

วารสาร

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

**Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry**

ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2568)

Volume 19, Issue 2, July - December 2025



กรมสุขภาพจิต

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา



# วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

ISSN 3027-8546 (Online)

## คณะที่ปรึกษา (สังกัดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา)

พญ.สุพัฒนา เชาชาติวงศ์ ณ อยุธยา

นพ.ศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา

พญ.ปัทมา ศิริเวช

นพ.พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ

## บรรณาธิการ

พญ.พิชญชา ชาญนคร สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

**บรรณาธิการรอง** นางรุปรีย์ ฟูมจเจริญ  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา  
น.ส.วัฒนาภรณ์ พิบูลลาภลักษณ์  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

## กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.นพ.ชัชวาลย์ ศิลปกิจ มหาวิทยาลัยมหิดล  
ศ.ดร.นพ.วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ผศ.ดร.นพ.วรภัทร รัตอากาศ มหาวิทยาลัยมหิดล  
ผศ.ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศิริพรพานิชย์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
ดร.นพ.นพพร ตันติรังสี สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้  
นพ.วรวัฒน์ ไชยชาญ โรงพยาบาลจิตเวช นครสวรรค์ราชนครินทร์  
รศ.ดร.ภก.มนัส พงศ์ชัยเดชา มหาวิทยาลัยศิลปากร  
ดร.ธนะภูมิ รัตนานพวงศ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ  
พ.ศ.หญิง ดร.อุบลพรรณ วีระศิลป์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ  
ผศ.ดร.ภก.ทวนธน บุญถือ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี  
ผศ.ดร.ภก.ถนอมพงษ์ เสถียรลักษณ์ มหาวิทยาลัยสยาม  
ดร.สุนทร ศรี โกไลย สถาบันพัฒนาการเด็ก ราชนครินทร์  
ดร.นพรัตน์ ไชยธานี มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

อ.ดร.กมล เกียรติเรืองภมลา

ดร.ภัทรวรรณ สุขยิธัญ

นายกฤตชัย แก้วยศ

## กองบรรณาธิการ (สังกัดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา)

นพ.พงศกร เล็งดี

พญ.จิตติมา สงวนวิชัยกุล

นางอุณจิตร คุณารักษ์

น.ส.นิรมล ปะนะสุณา

นางนัทรสุดา จุงสกุล

น.ส. สาวิตรี สุริยะฉาย

น.ส. อรภรณ์ สวานัง

## ผู้จัดการ

น.ส. ธิตติมา ณรงค์ศักดิ์

**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

บทความที่ดีพิมพ์ต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 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 3027-8546 (Online)

### 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
Noppohn 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 Chaichummi	Walailak University
Kamol Keatruangkamala	King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang
Pattarawat Sukyirun	Srithanya Hospital
Krittanaei 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](mailto:somdetjournal@gmail.com)

## สารบัญวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ปี 2568 ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม)

	หน้า
สารบัญ	ก
คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์	จ
บรรณาธิการแถลง	ฉ
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ผลของโปรแกรมการฝึกสติต่อผลลัพธ์ด้านจิตใจและภาวะหมดไฟ ในการทำงานของพยาบาลจิตเวชในเขตกรุงเทพและปริมณฑล	1
อรอนงค์ อุปนันท์, เพ็ญพิศ บุญขมาลิก, สุรินทร์ กลัมพากร	
การเข้าถึงบริการของผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิตในกรุงเทพมหานคร: จากการสำรวจระดับวิทยาลัยสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี 2566	18
ธนีชา วงศ์จรุงเรือง, สุธา สุปัญญา	
ความแตกต่างเชิงพื้นที่ของประสบการณ์คล้ายโรคจิต: หลักฐานเชิงประจักษ์ จากการสำรวจสุขภาพจิตระดับชาติไทย ปี 2566	46
ศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา, สุธา สุปัญญา	
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี	58
สินีนานฎ วิทยพิเชฐสกุล, กัลยรักษ์ พูลชาติ, สุชานันท์ คำภาอินทร์, นารีลักษณ์ ศิริพจน์, ชุตติมา ศรีนวล, ญาณันธร กราบทิพย์,	
ผลของโปรแกรมการกำกับควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิต ที่ใช้สารเสพติด	71
พรธรมนต์ ศิริวิภาอนันต์, พิชามณูษ์ แทนศิริ, สมบัติ ประทักษ์กุลวงศา	
ภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านซึมเศร้า: การวิเคราะห์ระยะปลอดเหตุการณ์ อรรถกรณ์ สวนซัง, ปภาวี จันทรเพ็ง	87

## **Contents of Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry Years 2025, Volume 19, Issue 2 (July- December)**

	Page
<b>Contents</b>	v
<b>Instruction to authors</b>	vi
<b>Preface</b>	vii
<b>Original article</b>	
<b>The Effects of Mindfulness-Based Program on Psychological Outcomes and Burnout Among Psychiatric Nurses in Bangkok Metropolitan Area</b>	1
Onanong Oupanan, Plernpit Boonyamalik, Surintorn Kalampakorn	
<b>Service Access among Individuals with Psychotic Experiences in Bangkok: Results from the 2023 Thai National Mental Health Survey</b>	18
Thaneeeya Wongjongrungruaeng, Suttha Supanya,	
<b>Regional Heterogeneity in Lifetime Psychotic Experience Phenotypes: Evidence from the 2023 Thai National Mental Health Survey</b>	46
Sarutabhandu Chakrabhandu Na Ayutaya, Suttha Supanya	
<b>The Effects of a Resilience Enhancement Program on First-Year Students at a Sirindhorn College of Public Health</b>	58
Sineenart Witayapichetsakul, Kanyalak Phunchat, Suchanan Kamphain, Nareeluk Siripoj, Chutima Srinual, Yananthorn Krabthip	
<b>Effect of Self-Regulation Program on Violent Behavior in Patients with Substance Induced Psychotic Disorder</b>	71
Passamon Siriwiphaanun, Pichamon Thansiri, Sombut Pratakkulvongsa	
<b>Hypothyroidism in Patients Treated with Lithium Therapy: A Survival Analysis</b>	87
Orabhorn Suanchang, Papawee Junpeng	

## คำแนะนำผู้พิมพ์

วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประชาสัมพันธ์นโยบายและกิจกรรมของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช เรื่องที่ลงพิมพ์ในวารสารฉบับนี้แล้วถือเป็นสิทธิ์ของวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

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

- ประเด็นย่อยหรือหัวข้อย่อคำอธิบายที่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะที่ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่

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  
เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้  
หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก  
(ตัวเลขยกไม่ใส่วงเล็บ) และเรียงต่อไป  
ตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลข  
เดิม การอ้างอิงทำบทความ จะมีตัวอย่างการ  
เขียนต่อจากการส่งต้นฉบับ รวม 14 ตัวอย่าง

#### การเตรียม ตาราง รูปภาพและแผนภูมิ

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

3. แผนภูมิ ควรมีฐานข้อมูลของแผนภูมิ  
และควรระบุโปรแกรมที่ใช้ด้วยคำอธิบาย  
รูปภาพและแผนภูมิให้พิมพ์แยกไว้ต่างหาก  
แทรกไว้ก่อนรูปนั้น

3. บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review  
article)

เป็นบทความจากการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ผลเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าของเรื่องนั้นในสถานการณ์ปัจจุบัน บทความฟื้นฟูวิชาการมีส่วนประกอบดังนี้

3.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้นิพนธ์และสังกัด (Author & by-line) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.3 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.4 คำสำคัญ (Key words) ภาษาไทยและอังกฤษ

3.5 บทนำ (Introduction)

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

3.7 สรุป (Conclusion)

3.8 เอกสารอ้างอิง (References)

4. รายงานเบื้องต้น (Preliminary report)

หรือรายงานสังเขป (Short communication) เป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยัง

ไม่เสร็จสมบูรณ์ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมหรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับซึ่งมีส่วนประกอบที่สำคัญ เช่นเดียวกับนิพนธ์ต้นฉบับหรือบทความฟื้นฟูวิชาการ

## 5. รายงานผู้ป่วย (Case report)

เป็นรายงานที่เกี่ยวกับผู้ป่วยที่น่าสนใจไม่เคยมีรายงานมาก่อนหรือมีรายงานน้อยรายชื่อเรื่องควรต่อท้ายด้วย : รายงานผู้ป่วย (Case report) เพื่อให้ผู้อ่านทราบว่าเป็นรายงานผู้ป่วยถ้าแสดงรูปภาพ ต้องเฉพาะที่จำเป็นจริง ๆ และได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้รับผิดชอบรายงานผู้ป่วยมีองค์ประกอบดังนี้

5.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

5.2 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) การรักษาและผลจากการรักษาบำบัด

5.7 วิจารณ์ (Discussion)

5.8 สรุป (Conclusion)

5.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

## 5.10 เอกสารอ้างอิง (References)

### 6. ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความที่ไม่สามารถจัดเข้าในประเภท 1 ถึง 4 ได้

6.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

6.2 ชื่อผู้นิพนธ์และสังกัด (Author & by-line) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

6.3 เนื้อเรื่อง (Text) ประกอบด้วย

- บทนำ (Introduction)
- ประเด็นหลักสำคัญ และคำอธิบายที่ประกอบด้วยเนื้อหา
- ประเด็นย่อยหรือหัวข้อย่อย และคำอธิบาย

- ประเด็นสำคัญ

- ประเด็นย่อย

- สรุป (Conclusion)

6.4 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

6.5 เอกสารอ้างอิง (References)

### การเตรียมต้นฉบับ

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

๗

พจนานุกรมฯ อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้ คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ ซึ่งขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วยคำศัพท์ภาษาอังกฤษและหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นกิริยา การเขียนคำสถิติ ร้อยละ ให้ใช้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง

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

### การส่งต้นฉบับ

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

ถ้าเป็นการทดลองในมนุษย์ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมพิจารณาการทดลองในคนด้วย

### เอกสารอ้างอิง

ในคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์นี้ได้รวบรวมรูปแบบการอ้างอิงเอกสารระบบ Vancouver 2003 ไว้ทั้งหมด 6 ประเภท 14

ตัวอย่าง ดังนี้

### 1. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวารสาร

1.1 การอ้างอิงจากวารสารที่ได้มาตรฐานทั่วไป

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

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

ตัวอย่างที่ 2 (กรณีผู้พิมพ์เกิน 6 คน)  
Meydani SN, Leka LS, Fine BC, Dallal GE, Keusch GT, Singh MF, et al. Vitamin E and respiratory tract infections in elderly nursing home residents: a randomized controlled trial. JAMA 2004; 292: 828-36.

1.2 กรณีที่หน่วยงานเป็นผู้พิมพ์ ใช้รูปแบบพื้นฐานเช่นเดียวกับ 1.1 ดังนี้

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

### 1.3 กรณีที่ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

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

### 1.4 กรณีที่เป็นฉบับเสริม (Supplement)

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

suppl: S2-7.

### 2. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือ/ตำรา

2.1 การอ้างอิงจากหนังสือที่ได้มาตรฐานทั่วไป

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

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

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

2.2 หนังสือที่ผู้เขียนเป็นบรรณาธิการหรือผู้รวบรวม

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

2.3 หนังสือที่มีผู้พิมพ์เป็นหน่วยงานและเป็นผู้พิมพ์

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

2.4 เอกสารอ้างอิงเป็นบทหนึ่งในหนังสือ

ตัวอย่างที่ 9 Strang J, Gradley B,

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

2.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม (conference proceeding)

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

### 3. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

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

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

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

4. เอกสารอ้างอิงที่เป็นรายงานทางวิชาการ

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้วิจัย (หรือสถาบัน).

ชื่อเรื่อง. ชื่อเมือง: สำนักพิมพ์: ปี.

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

### 5. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

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

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

### จริยธรรมในการเผยแพร่ผลงานวิจัยในวารสาร

1. เนื้อหาทั้งหมดของบทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสาร เจ้าของผลงานมีการคิด ค้นคว้า ทบทวน วิเคราะห์ สรุป เรียบเรียงและอ้างอิงข้อมูลโดยผู้เขียนเอง กองบรรณาธิการไม่มีส่วนร่วมรับผิดชอบ
2. บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ต้องไม่เคยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการเสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น
3. ผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์หรือสัตว์ทดลองต้องได้รับการรับรองการผ่านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง และต้องส่งหลักฐานให้กับวารสารด้วย

## บรรณาธิการแถลง

วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา มุ่งเป็นเวทีทางวิชาการในการเผยแพร่ผลงานวิจัย และบทความด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ เพื่อส่งเสริมการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และการพัฒนาองค์ วิชาการ ตลอดจนยกระดับคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพจิตในประเทศไทย วารสารฉบับนี้เป็นปีที่ 19 ฉบับที่ 2 ซึ่งสะท้อนถึงความมุ่งมั่นของกองบรรณาธิการในการขับเคลื่อนองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตอย่าง ต่อเนื่องเป็นระบบและยั่งยืน

ท่ามกลางบริบทของโลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี ปัญหา สุขภาพจิตมีความซับซ้อนและแพร่หลายมากยิ่งขึ้น ภาวะความเครียด ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และ ภาวะหมดไฟในการทำงาน พบได้ในประชากรทุกช่วงวัย ดังนั้น การพัฒนาองค์ความรู้ที่ถูกต้องและเท่าทัน สถานการณ์จึงมีบทบาทสำคัญต่อการป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพจิตอย่างมีประสิทธิภาพ

วารสารฉบับนี้ได้รวบรวมบทความวิชาการประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ จำนวนทั้งสิ้น 6 เรื่อง ซึ่งมีความ หลากหลายทั้งในเชิงบริบท กลุ่มเป้าหมาย และแนวทางทางทฤษฎี โดยประกอบด้วยหัวข้อที่มีความน่าสนใจ และมีคุณค่าทางวิชาการ ดังนี้ 1. ผลของโปรแกรมการฝึกสติต่อผลลัพธ์ด้านจิตใจและภาวะหมดไฟในการ ทำงานของพยาบาลจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล 2. การเข้าถึงบริการของผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายโรค จิตในกรุงเทพมหานคร: จากการสำรวจระดับชาติของคนไทยระดับชาติ ปี 2566 3. ความแตกต่าง เชิงพื้นที่ของประสบการณ์คล้ายโรคจิต: หลักฐานเชิงประจักษ์จากการสำรวจสุขภาพจิตระดับชาติไทย ปี 2566 4. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี 5. ผลของโปรแกรมการกำกับควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้ สารเสพติด 6. ภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยา lithium: การวิเคราะห์ระยะปลอดเหตุการณ์

กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนบทความทุกท่านที่มีส่วนสำคัญในการ สร้างสรรค์ผลงานวิชาการที่มีคุณค่า วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาจัดพิมพ์ในรูปแบบ วารสารอิเล็กทรอนิกส์ (e-journal) เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูล โดยสามารถอ่าน ดาวน์โหลด หรือส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายผ่านทางเว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/journalsomdetchaopraya/index> กองบรรณาธิการเชื่อมั่นว่าบทความในวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อ การพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต และสนับสนุนการพัฒนาาระบบสุขภาพจิตของประเทศไทยอย่างยั่งยืน ต่อไป

พญ.พิชญา ชาญนคร  
บรรณาธิการวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

# ผลของโปรแกรมการฝึกสติต่อผลลัพธ์ด้านจิตใจและภาวะหมดไฟในการทำงาน ของพยาบาลจิตเวชในเขตกรุงเทพและปริมณฑล

อรอนงค์ อุปนันท์, พย.บ.\*, เพลินพิศ บุญยมาลิก, ปร.ด.\*\*, สุรินทร์ กลัมพากร, ปร.ด.\*\*

\*โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี

\*\*ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการฝึกสติต่อผลลัพธ์ด้านจิตใจและภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลจิตเวช

**วัสดุและวิธีการ :** เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง 2 กลุ่ม ในพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 70 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการฝึกสติผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการฝึกทักษะ 1 วัน ฝึกทักษะสมาธิคลายเครียด สติพื้นฐาน สติในการกิน/ ดื่ม สติควบคุมอารมณ์ พร้อมชุดฝึก และไปงานกลับไปฝึกต่อด้วยตนเองอีก 4 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับเอกสารความรู้ และคู่มือการฝึกสติด้วยตนเอง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินผลลัพธ์ด้านจิตใจ (DASS-21) และแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน (MBIGS) ก่อนการทดลอง หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ Chi-square test, Independent t-test และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ One-way repeated measure ANOVA, Post-hoc Bonferroni และ Independent t-test

**ผล :** กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ด้านจิตใจ และภาวะหมดไฟในการทำงาน ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ( $p$ -value  $< 0.001$ ) และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $< 0.05$ )

**สรุป :** โปรแกรมการฝึกสติสามารถลดความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลจิตเวชได้

**คำสำคัญ :** ความเครียด, ความวิตกกังวล, ภาวะซึมเศร้า, ภาวะหมดไฟในการทำงาน, โปรแกรมการฝึกสติ

# THE EFFECTS OF MINDFULNESS-BASED PROGRAM ON PSYCHOLOGICAL OUTCOMES AND BURNOUT AMONG PSYCHIATRIC NURSES IN BANGKOK METROPOLITAN AREA

Onanong Oupanan, B.N.S.\*, Plernpit Boonyamalik, Ph.D.\*\*\*, Surintorn Kalampakorn, Ph.D.\*\*

*\*Srithanya Hospital*

*\*\*Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University*

## Abstract

**Objectives:** To evaluate the effects of a mindfulness-based program on psychological outcomes, and burnout, among psychiatric nurses.

**Material and Methods:** This quasi-experimental study involved 70 psychiatric nurses under the Department of Mental Health, randomly assigned to an experimental group (n=35) and a comparison group (n=35). The experimental group participated in a one-day mindfulness training workshop, incorporating interactive learning and skill development, followed by four weeks of self-guided practice. The comparison group received educational materials and a self-directed mindfulness manual. Data collection involved personal information questionnaires, psychological outcome assessments (DASS-21), and burnout evaluations (MBI-GS). Assessments were conducted at three time points: Week 1, Week 4, and Week 6. Data analysis included descriptive statistics such as the Chi-square test, Independent t-test, as well as analytical statistics, including One-way repeated measure ANOVA, Post-hoc Bonferroni, and Independent t-test.

**Results:** The experimental group demonstrated significantly lower mean scores in psychological outcomes and job burnout in the post-intervention and follow-up periods compared to the pre-intervention period (p-value < 0.001). Additionally, their scores were significantly lower than those of the comparison group during the same periods (p-value < 0.05).

**Conclusion:** The mindfulness-based training program was effective in reducing stress, anxiety, depression, as well as burnout among psychiatric nurses.

**Key words:** depression, stress, anxiety, burnout, mindfulness-based program

## บทนำ

ภาวะหมดไฟในการทำงานคือ ภาวะการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่เกิดจากความเครียดเรื้อรังในการทำงาน โดยมีอาการหลัก 3 อาการประกอบด้วย 1) รู้สึกสูญเสียพลังงาน หรือมีภาวะอ่อนเพลีย 2) มีความรู้สึกต่อต้าน และมองงานของตนเองในทางลบ ขาดความรู้สึกในความตั้งใจที่จะประสบความสำเร็จ และ 3) รู้สึกเหินห่างจากคนอื่น ไม่ว่าจะเป็นผู้ร่วมงาน หรือลูกค้า รวมถึงขาดความผูกพันกับสถานที่ทำงาน<sup>1</sup> บุคลากรสาธารณสุขเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ประสบปัญหาภาวะหมดไฟในการทำงานมากที่สุดประมาณร้อยละ 15-50<sup>2</sup> โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ เป็นสถานการณ์ที่พบคล้ายคลึงกันเกือบทั่วโลก อาทิเช่น ประเทศโปแลนด์ ร้อยละ 50 ประเทศแอฟริกาใต้พบร้อยละ 55<sup>3</sup> และในประเทศไทยมีการสูญเสียพยาบาลออกจากระบบในแต่ละปีกว่า 7,000 คน แม้ว่าจะสามารถผลิตได้ปีละ 10,000 คน จากการสำรวจพบว่า พยาบาลจบใหม่ลาออกหลังจากทำงานได้ 1 ปี ร้อยละ 48<sup>4</sup>

พยาบาลจิตเวชในสังกัดของกรมสุขภาพจิต เป็นพยาบาลที่ทำงานเกี่ยวข้องโดยตรงต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ปฏิบัติภารกิจในการศึกษาวิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพจิต<sup>5</sup> ในขณะที่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี ปี พ.ศ 2558-2565 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคทางจิตเวชเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า จาก 1.3 ล้านคน เป็น 2.4 ล้านคน<sup>6</sup>

และในอนาคตผู้ป่วยทั่วโลกมีโรคทางด้านสุขภาพจิตโดยเฉลี่ยถึงร้อยละ 36 ซึ่งสูงกว่าโรคมะเร็งที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 34<sup>7</sup> ส่งผลให้ความต้องการในการดูแลสุขภาพจิตมากขึ้น จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่น่าไปสู่การเพิ่มขึ้นของความเครียด และความเหนื่อยล้าในกลุ่มพยาบาลจิตเวช ทั้งจากปัญหาอัตรากำลังคนน้อย ทำงานหนัก จำนวนชั่วโมงทำงานที่ยาวนาน<sup>8</sup> เมื่อพยาบาลจิตเวชเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน จะก่อให้เกิดผลเสียทั้งต่อตัวเอง ครอบครัว รวมถึงองค์กร ทำให้ขาดงาน หรือลาป่วยบ่อย มีอารมณ์โกรธ หงุดหงิดง่าย แยกตัว ไม่สูงส่งกับเพื่อนร่วมงาน ความกระตือรือร้นในการทำงานลดลง ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง และนำไปสู่การลาออกจากงานในที่สุด

วิทยาลัยการจัดการมหาวิทยาลัยมหิดล ได้สำรวจคนวัยทำงานที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,280 คน พบว่ากว่าร้อยละ 12 อยู่ในภาวะหมดไฟในการทำงาน ผลวิจัยจึงสรุปไว้ว่าคนกรุงเทพมหานคร กว่าร้อยละ 69 หรือคิดเป็น 7 ใน 10 มีภาวะหมดไฟในการทำงาน และหากคิดตามสัดส่วนคนทำงานในกรุงเทพมหานคร ที่มีประชากรประมาณ 5.5 ล้านคน เมื่อนำมาเทียบเคียงกับผลวิจัย จะพบว่าคนทำงานในกรุงเทพมหานคร มีภาวะหมดไฟในการทำงานกว่า 3.7 ล้านคน<sup>9</sup> ซึ่งเป็นบ่อเกิดที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ ถึงบ่งบอกถึงพยาบาลจิตเวชที่ต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้น ส่งผลถึง

ผลลัพธ์ด้านจิตใจ และภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลจิตเวชในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ โรงพยาบาลจิตเวชในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล สังกัดกรมสุขภาพจิต ทั้ง 3 เขต ได้แก่ โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา สถาบันราชานุกูล และสถาบันสุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่น จำนวน 6 แห่ง แต่มีจำนวน 3 แห่งที่มีบริการหอผู้ป่วยใน ได้แก่ โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ได้โรงพยาบาลศรีธัญญาเป็นกลุ่มทดลอง และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

การดูแลด้านจิตใจ และการเฝ้าระวังประเมินผลอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมให้พยาบาลสามารถทำงานได้อย่างมีความสุขและมีประสิทธิภาพ การผ่อนคลายความเครียดโดยการทำกิจกรรมที่ชอบสามารถทำได้หลายวิธี หากความเครียดนั้นมีความรุนแรง อาจจะต้องใช้เทคนิคการคลายเครียดแบบเฉพาะ เช่น การฝึกสติ ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการฝึกสติเกิดขึ้นหลากหลายแง่มุมซึ่งสามารถลดความเครียดได้<sup>10</sup> โดยผลของการฝึกสตินอกจากทำให้มีสติเพิ่มขึ้นแล้วยังช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาล<sup>11</sup> และทำให้เกิดการคิดยืดหยุ่นซึ่งส่งผล

ต่อความสุขเพิ่มขึ้นด้วย<sup>12</sup> การฝึกสติจะทำให้สมองส่วนหน้าสุดทำงานดีขึ้นในการควบคุมอารมณ์ ความคิด และสมองส่วนอารมณ์ทำงานน้อยลง สมองในด้านการจดจ่อทำงานดีขึ้นและที่สำคัญช่วยให้สมองที่เกี่ยวข้องกับความเห็นอกเห็นใจทำงานมากขึ้น<sup>13</sup>

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ผลของโปรแกรมการฝึกสติต่อผลลัพธ์ด้านจิตใจ และภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยใช้วิธีการแบบอิงสติ<sup>14</sup> และวิธีการฝึกสติแบบสั้น<sup>15</sup> มาประยุกต์ใช้ในการกำหนดกิจกรรมการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกสติต่อผลลัพธ์ด้านจิตใจ และภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลจิตเวชในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล เพื่อให้พยาบาลจิตเวชสามารถตระหนักรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับความเครียด อารมณ์ ความรู้สึก รวมถึงพฤติกรรมของตนเอง ตลอดจนการเรียนรู้ถึงวิธีการดูแลจิตใจให้สามารถจัดการต่อความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และภาวะหมดไฟในการทำงาน เพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งส่งผลต่อความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมต่อไป

### วัสดุและวิธีการ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (Two group

Pre-Posttest and Follow-up Design) ประชากรศึกษา คือพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตใน เขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล ที่มีคุณสมบัติ ตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 22 ปีขึ้นไป 2) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช และ ไม่มีการใช้ยาทางจิตเวช 3) มีความเครียดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไป จากแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต (DASS-21)<sup>16</sup> หรือมีภาวะหมดไฟในการทำงานระดับปานกลาง ขึ้นไป จากแบบประเมิน (MBIGS)<sup>17</sup> อย่างน้อย ด้านใดด้านหนึ่ง 4) ไม่เป็นผู้ได้รับการรับรอง การเป็นผู้บำบัดเบื้องต้น โดย กรมสุขภาพจิต มาก่อน 5) มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถติดตั้ง Application ระฆังสติได้ และสามารถใช้ออปพลิเคชันไลน์ได้ในชีวิตประจำวัน เกณฑ์การ คัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา ได้แก่ 1) มี ภาวะการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของ การวิจัย 2) มี แผนเปลี่ยนแปลงย้ายตำแหน่งงาน ไปยัง โรงพยาบาลอื่นภายใน 1 เดือน คำนวณขนาด ตัวอย่างด้วยโปรแกรม N4Studies: แบบ Sample size for comparing two independent means โดย กำหนดค่า Alpha = 0.05 และค่า Power = 0.9 สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสองกลุ่มที่มี ratio = 1:1 ใช้ข้อมูลจากการศึกษาก่อนหน้า คือ ผลการศึกษาของพริษฐ์ โพธิ์งาม<sup>18</sup> ได้ขนาดได้ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 62 คน เป็นกลุ่มทดลอง 31 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 31 คน และเพิ่มขนาดตัวอย่าง ร้อยละ 10 เพื่อป้องกันสูญหายระหว่างการวิจัย

กลุ่มเลือกโรงพยาบาลศรีธัญญา เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ เจ้าพระยา เป็นกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 35 คน รวมเป็น 70 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฝึก สติที่ประยุกต์มาจากโปรแกรมการฝึกสติ เพื่อ ลดความเครียด<sup>14</sup> และวิธีการฝึกสติแบบสั้น<sup>15</sup> สมารถคลายเครียด สติพื้นฐาน (ดำเนินชีวิต, กิจวัตร, ออกกำลังกาย) สติในการกิน/ ดื่ม สติ ควบคุมอารมณ์ การศึกษามีความคล้ายคลึงกับ พริษฐ์ โพธิ์งาม<sup>18</sup> ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสติ บำบัดแบบระยะสั้น (MBBI)<sup>15</sup> เป็นการ จัด โปรแกรมสติบำบัดออนไลน์ผ่านโปรแกรม Google Meet สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งการศึกษามีข้อจำกัดคือ เป็นการ จัด กิจกรรมออนไลน์ทั้งหมดซึ่งจะไม่สามารถสังเกต และให้ข้อเสนอแนะนำผู้ร่วมวิจัยในระหว่างทำ กิจกรรมได้ทั่วถึง ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบโปรแกรม ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 วัน 5 แผนการ อบรม ได้แก่ แผนการอบรมที่ 1 เรื่องความเข้าใจ ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และ ภาวะหมดไฟในการทำงาน บรรยายเรื่องผลลัพธ์ ด้านจิตใจและภาวะหมดไฟในการทำงาน และ บรรยายสภาวะจิต ผลของการฝึกสติต่อสมอง แผนการอบรมที่ 2 เรื่องสมาธิคลายเครียด อธิบาย ความสำคัญและความหมายของสมาธิ ฝึกสมาธิ ขั้นตอนที่ 1 (ฝึกหยุดคิด) ขั้นตอนที่ 2 (ฝึกจัดการ กับความคิด) และขั้นที่ 3 (ฝึกจัดการกับความง่วง) แผนการอบรมที่ 3 เรื่องสติพื้นฐาน (ดำเนินชีวิต, กิจวัตร, ออกกำลังกาย) ฝึกสติพื้นฐาน โดยการฟัง

หยาบจับ ชิมผลไม้แห้ง ยืน เดิน อย่างมีสติ ฝึกสติ ในกิจวัตร ฝึกสติต่อเนื่องใน 1 กิจกรรมเป็นประจำ โดยรู้ลมหายใจ รู้ในกิจที่ทำตลอดตั้งแต่ต้นจนจบ กิจกรรม ติดตั้งระฆังสติ ฝึกสติระหว่างออกกำลัง ภาย ฝึกออกกำลังกายทั้ง 3 แบบ ได้แก่ แบบ Cardio แบบ Resistance Training และแบบ Flexibility Training อย่างมีสติ แผนการอบรมที่ 4 เรื่อง สติ ในการกิน/ ดื่ม ฝึกสติก่อนกิน สติระหว่างกิน สติ หยุดกิน แผนการอบรมที่ 5 เรื่อง สติในการควบคุม อารมณ์ ฝึกสติในการยืนในท่าที่ไม่ชอบ ท่าเหยียด ข้อเท้า และย่อเข่า (ท่า Squad) ฝึกสติในการฟัง เรื่องเร้าอารมณ์ มีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม ฟังสะท้อนความรู้สึก มอบคู่มือการฝึกสติ เพื่อลด ผลลัพธ์ด้านจิตใจ และภาวะหมดไฟในการทำงาน สำหรับกลุ่มตัวทดลอง ให้กลับไปฝึกปฏิบัติด้วย ตัวเองในชีวิตประจำวันต่ออีก 4 สัปดาห์ เพื่อฝึก ให้มีสติในระหว่างวันในชีวิต ประจำวันและชีวิต การทำงาน และระหว่างฝึกสติแต่ละสัปดาห์ มีการสอบถาม การติดตามกระตุ้นเตือนทาง แอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม 2 ครั้ง/ สัปดาห์ ทุกวัน จันทร์ และวันพฤหัสบดี พร้อมทั้งส่งคลิปเสียง สมาธิคลายเครียด 10 นาที เป็นการกระตุ้นให้กลุ่ม ทดลองฝึกปฏิบัติด้วยตัวเอง สอบถามถึงปัญหา อุปสรรคในการฝึก และลงแบบบันทึก การฝึก เสนอแนะแนวทางแก้ไข เสริมแรงทางบวกชื่นชม ให้กำลังใจ และหลังฝึกแต่ละสัปดาห์ จะมีการ ติดตามความก้าวหน้าในการฝึกโดยการประชุม กลุ่มผ่านแอปพลิเคชัน ไลน์กลุ่ม พร้อมส่ง การบ้านทุกวันอาทิตย์ โดยสัปดาห์ที่ 1 เน้นหัวข้อ

สมาธิคลายเครียด สัปดาห์ที่ 2 เน้นหัวข้อสติ พื้นฐาน สัปดาห์ที่ 3 เน้นหัวข้อสติในการกิน/ ดื่ม สัปดาห์ที่ 4 เน้นหัวข้อสติควบคุมอารมณ์ ในกลุ่ม เปรียบเทียบได้รับเอกสารคู่มือหลักการ การฝึก สติเพื่อลดผลลัพธ์ด้านจิตใจ และภาวะหมดไฟใน การทำงานของพยาบาลจิตเวช สมาธิคลายเครียด สติพื้นฐาน สติในการกิน/ ดื่ม สติควบคุมอารมณ์ ด้วยตนเอง

โปรแกรมการฝึกสติที่ใช้ในการศึกษา ครั้งนี้ได้รับการรับรองความถูกต้องเหมาะสม ของเนื้อหากับบริบทของกลุ่มตัวอย่างจาก ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลสุขภาพจิต จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยาชำนาญการพิเศษ และ อาจารย์มหาวิทยาลัย ผู้อบรมเป็นผู้วิจัย ซึ่งผ่านการ อบรมหลักสูตรสติบำบัด (Mindfulness-based therapy and counseling) และได้รับการรับรองการ เป็นผู้บำบัด โดย กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข เมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2566 ส่วนกลุ่ม เปรียบเทียบดำเนินชีวิตตามปกติ และได้เอกสาร ความรู้ และคู่มือการฝึกสติด้วยตัวเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ลักษณะงาน ระยะเวลาในการ ทำงานพยาบาลจิตเวช การทำงานเป็นกะ จำนวน ชั่วโมงการทำงานต่อวัน จำนวนวันทำงานต่อ สัปดาห์ จำนวนชั่วโมงการนอนหลับในแต่ละวัน ประสิทธิภาพในการทำงาน ความพึงพอใจได้ 2) แบบประเมินผลลัพธ์ด้านจิตใจ ใช้แบบวัด

