Health: A New Revolution in Diagnosis and Treatment [online]. Available from: <https://vinbrain.net/ai-in-mental-health-a-new-revolution-in-diagnosis-and-treatment> [2025 April 1].
12. Satardekar S. Healthcare chatbots – Benefits, use cases & how to build [online]. Available from: <https://yellow.ai/blog/healthcare-chatbot/> [2025 April 4].

13. Olawade DB, Wada OZ, Odetayo A, David-Olawade AC, Asaolu F, Eberhardt J. Enhancing mental health with Artificial Intelligence: Current trends and future prospects. *J Med Surg Public Health* 2024; 3: 100099.
14. Zafar F, Fakhare Alam L, Vivas RR, Wang J, Whei SJ, Mehmood S, Sadeghzadegan A, Lakkimsetti M, Nazir Z. The Role of Artificial Intelligence in Identifying Depression and Anxiety: A Comprehensive Literature Review. *Cureus* 2024; 16(3): e56472.
15. ชาคีสยาม หม่อมแก้ว. DMIND แอปพลิเคชันเพื่อคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าผ่านวัดกรรม AI จากนักวิจัยคณะแพทยและวิศวะ จุฬาฯ [online]. Available from: <https://www.chula.ac.th/highlight/75794/> [2025 April 3].
16. กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. เปิดตัว "ใส่ใจ by ศิริราช" แชนบอทปัญญาประดิษฐ์เพื่อการดูแลสุขภาพจิต และช่วยเหลือด้านอารมณ์และสุขภาพจิตในภาวะการระบาดของไวรัสโควิด 19 [online]. Available from: https://www.mhesi.go.th/index.php/en/content_page/item/4209-138643.html [2025 April 3].
17. Alhuwaydi AM. Exploring the role of artificial intelligence in mental healthcare: current trends and future directions – a narrative review for a comprehensive insight. *Risk Manag Healthc Policy* 2024; 17: 1339–48.
18. Cruz-Gonzalez P, He AW-J, Lam EP, Ng IMC, Li MW, Hou R, et al. Artificial intelligence in mental health care: a systematic review of diagnosis, monitoring, and intervention applications. *Psychol Med* 2025; 55: e18.

ปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในผู้ที่มีน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

MENTAL HEALTH PROBLEMS AND PSYCHIATRY DISORDERS IN OVERWEIGHT AND OBESITY PEOPLE

กัญญาณัฐ สุภาพร, ประ.ด.*, สาทิก สุทธิวิจิตร, พย.ม.**; สุธิ ถาวรกุล, วท.ม.***

*อาจารย์สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

**อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนส่งผลกระทบต่อให้เกิดความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัญหาด้านสุขภาพจิต โรคอ้วนและสภาวะทางจิตนี้มีความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน เนื่องจากการรับรู้รูปร่างของตนเองที่บิดเบือน ไม่มีความพึงพอใจในรูปร่างของตนเอง เกิดอารมณ์ทางลบ รวมไปถึงการถูกคุกคามทางวาจาและสื่อสังคมออนไลน์จึงก่อให้เกิดการรับรู้คุณค่าของตนเองลดลง และเกิดเป็นตรรกะไปให้กับบุคคลภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนซึ่งมีผลต่อความผาสุกทางจิตใจรวมถึงคุณภาพชีวิตในทุกมิติ

ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบที่ร้ายแรงทางด้านร่างกายและจิตใจ สิ่งสำคัญคือบุคคลกลุ่มนี้จะต้องได้รับการดูแลทางด้านจิตใจ ได้แก่ การตรวจและประเมินภาวะสุขภาพจิต แนวทางการรักษา การจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น เพื่อที่จะสามารถช่วยเหลือบุคคลจากปัญหาสุขภาพทางจิตรวมถึงสร้างการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ชีวิตให้กับบุคคลที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนให้มีสุขภาพกาย และจิตที่ดี

จากรายงานสถิติโรคอ้วนขององค์การอนามัยโลก¹ ในปี ค.ศ. 2022 พบว่าประชากรโลก 1 ใน 8 เป็นโรคอ้วน ประชากรวัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุมีภาวะน้ำหนักเกินคิดเป็นร้อยละ 43 เป็นโรคอ้วนคิดเป็นร้อยละ 16 ประชากรเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 37 ล้านคนทั่วโลกที่มีภาวะน้ำหนักเกิน เด็กวัยเรียนและวัยรุ่น (อายุ 5-19 ปี) มากกว่า 390 ล้านคนมีน้ำหนักเกิน

จากสถานการณ์น้ำหนักเกินและโรคอ้วนทั่วโลกสอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทยพบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.8 ในปี 2561 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.2 ในปี 2562 ส่วนเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.7 ในปี 2561 เป็นร้อยละ 12.4 ในปี 2564 วัยผู้ใหญ่ อายุ 19 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มอ้วนมากขึ้น เป็นโรคอ้วนหรือดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัม/ เมตร² (Body Mass Index; BMI) มากถึงร้อยละ 45.6 ในปี 2563 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 46.2 ในปี 2564 และร้อยละ 46.6 ในปี 2565²

สถานการณ์น้ำหนักเกินและโรคอ้วนส่งผลกระทบต่อการเกิดความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพจิต เกิดทราบปในสังคม เกิดการแบ่งแยก และเป็นสาเหตุปัจจัยก่อนการเจ็บป่วยทางจิตใจ สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดคุณค่าในตนเองลดลง การรับรู้รูปร่างของตนเองที่บิดเบือน 'ไม่มีความพึงพอใจในรูปร่างของตนเอง และเกิดอัตมโนทัศน์ทางลบ' สถานการณ์ในสังคมปัจจุบันพบว่าบ่อยครั้งบุคคลเหล่านี้อยู่ในสังคมอย่างโดดเดี่ยว เสรีาโศกและวิตกกังวล หรือปัญหาทางอารมณ์ที่ประปราย เช่น ภาวะซึมเศร้า โรควิตกกังวล ความอ้วนสามารถเป็นตัวเร่งทำให้เกิดผลกระทบต่อความทุกข์ทรมานทางจิตใจซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพ บรรทัดฐานทางสังคมและบุคลิกภาพที่หยุดชะงักไม่พัฒนา ส่งผลให้เกิดความเครียดเรื้อรัง ภาวะทางอารมณ์อ่อนไหว ดังนั้นเหตุปัจจัยข้างต้นส่งผลให้เกิดทราบปให้กับบุคคลเกิดปัญหา

การใช้ชีวิต ส่งผลต่อความผาสุกทางจิตใจรวมถึงคุณภาพชีวิตในทุกมิติ^{3,4}

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) สาเหตุการเกิดโรคทางสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชศาสตร์ 2) ระบาดวิทยา 3) พยาธิสภาพ 4) ผลกระทบต่อสุขภาพจิตและการเกิดโรคทางจิตเวช 5) รูปแบบความสัมพันธ์ความอ้วนกับสุขภาพจิต 6) การประเมินและ 7) การบำบัดรักษา

(1) สาเหตุการเกิดโรคทางสุขภาพจิต และโรคทางจิตเวชศาสตร์

ผลกระทบที่เกิดจากน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนที่ส่งผลทางสุขภาพจิต และโรคทางจิตเวชศาสตร์สามารถแบ่งสาเหตุออกได้เป็น 1) ทางจิตใจ และ 2) ทางสังคม

