



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสาร

สุขภาพจิต

แห่งประเทศไทย

ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2568
Volume 33 Number 2 April - June 2025
www.tci-thaijo.org/index.php/jmht

- การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวในผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับ risperidone ร่วมกับ topiramate
- ผลของแอปพลิเคชัน LINE OA Are you OK? ต่อภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลพะเยา
- ความชุกและการกระจายตัวของประสบการณ์คล้ายโรคจิตในคนไทย : ผลจากการสำรวจสุขภาพจิตระดับชาติ พ.ศ. 2566
- การวิจัยและพัฒนารูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในกลุ่มแบบบูรณาการเพื่อลดการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏกลุ่มภาคตะวันตก
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะ not in education, employment, or training (NEET) ในเยาวชนไทย อายุ 15 - 25 ปี : การศึกษาเชิงคุณภาพ
- การประเมินต้นทุน-ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท
- ตัวชี้วัดด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต : การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต
- แนวทางของ Cardiff Model เพื่อป้องกันความรุนแรงในสังคม

Journal of
Mental Health of Thailand

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



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

คณะที่ปรึกษา

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

บรรณาธิการกิตติมศักดิ์

ศ.เกียรติคุณ นพ.พิเชษฐ อดมรัตน์ รองประธานสมาคมโลกเพื่อการฟื้นฟู
ทางจิตสังคม
พญ.พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ ข้าราชการบำนาญ
(นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ)

บรรณาธิการ

ดร.นพ.อธิบ ต้นอารีย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา

รองบรรณาธิการ

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

กองบรรณาธิการ

ศ.พญ.ดร.สาวิตรี อักษรนาคกรชัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศ.พญ.ศิริจิต สุทธิจิตต์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.พญ.พรจิรา ปรีวีชรากุล มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.นพ.ดร.ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.ดร.ณัฐ ภู่อ่าว มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.หรรษา เศรษฐบุปผา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พญ.คุณกัญญา จิระกุลวิทย์ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
พญ.เบญจพร ปัญญา ข้าราชการบำนาญ (นายแพทย์)
ดร.นพ.พิทักษ์พล บุญยมลิก ข้าราชการบำนาญ (นายแพทย์)
ดร.สุดา วงศ์สวัสดิ์ ข้าราชการบำนาญ (นักวิชาการ
สาธารณสุข)

บรรณาธิการต่างประเทศ

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

บรรณาธิการบริหาร

นายภพธร วุฒินาร

กองบรรณาธิการฝ่ายจัดการ (สำนักวิชาการสุขภาพจิต)

นางสาวจันทร์รัตน์ พงษ์พืชมงคล ดร.วีร์ เมฆวิไลย
นางสาวพาสณา คุณาธิวัฒน์ นางสาวศรัณย์พิชญ์ อักษร
นางสาวณัฐสุดา จุลสินธนาภรณ์ นางฐิติญา จันทพรหม

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

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต มีนโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์ คือ เป็นผลงานวิจัยและผลงานวิชาการ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เป็นองค์ความรู้ใหม่ หรือมีประโยชน์ในการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับประเทศ

กำหนดออก:

ปีละ 4 ฉบับ (ราย 3 เดือน)
เดือนมกราคม เมษายน กรกฎาคม และตุลาคม

ดาวน์โหลดและส่งบทความ:

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

การติดต่อ:

กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย
สำนักวิชาการสุขภาพจิต ชั้น 3 อาคาร 2 กรมสุขภาพจิต
88/20 ถนนติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมืองนนทบุรี
จ.นนทบุรี 11000
โทร. 0-2590-8254, 8561 โทรสาร 0-2149-5539
e-mail: jmht@dmh.mail.go.th / jmht.dmh@gmail.com

บทความที่จะตีพิมพ์ให้ปฏิบัติตาม “คำแนะนำผู้พิมพ์” ของวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

หมายเหตุ:

ผู้อ่านสามารถนำข้อความ ข้อมูลจากวารสารไปใช้ไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการได้ เช่น เพื่อการสอน เพื่อการอ้างอิง แต่การนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่น เช่น เพื่อการค้า จะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากกรมสุขภาพจิตก่อน

ความคิดเห็น ข้อมูล และบทสรุปต่างๆ ที่ลงตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย เป็นของผู้เขียนบทความ และมิได้แสดงว่ากองบรรณาธิการหรือกรมสุขภาพจิตเห็นพ้องด้วย



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

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

Journal of Mental Health of Thailand

The Journal of Mental Health of Thailand is the official journal of the Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. Its focus and scope is a new knowledge of research and academic work in mental health and psychiatry or useful in exchanging knowledge at the national level.

Free subscription:

Free access online: Every 3 months or 4 volumes/year

Download and Submission:

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

Contact:

Journal of Mental Health of Thailand
Bureau of Mental Health Academic Affairs,
Department of Mental Health, Ministry of Public Health
88/20 Tiwanon Road, Nonthaburi, 11000 Thailand.
Tel. +66-2590-8254, 8561 Fax. +66-2149-5539
e-mail: jmht@dmh.mail.go.th
jmht.dmh@gmail.com

Remark:

Authorization to photocopy items for internal or personal use of specific clients, is granted. The consent does not extend to other kinds of copying, such as for general distribution, for advertising, or for resale.

Advisory board

Director General of Department of Mental Health (DMH)
Deputy Directors of Department of Mental Health (DMH)
M.L.Somchai Chakraband, M.D.
Yongyud Wongpiromsarn, M.D.
Burin Suraaroonsamrit, M.D.

Honorary Editor

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

Editor-in-Chief

Athip Tanaree, M.D., Ph.D. Srithanya Hospital

Associate Editors

Nopporn Tantirangsee, M.D., Ph.D. Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital
Suttha Supanya, M.D. Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
Kusumavadee Kamkliang, M.D. Bureau of Mental Health Academic Affairs
Sujira Prechawit, M.D. Srinakharinwirot University
Supasaek Virojanapa, M.D. Srithanya Hospital

Editorial Board

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

International Editors

Dr.Alan Frederick Geater Prince of Songkla University

Managing Editors

Mr.Phophthorn Wuttiham

Managing Staffs (Bureau of Mental Health Academic Affairs)

Ms.Jantarath Pongpeeya Dr.Week Mekwilai
Ms.Passana Gunadhivadhana Ms.Sarunyapich Aksorn
Ms.Natsuda Julsintanaporn Mrs.Thitiya Jantaprom

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



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2568

สารบัญ	หน้า
บรรณาธิการแถลง	A
นิพนธ์ต้นฉบับ	
การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวในผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับ risperidone ร่วมกับ topiramate จินตนา ปรัชญาสันติ, พรยุพา เตียงพัฒนวงษ์, พัฒน์พัฒน์ พรรณแผ้ว, ชมภูษุ สุนทรวาริ	80
ผลของแอปพลิเคชัน LINE OA Are you OK? ต่อภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายซ้ำ ในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลพะเยา ธีรนเรศ เพ็ชรกุล, พิมพิมล วงศ์ไชยา	91
ความชุกและการกระจายตัวของประสบการณ์คล้ายโรคจิตในคนไทย : ผลจากการสำรวจ สุขภาพจิตระดับชาติ พ.ศ. 2566 สุทธา สุปัญญา	101
การวิจัยและพัฒนาารูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในกลุ่มแบบบูรณาการเพื่อลดการไม่อดทน ต่อความไม่แน่นอนของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏกลุ่มภาคตะวันตก วิชชญา มณีชัย, นิธิพัฒน์ เมฆขจร, วัลภา สบายยิ่ง, วิไลลักษณ์ ลังกา	114
ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะ not in education, employment, or training (NEET) ในเยาวชนไทย อายุ 15 - 25 ปี : การศึกษาเชิงคุณภาพ เมธินี ชินเทศน์, ชาญวิทย์ พรนภดล, วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์, วัลลภ อัจฉริยะสิงห์	126
การประเมินต้นทุน-ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ณัฐพัชร สุนทโรวิทย์, เบ็ญจา นิมนวล, ปาณิสรา อินทร์กันทุม, นพพร ลาดบัวขาว	136
บทความปริทัศน์	
ตัวชี้วัดด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต : การทบทวนวรรณกรรม แบบกำหนดขอบเขต นาวิณี เรกนอลด์	151
บทความพิเศษ	
แนวทางของ Cardiff Model เพื่อป้องกันความรุนแรงในสังคม บุรินทร์ สุอรุณสัมฤทธิ์	163
คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์	I
สารบัญวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย	



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

Journal of Mental Health of Thailand

Volume 33 Number 2 April - June 2025

	Page
CONTENTS PREFACE	A
EDITORIAL ORIGINAL	A
ORIGINAL ARTICLES	
Changes in body weight among psychiatric patients treated with risperidone combined with topiramate Jintana Prachayasunti, Pornyupa Tiangphattanawong, Phannaphat Phanphaew, Chompoonuch Sukontavaree	80
Effects of the Are you OK? LINE OA application on depression and suicidal behaviors in patients with prior suicide attempts and depression at Phayao Hospital Thiranares Pechkul, Pimpimon Wongchaiya	91
Prevalence and distribution of psychotic experiences in the Thai population: findings from the 2023 national mental health survey Suttha Supanya	101
Research and development integrated group psychological counseling model to reduce intolerance of uncertainty for the western group of Rajabhat university students Wichaya Maneechai, Nitipat Mekkhachorn, Wunlapa Sabaiying, Wilailak Langka	114
A qualitative study on the factors contributing to not in education, employment, or training (NEET) among Thai youths aged 15 - 25 years Maythinee Chinnateed, Chanvit Pornnoppadol, Wimontip Musikaphan, Wanlop Atsariyasing	126
Cost-effectiveness analysis of a medication adherence enhancement program for patients with schizophrenia Nuttaphat Suntarowit, Benja Nimnuan, Panisara Inkantum, Nopporn Ladbuakhao	136
REVIEW ARTICLE	
Indicators for the promotion of mental health and the prevention of mental health problems: a scoping review Navinee Regnault	151
SPECIAL ARTICLE	
The Cardiff Model approach to violence prevention Burin Suraaroonsamrit	163
INSTRUCTION TO AUTHORS	I
CONTENTS PREFACE IN JOURNAL OF THE PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF THAILAND	



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

บรรณาธิการแถลง

การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติในปี พ.ศ. 2568 นี้เป็นครั้งที่ 24 ภายใต้หัวข้อ “สุขภาพจิตดี สังคมอ่อนโยน... ไร้ความรุนแรง (Mental Health for Gentle Society)” มีกำหนดระหว่างวันที่ 1 - 3 กรกฎาคม 2568 ณ ไอคอนสยาม กรุงเทพมหานคร ขอเชิญชวนนักวิชาการและผู้สนใจดูรายละเอียดได้ที่ <https://www.somdet.go.th/24aimhc/index.html>

สำหรับวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยฉบับที่ 2 ปี พ.ศ. 2568 นี้ มีบทความประเภทบทความพิเศษ 1 เรื่อง คือ แนวทางของ Cardiff Model เพื่อป้องกันความรุนแรงในสังคม นิพนธ์ต้นฉบับ 6 เรื่อง ได้แก่ เรื่อง การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวในผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับ risperidone ร่วมกับ topiramate เรื่อง ผลของแอปพลิเคชัน LINE OA Are you OK? ต่อภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลพะเยา เรื่อง ความชุกและการกระจายตัวของประสบการณ์คล้ายโรคจิตในคนไทย : ผลจากการสำรวจสุขภาพจิตระดับชาติ พ.ศ. 2566 เรื่อง การวิจัยและพัฒนา รูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยา กลุ่มแบบบูรณาการเพื่อลดการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏกลุ่มภาคตะวันตก เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะ not in education, employment, or training (NEET) ในเยาวชนไทย อายุ 15 - 25 ปี : การศึกษาเชิงคุณภาพ และเรื่อง การประเมินต้นทุน-ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท และบทความปริทัศน์ 1 เรื่อง คือ ตัวชี้วัดด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต : การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต

ผมและกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้นิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยในการเผยแพร่ผลงานวิชาการที่พัฒนาองค์ความรู้ และนวัตกรรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง

อธิป ตันอารีย์

บรรณาธิการ

นิพนธ์ต้นฉบับ

การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวในผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับ risperidone ร่วมกับ topiramate

วันรับ : 18 กันยายน 2567

วันแก้ไข : 1 มกราคม 2568

วันตอบรับ : 2 มกราคม 2568

จินตนา ปรัชญาสันติ, ภ.ม.¹, พรยุพา เตียงพัฒนวงษ์, ภ.ม.²,

พัฒนพัฒน์ พรรณแผ้ว, ภ.ม.¹, ชมภูษุช สุคนธาวารี, ภ.ม.¹

สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กรุงเทพฯ¹,

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กรุงเทพฯ²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวเฉลี่ยในผู้ป่วยที่ได้รับ risperidone ร่วมกับ topiramate และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวเมื่อได้รับยาดังกล่าวร่วมกัน

วิธีการ : การศึกษาแบบย้อนหลังในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการ ณ สถาบันราชานุกูล ระหว่างปี พ.ศ. 2564 - 2566 ที่ได้รับ risperidone อย่างต่อเนื่องก่อนได้รับ topiramate ครั้งแรกจากปัญหาน้ำหนักเพิ่ม เปรียบเทียบน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลงไป ระหว่างเริ่มได้รับ topiramate ครั้งแรกและหลังได้รับต่อเนื่อง 6 เดือนด้วยสถิติ paired t-test ค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวด้วย chi-square test และ Pearson's correlation

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 41 คน อายุเฉลี่ย 18.3 ± 8.6 ปี เป็นชายร้อยละ 85.4 ได้รับการวินิจฉัยเป็นออทิสติกสเปกตรัม ร้อยละ 61.0 น้ำหนักตัวเฉลี่ยก่อนเริ่มได้รับ topiramate และหลังได้รับ 6 เดือนเท่ากับ 70.99 ± 27.29 กก. และ 70.55 ± 26.66 กก. ตามลำดับ เฉลี่ยลดลง 0.44 ± 3.69 กก. ซึ่งไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของน้ำหนักตัวอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ช่วงอายุและขนาด topiramate ที่เพิ่มขึ้น ทั้งขณะเริ่มต้นและที่ระยะเวลา 6 เดือน พบผลข้างเคียง 1 อุบัติการณ์ ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว

สรุป : การใช้ topiramate มีแนวโน้มช่วยชะลอการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในผู้ป่วยที่ได้รับ risperidone ในระยะเวลา 6 เดือน และไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ชนิดรุนแรง

คำสำคัญ : โทไพราเมท, น้ำหนักตัว, ผู้ป่วยจิตเวช, ริสเพอริโดน

ติดต่อผู้นิพนธ์ : จินตนา ปรัชญาสันติ; e-mail: jintanapoo@gmail.com

Original article

Changes in body weight among psychiatric patients treated with risperidone combined with topiramate

Received : 18 September 2024

Revised : 1 January 2025

Accepted : 2 January 2025

Jintana Prachayasunti, M.Pharm.¹, Pornyupa Tiangphattanawong, M.Pharm.²,

Phannaphat Phanphaew, M.Pharm.¹, Chompoonuch Sukontavaree, M.Pharm.¹

Rajanukul Institute, Department of Mental Health, Bangkok¹,

Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, Department of Mental Health, Bangkok²

Abstract

Objective: To evaluate the changes in body weight among patients treated with a combination of risperidone and topiramate, and to identify factors associated with weight change during the course of treatment.

Methods: A retrospective study was conducted at Rajanukul Institute, Thailand, between 2021 and 2023. Participants included psychiatric patients who had been on continuous risperidone treatment prior to the addition of topiramate, prescribed to address excessive weight gain. Body weight measurements taken before and six months after initiating topiramate were compared using paired t-tests. Potential factors influencing weight change were analyzed using chi-square tests and Pearson's correlation.

Results: Forty-one participants met the inclusion and exclusion criteria, of whom 85.4% were male with a mean age of 18.3 ± 8.6 years. The majority (61%) were diagnosed with autism spectrum disorder. The mean body weights before and six months after starting topiramate were 70.99 ± 27.29 kg and 70.55 ± 26.66 kg, respectively. On average, participants experienced a non-significant reduction in body weight of 0.44 ± 3.69 kg. Older age and increasing topiramate dosage, both at initiation and at six months follow-up, were significantly associated with weight reduction. One participant experienced a non-serious side effect (induced aggression) during the study period.

Conclusion: Topiramate may help reduce or mitigate weight gain in patients receiving risperidone over a six-month period, with no incidence of serious adverse effects.

Keywords: body weight, psychiatric patient, risperidone, topiramate

Corresponding author: Jintana Prachayasunti; e-mail: jintanapoo@gmail.com

ความรู้เดิม : การศึกษาต่างประเทศพบว่า risperidone เพิ่มความเสี่ยงของภาวะน้ำหนักเพิ่มและภาวะ metabolic syndrome ขณะที่ topiramate อาจลดหรือชะลอการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวผู้ป่วยจิตเวช

ความรู้ใหม่ : ในผู้ป่วยจิตเวชไทยที่ได้รับ risperidone ต่อเนื่องแต่ยังมีปัญหาด้านการควบคุมพฤติกรรมและเกิดปัญหาน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การได้รับ topiramate ร่วมด้วยแม้ไม่ได้ส่งผลให้น้ำหนักลดลงอย่างมีนัยสำคัญแต่อาจช่วยชะลอการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวได้

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : แนวทางการป้องกันจัดการภาวะน้ำหนักเกินในผู้ป่วยจิตเวชที่จำเป็นต้องได้รับ risperidone ต่อเนื่อง

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินเป็นประเด็นทางสาธารณสุขที่พบได้มากทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี พ.ศ. 2565 มีเด็กและวัยรุ่นอายุ 5 - 19 ปีมากกว่า 390 ล้านคนมีน้ำหนักเกิน และมีผู้ป่วยโรคอ้วนทั่วโลกกว่า 160 ล้านคน ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบว่า ประเทศมาเลเซียมีประชากรผู้ใหญ่ที่มีดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) มากกว่า 25 ร้อยละ 44.2 ขณะที่ประเทศไทยมีประชากรผู้ใหญ่ที่มี BMI มากกว่า 25 ร้อยละ 32.21 ในบริบทจิตเวชพบความชุกของภาวะ metabolic syndrome (MetS) ซึ่งเกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักตัวเพิ่ม (weight gain) ในผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า ร้อยละ 32.5¹ ขณะที่ในประเทศไทย การทบทวนวรรณกรรมของ Udomratn² พบความชุกของ MetS ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 15.4 - 23.9 โดยพบในผู้ที่ได้รับยารักษาโรคจิตรุ่นที่ 1 (first-generation antipsychotics: FGAs) ร้อยละ 9.4 - 27.1 และในผู้ที่ได้รับยารักษาโรคจิตรุ่นที่ 2 (second-generation antipsychotics: SGAs) ร้อยละ 20.0 - 20.3 การศึกษาในผู้ป่วยเด็กออทิสติกสเปกตรัม (autism spectrum disorder: ASD) อายุ 2 - 18 ปี พบความชุกของภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 19.4 และโรคอ้วนร้อยละ 25.2³ ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะน้ำหนักเกินในผู้ป่วยจิตเวช เช่น พฤติกรรมการกิน การทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย และการได้รับยารักษาโรค โดยเฉพาะยากกลุ่ม SGAs⁴ การศึกษาของ Dayabandara และคณะ⁵

พบว่า ยารักษาโรคจิตกลุ่มที่มีผลทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นระดับมาก ได้แก่ clozapine และ olanzapine กลุ่มที่มีผลทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นระดับปานกลาง ได้แก่ chlorpromazine, quetiapine, risperidone และ paliperidone และกลุ่มที่มีผลทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ได้แก่ aripiprazole, amisulpride, asenapine, haloperidol, ziprasidone และ lurasidone

Risperidone เป็นยาในกลุ่ม SGAs ที่ใช้รักษาอาการโรคจิตและควบคุมพฤติกรรมผิดปกติในผู้ป่วย ASD เช่น อาการก้าวร้าว หงุดหงิด ขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมซ้ำ ๆ⁶⁻⁸ อย่างไรก็ตาม อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ risperidone ที่พบบ่อย เช่น ความอยากอาหารมากขึ้น ว่างซึม มึนงง คัดจมูก คลื่นไส้ อาเจียน และนอนไม่หลับ^{7,8} และนอกจากนี้ risperidone ยังก่อให้เกิดภาวะน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงของ MetS และอาจส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็ก รวมถึงความวิตกกังวลของผู้ปกครอง

Risperidone ส่งผลต่อน้ำหนักตัวของผู้ป่วยผ่านกลไก 2 แบบ ได้แก่ การยับยั้งตัวรับของสารสื่อประสาท serotonin ชนิด 2C (5-HT_{2C} receptor)^{9,10} ซึ่งในภาวะปกติการกระตุ้น 5-HT_{2C} receptor ทำให้เกิดการส่งสัญญาณประสาทต่อไปยัง neuropeptide ต่าง ๆ ที่ทำหน้าที่ควบคุมการกินอาหาร (food intake) และสมดุลพลังงาน (energy balance) บริเวณสมองส่วน hypothalamus ผ่าน ventromedial hypothalamus (VMH) หรือศูนย์อิ่ม (satiety center) จึงทำให้ความอึ้มลดลงและความหิวเพิ่มขึ้น^{10,11} กลไกที่ 2 คือ การยับยั้ง histamine 1 (H1) receptor ทำให้สัญญาณ adenosine monophosphate-activated protein kinase-carnitine palmitoyl transferase 1 (AMPK-CPT1) ของสมองส่วน hypothalamus บริเวณ arcuate nucleus (ARC), paraventricular nucleus (PVN) และ VMH ซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมความอึ้มทำงานลดลง ส่งผลให้มีความอยากอาหารและน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น¹²

การศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุมในผู้ป่วยเด็ก ASD พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับ risperidone มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{8,13}

โดยน้ำหนักตัวเด็กเพิ่มมากที่สุดในช่วง 3 - 6 เดือนแรกของการใช้ยา¹⁴⁻¹⁸ เช่นเดียวกับการศึกษาในเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา¹⁶ การศึกษาของ Vanwong และคณะ¹⁹ พบว่า การเพิ่มน้ำหนักตัวของผู้ป่วยเด็กมีความสัมพันธ์กับขนาด risperidone และระยะเวลาที่ได้รับ risperidone ที่ได้รับ โดยเฉพาะปริมาณ 2 มก./วันขึ้นไปและระยะเวลาที่ได้รับการรักษานานกว่า 2 ปี

ปัจจุบันแนวทางการจัดการภาวะน้ำหนักตัวเพิ่มมีทั้งการจัดการโดยไม่ใช้ยาและการจัดการโดยใช้ยา¹ การจัดการโดยไม่ใช้ยา เช่น การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการตั้งเป้าหมายในการควบคุมน้ำหนักร่วมกัน การจัดการโดยใช้ยาที่มีบทบาทในการลดหรือควบคุมน้ำหนัก เช่น metformin, aripiprazole, topiramate, atomoxetine, reboxetine, sibutramine, zonisamide, amantadine และยากลุ่ม H2 receptor antagonists หนึ่งในยาที่มีการนำมาใช้เพื่อการรักษาภาวะทางจิตเวชและมีผลต่อการลดน้ำหนักตัวร่วมด้วยคือ topiramate ซึ่งเป็นยากลุ่ม mood stabilizer ที่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาโรคลมชัก (epilepsy) ไมเกรน (migraine) อารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) และ ASD การศึกษาในปัจจุบันพบว่า topiramate อาจมีผลต่อยีนที่ควบคุมการสร้าง neuropeptide Y (NPY) ซึ่ง NPY มีบทบาทในศูนย์ความหิวและพบการลดลงของระดับ leptin ในผู้ใช้ topiramate ซึ่งบ่งชี้ถึงการสะสมไขมันที่ลดลง²⁰ สอดคล้องกับการศึกษาทางคลินิกที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับ topiramate มีน้ำหนักตัวลดลง^{21,22} แม้เมื่อเปรียบเทียบกับเทียบกับยาหลอก²³ นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า topiramate ช่วยป้องกันหรือลดการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักของผู้ที่ได้รับยากลุ่ม SGAs²⁴ อย่างไรก็ตาม การทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก ASD ที่ได้รับ topiramate ร่วมกับ risperidone และกลุ่มที่ได้รับยาหลอกร่วมกับ risperidone ไม่พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีน้ำหนักเฉลี่ยแตกต่างกันทั้งก่อนทดลองและระยะติดตามผล 8 สัปดาห์²⁵

เห็นได้ว่าผลของ topiramate ต่อการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับยารักษาโรคจิต โดยเฉพาะ risperidone ซึ่งเป็น SGAs ที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติของประเทศไทย ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน ซึ่งอาจ

เกิดจากความแตกต่างของกลุ่มประชากรที่ศึกษา เช่น อายุ อัตราการเจริญเติบโต และวินิจฉัยโรค อีกทั้งปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาในประเด็นดังกล่าวในประเทศไทย การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาน้ำหนักตัวในผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับ risperidone ระหว่างก่อนและหลังได้รับ topiramate และความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับ topiramate กับการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวในผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับ risperidone

วิธีการ

การศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) ในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล เลขการรับรองที่ COA No. 01/2567 วันที่รับรอง 25 มกราคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล ที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากหลังได้รับยา risperidone การศึกษานี้เลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยทุกคนที่เข้าตามเกณฑ์ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ ICD-10 ว่าเป็นโรคทางจิตเวชทุกกลุ่มโรค 2) ได้รับ risperidone ติดต่อกันอย่างน้อย 12 เดือน 3) มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากในระยะเวลาสั้น หมายถึง การมีน้ำหนักตัวตามกราฟการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6 - 19 ปี เปลี่ยนไป 1 ระดับ หรือเข้าสู่สถานะเริ่มอ้วน หรือ อ้วน เมื่อเทียบกับประวัติการมาพบแพทย์เพื่อติดตามการรักษาครั้งล่าสุด และได้รับการพิจารณาว่าเป็นผลจากการใช้ risperidone 4) ได้รับ topiramate ร่วมในเวลาต่อมา ติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน 5) ได้รับ topiramate ครั้งแรกระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง กันยายน พ.ศ. 2566 และ 6) มีข้อมูลน้ำหนักตัวของผู้ป่วย ณ เวลาเริ่มต้น ก่อนได้รับยา topiramate และหลังได้รับ topiramate 6 เดือน เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ได้รับยาที่มีผลลดน้ำหนักตัว เช่น methylphenidate 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น eating disorders 3) มีอาการแพ้ยาหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ topiramate จนต้องหยุดยาเป็นเวลา 6 เดือน และ 4) ไม่กินยาตามแพทย์สั่ง หรือไม่ร่วมมือในการรักษาหรือผลการประเมินโดยการสอบถามข้อมูลความร่วมมือ

ในการกินยาด้วยแบบวัด visual analog scale ซึ่งบันทึกและจัดเก็บในแบบเก็บข้อมูลการใช้ risperidone ที่เก็บโดยเภสัชกร มีค่าต่ำกว่าร้อยละ 80

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ย²⁶ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อ้างอิงค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (d) จากการเก็บข้อมูลนำร่อง ณ สถาบันราชานุกูลที่พบว่า การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักในตัวอย่าง 11 คนตามเกณฑ์คัดเข้าของการศึกษานี้มีผลต่างของน้ำหนักตัวระหว่างระยะที่เริ่มได้รับ topiramate ครั้งแรกกับระยะหลังจากได้รับยาต่อเนื่อง 6 เดือน เท่ากับ -0.245 กก. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) ของค่าเฉลี่ยผลต่างของน้ำหนักตัวเท่ากับ 2.28 จึงกำหนดค่า d ไม่เกิน 1 ใน 3 ของ SD คือ 0.76 จากนั้นนำมาคำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตร ได้เท่ากับ 34 ราย

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \cdot x \cdot (SD)^2}{d^2}$$

- n = จำนวนขนาดตัวอย่าง
 $Z_{\alpha/2}$ = ค่าสถิติภายใต้โค้งมาตรฐาน เมื่อกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ .05 คือ 1.96
 SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (มีค่า 2.28)
 d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ (มีค่า 0.76)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์คัดเข้าจากฐานข้อมูล hospital information systems (HIS) ของสถาบันฯ จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนจาก HIS และเวชระเบียนโดยใช้แบบเก็บข้อมูล ประกอบด้วยตัวแปรสำคัญ ได้แก่ อายุ เพศ วินิจฉัยโรค วันที่เริ่มได้รับ risperidone ขนาดเริ่มต้น วันที่เริ่มได้รับ topiramate และขนาดเริ่มต้น ขนาด risperidone และ topiramate ที่ได้รับต่อเนื่องจนถึง 6 เดือน น้ำหนักตัว ความร่วมมือในการกินยา และอาการข้างเคียงที่พบหลังได้รับ topiramate

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล

พื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ SD การตรวจสอบการกระจายตัวของน้ำหนักตัวกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับ topiramate 6 เดือนด้วยการสร้างกราฟ histogram เทียบกับโค้งมาตรฐาน พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติ (normal distribution) จึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวก่อนและหลังได้รับ topiramate 6 เดือนด้วย paired t-test และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวด้วย chi-square test และ Pearson's correlation โดยกำหนดนัยสำคัญที่ .05

ผล

กลุ่มตัวอย่าง 41 คน อายุเฉลี่ย 18.3 ± 8.6 ปี เป็นชายร้อยละ 85.4 อายุอยู่ในช่วง 11 – 20 ปีร้อยละ 51.2 และได้รับวินิจฉัย ASD ร้อยละ 61.0 แสดงดังตารางที่ 1 ปริมาณเฉลี่ยของ risperidone ในช่วงก่อนและหลังได้รับ topiramate 6 เดือนเท่ากับ 2.46 ± 1.55 มก./วัน และ 2.68 ± 1.77 มก./วัน ปริมาณเฉลี่ยของ topiramate ในช่วงเริ่มต้นและหลังได้รับ 6 เดือนเท่ากับ 32.93 ± 12.73 มก./วัน และ 44.21 ± 26.23 มก./วัน แสดงดังแผนภาพที่ 1

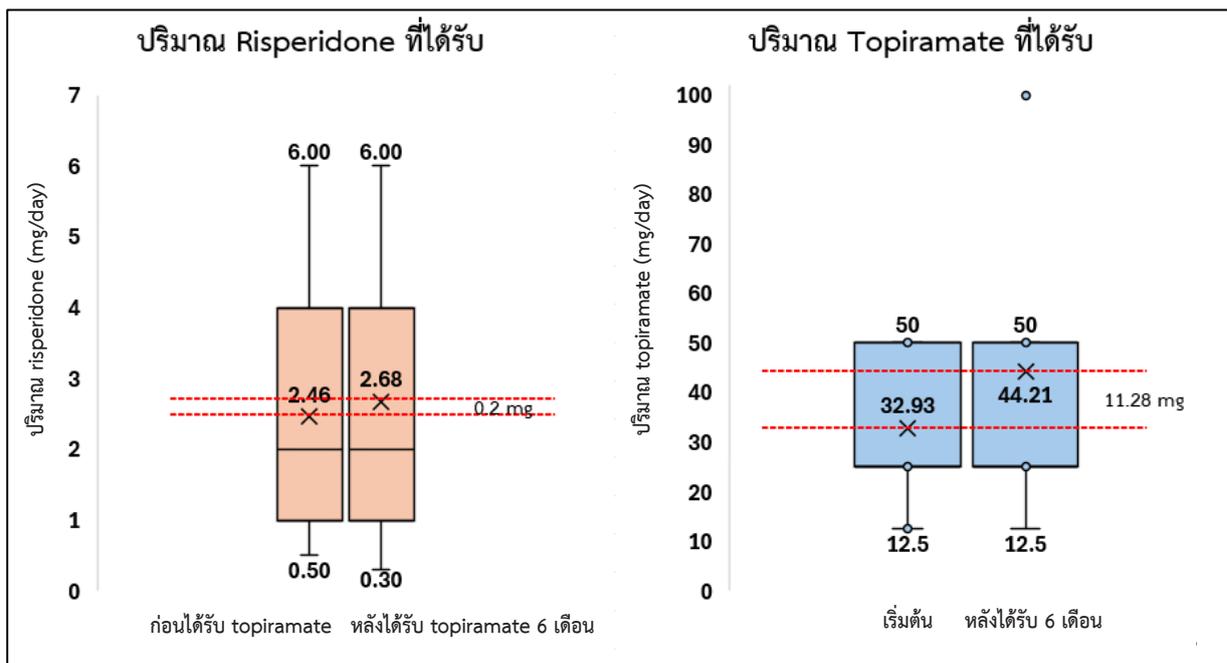
หลังได้รับ topiramate ต่อเนื่อง 6 เดือน ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่างลดลงจาก 70.99 ± 27.29 กก. เป็น 70.55 ± 26.66 กก. ลดลงเฉลี่ย 0.44 ± 3.69 กก. แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .451$) แสดงดังตารางที่ 2

เมื่อจำแนกตามการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวพบว่า หลังได้รับ topiramate เป็นเวลา 6 เดือนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีน้ำหนักลดลงหรือคงที่ (ร้อยละ 58.5) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นกับกลุ่มที่มีน้ำหนักลดลงหรือคงที่พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้านเพศและการวินิจฉัยโรค แต่มีความแตกต่างด้านช่วงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มอายุ 21 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนของการมีน้ำหนักลดลงหรือคงที่มากกว่ากลุ่มอายุอื่น (ร้อยละ 85.7) ขณะที่กลุ่มอายุ 10 - 20 ปี มีสัดส่วนของการมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มอายุอื่น (ร้อยละ 52.4) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 4 แสดงค่าสหสัมพันธ์ระหว่างขนาดยาและการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว พบว่าปริมาณของ topiramate ทั้งเริ่มต้นและหลังได้รับ 6 เดือนมีความสัมพันธ์

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 41)

	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	35	85.4
หญิง	6	14.6
อายุ (ปี) \bar{X} = 18.3 ปี, SD = ± 8.6 ปี, min = 7 ปี, max = 47 ปี		
1 - 10 ปี	6	14.6
11 - 20 ปี	21	51.2
21 - 30 ปี	11	26.8
31 - 40 ปี	2	4.9
41 - 50 ปี	1	2.5
การวินิจฉัย		
Autism spectrum disorder (ASD)	25	61.0
Intellectual disability (ID)	14	34.2
Cerebral palsy (CP)	1	2.4
Schizophrenia	1	2.4



แผนภาพที่ 1 ปริมาณ risperidone และ topiramate ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ

เชิงเส้นแบบผกผันกับการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.466$ และ $r = -0.321$ ตามลำดับ)

การติดตามผลข้างเคียงของการใช้ยา topiramate พบการบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 1 อุบัติการณ์ คือ การเกิดปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวและอารมณ์หงุดหงิดมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 2.4 ของกลุ่มตัวอย่าง

วิจารณ์

หลังได้รับ topiramate เป็นระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ risperidone มีน้ำหนักลดลงเฉลี่ย 0.44 ± 3.69 กก. ใกล้เคียงกับการศึกษาในผู้ป่วยเด็ก ASD ของ Rezaei และคณะ²⁵ ที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับ topiramate ร่วมกับ risperidone มีน้ำหนักที่ระยะติดตามผล 8 สัปดาห์

ตารางที่ 2 การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่าง (n = 41)

	ก่อนได้รับ topiramate	หลังได้รับ topiramate 6 เดือน	การเปลี่ยนแปลง	p-value ^a
น้ำหนักตัวผู้ป่วย				
ค่าเฉลี่ย (กก. ± SD)	70.99 ± 27.29	70.55 ± 26.66	-0.44 ± 3.69	.451
ค่าต่ำสุด (กก.)	23.50	23.30		
ค่าสูงสุด (กก.)	139.0	137.0		
ร้อยละน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลง*				
ค่าเฉลี่ย			-0.24 ± 5.75	
ค่าต่ำสุด			-14.75	
ค่าสูงสุด			12.86	

* ร้อยละน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลง = [(น้ำหนักตัวหลังได้รับ topiramate 6 เดือน - น้ำหนักตัวก่อนได้รับ topiramate) / (น้ำหนักตัวก่อนได้รับ topiramate)] * 100

^a paired t-test

ตารางที่ 3 การมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นและการมีน้ำหนักลดลงหรือคงที่ จำแนกตามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 41)

	น้ำหนักเพิ่มขึ้น จำนวน (ร้อยละ)	น้ำหนักลดลงหรือคงที่ จำนวน (ร้อยละ)	p-value ^a
เพศ			.662
ชาย	15 (42.9)	20 (57.1)	
หญิง	2 (33.3)	4 (66.7)	
ช่วงอายุ			.032
1 - 10 ปี	4 (33.3)	2 (66.7)	
11 - 20 ปี	11 (52.4)	10 (47.6)	
21 ปีขึ้นไป	2 (14.3)	12 (85.7)	
การวินิจฉัย			.359
Autism spectrum disorder (ASD)	12 (48.0)	13 (52.0)	
Intellectual disability (ID)	5 (35.7)	9 (64.3)	
อื่น ๆ	0 (0.00)	2 (100)	
รวม	17 (41.5)	24 (58.5)	

^a paired t-test

ตารางที่ 4 สหสัมพันธ์ระหว่างขนาดยากับน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลง (n = 41)

	ค่าเฉลี่ย (มก./วัน)	SD	R	p-value
Risperidone ก่อนได้รับ topiramate	2.46	1.55	-0.058	0.718
Risperidone หลังได้รับ topiramate 6 เดือน	2.68	1.77	0.065	0.684
Risperidone ที่เปลี่ยนแปลงไป	0.20	1.06	0.197	0.217
Topiramate ที่ได้รับครั้งแรก	32.93	12.73	-0.466	0.002
Topiramate ที่ได้รับหลัง 6 เดือน	44.21	26.23	-0.321	0.041
Topiramate ที่เปลี่ยนแปลงไป	11.28	18.50	-0.134	0.404

^a Pearson's correlation, SD = standard deviation

ลดลงเฉลี่ย 0.43 กก. และการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Costa และคณะ²⁷ ที่พบว่า topiramate มีประสิทธิภาพอย่างมีนัยสำคัญในการลดน้ำหนักที่เกี่ยวข้องกับการใช้ SGAs โดยมีความแตกต่างของน้ำหนักที่ลดลงเฉลี่ย 2.80 กก. อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ไม่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับ topiramate ขณะที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นไปมากแล้ว จึงทำให้การลดน้ำหนักอาจต้องใช้เวลาานกว่า 6 เดือน ต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้บางแห่งที่ให้ topiramate ร่วมกับ risperidone ตั้งแต่เริ่มแรก อีกทั้งยังมีปัจจัยกวนที่อาจมีผลต่อน้ำหนัก เช่น อาหาร การใช้ชีวิต การออกกำลังกาย และ พันธุกรรม ซึ่งไม่ได้สำรวจในการศึกษานี้ อย่างไรก็ตาม การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58.5) มีน้ำหนักลดลงหรือคงที่ อาจช่วยบ่งชี้ว่าการได้รับ topiramate อาจมีผลชะลอการเพิ่มน้ำหนักตัวของผู้ป่วยที่ใช้ risperidone ต่อไปได้

ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ได้แก่ อายุและ ปริมาณ topiramate ที่ได้รับ โดยกลุ่มช่วงอายุ 21 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนการมีน้ำหนักลดลงหรือคงที่มากกว่ากลุ่มอายุไม่เกิน 20 ปี สอดคล้องกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Kramer และคณะ²³ ที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มผู้ใหญ่อายุมากกว่า 40 ปี ที่ได้รับยา topiramate เป็นเวลา 6 เดือนมีน้ำหนักตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับยาหลอก อาจเนื่องจากกลุ่มเด็กหรือวัยรุ่นยังคงมีการเจริญเติบโตต่อเนื่อง ซึ่งรวมถึงการมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น จึงพบสัดส่วนน้ำหนักคงที่หรือลดลงได้น้อยกว่า ขณะที่ช่วงอายุ 21 ปีขึ้นไปมีอัตราการเจริญเติบโตลดลงแล้ว จึงมีแนวโน้มน้ำหนักคงที่หรือลดลงที่ได้มากกว่า

ขนาดของ topiramate ในช่วงเริ่มต้นและที่ระยะเวลา 6 เดือนที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นแบบผกผันกับผลต่างน้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้บ่งชี้ว่าการปรับเพิ่มขนาด topiramate อาจช่วยลดหรือชะลอการเพิ่มน้ำหนักตัวของผู้ป่วยที่ได้รับ risperidone ต่อเนื่องได้ อย่างไรก็ตาม อีกทางเลือกหนึ่งของการลดน้ำหนักตัวผู้ป่วยคือการลดขนาด risperidone ลง แต่ปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปการลดขนาดยาที่เหมาะสม มีเพียงการศึกษาของ Lindsay และคณะ²⁸ ที่ติดตามการเปลี่ยนแปลงด้านน้ำหนักตัวของผู้ป่วยเด็กหลังจากหยุด risperidone ต่อเนื่องเป็นเวลา

12 - 24 เดือน พบว่าผู้ป่วยสามารถกลับมามีน้ำหนักตัวลดลงถึงจุดที่ไม่แตกต่างจากก่อนเริ่มการได้รับได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวมีข้อจำกัดจากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็ก (14 คน) อีกทั้งการให้ risperidone ยังคงมีความจำเป็นตามแนวทางการรักษาอาการโรคจิตและการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นยากลุ่ม SGAs ที่ผู้ป่วยทุกคนสามารถเข้าถึงได้ ทำให้การหยุดใช้ risperidone อาจปฏิบัติจริงได้ยาก การเลือกใช้ topiramate จึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสมกรณีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับ risperidone แต่ยังมีปัญหาน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นร่วมกับพฤติกรรมก้าวร้าวที่ยังควบคุมไม่ได้ เพื่อชะลอการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวและเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย²⁵

การศึกษานี้พบว่า มีตัวอย่าง 1 คนที่ได้รับ topiramate ร่วมกับ risperidone ต่อเนื่องในช่วงเวลา 6 เดือนมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้น สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Steinhoff และคณะ²⁹ ที่รายงานอาการไม่พึงประสงค์ของ topiramate เมื่อได้รับต่อเนื่องมากกว่า 12 เดือน ได้แก่ อาการหงุดหงิดง่วงร้อยละ 3.1 อาการโกรธร้อยละ 0.2 และอาการก้าวร้าวร้อยละ 0.5 ทั้งนี้ ตัวอย่างที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าวได้รับการลดขนาด topiramate ลงและสามารถใช้จ่ายต่อเนื่องครบ 6 เดือนได้

ปัจจุบันการศึกษารูปแบบการเปลี่ยนแปลงด้านน้ำหนักตัวของผู้ป่วยจากการใช้ risperidone ร่วมกับ topiramate ยังมีจำนวนไม่มาก ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการวางแผนแนวทางการจัดการภาวะน้ำหนักเกินในผู้ป่วยจิตเวชที่จำเป็นต้องได้รับ risperidone ทั้งนี้ ควรควบคู่ไปกับการจัดการโดยไม่ใช้ยา เช่น การควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ข้อจำกัดที่สำคัญในการศึกษานี้ ได้แก่ เป็นการศึกษาย้อนหลังซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสมบูรณ์และความสม่ำเสมอของชุดข้อมูล เช่น การบันทึกน้ำหนักตัว ความร่วมมือในการกินยา รวมถึงอาการข้างเคียงระหว่างได้รับยา และยังมีข้อจำกัดด้านการขาดการควบคุมปัจจัยกวน เช่น พฤติกรรมการกินอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งอาจมีผลต่อน้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่าง นอกเหนือจากการได้รับ topiramate นอกจากนี้การศึกษานี้ไม่ได้เก็บข้อมูลกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้รับ topiramate

ผลต่อการลดหรือชะลอการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวจึงยังไม่ชัดเจนในทางสถิติ การศึกษาต่อไปจึงควรพิจารณาเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มกลุ่มควบคุม เพิ่มระยะเวลาในการศึกษา ใช้วิธีการศึกษาไปข้างหน้า และควบคุมปัจจัยกวนเพื่อยืนยันถึงประสิทธิผลของ topiramate ในการจัดการปัญหาน้ำหนักเกินของผู้ป่วยจิตเวชไทย

สรุป

ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับ risperidone และต่อมา มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากและได้รับ topiramate ร่วมด้วย เมื่อติดตามผลที่ระยะ 6 เดือน มีน้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยลดลง 0.44 กก. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวของผู้ป่วย ได้แก่ อายุและปริมาณ topiramate ที่ได้รับ ทั้งขณะเริ่มต้นและที่ระยะ 6 เดือน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูลที่สนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณ พญ.ศุภรัตน์ เอกอัครวิน แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ สถาบันราชานุกูล และอาจารย์จรรุวรรณ มั่นมี นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลราชวิถี ที่ให้คำปรึกษาด้านวิชาการ

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

จินตนา ปรัชญาสันติ : ออกแบบการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ ; พรยุพา เตียงพัฒนวงษ์ : วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ ; พัฒน์พัฒน์ พรรณแผ้ว : เก็บรวบรวมข้อมูล ; ชมภูณัฐ สุนทรวารี : เก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2011 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011 [cited 2024 Dec 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241502283>
2. Udomratn P. Metabolic syndrome in psychiatric patients treated with antipsychotic drugs in Thailand. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 2010;8(2):79-83.
3. Rongbudsri S, Patjanasontorn N, Maneeganondh S. Nutritional status by weight for height and body mass index in children and adolescents with autism. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2016;61(3):181-90. (in Thai)
4. Dhaliwal KK, Orsso CE, Richard C, Haqq AM, Zwaigenbaum L. Risk factors for unhealthy weight gain and obesity among children with autism spectrum disorder. *Int J Mol Sci*. 2019;20(13):3285. doi:10.3390/ijms20133285.
5. Dayabandara M, Hanwella R, Ratnatunga S, Seneviratne S, Suraweera C, de Silva VA. Antipsychotic-associated weight gain: management strategies and impact on treatment adherence. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017;13:2231-41. doi:10.2147/NDT.S113099.
6. Guzman f. Risperidone indications: FDA approved and off label uses [Internet]. Sheridan, WY: psychopharmacology institute; 2016 [cited 2020 Feb 17]. Available from: <https://psychopharmacologyinstitute.com/publication/risperidone-indications-fda-approved-and-off-label-uses-2124>
7. Benvenuto A, Battan B, Porfirio MC, Curatolo P. Pharmacotherapy of autism spectrum disorders. *Brain Dev*. 2013;35(2):119-27. doi:10.1016/j.braindev.2012.03.015.
8. McCracken JT, McGough J, Shah B, Cronin P, Hong D, Aman MG, et al. Risperidone in children with autism and serious behavioral problems. *N Engl J Med*. 2002;347(5):314-21. doi:10.1056/NEJMoa013171.
9. Wan XQ, Zeng F, Huang XF, Yang HQ, Wang L, Shi YC, et al. Risperidone stimulates food intake and induces body weight gain via the hypothalamic arcuate nucleus 5-HT2c receptor-NPY pathway. *CNS Neurosci Ther*. 2020;26(5):558-66. doi:10.1111/cns.13281.
10. Tek C, Kucukgoncu S, Guloksuz S, Woods SW, Srihari VH, Annamalai A. Antipsychotic-induced weight gain in first-episode psychosis patients: a meta-analysis of differential effects of antipsychotic medications. *Early Interv Psychiatry*. 2016;10(3):193-202. doi:10.1111/eip.12251.
11. Canitano R. Clinical experience with Topiramate to counteract neuroleptic induced weight gain in

- 10 individuals with autistic spectrum disorders. *Brain Dev.* 2005;27(3):228-32. doi:10.1016/j.braindev.2004.06.006.
12. He M, Deng C, Huang XF. The role of hypothalamic H1 receptor antagonism in antipsychotic-induced weight gain. *CNS Drugs.* 2013;27(6):423-34. doi:10.1007/s40263-013-0062-1.
13. Shea S, Turgay A, Carroll A, Schulz M, Orlik H, Smith I, et al. Risperidone in the treatment of disruptive behavioral symptoms in children with autistic and other pervasive developmental disorders. *Pediatrics.* 2004;114(5):e634-41. doi:10.1542/peds.2003-0264-F.
14. Croonenberghs J, Fegert JM, Findling RL, De Smedt G, Van Dongen S, Risperidone Disruptive Behavior Study Group. Risperidone in children with disruptive behavior disorders and subaverage intelligence: a 1-year, open-label study of 504 patients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005;44(1):64-72. doi:10.1097/01.chi.0000145805.24274.09.
15. Perez-Iglesias R, Crespo-Facorro B, Martinez-Garcia O, Ramirez-Bonilla ML, Alvarez-Jimenez M, Pelayo-Teran JM, et al. Weight gain induced by haloperidol, risperidone and olanzapine after 1 year: findings of a randomized clinical trial in a drug-naïve population. *Schizophr Res.* 2008;99(1-3):13-22. doi:10.1016/j.schres.2007.10.022.
16. Mano-Sousa BJ, Pedrosa AM, Alves BC, Galduróz JCF, Belo VS, Chaves VE, et al. Effects of risperidone in autistic children and young adults: a systematic review and meta-analysis. *Curr Neuropharmacol.* 2021;19(4):538-52. doi:10.2174/1570159X18666200529151741.
17. Qiu Y, Dong Y, Sun W, Li G, Mei JL, Zhao Y, et al. Metabolic biomarkers of risperidone-induced weight gain in drug-naïve patients with schizophrenia. *Front Psychiatry.* 2023;14:1144873. doi:10.3389/fpsy.2023.1144873.
18. Prachayasunti J, Phanphaew P, Phoasavasdi C, Puengyod A, Sanlung S, Bunsawonsung P. Effectiveness and adverse drug reactions between generic and original Risperidone solution in patients with autism spectrum disorder. *Journal of Mental Health of Thailand.* 2021;29(2):137-48. (in Thai)
19. Vanwong N, Medhasi S, Pongchaidecha M, Ngamsamut N, Puangpetch A, Chamnanphon M, et al. Pharmacogenetics and clinical risk factors for Risperidone related weight gain in Thai autistic spectrum disorder patients. *Thai Journal of Pharmacology.* 2014;36(1)13-24.
20. Wajid I, Vega A, Thornhill K, Jenkins J, Merriman C, Chandler D, et al. Topiramate (Topamax): evolving role in weight reduction management: a narrative review. *Life (Basel).* 2023;13(9):1845. doi:10.3390/life13091845.
21. Shapiro M, Reid A, Olsen B, Taasan M, McNamara J, Nguyen M. Topiramate, Zonisamide, and weight loss in children and adolescents prescribed psychiatric medications: a medical record review. *Int J Psychiatry Med.* 2016;51(1):56-68. doi:10.1177/0091217415621266.
22. Kirov G, Tredget J. Add-on topiramate reduces weight in overweight patients with affective disorders: a clinical case series. *BMC Psychiatry.* 2005;5:19. doi:10.1186/1471-244X-5-19.
23. Kramer CK, Leitão CB, Pinto LC, Canani LH, Azevedo MJ, Gross JL. Efficacy and safety of topiramate on weight loss: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Obes Rev.* 2011;12(5):e338-47. doi:10.1111/j.1467-789X.2010.00846.x.
24. Mahmood S, Booker I, Huang J, Coleman CI. Effect of topiramate on weight gain in patients receiving atypical antipsychotic agents. *J Clin Psychopharmacol.* 2013;33(1):90-4. doi:10.1097/JCP.0b013e31827cb2b7.
25. Rezaei V, Mohammadi MR, Ghanizadeh A, Sahraian A, Tabrizi M, Rezazadeh SA, et al. Double-blind, placebo-controlled trial of risperidone plus topiramate in children with autistic disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2010;34(7):1269-72. doi:10.1016/j.pnpbp.2010.07.005.