ภาวะสุขภาพจิต (Depression Stress Anxiety Scales; DASS-21) ฉบับภาษาไทย<sup>16</sup> จำนวน 21 ข้อ แต่ละข้อเป็น มาตราส่วนแบบประมาณค่า 4 ระดับ มีคะแนนระหว่าง 0-3 ประเมินภาวะสุขภาพจิต 3 ด้าน ได้แก่ ด้านภาวะซึมเศร้า ด้านความวิตกกังวล และด้านความเครียด 3) แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของมาลาส (Maslach burnout inventory-general survey; MBI-GS) ฉบับภาษาไทย<sup>17</sup> จำนวน 22 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Motional exhaustion) ด้านการเมินเฉยต่องาน (Cynicism) และด้านความสามารถในการทำงาน (Professional efficacy) คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 7 ระดับ มีคะแนนระหว่าง 0-6 ในการศึกษาครั้งนี้มีการทดสอบคุณภาพของแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน โดยแต่ละข้อคำถามในหมวดที่ 1 ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) = 1 และมีความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ผ่านเกณฑ์โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับแบบประเมิน DASS-21 ด้านภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.902 ด้านความวิตกกังวล เท่ากับ 0.806 และด้านความเครียดเท่ากับ 0.928 สำหรับแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ เท่ากับ 0.871 ด้านการเมินเฉยต่องาน เท่ากับ 0.83 และด้านความสามารถในการทำงาน เท่ากับ 0.937

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Repeated measure one-way ANOVA และ Post-hoc Bonferroni และ Independent t-test

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ 4 แห่ง ได้แก่ 1) คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2567 รหัสโครงการวิจัย 24/ 2024 เลขที่ใบรับรอง MUPH 2024-035 2) โรงพยาบาลศรีธัญญา เมื่อวันที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2567 รหัสโครงการวิจัย STY.IRB 016/ 2567\_ful เลขที่ใบรับรอง STY.CO.A 026/ 2567 3) กรมสุขภาพจิต วันที่เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 รหัสโครงการวิจัย DMH.IRB 014/ 2567 BRm\_Ful เลขที่ใบรับรอง DMH.IRB.CO.A 016/ 2567 4. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เมื่อวันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2567 รหัสโครงการวิจัย SD.IRB.SUBMIT 015/2567\_EXP เลขที่ใบรับรอง SD.IRB.APPROVAL 017/2567 และได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเคารพสิทธิส่วนบุคคลในการเข้าร่วมหรือการถอนตัวในระหว่างการศึกษากลุ่มตัวอย่าง รวมถึงมีการขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

## ผล

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง อายุเฉลี่ย 40 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพโสด ระดับการศึกษา

ปริญญาตรี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนก IPD และกลุ่มเปรียบเทียบ อายุเฉลี่ย 35 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพโสด ระดับการศึกษาปริญญาตรี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ การทดสอบความแตกต่างของลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมพบว่า

ส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้นด้านระยะเวลาในการทำงานพยาบาล การทำงานเป็นกะ และจำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน ที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>อายุ</b>					
22-30 ปี	8	22.9	11	31.4	0.063 <sup>b</sup>
31-40 ปี	10	28.6	17	48.6	
41-50 ปี	11	31.4	4	11.4	
51-60 ปี	6	17.1	3	8.6	
$\bar{x} \pm SD$	40.00 $\pm$ 10.39		35.54 $\pm$ 8.36		
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	24.0-60.0		25.0-59.0		
<b>สถานภาพสมรส</b>					
โสด	19	54.3	25	71.4	0.218 <sup>a</sup>
สมรส/ คู่	12	34.3	9	25.7	
หม้าย/ หย่า/ แยก	4	11.4	1	2.9	
<b>ระดับการศึกษา</b>					
ปริญญาตรี	27	77.1	26	74.3	0.780 <sup>a</sup>
ปริญญาโท	8	22.9	9	25.7	
<b>ระยะเวลาในการทำงานพยาบาล</b>					
$\bar{x} \pm SD$	15.06 $\pm$ 11.48		10.63 $\pm$ 7.92		0.001 <sup>b</sup>
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	1.0 - 37.0		1.5 - 27.0		

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>ตำแหน่งงาน</b>					
พยาบาลวิชาชีพ	0	0	2	5.7	0.170 <sup>a</sup>
พยาบาลปฏิบัติการ	16	45.7	20	57.1	
พยาบาลชำนาญการ	19	54.3	12	34.3	
พยาบาลชำนาญการพิเศษ	0	0	1	2.9	
<b>การทำงานเป็นกะ</b>					
Day time	20	57.1	9	25.7	0.008 <sup>a</sup>
เป็นเวรผลัด	15	42.9	26	74.3	
<b>จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน</b>					
8 ชั่วโมง	29	82.9	9	25.7	0.004 <sup>b</sup>
มากกว่า 8 ชั่วโมง	6	17.1	26	74.3	
$\bar{x} \pm SD$	9.20 $\pm$ 2.84		13.54 $\pm$ 3.57		
<b>ลักษณะงาน</b>					
พยาบาล IPD	28	80.0	28	80.0	1.000 <sup>a</sup>
พยาบาล OPD	7	20.0	7	20.0	
<b>จำนวนวันทำงานต่อสัปดาห์</b>					
5 วัน/ สัปดาห์	27	77.1	13	37.1	0.362 <sup>b</sup>
มากกว่า 5 วัน/ สัปดาห์	8	22.9	22	62.9	
$\bar{x} \pm SD$	5.20 $\pm$ 0.68		5.78 $\pm$ 0.69		
<b>จำนวนชั่วโมงการนอนหลับในแต่ละวัน</b>					
น้อยกว่า 8 ชั่วโมง	27	77.1	31	88.6	0.0523 <sup>b</sup>
8 ชั่วโมง	8	22.9	4	11.4	
$\bar{x} \pm SD$	6.17 $\pm$ 1.32		5.97 $\pm$ 1.25		
<b>ประสบการณ์ในการทำงาน</b>					
มี	25	71.4	24	68.6	0.794 <sup>a</sup>
ไม่มี	10	28.6	11	31.4	

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ(ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		p-value
	(n=35)		(n=35)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>ความเพียงพอรายได้</b>					
เพียงพอ เหลือเก็บ	8	22.9	10	28.6	0.208 <sup>a</sup>
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	14	40.0	6	17.1	
ไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน	2	5.7	3	8.6	
ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน	11	31.4	16	45.7	

*a = chi-square test, b = independent t-test*

จากการทบทวนวรรณกรรม ระยะเวลาในการทำงานพยาบาล การทำงานเป็นกะ และจำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวันอาจมีผลต่อความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงาน อย่างไรก็ตามเมื่อนำผลลัพธ์ด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และภาวะหมดไฟในการทำงานมาวิเคราะห์เพิ่มเติมโดยแบ่งระดับตามเกณฑ์การแปลผล ได้แก่ ระดับปกติ-ต่ำ และระดับปานกลาง-รุนแรงที่สุดพบว่า ตัวแปรศึกษาทั้งหมดไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนทดลอง ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าความแตกต่างของปัจจัยดังกล่าวระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีผลต่อตัวแปรตามในการศึกษาครั้งนี้ และการทดสอบความแตกต่างของผลลัพธ์ด้านจิตใจ และภาวะหมดไฟในการทำงานก่อนเริ่มโปรแกรมการฝึกสติพบว่ากลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้นภาวะหมดไฟในการทำงานด้าน

ความสามารถในการทำงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ดังตารางที่ 2

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านจิตใจของพยาบาลจิตเวชทั้ง 3 ช่วงเวลาของกลุ่มทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ด้านจิตใจของพยาบาลจิตเวชด้านความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งหลังการทดลองและในระยะติดตามผล ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ดังตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ยกเว้นด้านภาวะซึมเศร้า ในระยะหลังการทดลองที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ด้านจิตใจและภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลจิตเวช ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
<b>ด้านความเครียด</b>						
ก่อนทดลอง	12.14	3.90	12.26	4.80	-0.109	0.913
หลังทดลอง	3.97	2.41	7.34	5.22	-3.468	0.001
ระยะติดตามผล	3.20	2.30	5.54	4.95	-2.579	0.013
<b>ด้านความวิตกกังวล</b>						
ก่อนทดลอง	10.37	4.08	9.66	5.03	0.652	0.517
หลังทดลอง	2.09	2.03	5.46	5.11	-3.625	0.001
ระยะติดตามผล	2.00	1.83	3.71	4.16	-2.230	0.031
<b>ด้านภาวะซึมเศร้า</b>						
ก่อนทดลอง	10.00	4.61	10.60	4.99	-0.523	0.603
หลังทดลอง	1.94	1.85	5.74	4.93	-4.270	0.000
ระยะติดตามผล	2.09	2.25	3.94	4.02	-2.383	0.021
<b>ภาพรวมภาวะหมดไฟ</b>						
ก่อนทดลอง	61.71	20.50	69.69	19.66	-1.660	0.101
หลังทดลอง	22.31	16.68	47.69	24.29	-5.095	0.000
ระยะติดตามผล	22.09	16.48	36.49	19.71	-3.316	0.001
<b>อ่อนล้าทางอารมณ์</b>						
ก่อนทดลอง	32.06	9.83	30.91	10.92	0.460	0.647
หลังทดลอง	11.34	9.14	21.37	13.99	-3.550	0.001
ระยะติดตามผล	9.80	9.04	14.25	12.16	-1.740	0.086
<b>เมินเฉยต่องาน</b>						
ก่อนทดลอง	13.09	6.74	13.09	6.30	0.000	1.000
หลังทดลอง	3.74	3.88	7.83	7.02	-3.015	0.004
ระยะติดตามผล	3.09	3.58	5.43	5.07	-2.235	0.029

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ด้านจิตใจและภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลจิตเวช ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
<b>ความสามารถในการทำงาน</b>						
ก่อนทดลอง	16.57	8.61	25.66	10.01	-4.084	0.000
หลังทดลอง	7.23	7.62	18.49	11.92	-4.709	0.000
ระยะติดตามผล	9.20	9.33	16.80	12.72	2.850	0.006

*dependent t-test*

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ด้านจิตใจและภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลจิตเวชภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n =35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)	
	MD	p-value	MD	p-value
<b>ความเครียด</b>				
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลอง	8.171	0.000	4.914	0.001
ก่อนการทดลอง – ระยะติดตามผล	8.943	0.000	6.714	0.000
หลังการทดลอง – ระยะติดตามผล	0.771	0.503	1.800	0.422
<b>ความวิตกกังวล</b>				
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลอง	8.286	0.000	4.200	0.004
ก่อนการทดลอง – ระยะติดตามผล	8.371	0.000	5.943	0.000
หลังการทดลอง – ระยะติดตามผล	0.086	1.000	1.743	0.468
<b>ภาวะซึมเศร้า</b>				
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลอง	8.057	0.000	4.857	0.000
ก่อนการทดลอง – ระยะติดตามผล	7.914	0.000	6.657	0.000
หลังการทดลอง – ระยะติดตามผล	-0.143	1.000	1.800	0.396

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ด้านจิตใจและภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลจิตเวชภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)	
	MD	p-value	MD	p-value
<b>ภาพรวมภาวะหมดไฟ</b>				
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลอง	39.400	0.000	22.000	0.000
ก่อนการทดลอง – ระยะติดตามผล	39.629	0.000	33.200	0.000
หลังการทดลอง – ระยะติดตามผล	0.229	1.000	11.200	0.152
<b>ความอ่อนล้าทางอารมณ์</b>				
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลอง	20.714	0.000	9.543	0.003
ก่อนการทดลอง – ระยะติดตามผล	22.257	0.000	16.657	0.000
หลังการทดลอง – ระยะติดตามผล	1.543	1.000	7.114	0.115
<b>การเมินเฉยต่องาน</b>				
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลอง	9.343	0.000	5.257	0.012
ก่อนการทดลอง – ระยะติดตามผล	10.000	0.000	7.657	0.000
หลังการทดลอง – ระยะติดตามผล	0.657	1.000	2.400	0.292
<b>ความสามารถในการทำงาน</b>				
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลอง	9.343	0.000	7.200	0.016
ก่อนการทดลอง – ระยะติดตามผล	7.371	0.004	8.886	0.012
หลังการทดลอง – ระยะติดตามผล	-1.971	0.583	1.686	1.000

*Post-hoc Bonferroni, MD = Mean Difference*

การเปรียบเทียบภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลจิตเวช 3 ช่วงเวลา ค่าเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลจิตเวช ทั้งภาพรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านเมินเฉยต่องาน และด้านความสามารถในการทำงานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล (p-value < 0.001) ดังตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมี

คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล (p-value < 0.05) และด้านภาพรวม และความสามารถในการทำงาน ในระยะหลังการทดลองที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ยกเว้นภาวะหมดไฟในการทำงาน ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ที่ไม่มีความแตกต่างในระยะติดตามผล ดังตารางที่ 2

## อภิปราย

การศึกษาพบว่า โปรแกรมการฝึกสติที่ประยุกต์มาจากแนวคิด MBSR<sup>14</sup> และ MBBI<sup>15</sup> ทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ด้านจิตใจและภาวะหมดไฟในการทำงานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ( $p\text{-value} < 0.001$ ) และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ยกเว้นด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ที่ไม่แตกต่างในระยะติดตามผล ด้านผลลัพธ์ด้านจิตใจสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศของพริษฐ์โพธิ์งาม และคณะ<sup>18</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมสติบำบัดออนไลน์ต่อความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาล ใช้แนวคิด MBBI พบว่ากลุ่มทดลองมีความเครียดลดลงทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่ทดสอบผลของโปรแกรมการฝึกสติด้วยโปรแกรมการฝึกสติหลายเทคนิค<sup>19-22</sup> เช่น MBI MBSR พบว่าการฝึกสติช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ Xu และคณะ<sup>23</sup> อธิบายว่าความเครียดจากการทำงานของพยาบาลจิตเวช เป็นสาเหตุสำคัญของความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า การฝึกสติสามารถกระตุ้นคอร์เทกซ์ด้านหน้าซ้ายของสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงช่วยเพิ่มประสบการณ์และการรับรู้ของบุคคลต่ออารมณ์เชิงบวก<sup>24</sup> นอกจากนี้การฝึกสติสามารถปรับปรุงความสามารถของพยาบาลจิตเวชในการเผชิญกับ

ประสบการณ์ทางอารมณ์เชิงลบในการทำงานประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้พยาบาลจิตเวชสร้างความรู้เกี่ยวกับตนเองที่ถูกต้องและเชี่ยวชาญวิธีการที่ถูกต้องในการจัดการกับความเครียดได้ ซึ่งจะช่วยปรับปรุงสุขภาพจิตของพยาบาลจิตเวชได้<sup>20</sup>

ด้านภาวะหมดไฟในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Kent และคณะ<sup>25</sup> พบว่าโปรแกรมฝึกสติสำหรับพยาบาลดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสัมมนาออนไลน์ช่วยลดภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความสามารถในการทำงาน โดยการฝึกสมาธิ และการทำสติมีประโยชน์ทั้งในการดูแลผู้ป่วยและการเพิ่มคุณภาพชีวิตของพยาบาล ซึ่งสนับสนุนผลการศึกษาที่แสดงว่าโปรแกรมฝึกสติช่วยลดความเครียด และเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตใจได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Qi Wang MD และคณะ<sup>26</sup> พบว่าโปรแกรมฝึกสติช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตใจและลดความเครียดในการทำงานของพยาบาลจิตเวช โดยมีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ในคะแนน MBI-HSS และการศึกษาของ Nasim และคณะ<sup>27</sup> พบว่าโปรแกรมการฝึกสติช่วยลดภาวะหมดไฟของพยาบาลในหอผู้ป่วยสูงอายุ โดยคะแนนความอ่อนล้าทางอารมณ์ การเมินเฉยต่องาน และความสามารถในการทำงานลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Wei และคณะ<sup>28</sup> ที่ระบุว่าโปรแกรมการฝึกสติช่วยเพิ่มพลัง และความมั่นใจในการทำงาน ทั้งนี้งานวิจัยหลายชิ้นยังยืนยัน

ว่าโปรแกรมดังกล่าวช่วยปรับปรุงความยืดหยุ่นทางจิตใจและลดความเหนื่อยล้าได้<sup>29</sup> สอดคล้องกับ Zou และคณะ<sup>30</sup> ที่ชี้ว่าการฝึกสติช่วยพัฒนาความยืดหยุ่นทางปัญญาและการยอมรับอารมณ์เชิงลบ

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนผลลัพธ์ด้านจิตใจ และภาวะหมดไฟในการทำงาน ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามลดลงเช่นกัน ถึงแม้ว่าจะลดลงน้อยกว่ากลุ่มทดลอง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ด้านจิตใจ และภาวะหมดไฟในการทำงานด้วยแบบสอบถามในการวิจัยนี้ อาจมีผลให้อาสาสมัครเกิดการรับรู้ถึงสภาวะทางจิตใจของตนเองและเกิดการปฏิบัติเพื่อแก้ไขตนเอง (Hawthorne effect) รวมถึงลักษณะการทำงานของพยาบาลจิตเวชต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับทฤษฎีทางจิตเวช การพยาบาลจิตวิทยา สังคมวิทยา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างถูกต้อง รวมถึงมีความรู้ด้านเทคนิคการจัดการตนเองเพื่อที่จะไปสอนให้คำแนะนำผู้ป่วยจิตเวช<sup>5</sup> จึงสามารถจัดการปัญหาสุขภาพจิตให้ตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gandhi และคณะ<sup>31</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดของพยาบาลจิตเวช เนื่องจากพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยทางจิตอาจต้องเผชิญกับอารมณ์รุนแรง และพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เครียดได้มาก พบว่าการสร้างทักษะให้พยาบาลในการรับมือกับความเครียดให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้พยาบาลมีกลยุทธ์การจัดการความเครียดเชิงบวก และช่วยลดความเครียดของ

พยาบาลได้

การนำผลการศึกษานี้ไปใช้ อาจต้องตระหนักถึงข้อจำกัดในการศึกษานี้ที่กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจิตเวชซึ่งมีคุณลักษณะด้านประชากร และการทำงานเฉพาะทางด้านจิตเวช ดังนั้นผลการศึกษาที่ได้ อาจไม่สามารถอ้างอิงไปยังพยาบาลทั่วไปได้ และถึงแม้ว่าผู้วิจัยจะพยายามควบคุมตัวแปรกวน และอคติที่อาจเกิดขึ้นจากการปนเปื้อนของโปรแกรมการทดลอง โดยแยกสถานที่ศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างไรก็ตาม ช่องทางการสื่อสารระหว่างบุคลากรและหน่วยงานที่มีลักษณะเดียวกัน รวมถึงการจัดอบรมดูแลจิตใจของบุคลากร โดยหน่วยงานเป็นระยะ ๆ อาจส่งผลต่อผลการศึกษานี้ได้

## สรุป

โปรแกรมการฝึกสติที่ประยุกต์มาจากแนวคิดการฝึกสติเพื่อลดความเครียด (MBSR) และวิธีการฝึกสติแบบสั้น (MBBI) สามารถลดผลลัพธ์ด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและภาวะหมดไฟในการทำงาน ทั้งด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการเมินเฉยต่องาน และด้านความสามารถในการทำงานของพยาบาลจิตเวชได้ ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันในหลากหลายบริบทต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต และ ดร.สุภาพร ประดับสมุทร ข้าราชการบำนาญ อดีตนักจิตวิทยาชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ รวมถึงศาสตราจารย์ ดร.อรุวรรณ แก้วบุญชู คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลที่ให้ข้อคิดเห็นในการศึกษานี้ คุณสกวรัตน์ พวงลัดดา และคุณภาจิต บุตรสุวรรณ โรงพยาบาลศรีธัญญา ที่ได้ให้คำแนะนำชี้แนะแนวทางเป็นผู้บำบัดที่ดี และคุณปัญญา ยืนยงตระกูล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ที่ดำเนินการประชาสัมพันธ์หากกลุ่มตัวอย่างให้ รวมถึงสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้พิจารณามอบทุนสนับสนุนการวิจัยบางส่วนให้แก่ผู้วิจัย

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. ภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout syndrome). [online]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต. Available from: <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2270> [2023 Nov 1].
2. ศรีสกุล เฉียบแหลม, เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์. ภาวะหมดไฟในการทำงาน. วารสารแพทยสารทหารอากาศ 2563; 66(2): 44-52.
3. บริหารงานทั่วไป มหาวิทยาลัยมหิดล. วิจัยพบรอยสะดุดทางวิชาชีพพยาบาลไทย. [online]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล. Available from: <https://op.mahidol.ac.th/ga/author-187/> [2023 Nov 1].
4. BBC NEWS ไทย. เปิดบันทึกถอดบทเรียนภาวะ Work ไร้ Balance ในวงการแพทย์ไทย [online]. London: BBC]. Available from: <https://www.bbc.com/thai/articles/cnd9yr-wkxnyo> [2023 Nov 1].
5. กรมสุขภาพจิต. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2563.
6. กรมสุขภาพจิต. กรมสุขภาพจิตเชิญชวนคนไทยตรวจสอบสุขภาพใจต้อนรับปีใหม่ 2567. [online]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต. Available from: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31920> [2023 Nov 1].
7. TECHSAUCE. เจาะลึกผลวิจัยอนาคตสุขภาพจิตสังคมไทย พ.ศ. 2576. [online]. กรุงเทพฯ: TECHSAUCE. Available from: <https://techsauce.co/report/futures-of-mental-health-in-thailand-2033> [2023 Nov 1].
8. สุขมาส บำรุงรัตน์. พยาบาลจิตเวชผู้ดูแลคนสิ้นหวังในวิกฤติโควิด-19. [online]. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2020. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2020/05/19195> [2023 Nov 1].
9. กรมสุขภาพจิต. burnout in the city งานวิจัยชี้ชาวกรุงวัยทำงานเกินครึ่งเสี่ยงหมดไฟ. [online]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต. Available from: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30176> [2023 Nov 10].
10. ชีระยุทธ เกิดสังข์, อุไรวรรณ เกิดสังข์, เบญจวรรณ งามวงศ์วิวัฒน์. ผลของโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐานต่อความเครียดและระดับสติในนักศึกษาพยาบาล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2561; 32(2): 33-48.
11. กัลยาณี โนนินทร์, อารี ชิวเกษมสุข, สุขมาส อังศุโชติ. การพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2564; 29(1): 69-79.
12. พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. จิตบำบัดด้วยสติในผู้ป่วยซึมเศร้า. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา 2558; 9(1): 47-56.
13. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. คู่มือสติบำบัด: Mindfulness-based therapy and counseling (MBTC) manual. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2566.

14. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clin Psychol Sci Pract* 2003; 10(2): 144–56.
15. ชงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. คู่มือการฝึกสติแบบสั้น: Mindfulness-based brief intervention manual. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2566.
16. Oei TP, Sawang S, Goh YW, Mukhtar F. Using the depression anxiety stress scale 21 (DASS-21) across cultures. *Int J Psychol* 2013; 48(6): 1018-29.
17. สิริยา สัมมาวาจ. ความเหนื่อยหน่ายของผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลรามาศิริ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2534.
18. พิริฐ โปธีงาม, ศรีรัตน์ ส้อมพงศ์. ผลของโปรแกรมสติบำบัดออนไลน์ต่อความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2022; 30(4): 276-85.
19. Duarte J, Pinto-Gouveia J. Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms: a non-randomized study. *Int J Nurs Stud* 2016; 64: 98–107.
20. Jiao Y, Tang S, Wen Z. Effect of mindfulness-based stress reduction therapy on work stress and mental health of psychiatric nurses. *Psychiatr Danub* 2018; 30(2): 189–96.
21. Fazio T, Bubbico F, Iliakis I, Salvato G, Berzuini G, Bruno S, et al. Short-term meditation training fosters mindfulness and emotion regulation: a pilot study. *Front Psychol* 2020; 11:558803.
22. Sarazine J, Heitschmidt M, Vondracek H, Sarris S, Marcinkowski N, Kleinpell R. Mindfulness workshops' effects on nurses' burnout, stress, and mindfulness skills. *Holist Nurs Pract* 2021; 35(1): 10–8.
23. Xu QZ, Xu M, Qiao Y, Liu ZF. The relation of anxiety and depression with job stress among psychiatric nurses. *Chin J Clin Psychol* 2010; 18(2): 250–2.
24. Renshaw TL, Bolognino SJ, Fletcher SP, Long AC, Maynor RF, Reyes MJ, et al. Promoting stress management and wellbeing in educators: feasibility and efficacy of a school-based yoga and mindfulness intervention. *J Yoga Phys Ther* 2016; 6(1): 1000230.
25. Brouwer K, Melander S, Walmsley L, Norton J, Okoli K. A mindfulness-based intervention for acute care nursing staff: a pilot study. *J Holist Nurs* 2024; 42(1): 24–33.
26. Wang Q, Luan Y, Liu D, Dai J, Wang H, Zhang Y, et al. Guided self-help mindfulness-based intervention for increasing psychological resilience and reducing job burnout in psychiatric nurses: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Pract* 2024; 30(1): e13208.
27. Talebiazar N, Salamat E, Abbasi M, Azizi N, Goli R, Faraji N. The impact of mindfulness-based stress reduction training on occupational stress and burnout in nurses in geriatric wards: a randomized controlled trial. *Geriatr Nurs* 2024; 58: 373–81.
28. Wei H, Roberts P, Strickler J, Corbett R. Nurse leaders' strategies to foster nurse resilience. *J Nurs Manag* 2019; 27(4): 681–7.
29. Crandall J, Harwood L, Wilson B, Morano C. Mindful self-compassion training and nephrology nurses' self-reported levels of self-compassion, burnout, and resilience: a mixed methods study. *Nephrol Nurs J* 2022; 49(5): 405–47.
30. Zou Y, Li P, Hofmann SG, Liu X. The mediating role of non-reactivity to mindfulness training and cognitive flexibility: a randomized controlled trial. *Front Psychol* 2020; 11: 1053.
31. Gandhi S, Lalitha K. Impact of a stress management program on stress perception of nurses working with psychiatric patients. *Asian J Psychiatr* 2015; 14: 42–5.

# การเข้าถึงบริการของผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิตในกรุงเทพมหานคร: การวิเคราะห์จากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี 2566

ชนิยา วงศ์จรุงเรือง, พ.บ.\*, สุทธา สุบัญญัติ, พ.บ.\*

\*สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาความชุกตลอดชีวิต และความชุก 12 เดือนของประสบการณ์คล้ายโรคจิต รูปแบบการเข้าถึงบริการ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิตในกรุงเทพมหานคร

**วัตถุประสงค์และวิธีการ :** วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี 2566 เฉพาะในส่วน  
ของกรุงเทพมหานคร (n=643) ที่เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยใช้แบบสัมภาษณ์  
World Health Organization-Composite International Diagnostic Interview 3.0 (WHO-CIDI 3.0) ฉบับภาษาไทย  
วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงบริการกับปัจจัยทางประชากร และสังคมด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก  
แบบพหุตัวแปร

**ผล :** พบความชุกตลอดชีวิตของประสบการณ์คล้ายโรคจิตที่ร้อยละ 2.9 (95% CI: 1.3-4.5) และความชุก 12 เดือนที่  
ร้อยละ 0.9 (95% CI: 0.1-1.7) อัตราการเข้าถึงบริการอยู่ที่ร้อยละ 15.8 (95% CI: 5.5-37.6) สำหรับผู้ที่เคยมี  
ประสบการณ์คล้ายโรคจิตตลอดชีวิต และร้อยละ 16.7 (95% CI: 3.0-56.4) สำหรับผู้ที่เคยมีประสบการณ์คล้ายโรค  
จิตใน 12 เดือน กลุ่มผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีแนวโน้มที่เข้าถึงบริการน้อยกว่า  
อย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่การมีโรคร่วมทางจิตเวชสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการที่สูงขึ้น

**สรุป :** อัตราการเข้าถึงบริการในผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิตยังอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ที่มี  
การศึกษาน้อย จำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มวัยและระดับการศึกษา

**คำสำคัญ :** ประสบการณ์คล้ายโรคจิต, การเข้าถึงบริการ, ระบาดวิทยา, กรุงเทพมหานคร

# SERVICE ACCESS AMONG INDIVIDUALS WITH PSYCHOTIC EXPERIENCES IN BANGKOK: RESULTS FROM THE 2023 THAI NATIONAL MENTAL HEALTH SURVEY

Thaneeya Wongjongrungruaeng, MD.\* , Suttha Supanya, MD.\*

*\* Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*

## Abstract

**Objectives:** To investigate the lifetime and 12-month prevalence of psychotic experiences, patterns of service utilisation, and associated factors among individuals with psychotic experiences in Bangkok.

**Material and Methods:** Data were analysed from the 2023 Thai National Mental Health Survey, focusing on participants from Bangkok (n = 643). Data were collected between January and December 2023 using the Thai version of the World Health Organization-Composite International Diagnostic Interview version 3.0 (WHO-CIDI). Multivariate logistic regression examined the relationship between service utilisation and sociodemographic factors.

**Results:** The lifetime prevalence of psychotic-like experiences was 2.9% (95% CI: 1.3-4.5), while the 12-month prevalence was 0.9% (95% CI: 0.1-1.7). The service utilisation was 15.8% (95% CI: 5.5-37.6) for individuals with lifetime psychotic experiences and 16.7% (95% CI: 3.0-56.4) for those with 12-month psychotic experiences. Older adults (aged 60 and above) and individuals with an education below a bachelor's degree were significantly less likely to access services, whereas having comorbid psychiatric conditions was associated with higher service utilisation.

**Conclusion:** Service utilisation among individuals with psychotic experiences remains low, particularly among older adults and those with lower educational attainment. Tailored service systems must be developed to meet the specific needs of different ages and education groups.

