



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสาร

สุขภาพจิต

แห่งประเทศไทย

ปีที่ 32 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2567

Volume 32 Number 3 July - September 2024

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

- 1 ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มารับบริการในโรงพยาบาลตติยภูมิของประเทศไทย
- 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก
- 3 ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
- 4 ความสามารถในการใช้งานกับความพึงพอใจของบริการแชทบอทให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิต
- 5 การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์
- 6 ผลของรูปแบบการฝึกอบรมแกนนำและครอบครัวพลังบวกต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้จิตวิทยาเชิงบวกของแกนนำและครอบครัว
- 7 ปัญหา อุปสรรค และแรงจูงใจของผู้ปกครองในการพาเด็กกลุ่มเป้าหมายมากระตุ้นพัฒนาการด้วย TED4I ตามนิตหมายในช่วงปีงบประมาณ 2564 - 2565 ในเขตสุขภาพที่ 1
- 8 The effect of group music therapy on perceived stress among international postgraduate students at Mahidol University, Thailand
- 9 ประสิทธิภาพของจิตแพทย์ไทยในการพัฒนา ICD-11 : กรณีของโรคจิตเฉียบพลันและชั่วคราว

Journal of
Mental Health of Thailand

ISSN 0859-497X
E-ISSN 2697-567X



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

คณะที่ปรึกษา

อธิบดีกรมสุขภาพจิต
รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
นพ.ม.ล.สมชาย จักรพันธ์
นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์
นพ.เทอดศักดิ์ เดชคง

บรรณาธิการกิตติมศักดิ์

ศ.เกียรติคุณ นพ.พิเชฐ อุตมรัตน์ รองประธานสมาคมโลกเพื่อการฟื้นฟู
ทางจิตสังคม
ผญ.พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
(ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต)

บรรณาธิการ

ดร.นพ.อธิป ตันอารีย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา

รองบรรณาธิการ

ดร.นพ.นพพร ตันติรังสี สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้
นพ.สุทธา สุปัญญา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
ผญ.กุสุมาวดี คำเกลี้ยง สำนักวิชาการสุขภาพจิต
นพ.สุจิระ ปรีชาวิทย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
นพ.ศุภเสก วิโรจนภา โรงพยาบาลศรีธัญญา

กองบรรณาธิการ

ศ.ผญ.ดร.สชาติร์ อัจฉนางค์กรชัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ศ.ผญ.สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศ.ผญ.ศิริจิต สุทธิจิตต์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.ผญ.พรจิรา ปรีวีชรากุล มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.นพ.ดร.ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.ดรณี ภู่ขาว มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.हररษา เศรษฐบุปผา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ดร.นพ.พิทักษ์พล บุญยามาลิก สำนักงานคณะกรรมการ
สิทธิมนุษยชนแห่งชาติ
ผญ.ดุชนฎี จิงศิริกุลวิทย์ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
ผญ.เบญจพร ปัญญาจาง ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต
ดร.สุดา วงศ์สวัสดิ์ ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต

บรรณาธิการต่างประเทศ

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

บรรณาธิการบริหาร

นายภพธร วุฒิมหาร

กองบรรณาธิการฝ่ายจัดการ (สำนักวิชาการสุขภาพจิต)

นางสาวจันทรรัตน์ พงษ์พิยะ นางสาวชนิดชนก โอภาสวัฒนา
นางสาวพาสณา คุณาธิวัฒน์ นางฐิติญา จันทพรม
นางสาวสายไหม อสิพงษ์

ISSN 0859-497X
E-ISSN 2697-567X

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” ของ
วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

หมายเหตุ:

ผู้อ่านสามารถนำข้อความ ข้อมูลจากวารสารไปใช้ไปใช้ประโยชน์
ทางวิชาการได้ เช่น เพื่อการสอน เพื่อการอ้างอิง แต่การนำไปใช้เพื่อ
วัตถุประสงค์อื่น เช่น เพื่อการค้า จะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์
อักษรจากกรมสุขภาพจิตก่อน

ความคิดเห็น ข้อมูล และบทสรุปต่างๆ ที่ลงตีพิมพ์ในวารสาร
สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย เป็นของผู้เขียนบทความ และมิได้
แสดงว่ากองบรรณาธิการหรือกรมสุขภาพจิตเห็นพ้องด้วย



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

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.
Tedsak Dejkong, M.D.

Honorary Editor

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

Editor-in-Chief

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

Associate Editors

Nopporn Tantirangsee, M.D., Ph.D. Southern Institute of Child and Adolescent Mental Health
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
Pitakpol Boonyamalik, M.D.,Ph.D. National Human Rights Commission of Thailand
Dutsadee Juengsiragulwit, M.D. Bureau of Mental Health Service Administration
Benjaporn Panyayong, M.D. Retired government official
Suda Wongsawat, Ph.D. Retired government official

International Editors

Dr.Alan Frederick Geater Prince of Songkla University

Managing Editors

Mr.Phothorn Wuttiharn

Managing Staffs (Bureau of Mental Health Academic Affairs)

Ms.Jantarath Pongpeeya Ms.Chidchanok Opaswattana
Ms.Passana Gunadhivadhana Mrs.Thitiya Jantaprom
Ms.Saimai Asipong

ISSN 0859-497X
E-ISSN 2697-567X

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.

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 32 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2567

สารบัญ	หน้า
บรรณาธิการแถลง	A
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มารับบริการในโรงพยาบาลตติยภูมิของประเทศไทย วัชรพล สกกุลวิโรจน์, บุญศิริ จันศิริมงคล, พรประไพ แยกเต่า, สมสุข สมมะลาวน, ถนอมศรี ศรีศิริรินทร์, ต้นติมา ดั่งโยธา, จักรพงศ์ โต๊ะหมุด	176
การพัฒนาแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก สันติชัย ฉ่ำจิตรชื่น, สว่างจิตร วสุวัต, กันตรัตน์ เซาว์ทัศน์	189
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อมรรัตน์ ไก่แก้ว, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, ทิพย์ฉัมพร เกษโกมล	202
ความสามารถในการใช้งานกับความพึงพอใจของบริการขอพบแพทย์ให้การรักษา ด้านสุขภาพจิต ภาสกร คุ่มศิริ, อีราพร กิตติวงศ์โสภณ, ศศิญา จันทน์แก้ว, อัสมะห์ เซ็งสะ	213
การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ ศิลา จิรวิกรานต์กุล	224
ผลของรูปแบบการฝึกอบรมแกนนำและครอบครัวพลังบวกต่อความรู้และการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการใช้จิตวิทยาเชิงบวกของแกนนำและครอบครัว จริญญา แก้วสกุลทอง, อัจฉริยา วัชรวิวัฒน์	236
ปัญหา อุปสรรค และแรงจูงใจของผู้ปกครองในการพาเด็กกลุ่มเป้าหมายมากระตุ้นพัฒนาการ ด้วย TEDA4I ตามนัดหมายในช่วงปีงบประมาณ 2564 - 2565 ในเขตสุขภาพที่ 1 หทัยชนนี บุญเจริญ, ดวงกมล ตั้งวิริยะไพบุลย์, ภัทรินี ไตรสถิตย์, พิมพ์วิรัชญ์ ศรีคำมูล, กชกานต์ คำหลวง, สรศักดิ์ ทราโยอินทร์, สาลินี อารงเลาะห์พันธุ์	247
The effect of group music therapy on perceived stress among international postgraduate students at Mahidol University, Thailand J J Maung	261
บทความพิเศษ ประสบการณ์ของจิตแพทย์ไทยในการพัฒนา ICD-11 : กรณีของโรคจิตเฉียบพลันและชั่วคราว พิเชษฐ อุดมรัตน์	274
คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์	I
สารบัญวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย	



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

Journal of Mental Health of Thailand

Volume 32 Number 3 July - September 2024

CONTENTS PREFACE	Page
EDITORIAL ORIGINAL	A
ORIGINAL ARTICLES	
Prevalence and factors associated with behavioral and psychological symptoms in elderly people with dementia at Thailand tertiary care hospitals Watcharapond Sakunwiroad, Boonsiri Junsirimongkol, Pornprapai Khaektao, Somsook Sommaluan, Tanomsri Srikirin, Tuntima Doungyota, Chakkraphong Tomood	176
The development of clinical guidelines for modified electroconvulsive therapy Santichai Chamchitchun, Sawangjit Wasuwat, Kantarat Chaothat	189
The effects of resilience enhancement program with the LINE application on resilience and psychological distress in caregivers of patients with schizophrenia Amonrat Kaikaew, Duangkamol Pinchaleaw, Thipkhumporn Keskomon	202
Usability and satisfaction of mental health counseling service via chatbot Passakorn Koomsiri, Theeraporn Kittiwongsopa, Sasiya Jankaew, Asmah Sengsa	213
Development of a surveillance and care system for serious mental illness with high risk to violence patients in communities with community network participation, Buriram province Sila Jirawikrankul	224
Effects of training model for leadership and positive parenting in family on knowledge and perceived self-efficacy in positive psychology among community leaders and parents Jarinya Kaewsakulthong, Atchariya Watcharawiwat	236
The barriers and motivation of parents to take their children with developmental delays for TEDA4I developmental stimulation from 2021 - 2022 in Health Region 1, Thailand Hathaichonnee Booncharoen, Duangkamol Tangviriyapaiboon, Patrinee Traisathit, Pimwarat Srikummoon, Kodchakan Kamluang, Sorasak Sai-In, Salinee Thumronglaohapun	247
The effect of group music therapy on perceived stress among international postgraduate students at Mahidol University, Thailand J J Maung	261
SPECIAL ARTICLE	
Experience of a Thai psychiatrist in making ICD-11: focus on acute and transient psychotic disorder Pichet Udomratn	274
INSTRUCTION TO AUTHORS	I
CONTENTS PREFACE IN JOURNAL OF THE PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF THAILAND	



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

บรรณาธิการแถลง

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยฉบับนี้เป็นฉบับที่ 3 ของปี พ.ศ. 2567 โดยมีบทความพิเศษจากบรรณาธิการ กิตติมศักดิ์ 1 เรื่อง คือ *ประสบการณ์ของจิตแพทย์ไทยในการพัฒนา ICD-11 : กรณีของโรคจิตเฉียบพลันและชั่วคราว* โดย พิเชฐ อุดมรัตน์ ซึ่งผู้นิพนธ์ได้ถ่ายทอดประสบการณ์ในการร่วมพัฒนาเกณฑ์วินิจฉัยโรคจิตเฉียบพลันและชั่วคราว ผู้อ่านจะได้ทราบถึงแนวทางและขั้นตอนการทำงานของคณะกรรมการที่รักษานานาชาติและคณะทำงานในพัฒนาการจำแนกโรค ตาม ICD-11 รวมถึงประเด็นที่ยังต้องการการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมซึ่งอาจเป็นโอกาสให้บุคลากรสุขภาพจิตไทยได้มีโอกาสร่วมพัฒนา ICD ในฉบับต่อ ๆ ไป

นอกจากนี้ยังมีบทความนิพนธ์ต้นฉบับทั้งหมด 8 เรื่อง ครอบคลุมประเด็นส่งเสริม ป้องกัน และบำบัดรักษา ในหลากหลาย กลุ่มวัย ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุสมองเสื่อม การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท บริการเซทบอทให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิต การเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน การฝึกจิตวิทยาเชิงบวกของแกนนำชุมชนและครอบครัว ดนตรีบำบัดแบบกลุ่ม ในนักศึกษานานาชาติ และการกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย TEDA4I

ผมและกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่เชื่อมั่นและไว้วางใจส่งบทความเข้ามายังวารสาร ผู้ทรงคุณวุฒิ และกองบรรณาธิการที่ช่วยพิจารณาตรวจสอบบทความ ทั้งนี้ ขอเชิญชวนทุกท่านอ่านบทความทางวารสารออนไลน์ www.tci-thaijo.org/index.php/jmht และยังสามารถส่งบทความเพื่อเข้ารับการพิจารณาเผยแพร่ทางเว็บไซต์ดังกล่าวด้วย

อธิป ตันอารีย์

บรรณาธิการ

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุสมองเสื่อม ที่มารับบริการในโรงพยาบาลตติยภูมิของประเทศไทย

วันรับ : 5 กุมภาพันธ์ 2567

วันแก้ไข : 26 มิถุนายน 2567

วันตอบรับ : 23 กรกฎาคม 2567

วัชรพล สุกวิโรจน์, พ.บ.¹, บุญศิริ จันศิริมงคล, พ.บ.², พรประไพ แยกเต้า, ศษ.ม.¹,

สมสุข สมมะลวน, พย.ม.¹, ถนอมศรี ศรีศิริรินทร์, พย.ม.¹,

ต้นติมา ด้วงโยธา, กศ.ด.¹, จักรพงษ์ ไต้ะหมุด, วท.ม.¹

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต¹

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม (behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD) ในผู้สูงอายุสมองเสื่อม

วิธีการ : การสำรวจแบบภาคตัดขวางในผู้ป่วยสมองเสื่อมอายุ 60 ปีขึ้นไปและผู้ดูแลหลักอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิใน 13 เขตสุขภาพระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2565 ใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม และแบบประเมินภาระการดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย การทดสอบไคสแควร์หรือการทดสอบของฟิชเชอร์ และการถดถอยพหุโลจิสติก

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 917 คน พบความชุก BPSD ร้อยละ 76.3 อาการที่พบมากที่สุด ได้แก่ ปัญหาการนอนหลับ/ปัญหาพฤติกรรม ช่วงกลางคืนร้อยละ 42.5 อาการหงุดหงิด/เปลี่ยนแปลงง่ายร้อยละ 40.2 ความวิตกกังวลร้อยละ 34.0 กระสับกระส่าย/ก้าวร้าว ร้อยละ 30.0 และพฤติกรรมแปลกร้อยละ 23.7 ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเกิด BPSD ได้แก่ จำนวนยาเกิน 5 ชนิดขึ้นไปและภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในระดับมากและมากที่สุด ปัจจัยที่ลดโอกาสเกิด BPSD ได้แก่ อายุของผู้ป่วย 70 - 79 ปี (เมื่อเทียบกับ 60 - 69 ปี) และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตรงตามเวลาทุกวัน

สรุป : ความชุก BPSD พบได้กว่า 3 ใน 4 ของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ผู้ให้บริการควรระมัดระวังการให้ยาหลายชนิดและส่งเสริมการจัดตารางกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วย รวมถึงให้การดูแลทางจิตสังคมให้กับผู้ดูแลเพื่อลดภาระในการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ : กิจวัตรประจำวัน, ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม, ภาระการดูแล, โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ติดต่อผู้พิมพ์ : วัชรพล สุกวิโรจน์; e-mail: watpsy19@gmail.com

Original article

Prevalence and factors associated with behavioral and psychological symptoms in elderly people with dementia at Thailand tertiary care hospitals

Received : 5 February 2024

Revised : 26 June 2024

Accepted : 23 July 2024

Watcharapond Sakunwiroad, M.D.¹, Boonsiri Junsirimongkol, M.D.²,Pornprapai Khaektao, M.Ed.¹, Somsook Sommaluan, M.N.S.¹,Tanomsri Srikirin, M.N.S.¹, Tuntima Doungyota, Ed.D.¹,Chakkrachong Tomood, M.Sc.¹Suansaranrom Hospital, Department of Mental Health¹Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health²

Abstract

Objective: To study the prevalence and the associated factors of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in older adults with dementia.

Methods: A cross-sectional study was conducted between August and September 2022 among dementia patients aged 60 years or over and primary caregivers aged 18 years or over at tertiary care hospitals in 13 health districts of Thailand. Questionnaires included demographic data, the Barthel Index for Activities of Daily Living, the Neuropsychiatric Inventory Questionnaire, and the short form of the Zarit Burden Interview. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, Fisher's exact test, and multiple logistic regression.

Results: Of 917 participants, 76.3% met the BPSD criteria. The most commonly reported BPSD symptoms were nighttime behaviors (42.5%), irritability/lability (40.2%), anxiety (34.0%), agitation/aggression (30.0%), and aberrant motor movements (23.7%), respectively. Five or more concurrent oral medications and moderate-to-severe and severe levels of caregiver's burden significantly increased the odds of BPSD, while age of older adults of 70 - 79 years (as compared to age of 60 - 69 years) and compliance with the schedule of daily activities significantly decreased the odds of BPSD.

Conclusion: Three-quarters of dementia patients in tertiary care experience BPSD. The service providers should be concerned about polypharmacy, schedule arrangements in the daily activities of the patients, and psychosocial care for primary caregivers to reduce the caregiving burden.

Keywords: activities of daily living, behavioral and psychological symptoms of dementia, caregiver burden, tertiary hospital

Corresponding author: Watcharapond sakunwiroad; e-mail: watpsy19@gmail.com

ความรู้เดิม : ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม (behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD) พบได้ร้อยละ 10 - 90 ของผู้สูงอายุสมองเสื่อม การศึกษาเกี่ยวกับ BPSD ในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่หรือหน่วยงาน ยังไม่มีการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทั่วประเทศ

ความรู้ใหม่ : ความชุกของ BPSD ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทั่วประเทศพบร้อยละ 76.3 จำนวนยากินในปัจจุบัน 5 ชนิดขึ้นไปและภาวะของผู้ดูแลหลักระดับมากและมากที่สุดเพิ่มโอกาสการเกิด BPSD ขณะที่อายุของผู้ป่วย 70 - 79 ปี (เมื่อเทียบกับ 60 - 69 ปี) และการได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตรงตามเวลาลดโอกาสการเกิด BPSD

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การวางแผนระบบบริการเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของ BPSD ในผู้สูงอายุสมองเสื่อม รวมทั้งการส่งเสริมดูแลทางจิตสังคมและการฝึกทักษะให้กับผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มี BPSD

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมประชากรสูงวัยแบบสมบูรณ์ โดยในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีมากกว่าร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมด¹ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่อายุ 65 ปีขึ้นไปมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 5 และในผู้ที่อายุ 80 ปีพบภาวะสมองเสื่อมได้ถึงร้อยละ 20² ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่ความสามารถในการทำงานของสมองลดน้อยลง มีความบกพร่องด้านความจำ (memory) การตัดสินใจ (decision) การวางแผน (planning) การใช้ภาษา (language) การเรียนรู้ (learning) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living: ADL)³⁻⁵ นอกจากนี้ยังสามารถพบปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม (behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD) ซึ่งพบได้ร้อยละ 10 - 90 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม⁶ และพบได้สูงถึงร้อยละ 95 ในผู้ป่วย

ภาวะสมองเสื่อมแบบอัลไซเมอร์ขั้นรุนแรง (advanced Alzheimer's disease) และแบบสมองส่วนหน้าเสื่อม (frontotemporal dementia: FTD)⁷ อาการ BPSD ที่พบบ่อยได้แก่ ความเฉยเมย/ไม่สนใจสิ่งรอบตัว/ไร้อารมณ์ (apathy/indifference) ความพลุ่งพล่าน/กระวนกระวายใจ (agitation) และอารมณ์ซึมเศร้า (depression)⁷