สาเหตุทางจิตใจ

ผลกระทบทางด้านจิตใจจากโรคอ้วนมีความเกี่ยวพันกับปัจจัยทางสภาวะทางอารมณ์ และพฤติกรรมอย่างลึกซึ้ง และในทางกลับกัน ความเปราะบางทางสภาพจิตใจสามารถเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคอ้วนได้เช่นกัน ความเครียด และความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลมีความต้องการอาหารมากขึ้น ซึ่งประการเช่นนี้เป็นกลไกการจัดการกับความเครียด (coping mechanism) ชนิดหนึ่งของมนุษย์ จึงส่งผลทำให้บุคคลรับประทานอาหารมากขึ้น และน้ำหนักเกินตามมา^{5,6} พฤติกรรมนี้ไม่เพียงแต่เพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคอ้วนแต่ยังสามารถเป็นปัจจัยเสี่ยงการเกิดการกระตุ้นความรู้สึกลึกซึ้ง และ

อับอาย จนนำไปสู่ปัญหาด้านสุขภาพจิตได้⁵ ครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับโรคอ้วนกล่าว คือทำให้บุคคลไม่เข้าสังคม คุณค่าในตนเองต่ำและการไม่พึงพอใจในภาพลักษณ์ทางร่างกายตนเอง (body image dissatisfaction) จนนำไปสู่อาการซึมเศร้า และวิตกกังวล การไม่เข้าสังคมเป็นสาเหตุของวงจรที่ทำให้บุคคลมีปัญหาทางจิตใจได้ เช่น การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (social support) ลดลง และการอยู่อย่างเดียวดายทำให้บุคคลมีความยากในการเข้าถึงแหล่งให้การช่วยเหลือทางพฤติกรรมทางสุขภาพ⁷ การไม่พึงพอใจในภาพลักษณ์ทางร่างกายตนเอง เป็นปัจจัยที่วิกฤตทางด้านจิตใจ รวมถึงความกดดันทางสังคมที่เป็นอยู่ว่าในสังคมนั้นมีการวางมาตรฐานทางด้านร่างกายไว้อย่างไร (body standard) ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะนำไปสู่การมองตนเองในด้านลบ (self-image) และคุณค่าในตนเองต่ำ ความไม่พึงพอใจเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาทางด้านอารมณ์ (mood disorder) โรควิตกกังวล (anxiety disorder) และโรคที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร (eating disorder) อีกทั้งประสบการณ์ในวัยเด็ก และการบาดเจ็บทางด้านจิตใจ มีผลกระทบทางด้านอารมณ์และน้ำหนักในระยะยาวได้⁸

สาเหตุทางสังคม

ปัจจุบันเกิดผลกระทบจากอาหารที่บริโภคและวัฒนธรรมการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนไป คุณภาพและชนิดของอาหารที่ประชาชนเข้าถึงได้⁹ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรับประทานอาหารและกิจกรรมมีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ

และสังคม ดังนั้นทำให้ประชากรเข้าถึงการบริโภคอาหารแปรรูปหรืออาหารที่ผ่านกระบวนการมากขึ้น ซึ่งอาหารเหล่านี้มีจำนวนแคลอรีสูง จึงเป็นสาเหตุหลักของโรคอ้วนได้^{10,11,12} ได้รับทราบทางสังคม (societal stigma) จากการถูกล้อเลียน และการเลือกปฏิบัติ (discrimination) รวมถึง ปัจจัยความเครียดจากสิ่งแวดล้อม (environmental stressors)¹³ ไม่เพียงแต่สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของแต่ละบุคคลที่มีประสบการณ์เป็นโรคอ้วนที่ไม่ได้รับความสำคัญ (marginalization) และไม่ได้ได้รับความยุติธรรม (prejudice) จากการดูแลทางสุขภาพ การจ้างงานในบางอาชีพที่ไม่ต้องการคนอ้วน และปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่มีแนวโน้มส่งผลให้เกิดปัจจัยกระตุ้นความเครียด ความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจจากโรคอ้วนในสังคมที่อยู่ ครอบครัทางสังคมเป็นอุปสรรค และเป็นสิ่งที่ขัดขวางของบุคคลจากการเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพการแพทย์ หรือการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางร่างกาย (physical activities) สิ่งเหล่านี้เป็นเป็นวงจรที่ทำให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจและพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพของบุคคล

(2) ระบาดวิทยา

จากรายงานทางระบาดวิทยาพบว่าโรคอ้วนและสภาวะทางจิตใจมีความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน โดยเฉพาะกลุ่มอาการผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorder) โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า (depression) จากการรายงานทั่วโลกพบว่าบุคคลที่มีภาวะอ้วนจะมีการพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้า

เพิ่มขึ้นร้อยละ 18 ถึง ร้อยละ 55 ในขณะที่ความ
เสี่ยงของบุคคลที่อ้วนร่วมกับมีภาวะซึมเศร้า
เพิ่มขึ้นร้อยละ 37 ถึง ร้อยละ 58¹⁴ จากรายงานใน
ประเทศออสเตรเลียพบว่า 2 ใน 5 ของประชากรที่
มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน ถูกได้รับการวินิจฉัยเป็น
โรคจิต (psychiatric disorder)¹⁵ จากรายงานดัชนี
ภาวะสุขภาพโลก (Global Burden of Disease) ในปี
ค.ศ. 2021 ระหว่างความอ้วน และความผิดปกติ
ทางอารมณ์รวมถึงความวิตกกังวลและโรคซึมเศร้า
เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดปี ค.ศ. 2010-2021¹⁶

(3) พยาธิสภาพ

พยาธิสภาพในส่วนของภาวะจิตใจในผู้ที่
มีภาวะอ้วนสามารถแบ่งออกได้เป็น 1) ปัจจัยด้าน
ชีวภาพ 2) ปัจจัยด้านจิตใจ และ 3) ปัจจัยด้านสังคม
ในแต่ละปัจจัยนี้สามารถส่งผลกระทบต่อปัญหา
ด้านสุขภาพจิตได้

ปัจจัยด้านชีวภาพ

เนื้อเยื่อไขมันในบุคคลที่มีภาวะอ้วนจะมี
ฮอร์โมนหลากหลายชนิด และมีไขมันชนิดหนึ่งที่
ไม่มีผลดีต่อร่างกายเรียกว่า สารอะดิพอกิน
(adipokines) สารตัวดังกล่าวมีความสำคัญต่อการ
เผาผลาญ และภูมิคุ้มกันของร่างกาย และการต้าน
การอักเสบ จะมีการหลั่ง pro-inflammatory cytokines
และจะหลั่งออกมาในภาวะที่มีการกระตุ้นระบบ
ภูมิคุ้มกันของร่างกาย ได้แก่ TNF-ALPHA และ IL-6
ร่วมกับฮอร์โมนเลปติน (leptin) ฮอร์โมนรีซิสติน
(resistin) และ ฮอร์ โมน วิส ฟา ติน (visfatin)
ฮอร์โมนเหล่านี้จะพัฒนาให้เกิดการอักเสบใน
บุคคลที่มีภาวะอ้วนได้¹⁷ ฮอร์ โมน leptin มี