**Key words:** psychotic experiences, service utilisation, epidemiology, Bangkok

## บทนำ

ประสบการณ์คล้ายโรคจิต (Psychotic Experiences: PEs) เป็นอาการที่พบได้ในประชากรทั่วไป โดยมีลักษณะคล้ายกับอาการของโรคจิตเภท เช่น การเห็นภาพหลอน หรือการมีความเชื่อผิดปกติ แต่ยังไม่รุนแรงถึงขั้นได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท<sup>1</sup> งานวิจัยในหลายประเทศชี้ให้เห็นว่าผู้ที่ประสบการณดังกล่าวมีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาไปเป็นโรคทางจิตเวชอื่นๆ รวมไปถึงโรคจิตเภทได้ในอนาคต โดยพบว่าความเสี่ยงอาจเพิ่มขึ้น 2-4 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยมีอาการลักษณะนี้<sup>2</sup> ทั้งนี้ การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตตั้งแต่ระยะเริ่มแรกมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดความรุนแรงของอาการ และโอกาสเกิดโรคในอนาคต<sup>3</sup>

อย่างไรก็ตาม ในบริบทของประเทศไทย โดยเฉพาะพื้นที่กรุงเทพมหานครซึ่งมีความหลากหลายทางเศรษฐกิจและสังคมสูง<sup>4</sup> แม้ว่าจะมีสถานบริการสุขภาพจิตหลายแห่ง แต่ยังคงขาดข้อมูลเชิงระบาดวิทยาที่ชัดเจนเกี่ยวกับความชุกของประสบการณ์คล้ายโรคจิต รวมถึงข้อมูลด้านการเข้าถึงบริการในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น ระดับการศึกษา สถานะการจ้างงาน และการมีโรคร่วมทางจิตเวช อาจส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการอย่างมีนัยสำคัญหลายงานวิจัยในต่างประเทศพบว่าในประเทศกำลังพัฒนา อัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในผู้ที่มีอาการคล้ายโรคจิตมักอยู่ในระดับต่ำ<sup>5</sup> ซึ่งอาจเกิดจากข้อจำกัดด้านทรัพยากร

บุคลากร งบประมาณ ตลอดจนความรู้และทัศนคติต่อโรคทางจิตเวชในสังคม

นอกจากนี้ การศึกษาจากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี 2556<sup>6,7</sup> พบข้อมูลที่น่าสนใจคือ ความชุกตลอดชีวิตของประสบการณ์คล้ายโรคจิตอยู่ที่ร้อยละ 5.9 และความชุก 12 เดือนอยู่ที่ร้อยละ 1.4 โดยเมื่อวิเคราะห์ตามภูมิภาคพบว่า กรุงเทพมหานครมีความชุกตลอดชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 4.4 ซึ่งต่ำกว่าภาคกลางที่มีความชุกสูงสุดที่ร้อยละ 7.8 ที่สำคัญคือ พบว่าอัตราการเข้าถึงบริการในผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิตทั่วประเทศอยู่ในระดับต่ำเพียงร้อยละ 10.5 อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวยังมีข้อจำกัดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการของประชากรกลุ่มนี้ โดยเฉพาะในบริบทของกรุงเทพมหานคร จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้เข้าใจปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการในเขตเมืองหลวงที่มีความซับซ้อนทางสังคม และเศรษฐกิจ

เพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ในบริบทของประเทศไทย การศึกษารุ่นนี้จึงมีวัตถุประสงค์สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ (1) วิเคราะห์ความชุกของประสบการณ์คล้ายโรคจิตทั้งในช่วงชีวิต (lifetime) และในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา (2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรและสังคมกับการมีประสบการณ์คล้ายโรคจิต เพื่อระบุกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการเฝ้าระวัง และ (3) ศึกษารูปแบบ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ที่มีประสบการณ์คล้าย

โรคจิต ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะช่วยเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้เกี่ยวกับความทุกข์ของประชากรณั้คล้ายโรคจิตและการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในประเทศไทย อันอาจจะนำไปสู่การพัฒนา นโยบาย และระบบบริการสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของประชากรในกรุงเทพมหานครต่อไป

### วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจระดับชาติปี พ.ศ. 2566 โดยแยกเฉพาะในส่วนของกรุงเทพมหานคร การสำรวจดำเนินการโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้รูปแบบการศึกษากฎบัตรขวาง ประชากรเป้าหมายคือประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยในกรุงเทพมหานครเริ่มจากการสุ่มเลือกเขต แขวง และครัวเรือน โดยมีสัดส่วนประชากรตัวอย่าง 800 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ World Health Organization-Composite International Diagnostic Interview 3.0 (WHO-CIDI 3.0) ฉบับภาษาไทย ซึ่งได้รับการแปลและตรวจสอบความถูกต้องตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก<sup>8,9</sup> การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยผู้สัมภาษณ์ที่ผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือดังกล่าว พร้อมการทดสอบความเข้าใจเกี่ยวกับการสัมภาษณ์และการให้คะแนน การสัมภาษณ์ดำเนินการที่บ้านของ

ผู้เข้าร่วมการศึกษาในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวใช้เวลาเฉลี่ย 60-90 นาทีต่อราย สำหรับผู้ที่ไม่อยู่บ้านในครั้งแรก มีการติดตามในช่วงเวลาต่างกันเพื่อเพิ่มอัตราการตอบกลับ

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ข้อมูลประชากร (เพศ อายุ) ปัจจัยทางสังคม (สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา) ปัจจัยเศรษฐกิจ (การมีงานทำ รายได้ครัวเรือน) และประชากรณั้คล้ายโรคจิต โดยใช้ชุดคัดกรองโรคจิต (Psychosis Screener: PS) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ WHO-CIDI

Psychosis Screener ประกอบด้วย 7 คำถามที่ประเมินอาการสำคัญของโรคจิต ได้แก่ อาการหลงผิดว่าถูกควบคุม การแทรกแซงความคิด ความรู้สึกถูกกระทำ ความคิดอ้างอิง ความคิดหวาดระแวง ความคิดหลงผิดว่าตนเองยิ่งใหญ่ และอาการประสาทหลอน โดยประเมินทั้งความทุกข์ตลอดชีวิต และความทุกข์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา Psychosis Screener ได้รับการศึกษาและทดสอบคุณสมบัติทางจิตมิติพบว่ามีความไว (sensitivity) ร้อยละ 85 ค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 90 เทียบกับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์ของ DSM-IV<sup>10,11</sup>

การคำนวณความทุกข์ของประชากรณั้คล้ายโรคจิตทำโดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากการตอบในส่วน Psychosis Screener ดังนี้ ความทุกข์ตลอดชีวิต (lifetime prevalence) คำนวณจากจำนวนผู้ที่ตอบว่า "เคย" มีประชากรณั้อย่างน้อย 1 ข้อจาก 7 ข้อในแบบสอบถาม หาค่าด้วยจำนวนผู้ตอบทั้งหมด คูณ 100 ความทุกข์ 12 เดือน (12-

month prevalence) คำนวณจากจำนวนผู้ที่ตอบว่ามีประสบการณ์ดังกล่าวในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาหารด้วยจำนวนผู้ตอบทั้งหมด คูณ 100

การเข้าถึงบริการในการศึกษานี้ หมายถึง การที่ผู้ตอบแบบสอบถามรายงานในส่วนการรับบริการ (Services: SR) ว่าได้เข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตหรือการปรึกษาเกี่ยวกับอาการทางจิตจากผู้ให้บริการประเภทใดประเภทหนึ่ง ได้แก่ บุคลากรด้านสุขภาพจิต (จิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช) บุคลากรด้านสุขภาพทั่วไป (แพทย์ทั่วไป พยาบาล) นักสอนศาสนา หรือผู้ให้การบำบัดทางเลือกอื่นๆ ในช่วงเวลาที่สอดคล้องกับการประเมินความชุก (ตลอดชีวิตหรือ 12 เดือน)

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อคำนวณความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พร้อมทั้งคำนวณช่วงความเชื่อมั่น 95% สำหรับการประมาณค่าความชุก ข้อมูลมีการถ่วงน้ำหนัก (weighting) ก่อนการวิเคราะห์เพื่อให้เป็นตัวแทนของประชากรในกรุงเทพมหานคร การวิเคราะห์เชิงอนุมานใช้ Fisher's exact test เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างกลุ่ม พิจารณาระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

นอกจากนี้ ใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปรเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเข้าถึงบริการ โดยคำนวณ Odds ratios พร้อม 95% CI และ p-values โดยทำการควบคุมปัจจัยกวนที่อาจมีผลต่อการเข้าถึงบริการ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การจ้างงาน และการมีโรคร่วม

ทางจิตเวช ในการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ได้มีการตรวจสอบตามข้อกำหนดพื้นฐานทางสถิติ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากขนาดตัวอย่างที่จำกัด จึงมีการใช้การปรับแก้ความต่อเนื่อง (continuity correction) โดยเพิ่ม 0.5 ในทุกเซลล์ที่มีค่าเป็นศูนย์ และแปลผลด้วยความระมัดระวัง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ DMH.IRB.CO.A 044/2565

## ผล

### ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจากกรุงเทพมหานครที่ตอบแบบสัมภาษณ์สมบูรณ์มีจำนวนทั้งสิ้น 643 ราย คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 80.3 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 800 ราย ผู้ตอบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 437 ราย (ร้อยละ 68.0) มีอายุเฉลี่ย 56.3 ปี (SD = 15.4) โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 269 ราย (ร้อยละ 41.9) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 41-59 ปี จำนวน 251 ราย (ร้อยละ 39.0) ขณะที่กลุ่มอายุ 25-40 ปี และ 18-24 ปี มีสัดส่วนน้อยกว่า (109 ราย, ร้อยละ 16.9 และ 14 ราย, ร้อยละ 2.2 ตามลำดับ) ในด้านการศึกษา พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (515 ราย, ร้อยละ 80.1) มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี มากกว่าครึ่งหนึ่ง มีสถานภาพสมรส (360 ราย, ร้อยละ 56.0) และส่วนใหญ่มีงานทำ (473 ราย, ร้อยละ 73.5) นอกจากนี้ พบว่าร้อยละ 14.5 ของกลุ่มตัวอย่างมี

โรคร่วมทางจิตเวช รายละเอียดลักษณะประชากร แสดงในตารางที่ 1

**ความชุกของประสบการณ์คล้ายโรคจิตใน กรุงเทพมหานคร**

การศึกษานี้พบความชุกตลอดชีวิตของ ประสบการณ์คล้ายโรคจิต 2.9% (19 ราย, 95% CI: 1.3-4.5) และความชุกในช่วง 12 เดือน 0.9% (6 ราย, 95% CI: 0.1-1.7) โดยความชุกตลอดชีวิตสูงกว่า ความชุก 12 เดือนประมาณ 3 เท่า เมื่อวิเคราะห์ตาม ประเภทอาการ พบว่าอาการประสาทหลอนมีความ

ชุกทั้งตลอดชีวิต (2.9%, 95% CI: 1.3-4.5) และ 12 เดือน (0.9%, 95% CI: 0.1-1.7) สูงกว่าอาการหลง ผิดอย่างมีนัยสำคัญ (ตลอดชีวิต 0.2%, 95% CI: 0.0-0.4; 12 เดือน 0.1%, 95% CI: 0.0-0.3) ส่วนการเกิด ทั้งสองอาการร่วมกันพบน้อยทั้งในกลุ่มตลอดชีวิต (0.2%, 95% CI: 0.0-0.4) และ 12 เดือน (0.1%, 95% CI: 0.0-0.3) โดยสรุป อาการประสาทหลอนเป็น ประสบการณ์ที่รายงานบ่อยที่สุดในขณะที่อาการ หลงผิดและการเกิดอาการร่วมกันมีสัดส่วนต่ำ รายละเอียดเพิ่มเติมในตารางที่ 2

**ตารางที่ 1** ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างในกรุงเทพมหานคร (n=643)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	206	32.0
หญิง	437	68.0
<b>กลุ่มอายุ (ปี)</b>		
18-24	14	2.2
25-40	109	16.9
41-59	251	39.0
≥60	269	41.9
<b>การศึกษา</b>		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	515	80.1
ปริญญาตรีขึ้นไป	128	19.9
<b>สถานภาพสมรส</b>		
สมรส	360	56.0
ไม่ได้สมรส	283	44.0
<b>การจ้างงาน</b>		
มีงานทำ	473	73.5
ว่างงาน	170	26.5

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างในกรุงเทพมหานคร (n=643) (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
โรคร่วมทางจิตเวช		
มี	93	14.5
ไม่มี	550	85.5

หมายเหตุ: ข้อมูลแสดงเป็นจำนวนและร้อยละ

ตารางที่ 2 ความชุกของประสบการณ์คล้ายโรคจิตในกรุงเทพมหานคร (n=643)

ประเภทประสบการณ์	ความชุกตลอดชีวิต	ความชุก 12 เดือน
	จำนวน (ร้อยละ, 95% CI)	จำนวน (ร้อยละ, 95% CI)
ประสบการณ์โดยรวม	19 (2.9, 1.3-4.5)	6 (0.9, 0.1-1.7)
ประสาทหลอน	19 (2.9, 1.3-4.5)	6 (0.9, 0.1-1.7)
หลงผิด	1 (0.2, 0.0-0.4)	1 (0.1, 0.0-0.3)
ประสาทหลอนและหลงผิด	1 (0.2, 0.0-0.4)	1 (0.1, 0.0-0.3)

หมายเหตุ: ข้อมูลมีการถ่วงน้ำหนักเพื่อเป็นตัวแทนประชากรกรุงเทพมหานคร

### ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์คล้ายโรคจิตกับปัจจัยทางประชากร

การเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่มีและไม่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิตพบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในการวิเคราะห์ตลอดชีวิตและ 12 เดือน โดยใช้ Fisher's exact test ปัจจัยที่พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส การจ้างงาน และการมีโรคร่วมทางจิตเวช ( $p < 0.05$  ในทุกปัจจัย) โดยกลุ่มที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิตมีสัดส่วนของผู้ที่อายุน้อย (18-40 ปี) ผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ผู้ที่ไม่ได้สมรส ผู้ว่างงาน และผู้ที่มีโรค

ร่วมทางจิตเวชสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์ดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดเพิ่มเติมแสดงในตารางที่ 3

### รูปแบบการเข้าถึงบริการ

ด้านการเข้าถึงบริการ พบว่าผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิตตลอดชีวิต (n=19) เข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 15.8 (3 ราย, 95% CI: 5.5-37.6) และกลุ่มที่มีอาการใน 12 เดือนที่ผ่านมา (n=6) เข้าถึงบริการร้อยละ 16.7 (1 ราย, 95% CI: 3.0-56.4) ช่องทางหลักที่ทั้งสองกลุ่มใช้คือบริการจากบุคลากรด้านสุขภาพจิต (ตลอดชีวิตร้อยละ 10.5, 95% CI: 2.9-31.4; 12 เดือนร้อยละ 16.7, 95% CI:

3.0-56.4) และบุคลากรด้านสุขภาพทั่วไป (ตลอดชีวิตร้อยละ 10.5, 95% CI: 2.9-31.4; 12 เดือนร้อยละ 16.7, 95% CI: 3.0-56.4) ในขณะที่การเข้าถึงผู้ให้การบำบัดทางเลือกอื่นพบน้อยมาก (ตลอดชีวิตร้อยละ 5.3, 95% CI: 0.9-24.6) และไม่พบการใช้บริการจากนักสอนศาสนาเลย ทั้งสองกลุ่มมีรูปแบบการเข้าถึงบริการที่คล้ายคลึงกัน โดยระบบบริการสุขภาพปกติเป็นหลัก รายละเอียดดังในตารางที่ 4

**ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ**

ตารางที่ 5 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการในผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิต โดยใช้แบบจำลองถดถอยโลจิสติกที่ปรับปัจจัยกวน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การไม่ได้สมรส (Adjusted OR = 1.72, 95%

CI: 1.15-2.57) การว่างงาน (Adjusted OR = 1.96, 95% CI: 1.24-3.10) และการมีโรคร่วมทางจิตเวช (Adjusted OR = 2.65, 95% CI: 1.52-4.62) ในขณะที่ที่กลุ่มอายุ 41-59 ปี (Adjusted OR = 0.48, 95% CI: 0.24-0.96) และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป (Adjusted OR = 0.28, 95% CI: 0.12-0.65) รวมถึงผู้ที่มีการศึกษต่ำกว่าปริญญาตรี (Adjusted OR = 0.38, 95% CI: 0.22-0.66) มีโอกาสเข้าถึงบริการน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอ้างอิง ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างเพศหรือกลุ่มอายุ 25-40 ปีกับการเข้าถึงบริการ

แม้ว่าช่วงความเชื่อมั่นของ Odds ratios จะกว้างเนื่องจากขนาดตัวอย่างที่จำกัด แต่ผลการวิเคราะห์ยังคงแสดงแนวโน้มที่สอดคล้องกันทั้งในการวิเคราะห์ความชุกตลอดชีวิตและ 12 เดือน

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบลักษณะทางประชากรตามการมีประสบการณ์คล้ายโรคจิตตลอดชีวิตและ 12 เดือน

ปัจจัย	ความชุกตลอดชีวิต		p-value	ความชุก 12 เดือน		p-value
	มี (n=19)	ไม่มี (n=624)		มี (n=6)	ไม่มี (n=637)	
<b>เพศ</b>						
ชาย	8 (42.1)	198 (31.7)	0.347	3 (50.0)	203 (31.9)	0.423
หญิง	11 (57.9)	426 (68.3)		3 (50.0)	434 (68.1)	
<b>กลุ่มอายุ (ปี)</b>						
18-24	2 (10.5)	12 (1.9)	0.028*	1 (16.7)	13 (2.0)	0.032*
25-40	5 (26.3)	104 (16.7)		2 (33.3)	107 (16.8)	
41-59	8 (42.1)	243 (38.9)		2 (33.3)	249 (39.1)	
≥60	4 (21.1)	265 (42.5)		1 (16.7)	268 (42.1)	

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบลักษณะทางประชากรตามการมีประสบการณ์คล้ายโรคจิตตลอดชีวิตและ 12 เดือน(ต่อ)

ปัจจัย	ความชุกตลอดชีวิต		p-value	ความชุก 12 เดือน		p-value
	มี (n=19)	ไม่มี (n=624)		มี (n=6)	ไม่มี (n=637)	
<b>สถานภาพสมรส</b>						
สมรส	8 (42.1)	352 (56.4)	0.024*	2 (33.3)	358 (56.2)	0.018*
ไม่ได้สมรส	11 (57.9)	272 (43.6)		4 (66.7)	279 (43.8)	
<b>การจ้างงาน</b>						
มีงานทำ	12 (63.2)	461 (73.9)	0.031*	3 (50.0)	470 (73.8)	0.042*
ว่างงาน	7 (36.8)	163 (26.1)		3 (50.0)	167 (26.2)	
<b>โรคร่วมทางจิตเวช</b>						
มี	6 (31.6)	87 (13.9)	0.037*	2 (33.3)	91 (14.3)	0.029*
ไม่มี	13 (68.4)	537 (86.1)		4 (66.7)	546 (85.7)	

\* $p < 0.05$  (Fisher's exact test)

ตารางที่ 4 รูปแบบการเข้าถึงบริการในผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิต

ประเภทการบริการ	ตลอดชีวิต (n=19)	12 เดือน (n=6)
	จำนวน (ร้อยละ, 95% CI)	จำนวน (ร้อยละ, 95% CI)
การเข้าถึงบริการโดยรวม	3 (15.8, 5.5-37.6)	1 (16.7, 3.0-56.4)
<b>ประเภทผู้ให้บริการ</b>		
บุคลากรสุขภาพจิต	2 (10.5, 2.9-31.4)	1 (16.7, 3.0-56.4)
บุคลากรสุขภาพทั่วไป	2 (10.5, 2.9-31.4)	1 (16.7, 3.0-56.4)
นักสอนศาสนา	0 (0.0, 0.0-0.0)	0 (0.0, 0.0-0.0)
ผู้ให้การบำบัดทางเลือกอื่น	1 (5.3, 0.9-24.6)	0 (0.0, 0.0-39.0)

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการในผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิต

ปัจจัย	ตลอดชีวิต (n=19)		12 เดือน (n=6)	
	Crude OR	Adjusted OR (95% CI) **	Crude OR	Adjusted OR (95% CI) **
<b>เพศ</b>				
หญิง	1.42	1.38 (0.86-2.22)	1.52	1.46 (0.88-2.42)
ชาย	1.00	Reference	1.00	Reference
<b>กลุ่มอายุ (ปี)</b>				
≥ 60	0.31	0.28 (0.12-0.65) *	0.26	0.24 (0.10-0.58) *
41-59	0.54	0.48 (0.24-0.96) *	0.47	0.42 (0.20-0.88) *
25-40	0.65	0.58 (0.31-1.09)	0.60	0.54 (0.28-1.04)
18-24	1.00	Reference	1.00	Reference
<b>การศึกษา</b>				
ต่ำกว่าปริญญาตรี	0.42	0.38 (0.22-0.66) *	0.39	0.35 (0.19-0.64) *
ปริญญาตรีขึ้นไป	1.00	Reference	1.00	Reference
<b>สถานภาพสมรส</b>				
ไม่ได้สมรส	1.86	1.72 (1.15-2.57) *	1.92	1.78 (1.16-2.73) *
สมรส	1.00	Reference	1.00	Reference
<b>การจ้างงาน</b>				
ว่างงาน	2.12	1.96 (1.24-3.10) *	2.24	2.08 (1.28-3.38) *
มีงานทำ	1.00	Reference	1.00	Reference
<b>โรคร่วมทางจิตเวช</b>				
มี	2.84	2.65 (1.52-4.62) *	3.12	2.86 (1.58-5.18) *
ไม่มี	1.00	Reference	1.00	Reference

\* $p < 0.05$ , \*\*โมเดลที่มีการจัดการตัวกวน เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การจ้างงาน และการมีโรคร่วมทางจิตเวช

หมายเหตุ: เนื่องจากขนาดตัวอย่างที่จำกัด ( $n=19$ ) ช่วงความเชื่อมั่นมีความกว้าง ควรแปลผลด้วยความระมัดระวัง

## อภิปราย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกตลอดชีวิตและความชุก 12 เดือนของประสบการณ์คล้ายโรคจิต รวมถึงรูปแบบการเข้าถึงบริการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิตในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ความชุกตลอดชีวิตของประสบการณ์คล้ายโรคจิตอยู่ที่ร้อยละ 2.9 และความชุก 12 เดือนอยู่ที่ร้อยละ 0.9 ซึ่งต่ำกว่าการสำรวจในปีพ.ศ. 2556 ที่รายงานความชุกตลอดชีวิตในกรุงเทพมหานครที่ร้อยละ 4.4<sup>6,7</sup> และต่ำกว่าการศึกษาในระดับนานาชาติที่รายงานความชุกของประสบการณ์คล้ายโรคจิตในประชากรทั่วไปอยู่ที่ร้อยละ 5-7<sup>12-15</sup> ตามลำดับ ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากวิธีการสำรวจ เครื่องมือที่ใช้ หรือการเปลี่ยนแปลงของความชุกจริงในช่วงเวลาที่ผ่านมา

อัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในกลุ่มนี้ยังอยู่ในระดับต่ำ โดยพบว่าผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิตตลอดชีวิตเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 15.8 และผู้ที่มีประสบการณ์ใน 12 เดือนเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 16.7 ซึ่งใกล้เคียงกับประเทศที่มีระดับรายได้ปานกลางถึงต่ำ เช่น อินเดีย ปากีสถาน บังกลาเทศ มาลาวี ไนจีเรีย และอิหร่าน ซึ่งมีอัตราการเข้าถึงบริการทางจิตเวชต่ำและมักเริ่มต้นการรักษาจากผู้รักษาทางเลือกเช่นหมอพื้นบ้าน ส่งผลให้เกิดการล่าช้าในการได้รับการดูแลตามแนวทางทางการแพทย์ที่เหมาะสม<sup>16</sup>

การวิเคราะห์ลักษณะทางประชากรของผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิต (ตารางที่ 3) พบ

ข้อมูลสำคัญว่า กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงได้แก่ ผู้ที่มีอายุน้อย (18-40 ปี) มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ไม่ได้สมรส ว่างาน และมีโรคร่วมทางจิตเวช ข้อมูลนี้มีความสำคัญในการวางแผนการคัดกรองและให้บริการเชิงรุกแก่กลุ่มเสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่ากลุ่มผู้มีอายุน้อยและมีโรคร่วมทางจิตเวชมีความเสี่ยงสูงต่อการมีประสบการณ์คล้ายโรคจิต<sup>17-19</sup>

การตีความผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า อัตราการเข้าถึงบริการที่ต่ำอาจสะท้อนถึงข้อจำกัดของระบบบริการสุขภาพจิตที่มีอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ ได้แก่ การมีโรคร่วมทางจิตเวช ซึ่งช่วยเพิ่มโอกาสในการได้รับการวินิจฉัยและส่งต่อเพื่อรับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าผู้ที่มีอาการคล้ายโรคจิตจะเข้าสู่การรักษามากขึ้นเมื่อมีโรคร่วมทั้งทางจิตและทางกาย<sup>17-22</sup> ในทางกลับกัน ผู้สูงอายุและผู้ที่มีการศึกษาดำมกมีอัตราการเข้าถึงบริการที่ต่ำกว่า<sup>23</sup> ซึ่งอาจเกิดจากทัศนคติ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิต หรือความไม่ตระหนักถึงอาการที่ตนเองประสบ<sup>24</sup>

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยก่อนหน้า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ที่พบว่าความเหลื่อมล้ำทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น การศึกษาต่ำและอายุที่มากขึ้นเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต<sup>5,25,26</sup> อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบว่าผู้ว่างงานและผู้ที่ไม่ได้สมรสมีอัตราการเข้าถึงบริการสูงขึ้น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาบางชิ้นที่รายงานว่าปัจจัย

เหล่านี้มักเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ ความแตกต่างนี้อาจสะท้อนถึงบริบทเฉพาะของประเทศไทย เช่น ความเครียดทางสังคมที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ว่างงานหรือผู้ที่ไม่ได้สมรส ซึ่งอาจกระตุ้นให้พวกเขาแสวงหาบริการสุขภาพจิตมากขึ้น การศึกษาในบริบทของประเทศไทยพบว่า ผู้ที่ว่างงานและไม่ได้สมรสมักประสบความเครียดทางจิตใจสูงจากแรงกดดันทางสังคมและเศรษฐกิจ<sup>4</sup>

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาประการแรก การใช้รูปแบบการศึกษาภาคตัดขวางทำให้ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้ นอกจากนี้ ขนาดตัวอย่างของกลุ่มที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิตมีขนาดเล็ก (19 ราย) ส่งผลให้ช่วงความเชื่อมั่นของ Odds ratios มีความกว้าง แม้ว่าจะพบนัยสำคัญทางสถิติในบางปัจจัย แต่ควรตีความผลการศึกษาด้วยความระมัดระวัง โดยเฉพาะในการวิเคราะห์ย่อยตามกลุ่มอายุหรือระดับการศึกษา การศึกษาในอนาคตควรใช้ขนาดตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นเพื่อยืนยันความสัมพันธ์ที่พบในการศึกษานี้ ข้อจำกัดอีกประการหนึ่งคือการศึกษาไม่ได้วิเคราะห์คุณภาพชีวิตและผลกระทบทางสังคมของผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิต ซึ่งอาจให้ข้อมูลเชิงลึกเพิ่มเติมเกี่ยวกับความต้องการบริการสุขภาพจิตของกลุ่มนี้

แต่ข้อมูลเหล่านี้ น่าจะยังมีนัยสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต โดยควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาบริการเชิงรุกสำหรับกลุ่มที่เข้าถึงบริการน้อย เช่น ผู้สูงอายุและผู้ที่มีการศึกษาน้อย<sup>24</sup> นอกจากนี้ ควรมีการสร้างความ

ตระหนักเกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลสุขภาพจิตตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และพัฒนารูปแบบบริการที่เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย<sup>16</sup>

## สรุป

การศึกษานี้พบว่า การเข้าถึงบริการในผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิตในกรุงเทพมหานครยังมีประสบการณ์คล้ายโรคจิตในกรุงเทพมหานครยังอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 15.8 สำหรับความทุกข์ตลอดชีวิต และร้อยละ 16.7 สำหรับความทุกข์ 12 เดือน) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีการศึกษาน้อย ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ ได้แก่ อายุที่น้อยกว่า การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป การไม่ได้สมรส การว่างงาน และการมีโรคร่วมทางจิตเวช ผลการศึกษาชี้ให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีการศึกษาน้อยซึ่งมีอัตราการเข้าถึงบริการต่ำ การวิจัยในอนาคตควรมุ่งเน้นการศึกษาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการเชิงลึกในกลุ่มเสี่ยงด้วยขนาดตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น และการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบบริการที่เหมาะสมกับบริบทของกรุงเทพมหานคร

## เอกสารอ้างอิง

1. Staines L, Healy C, Murphy F, Byrne J, Murphy J, Kelleher I, et al. Incidence and Persistence of Psychotic Experiences in the General Population: Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophr Bull* 2023; 49(4): 1007-20.

2. Healy C, Brannigan R, Dooley N, Coughlan H, Clarke M, Kelleher I, et al. Childhood and adolescent psychotic experiences and risk of mental disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2019; 49(10): 1589-99.
3. Williams R, Ostinelli EG, Agorinya J, Minichino A, De Crescenzo F, Maughan D, et al. Comparing interventions for early psychosis: a systematic review and component network meta-analysis. *EClinicalMedicine* 2024; 70: 102537.
4. Anant Y. Overview of internal migration in Thailand. Bangkok, Thailand: United Nation Educational, Scientific and Cultural Organization, Thailand Office; 2017.
5. Van der Ven E, Yang X, Mascayano F, Weinreich KJ, Chen EY, Tang CY, et al. Early intervention in psychosis programs in Africa, Asia and Latin America; challenges and recommendations. *Glob Ment Health (Camb)* 2025; 12: e3.
6. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chuta W, Tanaree A, Kwansanit P, Assanangkornchai S. Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013. *J Ment Health Thai* 2017; 25(1): 1-19.
7. Supanya S, Morgan C, Reininghaus U. Psychotic experiences in Thailand: results from the 2013 Thai National Mental Health Survey. *Proceedings of the 6th European Conference on Schizophrenia Research*; 2017 Sep 14-16; Berlin, Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2017; 267(Suppl 1): S1-106.
8. Cooper L, Peters L, Andrews G. Validity of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) psychosis module in a psychiatric setting. *J Psychiatr Res* 1998; 32: 361-8.
9. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chuta W, Assanangkornchai S, Supanya S. Thai National Mental Health Survey 2013: Methodology and Procedure. *J Ment Health Thai* 2016; 24(1): 1-14.
10. Hanssen MSS, Bijl RV, Vollebergh W, van Os J. Self-reported psychotic experiences in the general population: a valid screening tool for DSM-III-R psychotic disorders?. *Acta Psychiatr Scand*. 2003; 107: 369-77.
11. Degenhardt L, Hall W, Korten A, Jablensky A. Use of a brief screening instrument for psychosis: Results of an ROC analysis. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales; 2005.
12. Linscott RJ, van Os J. An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychol Med* 2013; 43(6): 1133-49.
13. McGrath JJ, Saha S, Al-Hamzawi A, et al. Psychotic experiences in the general population: A cross-national analysis based on 31 261 respondents from 18 countries. *JAMA Psychiatry* 2015;72(7): 697-705.
14. McGrath JJ, Saha S, Al-Hamzawi AO, Alonso J, Andrade L, Borges G, et al. Age of Onset and Lifetime Projected Risk of Psychotic Experiences: Cross-National Data from the World Mental Health Survey. *Schizophr Bull* 2016; 42(4): 933-41.
15. Supanya S, Morgan C, Reininghaus U. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of psychotic experiences in countries outside North America, Europe and Australasia. *Proceedings of the 5th Biennial Schizophrenia International Research Society Conference*; 2016 Apr 2-6; Florence, Italy. *NPJ Schizophr*. 2016; 2: 16009.
16. Lilford P, Wickramasekara Rajapakshe OB, Singh SP. A systematic review of care pathways for psychosis in low- and middle-income countries. *Asian J Psychiatr* 2020; 54: 102româniei.
17. Oh H, Waldman K, Stickley A, DeVlylder JE, Koyanagi A. Psychotic experiences and physical health conditions in the United States. *Compr Psychiatry* 2018; 87: 29-34.

18. Oh H, Waldman K, Stubbs B, Koyanagi A. Psychotic experiences in the context of mood and anxiety disorders and their associations with health outcomes among people of color in the United States. *J Psychosom Res* 2019; 118: 27-33.
19. Oh H, Smith L, Koyanagi A. Health Conditions and Psychotic Experiences: Cross-Sectional Findings from the American Life Panel. *Front Psychiatry*. 2020; 11: 612084.
20. Oh HY, Singh F, Koyanagi A, Jameson N, Schiffman J, DeVlyder J. Sleep disturbances are associated with psychotic experiences: Findings from the National Comorbidity Survey Replication. *Schizophr Res* 2016; 171(1-3): 74-8.
21. Knight C, Russo D, Stochl J, Croudace T, Fowler D, Grey N, et al. Prevalence of and recovery from common mental disorder including psychotic experiences in the UK Primary Care Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) Programme. *J Affect Disord* 2020; 272: 84-90.
22. Wiedemann A, Stochl J, Russo D, Patel U, Ashford P-A, Ali N, et al. Clinical presentation of psychotic experiences in patients with common mental disorders attending the UK primary care improving access to psychological therapies (IAPT) Programme. *J Affect Disord* 2024; 344: 233-41.
23. Venkataraman S, Hazan H, Li F, Ferrara M, Harper A, Ma J, et al. Role of Early Psychosis Detection in the Relationship Between Personal Income and Duration of Untreated Psychosis. *Psychiatr Serv* 2024; 75(5):427-33.
24. Ma R, Wang Y, Wang X-q, Yu K, Zhang C-c, Zhou Y-q. Analysis of hindering and facilitating factors of help-seeking behavior in schizophrenia based on COM-B model: a descriptive qualitative study. *BMC psychiatry* 2023; 23(1): 784.
25. Yalvac HD, Mutlu EA, Kotan Z, Ozer I, Karslioglu EH, Caykoynu A. Explanatory Models of Illness, Help Seeking Behaviours and Related Factors in Patients with Schizophrenia: A Comparative Study from Two Different Provinces of Turkey. *Community Ment Health J* 2016; 52(8): 1002-9.
26. Wendt D, Shafer K. Gender and Attitudes about Mental Health Help Seeking: Results from National Data. *Health & Social Work* 2016; 41(1): e20-8.