การศึกษาในต่างประเทศพบว่า BPSD ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่หลากหลาย ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น การมีโรคหรืออาการทางกายอื่นร่วม เนื่องจากผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมอาจไม่สามารถแสดงอารมณ์ บอกความรู้สึก หรือบรรยายอาการเจ็บป่วยของตัวเองได้⁸ การได้รับการรักษาด้วยยากินมากขึ้น เนื่องจากเพิ่มโอกาสเกิดอาการข้างเคียงของยา รวมทั้งอันตรกิริยาระหว่างยา (drug interaction) ซึ่งส่งผลต่ออาการ BPSD⁹ นอกจากนี้ อายุ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ประวัติโรคทางหลอดเลือดสมอง ประวัติทางด้านพฤติกรรม รวมถึงความสามารถในการดูแลตัวเองในกิจวัตรประจำวัน (ADL) เป็นตัวบ่งชี้ถึงความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมและสามารถทำนาย BPSD ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม¹⁰⁻¹² โดยเฉพาะผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่สูญเสียกิจวัตรประจำวันแบบพื้นฐาน (basic ADL) อาจมีความกระวนกระวายและรู้สึกเศร้ามากกว่าผู้ที่ทำกิจวัตรประจำวันแบบพื้นฐานได้ด้วยตัวเอง¹³ ส่วนปัจจัยด้านผู้ดูแล เช่น ระดับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล อาจส่งผลต่อความรุนแรงของ BPSD ในผู้ป่วย โดยความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ดีมาก่อนการป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมลดความรุนแรงของ BPSD ขณะที่ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ BPSD^{14,15} สำหรับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมส่งผลต่อ BPSD เนื่องจากผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมักมีปัญหาในการอดทน และตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น ส่งผลให้เกิดอาการวิตกกังวลรุนแรงและพฤติกรรมกระสับกระส่าย โดยพฤติกรรมและความรุนแรงอาจแตกต่างกันในแต่ละช่วงของโรค^{16,17} ขณะที่การอยู่ในสถานที่เงียบสงบ การจัดกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบเป็นประจำ เช่น สวดมนต์และฟังเพลง และการจัดตาราง

กิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมออาจช่วยลดความรุนแรงของ BPSD^{9,18}

การศึกษาความชุก BPSD ในประเทศไทยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการทบทวนเอกสารอย่างเป็นทางการหรือเป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่หรือหน่วยงาน แต่ยังไม่มีการศึกษาในประชากรผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทั่วประเทศ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไปบางแห่ง โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลเฉพาะทาง ซึ่งเป็นประชากรที่มีอาการยุ่งยากซับซ้อนและได้รับการวินิจฉัยและรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ เช่น ประสาทแพทย์ (neurologist) และจิตแพทย์ (psychiatrist)^{19,20} การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ BPSD ในผู้สูงอายุสมองเสื่อมในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

วิธีการ

การวิจัยแบบภาคตัดขวาง ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ DMH.IRB.CO.A 027/2565 วันที่ 20 กรกฎาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกสูงอายุของหน่วยบริการที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลจิตเวชใน 13 เขตสุขภาพระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2565 เกณฑ์การคัดเลือกของผู้ป่วย ได้แก่ 1) อายุ 60 ปี ขึ้นไปและ 2) ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์หรือประสาทแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 (F00 dementia in Alzheimer's disease, F01 vascular dementia, F02 dementia in other diseases classified elsewhere, F03 unspecified dementia, G30 Alzheimer's disease และ G31 other degenerative diseases of nervous system, not elsewhere classified) กรณีได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ทั่วไปต้องมีผลการตรวจยืนยันการวินิจฉัยด้วยแบบทดสอบทางจิตวิทยาหรือการตรวจพิเศษทางคอมพิวเตอร์ (MRI/CT scan) จากฐานข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาล

เกณฑ์การคัดเลือกของผู้ดูแล ได้แก่ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไปและ 2) ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้านเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการประมาณค่าสัดส่วนที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน²¹ โดยประมาณประชากรจากค่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมที่ร้อยละ 10.3²² เทียบกับประชากรผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. 2565 จำนวน 12,116,199 คน²³ ได้จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมประมาณ 1,247,969 คน ใช้ความชุก BPSD ในผู้สูงอายุสมองเสื่อมร้อยละ 90.5 จากการศึกษาในประเทศไทย²⁴ กำหนดค่าความผิดพลาดจากการสุ่มตัวอย่างที่ 0.05 สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 1.96 และความกระชับของการประมาณค่าเท่ากับ 0.02 ได้ขนาดตัวอย่าง 825 คน ปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อทดแทนกรณีข้อมูลไม่ครบถ้วน ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 917 คน

เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) ซึ่งใช้เขตสุขภาพเป็นตัวแบ่งชั้น (strata) สุ่มจังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพมาเขตละ 2 จังหวัด จากนั้นสุ่มเลือกโรงพยาบาลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลจิตเวชเลือกโรงพยาบาลจิตเวช 1 แห่งและโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง ส่วนเขตสุขภาพที่ไม่มีโรงพยาบาลจิตเวชเลือกโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่งและโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง ทำให้ได้โรงพยาบาลจิตเวช 14 แห่งและโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปจาก 13 เขตสุขภาพอีก 13 แห่ง รวมทั้งหมด 27 แห่ง เลือกผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลที่สุ่มได้ด้วยการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเลือก เฉลี่ยโรงพยาบาลละ 34 คน โดยเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษา

เครื่องมือ

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเกิด BPSD ได้แก่ อายุ ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนชนิดยากินในปัจจุบัน สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับผู้ดูแล การได้ทำกิจกรรมที่ชอบ

การได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตรงตามเวลา และระยะเวลาที่ผู้ดูแลได้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยและผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และพยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.85

2) แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน (Barthel index for ADL) ของ Mahoney และ Barthel²⁵ แปลและปรับปรุงเป็นฉบับภาษาไทยโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล²⁶ ใช้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 10 กิจกรรม²⁷ ได้แก่ การกินอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหว การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ และการควบคุมการถ่ายอุจจาระ คำตอบเป็นแบบตัวเลือกให้คะแนนตามระดับความสามารถในแต่ละกิจกรรม คะแนนรวม 20 คะแนน การแปลผล ดังนี้ 0 - 4 คะแนน หมายถึงมีการพึ่งพาทั้งหมด (กลุ่มติดเตียง) 5 - 11 คะแนน หมายถึงมีการพึ่งพาบางส่วน (กลุ่มติดบ้าน) และ 12 - 20 คะแนน หมายถึงพึ่งพาตนเองได้ (กลุ่มติดสังคม) แบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.94

3) แบบประเมินอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม (neuropsychiatric inventory questionnaire: NPI-Q) แปลเป็นภาษาไทยและทดสอบคุณภาพโดยโสฬพัทธ์ เหมรัฐโชโรจน์²⁸ ใช้ประเมิน BPSD 12 อาการ ได้แก่ ความคิดหลงผิด (delusions) ประสาทหลอน (hallucinations) กระสับกระส่าย/ก้าวร้าว (agitation/aggression) ซึมเศร้า/ละเหี่ยวใจ (depression/dysphoria) ความวิตกกังวล (anxiety) อารมณ์ร้ายแรงเกินเหตุ/ครีมีใจ (elation/euphoria) ความเฉยเมย/ไม่สนใจสิ่งรอบตัว/ไร้อารมณ์ (apathy/indifference) ความไม่ยับยั้งชั่งใจ (disinhibition) อารมณ์หงุดหงิด/อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (irritability/lability) พฤติกรรมแปลก (motor disturbance)

ปัญหาการนอนหลับ/พฤติกรรมช่วงกลางคืน (nighttime behaviors) และความอยากอาหารและการกินที่ผิดปกติ (appetite/eating) มีโครงสร้าง 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ประเมินว่ามีหรือไม่มี BPSD ส่วนที่ 2 ประเมินระดับความรุนแรงของ BPSD ตั้งแต่ 1 - 3 คะแนน โดย 1 คะแนนหมายถึงระดับน้อย 2 คะแนนหมายถึงระดับปานกลาง และ 3 คะแนนหมายถึงระดับรุนแรง และส่วนที่ 3 ประเมินความทุกข์ใจของผู้ดูแลต่อ BPSD ในแต่ละด้าน ให้คะแนนความทุกข์ใจของผู้ดูแลต่ออาการด้านนั้น ๆ ของผู้ป่วย ตั้งแต่ 0 - 5 คะแนน โดย 0 คะแนนหมายถึงไม่มีเลยและ 5 คะแนนหมายถึงเดือดร้อนมากและไม่สามารถจัดการปัญหาได้ แบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80 ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ผลการประเมินในส่วนที่ 1 ของ NPI-Q เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาการมีปัญหา BPSD

4) แบบประเมินภาระการดูแล (Zarit burden interview short form) ภาษาไทย ฉบับสั้น 12 ข้อ²⁹ ใช้ประเมินภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีความตรงเชิงโครงสร้างที่จำแนกเป็น 3 มิติ ได้แก่ ผลกระทบ ความเครียดและความรู้สึกเอาใจใส่ ใช้เวลาประเมิน 15 - 20 นาที โดยให้คะแนนและแปลผลตามวิธีของ Hébert และคณะ³⁰ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 0 - 4 คะแนน โดย 0 คะแนนหมายถึงไม่เคยเลย 1 คะแนนหมายถึงนาน ๆ ครั้ง 2 คะแนนหมายถึงบางครั้ง 3 คะแนนหมายถึงค่อนข้างบ่อย และ 4 คะแนนหมายถึงแทบทุกครั้ง การแปลผลคะแนนรวม ดังนี้ 0 - 10 คะแนนหมายถึงมีความรู้สึกเป็นภาระในระดับน้อย 11 - 20 คะแนนหมายถึงมีความรู้สึกเป็นภาระในระดับปานกลาง 21 - 30 คะแนนหมายถึงมีความรู้สึกเป็นภาระในระดับมาก และ 31 - 48 คะแนนหมายถึงมีความรู้สึกเป็นภาระในระดับมากที่สุด แบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ 0.88³⁰

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้เก็บข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานสูงอายุของโรงพยาบาลที่สุ่มได้ที่ผ่านการอบรม การฝึกปฏิบัติ และการทดสอบการให้คะแนนแบบประเมินทุกฉบับ ทดสอบ

ความเที่ยงระหว่างผู้ช่วยวิจัย (Inter-rater reliability) ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ภายในชั้น (intra-class correlation: ICC) ของแบบประเมินอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน และแบบประเมินภาวะการดูแล พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.87, 0.95 และ 0.95 ตามลำดับ ผู้เก็บข้อมูลเป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัยและขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมการวิจัยที่เป็นผู้ดูแล โดยการลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอม หลังจากกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมจึงตอบแบบประเมินโดยใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและความชุก BPSD โดยใช้สถิติเชิงพรรณานำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) วิเคราะห์ความแตกต่างของการมี BPSD ระหว่างกลุ่มย่อยโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) หรือการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) และเลือกตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับการมี BPSD แบบทีละตัวแปรโดยใช้การถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (simple logistic regression) และแบบหลายตัวแปรโดยใช้การถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression) คัดเลือกตัวแปรด้วยวิธี enter selection ซึ่งเป็นการนำตัวแปรต้นทุกตัวเข้าสมการทำนายตัวแปรตามพร้อมในคราวเดียวกัน โดยควบคุมตัวแปรที่เกี่ยวข้องจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ อายุ จำนวนชนิดยาเกิน การได้ทำกิจกรรมที่ชอบ การได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตรงตามเวลา ความสามารถในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน และภาวะในการดูแลผู้ป่วย กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผล

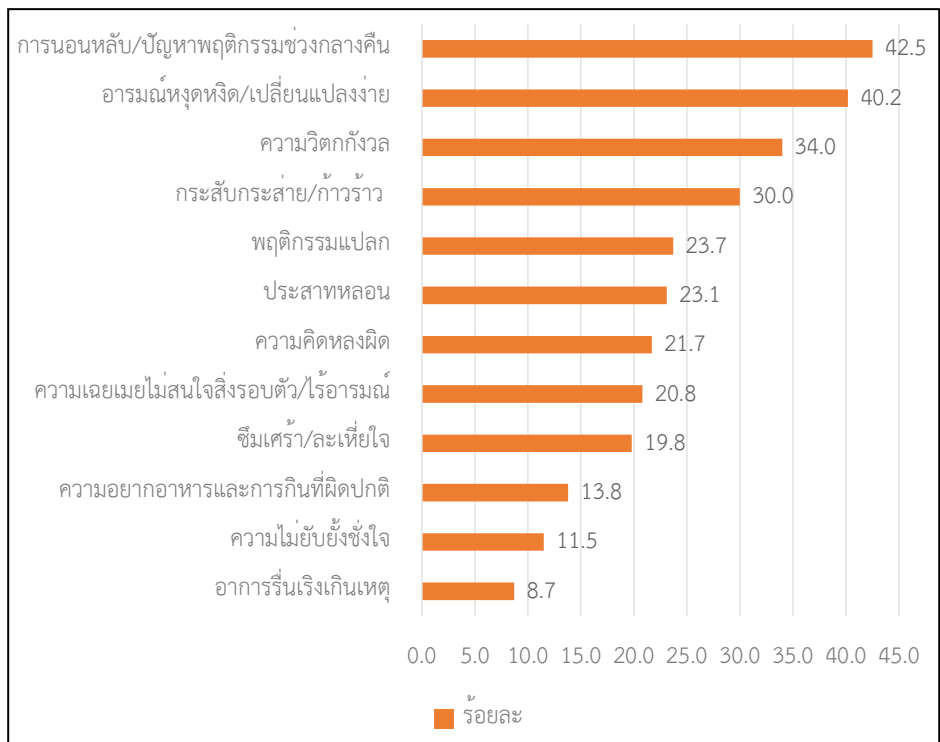
กลุ่มตัวอย่าง 917 คน ข้อมูลผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นชายร้อยละ 36.6 หญิงร้อยละ 63.4 อายุเฉลี่ย 75.81 ปี มีอายุอยู่ในช่วง 70 - 79 ปีร้อยละ 43.1 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 62.8 ไม่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง

ร้อยละ 83.4 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเฉลี่ย 4.15 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 0 - 5 ปีร้อยละ 76.9 ได้รับยาเกินในปัจจุบันน้อยกว่า 5 ชนิดร้อยละ 64.9 มีสัมพันธ์ภาพกับผู้ดูแลในระดับดีมากร้อยละ 39.2 ไม่ได้ทำกิจกรรมที่ชอบเลยร้อยละ 28.8 ได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตรงตามเวลาทุกวันร้อยละ 48.2 มีความสามารถในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันส่วนใหญ่ (กลุ่มติดสังคม) ร้อยละ 65.0 ข้อมูลผู้ดูแลมีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 4.52 ปี อยู่ในช่วง 0 - 5 ปีร้อยละ 75.8 และมีภาวะในการดูแลผู้ป่วยระดับน้อยร้อยละ 55.1 ดังตารางที่ 1

ความชุก BPSD ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุสมองเสื่อมพบร้อยละ 76.3 อาการที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ได้แก่ ปัญหาการนอนหลับ/ปัญหาพฤติกรรมช่วงกลางคืนร้อยละ 42.5 อารมณ์หงุดหงิด/เปลี่ยนแปลงง่ายร้อยละ 40.2 ความวิตกกังวลร้อยละ 34.0 กระสับกระส่าย/ก้าวร้าวร้อยละ 30.0 และพฤติกรรมแปลกร้อยละ 23.7 ดังแผนภาพที่ 1

การทดสอบความสัมพันธ์เบื้องต้นด้วย chi-square test และ Fisher's exact test พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับ BPSD ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มอายุของผู้ป่วย จำนวนชนิดยาเกินในปัจจุบัน การได้ทำกิจกรรมที่ชอบ การได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตรงตามเวลา ความสามารถในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน และภาวะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ดังตารางที่ 1

เมื่อนำตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับ BPSD มาวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย พบว่า กลุ่มที่มีอายุ 70 - 79 ปีมีโอกาสเกิด BPSD 0.660 เท่า (95% CI = 0.444 - 0.983) เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี กลุ่มที่มียาเกิน 5 ชนิดขึ้นไปมีโอกาสเกิด BPSD 1.520 เท่า (95% CI = 1.090 - 2.122) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มียาเกินน้อยกว่า 5 ชนิด กลุ่มที่ได้ทำกิจกรรมที่ชอบ 3 - 4 วันต่อสัปดาห์มีโอกาสเกิด BPSD 0.502 เท่า (95% CI = 0.313 - 0.806) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ทำกิจกรรมที่ชอบเลย กลุ่มที่ได้ทำกิจกรรมที่ชอบ 5 - 6 วันต่อสัปดาห์มีโอกาสเกิด BPSD 0.321 เท่า



แผนภาพที่ 1 ความชุกของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อมแยกตามอาการ (n = 917)

ตารางที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและความสัมพันธ์เบื้องต้นกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัย	ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม				รวม		x ² Fisher's exact test	p
	ไม่มีอาการ		มีอย่างน้อย 1 อาการ		จำนวน	ร้อยละ		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
เพศ							1.874	.197
ชาย	88	26.2	248	73.8	336	36.6		
หญิง	129	22.2	452	77.8	581	63.4		
อายุของผู้ป่วย							9.447	.024*
60 - 69 ปี	44	19.3	184	80.7	228	24.9		
70 - 79 ปี	105	26.6	290	73.4	395	43.1		
80 - 89 ปี	63	25.6	183	74.4	246	26.8		
90 ปีขึ้นไป	5	10.4	43	89.6	48	5.2		
	mean = 75.81, SD = 8.18, min = 60, max = 98							
ระดับการศึกษา							6.591	.143
ไม่ได้รับการศึกษา/ต่ำกว่า	26	18.3	116	81.7	142	15.5		
ประถมศึกษา								
ประถมศึกษา	150	26.0	426	74.0	576	62.8		
มัธยมศึกษา	22	17.9	101	82.1	123	13.4		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	18	25.0	54	75.0	72	7.9		
สูงกว่าปริญญาตรี	1	25.0	3	75.0	4	0.4		

ตารางที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและความสัมพันธ์เบื้องต้นกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม (ต่อ)

ปัจจัย	ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม				รวม		χ^2 Fisher's exact test	p	
	ไม่มีอาการ		มีอย่างน้อย 1 อาการ		จำนวน	ร้อยละ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง							2.773	.117	
ไม่มี	189	24.7	576	75.3	765	83.4			
มี	28	18.4	124	81.6	152	16.6			
ระยะเวลาการเจ็บป่วย							2.441	.289	
0 - 5 ปี	173	24.5	532	75.5	705	76.9			
6 - 10 ปี	37	22.4	128	77.6	165	18.0			
11 ปีขึ้นไป	7	14.9	40	85.1	47	5.1			
	mean = 4.15, SD = 3.55, min = 0.00, max = 28.00								
จำนวนชนิดยาในปัจจุบัน							6.12	.015*	
น้อยกว่า 5 ชนิด	156	26.2	439	73.8	595	64.9			
5 ชนิดขึ้นไป	61	18.9	261	81.1	322	35.1			
สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับผู้ดูแล							1.365	.702	
ไม่ดี	1	11.1	8	88.9	9	1.0			
พอใช้	17	21.0	64	79.0	81	8.8			
ดี	110	23.5	358	76.5	468	51.0			
ดีมาก	89	24.8	270	75.2	359	39.2			
การได้ทำกิจกรรมที่ชอบ							22.798	< .001*	
ไม่ได้ทำเลย	44	16.7	220	83.3	264	28.8			
น้อยกว่า 2 วันต่อสัปดาห์	29	17.9	133	82.1	162	17.7			
3 - 4 วันต่อสัปดาห์	45	28.5	113	71.5	158	17.2			
5 - 6 วันต่อสัปดาห์	28	38.4	45	61.6	73	8.0			
ทุกวัน	71	27.3	189	72.7	260	28.4			
การได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตรงตามเวลา							77.101	< .001*	
ไม่ได้จัดตารางเวลา	28	12.7	193	87.3	221	24.1			
ตรงเวลาเป็นบางวัน	28	11.0	226	89.0	254	27.7			
ตรงตามเวลาทุกวัน	161	36.4	281	63.6	442	48.2			
ความสามารถในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน (ADL)							24.242	< .001*	
กลุ่มติดเตียง	19	16.4	97	83.6	116	12.7			
กลุ่มติดบ้าน	27	13.2	178	86.8	205	22.4			
กลุ่มติดสังคม	171	28.7	425	71.3	596	65.0			
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล							1.796	.415	
0 - 5 ปี	166	23.9	529	76.1	695	75.8			
6 - 10 ปี	44	24.9	133	75.1	177	19.3			
11 ปีขึ้นไป	7	15.6	38	84.4	45	4.9			
	Mean = 4.52, SD = 4.19, Min = 0.08, Max = 30								
ภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล							62.132	< .001**	
น้อย	154	30.5	351	69.5	505	55.1			
ปานกลาง	58	22.8	196	77.2	254	27.7			
มาก	3	2.7	107	97.3	110	12.0			
มากที่สุด	2	4.2	46	95.8	48	5.2			