26. Daniel WW. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 6th ed. New York: John Wiley & Sons; 1995.
27. Costa GPA, Moraes VRY, Assunção BR, Burns N, Laique S, Sengupta S, et al. Efficacy of topiramate in reducing second-generation antipsychotic-associated weight gain among children: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Obes Metab*. 2024;26(6):2292-304. doi:10.1111/dom.15543.
28. Lindsay RL, Leone S, Aman MG. Discontinuation of risperidone and reversibility of weight gain in children with disruptive behavior disorders. *Clin Pediatr (Phila)*. 2004;43(5):437-44. doi:10.1177/000992280404300504.
29. Steinhoff BJ, Klein P, Klitgaard H, Laloyaux C, Moseley BD, Ricchetti-Masterson K, et al. Behavioral adverse events with brivaracetam, levetiracetam, perampanel, and topiramate: a systematic review. *Epilepsy Behav*. 2021;118:107939. doi:10.1016/j.yebeh.2021.107939.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของแอปพลิเคชัน LINE OA Are you OK? ต่อภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายซ้ำ ในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลพะเยา

วันรับ : 23 ตุลาคม 2567

วันแก้ไข : 21 กุมภาพันธ์ 2568

วันตอบรับ : 24 กุมภาพันธ์ 2568

ธีรนเรศ เพ็ชรกุล, กศ.ม.¹, พิมพิมล วงศ์ไชยา, พร.ด.²

โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา¹,

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย จังหวัดเชียงราย²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของแอปพลิเคชัน Line OA Are you OK? ต่อภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้า

วิธีการ : การวิจัยกึ่งทดลองแบบย้อนหลังในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายและมีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลพะเยาระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2567 กลุ่มทดลองได้รับดูแลตามปกติร่วมกับการดูแลเพิ่มเติมผ่านแอปพลิเคชัน Are you OK? บน LINE OA ได้แก่ การติดตามอาการ การให้คำปรึกษา และการให้ข้อคิดเชิงบวก กลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติในช่วงก่อนเริ่มใช้แอปพลิเคชัน วัดผลด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ และการฆ่าตัวตายสำเร็จ ก่อนการรักษา หลังการรักษา 3 เดือน และ 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา chi-square test, Mann-Whitney U test, Friedman test และ Wilcoxon signed-rank test

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 30 คน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน ก่อนการรักษาทั้ง 2 กลุ่มมีข้อมูลพื้นฐานและคะแนนซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน หลังการรักษากลุ่มทดลองมีคะแนนซึมเศร่าลดลงจากก่อนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งระยะ 3 เดือนและ 6 เดือน และกลุ่มทดลองมีคะแนนซึมเศร่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระยะ 3 เดือน กลุ่มควบคุม 3 คนพยายามฆ่าตัวตายซ้ำหลัง 6 เดือน กลุ่มทดลองไม่มีผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ

สรุป : การให้บริการผ่านแอปพลิเคชัน Line OA Are you OK? เพิ่มเติมจากบริการตามปกติมีแนวโน้มลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ควรมีการทดลองซ้ำในบริบทอื่นเพื่อยืนยันถึงประสิทธิผลและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

คำสำคัญ : การให้คำปรึกษา, การพยายามฆ่าตัวตาย, ภาวะซึมเศร้า, แอปพลิเคชัน

ติดต่อผู้นิพนธ์ : พิมพิมล วงศ์ไชยา; e-mail: pimvimon@hotmail.com

Original article

Effects of the *Are you OK?* LINE OA application on depression and suicidal behaviors in patients with prior suicide attempts and depression at Phayao Hospital

Received : 23 October 2024

Revised : 21 February 2025

Accepted : 24 February 2025

Theranares Pechkul, M.Ed.¹, Pimpimon Wongchaiya, Ph.D.²Phayao Hospital, Phayao Province¹,Faculty of Nursing, Chiang Rai Rajabhat University, Chiang Rai Province²

Abstract

Objective: The study aimed to examine the effects of the *Are you OK?* application delivered via the LINE OA on depression severity, suicide attempts, and completed suicides in patients with depression and a history of suicide attempts.

Methods: A retrospective quasi-experimental study was conducted using the medical records of patients with depression who presented with suicide attempts and received treatment at Phayao Hospital between August 2023 and June 2024. The experimental group received standard psychiatric care with additional support through the *Are you OK?* LINE program, including symptom monitoring, counseling, and motivational messaging. The control group consisted of patients who received standard care prior to the implementation of the application. Outcomes included depression scores measured using the 9-item questionnaire (9Q), number of suicide attempts, and incidence of completed suicides. These outcomes were assessed at baseline (first admission), three months, and 6 months post-admission. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, Mann-Whitney U tests, Friedman tests, and Wilcoxon signed-rank tests.

Results: Data from 30 patients were analyzed, with 15 patients in each group. Baseline characteristics and depression scores did not differ significantly between groups. The experimental group showed a statistically significant reduction in depression scores at both three- and six-month follow-ups compared to baseline. Additionally, the experimental group had significantly lower depression scores than the control group at the three-month follow-up. During the study period, three patients in the control group reattempted suicide, whereas no reattempts occurred in the experimental group. No completed suicides were reported in either group throughout the follow-up period.

Conclusion: The addition of the *Are you OK?* application to standard care shows promise in reducing depressive symptoms and preventing suicide reattempts in patients with depression. Further evaluation across diverse settings is recommended to assess its effectiveness and feasibility for broader implementation in mental health services.

Keywords: application, counseling, depression, suicide attempt

Corresponding author: Pimpimon Wongchaiya; email: pimpimon@hotmail.com

ความรู้เดิม : บริการสุขภาพจิตแก่ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ในสถานบริการของรัฐแบบปกติประกอบด้วยการรักษาด้วยยา การให้คำปรึกษา และจิตบำบัด ซึ่งมีผู้มารับบริการจำนวนมากและบุคลากรสุขภาพจิตจำนวนน้อย ทำให้การติดตามหลังจำหน่ายที่สถานบริการอาจไม่เพียงพอหรือขาดความต่อเนื่อง ในขณะที่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายนักรับบริการและอาจเกิดความเครียดฆ่าตัวตายได้ตลอดเวลา

ความรู้ใหม่ : การให้บริการสุขภาพจิตผ่านแอปพลิเคชัน LINE OA Are you OK? เพิ่มเติมจากบริการตามระบบปกติ ช่วยเพิ่มการเข้าถึงและความต่อเนื่องของบริการทางสุขภาพจิตในระยะติดตามหลังการรักษาในสถานบริการผ่านช่องทางการสื่อสารที่สามารถตอบโต้กันได้และบริการช่วยเหลือที่รวดเร็ว ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และสามารถใช้บริการได้ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายลดลงได้เร็วขึ้น

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การนำไปใช้ร่วมกับบริการตามระบบปกติเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้า โดยควรประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

บทนำ

แต่ละปีมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั่วโลกมากกว่า 720,000 คน ประมาณ 3 ใน 4 เกิดขึ้นในประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ¹ สาเหตุการฆ่าตัวตายนักรับสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้าและการติดสุรา ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาความสัมพันธ์ ความเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัญหาความขัดแย้ง ภัยพิบัติ ความรุนแรง การสูญเสีย และความโดดเดี่ยว² การฆ่าตัวตายเป็นผลกระทบด้านจิตใจของคนใกล้ชิด ครอบครัว และสังคม โดยเฉลี่ยผู้ฆ่าตัวตาย 1 คนส่งผลกระทบต่อคนรอบข้างอย่างน้อย 6 คน และถ้าเกิดในโรงเรียนหรือที่ทำงานยังส่งผลกระทบต่อคนนับร้อย³

ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 32 จากปี พ.ศ. 2560 ถึงปี พ.ศ. 2565⁴ ในปี พ.ศ. 2566 คนไทยฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จ 5,172 คน หรือเท่ากับ 7.94 ต่อแสนประชากร เฉลี่ยวันละ 14 คน พยายามฆ่าตัวตาย 31,110 คน หรือเท่ากับ 47.74 ต่อแสนประชากร เฉลี่ยวันละ

85 คน โดยมีสาเหตุสำคัญ 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคเรื้อรังทางกาย โรคทางจิตเวช และการดื่มสุรา กลุ่มผู้สูงอายุมีอัตราฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จสูงสุด 10.39 ต่อแสนประชากร ส่วนกลุ่มวัยรุ่นมีอัตราพยายามฆ่าตัวตายเป็นสูงสุด 104.86 ต่อแสนประชากร⁵ อัตราฆ่าตัวตายเป็นสูงสุดในภาคเหนือ โดยเฉพาะเป็นจังหวัดที่มีอัตราฆ่าตัวตายเป็นสูงสุดในเขตภาคเหนือตอนบน ระหว่างปี พ.ศ. 2561 - 2565 มีอัตราการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จ 8.01, 8.67, 12.13, 14.98 และ 22.87 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายของตัวชี้วัดอัตราการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จของประเทศที่ 8.0 ต่อแสนประชากร

รูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิผลในการป้องกันการฆ่าตัวตายเป็น ลดความรุนแรงของการฆ่าตัวตายเป็น และลดอาการซึมเศร้า ได้แก่ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy)⁶ การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (problem solving therapy)⁷ และการบำบัดที่ใช้สติเป็นฐาน (mindfulness-based therapy)⁸ อย่างไรก็ตาม การบำบัดดังกล่าวมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทที่มีความจำกัดของทรัพยากรด้านบุคลากร นอกจากนี้หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แม้อาการทุเลาลงจากการรักษาแต่ผู้ป่วยอาจต้องกลับไปเผชิญกับปัญหาเดิม โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดซึ่งมักมีความยากลำบากในการปรับตัว เป็นผลให้เกิดวิกฤตทางจิตใจ จึงจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างทันที่ซึ่งบริการปกติไม่สามารถรองรับปัญหานี้ได้ การใช้แอปพลิเคชันสุขภาพบนสมาร์ตโฟนเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารปัญหาและความต้องการกับบุคลากรได้โดยตรงเมื่อเกิดปัญหาขึ้นในขณะนั้น โดยไม่ต้องมารับบริการที่สถานบริการซึ่งมีความไม่สะดวกและอาจซ้ำเกินไปจนเกิดการฆ่าตัวตายเป็นซ้ำได้อีก แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนจึงถูกนำไปใช้ในการแก้ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นเนื่องจากสามารถให้ความช่วยเหลือได้ทันที สะดวก และประหยัดค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะในภาวะฉุกเฉิน นอกจากนี้ยังช่วยลดความรู้สึกลดตราจากการเข้าไปใช้บริการแบบปกติ^{9,10}

ปัจจุบันระบบ LINE Official Account (Line OA) ที่พัฒนาโดยบริษัท LINE เพื่อประโยชน์ด้านธุรกิจได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในบริการสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากมีความพิเศษ

กว่าบัญชี LINE ที่ใช้สื่อสารทั่วไป เช่น การกระจายข้อความแจ้งข้อมูลข่าวสาร (LINE Broadcast) และการปรับแต่งเมนูติดต่อเพื่อโต้ตอบกับผู้ใช้บริการได้ตามต้องการ (LINE Rich Menu) อีกทั้งยังสามารถเชื่อมต่อกับบัญชี LINE ของผู้ใช้บริการได้โดยตรง จึงมีประโยชน์ในการใช้งานที่หลากหลาย สามารถรองรับผู้ใช้บริการโดยไม่จำกัดจำนวน สามารถโต้ตอบได้โดยตรงผ่านระบบมือถือของผู้ใช้ทุกคน ทั้งในรูปแบบข้อความ การโทรศัพท์พูดคุย และการโต้ตอบผ่านวิดีโอ (LINE Video Call) โดยรองรับผู้ดูแลระบบได้สูงสุด 100 คน จึงมีความเหมาะสมในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพยายามฆ่าตัวตายได้อย่างทันทั่วถึง มีความสะดวกในการใช้งานได้ทุกที่ทุกเวลา เข้าถึงบริการได้ง่าย ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และสามารถสื่อสารพูดคุยกับผู้ดูแลระบบที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์โดยตรง

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพะเยา จึงพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย Are you OK? บนแอปพลิเคชัน LINE OA โดยทำการพัฒนาและทดลองระบบเป็นระยะเวลา 2 เดือน แล้วจึงนำมาให้บริการผู้ป่วยที่ยินดีรับบริการผ่านแอปพลิเคชัน เพื่อเป็นอีกหนึ่งช่องทางในการดูแลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต่อมาได้เพิ่มบริการกับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกและจากหน่วยบริการในเขตจังหวัดพะเยา มีการให้บริการตลอดเวลาโดยนักจิตวิทยาคลินิก ซึ่งเป็นผู้ดูแลระบบหลักและพยาบาลจิตเวช กิจกรรมการดูแล ได้แก่ การติดตามอาการ การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา การเสริมพลังใจในภาวะวิกฤตทางอารมณ์ การตอบคำถามที่เกี่ยวข้องกับอาการหรือการรักษา การติดตามและแจ้งเตือนการนัดหมาย และการส่งข้อความเกี่ยวกับจิตวิทยาเชิงบวกที่สร้างเสริมกำลังใจ ความหวัง และการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อชีวิต และต่อมาได้มีการปรับเพิ่มบริการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกร เนื่องจากมีคำถามจากผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องการกินยา และผลข้างเคียง จากการให้บริการระยะแรกพบว่าแอปพลิเคชันสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยบางรายที่มีวิกฤตทางอารมณ์ได้นอกจากนี้พบว่าผู้รับบริการที่ใช้แอปพลิเคชันมารับการรักษาสม่ำเสมอตามนัดมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงผลของแอปพลิเคชันต่อภาวะสุขภาพจิตและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบผลของแอปพลิเคชัน Line OA Are you OK? ร่วมกับการดูแลแบบปกติต่อภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายซ้ำของผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้า เปรียบเทียบกับการดูแลแบบปกติ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการนำแอปพลิเคชันไปใช้ร่วมกับการดูแลปกติในผู้มีปัญหาฆ่าตัวตายที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย

วิธีการ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบย้อนหลัง (retrospective quasi-experimental study) ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพะเยา หมายเลขรับรอง COA no.272 วันที่ 25 กรกฎาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลพะเยาระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2567 เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เป็นผู้มี ความตั้งใจฆ่าตัวตายจากข้อมูลสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายและมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งคัดกรองด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ระดับน้อยถึงปานกลาง (7 - 18 คะแนน)¹¹ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ เป็นผู้ที่ยายามฆ่าตัวตายจากอาการทางจิตรุนแรง เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หรือหลงผิด

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยกำหนดค่า effect size ระดับปานกลางที่ 0.25 ค่า power 0.80 และค่าความคลาดเคลื่อน .05 ได้จำนวน 28 คน เพิ่มขนาดเป็น 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คนและกลุ่มควบคุม 15 คน กลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการดูแลด้วยระบบปกติก่อนมีการใช้แอปพลิเคชัน Are you OK? กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการดูแลผ่านแอปพลิเคชัน Line OA Are you OK? ร่วมกับการดูแลตามปกติ โดยจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีคุณสมบัติด้านอายุและเพศใกล้เคียงกัน

การดูแลบนแอปพลิเคชัน Line OA Are you OK?

แอปพลิเคชัน Line OA Are you OK? ได้รับการพัฒนาจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยเชื่อมโยงข้อมูลกับผู้ป่วยที่

ลงทะเบียนผ่านเว็บแอปพลิเคชัน (Web application) ระบบมีการบันทึกประวัติแรกเข้า ผลการประเมิน 9Q การเผยแพร่ข่าวสารความรู้และวิดีโอขนาดสั้น และช่องทางแจ้งเหตุฉุกเฉินพร้อมแจ้งพิกัดกรณีผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือด่วน โดยผู้ดูแลระบบสามารถตรวจสอบข้อมูลบัญชีผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มผ่านทางช่องทาง LINE OA และเว็บแอปพลิเคชัน แอปพลิเคชัน Line OA Are you OK? ได้รับการประเมินความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของนวัตกรรมและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 2 คน นักจิตวิทยาคลินิก 2 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยี 1 คน ได้ค่า content validity index (CVI) เท่ากับ 1

รูปแบบการดูแลบนแอปพลิเคชัน Line OA Are you OK? ประกอบด้วยการเผยแพร่สื่อให้ความรู้แบบมีภาพและข้อความ (infographic) ซึ่งเป็นข้อคิดที่มีเนื้อหาทางจิตวิทยาเชิงบวกผ่านทั้งช่องทางบอร์ดแคสต์ (LINE broadcast) และช่องทางส่วนตัวผ่านระบบ LINE OA ในโทรศัพท์มือถือของผู้ป่วย การสอบถามความเป็นอยู่และสำรวจภาวะสุขภาพจิต สัปดาห์ละ 1 ครั้งโดยนักจิตวิทยาคลินิก และการติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยงในการกลับมาฆ่าตัวตายซ้ำด้วยแบบประเมิน 9Q จำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ในการรักษาครั้งแรก (ก่อนนำเข้าสู่ระบบ LINE OA) ครั้งที่ 2 หลังการบริการ

ผ่านระบบครบ 3 เดือน และครั้งที่ 3 หลังการบริการผ่านระบบครบ 6 เดือน ระหว่างการติดตามแต่ละครั้งมีบริการให้คำปรึกษาตามความต้องการของผู้ป่วย เช่น การสนับสนุนทางจิตใจเบื้องต้นเมื่อมีปัญหาทางอารมณ์ ผ่านทางข้อความโต้ตอบหรือการโทรศัพท์กรณีผู้ป่วยต้องการได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน เช่น มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

การดูแลตามระบบปกติ

การดูแลตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลพะเยา ประกอบด้วยการตรวจประเมินและรักษาด้วยยาโดยจิตแพทย์และบริการให้คำปรึกษาโดยนักจิตวิทยาคลินิก กรณีการรักษาตัวแบบผู้ป่วยในมีบริการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาคลินิกแบบรายบุคคลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยมีการนัดติดตามเพื่อพบนักจิตวิทยาคลินิกสัปดาห์ละ 1 ครั้งในเดือนแรกหลังจำหน่ายและทุก 2 สัปดาห์จนครบ 6 เดือน และพบจิตแพทย์ตามนัดทุก 2 สัปดาห์ในหนึ่งเดือนแรก หลังจากนั้นนัดทุก 4 สัปดาห์จนครบ 6 เดือน มีการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 9Q ทั้งหมด 3 ครั้งเช่นเดียวกัน ได้แก่ ขณะเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล การติดตามหลังจำหน่ายที่ระยะ 3 เดือน และที่ระยะ 6 เดือน

กิจกรรมการดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสรุปดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กิจกรรมการดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การดูแลกลุ่มทดลอง	การดูแลกลุ่มควบคุม
<p>การดูแลขณะอยู่โรงพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การรักษาด้วยยา 2. จัดบำบัดรายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 	<p>การดูแลขณะอยู่โรงพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การรักษาด้วยยา 2. จัดบำบัดรายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
<p>การดูแลหลังออกจากโรงพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ส่งภาพและข้อความ (infographic) สัปดาห์ละ 1 ครั้งเกี่ยวกับข้อคิดในการดำเนินชีวิต การมองปัญหา การปรับทัศนคติ เช่น การมีสติในการใช้คำพูด การเอาชนะใจคน ความคาดหวัง การให้คุณค่าของตัวเอง การอยู่กับปัจจุบัน และความรู้เกี่ยวกับยาและการกินยา 2. ติดตามถามอาการซึมเศร้า อารมณ์จิตใจ ความคิดฆ่าตัวตาย ปัญหาการดำเนินชีวิต พร้อมข้อความทักทาย ส่งกำลังใจ เชิญชวนให้ขอคำปรึกษาถ้ามีปัญหา เพื่อนนัดหมายเรื่องการมาพบจิตแพทย์ และนักจิตวิทยาคลินิก ตามนัดของ รพ.พะเยา 3. พบจิตแพทย์และนักจิตวิทยาคลินิกแบบปกติเหมือนกลุ่มควบคุม 	<p>การดูแลหลังออกจากโรงพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พบจิตแพทย์ในสัปดาห์ที่ 2, 4, 8, 12, 16, 20, 24 2. พบนักจิตวิทยาคลินิก เพื่อทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ใน 4 สัปดาห์แรก - 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้แก่สัปดาห์ที่ 6, 8, 10, 14, 16, 18, 20, 22, และ 24

แหล่งข้อมูลและข้อมูลที่เก็บรวบรวม

1. เวชระเบียนผู้ป่วยในฐานระบบ HOSXP รหัส ICD-10 X60-84 โรงพยาบาลพะเยา ข้อมูลที่เก็บรวบรวม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระยะเวลาได้รับการรักษา การวินิจฉัย วิธีการฆ่าตัวตาย

2. แบบเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง (รายงาน รง.506 DS) โดยสำรวจข้อมูลบนฐานระบบศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ข้อมูลที่เก็บรวบรวม ได้แก่ วิธีการทำร้ายตัวเอง การฆ่าตัวตายซ้ำ และการฆ่าตัวตายสำเร็จ

3. แบบรายงานสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตาย ข้อมูลที่เก็บรวบรวม ได้แก่ ความตั้งใจฆ่าตัวตาย

4. ข้อมูลจากระบบ LINE OA ข้อมูลที่เก็บรวบรวม ได้แก่ คะแนน 9Q

การวิเคราะห์ข้อมูล

อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) เปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย chi-square test และ Mann-Whitney U test เนื่องจากการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติจากการทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วย Kolmogorov-Smirnov พบว่ามีความสำคัญทางสถิติ ทดสอบความแตกต่างของคะแนนซึมเศร้าระหว่างกลุ่มด้วย Mann-Whitney U test เปรียบเทียบคะแนนซึมเศร้าภายในกลุ่ม ก่อนการรักษา หลังการรักษา 3 เดือน และ 6 เดือนด้วย Friedman test และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วย Wilcoxon signed-rank test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน เป็นกลุ่มควบคุม 15 คน และกลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 15 - 55 ปี เฉลี่ย 23.33 ปี (SD = 10.1) เป็นหญิงร้อยละ 83.3 เป็นนักศึกษา ร้อยละ 70.0 ทำงานประจำร้อยละ 20.0 ว่างานร้อยละ 6.7 ทำร้ายตัวเองด้วยการกินยาเกินขนาดร้อยละ 60.0 และได้รับการวินิจฉัยกลุ่มโรคซึมเศร้าร้อยละ 70.0 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของ

เพศ อายุ อาชีพ วิธีการทำร้ายตัวเอง การวินิจฉัย และระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา ดังแสดงในตารางที่ 2

คะแนนซึมเศร้า

การทดสอบด้วย Mann-Whitney U test พบว่า ก่อนการรักษา กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนซึมเศร้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการรักษาครบ 3 เดือนกลุ่มทดลองมีคะแนนซึมเศร่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .013$) อย่างไรก็ตาม หลังการรักษาครบ 6 เดือนกลุ่มทดลองยังคงมีคะแนนซึมเศร่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การทดสอบด้วย Friedman test พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของคะแนนซึมเศร่าภายในกลุ่มทดลองระหว่างการประเมิน 3 ครั้ง ได้แก่ ก่อนการรักษาครั้งแรก หลังการรักษา 3 เดือน และหลังการรักษา 6 เดือน ($p = .010$) การทดสอบด้วย Wilcoxon signed-rank test พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนซึมเศร่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างก่อนการรักษาครั้งแรกกับหลังการรักษาครบ 3 เดือน ($p = .017$) และระหว่างก่อนการรักษาครั้งแรกกับหลังการรักษาครบ 6 เดือน ($p = .013$) แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างหลังการรักษาครบ 3 เดือน และ 6 เดือน ส่วนกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างของภาวะซึมเศร่าระหว่างการรักษาครั้งแรกกับหลังการรักษาครบ 3 เดือนและ 6 เดือน อย่างไรก็ตามพบความแตกต่างระหว่างหลังการรักษา 3 เดือนกับ 6 เดือน ดังแสดงในตารางที่ 3

การฆ่าตัวตายซ้ำและการฆ่าตัวตายสำเร็จ

พบว่ากลุ่มควบคุม 3 คนพยายามฆ่าตัวตายซ้ำใน 6 เดือนหลังการรักษา ในจำนวนนี้มี 2 คนที่พยายามฆ่าตัวตาย 3 ครั้งและ 1 คนพยายามฆ่าตัวตาย 1 ครั้ง กลุ่มทดลองไม่มีผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ และทั้ง 2 กลุ่มไม่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ดังแสดงในตารางที่ 4

วิจารณ์

กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลผ่าน LINE OA Are you OK? มีคะแนนซึมเศร่าลดลงตั้งแต่หลังการรักษาครบ 3 เดือนตลอดจนถึง 6 เดือน และมีคะแนนซึมเศร่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระยะหลังการรักษาครบ 3 เดือน นอกจากนี้กลุ่มทดลองไม่มีผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำหรือ

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

	กลุ่มควบคุม (n = 15)		กลุ่มทดลอง (n = 15)		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ					.240 ^c	.624
ชาย	3 (20.0)		2 (13.3)			
หญิง	12 (80.0)		13 (86.7)			
อายุ					105 ^m	.754
min, max	min = 15, max = 55		min = 17, max = 51			
\bar{X} (SD)	23.66 (11.49)		23.0 (8.88)			
อาชีพ					.3428 ^c	.330
นักศึกษา	9 (60.0)		12 (80.0)			
รับจ้าง	3 (20.0)		3 (20.0)			
ทำงานประจำ	1 (6.7)		0 (0.0)			
ว่างงาน	2 (13.3)		0 (0.0)			
วิธีฆ่าตัวตาย					.971 ^f	.889
กระโดดจากที่สูง	2 (12.3)		1 (6.7)			
กินยาเกินขนาด	8 (53.3)		10 (66.7)			
แขวนคอ	2 (12.3)		1 (6.7)			
แทงตัวเอง	1 (6.7)		1 (6.7)			
กรีด	1 (6.7)		1 (6.7)			
น้ำยาล้างห้องน้ำ	1 (6.7)		1 (6.7)			
การวินิจฉัย					1.429 ^c	.490
Depression	9 (60.0)		12 (80.0)			
Adjustment disorder	4 (26.7)		2 (13.3)			
Others	2 (13.3)		1 (6.7)			
ระยะเวลาเข้ารับการรักษ (เดือน)					100 ^m	.566
min, max	min = 0, max = 54		min = 0, max = 52			
\bar{X} (SD)	7.47 (15.10)		10.33 (15.67)			

m: Mann-Whitney U, c: chi-square, f: Fisher's exact

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและภายในกลุ่ม

	คะแนนซึมเศร้า : ค่าเฉลี่ย (SD)			p-value ของ Friedman test	p-value ของ Wilcoxon signed-rank test		
	ก่อนรักษา (1)	หลังรักษา 3 เดือน (3)	หลังรักษา 6 เดือน (6)		(1) กับ (3)	(1) กับ (6)	(3) กับ (6)
กลุ่มควบคุม	14.07 (3.37)	15.60 (5.58)	13.47(5.49)	.458	.114	.620	.041
กลุ่มทดลอง	13.46 (4.45)	9.60 (6.89)	8.46 (8.03)	.010	.017	.013	.193
ความแตกต่าง	0.61	6.00	5.01				
p-value ของ Mann-Whitney U test	.785	.013	.096				

ตารางที่ 4 การฆ่าตัวตายซ้ำและการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 30)

	การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ (คน)		การฆ่าตัวตายสำเร็จ (คน)
	3 เดือน	6 เดือน	
กลุ่มควบคุม	0	3	0
กลุ่มทดลอง	0	0	0

ฆ่าตัวตายสำเร็จ แสดงให้เห็นว่า LINE OA Are you OK? มีศักยภาพในการลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ อาจเนื่องมาจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลผ่าน LINE OA Are you OK? นอกจากได้รับการบริการตามมาตรฐานของโรงพยาบาลแล้วยังได้รับการติดตามดูแลที่มีการตอบสนองอย่างทันทั่วทั้งที่มีความสะดวกในการใช้งานได้ทุกที่และทุกเวลา สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่พบว่า แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย โดยสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามและเข้าถึงการช่วยเหลือในช่วงเวลาวิกฤตได้อย่างรวดเร็ว¹² ทั้งนี้ ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายมักจมอยู่ในความทุกข์ใจ รู้สึกอับจน หมดหนทาง สิ้นพลังในการมีชีวิต และขาดสติ อย่างไรก็ตามผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นมักปกปิดความคิดฆ่าตัวตายและไม่แสวงหาความช่วยเหลือ การได้สื่อสารกับบุคลากรอย่างทันทั่วทั้งจะสามารถยับยั้งความคิดฆ่าตัวตายได้ โดยช่วยให้มีสติ หยุดยั้งความคิดที่ได้รับกำลังใจ เห็นคุณค่าตนเอง และมองเห็นทางเลือกในการแก้ปัญหา¹³ นอกจากนี้ แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนยังช่วยลดอุปสรรคสำคัญของการขอความช่วยเหลือ เช่น การไม่สามารถเข้าถึงบริการจากการไม่มีเวลา ข้อจำกัดทางการเงิน และความรู้สึกลูกติดตรา¹⁴ และส่งเสริมพฤติกรรมขอความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิต เช่น ประสบการณ์ที่ดีในการรับบริการและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต^{15,16}

นอกจากการสื่อสาร การติดตามอาการ และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ แล้ว ช่องทางบรอดแคสต์ (LINE Broadcast) ของแอปพลิเคชันยังมีการให้ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อความคิดของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เช่น จิตวิทยาเชิงบวกและข้อคิดต่าง ๆ ที่ให้กำลังใจ ส่งเสริมการสร้างเป้าหมาย และเสริมแรงจูงใจในการมีชีวิต ยังช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อชีวิตและมีความหวัง ซึ่งเป็นปัจจัยที่ลดภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย

เนื่องจากการฆ่าตัวตายเป็นเกี่ยวข้องกับความรู้สึกสิ้นหวัง (hopelessness)¹⁷ สอดคล้องกับผลการศึกษาแอปพลิเคชัน Virtual Hope Box ที่เน้นการสร้างเสริมความหวังและให้กำลังใจ การให้ข้อคิดเชิงบวก และการจัดการกับอารมณ์พบว่าช่วยให้กลุ่มทดลองมีความคิดฆ่าตัวตายลดลงและมีความสามารถในการเผชิญปัญหาดีขึ้น¹⁸

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัด ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กและเป็นการศึกษาย้อนหลังจากข้อมูลที่บันทึกไว้เท่านั้น โดยการบันทึกจากทีมดูแลในขณะนั้น อาจมีความคลาดเคลื่อนในการประเมินและการบันทึกการไม่มีการสู่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษาในช่วงเวลาที่ต่างกันอาจมีปัจจัยภายนอกที่แทรกแซงและอาจมีผลต่อการศึกษานี้ นอกจากนี้ผลการศึกษานี้ อาจไม่สะท้อนลักษณะของผู้ป่วยโดยทั่วไป เนื่องจากเป็นการศึกษาในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลางที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีหอผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยจิตเวช การนำผลการศึกษาไปใช้ควรคำนึงถึงข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยีและความสามารถในการอ่านและการเขียน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจที่ไม่เอื้อในการหาอุปกรณ์มือถือและการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต และการนำไปใช้ในพื้นที่อื่นควรคำนึงถึงการบริหารจัดการให้มีผู้ดูแลระบบที่ได้รับการอบรมทักษะการให้คำปรึกษาผู้มีปัญหาพยายามฆ่าตัวตายที่เพียงพอและสามารถตอบสนองต่อการขอความช่วยเหลือของผู้รับบริการได้ตลอดเวลา จึงควรมีการศึกษาแบบทดลองในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อยืนยันประสิทธิผล รวมถึงการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์การได้รับการดูแลผ่าน Line OA Are you OK? เพื่อให้ทราบถึงการรับรู้และปัจจัยที่ช่วยป้องกันผู้ป่วยจากการฆ่าตัวตายซ้ำในการดูแลผ่านแอปพลิเคชัน

สรุป

แอปพลิเคชัน Line OA Are you OK? เป็นช่องทางเพิ่มเติมจากบริการตามระบบปกติในการติดตามดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายหลังการรักษาในโรงพยาบาลที่สามารถตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือได้ทันทีที่มีความสะดวกในการเข้าถึงได้ทุกที่และทุกเวลา มีแนวโน้มช่วยให้ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายและมีภาวะซึมเศร้ามีความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายลดลง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.ธวัชชัย ปานทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพะเยา ที่ให้การสนับสนุนการวิจัย ขอขอบคุณ นพ.กิตติศักดิ์ โพธิ์โน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง พญ.โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ สถาปนพัฒนาการเด็ก ราชชนรินทร์ และนพ.ตะวัน ที่ปรึกษา กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพะเยา ที่ให้คำปรึกษาในการวิจัย ขอขอบคุณคุณวุฒิกัทร ศรีสมบุรณ์ ศูนย์บริการเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร มหาวิทยาลัยพะเยา พยาบาลจิตเวช และนักจิตวิทยาคลินิกทุกโรงพยาบาล ในจังหวัดพะเยา ที่เป็นผู้ดูแลร่วมในแอปพลิเคชันและอำนวยความสะดวกในการวิจัย

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

ธีรนเรศ เพ็ชรกุล : ออกแบบการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล เขียนบทความ ; พิมพ์มล วงศ์ไชยา : ออกแบบการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Suicide [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2024 Sep 6]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2024 Sep 10]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf?sequence=1>
- Yodklang O, Tipayamongkholgul M. Suicide prevention and self-harm reduction in Thailand [Internet]. Khon Kaen: Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital; 2020 [cited 2024 May 4]. Available from: <https://suicide.dmh.go.th/download/files/การป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศ.pdf> (in Thai)
- World Health Organization. Suicide prevention in Thailand: a whole-of-society approach [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2024 Sep 27]. Available from: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/suicide-prevention-in-thailand-a-whole-of-society-approach>
- Suicide Watch Center, Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Department of Mental Health. Thailand suicidal situation report for budget year 2023 [Internet]. Khon Kaen: Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital; 2023 [cited 2024 Sep 27]. Available from: <https://suicide.dmh.go.th/news/view.asp?id=92> (in Thai)
- Jeong H, Yim HW, Lee SY, Potenza MN, Kim NJ. Effectiveness of psychotherapy on prevention of suicidal re-attempts in psychiatric emergencies: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychother Psychosom.* 2023;92(3):152-61. doi:10.1159/000529753.
- Klinpiboon A, Yodklang O, Kamchompoo J, Kamchompoo J, Buppahouse S. The development of problem-solving therapy program for psychiatric patients with suicidal ideations and behaviors (PST-PPS). *Journal of Mental Health of Thailand.* 2020;28(1):86-98. (in Thai)
- Mungpanich A, Kudkung K. Effect of mindfulness-based therapy and counseling group on suicidal risk of prisoners. *Journal of Mental Health of Thailand.* 2020;28(3):240-51. (in Thai)
- Larsen ME, Nicholas J, Christensen H. A systematic assessment of smartphone tools for suicide prevention. *PLoS One.* 2016;11(4):e0152285. doi:10.1371/journal.pone.0152285.
- Ebert DD, Van Daele T, Nordgreen T, Karekla M, Compare A, Zarbo C, et al. Internet- and mobile-based psychological interventions: applications, efficacy, and potential for improving mental health. *Eur Psychol.* 2018;23(2):167-87. doi:10.1027/1016-9040/a000318.

11. Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai central dialect. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2018;63(4):321-34. (in Thai)
12. Sarubbi S, Rogante E, Erbutto D, Cifrodelli M, Sarli G, Polidori L, et al. The effectiveness of mobile apps for monitoring and management of suicide crisis: a systematic review of the literature. *J Clin Med*. 2022;11(19):5616. doi:10.3390/jcm11195616.
13. Sanjairuk K. The moment of suicide: a phenomenological study of the suicide attempt [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2009. (in Thai)
14. Cameron GC, Hunter SC, McCartney RC, McKain L. A systematic review of the barriers associated with help-seeking among students at risk of suicide. *Educ Res Eval*. 2024 Oct 11:1-22. doi:10.1080/13803611.2024.2422626.
15. Aguirre VA, Cruz IS, Billings J, Jimenez M, Rowe S. What are the barriers, facilitators, and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2020;20:293. doi:10.1186/s12888-020-02659-0.
16. Kraithaworn P, Noinam S. Depression and suicide literacy and mental health seeking behavior among family caregivers of older people in community. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2021;22(2):260-9. (in Thai)
17. Ropaj E. Hope and suicidal ideation and behaviour. *Curr Opin Psychol*. 2023;49:101491. doi:10.1016/j.copsyc.2022.101491.
18. Denneson LM, Smolenski DJ, Bauer BW, Dobscha SK, Bush NE. The mediating role of coping self-efficacy in hope box use and suicidal ideation severity. *Arch Suicide Res*. 2019;23(2):234-46. doi:10.1080/13811118.2018.1456383.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและการกระจายตัวของประสพการณ์คล้ายโรคจิตในคนไทย : ผลจากการสำรวจสุขภาพจิตระดับชาติ พ.ศ. 2566

วันรับ : 16 ธันวาคม 2567

วันแก้ไข : 4 มิถุนายน 2568

วันตอบรับ : 5 มิถุนายน 2568

สุทธา สุปัญญา, พ.บ.

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กรุงเทพฯ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและรูปแบบการกระจายตัวตามภูมิภาคและปัจจัยทางประชากรศาสตร์ของประสพการณ์คล้ายโรคจิตในประเทศไทย

วิธีการ : การศึกษาแบบภาคตัดขวาง ใช้ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพจิตระดับชาติ พ.ศ. 2566 ในประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป จาก 6 ภูมิภาค ระบุการเกิดประสพการณ์คล้ายโรคจิตตลอดชีวิตและในรอบ 12 เดือนด้วยแบบสัมภาษณ์ World Health Organization-Composite International Diagnostic Interview 3.0 (WHO-CIDI 3.0) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และการถดถอยโลจิสติกแบบหลายตัวแปร ร่วมกับค่าถ่วงน้ำหนักประชากร

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 4,160 คน พบความชุกตลอดชีวิตร้อยละ 3.0 และความชุก 12 เดือนร้อยละ 1.1 โดยพบอาการประสาทหลอน (ร้อยละ 2.6 และร้อยละ 1.0) มากกว่าอาการหลงผิด (ร้อยละ 0.7 และร้อยละ 0.2) พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญของความชุกตามลักษณะทางประชากรศาสตร์โดยพบความชุกตลอดชีวิตและรอบ 12 เดือนสูงสุดในกลุ่มอายุ 18 - 24 ปี (ร้อยละ 8.2 และร้อยละ 3.7) และไม่มีงานทำ (ร้อยละ 3.9 และร้อยละ 1.6) พบความชุกตลอดชีวิตสูงสุดในพื้นที่ชายแดนใต้ (ร้อยละ 4.3) และในรอบ 12 เดือนสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 2.2) ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเกิดประสพการณ์คล้ายโรคจิตในตลอดชีวิตและรอบ 12 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ 18 - 24 ปี เมื่อเทียบกับ 60 ปีขึ้นไป และการไม่มีงานทำ ปัจจัยที่ลดโอกาสเกิดประสพการณ์คล้ายโรคจิตในตลอดชีวิตและรอบ 12 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การอยู่ในภาคใต้ เมื่อเทียบกับกรุงเทพมหานคร

สรุป : ประสพการณ์คล้ายโรคจิตในประชากรไทยมีการกระจายตัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญตามภูมิภาคและกลุ่มประชากร โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและผู้ว่างงาน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่และกลุ่มเสี่ยง

คำสำคัญ : การกระจายทางภูมิศาสตร์, การสำรวจระดับชาติ, ความชุก, ปัจจัยทางประชากรศาสตร์, ประสพการณ์คล้ายโรคจิต

ติดต่อผู้นิพนธ์ : สุทธา สุปัญญา ; e-mail: suttha.supanya@hotmail.com

Original article

Prevalence and distribution of psychotic experiences in the Thai population: findings from the 2023 national mental health survey

Received : 16 December 2024

Revised : 4 June 2025

Accepted : 5 June 2025

Suttha Supanya, M.D.

Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry,
Department of Mental Health, Bangkok

Abstract

Objective: To examine the prevalence and regional as well as demographic distribution patterns of psychotic experiences (PEs) in Thailand.

Methods: A cross-sectional study utilizing data from the 2023 National Mental Health Survey was conducted among Thais aged 18 years and older across six regions. Lifetime and 12-month prevalence of PEs were assessed using the Thai version of the World Health Organization-Composite International Diagnostic Interview 3.0 (WHO-CIDI 3.0). Data were analyzed with descriptive statistics, chi-square tests, and multivariable logistic regression, incorporating population weighting.

Results: Among 4,160 participants, the lifetime and 12-month prevalence of PEs were 3.0% and 1.1%, respectively. Hallucinations (2.6% and 1.0%, respectively) were more common than delusions (0.7% and 0.2%, respectively). Significant differences in prevalence were found across demographic groups. The highest lifetime and 12-month prevalence rates were observed among those aged 18 - 24 years (8.2% and 3.7%, respectively) and the unemployed (3.9% and 1.6%, respectively). Geographically, the highest lifetime prevalence was in the southern border provinces (4.3%), while the highest 12-month prevalence was in the northeast (2.2%). Factors significantly associated with an increased chance of PEs (both lifetime and 12-month) included being aged 18 - 24 years, compared to 60 years and above, and unemployment. Living in the southern region, compared to Bangkok, was associated with a significantly lower chance of PEs.

Conclusion: Psychotic experiences in the Thai population show significant variation by region and demographic group, particularly among youth and the unemployed. These findings highlight the need to develop mental health services tailored to the context of each area and at-risk group.

Keywords: demographic factors, epidemiological survey, geographic distribution, prevalence, psychotic experiences

Corresponding author: Suttha Supanya; e-mail: suttha.supanya@hotmail.com

ความรู้เดิม : ประสบการณ์คล้ายโรคจิตพบได้ในประชากรทั่วไปโดยการสำรวจในปี พ.ศ. 2556 พบความชุกตลอดชีวิตร้อยละ 5.6 และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

ความรู้ใหม่ : ความชุกตลอดชีวิตและในรอบ 12 เดือนของประสบการณ์คล้ายโรคจิตในประชากรไทยปี พ.ศ. 2566 มีแนวโน้มลดลง โดยพบร้อยละ 3.0 และร้อยละ 1.1 ตามลำดับ ชายหญิงใกล้เคียงกัน พบความชุกสูงสุดในกลุ่มเยาวชน ผู้ว่างงาน และผู้ที่อาศัยในพื้นที่ชายแดนใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเกิดประสบการณ์คล้ายโรคจิตอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ เยาวชนและการว่างงาน

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การวางแผนจัดบริการสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยงและกลุ่มประชากรเปราะบาง เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันผลกระทบจากการเกิดประสบการณ์คล้ายโรคจิต

บทนำ

ประสบการณ์คล้ายโรคจิต (psychotic experiences: PEs, psychotic-like experiences: PLEs) คือ การมีอาการที่มีลักษณะคล้ายโรคจิตเภท (schizophrenia) แต่มีความรุนแรงน้อยกว่าและไม่ถึงเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทตามระบบ DSM หรือ ICD¹ ประกอบด้วยอาการสำคัญ 2 กลุ่ม ได้แก่ อาการประสาทหลอน (hallucinations) เช่น การได้ยินเสียงที่ผู้อื่นไม่ได้ยิน การเห็นภาพที่ผู้อื่นมองไม่เห็น และอาการหลงผิด (delusions) เช่น ความคิดว่าถูกควบคุม ความคิดอ้างอิง ความคิดหวาดระแวง หรือความคิดว่าตนเองยิ่งใหญ่^{2,3} อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิตยังคงมีความสามารถรับรู้ความเป็นจริง ไม่มีความบกพร่องในการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญ และไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาทางจิตเวช ซึ่งต่างจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความบกพร่องของการรับรู้ความเป็นจริงและการทำหน้าที่อย่างชัดเจนและต้องการการรักษาเฉพาะทาง⁴

ประสบการณ์คล้ายโรคจิตเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้ในประชากรทั่วไปและมีความสำคัญในการทำ ความเข้าใจภาวะสุขภาพจิต⁵ เนื่องจากอาจเป็นตัวบ่งชี้ความเสี่ยงต่อการพัฒนาเป็นโรคทางจิตเวชได้หลากหลาย^{6,7} รวมถึง

โรคจิตเภท⁸⁻¹⁰ พบความชุกประสบการณ์คล้ายโรคจิตในประชากรทั่วโลกเฉลี่ยร้อยละ 5 - 8 โดยมีความความแปรผันตั้งแต่ร้อยละ 0.8 - 31.4 ขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ¹¹⁻¹³ ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อประสบการณ์คล้ายโรคจิต เช่น ผู้ที่มีสถานะทางสังคม เศรษฐกิจต่ำ ผู้ที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีความขัดแย้ง ความเครียด หรือความรุนแรง และผู้ใช้สารเสพติด^{2,14-18} นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางชีวภาพ จิตวิทยา และสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดประสบการณ์คล้ายโรคจิต เช่น เพศ เชื้อชาติ อายุ และสถานภาพสมรส^{15,19,20}

สำหรับประเทศไทย การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตระดับชาติในปี พ.ศ. 2556 พบความชุกของประสบการณ์คล้ายโรคจิตตลอดชีวิตร้อยละ 5.6²¹ อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดสำคัญของการสำรวจในปี พ.ศ. 2556 คือ ไม่ได้รวมพื้นที่ชายแดนใต้ (ปัตตานี ยะลา นราธิวาส) ซึ่งมีความไม่สงบสูงกว่าภูมิภาคอื่นมาเป็นอีกชั้นภูมิ ซึ่งความขัดแย้งและความไม่สงบเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงประสบการณ์คล้ายโรคจิตดังที่พบในการศึกษาในต่างประเทศ^{16,17} ดังนั้น การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566 ซึ่งเพิ่มกลุ่มตัวอย่างจากภูมิภาคนี้มาวิเคราะห์ อีกทั้งคณะทำงานได้พัฒนาปรับปรุงระเบียบวิธีวิจัยโดยนำบทเรียนจากการสำรวจครั้งก่อนมาปรับใช้ โดยเฉพาะการลงพื้นที่ในช่วงเวลาที่เหมาะสมและกระบวนการเก็บข้อมูลที่เข้มงวดขึ้น จึงน่าจะสามารถสะท้อนความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในประชากรไทยและความหลากหลายของอิทธิพลทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมระหว่างภูมิภาคที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตได้แม่นยำและครอบคลุมขึ้น²²⁻²⁵ นอกจากนี้ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ยังมีสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจทำให้บริบททางสังคมและความเสี่ยงต่อประสบการณ์คล้ายโรคจิตแตกต่างจากเดิม เช่น สถานการณ์ความขัดแย้งโรคระบาด รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของนโยบายและบริการด้านสุขภาพจิต ชุดข้อมูลความชุกและปัจจัยเสี่ยงของโรคและปัญหาจิตเวชต่าง ๆ ในการสำรวจ ฯ พ.ศ. 2566 นี้จึงมีความเป็นปัจจุบันมากที่สุด

การศึกษานี้จึงประมาณความชุกตลอดชีวิตและความชุกในรอบ 12 เดือนของประสบการณ์คล้ายโรคจิตในคนไทยและสำรวจปัจจัยทางประชากรศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง

สำหรับพัฒนามาตรการ ออกแบบบริการ และจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพจิต ในการป้องกันและลดผลกระทบของประสบการณ์คล้ายโรคจิตที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่ของประเทศไทย

วิธีการ

การศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566 ซึ่งได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ DMH.IRB.CO.A 066/2565 วันที่รับรอง 15 กันยายน 2565

แหล่งข้อมูล

การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566 เป็นการสำรวจในประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่อาศัยในครัวเรือน ดำเนินการในเดือนมกราคมถึง ธันวาคม พ.ศ. 2566 ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร โดยอ้างอิงจากความชุกของโรคทางจิตเวชในประเทศไทยจากการสำรวจ พ.ศ. 2556 ซึ่งพบว่ามี ความชุกร้อยละ 5.6²¹ กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 1 ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้จำนวน 4,800 คน ซึ่งให้ค่าอำนาจการทดสอบ (power) มากกว่าร้อยละ 80 สำหรับการตรวจจับความแตกต่างของความชุกระหว่างภูมิภาคที่ร้อยละ 2 และการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่มี odds ratio (OR) ≥ 1.5 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบขั้นภูมิหลายขั้นตอน (stratified multi-stage sampling) โดยแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่า ๆ กันตามชั้นภูมิ 6 ภูมิภาค ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และพื้นที่ชายแดนใต้ จากนั้นแต่ละภูมิภาคสุ่มตัวอย่างตามลำดับขั้นจากจังหวัด เขตแดน (enumeration area: EA) ครัวเรือน และสมาชิกในครัวเรือน

เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว ที่พักอาศัยของผู้เข้าร่วมการศึกษา เครื่องมือที่ใช้คือ World Health Organization-composite international diagnostic interview 3.0 (WHO-CIDI 3.0)²⁷⁻²⁹ ฉบับภาษาไทย ซึ่งเป็นเครื่องมือวินิจฉัยโรคและปัญหาจิตเวชแบบมีโครงสร้าง (structured diagnostic interview) ที่ได้รับการแปลและตรวจสอบความถูกต้องตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก

สัมภาษณ์โดยบุคลากรสุขภาพจิตที่ผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือ หลักการสัมภาษณ์ และการให้คะแนนการสัมภาษณ์ใช้เวลาเฉลี่ย 60 - 90 นาทีต่อคน โดยกระบวนการสุ่มตัวอย่างและการเก็บรวบรวมข้อมูลมีรายละเอียดเช่นเดียวกับการสำรวจ พ.ศ. 2556²⁶

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมในการศึกษานี้ประกอบด้วยลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การทำงาน และภูมิภาค และประสบการณ์คล้ายโรคจิต ซึ่งอยู่ใน WHO-CIDI หมวด psychosis screener (PS) ประกอบด้วย 7 คำถามที่ประเมินอาการสำคัญของโรคจิต ได้แก่ อาการหลงผิดว่าถูกควบคุม การแทรกแซงความคิด ความรู้สึกถูกกระทำ ความคิดอ้างอิง ความคิดหวาดระแวง ความคิดหลงผิดว่าตนเองยิ่งใหญ่ และอาการประสาทหลอน โดยประเมินทั้งความชุกตลอดชีวิตและความชุกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยข้อคำถามหมวด PS ได้รับการทดสอบคุณสมบัติทางจิตมิติในระดับนานาชาติ พบว่าข้อคำถามมีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) ในระดับปานกลางถึงดีเมื่อเทียบกับการวินิจฉัยกลุ่มโรคจิต (psychotic disorders) โดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์ DSM^{30,31}

การศึกษานี้กำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการของประสบการณ์คล้ายโรคจิตว่า การตอบว่า “ใช่” ในคำถามคัดกรองหมวด PS อย่างน้อย 1 ข้อจาก 7 ข้อ โดยแบ่งประสบการณ์คล้ายโรคจิตเป็น 2 กลุ่มอาการหลัก ได้แก่ อาการประสาทหลอน หากตอบ “ใช่” ในคำถามเกี่ยวกับการได้ยิน เห็น หรือรับรู้สิ่งที่ผู้อื่นไม่รับรู้ และอาการหลงผิด หากตอบ “ใช่” ในคำถามเกี่ยวกับความคิดหลงผิดประเภทใดประเภทหนึ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาร่วมกับค่าถ่วงน้ำหนักประชากร เพื่อให้ผลการศึกษาสะท้อนถึงประชากรไทยทั่วประเทศ โดยรายงานความชุกตลอดชีวิตและความชุกในรอบ 12 เดือนในรูปแบบร้อยละ ค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (standard error: SE) และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI) ทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนการมีประสบการณ์คล้ายโรคจิตระหว่างตัวแปรด้วยการทดสอบ

ไคสแควร์ (chi-square test) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับประสบการณ์คล้ายโรคจิตด้วยการถดถอยโลจิสติก (logistic regression) แบบตัวแปรเดียวและหลายตัวแปร แสดงระดับความสัมพันธ์ด้วย OR และ 95% CI กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผล

กลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลสมบูรณ์และสามารถนำมาวิเคราะห์ได้ 4,160 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 86.7 เป็นหญิงร้อยละ 63.4 อายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 41.4 อายุ 41 - 59 ปีร้อยละ 39.7 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 63.3 มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรีร้อยละ 88.8 และมีงานทำร้อยละ 75.0 ดังแสดงในตารางที่ 1

พบความชุกตลอดชีวิตของประสบการณ์คล้ายโรคจิตโดยรวมร้อยละ 3.0 และความชุกในรอบ 12 เดือนร้อยละ 1.1 เมื่อจำแนกตามประเภทอาการ พบอาการประสาทหลอนบ่อยที่สุด โดยมีความชุกตลอดชีวิตร้อยละ 2.6 และความชุก 12 เดือนร้อยละ 1.0 รองลงมาคืออาการหลงผิด (ความชุกตลอดชีวิตร้อยละ 0.7 ความชุก 12 เดือนร้อยละ 0.2) โดยพบผู้ที่ไม่มีอาการประสาทหลอนและอาการหลงผิดร่วมกันน้อยที่สุด (ความชุกตลอดชีวิตร้อยละ 0.3 ความชุก 12 เดือนร้อยละ 0.2) ดังแสดงในตารางที่ 2

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์คล้ายโรคจิตกับปัจจัยทางประชากรศาสตร์ (ตารางที่ 3) พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามกลุ่มอายุ สำหรับทั้งความชุกตลอดชีวิต ($\chi^2 = 15.42, p < .001$) และความชุกในรอบ 12 เดือน ($\chi^2 = 18.76, p < .001$) โดยกลุ่มอายุ 18 - 24 ปี มีความชุกสูงที่สุด (ความชุกตลอดชีวิตร้อยละ 8.2 ความชุก 12 เดือนร้อยละ 6.3) นอกจากนี้ยังพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามสถานภาพการทำงานทั้งความชุกตลอดชีวิต ($\chi^2 = 4.26, p = .039$) และความชุก 12 เดือน ($\chi^2 = 4.89, p = .027$) โดยผู้ที่ไม่มีงานทำมีความชุกสูงกว่าผู้ที่มีงานทำ สำหรับสถานภาพสมรส พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับความชุก 12 เดือน ($\chi^2 = 4.15, p = .042$) แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญสำหรับความชุกตลอดชีวิต ($\chi^2 = 3.43, p = .064$) ส่วนปัจจัยด้านเพศและระดับการศึกษาไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิเคราะห์การกระจายตัวของความชุกตามภูมิภาค (ตารางที่ 3) พบว่าพื้นที่ชายแดนใต้มีความชุกตลอดชีวิตสูงที่สุด (ร้อยละ 4.3) รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 3.5) และภาคกลาง (ร้อยละ 3.3) ในขณะที่ภาคใต้มีความชุกต่ำที่สุด (ร้อยละ 1.0) เมื่อวิเคราะห์ความชุก 12 เดือนพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกสูงที่สุด (ร้อยละ 2.2) ในขณะที่ภาคใต้ยังคงมีความชุกต่ำที่สุด (ร้อยละ 0.2) พบความแตกต่างระหว่างภูมิภาคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของความชุกตลอดชีวิต ($\chi^2 = 11.23, p = .047$) และความชุก 12 เดือน ($\chi^2 = 12.67, p = .027$)

การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบหลายตัวแปรทำนายประสบการณ์คล้ายโรคจิตในตลอดช่วงชีวิตพบว่ากลุ่มอายุ 18 - 24 ปี มีโอกาสมีประสบการณ์คล้ายโรคจิตในตลอดช่วงชีวิตสูงกว่า กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR = 3.12, 95% CI = 1.68 - 5.79) ผู้ที่ไม่มีงานทำมีโอกาสมีประสบการณ์คล้ายโรคจิตในตลอดช่วงชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีงานทำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR = 1.47, 95% CI = 1.02 - 2.12) และผู้ที่อาศัยในภาคใต้มีโอกาสมีประสบการณ์คล้ายโรคจิตต่ำกว่ากรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR = 0.34, 95% CI = 0.17 - 0.68)

การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบหลายตัวแปรทำนายประสบการณ์คล้ายโรคจิตในรอบ 12 เดือน พบว่ากลุ่มอายุ 18 - 24 ปี มีโอกาสมีประสบการณ์คล้ายโรคจิตในรอบ 12 เดือนสูงกว่ากลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR = 7.94, 95% CI = 3.50 - 18.02) ผู้ที่ไม่มีงานทำมีโอกาสมีประสบการณ์คล้ายโรคจิตในรอบ 12 เดือนสูงกว่าผู้ที่มีงานทำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR = 1.90, 95% CI = 1.08 - 3.36) ผู้ที่ไม่ได้สมรสมีโอกาสมีประสบการณ์คล้ายโรคจิตในรอบ 12 เดือนสูงกว่าผู้ที่สมรสแล้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR = 1.85, 95% CI = 1.02 - 3.37) ผู้ที่อาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีโอกาสมีประสบการณ์คล้ายโรคจิตในรอบ 12 เดือนสูงกว่ากรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR = 2.36, 95% CI = 1.04 - 5.37) และผู้ที่อาศัยในภาคใต้มีโอกาสมีประสบการณ์คล้ายโรคจิตในรอบ 12 เดือนต่ำกว่ากรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR = 0.21, 95% CI = 0.05 - 0.94)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 4,160)

	จำนวน	ร้อยละ (SE)	95% CI
เพศ			
ชาย	1,518	36.6 (1.1)	34.4 - 38.8
หญิง	2,642	63.4 (1.1)	61.2 - 65.6
กลุ่มอายุ (ปี)			
18 - 24	162	3.9 (0.5)	2.9 - 4.9
25 - 40	624	15.0 (0.8)	13.4 - 16.6
41 - 59	1,652	39.7 (1.1)	37.5 - 41.9
≥ 60	1,722	41.4 (1.1)	39.2 - 43.6
สถานภาพสมรส			
สมรส	2,633	63.3 (1.3)	60.7 - 65.9
ไม่ได้สมรส	1,527	36.7 (1.3)	34.1 - 39.3
การศึกษา			
ต่ำกว่าปริญญาตรี	3,694	88.8 (0.7)	87.4 - 90.2
ปริญญาตรีขึ้นไป	466	11.2 (0.7)	9.8 - 12.6
การทำงาน			
มีงานทำ	3,120	75.0 (1.0)	73.0 - 77.0
ไม่มีงานทำ	1,040	25.0 (1.0)	23.0 - 27.0
ภูมิภาค			
กรุงเทพมหานคร	643	15.5 (0.8)	13.9 - 17.1
กลาง	726	17.4 (0.8)	15.8 - 19.0
เหนือ	705	17.0 (0.8)	15.4 - 18.6
ตะวันออกเฉียงเหนือ	667	16.0 (0.8)	14.4 - 17.6
ใต้	703	16.9 (0.8)	15.3 - 18.5
ชายแดนใต้	716	17.2 (0.8)	15.6 - 18.8

SE = standard error

ตารางที่ 2 ความชุกของประสบการณ์คล้ายโรคจิตจำแนกตามประเภทอาการ (n = 4,160)

	ความชุกตลอดชีวิต ร้อยละ (SE)	95% CI	ความชุก 12 เดือน ร้อยละ (SE)	95% CI
ประสบการณ์คล้ายโรคจิตทั้งหมด	3.0 (0.4)	2.3 - 3.9	1.1 (0.2)	0.7 - 1.6
อาการประสาทหลอน	2.6 (0.4)	1.9 - 3.5	1.0 (0.2)	0.6 - 1.4
อาการหลงผิด	0.7 (0.2)	0.4 - 1.2	0.2 (0.1)	0.1 - 0.4
อาการประสาทหลอนและหลงผิด	0.3 (0.1)	0.2 - 0.6	0.2 (0.1)	0.1 - 0.4

SE = standard error

วิจารณ์

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจระดับชาติ โดยพบความชุกตลอดชีวิตของประสบการณ์คล้ายโรคจิตในประชากรไทยที่ร้อยละ 3.0 ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2556 ซึ่งพบร้อยละ 5.6²¹ สำหรับความชุก 12 เดือน พบว่าลดลงจากร้อยละ 2.3 ในปี พ.ศ. 2556 เหลือร้อยละ 1.1 ในปี พ.ศ. 2566 ความชุกตลอดชีวิต

ที่พบต่ำกว่าค่าเฉลี่ยจากการศึกษา WHO world mental health surveys ที่พบความชุกเฉลี่ยในประชากรทั่วไปร้อยละ 5.8¹² ทั้งนี้ การเปรียบเทียบกับการศึกษาในภูมิภาคเอเชียยังมีข้อจำกัดเนื่องจากความแตกต่างของเครื่องมือและวิธีการศึกษา วิธีการประเมินและขอบเขตของประสบการณ์คล้ายโรคจิต รวมถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรมในแต่ละประเทศ¹³

ตารางที่ 3 ประสบการณ์คล้ายโรคจิตจำแนกตามปัจจัยทางประชากรศาสตร์ (n = 4,160)

	จำนวน	ตลอดชีวิต				รอบ 12 เดือน			
		ร้อยละ (SE)	95% CI	χ^2	p-value	ร้อยละ (SE)	95% CI	χ^2	p-value
เพศ				0.89	0.346			0.02	.892
ชาย	1,518	3.2 (0.7)	1.8 - 4.6			1.1 (0.3)	0.5 - 1.7		
หญิง	2,642	2.9 (0.5)	1.9 - 3.9			1.1 (0.3)	0.5 - 1.7		
อายุ				15.42	< .001			18.76	< .001
18 - 24 ปี	162	8.2 (3.9)	0.4 - 16.0			6.3 (3.7)	0.0 - 13.6		
25 - 40 ปี	624	3.7 (1.0)	1.7 - 5.7			1.5 (0.7)	0.1 - 2.9		
41 - 59 ปี	1,652	2.4 (0.5)	1.4 - 3.4			0.7 (0.2)	0.3 - 1.1		
≥ 60 ปี	1,722	2.8 (0.6)	1.6 - 4.0			0.8 (0.2)	0.4 - 1.2		
สถานภาพสมรส				3.43	.064			4.15	.042
สมรส	2,633	2.7 (0.4)	1.9 - 3.5			0.8 (0.2)	0.4 - 1.2		
ไม่ได้สมรส	1,527	3.8 (0.7)	2.4 - 5.2			1.6 (0.4)	0.8 - 2.4		
การศึกษา				0.06	.808			0.03	.864
ต่ำกว่าปริญญาตรี	3,694	3.0 (0.4)	2.2 - 3.8			1.1 (0.2)	0.7 - 1.5		
ปริญญาตรีขึ้นไป	466	2.8 (1.1)	0.6 - 5.0			1.0 (0.6)	0.8 - 2.4		
การทำงาน				4.26	.039			4.89	.027
มีงานทำ	3,120	2.7 (0.4)	1.9 - 3.5			0.9 (0.2)	0.5 - 1.3		
ไม่มีงานทำ	1,040	3.9 (0.8)	2.3 - 5.5			1.6 (0.5)	0.6 - 2.6		
ภูมิภาค				11.23	.047			12.67	.027
กรุงเทพมหานคร	643	2.9 (0.8)	1.3 - 4.5			0.9 (0.4)	0.1 - 1.7		
กลาง	726	3.3 (0.8)	1.7 - 4.9			0.5 (0.2)	0.1 - 0.9		
เหนือ	705	2.6 (0.7)	1.2 - 4.0			1.1 (0.4)	0.3 - 1.9		
ตะวันออกเฉียงเหนือ	667	3.5 (0.9)	1.7 - 5.3			2.2 (0.8)	0.6 - 3.8		
ใต้	703	1.0 (0.4)	0.2 - 1.8			0.2 (0.1)	0.0 - 0.4		
ชายแดนใต้	716	4.3 (0.9)	2.5 - 6.1			0.6 (0.3)	0.0 - 1.2		

SE = standard error

แนวโน้มความชุกที่ลดลงในประชากรไทยอาจเป็นผลมาจากจากการเปลี่ยนแปลงในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556 - 2566) ทั้งด้านระเบียบวิธีวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง และบริบทสังคม ในด้านระเบียบวิธีวิจัย แม้ทั้งสองการศึกษาจะใช้เครื่องมือ WHO-CIDI ฉบับเดียวกัน แต่มีความแตกต่างในด้านการสุ่มตัวอย่างและการเก็บข้อมูล โดยการสำรวจฯ พ.ศ. 2566 มีกระบวนการฝึกอบรมผู้สัมภาษณ์และการควบคุมคุณภาพการเก็บข้อมูลที่เข้มงวดมากขึ้น อาจส่งผลให้ผู้เก็บข้อมูลสามารถระบุประสบการณ์คล้ายโรคจิตและแยกกลุ่มอาการที่เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น การใช้สารเสพติด ได้แม่นยำขึ้น ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้ง 2 ครั้งมีความแตกต่างกันทั้งกลุ่มอายุและภูมิภาค ซึ่งอาจมีผลต่อความแตกต่างของค่าประมาณการ การลดลงของความชุกยังอาจสะท้อนถึงการพัฒนาของระบบบริการสุขภาพจิตในประเทศไทย เช่น

ระบบบริการปฐมภูมิ ระบบส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน รวมถึงนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคมที่ครอบคลุมการรักษาโรคจิตเวชมากขึ้น จึงอาจช่วยให้ผู้ที่มีอาการเริ่มต้นได้รับการคัดกรองและสามารถเข้าถึงการดูแลรักษา ก่อนที่จะพัฒนาเป็นอาการที่รุนแรงขึ้น นอกจากนี้ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและการรณรงค์ลดการตีตราทางสังคมต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง อาจช่วยเพิ่มทักษะของประชาชนในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและแสวงหาความช่วยเหลือ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลของกรมสุขภาพจิตพบว่าอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของประชากรไทยยังอยู่ในระดับต่ำเพียงร้อยละ 20 - 30 ของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต²¹ แสดงให้เห็นว่ายังมีความท้าทายในการเข้าถึงบริการสำหรับผู้มีประสบการณ์คล้ายโรคจิต

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากรศาสตร์กับประสบการณ์คล้ายโรคจิต (n = 4,160)

	จำนวน	ตลอดชีวิต				รอบ 12 เดือน			
		crude OR (95% CI)	p-value	adjusted OR (95% CI)	p-value	crude OR (95% CI)	p-value	adjusted OR (95% CI)	p-value
เพศ									
ชาย	1,518	1.10 (0.78 - 1.56)	.580	1.11 (0.78 - 1.58)	.346	1.03 (0.61 - 1.73)	.920	0.97 (0.57 - 1.65)	.892
หญิง	2,642	1		1		1		1	
อายุ									
18 - 24 ปี	162	3.09 (1.67 - 5.72)	< .001	3.12 (1.68 - 5.79)	< .001	8.34 (3.70 - 18.80)	< .001	7.94 (3.50 - 18.02)	< .001
25 - 40 ปี	624	1.33 (0.77 - 2.30)	.312	1.35 (0.78 - 2.33)	.284	1.89 (0.80 - 4.45)	.147	1.82 (0.76 - 4.33)	.147
41 - 59 ปี	1,652	0.84 (0.51 - 1.40)	.509	0.85 (0.51 - 1.42)	.536	0.89 (0.43 - 1.84)	.743	0.87 (0.42 - 1.81)	.743
> 60 ปี	1,722	1		1		1		1	
สถานภาพสมรส									
สมรส	2,633	1		1		1		1	
ไม่ได้สมรส	1,527	1.45 (1.00 - 2.10)	.05	1.43 (0.98 - 2.08)	.064	2.06 (1.16 - 3.64)	.013	1.85 (1.02 - 3.37)	.013
การศึกษา									
ต่ำกว่าปริญญาตรี	3,694	1.06 (0.63 - 1.78)	.828	1.07 (0.62 - 1.85)	.808	1.06 (0.45 - 2.51)	.892	1.08 (0.44 - 2.67)	.892
ปริญญาตรีขึ้นไป	466	1		1		1		1	
การทำงาน									
มีงานทำ	3,120	1		1		1		1	
ไม่มีงานทำ	1,040	1.45 (1.02 - 2.07)	.041	1.47 (1.02 - 2.12)	.039	1.89 (1.09 - 3.27)	.023	1.90 (1.08 - 3.36)	.023
ภูมิภาค									
กรุงเทพมหานคร	643	1		1		1		1	
กลาง	726	1.15 (0.68 - 1.94)	.610	1.14 (0.67 - 1.95)	.623	0.56 (0.20 - 1.55)	.266	0.58 (0.21 - 1.62)	.266
เหนือ	705	0.88 (0.51 - 1.54)	.661	0.89 (0.51 - 1.56)	.698	1.23 (0.54 - 2.80)	.623	1.18 (0.52 - 2.70)	.623
ตะวันออกเฉียงเหนือ	667	1.22 (0.72 - 2.06)	.463	1.21 (0.71 - 2.08)	.482	2.49 (1.10 - 5.64)	.029	2.36 (1.04 - 5.37)	.029
ใต้	703	0.35 (0.18 - 0.69)	.002	0.34 (0.17 - 0.68)	.002	0.22 (0.05 - 0.98)	.047	0.21 (0.05 - 0.94)	.047
ชายแดนใต้	716	1.49 (0.89 - 2.51)	.132	1.51 (0.89 - 2.55)	.124	0.67 (0.24 - 1.85)	.441	0.63 (0.23 - 1.76)	.441

ประสบการณ์คล้ายโรคจิตมีการกระจายตามภูมิภาคที่แตกต่างกัน โดยพบว่าพื้นที่ชายแดนใต้มีความชุกตลอดชีวิตที่สูงที่สุด (ร้อยละ 4.3) แม้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกไม่พบว่ามีโอกาสเกิดเพิ่มขึ้นอย่างนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกรุงเทพมหานคร ขณะที่ภาคใต้มีความชุกตลอดชีวิตต่ำที่สุด (ร้อยละ 1.0) และมีโอกาสเกิดประสบการณ์คล้ายโรคจิตทั้งตลอดชีวิตและในรอบ 12 เดือนต่ำกว่ากรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีโอกาสเกิดประสบการณ์คล้ายโรคจิตในรอบ 12 เดือนสูงกว่ากรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญ อาจสะท้อนถึงความแตกต่างของปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมระหว่างภูมิภาค โดยสถานการณ์ในพื้นที่ชายแดนใต้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ในพื้นที่ที่มีความขัดแย้ง เช่น ประเทศอัฟกานิสถานและศรีลังกา ซึ่งพบความชุกของประสบการณ์คล้ายโรคจิตถึงร้อยละ 27.5 และ 9.7 ตามลำดับ^{16,17} แสดงถึงความจำเป็นของการศึกษาเพิ่มเติมที่เฉพาะเจาะจงในพื้นที่ชายแดนใต้เพื่อยืนยันความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ความไม่สงบกับประสบการณ์คล้ายโรคจิต ขณะที่ภาคใต้ที่ไม่ใช่ชายแดนใต้มีสถานการณ์ความขัดแย้งน้อยกว่าและยังมีปัจจัยป้องกันทางวัฒนธรรม เช่น ความเข้มแข็งของเครือข่ายทางสังคมและศาสนา²⁵ ซึ่งช่วยเป็นกลไกรองรับทางจิตใจ ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภูมิภาคที่มีรายได้ต่อหัวต่ำที่สุดของประเทศและมีอัตราการว่างงานสูง²³ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความยากจนและการว่างงานเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อประสบการณ์คล้ายโรคจิต^{14,15}

การพบความชุกสูงสุดและโอกาสเกิดประสบการณ์คล้ายโรคจิตที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มอายุ 18 - 24 ปี (ร้อยละ 8.2) สอดคล้องกับงานวิจัยอื่น ๆ ทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา^{32,33} ที่ชี้ให้เห็นว่าช่วงต้นของวัยผู้ใหญ่เป็นช่วงที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงประสบการณ์คล้ายโรคจิต เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงหลายด้านพร้อมกัน ทั้งทางชีวภาพ เช่น การพัฒนาของสมองที่ยังไม่เต็มที่ โดยเฉพาะในบริเวณสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมตนเองและการตัดสินใจ ทางจิตวิทยา เช่น การสร้างอัตลักษณ์ ความกดดันในการศึกษาและการเริ่มต้นอาชีพ และทางสังคม เช่น การแยกตัวจากครอบครัว การสร้างความสัมพันธ์ และ

การเผชิญความคาดหวังจากสังคม ปัจจัยเหล่านี้อาจเพิ่มความเปราะบางต่อการเกิดปัญหาทางจิตใจในกลุ่มอายุนี้นี้³⁴

ความสัมพันธ์ระหว่างการไม่มีงานทำกับประสบการณ์คล้ายโรคจิตที่พบในการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดทางสังคม (social stress theory) ที่เสนอว่าความเครียดและความไม่มั่นคงด้านเศรษฐกิจและการดำรงชีพมีผลกระทบต่อสุขภาพจิต³⁵⁻⁴⁰ นอกจากนี้การไม่มีงานทำยังส่งผลเชิงลบต่อการรับรู้คุณค่าในตนเอง การมีบทบาททางสังคม และโครงสร้างในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพจิตที่ดี^{41,42}

ข้อสังเกตที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การสำรวจครั้งนี้พบความชุกตลอดชีวิตของประสบการณ์คล้ายโรคจิตในชายและหญิงใกล้เคียงกันมากขึ้น (ร้อยละ 3.2 และร้อยละ 2.9 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษา พ.ศ. 2556 ที่พบความชุกในเพศหญิงสูงกว่าชาย (ร้อยละ 6.2 และร้อยละ 4.8 ตามลำดับ)²¹ การเปลี่ยนแปลงนี้อาจสะท้อนถึงการพัฒนาของสังคมในด้านความเท่าเทียมทางเพศและการลดลงของการตีตราทางสังคมต่อการแสดงออกถึงปัญหาสุขภาพจิตในผู้ชาย^{2,43,44} ทั้งนี้ จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันแนวโน้มดังกล่าว

การศึกษานี้เป็นครั้งแรกที่สำรวจการกระจายตัวและปัจจัยทางประชากรศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์คล้ายโรคจิตในประเทศไทย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมในแต่ละภูมิภาคอาจมีอิทธิพลต่อการเกิดประสบการณ์คล้ายโรคจิตที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีบริบทพิเศษ เช่น จังหวัดชายแดนภาคใต้ การพบความชุกที่สูงในกลุ่มเยาวชนและผู้ว่างงานชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาระบบบริการในขนาดควรให้ความสำคัญกับการดูแลกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้เป็นพิเศษ นอกจากนี้ การสำรวจ พ.ศ. 2566 นี้ยังมีจุดแข็งที่สำคัญหลายประการ โดยเฉพาะการใช้เครื่องมือมาตรฐานสากลที่ผ่านการแปลและปรับให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย ซึ่งช่วยให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือและสามารถเปรียบเทียบกับการศึกษาในระดับนานาชาติได้ นอกจากนี้ การออกแบบการสุ่มตัวอย่างที่เข้มงวดและจำแนกภูมิภาคที่ละเอียดขึ้น การเพิ่มคุณภาพการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม ร่วมกับอัตราการตอบกลับที่สูงยังช่วยเพิ่ม

ความเที่ยงตรงทั้งภายในและภายนอกของการศึกษาและลดอคติจากการไม่ตอบแบบสอบถาม

การศึกษานี้รวมถึงชุดข้อมูลที่ใช้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาในการนำผลไปใช้ ดังนี้ การเก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวางทำให้ไม่สามารถระบุความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับการเกิดประสบการณ์คล้ายโรคจิตได้ ความแตกต่างทางวัฒนธรรมระหว่างภูมิภาคอาจส่งผลต่อการแปลความหมายและการรายงานอาการ แม้ใช้เครื่องมือมาตรฐานแล้วก็ตาม^{19,20} การศึกษานี้ไม่ได้นำประวัติโรคทางจิตเวชครอบครัวและการใช้สารเสพติดซึ่งอาจเป็นตัวแปรกวนที่สำคัญมาวิเคราะห์ ทั้งนี้เนื่องจากตัวแปรดังกล่าวมักมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการเกิดประสบการณ์คล้ายโรคจิต จึงอาจบดบังความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคมประชากรกับประสบการณ์คล้ายโรคจิต ซึ่งเป็นขอบเขตของการศึกษานี้ โดยเฉพาะการใช้สารเสพติดที่มีความสัมพันธ์แบบสองทางกับประสบการณ์คล้ายโรคจิต โดยที่การใช้สารเสพติดอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อประสบการณ์คล้ายโรคจิต ในทางกลับกันผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิตอาจใช้สารเสพติดเพื่อเป็นการบรรเทาอาการ¹⁸

ในอนาคตควรมีการศึกษาติดตามระยะยาวเพื่อทำความเข้าใจการดำเนินของประสบการณ์คล้ายโรคจิตและยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูง การศึกษาเชิงคุณภาพในพื้นที่ที่มีความชุกสูงและต่ำเพื่อค้นหาปัจจัยป้องกันและปัจจัยเสี่ยงที่จำเพาะในบริบทไทย การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการใช้อาหารเสริมกับประสบการณ์คล้ายโรคจิตในประเทศไทยและการพัฒนาเครื่องมือประเมินที่มีความไวต่อวัฒนธรรมเพื่อให้สามารถระบุปัญหาได้แม่นยำขึ้น

สรุป

การศึกษานี้แสดงให้เห็นรูปแบบการกระจายตัวของประสบการณ์คล้ายโรคจิตในประชากรไทยที่มีความแตกต่างกันตามภูมิภาคและกลุ่มประชากร โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและผู้ทำงาน การลดลงของความชุกในระยะ 10 ปีอาจเกิดจากการพัฒนาคุณภาพระเบียบวิธีวิจัยการสำรวจและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตของประเทศไทย อย่างไรก็ตามยังคงมีความไม่เท่าเทียมกันระหว่างพื้นที่และกลุ่มประชากรชี้ให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนาบริการที่เหมาะสมกับ

บริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายเพื่อป้องกันปัญหาและผลกระทบในประชากรกลุ่มเสี่ยงของประเทศไทย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะทำงานการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566 และผู้เก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม และขอขอบคุณคุณจิตติมา ณรงค์ศักดิ์ที่ช่วยจัดรูปแบบและตรวจทานบทความ

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):1007-21. doi:10.1093/schbul/sbad056.
2. Fekih-Romdhane F, Pandi-Perumal SR, Conus P, Krebs MO, Cheour M, Seeman MV, et al. Prevalence and risk factors of self-reported psychotic experiences among high school and college students: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Acta Psychiatr Scand.* 2022;146(6):492-514. doi:10.1111/acps.13494.
3. Maxwell J, Ronald A, Cardno AG, Breen G, Rimfeld K, Vassos E. Genetic and geographical associations with six dimensions of psychotic experiences in adolescence. *Schizophr Bull.* 2023;49(2):319-28. doi:10.1093/schbul/sbac149.
4. Cooper SM, Fusar-Poli P, Uhlhaas PJ. Characteristics and clinical correlates of risk symptoms in individuals at clinical high-risk for psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res.* 2023;254:54-61. doi:10.1016/j.schres.2023.02.011.
5. Møller P, Nelson B, McGorry PD, Mei C, Amminger GP, Yuen HP, et al. Psychosis risk: time to look empirically at a first-step economical-pragmatic way to examine anomalous self-experience. Exploring the SQuEASE-11. *Schizophr Bull.* 2024 Apr 10:sbae149. doi:10.1093/schbul/sbae149.
6. Gregersen M, Møllegaard Jepsen JR, Brandt JM, Søndergaard A, Rohd SB, Veddem L, et al. Suicidal ideation and non-suicidal self-injury following early childhood psychotic experiences in preadolescent children at familial high risk of

- schizophrenia or bipolar disorder-The Danish High Risk and Resilience Study, VIA 11. *Schizophr Bull.* 2023;49(6):1602-13. doi:10.1093/schbul/sbad052.
7. Rodriguez KM, Sharifi V, Eaton WW. Association of psychotic experiences and incident depression in a longitudinal population-based community survey. *Psychiatr Res Clin Pract.* 2023;5(1):16-23. doi:10.1176/appi.prcp.20220021.
 8. Austin SF, Hastrup LH, van Os J, Simonsen E. Psychotic experiences and mental health outcomes in the general population: The Lolland-Falster Health Study. *Schizophr Res.* 2023;260:85-91. doi:10.1016/j.schres.2023.08.013.
 9. Brandt JM, Gregersen M, Søndergaard A, Krantz MF, Knudsen CB, Andreassen AK, et al. Associations between exposure to early childhood adversities and middle childhood psychotic experiences in children at familial high risk of schizophrenia, bipolar disorder, and population-based controls: The Danish high risk and resilience study - VIA 7 and VIA 11. *Psychol Med.* 2023;53(14):6635-45. doi:10.1017/S0033291722004020.
 10. Wiedemann A, Stochl J, Russo D, Patel U, Ashford PA, 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. doi:10.1016/j.jad.2023.10.073.
 11. McGrath JJ, Saha S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Bromet EJ, Bruffaerts R, 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. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.0575.
 12. 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. doi:10.1093/schbul/sbw011.
 13. Supanya S, Morgan C, Reininghaus U. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of psychotic experience in countries outside of North America, Europe and Australasia [Abstract S145]. *Npj Schizophr.* 2016;2:Article 16009, p.53.
 14. Kırılı U, Binbay T, Drukker M, Elbi H, Kayahan B, Keskin Gökçelli D, et al. DSM outcomes of psychotic experiences and associated risk factors: 6-year follow-up study in a community-based sample. *Psychol Med.* 2019;49(8):1346-56. doi:10.1017/S0033291718001964.
 15. Cosgrave J, Purple RJ, Haines R, Porcheret K, van Heugten-van der Kloet D, Johns L, et al. Do environmental risk factors for the development of psychosis distribute differently across dimensionally assessed psychotic experiences? *Transl Psychiatry.* 2021;11(1):226. doi:10.1038/s41398-021-01265-2.
 16. Keraite A, Sumathipala A, Siriwardhana C, Morgan C, Reininghaus U. Exposure to conflict and disaster: a national survey on the prevalence of psychotic experiences in Sri Lanka. *Schizophr Res.* 2016; 171(1-3):79-85. doi:10.1016/j.schres.2016.01.026.
 17. Kovess-Masfety V, Sabawoon A, Keyes K, Karam E. Prevalence, risk factors, and comorbidities of psychotic experiences in Afghanistan: a highly stressful environment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2024;59(1):99-109. doi:10.1007/s00127-023-02539-4.
 18. Shakoor S, Zavos HM, McGuire P, Cardno AG, Freeman D, Ronald A. Psychotic experiences are linked to cannabis use in adolescents in the community because of common underlying environmental risk factors. *Psychiatry Res.* 2015; 227(2-3):144-51. doi:10.1016/j.psychres.2015.03.041.
 19. Vermeiden M, Janssens M, Thewissen V, Akinsola E, Peeters S, Reijnders J, et al. Cultural differences in positive psychotic experiences assessed with the Community Assessment of Psychic Experiences-42 (CAPE-42): a comparison of student populations in the Netherlands, Nigeria and Norway. *BMC Psychiatry.* 2019;19(1):244. doi:10.1186/s12888-019-2210-8.
 20. DeVyllder J, Anglin D, Munson MR, Nishida A, Oh H, Marsh J, et al. Ethnoracial variation in risk for psychotic experiences. *Schizophr Bull.* 2023;49(2): 385-96. doi:10.1093/schbul/sbac171.

21. Supanya S, The Thai Mental Health Survey Working Group, Morgan C, Reininghaus U. SU59. Prevalence of psychotic experiences and traumatic events in the 2013 Thai National Mental Health Survey. *Schizophr Bull.* 2017;43(Suppl 1):S182. doi:10.1093/schbul/sbx024.057.
22. Engvall A, Andersson M. The dynamics of conflict in Southern Thailand. *Asian Econ Pap.* 2014;13(3):169-89. doi:10.1162/ASEP_a_00303.
23. Rabil K. The urban-rural income inequality in Thailand: 1996-2011. *Keizai Shusen.* 2012;62(4): 25-43. doi:10.18999/ecos.60.2.25.
24. Fang Z, Sakellariou C. Evolution of urban-rural living standards inequality in Thailand: 1990-2006. *Asian Econ J.* 2013;27(3):285-306. doi:10.1111/asej.12015.
25. Suavansri P, Pichayayothin N, Espinosa PR, Areekit P, Nilchantuk C, Jones TS, et al. Well-being in Thailand: a culturally driven grounded inquiry exploration of a complex construct. *Appl Res Qual Life.* 2022;17(6):3327-47. doi:10.1007/s11482-022-10067-7.
26. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Assanangkornchai S, Supanya S. Thai National Mental Health Survey 2013: methodology and procedure. *Journal of Mental Health of Thailand.* 2016;24(1):1-14. (in Thai).
27. Kessler RC, Abelson J, Demler O, Escobar JI, Gibbon M, Guyer ME, et al. Clinical calibration of DSM-IV diagnoses in the World Mental Health (WMH) version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res.* 2004;13(2):122-39. doi:10.1002/mpr.169.
28. 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. doi:10.1002/mpr.168.
29. Heeringa SG, Wells JE, Hubbard F, Mneimneh Z, Chiu WT, Sampson N, et al. Sample designs and sampling procedures. In: Kessler RC, Üstün TB, editors. *The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders.* New York: Cambridge University Press; 2008. p. 30-53.
30. Hanssen MS, 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(5):369-77. doi:10.1034/j.1600-0447.2003.00058.x.
31. 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.
32. Isaksson J, Angenfelt M, Frick MA, Olofsdotter S, Vadlin S. Psychotic-like experiences from adolescence to adulthood: a longitudinal study. *Schizophr Res.* 2022;248:1-7. doi:10.1016/j.schres.2022.07.010.
33. Burton IJ, Tibbo PG, Ponto N, Crocker CE. Heterogeneity in assessing the risk of developing a psychotic disorder given a previous subclinical psychotic-like experience in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2024;342:116207. doi:10.1016/j.psychres.2024.116207.
34. Carey E, Gillan D, Burke T, Burns A, Murphy TM, Kelleher I, et al. Social cognition and self-reported ASD traits in young adults who have reported psychotic experiences: a population-based, longitudinal study. *Schizophr Res.* 2021;237:54-61. doi:10.1016/j.schres.2021.08.028.
35. 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. doi:10.1093/schbul/sbt134.
36. Selten JP, Termorshuizen F. "Ethnic density of neighbourhood at age 15 modifies the risk for psychosis". So what? *Schizophr Res.* 2017;190: 88-9. doi:10.1016/j.schres.2017.11.002.
37. Selten JP, Di Forti M, Quattrone D, Jones PB, Jongsma HE, Gayer-Anderson C, et al. The contribution of cannabis use to the increased psychosis risk among minority ethnic groups in Europe. *Psychol Med.* 2024;54(11):2937-46. doi:10.1017/S0033291724001004.