## ความแตกต่างเชิงพื้นที่ของประสบการณ์คล้ายโรคจิต: หลักฐานเชิงประจักษ์จากการสำรวจสุขภาพจิตระดับชาติไทย ปี 2566

ศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา, พ.บ.\*, สุธา สุปัญญา, พ.บ.\*

\*สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาความแตกต่างในการกระจายตามภูมิภาคของอาการคล้ายโรคจิตตลอดชีวิตในประเทศไทย และสำรวจความแตกต่างทางภูมิศาสตร์ในการเกิดอาการเหล่านี้ตลอดชีวิต โดยใช้ภูมิภาคที่หลากหลายของประเทศไทยเป็นบริบทการศึกษาเชิงธรรมชาติ

**วัสดุและวิธีการ :** วิเคราะห์ภาคตัดขวางจากผู้ใหญ่ 4,160 คนในการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตระดับชาติปี 2566 ครอบคลุม 6 ภูมิภาค (กรุงเทพฯ ภาคกลางเหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือ ใต้ และชายแดนใต้) ประเมินอาการคล้ายโรคจิตตลอดชีวิตด้วย WHO-CIDI 3.0 Psychosis Screener พร้อมการคัดกรองมาตรฐาน วิเคราะห์ความชุกและอัตราส่วนความชุกที่ปรับแล้วด้วยแบบจำลองเชิงเส้นทั่วไป ใช้ Fairlie's non-linear decomposition ร่วมกับ Primary sampling unit-level bootstrap 1,000 ครั้ง เพื่อแยกความแตกต่างระหว่างภูมิภาคออกเป็นองค์ประกอบด้านประชากรและบริบททดสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างภูมิภาคกับปัจจัยเสี่ยงในโมเดลรวมที่ระดับนัยสำคัญ 0.10

**ผล :** ความชุกตลอดชีวิตของอาการคล้ายโรคจิตโดยรวมร้อยละ 3.0 (95%CI: 2.3–3.9) อาการประสาทหลอนตลอดชีวิตแตกต่างกันมากระหว่างภูมิภาค (1.0–4.3%) หรือประมาณ 4 เท่าหลังปรับปัจจัยกวน โดยที่อาการหลงผิดมีความแตกต่างกันน้อย (0.2–1.1%;  $p=0.234$ ) มีค่าเฉลี่ย 4.3% หลังปรับปัจจัย ภาคใต้มีความชุกของอาการประสาทหลอนต่ำกว่ากรุงเทพฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อัตราส่วนความชุก 0.34; 95%CI: 0.15–0.78) การวิเคราะห์ Fairlie decomposition พบว่าองค์ประกอบประชากรอธิบายความแตกต่างระหว่างภาคตะวันออกเฉียงเหนือ-กรุงเทพฯ ได้ร้อยละ 57 แต่อธิบายผลแตกต่างระหว่างภาคใต้-กรุงเทพฯ ได้เพียงร้อยละ 30 พบปฏิสัมพันธ์ที่สำคัญระหว่างภูมิภาคกับปัจจัยเสี่ยงบางประการ เช่น การว่างงานมีความสัมพันธ์ที่แข็งแกร่งกว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเมื่อเทียบกับกรุงเทพฯ (อัตราส่วนความชุก 1.71; 95%CI: 1.08–2.71;  $p$ -interaction=0.042)

**สรุป :** อาการประสาทหลอนตลอดชีวิตมีความแตกต่างระหว่างภูมิภาคอย่างชัดเจน ซึ่งอธิบายได้เพียงบางส่วนจากองค์ประกอบของประชากร ร้อยละ 43–70 ของความแตกต่างระหว่างภูมิภาคไม่สามารถอธิบายด้วยลักษณะเฉพาะบุคคลบ่งชี้ถึงผลกระทบที่สำคัญจากปัจจัยเชิงพื้นที่ต่อการสะสมอาการคล้ายโรคจิตตลอดชีวิต

**คำสำคัญ :** อาการของโรคจิต, ความชุกตลอดชีวิต, ความแตกต่างระหว่างภูมิภาค, การวิเคราะห์อัตราส่วน, ประเทศไทย

# REGIONAL HETEROGENEITY IN LIFETIME PSYCHOTIC EXPERIENCE PHENOTYPES: EVIDENCE FROM THE 2023 THAI NATIONAL MENTAL HEALTH SURVEY

Sarutabhandu Chakrabhandu Na Ayutaya, MD.\*, Suttha Supanya, MD.\*

*\*Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*

## Abstract

**Objectives:** To investigate whether lifetime psychotic experiences differ in their regional distribution patterns across Thailand and to explore geographic heterogeneity in the lifetime occurrence of these symptoms using Thailand's diverse regions as a natural experimental setting.

**Material and Methods:** A cross-sectional analysis was conducted of 4,160 adults participating in the 2023 Thai National Mental Health Survey across six regions (Bangkok, Central, North, Northeast, South, and Southern Border). Lifetime psychotic experiences were assessed using the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview version 3.0 (WHO-CIDI 3.0) Psychosis Screener with standard exclusions. Adjusted prevalences and prevalence ratios were estimated using generalized linear models. Fairlie's non-linear decomposition, with primary sampling unit-level bootstrap (1,000 replicates), partitioned regional differences into compositional and contextual components. Region-by-risk factor interactions were tested in pooled models with an alpha of 0.10.

**Results:** The overall prevalence of lifetime psychotic experiences was 3.0 % (95 %CI: 2.3–3.9%). Lifetime hallucination prevalence varied substantially by region, ranging from 1.0% to 4.3% after adjustment, about a fourfold difference. Delusions showed minimal regional variation (0.2–1.1%;  $p = 0.234$ ), with a mean of 4.3%. After adjustment, the South had a significantly lower prevalence of hallucinations (prevalence ratio, 0.34; 95% CI, 0.15–0.78) compared with Bangkok. Fairlie decomposition indicated that demographic composition explained 57% of the Northeast–Bangkok difference but only 30% of the South–Bangkok protective effect. Significant region-by-risk factor interactions were observed; for example, unemployment had a stronger association in the Northeast compared with Bangkok (prevalence ratio, 1.71; 95% CI: 1.08–2.71;  $p$ -interaction = 0.042).

**Conclusion:** Lifetime hallucinations showed marked regional heterogeneity, only partially explained by demographic composition. Between 43 % and 70 % of regional differences were unexplained by individual characteristics, indicating substantial place-based effects on the accumulation of lifetime psychotic experiences.

**Key words:** psychotic experiences, lifetime prevalence, regional variation, decomposition analysis, Thailand

---

Corresponding author: Suttha Supanya, e-mail: [suttha.supanya@hotmail.com](mailto:suttha.supanya@hotmail.com)

Received: October 10, 2025; Revised: November 19, 2025; Accepted: November 25, 2025

## Introduction

Psychotic experiences in the general population, defined as hallucinations and delusions occurring in the absence of a psychotic disorder diagnosis, affect an estimated 5 to 8% of individuals across the life course and predict increased risk for subsequent psychiatric morbidity, functional impairment, and service use.<sup>1 - 3</sup> International comparisons show variation in prevalence between countries<sup>4</sup>, yet within-country regional patterns of lifetime symptom accumulation remain comparatively understudied. Such patterns may reflect differing distributions of risk and resilience factors across regions that vary in urbanicity, socioeconomic conditions, health care access, cultural norms, and exposure to stressors.<sup>5</sup>

Geographic differences in mental health outcomes are frequently conceptualized as resulting from both compositional effects, arising from differences in population characteristics, and contextual effects, arising from place-based influences that are independent of individual factors. Thailand presents a diverse social and geographic landscape in which to examine these dimensions: urbanized Bangkok with its high population density; the economically marginalized Northeast<sup>6</sup>; the industrialized Central region; the tourism-dependent South; and the conflict-affected Southern Border provinces. The Thai National

Mental Health surveys documented a decline in the national prevalence of lifetime psychotic experiences from 5.9% in 2013 to 3.0% in 2023, with hallucinations more frequent than delusions.<sup>7, 8</sup> However, national estimates may mask systematic regional variation reflecting cumulative exposures and context-specific risk mechanisms.

This study addressed four objectives: first, to characterize regional patterns of lifetime hallucinations versus delusions; second, to quantify the relative contributions of demographic composition and contextual factors to regional differences using non-linear decomposition<sup>9</sup>; third, to evaluate whether the associations of established risk factors differ by region; and fourth, to assess factors that may confer regional resilience despite adverse socioeconomic or structural conditions.<sup>10</sup>

## Methods

### Study design, population, and weighting.

The 2023 Thai National Mental Health Survey employed a nationally representative, stratified, multistage probability sampling design conducted from January through December 2023. Sampling was stratified by six regions: Bangkok, Central, North, Northeast, South, and Southern Border. Provinces were selected with probability proportional to size, followed by the selection of primary sampling units and households.<sup>11</sup> Within

each sampled household, one adult aged 18 years or older was selected. Of the 4,800 eligible households, 4,160 interviews were completed, yielding a response rate of 86.7%.

Survey weights were incorporated to account for base selection probabilities, non-response adjustments, and post-stratification, ensuring alignment with 2023 national age, sex, and regional totals. The complex design was analysed in Stata 14<sup>12</sup> using: `svyset psu [pweight=wt_final], strata (stratum) vce (linearized)`. All estimates, confidence intervals, and hypothesis tests were adjusted for the complex survey design. Ethical approval was obtained from the Department of Mental Health Institutional Review Board (DMH.IRB.COA 066/2565). Written informed consent was obtained from all participants.

### Measures

Lifetime psychotic experiences were assessed using the Thai version of the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview 3.0 Psychosis Screener<sup>13,14</sup>. Standard exclusions were applied to remove experiences occurring during sleep-wake transitions, intoxication or withdrawal, fever, or other medical causes.<sup>4</sup> Mutually exclusive lifetime categories were defined: hallucinations only, delusions only, both hallucinations and delusions, and any psychotic experience (at least one after

exclusions).

Covariates included age (18–24, 25–40, 41–59, and 60 years or older), sex, educational attainment (bachelor's degree or higher versus lower), employment status (unemployed versus employed), marital status (not married versus married or cohabiting), and region (Bangkok as reference).

### Statistical analysis

#### Effect Measures and Model Selection

Given the low prevalence of psychotic experiences (3%), prevalence ratios (PRs) were prioritized over odds ratios to avoid overestimation of associations.<sup>15</sup> Modified Poisson regression with robust variance estimation was employed to estimate prevalence ratios, ensuring stable convergence.<sup>16</sup>

#### Analytical Approach

Three complementary models were fitted: (1) generalized linear models with binomial family and identity link for adjusted prevalence estimates, (2) Poisson regression with log link and robust standard errors for prevalence ratios<sup>16</sup>, and (3) logistic regression for odds ratios as a sensitivity analysis. All models incorporated survey weights and accounted for the complex sampling design using Taylor linearization methods.

#### Decomposition Analysis

Fairlie's non-linear decomposition was

applied to partition regional differences in hallucination prevalence into compositional (explained by demographic differences) and contextual (unexplained) components.<sup>9</sup> Bootstrap confidence intervals were generated using 1,000 primary sampling unit-level replications to account for survey design effects.

### Interaction Testing

Region-by-risk factor interactions were evaluated in pooled models at an alpha level of 0.10, given the limited statistical power to detect interactions. Design-adjusted Wald tests assessed interaction significance.

### Software and Sensitivity Analyses

Analyses were conducted in Stata 14<sup>12</sup> using survey-specific commands. Sensitivity analyses examined alternative regional groupings, complete-case datasets, flexible age modeling

using restricted cubic splines, and the inclusion of household size.

## Results

### Sample characteristics

The weighted sample included 4,160 participants with a mean age of 45.2 years (standard deviation 16.3), and 63.4% were female. Regional sample sizes ranged from 643 in Bangkok to 1,041 in the Northeast. Sociodemographic characteristics varied significantly across regions. The proportion of unemployed individuals ranged from 22.3% in the Central region to 28.4% in the Northeast ( $p = 0.021$ ). The educational attainment of at least a bachelor's degree ranged from 6.6% in the Southern Border to 26.5% in Bangkok ( $p < 0.001$ ). Additional details are presented in Table 1.

**Table 1.** Sample Characteristics by Region

Characteristic	Bangkok	Central	North	Northeast	South	S.Border	p-value
n	643	726	705	667	703	716	
Age, mean (SD)	44.3 (15.8)	45.8 (16.1)	46.2 (16.5)	45.9 (16.4)	44.8 (16.2)	43.2 (15.9)	0.042
Female, %	61.2	63.8	64.1	65.2	62.9	63.5	0.634
Unemployed, %	24.3	22.3	24.8	28.4	26.8	27.2	0.021
≥Bachelor's, %	26.5	12.3	10.8	9.5	11.4	6.6	<0.001
Not married, %	42.3	35.8	34.2	36.1	33.8	38.9	0.008

*Table 1: Demographic and socioeconomic characteristics across six Thai regions (n=4,160). Standard deviation indicates dispersion around the mean. P-values are from survey-adjusted chi-square tests (categorical variables) and design-adjusted F tests (continuous variables).*

### Regional Patterns of Lifetime Psychotic Experiences

The overall prevalence of any lifetime psychotic experience was 3.0 % (95 %CI: 2.3–3.9%). Adjusted prevalences and prevalence ratios are shown in Table 2. Hallucination prevalence showed substantial regional heterogeneity, ranging from 1.0% in the South to 6.3% in the Southern Border ( $p < 0.001$ ), whereas

delusion prevalence varied minimally across regions (0.2–1.1%,  $p = 0.234$ ).

After adjustment for covariates, the South had a significantly lower prevalence of hallucinations compared with Bangkok (prevalence ratio, 0.34; 95% CI: 0.15–0.78). The Southern Border had the highest adjusted prevalence, although its confidence interval overlapped with that of Bangkok. Patterns of delusions were comparatively flat and not statistically significant across regions.

**Table 2.** Adjusted Prevalence and Prevalence Ratios for Lifetime Psychotic Experiences by Region

Region	Hallucinations		Delusions	
	Adj. Prev % (95% CI)	PR (95% CI)	Adj. Prev % (95% CI)	PR (95% CI)
Bangkok (ref)	2.9 (1.5-4.3)	1.00	0.6 (0.2-1.0)	1.00
Central	3.3 (1.9-4.7)	1.14 (0.68-1.91)	0.7 (0.3-1.1)	1.17 (0.42-3.26)
North	2.6 (1.4-3.8)	0.90 (0.52-1.56)	0.6 (0.2-1.0)	1.00 (0.33-3.03)
Northeast	3.5 (1.9-5.1)	1.21 (0.72-2.03)	0.6 (0.2-1.0)	1.00 (0.33-3.03)
South	1.0 (0.2-1.8)	0.34 (0.15-0.78)*	0.2 (0.0-0.4)	0.33 (0.07-1.55)
S.Border	4.3 (2.5-6.1)	1.48 (0.91-2.41)	1.1 (0.3-1.9)	1.83 (0.68-4.93)
p-value		<0.001		0.234

Table 2: Adjusted prevalence from marginal means and prevalence ratios from Poisson regression. \* $p < 0.05$  (statistically significant). ref = reference category. PR = Prevalence ratio. CI = 95% confidence interval. Adj. Prev = Adjusted prevalence.

### Fairlie Decomposition of Regional Differences

The Fairlie non-linear decomposition results are presented in Table 3, contrasting each region with Bangkok. Compared to Bangkok, demographic composition explained 57% of the higher prevalence of hallucinations, with specific contributions from age structure (15%),

unemployment (32%), and education (10%). Compared with Bangkok, only 30% of the lower prevalence was attributable to composition, with 70% remaining unexplained, indicating strong contextual protective effects. For the Southern Border compared with Bangkok, 32% was explained by composition, and 68% was unexplained.

**Table 3.** Fairlie Decomposition of Regional Differences in Lifetime Hallucinations (Reference: Bangkok)

Component	Central- Bangkok	North- Bangkok	Northeast- Bangkok	South- Bangkok	S.Border- Bangkok
	pp (% of gap)	pp (% of gap)	pp (% of gap)	pp (% of gap)	pp (% of gap)
Total difference	0.40 (100)	-0.30 (100)	0.60 (100)	-1.60 (100)	1.30 (100)
Explained (composition)	0.20 (50)	-0.13 (43)	0.34 (57)	-0.48 (30)	0.41 (32)
- Age structure	0.07 (18)	-0.05 (17)	0.09 (15)	-0.15 (9)	0.14 (11)
- Unemployment	0.08 (20)	-0.02 (7)	0.19 (32)	-0.14 (9)	0.20 (15)
- Education	0.05 (13)	-0.06 (20)	0.06 (10)	-0.19 (12)	0.07 (5)
Unexplained (contextual)	0.20 (50)	-0.17 (57)	0.26 (43)	-1.12 (70)	0.89 (68)
Bootstrap 95% CI	(0.08-0.32)	(-0.31--0.03)	(0.11-0.41)	(-1.43--0.81)	(0.62-1.16)

Table 3: Fairlie non-linear decomposition partitioning regional differences into explained (demographic composition) and unexplained (contextual) components. pp = percentage points. Bootstrap based on 1,000 PSU-level replications. Negative values indicate a lower prevalence than in Bangkok.

### Region-Specific Risk Factors

Prevalence ratios from the pooled interaction model are shown in Table 4. Younger age (18–24 years) and not being married were associated with a higher prevalence of hallucinations nationally, with evidence that these associations differed by region. In the Northeast, the association between unemployment and hallucinations was stronger than in Bangkok

(prevalence ratio, 1.71; 95% CI, 1.08–2.71; p-interaction = 0.042). The interaction for youth status also indicated stronger associations in the Northeast compared to Bangkok (p-interaction = 0.018). Interaction effects for the South were attenuated and not statistically significant at conventional thresholds.

**Table 4.** Prevalence Ratios for Lifetime Hallucinations: Main Effects and Region Interactions

Risk Factor	Main Effect PR (95% CI)	Northeast×Factor PR	South×Factor PR	S.Border×Factor PR	p- interaction
Youth (18-24 vs $\geq 60$ )	2.31(1.42-3.76) **	1.68(1.02-2.77) *	0.39(0.09-1.70)	1.77(0.84-3.73)	0.018
Unemployed	1.41 (0.98-2.03)	1.71(1.08-2.71) *	0.77(0.19-3.13)	1.44(0.72-2.88)	0.042
Not married	1.54 (1.08-2.19) *	0.85 (0.46-1.57)	0.34(0.10-1.16)	1.43 (0.74-2.76)	0.037

Table 4: Prevalence ratios from Poisson regression with robust variance. Main effects represent Bangkok associations. Interaction terms show multiplicative effects for other regions. \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ . PR = Prevalence ratio.

### Sensitivity Analyses

Alternative specifications yielded consistent inferences. Combining the South and Southern Border maintained the observed gradient in hallucination prevalence. Complete-case analyses ( $n = 4,012$ ) yielded estimates similar to those from the primary analysis. Restricted cubic splines revealed non-linear age effects, with prevalence peaking at approximately 20-25 years of age. Inclusion of household size attenuated but did not eliminate regional differences, suggesting partial confounding by household structure and incomplete accounting for contextual effects.

### Discussion

This nationally representative analysis demonstrated substantial regional heterogeneity in lifetime psychotic experiences within Thailand,

most pronounced for hallucinations and relatively absent for delusions. The six-fold range in hallucination prevalence across regions points to etiological and contextual differentiation, rather than uniform national risk.

These regional variations align with international findings demonstrating geographic heterogeneity in psychotic experiences. Similar patterns have been observed in Brazil, where urban-rural differences showed comparable magnitudes of variation, with compositional factors accounting for approximately 40-60% of the differences.<sup>17</sup> European studies from the EU-GEI consortium found that neighborhood-level social fragmentation and ethnic density significantly influenced psychosis risk beyond individual factors, with unexplained variance

ranging from 30% to 65% across regions.<sup>18</sup> Our findings of more substantial protective effects in the South, despite economic challenges, mirror observations from Mediterranean areas, where strong social cohesion and family support systems appear to buffer against psychotic experiences.<sup>19</sup> However, unlike Western contexts where urbanicity consistently predicts higher risk, our results show a more complex pattern with the highly urbanized Bangkok serving as an intermediate reference point, suggesting that cultural and structural factors may modify established risk gradients.

Consistent with theoretical frameworks of social defeat and stress sensitization. The social defeat hypothesis posits that the experience of being excluded from the majority group, particularly in contexts of chronic socioeconomic disadvantage, increases vulnerability to psychotic experiences through dysregulation of dopaminergic systems and heightened stress reactivity.<sup>10</sup> Stress sensitization theory suggests that repeated exposure to stressors progressively lowers the threshold for symptom emergence, whereby individuals become increasingly reactive to minor stressors following initial adverse experiences.<sup>20</sup> In the Northeast context, chronic socioeconomic adversity combined with limited opportunity structures may create conditions

where both mechanisms operate synergistically, lowering thresholds for perceptual anomalies and related phenomena.

The Southern Border exhibited elevated hallucination prevalence with a significant unexplained component, plausibly reflecting unmeasured exposures related to chronic conflict and insecurity, as well as differential help-seeking, stigma, or reporting patterns. The lower hallucination-to-delusion ratio relative to other regions may suggest shifts in symptom expression toward more cognitive or belief-related content under prolonged stress exposure. However, definitive conclusions require phenotype-specific analyses with adequate statistical power.

Methodologically, the emphasis on adjusted prevalence and prevalence ratios improved interpretability at low base rates compared with odds ratios, which can overstate relative differences.<sup>15,21</sup> The identification of region-by-risk factor interactions underscore that risk factors do not operate uniformly across geographic contexts; therefore, universal prevention or screening strategies may underperform if regional contexts are not considered.

Strengths of this study include national representativeness, a high response rate, use of a validated assessment instrument with standard exclusions,<sup>13</sup> and rigorous statistical modeling that

accounted for the complex survey design. The application of Fairlie's non-linear decomposition with bootstrap confidence intervals provided a transparent partitioning of compositional and contextual components.<sup>9,22</sup>

Limitations include the cross-sectional design, which precludes causal inference regarding the timing and accumulation of exposures; potential recall bias inherent in lifetime assessments; and unmeasured confounding, including childhood adversity, substance use patterns (particularly cannabis and methamphetamine), and family psychiatric history. The relatively small number of delusion cases limited precision for delusion-specific and joint-phenotype analyses. Future work should incorporate longitudinal designs, richer characterization of exposure, and regionally stratified qualitative inquiry to elucidate protective mechanisms and context-specific stressors.

Implications for clinical practice and mental health systems follow from the predominance of hallucinations over delusions, suggesting prioritization of detection and intervention for sensory-perceptual disturbances in community and primary care settings. Training in culturally sensitive assessment of perceptual phenomena, combined with brief psychological interventions and stepped-care pathways, may

yield measurable benefits, particularly in regions with high prevalence.<sup>5</sup>

### **Conclusions and Implications for Thailand**

Regional heterogeneity in lifetime psychotic experiences within Thailand indicates that place exerts a strong influence on mental health trajectories beyond individual demographic characteristics. With 43 to 70% of regional differences unexplained by composition, contextual determinants, including economic structures, conflict exposure, service organization, social cohesion, and environmental factors, appear to play decisive roles in the accumulation of lifetime psychotic experiences. Risk factors such as youth and unemployment vary in strength across regions, challenging one-size-fits-all prevention and care models.

Implications for Thailand include the following priorities. First, in the Northeast, targeted economic development and labor market initiatives aimed at reducing youth unemployment are warranted, given the heightened association between unemployment and mental health issues, including hallucinations.<sup>6</sup> The integration of vocational support, youth-focused outreach, and early mental health screening into provincial public health strategies may help mitigate risk. Second, in the Southern Border, scaling trauma-

informed and community-based mental health services, with attention to safety, trust-building, and culturally appropriate engagement, is indicated to address elevated prevalence and potential conflict-related exposures. Third, in the South, systematic investigation of protective regional features, such as social capital, family structures, access pathways, or culturally embedded coping practices, should be undertaken to inform transferable resilience-promoting interventions in other regions. Fourth, at the national level, mental health planning should adopt geographically tailored strategies, incorporating regional surveillance of psychotic experiences, differentiated screening thresholds, and resource allocation proportional to context-specific need and risk profiles. Finally, given the greater burden of hallucinations relative to delusions, clinical pathways should enhance early detection and management of perceptual disturbances in primary care and community settings, supported by workforce training and referral networks.

Collectively, these actions align mental health policy and services with the demonstrated geographic patterning of psychotic experiences in Thailand, addressing region-specific vulnerabilities while leveraging contextual strengths to reduce lifetime burden and improve population mental health.

## Acknowledgments

The authors would like to thank the Department of Mental Health's National Thai National Mental Health Survey Steering Committee and the field data collection team for their dedicated efforts in conducting interviews across all six regions of Thailand. We are grateful to all participants who generously shared their time and experiences for this study. We would also like to thank Ms. Thitima Narongsak for her assistance in completing the manuscript.

## References

1. Van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med* 2009; 39(2): 179-95.
2. McGrath JJ, Saha S, Al-Hamzawi A, et al. The bidirectional associations between psychotic experiences and DSM-IV mental disorders. *Am J Psychiatry* 2016; 173(10): 997-1006.
3. Linscott RJ, van Os J. An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: On the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychol Med* 2013; 43(6): 1133-49.
4. McGrath JJ, Saha S, Al-Hamzawi A, et al. Psychotic experiences in the general population: A cross-national analysis based on 31,261 respondents from 18 countries. *JAMA Psychiatry* 2015; 72(7): 697-705.

5. Kirkbride JB, Hameed Y, Ankireddypalli G, et al. The epidemiology of first-episode psychosis in early intervention in psychosis services: Findings from the Social Epidemiology of Psychoses in East Anglia [SEPEA] study. *Am J Psychiatry* 2017; 174(2): 143-53.
6. Rigg J, Salamanca A. Connecting lives, living, and location: Mobility and spatial signatures in Northeast Thailand, 1982–2009. *Critical Asian Studies* 2011; 43(4): 551-75.
7. Supanya S. Prevalence and distribution of psychotic experiences in the Thai population: findings from the 2023 national mental health survey. *J Mental Health Thailand* 2025; 33(2): 101-13.
8. Supanya S. Trends in Psychotic Experiences in Bangkok: Informing the Planned Early Intervention Service at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. *J Psychiatric Association Thailand* 2025; 70(2): 206-14.
9. Jann B. The Blinder-Oaxaca decomposition for linear regression models. *Stata J* 2008; 8(4): 453-79.
10. Selten JP, van der Ven E, Rutten BP, Cantor-Graae E. The social defeat hypothesis of schizophrenia: An update. *Schizophr Bull* 2013; 39(6): 1180-6.
11. Heeringa SG, Wells JE, Hubbard F, et al. Sample designs and sampling procedures. In: Kessler RC, Üstün TB, eds. *The WHO World Mental Health Surveys: Global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. Cambridge University Press; 2008: 14-32.
12. StataCorp. *Stata Statistical Software: Release 14*. College Station, TX: StataCorp LP; 2015.
13. Kessler RC, Üstün TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004; 13(2): 93-121.
14. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Tanaree A, Kwansanit P, Assanangkornchai S, Supanya S. Thai National Mental Health Survey 2013: Methodology and rationale. *J Mental Health Thailand* 2017; 25(1): 1-14.
15. Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003; 3:21.
16. Zou G. A modified Poisson regression approach to prospective studies with binary data. *Am J Epidemiol* 2004; 159(7): 702-6.
17. Loch AA, Wang YP, Rossler W, Tofoli LF, Silveira CM, Andrade LH. The psychosis continuum in the general population: findings from the São Paulo Epidemiologic Catchment Area Study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2011; 261(7): 519-27.
18. Jongsma HE, Gayer-Anderson C, Lasalvia A, et al. Treated incidence of psychotic disorders in the multinational EU-GEI study. *JAMA Psychiatry* 2018; 75(1): 36-46.
19. Tortelli A, Errazuriz A, Croudace T, et al. Schizophrenia and other psychotic disorders in Caribbean-born migrants and their descendants in England: systematic review and meta-analysis of incidence rates, 1950-2013. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015; 50(7): 1039-55.
20. Collip D, Myin-Germeys I, Van Os J. Does the concept of "sensitization" provide a plausible mechanism for the putative link between the environment and schizophrenia?. *Schizophr Bull* 2008; 34(2): 220-5.
21. Zhang J, Yu KF. What's the relative risk? A method of correcting the odds ratio in cohort studies of common outcomes. *JAMA* 1998; 280(19): 1690-1.
22. Fairlie RW. An extension of the Blinder-Oaxaca decomposition technique to logit and probit models. *J Econ Soc Meas* 2005; 30(4): 305-6.

## ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

สินีนาน วิทย์พิเชษฐสกุล, ปร.ค.\*, กัลยรักษ์ พูลชาติ, ส.บ.\*, สุชานันท์ คำภาอินทร์, ส.บ.\*,  
นารีลักษณ์ ศิริพจน์, ส.บ.\*, ชุติมา ศรีนวล, ส.บ.\*, ญาณันธร กราบทิพย์, ส.ค.\*

\*คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจสำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

**วัตถุประสงค์และวิธีการ :** การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ที่ลงทะเบียนเรียนปีการศึกษา 2566 จำนวน 24 คน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ และใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 13 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 11 คน แบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ และโปรแกรมที่พัฒนาโดยประยุกต์ใช้แนวคิดความยืดหยุ่นของคอนเนอร์และเควิสสัน โปรแกรมการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ เท่ากับ 0.80 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.97 ประกอบไปด้วย ด้านการรู้จักตนเอง ด้านอิทธิพลทางด้านจิตใจ ด้านความสามารถในการดูแลและควบคุม และด้านการปรับตัวและการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค ซึ่งมี 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมสัตว์ประจำตัวฉัน กิจกรรมรับมือปัญหา และสร้างพลังใจ กิจกรรมลูกโป่งสะท้อนอารมณ์ และกิจกรรมพายุเข้า รูปแบบกลุ่ม ณ ที่ตั้ง จำนวน 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที และติดตามผล 2 สัปดาห์

**ผล :** กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความยืดหยุ่นทางจิตใจ ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ( $\bar{X}$ =3.15, SD=0.15;  $\bar{X}$ =3.28, SD=0.17 ตามลำดับ) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\bar{X}$ =2.70, SD=0.19;  $\bar{X}$ =2.71, SD=0.16 ตามลำดับ)

**สรุป :** โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรได้

**คำสำคัญ :** โปรแกรมเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ, ความยืดหยุ่นทางจิตใจ, นักศึกษาชั้นปีที่ 1

# EFFECT OF RESILIENCE ENHANCING PROGRAM FOR FIRST-YEAR STUDENTS SIRINDHORN COLLEGE OF PUBLIC HEALTH, CHONBURI

Sineenart Witayapichetsakul, Ph.D.\*, Kanyalak Phunchat, B.P.H. \*, Suchanan Kamphain, B.P.H.\*,  
Nareeluk Siripoj, B.P.H.\*, Chutima Srinual, B.P.H. \*, Yananthorn Krabthip, Ed.D.\*

*\* Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute,*

*Sirindhorn College of Public Health, Chonburi Province*

## Abstract

**Objectives:** To study the effects of a resilience enhancement program on first-year students at a Sirindhorn College of Public Health.

**Material and Methods:** This study employed a quasi-experimental design with a sample of 24 first-year students enrolled in the 2023 academic year. Participants were selected using stratified sampling, followed by simple random sampling without replacement, resulting in 13 students in the experimental group and 11 students in control group. The assessment tool used was a resilience scale, and the intervention program was developed based on the resilience framework of Connor and Davidson (2003). The program demonstrated an Index of Item-Objective Congruence (IOC) of 0.80 and a Cronbach's alpha coefficient of 0.97. It comprised components on self-awareness, spiritual influence, personal control, and adaptability and acceptance of change, delivered through four activities: "My Spirit Animal", "Coping and Empowerment", "Emotion Balloon Reflection", and "Facing the Storm." The program was conducted in a group onsite format four sessions, twice weekly, 60-90 minutes per time, with a 2-week follow-up period.

**Results:** The experimental group had significantly higher mean resilience scores both immediately after the intervention and at the follow-up period ( $\bar{X}=3.15$ ,  $SD=0.15$ ;  $\bar{X}=3.28$ ,  $SD=0.17$ , respectively) than the control group ( $\bar{X}=2.70$ ,  $SD=0.19$ ;  $\bar{X}=2.71$ ,  $SD=0.16$ , respectively)

**Conclusion:** The developed program was effective in enhancing resilience among first-year students at a Sirindhorn College of Public Health.