ความสัมพันธ์กับความต้องการอาหาร และความ
สมดุลของพลังงานร่างกาย โดยการหลั่งจะสัมพันธ์
กับการเก็บสะสมไขมันของร่างกาย ระบบทั้งหมด
นี้มีผลต่ออารมณ์ และการรู้คิดในหน้าที่การหลัง
สารสื่อประสาทในร่างกาย

การตอบสนองต่อความเครียดของบุคคล
จะมีปฏิกิริยา “สู้หรือถอย/ หลบหนี” “fight-or-flight
response” ปฏิกิริยานี้เป็นกลไกเพื่อให้บุคคลมีชีวิต
รอดทั้งร่างกาย และจิตใจในสภาวะกระตุ้น
พร้อมที่จะเผชิญต่อภาวะคุกคามหรือตัวกระตุ้น
ความเครียด เมื่อบุคคลเผชิญสิ่งที่ทำให้เกิดอันตราย
จะมีการส่งข้อมูลไปยัง amygdala ซึ่งเป็นขบวนการ
อารมณ์หนึ่งของสมอง เมื่อ amygdala รับรู้ว่าบุคคล
เกิดภาวะถูกคุกคาม จะส่งผลสัญญาณไปที่
hypothalamus เพื่อให้รับรู้ถึงว่าทุกซ์ทรมาน
hypothalamus จะสื่อสารไปที่ระบบ Autonomic
Nervous System (ANS) ระบบนี้จะเป็นระบบที่
คอยควบคุมระบบการทำงาน involuntary body
ได้แก่ การหายใจ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของ
หัวใจ ระบบ Autonomic Nervous System (ANS)
แบ่งได้เป็น 2 ส่วนคือ 1) sympathetic nervous
system และ 2) parasympathetic nervous system
ระบบ sympathetic nervous system จะกระตุ้น
ปฏิกิริยา fight-or-flight response ส่งผลให้ร่างกาย
เกิดพลังงานอย่างฉับพลันเมื่อบุคคลได้รับภาวะ
คุกคามหรืออันตราย สัญญาณดังกล่าวจะส่งไปสู่
adrenal glands เป็นต่อมขับฮอร์ โมน epinephrine
(adrenaline) ไปยังกระแสโลหิต ระบบการ
ไหลเวียนของ epinephrine (adrenaline) ทำให้เกิด

การเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น เพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปสู่ระบบกระดูก และกล้ามเนื้อและทำให้กล้ามเนื้อเกร็ง (muscle tension) อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ต้องการ oxygen ไปที่ปอดและสมองมากขึ้น ร่างกายจะมีความตื่นตัวมากขึ้น การตอบสนองเหล่านี้จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว¹⁸

การเกิดการตอบสนองต่อความเครียดข้างต้นจากฮอร์โมน epinephrine จะทำให้ hypothalamus กระตุ้นระบบ Hypothalamus-Pituitary-Adrenal (HPA) Axis ซึ่งจะเป็นการตอบสนองในระยะแรก แต่ถ้าบุคคลได้รับความเครียดเป็นระยะเวลานาน hypothalamus จะปล่อยสาร Corticotropin-Releasing Hormone (CRH) ซึ่งจะกลับเข้าสู่ pituitary gland และจะกระตุ้น Adrenocorticotropic Hormone (ACTH) ซึ่งฮอร์โมน ACTH นี้ จะส่งไปสู่ adrenal glands กระตุ้นให้เกิดการหลั่งของ cortisol ซึ่ง cortisol ช่วยในการช่วยเหลือน้ำตาลที่เกิดจากกรด amino และกรดไขมันจากพลังงาน และดึง glucose จากกล้ามเนื้อไปยังสมองในสภาวะร่างกายที่เผชิญกับความเครียด ส่วนระบบ parasympathetic nervous system จะส่งผลให้เกิด “rest-and-digest” หรือ “พักและเข้าใจ” ซึ่งเป็นการตอบสนองที่ทำให้ร่างกายผ่อนคลาย ระดับ cortisol จะหยุดการทำงานเมื่อร่างกายเข้าสู่ภาวะปกติ ถ้าความเครียดเกิดขึ้นในระยะเวลาที่ยาวนาน ร่างกายไม่ได้พักผ่อน สารเคมีต่างๆที่ทำงานอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บของส่วนต่างๆ ในร่างกายกระทบต่อโรค

ทางจิตใจ และโรคทางกาย เชื่อว่าร้อยละ 90 จากสาเหตุความเครียดส่งผลต่อการเกิดโรคต่างๆของบุคคล ทำให้บุคคลมีปัญหาการนอนหลับหรือการกิน การปวดตามร่างกาย ความสนใจและการทำกิจกรรมในสิ่งที่ตนเองชื่นชอบลดลง มีความรู้สึกไม่สบายใจ และขาดพลัง ถ้าบุคคลเผชิญกับความเครียดเป็นระยะเวลานานส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานของร่างกาย และส่งผลต่อปัญหาทางอารมณ์ได้¹⁹

ปัจจัยด้านจิตใจ

ปัจจัยด้านจิตใจมีบทบาทสำคัญต่อพยาธิสภาพทางด้านร่างกายที่มีผลกระทบจากจิตใจในคนอ้วน มากกว่านั้น ความไม่พึงพอใจในรูปร่างตนเอง คุณค่าในตนเองต่ำและการจัดการกับปัญหาที่ไม่ดี สามารถพบได้บ่อยในคนอ้วน การมองตนเองภาพลบ (negative self-views) มีความสัมพันธ์กับน้ำหนัก และรูปร่างทำให้บุคคลรู้สึกอับอาย รู้สึกผิด และแยกตัวออกจากสังคมจนนำไปสู่ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ⁷ สังคมที่กำหนดมาตรฐานความงาม (societal beauty standards) จนนำไปสู่คุณค่าในตนเองต่ำ ซึมเศร้า วิตกกังวล การยอมรับตนเอง และการถูกประเมินจากสังคม ทำให้บุคคลเผชิญกับการจัดการกับสิ่งที่ตนเองเผชิญ จนนำไปสู่พฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่ดี เช่น การรับประทานมากขึ้น บุคคลจึงนำอาหารมาเป็นสิ่งปลดปล่อยสำหรับตนเองท่ามกลางความวุ่นวายทางอารมณ์ วงจรของการรับประทานที่มากขึ้นที่เกิดจากอารมณ์ ภาวะน้ำหนักเกินจนนำไปสู่ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ⁶

จากรายงานพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีความอ้วนในวัยเด็กนั้นมักจะถูกละเลย ไม่ได้ได้รับความสนใจ เช่น การถูกคุกคามทางวาจา อยู่ในครอบครัวที่แตกแยกหรือไม่ได้อยู่กับครอบครัวพ่อแม่แยกทาง และมีการใช้สารเสพติด สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ในอดีตวัยเด็กได้¹³ เด็กอ้วนกับการถูกเหยียดที่โรงเรียนจากรายงานของเด็กอ้วนในโรงเรียนพบว่า เด็กเหล่านี้มีประสบการณ์ถูกเหยียดมากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักตัวปกติ การได้รับการถูกเหยียดความอ้วนที่โรงเรียนเป็นความทุกข์ทรมานทางจิตใจที่เด็กเหล่านี้ได้รับ และส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิต และการเข้าสังคม^{20,21,22}