38. Selten JP, Booij J, Buwalda B, Meyer-Lindenberg A. Biological mechanisms whereby social exclusion may contribute to the etiology of psychosis: a narrative review. *Schizophr Bull.* 2017;43(2): 287-92. doi:10.1093/schbul/sbw180.
39. Selten JP, van der Ven E, Termorshuizen F. Migration and psychosis: a meta-analysis of incidence studies. *Psychol Med.* 2020;50(2):303-13. doi:10.1017/S0033291719000035.
40. Gayer-Anderson C, Jongsma HE, Di Forti M, Quattrone D, Velthorst E, de Haan L, et al. The European Network of National Schizophrenia Networks Studying Gene-Environment Interactions (EU-GEI): incidence and first-episode case-control programme. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2020;55(5):645-57. doi:10.1007/s00127-020-01831-x.
41. 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. doi:10.1017/S0033291712001626.
42. Grattan RE, Linscott RJ. Components of schizophrenia liability affect the growth of psychological stress sensitivity following major life events. *Schizophr Res.* 2019;212:134-9. doi:10.1016/j.schres.2019.07.056.
43. Akcaoglu Z, Myin-Germeys I, Vaessen T, Janssens J, Wampers M, Bamps E, et al. Sex differences in subclinical psychotic experiences: the role of daily-life social interactions. *Schizophr Bull.* 2024 May 21:sbae177. doi:10.1093/schbul/sbae177.
44. Salvadé A, Golay P, Abrahamyan L, Bonnarel V, Solida A, Alameda L, et al. Gender differences in first episode psychosis: some arguments to develop gender specific treatment strategies. *Schizophr Res.* 2024;271:300-8. doi:10.1016/j.schres.2024.07.046.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การวิจัยและพัฒนา รูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยา กลุ่มแบบบูรณาการ เพื่อลดการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏกลุ่มภาคตะวันตก

วันรับ : 19 พฤศจิกายน 2567

วันแก้ไข : 30 ธันวาคม 2567

วันตอบรับ : 27 มกราคม 2568

วิชชญา มณีชัย, ปร.ด.¹ นิธิพัฒน์ เมฆขจร, ปร.ด.²,

วัลภา สบายยิ่ง, ปร.ด.², วิไลลักษณ์ ลังกา, ปร.ด.³.

หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต แผนกวิชาการแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา
สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช จังหวัดนนทบุรี¹,
สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช จังหวัดนนทบุรี²,
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพฯ³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและทดสอบผลของรูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยา กลุ่มแบบบูรณาการต่อการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนของนักศึกษา

วิธีการ : การวิจัยและพัฒนาในมหาวิทยาลัยภาคตะวันตก แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนในกลุ่มนักศึกษา 2) การสร้างรูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยา กลุ่มแบบบูรณาการจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับผลระยะที่ 1 และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และ 3) การวิจัยกึ่งทดลองเพื่อทดสอบผลของรูปแบบการปรึกษาในกลุ่มนักศึกษาที่มีการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนระดับสูง วัดผลก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ด้วยแบบวัดการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน เปรียบเทียบคะแนนภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มด้วยการทดสอบ Friedman และ Mann-Whitney U

ผล : การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันในกลุ่มตัวอย่าง 420 คนพบว่า การไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนมี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนในอนาคตและการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนเชิงยั่วยุ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ รูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยา กลุ่มแบบบูรณาการประกอบด้วย 8 กิจกรรม ประยุกต์ทฤษฎีการปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง การปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม การปรึกษาด้วยการวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และการปรึกษาแบบเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม การทดสอบในกลุ่มตัวอย่าง 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 16 คน และกลุ่มควบคุม 8 คน พบว่า ที่ระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีคะแนนการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนลดลงและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : รูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยา กลุ่มแบบบูรณาการสามารถช่วยให้นักศึกษาจัดการและรับมือกับการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน

คำสำคัญ : การปรึกษาแบบกลุ่ม, การไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน, นักศึกษา

ติดต่อผู้นิพนธ์ : วิชชญา มณีชัย ; e-mail: po123wi@hotmail.com

Original article

Research and development integrated group psychological counseling model to reduce intolerance of uncertainty for the western group of Rajabhat university students

Received : 19 September 2024

Revised : 30 December 2024

Accepted : 27 January 2025

Wichaya Maneechai, Ph.D.¹, Nitipat Mekkhachorn, Ph.D.²,

Wunlapa Sabaiying, Ph.D.², Wilailak Langka, Ph.D.³

Doctor of Philosophy Program in Guidance and Psychological Counseling,
School of Educational Studies, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi Province¹,
School of Educational Studies, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi Province²,
Faculty of Education, Srinakharinwirot University, Bangkok³

Abstract

Objective: To develop and evaluate the effect of an integrated group counseling model on reducing intolerance of uncertainty (IU) among university students.

Methods: A research and development study was conducted at universities in western region of Thailand, divided into three phases: 1) Confirmatory factor analysis (CFA) of IU in university students; 2) Development of an integrated group psychological counseling model based on a literature review and CFA results, followed by content validity testing; and 3) A quasi-experimental study assessing the effect of the model among students with high IU, measuring pre-test, post-test, and a 4-week follow-up IU scores using the Intolerance of Uncertainty Scale. The scores were compared within and between groups using the Friedman test and Mann-Whitney U test, respectively.

Results: The CFA with 420 participants identified two components of IU: prospective IU and inhibitory IU, consistent with empirical data. The integrated group psychological counseling model included eight activities, applying theories of person-centered therapy, behavioral counseling therapy, transactional analysis counseling therapy, and rational emotive behavior therapy. In a sample of 24 students, with 16 in the experimental group and eight in the control group, the results showed that the follow-up IU score of the experimental group was significantly lower compared to both their pre-test score and the control group's score.

Conclusion: An integrated group psychological counseling model can help university students tolerate and cope with uncertainty.

Keywords: group counseling, intolerance of uncertainty, university students

Corresponding author: Wichaya Maneechai; e-mail: po123wi@hotmail.com

ความรู้เดิม : การไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมในเชิงลบต่อสถานการณ์ที่คลุมเครือ จนอาจเกิดการรับรู้ถึงการขาดความสามารถในการอดทนของตนเอง

ความรู้ใหม่ : การไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนของนักศึกษาไทยมี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนในอนาคตและการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนเชิงยับยั้ง รูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยา กลุ่มแบบบูรณาการ ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม 8 ครั้ง ที่ประยุกต์ทฤษฎีสำคัญจากการปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง การปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม การปรึกษาด้วยการวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และการปรึกษาแบบเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม สามารถช่วยให้นักศึกษารับมือและจัดการกับความไม่แน่นอนในชีวิตได้

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การกำหนดนโยบายและกลไกในการพัฒนาคุณภาพของนักศึกษาเพื่อเสริมสร้างความอดทนต่อความไม่แน่นอน

บทนำ

การไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน (intolerance of uncertainty: IU) เป็นลักษณะนิสัย (dispositional trait) หรือคุณลักษณะ (characteristic) ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่คลุมเครือ¹ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคล เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด และความหงุดหงิด กลยุทธ์การรับมือกับปัญหา เช่น พฤติกรรมหลีกเลี่ยงหรือหลีกเลี่ยงหนี ตลอดจนความสามารถในการดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ² การไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ด้าน ได้แก่ การไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนในอนาคต (prospective intolerance of uncertainty) หมายถึง การตอบสนองทางอารมณ์ความคิด และพฤติกรรมในเชิงลบต่อสถานการณ์ที่คลุมเครือหรือไม่ชัดเจน ส่งผลให้บุคคลเกิดความวิตกกังวล และการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนเชิงยับยั้ง (inhibitory intolerance of uncertainty) หมายถึง การที่บุคคลหลีกเลี่ยงหรือหลีกเลี่ยงหนีการเผชิญกับความไม่แน่นอน^{3,4}

การไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนส่งผลกระทบต่อคนทุกช่วงวัย โดยเฉพาะช่วงวัยรุ่นที่เป็นรอยต่อระหว่างการเรียนและการประกอบอาชีพและมีความเปราะบางทางจิตใจต่อความท้าทายต่าง ๆ ในชีวิต^{5,6} การศึกษาของ Shah และ Kumar⁷ พบว่า การไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับรูปแบบกลไกการป้องกันตนเองเชิงลบ เช่น การปฏิเสธความจริงและการแยกตัว และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับรูปแบบกลไกการป้องกันตนเองเชิงบวก เช่น การยอมรับความจริงและการใช้อารมณ์ขัน การศึกษาในกลุ่มนักเรียนของ Boelen และ Lenferink⁸ พบว่า กลุ่มที่มีการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนระดับสูงมีความเปราะบางด้านการรับรู้ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลมากกว่ากลุ่มที่มีการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนระดับต่ำ การทบทวนวรรณกรรมแบบเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Wilson และคณะ⁹ พบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy: CBT) ที่มุ่งเน้นการจัดการการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนโดยตรงสามารถลดการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน ความกังวล อาการวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าที่ระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับการให้ CBT แบบทั่วไป แต่ในระยะติดตามผลการบำบัด CBT ทั้งสองแนวทางนั้นให้ผลไม่แตกต่างกัน และยังพบว่าการเพิ่มเวลาเพื่อเน้นการจัดการการไม่อดทนต่อความไม่ยอมรับความไม่แน่นอนโดยตรงมีแนวโน้มเพิ่มประสิทธิผลของการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ

การรับมือและจัดการความไม่แน่นอนนั้นต้องประกอบด้วยการพัฒนาทักษะการจัดการทั้งด้านอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ดังนั้นการใช้ทฤษฎีทางจิตวิทยาเพียงทฤษฎีเดียวในการรับมือและจัดการกับความไม่แน่นอนอาจมีข้อจำกัด ขณะที่การปรึกษากลุ่มทางจิตวิทยามักเลือกใช้ทฤษฎีการปรึกษาที่หลากหลาย เพื่อให้การปรึกษากลุ่มเกิดประสิทธิผลให้บุคคลเปลี่ยนเจตคติ ความเชื่อ ความรู้สึก และพฤติกรรมเกี่ยวกับตนเองและผู้อื่นมากที่สุด¹⁰ โดยเฉพาะการบูรณาการทางเทคนิค (technical eclectics)¹¹ ที่เป็นการเลือกเอาเทคนิคหรือวิธีการที่ถือว่าดีที่สุดจากการบำบัดรูปแบบต่าง ๆ มาใช้ ซึ่งวิธีนี้ทำให้มีรูปแบบการปรึกษาแตกต่างกันออกไปโดยไม่จำเป็นต้องดำเนินการ

ภายใต้กรอบของทฤษฎีที่เป็นต้นกำเนิดเดิม จึงมีความยืดหยุ่นและครอบคลุมมากกว่าและมีแนวโน้มช่วยลดการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนอย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบผลเบื้องต้นของรูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยากลุ่มแบบบูรณาการต่อการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนของนักศึกษา เพื่อให้ได้รูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีประสิทธิผลในการส่งเสริมสุขภาพจิตของเยาวชนไทย

วิธีการ

การวิจัยและพัฒนา (research and development)¹² และการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) แบบมีกลุ่มควบคุมวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design) ในนักศึกษาในเขตสุขภาพที่ 5 (ภาคตะวันตก) ซึ่งมีความชุกภาวะซึมเศร้าสูงกว่าวัยรุ่นในเขตสุขภาพอื่น ๆ ของประเทศไทย¹³ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 024.66 รหัส STOUIRB 2567/001.0410 วันที่รับรอง 13 พฤศจิกายน 2566 แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาองค์ประกอบการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน

ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึง เมษายน พ.ศ. 2567 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

1.1 การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน โดยการทบทวนเอกสารตำรา และงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อร่างแบบวัดการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน จากนั้นตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือจากความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (item-objective congruence: IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้แก่ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยาการปรึกษา 4 คน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดประเมินผล 1 คน นำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไข และนำแบบวัดไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คนเพื่อทดสอบอำนาจจำแนกจากความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมข้ออื่น (corrected item-total correlation: CITC)

และความเที่ยงจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

1.2 การศึกษาองค์ประกอบของการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏ ชั้นปีที่ 1 - 4 ปีการศึกษา 2566 จากมหาวิทยาลัยราชภัฏ 4 แห่ง ได้แก่ มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง และมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ อายุ 18 - 22 ปีและมีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันตก คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากประชากร คือ นักศึกษาชั้นปี 1 - 4 ที่ศึกษาในปีการศึกษา 2566 มหาวิทยาลัยราชภัฏทั้ง 4 แห่ง โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (medium effect size = 0.3) เนื่องจากมีจำนวนประชากรมากกว่า 10,000 คน¹⁴ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 ค่าความเชื่อมั่นของการทดสอบ 0.8 ค่าองศาอิสระของตัวแบบ (degree of freedom) จากสูตร $df = NI(NI+1)/2$ เมื่อ NI คือตัวแปรสังเกตได้เท่ากับ 12 ตัว ได้ค่าเท่ากับ 78 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 405 และเพิ่มจำนวนเป็น 420 คน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากอัตราการตอบกลับ โดยแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนนักศึกษาแยกตามคณะและชั้นปี (quota sampling) ในมหาวิทยาลัยราชภัฏแต่ละแห่ง โดยผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลและแนบลิงก์แบบวัดการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนที่ได้รับการปรับเป็น Google Form ให้ฝ่ายกองพัฒนานักศึกษาของมหาวิทยาลัยราชภัฏทั้ง 4 แห่ง และขอความอนุเคราะห์ให้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก ขี้แจงกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน

วิเคราะห์ข้อมูลโดยทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis: CFA) โดยพิจารณาดัชนีความกลมกลืนเปรียบเทียบ (comparative fit index : CFI) และดัชนีระดับความกลมกลืน (goodness of fit index: GFI) ต้องมีค่ามากกว่า 0.95 รากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือมาตรฐาน (standardized root mean square residual: SRMR) และรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของการประมาณค่าความคลาดเคลื่อน (root mean square error of approximation: RMSEA) ต้องมีค่าน้อยกว่า 0.05

ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยากรุปแบบบูรณาการเพื่อลดการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน

ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2567 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 การสร้างรูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยากรุปแบบบูรณาการ โดยการศึกษาเอกสารและงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศร่วมกับผลการศึกษาในระยะที่ 1 และวิเคราะห์เนื้อหาเกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกรุปเพื่อลดการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน โดยบูรณาการหลักการและทฤษฎีการปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (person-centered therapy)¹⁵ ที่เชื่อว่ามนุษย์มีความปรารถนาที่จะก้าวไปข้างหน้าเพื่อให้มีความเป็นมนุษย์อย่างสมบูรณ์ นำไปสู่การเข้าใจและตระหนักถึงการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนของตนเอง การปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม (behavioral counseling therapy)¹⁶ ซึ่งใช้เทคนิคที่ช่วยในการคาดการณ์ถึงอนาคตและการวางแผนการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล การปรึกษาด้วยการวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (transactional analysis counseling therapy)¹⁷ ซึ่งใช้เทคนิคที่ช่วยให้เกิดความเข้าใจตนเองและผู้อื่นในการดำเนินชีวิต และการปรึกษาแบบเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (rational emotive behavior therapy)¹⁷ ซึ่งมุ่งที่การจัดโครงสร้างความคิดของบุคคลให้เป็นไปในทางบวกเพื่อให้พฤติกรรมที่แสดงออกมีเหตุผลและเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น โดยอิงโครงสร้างที่ใช้ทำกิจกรรมกรุปจากแนวทางการลดการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนของ Carleton และคณะ³ Boswell และคณะ¹⁸ และ Wheaton และคณะ¹⁹ จากนั้นร่างรูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยากรุปแบบบูรณาการประกอบด้วยกิจกรรม 8 ครั้งที่สุดคล้องกับการจัดการในแต่ละองค์ประกอบของการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน แต่ละครั้งมี 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเริ่มต้น ขั้นดำเนินการ และขั้นยุติ

2.2 การตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยากรุปแบบบูรณาการ ด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาการศึกษา จิตวิทยาพัฒนามนุษย์ และจิตวิทยาการศึกษา

3 คนและผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาการศึกษาและการพยาบาล ซึ่งมีประสบการณ์วิจัยตัวแปรการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน 2 คน โดยความตรงเชิงเนื้อหาพิจารณาจากแบบสอบถามความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ทฤษฎี และเทคนิคการปรึกษากรุป รวมทั้งความเหมาะสมของกิจกรรมกรุปตามประเด็น ได้แก่ วัตถุประสงค์ ขั้นเริ่มต้น ขั้นดำเนินการ ขั้นยุติ และการประเมินผล ค่าตอบเป็นมาตรฐานส่วนประมาณค่า 5 ระดับ วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) กำหนดให้ค่าเฉลี่ยในแต่ละประเด็น 4 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา จากนั้นปรับปรุงแก้ไขร่างรูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยากรุปแบบบูรณาการตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำไปทดลองใช้กับนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรีที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกรุปตัวอย่าง 8 คนเพื่อประเมินความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาและภาษา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งก่อนนำไปใช้ในกรุปตัวอย่างจริง

ระยะที่ 3 การศึกษาผลการใช้รูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยากรุปแบบบูรณาการต่อการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนของนักศึกษา

ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ประชากร คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ชั้นปีที่ 1 - 4 ปีการศึกษา 2566 ที่มีคะแนนการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนสูงกว่าเกณฑ์ ซึ่งได้มาจากการวิจัยระยะที่ 1 จากนั้นสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เพื่อเลือกกรุปตัวอย่าง 24 คน แล้วสุ่มอย่างง่ายอีกครั้งเพื่อแบ่งเป็นกรุปทดลอง 2 กรุป กรุปละ 8 คน และกรุปควบคุม 8 คน เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ อายุระหว่าง 18 - 22 ปี มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันตก และมีคะแนนการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนสูงกว่าค่ามัธยฐานซึ่งเรียงลำดับคะแนนจากมากไปหาน้อย กรุปตัวอย่างได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับการเก็บรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล สิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมและการถอนตัวได้ทุกเมื่อ และการบันทึกภาพและเสียง และให้ความยินยอมด้วยการลงนามก่อนดำเนินการกิจกรรม

กรุปทดลองได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยากรุปแบบบูรณาการโดยแบ่งเป็นกรุปย่อยกรุปละ 8 คน

ที่ห้องปฏิบัติการ อาคารศูนย์พัฒนานาวิชาชีพครู คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบบูรณาการ แต่ได้รับข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย ประเมินการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนด้วยแบบวัดจากการวิจัยระยะที่ 1 ที่ระยะก่อนทดลอง เมื่อสิ้นสุดการทดลอง (หลังทดลอง) และภายหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ (ระยะติดตามผล) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนของกลุ่มทดลองที่ระยะต่าง ๆ ด้วยการทดสอบของฟริดแมน (Friedman test) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมระยะหลังการทดลองด้วยการทดสอบแมนวิทนี (Mann-Whitney U test)

ผล

องค์ประกอบการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน

แบบวัดการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนจำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนในอนาคต 7 ข้อ เช่น นักศึกษาไม่สามารถทนรับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ไม่ชัดเจนหรือคลุมเครือได้ นักศึกษามีความอยากรู้และกังวลเสมอว่าอนาคตของตนเองจะเป็นอย่างไร และ 2) การไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนเชิงยั่วยุ 5 ข้อ เช่น นักศึกษาคิดและรู้สึกถึงความไม่แน่นอนต่าง ๆ ทำให้ไม่ได้ใช้ชีวิตอย่างเต็มที่ นักศึกษาหลีกเลี่ยงและหลีกเลี่ยงหนีจากการเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนทั้งหมด คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) แปลผลจากคะแนนรวมทุกข้อ แบบวัดมีดัชนี IOC ระหว่าง 0.6 - 1

ค่าความเที่ยง 0.925 และค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (CITC) ระหว่าง 0.540 - 0.813 หลังจากปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามให้กระชับตามที่ผู้เชี่ยวชาญได้เสนอแนะแล้ว นำแบบวัดไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ใช้เวลาในการตอบ 20 นาที ไม่พบว่าต้องมีการปรับปรุงเพิ่มเติม

การทดสอบในกลุ่มตัวอย่าง 420 คนพบว่า แบบวัดการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนมีค่ามัธยฐาน 36 คะแนน มีผู้ที่มีคะแนนการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนสูงกว่าเกณฑ์ (36 คะแนนขึ้นไป) 70 คน การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันในกลุ่มตัวอย่างพบว่า องค์ประกอบของการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่า CFI เท่ากับ 1.000 ค่า GFI เท่ากับ 0.97 ค่า SRMR เท่ากับ 0.02 และค่า RMSEA เท่ากับ 0.000 ดังตารางที่ 1

รูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบบูรณาการ

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบบูรณาการเพื่อลดการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนประกอบด้วยกิจกรรม 8 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละครั้ง รวมระยะเวลาดำเนินการทั้งหมด 3 เดือน รูปแบบกิจกรรมดำเนินการปรึกษาแบบบูรณาการทางเทคนิค โดยใช้เทคนิคการฟัง การตั้งคำถาม การสะท้อนความรู้สึก การสะท้อนเนื้อหา และการสรุปความ จากแนวคิดทฤษฎีการปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เทคนิคการเสริมแรงจากทฤษฎีการปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม เทคนิคการแสดงบทบาทสมมติจากทฤษฎีการปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และเทคนิคการจินตนาการทางด้านเหตุผลและอารมณ์จากทฤษฎีการปรึกษาแบบเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม มาใช้ในขั้นตอนการปรึกษา

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยแบบตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน พบว่า รูปแบบการปรึกษาเชิง

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน (n = 420)

	Factor loading	Error	T	R ²	b	SE
Prospective IU	.74	.11	5.55	.54	.37	.06
Inhibitory IU	.99	.01	10.28	.98	.69	.06

CFI = 1.0, GFI = 0.97, RMSEA = 0.000, SRMR = 0.02

IU = intolerance of uncertainty

จิตวิทยา กลุ่มแบบบูรณาการมีค่าเฉลี่ยความตรงเชิงเนื้อหาในแต่ละประเด็นอยู่ที่ 4.20 - 5.00 โดยขั้นเริ่มต้นมีค่าเฉลี่ยสูงสุดและขั้นดำเนินการมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด หลังการทดลองใช้มีการปรับสถานการณ์ในขั้นดำเนินการในกิจกรรมครั้งที่ 2 และ 5 เป็นสถานการณ์ที่ใช้ความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลและปรับข้อความจากบัตรคำที่ใช้ในขั้นดำเนินการในกิจกรรมครั้งที่ 3 ให้เป็นข้อความที่เข้าใจง่ายขึ้น ส่วนกิจกรรมครั้งที่ 1, 4, 6, 7 และ 8 ได้รับการประเมินว่ามีความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาและการใช้ภาษาและไม่มี การปรับปรุงเพิ่มเติม รายละเอียดของแต่ละกิจกรรมดังตารางที่ 2

ผลของการศึกษาเชิงจิตวิทยา กลุ่มแบบบูรณาการต่อการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน

ผู้ที่มีคะแนนการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนสูงกว่าเกณฑ์ 70 คน ได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมการทดสอบผล

24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 16 คนและกลุ่มควบคุม 8 คน โดยกลุ่มทดลองทุกคนได้เข้าร่วมกิจกรรมครบทั้ง 8 ครั้ง คะแนนเฉลี่ยการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใกล้เคียงกัน (44.56 ± 7.562 และ 43.00 ± 3.295 ตามลำดับ) หลังการทดลองและที่ระยะติดตามผลพบว่า กลุ่มทดลองมีแนวโน้มคะแนนเฉลี่ยการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนลดลง ขณะที่คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มคงที่ ดังตารางที่ 3

การเปรียบเทียบภายในกลุ่มระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลด้วยการทดสอบ Friedman พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในภาพรวมและรายองค์ประกอบ ดังตารางที่ 4 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วยการทดสอบ Mann-Whitney U พบว่า กลุ่มทดลองมี

ตารางที่ 2 รูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยา กลุ่มแบบบูรณาการเพื่อลดการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน

ครั้ง	เรื่อง/หัวข้อ	วัตถุประสงค์	เทคนิคและทักษะ	ทฤษฎีการให้คำปรึกษา
1	อินดีที่ได้พบเจอกัน	1. สร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกัน 2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ และขั้นตอนของการให้การศึกษา บทบาทหน้าที่ของผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่ม	- ทักษะการฟัง - ทักษะการเชื่อมโยง - ทักษะการเอื้ออำนวย - ทักษะการสรุปความ	การสร้างสัมพันธ์ภาพเบื้องต้นของการปรึกษาร่วมกับการปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ที่เชื่อว่ามนุษย์มีความปรารถนาที่จะก้าวไปข้างหน้าเพื่อให้มีความเป็นมนุษย์อย่างสมบูรณ์ นำไปสู่การเข้าใจและตระหนักถึงการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนของตนเอง
2	การเตรียมพร้อมกับอนาคตที่ไม่แน่นอน	เสริมสร้างการอดทนต่อความไม่แน่นอนในอนาคตเกี่ยวกับเรื่องที่ไม่คาดฝันและความผิดหวัง	- เทคนิค ABC - เทคนิคการเสริมแรง - ทักษะการฟัง การถาม และการสรุปความ	การปรึกษาแบบเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งมุ่งไปที่การจัดโครงสร้างความคิดของบุคคลใหม่ให้เป็นไปในทางบวก เพื่อให้พฤติกรรมที่แสดงออกมีผลและเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น
3	การรับมือและก้าวข้ามความไม่แน่นอน	ฝึกการมองและการเตรียมการสำหรับอนาคต เพื่อเสริมสร้างการอดทนต่อความไม่แน่นอน	- เทคนิค foresight - เทคนิคการเสริมแรง - ทักษะการฟัง การถาม และการสรุปความ	การปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม ซึ่งช่วยให้ผู้รับการปรึกษาคาดการณ์ถึงอนาคต รู้จักคิดและวางแผนแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล
4	ฉันสามารถจัดการได้	สร้างความเข้าใจตนเองใน การจัดการสิ่งต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างการอดทนต่อความไม่แน่นอน	- การจินตนาการทางเหตุผลและอารมณ์ (rational emotive imagery) - เทคนิคการเสริมแรง - ทักษะการฟัง การถาม และการสรุปความ	การปรึกษาแบบแบบเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งให้จินตนาการถึงสิ่งที่ย่ำแย่ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง หลังจากนั้นให้ฝึกฝนการพัฒนาอารมณ์ที่ดีแทนที่อารมณ์ที่ขุ่นเคือง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในสถานการณ์นั้น
5	ความ (ไม่) แน่นนอนในชีวิต	สร้างความเข้าใจตนเองในการมีและการใช้ชีวิต เพื่อเสริมสร้างความอดทนต่อความไม่แน่นอน	- เทคนิค ABC - เทคนิคการเสริมแรง - ทักษะการฟัง การถาม และการสรุปความ	การปรึกษาแบบเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งมุ่งไปที่การจัดโครงสร้างความคิดของบุคคลใหม่ให้เป็นไปในทางบวก เพื่อให้พฤติกรรมที่แสดงออกมีผลและเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น

ตารางที่ 2 รูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในกลุ่มแบบบูรณาการเพื่อลดการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน (ต่อ)

ครั้ง	เรื่อง/หัวข้อ	วัตถุประสงค์	เทคนิคและทักษะ	ทฤษฎีการให้คำปรึกษา
6	ความ (ไม่) แน่นนอนกับการเรียน	เสริมสร้างการอดทนต่อความไม่แน่นอนเชิงยับยั้ง เกี่ยวกับความสามารถในการเรียน/การทำงาน	- การแสดงบทบาทสมมติ (role playing) - เทคนิคการเสริมแรง - ทักษะการฟัง การถาม และการสรุปความ	การปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลผ่านบทบาทสมมติ ที่ช่วยให้เกิดความเข้าใจตนเองและผู้อื่นในการดำเนินชีวิต
7	ยินดีต้อนรับความ (ไม่) แน่นนอนของตนเอง	1. ยุติการปรึกษากลุ่ม 2. ประเมินการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง	- ทักษะการฟังและการสรุปความ - ทักษะการให้กำลังใจ	ทักษะสำหรับการยุติการปรึกษากลุ่มจากทฤษฎีการปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้สามารถจัดการและรับมือกับการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนของตนเอง
8	ความ (ไม่) แน่นนอนของฉันทันทีไป*	ประเมินและติดตามผลของสมาชิกกลุ่ม	- ทักษะการฟัง การถาม และการสรุปความ	ทักษะที่สำคัญจากทฤษฎีการปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้สามารถเตรียมพร้อมกับการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนของตนเองจากนี้ต่อไป

ABC = activating event - belief - consequence, * ดำเนินการหลังจากครั้งที่ 7 หนึ่งเดือน

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลของนักศึกษากลุ่มตัวอย่าง

	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ระยะติดตามผล	
	M	SD	M	SD	M	SD
กลุ่มทดลอง	44.56	7.562	29.75	7.019	25.56	5.632
กลุ่มควบคุม	43.00	3.295	45.75	5.092	43.38	6.300

SD = standard deviation

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนของนักศึกษากลุ่มทดลองก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยการทดสอบ Friedman (n = 24)

	จำนวนข้อ	กลุ่มทดลอง (n = 16)			กลุ่มควบคุม (n = 8)		
		χ^2	df	p-value	χ^2	df	p-value
Prospective IU	7	20.492	2	< .001	1.680	2	.432
Inhibitory IU	5	21.032	2	< .001	3.630	2	.163
IU	12	25.677	2	< .001	5.357	2	.069

SD = standard deviation

คะแนนการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนที่ระยะติดตามผลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในภาพรวมและรายองค์ประกอบ ดังตารางที่ 5

วิจารณ์

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพบว่าแบบจำลองการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์จากการศึกษาในระยะที่ 1

ซึ่งสามารถยืนยันผลจากการทบทวนวรรณกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Carleton และคณะ²⁰ ที่วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนจาก 5 องค์ประกอบของ Freeston²¹ และ 4 องค์ประกอบของ Buhr และ Dugas²² พบว่า ข้อมูลเชิงประจักษ์ไม่สอดคล้องกลมกลืนกับโครงสร้างองค์ประกอบดังกล่าว แต่สอดคล้องกลมกลืนกับโครงสร้างแบบ 2 องค์ประกอบ

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ของการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ระยะติดตามผล ด้วยการทดสอบ Mann-Whitney U (n = 24)

	Mean rank	Mann-Whitney U	Z	p-value
Prospective IU		.000	-3.945	< .001
กลุ่มทดลอง (n = 16)	8.50			
กลุ่มควบคุม (n = 8)	20.50			
Inhibitory IU		15.500	-2.981	.003
กลุ่มทดลอง (n = 16)	9.47			
กลุ่มควบคุม (n = 8)	18.56			
IU		3.000	-3.740	< .001
กลุ่มทดลอง (n = 16)	8.69			
กลุ่มควบคุม (n = 8)	20.13			

IU = intolerance of uncertainty

ได้แก่การไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนในอนาคต (prospective intolerance of uncertainty) และการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนเชิงยับยั้ง (inhibitory intolerance of uncertainty)^{3,4} การศึกษานี้พบว่าประมาณร้อยละ 17 ของกลุ่มตัวอย่างมีการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนสูงกว่าค่ามัธยฐาน ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเยาวชนที่พบความชุกสูงสุดที่ภาคตะวันตก^{13,23} อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษานี้มีการพัฒนาเครื่องมือใหม่และทดลองใช้ในภาคตะวันตกเท่านั้น จึงไม่สามารถเปรียบเทียบระดับการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนกับนักศึกษาจากภูมิภาคอื่นของประเทศไทยได้ ดังนั้นการขยายผลการใช้แบบวัดนี้ในภูมิภาคอื่น ๆ ทั่วประเทศจะทำให้เห็นภาพรวมของการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนในนักศึกษาไทย ความแตกต่างระหว่างภูมิภาค รวมทั้งสามารถหาค่าปกติของแบบวัดได้

ผู้วิจัยนำการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย และผลจากการศึกษาองค์ประกอบเชิงยืนยันในระยะที่ 1 มาพัฒนารูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่บูรณาการเทคนิค (technical eclectic) จากทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา 4 ทฤษฎี พร้อมการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาผ่านผู้เชี่ยวชาญ 5 คน พบว่า รูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่บูรณาการมีความสอดคล้องกับแนวคิดและทฤษฎีดังกล่าว สามารถนำมาใช้ให้การศึกษาเชิงจิตวิทยาในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยเพื่อลดการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน โดยออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับองค์ประกอบของการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนของ

นักศึกษา โดยองค์ประกอบที่ 1 กำหนดให้มีการปรึกษากลุ่ม 3 ครั้ง คือครั้งที่ 2 - 4 โดยในครั้งที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างการอดทนต่อความไม่แน่นอนในอนาคตเกี่ยวกับเรื่องที่ไม่คาดฝันและความผิดหวัง ครั้งที่ 3 มีวัตถุประสงค์เพื่อฝึกการมองและการเตรียมการสำหรับอนาคต และครั้งที่ 4 มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจตนเองในเรื่องการมีและการใช้ชีวิตอย่างเต็มที่ และองค์ประกอบที่ 2 กำหนดให้มีการปรึกษากลุ่ม 2 ครั้ง คือครั้งที่ 5 - 6 โดยในครั้งที่ 5 มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจตนเองในเรื่องการมีและการใช้ชีวิตอย่างเต็มที่และในครั้งที่ 6 มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างการอดทนต่อความไม่แน่นอนเชิงยับยั้ง สำหรับครั้งที่ 7 และ 8 เป็นการยุติการปรึกษากลุ่มและติดตามการจัดการและรับมือการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนในชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลา 1 เดือนหลังสิ้นสุดกิจกรรมหลัก

ผลการศึกษาการใช้รูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่บูรณาการในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนสูงกว่าเกณฑ์พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะหลังการติดตามผลมีแนวโน้มลดลงและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือกลุ่มทดลองมีการอดทนต่อความไม่แน่นอนเพิ่มขึ้น อาจเนื่องจากรูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่บูรณาการมีกิจกรรมที่ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างทำความเข้าใจ ยอมรับ และตระหนักในเรื่องของความไม่แน่นอน อีกทั้งยังช่วยในการพัฒนาการตอบสนอง

ด้านอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมต่อความไม่แน่นอน ให้มีความเหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาในกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าและวิตกกังวลในวัยรุ่นของ Kartol²⁴ ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลของลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้รูปแบบกิจกรรมกลุ่มยังส่งเสริมกระบวนการการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึก และความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ซึ่งช่วยให้ค้นพบวิธีการหรือแนวทางที่ใช้ลดการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนที่เหมาะสมกับตนเองผ่านการแลกเปลี่ยนภายในกลุ่ม สอดคล้องกับการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาในกลุ่มต่อความสามารถในการปรับตัวทางสังคมของนักศึกษาวิทยาลัยของ Wang และคณะ²⁵ ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการปรับตัวด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านอารมณ์ ด้านการเรียนรู้ และด้านอาชีพ รวมทั้งความพึงพอใจต่อการปรับตัวในด้านต่าง ๆ สูงกว่ากลุ่มควบคุม

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดจากการดำเนินการทดลองเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาที่มีคะแนนการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนสูงในภาคตะวันตกของประเทศไทยเพียงพื้นที่เดียว ซึ่งอาจมีลักษณะเฉพาะของบริบททางสังคม วัฒนธรรม หรือระบบการเรียนการสอนที่แตกต่างจากสถาบันการศึกษาในภูมิภาคอื่น ๆ ของประเทศ รูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในกลุ่มแบบบูรณาการมีกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ซึ่งแม้ได้รับการออกแบบอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง แต่ในการนำไปใช้จริงในระบบการศึกษาอาจมีข้อจำกัดด้านเวลา ทรัพยากร หรือความพร้อมของผู้เข้าร่วมกลุ่ม จึงอาจพิจารณาปรับจำนวนครั้งหรือรูปแบบการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับข้อจำกัดในแต่ละบริบท นอกจากนี้ การศึกษานี้ติดตามผลระยะสั้น จึงไม่สามารถประมาณการคงอยู่ของประสิทธิผลโปรแกรมในระยะยาวได้ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในบริบทอื่นโดยมีระยะติดตามนานขึ้นและวัดผลด้านสุขภาพจิตอื่นร่วมด้วย เช่น ความเครียด การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความเข้มแข็งทางใจ เพื่อเพิ่มความสามารถของเยาวชนไทยในการรับมือและจัดการกับความไม่แน่นอน

สรุป

การวิจัยและพัฒนาารูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในกลุ่มแบบบูรณาการเพื่อลดการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏกลุ่มภาคตะวันตก พบว่าการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนในอนาคตและการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนเชิงยั่วยุ โดยแบบจำลองมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ระดับสูง การพัฒนาและทดสอบผลของรูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในกลุ่มแบบบูรณาการ ซึ่งใช้เทคนิคสำคัญจากทฤษฎีการปรึกษา 4 ประเภท ประกอบด้วยกิจกรรม 8 ครั้งในระยะเวลา 3 เดือน ที่ระยะติดตามผล 1 เดือนพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษามีระดับการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษา แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในกลุ่มแบบบูรณาการสามารถช่วยลดการไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนในกลุ่มนักศึกษาได้

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

วิชญา มณีชัย : ออกแบบการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ ; นิธิพัฒน์ เมฆขจร : ตรวจสอบบทความ ; วัลภา สบายยิ่ง : ตรวจสอบบทความ ; วิไลลักษณ์ ลังกา : วิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Carleton RN, Gosselin P, Asmundson GJG. The intolerance of uncertainty index: replication and extension with an English sample. *Psychol Assess.* 2010;22(2):396-406. doi:10.1037/pas0000252.
2. Carleton RN. Into the unknown: a review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *J Anxiety Disord.* 2016;39:30-43. doi:10.1016/j.janxdis.2016.02.007.
3. Carleton RN, Mulvogue MK, Thibodeau MA, McCabe RE, Antony MM, Asmundson GJG. Increasingly certain about uncertainty: intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *J Anxiety Disord.* 2012;26(3):468-79. doi:10.1016/j.janxdis.2012.01.011.

4. McEvoy PM, Mahoney AEJ. Achieving certainty about the structure of intolerance of uncertainty in a treatment-seeking sample with anxiety and depression. *J Anxiety Disord.* 2011;25(1):112-22. doi:10.1016/j.janxdis.2010.08.010.
5. Tan Y, Huang C, Geng Y, Cheung SP, Zhang S. Psychological well-being in Chinese college students during the COVID-19 pandemic: roles of resilience and environmental stress. *Front Psychol.* 2021;12:671553. doi:10.3389/fpsyg.2021.671553.
6. Faisal RA, Jobe MC, Ahmed O, Sharker T. Mental health status, anxiety, and depression levels of Bangladeshi university students during the COVID-19 pandemic. *Int J Ment Health Addict.* 2022;20(3):1500-15. doi:10.1007/s11469-020-00458-y.
7. Shah N, Kumar N. Intolerance of uncertainty and defense styles in young adults. *Int J Indian Psychol.* 2021;9(2):1543-54. doi:10.25215/0902.159.
8. Boelen PA, Lenferink LIM. Latent class analysis of indicators of intolerance of uncertainty. *Scand J Psychol.* 2018;59(3):243-51. doi:10.1111/sjop.12440.
9. Wilson EJ, Abbott MJ, Norton AR. The impact of psychological treatment on intolerance of uncertainty in generalized anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis. *J Anxiety Disord.* 2023;97:102729. doi:10.1016/j.janxdis.2023.102729.
10. Corey G. Theory and practice of group counseling. 8th ed. Belmont (CA): Thomson Brooks/Cole; 2012.
11. Miller TR, Munoz-Erickson TA, Redman CL. Transforming knowledge for sustainability: fostering adaptability in academic institutions. *Int J Sustain High Educ.* 2011;12(2):177-92. doi:10.1108/14676371111118229.
12. Boocha P, Seangduang N. Research and development: process and application. *Journal of Phrae Public Health for Development.* 2021;1(1):77-89. (in Thai)
13. Panyawong W, Santitadaku R, Pavasuthipaisit C. Prevalence of depression and suicidal risks in Thai adolescents: a survey in schools from 13 Public Health Region. *Journal of Mental Health of Thailand.* 2020;28(2):136-49. (in Thai)
14. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods.* 2007;39(2):175-91. doi:10.3758/bf03193146.
15. Rogers CR. On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin; 1961.
16. Skinner BF. The behavior of organisms: an experimental analysis. New York: Appleton-Century; 1938.
17. Corey G. Theory and practice of group counseling. 7th ed. Belmont (CA): Thomson Brooks/Cole; 2008.
18. Boswell JF, Thompson-Hollands J, Farchione TJ, Barlow DH. Intolerance of uncertainty: a common factor in the treatment of emotional disorders. *J Clin Psychol.* 2013;69(6):630-45. doi:10.1002/jclp.21965.
19. Wheaton MG, Messner GR, Marks JB. Intolerance of uncertainty as a factor linking obsessive-compulsive symptoms, health anxiety and concerns about the spread of the novel coronavirus (COVID-19) in the United States. *J Obsessive Compuls Relat Disord.* 2021;28:100605. doi:10.1016/j.jocrd.2020.100605.
20. Carleton RN, Norton MAPJ, Asmundson GJG. Fearing the unknown: a short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *J Anxiety Disord.* 2007;21(1):105-17. doi:10.1016/j.janxdis.2006.03.014.
21. Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? *Pers Individ Dif.* 1994;17(6):791-802. doi:10.1016/0191-8869(94)90048-5.
22. Buhr K, Dugas MJ. The intolerance of uncertainty scale: psychometric properties of the English version. *Behav Res Ther.* 2002;40(8):931-45. doi:10.1016/S0005-7967(01)00092-4.
23. Piyakun A. University students' intolerance of uncertainty and psychological well-being in an uncertain time from the COVID-19 pandemic. *Journal of Education Studies.* 2022;50(2):1-14. (in Thai)
24. Kartol A. The investigation of effect of group psychological counseling application on

- adolescents' depression and anxiety symptoms. *European Journal of Education Studies*. 2019;6(7): 293-308. doi:10.46827/ejes.v0i0.2690.
25. Wang K, Zhao A, Wang C, Cao Y, Liu X. A study on the effect of group psychological counseling on improving college students' social adaptability. In: *Proceedings of the 4th International Conference on Culture, Education and Economic Development of Modern Society (ICCESE 2020)*. Moscow: Atlantis Press; 2020. p. 1268-71.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะ not in education, employment, or training (NEET) ในเยาวชนไทย อายุ 15 - 25 ปี : การศึกษาเชิงคุณภาพ

วันรับ : 11 ตุลาคม 2567
วันแก้ไข : 14 มกราคม 2568
วันตอบรับ : 14 มีนาคม 2568

เมธินี ชิมเทศน์, พ.บ.¹, ชาญวิทย์ พรนภดล, พ.บ.¹,
วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์, ปร.ด.², วัลลภ อัจจสิริยะสิงห์, พ.บ.¹

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ¹,
สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดนครปฐม²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่ออธิบายปรากฏการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะที่ไม่ได้อยู่ระหว่างการศึกษา การทำงาน หรือการฝึกอบรมใด ๆ (not in education, employment, or training: NEET) ของเยาวชนไทย

วิธีการ : การศึกษาเชิงคุณภาพในเยาวชนไทยอายุ 15 - 25 ปีที่ได้รับการยืนยันภาวะ NEET และผู้ปกครอง เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบสามเส้า

ผล : ผู้ให้ข้อมูล 12 คน เป็นเยาวชนที่มีภาวะ NEET 9 คนและผู้ปกครอง 3 คน ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดหรือการคงอยู่ของภาวะ NEET ได้แก่ ความไม่สอดคล้องกันระหว่างคุณสมบัติและประสบการณ์ของเยาวชนกับความต้องการของตลาดแรงงาน การสนับสนุนจากครอบครัวด้านจิตใจและด้านการดำรงชีพของเยาวชนระหว่างภาวะ NEET การที่ผู้ปกครองไม่สื่อสารความคาดหวังต่อการทำงานของเยาวชนอย่างตรงไปตรงมา และการขาดแรงจูงใจและเป้าหมายชีวิตของเยาวชน

สรุป : ปัจจัยที่อธิบายภาวะ NEET ของเยาวชนไทยมีทั้งปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยภายนอก ภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีโปรแกรมการศึกษาที่ส่งเสริมการค้นพบตนเอง ร่วมกับบริการให้คำปรึกษาและแนะแนวอาชีพเพื่อส่งเสริมการวางแผนอนาคตและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพภายในครอบครัว

คำสำคัญ : การเลี้ยงดู, ปัจจัยเสี่ยง, ภาวะ NEET, เยาวชน

ติดต่อผู้นิพนธ์ : วัลลภ อัจจสิริยะสิงห์; e-mail: wanlop.atr@mahidol.edu

Original article

A qualitative study on the factors contributing to not in education, employment, or training (NEET) among Thai youths aged 15 - 25 years

Received : 11 October 2024

Revised : 14 January 2025

Accepted : 14 March 2025

Maythinee Chinnateed, M.D.¹, Chanvit Pornnoppadol, M.D.¹,

Wimontip Musikaphan, Ph.D.², Wanlop Atsariyasing, M.D.¹

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok¹,
National Institute of Child and Family Department, Mahidol University, Nakhon Pathom Province²

Abstract

Objective: To examine the phenomenon of being not in education, employment, or training (NEET) and its contributing factors among Thai youths.