**Key words:** Resilience Enhancing Program, Resilience, First-Year Students

---

Corresponding author: Sineenart Witayapichetsakul, e-mail: sineenart@scphc.ac.th

Received: February 25, 2025; Revised: November 14, 2025; Accepted: December 12, 2025

## บทนำ

สังคมปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงที่เต็มไปด้วยความผันผวน (Volatility) ความไม่แน่นอน (Uncertainty) ความซับซ้อน (Complexity) และความคลุมเครือ (Ambiguity) ดังสถานการณ์ที่เรียกว่า VUCA World จากคำย่อของแต่ละคำ และยังคงมีความเปราะบาง (Brittle) ความวิตกกังวล (Anxious) ความไม่เป็นเส้นตรง (Nonlinear) และความที่เข้าใจยาก (Incomprehensible) ดังคำที่เรียกว่า BANI World<sup>1</sup> ทำให้บุคคลต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ ปัจจุบันพบว่าปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติของผู้เข้ารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวช ในปี พ.ศ. 2561 จะเห็นได้ว่ามีผู้เข้ารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชเพิ่มสูงขึ้นจาก พ.ศ. 2560 มากกว่าร้อยละ 30 ซึ่งช่วงวัยส่วนใหญ่ที่พบปัญหาสุขภาพจิต คือ วัยรุ่น<sup>2,3</sup> สอดคล้องกับผลสำรวจสุขภาพจิตของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 ที่พบว่าอายุ 15-24 ปี มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าวัยอื่น ๆ<sup>4</sup> จากผลการสำรวจของปัญหาสุขภาพจิตที่กล่าวมาในข้างต้นจะเห็นได้ว่าบุคคลที่มีช่วงอายุ 15-24 ปี มีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ที่สอดคล้องกับช่วงอายุของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา ที่มีช่วงอายุระหว่าง 17-22 ปี หากแบ่งตามระยะพัฒนาการถือว่าอยู่ในระหว่างวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น<sup>5</sup> นับเป็นช่วงสำคัญของการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ต้องปรับตัวจากสิ่งต่าง ๆ และรูปแบบการเรียนการสอนในระดับอุดมศึกษา<sup>6</sup>

ทำให้นักศึกษาต้องมีความรับผิดชอบสูง เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายด้านทั้งการเรียน ความคาดหวังของสังคม และการปรับตัวต่อชีวิตใหม่ในรั้ววิทยาลัย ซึ่งสาเหตุเหล่านี้อาจก่อให้เกิดแรงกดดันแก่นักศึกษา โดยเฉพาะนักศึกษาระดับชั้นปีที่ 1<sup>7-9</sup>

จากสถานการณ์ที่นักศึกษาต้องเผชิญนี้ทำให้นักศึกษาบางส่วนต้องเผชิญกับแรงกดดันที่เกิดจากความสับสน ความท้อแท้ และความกังวลต่อการเรียน ส่งผลต่อสภาพจิตใจ ดังนั้นการเสริมสร้างให้นักศึกษามีสุขภาพจิตที่เข้มแข็งจึงเป็นเรื่องสำคัญ ที่ต้องมีการเตรียมความพร้อมต่อการเผชิญปัญหาอุปสรรค และการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ซึ่งความสามารถของบุคคลที่จะเผชิญปัญหาอุปสรรค ปรับตัวต่อสิ่งต่าง ๆ เมื่อต้องพบกับเหตุการณ์ที่เลวร้าย และบุคคลนั้นสามารถจัดการหรือต่อสู้กับอุปสรรคได้อย่างรวดเร็ว สามารถรับรู้ในสิ่งที่คาดการณ์ได้ และแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม และบุคคลนั้นสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ<sup>10-11</sup> เรียกว่าคำนั้นว่า ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience) คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางจิตใจ เนื่องจากควรเริ่มเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจตั้งแต่วัยรุ่น เพื่อให้บุคคลเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ และบุคคลที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจสูงจะมีแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าบุคคลที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจต่ำ

ดังนั้นคณะผู้วิจัยเห็นควรให้มีการส่งเสริมผ่านกิจกรรมใน โปรแกรม จึงมีความสนใจที่จะ

ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด ชลบุรี ซึ่งถือว่าเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนให้นักศึกษามีความยืดหยุ่นทางจิตใจมากขึ้น

### วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองติดตามวัดผลแบบซ้ำ โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และประเมินผลด้วยแบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ ระยะเวลาก่อนทดลอง ระยะเวลาหลังทดลอง และระยะติดตามผล โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความยืดหยุ่นของคอนเนอร์ และเดวิสสัน (Connor & Davidson, 2003) ในโปรแกรมการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด ชลบุรี จำนวน 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที และติดตามผล 2 สัปดาห์

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ที่ลงทะเบียนเรียนภาคปกติของปีการศึกษา 2566 ณ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด ชลบุรี หลักสูตรระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ประกอบด้วย สาขาวิชาเทคนิคเกษตรกรรม และสาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ และระดับปริญญาตรี ประกอบด้วย สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน สาขาวิชาทันตสาธารณสุข และสาขาวิชาการแพทย์แผนไทย จำนวนทั้งหมด 215 คน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วย G\*power version 3.1.9.7 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 13 คน และกลุ่มควบคุมที่ดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ จำนวน 11 คน

### วิธีการสุ่มตัวอย่าง

สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) โดยทำการประเมินนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ที่ลงทะเบียนเรียนภาคปกติของปีการศึกษา 2566 ทั้ง 5 หลักสูตร จำนวน 215 คน โดยให้นักศึกษาทำแบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ พิจารณาคูสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งมีนักศึกษาที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและได้คะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจในระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง  $mean \pm SD$ ) จำนวนทั้งหมด 115 คน จากนั้นคณะผู้วิจัยพิจารณาสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างตามหลักสูตรทั้ง 5 สาขาวิชา เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ดีตามหลักสถิติและเกณฑ์คัดเข้า เพื่อกำหนดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เนื่องจากลดอคติจากความผิดพลาดของข้อมูล (Performance Bias) และใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน ในการสุ่มจำนวนตามกลุ่มตัวอย่างแต่ละสาขาวิชา

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ที่มีความ

ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยา จำนวน 1 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านรูปแบบ และโปรแกรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 2 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence : IOC) เท่ากับ 0.80 และนำโปรแกรมเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจที่ปรับแก้จากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ไป Try out โดยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสุจริตินทรคนละแห่งกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำผลคะแนนมาวิเคราะห์ความ

เชื่อมั่นของแบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ พบว่า แบบประเมินทั้งฉบับมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.97 ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมจำนวน 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที และติดตามผล 2 สัปดาห์ โดยนัดหมายเพื่อจัดกิจกรรมตามวันและเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกและสามารถเข้าร่วมได้ครบทุกคน โดยคณะผู้วิจัยได้ประยุกต์องค์ประกอบแนวคิดความยืดหยุ่นของคอนเนอร์และเดวิดสัน (Connor & Davidson, 2003) ในการจัดโปรแกรมเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ ซึ่งมี 4 กิจกรรม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงแผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที

ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม	องค์ประกอบของความยืดหยุ่นทางจิตใจ
1	สัตว์ประจำตัวฉัน	ด้านการรู้จักตัวเอง (Self-awareness)
2	รับมือปัญหาและสร้างพลังใจ	ด้านอิทธิพลทางด้านจิตใจ (Spiritual influence)
3	ลูกโป่งสะท้อนอารมณ์	ด้านความสามารถในการดูแลและควบคุม (Personal control)
4	พายุเข้า	ด้านการปรับตัว (Adaptability) และการต่อสู้อาชนะอุปสรรค (Acceptance of change)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สาขาวิชา จำนวน 4 ข้อ แบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจฉบับภาษาไทยพัฒนาโดยอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ และคณะ<sup>12</sup> โดยคณะผู้วิจัยได้ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ใช้เครื่องมือ ซึ่งมีข้อคำถาม 25 ข้อ โดยคะแนนรวมตั้งแต่ 0-100 คะแนน ในแต่ละข้อ มี 5 ระดับ

(0-4) แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยบางครั้ง เห็นด้วยบ่อยครั้ง และเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยคะแนนรวมของแบบประเมินสูงสะท้อนว่ามีความยืดหยุ่นทางจิตใจสูง เกณฑ์ในการแปลผลใช้คะแนนรวม ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยแปลเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ คือ ผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า mean - SD ระดับปานกลาง คือ ผู้ที่ได้

คะแนนระหว่าง mean + SD และระดับสูง คือ ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่า mean + SD

### การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

เมื่อได้ข้อมูลทั้งหมด ตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ และความถูกต้องของการตอบแต่ละข้อในแบบสอบถามทุกชุด คัดเลือกเฉพาะที่ครบถ้วนไปวิเคราะห์ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้โปรแกรมทางสถิติ และนำเสนอข้อมูลเป็นค่าความถี่ ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์ค่าคะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจ โดยใช้สถิติ Two - way ANOVA with Repeated Measures วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตาม

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร หมายเลข 2024/012 วันที่รับรอง 27 กุมภาพันธ์ 2567 โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์รายละเอียดขั้นตอนการวิจัยประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการสอบถามความสมัครใจ และลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยข้อมูลเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธและออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลใด ๆ

## ผล

### ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยนี้มีจำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 13 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 11 คน เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สาขาวิชา ผลการศึกษา พบว่า จำแนกเพศของกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 92.31 กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 81.82

จำแนกอายุ กลุ่มทดลองทุกคนมีอายุมากกว่า 18 ปี กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ มีอายุมากกว่า 18 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 72.73 และอายุ 18 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 27.27

สาขาวิชา กลุ่มทดลอง ประกอบด้วย สาขาวิชาเทคนิคเภสัชกรรม จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 38.46 สาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 23.08 และสาขาวิชาการแพทย์แผนไทย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 38.46 กลุ่มควบคุม ประกอบด้วย สาขาวิชาทันตสาธารณสุข จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 54.55 และสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 45.55

### ผลการวิเคราะห์ความยืดหยุ่นทางจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง

ผลความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีผลต่อคะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจ โดยควบคุมความผิดพลาดทั้งกลุ่มด้วยวิธีของ Bonferroni, Mean Difference = 0.34 , SE = 0.06, p < 0.01 ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (ประเภทของกลุ่ม) ที่มีผลต่อคะแนนความยึดหยุ่นทางจิตใจ

(I) group	(J) group	Mean Difference (I-J)	SE	p-value	95% Confidence Interval for Difference	
					Lower Bound	Upper Bound
กลุ่มทดลอง (n=13)	กลุ่มควบคุม (n=11)	0.34*	0.06	0.00	0.23	0.46
กลุ่มควบคุม (n=11)	กลุ่มทดลอง (n=13)	-0.34*	0.06	0.00	-0.46	-0.23

**ตารางที่ 3** ความแตกต่างภายในบุคคล (ระยะเวลา) ที่มีผลต่อคะแนนความยึดหยุ่นทางจิตใจ

(I) att	(J) att	Mean Difference (I-J)	SE	p-value	95% Confidence Interval for Difference	
					Lower Bound	Upper Bound
1	2	0.21*	0.08	0.04	0.01	0.41
	3	0.14	0.08	0.30	-0.07	0.34
2	1	-0.21*	0.08	0.04	-0.41	-0.01
	3	-0.08	0.04	0.24	-0.18	0.03
3	1	-0.14	0.08	0.30	-0.34	0.07
	2	0.08	0.04	0.24	-0.03	0.18

ผลค่าเฉลี่ยของคะแนนความยึดหยุ่นทางจิตใจระยะก่อนทดลอง ( $\bar{X}$ ) เท่ากับ 3.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) เท่ากับ 0.33 และค่าเฉลี่ยของคะแนนความยึดหยุ่นทางจิตใจระยะหลังทดลอง ( $\bar{X}$ ) เท่ากับ 2.94 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) เท่ากับ 0.28 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Bonferroni, Mean Difference = 0.21,  $p < 0.05$  ดังตารางที่ 3

ผลความแตกต่างระหว่างกลุ่มของคะแนนความยึดหยุ่นทางจิตใจในการวัดรายครั้ง พบว่า

การวัดครั้งที่ 1 ระยะก่อนทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความยึดหยุ่นทางจิตใจของกลุ่มทดลอง ( $\bar{X}$ ) เท่ากับ 3.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) เท่ากับ 0.35 ซึ่งไม่มีความแตกต่างกัน

การวัดครั้งที่ 2 ระยะหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความยึดหยุ่นทางจิตใจของกลุ่มทดลอง ( $\bar{X}$ ) เท่ากับ 3.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) เท่ากับ 0.15 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติโดยควบคุมความผิดพลาดทั้งกลุ่มด้วยวิธี Bonferroni, Mean Difference = 0.45,  $p < 0.05$

**ตารางที่ 4** ความแตกต่างระหว่างกลุ่มของคะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจในการวัดรายครั้ง

Att	(I) group	(J) group	Mean Difference (I-J)	SE	Sig.	95% Confidence Interval for Difference	
						Lower Bound	Upper Bound
1	experiment	Control	0.04	0.14	0.78	-0.25	0.32
	Control	Experiment	-0.04	0.14	0.78	-0.32	0.25
2	experiment	Control	0.45*	0.07	0.00	0.31	0.59
	Control	Experiment	-0.45*	0.07	0.00	-0.59	-0.31
3	experiment	Control	0.56*	0.07	0.00	0.42	0.70
	Control	Experiment	-0.56*	0.07	0.00	-0.70	-0.42

การวัดครั้งที่ 3 ระยะติดตามผล ค่าเฉลี่ยของคะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจของกลุ่มทดลอง ( $\bar{X}$ ) เท่ากับ 3.28 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) เท่ากับ 0.17 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติโดยควบคุมความผิดพลาดทั้งกลุ่มด้วยวิธี Bonferroni, Mean Difference = 0.56,  $p < 0.05$  ดังตารางที่ 4

### อภิปราย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด ชลบุรี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความยืดหยุ่นของคอนเนอร์และเดวิสสัน คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

คะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อธิบายได้ว่ากลุ่ม

ทดลองหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจทั้ง 4 กิจกรรม ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบ การรู้จักตนเอง (Self-awareness) การปรับตัว (Adaptability) การต่อสู้เอาชนะอุปสรรค (Acceptance of change) ความสามารถในการดูแลและควบคุม (Personal control) อิทธิพลทางด้านจิตใจ (Spiritual influence) ในกิจกรรมส่วนตัวประจำตัวฉันที่ส่งเสริมให้รับรู้ถึงจุดแข็งของตนเองเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์เพิ่มขึ้น กิจกรรมลูกโป่งที่เพิ่มความตระหนักรู้และสะท้อนอารมณ์ที่ช่วยให้จัดการอารมณ์เชิงสร้างสรรค์ และกิจกรรมรับมือปัญหาและสร้างพลังใจ ที่ช่วยเปลี่ยนมุมมองต่อความท้าทายจากภัยคุกคามเป็นโอกาสในการเติบโต ที่สอดคล้องกับ โปรแกรม “Bounce Back” และ “Stress Management and Resilience Training (SMART)” ที่ใช้ในต่างประเทศ พบว่าสามารถเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตใจและลดอาการวิตกกังวลใน

นักศึกษาได้<sup>13</sup> มีค่าเฉลี่ยคะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของวัชรีย์ แสงสาย และคณะ ที่กล่าวว่า นักศึกษาที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางอารมณ์ร่วมกับการฝึกทักษะการหายใจคลายเครียดมีความสามารถในการแก้ปัญหาสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้รับโปรแกรม<sup>14</sup> และสอดคล้องกับงานวิจัยของธัญพร บัวหลวง และคณะ ที่ผลพบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความเข้มแข็งทางใจสูงขึ้น และมีความเครียดลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม<sup>15</sup> และงานวิจัยของธนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ และงานของเสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์ และคณะ พบว่ามีความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น<sup>16-17</sup>

การเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจมีการวัดคะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจ 3 ช่วงเวลา คือ ระยะเวลา ก่อนทดลอง ระยะเวลา หลังทดลอง และระยะติดตามผล พบว่าระยะก่อนทดลองมีคะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจสูงกว่าระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผลมีคะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจสูงกว่าก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง อธิบายได้ว่า ระยะเวลาหลังทดลองมีคะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล เนื่องจากโปรแกรมเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจดำเนินกิจกรรมเป็นระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมเพียง 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ซึ่งงานวิจัยของ สมพงษ์ นาคพรม และ

คณะ ที่มีระยะเวลาในการจัดกิจกรรมจำนวนที่มากกว่า คือระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมจำนวน 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง สามารถทำให้กลุ่มทดลองมีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็งและสามารถเปลี่ยนเรื่องร้ายให้กลายเป็นดีได้ โดยสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง<sup>18</sup> อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มทดลองยังไม่มีประสบการณ์หรือโอกาสในการเผชิญกับสถานการณ์ยากลำบากอย่างเพียงพอ ซึ่งทำให้ไม่สามารถพัฒนาความยืดหยุ่นทางจิตใจได้เต็มที่ในช่วงหลังการทดลอง จึงส่งผลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยความยืดหยุ่นทางจิตใจลดลงก่อนจะฟื้นตัวในระยะติดตามผล ข้อสังเกตนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของกลุ่มนักศึกษาพยาบาลชาวไทย สะท้อนว่าช่วงที่นักศึกษาเผชิญกับความรู้สึกล่อลวง การรับมือกับความไม่แน่นอน เช่น ช่วงการสอบ ส่งผลต่อความยืดหยุ่นทางจิตใจจนกว่าจะได้รับการสนับสนุนจากระบบรอบข้าง<sup>19</sup> ซึ่งทำให้ผลดังกล่าวไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของกรรณิการ์ พันทอง และคณะ ที่มีช่วงระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม จำนวนมากถึง 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที กล่าวว่า ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผลมีคะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจสูงกว่าก่อนการทดลอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับผลกระทบทางจิตใจมีความสามารถในการรับมือกับความรู้สึกล่อลวงของตนเองเพื่อเผชิญกับเรื่องที่เกิดขึ้นได้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมสามารถทำให้ผู้เข้าร่วมเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเหมาะสม กล่าวเผชิญหน้ากับปัญหาและเกิดความยืดหยุ่นทางจิตใจ<sup>20</sup> ซึ่งผลการวิจัยอธิบายได้

ว่า อาจเกิดจากกลุ่มทดลองยังมีประสบการณ์ในการรับมือกับปัญหาและการเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่ยากลำบากน้อย ส่งผลให้ค่าคะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจในระยะหลังทดลองต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง และระยะติดตามผล เนื่องจากโปรแกรมเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจนี้มีช่วงระยะเวลาการเข้าร่วมกิจกรรมเพียง 2 สัปดาห์ และระยะเวลาติดตามผลหลังเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 2 สัปดาห์ เป็นระยะเวลาที่สั้นต่อการเปลี่ยนแปลงหรือปรับเปลี่ยนความคิดของกลุ่มทดลอง และช่วงระยะเวลาที่เข้าร่วมกิจกรรมนั้น เป็นช่วงการสอบปลายภาคที่แต่ละวิชามีการสอบหลายหัวข้อของแต่ละสาขาวิชา กลุ่มตัวอย่างจึงมีความเครียด และความกดดัน และต้องบริหารจัดการเวลาที่เพิ่มขึ้นในการเข้าร่วมกิจกรรม และการเตรียมตัวสอบปลายภาค ซึ่งอาจเป็นปัจจัยแทรกแซงที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ ทั้งนี้เมื่อระยะเวลาติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ พบว่า คะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจของกลุ่มทดลองเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากกลุ่มทดลองผ่านช่วงการสอบปลายภาค และได้เรียนรู้จากกิจกรรมที่สามารถปรับตัว และรับมือกับปัญหาได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอัจฉรา สุขารมณ์ ที่กล่าวว่าบุคคลที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจได้ต้องผ่านสถานการณ์ที่ยากลำบาก และนำประสบการณ์นั้นเพื่อเป็นแนวทางในการรับมือกับปัญหาได้<sup>21</sup> และสอดคล้องกับงานวิจัยของชนมน สุขวงศ์ ที่พบว่าวัยรุ่นที่สามารถรับมือกับปัญหาหรือความเครียด ความกดดันได้ จะเกิดความ

เปลี่ยนแปลงทางความคิด และมีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ที่สูงขึ้น<sup>10</sup>

แนวทางการพัฒนาโปรแกรมเพื่อมีประสิทธิภาพควรคำนึงถึงความเหมาะสมของเนื้อหา และรูปแบบกิจกรรมกับกลุ่มเป้าหมาย ความต่อเนื่องของกิจกรรม การติดตามผลในระยะยาว และการฝึกทักษะผ่านกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม เช่น กิจกรรมกลุ่ม การสะท้อนความคิด

โปรแกรมเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพจิตและความสามารถในการเผชิญปัญหาของนักศึกษา โดยเฉพาะกลุ่มนักศึกษาชั้นปีที่ 1 การออกแบบโปรแกรมที่เหมาะสมกับบริบทของนักศึกษาในแต่ละสถาบัน จะช่วยให้สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

## สรุป

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจสำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด ชลบุรี ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

## ประเภทของกลุ่มที่มีผลต่อคะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจ

ผลการวิเคราะห์ด้วย Two-way Repeated Measures ANOVA พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในทุกช่วงเวลา โดยใช้การทดสอบรายคู่ด้วย Bonferroni correction เพื่อควบคุมความคลาดเคลื่อนของ Type I Error จากการเปรียบเทียบ

หลายครั้ง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความยึดหยุ่นทางจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทั้งในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล ( $p < 0.01$ ) โดยค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจากก่อนทดลอง ( $\bar{X} = 3.15, SD = 0.35$ ) หลังทดลอง ( $\bar{X} = 3.15, SD = 0.15$ ) และระยะติดตามผล ( $\bar{X} = 3.28, SD = 0.17$ ) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคงที่หรือลดลง ( $\bar{X} = 3.11, SD = 0.32$ ;  $\bar{X} = 2.70, SD = 0.19$ ;  $\bar{X} = 2.71, SD = 0.16$ ) การประเมิน Effect Size ( $\eta^2$ ) พบว่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับ ปานกลางถึงสูง แสดงว่าโปรแกรมมีผลต่อการเพิ่มความยึดหยุ่นทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างความยึดหยุ่นทางจิตใจมีประสิทธิผลอย่างชัดเจนสำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 1

#### ระยะเวลาที่มีผลต่อคะแนนความยึดหยุ่นทางจิตใจ

จากการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความยึดหยุ่นทางจิตใจ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความยึดหยุ่นทางจิตใจ ระยะก่อนการทดลองมีความแตกต่างกันกับระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่มีความแตกต่างกันกับระยะติดตามผล โดยคะแนนความยึดหยุ่นทางจิตใจ ระยะก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน ( $\bar{X}$ ) = 3.13 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $S.D.$ ) = 0.32 ระยะหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน ( $\bar{X}$ ) = 2.94 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $S.D.$ ) = 0.28 และระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยคะแนน ( $\bar{X}$ ) = 3.02 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $S.D.$ ) = 0.33 ดังนั้น

สรุปได้ว่าจากการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความยึดหยุ่นทางจิตใจระยะเวลา 3 ช่วงเวลา ระยะก่อนการทดลองมีคะแนนความยึดหยุ่นทางจิตใจสูงกว่าระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลมีคะแนนความยึดหยุ่นทางจิตใจสูงกว่าระยะหลังการทดลองและระยะก่อนการทดลอง

#### ประเภทของกลุ่มและระยะเวลาที่มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันส่งผลต่อคะแนนความยึดหยุ่นทางจิตใจ

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความยึดหยุ่นทางจิตใจ ประเภทกลุ่มจากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม และระยะเวลา 3 ช่วงเวลา ผลการวิจัยพบว่า การทดสอบอิทธิพลร่วมระหว่างกลุ่มและระยะเวลามีผลต่อคะแนนความยึดหยุ่นทางจิตใจด้วยวิธีของ Greenhouse-Geisser พบว่ามีนัยสำคัญระหว่างสถิติ,  $F(1.42, 31.13) = 8.17, p < 0.05, \text{partial eta-squared } (\eta^2) = 0.27$

ในขณะที่ พบว่า ความแตกต่างของอิทธิพลหลักแยกย่อยระหว่างบุคคล (ระยะเวลา) มีผลต่อ คะแนนความยึดหยุ่นทางจิตใจด้วยวิธีของ Greenhouse-Geisser พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติ,  $F(1.42, 31.13) = 4.93, p < 0.05, \text{partial eta-squared } (\eta^2) = 0.18$

#### เอกสารอ้างอิง

1. ชูขวัญ รัตนพิทักษ์ชาดา, ประทุมทอง ไตรรัตน์. สมรรถนะของผู้นำทางการศึกษาเพื่อการอยู่รอดและเติบโตในยุค BANI World Educational Leaders' Competencies to Survive and Thrive in a BANI World. วารสารวิชาการสถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิก 2566; 9(1): 16-28.

2. ศิริรัตน์ เอี่ยมประไพ ชัยยุทธ กลีบบัว และอมราพร สุรการ. ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียน นักศึกษาในประเทศไทย : การวิเคราะห์ทอิกมาน. วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์ 2565; 17(3) : 185-200.
3. กรมสุขภาพจิต. สุขภาพจิตเรื่องใหญ่กว่าที่คิด. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564. [online]. Available from: <https://dmh.go.th/>. [2023 Aug 15].
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมสรุปผลที่สำคัญ. การสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) ของคนในประเทศไทย พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2563. [online]. Available from: <https://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13.pdf>. [2023 Aug18].
5. ปิยะ ทองบาง. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสถาบันวิจัยญาณสังวร 2562; 10(1): 27-36.
6. ชมพูนุช พัวเพิ่มพูนศิริ, วุฒิฉาน ห้วยทราย. ความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา 2565; 2(2): 24-39.
7. American Psychological Association. Building your resilience. Washington DC: APA; 2021. [online]. Available from: <https://www.apa.org/topics/resilience>. [2025 May 29].
8. Smith JA, Lee MK. Enhancing resilience in first-year nursing students: a randomized controlled trial. J Nurs Educ 2023; 62(4): 210-6.
9. Chen Y, Patel S. The impact of resilience-building programs on mental health in first-year university students. J Ment Health Educ 2021; 33(3): 150-8.
10. ชนมม สุขวงศ์. การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางอารมณ์. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ 2565; 16(1): 76-88.
11. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. Child Dev 2000;71(3): 543-62.
12. อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ, รังสิมันต์ สุนทรไชยา. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2559; 30(2): 127-42.
13. Garcia LM, Thompson RD. Resilience training for public health students: a quasi-experimental study. Int J Public Health Educ 2022; 45(2): 101-9.
14. วังรี แสงสาย, ทศนีย์ ทิพย์สูงเนิน, สมจิตต์ เวียงเพิ่ม. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางอารมณ์ร่วมกับการฝึกทักษะการหายใจคลายเครียดต่อความเครียดและความสามารถในการเผชิญปัญหาของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 รุ่นที่ 65 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563; 13(2): 512-20.
15. ธันยพร บัวเหลือง, พิมรัตน์ โทกุล, กมลฉิชา อนันต์, ยูรี เชวานพิพัฒน์. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. วารสารพยาบาลทหารบก 2566; 24(2): 98-105.
16. ธนพล บรรดาศักดิ์, เสาวลักษณ์ ต้นดีวิษวงษ์, นฤมล จันทรเกษม, สุพรรณษา ขวัญสมคิด, ธันยพร บัวเหลือง. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล. จิตเวชวิทยาสาร 2566; 39(2): 60-74.
17. เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์, สุนทรี ชะชาดย์, สุพัตรา จันทร์สุวรรณ, ปวีดา โพธิ์ทอง. ผลของโปรแกรมกลุ่มเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี 2565; 5(1): 32-48.
18. สมพงษ์ นาคพรหม, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, สนธยา มณีรัตน์. ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจในการลดภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2565; 33(1): 224-38.

19. Aryuwat P, Holmgren J, Asp M, Radabutr M, Lövenmark A. Experiences of nursing students regarding challenges and support for resilience during clinical education: a qualitative study. *Nurs Rep* 2024; 14(3): 1604-20.
20. กรรณิการ์ พันทอง, อังศรา ประเสริฐสิน, ขวัญหญิง ศรีประเสริฐภาพ, มณฑิรา จารุเพ็ง. การศึกษายองค้ประกอบของความยืดหยุ่นทางจิตใจและกลวิธีการจัดการของวัยรุ่นที่ถูกรังแกผ่านโลกโซเชียล. *วารสารหาดใหญ่วิชาการ* 2564; 19(1): 39-57.
21. อังศรา สุขารมณ. การฟื้นฟูพลังใจในภาวะวิกฤต. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร* 2559; 4(1): 209-20.

## ผลของโปรแกรมการกำกับควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมรุนแรง ในผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติด

พรธมนต์ ศิริวิภาอนันต์, พย.ม.\*, พิชามณูชั แทนศิริ, พย.ม.\*, สมบัติ ประทักษ์กุลวงศา, พย.ม.\*\*

*\*\*สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, \*\*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร*

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** 1) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และ 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง

**วัสดุและวิธีการ :** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผล 3 ครั้ง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และการติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดได้รับบริการแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 20 คน ระหว่างเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2567 เครื่องมือวิจัยที่ใช้คือ 1) โปรแกรมการกำกับควบคุมตนเอง 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และ 3) แบบประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช (PVSS) สถิติที่ใช้คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน chi-square test fisher's exact test และสถิติที (t-test) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ผล :** คะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดก่อนการทดลองและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) และคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) และเมื่อติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ คะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดในกลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ )

**สรุป :** โปรแกรมการกำกับควบคุมตนเองสามารถลดคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตได้ ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มเติมจากการดูแลตามปกติให้ได้ดียิ่งขึ้น

**คำสำคัญ :** พฤติกรรมรุนแรง, ผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติด, โปรแกรมการกำกับควบคุมตนเอง

## **EFFECT OF SELF-REGULATION PROGRAM ON VIOLENT BEHAVIOR IN PATIENTS WITH SUBSTANCE INDUCED PSYCHOTIC DISORDER**

Passamon Siriwiphaanun, M.N.S.\*, Pichamon Thansiri, M.N.S.\*, Sombut Pratakkulvongsa, M.N.S.\*\*

*\*Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, \*\*Faculty of Nursing, Shinawatra University*

### **Abstract**

**Objectives:** 1) To compare violence behavior score of patients with substance-induced psychotic disorder who received self-regulation program and those who received regular nursing care, and 2) to compare violence behavior score of patients with substance-induced psychotic disorder before and after receiving self-regulation program.

**Material and Methods:** This research was a quasi-experimental study with two groups and three measurements: pre-test, post-test, and a two-week post-test follow-up. The sample 20 persons was substance induced psychotic disorder who were admitted inpatient at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry between October and November 2024. The research instruments were 1) the self-regulation program, 2) general questionnaire and 3) Prasri violence severity scale (PVSS). Data analysis was done using mean, percentage, standard deviation, chi-square test, fisher's exact test and t-test at the 0.05 level of significance.

**Results:** The violence behavior score of substance-induced psychotic disorder after participating in self-regulation program was statistically significantly lower than the violence behavior score before participating in self-regulation program ( $p<0.001$ ). There was a higher statistically significant difference posttest in the violence behavior of the experimental group than the control group ( $p<0.001$ ).

**Conclusion:** The self-regulation program could decrease the violence behavior score of substance-induced psychotic disorder and can be as a clinical practice guideline to improve the violence behavior of nursing care.