ความอ้วนกับตราบาปในสังคม

ความอ้วนมักจะไม่ได้ได้รับการยอมรับในสังคม ประสบการณ์ถูกได้รับตราบาปเป็นสิ่งที่คนอ้วนรายงานโดยส่วนใหญ่ บางประสบการณ์ได้รับคำพูดที่ไม่เหมาะสมในสมาชิกครอบครัวหรือแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ คนอ้วนรายงานว่าตนเองคิดว่าสมาชิกในครอบครัวคือบุคคลใกล้ชิดมากที่สุดที่ทำให้ตนเองลำบากใจในรูปร่างของตนเอง และรู้สึกว่าจะถูกจ้องมอง และคนรอบข้างจะมีข้อดกลงที่เป็นด้านลบให้แก่พวกเขาด้วย รวมถึงคนอ้วนหลายคนยากที่จะหาคนรู้ใจและแต่งงาน²³

การแยกตัวออกจากสังคม และการได้รับตราบาปทำให้บุคคลโดดเดี่ยว และถูกออกจากสังคม (social withdraw) ทำให้เกิดโรคความผิดปกติทางอารมณ์ พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่าง

ความอ้วน และการเกิดความวิตกกังวล และซึมเศร้า และยังเกิดปัญหาความทุกข์ของคุณภาพชีวิตที่เป็นอยู่ ข้อจำกัดทางร่างกาย ภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพ และความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ไม่สามารถเข้าถึงความสนุกในการทำกิจกรรม และการใช้ชีวิต การถูกทอดจากสังคมส่งผลต่อการถูกจ้างงาน ประสบการณ์การทำงาน ทักษะทางสังคม และความปลอดภัยต่อการทำงาน นำไปสู่การแยกสังคม ไม่มีกิจกรรม และมีปัญหาทางเศรษฐกิจ²⁴

(4) ผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิต และโรคทางจิตเวชศาสตร์

คุณค่าในตนเอง

บุคคลที่มีภาวะอ้วนส่วนใหญ่คุณค่าในตนเองจะต่ำ พวกเขาจะเจอสถานการณ์ที่ยากลำบากในการมีส่วนร่วมกลุ่ม และในสังคมหลายครั้งที่พวกเขาถูกออกจากกลุ่มในสังคมเนื่องจากถูกมองว่าน้ำหนักเกิน สิ่งเหล่านี้จะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดทางจิตใจ

การไม่ยอมรับและไม่พึงพอใจรูปร่างตนเอง

ในหลายวัฒนธรรมความอ้วนมีผลต่อการยอมรับรูปร่างภาพลักษณ์ของตนเอง²⁵ ทศนคติเหล่านี้เป็น สาเหตุหลักที่มีผลต่อความเครียด และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า แยกตัวออกจากสังคม และการไม่พึงพอใจในรูปร่างตนเอง ทศนคติที่ไม่พึงพอใจในรูปร่างตนเองเกิดขึ้นระหว่างความเป็นจริงและความคิดที่มีต่อภาพลักษณ์รูปร่างตนเองของบุคคลนั้นๆ คนอ้วนหลายคนมีมุมมองภาพลักษณ์ของตนเองที่บิดเบือนไป จึงเป็นสาเหตุหลักนำไปสู่

คุณค่าในตนเองต่ำ เกิดภาวะซึมเศร้า แยกสังคม และความเสี่ยงการถูกแบ่งแยก

ความอ้วนและโรคทางจิตเวช

ภาวะซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว และโรคอารมณ์ชนิดอื่นๆ

ร้อยละ 30 ของคนอ้วนจะมีภาวะซึมเศร้า มากกว่าประชากรที่มีน้ำหนักปกติ²⁶ และมีรายงานว่าในคนอ้วนรุนแรงจะมีการเกิดโรคซึมเศร้า มากกว่า 5 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีน้ำหนักปกติ²⁷ และพบว่าร้อยละ 55 ความอ้วนมีความสัมพันธ์ในการเพิ่มความเสี่ยงในการพัฒนาการเป็นโรคซึมเศร้า และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 58 มีความเสี่ยงที่จะอ้วนเช่นกัน งานวิจัย meta-analysis พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีความเสี่ยงที่จะเป็นคนอ้วน และในขณะเดียวกัน คนอ้วนมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรค bipolar เช่นกัน²⁸

ภาวะวิตกกังวล

ภาวะวิตกกังวลเป็นภาวะปกติที่พบได้ในคนอ้วน คนอ้วนจะรู้สึกไม่สบายใจเมื่อมีการเข้าสังคมเนื่องจากวิตกกังวลในน้ำหนักของตนเอง คนอ้วนจะรู้สึกอาย และคุณค่าในตนเองต่ำ

โรคการกินผิดปกติ

การกินผิดปกติเป็นภาวะที่เจอได้ทั่วไปในผู้ที่มีน้ำหนักเกินและคนอ้วน สาเหตุที่ทำให้คนอ้วนต้องกินในปริมาณมากเนื่องจากเหตุผลทางอารมณ์ หรือความยากลำบากในการควบคุมการกินของตนเอง บางครั้งอาจพบโรคนิวโรติก (bulimia nervosa) มีความสัมพันธ์กับผู้ที่มีน้ำหนักเกิน และคนอ้วน โรคนิวโรติกมีความสัมพันธ์กับการกิน

อาหารมากเกินไป และเป็นการชดเชยด้วยการทำให้ตนเองอาเจียน หรือการออกกำลังกายอย่างหนัก

โรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ

ร้อยละ 46-60 ในผู้ป่วยโรคจิต และโรคจิตเภทเป็นคนอ้วน²⁹ รายงานว่าผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในผู้ป่วยโรคจิตเภทเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรปกติมีอัตราสูง ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะอ้วนจะเกิดผลข้างเคียงจากยาที่ได้รับ ปัจจัยการใช้ชีวิต พันธุกรรม และปัจจัยเสี่ยงทางพยาธิสภาพ

การทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตาย

จากรายงานพบว่าบุคคลที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน และต่ำกว่ามาตรฐาน BMI มีการรายงานเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย³⁰ กล่าวคือในผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมีการพยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายสำเร็จ และในผู้ที่มีน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐานมีพฤติกรรมเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย การเพิ่มความเสี่ยงในการพยายามทำร้ายตนเอง และพฤติกรรมฆ่าตัวตายถูกรายงานพบในเด็กวัยรุ่นที่มีประสบการณ์ถูกเหยียดเรื่องน้ำหนัก³¹

การใช้สารเสพติด

พบอุบัติการณ์ร้อยละ 8 ในคนอ้วนที่ใช้สารเสพติด อัตราเพิ่มขึ้นในการดื่มแอลกอฮอล์ในคนอ้วนพบได้ร้อยละ 6.2-14.3 และส่วนใหญ่พบในเพศหญิง³² พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่าง การดื่มแอลกอฮอล์ โรคซึมเศร้า และความอ้วน โดยเฉพาะในเพศหญิง