Methods: This qualitative study was conducted with confirmed NEET youths aged 15 - 25 years and their parents from across Thailand. Data were collected from July to November 2023 through semi-structured interviews. The data were analyzed using content analysis, and ensured for reliability through triangulation.

Results: Twelve informants participated in the in-depth interviews, including nine NEET youths and three parents. Key contributing factors to NEET status included a mismatch between the youth's qualifications and experiences and labor market demands, parental provision of psychological and financial supports during the NEET period, unclear communication of parental expectations regarding employment, and a lack of motivation or clear life goals among the youths.

Conclusion: NEET status among Thai youth is influenced by a combination of the individual, familial, and external factors. Interventions should incorporate educational programs that support self-discovery, along with psychological counseling and guidance services focusing on career planning and effective family communication.

Keywords: NEET, parenting, risk factors, youth

Corresponding author: Wanlop Atsariyasing; e-mail: wanlop.atr@mahidol.edu

ความรู้เดิม : ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะที่ไม่ได้อยู่ระหว่างการศึกษ การทำงาน หรือการฝึกอบรมใด ๆ (not in education, employment, or training: NEET) ได้แก่ สภาพแวดล้อม ครอบครัว สังคม การใช้ชีวิต การศึกษา คุณสมบัตินิสัยและประสบการณ์ส่วนบุคคล ตลาดแรงงาน และแรงจูงใจ¹

ความรู้ใหม่ : ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดหรือคงอยู่ของภาวะ NEET ในเยาวชนไทย ได้แก่ ความไม่สอดคล้องกันระหว่างคุณสมบัตินิสัยของเยาวชนกับความต้องการของตลาดแรงงาน การสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว ระหว่างภาวะ NEET การสื่อสารความคาดหวังของผู้ปกครองที่ขาดประสิทธิภาพ และการขาดแรงจูงใจหรือเป้าหมายชีวิตของเยาวชน

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : แนวทางการช่วยเหลือเยาวชนที่มีภาวะ NEET และผู้ปกครองเพื่อส่งเสริมการค้นพบศักยภาพในตนเอง การวางแผนอนาคต และการสื่อสารในครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ

บทนำ

Not in education, employment, or training (NEET) หมายถึง ภาวะหรือผู้ที่อยู่ในภาวะที่ไม่ได้อยู่ระหว่างการศึกษ การทำงาน หรือการฝึกอบรมใด ๆ¹ มีต้นกำเนิดมาจากการจำแนกการว่างงานและกิจกรรมทางเศรษฐกิจในสหราชอาณาจักร โดยใช้เรียกกลุ่มเยาวชนอายุ 15 - 24 ปีที่ไม่ได้จัดอยู่ในระบบของการศึกษาหรือการจ้างงาน ซึ่งต่อมามีการใช้แพร่หลายไปในทั่วโลก² ทั้งนี้ นิยามและขอบเขตของภาวะ NEET ในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน เช่น ในประเทศญี่ปุ่นใช้ช่วงอายุที่กว้างกว่า คือ 15 - 35 ปี และเรียกกลุ่มคนที่มีภาวะ NEET ว่า hikikomori ส่วนในประเทศเกาหลีใต้ใช้ช่วงอายุ 15 - 34 ปีและรวมถึงบุคคลที่ออกจากโรงเรียน ไม่ได้เข้าทำงาน และไม่ได้สมัคร³ จากการศึกษาทั่วโลกในปี พ.ศ. 2563 พบว่า ประชากรร้อยละ 22.4 ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษาหรือการจ้างงาน⁴ ทั้งนี้ ภาวะ NEET พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย โดยพบร้อยละ 36 ในผู้หญิง และร้อยละ 15 ในผู้ชาย⁵ และพบในผู้หญิงยาวนานกว่าผู้ชาย⁴ บุคคลที่มีภาวะ NEET มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะระหว่างปี พ.ศ. 2551 - 2557⁶ สำหรับในประเทศไทย

พบความชุกของภาวะ NEET ร้อยละ 13 โดยพบในผู้ชาย และผู้หญิงใกล้เคียงกัน¹

ภาวะ NEET ส่งผลกระทบต่อการขาดแคลนแรงงาน ซึ่งส่งผลให้การขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจหยุดชะงัก¹ ปัจจัยที่พบว่าเพิ่มความเสี่ยงของภาวะ NEET เช่น ความยากจน การอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ผลการเรียนที่ไม่ดี ปัญหาทางร่างกายและสุขภาพจิต การใช้สารเสพติด ความรุนแรงในครอบครัว การเป็นคนไร้บ้าน การเป็นผู้ลี้ภัย และการที่เคยได้รับการดูแลโดยระบบคุ้มครองเด็ก^{4,6-11} สำหรับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ NEET ในเยาวชนไทย ด้านบุคคล เช่น การนับถือศาสนาอิสลาม การต้องออกจากโรงเรียนกลางคัน และการแต่งงานในวัยรุ่น ด้านครอบครัว เช่น การต้องรับผิดชอบในการดูแลครอบครัว ครอบครัวที่มีแม่เลี้ยงเดี่ยว และด้านสังคม เช่น การอาศัยอยู่ในครัวเรือนหรือพื้นที่ที่มีการว่างงานสูง และการมีวุฒิการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกับตำแหน่งหรือทักษะที่ตลาดแรงงานต้องการ^{1,12} ปัจจัยที่พบว่าป้องกันภาวะ NEET เช่น การส่งเสริมการศึกษาและการสำเร็จการศึกษาขั้นพื้นฐาน การมีโอกาสเลือกการศึกษาที่เหมาะสมกับตนเอง การส่งเสริมการฝึกอาชีพ การช่วยเหลือจัดหางาน การลดการไร้บ้าน การลดการใช้สารเสพติด และการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต^{1,6}

จะเห็นได้ว่าภาวะ NEET พบได้บ่อยและส่งผลกระทบต่อเยาวชนทั่วโลก ในขณะที่การศึกษาเรื่องภาวะ NEET ในประเทศไทยเพื่อนำไปสู่แนวทางการป้องกันแก้ไขยังจำกัด ในปี พ.ศ. 2566 มีโครงการสำรวจความชุกและเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะ NEET และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะ NEET กับภาวะติดเกมในเยาวชนไทยอายุ 15 - 25 ปี 668 คนและผู้ปกครอง 489 คน พบความชุกของเยาวชนที่มีภาวะ NEET ร้อยละ 4.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะ NEET ได้แก่ อายุที่มากขึ้นและการเล่นวิดีโอเกมทั้งกับคนแปลกหน้า เพื่อนออนไลน์ หรือเล่นคนเดียว ปัญหาและโรคร่วมทางจิตเวชที่พบในเยาวชนมีภาวะ NEET ได้แก่ การติ่แอลกอฮอล์และโรคซึมเศร้า¹³

การศึกษานี้เสนอการวิจัยเชิงคุณภาพของโครงการดังกล่าว เพื่อให้เข้าใจถึงสถานการณ์ ประสบการณ์ และผลกระทบของเยาวชนที่มีภาวะ NEET รวมถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะ NEET หรือทำให้ภาวะ NEET คงอยู่

เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนทางการป้องกันและแก้ไข ภาวะ NEET ในเยาวชนไทยให้สามารถกลับเข้าไปสู่ระบบ การศึกษา ตลาดแรงงาน หรือการฝึกอบรม

วิธีการ

การศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลในเดือนกรกฎาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2565 หมายเลข รับรอง (COA) Si 209/2022

ผู้ให้ข้อมูล

เยาวชนและผู้ปกครองจากโครงการวิจัยเรื่องปัจจัย ที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะ NEET และปัจจัยป้องกันการ เกิดภาวะ NEET ในเยาวชนไทย¹³ มีการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ขั้นตอน ขั้นตอนแรกเป็นการคัดกรองภาวะ NEET ด้วยแบบคัดกรองภาวะ NEET¹³ ในเยาวชน อายุ 15 - 25 ปี 668 คนในชุมชน 15 จังหวัดจากทุกภูมิภาค ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละภาคกำหนด ตามสัดส่วนประชากรอายุ 15 - 25 ปีในภาคนั้น ๆ แต่ละภาค เลือกจังหวัดที่เก็บข้อมูลด้วยการสุ่มแบบเป็นระบบจากรายชื่อ จังหวัดที่มีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นเพื่อการดูแลกรณีพบ ความเสี่ยงสูงต่อภาวะทางจิตเวช แต่ละจังหวัดเลือก 1 อำเภอ ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย และแต่ละอำเภอแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ตามในและนอกเขตเทศบาล เทศบาลและหญิง แต่ละเขต สุ่มตามช่วงอายุ 5 - 25 ปี อายุละ 2 คน แบ่งเป็น ชายหญิง จำนวนเท่ากัน แต่ละกลุ่มย่อยเก็บข้อมูลจนได้จำนวนครบ ตามที่กำหนด สำหรับขั้นตอนที่ 2 เป็นการยืนยันภาวะ NEET ด้วยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์โดยคณะผู้วิจัย

การศึกษานี้เลือกเยาวชนทุกคนที่ได้รับการยืนยัน ภาวะ NEET และผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลหลักและสามารถ สื่อสารภาษาไทยได้ดี โดยเยาวชนและผู้ปกครองได้ให้ความยินยอมการสัมภาษณ์ตั้งแต่ก่อนการเก็บข้อมูลใน งานวิจัยหลัก¹³ การศึกษานี้กำหนดนิยาม NEET หมายถึง เยาวชนอายุ 15 - 25 ปีที่ไม่ทำงาน ไม่เรียน และไม่อบรม ใด ๆ เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 4 เดือน

เครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเยาวชน เช่น เพศ อายุ การศึกษา และของผู้ดูแล เช่น ความสัมพันธ์กับ เยาวชนและระดับการศึกษา

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง พัฒนาโดยคณะผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยฉบับ เยาวชนและผู้ปกครอง เพื่อทำความเข้าใจปัจจัยและแรงจูงใจ ของการเกิดภาวะ NEET ประกอบด้วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสภาพแวดล้อม และ แนวทางการป้องกันแก้ไขภาวะ NEET รายละเอียดข้อคำถาม แสดงดังตารางที่ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อเยาวชนที่มีผลการคัดกรองเข้าเกณฑ์ ของภาวะ NEET และผู้ปกครองเพื่อเชิญชวนเข้าร่วม การสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยหลักซึ่งเป็นแพทย์ประจำบ้านจิตเวช เด็กและวัยรุ่นและได้รับการฝึกอบรมเรื่องการสัมภาษณ์จาก คณะผู้วิจัยที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพและ ด้านการสัมภาษณ์เชิงลึก จากนั้นนัดหมายวันเวลาเพื่อ สัมภาษณ์ในรูปแบบ online ผ่านทาง Zoom ใช้เวลา ประมาณ 40 นาทีต่อคน โดยสัมภาษณ์เยาวชนและผู้ปกครอง แยกกัน ก่อนการสัมภาษณ์เยาวชนและผู้ปกครองได้รับการ ชี้แจงและให้ความยินยอมการบันทึกบทสนทนาผ่านทาง Zoom ทั้งนี้ทั้งเยาวชนและผู้ปกครองที่เข้ารับการสัมภาษณ์ ไม่มีข้อสงสัยในผลการคัดกรองของตน และไม่พบปัญหาหรือ ภาวะแทรกซ้อนใด ๆ จากการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ด้วยการวิเคราะห์ เชิงเนื้อหาโดยใช้หลักการการค้นหาความจริงและวิเคราะห์ ตามบริบท 5W¹⁴ ซึ่งเหมาะกับข้อมูลด้าน NEET ที่ยังเป็น ประเด็นใหม่ในสังคมไทย โดย 5W ในการศึกษาได้แก่ who (ใครคือ NEET) what (ภาวะ NEET เป็นเช่นไร) where (NEET เกิดที่ไหนได้บ้าง) when (เมื่อไรที่บุคคลคนหนึ่ง จะเข้าสู่ภาวะ NEET) และ why (ปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อ การก่อตัวและการดำรงอยู่ของภาวะ NEET) จากนั้น ตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูลตามหลักการแหล่งเวลา สถานที่ และบุคคล โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม ในสถานที่และห้วงเวลาเดียวกัน ใช้ข้อคำถามเดียวกัน

ตารางที่ 1 แนวทางการสัมภาษณ์เยาวชน NEET และผู้ปกครอง

	เยาวชน	ผู้ปกครอง
1. ข้อมูลทั่วไป	1.1 ไม่ได้เรียนหนังสือ/ทำงาน/ฝึกอบรม มานานเท่าไร 1.2 อาศัยอยู่กับใคร รายได้ในการใช้ชีวิตมาจากไหน 1.3 มีคู่สมรส/ลูก หรือไม่ มีใครที่ต้องดูแลหรือไม่	1.1 อายุ อาชีพ รายได้ การศึกษา จำนวนบุตร รูปแบบครอบครัว
2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะ NEET	2.1 คิดเห็น/รู้สึกอย่างไรกับการที่ไม่ได้เรียน/ทำงาน/ฝึกอบรม 2.2 ชอบ/ไม่ชอบ ข้อดี/ข้อเสีย/ผลกระทบ ของการที่ไม่ได้เรียน/ทำงาน/ฝึกอบรม อย่างไร 2.3 อะไรทำให้ไม่ได้เรียน/ทำงาน/ฝึกอบรม (เช่น การเรียน เพื่อน ครอบครัว การเงิน สุขภาพ social media/game ตลาดแรงงาน)	2.1 คิดเห็น/รู้สึกอย่างไร ที่ลูกไม่ได้เรียนต่อ/ทำงาน/ฝึกอบรม 2.2 อะไรทำให้ลูกไม่ได้เรียนต่อ/ทำงาน (เช่น การเรียน เพื่อน ครอบครัว การเงิน สุขภาพ social media/game ตลาดแรงงาน) 2.3 คาดหวังกับอนาคตของลูกอย่างไรในเรื่องการเรียนต่อ/ทำงาน
3. แนวทางการป้องกันแก้ไขภาวะ NEET	3.1 มองอนาคตตัวเองในอีก 5 ปีข้างหน้าอย่างไร มีเป้าหมายอะไรเกี่ยวกับเรื่องการเรียนรู้และการทำงาน 3.2 อยากจะกลับไปเรียน/ทำงานหรือไม่ เพราะอะไร 3.3 อะไรจะเป็นอุปสรรคในการกลับไปเรียน/ทำงาน 3.4 อะไรจะช่วยให้กลับไปเรียน/ทำงาน อยากได้ความช่วยเหลือจากไหน อย่างไร 3.5 อะไรที่จะป้องกันไม่ให้ออกจากการศึกษา/ทำงาน ในช่วงที่ผ่านมา 3.6 มีการช่วยเหลืออะไรบ้างในช่วงที่ผ่านมา ได้ผล/ไม่ได้ผลอย่างไร	3.1 อยากให้ลูกกลับไปเรียน/ทำงาน หรือไม่ เพราะอะไร 3.2 อะไรจะช่วยให้ลูกกลับไปเรียน/ทำงานได้ อยากได้ความช่วยเหลืออะไรบ้าง 3.3 อะไรจะเป็นอุปสรรคในการกลับไปเรียน/ทำงานของลูกบ้าง 3.4 ครอบครัวพยายามช่วยเหลือลูกอย่างไรในช่วงที่ผ่านมา ได้ผลอย่างไรบ้าง 3.5 มีการช่วยเหลืออะไรบ้างในช่วงที่ผ่านมา 3.6 อะไรที่จะป้องกันไม่ให้ลูกไม่ได้เรียนต่อ/ทำงาน ในช่วงที่ผ่านมา

นำคำตอบมาเปรียบเทียบตรวจสอบกัน และนำข้อค้นพบมาอธิบายเปรียบเทียบอีกครั้งกับข้อเท็จจริงที่ได้รับจากผลงานการศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในห้วงเวลาใกล้เคียงกัน เพื่อตัดอคติ ความลำเอียง หรือความไม่เที่ยงตรงอันเกิดจากมุมมองของผู้ให้ข้อมูลฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง

ผล

ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

เยาวชนที่มีผลการคัดกรองเข้าได้กับภาวะ NEET มี 30 คน ได้รับการยืนยันภาวะ NEET จากการสัมภาษณ์ 13 คน และยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึก 9 คน โดยผู้ปกครองของเยาวชนดังกล่าว 3 คนยินดีเข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึก ส่วนผู้ปกครองของเยาวชนอีก 6 คนไม่สามารถเข้าร่วมสัมภาษณ์เชิงลึกได้ เนื่องจากไม่สามารถติดต่อได้หรือไม่สะดวกในการให้ข้อมูล ทำให้มีผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ทั้งหมด 12 คน ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นเยาวชนอายุ 22 - 24 ปี ทั้งหมดจบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีระยะเวลา

ของภาวะ NEET 4 - 7 เดือน ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากบิดามารดาเป็นหลักโดยมี 1 คนได้รับการสนับสนุนจากครู ัก บิดาหรือมารดาของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นเยาวชนส่วนใหญ่ จบการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี รายละเอียดดังตารางที่ 2

พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะ NEET แบ่งได้เป็น 4 ประเด็น โดยมีรายละเอียดดังนี้

ความไม่สอดคล้องกันระหว่างคุณสมบัติและประสบการณ์ของเยาวชนกับตลาดแรงงาน

ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นเยาวชน 8 ใน 9 คนระบุถึงปัญหาหลักที่เป็นสาเหตุของการเป็น NEET คือ คุณสมบัติและประสบการณ์ที่ตนมีไม่สอดคล้องกับตลาดแรงงาน โดยระบุว่าการหลักที่พวกเขาต้องการนั้นคืองานในระบบราชการ เพราะเป็นงานที่มั่นคงตามค่านิยมและความต้องการของครอบครัว ซึ่งมีกระบวนการสอบและรอคอยอันยาวนาน รวมทั้งมีจำนวนการรับเข้าทำงานในปริมาณที่จำกัด สะท้อนการแข่งขันและโอกาสเลือกที่มีไม่มากนัก โดยผู้ให้ข้อมูลบางคน

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล (n = 12)

ผู้ให้ข้อมูล คนที่	เยาวชน					ผู้ปกครอง		
	เพศ	อายุ	การศึกษา ของเยาวชน	ระยะเวลา NEET	ผู้สนับสนุน ค่าใช้จ่าย	ผู้ให้ข้อมูล คนที่	การศึกษา	ความเกี่ยวข้องกับ กับเยาวชน
1	หญิง	22 ปี	ปริญญาตรี	4 เดือน	มารดา	10	มัธยมศึกษา	บิดา
2	หญิง	23 ปี	ปริญญาตรี	4 เดือน	มารดา	-	-	-
3	หญิง	24 ปี	ปริญญาตรี	5 เดือน	คนรัก	-	-	-
4	ชาย	23 ปี	ปริญญาตรี	4 เดือน	มารดา	-	-	-
5	หญิง	25 ปี	ปริญญาตรี	6 เดือน	มารดา	-	-	-
6	ชาย	22 ปี	ปริญญาตรี	7 เดือน	บิดามารดา	-	-	-
7	หญิง	22 ปี	ปริญญาตรี	8 เดือน	บิดามารดา	11	ปวส.	มารดา
8	หญิง	25 ปี	ปริญญาตรี	10 เดือน	บิดามารดา	12	ประถมศึกษา	มารดา
9	หญิง	24 ปี	ปริญญาตรี	7 เดือน	บิดามารดา	-	-	-

ระบุว่า การว่างงานอันเกี่ยวเนื่องกับการรอคอยงานราชการ และมีการแข่งขันสูงทำให้เกิดความท้อถอยหมดกำลังใจ หมดแรงจูงใจ และหมดไฟในระหว่างที่รอคอย อีกทั้งความรู้ จากหลักสูตรที่จบมาไม่ยืดหยุ่นพอให้ไปทำงานอื่นที่มี ค่าตอบแทนหรือสวัสดิการตามที่ตนเองคาดหวัง

“เรียนจบมา เราก็หวังจะอ่านหนังสืออีกรอบหนึ่ง เพื่อจะไปสอบครูรัฐบาล จะได้มีอาชีพที่มั่นคง ที่บ้านอยากให้ รับราชการด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 [เยาวชน])

“หลังจากจบมาก็ทำงานเป็นครูที่เนอสเซอรี่ ทำได้ 3 เดือนก็ลาออกมาพักเดือนหนึ่ง แล้วก็มาทำเทเลเซลส์ ประกันภัยรถยนต์ก็แล้ว แล้วนี่ก็เพิ่งลาออกจากงาน พอดีทาง บริษัทมีนโยบาย ถ้าทำยอดไม่ได้ถึงจะมีการบีบพนักงานออก อยู่ว่าง ๆ ค่ะ ไม่รู้เหมือนกันว่าจะไปทำอีกเมื่อไร” (ผู้ให้ข้อมูล คนที่ 2 [เยาวชน])

การสนับสนุนจากครอบครัวระหว่างภาวะ NEET

การสนับสนุนจากครอบครัวในรูปแบบต่าง ๆ เช่น เงินทองและที่อยู่อาศัย เป็นปัจจัยที่ทำให้ภาวะ NEET ที่เกิดขึ้น อยู่ได้ยาวนาน โดยพบว่าการสนับสนุนดังกล่าวไม่สัมพันธ์กับ สถานภาพทางเศรษฐกิจ กล่าวคือ ไม่ว่าผู้ปกครองจะมีรายได้ มากหรือน้อย การสนับสนุนด้วยเงินและแม่กระทั่งที่อยู่อาศัย ให้ลูกจะยังคงมีอยู่ แต่ระดับการสนับสนุนดังกล่าวอาจแปรผัน ไปตามฐานะของผู้ปกครอง ผู้ให้ข้อมูลบางคนยังกล่าวถึง การสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ปกครองระหว่างที่ตนเองอยู่ใน ภาวะ NEET ในลักษณะของการไม่กดดัน ให้กำลังใจ และ สื่อให้เห็นว่าครอบครัวรอคอยได้

“พ่อแม่ให้ตั้งค์ครับ แต่ไม่ได้บ่อย หลักลีบครับ เป็นบางวัน อาทิตย์นึงก็ 2 - 3 ครั้ง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 [เยาวชน])

“คุณแม่ให้ตั้งค์คนเดียวเลย ให้เป็นเดือนอยู่แล้วครับ เดือนละ 4,000 บาท เพราะอยู่บ้านไม่ได้เสียอะไร ถ้าไม่พอ ลูกเงินก็โทรขอเพิ่มได้ รายจ่ายที่บ้านแม่ก็รับผิดชอบ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 [เยาวชน])

“ก็คุยค่ะ คุณแม่ก็บอกตลอดว่าไม่ได้กดดัน ให้ค่อยเป็น ค่อยไป แม่บอกตลอดว่าไม่ซีเรียสเงิน มันไม่จำเป็น แม่ก็เลี้ยง อยู่ดี” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 [เยาวชน])

การไม่สื่อสารความคาดหวังต่อการทำงานของลูก อย่างตรงไปตรงมา

นอกจากการสนับสนุนด้านการเงินแล้ว การไม่ระบุ ความคาดหวังต่อการทำงานทำของลูกแบบตรงไปตรงมามีผล ทำให้เยาวชนกลุ่ม NEET รู้สึกว่าการไม่ได้ทำงานก็ไม่เป็นไร เพราะครอบครัวเข้าใจและสามารถรอคอยวันที่เขาพร้อมได้ การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลพบว่า แม่ผู้ปกครองมีความคาดหวัง ต่อการทำงานของลูก แต่เลือกที่จะไม่สื่อสารตรง ๆ โดยมัก สื่อสารในทางอ้อมแทน เช่น ส่งข้อมูลงานมาให้และชวนให้ไป สมัครงานในที่ต่าง ๆ บางคนแสดงถึงความเชื่อว่าการเลี้ยงลูก แบบเพื่อนเป็นคำตอบที่ถูกต้อง ซึ่งรวมถึงการยอมรับทุกสิ่ง ของลูกอย่างไม่มีเงื่อนไข พร้อมให้ความเข้าใจในทุกอย่าง และพร้อมจะเป็น “ผู้รับได้” ในทุกสถานการณ์ รวมทั้ง ภาวะ NEET ด้วย นอกจากนี้ ผู้ปกครองบางคนแสดงถึง

ความไม่มั่นใจในการแนะนำด้านการเรียนและการทำงานของลูกเนื่องจากข้อจำกัดด้านการศึกษาของตนเอง

“อยากให้เขาลองใช้ชีวิตเลี้ยงดูตนเอง อันนี้คือสิ่งที่คนทำงาน การขอเงินคนอื่นมันสูญเปล่า อยากให้เขาพึ่งตนเองได้ เราก็ให้เวลาเขาแล้วในการพัก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 [ผู้ปกครอง])

“แม่ว่าก็กลัวว่าทำไมยังไม่ทำอะไร ทำไมยังขอเงินแม่อยู่ ก็กังวลในวัยของเขาที่จะก้าวเข้าสู่ผู้ใหญ่ แต่เราไม่กล้ากดดันเขา ไม่รู้ว่าเขาจะพูดอย่างไร” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 [ผู้ปกครอง])

“ผมว่าเขาก็ไม่หวั่นอะไรครับ แต่เขาจะคอยหาข้อมูลมาหลายโรงเรียนให้เราดูว่าที่ไหนรับสมัครบ้าง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 [เยาวชน])

“ไม่ละ หากเขาคาดหวังก็คงอยู่ในใจเขา แต่ไม่พูดให้เราฟัง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 [เยาวชน])

“ในใจเขาก็อยากให้เขาไปทำงานนะ แต่ก็ต้องถามลูกก่อนว่าเขาอยากได้อะไร ก็ตามใจลูกทุกอย่าง อยากให้เขาได้ทำงานตรงนั้นอย่างมีความสุข ถ้าเราไปบังคับก็ไม่มีมีความสุขในการทำงาน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12 [ผู้ปกครอง])

“กังวลค่ะ แม่เองก็ไม่ได้เรียนสูง จบ ป.6 ทำงานกับแม่เนี่ยก็ไม่ค่อยได้อยู่ด้วยกัน บางทีเราก็น้อยใจ เคยคุยกับเขาอยู่ค่ะ แต่บางทีก็ไม่รู้จะคุยอย่างไรและไม่รู้จะถามใคร” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12 [ผู้ปกครอง])

การขาดแรงจูงใจหรือเป้าหมายชีวิต

ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นเยาวชนทุกคนกล่าวถึงเป้าหมายในชีวิต แต่มีความชัดเจนในระดับที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยผู้ให้ข้อมูลบางคนกล่าวถึงความไม่สอดคล้องของอาชีพที่เป็นเป้าหมายกับความสามารถของตน บางคนแสดงถึงความไม่แน่ใจในสาขาที่เรียนจบว่าเป็นสาขาที่ตนชอบ และอยากทำงานในสาขานั้นอย่างแท้จริง และบางคนเลือกอาชีพตามความคาดหวังของพ่อแม่ที่ให้ความสำคัญกับความมั่นคงในชีวิต ทั้งที่ก็รู้ว่าอาจไม่ใช่อาชีพที่ตนชอบ ซึ่งส่งผลต่อความชัดเจนของเป้าหมายชีวิตและการขาดแรงจูงใจในการทำงาน

“เหตุที่ยังหางานไม่ได้ อย่างแรกก็ยังไม่หางานตรงสายไม่ได้ และอย่างที่สองยังประหม่าในฝีมือของตนเองด้วย ... (เป้าหมายในชีวิตอีก 5 ปีข้างหน้า) ก็ได้ทำงานที่ตัวเองมีความสุข

เรื่อย ๆ ไป มีเงินพอใช้ไม่ต้องรวยมาก ไม่ต้องหวือหวาอะไรมาก แต่ว่าตอนนี้มันยังไม่เจ๋งที่ชอบ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 [เยาวชน])

“หนูก็ยังไม่ได้หางาน เลยไม่รู้ว่าจะชอบหรือไม่ชอบ หนูมีความรู้สึกที่ว่าตัวเองเรียนบัญชีมา ก็อยากลองไปสายงานนี้ดู เผื่อจะต่อยอด เราเรียนจบมาแล้ว ถ้าเพื่อทำงานที่บ้าน อย่างน้อยเราก็มีประสบการณ์ที่ไปทำข้างนอกมาแล้ว” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 [เยาวชน])

“เรียนจบมา เราก็หวังจะอ่านหนังสืออีกรอบหนึ่ง เพื่อจะไปสอบครูรัฐบาล จะได้มีอาชีพที่มั่นคง ที่บ้านอยากให้รับราชการด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 [เยาวชน])

วิจารณ์

ปัจจัยเชิงคุณภาพที่อธิบายภาวะ NEET ของเยาวชน มีดังนี้ 1) ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ การขาดแรงจูงใจหรือเป้าหมายชีวิต 2) ปัจจัยครอบครัว ได้แก่ การสนับสนุนทางการเงินและการไม่สื่อสารความต้องการแบบตรงไปตรงมา และ 3) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ คุณสมบัติและประสบการณ์ที่ตนไม่มีสอดคล้องกับตลาดแรงงาน ปัจจัยด้านแรงจูงใจและเป้าหมายชีวิตมีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้ความมั่นใจ และความคาดหวังที่ถูกต้องต่อความสามารถของตนเอง ซึ่งส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของศศิธรวรรณ อินทรวงศ์¹⁵ ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถในตนเอง การรับรู้ลักษณะงานที่ตนปฏิบัติ และคุณภาพชีวิตในการทำงานเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของบุคลากร และการศึกษาในบัณฑิตจบใหม่ของพิมพา เหมนรากร¹⁶ ที่พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการทำงาน โดยผู้ที่มีความคิดเป็นของตนเองและเป็นตัวของตัวเองสูง มักมีแรงจูงใจในการเลือกงานที่เปิดโอกาสมีอิสระทางความคิดและท้าทายความสามารถ

การไม่ระบุความคาดหวังต่อการมีงานทำของลูกแบบตรงไปตรงมา รวมทั้งการตอบสนองด้วยการสนับสนุนด้านการเงินและทางจิตใจ มีผลทำให้เยาวชนกลุ่ม NEET รู้สึกว่าการไม่ได้ทำงานก็ไม่มีอะไร เพราะครอบครัวเข้าใจและสามารถรอคอยวันที่เขาพร้อมได้ การศึกษาเชิงคุณภาพของรัตติยา ภูละออ และคณะ¹ พบว่า ทัศนคติของบิดามารดาที่ไม่มีความพร้อมเรื่องการศึกษาส่งผลเชิงลบต่อการหางานของเยาวชนและเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เยาวชนกลุ่มนี้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้ความรุนแรงในครอบครัวและ

การใช้สารเสพติด อย่างไรก็ตาม ผลของการสนับสนุนด้านการเงิน และค่าใช้จ่ายต่อภาวะ NEET ที่พบในการศึกษานี้ อาจไม่สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าครอบครัวที่มีข้อจำกัดทางการเงินและว่างงานมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ NEET และปัญหาด้านสุขภาพจิตของเยาวชน¹⁷ ซึ่งอาจสะท้อนความแตกต่างของบริบทและค่านิยมในการเลี้ยงดูและมุมมองของผู้ปกครองต่อภาวะ NEET ของเยาวชน

ความไม่สอดคล้องระหว่างคุณสมบัติและประสบการณ์กับความต้องการของตลาดแรงงานสอดคล้องกับการศึกษาของซาลิสซา สาคร¹⁸ ที่ระบุว่าปัญหาการว่างงานอาจเกิดจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรในประเทศ และสภาพเศรษฐกิจที่ตกต่ำ ซึ่งส่งผลต่อความต้องการของตลาดแรงงานที่ไม่สอดคล้องกับบุคคล นอกจากนี้ข้อมูลของธนาคารแห่งประเทศไทยยังระบุว่าประชากรที่มีสัดส่วนการว่างงานมากที่สุดคือผู้ที่จบในระดับชั้นปริญญาตรี¹⁹ สะท้อนถึงความไม่สอดคล้องของการว่างงานกับทักษะวุฒิการศึกษา และค่านิยมของบัณฑิตจบใหม่ในปัจจุบัน ทั้งนี้ การว่างงานในบริบทประเทศไทยอาจไม่ได้สะท้อนสถานะการไม่ได้ทำงานเสมอไป เนื่องจากประเทศไทยมีเศรษฐกิจนอกระบบขนาดใหญ่ ซึ่งเป็นแหล่งดูดซับกำลังแรงงานได้เป็นอย่างดี ทำให้ผู้ว่างงานอาจยังสามารถทำงานในเศรษฐกิจนอกระบบ²⁰

จากปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะ NEET ดังกล่าว สามารถเป็นข้อมูลสำหรับแนวทางการป้องกันและแก้ไขภาวะ NEET โดยเฉพาะการพัฒนากระบวนการศึกษาทั้งในระดับมัธยมศึกษาและมหาวิทยาลัยเพื่อช่วยให้เยาวชนค้นพบตนเอง ทั้งความชอบ ความสนใจ รวมถึงศักยภาพของตน ทั้งนี้ การศึกษานี้พบความปนเปกันระหว่างความต้องการที่แท้จริงของเยาวชนกับความคาดหวังของครอบครัว กล่าวคือ ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นเยาวชนหลายคนเลือกอาชีพตามความคาดหวังของผู้ปกครอง ที่ให้ความสำคัญอย่างมากกับงานที่มีความมั่นคง ทั้งที่รู้ว่าอาจไม่ใช่อาชีพที่ตนชอบ ทำให้ไม่มีความกระตือรือร้นมากนัก แนวทางที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีการสื่อสารที่ชัดเจนถึงความคาดหวังเรื่องงานและวิธีการเลี้ยงลูกที่เหมาะสม ดังผลการศึกษานี้ที่สะท้อนให้เห็นว่าการเลี้ยงลูกแบบเพื่อนอาจไม่สอดคล้องกับบทบาทและความรับผิดชอบของผู้ปกครองด้านอื่น ๆ ในการส่งเสริมให้

เยาวชนสามารถดูแลตนเองได้²¹ นอกจากนี้ การที่ผู้ปกครองที่ต้องทำงานต่างถิ่นก็อาจทำให้การสื่อสารภายในครอบครัวลดลง¹ สะท้อนให้เห็นว่าการแก้ไขปัญหา NEET ยังเกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาโครงสร้างทางสังคมในภาพรวม โดยเฉพาะความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและโอกาส²²

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดดังนี้ ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นเยาวชนทุกคนจบการศึกษาระดับปริญญาตรีและกำลังหางาน ผลการศึกษาจึงอาจสะท้อนถึงมุมมองด้านเดียวจากผู้ที่มีภาวะ NEET และอาจไม่สะท้อนถึงมุมมองของเยาวชนกลุ่มอื่น ๆ โดยเฉพาะผู้ที่ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษาหรือออกจากการศึกษากลางคัน นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ปกครองมีจำนวนน้อย ซึ่งส่งผลต่อความอึดตัวของข้อมูลในมุมมองผู้ปกครอง จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดครอบคลุมมากขึ้น

สรุป

ปัจจุบันเยาวชนมีภาวะ NEET เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะ NEET หรือทำให้ภาวะ NEET ยาวนานออกไป ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ การขาดแรงจูงใจและเป้าหมายชีวิต ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ การสนับสนุนทางการเงิน การไม่สื่อสารความต้องการและความคาดหวังอย่างตรงไปตรงมา และปัจจัยภายนอก ได้แก่ ความไม่สอดคล้องกันระหว่างคุณสมบัติและประสบการณ์ของเยาวชนกับความต้องการของตลาดแรงงาน ซึ่งล้วนมีส่วนให้เยาวชนขาดความมุ่งมั่นในการเรียนหรือการทำงาน ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ปกครองให้มีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการดูแลเยาวชนที่เหมาะสม ตลอดจนการพัฒนากระบวนการศึกษาและบริการให้คำปรึกษา เพื่อช่วยให้เยาวชนค้นพบศักยภาพของตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการประสานงานและเก็บข้อมูล ขอขอบคุณคุณณัฐพร กังสวิวัฒน์ ที่ช่วยประสานงาน และคุณนราทิพย์ สงวนพานิช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่ให้คำปรึกษาด้านสถิติ การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะ NEET และปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะ NEET ในเยาวชนไทย¹¹

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2566

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

เมธินี ชินนเทศน์ : ออกแบบการวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนต้นฉบับ ; ชาญวิทย์ พรนภดล : ออกแบบการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบต้นฉบับ ; วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์ : เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบต้นฉบับ ; วัลลภ อัจฉริยะสิงห์ : ออกแบบการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบต้นฉบับ

เอกสารอ้างอิง

- Bhulaor R, Saengprajakkul S, Thongwan P. Report of knowledge building and promotion of youth who are not in employment, education or training (NEETs), and youth who are disengaged in human capital accumulation activities for fostering youth potential to enter into the labor market. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2020.
- Ralston K, Everington D, Feng Z, Dibben C. Economic Inactivity, not in employment, education or training (NEET) and scarring: the importance of neet as a marker of long-term disadvantage. *Work Employ Soc.* 2021;36(1):59-79. doi:10.1177/0950017020973882.
- Bania EV, Eckhoff C, Kvernmo S. Not engaged in education, employment or training (NEET) in an arctic sociocultural context: the NAAHS cohort study. *BMJ Open.* 2019;9(3):e023705. doi:10.1136/bmjopen-2018-023705.
- International Labour Organization. Young people not in employment, education or training [Internet]. Geneva: International Labour Organization; 2019 [cited 2024 Aug 12]. Available from: https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/26634NEET_Sida_brief.pdf
- Tanton C, McDonagh L, Cabecinha M, Clifton S, Geary R, Rait G, et al. How does the sexual, physical and mental health of young adults not in education, employment or training (NEET) compare to workers and students? *BMC Public Health.* 2021;21(1):412. doi:10.1186/s12889-021-10229-6.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. Adolescent education and pre-employment interventions in Australia: keeping young people in education, employment and training. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2023.
- Manhica H, Lundin A, Danielsson AK. Not in education, employment, or training (NEET) and risk of alcohol use disorder: a nationwide register-linkage study with 485 839 Swedish youths. *BMJ Open.* 2019;9(10):e032888. doi:10.1136/bmjopen-2019-032888.
- Rodwell L, Romaniuk H, Nilsen W, Carlin JB, Lee KJ, Patton GC. Adolescent mental health and behavioural predictors of being NEET: a prospective study of young adults not in employment, education, or training. *Psychol Med.* 2018;48(5):861-71. doi:10.1017/S0033291717002434.
- Plenty S, Magnusson C, Låftman SB. Internalising and externalising problems during adolescence and the subsequent likelihood of being Not in Employment, Education or Training (NEET) among males and females: The mediating role of school performance. *SSM Popul Health.* 2021;15:100873. doi:10.1016/j.ssmph.2021.100873.
- Lindblad V, Ravn RL, Gaardsted PS, Hansen LEM, Lauritzen FF, Melgaard D. Beyond the mind: understanding the influence of mental health on youth NEET status in Europe—a systematic literature review. *J Adolesc.* 2024;96(7):1428-44. doi:10.1002/jad.12374.
- Intharawong S. Influence of perceived self-efficacy, job characteristics and quality of working life on job performance of staff in new university association [Thesis]. Pathum Thani: Rajamangala University of Technology Thanyaburi; 2017. (in Thai)
- Bank of Thailand. Unemployed persons classified by reason for leaving employment [Internet]. Bangkok: Bank of Thailand; 2022 [cited 2024 Aug 12]. Available from: <https://www.bot.or.th/th/research-and-publications/articles-and-publications/articles/regional-articles/reg-article-2022-05.html> (in Thai)

13. Boonrod C, Pornnoppadol C, Atsariyasing W. Prevalence of not in education, employment, or training (NEET), associated factors, and the relationship with game addiction among youth aged 15 - 25 years in Thailand. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2024;69(3): 308-20. (in Thai)
14. Elo S, Kääriäinen M, Kanste O, Pölkki T, Utriainen K, Kyngäs H. Qualitative content analysis: a focus on trustworthiness. *SAGE Open*. 2014;4(1):1-10. doi:10.1177/2158244014522633.
15. Lindblad V, Kragholm KH, Gaardsted PS, Hansen LEM, Lauritzen FF, Melgaard D. From illness to inactivity: exploring the influence of physical diseases on youth not in education, employment, or training status in Europe: a systematic literature review. *J Adolesc*. 2024;96(8):1695-712. doi:10.1002/jad.12386.
16. Hemnarakorn P. The social factors affecting new graduates unemployment [Thesis]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2022. (in Thai)
17. Rahmani H, Groot W, Rahmani AM. Unravelling the NEET phenomenon: a systematic literature review and meta-analysis of risk factors for youth not in education, employment, or training. *Int J Adolesc Youth*. 2024;29(1):1-22. doi:10.1080/02673843.2024.2331576.
18. Sakorn C. Factors affecting unemployment in Thailand [Thesis]. Chiang Mai: Maejo University; 2022. (in Thai)
19. Bank of Thailand. Unemployed persons classified by reason for leaving employment [Internet]. Bangkok: Bank of Thailand; 2019 [cited 2024 Aug 12]. Available from: https://app.bot.or.th/BTWS_STAT/statistics/BOTWEBSTAT.aspx?reportID=669&language=TH (in Thai)
20. Chaidetakkul T, Sethsombun P. The implications behind the low unemployment rate [Internet]. Bangkok: Bank of Thailand; 2019 [cited 2024 Aug 12]. Available from: https://www.bot.or.th/th/research-and-publications/articles-and-publications/articles/Article_06Feb2019.html (in Thai)
21. Baby Best Buy Editorial Team. The negative aspects of parenting like a friend [Internet]. Bangkok: Ace Con (Thailand) Co., Ltd.; 2020 Jul 20 [cited 2024 Aug 12]. Available from: https://www.babybbb.com/article_detail.php?nid=262 (in Thai)
22. Russell L. The realities of being young, unemployed and poor in post-industrial Britain. *Power and Education*. 2016;8(2):160-75. doi:10.1177/1757743816651896.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การประเมินต้นทุน-ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท

วันรับ : 18 กันยายน 2567
วันแก้ไข : 17 มกราคม 2568
วันตอบรับ : 14 มีนาคม 2568

ณัฐพัชร สุนทรโรวิทย์, พย.ม., เบ็ญจา นิ่มนวล, พย.ม.,
ปานิสรา อินทร์กันทุม, พย.ม., นพพร ลาดบัวขาว, พย.ม.
โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชครินทร์ กรมสุขภาพจิต จังหวัดเลย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อวิเคราะห์ความคุ้มค่าต้นทุนของการบูรณาการโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในการดูแลตามปกติ

วิธีการ : การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลร่วมกับการวิจัยกึ่งทดลองในผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชครินทร์ กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วย 5 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที 2 สัปดาห์ต่อเนื่อง และสำหรับญาติ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติอย่างเดียว ประเมินคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา คุณภาพชีวิต อรรถประโยชน์ (ปีสุขภาวะ) และภาระการดูแล ก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ วิเคราะห์ต้นทุนด้วยแบบประเมินต้นทุนในมุมมองของสังคมและคำนวณอัตราส่วนของต้นทุนต่อประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (incremental cost-effectiveness ratio: ICER)

ผล : กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 13 คู่ มีต้นทุนรวมต่อปี 1,751,028.23 บาทและ 1,683,135.05 บาท ตามลำดับ จำแนกเป็นต้นทุนผู้ให้บริการ 1,520,348.23 บาทและ 1,465,905.05 บาท ตามลำดับ ต้นทุนผู้รับบริการ 230,680 บาทและ 217,230 บาท ตามลำดับ การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและอรรถประโยชน์เพิ่มขึ้นและภาระการดูแลของผู้ดูแลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คิดเป็น ICER เท่ากับ 94,955.50 บาทต่อปีสุขภาวะ

สรุป : การบูรณาการโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระบบการดูแลตามปกติของผู้ป่วยจิตเภทมีความคุ้มค่าเนื่องจากใช้เงินเพิ่มขึ้นไม่เกิน 160,000 บาทต่อปีสุขภาวะ

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, ต้นทุน-ประสิทธิผล, โรคจิตเภท, ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา, ภาระผู้ดูแล

ติดต่อผู้นิพนธ์ : ณัฐพัชร สุนทรโรวิทย์; e-mail: s.nuttaphat@gmail.com

Original article

Cost-effectiveness analysis of a medication adherence enhancement program for patients with schizophrenia

Received : 18 September 2024

Revised : 17 January 2025

Accepted : 14 March 2025

Nuttaphat Suntarowit, M.N.S., Benja Nimnuan, M.N.S.,

Panisara Inkantum, M.N.S., Nopporn Ladbuakhao, M.N.S.

Loei Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Loei Province

Abstract

Objective: To evaluate the cost-effectiveness of integrating a medication adherence enhancement program for patients with schizophrenia into the standard care.