* chi-square test, ** Fisher's exact test

(95% CI = 0.181 - 0.570) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ทำกิจกรรมที่ชอบเลย กลุ่มที่ได้ทำกิจกรรมที่ชอบทุกวันมีโอกาสเกิด BPSD 0.532 เท่า (95% CI = 0.349 - 0.813) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ทำกิจกรรมที่ชอบเลย กลุ่มที่ได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตรงตามเวลาทุกวันมีโอกาสเกิด BPSD 0.253 เท่า (95% CI = 0.163 - 0.394) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตรงตามเวลา กลุ่มที่มีความสามารถในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันระดับติดสังคมมีโอกาสเกิด BPSD 0.487 เท่า (95% CI = 0.289 - 0.821) เมื่อเทียบกับกลุ่มติดเตียง กลุ่มที่ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลระดับมากมีโอกาสพบ BPSD 15.649 เท่า (95% CI = 4.892 - 50.062) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลระดับน้อย และกลุ่มที่ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลระดับมากที่สุดมีโอกาสพบ BPSD 10.091 เท่า (95% CI = 2.419 - 42.098) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ผู้ดูแลที่มีภาระในการดูแลระดับน้อย

การวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกโดยควบคุมตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า กลุ่มอายุ 70 - 79 ปีมีโอกาสเกิด BPSD 0.538 เท่า (95% CI = 0.345 - 0.838) เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี กลุ่มที่ได้รับยาเกิน 5 ชนิดขึ้นไปมีโอกาสเกิด BPSD 1.588 เท่า (95% CI = 1.098 - 2.297) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาเกินน้อยกว่า 5 ชนิด กลุ่มที่ได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตรงตามเวลาทุกวันมีโอกาสเกิด BPSD 0.293 เท่า (95% CI = 0.180 - 0.475) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตรงตามเวลา กลุ่มที่ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลระดับมากมีโอกาสพบ BPSD 11.796 เท่า (95% CI = 3.599 - 38.658) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ผู้ดูแลที่มีภาระในการดูแลระดับน้อย และกลุ่มที่ผู้ดูแลที่มีภาระในการดูแลระดับมากที่สุดมีโอกาสพบ BPSD 4.603 เท่า (95% CI = 1.059 - 20.007) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลระดับน้อย ดังตารางที่ 2

วิจารณ์

การศึกษานี้พบความชุก BPSD ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุสมองเสื่อมร้อยละ 76.3 ซึ่งอยู่ในระดับสูงเมื่อเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบได้ตั้งแต่ร้อยละ 10 - 90⁶

การศึกษาในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ที่พบร้อยละ 63.30³¹ และการศึกษาในผู้สูงอายุสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลางในโรงพยาบาลราชวิถีที่พบ BPSD แยกตามอาการร้อยละ 9.70 - 63.10³² อาจเนื่องจากการศึกษานี้เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลตติยภูมิและโรงพยาบาลจิตเวชจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมแล้วเฉลี่ย 4.15 ปี ทั้งนี้การเปรียบเทียบกับความชุกในแต่ละการศึกษาจำเป็นต้องคำนึงถึงประเภทและความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ลักษณะการดำเนินอาการ BPSD ที่มักเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว และอาจตรวจไม่พบทุกครั้ง³³ ที่ประเมิน³³ และความแตกต่างกันของบริบทและวิธีการในแต่ละศึกษา ทั้งนี้นิยามของอาการ กระบวนการวินิจฉัย และการรักษาที่ได้รับร่วมด้วย³¹ สำหรับอาการ BPSD ที่พบบ่อยในการศึกษานี้ 3 อันดับแรก ได้แก่ ปัญหาการนอนหลับ/ปัญหาพฤติกรรมช่วงกลางคืน อารมณ์หงุดหงิด/เปลี่ยนแปลงง่าย และความวิตกกังวล ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบปัญหาการนอนหลับหรือพฤติกรรมช่วงกลางคืนมากที่สุดเช่นเดียวกัน^{31,32}

ปัจจัยที่ทำนายการเกิด BPSD ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุสมองเสื่อม ได้แก่ อายุของผู้ป่วย จำนวนชนิดยาเกินในปัจจุบัน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามตารางเวลา และภาระในการดูแลของผู้ดูแลหลัก โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยอายุ 70 - 79 ปีมีโอกาสเกิด BPSD ต่ำกว่ากลุ่มอายุ 60 - 69 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Cho และคณะ¹² ที่พบว่าผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีอายุมากขึ้นมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานลดลงอย่างมากและสัมพันธ์กับการมีอาการ BPSD ด้านความเฉยเมย/ไม่สนใจสิ่งรอบตัว/ไร้อารมณ์เพิ่มขึ้น ซึ่งผู้ดูแลอาจไม่ได้สังเกตอาการเหล่านี้เพราะไม่ส่งผลกระทบต่อภาระของผู้ดูแล ขณะที่กลุ่มอายุ 60 - 69 ปีมีปัญหา BPSD ที่พบได้บ่อย เช่น ปัญหาการนอนหลับ/ปัญหาพฤติกรรมช่วงกลางคืนและอารมณ์หงุดหงิด/เปลี่ยนแปลงง่าย ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาระของผู้ดูแลโดยตรง ทำให้มีการรายงานปัญหา BPSD ในช่วงอายุนี้นี้เพิ่มขึ้น จำนวนชนิดของยาเกินในปัจจุบันที่มากเพิ่มโอกาสการเกิด BPSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัย	OR (95% CI)	P	AOR (95% CI)	P
อายุของผู้ป่วย				
60 - 69 ปี	1		1	
70 - 79 ปี	0.660 (0.444 - 0.983)	.041	0.538 (0.345 - 0.838)	.006
80 - 89 ปี	0.695 (0.449 - 1.074)	.101	0.663 (0.407 - 1.082)	.100
90 ปีขึ้นไป	2.057 (0.770 - 5.495)	.150	2.019 (0.710 - 5.738)	.187
จำนวนชนิดยาในปัจจุบัน				
น้อยกว่า 5 ชนิด	1		1	
5 ชนิดขึ้นไป	1.520 (1.090 - 2.122)	.014	1.588 (1.098 - 2.297)	.014
การได้ทำกิจกรรมที่ชอบ				
ไม่ได้ทำเลย	1		1	
น้อยกว่า 2 วันต่อสัปดาห์	0.917 (0.548 - 1.536)	.743	1.207 (0.675 - 2.159)	.525
3 - 4 วันต่อสัปดาห์	0.502 (0.313 - 0.806)	.004	0.645 (0.375 - 1.110)	.114
5 - 6 วันต่อสัปดาห์	0.321 (0.181 - 0.570)	< .001	0.592 (0.309 - 1.133)	.113
ทุกวัน	0.532 (0.349 - 0.813)	.004	0.909 (0.561 - 1.474)	.699
การได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตรงตามเวลา				
ไม่ได้จัดตารางเวลา	1		1	
ตรงเวลาเป็นบางวัน	1.171 (0.670 - 2.046)	.579	1.423 (0.779 - 2.597)	.251
ตรงตามเวลาทุกวัน	0.253 (0.163 - 0.394)	< .001	0.293 (0.180 - 0.475)	< .001
ความสามารถในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน (ADL)				
กลุ่มติดเตียง	1		1	
กลุ่มติดบ้าน	1.291 (0.683 - 2.441)	.431	1.267 (0.633 - 2.536)	.505
กลุ่มติดสังคม	0.487 (0.289 - 0.821)	.007	0.648 (0.361 - 1.161)	.145
ภาวะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล				
น้อย	1		1	
ปานกลาง	1.483 (1.046 - 2.102)	.027	1.273 (.871 - 1.861)	.213
มาก	15.649 (4.892 - 50.062)	< .001	11.796 (3.599 - 38.658)	< .001
มากที่สุด	10.091 (2.419 - 42.098)	.002	4.603 (1.059 - 20.007)	.042

OR = odds ratio, AOR = adjusted odds ratio

Zarei และคณะ³⁴ เนื่องจากอาจเพิ่มโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากยาและการกินยามากชนิดอาจบ่งชี้ถึงอาการทางจิตเวชที่รุนแรง การได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตรงตามเวลาทุกวันลดโอกาสเกิด BPSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากการจัดตารางเวลาทุกวันทำให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมไม่เกิดความสับสนและลดความวิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้กลุ่มที่ผู้ดูแลมีภาวะการดูแลในระดับมากและมากที่สุดมีโอกาสพบ BPSD สูงกว่ากลุ่มที่ผู้ดูแลมีภาวะการดูแลระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim และคณะ³⁵ ที่พบว่าระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะของผู้ดูแลหลักมี

ความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของ BPSD ซึ่งนอกจาก BPSD ส่งผลต่อภาวะในการดูแลผู้ป่วยแล้ว ในทางกลับกัน ผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลอาจไม่ได้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยหรืออาจมีปัญหาการสื่อสารระหว่างกัน ส่งผลให้ความรุนแรงของ BPSD มากขึ้น^{6,14,15}

การศึกษาความชุก BPSD ในประเทศไทยที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นศึกษาเฉพาะพื้นที่หรือในหน่วยงาน แต่การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุสมองเสื่อมในโรงพยาบาลตติยภูมิทั่วประเทศและมีการตรวจสอบความเที่ยงระหว่างผู้ช่วยวิจัยเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นของการประเมิน ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการมี BPSD บ่งบอกถึงการพยากรณ์ภาวะ

สมองเสื่อมที่ไม่ดีและมีผลกระทบในหลายมิติ ทำให้ผู้ดูแลหลักเกิดความเครียด ทุกข์ใจ และความรู้สึกเป็นภาระ ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีระดับการรู้คิดและการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานเสื่อมถอยมากกว่าความสามารถที่แท้จริง อีกทั้งยังเพิ่มการได้รับยาทางจิตเวช อาการข้างเคียงจากยา และค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ให้บริการจึงควรสร้างทัศนคติที่ดีแก่ผู้ดูแลให้มีความรู้ความเข้าใจในผู้สูงอายุสมองเสื่อม ฝึกทักษะของผู้ดูแลในการจัดการ BPSD ของผู้ป่วยและความเครียดของตัวเอง และส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้นานที่สุดตามศักยภาพ⁶ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่ได้เก็บข้อมูลประเภท (type/subtype) และระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมและความสัมพันธ์เชิงเครือญาติระหว่างผู้ดูแลหลักกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม รวมถึงการระบุชนิดของยาที่ผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้รับ และการศึกษานี้เก็บข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มาตรวจรักษาที่คลินิกสูงอายุของหน่วยบริการที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลจิตเวช การนำผลการศึกษาไปใช้จึงควรมีการพิจารณาถึงบริบทที่แตกต่างกันไป

สรุป

ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม (BPSD) ร้อยละ 76.3 ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทั่วประเทศไทย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ BPSD ได้แก่ อายุของผู้ป่วย จำนวนชนิดยาเกินในปัจจุบัน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามตารางเวลา และภาวะของผู้ดูแลหลัก โดยการได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตรงตามเวลาลดโอกาสเกิด BPSD ของผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ให้บริการควรลดผลกระทบของ BPSD โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามศักยภาพและการฝึกทักษะการจัดการ BPSD และความเครียดแก่ผู้ดูแล

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

วัชรพล สกุลวิโรจน์ : ทบทวนแนวคิด ออกแบบการวิจัย เขียนโครงร่างการวิจัย เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ ตรวจสอบแก้ไขนิพนธ์ต้นฉบับ ; บุญศิริ จันศิริมงคล : ทบทวนแนวคิด

ให้คำปรึกษาการเขียนโครงร่างการวิจัย ; พรประไพ แยกเต่า : อบรมการใช้เครื่องมือวิจัย ประสานผู้ช่วยวิจัยภาคสนาม ; สมสุข สมมะลวน : อบรมการใช้เครื่องมือวิจัย เก็บข้อมูลวิจัย ; อนุมศรี ศรีศิริรินทร์ : อบรมการใช้เครื่องมือวิจัย เก็บข้อมูลวิจัย ; ต้นติมา ดั่งโยธา : อบรมการใช้เครื่องมือวิจัย เก็บข้อมูลวิจัย ; จักรพงษ์ โต๊ะหมุด : จัดการข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Institute for Innovative Learning. Thailand and aging society [Internet]. Nakhon Pathom: Institute for Innovative Learning; 2019 [cited 2023 Sep 15]. Available from: <https://il.mahidol.ac.th/th/i-learning-clinic/general-articles/ประเทศไทยกับสังคมผู้สูง/>. (in Thai)
2. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. Dementia [Internet]. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; 2014 [cited 2023 Sep 20]. Available from: <https://med.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/07072014-1302> (in Thai)
3. Mekawichai P, Saetang S. Caregiver burden among Thai dementia patients' caregivers. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2013;58(1):101-10. (in Thai)
4. Muangpaisan W. Dementia: prevention, assessment, and care. 4th ed. Bangkok: Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital; 2016. (in Thai)
5. Neurological Institute of Thailand. Dementia Clinical Practice Guidelines. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2014. (in Thai)
6. Warren A. BPSD reconsidered: diagnostic considerations to preserve personhood in persons with dementia. Front Dement. 2023;2:1272400. doi:10.3389/frdem.2023.1272400.
7. Sittironnarit G. Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD): concept and treatment. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2011;56(4):449-62. (in Thai)

8. Tible OP, Riese F, Savaskan E, von Gunten A. Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Ther Adv Neurol Disord.* 2017;10(8):297-309. doi:10.1177/1756285617712979.
9. Osser D, Fischer M. Management of the behavioral and psychological symptoms of dementia. Boston: Alosa Foundation, Inc; 2013.
10. Nagata Y, Nishikawa T, Tanaka H, Ishimaru D, Ogawa Y, Fukuhara K, et al. Factors influencing the quality of life in patients with severe dementia. *Psychogeriatrics.* 2022;22(1):49-54. doi:10.1111/psyg.12775.
11. International Psychogeriatric Association. IPA complete guides to behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) [Internet]. Milwaukee: International Psychogeriatric Association; 2015 [cited 2023 Oct 5]. Available from: <https://www.ipa-online.org/resources/publications/guides-to-bpsd>
12. Cho E, Kim S, Hwang S, Kwon E, Heo SJ, Lee JH, et al. Factors associated with behavioral and psychological symptoms of dementia: prospective observational study using actigraphy. *J Med Internet Res.* 2021;23(10):e29001. doi:10.2196/29001.
13. Liu KP, Chan CC, Chu MM, Ng TY, Chu LW, Hui FS, et al. Activities of daily living performance in dementia. *Acta Neurol Scand.* 2007;116(2):91-5. doi:10.1111/j.1600-0404.2007.00800.x.
14. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ.* 2015;350:h369. doi:10.1136/bmj.h369.
15. Kang HS, Ahn IS, Kim JH, Kim DK. Neuropsychiatric symptoms in Korean patients with Alzheimer's disease: exploratory factor analysis and confirmatory factor analysis of the neuropsychiatric inventory. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2010;29(1):82-7. doi:10.1159/000264629.
16. Bathgate D, Snowden JS, Varma A, Blackshaw A, Neary D. Behaviour in frontotemporal dementia, Alzheimer's disease and vascular dementia. *Acta Neurol Scand.* 2001;103(6):367-78. doi:10.1034/j.1600-0404.2001.2000236.x.
17. Perri R, Koch G, Carlesimo GA, Serra L, Fadda L, Pasqualetti P, et al. Alzheimer's disease and frontal variant of frontotemporal dementia-- a very brief battery for cognitive and behavioural distinction. *J Neurol.* 2005;252(10):1238-44. doi:10.1007/s00415-005-0849-1.
18. Mittal V, Kurup L, Williamson D, Muralee S, Tampi RR. Risk of cerebrovascular adverse events and death in elderly patients with dementia when treated with antipsychotic medications: a literature review of evidence. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2011;26(1):10-28. doi:10.1177/1533317510390351.
19. Neurological Institute of Thailand. Dementia Clinical Practice Guidelines (complete edition). Bangkok: Thana press; 2020. (in Thai)
20. Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Service. Study of dementia screening in Lampang province [internet]. Nonthaburi: Department of Medical Services; 2020 [cited 2023 Oct 5]. Available from: http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2020/07/book_12.pdf (in Thai)
21. Chirawatkul A. Health science statistics for research. Bangkok: Witthayaphat Co Ltd; 2015. (in Thai)
22. Rangsihiranrat M, Nanjiang M, Songrong T, Kaewyot K, Chutha W, Thai National Mental Health Survey Team. Results from Thai national mental health survey 2013: quality of life and factors associated with cognitive impairment in the elderly. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2016. (in Thai)

23. Department of Older Persons. Statistics on elderly people of Thai nationality and whose names are in the house registration, January 2022 [Internet]. Bangkok: Department of Older Persons; 2022 [cited 2022 Mar 25]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/known/side/1/1/1159> (in Thai)
24. Taameeyapradit U, Udomittipong D, Tepparak N. Characteristics of behavioral and psychological symptoms of dementia, severity and levels of distress on caregivers. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2014;97(4):423-30. (in Thai)
25. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.
26. Chitaphankul S. Principles of Geriatric Medicine. 2nd ed. Bangkok: Department of Medicine, Faculty of Medicine Chulalongkorn University; 1999. (in Thai)
27. Development The Elderly Health Service System for Long-Term Care Committee, Ministry of Public Health. Guideline for screening and evaluating the health of the elderly 2021. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2021 [cited 2022 May 22]. Available from: http://www.tako.moph.go.th/takmoph2016/file_download/file_20210129131952.pdf (in Thai)
28. Hemrungronj S. Neuropsychiatric inventory questionnaire Thai version (NPI-Q Thai) [Internet]. Bangkok: Faculty of Medicine, Chulalongkorn University [cited 2022 May 17] Available from: <http://www.cumentalhealth.com/index.php?lay=show&ac=article&id=539909332> (in Thai)
29. 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)
30. Hébert R, Bravo G, Préville M. Reliability, validity and reference values of the Zarit burden interview for assessing informal caregivers of community-dwelling older persons with dementia. *Can J Aging*. 2000;19(4):494-507. doi:10.1017/S0714980800012484
31. Chanchaem R, Montientong D, Puanfai S. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia; a study in Chiangmai neurological hospital. *Journal of The Department of Medical Services*. 2018;43(6):96-100. (in Thai)
32. Koovimon W, Dusitanond P. Surveys of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in dementia patients. *Thai Journal of Neurology*. 2020;36(1):1-7. (in Thai)
33. Etters L, Goodall D, Harrison BE. Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. *J Am Acad Nurse Pract*. 2008;20(8):423-8. doi:10.1111/j.1745-7599.2008.00342.x.
34. Zarei S, Choudhury S, Burhan AM, Chu L, Colman S, Derkach P, et al. Determinants of polypharmacy in patients with behavioral and psychological symptoms of dementia. *Alzheimers Dement*. 2021;17(S6):e055644. doi:10.1002/alz.055644.
35. Kim B, Noh GO, Kim K. Behavioural and psychological symptoms of dementia in patients with Alzheimer's disease and family caregiver burden: a path analysis. *BMC Geriatr*. 2021;21(1):160. doi:10.1186/s12877-021-02109-w.
36. Black W, Almeida OP. A systematic review of the association between the behavioral and psychological symptoms of dementia and burden of care. *Int Psychogeriatr*. 2004;16(3):295-315. doi:10.1017/s1041610204000468.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก

วันรับ : 16 กรกฎาคม 2567

วันแก้ไข : 6 สิงหาคม 2567

วันตอบรับ : 14 สิงหาคม 2567

สันติชัย ฉ่ำจิตรชื่น, พ.บ., สว่างจิตร์ วสุวัต, พย.ม.