สมองเสื่อมและการรู้คิดบกพร่อง

ความอ้วนสามารถเพิ่มปัจจัยเสี่ยงรายบุคคลในการเกิดการเรียนรู้คิดบกพร่อง และสมอง

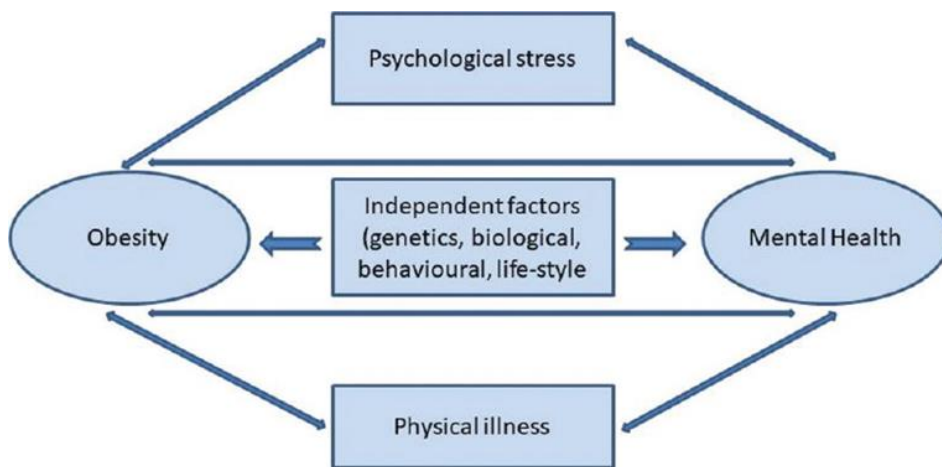
เสื่อม³³ โรคหลอดเลือดหัวใจ และการเผาผลาญบกพร่องเป็นปัจจัยเสี่ยงการเกิดสมองเสื่อมในคนอ้วน ดังนั้นการควบคุมน้ำหนักเป็นการป้องกันในการเกิดภาวะดังกล่าวในระยะเริ่มต้นได้

พฤติกรรมผิดปกติ

การเกิดอารมณ์ด้านลบมักพบในคนอ้วน³⁴ จากงานทบทวนวรรณกรรมของ Gerlach Loeber และ Herpertz ในปี ค.ศ. 2016 พบว่า บุคลิกภาพที่ผิดปกติสัมพันธ์กับความอ้วนได้แก่ การหลบหลีกต่อต้านสังคม หวาดระแวง schizotypal และ ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบ borderline

(5) รูปแบบความสัมพันธ์ความอ้วนกับสุขภาพจิต

มีความหลากหลายเหตุผลและความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับความอ้วนกับสุขภาพจิต การเกิดโรคมีความเกี่ยวพันสามารถสรุปได้ 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยตั้งต้น (independent factor) การเจ็บป่วยทางร่างกาย (physical illness) และความเครียดทางจิตใจ (psychological distress) มีความเกี่ยวพันที่ทำให้เกิดความอ้วนและสุขภาพจิต ดังรูปที่ 1 โมเดลแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างความอ้วนกับสุขภาพจิต (A conceptual model of obesity and mental health interface)²³



รูปที่ 1 โมเดลแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างความอ้วนกับสุขภาพจิต (A conceptual model of obesity and mental health interface)²³

ปัจจัยตั้งต้นที่เกี่ยวข้องกับความอ้วน ได้แก่ ความหลากหลายทางชีวภาพ พันธุกรรม และการใช้ชีวิต พันธุกรรมเป็นปัจจัยนำไปสู่ความอ้วนและสุขภาพจิต³⁵ จากการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างความอ้วน และโรคซึมเศร้าที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม โดยเฉพาะรหัสพันธุกรรม MC4R ซึ่งเป็นยีนที่สั่งการทำงานของระบบ hypothalamic–pituitary–adrenal axis และในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อ้วนพบว่าในเนื้อสมองของการส่งสัญญาณเซลล์ประสาทมีความหนา (Cortical Thickness) และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่สำคัญคือ ในวัยเด็กเจอประสบการณ์ หรือสถานการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต

การเจ็บป่วยทางร่างกายมีความเกี่ยวข้องกับ ความอ้วน และสุขภาพจิต ได้แก่ โรคไทรอยด์ Prader–Willi Syndrome และ Cushing Syndrome การเกิดโรคเกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน มะเร็ง กระดูกพรุน โรคตับและไต และโรคเรื้อรังไม่ติดต่อสามารถเหนี่ยวนำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้³⁶

ความเครียดทางจิตใจเป็นปัจจัยความเครียดที่นำไปสู่โรคจิตกักขัง ภาวะซึมเศร้า และอื่นๆ ในด้านอื่นๆ ที่พบได้แก่ การกีดกันสังคม การขาดแรงจูงใจในการออกกำลังกาย การใช้ชีวิตที่ไม่ดีต่อสุขภาพ

(6) การประเมิน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

การประเมินบุคคลที่มีน้ำหนักเกิน และอ้วนเพื่อนำไปสู่การประเมินผลกระทบทางด้าน

จิตใจ บุคลากรทางสุขภาพสามารถประเมินได้จาก 1) ประวัติการรักษา 2) ประวัติทางจิตเวช 3) ประวัติน้ำหนัก 4) ประวัติโภชนาการ 5) ประวัติทางร่างกาย 6) ประวัติการนอน 7) ประวัติทางสังคม ในส่วนการประเมินทางด้านร่างกายสามารถประเมินได้จาก 1) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) 2) ความยาวรอบเอว (Waist Circumference) 3) สมรรถนะร่างกาย (Body Habitus) 4) ชีวิตประจำวัน 5) การประเมินทางสุขภาพจิต (Mental Status Examination: MSE)⁸

การประเมินผลกระทบทางด้านจิตใจในคนอ้วนควรประเมินทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ในการประเมินน้ำหนักจะต้องใช้หลักสากลในการประเมินคือ การคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และเริ่มต้นสัมภาษณ์รายละเอียดอาการทางคลินิกเกี่ยวกับน้ำหนักตัวในอดีต โภชนาการ และการออกกำลังกาย รวมถึงการพยายามลดน้ำหนัก สิ่งสำคัญการเจาะลึกข้อมูลทางด้านอารมณ์ และความผาสุกทางจิตใจ เน้นการมองรูปลักษณ์ของตนเอง และประสบการณ์การถูกเหยียด (bully) หรือการถูกแบ่งแยกอันเนื่องมาจากน้ำหนักเกิน หลายปัจจัยทั้งทางด้านชีวภาพ จิตใจ สังคม วัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องในการประเมินมีดังต่อไปนี้⁸

1. ประวัติการเจ็บป่วย (Medical History and Physical Examination) เริ่มต้นด้วยการประเมินข้อมูลการเจ็บป่วยในอดีตรวมถึงโรคประจำตัว (เช่น โรคไทรอยด์ หรือภาวะถุงน้ำในรังไข่หลายใบ) และประวัติการรักษาที่ ส่งผล เกี่ยวข้องกันทำให้น้ำหนักเกิน และการประเมินทางร่างกายเพื่อ

ประเมินภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับความอ้วน เช่น ความดันโลหิตสูง หรือ ข้อต่อมีปัญหา เป็นต้น

2. การประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหาร รูปแบบการรับประทานอาหาร โรค พฤติกรรมมารับประทานอาหาร การประเมินภาวะโภชนาการสามารถเข้าถึงข้อมูลโภชนาการที่ผิดปกติ และสาเหตุที่ทำให้น้ำหนักเกินได้

3. กิจกรรมทางร่างกาย และการออกกำลังกาย ประเมินโดยระดับกิจกรรมและการออกกำลังกายที่ออกเป็นประจำ การขาดกิจกรรมทางร่างกาย หรือการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นสาเหตุทั่วไปที่ทำให้ น้ำหนักเกิน และอ้วน ดังนั้น การเข้าใจถึงระดับกิจกรรมของบุคคลสามารถช่วยโอกาสที่จะจัดกิจกรรม และการบำบัดได้

4. ปัจจัยทางด้านจิตใจและอารมณ์ การเจาะลึกข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับภาวะจิตใจ และ อารมณ์ที่มีความสัมพันธ์กับอาหาร พฤติกรรมกิน การรับรู้ภาพลักษณ์ทางร่างกาย สิ่งเหล่านี้จะสามารถช่วยให้ประเมินอาการซึมเศร้า วิตกกังวล หรือภาวะสุขภาพจิตอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารมากเกินไปหรือรูปแบบการรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ

5. ความเกี่ยวข้องทางสังคม และ สิ่งแวดล้อม จะมีการประเมินลักษณะความเป็นอยู่ของครอบครัว ปัจจัยทางวัฒนธรรม สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และการเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพ ปัจจัยเหล่านี้มีผลกระทบต่อความสามารถในการบำรุงรักษาน้ำหนักให้คงที่ของบุคคล

6. รูปแบบพฤติกรรมและวิธีการจัดการ

ปัญหา มีความเกี่ยวข้องกับอาหาร และการจัดการความเครียด สามารถประเมินบุคคลเพื่อเจาะลึก ข้อมูลการรับประทานอาหารเพื่อคลายเครียด เมื่อ บุคคลเผชิญกับความทุกข์ทางอารมณ์ หรือ พฤติกรรมปรับตัวที่ไม่ดีจะทำให้บุคคล รับประทานมากเกินไป หรือไม่รับประทานอาหารเลย

7. แรงจูงใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง การประเมินบุคคลด้านแรงจูงใจ และ ความพร้อมในการเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิตจะ ช่วยให้เกิดการพัฒนาสุขภาพ และความผาสุก จะมีการประเมินเป้าหมายชีวิตรายบุคคล ความเชื่อในการเปลี่ยนแปลง และการรับรู้อุปสรรคในการจะ เปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ชีวิต

8. ระบบสนับสนุน และแหล่งทรัพยากร ประเมินระบบการสนับสนุนรายบุคคล และการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนที่จะสามารถช่วยเหลือในการสร้าง และการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ชีวิต สิ่งเหล่านี้รวมถึงการสนับสนุนของครอบครัว ชุมชน บุคลากรทางสุขภาพ และการเข้าถึงระบบ บริการสุขภาพ

9. การวางแผนการบำบัดและการ วางเป้าหมายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง การทำงานอย่างมีส่วนร่วมในการบำบัดบุคคล บุคคลแต่ละคนย่อมมีความต้องการที่เฉพาะเจาะจง และเป้าหมายที่แตกต่างกัน การวางแผนสามารถมีการปรับเปลี่ยนแนวทางโภชนาการ การเพิ่มกิจกรรมทางร่างกาย การบำบัดทางพฤติกรรม และหรือการใช้ยาที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล

10. การติดตามผล จะมีการติดตาม และนัดหมายเพื่อการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง มีการสนับสนุน ให้การดูแลตามความต้องการเฉพาะรายบุคคล

การประเมินที่สำคัญอีกประการ คือ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตใจของผู้ป่วย รวมถึงอาการแสดงทั้งในอดีตและปัจจุบันของโรคซึมเศร้า วิตกกังวล โรคการกินผิดปกติ อารมณ์แปรปรวนหรือภาวะสุขภาพจิตอื่นๆ ที่สำคัญ การใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐานคัดกรองผู้ป่วย ได้แก่ แบบประเมินภาวะสุขภาพ (Patient Health Questionnaire: PHQ-9) แบบประเมินภาวะวิตกกังวล (Generalized Anxiety Disorder questionnaire: GAD-7) แบบประเมินการกินผิดปกติด้วยตนเอง (The Eating Disorder Examination Questionnaire: EDE-Q) สามารถประเมินการกิน น้ำหนักและรูปร่างของตนเอง นอกจากนี้ประเมิน การมองภาพลักษณ์ในรูปร่างของตนเอง ความไม่พึงพอใจรูปร่าง คุณค่าในตนเอง การจัดการปัญหา ปัจจัยกระตุ้น และประวัติการเผชิญกับสถานการณ์เจ็บปวดในชีวิต

การประเมินผลกระทบจากภาวะอ้วนต่อคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบประเมินผลกระทบของน้ำหนักที่มีต่อคุณภาพชีวิต (The Impact of Weight on Quality of Life-Lite Questionnaire: IWQOL-Lite) แบบประเมินนี้สามารถช่วยให้เข้าใจผลกระทบภาพกว้างของภาวะอ้วนในการใช้ชีวิตประจำวันและความผาสุก

ส่วนผลเลือดในการประเมินที่สำคัญ ได้แก่ ค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Cell Count: CBC), ค่าฮอร์โมนไทรอยด์ (Thyroid function tests: TFT), การตรวจเกลือแร่ในเลือด (Electrolytes) ได้แก่ แคลเซียม (Calcium) ฟอสเฟต (Phosphate), และแมกนีเซียม (Magnesium), วิตามินบี 12 (Vitamin B12) ค่าการทำงานของตับ (Liver function tests) ค่าไขมันในเลือด (Lipid profile) ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ค่าเหล่านี้สามารถช่วยให้ค้นพบสาเหตุที่แท้จริงทั้งโรคอ้วน และอาการแสดงทางจิตใจ⁸

(7) การบำบัดรักษา

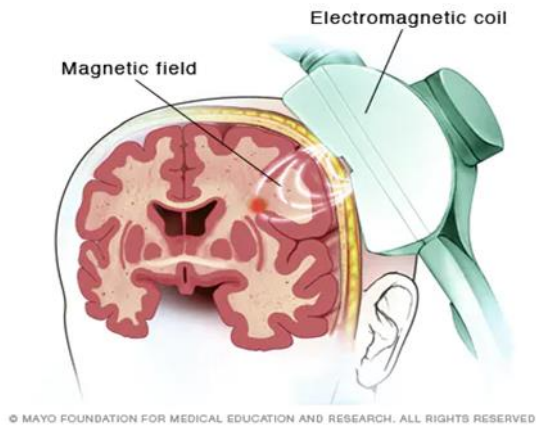
การบำบัดรักษาจะดำเนินการควบคู่ไปทั้งภาวะอ้วนและอาการทางจิตเวชไปพร้อมๆ กัน รวมถึงการแยกการรักษา แต่ส่วนใหญ่จะรักษาควบคู่กันไป โดยจะเริ่มค้นที่ภาวะโภชนาการ สุขภาพ และการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพที่ดีของร่างกายและจิตใจ³⁷