Methods: A cost-effectiveness analysis was conducted alongside a quasi-experimental study involving patients with stable schizophrenia and their caregivers at Loei Rajanagarindra Psychiatric Hospital. The experimental group received standard care in combination with a medication adherence enhancement program, comprising five 60-minute sessions for patients delivered over two consecutive weeks and one 60-minute session for caregivers. The control group received only standard care. Outcomes measured included medication adherence behaviors, quality of life, utility (QALYs), and caregiver burden scores, assessed at baseline, post-intervention, and at a 6-month follow-up. Data were analyzed using descriptive statistics and repeated measures ANOVA. Cost analysis was conducted from a societal perspective, and the incremental cost-effectiveness ratio (ICER) was calculated.

Results: A total of 13 patient-caregiver pairs in each group participated in the study. The total annual cost was THB 1,751,028.23 for the intervention group and THB 1,683,135.05 for the control group. Of these, provider costs were THB 1,520,348.23 and THB 1,465,905.05, respectively, and patient and caregiver costs were THB 230,680 and THB 217,230, respectively. Repeated measures ANOVA showed that the intervention group had significantly greater improvements in medication adherence behaviors and utility, and significantly reduced caregiver burden compared to the control group. The ICER was calculated at THB 94,955.50 per QALY.

Conclusion: Integrating a medication adherence enhancement program into routine care for patients with schizophrenia is cost-effective, incurring an additional cost of less than THB 160,000 per QALY gained.

Keywords: caregiver burden, cost-effectiveness, medication adherence, quality of life, schizophrenia

Corresponding author: Nuttaphat Suntarowit; e-mail: s.nuttaphat@gmail.com

ความรู้เดิม : โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่อิงแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับการเสริมแรงใจและการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ความรู้ใหม่ : การบูรณาการโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ร่วมกับการดูแลตามปกติช่วยเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและลดภาระของผู้ดูแลมากกว่าการดูแลตามปกติอย่างเดียวยังมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้ต้นทุนรวมต่อปี 1,751,028.23 บาท และ 1,683,135.05 บาท ตามลำดับ คิดเป็น 94,955.50 บาท ต่อปีสุขภาพที่เพิ่มขึ้น 1 ปี จึงมีความคุ้มค่าคุ้มทุน เนื่องจากต่ำกว่าเกณฑ์ 160,000 บาทต่อปีสุขภาพ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การวางแผนขยายผลและบริหารทรัพยากรสุขภาพจิตเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการดูแลรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นปัญหาทางจิตเวชและทางสาธารณสุขที่สำคัญและพบได้บ่อย โดยมีความชุกตลอดชีวิตประมาณร้อยละ 0.5 - 1.0 ของประชากรทั่วไปในประเทศไทย¹ จากรายงานของกรมสุขภาพจิต พบว่าในปีงบประมาณ 2562 - 2564 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไปประมาณร้อยละ 14 โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาร้อยละ 94² สาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ การขาดความรู้เกี่ยวกับยา การเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรัง การเกิดอาการข้างเคียง การขาดความรู้เรื่องโรคและการรับรู้การเจ็บป่วย การมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเจ็บป่วย และขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว³⁻⁷

การค้นหาปัญหาและการจัดการพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ร่วมกับการปรับแก้ไขความคิดความเชื่อที่ว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้ การสร้างแรงจูงใจในการรับรู้ศักยภาพของตนในทางบวก และการเสริมแรงจากผู้ดูแล สามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ที่ผ่านมามีการศึกษาความเป็นไปได้

ในการเสริมสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท^{8,9} อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่เป็นการศึกษารายกรณีหรือศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ญัฐพัชร์ สุนท์โรทัย และคณะ¹⁰ ได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยนำกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion model)¹¹ พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ต่อมาได้นำโปรแกรมมาพัฒนาต่อยอดในบางกิจกรรมและเพิ่มกิจกรรมในกลุ่มผู้ดูแล โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎี motivation interviewing (MI)¹², cognitive behavior therapy (CBT)¹³⁻¹⁶ และ health belief model (HBM)¹⁷ เป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมกลุ่มปิด ดำเนินกิจกรรม 6 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที 2 สัปดาห์ต่อเนื่อง โดยครั้งที่ 6 เป็นกิจกรรมกลุ่มผู้ดูแลแบบรายบุคคล การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยและญาติกลุ่มละ 50 คน แต่ละกลุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 25 คน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน¹⁸ แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของโปรแกรมในการลดความรุนแรงของอาการและความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งอาจช่วยลดความรู้สึกละอายใจของผู้ดูแล เพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ตลอดจนลดค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการทดสอบประสิทธิผลในระยะเริ่มต้นดังกล่าวรวมถึงความคุ้มค่าในเชิงทางเศรษฐศาสตร์ของโปรแกรมนี้อย่างชัดเจน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความคุ้มค่าคุ้มทุนของการบูรณาการโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ร่วมกับการดูแลตามปกติ เปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติอย่างเดียว เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการบริหารทรัพยากรเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สูงสุด

วิธีการ

การประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์และสาธารณสุข (health economic evaluation) ร่วมกับการวิจัยกึ่งทดลอง

(quasi-experimental study) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ทดสอบผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมกับการดูแลตามปกติ เปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติอย่างเดียวในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล 6 เดือน 2) ประมาณต้นทุนต่อหน่วยของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและการดูแลตามปกติ และ 3) ประเมินความคุ้มค่าของโปรแกรมด้วยการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (cost-effectiveness analysis: CEA) ของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมกับการดูแลตามปกติเปรียบเทียบกับ การดูแลตามปกติอย่างเดียว การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมสุขภาพจิต เลขที่ หนังสือรับรอง DMH.IRBCOA 043/2565 วันที่ 15 ธันวาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ในช่วงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2566

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) อายุ 18 - 59 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภท (F20.00 - F20.90) ตามเกณฑ์ของบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) 3) เข้ารับการรักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในครั้งที่ 2 4) มีประวัติขาดยา กินยาไม่สม่ำเสมอ หรือหยุดกินยา 5) มีผู้ดูแล/ญาติหลัก 6) ผู้ป่วยอยู่ในระยะก่อนจำหน่าย (pre-discharge phase) 7) อาการทางจิตสงบจากการประเมินด้วย brief psychiatric rating scale (BPRS) มีคะแนนน้อยกว่า 36 โดยข้อ 6, 7, 8 และ 18 ต้องไม่เกิน 2 คะแนน 8) ไม่มีภาวะบกพร่องทางสมองจากการประเมินด้วย mini-mental state examination (MMSE) มีคะแนน 14 ขึ้นไป และ 9) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) เป็นโรคทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาหรือการตอบสนองต่อการรักษา เช่น โรคหลอดเลือดสมองและโรคทางสมอง หรือ 2) มีอาการเปลี่ยนแปลงจากภาวะแทรกซ้อนทางกายที่จำเป็นต้องส่งต่อรักษา

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลที่ช่วยเหลือดูแลของผู้ป่วยจิตเภทโดยตรงขณะเจ็บป่วยอยู่บ้าน ทั้งที่มีและไม่มีค่าตอบแทน ทั้งที่อาศัยและ

ไม่ได้อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย 2) ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน หรือ 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน 3) อายุ 20 ปีขึ้นไป และ 3) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทย

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับสถิติ F-test ในการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) โดยใช้หลักการ power analysis ของ Cohen¹⁹ กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (power) ที่ .80 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่ผ่านมาที่ 0.20^{18,20-22} ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 24 คน²³ เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อทดแทนกรณีข้อมูลสูญหาย ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 26 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 13 คู่

โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

พัฒนาโดยทีมผู้วิจัยตามกระบวนการดังกล่าวข้างต้น ซึ่งเป็นการบูรณาการกลยุทธ์ตามแนวคิด health promotion model,¹¹ MI,¹² CBT¹³⁻¹⁶ และ HBM¹⁷ เป็นการจัดกิจกรรมในรูปแบบกลุ่มปิด กลุ่มละ 6 - 7 คน ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ต่อเนื่อง ผู้บำบัดหลักและผู้ช่วยผู้บำบัด คือ พยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์การทำกลุ่มบำบัดอย่างน้อย 5 ปี ประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที โดยครั้งที่ 1 - 5 เป็นกิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้ป่วย ครั้งที่ 6 เป็นกิจกรรมสำหรับผู้ดูแลแบบรายบุคคล ดังนี้

ครั้งที่ 1 รู้เท่าทันโรค รู้เท่าทันตน มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และยอมรับต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ใช้กลยุทธ์ CBT ให้สมาชิกแลกเปลี่ยนความเชื่อ ประสบการณ์ และผลกระทบจากการรักษาด้วยยา และอาการข้างเคียงเกี่ยวกับยาจิตเวช

ครั้งที่ 2 ขาดยาเหมือนขาดใจ มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาและสามารถจัดการอาการข้างเคียงของยาจิตเวชได้ ใช้กลยุทธ์ HBM ให้สมาชิกกลุ่มประเมินและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับรู้ ความเข้าใจ และสาเหตุของการเจ็บป่วย และตั้งคำถามเพื่อให้สมาชิกทบทวนและตระหนักถึงพฤติกรรมต่อการรับรู้สาเหตุและอาการของการเจ็บป่วยที่ผ่านมา

ครั้งที่ 3 ใส่ใจดูแล มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการจัดยาที่เหมาะสมกับตนเอง

ใช้กลยุทธ์ MI ด้วยคำถาม 3A ค้นหาแรงจูงใจด้วยคำถามปลายเปิด สร้างความร่วมมือและสัมพันธภาพด้วยการแสดงความชื่นชม และให้สมาชิกพิจารณาทางเลือกและฝึกการจัดการที่ยาที่เหมาะสมกับตนเอง

ครั้งที่ 4 ทุกอย่างมีทางออก มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการกับปัญหา/อุปสรรคในการใช้ยาอย่างเหมาะสม โดยใช้กลยุทธ์ HBM ให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้และระบุปัญหา/อุปสรรคในอดีต กำหนดเป้าหมายและการจัดการอารมณ์ที่มีต่อปัญหา เรียงลำดับความสำคัญของปัญหาค้นหาทางเลือกการแก้ปัญหา คาดการณ์ผลทางบวกและผลทางลบที่จะเกิดขึ้นต่อตนเองหรือสังคม ลงมือแก้ปัญหาตามทางเลือกการแก้ปัญหาที่เลือกไว้ และประเมินผลตามความเป็นจริง

ครั้งที่ 5 ความสำเร็จสร้างได้ด้วยตัวคุณ มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถสังเกตอาการเตือนของโรคจิตเภท ใช้กลยุทธ์ CBT ให้สมาชิกกลุ่มทบทวนและแลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ถึงอาการเตือนที่เคยเกิดขึ้นกับตัวเองและสรุปความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคจิตเภท

ครั้งที่ 6 ผู้ป่วยปลอดภัย คนดูแลสุขใจ มีเป้าหมายให้ญาติ/ผู้ดูแลมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงการกลับเป็นซ้ำ ความรุนแรงของการเป็นโรค ประโยชน์ของการรักษาด้วยยาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ใช้กลยุทธ์ HBM ให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพิ่มโอกาสและลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแล โดยการสร้างการรับรู้และให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและการจัดการอุปสรรคก่อนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD

การประเมินความเชื่อถือได้ระหว่างผู้บำบัดด้วย intra-rater reliability พบว่าโปรแกรมมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient: ICC) เท่ากับ 0.97 (95% CI = 0.96 - 0.98)

การดูแลตามปกติ

กิจกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยตามแบบแผนของหอผู้ป่วย มีการให้คำแนะนำ การให้ความรู้ และการดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสภาพได้รับกิจกรรมบำบัด ดังนี้ การจัดการความเครียด

กลุ่มนันทนาการ และกลุ่มสุขศึกษา ซึ่งผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มภายใน 1 สัปดาห์ วันละ 1 กลุ่ม กลุ่มละ 60 นาที

เครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัว ความพอเพียงของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท จำนวนครั้งในการนอนโรงพยาบาล ผู้ที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย/ผู้ดูแลหลัก การมาพบแพทย์ การกินยา และปัญหาและอุปสรรคในการกินยา ส่วนของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัว ความพอเพียงของรายได้ ค่าตอบแทนในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกัน และจำนวนสมาชิกที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคทางจิตเวช

2. แบบประเมินอาการทางจิต (brief psychiatric rating scale: BPRS) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยพันธุภากิตติรัตน์ไพบูลย์²⁴ มีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87 ประกอบด้วย การประเมินอาการทางจิต 18 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 ไม่มีอาการ จนถึง 7 มีอาการรุนแรงมาก โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยต้องมีคะแนนน้อยกว่า 36 จึงเข้าสู่การศึกษา

3. แบบทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (mini-mental state examination-Thai version: MMSE-Thai 2002)²⁵ มีค่าความเที่ยงจาก inter-rater reliability เท่ากับ 0.81 ค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (Cohen's kappa) 0.90 - 1.00 โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีคะแนน 14 ขึ้นไปจึงเข้าสู่การศึกษา

4. แบบวัดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา¹⁸ มี 21 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 ไม่เคย จนถึง 4 ทุกวัน แปลผลคะแนนรวมดังนี้ น้อยกว่า 39 คะแนน มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาระดับต่ำ 39 - 53 คะแนน มีพฤติกรรมระดับปานกลาง และมากกว่า 53 คะแนน มีพฤติกรรมระดับสูง แบบวัดมีความตรงของเนื้อหาจากดัชนี item-objective congruence (IOC) เท่ากับ 1 และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.81

5. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (World Health Organization quality of life brief version-Thai: WHOQOL-BREF-THAI)²⁶ ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ทั้งที่เป็นภาวะวิสัย (perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) มีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.84 ค่าความเที่ยงตรง 0.6515 แปลผลคะแนนรวมดังนี้ 26 - 60 คะแนน มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 61 - 95 คะแนน มีคุณภาพชีวิตปานกลาง และ 96 - 130 คะแนน มีคุณภาพชีวิตที่ดี

6. แบบประเมินคุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L)²⁷ ใช้ประเมินความพึงพอใจของบุคคลต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว และความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 ไม่มีปัญหา จนถึง 5 ไม่สามารถทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้หรือมีปัญหาหนักที่สุด คำานวนคะแนนอรรถประโยชน์จากสภาวะสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์หักลบด้วยค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละมิติทางสุขภาพทั้ง 5 ด้าน มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง 1 โดย 1 หมายถึง สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ที่สุด และ 0 หมายถึง สุขภาพที่แย่มากที่สุดหรือเสียชีวิต ส่วนค่าอรรถประโยชน์ที่ติดลบหมายถึงสภาวะที่แย่มากกว่าตาย (worse than dead)

7. แบบประเมินภาระการดูแลของ Zarit ฉบับภาษาไทย (Zarit burden interview-Thai version)²⁸ ใช้ประเมินความเครียดและผลกระทบของผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 12 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 ไม่เลย จนถึง 4 แทบทุกครั้ง คะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 0 - 10 คะแนน มีภาระการดูแลระดับน้อย 11 - 20 คะแนน มีภาระระดับปานกลาง และมากกว่า 20 คะแนน มีภาระระดับมาก แบบประเมินมีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.88

8. แบบบันทึกต้นทุนสำหรับมุมมองของสังคม พัฒนาโดยรณนปวีร์ บุญใหญ่ และณฐมน พรหมอ่อน²⁹ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ 1) แบบบันทึกต้นทุนกลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ ต้นทุนที่ไม่ได้เก็บค่าบริการ ต้นทุนค่าบริการทางแพทย์ และต้นทุนการให้บริการโปรแกรม และ 2) แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนผู้มารับบริการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางพาผู้ป่วยมารับรักษา

การคำนวณต้นทุน

ต้นทุน (cost) หมายถึง ค่าใช้จ่ายหรือทรัพยากรที่สามารถวัดเป็นตัวเงินได้ที่ต้องเสียไปในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการแก่ผู้ป่วยผู้ป่วยโรคจิตเภทที่โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชชนครินทร์ โดยการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนในปีงบประมาณ 2565 ในมุมมองสังคม (societal perspective) แบ่งเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. ต้นทุนค่าแรง (labor cost) หมายถึง รายจ่ายที่จ่ายให้บุคลากรที่ทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือคนไข้ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เป็นค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานรวมทั้งค่าสวัสดิการต่าง ๆ ที่จ่ายในรูปของตัวเงิน เช่น เงินเดือน ค่าจ้าง เงินประจำตำแหน่ง เงินเพิ่มพิเศษ และค่าตอบแทนค่าล่วงเวลา คิดจากชั่วโมงในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยชั่วโมงการทำงาน 1 ปีและคูณด้วยรายได้ทั้งหมดต่อปี รายละเอียดขั้นตอนการคำนวณดังแสดงไว้ในภาคผนวก

2. ต้นทุนการดำเนินการ (operating cost) หมายถึง ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับวัสดุเครื่องใช้ในการดำเนินงาน แบ่งเป็นต้นทุนการให้บริการทางการแพทย์ (medical cost) เช่น ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ และค่าบริการทางการแพทย์ และต้นทุนที่ไม่ใช่บริการทางการแพทย์ (non-medical cost) เช่น ค่าวัสดุสำนักงาน วัสดุอาหารและโภชนาการ วัสดุงานบ้านงานครัว วัสดุก่อสร้าง วัสดุทางด้านงานไฟฟ้า วัสดุเชื้อเพลิงและยานพาหนะ ค่าจ้างเหมา ค่าซ่อมต่าง ๆ ตลอดจนค่าสาธารณูปโภคต่าง ๆ รายละเอียดขั้นตอนการคำนวณดังแสดงไว้ในภาคผนวก

3. ต้นทุนค่าลงทุน (capital cost) หมายถึง ต้นทุนค่าเสื่อมราคา (capital depreciation cost) ประจำปีของครุภัณฑ์และอาคารสิ่งก่อสร้าง โดยคิดค่าเสื่อมราคาแบบเส้นตรง (simple straight line depreciation) อายุการใช้งาน และค่าเสื่อมราคาของของครุภัณฑ์ใช้เกณฑ์คำนวณตามกรมบัญชีกลาง³⁰ ส่วนค่าเสื่อมราคาสิ่งก่อสร้างคำนวณจากอายุในการใช้งานตามประเภทสิ่งก่อสร้างและสัดส่วนพื้นที่การใช้งานของแต่ละหน่วยงาน

4. ต้นทุนของผู้รับบริการ หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่ผู้รับบริการต้องแบกรับโดยตรง (out-of-pocket expenditure) หรือโดยอ้อมในการเข้ารับบริการ ประกอบด้วย ต้นทุนด้านการแพทย์ (medical cost) เช่น ค่าตรวจ ค่ารักษา ค่ายา และค่าห้องที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพิ่มเติมนอกเหนือจากสิทธิประกันสุขภาพ ต้นทุนที่ไม่ใช่ด้านการแพทย์ (non-medical cost) เช่น ค่าเดินทาง ค่าที่พัก และค่าอาหาร และต้นทุนค่าเสียโอกาส (opportunity cost) คำนวณจากจำนวนวันที่หยุดงานคูณกับรายได้เฉลี่ยต่อวัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างและให้ลงลายมือชื่อเมื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย ดำเนินการคัดกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมกับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติอย่างเดียว โดยดำเนินโปรแกรมกับกลุ่มทดลองจนครบทุกคนแล้วจึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมเพื่อไม่ให้สมาชิกกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบกันระหว่างที่มีการดำเนินโปรแกรม และกำหนดผู้เก็บข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโปรแกรมและไม่รู้ว่ากลุ่มใดเป็นกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา คุณภาพชีวิต และภาระการดูแล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ที่ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 6 เดือน ด้วยการทดสอบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measured ANOVA) โดยทดสอบข้อตกลง (assumption) ของการใช้ คือ normality of distribution ของข้อมูลด้วยวิธี Shapiro-Wilk test ผลการทดสอบพบว่า ข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ ($p > .05$) จึงสามารถใช้การทดสอบดังกล่าวได้

คำนวณปีสุขภาวะ (quality-adjusted life year: QALY) ในกรอบระยะเวลา 1 ปี โดยใช้ค่าอัตราประโยชน์จากแบบประเมิน EQ-5D-5L ที่ระยะติดตามผล 6 เดือนคูณด้วย 1 จากนั้นวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (CEA) โดยคำนวณเป็นอัตราส่วนต้นทุนต่อประสิทธิผลส่วนเพิ่ม

(incremental cost-effectiveness ratio: ICER) จากสูตร $ICER = (C_1 - C_0)/(E_1 - E_0)$ โดยที่ C_1 คือ ต้นทุนของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาร่วมกับการดูแลตามปกติ C_0 คือ ต้นทุนของการดูแลตามปกติ E_1 คือ QALY ที่ระยะติดตามผล 6 เดือนของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาร่วมกับการดูแลตามปกติ และ E_0 คือ QALY ที่ระยะติดตามผล 6 เดือนของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผล

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 26 คน เป็นเพศชายร้อยละ 53.8 หญิงร้อยละ 46.2 อายุเฉลี่ยกลุ่มควบคุม 38.62 ปี กลุ่มทดลอง 42.92 ปี มีสถานภาพโสดร้อยละ 46.2 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 10,000 บาทร้อยละ 73.1 มีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท 4 ปีขึ้นไปร้อยละ 88.5 ผู้ดูแลหลักเป็นพ่อแม่ ร้อยละ 53.8 และพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีสัดส่วนอายุ 51 - 70 ปี ร้อยละ 30.8 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีสัดส่วนร้อยละ 7.7 ดังตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล 26 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.1 ชายร้อยละ 26.9 อายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 38.5 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 69.2 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.3 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 10,000 บาท ร้อยละ 73.1 ทุกคนไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแลผู้ป่วย เวลาดูแลผู้ป่วย 4 ชั่วโมงต่อวันขึ้นไปร้อยละ 88.5 มีสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกัน 4 - 6 คนร้อยละ 61.5 และพบว่าผู้ดูแลกลุ่มควบคุมมีอายุ 41 - 50 ปีมากที่สุด ร้อยละ 41.7 ขณะที่กลุ่มทดลองมีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 46.2 ดังตารางที่ 2

ต้นทุนในมุมมองผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาร่วมกับการดูแลตามปกติและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างเดียวมีต้นทุนรวมต่อปี 1,751,028.23 บาทและ 1,683,135.05 บาท ตามลำดับ คิดเป็นต้นทุนต่อคน 134,694.48 บาทและ 129,471.93 บาท ตามลำดับ จำแนกเป็นต้นทุนผู้ให้บริการ 1,520,348.23 บาท (116,949.86 บาทต่อคน) และ 1,465,905.05 บาท (112,761.93 บาทต่อคน) ตามลำดับ ต้นทุนผู้รับบริการ

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 26)

	กลุ่มควบคุม (n = 13)		กลุ่มทดลอง (n = 13)			กลุ่มควบคุม (n = 13)		กลุ่มทดลอง (n = 13)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ					จำนวนครั้งในการนอน				
ชาย	7	53.8	7	53.8	โรงพยาบาล				
หญิง	6	46.2	6	46.2		10	76.9	9	69.2
อายุ						2	15.4	3	23.1
21 - 30 ปี	4	30.8	1	7.7		1	7.7	1	7.7
31 - 40 ปี	4	30.8	5	38.5	$\bar{X} \pm SD$	2.31 ± 0.630		2.38 ± 0.650	
41 - 50 ปี	4	30.8	3	23.1	Median (min, max)	2 (2, 4)		2 (2, 4)	
51 - 60 ปี	0	0.0	4	30.8	ผู้ที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย/				
61 - 70 ปี	1	7.7	0	0.0	ผู้ดูแลหลัก				
$\bar{X} \pm SD$	38.62 ± 10.178		42.92 ± 9.269		ตายาย ปู่ ย่า	1	7.7	1	7.7
Median (min, max)	39 (26, 61)		42 (30, 57)		พี่น้อง	2	15.4	1	7.7
สถานภาพสมรส					น้ำ อา ป้า ลุง	1	7.7	0	0.0
โสด	7	53.8	5	38.5	พ่อแม่	8	61.5	6	46.2
สมรส	2	15.4	3	23.1	ภรรยาสามี	1	7.7	1	7.7
แยกกันอยู่	2	15.4	1	7.7	ลูกสาว/ลูกชาย	0	0.0	4	30.8
หม้าย/หย่า	2	15.4	4	30.8	การมาพบแพทย์ตามนัด				
ระดับการศึกษา					ไม่มาเลย	1	7.7	2	15.4
ประถมศึกษา	5	38.5	4	30.8	มาตรงนัด	9	69.2	7	53.8
มัธยมศึกษาตอนต้น/	3	23.1	3	23.1	มาหลังนัด	0	0.0	2	15.4
เตรียมอุดม 3 ประโยค					มาบางครั้ง	3	23.1	2	15.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย/	2	15.4	5	38.5	การมาพบแพทย์				
ปวช./เตรียมอุดม 6 ประโยค					ผู้ป่วยมาพบแพทย์เอง	3	23.1	5	38.5
อนุปริญญา/ปวส.	1	7.7	1	7.7	ผู้ดูแล/ญาติมีหน้าที่พา	10	76.9	8	61.5
ปริญญาตรี	2	15.4	0	0.0	ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด				
การประกอบอาชีพ					การกินยา				
ไม่มีงานทำ	4	30.8	6	46.2	กินยาเอง	6	46.2	6	46.2
นักเรียน/นักศึกษา	1	7.7	0	0.0	กินยาเอง แต่มีญาติ	4	30.8	5	38.5
เกษตรกร	2	15.4	1	7.7	คอยเตือน				
รับจ้างทั่วไป	1	7.7	2	15.4	ญาติจัดยาให้กินทุกครั้ง	1	7.7	2	15.4
ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท	5	38.5	4	30.8	ญาติจัดยาให้เป็นบางครั้ง	2	15.4	0	0.0
การประกอบอาชีพเดิม					ปัญหาอุปสรรคในการกินยา				
ไม่ได้ทำงาน	4	30.8	8	61.5	อาการข้างเคียงจากยา	2	15.4	3	23.1
ยังสามารถประกอบ	9	69.2	5	38.5	คิดว่าหายแล้ว	0	0.0	1	7.7
อาชีพเดิมได้					ขาดยา	1	7.7	1	7.7
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย					ขาดยาและใช้สารเสพติด	0	0.0	5	38.5
ต่อเดือน					กินยาไม่สม่ำเสมอ	1	7.7	1	7.7
0 - 5000 บาท	6	46.2	5	38.5	ไม่มีค่าเดินทาง	2	15.4	0	0.0
5,001 - 10,000 บาท	3	23.1	5	38.5	กินยาไม่สม่ำเสมอ	0	0.0	1	7.7
10,001 - 20,000 บาท	3	23.1	2	15.4	เลือกกินยาบางตัว	0	0.0	1	7.7
20,001 - 30,000 บาท	0	0.0	1	7.7	ใช้สารเสพติด	3	23.1	1	7.7
30,001 - 40,000 บาท	1	7.7	0	0.0	ไม่มีปัญหา/อุปสรรค	5	38.5	0	0.0
ความพอเพียงของรายได้									
พอเพียง	6	46.2	10	76.9					
ไม่พอเพียง	7	53.8	3	23.1					
ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วย									
โรคจิตเภท									
1 - 3 ปี	1	7.7	2	15.4					
4 - 6 ปี	7	53.8	5	38.5					
6 ปีขึ้นไป	5	38.5	6	46.2					
$\bar{X} \pm SD$	6.62 ± 3.015		7.31 ± 4.029						
Median (min, max)	5 (3, 11)		5 (3, 17)						

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 26)

	กลุ่มควบคุม (n = 13)		กลุ่มทดลอง (n = 13)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	3	23.1	4	30.8
หญิง	10	76.9	9	73.1
อายุ				
21 - 30 ปี	0	0.0	2	15.4
31 - 40 ปี	1	8.3	1	7.7
41 - 50 ปี	5	41.7	1	7.7
51 - 60 ปี	2	16.7	3	23.1
61 - 70 ปี	4	33.3	6	46.2
$\bar{X} \pm SD$	51.15 \pm 14.554		57.00 \pm 16.307	
Median (min, max)	49 (20, 70)		57 (25, 77)	
สถานภาพสมรส				
โสด	0	0.0	2	15.4
สมรส	11	84.6	7	53.8
แยกกันอยู่	0	0.0	0	0.0
หม้าย/หย่า	2	15.4	4	30.8
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	6	46.2	5	38.5
มัธยมศึกษาตอนต้น/	2	15.4	3	23.1
เตรียมอุดมศึกษา 3 ประโยค				
มัธยมศึกษาตอนปลาย/	5	38.5	1	7.7
ปวช./เตรียมอุดมศึกษา 6 ประโยค				
อนุปริญญา/ปวส.	0	0.0	1	7.7
ปริญญาตรี	0	0.0	3	23.1
การประกอบอาชีพ				
ไม่มีงานทำ	1	7.7	2	15.4
นักเรียน/นักศึกษา	1	7.7	0	0.0
เกษตรกร	4	30.8	3	23.1
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2	15.4	3	23.1
รับจ้างทั่วไป	5	38.5	2	15.4
ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท	0	0.0	2	15.4
รับราชการ	0	0.0	1	7.7
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน				
0 - 5000 บาท	5	38.5	5	38.5
5,001 - 10,000 บาท	5	38.5	4	30.8
10,001 - 20,000 บาท	3	23.1	2	15.4
20,001 - 30,000 บาท	0	0.0	0	0.0
30,001 - 40,000 บาท	0	0.0	0	0.0
40,001 - 50,000 บาท	0	0.0	2	15.4
ความพอเพียงของรายได้				
พอเพียง	7	53.8	5	38.5
ไม่พอเพียง	6	46.2	8	61.5
คำตอบแทนในการดูแลผู้ป่วย				
ไม่ได้รับ	13	100.0	13	100.0
ได้รับ	0	0.0	0	0.0
เวลาดูแลผู้ป่วยต่อวัน				
น้อยกว่า 4 ชั่วโมง	3	23.1	0	0.0
4 ชั่วโมงขึ้นไป	10	76.9	13	100.0

	กลุ่มควบคุม (n = 13)		กลุ่มทดลอง (n = 13)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนสมาชิกครอบครัวที่อาศัยร่วมกัน				
1 - 3 คน	4	30.8	5	38.5
4 - 6 คน	8	61.5	8	61.5
7 - 9 คน	1	7.7	0	0.0
จำนวนสมาชิกที่เป็นโรคทางจิตเวช				
1 คน	13	100.0	13	100.0

230,680 บาท (17,744.62 บาทต่อคน) และ 217,230 บาท (16,710 บาทต่อคน) ตามลำดับ ทั้งนี้ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีต้นทุนด้านการแพทย์เพิ่มเติมเนื่องจากได้รับความคุ้มครองจากสิทธิการรักษา แต่มีต้นทุนที่ไม่เกี่ยวกับค่าบริการทางการแพทย์ เช่น ค่าเดินทางและค่าอาหาร รายปี 171,480 บาทและ 171,230 บาท ตามลำดับ และต้นทุนค่าเสียโอกาสจากการขาดรายได้ของผู้ป่วยและญาติรายปี 59,200 บาท และ 46,000 บาท ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยการดูแลตามปกติต้องใช้ทรัพยากรและต้นทุนเพิ่มขึ้นจากการดูแลตามปกติอย่างเดียว ทั้งนี้มุมมองผู้ให้บริการและผู้รับบริการดังตารางที่ 3

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีการถอนตัว (drop-out) ออกจากการวิจัย การติดตามคุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L) ในผู้ป่วยกลุ่มทดลองพบว่า ก่อนทดลองส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 92.3) และการดูแลตนเอง (ร้อยละ 92.3) แต่มีปัญหาด้านความวิตกกังวล/ซึมเศร้าเล็กน้อย (ร้อยละ 69.2) ถึงปานกลาง (ร้อยละ 30.8) และหลังทดลองทุกคนไม่มีปัญหาในทุกด้าน รวมถึงด้านความวิตกกังวล/ซึมเศร้า ส่วนในกลุ่มควบคุมก่อนทดลองมีปัญหาบางด้านโดยเฉพาะความวิตกกังวล/ซึมเศร้าเล็กน้อย (ร้อยละ 69.2) ถึงปานกลาง (ร้อยละ 30.8) และหลังทดลองพบว่ายังคงมีปัญหาความวิตกกังวล/ซึมเศร้าเล็กน้อย (ร้อยละ 76.9) เมื่อคำนวณเป็นคะแนนอรรถประโยชน์พบว่า ก่อนทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 0.925 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 0.911 หลังทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 ต้นทุนของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

	กลุ่มควบคุม (n = 13)		กลุ่มทดลอง (n = 13)	
	ต่อปี	ต่อคน	ต่อปี	ต่อคน
ต้นทุนรวมในมุมมองของผู้ให้บริการ	1,465,905.05	112,761.93	1,520,348.23	116,949.86
ต้นทุนค่าแรง (labor cost)	294,908.03	22,685.23	315,715.24	24,285.79
ต้นทุนการดำเนินการ (operating cost)	561,804.38	43,215.72	552,458.82	42,496.83
ค่าวัสดุอุปกรณ์	10,443.07	803.31	11,179.88	859.99
ค่าใช้จ่ายด้านเวชภัณฑ์ยา ขณะเป็นผู้ป่วยใน	12,315.10	947.32	14,543.50	1,118.73
ค่าใช้จ่ายด้านเวชภัณฑ์ยากลับบ้าน	13,181.00	1,013.92	19,218.00	1,478.31
ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ	6,540.00	503.08	8,120.00	624.62
ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและเวชกรรมฟื้นฟู	44,200.00	3,400.00	31,700.00	2,438.46
ค่าหัตถการ	2,300.00	176.92	7,100.00	546.15
ค่าอุปกรณ์เครื่องใช้ เครื่องมือแพทย์ และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา	960.00	73.85	6,720.00	516.92
ค่าเตียงและค่าบริการทางการพยาบาล	432,600.00	33,276.92	417,200.00	32,092.31
ค่าสาธารณูปโภค (ค่าไฟฟ้า ค่าน้ำประปา ค่าขยะ ค่าโทรศัพท์	39,265.21	3,020.40	36,677.44	2,821.34
ค่าอินเตอร์เน็ต ค่าไปรษณีย์)				
ต้นทุนค่าลงทุน (capital cost)	609,192.64	46,860.97	652,174.17	50,167.24
ค่าอาคาร	45,087.46	3,468.27	48,268.60	3,712.97
ค่าครุภัณฑ์	443,189.36	34,091.49	474,458.54	36,496.81
ค่ายานพาหนะ	120,915.82	9,301.22	129,447.03	9,957.46
ต้นทุนรวมในมุมมองของผู้รับบริการ	217,230.00	16,710.00	230,680.00	17,744.62
ต้นทุนด้านการแพทย์ (medical cost) (กรณีจ่ายเพิ่มเติมจากสิทธิ)	0.00	0.00	0.00	0.00
ต้นทุนที่ไม่ใช่ด้านการแพทย์ (non-medical cost)	171,230.00	13,171.54	171,480.00	13,190.77
ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง	74,000.00	5,692.31	47,600.00	3,661.54
ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง	82,830.00	6,371.54	97,200.00	7,476.92
ค่าอาหาร	14,400.00	1,107.69	22,000.00	1,692.31
ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เช่น ค่าจ้างคนขับรถ ขนมและของใช้ส่วนตัว	0.00	0.00	4,680.00	360.00
ต้นทุนค่าเสียโอกาส (opportunity cost)	46,000.00	3,538.46	59,200.00	4,553.85
ต้นทุนรวม (total cost)				
ต้นทุนรวมต่อปี	1,683,135.05		1,751,028.23	
ต้นทุนรวมต่อคน	129,471.93		134,694.48	

มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน คือ 1.00 และระยะติดตามผล 6 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 1.00 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 0.945 โดยคะแนนเฉลี่ยคะแนนอรรถประโยชน์ของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มผู้ป่วยพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 51.62 (SD = 8.13) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 51.38 (SD = 7.93) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 75.00 (SD = 4.97) กลุ่มควบคุม

มีคะแนนเฉลี่ย 61.69 (SD = 7.23) และระยะติดตาม 6 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 77.77 (SD = 5.20) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 42.62 (SD = 6.81) โดยคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแล (Zarit burden) ของกลุ่มผู้ดูแลพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 27.46 (SD = 7.89) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 27.00 (SD = 7.76) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 25.00 (SD = 9.95) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย

28.77 (SD = 8.60) และระยะติดตาม 6 เดือนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 21.85 (SD = 6.17) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 32.85 (SD = 7.15) โดยคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) ของผู้ดูแลพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 90.00 (SD = 13.07) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 87.23 (SD = 8.95) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 86.23 (SD = 13.35) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 86.08 (SD = 9.49) และระยะติดตาม 6 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 93.23 (SD = 8.96) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 86.54 (SD = 8.29) โดยคะแนนเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่มไม่เปลี่ยนแปลงและไม่แตกต่างกันจากการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ดังตารางที่ 4

ต้นทุน-ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ที่ระยะติดตาม 6 เดือน ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระดับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีขึ้น 9 คน (ร้อยละ 69.8) คิดเป็นต้นทุน 194,558.69 บาทต่อคน กลุ่มควบคุมมีระดับความร่วมมือดีขึ้น 6 คน (ร้อยละ 46.2) คิดเป็นต้นทุน 280,522.51 บาทต่อคน ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น 5 คน (ร้อยละ 38.5) คิดเป็นต้นทุน 350,205.65 บาทต่อคน กลุ่มควบคุมมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น 3 คน (ร้อยละ 23.1) คิดเป็นต้นทุน 561,045.02 บาทต่อคน นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีปีสุขภาวะ (QALYs) รวม 13 ปี กลุ่มควบคุมมีปีสุขภาวะรวม 12.285 ปี จึงคิดเป็นอัตราส่วนต้นทุนต่อประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) 94,955.50 บาทต่อปีสุขภาวะ ดังตารางที่ 5

วิจารณ์

การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาและกลุ่มและความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญของคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและคะแนนอรรถประโยชน์ (EQ-5D-5L) ของผู้ป่วย แสดงว่าโปรแกรมช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและปรับปรุงคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้เพิ่มเติมจากการดูแลตามปกติ ในกลุ่มของผู้ดูแล พบปฏิสัมพันธ์ระหว่าง

ระยะเวลาและกลุ่มของคะแนนการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ แสดงว่าโปรแกรมช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลได้ อาจเนื่องจากโปรแกรมประกอบด้วยการให้ความรู้และทักษะในการจัดการโรค การสร้างแรงจูงใจและความตระหนักในความสำคัญของการรักษา และการสนับสนุนจากทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ส่วนคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (WHOQOL-BREF-THAI) ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาและกลุ่มหรือความแตกต่างระหว่างกลุ่ม แสดงว่าโปรแกรมไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแล อาจเนื่องจากแบบประเมิน WHOQOL-BREF-THAI วัดคุณภาพชีวิตในมิติที่กว้างกว่าแบบประเมิน EQ-5D-5L จึงอาจมีความไวต่ำต่อการเปลี่ยนแปลงในระยะสั้น นอกจากนี้ความเครียดและผลกระทบในด้านอื่น ๆ ต่อชีวิตส่วนตัวอาจเป็นตัวแปรกวนของผลด้านของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของต้นทุนแต่ละประเภท ในมุมมองผู้ให้บริการพบว่า ต้นทุนค่าแรงของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมเนื่องจากผู้ให้โปรแกรมมีฐานเงินเดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของอรัทัย เขียวเจริญ และคณะ³¹ ที่พบว่าบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางมีต้นทุนค่าแรงสูง และการศึกษาของอุทุมพร วงษ์ศีลปะ และภาสกร สนวนเรือง³² และบุญมี วัฒนากุล และเบ็ญจา นิมมล³³ ที่พบว่าต้นทุนการให้บริการที่สูงที่สุดคือค่าบุคลากร แต่ไม่สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาในต่างประเทศของ García-Pérez และ Serrano-Aguilar³⁴ และ Oberjé และคณะ³⁵ ที่พบว่าต้นทุนการให้โปรแกรมเสริมเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไม่แตกต่างจากการให้บริการตามปกติ อาจเนื่องจากความแตกต่างของคุณสมบัติและบทบาทหน้าที่อื่นของผู้ให้บริการในแต่ละประเทศ จึงควรฝึกทักษะการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาให้บุคลากรทุกระดับเพื่อให้โปรแกรมมีความคุ้มค่าคุ้มทุนสูงสุด³⁶ ต้นทุนดำเนินการของกลุ่มทดลองมีต้นทุนสูงกว่ากลุ่มควบคุมเนื่องจากมีการพัฒนาสื่อและอุปกรณ์การสอนเพิ่มเติมแต่ในระยะยาวสามารถใช้ซ้ำได้ ซึ่งจะช่วยลดต้นทุนต่อหน่วยลง นอกจากนี้โปรแกรมที่มีประสิทธิภาพสูงแม้มีต้นทุนสูงในระยะสั้น แต่สามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในระยะยาว³⁷ ต้นทุนค่าลงทุนพบว่าไม่แตกต่างกันมากเนื่องจากใช้โครงสร้างพื้นฐานเดิมของโรงพยาบาล ต้นทุนยาและ

ตารางที่ 4 พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของผู้ป่วย และภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 6 เดือน จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA)

	SS	df	MS	F	p-value
ผู้ป่วย					
พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา					
<i>ภายในกลุ่ม</i>					
ระยะเวลา	3690.564	1.745	2114.441	77.581	< .001
ระยะเวลา X กลุ่ม	4047.077	1.745	2318.698	85.075	< .001
ความคลาดเคลื่อน	1141.692	41.890	27.255		
<i>ระหว่างกลุ่ม</i>					
กลุ่ม	5137.038	1	5137.038	55.771	< .001
ความคลาดเคลื่อน	2210.615	24	92.109		
คุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L)					
<i>ภายในกลุ่ม</i>					
ระยะเวลา	0.064	1.287	0.050	40.021	< .001
ระยะเวลา X กลุ่ม	0.16	1.287	0.012	9.844	.002
ความคลาดเคลื่อน	2476.154	54.811	45.176		
<i>ระหว่างกลุ่ม</i>					
กลุ่ม	0.004	1	0.004	4.857	.037
ความคลาดเคลื่อน	0.021	24	0.001		
ผู้ดูแล					
ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (Zarit burden interview)					
<i>ภายในกลุ่ม</i>					
ระยะเวลา	3.000	1.426	2.103	0.065	.880
ระยะเวลา X กลุ่ม	436.692	1.426	306.169	9.491	.002
ความคลาดเคลื่อน	1104.308	34.231	32.260		
<i>ระหว่างกลุ่ม</i>					
กลุ่ม	443.538	1	443.538	3.027	.095
ความคลาดเคลื่อน	3516.615	24	146.526		
คุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI)					
<i>ภายในกลุ่ม</i>					
ระยะเวลา	187.103	1.855	100.865	1.666	.200
ระยะเวลา X กลุ่ม	140.795	1.855	75.901	1.253	.293
ความคลาดเคลื่อน	2696.103	44.519	60.560		
<i>ระหว่างกลุ่ม</i>					
กลุ่ม	200.321	1	200.321	0.902	.352
ความคลาดเคลื่อน	5328.974	24	222.041		

SS=sum of square, MS = mean square

เวชภัณฑ์พบว่าไม่แตกต่างกัน แต่เป็นไปได้ว่ากลุ่มทดลองอาจมีต้นทุนต่ำกว่าในระยะยาว เนื่องจากการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาช่วยลดการใช้ยาฉุกเฉินและการรักษาภาวะแทรกซ้อน³⁸ ในมุมมองของผู้รับบริการพบว่า ต้นทุนค่าเสียโอกาสของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม 1,034.62 บาทต่อคน

(ร้อยละ 6.2) โดยต้นทุนที่ไม่ใช่ด้านการแพทย์เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย เนื่องจากค่าเดินทางและค่าอาหารที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าต้นทุนค่าเสียโอกาสเพิ่มขึ้น 1,015.39 บาทต่อคน (ร้อยละ 28.7) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยและครอบครัวต้องเสียเวลามากขึ้นในการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างไรก็ตาม หากนำโปรแกรม

ตารางที่ 5 ต้นทุนรวมต่อหน่วยประสิทธิผลและอัตราส่วนต้นทุนต่อประสิทธิผลส่วนเพิ่มที่ระยะติดตาม 6 เดือนของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

	กลุ่มทดลอง (n = 13)		กลุ่มควบคุม (n = 13)		ส่วนเพิ่ม	ICER
	ประสิทธิผล	ต้นทุนต่อประสิทธิผล	ประสิทธิผล	ต้นทุนต่อประสิทธิผล		
ผู้ป่วยโรคจิตเภท						
ระดับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีขึ้น	9	194,558.69	6	280,522.51	3	
ระดับคุณภาพชีวิตดีขึ้น (EQ-5D-5L)	5	350,205.65	3	561,045.02	2	
QALYs (overall)	13	134,694.48	12.285	137,007.33	0.715	94,955.50
ผู้ดูแล/ญาติ						
ระดับคุณภาพชีวิตดีขึ้น (WHOQOL-BREF-THAI)	5	350,205.65	2	841,567.53	3	
ระดับภาระของการดูแลลดลง	7	250,146.89	2	841,567.53	5	

ICER = incremental cost-effectiveness ratio, QALY = quality-adjusted life year

เข้าไปสู่ระบบบริการปกติอาจส่งผลให้ต้นทุนรวมลดลงจากการลดค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำ^{39,40}

ที่ระยะติดตาม 6 เดือน กลุ่มทดลองมีปีสุขภาวะรวม 13 ปี (134,694.48 บาทต่อปีสุขภาวะ) กลุ่มควบคุมมีปีสุขภาวะรวม 12.285 ปี (137,007.33 บาทต่อปีสุขภาวะ) คิดเป็นอัตราส่วนต้นทุนต่อประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) ที่ 94,955.50 บาทต่อปีสุขภาวะ ถือว่ามีความคุ้มค่าตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติที่กำหนดเกณฑ์ความคุ้มค่าไว้ที่ 160,000 บาทต่อปีสุขภาวะ⁴¹ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา การศึกษาในประเทศไทยของ Phanthunane และคณะ⁴² พบว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมี ICER อยู่ที่ 132,000 - 145,000 บาทต่อปีสุขภาวะ และการศึกษาของ Rosenheck และคณะ⁴³ ในสหรัฐอเมริกาพบว่าโปรแกรมการจัดการรายกรณีแบบเข้มข้นมี ICER ประมาณ 300,000 บาทต่อปีสุขภาวะ (เมื่อแปลงค่าเงิน) ซึ่งสูงกว่าการศึกษานี้

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ติดตามผลเป็นระยะเวลา 6 เดือน หากจะดำเนินการวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผลที่แม่นยำควรศึกษาเป็นระยะเวลา 1 ปี นอกจากนี้ อาจมีข้อจำกัดด้านอคติจากการเลือกตัวอย่าง (selection bias) เนื่องจากกระบวนการสุ่มเป็นการเลือกด้วยหมายเลขประจำตัวผู้ป่วยในโรงพยาบาลและช่วงเวลาที่คัดเลือกเข้าการศึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่พร้อมกัน อาจส่งผลต่อ

ความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐาน เช่น การรักษาที่ได้รับและระยะวันนอนโรงพยาบาล ขึ้นอยู่กับบริบทการให้บริการในขณะนั้น จึงควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมที่มีกระบวนการและระยะเวลาที่ครอบคลุมเพื่อยืนยันผลต่อไป

สรุป

อัตราส่วนของต้นทุนต่อปีสุขภาวะเพิ่มขึ้น (ICER) ของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาร่วมกับการดูแลตามปกติ เมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลตามปกติอย่างเดียว คิดเป็น 94,955.50 บาทต่อปีสุขภาวะ ซึ่งมีความคุ้มค่าเนื่องใช้เงินเพิ่มขึ้นไม่เกิน 160,000 บาท

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์และนวัตกรรม (ววน.) ผ่านสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ประจำปีงบประมาณ 2565

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

ณัฐพัชร สุนทรโรวิท : ออกแบบการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ ตรวจสอบบทความ ; เบญญา นิ่มนวล : เก็บข้อมูล ; ปาณิสรา อินทร์กันทุม : เก็บข้อมูล ; นพพร ลาดบัวขาว : เก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

- Office of Mental Health Service Administration. Statistical data and results of mental health service development indicators fiscal year 2018 [Internet].

1. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2020 [cited 2025 May 14]. Available from: <https://mhso.dmh.go.th/fileupload/202002061595902378.pdf> (in Thai)
2. Department of Mental Health. Health services report [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health; [cited 2025 May 14]. Available from: <https://dmc.dmh.go.th/AccessHealthServices/ReportView?reportCode=a8756210-c415-4c27-aa57-5593eacd4ce3> (in Thai)
3. Loei Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Patient statistics. Loei; Loei Rajanagarindra Psychiatric Hospital: 2024. (in Thai)
4. Sadock JB, Sadock AV. Concise textbook of psychiatry. Philadelphia PA: Lippincott, Williams & Wilkins; 1996.
5. Hill M, Crumlish N, Whitty P, Clarke M, Browne S, Kamali M, et al. Nonadherence to medication four years after a first episode of psychosis and associated risk factors. *Psychiatr Serv.* 2010;61(2):189-92. doi:10.1176/ps.2010.61.2.189.
6. Kassis IT, Ghuloum S, Mousa H, Bener A. Treatment non-compliance of psychiatric patients and associated factors: are patients satisfied from their psychiatrist? *J Adv Med Med Res.* 2014;4(2):785-96. doi:10.9734/BJMMR/2014/6127.
7. Saboo AV, Deshmukh PS, Deshmukh SB. Study on non-compliance in patients of schizophrenia. *J Evol Med Dent Sci.* 2015;4(47):8112-8. doi:10.14260/jemds/2015/1176.
8. Posri A. Family and community participation in caring of chronic schizophrenia patients: a case study at Ban Tha muang community Roi Et province. *Srinagarind Medical Journal.* 2019;34(1):83-9. (in Thai)
9. Sudjai P, Hengudomsab P, Chaimongkol N. Feasibility of the motivational interview based adherence therapy (MIAT) with family support program to promote medication adherence for persons with schizophrenia. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal.* 2021;16(3):179-87.
10. Suntharowit N, Wijitphanya A, Inkunthum P. Effects of health promotion program on health behaviors for medication adherence of persons with schizophrenia. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health.* 2020;34(2):153-68. (in Thai)
11. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 5th ed. New Jersey: Pearson Education; 2006.
12. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2002.
13. Heinssen RK. Improving medication compliance of a patient with schizophrenia through collaborative behavioral therapy. *Psychiatr Serv.* 2002;53(3):255-7. doi:10.1176/appi.ps.53.3.255.
14. Wilson M. Cognitive behavioural therapy for risk management in schizophrenia. *Nurs Stand.* 2007;21(37):35-40. doi:10.7748/ns2007.05.21.37.35.c4557.
15. Marcus PH, Cather C. Cognitive behavioral approaches for schizophrenia and other psychotic disorders. In: Peterson TE, Sprich S, Wilhelm S, editors. *The Massachusetts general hospital handbook of cognitive behavior therapy.* New Jersey: Humana Press; 2016. p. 183-95.
16. Beck AT, Rector NA. Cognitive approaches to schizophrenia: theory and therapy. *Annu Rev Clin Psychol.* 2005;1:577-606. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144205.
17. Maiman LA, Becker MH. The health belief model: origins and correlates in psychological theory. *Health Educ Monogr.* 1974;2(4):336-53. doi:10.1177/109019817400200404.
18. Suntharowit N, Wijitphanya A, Nimnuan B, Inkunthum P, Ladbuakhao N. Development and effective evaluation of an adherence medication on schizophrenia patients. Loei; Loei Rajanagarindra Psychiatric Hospital: 2021. (in Thai)
19. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* 2nd ed. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
20. Thanabadee-thamcharee P, Themrasi B. The development of the program to promote illness awareness and belief in taking medications on medication adherence in patients with schizophrenia. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health.* 2018;32(3):133-53. (in Thai)
21. Koomala S, Saengon S, Nintachan P. Effect of medication adherence promotion program in schizophrenic patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health.* 2020;34(2):132-52. (in Thai)
22. Kızıllırmak Tatu M, Demir S. Effect of group psychoeducation on treatment adherence, quality of life and well-being of patients diagnosed with schizophrenia. *Issues Ment Health Nurs.* 2021;42(3):256-66. doi:10.1080/01612840.2020.1793244.
23. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods.* 2007;39(2):175-91. doi:10.3758/bf03193146.

24. Kittirattanapaiboon P. Training project on interviewing and scoring guidelines for BPRS in the form of T-PANNSS. In lecture documents on symptom assessment of psychiatric patients at Suan Prung Hospital. Chiang Mai: Suan Prung Hospital; 2003. (in Thai)
25. Institute of Geriatric Medicine. Basic brain fitness test, Thai version, MMSE-Thai 2002. Nonthaburi: M.P.T; 2001. (in Thai)
26. Mahatnirunkul S, Silpakit P, Phumpaisanchai W. Quality of life of Thai people in the situation of Economic crisis. Chiang Mai; 1998. (in Thai)
27. Pattanaphesaj J, Thavorncharoensap M, Ramos-Goñi JM, Tongsir S, Ingsrisawang L, Teerawattananon Y. The EQ-5D-5L valuation study in Thailand. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2018;18(5):551-8. doi:10.1080/14737167.2018.1494574.
28. Silpakit O, Silpakit C, Chomchuen R. Psychometric study of the Thai version of Zarit burden interview in psychiatric caregivers. *Journal of Mental Health of Thailand.* 2015;23(1):12-24. (in Thai)
29. Bunyai R, Prom-on N. Workshop project on methods for collecting cost data in service provider and service recipient groups, handouts on cost-effectiveness for patients at Loei Rajanagarindra psychiatric hospital. Loei: Loei Ratchanakharin Psychiatric Hospital; 2022. (in Thai)
30. Comptroller General's Department. Guidelines for preparing financial statements in accordance with public sector accounting standards and accounting policies for local administrative organizations. Bangkok: Government Accounting Division, Public Sector Accounting Group; 2021. Available from: https://www.laemthongcity.go.th/news/doc_download/a_310322_152215.pdf (in Thai)
31. Khiaocharoen O, Prasertworakul C, Khatiyod T, Wongdee A, Srisirianun T, Lampu P, et al. Mental health service costs in psychiatric hospitals: data from the cost per disease project. *HISPA Compendium.* 2025;2(3):1-20. (in Thai)
32. Wongsin U, Suanrueang P. Unit cost of schizophrenia, schizotypal and delusional disorders. *Journal of Health Systems Research.* 2019;13(4):420-7. (in Thai)
33. Wattanakorn B, Nimnuan B. Cost per service unit of Loei Rajanagarindra psychiatric hospital, fiscal year 2014. Loei: Loei Ratchanakharin Psychiatric Hospital; 2015.
34. García-Pérez L, Serrano-Aguilar P. Cost-effectiveness of interventions to enhance medication adherence in psychiatric patients: a systematic review. *Curr Clin Pharmacol.* 2011;6(2):115-24. doi:10.2174/157488411796151147.
35. Oberjé EJ, de Kinderen RJ, Evers SM, van Woerkum CM, de Bruin M. Cost effectiveness of medication adherence-enhancing interventions: a systematic review of trial-based economic evaluations. *Pharmacoeconomics.* 2013;31(12):1155-68. doi:10.1007/s40273-013-0108-8.
36. World Health Organization. Task shifting: Global recommendations and guidelines. Geneva: World Health Organization; 2022.
37. Liu L, Huang W, Huang Z, Liu J, Zheng X, Tang J, et al. Relationship Between Family Caregiver Burden and Medication Adherence in Patients with Mechanical Valve Replacement: A Structural Equation Model. *Patient Prefer Adherence.* 2022;16:3371-82. doi:10.2147/PPA.S383269.
38. Rice DP. The economic impact of schizophrenia. *J Clin Psychiatry.* 1999;60 Suppl 1:4-6; discussion 28-30.
39. Kadakia A, Catillon M, Fan Q, Williams GR, Marden JR, Anderson A, et al. The economic burden of schizophrenia in the United States. *J Clin Psychiatry.* 2022;83(6):22m14458. doi:10.4088/JCP.22m14458.
40. Morgan VA, McGrath JJ, Jablensky A, Badcock JC, Waterreus A, Bush R, et al. Psychosis prevalence and physical, metabolic and cognitive co-morbidity: data from the second Australian national survey of psychosis. *Psychol Med.* 2014;44(10):2163-76. doi:10.1017/S0033291713002973.
41. Health Intervention and Technology Assessment Program. Health technology assessment manual for Thailand, 2021 edition. Nonthaburi: Health Intervention and Technology Assessment Program; 2021. (in Thai)
42. Phanthunane P, Vos T, Whiteford H, Bertram M, Udomratn P. Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Popul Health Metr.* 2010;8:24. doi:10.1186/1478-7954-8-24.
43. Rosenheck R, Leslie D, Sint K, Lin H, Robinson DG, Schooler NR, et al. Cost-effectiveness of comprehensive, integrated care for first episode psychosis in the NIMH RAISE early treatment program. *Schizophr Bull.* 2016;42(4):896-906. doi:10.1093/schbul/sbv224.

ภาคผนวก

รายละเอียดขั้นตอนการคำนวณต้นทุน. เข้าถึงได้จาก : <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/273950/187827>

บทความปริทัศน์

ตัวชี้วัดด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต : การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต

วันรับ : 26 พฤศจิกายน 2567

วันแก้ไข : 20 มีนาคม 2568

วันตอบรับ : 24 เมษายน 2568

นาวิณี เรกนอลด์, วท.ม.

กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อรวบรวมและระบุตัวชี้วัดด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระดับประชากร รวมถึงวิธีการเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพจิตในปัจจุบัน

วิธีการ : การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต สืบค้นบทความทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2558 - 2568 ผ่านฐานข้อมูล PubMed, PsycINFO, ThaiJO และ Google Scholar

ผล : จากการคัดกรองบทความ 1,560 เรื่อง มีบทความที่เกี่ยวข้องที่นำมาวิเคราะห์ 4 เรื่อง สามารถระบุตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยกำหนดสุขภาพจิต 74 ตัว ซึ่งจัดกลุ่มโดยใช้โมเดลเชิงหน้าที่ของสุขภาพจิตเพื่อทำความเข้าใจปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตโดยรวมและความเสี่ยงของการเกิดและการดำเนินของปัญหาสุขภาพจิตในหลากหลายมิติ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังมีช่องว่างด้านการรวบรวมและจัดการข้อมูลและความไม่สอดคล้องกันของมาตรฐานตัวชี้วัดในแต่ละประเทศ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความครอบคลุมประชากรที่เข้าถึงยาก การเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างพื้นที่ ความแม่นยำของการเฝ้าระวัง และความไวต่อการเปลี่ยนแปลงทางบริบทสังคม

สรุป : ผลการศึกษาสามารถเป็นข้อมูลสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขและนักวิจัยที่ต้องการพัฒนาตัวชี้วัดและแนวทางการใช้ข้อมูลสุขภาพจิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระดับประชากร

คำสำคัญ : การส่งเสริมสุขภาพจิต, การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต, ตัวชี้วัดสุขภาพจิต, เทคโนโลยีด้านข้อมูล

ติดต่อผู้พิมพ์ : นาวิณี เรกนอลด์; e-mail: Navinee.kruahong@gmail.com

Review article

Indicators for the promotion of mental health and the prevention of mental health problems: a scoping review

Received : 26 November 2024

Revised : 20 March 2025

Accepted : 24 April 2025

Navinee Regnault, M.Sc.

Division of Mental Health Promotion and Development,
Department of Mental Health, Nonthaburi Province

Abstract

Objective: To review and identify key indicators related to the promotion of mental health and the prevention of mental health problems at the population level, as well as methods of data collection and analysis.

Methods: Articles in both Thai and English, published between 2015 and 2025, were systematically searched through databases including PubMed, PsycINFO, ThaiJO, and Google Scholar.

Results: Out of 1,560 articles screened, four relevant articles were included in the final review. A total of 74 indicators related to determinants of mental health were identified. The indicators were grouped using the functional model of mental health as a conceptual framework to understand the factors influencing overall mental health and risks associated with the development and progression of mental health problems across multiple dimensions. However, gaps remained in data collection and mining, as well as a lack of standardized mental health indicators across countries. These issues affected the coverage of hard-to-reach populations, the comparability of data across regions, the accuracy of surveillance, and the sensitivity to changes in social contexts.

Conclusion: This study provides insights for public health agencies and researchers seeking to develop indicators and data utilization strategies to promote mental health and prevent mental health problems at the population level.

Keywords: data technology, mental health indicators, mental health problem prevention, mental health promotion

Corresponding author: Navinee Regnault; e-mail: Navinee.kruehong@gmail.com

ความรู้เดิม : ตัวชี้วัดด้านสุขภาพจิตที่มีอยู่ในปัจจุบันเน้นการประเมินอาการและความผิดปกติทางจิตเวช ระบบบริการสุขภาพจิต และผลลัพธ์การรักษา ขณะที่การเก็บตัวชี้วัดด้านปัจจัยกำหนดสุขภาพจิตซึ่งมีความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตยังมีจำกัด

ความรู้ใหม่ : การทบทวนวรรณกรรมพบตัวชี้วัดสำคัญ 74 ตัว ที่สามารถสะท้อนปัจจัยกำหนดสุขภาพจิตของประชากรในหลายมิติ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบความไม่สอดคล้องกันของมาตรฐานตัวชี้วัดระหว่างประเทศ ช่องว่างด้านการรวบรวมข้อมูล และข้อจำกัดของระเบียบวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีในปัจจุบัน

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและมาตรฐานของการเฝ้าระวังสุขภาพจิต การส่งเสริมสุขภาพจิต และการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

บทนำ

ตัวชี้วัดสุขภาพจิต (mental health indicators) เป็นตัวแปรที่สะท้อนถึงภาวะสุขภาพจิตหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของประชากร ตัวชี้วัดที่มีประสิทธิภาพสามารถเชื่อมโยงระหว่างนโยบายด้านสุขภาพจิตกับข้อมูลเชิงวิทยาศาสตร์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดเป้าหมายด้านสุขภาพจิตที่สามารถบรรลุได้จริง ตัวชี้วัดสุขภาพจิตอาจอยู่ในรูปของตัวชี้วัดเชิงสำรวจโดยตรงหรือเป็นตัวแทนของปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพจิต เช่น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้น หรือปัจจัยป้องกัน

การเก็บข้อมูลและรายงานตัวชี้วัดสุขภาพจิตเป็นหนึ่งในเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกระบุในแผนปฏิบัติการระดับโลกว่าด้วยสุขภาพจิตอย่างครอบคลุม พ.ศ. 2556 - 2573 (comprehensive mental health action plan 2013 - 2030) ซึ่งกำหนดให้ภายในปีเป้าหมาย ร้อยละ 80 ของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกจะมีการเก็บรวบรวมและรายงานข้อมูลตัวชี้วัดหลักด้านสุขภาพจิตอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก 2 ปี ผ่านระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและสังคมระดับชาติ¹ กล่าวคือระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพจิตในระดับประชากรของประเทศต่าง ๆ จะต้องมีการรวบรวม บูรณาการ

จัดการ วิเคราะห์ แปลผล และรายงานอย่างเป็นระบบ ซึ่งชุดข้อมูลเหล่านี้ควรมีความหมายและสามารถบ่งชี้สถานะปัจจุบันและแนวโน้มสุขภาพจิตประชากร นอกจากนี้ฐานข้อมูลควรมีความน่าเชื่อถือสำหรับการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถวางแผน พัฒนา และประเมินนโยบายด้านสุขภาพจิตที่จำเป็น^{2,3} ดังเหตุการณ์วิกฤตสุขภาพหลายครั้งที่ผ่านมา เช่น การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งส่งผลให้ผู้กำหนดนโยบายของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกต่างตระหนักถึงความจำเป็นของการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและความจำเป็นของข้อมูลที่รวดเร็วทันเหตุการณ์เพื่อการตอบสนองที่ทันท่วงที⁴

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลสำคัญในแผนที่สุขภาพจิตโลก พ.ศ. 2563 (mental health atlas 2020) โดยองค์การอนามัยโลก ซึ่งรายงานชุดตัวชี้วัด 5 มิติ ได้แก่ นโยบายสุขภาพจิต กฎหมายสุขภาพจิต การส่งเสริมและป้องกันด้านสุขภาพจิต ความพร้อมในการให้บริการ และบุคลากรสุขภาพจิต ระบุว่า มีประเทศสมาชิกเพียงร้อยละ 31 ที่มีระบบข้อมูลสารสนเทศและการวิจัยด้านสุขภาพจิต (information system and research for mental health) ที่มีการรวบรวมข้อมูลเฉพาะด้านสุขภาพจิตอย่างเป็นประจำและครอบคลุมข้อมูลในภาครัฐของตนเองเป็นอย่างน้อย ขณะที่ร้อยละ 40 มีการรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพจิตที่เป็นเพียงส่วนหนึ่งของสถิติด้านสุขภาพทั่วไปเท่านั้น และร้อยละ 15 ไม่มีการรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพจิตในช่วงสองปีที่ผ่านมา⁵ นอกจากนี้ เมื่อพิจารณารายละเอียดของการเก็บข้อมูลในมิติการส่งเสริมและป้องกันด้านสุขภาพจิต พบว่า รายงานดังกล่าวระบุเพียงการมีอยู่ของโครงการในระดับชาติ เช่น โครงการสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพจิต โครงการลดการตีตรา โครงการในโรงเรียน และโครงการป้องกันการฆ่าตัวตาย แต่ไม่พบการรายงานถึงปัจจัยเชิงสาเหตุหรือปัจจัยกำหนดด้านสังคม จิตวิทยา และสิ่งแวดล้อม ที่มีอิทธิพลต่อการเกิดหรือป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความสัมพันธ์ทางสังคม ภาวะเศรษฐกิจ การเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และทรัพยากรชุมชน ซึ่งล้วนเป็นข้อมูลสำคัญในการออกแบบนโยบายและมาตรการที่ตรงจุดและยั่งยืน

สำหรับประเทศไทย ระบบสารสนเทศสุขภาพจิตมีการเก็บข้อมูลบริการสุขภาพจิตและถูกบูรณาการเข้าไปกับงานประจำ มีโครงสร้างและกระบวนการจัดเก็บข้อมูลที่ชัดเจน

และเชื่อมโยงกับระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (health data center: HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นระบบฐานข้อมูลกลางด้านสุขภาพที่รวบรวมข้อมูลสาธารณสุขของสถานบริการภายใต้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งใช้โครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม แบ่งข้อมูลเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ข้อมูลตัวชี้วัด ซึ่งเป็นข้อมูลตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ในระดับกระทรวง กรม เขต และจังหวัด แบ่งตามกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย วัยเรียน วัยทำงาน และผู้สูงอายุ และ 2) ข้อมูลด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ เช่น อัตราป่วย นอกจากนี้ยังมีระบบการเก็บข้อมูลอื่น ๆ ของกรมสุขภาพจิตที่จัดทำขึ้นตามนโยบายสุขภาพจิตในประเด็นต่าง ๆ ซึ่งมีการรายงานที่สามารถอธิบายภาพการให้บริการอย่างครอบคลุม ตั้งแต่การเข้ารับบริการ การรักษา การฟื้นฟู และการเข้ารับบริการซ้ำ^{6,7} นอกจากนี้ยังมีการเก็บข้อมูลทางระบาดวิทยาทุก 10 ปีเพื่อรายงานความชุกของปัญหาสุขภาพจิต เช่น การฆ่าตัวตาย โรควิตกกังวล และประสบการณ์คล้ายโรคจิต⁸ จึงเห็นได้ว่า ตัวชี้วัดส่วนใหญ่ที่ใช้ในประเทศไทยมักเกี่ยวข้องกับแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตและระบบบริการสุขภาพจิต เช่น โครงสร้างระบบสุขภาพ คุณภาพการให้บริการ และผลลัพธ์การรักษา

เมื่อพิจารณาถึงตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต พบว่า ประเทศไทยมีเพียงการรายงานผลการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตเท่านั้น เช่น การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตจากหน่วยงานสาธารณสุขผ่านระบบ HDC และการคัดกรองด้วยเว็บแอปพลิเคชัน Mental Health Check-In⁹ ซึ่งเป็นหนึ่งในฐานข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ ได้แก่ ความเครียด ความเสี่ยงซึมเศร้า ความคิดการฆ่าตัวตาย และภาวะหมดไฟ และสุขภาพจิตเชิงบวก ได้แก่ พลังใจ (ความเข้มแข็งทางใจ) อย่างไรก็ตาม แม้การคัดกรองจากฐานข้อมูลทั้ง 2 แห่งเป็นประโยชน์ในการวางแผนช่วยเหลือและติดตามประชาชนกลุ่มเสี่ยง แต่การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยความเข้าใจในธรรมชาติที่ซับซ้อนของปัจจัยที่กำหนดสุขภาพจิตของบุคคลตลอดช่วงชีวิตตั้งแต่วัยเด็กจนชราภาพทั้งด้านบุคคล เช่น พันธุกรรมและพฤติกรรมส่วนบุคคล ด้านสังคม เช่น เครือข่ายสนับสนุนในชุมชน และด้านสิ่งแวดล้อม

เช่น สภาพความเป็นอยู่และการสัมผัสกับมลพิษ¹⁰ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ประเทศไทยต้องมีตัวชี้วัดที่ครอบคลุมปัจจัยเหล่านี้

การศึกษานี้ทบทวนตัวชี้วัดสุขภาพจิตที่ใช้ในปัจจุบันทั่วโลก รวมถึงประเมินความเหมาะสมและการนำไปใช้ในระบบสุขภาพ เพื่อระบุตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของประเทศไทย รวมถึงเสนอแนะกลไกการวัดที่ครอบคลุมปัจจัยกำหนดสุขภาพจิตทุกระดับ

วิธีการ

การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตโดยใช้แบบจำลองเชิงหน้าที่ของสุขภาพจิต (functional model of mental health)¹¹ เป็นกรอบในการสืบค้นวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (predisposing factors) หมายถึง ปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะเผชิญกับปัญหาสุขภาพหรือภาวะบางอย่างมากขึ้น โดยปัจจัยเหล่านี้มักเป็นสิ่งที่อยู่ก่อนการเกิดเหตุการณ์หรือภาวะที่เป็นปัญหา 2) ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) หมายถึง เหตุการณ์หรือตัวกระตุ้นให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือทำให้อาการแสดงออกมา โดยปัจจัยเหล่านี้มักเกิดขึ้นทันทีหรือในระยะสั้น และทำให้ปัญหาที่มีแนวโน้มอยู่แล้วแสดงอาการอย่างชัดเจน 3) ปัจจัยเชิงสังคมในปัจจุบัน (present social context) หมายถึง สถานการณ์และปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อบุคคลในช่วงเวลาปัจจุบัน ซึ่งรวมถึงโครงสร้างทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรม สุขภาพจิต และความเป็นอยู่ของประชากร 4) ผลกระทบ (consequences) หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์หรือปัจจัยบางอย่าง อาจเป็นผลทางบวกหรือทางลบขึ้นอยู่กับสถานการณ์ 5) ทรัพยากรด้านสุขภาพจิตระดับบุคคล (mental Health - individual resources) ซึ่งขึ้นอยู่กับทรัพยากรภายใน เช่น ความสามารถในการจัดการอารมณ์ ความยืดหยุ่นทางจิตใจ และทักษะการเผชิญปัญหา และ 6) สังคมและวัฒนธรรม (society and culture) เช่น ความเชื่อ ค่านิยม โครงสร้างทางสังคม และนโยบายระดับชาติ ดังแผนภาพที่ 1 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าทุกองค์ประกอบล้วนอยู่ภายใต้อิทธิพลของสังคมและวัฒนธรรม การวิเคราะห์สุขภาพจิตตามแบบจำลองนี้จึงเปิดโอกาสให้

สามารถออกแบบมาตรการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูด้านสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบและครอบคลุมทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมในภาพรวม¹¹

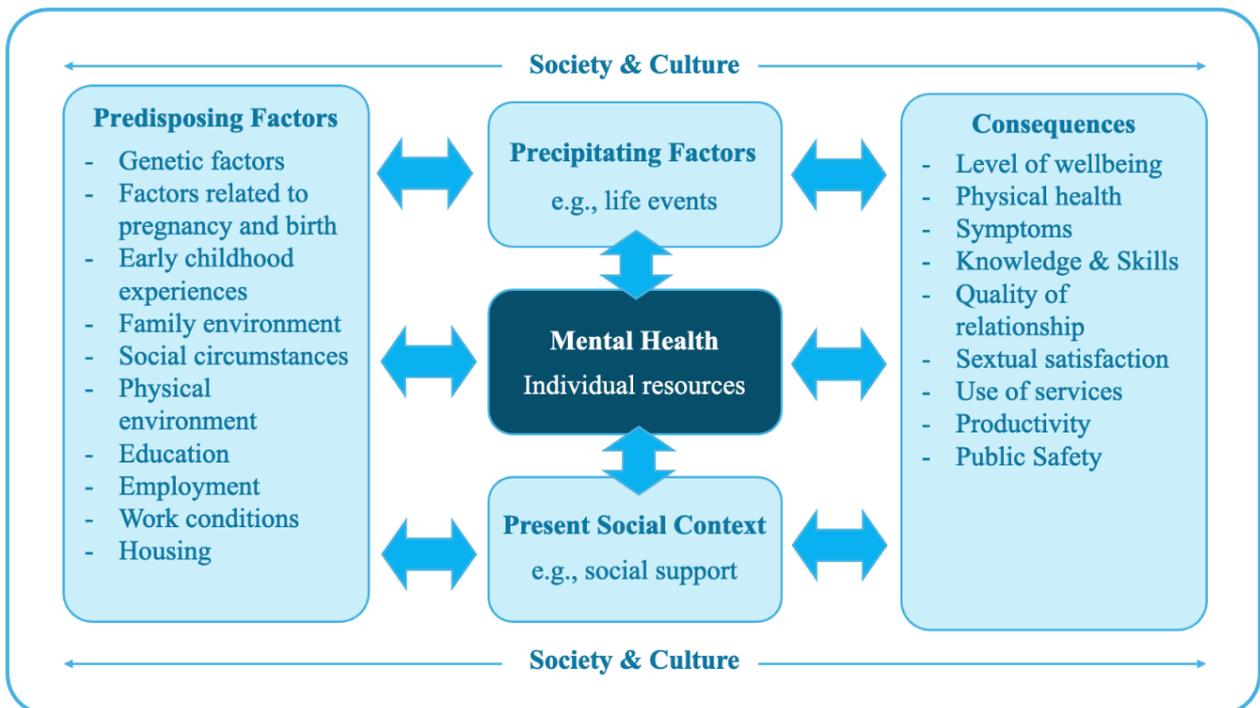
สืบค้นข้อมูลผ่านฐานข้อมูลทางวิชาการ ได้แก่ PubMed, PsycINFO, ThaiJO และ Google Scholar โดยใช้คำสำคัญ (keywords) ที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดสุขภาพจิต ได้แก่ “mental health indicators”, “psychological well-being metrics”, “social determinants of mental health” และ “mental health surveillance” คัดกรองบทความตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2558 - 2568 (ค.ศ. 2015 - 2025) ตีพิมพ์เป็นภาษาไทยหรืออังกฤษ มีข้อมูลตัวชี้วัดสุขภาพจิตที่ชัดเจน และเป็นการศึกษาเชิงปริมาณหรือคุณภาพหรือเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น รายงานเชิงนโยบาย และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ไม่มีข้อมูลฉบับเต็ม โดยบทความที่ซ้ำซ้อนไม่ถูกนำมาวิเคราะห์

บทความทั้งหมดที่ผ่านการคัดเลือกถูกวิเคราะห์เพื่อสังเคราะห์ข้อมูลตามประเด็น ได้แก่ ตัวชี้วัดสุขภาพจิต ระดับของข้อมูล และแหล่งข้อมูล จากนั้นตัวชี้วัดจะถูกนำมาค้นหางานวิจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีที่ใช้ในการวิเคราะห์

ข้อมูลและแนวทางการนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ

ผล

จากการคัดกรองบทความ 1,560 เรื่อง มี 4 เรื่องที่นำมาวิเคราะห์ ครอบคลุมเกี่ยวกับตัวชี้วัดด้านสุขภาพจิต การอบการทำงาน และกลยุทธ์การเฝ้าระวังในบริบทต่าง ๆ ได้แก่ การศึกษาของ McGrath และคณะ¹² ที่ระบุตัวชี้วัดสุขภาพจิตที่สำคัญสำหรับโครงการ health enhancing physical activity (HEPA) ในทวีปยุโรป เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม แม้ว่ายังขาดฉันทามติเกี่ยวกับเครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน การศึกษาของ Orpana และคณะ¹³ ที่พัฒนากรอบการเฝ้าระวังสุขภาพจิตระดับชาติของประเทศแคนาดา โดยจัดกลุ่มตัวชี้วัดในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม เพื่อนำไปใช้กำหนดนโยบายและโครงการต่าง ๆ การศึกษาของ Peitz และคณะ¹⁴ ที่ทบทวนวรรณกรรมเชิงสำรวจและรวบรวมตัวชี้วัดสุขภาพจิตสาธารณะจำนวน 192 ตัว ครอบคลุมด้านการป้องกัน สุขภาพจิตเชิงบวก การใช้บริการสุขภาพจิต และภาวะโรค และการศึกษาของ Thom และคณะ¹⁵ ที่ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อเสนอแนวทาง



แผนภาพที่ 1 แบบจำลองเชิงหน้าที่ของสุขภาพจิต (functional model of mental health)¹¹

การเฝ้าระวังสุขภาพจิตในประเทศเยอรมนีและระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิต ทรัพยากรทางสังคม ความเสี่ยงทางจิตใจ และภาวะสุขภาพจิตทางคลินิก

ตัวชี้วัดสุขภาพจิต (mental health indicators)

จากการวิเคราะห์สามารถระบุตัวชี้วัดในระดับประชากร 74 ตัว ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็น 6 ประเภทหลักตามแบบจำลองเชิงหน้าที่ของสุขภาพจิต ดังตารางที่ 1 โดยตัวชี้วัดที่ปรากฏบ่อยในการศึกษาหลายเรื่อง ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) การสนับสนุนทางสังคม (social support) และระดับความเครียด (stress level) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดพื้นฐานที่สะท้อนถึงสถานะสุขภาพจิตโดยรวมและความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต

ระดับของข้อมูล (level of data)

สามารถจำแนกระดับของข้อมูลตัวชี้วัดสุขภาพจิตได้เป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ 1) ข้อมูลระดับบุคคล (individual-level data) หมายถึง ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจหรือแบบสอบถามที่ระบุลักษณะหรือสถานะของแต่ละบุคคล เช่น ความเครียด ความพึงพอใจในชีวิต และระดับความรู้ด้านสุขภาพจิต และ 2) ข้อมูลระดับกลุ่มหรือประชากร (aggregate-level data) หมายถึง ข้อมูลที่ถูกรวบรวมและรายงานในลักษณะรวมกลุ่ม เช่น รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน อัตราการใช้บริการสุขภาพจิต และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจิตในระดับประเทศ ความแตกต่างสำคัญของข้อมูลทั้ง 2 ประเภทคือ ข้อมูลระดับบุคคลช่วยให้เข้าใจความแตกต่างภายในประชากร ขณะที่ข้อมูลระดับกลุ่มช่วยให้เห็นภาพรวมและแนวโน้มเชิงนโยบาย

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของตัวชี้วัดกับระดับของข้อมูล พบว่า ตัวชี้วัดที่อยู่ในกลุ่มปัจจัยนำ เช่น ประสบการณ์วัยเด็ก ความยากจน และสถานะสุขภาพกาย มักใช้ข้อมูลระดับบุคคล ขณะที่ตัวชี้วัดด้านระบบบริการหรือทรัพยากรสุขภาพจิต เช่น อัตราการใช้บริการสุขภาพจิตงบประมาณ หรือภาระโรค มักใช้ข้อมูลระดับกลุ่ม ส่วนตัวชี้วัดในกลุ่มผลกระทบและบริบททางสังคมมีทั้งการใช้ข้อมูลระดับบุคคล เช่น ความเหงาและความพึงพอใจในชีวิต และข้อมูลระดับกลุ่ม เช่น อัตราการฆ่าตัวตายและความเหลื่อมล้ำทางรายได้

แหล่งข้อมูล (source of data)

แหล่งที่มาของข้อมูลตัวชี้วัดสุขภาพจิตแบ่งเป็น 4 ประเภทหลัก ได้แก่ 1) ข้อมูลจากการสำรวจ (survey) เช่น แบบสอบถามความสุข ความเครียด และความสัมพันธ์ในครอบครัว 2) ข้อมูลสถิติจากระบบงานประจำ (routine statistics) เช่น สถิติจากหน่วยบริการสุขภาพหรือฐานข้อมูลของภาครัฐ 3) การศึกษาเชิงสังคม (social studies) เช่น การรับรู้ต่อการตีตราและการยอมรับของสังคมต่อผู้ป่วยจิตเวช และ 4) การศึกษาเชิงวัฒนธรรม (cultural studies) ซึ่งใช้สำรวจทัศนคติทางวัฒนธรรมต่อการดูแลสุขภาพจิตและการรักษา

จากการวิเคราะห์พบว่า ตัวชี้วัดกลุ่มปัจจัยนำ เช่น ความยากจน ความรุนแรง และภาวะเรื้อรัง มักใช้ข้อมูลจากแบบสอบถามและสถิติทางสุขภาพ ตัวชี้วัดด้านทรัพยากรสุขภาพจิตมักใช้ข้อมูลจากสถิติของรัฐ ขณะที่ตัวชี้วัดในหมวดสังคมและวัฒนธรรม เช่น การตีตราและการรับรู้ต่อการรักษา มักใช้ข้อมูลจากการศึกษาเชิงสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งเน้นการเก็บข้อมูลเชิงลึกในเชิงคุณภาพหรือแบบสำรวจเฉพาะกลุ่ม

วิจารณ์

การศึกษานี้รวบรวมบทความที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่หลากหลายและมุ่งเน้นไปที่กลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน ซึ่งช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ครอบคลุมเกี่ยวกับตัวชี้วัดสุขภาพจิตและนโยบายด้านสุขภาพจิต จากผลการศึกษานี้สามารถระบุตัวชี้วัดด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต 74 ตัว ซึ่งถูกจัดกลุ่มภายใต้แบบจำลองเชิงหน้าที่ของสุขภาพจิต ที่แสดงให้เห็นถึงความซับซ้อนของปัจจัยที่กำหนดสุขภาพจิตในระดับบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อม จากการวิเคราะห์พบว่ามีตัวชี้วัดบางตัวที่ปรากฏซ้ำในหลายการศึกษา ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) การสนับสนุนทางสังคม (social support) ความเครียด (stress) ภาวะสุขภาพจิตเชิงบวก (positive mental health) และความเหงา (loneliness) ตัวชี้วัดเหล่านี้มีความสำคัญเนื่องจากสะท้อนสถานะสุขภาพจิตโดยรวมของประชากรในแง่คุณภาพชีวิต ความสามารถในการเผชิญปัญหา และความเชื่อมโยงทางสังคม ซึ่งเป็นรากฐานของการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีและมีบทบาทในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเรื้อรัง เช่น ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติด และความเสี่ย

ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ระดับข้อมูล และแหล่งข้อมูล

	ตัวชี้วัดสุขภาพจิต (mental health indicators)	ระดับและแหล่งข้อมูล (level and source of data)
1. ทรัพยากรด้านสุขภาพจิตระดับบุคคล (mental health - individual resources)		
ทรัพยากรด้านสุขภาพจิต (mental health resources)	<ul style="list-style-type: none"> - resilience - control and self-efficacy - spiritual - optimism - personality - general trust - emotional intelligence - self-esteem - life-domain- work life balance 	individual-related, survey data
2. ปัจจัยนำ (predisposing factors)		
ปัจจัยเสี่ยงระดับบุคคล (individual factors)	<ul style="list-style-type: none"> - relationship - unemployment - income/ poverty - socio-economic status - level of education - physical activity - health lifestyle - health status - mental health literacy - substance use - chronic physical diseases - chronic pain - critical life events trauma - adverse childhood experiences - violence - cognitive impairment - chronic stress - homelessness - loneliness 	individual-related, survey data
ปัจจัยเสี่ยงระดับครอบครัว (family factors)	<ul style="list-style-type: none"> - family physical and mental health status - family history of mental disorders - family history of suicide-related behavior - substance use by family members - household income - nurturing childhood environment - parenting style - family relationship - household composition - housing conditions 	<ul style="list-style-type: none"> individual-related, survey data individual-related, survey data individual-related, survey data individual-related, survey data aggregate, routine statistics individual-related, survey data individual-related, survey data individual-related, survey data individual-related, survey data aggregate, routine statistics
ปัจจัยเสี่ยงระดับสังคม (social factors)	<ul style="list-style-type: none"> - discrimination - economic stability & employment - income inequality in society - neighborhood conditions - school environment - workplace environment 	<ul style="list-style-type: none"> aggregate, routine statistics aggregate, routine statistics population-level, economic reports aggregate, routine statistics individual-related, survey data individual-related, survey data individual-related, survey data

ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ระดับข้อมูล และแหล่งข้อมูล (ต่อ)

ตัวชี้วัดสุขภาพจิต (mental health indicators)		ระดับและแหล่งข้อมูล (level and source of data)
3. ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors)		
เหตุการณ์ในชีวิต (life events)	- violence	individual-related, survey data and aggregate, routine statistics
4. ปัจจัยเชิงสังคมในปัจจุบัน (present social context)		
ความสัมพันธ์และการสนับสนุนทางสังคม (social interaction)	- social support - social connection - social network - social participation	individual-related, survey data individual-related, survey data individual-related, survey data individual-related, survey data
ทรัพยากรด้านสุขภาพจิต (mental health resources)	- access to mental health services - supply and utilization of mental health care - needs, unmet needs and barriers in mental health care - quality of care - costs due to mental disorders - burden of disease and mortality - mental health promotion budget - existence of mental health promotion/ prevention programs	aggregate, routine statistics aggregate, routine statistics
5. ผลกระทบ (consequences)		
สุขภาวะในด้านต่าง ๆ (well-being)	- social well-being - psychological well-being - well-being	individual-related, survey data individual-related, survey data individual-related, survey data
สุขภาพจิตเชิงบวก (positive mental health)	- positive mental health - happiness - meaning in life	individual-related, survey data individual-related, survey data individual-related, survey data
คุณภาพชีวิต (quality of life)	- quality of life - life satisfaction	individual-related, survey data individual-related, survey data
สุขภาพจิต (mental health status)	- stress - burnout symptoms - self-rated mental health - loneliness - self-harm and suicidality - psychopathology	individual-related, survey data individual-related, survey data individual-related, survey data individual-related, survey data aggregate, routine statistics aggregate, routine statistics
6. สังคมและวัฒนธรรม (society and culture)		
สังคมและวัฒนธรรม (society and culture)	- mental health stigma - societal attitudes towards mental health - cultural perceptions of mental health treatment	population-level, social surveys population-level, social studies population-level, cultural studies

การฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคมและภาวะสุขภาพจิตเชิงบวกซึ่งเป็นปัจจัยป้องกันที่ช่วยลดโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิตและส่งเสริมการฟื้นตัวในระยะยาว^{16,17}

ในบริบทของประเทศไทยพบว่า ตัวชี้วัดที่มีการเก็บข้อมูลอยู่แล้ว ได้แก่ ความเครียด ความเสี่ยงซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตาย และพลังใจ โดยผ่านระบบ Mental Health Check-In และการใช้บริการผ่านระบบ HDC ขณะที่ตัวชี้วัด

ที่สะท้อนสุขภาพเชิงบวก เช่น ความพึงพอใจในชีวิต และความหมายของชีวิต ยังมีการเก็บข้อมูลอย่างจำกัด หรือมีเฉพาะในงานวิจัยที่ไม่ต่อเนื่อง เมื่อพิจารณาถึงความเหมาะสมในการนำไปใช้ในบริบทของประเทศไทย พบว่าตัวชี้วัดในกลุ่มปัจจัยนำและปัจจัยเชิงสังคมในปัจจุบันที่อิงข้อมูลระดับบุคคล เช่น การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (mental health literacy) และความสัมพันธ์ในครอบครัว (family relationship) มีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลสูง เนื่องจากสามารถเก็บผ่านแบบสอบถามในการสำรวจสุขภาพหรือผสมผสานกับกลไกในระดับพื้นที่ได้ ขณะที่ตัวชี้วัดที่อาจไม่สอดคล้องกับบริบทไทย เช่น รายจ่ายด้านสุขภาพจิต (mental health expenditure) และภาระโรคจากสุขภาพจิต (burden of disease due to mental disorders) ยังไม่มีระบบติดตามที่แม่นยำและอาจมีข้อจำกัดด้านวิธีการเก็บข้อมูลทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ ทั้งนี้ตัวชี้วัดที่ควรเก็บแต่ยังมีความเป็นไปได้น้อยในบริบทของไทย เช่น ประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (adverse childhood experiences: ACEs) และประวัติความรุนแรง (violence) ซึ่งแม้เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตระยะยาว แต่การเก็บข้อมูลในปัจจุบันอาจยังมีข้อจำกัดด้านความอ่อนไหวและความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคล ดังนั้น หากจะดำเนินการเก็บข้อมูลเหล่านี้ในอนาคต ควรมีกลไกรองรับด้านจริยธรรม การรักษาความเป็นส่วนตัว และการติดตามอย่างเหมาะสม

แม้ว่าตัวชี้วัดเหล่านี้จะครอบคลุมหลายมิติ แต่พบว่าปัจจุบันยังมีช่องว่างในกระบวนการเก็บข้อมูลและความไม่สอดคล้องของมาตรฐานการวัดระหว่างประเทศต่าง ๆ โดยเฉพาะการเน้นเก็บข้อมูลด้านลบมากกว่าด้านบวก กล่าวคือ หลายประเทศรวมถึงประเทศไทยมักมุ่งเก็บข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความคิดฆ่าตัวตาย ขณะที่ตัวชี้วัดที่สะท้อนสุขภาพจิตด้านบวก เช่น ความพึงพอใจในชีวิตและความหมายของชีวิต กลับยังไม่ได้ให้ความสำคัญเท่าที่ควร แม้มีหลักฐานวิชาการยืนยันว่าการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกมีบทบาทสำคัญต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว¹⁷ นอกจากนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินยังมีความหลากหลายและขาดมาตรฐาน เนื่องจากหลายหน่วยงานมักพัฒนาแบบสอบถาม

ขึ้นเองโดยไม่อ้างอิงกรอบขององค์การอนามัยโลกหรือองค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ (organization for economic co-operation and development: OECD) ส่งผลให้ไม่สามารถเปรียบเทียบข้อมูลข้ามประเทศหรือแม้แต่ระหว่างพื้นที่ภายในประเทศได้ อีกทั้งยังพบว่าข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดบางประเภท เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก และการตีตราทางสังคม (stigma) มักถูกรวบรวมเฉพาะในงานวิจัยโดยไม่ได้ถูกรวมอยู่ในระบบติดตามข้อมูลระยะยาวในระดับประเทศ จึงขาดความต่อเนื่องในการประเมินสถานการณ์ นอกจากนี้ ยังไม่พบว่ามีการใช้กรอบตัวชี้วัดสุขภาพจิตแบบองค์รวม เช่น แบบจำลองเชิงหน้าที่ของสุขภาพจิต มาเป็นโครงสร้างหลักในการวางระบบการติดตามและประเมินผล ส่งผลให้การเก็บข้อมูลยังขาดความครอบคลุมในมิติที่หลากหลายของสุขภาพจิตและยากต่อการเชื่อมโยงกับการวางแผนนโยบายและการดำเนินงานในระดับพื้นที่และประเทศ