กันตรัตน์ เซาว์ทัศน์, พย.บ.

โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกสำหรับสาขาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช

วิธีการ : การวิจัยและพัฒนาในโรงพยาบาลจิตเวช 7 แห่ง ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2567 ตามกรอบการพัฒนาเทคโนโลยี ได้แก่ การวิเคราะห์ความต้องการ การพัฒนารอบแนวคิด การร่างต้นแบบ การตรวจสอบคุณภาพ การทดลองใช้ และการขยายผล เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มและแบบสอบถามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ ผู้ใช้แนวปฏิบัติ และสาขาชีพที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผล : แนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ การสั่งการรักษา การขอความยินยอม การดูแลก่อนการรักษา การดูแลระหว่างการรักษา การดูแลหลังการรักษาในห้องสังเกตอาการ การดูแลหลังการรักษาในหอผู้ป่วย และการประเมินผลการรักษา มีการปรับตามข้อมูลความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การทบทวนแนวทางการสั่งการรักษาด้วยยาตามหลักฐานทางวิชาการปัจจุบัน การขอความยินยอมที่อิงกฎหมายปัจจุบัน เกณฑ์การติดตามสัญญาณชีพ ในระหว่างและหลังการรักษา เกณฑ์การประเมินภาวะสับสน และการเฝ้าระวังและติดตามภาวะแทรกซ้อนทางกายและการรู้คิด หลังการรักษา

สรุป : แนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกที่พัฒนาขึ้นสามารถเป็นต้นแบบและปรับใช้แนวปฏิบัติในโรงพยาบาลจิตเวชตามแต่บริบทเพื่อส่งเสริมผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของผู้ป่วย

คำสำคัญ : การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก, แนวปฏิบัติ, โรงพยาบาลจิตเวช

ติดต่อผู้นิพนธ์ : สันติชัย ฉ่ำจิตรชื่น; e-mail: 2santichai@gmail.com

Original article

The development of clinical guidelines for modified electroconvulsive therapy

Received : 16 July 2024

Revised : 6 August 2024

Accepted : 14 August 2024

Santichai Chamchitchun, M.D., Sawangjit Wasuwat, M.N.S.,

Kantarat Chaothat, B.N.S.

Srithanya Hospital, Department of Mental Health

Abstract

Objective: To develop clinical guidelines for modified electroconvulsive therapy (ECT) for multidisciplinary professionals in psychiatric hospitals.

Methods: A research and development study was conducted in seven psychiatric hospitals in Thailand from September 2022 to June 2024, employing the technology development framework; needs analysis, conceptual framework development, prototype drafting, validity testing, pilot trial, and scaling up. Data were collected using expert panels and focus group discussions with practitioners and relevant multidisciplinary professionals. Qualitative data were analyzed using content analysis.

Results: The clinical guidelines for modified ECT comprised seven phases; prescription of treatment, informed consent, pre-treatment care, intra-procedural care, post-procedural care in the recovery room, post-procedural care in the ward, and evaluation of treatment outcomes. Based on feedback and suggestions from informants, the final guidelines were updated to incorporate evidence-based medication review in treatment planning, adherence to legal frameworks for informed consent, standardized criteria for vital sign monitoring during and post-procedure, and defined criteria for assessing confusion, physical complications, and cognitive side effects following ECT.

Conclusion: The guidelines serve as a prototype that could be adapted in different contexts of psychiatric hospitals to promote better outcomes among patients receiving modified ECT.

Keywords: clinical guideline, modified electroconvulsive therapy, psychiatric hospitals

Corresponding author: Santichai Chamchitchun; e-mail: 2santichai@gmail.com

ความรู้เดิม : โรงพยาบาลจิตเวชมีแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT) เฉพาะแบบไม่ใช้ยาระงับความรู้สึก (unmodified ECT) ที่อิง พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551

ความรู้ใหม่ : แนวปฏิบัติรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก (modified ECT) พัฒนาขึ้นตามบริบทของโรงพยาบาลจิตเวชอย่างมีโครงสร้างและอิงหลักฐานและกฎหมายที่เป็นปัจจุบัน ได้แก่ พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ครอบคลุมระยะการส่งการรักษา การขอความยินยอม การบริการก่อนรักษา ระหว่างรักษา และหลังรักษาที่ห้องสังเกตอาการและหอผู้ป่วย โดยมีการปรับแนวทางการให้ยาที่มีผลต่อการชักและการประเมินภาวะสับสน

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นต้นแบบในการพัฒนาแนวปฏิบัติ modified ECT ตามแต่ละบริบทเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

บทนำ

การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT) เป็นการรักษาทางการแพทย์โดยใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นสมองของผู้ป่วยเพื่อเหนี่ยวนำให้เกิดการชักซึ่งส่งผลให้อาการทางจิตเวชดีขึ้น¹ การรักษาด้วยไฟฟ้าแบ่งเป็น 2 แบบ ได้แก่ การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบไม่ใช้ยาระงับความรู้สึก (unmodified ECT) และแบบใช้ยาระงับความรู้สึก (modified ECT)² เมื่อเปรียบเทียบการรักษาทั้ง 2 แบบ พบว่าการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกมีอาการไม่พึงประสงค์ (adverse effect) ที่น้อยกว่า เช่น ผลกระทบกับความจำ ภาวะสับสน อาการปวดศีรษะ และอาการปวดกล้ามเนื้อ²⁻⁴ ดังนั้นสถานที่ (setting) ที่มีความพร้อมทางบุคลากร อุปกรณ์ และงบประมาณจึงนิยมเลือกใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกมากกว่า

จากการทบทวนวรรณกรรมของต่างประเทศเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก⁵⁻⁷ รวมถึงตำราการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าในประเทศไทย⁸

พบว่ามีคำแนะนำแนวปฏิบัติแบบมีโครงสร้าง ครอบคลุม การเตรียมผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยก่อนการรักษา ระหว่างรักษา และหลังการรักษาด้วยไฟฟ้า แต่แนวปฏิบัติดังกล่าวเหมาะสมสำหรับบริบทที่มีวิสัญญีแพทย์ด้วย ซึ่งเป็นข้อจำกัดของโรงพยาบาลจิตเวชที่ในทีมรักษาประกอบด้วยจิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพจิตเวช และวิสัญญีพยาบาล

ประเทศไทยมีโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต 13 แห่งที่มีการบริการรักษาด้วยไฟฟ้า โดย 10 แห่งให้บริการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก และ 3 แห่งให้บริการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบไม่ใช้ยาระงับความรู้สึก อย่างไรก็ตามปัจจุบันมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบไม่ใช้ยาระงับความรู้สึกสำหรับโรงพยาบาลจิตเวชเท่านั้น⁹ แต่ยังไม่มีความรู้สึกลำดับสำหรับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกสำหรับโรงพยาบาลจิตเวช การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลเบื้องต้นของแนวปฏิบัติ การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกสำหรับโรงพยาบาลจิตเวช โดยใช้แนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบไม่ใช้ยาระงับความรู้สึกเป็นต้นแบบในการพัฒนา⁹

วิธีการ

การวิจัยและพัฒนา (research and development) ในโรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศรีธัญญา เลขที่ใบรับรอง STY.CO.A010/2565 รหัสโครงการ STY.IRB009/2565 วันที่ 17 มีนาคม 2565 (ต่ออายุครั้งที่ 1 เมื่อ 16 มีนาคม 2566 และครั้งที่ 2 เมื่อ 16 มีนาคม 2567) ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2567 ตามกรอบการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีของกรมสุขภาพจิต 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ความต้องการ ความจำเป็นในการพัฒนา (need analysis) 2) การกำหนดกรอบแนวคิด (conceptual framework) 3) การออกแบบและจัดทำร่างต้นแบบ (prototype development) 4) การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ (testing) 5) การทดลองใช้ (pilot study) 6) การขยายผล (scale up) และ 7) การประเมินผลและพัฒนาต่อเนื่อง (evaluation and

continuous improvement)¹⁰ โดยการศึกษาที่ดำเนินการขึ้นตอนที่ 1 ถึง 6 ดังนี้

1. การวิเคราะห์ความต้องการ ความจำเป็นในการพัฒนา ดำเนินการในเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 โดยการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ที่มีวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกของโรงพยาบาล ได้แก่ จิตแพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน และวิสัญญีพยาบาล 2 คน ในประเด็นความต้องการการใช้แนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน และปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการที่ผ่านมา เช่น ขั้นตอนการสั่งการรักษา ขั้นตอนการขอความยินยอม ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยก่อนระหว่างและหลังการรักษา และความสอดคล้องระหว่างขั้นตอนการดูแลและแบบบันทึกการรักษา

2. การกำหนดกรอบแนวคิด ดำเนินการในเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 โดยประชุมทีมผู้วิจัยเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 และกำหนดกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก

3. การออกแบบและจัดทำร่างต้นแบบ ดำเนินการระหว่างเดือน มีนาคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2566 โดยประชุมทีมวิชาชีพของโรงพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานเกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกอย่างน้อย 5 ปี ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ 3 คน พยาบาลจิตเวช 4 คน และวิสัญญีพยาบาล 3 คน เพื่อออกแบบและกำหนดเนื้อหาต้นร่างแนวปฏิบัติและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล

4. การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ ดำเนินการในเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 โดยทีมผู้วิจัยส่งร่างแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกและเครื่องมือประเมินผลให้ผู้เชี่ยวชาญซึ่งมีประสบการณ์ทำงานเกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกอย่างน้อย 10 ปี 4 คน ประกอบด้วยจิตแพทย์สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา 1 คน จิตแพทย์โรงพยาบาลสวนปรุง 1 คน พยาบาลโรงพยาบาลศรีธัญญา 1 คน และวิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลศรีธัญญา 1 คน เพื่อสำรวจความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 1

5. การทดลองใช้ ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ. 2567 โดยทดลองใช้แนวปฏิบัติที่ปรับครั้งที่ 1 และส่งแบบสอบถามความเห็นเกี่ยวกับแนวปฏิบัติและแบบบันทึกให้จิตแพทย์ผู้สั่งการรักษาด้วยไฟฟ้า 1 คน จิตแพทย์ผู้ให้การรักษาด้วยไฟฟ้า 1 คน พยาบาลจิตเวชศูนย์บำบัดด้วยไฟฟ้า 1 คน พยาบาลจิตเวชหอผู้ป่วย 1 คน และวิสัญญีพยาบาล 2 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 2

6. การขยายผล ดำเนินการในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 เพื่อสำรวจความเห็นของทีมวิชาชีพโรงพยาบาลจิตเวชอื่นซึ่งอาจมีบริบทที่แตกต่างออกไปจากโรงพยาบาลศรีธัญญา โดยส่งแนวปฏิบัติที่ปรับครั้งที่ 2 ทดลองใช้ในโรงพยาบาลจิตเวช 6 แห่ง ได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ และส่งแบบสอบถามความเห็นเกี่ยวกับแนวปฏิบัติและแบบบันทึกในขั้นตอนต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยให้ทีมวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานเกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกอย่างน้อย 5 ปี ได้แก่ จิตแพทย์ 2 คน พยาบาลจิตเวช 2 คน วิสัญญีพยาบาล 2 คนจากแต่ละแห่ง (ยกเว้นโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์และโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีวิสัญญีพยาบาลเพียง 1 คน) รวม 34 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 3 เป็นแนวปฏิบัติฉบับท้ายสุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. คู่มือการให้บริการการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก
2. แบบบันทึกต่าง ๆ ในการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก ได้แก่

2.1 แบบฟอร์มสั่งการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก สำหรับจิตแพทย์ เพื่อบันทึกข้อบ่งชี้ ภาวะที่อาจเพิ่มความเสี่ยงในการรักษาด้วยไฟฟ้า และการทบทวนยาที่มีผลต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า

2.2 หนังสือแสดงความยินยอมเพื่อรับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก

2.3 แบบบันทึกการบริการก่อนรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก สำหรับพยาบาลจิตเวชประจำหอผู้ป่วย เพื่อบันทึกการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสำหรับการรักษา เช่น การงดอาหารและน้ำ สัญญาณชีพ และการตรวจสอบยาที่เฝ้าระวัง

2.4 แบบบันทึกการให้บริการระหว่างรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก สำหรับ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และวิสัญญีพยาบาล เพื่อบันทึกขนาดประจุไฟฟ้าที่ใช้ระยะเวลาของการชก ขนาดของยานำสลับและยากล้ามเนื้อ การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพระหว่างการรักษา และภาวะไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา

2.5 แบบบันทึกความปลอดภัยทางวิสัญญี สำหรับวิสัญญีพยาบาล เพื่อประเมินความเสี่ยงของการให้ยาระงับความรู้สึกและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระหว่างและหลังการรักษา

2.6 แบบบันทึกการให้บริการหลังรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกที่ห้องสังเกตอาการ สำหรับพยาบาลจิตเวชที่หน่วยการรักษาด้วยไฟฟ้า เพื่อประเมินสัญญาณชีพและภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา

2.7 แบบบันทึกการให้บริการหลังรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วย สำหรับพยาบาลจิตเวชที่หอผู้ป่วย เพื่อประเมินสัญญาณชีพและภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา

2.8 แบบบันทึกการประเมินผลการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก สำหรับจิตแพทย์ผู้สั่งการรักษา เพื่อประเมินผลลัพธ์และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

3. แบบสอบถามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อคู่มือและแบบบันทึกการให้บริการการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นความคิดเห็นต่อคู่มือการให้บริการการรักษาด้วยไฟฟ้าตามขั้นตอนในคู่มือ ส่วนหลังเป็นความคิดเห็นต่อแบบบันทึกในข้อ 2.1 ถึง 2.8

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) แบบ thematic analysis โดยผู้วิจัยหลัก แหล่งข้อมูลจากแบบสอบถามความคิดเห็นของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยไฟฟ้าจากโรงพยาบาลจิตเวชทั้ง 7 แห่ง วิเคราะห์และสังเคราะห์ในประเด็นเป็นด้านวิธีการปฏิบัติ ผลลัพธ์ ความปลอดภัย และประสิทธิภาพของแต่ละขั้นตอนการรักษา

ผล

1. การวิเคราะห์ความต้องการ ความจำเป็นในการพัฒนา การสนทนากลุ่มจิตแพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน และวิสัญญีพยาบาล 2 คน พบว่า การดำเนินการที่ผ่านมาเคยมีการปรับแบบบันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้าจากแบบไม่ใช้ยาระงับความรู้สึกมาเป็นแบบใช้ยาระงับความรู้สึกแล้ว 1 ครั้ง แต่ไม่ได้ผ่านกระบวนการวิจัยและพัฒนา แบบบันทึกมีหลายส่วนที่ยังไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติจริงในปัจจุบัน ปัญหาและอุปสรรคคือการขาดแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกที่เป็นรูปธรรมและแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติ

2. การกำหนดกรอบแนวคิด ทีมวิจัยกำหนดกรอบความคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติโดยเลือกใช้ต้นทุนเดิมที่กรมสุขภาพจิตมีอยู่คือ แนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีของกรมสุขภาพจิต 7 ขั้นตอน¹⁰ ซึ่งการศึกษานี้ดำเนินการถึงขั้นตอน 6 ส่วนในขั้นตอนที่ 7 ต้องใช้ระยะเวลาในการติดตามออกไปอีกช่วงหนึ่ง ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการศึกษานี้

3. การออกแบบและจัดทำร่างต้นแบบ ทีมวิชาชีพของโรงพยาบาลศรีธัญญาร่วมพัฒนาแนวปฏิบัติร่างแบบโดยอิงแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าของต่างประเทศและประเทศไทยเป็นต้นแบบ⁵⁻⁸ แบ่งกระบวนการการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกเป็น 7 ขั้นตอน ได้แก่ การสั่งการรักษา การขอความยินยอม การบริการก่อนรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก การให้บริการระหว่างรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก การให้บริการหลังรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกที่ห้องสังเกตอาการ การให้บริการหลังรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้

ยาระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วย และการประเมินผลการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก และพัฒนาแบบบันทึกข้อมูลและแบบประเมินสำหรับแนวปฏิบัติ ได้แก่ หนังสือแสดงความยินยอมเพื่อรับการรักษาดูด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก แบบบันทึกการบริการก่อนรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก แบบบันทึกการให้บริการระหว่างรักษาดูด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก แบบบันทึกความปลอดภัยทางวิสัญญี แบบบันทึกการให้บริการหลังรักษาดูด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกที่ห้องสังเกตอาการ แบบบันทึกการให้บริการหลังรักษาดูด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วย แบบบันทึกการประเมินผลการรักษาดูด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก และแบบสอบถามความคิดเห็นต่อคู่มือและแบบบันทึกการให้บริการการรักษาดูด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก

4 การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ การสำรวจความเห็นผู้เชี่ยวชาญซึ่งมีประสบการณ์ทำงานเกี่ยวข้องกับการรักษาดูด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกอย่างน้อย 10 ปี นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหาและปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 1 ดังนี้

ขั้นตอนสั่งการรักษา ได้แก่ เพิ่มยากลุ่ม tricyclic antidepressant (TCA)^{11,12} ลงในรายการยาที่ต้องทบทวนพิจารณาลดหรือหยุดยา เพิ่มการตรวจสอบผลการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

ขั้นตอนการให้บริการระหว่างรักษา ได้แก่ การตัด energy ซึ่งมีหน่วยเป็น joule ออก คงไว้แต่ charge ซึ่งมีหน่วยเป็น millicoulomb (mC) เพื่อให้สอดคล้องกับเครื่องให้การรักษาด้วยไฟฟ้าที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน การปรับค่า impedance จากไม่เกิน 2500 Ohms เป็นไม่เกิน 1000 Ohms และในกรณีระยะชักนานกว่า 2 นาที แพทย์พิจารณาให้ thiopental 100 - 150 mg หรือ propofol 30 - 50 mg ทางหลอดเลือดดำ

ขั้นตอนการให้บริการหลังรักษาที่ห้องสังเกตอาการ ได้แก่ การเพิ่มการวัดและบันทึกความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation: O₂ Sat) ทุก 15 นาที 2 ครั้ง