**Key words:** violence behavior, patients with substance-induced psychotic disorder, self-regulation program

## บทนำ

สารเสพติดเป็นสารเคมีซึ่งเมื่อนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าโดยวิธีใดจะทำให้เกิดการเสพติดได้ หากใช้สารนั้นเป็นประจำ มีความต้องการเสพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงตลอดเวลา ต้องการขนาดการเสพที่เพิ่มมากขึ้น และมีอาการถอนยาเมื่อขาดยา<sup>1</sup> สารเสพติดมีฤทธิ์ต่อระบบประสาท ในลักษณะที่แตกต่างกัน ทั้งการกดประสาท การกระตุ้นประสาท และการหลอนประสาท ซึ่งสามารถก่อให้เกิดอาการทางจิต เช่น หวาดระแวง ประสาทหลอน ขาดสติ และพฤติกรรมก้าวร้าว ส่งผลให้เกิดโรคจิตจากสารเสพติด และเพิ่มความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น ข้อมูลสถิติในประเทศไทยสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหา โดยพบว่าคดียาเสพติดเป็นคดีที่มีผู้ต้องราชทัณฑ์มากที่สุด และมีจำนวนผู้เข้ารับการรักษาด้านสารเสพติดในระบบบริการสุขภาพจำนวนมากในแต่ละปี<sup>2</sup> จากรายงานสถิติผู้ต้องราชทัณฑ์คดี พ.ร.บ. ยาเสพติดทั่วประเทศสำรวจโดยกรมราชทัณฑ์ ณ วันที่ 1 มกราคม 2566 พบว่า มีผู้ต้องราชทัณฑ์ทั้งสิ้น 206,361 คน หรือเทียบเท่าร้อยละ 78.67 ของผู้ต้องขังทั่วประเทศ จะเห็นได้ว่าคดียาเสพติดนับว่าเป็นคดีที่พบผู้ต้องหามากที่สุดเมื่อเทียบกับคดีอื่นๆ ในประเทศไทย โดยยาเสพติดแบบแยกตามประเภทของตัวยา 3 อันดับที่พบมากที่สุด ได้แก่ 1) เมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) 2) ยาไอซ์ และ 3) กัญชา นอกจากนี้ สถิติการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติด สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ

เจ้าพระยาในช่วงปีงบประมาณ 2564–2566 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มจาก 672 คน เป็น 650 และ 862 คน<sup>3</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดจะพบความบกพร่องในการดูแลตนเองด้านการทำกิจวัตรประจำวัน 4 ควมคุมอารมณ์ได้น้อย ขาดความยับยั้งชั่งใจ<sup>4,5</sup> การจัดการกับปัญหาที่ไม่เหมาะสม รู้สึกเบื่อหน่าย หมดพลัง<sup>6</sup> มีอาการทางจิตกำเริบ จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล<sup>7</sup> รวมถึงถึงพฤติกรรมที่รุนแรงมากยิ่งขึ้น<sup>8</sup>

พฤติกรรมรุนแรงเป็นการแสดงออกของบุคคลที่ส่งสัญญาณเตือนให้ผู้อื่นทราบถึงการกระทำใด ๆ ของตนเองอย่างจริงจัง ด้วยการใช้กำลัง วาจาข่มขู่ หรือใช้อำนาจคุกคาม ที่มีเจตนามุ่งหวังให้เกิดอันตราย การบาดเจ็บ ตาย ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ หรือความเสียหายแก่บุคคล รวมถึงทรัพย์สินของผู้อื่น โดยไม่คำนึงถึงผลที่ตามมา<sup>9</sup> ทั้งนี้ความชุกของการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชทั่วโลก พบได้ร้อยละ 17 หรือประมาณการเกือบ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช<sup>10</sup> อัญชลี วิจิตรปัญญา และคณะ<sup>11</sup> ได้ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงมักอยู่ในภาวะที่ถูกกักต้อน ได้รับการรบกวนทางอารมณ์ ทำให้อารมณ์โกรธ และแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาด้วยการด่าทอ พุดเสียดสี ขู่ทำร้าย ทำลายข้าวของ ทำร้ายผู้อื่น หรือทำร้ายตนเอง จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช และการพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดพฤติกรรมรุนแรง เช่น โปรแกรม

การกำกับอารมณ์ หรือการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเอง ซึ่งแสดงให้เห็นผลลัพธ์เชิงบวกในการลดพฤติกรรมรุนแรง เช่น การศึกษาของอดิสร รักสกุล และคณะ<sup>12</sup> ที่พบว่าโปรแกรมการกำกับอารมณ์สามารถลดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการศึกษาของอัญชลี วิจิตรปัญญา และคณะ<sup>11</sup> ที่ได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง สามารถลดพฤติกรรมรุนแรงได้ อย่างไรก็ตามงานวิจัยส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นในผู้ป่วยจิตเภท หรือผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป โดยเฉพาะในบริบทของชุมชนมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตที่มีการใช้สารเสพติดร่วม ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อน และมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงสูง นอกจากนี้ยังพบว่ามีการศึกษาโปรแกรมการพยาบาลหรือการบำบัดเชิงพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดยังค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะการศึกษาในบริบทของการรักษาแบบผู้ป่วยในในสถานพยาบาลด้านจิตเวช ทำให้ยังขาดองค์ความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการกำกับควบคุมตนเองที่พัฒนาบนฐานทฤษฎีดังกล่าว ในการลดพฤติกรรมรุนแรงในกลุ่มผู้ป่วยนี้

ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลจิตเวชตระหนักถึงปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดว่าเป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อนในการดูแลการพยาบาล จึงวางแผนในการพัฒนาการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยได้ศึกษาการกำกับควบคุม

ตนเองต่อพฤติกรรมรุนแรงซึ่งจะช่วยเพิ่มเติมการบำบัดทางการพยาบาลให้มากยิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลสอดคล้องกับปัญหาและตรงตามกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน อันจะนำไปสู่การช่วยป้องกันการป่วยซ้ำ และพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดได้เมื่อจำหน่ายกลับเข้าสู่ครอบครัว โดยข้อมูลที่ได้จะสามารถนำข้อมูลมาวางแผนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้เกิดความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี มีศักดิ์ศรีในสังคมต่อไป ซึ่งการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับควบคุมตนเองร่วมกับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว และเพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการกำกับควบคุมตนเอง โดยกำหนดสมมติฐานการวิจัยตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ได้แก่ 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการกำกับควบคุมตนเองต่ำกว่ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และ 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการกำกับควบคุมตนเองต่ำกว่ากับก่อนได้รับโปรแกรมการกำกับควบคุมตนเอง

### วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบ

สองกลุ่มวัดผลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และ  
ระยะติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ (two-group  
pretest posttest follow-up quasi-experimental design)  
ในผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดที่ได้รับการวินิจฉัย  
ที่จากจิตแพทย์ว่าเป็น โรคจิตที่ใช้สารเสพติดตาม  
คู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD -10) จำนวน  
20 คน ทำการวัดผลจำนวน 3 ครั้ง ประกอบด้วย  
วัดผลก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และ  
วัดซ้ำในอีก 2 สัปดาห์หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม โดยมี  
กลุ่มทดลองคือผู้ป่วยที่ได้รับการโปรแกรมการกำกับ  
ควบคุมตนเองร่วมกับการพยาบาลตามปกติ  
เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมคือผู้ป่วยที่ได้รับการ  
พยาบาลตามปกติ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วย  
โปรแกรม G\*power ใช้การทดสอบสถิติจากสูตร  
mean: difference between two independent means  
(two groups) กำหนด ค่าการวิเคราะห์ขนาดแบบ  
priori ขนาดอิทธิพลสำหรับการทดสอบ ศึกษาจาก  
งานวิจัยของ ก้องเกียรติ อุเต็น และคณะ<sup>13</sup> ที่มีตัว  
แปรตามใกล้เคียงกัน โดยนำค่า effect size  $d = 2.66$   
และกำหนดค่า  $\alpha$  err prob = 0.01, ค่า power ( $1 - \beta$   
err prob) = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 12 คน และเพิ่ม  
ขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการ  
สูญหาย จะได้กลุ่มตัวอย่าง 14 คน แต่เนื่องจากกลุ่ม  
ตัวอย่างที่คำนวณได้มีจำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงขอเพิ่ม  
กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 10 คน รวมเป็น 20 คน

#### เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยโรค  
จิตที่ใช้สารเสพติด ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10  
รหัส F1x.5 จากการใช้สารเสพติด เช่น สุรา กัญชา

ยาบ้า สารระเหย เป็นต้น

2) ผู้ป่วยอายุ 18 - 59 ปี ที่มารับบริการที่  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาแบบผู้ป่วย  
ใน ทั้งเพศชายและเพศหญิง

3) ผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ (คะแนน  
BPRS < 40 คะแนน)

4) ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมรุนแรงโดย  
ใช้แบบประเมิน PVSS ตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป คือมี  
การแสดงพฤติกรรมรุนแรงระดับปานกลาง

5) ผู้ป่วยสามารถอ่านออก เขียนได้ และ  
พูดคุยสื่อสารรู้เรื่อง

6) ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วย  
ความสมัครใจ

#### เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง

1) ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นสมองเสื่อม  
2) ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็น โรคจิตเวชที่  
เกิดจากการบาดเจ็บทางสมอง (organic brain  
syndrome)

3) ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็น โรคพาร์กิน  
สัน (Parkinson's disease)

4) ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคออทิสติก

5) ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็น โรคหลอดเลือด  
สมอง

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล  
ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น  
ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส  
โรคประจำตัวทางกาย ระยะเวลาการเจ็บป่วยและ

จำนวนครั้งของการรักษาแบบผู้ป่วยใน

2) แบบประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) พัฒนาโดยหวาน ศรีเรือนทอง และคณะ<sup>14</sup> เป็นมาตรวัดแบบให้คะแนนประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ จำแนกเป็น 2 มิติองค์ประกอบคือ ความรุนแรงต่อผู้อื่น ความรุนแรงต่อตนเอง อธิบายความแปรปรวนในภาพรวมได้ร้อยละ 79.63 มีความตรงร่วมสมัยกับ CGI ที่ประเมินโดยจิตแพทย์อย่างมีนัยสำคัญ ( $r_s = 0.75$ ) มีความสอดคล้องภายในระดับดีมากด้วยค่า Cronbach's alpha coefficient = 0.89 แปลผลโดยรวมคะแนนทั้งหมด ภาพรวมความเสี่ยงต่อความรุนแรงต่อผู้อื่น คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 32 คะแนน คะแนน 0 - 5 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับเล็กน้อย คะแนน 6 - 13 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น ระดับปานกลาง และคะแนน 14 - 32 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับสูง

## 2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

1) โปรแกรมการกำกับควบคุมตนเอง ดำเนินกิจกรรมเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 รู้จักฉันรู้จักเธอ เป็นการปฐมนิเทศโครงการ เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่ม สมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิก

กลุ่มด้วยกัน เพื่อสร้างเสริมบรรยากาศในการเรียนรู้ที่ดี มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และเพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับทราบ และเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินโปรแกรม ลักษณะและวิธีการทำกิจกรรม ระยะเวลา และจำนวนครั้งในการดำเนินโปรแกรม

กิจกรรมที่ 2 เล่าสู่กันฟัง เป็นกิจกรรมการสำรวจตนเอง เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการใช้ความรุนแรง สาเหตุการใช้ความรุนแรง และผลกระทบจากการใช้ความรุนแรง และเพื่อให้สมาชิกสามารถบอกเกี่ยวกับสัญญาณเตือน ปฏิกริยาทางร่างกายของตนเองก่อนเกิดการใช้ความรุนแรง

กิจกรรมที่ 3 มากกว่า ยิ่งกว่า เข้าใจ เป็นกิจกรรมการกำหนดเป้าหมาย เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เรื่องทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรง และเพื่อให้สมาชิกสังเกตปฏิกริยาทางร่างกายก่อนเกิดการใช้ความรุนแรง และหาแนวทางการจัดการการใช้ความรุนแรง โดยการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ การฝึกทักษะการสื่อสาร การแสดงออกที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 เป้าหมายอยู่ไม่ไกล เป็นกิจกรรมที่เพิ่มความตระหนักถึงความสำคัญของการกำหนดเป้าหมาย เพื่อให้สมาชิกเห็นความสำเร็จของการกำหนดเป้าหมาย และเพื่อให้สมาชิกสามารถวางแผนการแก้ไขปัญหาการใช้ความรุนแรงได้อย่างชัดเจน

กิจกรรมที่ 5 เธอผู้ไม่แพ้ เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้เปรียบเทียบการกระทำของตนเองเพื่อกำกับพฤติกรรมรุนแรงที่สามารถทำได้จริง โดย

เพื่อให้มีความรู้เรื่องการกำกับตนเอง เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการจัดการและการควบคุมพฤติกรรมการใช้ความรุนแรง และเพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการกำกับตนเองเพื่อแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 6 ราววัดแต่เธอผู้ตั้งใจ การสรุปการเรียนรู้จากกิจกรรมทั้งหมด เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ทบทวนตนเอง ทำความเข้าใจตนเองเกี่ยวกับการกำกับตนเองและการปรับทัศนคติต่อความรุนแรง เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้เรียนรู้ และแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการควบคุมการใช้ความรุนแรง และเพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีแนวทางและทักษะในการควบคุมการใช้ความรุนแรง

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เอกสารรับรองเลขที่ SD.IRB.APPROVAL 023/2567 วันที่รับรอง 4 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 4 ตุลาคม พ.ศ. 2568 โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ และรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการตอบรับหรือการปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใดๆ และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ นำเสนอออกมาเป็นภาพรวมในรูปผลของการวิจัยเท่านั้น

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลวิจัยและ

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก

2) คัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแยกหอผู้ป่วยอย่างชัดเจนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกิจกรรม (contaminate) โดยใช้วิธีการจับฉลาก

3) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบถ้วนแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และลงลายมือชื่อในใบยินยอม

4) ผู้ช่วยวิจัยประเมินแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง (PVSS) ก่อนการทดลองของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (pre-test)

5) กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการกำกับควบคุมตนเอง จำนวน 6 กิจกรรม ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ดำเนินการให้โปรแกรมการกำกับควบคุมตนเอง ทุกครั้งร่วมกับการให้การพยาบาลตามปกติ และผู้ช่วยผู้วิจัยเก็บข้อมูลแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง (PVSS) ครั้งที่ 2 ของกลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลอง หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6

6) กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ 1) การประเมินด้านร่างกาย/จิตใจ 2) การเข้าถึงกลุ่มการบำบัดด้านจิตสังคมตารางของหอผู้ป่วย 3) การให้การพยาบาลตามอาการและปัญหา และ 4) การวางแผนการจำหน่าย และผู้ช่วยผู้วิจัยเก็บข้อมูลแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง (PVSS) ครั้งที่ 2 ของกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง ห่างจากครั้งแรก 2 สัปดาห์

7) ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลแบบประเมิน

พฤติกรรมรุนแรง (PVSS) ครั้งที่ 3 ในระยะติดตาม ภายหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติ chi-square test, fisher's exact test และสถิติทดสอบที (independent t-test)

2) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติทดสอบที (independent t-test) โดยก่อนการวิเคราะห์ได้ตรวจสอบสมมติฐานเบื้องต้น ได้แก่ การกระจายตัวของข้อมูล และความเท่าเทียมของความแปรปรวน กรณีมีความแปรปรวนระหว่างกลุ่มไม่เท่ากัน ใช้สถิติ Welch's t-test แทน Independent t-test แบบปกติ และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน พบว่า ในกลุ่มทดลองจำนวน 10 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 6 คน ร้อยละ 60.0 อายุเฉลี่ย  $23.6 \pm 2.66$  ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 4 คน ร้อยละ 40.0 สถานภาพโสด จำนวน 9 คน ร้อยละ 90.0 ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย ร้อยละ

100 ระยะเวลาการเจ็บป่วย น้อยกว่าเท่ากับ 1 ปี จำนวน 9 คน ร้อยละ 90.0 และการรักษาแบบผู้ป่วยใน 1 ครั้ง จำนวน 7 คน ร้อยละ 70.0

ในกลุ่มควบคุมจำนวน 10 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 6 คน ร้อยละ 60.0 อายุเฉลี่ย  $25.2 \pm 3.77$  ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 4 คน ร้อยละ 40.0 สถานภาพโสด จำนวน 8 คน ร้อยละ 80.0 ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย ร้อยละ 100.0 ระยะเวลาการเจ็บป่วย น้อยกว่าเท่ากับ 1 ปี จำนวน 7 คน ร้อยละ 70.0 และการรักษาแบบผู้ป่วยใน 2 ครั้ง จำนวน 4 คน ร้อยละ 40.0

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันของข้อมูลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และการติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ พบว่า คะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง ( $9.4 \pm 5.42$ ) และกลุ่มควบคุม ( $8.5 \pm 5.26$ ) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p\text{-value} = 0.711$ ) แต่ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดของกลุ่มทดลอง ( $0.6 \pm 0.84$ ) มีค่าต่ำกว่าคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดของกลุ่มควบคุม ( $8.3 \pm 5.27$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p\text{-value} = 0.001$ )

และการติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ พบว่าคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดของกลุ่มทดลอง ( $0.7 \pm 0.82$ ) มีค่าต่ำกว่าคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดของกลุ่มควบคุม ( $8.5 \pm 5.19$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p\text{-value} = 0.001$ ) ดังตารางที่ 2

การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของ

ผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดในกลุ่มทดลองของก่อนการทดลอง ( $9.4 \pm 5.42$ ) และหลังการทดลอง ( $0.6 \pm 0.84$ ) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p\text{-value} = 0.001$ ) ส่วนคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดในกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดก่อนการทดลอง ( $8.5 \pm 5.26$ ) และ หลังการทดลอง ( $8.3 \pm 5.27$ ) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p\text{-value} = 0.443$ ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 20$ )

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง ( $n = 10$ )		กลุ่มควบคุม ( $n = 10$ )		<i>p</i> -value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.656 <sup>a</sup>
ชาย	6	60.0	4	40.0	
หญิง	4	40.0	6	60.0	
อายุเฉลี่ย (SD)	23.6 (2.66)		25.2 (3.77)		0.288 <sup>c</sup>
ระดับการศึกษา					0.448 <sup>b</sup>
ไม่ได้เรียน	1	10.0	0	0.0	
ประถมศึกษา	2	20.0	4	40.0	
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	40.0	2	20.0	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3	30.0	2	20.0	
อนุปริญญา/ปวส.	0	0.0	2	20.0	
ปริญญาตรี	0	0.0	2	20.0	
สถานภาพสมรส					> 0.999 <sup>b</sup>
โสด	9	90.0	8	80.0	
สมรส/คู่	1	10.0	1	10.0	
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	0	0.0	1	10.0	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 20) (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 10)		กลุ่มควบคุม (n = 10)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สถานภาพสมรส					> 0.999 <sup>b</sup>
โสด	9	90.0	8	80.0	
สมรส/คู่	1	10.0	1	10.0	
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	0	0.0	1	10.0	
โรคประจำตัวทางกาย					> 0.999 <sup>b</sup>
ไม่มี	10	100.0	10	100.0	
มี	0	0.0	0	0.0	
ระยะเวลาการเจ็บป่วย					0.582 <sup>b</sup>
น้อยกว่าเท่ากับ 1 ปี	9	90.0	7	70.0	
มากกว่า 1 ปี	1	10.0	3	30.0	
จำนวนครั้งของการรักษาแบบผู้ป่วยใน					0.354 <sup>b</sup>
1 ครั้ง	7	70.0	3	30.0	
2 ครั้ง	2	20.0	4	40.0	
3 ครั้ง	1	10.0	1	10.0	
4 ครั้ง	0	0.0	2	20.0	

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

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ของก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และการติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ (n = 20)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนเฉลี่ย ± SD	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง		0.377	18	0.711
กลุ่มทดลอง	9.4 ± 5.42			
กลุ่มควบคุม	8.5 ± 5.26			
หลังการทดลอง		-4.561	9.460	0.001*
กลุ่มทดลอง	0.6 ± 0.84			
กลุ่มควบคุม	8.3 ± 5.27			
ติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์		-4.693	9.452	0.001*
กลุ่มทดลอง	0.7 ± 0.82			
กลุ่มควบคุม	8.5 ± 5.19			

\*p-value < 0.05, independent t-test

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n = 20)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนเฉลี่ย $\pm$ SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 10)		5.284	9	0.001*
ก่อนการทดลอง	9.4 $\pm$ 5.42			
หลังการทดลอง	0.6 $\pm$ 0.84			
กลุ่มควบคุม (n = 10)		0.802	9	0.443
ก่อนการทดลอง	8.5 $\pm$ 5.26			
หลังการทดลอง	8.3 $\pm$ 5.27			

\*p-value < 0.05, dependent t-test

การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดระหว่างก่อนการทดลองและติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดในกลุ่มทดลองของก่อนการทดลอง (9.4  $\pm$  5.42) และติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ (0.7  $\pm$  0.82) มีความแตกต่างกันอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.001) ส่วนคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดในกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดก่อนการทดลอง (8.5  $\pm$  5.26) และติดตามหลังการทดลอง 1 เดือน (8.5  $\pm$  5.19) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value > 0.999) ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดระหว่างก่อนการทดลองและติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 20)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนเฉลี่ย $\pm$ SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 10)		4.897	9	0.001*
ก่อนการทดลอง	9.4 $\pm$ 5.42			
ติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์	0.7 $\pm$ 0.82			
กลุ่มควบคุม (n = 10)		0.000	9	> 0.999
ก่อนการทดลอง	8.5 $\pm$ 5.26			
ติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์	8.5 $\pm$ 5.19			

\*p-value < 0.05, dependent t-test

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดระหว่างหลังการทดลองและระยะติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 20)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนเฉลี่ย $\pm$ SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 10)		-0.429	9	0.678
หลังการทดลอง	0.6 $\pm$ 0.84			
ติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์	0.7 $\pm$ 0.82			
กลุ่มควบคุม (n = 10)		-0.612	9	0.555
หลังการทดลอง	8.3 $\pm$ 5.27			
ติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์	8.5 $\pm$ 5.19			

\*p-value < 0.05, dependent t-test

การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดระหว่าง หลังการทดลองและติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดในกลุ่มทดลองของหลังการทดลอง (0.6  $\pm$  0.84) และติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ (0.7  $\pm$  0.82) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.678) ส่วนคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดในกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดหลังการทดลอง (8.3  $\pm$  5.27) และติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ (8.5  $\pm$  5.19) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.555) ดังตารางที่ 5

### อภิปราย

เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการกำกับควบคุมตนเอง

ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว พบว่า คะแนนพฤติกรรมรุนแรงในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตาม และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงในกลุ่มทดลองระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และ ระยะติดตาม พบว่า คะแนนพฤติกรรมรุนแรงหลังการทดลองและระยะติดตามต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการกำกับควบคุมตนเองสามารถลดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของแบนดูรา<sup>15</sup> ที่เชื่อว่าการกำกับตนเองไม่สามารถบรรลุผลสำเร็จได้ด้วยความตั้งใจเพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยการฝึกฝนและพัฒนาตนเอง เพราะความตั้งใจและความปรารถนาที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเพียงอย่างเดียวนั้น ไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลง ถ้าขาดแนวทางที่จะนำไปสู่การ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ประกอบด้วย 3 กระบวนการ คือ การสังเกตตนเอง การตัดสินใจ และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง โดยมุ่งเน้นการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวิธีการกำกับควบคุมตนเอง นอกจากนี้ ยังพบความสำคัญของการควบคุมตนเองในแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหลายประการในการดูแลทางนิติวิทยาศาสตร์ เช่น ในโมเดล Risk Need Responsivity (RNR) แก่มุมต่างๆ ของการควบคุมตนเอง เป็นการรักษาแบบไดนามิก มีเป้าหมายเพื่อลดพฤติกรรมทางอาญา และการเพิ่มการกำกับควบคุมตนเองเป็นวิธีช่วยให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>16</sup> โดยการกำกับควบคุมตนเองในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำนายปัญหาสุขภาพจิตได้อีกด้วย<sup>17,18</sup> ปัญหาการใช้สารเสพติด<sup>19,20</sup> การใช้แอลกอฮอล์<sup>21</sup> และความผิดปกติทางบุคลิกภาพที่ต่อต้านสังคม<sup>22,23</sup>

โปรแกรมการกำกับควบคุมตนเองในงานวิจัยนี้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สำรวจและทำความเข้าใจตนเอง เรียนรู้สัญญาณเตือนของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง และเรียนรู้รูปแบบพฤติกรรมที่เหมาะสม ตลอดจนการฝึกปฏิบัติซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา<sup>16</sup> ที่ระบุว่า การเรียนรู้สามารถเกิดขึ้นได้แม้ไม่ต้องอาศัยการเสริมแรงโดยตรง แต่เกิดจากการรับรู้ผลลัพธ์ของพฤติกรรมและการประเมินตนเอง การได้เห็นผลลัพธ์เชิงบวกจากการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมช่วยเสริมแรงภายใน และลดแนวโน้มการแสดงพฤติกรรมรุนแรง<sup>17,18</sup> นอกจากนี้ การที่

โปรแกรมเน้นการเสริมสร้างความสามารถในการกำกับควบคุมตนเอง (self-regulation) และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ยังสอดคล้องกับแก่นสำคัญของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ซึ่งแบนดูราอธิบายว่า บุคคลที่มีระดับ self-efficacy สูง จะสามารถควบคุมอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของตนเองได้ดีกว่า<sup>16</sup> ในบริบทของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติด การเพิ่มความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถจัดการกับสถานการณ์กระตุ้นความรุนแรงได้ จึงมีส่วนสำคัญในการลดการตอบสนองเชิงก้าวร้าว อีกทั้งการดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่มจะทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นแนวคิดของแบนดูรา<sup>16</sup> โดยโปรแกรมได้สนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมที่เหมาะสม พร้อมทั้งสนับสนุนการเรียนรู้เชิงบวกจากผู้นำกลุ่มและสมาชิกในกลุ่ม ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างเป็นรูปธรรม

สอดคล้องกับการศึกษาของวิสุดา มุลมี<sup>19</sup> ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกควบคุมพฤติกรรมตนเอง และการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการเสพแอมเฟตามีนของผู้ติดแอมเฟตามีน พบว่า ผู้เสพแอมเฟตามีนซ้ำในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกควบคุมพฤติกรรมตนเองและการติดตามทางโทรศัพท์ มีการเสพแอมเฟตามีนในระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้เสพแอมเฟตามีนซ้ำในกลุ่มทดลองที่ได้รับ

โปรแกรมการฝึกควบคุมพฤติกรรมตนเอง และการติดตามทางโทรศัพท์ มีการเสพแอมเฟตามีนลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติทั้งในระยะเวลาหลังการทดลอง/ การดูแลตามปกติ 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของอดิสร รักสกุล และคณะ<sup>12</sup> ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับการบำบัดต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรุนแรงหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ อัญชลี วิจิตรปัญญา และคณะ<sup>11</sup> ที่พัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ประกอบด้วย 5 กิจกรรม บำบัดแบบกลุ่มในโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง คะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความแตกต่างกันระหว่างระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพหุคูณพบว่า คะแนนเฉลี่ยความคิด และอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรง ในระยะหลังการทดลองทันที และระยะ

ติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าคะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเองในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปอ้างอิงต่อประชากรในวงกว้าง และไม่สามารถติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาวเนื่องจากข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการศึกษาและประกอบกับบริบทของแหล่งเก็บข้อมูลวิจัยซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางที่มีนโยบายในการส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อเนื่องตามสิทธิขั้นสังกัดของตนเอง

## สรุป

โปรแกรมการกำกับการควบคุมตนเองสามารถลดคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดได้ ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มเติมจากการดูแลตามปกติให้ได้ดียิ่งขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมการกำกับการควบคุมตนเองนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดอย่างเป็นระบบ เพื่อเสริมสร้างทักษะการควบคุมตนเอง และลดพฤติกรรมรุนแรงในระยะยาว

2. การศึกษาคควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เช่น 3 เดือน หรือ 6 เดือน หลังการได้รับ

โปรแกรมเพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรม การกำกับควบคุมตนเอง

3. โปรแกรมการกำกับควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติด ควรนำไปพัฒนาเพื่อใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวช อื่นๆ

4. ผู้ที่จะนำโปรแกรมการกำกับควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมรุนแรงไปใช้ ต้องเป็นผู้มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชและการสอนแบบมีส่วนร่วมเป็นอย่างดี เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

#### เอกสารอ้างอิง

1. สาลินี ภูรุ่งเรืองผล. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522. [online]. Available from: [https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho\\_web/document/190816156591830384.pdf](https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/190816156591830384.pdf) [2019 Jan 8].
2. บุญศิริ จันศิริมงคล. โปรแกรมบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและยาเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริส จำกัด; 2558.
3. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. รายงานประจำปีสถิติผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในงบประมาณ 2564-2566. กรุงเทพฯ: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา; 2566.
4. วิรพล ชูสันเทียะ, สมเดช พินิจสุนทร. ผลกระทบจากการใช้สารเสพติดในผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รัษฎารักษ์อุดรธานี: กรณีศึกษา. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2560; 5(3): 523-33.
5. ชาตรี ชัยนาคิน, ชาตรี ประชาพิพัฒน์, อารี พุ่มประไพทย์. การเลิกเสพยาบ้าซ้ำ: กรณีศึกษาผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยวิธีชุมชนบำบัด. วารสารเกื้อการุณย์ 2559; 23(2): 248-62.
6. นิภาวัลย์ บุญทับถม. ผลของโปรแกรมการจัดการชีวิตต่อความรู้ เจตคติและทักษะการป้องกันการติดเชื้อของผู้ใช้สารเสพติดหลังจำหน่ายออกจากสถาบัน [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2550.
7. อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไทร. ปัจจัยสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในทางที่ผิดและติดสารของผู้เข้ารับการรักษาจิตเวชในระบบบังคับบำบัด. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556; 58(4): 371-84.
8. Varcarolis E, Halter M. Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach. (7th ed.). St. Louis: Saunders Elsevier; 2013.
9. Harwood RH. How to deal with violent and aggressive patients in acute medical settings. J R Coll Physicians Edinb 2017; 47(2): 94-101.
10. Iozzino L, Ferrari C, Large M, Nielssen O, de Girolamo G. Prevalence and risk factors of violence by psychiatric acute inpatients: A systematic review and meta-analysis. PLoS One 2015; 10(6): e0128536.
11. อัญชลี วิจิตรปัญญา, ณัฏฐพัชร สุทธิโรวิทย์, มยุรี กลั้ววงษ์, พัชรินทร์ นันทจันทร์. การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2565; 36(1): 120-47.
12. อติสร รักสกุล. ผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราในชุมชน [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2565.
13. ก้องเกียรติ อุเต็น, จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์, วิษุดา ยะสินธุ์, วิมลวรรณ คำลือ, พุทธชาติ ศรีสุวรรณ. การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าในผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2565; 36(3): 46-70.
14. หวาน ศรีเรือนทอง, ธรมินทร์ กองสุข, สุพัตรา สุขาวท, ทรงพล โสตนทงค์, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. การพัฒนาแบบประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อนความรุนแรง

ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง. วารสารสมาคมจิตแพทย์  
แห่งประเทศไทย 2559; 61(3): 253-66.

15. Bandura A. Social foundation of thought and action: A social of cognitive theory. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hale; 1986.
16. Andrews DA, Bonta J. The psychology of criminal conduct. (5<sup>th</sup> ed.). Anderson; 2010.
17. Moffitt TE, Arseneault L, Belsky D, Dickson N, Hancox RJ, Harrington H, et al. A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. P NATL A SCI 2011; 108(7): 2693–8.
18. Tangney JP, Baumeister RF, Boone AL. High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. J Personal 2004; 72(2): 271–324.
19. วิศูดา มุลมี. ผลของโปรแกรมการฝึกควบคุมพฤติกรรมตนเองและการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการเสพติดแอมเฟตามีนของผู้ติดแอมเฟตามีน [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
20. Malouf ET, Schaefer KE, Witt EA, Moore KE, Stuewig J, Tangney JP. The Brief Self Control Scale predicts jail inmates' recidivism, substance dependence, and post-release adjustment. Pers Soc Psychol Bull 2014; 40(3): 334-47.
21. Verdejo-García A, Bechara A, Recknor EC, Pérez-García M. Negative emotion-driven impulsivity predicts substance dependence problems. Drug Alcohol Depend 2007; 91(2): 213-9.
22. Adams ZW, Kaiser AJ, Lynam DR, Chamigo RJ, Milich R. Drinking motives as mediators of the impulsivity-substance use relation: Pathways for negative urgency, lack of premeditation, and sensation seeking. Addict Behav 2012; 37(7): 848–55.
23. Gilbert F, Daffern M. The association between early maladaptive schema and personality disorder traits in an offender population. Psychol Crime Law 2013; 19(10): 933-46.

## ภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาลิเทียม :

### การวิเคราะห์ระยะปลอดเหตุการณ์

อรภรณ์ สวนซัง, วท.ค.\*, ปภาวี จันทร์เพ็ญ, พ.บ.\*\*

\*สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

\*\*โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา

#### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเกิดภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยลิเทียม โดยใช้การวิเคราะห์ระยะปลอดเหตุการณ์

**วัสดุและวิธีการ :** การศึกษาแบบ retrospective cohort ในผู้ป่วยจิตเวช 228 รายที่เริ่มใช้ลิเทียมเป็นครั้งแรก ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ระหว่างปี พ.ศ. 2561 - 2567 เก็บข้อมูลลักษณะประชากร การรักษา และผลตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์ วิเคราะห์เวลาในการเกิดภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำ ด้วย Kaplan–Meier survival analysis เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย log-rank test และประเมินปัจจัยเสี่ยงด้วย Cox proportional hazards model โดยปรับตัวแปร เพศ อายุขณะเริ่มลิเทียม การใช้วาลโปรเอท และขนาดยาลิเทียมต่อวัน ทำ sensitivity analysis โดยเพิ่มตัวแปร โรคร่วมทางกายเพื่อประเมินความคงทนของแบบจำลอง

**ผล :** พบผู้ป่วยเกิดภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำ 47 ราย (ร้อยละ 20.6) ระยะเวลาติดตามเฉลี่ย  $36.4 \pm 27.3$  เดือน เส้น Kaplan–Meier survival curve ไม่ลดต่ำกว่าร้อยละ 50 ตลอดช่วงการติดตาม ทำให้ไม่สามารถประมาณค่า median survival time ได้ อย่างไรก็ตาม เหตุการณ์ส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายใน 1 - 3 ปีแรกหลังเริ่มลิเทียม เพศหญิงมีระยะเวลาในการเกิดภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำ เร็วกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ ( $\log\text{-rank } p = 0.023$ ) และไม่พบความแตกต่างของ survival curves ตามขนาดยาลิเทียม ในการวิเคราะห์ Cox multivariable พบว่าอายุขณะเริ่มลิเทียมเป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเกิดภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำ เร็วขึ้น (adjusted HR 1.029 ต่อ 1 ปี,  $p = 0.039$ ) การเพิ่มตัวแปรโรคร่วมทางกายไม่ทำให้ค่าอัตราส่วนความเสี่ยงโดยประมาณเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ( $< 10\%$ )

**สรุป :** อายุที่มากขึ้นขณะเริ่มใช้ลิเทียมสัมพันธ์กับการเกิดภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำที่เร็วขึ้น ผลการศึกษานี้สนับสนุนการติดตามการทำงานของต่อมไทรอยด์อย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุและช่วงแรกของการรักษา

**คำสำคัญ :** ลิเทียม, ภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำ, การวิเคราะห์ระยะปลอดเหตุการณ์

## **HYPOTHYROIDISM IN PATIENTS TREATED WITH LITHIUM THERAPY: A SURVIVAL ANALYSIS**

Orabhorn Suanchang, Ph.D. \*, Papawee Junpeng, M.D. \*\*

*\*Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*

*\*\*Phaholpolpayuhasena Hospital*

### **Abstract**

**Objectives:** To evaluate factors associated with time to onset of hypothyroidism among patients treated with lithium using survival analysis.

**Material and Methods:** This retrospective cohort study included 228 psychiatric patients who initiated lithium therapy for the first time at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry between 2018 and 2024. Demographic characteristics, treatment variables, and thyroid function test results were collected. Time to hypothyroidism was analyzed using Kaplan–Meier survival analysis, with group comparisons by log-rank test. Cox proportional hazards regression was used to evaluate the effects of sex, age at lithium initiation, valproate (VPA) use, and daily lithium dose. Sensitivity analysis was performed by additionally including physical illness to assess model robustness.

**Results:** Over a mean follow-up of  $36.4 \pm 27.3$  months, 47 patients (20.6%) developed hypothyroidism. The Kaplan–Meier survival curve did not decline below 50% during follow-up; therefore, median survival time was not reached. Nonetheless, most events occurred within the first 1 - 3 years after lithium initiation. Female patients experienced significantly earlier onset than males (log-rank  $p = 0.023$ ). Survival curves did not differ significantly across lithium dose categories. In multivariable Cox analysis, increasing age at lithium initiation was the only independent predictor of earlier hypothyroidism (adjusted HR 1.029 per year,  $p = 0.039$ ). Inclusion of physical illness did not materially alter hazard ratio estimates ( $< 10\%$ ) and did not improve model explanatory value.