การเก็บข้อมูลตัวชี้วัดสุขภาพจิตในปัจจุบันมักเป็นการเก็บในระดับบุคคลโดยตรง ทั้งการเก็บในสถานพยาบาล และการสำรวจประชากรทั้งของภาครัฐและเอกชน โดยนิยมใช้แบบสอบถาม ทั้งในรูปแบบกระดาษและดิจิทัล และการสัมภาษณ์ ซึ่งมีจุดแข็งสำคัญ ได้แก่ สามารถเข้าถึงข้อมูลเชิงลึกที่สะท้อนประสบการณ์ อารมณ์ และความคิดของแต่ละบุคคล สามารถวัดตัวชี้วัดที่เป็นนามธรรมได้ดี เช่น ความพึงพอใจในชีวิตและความหมายของชีวิต มีความยืดหยุ่นสูง สามารถปรับใช้ได้ตามบริบทและกลุ่มเป้าหมาย และส่งเสริมความไว้วางใจในการเปิดเผยข้อมูล แต่กระบวนการดังกล่าวยังมีข้อจำกัดที่ส่งผลต่อคุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยเฉพาะอคติจากการตอบตามความคาดหวังของสังคม (social desirability bias)¹⁹ ซึ่งมักพบในการตอบแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับการรายงานปัญหาสุขภาพจิต และการใช้สารเสพติด นอกจากนี้ วิธีการเก็บข้อมูลในปัจจุบันยังไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มประชากรเปราะบางได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรง ผู้พิการทางร่างกาย ผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล และกลุ่มที่ไม่มีทักษะการใช้เทคโนโลยี เนื่องจากกลุ่มเหล่านี้อาจไม่สามารถเข้าถึงแบบสอบถามดิจิทัล ดังเลที่จะเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว หรือไม่มีความเชื่อมั่นในระบบการเก็บข้อมูล²⁰ การลงพื้นที่

เก็บข้อมูลเชิงลึกมักใช้เวลาและทรัพยากรมาก ซึ่งอาจทำได้ในพื้นที่หรือในช่วงเวลาที่จำกัด ส่งผลให้ข้อมูลที่ได้ไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมดในสังคม การเก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวางยังขาดความต่อเนื่องของข้อมูล ทำให้ไม่สามารถติดตามแนวโน้มและการเปลี่ยนแปลงในระดับประชากรได้²¹ อีกทั้งวิธีการเก็บข้อมูลในปัจจุบันยังขาดการเชื่อมโยงกับแหล่งข้อมูลทางสังคม วัฒนธรรม และพฤติกรรมจากภาคส่วนอื่น เช่น ระบบการศึกษา ภาคแรงงาน และชุมชนท้องถิ่น ส่งผลให้การทำความเข้าใจปัจจัยกำหนดสุขภาพจิตรวมถึงการออกแบบมาตรการส่งเสริมป้องกันไม่ครอบคลุมความหลากหลายของประชากรและไม่เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของบริบททางสังคม

ทั้งนี้ การรวบรวมและจัดการข้อมูลที่มีความซับซ้อนและหลากหลายทั้งประเภทข้อมูล ระดับข้อมูล และแหล่งที่มาของข้อมูล (ดังแสดงในตารางที่ 1) จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการและเทคโนโลยีรูปแบบใหม่เพื่อก้าวข้ามความท้าทายดังกล่าว ปัจจุบันมีการศึกษาที่ประยุกต์ใช้วิทยาศาสตร์ข้อมูล (data science) ในงานสุขภาพจิตระดับประชากร ซึ่งเพิ่มประสิทธิภาพในการเก็บ วิเคราะห์ และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพจิต เช่น data mining ซึ่งสามารถค้นหารูปแบบที่ซ่อนอยู่ในชุดข้อมูลขนาดใหญ่ ช่วยให้เกิดความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่กำหนดสุขภาพจิตและแบ่งกลุ่มประชากรตามความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต เพื่อช่วยในการออกแบบมาตรการแทรกแซงที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ²¹ ขณะที่ machine learning สามารถเพิ่มขีดความสามารถในการวิเคราะห์เชิงพยากรณ์ของข้อมูลสุขภาพจิต โดยวิเคราะห์ข้อมูลในอดีตเพื่อคาดการณ์สัญญาณเบื้องต้นหรือบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคทางสุขภาพจิต ซึ่งช่วยให้สามารถดำเนินการแทรกแซงล่วงหน้าได้²² นอกจากนี้ natural language processing (NLP) ยังถูกนำมาใช้เพื่อวิเคราะห์อารมณ์และสถานะทางจิตจากแพลตฟอร์มการสื่อสารดิจิทัล ซึ่งช่วยให้สามารถติดตามแนวโน้มสุขภาพจิตของประชากรแบบเรียลไทม์²² เทคโนโลยีเหล่านี้สามารถเสริมประสิทธิภาพของระบบเฝ้าระวังสุขภาพจิตและการตอบสนองต่อวิกฤตสุขภาพจิตได้ทันที

หน่วยงานและผู้กำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตจึงควรให้

ความสำคัญกับการบูรณาการการวิเคราะห์ขั้นสูงในระบบสารสนเทศสุขภาพจิต เช่น การพัฒนามาตรฐานการเก็บข้อมูลที่เป็นระบบเพื่อเพิ่มความสอดคล้องและความสามารถในการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างภูมิภาคและระบบสาธารณสุขที่แตกต่างกัน การใช้วิทยาศาสตร์ข้อมูลเพื่อค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยงและเพิ่มประสิทธิภาพของมาตรการแทรกแซงด้านสุขภาพจิต การเชื่อมโยงแหล่งข้อมูลจากภาคส่วนอื่น รวมถึงข้อมูลจากอุปกรณ์สวมใส่ (wearable devices) แอปพลิเคชันในโทรศัพท์มือถือ และพฤติกรรมดิจิทัล เพื่อเพิ่มความครอบคลุมและความไวของการเฝ้าระวังสุขภาพจิต และการพัฒนาแนวปฏิบัติทางจริยธรรมเพื่อรักษาความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของข้อมูลสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อน

การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตนี้ มีข้อจำกัดจากการใช้ฐานข้อมูลเฉพาะที่อาจไม่ครอบคลุมงานวิจัยทั้งหมด นอกจากนี้การใช้กรอบแนวคิดเดียวอาจจำกัดมุมมองต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิต การศึกษาในอนาคตควรขยายขอบเขตการค้นคว้าให้ครอบคลุมงานวิจัยที่ไม่ได้เผยแพร่ในฐานข้อมูลวิชาการหลักและใช้กรอบแนวคิดที่หลากหลายเพื่อให้สามารถวิเคราะห์ปัจจัยด้านสุขภาพจิตได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

สรุป

การศึกษานี้ได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับตัวชี้วัดด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระดับประชากร โดยอิงแบบจำลองเชิงหน้าที่ของสุขภาพจิต (functional model of mental health) เป็นกรอบในการวิเคราะห์ พบว่า มีตัวชี้วัดสำคัญ 74 ตัว ที่สามารถสะท้อนปัจจัยกำหนดสุขภาพจิตของประชากรในหลายมิติ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบความไม่สอดคล้องของมาตรฐานตัวชี้วัดระหว่างประเทศ ช่องว่างของการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัด และข้อจำกัดด้านระเบียบวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบัน จึงควรมีการพัฒนากรอบการวัดที่ครอบคลุมและเป็นมาตรฐาน การประยุกต์ใช้วิทยาศาสตร์ข้อมูล (data science) รวมถึงการพัฒนาแนวปฏิบัติทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและมาตรฐานของการส่งเสริมและป้องกันด้านสุขภาพจิต

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Comprehensive mental health action plan 2013-2030. Geneva: World Health Organization; 2021.
2. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
3. Choi BC. The past, present, and future of public health surveillance. *Scientifica (Cairo)*. 2012;2012:875253. doi:10.6064/2012/875253.
4. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(6):547-60. doi:10.1016/S2215-0366(20)30168-1.
5. Mental Health, Brain Health and Substance Use (MSD). *Mental Health Atlas 2020*. Geneva: World Health Organization; 2021.
6. Department of Mental Health. E-Report [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health; [cited 2024 Nov 26]. Available from: <https://dmh.go.th/report/>. (in Thai)
7. Department of Mental Health. Overview of psychiatric patients [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health; [cited 2024 Nov 26]. Available from: <https://dmc.dmh.go.th> (in Thai)
8. Chutha W, Buaphuan S. Prevalence of self-control disorders: national mental health epidemiology survey of Thailand 2023 [Internet]. Nonthaburi: Mental Health Knowledge Base, Department of Mental Health; 2024 [cited 2024 Nov 26]. Available from: <https://dmh-elibrary.org/items/show/1684> (in Thai)
9. Department of Mental Health. Mental health check-in [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health [cited 2024 Nov 26]. Available from: <https://วัดใจ.com> (in Thai)
10. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36. doi:10.1126/science.847460.
11. Korkeila J, Lehtinen V, Bijl R, Dalgard OS, Kovess V, Morgan A, et al. Establishing a set of mental health indicators for Europe. *Scand J Public Health*. 2003;31(6):451-9. doi:10.1080/14034940210165208.
12. McGrath A, Matthews E, Murphy N, Oostveen I, Wagemakers A, Verkooijen K. Identification of relevant mental health indicators for European community-based health enhancing physical activity initiatives: an adapted Delphi study. *Ment Health Phys Act*. 2024;27:100638. doi:10.1016/j.mhpa.2024.100638.
13. Orpana H, Vachon J, Dykxhoorn J, McRae L, Jayaraman G. Monitoring positive mental health and its determinants in Canada: the development of the Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. 2016;36(1):1-10. doi:10.24095/hpcdp.36.1.01.
14. Peitz D, Kersjes C, Thom J, Hoelling H, Mauz E. Indicators for public mental health: a scoping review. *Front Public Health*. 2021;9:714497. doi:10.3389/fpubh.2021.714497.
15. Thom J, Mauz E, Peitz D, Kersjes C, Aichberger M, Baumeister H, et al. Establishing a mental health surveillance in Germany: development of a framework concept and indicator set. *J Health Monit*. 2021;6(4):34-50. doi:10.25646/8861.
16. Bjørlykhaug K, Karlsson B, Kim H, Kleppe L. Social support and recovery from mental health problems: a scoping review. *Nordic Social Work Research*. 2021;12:1-32. doi:10.1080/2156857X.2020.1868553.
17. Margraf J, Teismann T, Brailovskaia J. Predictive power of positive mental health: a scoping review. *J Happiness Stud*. 2024;25:81. doi:10.1007/s10902-024-00788-x.
18. Brenner PS, DeLamater J. *The social context of health and illness*. New York: Routledge; 2016.
19. Latkin CA, Edwards C, Davey-Rothwell MA, Tobin KE. The relationship between social desirability bias and self-reports of health, substance use, and social network factors among urban substance users in Baltimore, Maryland. *Addict Behav*. 2017;73:133-6. doi:10.1016/j.addbeh.2017.05.005.
20. Ellard Gray A, Jeffrey NK, Choubak M, Crann SE. Finding the hidden participant: solutions for recruiting hidden, hard to reach, and vulnerable populations. *Int J Qual Methods*. 2015;14(5). doi:10.1177/1609406915621420.

21. Alonso SG, de la Torre-Díez I, Hamrioui S, López-Coronado M, Barreno DC, Nozaleda LM, et al. Data mining algorithms and techniques in mental health: A systematic review. *J Med Syst.* 2018;42(9):161. doi:10.1007/s10916-018-1018-2.
22. Shatte ABR, Hutchinson DM, Teague SJ. Machine learning in mental health: a scoping review of methods and applications. *Psychol Med.* 2019;49(9): 1-23. doi:10.1017/S0033291719000151.

บทความพิเศษ

แนวทางของ Cardiff Model เพื่อป้องกันความรุนแรงในสังคม

วันรับ : 9 เมษายน 2568
วันแก้ไข : 20 มิถุนายน 2568
วันตอบรับ : 29 มิถุนายน 2568

บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์, พ.บ.
สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อ

ความรุนแรงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก แต่ข้อมูลจากหน่วยงานตำรวจมักไม่ครอบคลุมเหตุการณ์ทั้งหมด เนื่องจากมีการรายงานต่ำ Cardiff Model เป็นนวัตกรรมการป้องกันความรุนแรงเชิงรุกที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพ โดยใช้หลักการเชื่อมโยงข้อมูลการบาดเจ็บที่ไม่มีการระบุตัวตนจากแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลเข้ากับข้อมูลของตำรวจ เพื่อสร้างภาพรวมของปัญหาความรุนแรงที่สมบูรณ์และแม่นยำขึ้น การวิเคราะห์ข้อมูลแบบบูรณาการนี้ช่วยให้สามารถระบุพื้นที่และเวลาเสี่ยงได้อย่างชัดเจน นำไปสู่การวางมาตรการป้องกันที่ตรงจุดและมีประสิทธิภาพโดยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน หลักฐานเชิงประจักษ์จากนานาชาติแสดงให้เห็นว่าโมเดลนี้สามารถลดจำนวนผู้บาดเจ็บจากความรุนแรงได้อย่างมีนัยสำคัญ และมีความคุ้มค่าคุ้มทุนสูง บทความนี้ทบทวนหลักการ กระบวนการ และผลลัพธ์ของ Cardiff Model พร้อมทั้งสำรวจโอกาสและความท้าทายในการนำมาปรับใช้ในบริบทของประเทศไทย เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างสังคมที่ปลอดภัยและลดผลกระทบจากความรุนแรงอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : การป้องกันความรุนแรง, การแบ่งปันข้อมูล, การเฝ้าระวังการบาดเจ็บ, คาร์ดิฟฟ์โมเดล, สาธารณสุข

ติดต่อผู้พิมพ์ : บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ; burinsura@hotmail.com

Special article

The Cardiff Model approach to violence prevention

Received : 9 April 2025

Revised : 20 June 2025

Accepted : 29 June 2025

Burin Suraaroonsamrit, M.D.

Bureau of Mental Health Academic Affairs,
Department of Mental Health, Nonthaburi Province

Abstract

Violence is a significant global public health issue, yet traditional police data often underrepresents its true scale due to underreporting. The Cardiff Model is a proven, proactive approach to violence prevention that addresses this gap by integrating anonymized injury data from hospital emergency departments with police records. This integrated data provides a more accurate picture of violent incidents, enabling the precise identification of violence hotspots by location and time, and supporting targeted, evidence-based prevention strategies through multi-agency collaboration. Various studies have demonstrated that the model significantly reduces violence-related injuries and is highly cost-effective. This article reviews the principles, implementation processes, and outcomes of the Cardiff Model, while also exploring the opportunities and challenges of its adaptation within the Thai context, aiming to guide efforts toward a safer society and the sustainable reduction of violence.

Keywords: Cardiff Model, data sharing, injury surveillance, public health, violence prevention

Corresponding author: Burin Suraaroonsamrit; burinsura@hotmail.com

ความรู้เดิม : ความรุนแรงเป็นปัญหาสังคมและสุขภาพจิตที่ซับซ้อน ข้อมูลจากภาคส่วนต่าง ๆ เช่น หน่วยงานสาธารณสุขและตำรวจ มักถูกเก็บแยกจากกัน ทำให้การวางแผนป้องกันขาดประสิทธิภาพ นอกจากนี้อัตราการรายงานเหตุความรุนแรงต่อตำรวจในปัจจุบันยังต่ำกว่าความเป็นจริงมาก

ความรู้ใหม่ : กลไกการทำงานของ Cardiff Model มีกระบวนการดำเนินงาน ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลในห้องฉุกเฉิน การแบ่งปันข้อมูลที่เป็นนิรนาม การวิเคราะห์เพื่อสร้างแผนที่ข้อมูล และการลงมือปฏิบัติโดยทีมสหวิชาชีพ โดยหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงถึงประสิทธิภาพและความคุ้มค่าคุ้มทุนในการลดความเสียหายจากการบาดเจ็บและการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การนำกรอบแนวคิดและหลักการของ Cardiff Model ไปใช้ผลักดันเชิงนโยบายในประเทศไทย เพื่อริเริ่มโครงการนำร่องในการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยงานท้องถิ่นและตำรวจ โดยอาจต่อยอดจากระบบข้อมูลที่มีอยู่ เช่น ศูนย์พึ่งได้ (OSCC) เพื่อสร้างระบบป้องกันความรุนแรงเชิงรุกที่มีข้อมูลสนับสนุนและวัดผลได้จริง

บทนำ

ตามรายงานขององค์การอนามัยโลก แต่ละปีมีผู้ถูกทำร้ายจนเสียชีวิต 475,000 คนทั่วโลก คิดเป็นอัตราส่วน 6.6 ต่อแสนประชากร ซึ่งพบมากในวัยรุ่นและวัยทำงานตอนต้น นอกจากนี้ สตรีเกือบ 1 ใน 3 หรือคิดเป็นร้อยละ 30 ถูกกระทำความรุนแรงทางร่างกายและ/หรือทางเพศโดยคู่ครองหรือบุคคลอื่น ๆ^{1,2} ความรุนแรงเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บทางร่างกาย บาดแผลทางจิตใจ เช่น โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder: PTSD) ตลอดจนความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล จึงเป็นความท้าทายด้านสาธารณสุขสำคัญที่องค์การอนามัยโลกประกาศให้เป็นวาระเร่งด่วนที่ควรได้รับการแก้ไข

การศึกษาในหลายประเทศพบว่าเหยื่อของความรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินส่วนใหญ่ไม่ได้

ไปแจ้งความตำรวจ ในสหราชอาณาจักรพบว่าร้อยละ 76³ ของข้อมูลความรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไปไม่ถึงตำรวจ ในเดนมาร์กพบสัดส่วนร้อยละ 77⁴ ส่วนในสหรัฐอเมริกาพบสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 89⁵ การไม่รายงานเหตุความรุนแรงจึงยังเป็นปัญหาใหญ่ โดยคนส่วนใหญ่ไม่ได้แจ้งตำรวจเนื่องจากความกลัว ความไม่ไว้วางใจ หรือความกังวลด้านกฎหมาย ดังนั้นข้อมูลจากหน่วยงานบังคับใช้กฎหมายเพียงอย่างเดียวไม่สามารถสะท้อนภาพความรุนแรงได้ครบถ้วน แสดงให้เห็นว่าการขาดความเชื่อมโยงของข้อมูลส่งผลต่อการวางแผนป้องกันความรุนแรงอย่างมีประสิทธิภาพ

Cardiff Model กับการป้องกันความรุนแรงในสังคม

Cardiff Model เป็นระบบเฝ้าระวังความรุนแรงที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวทางการแบ่งปันข้อมูลและการวางแผนป้องกันความรุนแรงแบบหลายภาคส่วน โมเดลนี้ใช้หลักการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ความรุนแรงจากแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล จากนั้นนำมาเชื่อมโยงกับข้อมูลของตำรวจเพื่อสร้างภาพรวมที่ครบถ้วนและแม่นยำยิ่งขึ้นเกี่ยวกับรูปแบบและสถานที่เกิดความรุนแรง⁶ ซึ่งเป็นการใช้ข้อมูลที่ไม่เปิดเผยตัวตนในการระบุพื้นที่เสี่ยง เวลาที่เกิดเหตุ และปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การพัฒนากลยุทธ์การป้องกันที่มีประสิทธิภาพ⁷

Cardiff Model ได้รับการพัฒนาโดยศาสตราจารย์ ดร.โจนาธาน พี. เชฟเพิร์ด (Professor Jonathan P. Shepherd) จากมหาวิทยาลัยคาร์ดิฟฟ์ ประเทศเวลส์ ถูกนำมาใช้เป็นครั้งแรกในเมืองคาร์ดิฟฟ์ในปี พ.ศ. 2544⁸ โมเดลนี้เกิดขึ้นจากการค้นพบว่าปัญหาอาชญากรรมที่รุนแรงส่งผลให้มีผู้มารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลจำนวนมาก แต่เหตุการณ์เหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่ได้ถูกรายงานให้เจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมายทราบ⁹ Cardiff Model เป็นการทำงานที่เชื่อมโยงโรงพยาบาล หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานบังคับใช้กฎหมาย และชุมชนเข้าด้วยกันเพื่อพัฒนากลยุทธ์ร่วมกันในการป้องกันความรุนแรง ผลของการใช้ Cardiff Model ในเมืองคาร์ดิฟฟ์ได้รับการพิสูจน์ว่าสามารถลดจำนวนผู้ที่ต้องมารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินได้อย่างมีนัยสำคัญถึงร้อยละ 42 และช่วยลดค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องจากการบาดเจ็บได้มาก⁹ ความสำเร็จนี้ทำให้โมเดลได้รับการขยายผลไปทั่วสหราชอาณาจักร ตลอดจนหลายประเทศทั่วโลก รวมถึง

ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ แอฟริกาใต้ โคลอมเบีย จาเมกา แคนาดา และสหรัฐอเมริกา^{7,9} ความสำเร็จในการพัฒนา นวัตกรรมป้องกันความรุนแรงในชุมชนที่มีประสิทธิภาพและ สามารถขยายผลได้ทั่วโลกนี้ทำให้ศาสตราจารย์เซฟเพิร์ต ได้รับการยอมรับในระดับสากล โดยได้รับรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้า มหาธิล สาขาการสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2567⁸

หัวใจหลักของ Cardiff Model

Cardiff Model มีหลักการพื้นฐานสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) การรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่องในแผนกฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลเกี่ยวกับวันที่ เวลา สถานที่ ประเภทอาวุธ จำนวนผู้ทำร้าย และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ทำร้าย 2) การทำให้ข้อมูลไม่สามารถระบุตัวตนได้โดยการทำให้ข้อมูล นิรนาม (anonymization) และแลกเปลี่ยนข้อมูลจาก โรงพยาบาลสู่ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ เพื่อวิเคราะห์ พื้นที่และเวลาที่เสี่ยงสูงต่อการเกิดความรุนแรง และ 3) การนำข้อมูลที่รวบรวมได้ไปใช้ในการป้องกันความรุนแรง อย่างเป็นรูปธรรมโดยคณะกรรมการป้องกันความรุนแรง ระดับเมืองหรือท้องถิ่น^{6,8}

องค์ประกอบหลักของ Cardiff Model

Cardiff Model ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 5 ส่วน ได้แก่ 1) ระบบการรวบรวมข้อมูลในแผนกฉุกเฉิน โดยเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินสามารถสอบถาม ข้อมูลจากผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากความรุนแรงและบันทึก ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์อย่างเป็นประจำและเป็นระบบ 2) หน่วยเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล ที่สามารถทำให้ ข้อมูลเหล่านี้ไม่สามารถระบุตัวตนได้และแบ่งปันกับหน่วยงาน ที่รับผิดชอบในการดำเนินการกักตมกฎหมายเพื่อป้องกัน ความรุนแรงร่วมกัน 3) นักวิเคราะห์ ที่สามารถรวบรวมข้อมูล เหล่านี้เข้ากับข้อมูลของตำรวจ สรุปและสร้างแผนที่สำหรับ คณะกรรมการป้องกันความรุนแรงท้องถิ่น 4) คณะกรรมการ ป้องกันความรุนแรงระดับเมือง/ท้องถิ่น ซึ่งประกอบด้วย ตำรวจ รัฐบาลท้องถิ่น บุคลากรสุขภาพ (รวมถึงแพทย์ฉุกเฉิน ที่เป็นที่ปรึกษาหลัก) และผู้บริหารการศึกษา ที่ประชุมกัน อย่างสม่ำเสมอเพื่อเลือกและดำเนินการแทรกแซงเพื่อป้องกัน ความรุนแรงที่มีประสิทธิภาพ และ 5) กลไกการติดตามและ ประเมินผล เพื่อตรวจสอบและปรับปรุงประสิทธิภาพของ มาตรการที่ดำเนินการ การทำงานของทั้ง 5 องค์ประกอบนี้

ต้องเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องเพื่อป้องกัน ความรุนแรงอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด⁶

คุณลักษณะเฉพาะของ Cardiff Model

สิ่งที่ทำให้ Cardiff Model แตกต่างจากแนวทาง ป้องกันความรุนแรงแบบเดิมคือการใช้ข้อมูลจากแหล่ง ที่หลากหลาย โดยเฉพาะข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ครอบคลุม เหตุการณ์ความรุนแรงที่ตำรวจไม่ทราบ การศึกษาพบว่า กลยุทธ์การป้องกันความรุนแรงในชุมชนส่วนใหญ่ได้รับการ พัฒนาโดยอาศัยเพียงข้อมูลจากหน่วยงานบังคับใช้กฎหมาย เท่านั้น ซึ่งไม่ครอบคลุมภาพรวมที่สมบูรณ์¹⁰ Cardiff Model จึงให้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากกว่าโดยการรวบรวมข้อมูลจาก ตำรวจ แผนกฉุกเฉิน บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หน่วยงาน สาธารณสุข และแหล่งข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ โมเดลยังเป็นเวทีให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนหรือข้อมูล เพิ่มเติมเพื่อพัฒนาและดำเนินการกลยุทธ์การป้องกัน ความรุนแรง ทั้งนี้ไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อใช้ในการตัดสินลงโทษ บุคคล กลุ่ม หรือองค์กรใด ๆ¹⁰

กระบวนการดำเนินงานของ Cardiff Model

1) ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล กระบวนการ ดำเนินงานของ Cardiff Model เริ่มต้นจากการรวบรวมข้อมูล ในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญที่สุด ในการสร้างฐานข้อมูลที่ครอบคลุมและแม่นยำ⁹ เจ้าหน้าที่ ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลจะบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ที่ได้รับบาดเจ็บจากเหตุความรุนแรง โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับ ลักษณะการบาดเจ็บ เวลาที่เกิดเหตุ และสถานที่เกิดเหตุ โดยใช้แบบคัดกรองสำหรับผู้ป่วยที่มาด้วยอาการบาดเจ็บจาก ความรุนแรง มีคำถามหลัก 2 ข้อ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ จากการถูกทำร้ายหรือไม่ และ 2) หากใช่ สถานที่เกิดเหตุ อยู่ที่ไหน¹¹ ข้อมูลที่รวบรวมจะครอบคลุมวันที่และเวลาที่ เกิดเหตุ สถานที่เกิดเหตุอย่างละเอียด (ในรูปแบบข้อความ อีกระยะ) ประเภทอาวุธที่ใช้ จำนวนผู้ทำร้าย และความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ได้รับบาดเจ็บกับผู้ทำร้าย^{6,8}

2) การประมวลผลและการแบ่งปันข้อมูล โดยโรงพยาบาลจะส่งข้อมูลไปยังตำรวจและหน่วยงานใน ท้องถิ่นแบบไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย¹² การประมวลผลข้อมูลจะดำเนินการโดยนักวิเคราะห์ข้อมูล ที่มีความเชี่ยวชาญในการจัดการข้อมูลด้านอาชญากรรมและ

ความรุนแรง ข้อมูลจากโรงพยาบาลจะถูกนำมาผสมกับข้อมูลจากตำรวจและหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อสร้างภาพรวมที่สมบูรณ์ กระบวนการนี้ต้องดำเนินการภายใต้กรอบกฎหมายและข้อบังคับด้านความเป็นส่วนตัวของข้อมูล โดยเฉพาะการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย การแบ่งปันข้อมูลจึงต้องผ่านกระบวนการทำข้อมูลนิรนามและต้องมีการทำงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขท้องถิ่นหรือระดับรัฐตามที่กฎหมายกำหนด

3) การวิเคราะห์และการสร้างแผนที่ข้อมูล

โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อระบุพื้นที่เสี่ยงและแนวโน้มของเหตุรุนแรง⁹ โดยการสร้างแผนที่ความรุนแรง (violence mapping) ที่แสดงให้เห็นสถานที่ที่เกิดความรุนแรงบ่อยครั้ง (hotspots) ในพื้นที่ต่าง ๆ รวมถึงการวิเคราะห์รูปแบบตามเวลา เช่น วันในสัปดาห์ ช่วงเวลาในวัน และเทศกาลต่าง ๆ ที่มีแนวโน้มเกิดความรุนแรงสูง การวิเคราะห์ข้อมูลยังครอบคลุมการระบุแนวโน้มอาวุธที่ใช้ ซึ่งจะช่วยในการกำหนดมาตรการควบคุมอาวุธ การระบุสถานที่เกิดความรุนแรงในสวนสาธารณะ พื้นที่สำหรับคนเดินเท้า และโรงเรียน ซึ่งจะช่วยหน่วยงานท้องถิ่นในการกำหนดมาตรการป้องกัน รวมถึงการระบุตัวและช่วยเหลือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากความรุนแรงในครอบครัวในแผนกฉุกเฉิน เพื่อป้องกันการตกเป็นเหยื่อซ้ำ¹⁰

4) การดำเนินมาตรการป้องกัน โดยคณะกรรมการ

ป้องกันความรุนแรงซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากหลายหน่วยงานจะประชุมอย่างน้อยไตรมาสละครั้งเพื่อทบทวนข้อมูลและกำหนดมาตรการที่เหมาะสม มาตรการป้องกันที่ได้รับการพิสูจน์ประสิทธิภาพจาก Cardiff Model เช่น การใช้แก้วพลาสติกในสถานบันเทิงเพื่อลดการบาดเจ็บจากของมีคม การใช้กล้องวงจรปิดแบบเรียลไทม์ การสร้างพื้นที่สำหรับคนเดินเท้าในจุดที่มีปัญหา และการเพิ่มการลาดตระเวนของตำรวจในช่วงเวลาและพื้นที่เสี่ยงสูง¹² ทั้งนี้ การดำเนินมาตรการเหล่านี้ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

การศึกษาประสิทธิภาพและความคุ้มค่าคุ้มทุนของ Cardiff Model

การทดลองและการวิเคราะห์อนุกรมเวลาเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของ Cardiff Model ในเมืองคาร์ดิฟฟ์ที่เป็น

เมืองนำร่อง พบว่า การแบ่งปันและใช้ข้อมูลมีความสัมพันธ์กับการลดลงของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับเมืองเปรียบเทียบ โดยมีอัตราการลดลงจาก 7 รายเป็น 5 รายต่อเดือนต่อประชากร 100,000 คน นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราเฉลี่ยของการทำร้ายร่างกายประเภทร้ายแรงจากการบันทึกโดยตำรวจเพิ่มขึ้นจาก 54 รายเป็น 82 รายต่อเดือนต่อประชากร 100,000 คน เปรียบเทียบกับการเพิ่มขึ้นจาก 54 เป็น 114 ราย ต่อเดือนต่อประชากรในเมืองเปรียบเทียบ⁹ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดยมหาวิทยาลัย Deakin สรุปว่า การศึกษาทั้งหมดที่วัดประสิทธิภาพของการแทรกแซงเพื่อป้องกันความรุนแรง พบรายงานการลดลงอย่างมากของการทำร้ายร่างกายและการเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินหลังการแทรกแซง โดยมีเพียงการศึกษาเดียวที่รายงานว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลง การวิเคราะห์อภิมานโดยมหาวิทยาลัย Cape Town สรุปว่า การนำ Cardiff Model มาใช้สามารถลดการทำร้ายร่างกายอย่างมีนัยสำคัญ⁷ การศึกษาเพิ่มเติมแสดงให้เห็นถึงผลต่อการลดอัตราการฆาตกรรมในเมืองคาร์ดิฟฟ์ จาก 2.8 ต่อประชากร 100,000 คนก่อนการดำเนินโครงการเป็น 1.4 ต่อประชากร 100,000 คนหลังการดำเนินโครงการ⁶ ผลการศึกษาเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า Cardiff Model มีประสิทธิภาพในการลดความรุนแรงรวมถึงการเสียชีวิตจากความรุนแรง

การวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์แสดงให้เห็นว่า Cardiff Model มีความคุ้มค่าคุ้มทุนสูงในแง่ของต้นทุน โดยมีต้นทุน 5,000 ปอนด์ (ประมาณ 220,000 บาท) ต่อปี ขณะที่สามารถลดการสูญเสียจากการทำร้ายร่างกาย 789,000 ปอนด์ (ประมาณ 35 ล้านบาท) ต่อปี⁹ การประเมินผลกระทบในปี พ.ศ. 2562 ระบุว่า การประหยัดต้นทุนสำหรับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละพื้นที่อยู่ที่ 2.7 ล้านบาท (ประมาณ 120 ล้านบาท) ต่อปี และหากดำเนินการในเพียงร้อยละ 5 ของพื้นที่ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จะลดการสูญเสียประมาณ 858 ล้านบาท (ประมาณ 38,200 ล้านบาท) ในช่วง 10 ปี คิดเป็นอัตราส่วนต้นทุนต่อผลประโยชน์ทั้งหมดที่ 1:82 และอัตราส่วนต้นทุนต่อผลประโยชน์ด้านระบบยุติธรรมทางอาญาที่ 1:19¹³ แสดงให้เห็นว่าการลงทุนใน Cardiff Model ให้ผลตอบแทน

ที่สูงมากทั้งในแง่ของการลดความรุนแรงและการประหยัดต้นทุนทางสังคม

การศึกษาที่นำ Cardiff Model ไปใช้ในประเทศอื่น ๆ ก็มีผลลัพธ์ที่สอดคล้องกัน การศึกษาในเมือง Warrnambool ประเทศออสเตรเลียพบว่า การรวบรวมข้อมูล “การตีครั้งสุดท้าย” ในแผนกฉุกเฉินสามารถระบุแหล่งและสถานที่ของการเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพบว่าการบาดเจ็บจากแอลกอฮอล์มีความเชื่อมโยงกับสถานที่จำหน่ายและพื้นที่สาธารณะ และการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน¹¹ การดำเนินการ Cardiff Model ในเมือง Milwaukee ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระบบโรงพยาบาลหลายแห่งทั่วเมืองมีความท้าทาย แต่สามารถดำเนินการได้โดยใช้ทฤษฎีการแพร่กระจายนวัตกรรม (diffusion of innovation theory) เป็นกรอบในการทำความเข้าใจและจัดการปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคต่อการนำ Cardiff Model มาใช้ในบริบทโรงพยาบาล¹⁰

ความท้าทายและโอกาสของการปรับใช้โมเดลในบริบทประเทศไทย

วันที่ 28 มกราคม 2568 กระทรวงสาธารณสุขจัดการประชุมวิชาการระดับชาติเรื่อง “คาร์ดิฟฟโมเดลเพื่อป้องกันเหตุความรุนแรง” โดยมีศาสตราจารย์เชฟเฟิร์ดผู้พัฒนา Cardiff Model มาร่วมแบ่งปันประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ¹⁴ พบว่าการปรับใช้ Cardiff Model ในประเทศไทยมีทั้งโอกาสและความท้าทาย โดยโอกาสคือ ประเทศไทยมีระบบฐานข้อมูลของกองบาดเจ็บกรมควบคุมโรค และฐานข้อมูลศูนย์พึ่งได้ (one stop crisis center: OSCC) ซึ่งเกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสามารถเป็นพื้นฐานในการพัฒนาต่อยอด^{15,16} นอกจากนี้ระบบสาธารณสุขของไทยมีความครอบคลุมสูงโดยมีโรงพยาบาลรัฐในทุกจังหวัด ซึ่งจะช่วยในการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบทั่วประเทศ นอกจากนี้ประเทศไทยมีปัญหาคความรุนแรงเพิ่มขึ้นก็เป็นแรงผลักดันสำคัญในการหาแนวทางแก้ไขที่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามความท้าทายหลัก ได้แก่ การต้องปรับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลให้รองรับการรวบรวมข้อมูลตาม Cardiff Model การฝึกอบรมบุคลากรให้มีความเข้าใจ

และทักษะในการรวบรวมข้อมูล การสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ และการจัดการประเด็นความเป็นส่วนตัวของข้อมูลให้สอดคล้องกับกฎหมายไทย การประชุมวิชาการครั้งนี้ถือเป็นก้าวสำคัญของประเทศไทยในการเรียนรู้จากแนวทาง Cardiff Model และนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศ ด้วยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน¹⁶

สรุป

Cardiff Model เป็นนวัตกรรมสำคัญในการป้องกันความรุนแรงที่ได้รับการพิสูจน์ประสิทธิภาพจากหลักฐานทางวิชาการอย่างชัดเจน โมเดลนี้แก้ไขปัญหาคความรุนแรงที่ครอบคลุมเกี่ยวกับเหตุการณ์ความรุนแรงโดยการผสานข้อมูลจากโรงพยาบาลและหน่วยงานบังคับใช้กฎหมายเพื่อสร้างภาพรวมเหตุความรุนแรงที่สมบูรณ์และแม่นยำ การศึกษาในหลายประเทศแสดงให้เห็นว่า โมเดลนี้สามารถลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากเหตุความรุนแรงและการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับลดความรุนแรงได้โดยมีความคุ้มค่าคุ้มทุนสูง

สำหรับประเทศไทยซึ่งเผชิญกับปัญหาความรุนแรงในสังคมที่เพิ่มขึ้น การนำ Cardiff Model มาปรับใช้จึงเป็นแนวทางที่มีศักยภาพสูงในการแก้ไขปัญหา แม้มีความท้าทายจากการปรับใช้ระบบเทคโนโลยี การฝึกอบรมบุคลากร และการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน แต่ประเทศไทยมีรากฐานที่ดีจากระบบฐานข้อมูลที่มีอยู่และระบบสาธารณสุขที่มีความครอบคลุมสูง การริเริ่มการประชุมวิชาการระดับชาติและการมีส่วนร่วมของผู้พัฒนาโมเดลเองแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นของประเทศไทยในการนำแนวทางนี้มาใช้ได้อย่างจริงจัง

ทั้งนี้ความสำเร็จของ Cardiff Model ไม่ได้ขึ้นอยู่กับรวบรวมข้อมูลเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นอยู่กับการสร้างระบบการทำงานร่วมกันระหว่างหลายภาคส่วนและการนำข้อมูลไปใช้ในการกำหนดมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ การปรับใช้ในประเทศไทยจึงต้องให้ความสำคัญกับการสร้างกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล ตำรวจ หน่วยงานท้องถิ่น และชุมชน รวมถึงการพัฒนาติดตามและประเมินผลเพื่อให้การดำเนินการมาตรการสามารถลดความรุนแรงอย่างยั่งยืน การลงทุนใน Cardiff Model จึงไม่เพียงแต่เป็นการแก้ไขปัญหาความรุนแรง

แต่ยังเป็นการสร้างสังคมที่ปลอดภัยและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสำหรับคนไทยทุกคน

เอกสารอ้างอิง

1. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet*. 2002; 360(9339):1083-8. doi:10.1016/s0140-6736(02)11133-0.
2. Department of Women's Affairs and Family Development. Family Violence Situation Report B.E. 2567. Bangkok: Department of Women's Affairs and Family Development; 2024. (in Thai)
3. Sutherland I, Sivarajasingam V, Shepherd JP. Recording of community violence by medical and police services. *Inj Prev*. 2002;8(3):246-7. doi:10.1136/ip.8.3.246.
4. Faergemann C, Lauritsen JM, Brink O, Skov O. Trends in deliberate interpersonal violence in the Odense Municipality, Denmark 1991-2002. The Odense study on deliberate interpersonal violence. *J Forensic Leg Med*. 2007;14(1):20-6. doi:10.1016/j.jcfm.2006.01.001.
5. Wu DT, Moore JC, Bowen DA, Mercer Kollar LM, Mays EW, Simon TR, et al. Proportion of violent injuries unreported to law enforcement. *JAMA Intern Med*. 2019;179(1):111-2. doi:10.1001/jamainternmed.2018.5139.
6. Shepherd JP. The Cardiff model for violence prevention. London: Royal College of Emergency Medicine; 2024 [cited 2025 May 12]. Available from: https://rcem.ac.uk/wp-content/uploads/2024/03/The_Cardiff_Model_for_Violence_Prevention_Jonathan_Shepherd.pdf
7. World Health Organization. Violence prevention: the evidence. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2025 May 12]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599596>
8. Prince Mahidol Award Foundation. Biography of Professor Jonathan Shepherd [Internet]. 2024 [cited 2025 May 23]. Available from: <https://www.princemahidolaward.org/people/professor-doctor-jonathan-p-shepherd/>.
9. Florence C, Shepherd J, Brennan I, Simon T. Effectiveness of anonymised information sharing and use in health service, police, and local government partnership for preventing violence related injury: experimental study and time series analysis. *BMJ*. 2011;342:d3313. doi:10.1136/bmj.d3313.
10. Kohlbeck S, Levas M, Hernandez-Meier J, Hargarten S. Implementing the Cardiff Model for violence prevention: using the diffusion of innovation theory to understand facilitators and barriers to implementation. *Inj Prev*. 2022;28(1):49-53. doi:10.1136/injuryprev-2021-044322.
11. Baker T, Taylor N, Kloot K, Miller P, Egerton-Warburton D, Shepherd J. Using the Cardiff model to reduce late-night alcohol-related presentations in regional Australia. *Aust J Rural Health*. 2023;31(3):532-9. doi:10.1111/ajr.12983.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Violence Prevention [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2024 [cited 2024 May 23]. Available from: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/>.
13. UK Home Office. Introducing public health measures impact assessment 2019 (IA No: HO0345). London: Home Office; 2019.
14. Hfocus. Thailand considers "Cardiff Model" to curb violence as nation ranks among top 10 for violence against women and children [Internet]. 2025 Jan 28 [cited 2025 May 12]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2025/01/32948> (in Thai)
15. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Injury surveillance system (IS): user manual 2023. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2023. (in Thai)
16. Ministry of Public Health. Guidelines for adapting the Cardiff Model in Thailand. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2025. (in Thai)



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

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

ประเภทของบทความ

1. บทความพิเศษ (Special article)

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

2. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

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

3. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review)

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

4. บทความปริทัศน์ (Review article)

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

5. รายงานผู้ป่วย (Case report)

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

6. ปกิณกะ (Miscellany)

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

การเตรียมต้นฉบับ

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

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

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

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

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

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

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

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

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

การเขียนเอกสารอ้างอิง

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

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

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

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

การส่งต้นฉบับในระบบวารสารออนไลน์

ผู้พิมพ์สมัครสมาชิกและส่งต้นฉบับบทความในระบบ ThaiJo ตามขั้นตอนดังนี้

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

ขั้นที่ 1 เริ่มต้นการส่ง กรอกข้อมูลและตรวจสอบทุกข้อเพื่อเป็นการยืนยันว่าบทความของท่านเป็นไปตามเงื่อนไขที่วารสารกำหนด

ขั้นที่ 2 อัปโหลดบทความเป็นไฟล์ Word ตามข้อแนะนำการเตรียมต้นฉบับ หรือไฟล์แนบอื่น ๆ

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

ขั้นที่ 4 ยืนยันการส่งบทความ

ขั้นที่ 5 เสร็จสิ้นการ submission และเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบ

3. การแก้ไขบทความ (revision)

ส่งบทความได้ทาง

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





วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 70 ฉบับที่ 1

มกราคม - มีนาคม 2568

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง	A
จดหมายถึงบรรณาธิการ	
การดูแลและส่งผู้ป่วยจิตเวชต่างชาติข้ามประเทศ <i>เกษม ต้นติผลลาชีวะ</i>	1
เจ็ดทศวรรษวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย : เหลียวหลังไปแล้วแลหน้า <i>พีเชษฐ อดุมรัตน์</i>	3
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม <i>ธนชัย รินไธสง, สุรีย์พร พลชุมแสง, คมเคี้ยว จันทร์ราช</i>	7
บทบาทตัวแปรค่านกลางของความยืดหยุ่นทางจิตใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในนักเรียนมัธยมที่ถูกกักกั้นกักในในประเทศไทย <i>ชื่นกมล ปุรินทรวงกุล, จิรดา ประสาทพรศิริโชค, อัญชลิตา รัตนจารุรักษ์</i>	19
ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการก่อนมีระดูและภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู ในนิสิตแพทย์ ชั้นปริศลินิก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย <i>ณัฐธยาน์ ขวลิตชัยกุล, ปองขวัญ ยี่มสะอาด</i>	32
ผลการบำบัดรักษาด้วยแนวพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี ต่อพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง <i>สรณสิริ วัฒนเรืองชัย</i>	45
ผลการพัฒนาระบบการดูแลติดตามผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างเข้มข้นต่อการลดความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ ณ แผนกจิตเวช โรงพยาบาลระยอง <i>อรอุมา ประสงค์สำเร็จ</i>	54
ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการฟอกเลือดในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า <i>นิพนธ์ นครน้อย</i>	71
ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเอง ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ของผู้ใช้แอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ในประเทศไทย <i>ศักดิ์จุฑา บินชัย, พิชาพร งามทิพย์วัฒนา</i>	79
ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาครั้งแรกของผู้ป่วยผู้ใหญ่ ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ <i>กฤติน หว่านณรงค์, ศิโรจน์ กอเจริญพาณิชย์, ทศนีย์ สุริยะไชย</i>	95
ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ในข้าราชการตำรวจ กองบังคับการตำรวจนครบาลแห่งหนึ่ง <i>ปวิธรัตน์ จันทร์ตรีภักติกุล, วิชยุตม์ เพศยานาวิน, เมธีวัชร ชิตเดชะ, ภูซงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์</i>	108
คุณภาพการนอนของผู้ป่วยหลังหายจากโรคโควิด 19 <i>ณัฐธิดา หน่อพันธุ์, เมตตา เลิศเกียรติวิระ, มาลี เกตแก้ว</i>	121

สำหรับผู้สนใจส่งบทความ
สามารถดูรายละเอียดได้ตามคิวอาร์โค้ด



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

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