และ 60 นาที 1 ครั้ง และการประเมิน modified Aldrete score และบันทึกคะแนนรวม (คะแนน > 9 ย้ายกลับหอผู้ป่วยได้)

ขั้นตอนการให้บริการหลังรักษาที่หอผู้ป่วย ได้แก่ พยาบาลประเมินหลังการรักษาดูด้วยไฟฟ้าตามระยะเวลา คือ เมื่อกลับมาถึงเตียงทันที และ 8 ชม. 16 ชม. 24 ชม. หลังการรักษา

ขั้นตอนการประเมินผลการรักษา ได้แก่ แพทย์เจ้าของประเมินผลการรักษาเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างน้อยเมื่อครบ 3 ครั้งหรือเมื่อได้รับรายงานอาการไม่พึงประสงค์

5. การทดลองใช้ หลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติที่โรงพยาบาลศรีธัญญาและการสำรวจความเห็นผู้ใช้แนวปฏิบัติ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหาและปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 2 ดังนี้

ขั้นตอนการบริการก่อนรักษา ได้แก่ การเพิ่มเกณฑ์สัญญาณชีพที่ผิดปกติ ได้แก่ ชีพจรน้อยกว่า 60 หรือมากกว่า 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 mmHg อุณหภูมิมากกว่า 38°C การหายใจมากกว่า 20 ครั้ง/นาที จากเดิมที่มีเพียงภาวะความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 mmHg และการเพิ่มภาวะที่ต้องเฝ้าระวังให้ประเมินซ้ำที่หน่วย ECT เช่น การวัด O₂ Sat ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease: COPD) และหอบหืด (asthma) และการวัดระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (dextrostix: DTx) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ขั้นตอนการให้บริการระหว่างรักษา ได้แก่ การเพิ่มตาราง ECT - stimulus dose titration method (bilaterally - placed electrode) ลงในคู่มือและการประเมินความปลอดภัยทางวิสัญญีที่บันทึกโดยวิสัญญีพยาบาล

ขั้นตอนการให้บริการหลังรักษาที่หอผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินอาการไม่พึงประสงค์ (รายละเอียดดังตารางที่ 1) ขั้นตอนการประเมินผลการรักษา ได้แก่ การเพิ่มเกณฑ์การให้คะแนน clinical global impression scale-improvement (CGI-I) (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

6. การขยายผล การสำรวจความเห็นและข้อเสนอแนะนักวิชาชีพ 34 คนของโรงพยาบาลจิตเวชที่มีการบริการ

การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก 6 แห่ง ตอบกลับแบบสอบถาม 27 คน เป็นจิตแพทย์ 11 คน พยาบาลจิตเวช 7 คน และวิสัญญีพยาบาล 9 คน นำมาวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 3 เป็นฉบับท้ายสุด ดังนี้

ขั้นตอนสั่งการรักษา ได้แก่ การเพิ่มเกณฑ์การให้คะแนน clinical global impression scale-severity (CGI-S) (รายละเอียดดังตารางที่ 1) การยุบรวมโรคทางกายที่เพิ่มความเสี่ยงในการรักษาด้วยไฟฟ้ามาไว้ใน relative contraindication⁶ ได้แก่ ภาวะที่มีความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น (increased intracranial pressure) เนื่องจากมี space-occupying cerebral lesions เช่น เนื้องอกสมอง (brain tumour) ภาวะเลือดออกในสมอง (cerebral hemorrhage) ภาวะสมองขาดเลือด (recent cerebral infarction) ภาวะหลอดเลือดแดงโป่งพอง (aneurysm) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (recent myocardial infarction) ภาวะเจ็บแน่นหน้าอกแบบไม่คงที่ (unstable angina) ภาวะความดันเลือดสูง (hypertension) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด โรคเนื้องอกของต่อมหมวกไต (pheochromocytoma) ภาวะจอประสาทตาลอก (retinal detachment) และภาวะต้อหินมุมปิดแบบเฉียบพลัน (acute angle closure glaucoma) และการจัดหมวดหมู่ยาในส่วนคู่มือโดยแบ่งเป็นกลุ่มยาที่เพิ่ม seizure threshold อันส่งผลให้ระยะเวลาการชักสั้นลง กลุ่มยาที่ลด seizure threshold อันส่งผลให้ระยะเวลาการชักยาวนานขึ้น และกลุ่มยาที่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ และปรับยาที่ห้ามให้มาไว้กับกลุ่มยาที่ควรหยุดหรือลดขนาดในช่วงที่รักษาด้วยไฟฟ้า คือ theophylline^{8,11} (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

ขั้นตอนการขอความยินยอม ได้แก่ การกำหนดให้แพทย์ผู้สั่งการรักษาหรือพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้อธิบาย ข้อบ่งชี้หรือความจำเป็น ข้อดี ข้อเสีย ความเสี่ยง ผลของการรักษา ผลข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยไฟฟ้าแก่ผู้ให้ความยินยอม และการอ้างอิงมาตรา 18 มาตรา 20/1 มาตรา 21 วรรค 3 และมาตรา 22 ใน พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ.2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

(ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562 แทน พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

ขั้นตอนการบริการก่อนรักษา ได้แก่ การกำหนดให้ส่งผู้ป่วยทุกคนปรึกษาทันตแพทย์เพื่อรับการประเมินปัญหาฟันและช่องปาก

ขั้นตอนการให้บริการระหว่างรักษา ได้แก่ การระบุวาทาราง ECT stimulus titration method (bilaterally-placed electrodes) ใช้กับเครื่อง Mecta spectrum 5000Q ถ้าไม่ชักหรือระยะเวลาการชักสั้นเกินไป (missed seizure) คือ สั้นกว่า 20 วินาที ให้รอ 60 - 90 วินาทีแล้วกระตุ้นใหม่ (ไม่เกิน 3 ครั้ง)⁶

ขั้นตอนการให้บริการหลังรักษาที่ห้องสังเกตอาการ ได้แก่ การเพิ่มเกณฑ์การประเมินภาวะสับสน (รายละเอียดดังตารางที่ 1) และกำหนดให้มีการประเมินหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้า 10 นาที 15 นาที 30 นาที และ 60 นาที กรณีผู้ป่วยมีภาวะสับสนระดับ 3 เป็นเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 15 นาที ให้พยาบาลรายงานแพทย์ที่ให้การรักษาด้วยไฟฟ้าเพื่อพิจารณาลดพลังงานไฟฟ้าในครั้งต่อไป

ขั้นตอนการให้บริการหลังรักษาที่หอผู้ป่วย ได้แก่ การเพิ่มเกณฑ์การประเมินภาวะสับสน (รายละเอียดดังตารางที่ 1) กรณีผู้ป่วยมีภาวะสับสนปานกลางขึ้นไปและไม่ลดลงภายใน 24 ชั่วโมง ให้พยาบาลรายงานแพทย์ผู้สั่งการรักษาทราบเพื่อพิจารณาปรับการรักษาและประเมินภาวะสับสนต่อเนื่อง กรณีพบภาวะสับสนตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไปในวันที่ทำให้รายงานแพทย์ผู้ให้การรักษาด้วยไฟฟ้าเพื่อพิจารณาลดพลังงานไฟฟ้าในครั้งนั้น

ขั้นตอนการประเมินผลการรักษา ได้แก่ การตรวจสภาพจิตในหัวข้อความจำ (memory) ได้แก่ recall recent และ remote memory

วิจารณ์

การพัฒนาแนวปฏิบัติในครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาแบบมีโครงสร้างที่ประกอบด้วยทฤษฎีการวิเคราะห์ความต้องการ การกำหนดกรอบแนวคิด การออกแบบและจัดทำร่างต้นแบบ การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ

ตารางที่ 1 สรุปการปรับแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยารงับความรู้สึก

	การปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 1	การปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 2	การปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 3
<p>1. ขั้นตอนการสั่งการรักษาด้วยไฟฟ้า</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มยาในกลุ่ม tricyclic antidepressant (TCA) ลงในรายการยาที่ต้องทบทวนพิจารณา ลดหรือหยุดยา - การตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญได้แก่ EKG, CXR, Electrolyte, BUN, Cr และ DTx 	<ul style="list-style-type: none"> - เกณฑ์การให้คะแนน CGI-S (ปกติ = 1, เกือบรุนแรง = 2, รุนแรงเล็กน้อย = 3, รุนแรงปานกลาง = 4, รุนแรงชัดเจน = 5, รุนแรงมาก = 6, รุนแรงมากที่สุด = 7) - ยาที่ต้องทบทวนก่อนสั่งการรักษา^{8,11,12} - ยาที่เพิ่ม seizure threshold ซึ่งส่งผลให้ระยะเวลาการชักสั้นลงหรือไม่ชัก: กลุ่มยา benzodiazepine/ กลุ่มยากันชัก (anticonvulsant) - ยาที่ลด seizure threshold ซึ่งส่งผลให้ระยะเวลาการชัทยาวนานขึ้น: theophylline (เสี่ยงต่อระยะเวลาชักที่ยาวนานขึ้น) - ยาที่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะไม่พึงประสงค์อื่น: trazodone (ในขนาดมากกว่า 100 mg)/TCA (เสี่ยงต่อผลข้างเคียงที่เกิดกับระบบหัวใจและหลอดเลือด)/ lithium (เสี่ยงต่อภาวะ delirium, prolonged apnea และ spontaneous seizure) 	<ul style="list-style-type: none"> - ให้อ้างอิง “พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2552” แทน “พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551” - การรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า กระทำต่อสมองหรือระบบประสาท หรือการบำบัดรักษาด้วยวิธีอื่นใด ที่อาจเป็นผลทำให้ร่างกายไม่อาจกลับคืนสู่สภาพเดิมอย่างถาวร ให้กระทำได้นั้นกรณี ดังต่อไปนี้ (1) กรณีผู้ป่วยให้ความยินยอมเป็นหนังสือเพื่อการบำบัดรักษานั้น โดยผู้ป่วยได้รับความเห็นชอบเป็นความจำเป็น หรืออาจเป็นผลทำให้ไม่สามารรถแก้ไขให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพเดิมและประโยชน์ของการบำบัดรักษา (2) กรณีเหตุฉุกเฉินหรือมีความจำเป็นอย่างอื่นที่ถึงแก่ชีวิตของผู้ป่วย ทั้งโดยความเห็นชอบเป็นเอกฉันท์ของ คณะกรรมการสถานบำบัดรักษา (มาตรา 18) 	
<p>2. ขั้นตอนการขอความยินยอม</p>			

ตารางที่ 1 สรุปการปรับแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก (ต่อ)

	การปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 1	การปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 2	การปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 3
2. ขั้นตอนการขอความยินยอม (ต่อ)			<ul style="list-style-type: none"> - ในกรณีผู้ป่วยมีอายุไม่ถึง 18 ปี หรือขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษาให้ใช้สูตรส่วนบุคคล ผู้สืบสันดาน ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อุปถัมภ์ หรือผู้ปกครองดูแลบุคคลนั้นแล้วแต่กรณี เป็นผู้ให้ความยินยอม (มาตรา 21 วรรค 3) - ในกรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา แต่ขาดความสามารถในการตัดสินใจในการให้ความยินยอม และไม่มีผู้ให้ความยินยอมแทน (มาตรา 21/1) หรือในกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาเป็นการเร่งด่วน (มาตรา 22) แพทย์เจ้าของและพยาบาลในหน่วยผู้ป่วยลงนาม และเสนอเรื่องให้เจ้าหน้าที่นิติเวชแจ้งให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาทราบเพื่อพิจารณาลงมติแสดงความเห็นชอบ - ปรับหนังสือแสดงความยินยอม โดยตัดข้อความในส่วนผู้ยินยอมและสิทธิฟ้องแพทย์และองค์กรออก
3. ขั้นตอนการดูแลก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า	<ul style="list-style-type: none"> - การตรวจสัญญาณชีพ เพิ่มภาวะที่ผิดปกติ ได้แก่ ชีพจร < 60 หรือ > 100 ความดันโลหิต ต่ำกว่า 90/60 mmHg อุณหภูมิมากกว่า 38°C การหายใจมากกว่า 20 ครั้ง/นาที - ภาวะที่ต้องเฝ้าระวังให้ประณีตขึ้นซ้ำที่หน่วย ECT เช่น วัด O₂ Sat ในผู้ป่วย COPD/Asthma เจาะ DTX ในผู้ป่วยเบาหวาน 	<ul style="list-style-type: none"> - การตรวจสัญญาณชีพ เพิ่มภาวะที่ผิดปกติ ได้แก่ ชีพจร < 60 หรือ > 100 ความดันโลหิต ต่ำกว่า 90/60 mmHg อุณหภูมิมากกว่า 38°C การหายใจมากกว่า 20 ครั้ง/นาที - ภาวะที่ต้องเฝ้าระวังให้ประณีตขึ้นซ้ำที่หน่วย ECT เช่น วัด O₂ Sat ในผู้ป่วย COPD/Asthma เจาะ DTX ในผู้ป่วยเบาหวาน 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยทุกรายส่งปรึกษาทันตแพทย์เพื่อรับการประเมินปัญหาเกี่ยวกับฟันและช่องปาก
4. ขั้นตอนการดูแลระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า	<ul style="list-style-type: none"> - ตัดคำว่า Energy ซึ่งมีหน่วยเป็น Joule ออก คงไว้แต่ Charge ซึ่งมีหน่วย เป็น MC (millicoulomb) - เปลี่ยนค่าของ Impedance จาก 2500 Ohms เป็น 1000 Ohms ดังนี้ หากมีค่ามากกว่า ปรับ electrode ให้แนบกับผิวหนังโดยไม่มีเส้นผมปิดบัง - ในกรณีระยะชัก > 2 นาที แพทย์พิจารณาให้ Thiopental 100 - 150 mg หรือ Propofol 30 - 50 mg ทางหลอดเลือดดำ - เพิ่มการบันทึกการวางแผนการรักษาครั้งต่อไป และปัญหาอุปสรรค/ข้อควรระวัง 	<ul style="list-style-type: none"> - ใส่ตาราง ECT - Stimulus dose titration method (Bilaterally - placed electrode) ลงในคู่มือ 	<ul style="list-style-type: none"> - ระบุว่าตาราง ECT-stimulus titration method (bilaterally-placed electrodes) ใช้กับเครื่อง Mecta spectrum 5000Q - ถ้าไม่ชักหรือ missed seizure ให้รอ 60 - 90 วินาทีแล้วกระตุ้นใหม่ (ไม่เกิน 3 ครั้ง)

ตารางที่ 1 สรุปการปรับแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้สารงับความรู้สึก (ต่อ)

	การปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 1	การปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 2	การปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 3														
<p>5. ขั้นตอนการดูแลหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าที่ห้องสังเกตอาการ ณ หน่วย ECT</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มการวัดและบันทึก O₂ Sat ทุก 15 นาที 2 ครั้ง และ 60 นาที 1 ครั้ง - ประเมิน Modified Aldrete score และบันทึกคะแนนรวม (คะแนน > 9 ย้ายกลับหอผู้ป่วยได้) 		<ul style="list-style-type: none"> - เกณฑ์การประเมินภาวะสับสน ประเมินหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้า 5 นาที ดังนี้ ระดับ 0 หมายถึง ไม่สับสน หลับ เมื่อตื่นรู้สึกตัวรับรู้บอกชื่อได้ถูกต้องทำตามคำสั่งได้ ระดับ 1 หมายถึง สับสนเล็กน้อย เรียกชื่อรับรู้ ทำตามคำสั่งได้บ้าง ตื่นยกแขนไม่เล็กน้อย ระดับ 2 หมายถึง สับสนปานกลาง เรียกชื่อรับรู้บ้าง ตื่นกระสับกระส่ายบิดตัวพลิกไปมาอาจลุกนั่ง ระดับ 3 หมายถึง สับสนมาก เรียกชื่อไม่รับรู้ ส่งเสียงร้องดัง บิดตัวไปมา กระวนกระวาย ประเมินหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้า 10 นาที 15 นาที 30 นาที และ 60 นาที กรณีสับสนระดับ 3 ระยะเวลา มากกว่าหรือเท่ากับ 15 นาที พยาบาลรายงานแพทย์ที่ทำ ECT ทราบเพื่อพิจารณาลดพลังงานไฟฟ้าในครั้งต่อไป 														
<p>6. ขั้นตอนการดูแลหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าที่หอผู้ป่วย</p>	<ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลประเมินหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าตามระยะเวลา คือ เมื่อกลับมาถึงตึกที่ 8 ชม. 16 ชม. และ 24 ชม. หลังการรักษา - ประเมินภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่อาการคลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ การบาดเจ็บกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ อากาศปวด (ระดับการปวด) หรืออาการอื่น ๆ ประเมินทุกหัวข้อ ว่า มีปัญหาหรือไม่ โดยประเมินว่ามีเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาหรือรายงานแพทย์ 	<ul style="list-style-type: none"> - การประเมินสับสนหรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่อาการคลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ การบาดเจ็บกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ อากาศปวด (ระดับการปวด) หรืออาการอื่น ๆ ประเมินทุกหัวข้อว่า มีปัญหาหรือไม่ โดยประเมินว่ามีเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาหรือรายงานแพทย์ 	<ul style="list-style-type: none"> - เกณฑ์การประเมินภาวะสับสนให้ประเมินการรับรู้เวลา สถานที่ และทำให้คะแนน <table border="1" data-bbox="407 210 535 1921"> <thead> <tr> <th>การรับรู้เวลา</th> <th>การรับรู้สถานที่</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0 ไม่ผิดปกติ</td> <td>0 ไม่ผิดปกติ</td> </tr> <tr> <td>1 เวลาคลาดเคลื่อนไม่เกิน 2 ชั่วโมง</td> <td>1 ไม่แน่ใจ แต่บอกได้ว่าเป็นโรงพยาบาล</td> </tr> <tr> <td>2 บอกได้คร่าว ๆ ว่าเข้าหรือเย็น</td> <td>2 ผิดปกติ บอกว่าเป็นสถานที่อื่น</td> </tr> <tr> <td>3 ตอบไม่ได้ หรือตอบผิดกลางวันเป็นกลางคืน</td> <td>3 ไม่ตอบ หรือตอบไม่ตรงกับคำถาม</td> </tr> </tbody> </table> <p>คะแนนรวม นำคะแนนที่ได้จากการประเมินการรับรู้เวลาและสถานที่มารวมกัน</p> <table border="1" data-bbox="535 210 665 1921"> <tbody> <tr> <td>0 หมายถึง ไม่มีภาวะสับสน (0)</td> </tr> <tr> <td>1-2 หมายถึง มีภาวะสับสนน้อย (1)</td> </tr> <tr> <td>3-4 หมายถึง มีภาวะสับสนปานกลาง (2)</td> </tr> <tr> <td>5-6 หมายถึง มีภาวะสับสนมาก (3)</td> </tr> </tbody> </table>	การรับรู้เวลา	การรับรู้สถานที่	0 ไม่ผิดปกติ	0 ไม่ผิดปกติ	1 เวลาคลาดเคลื่อนไม่เกิน 2 ชั่วโมง	1 ไม่แน่ใจ แต่บอกได้ว่าเป็นโรงพยาบาล	2 บอกได้คร่าว ๆ ว่าเข้าหรือเย็น	2 ผิดปกติ บอกว่าเป็นสถานที่อื่น	3 ตอบไม่ได้ หรือตอบผิดกลางวันเป็นกลางคืน	3 ไม่ตอบ หรือตอบไม่ตรงกับคำถาม	0 หมายถึง ไม่มีภาวะสับสน (0)	1-2 หมายถึง มีภาวะสับสนน้อย (1)	3-4 หมายถึง มีภาวะสับสนปานกลาง (2)	5-6 หมายถึง มีภาวะสับสนมาก (3)
การรับรู้เวลา	การรับรู้สถานที่																
0 ไม่ผิดปกติ	0 ไม่ผิดปกติ																
1 เวลาคลาดเคลื่อนไม่เกิน 2 ชั่วโมง	1 ไม่แน่ใจ แต่บอกได้ว่าเป็นโรงพยาบาล																
2 บอกได้คร่าว ๆ ว่าเข้าหรือเย็น	2 ผิดปกติ บอกว่าเป็นสถานที่อื่น																
3 ตอบไม่ได้ หรือตอบผิดกลางวันเป็นกลางคืน	3 ไม่ตอบ หรือตอบไม่ตรงกับคำถาม																
0 หมายถึง ไม่มีภาวะสับสน (0)																	
1-2 หมายถึง มีภาวะสับสนน้อย (1)																	
3-4 หมายถึง มีภาวะสับสนปานกลาง (2)																	
5-6 หมายถึง มีภาวะสับสนมาก (3)																	