การบำบัดทางจิตใจที่นิยมได้แก่ การสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) การปรับความคิด และพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) แบบพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (dialectical behavioral therapy) ปัจจุบันไม่นานมานี้มีการใช้วิธีสติบำบัด (mindfulness-based interventions) โดยมุ่งเน้นไปที่เป้าหมายความเครียด ความคิดด้านลบ และพฤติกรรมการรับประทานอาหารสามารถช่วยให้เกิดผลลัพธ์ทางบวกได้³⁸

สติบำบัด (mindfulness-based interventions) สติบำบัดเป็นหนึ่งในวิธีการบำบัดทางจิตใจที่ถูกนำมาใช้บ่อยในการรักษาควบคู่ทั้งภาวะอ้วน และอาการทางจิตเวช การทำสติบำบัดนี้มีแนวคิดคือการเน้นการเจริญสติเพื่อจัดการกับความเครียดและอาการทางจิต ร่วมกับการผสมผสานแนวคิดของการบำบัดพฤติกรรมสำหรับแนวทางการนำสติบำบัดมาใช้แก้ไขปัญหาสุขภาพจิต และโรคทางจิตเวชในผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน โดยการมุ่งเน้นไปที่อาหารที่กำลังรับประทานในขณะนั้น รับรู้สัญญาณความหิวและความอิ่ม การเลือกอาหารอย่างมีสติ การชะลอความเร็วของการกิน การใช้ประสาทสัมผัสทั้งหมดในระหว่างการกิน การปฏิบัตินี้จะช่วยเพิ่มการรับรู้และเกิดการควบคุมตนเองเกี่ยวกับความหิว ความอิ่ม ความพอใจในรสชาติ ความเร็วในการกิน และอารมณ์ ทักษะเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ของบุคคล และพฤติกรรมรับประทานอาหาร ซึ่งสามารถเพิ่มแรงจูงใจและความสามารถในการควบคุมตนเอง ลดความอยากอาหาร และจึงใช้ในการรักษาความผิดปกติของการกิน และช่วยในการจัดการกับภาวะน้ำหนักเกินได้ การบำบัดการรับประทานอาหารอย่างมีสติที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายเรียกว่า MB-EAT ซึ่งผสมผสานระหว่างการทำสมาธิ การกินอย่างมีสติ การตระหนักรู้ทางอารมณ์ และการยอมรับตนเอง โดยเป้าหมายของ MB-EAT คือการสร้างความรู้ที่เกี่ยวกับการกิน ทำลายวงจรของการกินจุบจิบ การโทษหรือตำหนิ

ตัวเอง และฟื้นฟูกระบวนการทางสรีรวิทยาตามธรรมชาติในการควบคุมการกิน การบำบัดนี้ยังเน้นย้ำถึงคุณค่าทางโภชนาการของประเภท และปริมาณของอาหาร เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการควบคุมน้ำหนัก ส่งเสริมให้มีการเลือกอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพมากขึ้น³⁹ ส่วนโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมจะมีประสิทธิผลมากที่สุดเมื่อมีการปรับโภชนาการและออกกำลังกาย

ปัจจุบันมีเทคนิคใหม่ที่ใช้กระแสไฟฟ้า repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) เพื่อเหนี่ยวนำกระแสประสาทในสมองและการกระตุ้นบริเวณสมองส่วนหน้าบริเวณ Dorsolateral Prefrontal Cortex (DLPFC) ซึ่งเป็นบริเวณที่เกี่ยวข้องกับน้ำหนักลดและภาวะซึมเศร้า พบว่า rTMS จะทำให้เกิดการต้องการอาหารลดลง น้ำหนักลดและต่อต้านภาวะซึมเศร้า^{40,41,42,43} ซึ่งวิธีดังกล่าวได้รับอนุญาตจากองค์การอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกา (The U.S. Food and Drug Administration; FDA) ในการทำให้ผู้ป่วยเกิดการต้องการอาหารลดลง และลดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้การรักษาแบบ rTMS ยังช่วยรักษาโรคย้ำคิดย้ำทำ Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) ไมเกรนและผู้ที่ต้องการหยุดสูบบุหรี่ในกรณีที่เลิกวิธีปกติไม่ได้ผลและยังมีรายงานว่าสามารถรักษาในผู้ป่วยโรคลมชักได้ด้วย (รูปที่ 2)⁴⁴



รูปที่ 2 repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS)⁴⁴

สรุป

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนนั้นส่งผล กระทบให้เกิดความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายเป็น อย่างมาก แต่ที่สำคัญยังส่งผลต่อปัญหา ด้าน สุขภาพจิตเช่นกัน ในปัจจุบันพบว่าบุคคลเหล่านี้ อยู่ในสังคมอย่างโดดเดี่ยว มีปัญหาทางอารมณ์ที่ เปรียบได้แก่ ซึมเศร้า วิตกกังวล โรคอารมณ์ 2 ขั้ว โรคการกินผิดปกติ โรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตาย การใช้สารเสพติด สมองเสื่อม และการรู้คิดบกพร่อง รวมถึง พฤติกรรมผิดปกติอื่นๆ เนื่องจากบุคคลเหล่านี้ มองตนเองในภาพลบ น้ำหนักและรูปร่างทำให้ บุคคลรู้สึกอาย และแยกตัวออกจากสังคม รู้สึกว่า ตนเองนั้นเป็นตราประทับในสังคม

การป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบที่ร้ายแรง ทางร่างกายและจิตใจ บุคคลกลุ่มนี้จะต้องได้รับ การประเมินภาวะสุขภาพจิต มีแนวทางการรักษา และการจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น ใน ปัจจุบันมีแนวทางการบำบัดรักษาในรูปแบบต่างๆ

ทั้งการรักษาโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา สิ่งที่สำคัญ ที่สุดคือการให้บุคคลเหล่านี้เกิดการรับรู้คุณค่าใน ตนเองไปพร้อมๆ กันกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทางด้านร่างกายเพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี นอกจากนั้นการมีระบบสนับสนุนและแหล่ง ทรัพยากรที่ดีจะสามารถช่วยเหลือในการสร้าง และ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ชีวิตให้กับบุคคลที่ มีภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Obesity and overweight. [online]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [2024 Mar 15].
2. กรมควบคุมโรค. ผลักดันคนไทยใส่ใจสุขภาพ ปรับเปลี่ยน มุมมองลด "โรคอ้วน". 3 มีนาคม 2566. [online]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=32470&deptcode=brc> [2024 Mar 15].
3. Rajan TM, Menon V. Psychiatric disorders and obesity: A review of association studies. J Postgrad Med 2017; 63(4): 182-90.