**Conclusion:** Older age at lithium initiation is independently associated with earlier onset of lithium-induced hypothyroidism. These findings support systematic, age-informed thyroid monitoring in psychiatric patients receiving lithium, particularly during the early phase of treatment.

**Key words:** lithium, hypothyroidism, survival analysis

## บทนำ

ลิเทียมเป็นยามาตรฐานที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการรักษาโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) รวมถึงใช้ป้องกันการกำเริบของอารมณ์ผิดปกติในระยะยาว งานวิจัยจำนวนมากสนับสนุนประสิทธิผลของลิเทียมในการลดความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย การเข้าโรงพยาบาลซ้ำ และเพิ่มเสถียรภาพทางอารมณ์ในผู้ป่วยเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม ลิเทียมมีผลข้างเคียงต่อระบบต่อมไร้ท่อ โดยเฉพาะต่อการทำงานของต่อมไทรอยด์ ซึ่งเป็นอวัยวะสำคัญในระบบการควบคุมอัตราการผลิตและสมดุลพลังงานของร่างกาย

ภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำจากลิเทียม (lithium-induced hypothyroidism) เป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย โดยมีรายงานอุบัติการณ์ตั้งแต่ 6% ถึงมากกว่า 20% ขึ้นกับประชากรที่ศึกษา ระยะเวลาติดตาม และความถี่ของการตรวจคัดกรอง กลไกของลิเทียมที่มีผลต่อการทำงานของต่อมไทรอยด์ ได้แก่ การยับยั้งการสร้างและการหลั่งฮอร์โมนไทรอยด์ การรบกวนการจับไอโอดีน การยับยั้งเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องกับการแปลงฮอร์โมน T4 ไปเป็น T3 และการเพิ่มการทำงานของ autoimmune process ในกรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง<sup>1</sup>

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของการเกิด hypothyroidism จากลิเทียม ได้แก่ เพศหญิง อายุมาก ระยะเวลาการใช้ยา ระดับลิเทียมในเลือดสูง ความถี่ของต่อมไทรอยด์และการใช้ยาร่วม เช่น valproate อย่างไรก็ตาม งานวิจัยในบริบทของประเทศไทย

ยังมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะการศึกษาที่ใช้การวิเคราะห์เชิงเวลา (time-to-event analysis) เช่น Kaplan-Meier และ Cox regression ซึ่งมีความแม่นยำมากกว่าวิธี cross-sectional ในการประเมินปัจจัยเสี่ยง

แม้จะมีงานวิจัยจำนวนมากทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของลิเทียมที่กระทบต่อการทำงานของต่อมไทรอยด์ แต่การศึกษาโดยวิธีวิเคราะห์ระยะปลอดเหตุการณ์ (survival analysis) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์เชิงเวลา (time-to-event) ระหว่างการได้รับยาลิเทียมกับการเกิดความเสี่ยงของต่อมไทรอยด์ เพิ่งเริ่มมีในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา วิธีการดังกล่าวช่วยให้เข้าใจพลวัตของการเกิดภาวะ hypothyroidism ได้ดีกว่าการวิเคราะห์เชิงอุบัติการณ์แบบดั้งเดิม ดังการศึกษาของ Li และคณะ รายงานว่าการใช้ lithium มีความสัมพันธ์กับการเกิด thyroid dysfunction ที่เร็วขึ้น โดยใช้ Cox proportional hazards model ซึ่งการศึกษาครั้งนั้นเป็นหลักฐานสำคัญที่สนับสนุนการใช้ survival analysis ในบริบทดังกล่าว ในทำนองเดียวกัน Bocchetta และคณะ ทำการศึกษาโดยใช้ competing-risk survival analysis เพื่อแสดงให้เห็นว่า cumulative incidence ของ hypothyroidism ในผู้ป่วยที่ได้รับ lithium สูงกว่ายาในกลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ Tondo และคณะ ทำการศึกษา median time to thyroid disorder หลังเริ่ม lithium ด้วยการทำ historical cohort ขณะที่ Close และคณะ ใช้ Kaplan-Meier survival curves แสดงระยะเวลาการเกิดความเสี่ยงของ TSH งานวิจัยเหล่านี้สะท้อนว่าการใช้ survival analysis มีความเหมาะสมอย่าง

ยิ่งในการศึกษาผลข้างเคียงระยะยาวของลิเทียม อย่างไรก็ตามการศึกษาโดยวิธี survival analysis ยังมีจำกัด และ ผลการศึกษาเหล่านี้มุ่งที่การยืนยันว่า ลิเทียมเกี่ยวข้องกับภาวะ hypothyroidism<sup>1-4</sup> โดยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยอื่นเมื่อผู้ป่วยได้ร่วมกับยาลิเทียมว่าเกี่ยวข้องกับความเร็วในการเกิด hypothyroidism อย่างไร รวมทั้งยังไม่มีการวิจัยที่ใช้ survival analysis เพื่อวิเคราะห์ “เวลาที่เกิด hypothyroidism” อย่างเป็นระบบ การศึกษานี้จึงเป็นการเติมเต็มช่องว่างความรู้ดังกล่าว (knowledge gap) ให้เกิดองค์ความรู้ที่กว้างและลึกยิ่งขึ้น และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ในบริบทของประเทศไทย ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาในการเกิดภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยลิเทียม โดยใช้การวิเคราะห์ระยะปลอดเหตุการณ์ (survival analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้วางแผนการติดตามผู้ป่วยอย่างเหมาะสมสำหรับบริบททางคลินิกในประเทศไทย

### วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบ retrospective cohort study ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เลขที่รับรอง SD.IRB.ARRROVAL 030/2568 ลงวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2568 ทำการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 โดยรวบรวมข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาลิเทียม ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์

สมเด็จพระยา ซึ่งรวบรวมจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (electronic medical records) เพื่อวิเคราะห์เวลาในการเกิดภาวะ hypothyroidism และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเร็วในการเกิดภาวะดังกล่าว โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงสถิติคือ Survival analysis รวมถึง Kaplan–Meier method, Log-rank test และ Cox proportional hazards model

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับยา ลิเทียมเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน ที่มารับการรักษา ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2561 ถึง 31 ธันวาคม 2567 ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) อายุ  $\geq 18$  ปี 2) ได้รับยาลิเทียมต่อเนื่องอย่างน้อย 1 เดือน 3) มีข้อมูล thyroid function test (TSH, Free T4) ก่อนเริ่มยาลิเทียม 4) มีข้อมูลการติดตามระยะเวลา (follow-up duration) เพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ระยะปลอดเหตุการณ์ (survival analysis) ส่วนเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ 1) มีประวัติ hypothyroidism มาก่อนเริ่มยาลิเทียม 2) มีโรคของต่อมไทรอยด์ที่มีผลต่อการทำงานของต่อมไทรอยด์ เช่น thyroidectomy, radioactive iodine therapy 3) ขาดข้อมูลจำเป็นสำหรับการวิเคราะห์ระยะปลอดเหตุการณ์ (survival analysis)

คำนวณขนาดตัวอย่างตามหลักของการวิจัยแบบ survival analysis<sup>5</sup> อ้างอิงค่า HR จากการศึกษาของ McKnight RF และคณะ<sup>6</sup> เท่ากับ 5.78 สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง (ค่า p) เท่ากับ 0.5 โดย event proportion คือ สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่

เกิดภาวะ hypothyroidism จากยาต้านมะเร็งในผู้ป่วย คนไทยอยู่ในช่วง 0.0822 - 0.20<sup>7-9</sup> โดยการศึกษา ครั้งนี้เลือกค่าที่น้อยสุดที่พบในคนไทย คือ 0.0822 มาใช้ในการคำนวณ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณ ได้จำนวน 124 ราย อย่างไรก็ตามผู้วิจัยคัดเลือก ผู้ป่วยทุกรายที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า และเกณฑ์การ คัดออกเข้าร่วมโครงการ แต่ต้องไม่น้อยกว่าขนาด กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้

### ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา (variables)

1. ตัวแปรตาม (outcome variable) คือ เวลาในการเกิด hypothyroidism (time-to-event) นับจากวันที่เริ่มได้รับยาต้านมะเร็งจนถึงวันที่เกิดภาวะ hypothyroidism หากไม่เกิดเหตุการณ์ถือเป็น censored และใช้ระยะเวลาติดตาม (time-to-event) เป็นเวลาในการวิเคราะห์ โดยการเกิด event กำหนดจากการวินิจฉัยภาวะ hypothyroid โดย แพทย์ หรือการมีฮอร์โมน TSH สูงกว่าค่าปกติ โดย ต้องตรวจยืนยันซ้ำ (repeat test) ภายใน 3 เดือนหลัง การตรวจครั้งแรก

2. ตัวแปรอิสระ (independent variables) ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มได้ยาต้านมะเร็ง การได้รับยา VPA และขนาดยาต้านมะเร็งต่อวัน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาล (hospital database) ได้แก่ electronic medical record (EMR) เวชระเบียนผู้ป่วย ระบบสั่งยา ผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ และแบบบันทึกข้อมูลที่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมจากฐานข้อมูลโรงพยาบาล ได้แก่ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic medical record) ระบบการสั่งยา ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องจะถูกบันทึกลงใน แบบฟอร์มที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ข้อมูลทั้งหมดจะถูก ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และใช้รหัสแทน ชื่อเพื่อปกปิดตัวตนของผู้ป่วย การเก็บข้อมูลจะ ดำเนินการตามขั้นตอนที่ได้รับอนุญาตและเป็น ไป ตามหลักจริยธรรมวิจัยในคนของสถาบันจิตเวช ศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

### การวิเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window version 31 โดยมีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่อสรุปลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น ระยะเวลาการติดตาม อายุ เพศ โรคร่วม ขนาดยาต้านมะเร็ง นำเสนอเป็น จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ Kaplan-Meier survival analysis โดยสร้าง Kaplan-Meier curve สำหรับ ตัวแปรเพศ การให้ยา VPA และขนาดยาต้านมะเร็งต่อวัน ทดสอบความแตกต่างของ survival curves ด้วย Log-rank test และนำเสนอด้วย KM summary table

3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความ เร็วในการเกิดเหตุการณ์ โดย Cox proportional hazards model แสดงผลเป็น Hazard Ratio (HR), 95% CI, *p*-value

4. การตรวจสอบ proportional hazards assumption ด้วยกราฟ log-minus-log survival plots ต้องไม่พบการตัดกันของกราฟอย่างมีนัยสำคัญ เพื่อสรุปว่าโมเดล Cox มีความเหมาะสมในการใช้งาน

#### ผล

#### ลักษณะทางประชากร

ผู้ป่วยทั้งหมด 228 ราย เกิดภาวะ hypothyroidism จำนวน 47 ราย (ร้อยละ 20.6) อายุเฉลี่ยขณะเริ่มได้รับยา lithium ของกลุ่มตัวอย่างคือ  $36.53 \pm 11.70$  ปี กลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ดังกล่าว (event group) มีอายุเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดภาวะเหตุการณ์ (censored) อย่างมีนัยสำคัญ ( $p = 0.020$ ) ระยะเวลาติดตามเฉลี่ยของกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์สั้นกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดเหตุการณ์อย่างมีนัยสำคัญ ( $p = 0.001$ ) เพศหญิงมีสัดส่วนมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง และมีสัดส่วนการเกิดภาวะ hypothyroidism สูงกว่าเพศชาย ผู้ป่วยที่ได้รับยา วาลโปรเอท (VPA) ร่วมด้วย มีแนวโน้มเกิดภาวะ hypothyroidism ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยา VPA แม้ความแตกต่างยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.086$ ) นอกจากนี้ พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคร่วม

ทางกายมีสัดส่วนสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เกิดเหตุการณ์ ( $p < 0.001$ ) โดยโรคร่วมที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง (ตารางที่ 1)

#### การวิเคราะห์ Kaplan-Meier

การวิเคราะห์ Kaplan-Meier (KM) ถูกนำมาใช้เพื่อประเมินเวลาในการเกิดภาวะ hypothyroidism ในผู้ป่วยที่ได้รับยา lithium โดยกำหนดให้ time-to-event คือ ระยะเวลาติดตามเป็นเดือน และ event คือ การเกิดภาวะ hypothyroidism

จากการวิเคราะห์ Kaplan-Meier survival analysis พบว่า survival probability ของการปลดออกภาวะ lithium-induced hypothyroidism ในประชากรทั้งหมดไม่ลดลงต่ำกว่า 50% ตลอดช่วงเวลาที่ติดตาม ดังนั้น median survival time ไม่สามารถประมาณค่าได้ (median survival time not reached) ในระยะเวลาการศึกษานี้ อย่างไรก็ตาม รูปแบบของ survival curves แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งเริ่มเกิด hypothyroidism ภายในช่วง 1 - 3 ปีแรก หลังเริ่มการรักษาด้วย lithium (ภาพที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรและข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)			p-value
	ทั้งหมด (n = 228)	Event (n = 47)	Censored (n = 181)	
อายุขณะเริ่ม lithium (ปี), mean $\pm$ SD	36.53 $\pm$ 11.70	40.59 $\pm$ 13.26	35.47 $\pm$ 11.00	0.020*
ระยะเวลาติดตาม (เดือน), mean $\pm$ SD	36.37 $\pm$ 27.31	24.19 $\pm$ 25.08	39.57 $\pm$ 27.13	0.001*

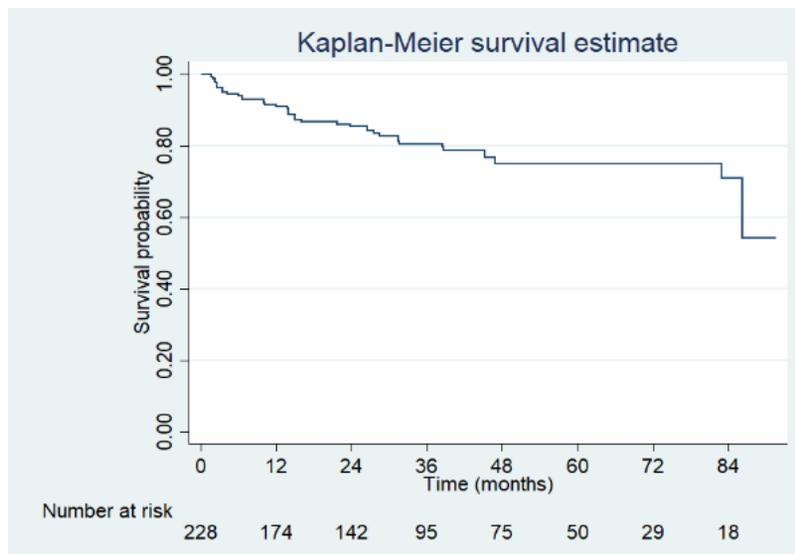
ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรและข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)			p-value
	ทั้งหมด (n = 228)	Event (n = 47)	Censored (n = 181)	
เพศ				0.175
ชาย	88 (38.6)	13 (27.7)	75 (41.4)	
หญิง	140 (61.4)	34 (72.3)	106 (58.6)	
การวินิจฉัยโรค				0.320
Bipolar disorder	133 (58.3)	24 (51.1)	109 (60.2)	
Schizoaffective disorder	25 (11.0)	5 (10.6)	20 (11.0)	
Depression	37 (16.2)	13 (27.7)	24 (13.3)	
Substance use disorder	5 (2.2)	0 (0.0)	2 (2.8)	
Anxiety	3 (1.3)	0 (0.0)	3 (1.7)	
Schizophrenia	13 (5.7)	2 (4.3)	11 (6.1)	
Organic mood disorder	3 (1.3)	1 (2.1)	2 (1.1)	
Mental retardation	6 (2.6)	2 (4.3)	4 (2.2)	
อื่น ๆ	3 (1.3)	0 (0.0)	3 (1.7)	
โรคร่วมทางกาย	49 (21.5)	19 (40.4)	30 (16.6)	< 0.001*
ความดันโลหิตสูง	27 (11.8)	12 (25.5)	15 (8.3)	
HIV	2 (0.9)	2 (4.3)	0 (0.0)	
ไขมันในเลือดสูง	20 (8.8)	6 (12.8)	14 (7.8)	
เบาหวาน	5 (2.2)	1 (2.1)	4 (2.2)	
ลมชัก	1 (0.4)	1 (2.1)	0 (0.0)	
Transient ischemic attack	1 (0.4)	1 (2.1)	0 (0.0)	
Valproate (VPA) use				0.086
No VPA	207 (90.8)	46 (97.9)	161 (89.0)	
VPA	21 (9.2)	1 (2.1)	20 (11.0)	

## ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรและข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)			p-value
	ทั้งหมด (n = 228)	Event (n = 47)	Censored (n = 181)	
Lithium daily dose				0.236
300 mg	46 (20.2)	5 (10.6)	41 (22.7)	
600 mg	87 (38.6)	22 (46.8)	65 (35.9)	
900 mg	76 (33.3)	17 (36.2)	59 (32.6)	
≥ 1,200 mg	19 (8.3)	3 (6.4)	(8.8)	

Notes: Continuous variables are presented as mean ± standard deviation (SD) and were compared using the independent sample t-test. Categorical variables are presented as number (percentage) and were compared using the Chi-square test. Statistical significance was defined as  $p < 0.05$ .



ภาพที่ 1 Kaplan-Meier survival curve ของระยะเวลาปลอดภาวะ lithium-induced hypothyroidism ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยลิเทียม

การวิเคราะห์ที่ถูกแบ่งตามกลุ่มตัวแปรสำคัญ ได้แก่ เพศ การได้รับยาวัลโปรเอท (VPA) และขนาดยาลิเทียมต่อวัน ผลลัพธ์ของ Kaplan-Meier curves และ log-rank test ถูกใช้เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของโครงสร้างเวลาการเกิดเหตุการณ์ระหว่างกลุ่มของตัวแปรดังกล่าว

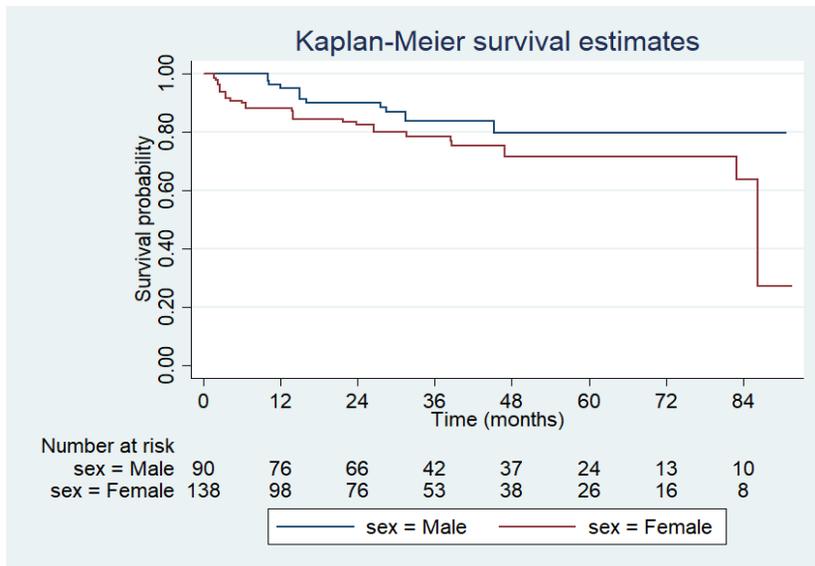
**ลักษณะการแจกแจงของเวลาเกิดเหตุการณ์**

จากการวิเคราะห์ Kaplan-Meier พบว่าเส้นโค้งของแต่ละปัจจัยมีลักษณะดังนี้

**1) เพศ (sex)**

จากการวิเคราะห์เวลาเกิดภาวะ hypothyroidism

จำแนกตามเพศ พบว่าเส้นโค้ง Kaplan-Meier ของเพศหญิงลดลงเร็วกว่าของเพศชายอย่างชัดเจน แสดงถึงผู้หญิงเกิดเหตุการณ์เร็วกว่าเพศชาย ผลของ Log-rank test แสดงความแตกต่างของ survival distribution อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่ม ( $\chi^2 = 5.179, df = 1, p = 0.023$ ) โดยจะเห็นว่าช่วงแรก (0 – 20 เดือน) เพศหญิงมีการตกลงของ survival curve เร็วกว่า และในช่วงหลัง (40 – 80 เดือน) เส้นกราฟยังคงตกลงต่ำกว่าเพศชายอย่างต่อเนื่องและเกิดจำนวน event ที่มากกว่า (ภาพที่ 2)

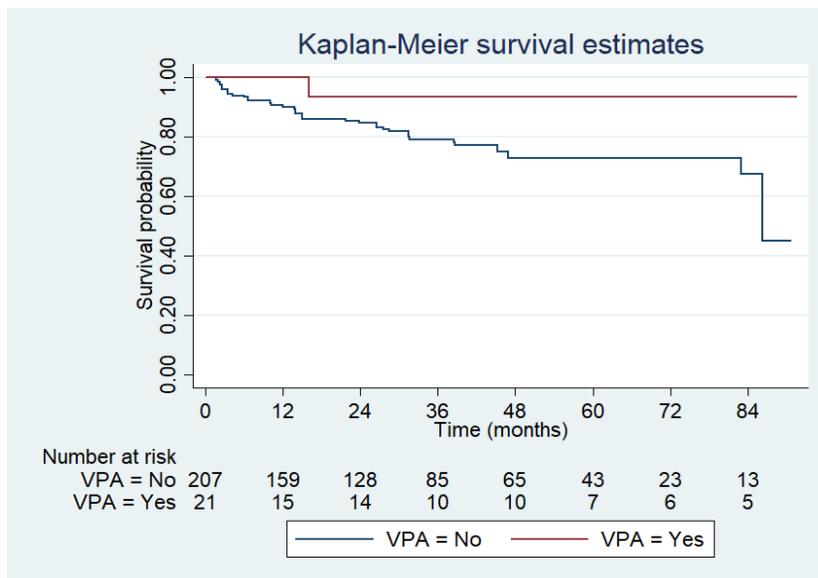


**ภาพที่ 2** Kaplan-Meier survival curve ของระยะเวลาปลอดภาวะ lithium-induced hypothyroidism เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง

## 2) การใช้ยา valproate (VPA use)

ในการเปรียบเทียบระยะเวลาเกิด hypothyroidism ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับยา valproate (VPA) กับกลุ่มที่ไม่ได้รับยา VPA พบว่าเส้นกราฟ survival ของกลุ่มที่ได้รับ VPA อยู่สูงกว่าอย่างชัดเจนตลอดช่วงการติดตาม แสดงถึงความน่าจะเป็นในการยังคงไม่เกิดภาวะ hypothyroidism ที่มากกว่า ผลการทดสอบ Log-rank test พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง 2 กลุ่ม

( $\chi^2 = 4.802$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.028$ ) แสดงว่าผู้ป่วยที่ได้รับ VPA เกิด hypothyroidism ช้ากว่า อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ใช้ VPA นอกจากนี้ จากกราฟจะเห็นว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ VPA เริ่มมีการลดลงของ survival อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ช่วงต้นและลดลงอย่างสม่ำเสมอในช่วงเวลาต่าง ๆ ส่วนกลุ่มที่ใช้ VPA มีเส้น survival ก่อนข้างคงที่ และแทบไม่เกิด event จนเกือบตลอดช่วงเวลาติดตาม (ภาพที่ 3)



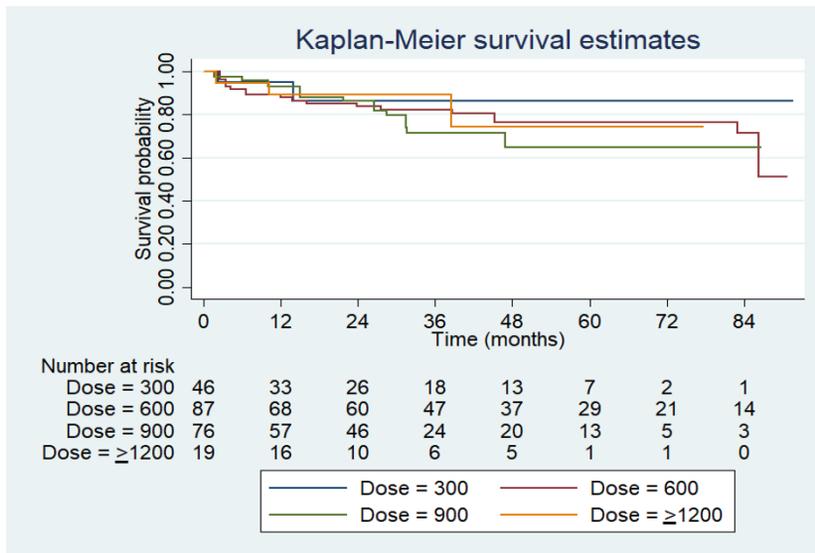
ภาพที่ 3 Kaplan-Meier survival curve ของระยะเวลาปลอดภาวะ lithium-induced hypothyroidism เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับและไม่ได้รับยา valproate (VPA) ร่วมด้วย

**3) ขนาดยาลิเทียมต่อวัน (Lithium daily dose)**

เส้นโค้ง Kaplan-Meier ของขนาดยา 300, 600, 900 และ  $\geq 1200$  มก./วัน พบว่าเส้นกราฟ survival ของทุกขนาดยาเกือบทับซ้อนกันตลอดช่วงการติดตาม และไม่พบลักษณะแยกกลุ่มที่ชัดเจน ผล Log-rank test ไม่พบความแตกต่างของเวลาในการเกิด hypothyroidism อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 1.880, df = 3, p = 0.598$ ) บ่งชี้ว่าขนาดยาลิเทียมต่อวันไม่ได้มีความสัมพันธ์ต่อความเร็วในการเกิด hypothyroidism ในการ

วิเคราะห์แบบ crude model (ภาพที่ 4)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (event) จำนวนผู้ที่ยังไม่เกิดเหตุการณ์ (censored) และผลการทดสอบ Log-rank test ตามปัจจัยที่สนใจ ได้แก่ เพศ การได้รับยา valproate และขนาดยาลิเทียมต่อวัน พบว่าเพศหญิงและการไม่ได้รับยา VPA เกิดภาวะ hypothyroidism เร็วกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ไม่พบความแตกต่างของความเร็วในการเกิดภาวะ hypothyroidism ที่ขนาดยาลิเทียมที่ต่างกัน



**ภาพที่ 4** Kaplan-Meier survival curve ของระยะเวลาปลอดภาวะ lithium-induced hypothyroidism เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับลิเทียมขนาดต่าง ๆ

ตารางที่ 2 Kaplan-Meier Survival Analysis Summary for Time to lithium-induced hypothyroidism

Predictor	Groups / Categories	n	Events (n)	Censored (n)	Log-rank $\chi^2$ (df)	p-value	Summary Interpretation
Sex	Male	90	14	76	5.179 (1)	0.023*	เพศหญิงเกิด hypothyroidism เร็วกว่าอย่างชัดเจน
	Female	138	33	105			
VPA use	No VPA	207	46	161	4.802 (1)	0.028*	VPA users showed delayed onset and fewer hypothyroid events (protective effect)
	VPA use	21	1	20			
Lithium dose	300	48	5	43	1.880 (3)	0.598	No survival difference across dose categories.
	600	87	22	65			
	900	78	17	61			
	≥ 1200	20	3	17			

Notes: Kaplan-Meier survival curves were compared using the log-rank test. Statistical significance was defined as  $p < 0.05$

### Cox Proportional Hazards Analysis (crude model)

จากการวิเคราะห์ Cox proportional hazards model โดยพิจารณาแต่ละปัจจัยแบบรายตัวแปร (crude model) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ “ความเร็วในการเกิด hypothyroidism” ได้แก่ เพศ อายุ และการได้รับ VPA ขณะที่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างขนาดยาเทียบกับวัน ดังตารางที่ 3

ในการวิเคราะห์แบบ Cox proportional hazards model โดยพิจารณาแต่ละปัจจัยแบบรายตัวแปรในการวิจัยครั้งนี้ เพศชายถูกใช้เป็นกลุ่มอ้างอิงสำหรับตัวแปรเพศ ผู้ที่ไม่ได้รับ valproate

ถูกใช้เป็นกลุ่มอ้างอิงสำหรับการใช้ยา VPA และขนาดยาเทียบ 300 mg/day ถูกใช้เป็นกลุ่มอ้างอิงสำหรับตัวแปรขนาดยา

จากตารางที่ 3 พบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงเกิด hypothyroidism เร็วกว่าเพศชายประมาณ 2 เท่า (HR = 2.03, 95% CI = 1.08 - 3.80,  $p = 0.027$ ) เมื่อใช้เพศชายเป็นกลุ่มอ้างอิง ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับ Kaplan - Meier plot ซึ่งแสดง survival probability ที่ลดลงเร็วกว่าของกลุ่มเพศหญิง กล่าวโดยสรุปเพศหญิงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สัมพันธ์กับความเร็วในการเกิด lithium-induced hypothyroidism นอกจากนี้การใช้ valproate แสดงแนวโน้มลดความเสี่ยงในการเกิด hypothyroidism (likely

protective effect) แต่ยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญ สำหรับขนาดยาลิเทียมในระดับสูงขึ้น แม้ค่า HR จะเพิ่มขึ้นตามลำดับ แต่ยังไม่พบความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลเบื้องต้นจาก crude

model นี้ใช้พิจารณาว่าปัจจัยใดควรนำไปสู่การ วิเคราะห์แบบ multivariable ต่อใน Cox adjusted model

**ตารางที่ 3** Crude Hazard Ratios for Factors Associated with Lithium-Induced Hypothyroidism

Variable	Category	HR (95%CI)	p-value
Sex	Female vs Male	2.03 (1.08 - 3.83)	0.027*
Age at index (per 1-year increase)	Continuous	1.036 (1.010 - 1.063)	0.007*
Valproate use	Yes vs No	0.15 (0.02 - 1.10)	0.062
Lithium dose	300 mg (ref)	–	–
	600 mg	1.631 (0.611 - 4.358)	0.329
	900 mg	1.962 (0.724 - 5.320)	0.185
	≥ 1200 mg	1.454 (0.347 - 6.088)	0.609

Notes: Hazard ratios (HRs) and 95% confidence intervals (CIs) were estimated using univariable Cox proportional hazards regression models. Reference categories were Male (sex), No valproate (VPA) use, and lithium dose 300 mg/day. Statistical significance was defined as  $p < 0.05$ .

**Cox Proportional Hazards analysis:**

**Adjusted Model (Multivariable Cox)**

การวิเคราะห์แบบ Cox proportional hazards model โดยพิจารณาร่วมกันหลายตัวแปร (adjusted model) เมื่อนำตัวแปรเพศ อายุขณะเริ่ม ลิเทียม การใช้ยา VPA และขนาดยาลิเทียมเข้าสู่ แบบจำลอง Cox proportional hazards model ผล การวิเคราะห์พบว่า “อายุขณะเริ่มยาลิเทียม” เป็น ปัจจัยเดียวที่มีความ สัมพันธ์กับ ความเร็วในการ เกิด hypothyroidism อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดัง ตารางที่ 4

หลังปรับตัวแปรร่วมกันแล้ว อายุเมื่อเริ่ม ลิเทียม เป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์อย่างมี นัยสำคัญกับเวลาเกิด hypothyroidism (HR 1.029, 95% CI 1.001 - 1.057,  $p = 0.039$ ) หมายความว่า อายุของผู้ป่วยขณะเริ่มลิเทียมที่เพิ่มขึ้นทุก 1 ปี ความเร็วในการเกิด hypothyroidism จะสูงขึ้น ประมาณ 2 - 3% นอกจากนั้นพบว่าเพศหญิงมี แนวโน้มเกิด hypothyroidism เร็วกว่าเพศชาย (HR 1.71, 95% CI 0.89 - 3.30,  $p = 0.109$ ) แต่ยังไม่ถึง ระดับนัยสำคัญ ส่วนผู้ที่ใช้ยา VPA มีแนวโน้มเกิด hypothyroidism ช้ากว่า (HR 0.26, 95% CI 0.03 -

1.94,  $p = 0.187$ ) แต่ช่วง CI กว้าง และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ไม่พบความแตกต่างชัดเจนของความเร็วในการเกิด hypothyroidism ระหว่าง

กลุ่มที่ได้ขนาดยาเฉลี่ย 600, 900 และ  $\geq 1200$  mg/day เมื่อเทียบกับ 300 mg/day

**ตารางที่ 4** Adjusted hazard ratios (multivariable Cox proportional hazards model) for time to lithium-induced hypothyroidism

ตัวแปร (Predictor)	เปรียบเทียบกับกลุ่มอ้างอิง	Adjusted HR	95% CI	p-value
เพศ	หญิง vs ชาย	1.710	0.887 - 3.297	0.109
อายุเมื่อเริ่มลิเทียม (ปี)	เพิ่มขึ้น 1 ปี	1.029	1.001 - 1.057	0.039
การใช้ VPA	ใช้ vs ไม่ใช้	0.256	0.034 - 1.937	0.187
ขนาดยาเฉลี่ยต่อวัน				
600 mg	600 vs 300 mg	1.745	0.647 - 4.708	0.271
900 mg	900 vs 300 mg	1.888	0.690 - 5.171	0.216
$\geq 1200$ mg	$\geq 1200$ vs 300 mg	1.257	0.297 - 5.327	0.756

Notes: Adjusted hazard ratios (HRs) and 95% confidence intervals (CIs) were estimated using a multivariable Cox proportional hazards regression model including sex, age at lithium initiation, valproate (VPA) use, and daily lithium dose. HR > 1 indicates earlier onset of hypothyroidism compared with the reference group, whereas HR < 1 indicates delayed onset. Statistical significance was defined as  $p < 0.05$ .