ตารางที่ 1 สรุปการปรับแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก (ต่อ)

	การปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 1	การปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 2	การปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 3
6. ขั้นตอนการดูแลหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าที่ผู้ป่วย (ต่อ)		<p>- แพทย์ประเมินผลการรักษาเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าที่เห็นชัด = 1, ดีขึ้นมาก = 2, ดีขึ้นเล็กน้อย = 3, ไม่เปลี่ยนแปลง = 4, แย่ลงเล็กน้อย = 5, แย่ลงมาก = 6, แย่ลงอย่างเห็นชัด = 7</p>	<p>ถ้าผลการประเมินพบว่ามีภาวะสับสนตั้งแต่ปานกลางขึ้นไป และถ้าอาการสับสนไม่ลดลงภายใน 24 ชั่วโมง ให้อย่างน้อยแพทย์เจ้าของทราบเพื่อพิจารณาปรับการรักษา และพยาบาลประเมินภาวะสับสนต่อเนื่องและหากพบภาวะสับสนตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไปในวันที่ทำ ECT ให้รายงานแพทย์ที่ทำ ECT เพื่อพิจารณาต่อพลังงานไฟฟ้าในครั้งนั้น</p> <p>- เพิ่มการตรวจสภาพจิตใจในวันข้อความจำ (memory) ได้แก่ recall recent และ remote memory</p>
7. การประเมินผลการรักษาด้วยไฟฟ้า	<p>- แพทย์ประเมินผลการรักษาเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าที่เห็นชัด = 1, ดีขึ้นมาก = 2, ดีขึ้นเล็กน้อย = 3, ไม่เปลี่ยนแปลง = 4, แย่ลงเล็กน้อย = 5, แย่ลงมาก = 6, แย่ลงอย่างเห็นชัด = 7</p>		

การทดลองใช้ และการขยายผล โดยทบทวนวิธีการปฏิบัติที่ถือปฏิบัติมาแต่เดิมร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม และปรับตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้ใช้นโยบายปฏิบัติทั้งจากโรงพยาบาลศรีธัญญาและหน่วยงานอื่น เพื่อหาข้อสรุปเป็นแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลจิตเวชในปัจจุบันมากที่สุด

จุดเด่นของการพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งนี้ ได้แก่ แนวทางในการให้บริการที่ชัดเจนมากกว่าเดิม แบบบันทึกที่สะดวกในการใช้งานของผู้ปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วย เช่น การมีทันตแพทย์ร่วมประเมินผู้ป่วยทุกคนก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยมีแนวทางการประเมินและให้การดูแลผู้ป่วยเพิ่มเติมจากแนวปฏิบัติเดิมของการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบไม่ใช้ยาระงับความรู้สึก ได้แก่ การประเมินความปลอดภัยทางวิสัญญี โดยใช้แบบบันทึกความปลอดภัยทางวิสัญญี เกณฑ์และแนวทางการประเมินภาวะสับสน และแนวทางการขอความยินยอมที่อ้างอิงกฎหมายที่เป็นปัจจุบัน เช่น การกำหนดญาติผู้ให้ความยินยอมแทนกรณีผู้ป่วยขาดความสามารถในการให้ความยินยอมเองได้ (มาตรา 1 วรรค 3) กรณีผู้ป่วยขาดความสามารถในการให้ความยินยอมเองได้ หรือมีภาวะอันตรายเร่งด่วน และไม่มีญาติผู้ให้ความยินยอมแทน ให้เสนอคณะกรรมการสถานบำบัดเพื่อขอความเห็นชอบลงมติเป็นเอกฉันท์ (มาตรา 18 (2) และมาตรา 22) และมีการปรับข้อความในหนังสือขอความยินยอมให้ระบุข้อบ่งชี้ที่จำเพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยรายนั้น ๆ ทำให้กระบวนการขอความยินยอมมีความชัดเจนมากขึ้นในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่งานนิติจิตเวชและคณะกรรมการสถานบำบัด

การวิเคราะห์เนื้อหาพบว่า ประเด็นที่ผู้ตอบแบบสอบถามให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะตรงกันมากที่สุด คือ การระบุยาที่ต้องได้รับการทบทวนจากแพทย์เจ้าของผู้สั่งการรักษาด้วยไฟฟ้า แนวปฏิบัตินี้จึงจำแนกเป็นยาที่ส่งผลต่อระยะเวลาการชักสั้นลง การชักยาวนานขึ้น และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์อื่น ๆ โดยทางปฏิบัติแนะนำให้หยุดยาดังกล่าวก่อนสั่งการรักษาด้วยไฟฟ้าหรือหากมี

ความจำเป็นที่ต้องได้รับยาดังกล่าวต่อควรลดขนาดลงและใช้ด้วยความระมัดระวัง การทบทวนวรรณกรรมที่เป็นปัจจุบันพบว่า การส่งผลกระทบต่อระยะเวลาการชักหรือการเกิดอาการไม่พึงประสงค์นั้นขึ้นอยู่กับขนาดของยา (dose-dependent manner) ผู้ป่วยจึงสามารถได้รับยานั้นต่อได้ โดยแนวปฏิบัตินี้กำหนดเพดานของขนาดยาไว้ เช่น clozapine ไม่ควรเกิน 600 มก./วัน trazodone ไม่ควรเกิน 100 มก./วัน และยาที่เคยถูกระบุว่าห้ามได้รับตลอดช่วงการรักษาด้วยไฟฟ้าในแนวปฏิบัติเดิม ได้แก่ lithium และ theophylline อาจสามารถให้ได้โดยลดขนาดของยาลง^{8,11}

ความท้าทายในการพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งนี้ คือ บริบทของโรงพยาบาลจิตเวชที่ต่างกันทำให้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่เก็บรวบรวมมีความหลากหลายและซับซ้อน การวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อนำมาปรับแนวปฏิบัติต้องคำนึงถึงความสมดุลระหว่างความครอบคลุมและการใช้งานง่าย ข้อจำกัดของการศึกษานี้ ได้แก่ การพัฒนาแนวปฏิบัติอิงจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (expert opinion) และหลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนา การทดลองใช้ยังจำกัดเฉพาะผู้ป่วยใน และการประเมินแนวปฏิบัติขาดการวัดผลที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย การพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งต่อไปควรอาศัยหลักฐานจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) ควรขยายการทดลองใช้ในบริบทอื่น ๆ เช่น แผนกผู้ป่วยนอก และสถานพยาบาลนอกเหนือจากโรงพยาบาลจิตเวช และควรมีการติดตามประเมินผลเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (ขั้นตอนที่ 7) โดยเพิ่มการวัดผลที่เกิดกับผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นประโยชน์ในเชิงต้นแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติ การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบไม่ใช้ยาระงับความรู้สึกสำหรับสหวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช โดยพิจารณาปรับใช้ตามบริบทที่แตกต่างกันไป

สรุป

แนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบไม่ใช้ยาระงับความรู้สึกสำหรับสหวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวชในการศึกษานี้พัฒนาขึ้นโดยเน้นขั้นตอนการพัฒนาที่มีโครงสร้าง การอิงหลักฐานที่เป็นปัจจุบัน กระบวนการทำงานที่มีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ปฏิบัติมี

แนวทางการดูแลผู้ป่วยชัดเจน สอดคล้องกับสถานการณ์และหลักฐานในปัจจุบัน และครอบคลุมกระบวนการดูแลตั้งแต่เริ่มต้น ระหว่างการรักษา จนถึงสิ้นสุดการรักษา ทั้งนี้การนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ในโรงพยาบาลจิตเวชหรือในสถานพยาบาลประเภทอื่น ๆ ควรพิจารณาปรับใช้ตามแต่บริบท

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

สันติชัย ฉ่ำจิตรชื่น : ทบทวนวรรณกรรม ออกแบบการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความ; สว่างจิต วัสุวัต : เก็บข้อมูล ประสานงานทีมสหวิชาชีพภายในโรงพยาบาล ; กันตรัตน์ เชาว์ทัศน์ : เก็บข้อมูล ประสานงานทีมสหวิชาชีพหน่วยงานต่างสถาบัน

เอกสารอ้างอิง

- Maixner DF, Weiner R, Reti IM, Hermida AP, Husain MM, Larsen D, et al. Electroconvulsive therapy is an essential procedure. *Am J Psychiatry*. 2021;178(5):381-2. doi:10.1176/appi.ajp.2020.20111647.
- Narayan CL, Deepanshu M. Electroconvulsive therapy: a closer look into legal provisions in the MHCA, 2017. *Indian J Psychol Med*. 2022;44(3):293-6. doi:10.1177/02537176221077309.
- Andrade C, Shah N, Tharyan P. The dilemma of unmodified electroconvulsive therapy. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(10):1147-52. doi:10.4088/jcp.v64n1002.
- Shukla GD. Modified versus unmodified ECT. *Indian J Psychiatry*. 2000; 42:445-6.
- Thirthalli J, Sinha P, Sreeraj VS. Clinical practice guidelines for the use of electroconvulsive therapy. *Indian J Psychiatry*. 2023;65(2):258-69. doi:10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_491_22.
- Weiss A, Hussain S, Ng B, Sarma S, Tiller J, Waite S, et al. Royal Australian and New Zealand College of psychiatrists professional practice guidelines for the administration of electroconvulsive therapy. *Aust N Z J Psychiatry*. 2019;53(7):609-23. doi:10.1177/0004867419839139.
- Procopio M. NICE guidelines and maintenance ECT. *Br J Psychiatry*. 2003;183(3):263. doi:10.1192/bjp.183.3.263.
- Ittasakul P. *Electroconvulsive therapy*. 1st ed. Bangkok: Mahidol University; 2022. (in Thai)
- Choovanichvong S. Guideline for electroconvulsive treatment. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2012;20(1):9-18. (in Thai)
- Palitnonkiat Y, Khunkhaumchoo P, Rujirachakhorn S, Saetae S. *Manual of research and development for technology in mental health*. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2001. (in Thai)
- Zolezzi M. Medication management during electroconvulsant therapy. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016; 12:931-9. doi:10.2147/NDT.S100908.
- Anderson IM. Interactions between ECT and prescribed medication. In: Ferrier IN, Waite J, editors. *The ECT Handbook*. 4th ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2019. p. 218-33.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ ต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

วันรับ : 18 เมษายน 2567

วันแก้ไข : 13 สิงหาคม 2567

วันตอบรับ : 15 สิงหาคม 2567

อมรรัตน์ ไก่แก้ว, พย.บ.¹, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, พย.ม.²,

ทิพย์ฉิมพร เกษโกมล, พร.ด.³

นักศึกษาลี้กสุตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช¹,

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช², วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการ : การศึกษาเชิงทดลองในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและมีภาวะกดดันด้านจิตใจ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ 5 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที 5 สัปดาห์ต่อเนื่อง ร่วมกับการสื่อสารทางแอปพลิเคชันไลน์อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ วัดคะแนนแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจและแบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ (Kessler psychological distress scale) ก่อนและหลังทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 22 คน ก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่มมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจและมีค่าเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์สามารถเพิ่มความเข้มแข็งทางใจและลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำสำคัญ : ความเข้มแข็งทางใจ, ผู้ดูแล, ผู้ป่วยโรคจิตเภท, ภาวะกดดันด้านจิตใจ

ติดต่อผู้พิมพ์ : ออมรรัตน์ ไก่แก้ว; e-mail: maythongdee22@gmail.com

Original article

The effects of resilience enhancement program with the LINE application on resilience and psychological distress in caregivers of patients with schizophrenia

Received : 18 April 2024

Revised : 13 August 2024

Accepted : 15 August 2024

Amonrat Kaikaew, B.N.S.¹, Duangkamol Pinchaleaw, M.N.S.²,Thipkhumporn Keskomon, Ph.D.³

Master of Nursing Science (Community Nurse Practitioner),

Sukhothai Thammathirat Open University¹,School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University²,Police Nursing College³

Abstract

Objective: To study the effects of resilience enhancement program with the LINE application on resilience and psychological distress in caregivers of patients with schizophrenia.

Methods: A quasi-experimental study was conducted among caregivers of patients with schizophrenia in health promoting hospitals who were screened positive for psychological distress. The experimental group attended the resilience enhancement program with the LINE application, which was developed based on the resilience concept of Grotberg. The program was divided into five sessions (90 - 120 minutes per session) during five weeks, with communication via the LINE application at least 2 times a week. The comparative group received the usual care. The resilience inventory and the Kessler Psychological Distress Scale were assessed before and after the experiment. Data were analyzed by using descriptive statistics and t-tests.

Results: Forty-four participants were divided into the experimental (n = 22) and the comparative groups (n = 22). Baseline resilience and psychological distress were not statistically different between groups. After attending the program, the resilience of the experimental group was significantly higher than before attending the program and that of the comparative group. The psychological distress after attending the program of the experimental group was lower than before attending the program and that of the comparative group.

Conclusion: The resilience enhancement program with the LINE application can increase resilience and reduce psychological distress in caregivers of schizophrenia patients.

Keywords: caregivers, patients with schizophrenia, psychological distress, resilience

Corresponding author: Amonrat Kaikaew; e-mail: maythongdee22@gmail.com

ความรู้เดิม : ภาระและวิกฤตจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะกตสันด้านจิตใจของผู้ดูแล การสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ (พลังสุขภาพจิต) ช่วยลดความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตในประชากรกลุ่มเสี่ยงได้

ความรู้ใหม่ : ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg ร่วมกับการสื่อสารทางแอปพลิเคชันไลน์มีความเข้มแข็งทางใจสูงขึ้นและภาวะกตสันด้านจิตใจลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมากกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นแนวทางในการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจและลดภาวะกตสันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะเป็ประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

บทนำ

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่ส่งผลกระทบต่อผู้คนประมาณ 24 ล้านคนหรือ 1 ใน 300 คนทั่วโลก¹ รายงานประจำปีของกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2565 พบผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 2,474,769 ราย เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 314,250 ราย ซึ่งมากเป็นอันดับ 3 รองจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล² ผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทมักมีอาการเรื้อรัง อาการหลักที่พบ ได้แก่ ความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และการเข้าสังคม อาการประสาทหลอน เช่น หูแว่ว และพฤติกรรมรุนแรง เช่น ก้าวร้าว ทำลายสิ่งของ และทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น³

ผลจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด ผู้ดูแล (caregiver) จึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน เช่น สนับสนุนการทำกิจกรรมทางสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและอาการกำเริบเพื่อ

ไม่ให้มีผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมรอบข้าง⁴ การดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานก่อให้เกิดภาระและภาวะวิกฤตต่อผู้ดูแล การต้องคอยเฝ้าระวังและจัดการพฤติกรรมรุนแรง รวมถึงอันตรายทั้งต่อตัวผู้ดูแลเองและผู้ป่วย อาจก่อให้เกิดผลกระทบด้านร่างกาย เช่น ความรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง และการบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยทำร้าย ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ความเครียด วิตกกังวล หวาดกลัว อับอาย รู้สึกผิด เปื่อหน่าย ท้อแท้ และสิ้นหวังจากพฤติกรรมของผู้ป่วย ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เช่น การทำงานได้ไม่เต็มที่และสูญเสียรายได้ รวมทั้งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การขาดความเป็นส่วนตัวและอิสระ ความสัมพันธ์กับญาติพี่น้องห่างเหิน และการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและสังคมน้อยลง⁵⁻⁷

ภาวะกตสันด้านจิตใจ (psychological distress) เป็นภาวะไม่สุขสบายทางใจซึ่งแสดงออกมาทางความรู้สึก ตื่นตระหนก สิ้นหวัง กระทบกระวายเป็น หงุดหงิด หรือซึมเศร้า เป็นความรู้สึกว่าทุกการกระทำต้องใช้ความพยายามอย่างมาก และรู้สึกไร้ค่า⁸ การทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะกตสันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับมาก⁷ โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะกตสันด้านจิตใจต่ำจะมีสุขภาพจิตดีและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁹

พลังสุขภาพจิต หรือ ความเข้มแข็งทางใจ (resilience)¹⁰ เป็นความสามารถของบุคคลในการกลับคืนสู่สภาพปกติและดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิมภายหลังจากเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตหรือยากลำบาก เป็นลักษณะของบุคคลที่ใช้ป้องกันและปกป้องตนเองจากเหตุการณ์ที่ไม่พึงปรารถนาเพื่อเอาชนะให้ชีวิตผ่านพ้นประสบการณ์ยากลำบากที่เผชิญไปได้ พลังสุขภาพจิตมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ฉันเป็น (I am) หมายถึง ลักษณะที่แสดงถึงความเข้มแข็งภายในตัวของบุคคล เช่น ความเชื่อมั่น การมองเห็นคุณค่าในตนเอง และความรับผิดชอบ ฉันมี (I have) หมายถึง การมีแหล่งสนับสนุนหรือส่งเสริมคอยช่วยเหลือขณะที่กำลังเผชิญกับสถานการณ์วิกฤต และฉันสามารถ (I can) หมายถึง ความสามารถในการมี

ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและทักษะการแก้ปัญหา การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตจึงมีความสำคัญต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้มีทักษะและสามารถดึงแหล่งสนับสนุนมาใช้ในการแก้ปัญหา ผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็งย่อมมีความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจ มีกำลังใจ และสามารถจัดการแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ให้ผ่านพ้นไปได้ การศึกษาของสมพงษ์ นาคพรม¹¹ พบว่าโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถลดภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ เพิ่มพลังสุขภาพจิต และเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองได้ การศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าของไพจิตร พุทธรอด¹² พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตมีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้นและมีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลง จึงเห็นได้ว่าความเข้มแข็งทางใจสามารถช่วยให้บุคคลสามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติหลังจากเผชิญวิกฤตของชีวิต

จากการพัฒนาของเทคโนโลยีในปัจจุบันประกอบกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จึงมีการปรับปรุงการให้บริการและการสื่อสารความรู้ทางด้านสุขภาพในรูปแบบออนไลน์ผ่านสื่อสังคมและแอปพลิเคชันต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกและเพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น การใช้แอปพลิเคชันไลน์ (LINE OA) ซึ่งเป็นเครื่องมือในการสื่อสารความรู้และให้การปรึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตที่เข้าถึงผู้ใช้ได้มากและใช้งานง่าย¹³ การศึกษาผลของการฝึกทักษะการเลี้ยงดูของมารดาเด็กออทิสซึมสเปกตรัมผ่านแอปพลิเคชันวีแชท (WeChat) ของ Liu และคณะ¹⁴ ที่มุ่งเน้นทักษะการสื่อสารทางสังคม การรับมือในการแก้ปัญหา คำแนะนำเกี่ยวกับโรคออทิสซึมสเปกตรัม และกิจกรรมผ่อนคลาย มีการสอดแทรกภาพการ์ตูนในแต่ละกิจกรรมเพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรลดลง

ทั้งนี้ ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผสมผสานการให้บริการในรูปแบบออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชัน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อ

ความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเป็นแนวทางในการให้บริการทางสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวและชุมชน

วิธีการ

การศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) ชนิดสองกลุ่ม ทดสอบก่อนและหลัง (pretest-posttest control group design) และการสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลในเดือนมกราคม ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ได้รับการอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เอกสารรับรองเลขที่ 29/2566 ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การกำหนดขนาดอิทธิพล (power analysis)¹⁵ อ้างอิงจากการศึกษาของศิริธนา ยะมะโน¹⁶ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจ 13.40 (SD = 1.54) และ 21.80 (SD = 4.55) ตามลำดับ นำมาคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) ได้เท่ากับ 2.47 จึงใช้ขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (0.80) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน ปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างทดลองร้อยละ 5 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน รวมทั้งหมด 44 คน

กำหนดพื้นที่ดำเนินการทดลอง ได้แก่ ตำบลวังประจบ และตำบลโป่งแดง อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก เนื่องจากเป็นพื้นที่ใกล้เคียงกันและประชาชนมีความเป็นอยู่และวิถีชีวิตใกล้เคียงกัน แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายแบบไม่คืนที่ ได้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โป่งแดงเป็น

กลุ่มทดลองและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขต รพ.สต.วังประจวบ เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา ได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท 2) ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป 3) มีภาวะกดดันด้านจิตใจจากการคัดกรองด้วยแบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ (Kessler psychological distress scale)¹⁷ ระดับปานกลางขึ้นไป (16 คะแนนขึ้นไป) 4) ไม่มีอาการทางจิตประสาทและปัญหาการรับรู้ และ 5) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ เลือกตัวอย่างจากรายชื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าเกณฑ์คุณสมบัติเบื้องต้นในแต่ละพื้นที่ด้วยการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่คืนที่จนครบกลุ่มละ 22 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ โดยกำหนดเนื้อหากิจกรรมให้ครอบคลุมตามแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg¹⁰ ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ โดยจัดตั้งกลุ่มไลน์ชื่อ “คลินิกใจเข้มแข็ง” โปรแกรมเป็นแบบรายกลุ่ม แบ่งเป็น 5 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 - 90 นาที ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการทั้งหมด 5 สัปดาห์ต่อเนื่อง ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วยกิจกรรม “มารู้สึกดีกับตัวเองกันเถอะ” เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมด้านสิ่งที่ตนเป็น (I am) เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและมองเห็นคุณค่าในตนเอง โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้วยการพูดคุยและการทำกิจกรรมกลุ่ม และกิจกรรม “มารู้จักความเข้มแข็งทางใจ และความคิดเชิงบวก” เป็นกิจกรรมส่งเสริมด้านสิ่งที่ตนเป็น (I am) เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของความเข้มแข็งทางใจ ความสำคัญของความคิดเชิงบวก และวิธีฝึกการคิดเชิงบวก โดยการบรรยาย การชมเชย และการทำกิจกรรมกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 2 ประกอบด้วยกิจกรรม “ความเข้าใจในโรคจิตเภทและการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” เป็นกิจกรรมเสริมสร้างแหล่งสนับสนุนภายนอกเพื่อสร้างปัจจัยด้านสิ่งที่ตนมี (I have) ด้วยการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท

เกี่ยวกับอาการและอาการแสดง การดำเนินของโรค และการรักษา และการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการดูแลอาการเบื้องต้นจากการใช้ยาและการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน โดยการบรรยาย การสาธิต การชมเชย และ การทำกิจกรรมกลุ่ม และกิจกรรม “การเข้าใจอารมณ์เครียดและการผ่อนคลายความเครียด” เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมด้านสิ่งที่ตนเป็น (I am) เพื่อให้ผู้ดูแลรู้จักจัดการความเครียดด้วยตนเอง มีแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ และฝึกเทคนิคการคลายเครียด โดยการบรรยาย การทำใบงาน และการฝึกปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 3 ประกอบด้วย กิจกรรม “สื่อสารกันอย่างเข้าใจ” เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมด้านสิ่งที่ตนทำได้ (I can) เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภทและคนในครอบครัว โดยการฝึกเทคนิคการสื่อสารทางบวกและการพูดเพื่อบอกความรู้สึกเพื่อสร้างเสริมความรักใคร่ผูกพันภายในครอบครัวและมีความเข้าใจอันดีต่อกัน โดยการบรรยาย ให้ความรู้ การชมเชย และการทำงาน และกิจกรรม “การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา” เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมด้านสิ่งที่ตนทำได้ (I can) เพื่อให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความคิดในการเข้าใจปัญหา เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการแก้ปัญหาและนำไปใช้ในชีวิตจริงได้ ด้วยการบรรยาย การทำใบงาน และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์

สัปดาห์ที่ 4 ประกอบด้วยกิจกรรม “การรับรู้แหล่งประโยชน์” เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมด้านสิ่งที่ตนทำได้ (I can) เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับรู้ถึงบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนภายนอก โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งหรือเครือข่ายที่ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท วิธีและขั้นตอนในการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยการบรรยาย การทำใบงาน และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์

สัปดาห์ที่ 5 ประกอบด้วยกิจกรรมประเมินผลหลังสิ้นสุดการทดลองและการปิดการวิจัย โดยเปิดโอกาสให้ซักถาม และแสดงความคิดเห็นต่อการเข้าร่วมโปรแกรม ประเมินความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจหลังการทดลอง

แจ้งผลการประเมิน และให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตให้กับตนเองอย่างต่อเนื่อง

หลังกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์มีการติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ด้วยการลงวิดีโอที่เกี่ยวกับกิจกรรมแต่ละสัปดาห์ เพื่อให้สมาชิกฝึกทบทวนกิจกรรมและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างทางแอปพลิเคชันไลน์ส่วนตัวเกี่ยวกับความเข้าใจในข้อมูลข่าวสารหรือวิดีโอที่ส่งให้ รวมทั้งปัญหาอื่น ๆ

กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ การวางแผนการเตรียมชุมชนกรณีการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยในปัจจุบัน การดูแลให้ผู้ป่วยกินยาอย่างต่อเนื่อง การติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอก และอาการผิดปกติที่ต้องนำส่งก่อนวันนัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย และการได้รับความรู้/ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและปลายปิด จำนวน 10 ข้อ

2. แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ (Kessler psychological distress scale)¹⁷ แปลเป็นภาษาไทยโดยศิริธนา ยะมะโน¹⁶ ลักษณะคำถามเป็นการประเมินความรู้สึกวิตกกังวลและเศร้าในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1 - 5 คะแนน) ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย บางเวลา เกือบตลอดเวลา และตลอดเวลา การแปลผลคะแนนรวมแบ่งภาวะกดดันด้านจิตใจเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0 - 15 คะแนนหมายถึงระดับต่ำ 16 - 24 คะแนนหมายถึงระดับปานกลาง 25 - 29 คะแนนหมายถึงระดับมาก และ 30 - 50 คะแนนหมายถึงระดับมากที่สุด ซึ่งใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและประเมินผลหลังสิ้นสุดการทดลองพร้อมกันทั้งสองกลุ่ม

3. แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ (พลังสุขภาพจิต)¹⁸ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความมั่นคงทางอารมณ์ กำลังใจ

และการจัดการแก้ปัญหา จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามประกอบด้วยข้อความเชิงบวกและลบ ลักษณะเป็นคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนเต็ม 80 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมแบ่งความเข้มแข็งทางใจเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำกว่า 55 คะแนนหมายถึงต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ 55 - 69 คะแนนหมายถึงอยู่ในเกณฑ์ปกติ และสูงกว่า 69 คะแนนหมายถึงสูงกว่าเกณฑ์ปกติ¹⁹ ใช้ประเมินก่อนการดำเนินกิจกรรมและประเมินผลหลังสิ้นสุดการทดลองพร้อมกันทั้งสองกลุ่ม

โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ และคู่มือการใช้โปรแกรมผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบ ระยะเวลา และกิจกรรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษหัวหน้าภาควิชาจิตเวช 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด 3 คน และอาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ 1 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI)²⁰ ของแต่ละเครื่องมือเท่ากับ 1 และได้รับการปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจและแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจผ่านการตรวจสอบความเที่ยงในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอสามเงา จังหวัดตาก 30 คน โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.87 และ 0.71 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติเปรียบเทียบค่ากลางของประชากร 2 กลุ่มด้วย one-sample Kolmogorov-Smirnov test ของตัวแปรความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจ พบว่าตัวแปรมีการกระจายตัวแบบโค้งปกติทั้ง 2 กลุ่ม จึงทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจภายในกลุ่มระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วย paired

t-test และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกับ independent t-test

ผล

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 81.8 เท่ากัน อายุเฉลี่ย 54.7 และ 55.1 ปี ตามลำดับ มีอายุอยู่ในช่วง 51 - 60 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.4 และ 40.9 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 81.8 และ 95.5 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 81.8 และ 54.6 ตามลำดับ ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 72.7 และ 50.0 ตามลำดับ และมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 90.9 และ 72.7 ตามลำดับ เป็นรายได้ที่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายคิดเป็นร้อยละ 95.4 และ 77.3 ตามลำดับ เป็นบิดาหรือมารดาของผู้ป่วยร้อยละ 59.1 และ 40.9 ตามลำดับ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ในช่วง 1 - 5 ปี ร้อยละ 59.1 และ 54.5 ตามลำดับ และไม่เคยได้รับความรู้หรือผ่านการอบรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาก่อนร้อยละ 95.4 และ 100.0 ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 1

ความเข้มแข็งทางใจ

ก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับต่ำและไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 51.50, SD = 5.92$ และ $M = 52.50, SD = 5.16$ ตามลำดับ) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง ($M = 69.18, SD = 3.90$) ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับต่ำเท่าเดิม ($M = 52.36, SD = 4.84$) แสดงดังตารางที่ 2

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาวะกดดันด้านจิตใจ

ก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่มมีค่าเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจอยู่ในระดับมากและไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 29.73, SD = 5.93$ และ $M = 29.14, SD = 4.34$ ตามลำดับ) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจลดลงเป็นระดับปานกลาง ($M = 16.95, SD = 6.19$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจระดับมากเท่าเดิม ($M = 29.04, SD = 3.28$) แสดงดังตารางที่ 3

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีภาวะกดดันด้านจิตใจก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจารณ์

การศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ต้องขังจังหวัดเชียงใหม่ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมชุดกิจกรรมแนะนำเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางจิตใจมีความเข้มแข็งทางจิตใจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²¹ เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้พยายามฆ่าตัวตายที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²² ทั้งนี้ อาจเป็นผลมาจากการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมซึ่งออกแบบตามแนวคิดของ Grotberg¹⁰ ที่กล่าวว่าความเข้มแข็งทางใจเป็นศักยภาพของบุคคล กลุ่ม หรือชุมชน ที่มีความสามารถในการฟื้นตัว การป้องกันความสูญเสีย การลดความรุนแรง และการผ่านพ้นจากภาวะบีบคั้นที่เผชิญได้ด้วยดี โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ในการศึกษานี้ประกอบด้วยกิจกรรมการส่งเสริมความรู้สึกและมองเห็นคุณค่าในตนเอง การฝึกการคิดเชิงบวก การฝึกทักษะ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

	กลุ่มทดลอง (n = 22)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	M = 54.73, SD = 9.682		M = 55.05, SD = 9.095	
ไม่เกิน 40 ปี	3	13.6	1	4.5
41 - 50 ปี	3	13.6	6	27.3
51 - 60 ปี	8	36.4	9	40.9
61 ปีขึ้นไป	8	36.4	6	27.3
สถานภาพสมรส				
คู่	18	81.8	21	95.5
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	4	18.2	0	0.0
โสด	0	0.0	1	4.5
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	18	81.8	12	54.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	13.7	4	18.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	4.5	2	9.1
อนุปริญญา/ปวส.	0	0.00	1	4.5
ปริญญาตรี	0	0.00	1	4.5
ไม่ได้เรียน	0	0.00	2	9.1
อาชีพ				
เกษตรกร	16	72.7	11	50.0
รับจ้างทั่วไป	3	13.6	9	40.9
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	4.6	2	9.1
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	9.1	0	0.0
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน				
ไม่เกิน 5,000 บาท	20	90.9	16	72.7
5,001 - 10,000 บาท	2	9.1	5	22.7
10,001 - 15,000 บาท	0	0.0	1	4.6
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอ	21	95.4	17	77.3
ไม่เพียงพอ	1	4.6	5	22.7
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย				
บิดา/มารดา	13	59.1	9	40.9
ภรรยา/สามี	4	18.2	4	18.2
พี่/น้อง	2	9.1	4	18.2
บุตร	0	0.0	5	22.7
ญาติ (น้า อา ลุง ป้าหลาน)	3	13.6	0	0.0
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท				
1 - 5 ปี	13	59.1	12	54.5
6 - 10 ปี	6	27.3	9	40.9
10 ปีขึ้นไป	3	13.6	1	4.6
การได้รับความรู้/ผ่านการอบรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท				
ไม่เคย	21	95.4	22	100.0
เคย	1	4.6	0	0.0

ตารางที่ 2 ความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

	กลุ่มทดลอง (n = 22)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 22)			t-test	p-value
	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล		
ก่อนการทดลอง	51.50	5.92	ต่ำ	52.50	5.16	ต่ำ	-597	.554
หลังการทดลอง	69.18	3.90	สูง	52.36	4.84	ต่ำ	12.683	< .001

ตารางที่ 3 ภาวะกอดตันด้านจิตใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

	กลุ่มทดลอง (n = 22)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 22)			t-test	p-value
	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล		
ก่อนการทดลอง	29.73	5.93	มาก	29.14	4.34	มาก	.377	.708
หลังการทดลอง	16.95	6.19	ปานกลาง	29.04	3.28	มาก	-8.090	< .001

การจัดการความเครียดและการแก้ปัญหา การฝึกทักษะสื่อสาร และสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและคนในครอบครัว และการให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งหรือเครือข่ายที่ช่วยเหลือปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบหลักของความเข้มแข็งทางใจทั้ง 3 ด้าน จึงส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะความกอดตันด้านจิตใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริธนา ยะมะโน¹⁶ ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกอดตันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองมีภาวะกอดตันด้านจิตใจต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจาก โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ในการศึกษานี้มีการส่งเสริมทักษะจัดการความเครียดและการแก้ปัญหา รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมที่ทำให้ผู้ดูแลได้รับรู้ถึงบุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เช่น ผู้นำชุมชน ทีมกู้ภัย และบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงวิธีและขั้นตอนในการขอความช่วยเหลือจากบุคคลดังกล่าว นอกจากนี้โปรแกรม

ยังส่งเสริมแรงสนับสนุนผ่านกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแลด้วยกันและการติดตามให้กำลังใจต่อเนื่อง ทั้งระหว่างทำกิจกรรมและหลังกิจกรรมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงมีแนวโน้มมีภาวะกอดตันด้านจิตใจ⁷ เนื่องจากผู้ดูแลรับรู้ว่าตนเองได้รับกำลังใจและคำปรึกษาจากครอบครัวและครอบครัวข้างและสามารถขอรับการช่วยเหลือเมื่อต้องการ

การเปลี่ยนแปลงของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งทางใจกับภาวะกอดตันด้านจิตใจ สอดคล้องกับแนวคิดของ Grotberg¹⁰ ที่กล่าวว่า ความเข้มแข็งทางใจช่วยผลักดันการเติบโตส่วนบุคคลผ่านความยากลำบากต่าง ๆ และสอดคล้องกับการศึกษาของวิชรี เกียงพา และคณะ²³ ที่พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience inventory) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะกอดตันด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้จึงเป็นข้อมูลพื้นฐานในการใช้โปรแกรมสร้างพลังสุขภาพจิตเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวตามสถานการณ์ ผ่านพ้นช่วงวิกฤตในชีวิตและใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ การดำเนินโปรแกรมมีข้อจำกัด คือ กลุ่มทดลองมีผู้ดูแลที่สูงอายุ

ไม่สามารถสื่อสารทางไลน์ด้วยตนเอง 3 คน แต่สามารถแก้ไข ปัญหาด้วยการให้ลูกหลานที่อยู่ในบ้านเดียวกันเปิดวีดิทัศน์ และเป็นตัวกลางในการติดต่อสื่อสารในการร่วมกิจกรรมด้วย แอปพลิเคชันไลน์จนครบทุกกิจกรรม

การศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาและติดตามความเข้มแข็งทางใจ และภาวะกีดกันทางด้านจิตใจในระยะยาว อีกทั้งเป็นการศึกษา ในพื้นที่อำเภอเมืองตากในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ผลการศึกษา จึงอาจไม่เป็นตัวแทนของประชากรผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งหมดได้ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่น ๆ และ ติดตามในระยะยาวเพื่อศึกษาการประยุกต์ใช้โปรแกรมและความคงทนของผลจากโปรแกรม

สรุป

โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับ แอปพลิเคชันไลน์ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดความเข้มแข็งทางใจ ตามของ Grotberg ซึ่งมี 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ความเข้มแข็งภายใน (I am) แหล่งสนับสนุนภายนอก (I have) และทักษะการแก้ปัญหา (I can) สามารถช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทมีความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น มีทักษะการปรับตัวดีขึ้น และมีภาวะกีดกันด้านจิตใจจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและ จากสถานการณ์ต่าง ๆ ลดลง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.ปรีฉัตร ยิ่งรังสรร และบุคลากร โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก ที่ให้คำปรึกษาแนะนำในการ ทดลองใช้เครื่องมือ

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

อมรรัตน์ ไก่แก้ว : เป็นผู้ออกแบบงานวิจัย ดำเนินการ เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล ; ดวงกมล ปิ่นเฉลียว : มีส่วนร่วมในการเขียน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ; ทิพย์ฉิมพร เกษโกลม : ตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และการอภิปรายผล

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Schizophrenia [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2022 Jan 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Department of Mental Health. Annual report, Department of Mental Health, fiscal year 2022. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2023. (in Thai)
- Department of Mental Health. Ministry of Public Health. Manual for caring for patients with schizophrenia for hospitals in the health area (doctor's edition) [Internet]. Nonthaburi: Victoria image company limited; 2017: [cited 2016 Aug 10]. Available from: <https://mhso.dmh.go.th/fileupload/2020022638675188.pdf> (in Thai)
- Chou KR. Caregiver burden: a concept analysis. J Pediatr Nurs. 2000;15(6):398-407. doi:10.1053/jpdn.2000.16709.
- Yoetpanya D., Lueboonthavatchai O. The effect of sense of coherence promoting program on quality of life of schizophrenic patient's caregivers in a community. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2014;28(3):63-74. (in Thai)
- Suwanmali P. Burden perception and coping of psychiatric patients first [dissertation]. Songkhla: Prince of Songkhla University; 2013. (in Thai)
- Chimsuk N, Dangdomyouth P. Selected factors related to psychological distress of family caregiver of schizophrenic patients. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2014;28(3):49-62. (in Thai)
- Kessler R, Mroczek D. Final Versions of our Non-Specific Psychological Distress Scale. In: Ann Arbor, editor. Survey Research Center of the Institute for Social Research. Michigan: University of Michigan; 1994.
- Saengpak C, Thungpankham P, Kitsambun V. Effects of drug adherence therapy on cooperation in drug treatment in people with schizophrenia in the community. Nursing Journal CMU. 2017;44(1): 137-48. (in Thai)
- Grotberg EH. A guide for promoting resilience in children: Strengthening the human spirit (Early