4. Ranjani H, Mehreen TS, Pradeepa R, Anjana RM, Garg R, Anand K, et al. Epidemiology of childhood overweight & obesity in India: A systematic review. *Indian J Med Res* 2016; 143(2): 160-74.
5. Dandgey S, Patten E. Psychological considerations for the holistic management of obesity. *Clin Med (Lond)* 2023; 23(4): 318-22.
6. Jauch-Chara K, Oltmanns KM. Obesity—a neuropsychological disease? Systematic review and neuropsychological model. *Prog Neurobiol* 2014; 114: 84-101.
7. Chu DT, Minh Nguyet NT, Nga VT, Thai Lien NV, Vo DD, Lien N, et al. An update on obesity: Mental consequences and psychological interventions. *Diabetes Metab Syndr* 2019; 13(1): 155-60.
8. Segal Y, Gunturu S. Psychological issues associated with obesity. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK603747/> [2024 Mar 15].
9. Lee A, Cardel M, Donahoo WT. Social and environmental factors influencing obesity. [online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK278977/> [2024 Mar 15].
10. Popkin BM, Adair LS, Ng SW. Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. *Nutr Rev* 2012; 70(1): 3-21.
11. Pawloski LR, Mitchell P, Curtin KM, Harnirattisai T, Vuthiarpa S. Obesity in children and adolescents in Thailand: Access and education issues for programming and policy in a post COVID-19 epoch. *Health Workforce Educ J* 2023; 1(1): 36-48.
12. Anekwe CV, Jarrell AR, Townsend MJ, Gaudier GI, Hiserodt JM, Stanford FC. Socioeconomics of obesity. *Curr Obes Rep* 2020; 9(3): 272-9.
13. Sarwer DB, Polonsky HM. The psychosocial burden of obesity. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2016; 45(3): 677-88.
14. Steptoe A, Frank P. Obesity and psychological distress. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2023; 378(1888): 20220225.
15. Leutner M, Dervic E, Bellach L, Klimek P, Thurner S, Kautzky A. Obesity as pleiotropic risk state for metabolic and mental health throughout life. *Transl Psychiatry* 2023; 13(1): 175.
16. GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators. Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet* 2024; 403(10440): 2133-61.
17. Farias G, Netto BDM, Boritza K, Bettini SC, Vilela RM, Dâmaso AR. Impact of weight loss on inflammation state and endothelial markers among individuals with extreme obesity after gastric bypass surgery: a 2-year follow-up study. *Obes Surg* 2020; 30(5): 1881-90.
18. Engin A. The pathogenesis of obesity-associated adipose tissue inflammation. *Adv Exp Med Biol* 2017; 960: 221-45.
19. Chiappetta L. Trauma and stress-related disorders and dissociative disorders. In: Fosbre C, Varcariolis EM, Chiappetta L, editors. *Varcarolis' essentials of psychiatric-mental health nursing: a communication approach to evidence-based care*. 5th ed. St. Louis: Elsevier; 2023: 122-37.
20. Hammar E, Bladh M, Agnafors S. Mental health and experience of being bullied in 12-year-old children with overweight and obesity. *Acta Paediatr* 2020; 109(7): 1450-7.
21. Cheng S, Kaminga AC, Liu Q, Wu F, Wang Z, Wang X, et al. Association between weight status and bullying experiences among children and adolescents in schools:

- an updated meta-analysis. *Child Abuse Negl* 2022; 134: 105833.
22. Acchini D, Licenziati MR, Garrasi A, Corciulo N, Driul D, Tanas R, et al. Bullying and victimization in overweight and obese outpatient children and adolescents: an Italian multicentric study. *PLoS One* 2015; 10(11): e0142715.
23. Kar N, Kar S. Exploring the complex relationship between obesity and mental health: a narrative review. *Odisha J Psychiatry* 2022; 18(2): 74-82.
24. Hajek A, Kretzler B, König HH. The association between obesity and social isolation as well as loneliness in the adult population: a systematic review. *Diabetes Metab Syndr Obes* 2021; 14: 2765-73.
25. Lavalée KL, Zhang XC, Schneider S, Margraf J. Obesity and mental health: a longitudinal, cross-cultural examination in Germany and China. *Front Psychol* 2021; 12: 712567.
26. Weinberger NA, Kersting A, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C. The relationship between weight status and depressive symptoms in a population sample with obesity: the mediating role of appearance evaluation. *Obes Facts* 2018; 11(6): 514-23.
27. Milano W, Ambrosio P, Carizzone F, De Biasio V, Di Munzio W, Foia MG, et al. Depression and obesity: analysis of common biomarkers. *Diseases* 2020; 8(2): 23.
28. Kambey PA, Kodzo LD, Serojane F, Oluwasola BJ. The bi-directional association between bipolar disorder and obesity: evidence from meta and bioinformatics analysis. *Int J Obes (Lond)* 2023; 47(6): 443-52.
29. McWhinney SR, Brosch K, Calhoun VD, Crespo-Facorro B, Crossley NA, Dannowski U, et al. Obesity and brain structure in schizophrenia - ENIGMA study in 3021 individuals. *Mol Psychiatry* 2022; 27(9): 3731-7.
30. Geulayov G, Ferrey A, Hawton K, Hermon C, Reeves GK, Green J, et al. Body mass index in midlife and risk of attempted suicide and suicide: prospective study of 1 million UK women. *Psychol Med* 2019; 49(14): 2279-86.
31. Sutin AR, Robinson E, Daly M, Terracciano A. Perceived body discrimination and intentional self-harm and suicidal behavior in adolescence. *Child Obes* 2018; 14(8): 528-36.
32. Rajan TM, Menon V. Psychiatric disorders and obesity: a review of association studies. *J Postgrad Med* 2017; 63(4): 182-90.
33. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet commission. *Lancet* 2020; 396(10244): 413-46.
34. Ramirez V, Wiers CE, Wang GJ, Volkow ND. Personality traits in substance use disorders and obesity when compared to healthy controls. *Addiction* 2020; 115(11): 2130-9.
35. Gerlach G, Loeber S, Herpertz S. Personality disorders and obesity: a systematic review. *Obes Rev* 2016; 17(8): 691-723.
36. Samaan Z, Lee YK, Gerstein HC, Engert JC, Bosch J, Mohan V, et al. Obesity genes and risk of major depressive disorder in a multiethnic population: a cross-sectional study. *J Clin Psychiatry* 2015; 76(12): e1611-8.
37. Lotfaliany M, Bowe SJ, Kowal P, Orellana L, Berk M, Mohebbi M. Depression and chronic diseases: co-occurrence and communality of risk factors. *J Affect Disord* 2018; 241: 461-8.
38. Mahindru A, Patil P, Agrawal V. Role of physical activity on mental health and well-being: a review. *Cureus* 2023; 15(1): e33475.
39. O'Reilly GA, Cook L, Spruijt-Metz D, Black DS. Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review. *Obes Rev* 2014; 15(6): 453-61.

40. Shao S, Li L, Zhang Y, Liu Z, Zhang X. Research progress on the role of mindfulness in intervention for adolescent obesity. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2024; 15: 1412522.
41. Kim SH, Chung JH, Kim TH, Lim SH, Kim Y, Lee YA, et al. The effects of repetitive transcranial magnetic stimulation on eating behaviors and body weight in obesity: a randomized controlled study. *Brain Stimul* 2018; 11(3): 528-35.
42. Teng S, Guo Z, Peng H, Xing G, Chen H, He B, et al. High-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation over the left DLPFC for major depression: session-dependent efficacy: a meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2017; 41: 75-84.
43. Bou Khalil R, El Hachem C. Potential role of repetitive transcranial magnetic stimulation in obesity. *Eat Weight Disord* 2014; 19(3): 403-7.
44. Mayo Clinic. Transcranial magnetic stimulation. [online]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/ tests-procedures/ transcranial-magnetic-stimulation/about/pac-20384625> [2024 Mar 15].