#### การทดสอบความคงทนของผลลัพธ์เมื่อปรับแบบจำลอง (Sensitivity analysis)

เพื่อประเมินความคงทนของผลลัพธ์จากแบบจำลอง Cox proportional hazards หลัก การศึกษาี้ได้ดำเนินการทำ sensitivity analysis โดยเพิ่มตัวแปร โรคร่วมทางกาย (physical illness) เข้าไปในแบบจำลอง และเปรียบเทียบค่าประมาณ hazard ratio ของตัวแปรหลักก่อนและหลังการเพิ่มตัวแปรดังกล่าว (ตารางที่ 5)

จากการวิเคราะห์ Cox proportional hazards model แบบ crude ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการมีโรคร่วมทางกายกับระยะเวลาในการเกิด

lithium-induced hypothyroidism อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (hazard ratio ใกล้เคียง 1,  $p > 0.05$ ) โดยเมื่อเพิ่มตัวแปร physical illness เข้าไปในแบบจำลอง multivariable พบว่าค่า hazard ratio ของตัวแปรหลัก ได้แก่ อายุ เพศ การใช้ valproate และขนาดยาเฉลี่ย ไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับโมเดลที่ไม่รวมตัวแปรดังกล่าว (การเปลี่ยนแปลง <10%) และตัวแปร physical illness ไม่แสดงความสัมพันธ์กับการเกิด hypothyroidism อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5) ดังนั้น physical illness จึงไม่ถูกนำเข้าสู่ final multivariable Cox model

**ตารางที่ 5** การทดสอบความคงทนของผลลัพธ์เมื่อปรับแบบจำลอง Cox proportional hazards โดยเปรียบเทียบระหว่างโมเดลที่รวมและไม่รวมตัวแปรโรคร่วมทางกาย (Physical illness)

ตัวแปร	Model A: Adjusted	p-value	Model B: Adjusted	p-value
	HR* (95% CI)		HR† (95% CI)	
เพศ (หญิง vs ชาย)	1.71 (0.89 - 3.30)	0.109	1.58 (0.82 - 3.06)	0.175
อายุ (ต่อ 1 ปี)	1.029 (1.001 - 1.057)	0.039	1.026 (0.998 - 1.055)	0.066
VPA use	0.26 (0.03 - 1.94)	0.187	0.24 (0.03 - 1.81)	0.164
Lithium dose (รวม)	NS	0.610	NS	0.743
Physical illness	-	-	1.59 (0.85 - 2.98)	0.151

Notes: Model A represents the primary multivariable Cox proportional hazards model adjusted for sex, age at lithium initiation, valproate (VPA) use, and daily lithium dose. Model B additionally included physical illness as a covariate. Changes in hazard ratio estimates of <10% after inclusion of physical illness was considered not clinically meaningful and not indicative of confounding. Statistical significance was defined as  $p < 0.05$ .

**อภิปราย**

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ระยะตลอดเหตุการณ์ (survival analysis) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์เชิงเวลาระหว่างการใช้ยาเทียมกับการเกิดภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำ (hypothyroidism) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเกิดภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำในผู้ป่วยที่เริ่มการรักษาด้วยยาเทียม โดยใช้การวิเคราะห์ระยะตลอดเหตุการณ์ (survival analysis) ซึ่งเหมาะสมกับลักษณะข้อมูลที่มีทั้งผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์และผู้ที่ยังไม่เกิดเหตุการณ์ในช่วงเวลาติดตาม ผลการศึกษานี้ให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับอุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยง และรูปแบบการเกิด hypothyroidism ในบริบทของผู้ป่วยไทย

การศึกษานี้พบอุบัติการณ์ของภาวะ hypothyroidism ร้อยละ 20.6 ในผู้ป่วยที่เริ่มใช้ยาเทียม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ ที่

รายงานอุบัติการณ์อยู่ระหว่างร้อยละ 15 - 30 ขึ้นกับประชากรที่ศึกษา การตรวจคัดกรอง ระยะเวลาติดตาม และเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะไทรอยด์ต่ำ<sup>6, 10, 11</sup> ผลการศึกษานี้สนับสนุนว่าภาวะ hypothyroidism เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ต้องปรับหรือหยุดยาในระยะยาวในผู้ป่วยที่ใช้ยาเทียม<sup>1</sup>

นอกจากนี้ การวิเคราะห์ Kaplan–Meier แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจำนวนมากเกิด hypothyroidism ภายในช่วง 1 - 3 ปีแรกหลังเริ่มลิเทียม ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจาก population-based cohort ที่รายงานว่าความผิดปกติของต่อมไทรอยด์จากลิเทียมมักเกิดขึ้นในระยะต้นของการรักษา แต่ยังสามารถเกิดได้ตลอดช่วงการรักษาแม้ใช้ยามานานหลายปี<sup>2, 6, 11</sup> ข้อค้นพบนี้สนับสนุนแนวคิดปัจจุบันที่ว่า lithium-induced hypothyroidism เป็นภาวะที่มีลักษณะ time-dependent risk<sup>3</sup> ดังนั้นการติดตามการทำงาน

ของต่อมไทรอยด์ควรดำเนินอย่างต่อเนื่อง ไม่จำกัด เฉพาะช่วงเริ่มต้นของการรักษาเท่านั้น

การแปลความหมายของ hazard ratio ในบริบทของ survival analysis โดยเฉพาะการวิเคราะห์ด้วย Cox proportional hazards model เป็นการประเมินอัตราการเกิดเหตุการณ์ ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (hazard) ซึ่งแตกต่างจากความเสี่ยงสะสม (cumulative risk) ค่า hazard ratio (HR) ที่มากกว่า 1 หมายถึงกลุ่มดังกล่าวมีแนวโน้มเกิดเหตุการณ์เร็วกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มอ้างอิง ขณะที่ค่า HR น้อยกว่า 1 หมายถึงการเกิดเหตุการณ์ช้ากว่า ภายใต้สมมติฐานว่าอัตรา hazard ระหว่างกลุ่มมีสัดส่วนคงที่ตลอดช่วงเวลาการติดตาม<sup>12-15</sup>

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของการเกิดภาวะ lithium-induced hypothyroidism กับปัจจัยต่าง ๆ พบว่า อายุเป็นปัจจัยเดียวที่ยังคงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการปรับตัวแปรร่วม โดยพบว่า hazard ratio เพิ่มขึ้นตามอายุขณะเริ่มใช้ลิเทียม (Adjusted HR 1.032,  $p = 0.022$ ) สะท้อนว่าอายุที่มากขึ้นสัมพันธ์กับการเกิด hypothyroidism ที่เร็วขึ้น กล่าวคือ ทุกการเพิ่มขึ้นของอายุ 1 ปีสัมพันธ์กับอัตราการเกิด hypothyroidism ที่เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 3.2 ความสัมพันธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาขนาดใหญ่ในระดับประชากรที่รายงานว่าอายุเป็นปัจจัยทำนายความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ในผู้ใช้ลิเทียมอย่างมีนัยสำคัญ โดยความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป<sup>11</sup> นอกจากนี้ งานวิจัยของ Shine และคณะ

ยังชี้ให้เห็นแนวความคิดเรื่อง age-related thyroidal vulnerability ซึ่งอธิบายว่าการเสื่อมถอยของการทำงานของต่อมไทรอยด์ตามอายุอาจทำให้ผู้สูงอายุไวต่อผลข้างเคียงของลิเทียมมากขึ้น<sup>11</sup> โดยในเชิงกลไกอาจอธิบายได้จากการลดลงของการทำงานของเซลล์ follicular ในต่อมไทรอยด์ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของการตอบสนองในแกน pituitary-thyroid axis ตามอายุ ส่งผลให้ความสามารถในการสังเคราะห์และซดเซซอร์โมนไทรอยด์ลดลง<sup>16</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าความชุกของ subclinical hypothyroidism เพิ่มขึ้นตามอายุ โดยพบได้บ่อยในเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลทางระบาดวิทยาของโรคต่อมไทรอยด์<sup>17</sup> ผลลัพธ์จากการศึกษาครั้งนี้จึงมีความสำคัญทางคลินิกในการช่วยระบุประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการติดตามการทำงานของต่อมไทรอยด์อย่างใกล้ชิดตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการรักษาด้วยลิเทียม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป

ผลการวิเคราะห์ Kaplan-Meier แสดงให้เห็นว่าเพศหญิงมี survival function ลดลงเร็วกว่ากลุ่มเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับข้อมูลใน cohort ขนาดใหญ่ที่รายงานว่าการรักษาด้วยลิเทียมมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ thyroid dysfunction และมีบทบาทของอายุและเพศใน risk profile ของผู้ป่วย bipolar disorder<sup>1</sup> งาน retrospective hospital-based study ระบุว่า median time จนเกิด hypothyroidism อยู่ที่ประมาณ 14.4 เดือน โดยการลดลงของเส้น survival อยู่ในช่วงปีแรกถึง 3 ปีแรก

ของการรักษา ซึ่งสนับสนุนว่า hypothyroidism จากลิเทียมมักเกิดในระยะต้นของการใช้ยา<sup>18</sup>

กลไกที่อาจอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ลิเทียมกับการเกิดภาวะ hypothyroidism ได้แก่ฤทธิ์ของลิเทียมต่อการยับยั้งการสังเคราะห์และการหลั่งฮอร์โมนไทรอยด์ รวมถึงการเพิ่มความไวต่อ thyroid autoimmunity ซึ่งมีความแตกต่างกันระหว่างเพศ ความแตกต่างทางชีววิทยา และภูมิคุ้มกันอาจมีบทบาทสำคัญ โดยเพศหญิงมีความชุกของ autoimmune thyroid disease และความไวของระบบ hypothalamic-pituitary-thyroid axis สูงกว่าเพศชาย<sup>10</sup>

ภายใต้บริบทดังกล่าว การได้รับลิเทียมอาจเร่งให้เกิดภาวะ hypothyroidism ในเพศหญิงได้เร็วกว่า ซึ่งสอดคล้องกับรายงานก่อนหน้านี้ที่พบว่าเพศหญิงมีโอกาสต้องได้รับการรักษาด้วย thyroid hormone replacement หลังการใช้ลิเทียมมากกว่าเพศชาย อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาความสัมพันธ์ของเพศลดลงหลังการปรับอายุและตัวแปรร่วมอื่น สะท้อนว่าผลของเพศอาจถูกครอบงำด้วยปัจจัยด้านอายุและโครงสร้างประชากรของกลุ่มศึกษา

ผลการวิเคราะห์เบื้องต้น (crude analysis) พบว่าเพศหญิงมีความเร็วในการเกิดภาวะ hypothyroidism แตกต่างจากเพศชาย อย่างไรก็ตาม ผลการวิเคราะห์แบบ multivariable ในการศึกษาชี้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างเพศและการเกิด hypothyroidism ลดลงเมื่อปรับตัวแปรร่วม เช่น อายุ และ covariates อื่น ๆ (Adjusted HR 0.583,  $p = 0.108$ ) ซึ่งอาจสะท้อนโครงสร้างตัวอย่างและ

ปัจจัยร่วมที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ในบริบทของประชากรไทย สะท้อนว่าความสัมพันธ์ระหว่างเพศและความเร็วในการเกิดภาวะ hypothyroidism อาจถูกครอบงำด้วยอายุและปัจจัยร่วมอื่นๆ ในประชากรกลุ่มนี้ โดย Hazard Ratio ที่ลดลงหลังการปรับอายุอาจอธิบายได้จากองค์ประกอบประชากรหญิงในงานวิจัยนี้มีอายุเฉลี่ยสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย และขนาดตัวอย่างอาจไม่ใหญ่พอที่จะตรวจจับความสัมพันธ์หลังปรับปัจจัยร่วม อีกทั้งสัดส่วนของเหตุการณ์อาจไม่เพียงพอสำหรับการตรวจจับความสัมพันธ์ที่แท้จริง นอกจากนี้บริบทประชากรไทยอาจมีลักษณะพื้นฐานด้านพันธุกรรมและรูปแบบการเข้ารับบริการที่ต่างจากประชากรในต่างประเทศ ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างเพศหญิงและความเสี่ยง hypothyroidism อาจยังไม่สามารถสรุปอย่างชัดเจนในประชากรกลุ่มนี้ และควรทำการศึกษาในประชากรที่มีขนาดตัวอย่างใหญ่ขึ้น เพื่อให้หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างเพศและความเสี่ยงของการเกิดภาวะ hypothyroidism ได้แม่นยำยิ่งขึ้น

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไม่พบผู้ป่วยที่เกิดภาวะ hypothyroidism ในกลุ่มที่ได้รับยา valproate (VPA) ร่วมกับลิเทียมตลอดระยะเวลาการติดตาม ส่งผลให้การประมาณค่า hazard ratio ด้วย Cox proportional hazards model เกิดปัญหา complete separation ซึ่งเป็นข้อจำกัดทางสถิติที่พบได้ในกรณีที่จำนวนเหตุการณ์น้อยหรือไม่เกิดเหตุการณ์เลยในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ทำให้ไม่สามารถประเมินค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ได้อย่างเสถียร ดังนั้นผลลัพธ์

ดังกล่าวควรตีความในเชิงพรรณนา และไม่สามารถสรุปเชิงสาเหตุหรือเชิงป้องกันได้โดยตรง<sup>19,20</sup> เมื่อพิจารณาพร้อมกับวรรณกรรมก่อนหน้า พบว่าผลของ VPA ต่อการทำงานของต่อมไทรอยด์ยังคงมีความไม่สอดคล้องกัน โดยมีรายงานทั้งการเกิด hypothyroidism และการเปลี่ยนแปลงของ thyroid hormone ในบางประชากร ขณะที่การศึกษาบางฉบับไม่พบผลดังกล่าวอย่างชัดเจน ความแตกต่างนี้อาจเกี่ยวข้องกับอายุ กลุ่มประชากร และระยะเวลาการใช้ยา<sup>21-23</sup> ดังนั้น แม้ผลลัพธ์จากการศึกษานี้จะไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ แต่สามารถพิจารณาเป็น “signal” ที่ควรได้รับการศึกษาต่อในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และใช้วิธีการวิเคราะห์ที่เหมาะสมกับ rare events เพื่อยืนยันบทบาทของ VPA ต่อความเสี่ยงการเกิด lithium-induced hypothyroidism ในอนาคต

ไม่พบความแตกต่างของ Kaplan-Meier survival curves ระหว่างกลุ่มที่ได้รับขนาดยาที่มีความเข้มข้นที่ต่างกัน และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างขนาดยาที่สัมพันธ์ต่อวันกับความเร็วในการเกิดภาวะ hypothyroidism อย่างมีนัยสำคัญในการวิเคราะห์ Cox model แบบ crude ทั้งนี้ ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับหลักฐานเชิงสังเกตขนาดใหญ่ที่ชี้ว่า ความเสี่ยงต่อ thyroid dysfunction ในผู้ใช้ลิเทียมมีความแปรปรวนระหว่างบุคคลสูง (inter-individual variability) และการใช้ตัวชี้วัด “ขนาดยาต่อวัน” เพียงอย่างเดียวอาจไม่สะท้อน exposure ที่แท้จริงได้ครบถ้วน<sup>1,6,11</sup>

ในระดับกลไกและการประเมินทางคลินิก หลักฐานปัจจุบันสนับสนุนว่า serum lithium level อาจเป็นตัวแทน exposure ที่เหมาะสมกว่า “daily dose” เนื่องจากได้รับอิทธิพลจากการทำงานของไต การใช้ยาร่วม และ adherence โดยเฉพาะ cohort ล่าสุดที่รายงานความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับลิเทียมในเลือดที่สูงขึ้น กับความเสี่ยง hypothyroidism ที่เพิ่มขึ้น รวมถึงการเสนอ threshold ของระดับยาในเลือดที่สัมพันธ์กับความเสี่ยง<sup>1,11</sup>

นอกจากนี้ การวิเคราะห์ Kaplan-Meier ในงานวิจัยนี้พบความแตกต่างของเส้นโค้งตามเพศ และการได้รับยา VPA ซึ่งสะท้อน “รูปแบบความเสี่ยงเชิงเวลา” ที่ survival curves สามารถแสดงได้ แม้ผลการปรับตัวแปรร่วมใน Cox model จะทำให้ความสัมพันธ์บางปัจจัยอ่อนลง ทั้งนี้การใช้ time-to-event analysis ถือเป็นจุดแข็งเชิงระเบียบวิธี เพราะรองรับ censoring และให้ข้อมูลด้านจังหวะเวลาการเกิดเหตุการณ์ที่ละเอียดกว่าการวิเคราะห์แบบ cross-sectional<sup>13</sup>

ผลจากการทดสอบความคงทนของผลลัพธ์ (sensitivity analysis) แสดงให้เห็นว่าการมีโรคร่วมทางกายไม่ได้ส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลักและความเสี่ยงของการเกิด lithium-induced hypothyroidism อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในระดับ crude และ multivariable analysis ในการศึกษา

นอกจากนี้ การเพิ่มตัวแปร physical illness เข้าไปในแบบจำลองยังไม่ทำให้ค่าประมาณ hazard ratio ของตัวแปรหลักเปลี่ยนแปลงอย่างมี

นัยสำคัญ (<10%) ซึ่งไม่เข้าเกณฑ์การเป็นตัวแปร ก่อกวน (confounder) ตามหลักระบาดวิทยา ผลลัพธ์ดังกล่าวบ่งชี้ว่าโรคร่วมทางกายใน ประชากรที่ศึกษานี้ไม่เพิ่ม explanatory value ต่อ แบบจำลอง Cox proportional hazards หลัก และการรวมตัวแปรดังกล่าวอาจเพิ่มความซับซ้อนของ แบบจำลองโดยไม่ก่อให้เกิดประโยชน์เชิงอธิบาย หรือเชิงคลินิกเพิ่มเติม

ดังนั้น การตัดตัวแปร physical illness ออกจาก final multivariable Cox model จึงเป็นการ เลือกแบบจำลองที่เหมาะสมตามหลัก parsimony ซึ่งช่วยลดความซับซ้อนของแบบจำลองโดยไม่ กระทบต่อความสามารถในการอธิบายผลลัพธ์ และเพิ่มความเสถียรของการประมาณค่า hazard ratio ทั้งยังสอดคล้องกับแนวทางการสร้าง แบบจำลองเชิงสถิติในงาน survival analysis

ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าผล ของลิเทียมต่อการทำงานของต่อมไทรอยด์เป็น กลไกเฉพาะทางเภสัชวิทยา มากกว่าจะเป็นผล ทางอ้อมจากภาวะเจ็บป่วยทางกายร่วม ทั้งนี้การไม่ พบความสัมพันธ์อาจสะท้อนลักษณะของ ประชากรศึกษา ซึ่งโรคทางกายส่วนใหญ่เป็นภาวะ คงที่และได้รับการควบคุมแล้ว อย่างไรก็ตาม การศึกษาขนาดใหญ่ในอนาคตควรแยกประเภท ของ physical illness เป็นกลุ่มย่อย และประเมิน ภาระโรค (disease burden) เชิงปริมาณ เพื่อประเมิน บทบาทของโรคร่วมทางกายได้ละเอียดมากขึ้น

แม้ว่าการมีโรคร่วมทางกายอาจสัมพันธ์ กับการเปลี่ยนแปลงของ thyroid function ในทาง

ทฤษฎี แต่ผลการศึกษานี้ไม่พบว่า physical illness มีบทบาทเป็นปัจจัยก่อกวนหรือปัจจัยเสริมต่อ ความสัมพันธ์ระหว่างลิเทียมและการเกิด hypothyroidism การที่ค่า hazard ratio ของตัวแปร หลักไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญหลังการเพิ่ม physical illness สนับสนุนว่าความเสี่ยงของ lithium-induced hypothyroidism ใน ประชากร กลุ่มนี้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับปัจจัยด้านอายุ และลักษณะเฉพาะของผู้ป่วย มากกว่าการมีโรค ร่วมทางกาย

### จุดแข็งของการศึกษา

การศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์แบบ survival analysis ซึ่งเหมาะสมต่อการประเมิน ความสัมพันธ์เชิงเวลา (time-to-event relationship) และสามารถจัดการกับข้อมูลที่มีการ censoring ได้ อย่างเหมาะสม ทำให้การตีความผลลัพธ์สะท้อน พลวัตของความเสี่ยงได้ถูกต้องมากกว่าการ วิเคราะห์แบบ cross-sectional หรือ retrospective ทั่วไป<sup>13</sup>

นอกจากนี้ การศึกษานี้ใช้ข้อมูลผู้ป่วยจริง จากสภาพการรักษาในโรงพยาบาล (real-world clinical data) ส่งผลให้ผลลัพธ์มีความสอดคล้อง กับการปฏิบัติจริงทางคลินิก และเพิ่มความสามารถ ในการประยุกต์ใช้ผลการศึกษาในบริบทของ ประชากรทั่วไป (external validity) และสามารถ ในการอ้างอิงผลไปยังประชากรอื่น (generalizability) ได้ดี<sup>24</sup>

อีกประการหนึ่งที่เป็นจุดแข็งสำคัญ คือ การติดตามผลการตรวจ thyroid function อย่าง

ต่อเนื่อง โดยกำหนดนิยามการเกิดเหตุการณ์ hypothyroidism จากผลการตรวจที่ผิดปกติซ้ำอย่างน้อย 2 ครั้ง ซึ่งช่วยลดความคลาดเคลื่อนจากการเปลี่ยนแปลงชั่วคราวของค่าทางห้องปฏิบัติการ และเพิ่มความแม่นยำในการจำแนกเหตุการณ์ (event ascertainment) นอกจากนี้ การนิยามผลลัพธ์ของการศึกษาตามเกณฑ์สากลที่เป็นที่ยอมรับ ทำให้ผลการศึกษามีความชัดเจน โปร่งใส และสามารถทำซ้ำได้ (reproducibility) ในการศึกษาครั้งอื่น ๆ ซึ่งเป็นคุณสมบัติสำคัญของงานวิจัยเชิงระบาดวิทยาทางคลินิกที่มีคุณภาพ<sup>25</sup>

### ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสังเกตแบบ retrospective cohort study ที่ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลโรงพยาบาล จึงมีข้อจำกัดโดยธรรมชาติของการศึกษาประเภทนี้ ได้แก่ ความเสี่ยงต่อความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล (missing data) และ detection bias อันเนื่องมาจากความแตกต่างของความถี่และความสม่ำเสมอในการตรวจทางห้องปฏิบัติการระหว่างผู้ป่วยแต่ละราย ส่งผลให้ช่วงเวลาที่ตรวจพบภาวะ hypothyroidism อาจแตกต่างกันได้<sup>25</sup> นอกจากนี้ จำนวนเหตุการณ์ของการเกิดภาวะ hypothyroidism เมื่อจำแนกตามกลุ่มย่อยมีจำนวนค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา VPA ซึ่งพบเหตุการณ์เพียง 1 รายตลอดระยะเวลาการติดตาม ส่งผลให้การประมาณค่า hazard ratio จากการวิเคราะห์ด้วย Cox proportional hazards model มีความไม่เสถียรและช่วงความเชื่อมั่นกว้าง

ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรดังกล่าวจึงควรได้รับการตีความด้วยความระมัดระวัง<sup>19</sup>

แม้ว่าการวิเคราะห์ Kaplan-Meier จะพบแนวโน้มว่าการใช้ VPA อาจสัมพันธ์กับการเกิด hypothyroidism ที่ช้ากว่า แต่ข้อจำกัดด้านจำนวนเหตุการณ์ทำให้ไม่สามารถสรุปเชิงเหตุและผลได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้การศึกษานี้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยกวนบางประการที่อาจมีผลต่อการทำงานของต่อมไทรอยด์ได้อย่างครบถ้วน เช่น ความแปรปรวนของระดับลิเทียมในเลือดตลอดการติดตาม ประวัติ autoimmune thyroid disease ที่ไม่ได้บันทึกอย่างเป็นระบบ ซึ่งตัวบ่งชี้ทางภูมิคุ้มกัน เช่น thyroid autoantibodies เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิด hypothyroidism และอาจช่วยแยกสาเหตุของภาวะ hypothyroidism จากลิเทียมออกจาก autoimmune thyroid disease ได้ ตามที่มีรายงานไว้ในงานวิจัยก่อนหน้านี้<sup>26</sup>

สุดท้าย ระยะเวลาการติดตามของผู้ป่วยบางรายค่อนข้างสั้น ส่งผลให้มีการ censoring สูงในบางช่วงเวลา ซึ่งอาจลดกำลังทางสถิติในการตรวจจับความสัมพันธ์ที่แท้จริงระหว่างปัจจัยเสี่ยงและการเกิด hypothyroidism อย่างไรก็ตาม การใช้ survival analysis ช่วยให้เราสามารถจัดการกับข้อมูลที่มี censoring ได้อย่างเหมาะสมมากกว่าวิธีการวิเคราะห์แบบอื่น

### ข้อเสนอแนะเชิงคลินิก

แนวทางสากล เช่น NICE guideline และแนวทางปฏิบัติของ Royal Australian and New

Zealand College of Psychiatrists (RANZCP) แนะนำให้ตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์ก่อนเริ่มการรักษาด้วยลิเทียม และติดตามอย่างสม่ำเสมอระหว่างการรักษา<sup>27</sup> ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดของการติดตามแบบ risk-stratified monitoring โดยควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ เพศหญิงและผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไป ซึ่งอาจพิจารณาติดตามค่า TSH และ free T4 ทุก 3 - 6 เดือนในช่วงปีแรกของการรักษา เพื่อเพิ่มโอกาสในการตรวจพบความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ตั้งแต่วะเริ่มต้น

สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับลิเทียมร่วมกับ valproate (VPA) แม้ว่าหลักฐานเกี่ยวกับผลของ VPA ต่อการทำงานของต่อมไทรอยด์ยังไม่ชัดเจน แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ว่าควรติดตาม thyroid function อย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยอาจติดตามคำแนะนำด้านการติดตามการใช้ลิเทียมของแนวทางเชิงปฏิบัติที่ได้รับการยอมรับ ซึ่งเสนอให้ตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์อย่างน้อยทุก 6 - 12 เดือน ตลอดระยะเวลาการรักษา และพิจารณาตรวจบ่อยขึ้นในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงด้านคลินิก เช่น อายุสูงขึ้น หรือมีประวัติ hypothyroidism หรือ autoimmune disease โดยแนวทางเหล่านี้เน้นการตรวจ TSH และ free T4 เป็นองค์ประกอบสำคัญ เพื่อให้สามารถตรวจพบการเปลี่ยนแปลงก่อนที่จะเกิดภาวะแสดงอาการชัดเจน และเพื่อการปรับแผนการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

## สรุป

การศึกษานี้พบว่า อายุขณะเริ่มใช้ยา ลิเทียมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ lithium-induced hypothyroidism ในเชิงเวลา โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากมีแนวโน้มเกิดภาวะดังกล่าวเร็วขึ้น ขณะที่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของตัวแปร เพศ ขนาดยา ลิเทียม ต่อวัน และการใช้ยา VPA ภายหลังจากปรับตัวแปรร่วมในแบบจำลอง Cox proportional hazards model ผลลัพธ์ของการศึกษานี้สนับสนุนความสำคัญของการติดตามการทำงานของต่อมไทรอยด์อย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยที่ได้รับลิเทียม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ hypothyroidism ได้เร็วกว่า ซึ่งการตรวจพบความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ตั้งแต่วะเริ่มต้นจะช่วยให้สามารถวางแผนการรักษาและการติดตามที่เหมาะสม ลดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยา ลิเทียมในระยะยาว นอกจากนี้ ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็น ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวทางการติดตามการทำงานของต่อมไทรอยด์ในผู้ป่วยที่ใช้ลิเทียมให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย และเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคต โดยเฉพาะการวิจัยแบบ prospective cohort ที่สามารถควบคุมปัจจัยร่วมและติดตามการเปลี่ยนแปลงเชิงเวลาได้อย่างแม่นยำยิ่งขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. Chan JKN, Solmi M, Correll CU, Man Wong CS, Lo HKY, Lai FTT, et al. Lithium for Bipolar Disorder and Risk of Thyroid Dysfunction and Chronic Kidney Disease. *JAMA Netw Open* 2025; 8(2): e2458608.
2. 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.
3. 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): 95
4. Lambert CG, Mazurie AJ, Lauve NR, Hurwitz NG, Young SS, Obenchain RL, et al. Hypothyroidism risk compared among nine common bipolar disorder therapies in a large US cohort. *Bipolar Disord* 2016; 18(3): 247-60.
5. Schoenfeld DA. Sample-size formula for the proportional-hazards regression model. *Biometrics* 1983; 39(2): 499-503.
6. McKnight RF, Adida M, Budge K, Stockton S, Goodwin GM, Geddes JR. Lithium toxicity profile: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2012; 379(9817): 721-8.
7. Suanchang O. Development and evaluation of a pharmaceutical care process in patients with bipolar disorder at outpatient lithium clinic of Somdet Chaopraya hospital. Bangkok: Mahidol University; 2002.
8. Losatiankij P, Suanchang O. Effectiveness of Lithium Clinic in Somdet Chaopraya Institute. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry* 2011; 5(1): 1-13.
9. Somrak K, Boonlue T, Tiamtat C, Sunaree T. Prevalence and management of lithium-induced hypothyroidism in psychiatric hospital. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry* 2025; 19(1): 19-30.
10. Kibirige D, Luzinda K, Ssekitooleko R. Spectrum of lithium induced thyroid abnormalities: a current perspective. *Thyroid Res* 2013; 6(1): 3.
11. Shine B, McKnight RF, Leaver L, Geddes JR. Long-term effects of lithium on renal, thyroid, and parathyroid function: a retrospective analysis of laboratory data. *Lancet* 2015; 386(9992): 461-8.
12. Cox DR. Regression Models and Life-Tables. *J R Stat Soc Series B Stat Methodol* 1972; 34(2): 187-202.
13. Kleinbaum DG, Klein M. *Survival Analysis: A Self-Learning Text*. 3rd ed. New York: Springer; 2012.
14. Bradburn MJ, Clark TG, Love SB, Altman DG. *Survival Analysis Part II: Multivariate data analysis an introduction to concepts and methods*. *Br J Cancer* 2003; 89(3): 431-6.
15. Hernán MA. The Hazards of Hazard Ratios. *Epidemiology* 2010; 21(1): 13-5.
16. Biondi B, Cooper DS. The clinical significance of subclinical thyroid dysfunction. *Endocr Rev* 2008; 29(1): 76-131.
17. Vanderpump MPJ. The epidemiology of thyroid disease. *Br Med Bull* 2011; 99(1): 39-51.
18. Anantapong K, Jitpratoom C, Pitanupong J. Incidence and risk factors of hypothyroidism in psychiatric outpatients with long-term lithium treatment: a 10-year retrospective hospital-based study. *Ann Gen Psychiatry* 2025; 24(1): 39.
19. Heinze G, Schemper M. A Solution to the Problem of Monotone Likelihood in Cox Regression. *Biometrics* 2001; 57(1): 114-9.
20. Nagashima K, Sato Y. Information criteria for Firth's penalized partial likelihood approach in Cox regression models. *Stat Med* 2017; 36(21): 3422-36.
21. Zhang Y-X, Shen C-H, Lai Q-L, Fang G-L, Ming W-J, Lu R-Y, et al. Effects of antiepileptic drug on thyroid hormones in patients with epilepsy: A meta-analysis. *Seizure* 2016; 35: 72-9.
22. Vainionpää LK, Mikkonen K, Rättyä J, Knip M, Pakarinen AJ, Myllylä VV, et al. Thyroid function in girls with epilepsy with carbamazepine, oxcarbazepine, or valproate monotherapy and after withdrawal of medication. *Epilepsia*

- 2004; 45(3): 197-203.
23. Adhimoolum M, Arulmozhi R. Effect of antiepileptic drug therapy on thyroid hormones among adult epileptic patients: An analytical cross-sectional study. *J Res Pharm Pract* 2016; 5(3): 171-4.
  24. Sherman RE, Anderson SA, Dal Pan GJ, Gray GW, Gross T, Hunter NL, et al. Real-World Evidence - What Is It and What Can It Tell Us?. *N Engl J Med* 2016; 375(23): 2293-7.
  25. Benchimol EI, Smeeth L, Guttman A, Harron K, Moher D, Petersen I, et al. The REporting of studies Conducted using Observational Routinely-collected health Data (RECORD) statement. *PLoS Med* 2015; 12(10): e1001885.
  26. Carlé A, Laurberg P, Knudsen N, Perrild H, Ovesen L, Rasmussen LB, et al. Thyroid peroxidase and thyroglobulin auto-antibodies in patients with newly diagnosed overt hypothyroidism. *Autoimmunity* 2006; 39(6): 497-503.
  27. Malhi GS, Bell E, Boyce P, Bassett D, Berk M, Bryant R, et al. The 2020 Royal Australian and New Zealand College of psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders: Bipolar disorder summary. *Bipolar Disord* 2020; 22(8): 805-21.