- childhood development: Practice and Reflection No.8). The Hague: the Bernard Van Leer Foundation; 1995.
11. Nakprom S, Noosorn, N. The effect of psychological resilience enhancement program on reducing burnout the elderly care for elderly caregivers in Sawang Arom district, Uthai Thani province [dissertation]. Phitsanulok: Naresuan University; 2022. (in Thai)
 12. Phuttharod P, Sillapagumpised K. The effect of a resilience enhancement program on self-esteem and depression of the elderly with a depressive disorder. *Research Community and Social Development Journal*. 2021;15(1):70-82. (in Thai)
 13. Satayanurug MP, Nelson JE. Characteristics of line official accounts subscribers and effectiveness of two Thai brand accounts [doctoral dissertation]. Pathum Thani: Thammasat University; 2024. (in Thai)
 14. Liu G, Wang S, Liao J, Ou P, Huang L, Xie N, et al. The efficacy of WeChat-based parenting training on the psychological well-being of mothers with children with autism during the COVID-19 pandemic: quasi-experimental study. *JMIR Ment Health*. 2021;8(2):e23917. doi:10.2196/23917.
 15. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
 16. Yamano S. The effect of coping skills enhancement program on psychological distress in caregivers of persons with schizophrenia [dissertations]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2018. (in Thai)
 17. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med*. 2002;32(6):959-76. doi:10.1017/s0033291702006074.
 18. Department of Mental Health. Mental health empowerment assessment form. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2007. (in Thai)
 19. Harbutr T. Selected factors related to mental health of caregivers of schizophrenia patients in the community [master's Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2012. (in Thai)
 20. Polit DF, Beck CT. Is there still gender bias in nursing research? An update. *Res Nurs Health*. 2013;36(1):75-83. doi:10.1002/nur.21514.
 21. Sirisathit S. Results of using a set of guidance activities to strengthen the mental strength of inmates at Chiang Mai central prison [doctoral dissertation]. Bangkok: Sukhothai Thon Ramathirat Open University; 2019. (in Thai)
 22. Pongto K. The effect of resilience enhancement programme on suicidal ideation in suicidal attempter [master's Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2012. (in Thai)
 23. Kiangpha W, Nintachan P, Sangon S, Napa W. Selected factors that are relationship with psychological stress among caregivers of schizophrenia patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2020;34(3):77-101. (in Thai)

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสามารถในการใช้งานกับความพึงพอใจของบริการเซทบอทให้การปรึกษา ด้านสุขภาพจิต

วันรับ : 26 มีนาคม 2567

วันแก้ไข : 14 สิงหาคม 2567

วันตอบรับ : 19 สิงหาคม 2567

ภาสกร คุ่มศิริ, ปร.ด., ธีราพร กิตติวงศ์โสภากา, วท.บ.,

ศศิญา จันทร์แก้ว, วท.ม., อัสมะห์ เช็งสะ, ศศ.บ.

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อสำรวจระดับความสามารถในการใช้งาน ความพึงพอใจ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของบริการเซทบอทให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิต

วิธีการ : การศึกษาย้อนหลังจากฐานบันทึกข้อมูลผู้ใช้บริการเซทบอทสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 รวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ประเภทปัญหาที่มารับบริการ ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถในการใช้งาน ความพึงพอใจ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการใช้งาน นำเสนอข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนและทดสอบรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ่ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการใช้งานและความพึงพอใจด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 230 คน เป็นหญิงร้อยละ 67.0 อายุ 25 - 40 ปีร้อยละ 44.3 มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 67.4 ใช้บริการเซทบอทเพื่อสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพจิตร้อยละ 36.1 กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถในการใช้งานและความพึงพอใจต่อเซทบอทให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิตในภาพรวมอยู่ในระดับมาก หญิงมีความพึงพอใจต่อเซทบอทมากกว่าชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจต่อเซทบอทมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความสามารถในการใช้งานของเซทบอททุกด้าน ได้แก่ ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ความสามารถในการเรียนรู้ และความสามารถในการจดจำวิธีการใช้งาน

สรุป : เซทบอทเป็นช่องทางที่สามารถนำมาใช้งานให้ผู้รับบริการเข้าถึงการบริการสุขภาพจิตเบื้องต้น ซึ่งสร้างความพึงพอใจให้ผู้ใช้บริการได้หากเซทบอทมีระดับความสามารถในการใช้งานที่ดี

คำสำคัญ : การปรึกษา, ความพึงพอใจ, ความสามารถในการใช้งาน, เซทบอท, สุขภาพจิต

ติดต่อผู้นิพนธ์ : ธีราพร กิตติวงศ์โสภากา; e-mail: nntheeraporn@gmail.com

Original article

Usability and satisfaction of mental health counseling service via chatbot

Received : 23 March 2024

Revised : 14 August 2024

Accepted : 19 August 2024

Passakorn Koomsiri, Ph.D., Theeraporn Kittiwongsopa, B.Sc.,

Sasiya Jankaew, M.S., Asmah Sengsa, B.A.

Child and Adolescence Mental Health Rajanagarindra Institute,
Department of Mental Health

Abstract

Objective: To investigate the usability and satisfaction and associated factors of satisfaction level of mental health counseling service via chatbot.

Methods: A retrospective study was conducted using the records of service users of the 1323 mental health helpline via chatbot from October to December 2022. Collected data included demographics, presenting complaints, and self-reported usability, satisfaction, challenges, and recommendations regarding the service. Statistical analysis included descriptive statistics, ANOVA with Scheffé's pairwise testing, and correlation test via Pearson's correlation coefficients.

Results: A total of 230 service users were included, 67.0% were female, 44.3% were 25 - 40 years old, and 67.4% accomplished less than a bachelor's degree. The most presented complaint was information-seeking in mental health, accounting for 36.1%. Overall, users expressed that the chatbot had high usability and were highly satisfied with it. Female exhibited significantly higher satisfaction levels than male users. Additionally, there was a significant positive correlation between satisfaction with the chatbot and all aspects of its usability, including effectiveness, efficiency, learnability, and memorability.

Conclusion: Chatbots are promising mediums for providing clients access to mental health services. Improving the usability of chatbots can promote satisfaction with the service.

Keywords: chatbot, counseling, mental health, satisfaction, usability

Corresponding author: Theeraporn Kittiwongsopa; e-mail: nntheeraporn@gmail.com

ความรู้เดิม : ประเทศไทยมีการนำแชทบอทมาใช้ในการด้านสุขภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้น รวมถึงบริการแชทบอทสายด่วนสุขภาพจิต 1323 แต่ยังไม่พบการศึกษาความสามารถในการใช้งานและความพึงพอใจต่อบริการแชทบอทให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิต

ความรู้ใหม่ : ผู้ใช้บริการแชทบอทให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิตมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถในการใช้งานและความพึงพอใจต่อบริการในระดับมาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อบริการแชทบอทให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิต ได้แก่ เพศและความสามารถในการใช้งานของแชทบอทด้านประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ความสามารถในการเรียนรู้ และความสามารถในการจดจำวิธีการใช้งาน

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การพัฒนาและปรับปรุงระบบแชทบอทให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิตเพื่อตอบสนองต่อความต้องการและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

บทนำ

กรมสุขภาพจิตได้มีนโยบายให้สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ โดยกลุ่มงานคลินิกเฉพาะทางสายด่วนสุขภาพจิต เปิดให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตแก่ประชาชนผ่านทางโทรศัพท์ และข้อความทางเพจเฟซบุ๊ก ซึ่งในปีงบประมาณ 2558 - 2565 มีผู้ขอรับบริการทั้ง 2 ช่องทางมากถึง 3,450,173 ราย แต่สามารถให้บริการได้เพียงจำนวน 810,147 ราย¹ สะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างการเข้าถึงบริการปรึกษาด้านสุขภาพจิต คณะทำงานจึงริเริ่มโครงการพัฒนาปัญญาประดิษฐ์ให้การปรึกษาผ่านข้อความอัตโนมัติ (smart chatbot smart mental health) ร่วมกับบริษัทโอบอทน้อย จำกัด เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการปรึกษาและข้อมูลสุขภาพจิตผ่านแชทบอทให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิต ซึ่งเป็นทางออกหนึ่งสำหรับปัญหาการขาดแคลนบุคลากรสุขภาพจิตและการเข้าถึงบริการปรึกษาสุขภาพจิตที่ล่าช้า² โดยเริ่มให้บริการแชทบอทครั้งแรกในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 สำหรับช่วยสนทนาผ่านข้อความที่เป็นตัวอักษรหรือภาพ

แบบอัตโนมัติแบบทันทีทันใดตลอด 24 ชั่วโมง ผ่านเพจเฟซบุ๊ก 1323 ปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต บริการประกอบด้วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรคทางจิตเวช การประเมินปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น ข้อมูลแหล่งสถานบริการด้านสุขภาพจิต และวิธีการผ่อนคลายความเครียดเบื้องต้น

ในทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยและต่างประเทศมีการนำแชทบอทมาใช้ในการด้านสุขภาพจิตเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้น การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Vaidyam และคณะ³ พบว่าแชทบอทถูกนำมาช่วยในการติดตามการใช้ยา การทำกิจกรรมในเวลาว่าง การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) และการให้คำแนะนำในการดำเนินชีวิต ซึ่งบริการแชทบอทเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในกรณีที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ รวมถึงกรณีผู้ใช้บริการที่ไม่อยากเปิดเผยตัวตน มีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย หรือไม่พร้อมในด้านอื่น ๆ Bickmore และคณะ⁴ พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าให้คะแนนความรู้สึกเป็นมิตรกับแชทบอทมากกว่าแพทย์อย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจในการใช้งานเนื่องจากแชทบอทสามารถใช้งานง่ายและให้ความรู้สึกไว้วางใจ จึงต้องการใช้งานอย่างต่อเนื่อง ซาฟิอี สาเหมาะ และคณะ⁵ พบว่า นวัตกรรมแชทบอทสามารถใช้เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าตามเกณฑ์การประเมินของกรมสุขภาพจิตได้

ความสามารถในการใช้งาน (usability) บ่งบอกความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของการใช้งานแชทบอท⁶ แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ประสิทธิภาพ (effectiveness) หมายถึง ความสามารถทำงานตามเป้าหมายของผู้รับบริการ 2) ประสิทธิภาพ (efficiency) หมายถึง ความสามารถตอบสนองการใช้งานได้อย่างรวดเร็ว ขั้นตอนไม่ซับซ้อน ปลอดภัย และมีประโยชน์ 3) ความสามารถในการเรียนรู้ (learnability) หมายถึง ความง่ายต่อการเรียนรู้ในการใช้งานของผู้รับบริการ และ 4) ความสามารถในการจดจำวิธีการใช้งาน (memorability) หมายถึง ความง่ายในการจดจำวิธีใช้งานโดยไม่ต้องทำความเข้าใจใหม่เมื่อกลับมาใช้งานอีกครั้ง นฤมล วุฒิภาพภิญโญ⁷ พบว่าคุณภาพการบริการของแชทบอท

มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการ โดยเฉพาะระบบการจัดส่งข้อมูลที่รวดเร็ว การปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ มีความถูกต้อง และน่าเชื่อถือ และการทำความเข้าใจความต้องการของผู้ใช้บริการอยู่ตลอดเวลา ซึ่งช่วยพัฒนารูปแบบการให้บริการได้ตรงตามความต้องการของผู้ใช้บริการ แหบทบทให้ได้มากที่สุด นวภัทร ศุภศิลาวัณย์ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้งานระบบแชทบอท ได้แก่ ความตรงต่อความต้องการของผู้ใช้ การใช้งานง่าย ความถูกต้อง และประสิทธิภาพของแชทบอท

ปัจจุบันในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาความสามารถในการใช้งานและความพึงพอใจต่อบริการแชทบอทให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิต รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจต่อบริการ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจ 1) ระดับความสามารถในการใช้งานและระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการแชทบอทให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิต 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัญหาที่มาขอรับบริการ ความสามารถในการใช้งาน และความพึงพอใจต่อบริการแชทบอทให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิต และ 3) ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบการให้บริการแชทบอทให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพมากและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการ

วิธีการ

การศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) โดยรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลการประเมินความพึงพอใจในการใช้งานแชทบอทปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่รับรอง DMH.IRB.COAO13/2566 ลงวันที่ 7 กรกฎาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้บริการแชทบอทให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิตในเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นระยะเริ่มแรก

ของการทดลองใช้งาน จำนวน 1,398 คน¹ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสถิติเพื่อประมาณค่าสัดส่วน (estimation of proportion)^{9,10} ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 200 คน ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก (include criteria) ได้แก่ 1) มีประวัติใช้บริการแชทบอทปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตอย่างน้อย 1 ครั้งและ 2) อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีข้อมูลในฐานบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน เช่น ข้อมูลแบบสอบถามความสามารถในการใช้งาน และความพึงพอใจในการใช้งานแชทบอท หรือ 2) ไม่มีความต้องการรับการปรึกษาด้านสุขภาพจิต โดยแสดงลักษณะก่อนหรือการกระทำใด ๆ เช่น ส่งภาพ คลิปเสียง หรือการใช้ภาษาหรือสัญลักษณ์ที่ไม่สามารถสื่อความหมายได้

เครื่องมือ

ใช้แบบบันทึกข้อมูลวิจัยเพื่อรวบรวมข้อมูลจากฐานบันทึกข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในระบบแชทบอทให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิต โดยใช้รหัสตัวเลขแทนข้อมูลดิบของผู้รับบริการประกอบด้วย

- 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา
- 2) ปัญหาที่มาขอรับบริการ เป็นปัญหาที่ผู้รับบริการเข้ามาขอรับบริการโดยระบุด้วยตนเอง เช่น ปัญหาความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล การฆ่าตัวตาย และการสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพจิต
- 3) การประเมินความสามารถในการใช้งาน ตามแนวคิดของ Sharp และคณะ⁶ มี 4 องค์ประกอบ รวม 20 ข้อ ทั้งเชิงบวกและลบ ได้แก่ 1) ประสิทธิภาพ 5 ข้อ เช่น ระบบแชทบอทสามารถตอบสนองเป้าหมายได้ ระบบแชทบอทให้ข้อมูลด้านสุขภาพจิตครบถ้วน และข้อมูลที่ได้รับจากแชทบอทเป็นไปตามความคาดหวัง 2) ประสิทธิภาพ 5 ข้อ เช่น การตอบสนองของระบบแชทบอทล่าช้า เมื่อเจอปัญหาแชทบอทส่งต่อนักจิตวิทยาได้อย่างรวดเร็ว และแชทบอทมีระบบการใช้งานยุ่งยากซับซ้อน 3) ความสามารถในการเรียนรู้ 5 ข้อ เช่น สามารถเรียนรู้การใช้งานระบบแชทบอทได้ง่าย ต้องใช้ความพยายาม

อย่างมากในการใช้งานแอปพลิเคชัน และสามารถเรียนรู้และใช้งาน แอปพลิเคชันได้ด้วยตนเอง และ 4) ความสามารถในการจดจำ วิธีการใช้งาน 5 ข้อ เช่น แอปพลิเคชันมีความง่ายต่อการกลับมา ใช้งานอีกครั้ง แอปพลิเคชันมีรูปแบบน่าจดจำ สีเส้นสวยงาม สดใส และสามารถเข้าใช้งานแอปพลิเคชันได้ตลอดเวลาตามที่ต้องการ ข้อคำถามนิเสธประกอบด้วยข้อ 4, 5, 6, 8, 12, 15, 19 และ 20 ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด การแปลผลในช่วงคะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 4.21 - 5.00 คะแนนหมายถึงสามารถใช้งานได้มากที่สุด 3.41 - 4.20 คะแนนหมายถึงสามารถใช้งานได้ปานกลาง 2.61 - 3.40 คะแนนหมายถึงสามารถใช้งานได้น้อย และ 1.00 - 1.80 คะแนนหมายถึงสามารถใช้งานได้น้อยที่สุด ชุดข้อคำถาม ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โดยมีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวัด (index of item-objective congruence: IOC) ระหว่าง 0.66 - 1.00 และมีความเชื่อมั่นทั้งฉบับด้วยวิธีสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84

4. ความพึงพอใจต่อการบริการแอปพลิเคชันให้การปรึกษา ปัญหาด้านสุขภาพจิต มี 7 ข้อ ทั้งเชิงบวกและนิเสธ ข้อคำถาม นิเสธประกอบด้วยข้อ 3, 5 และ 7 คำตอบเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด การแปลผลในช่วงคะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 4.21 - 5.00 คะแนนหมายถึงพึงพอใจมากที่สุด 3.41 - 4.20 คะแนนหมายถึงพึงพอใจปานกลาง 2.61 - 3.40 คะแนน หมายถึงพึงพอใจน้อย และ 1.00 - 1.80 คะแนนหมายถึงพึงพอใจ น้อยที่สุด ชุดข้อคำถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โดยมี IOC ระหว่าง 0.66 - 1.00 และ สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83

5. ความคิดเห็นเพิ่มเติมและข้อเสนอแนะ มีลักษณะ เป็นคำถามปลายเปิด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (frequency) และ ร้อยละ (percentage) เพื่อนำเสนอข้อมูลส่วนบุคคล ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) เพื่อนำเสนอระดับความสามารถในการใช้งานและความ พึงพอใจต่อการใช้บริการทั้งภาพรวมและรายด้าน ทดสอบ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการแอปพลิเคชัน ตามปัจจัยส่วนบุคคลและประเภทปัญหาที่มาขอรับบริการโดย ใช้ one-way ANOVA กรณีที่พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติใช้การทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe's method) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความสามารถในการใช้งานกับความพึงพอใจโดยรวมต่อ บริการแอปพลิเคชันโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผล

กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ทั้งหมด 230 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 67.0 อายุ 25 - 40 ปี ร้อยละ 44.3 การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 67.4 ปัญหาที่มาขอรับบริการมากที่สุดได้แก่ การสอบถามข้อมูล ด้านสุขภาพจิต ความเครียด และความวิตกกังวล ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ความคิดเห็นต่อความสามารถในการใช้งานของ แอปพลิเคชันให้การปรึกษาสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ คะแนนความสามารถในการใช้งานโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.68 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความสามารถในการเรียนรู้ รองลงมา ได้แก่ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความสามารถในการจดจำ วิธีการใช้งาน ความพึงพอใจในการใช้บริการแอปพลิเคชัน การปรึกษาสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความพึงพอใจ ในการใช้บริการแอปพลิเคชันในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.95 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ย สูงสุด คือ ความรู้สึกพึงพอใจต่อความสะดวกในการเข้าใช้งาน ของแอปพลิเคชัน รองลงมา ได้แก่ ความรู้สึกว่าแอปพลิเคชันไม่มี

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 230)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	73	31.7
หญิง	154	67.0
LGBTQIA+	3	1.3
อายุ (ปี)		
15 - 24	68	29.6
25 - 40	102	44.3
41 - 59	48	20.9
60 ปีขึ้นไป	12	5.2
การศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	155	67.4
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	67	29.1
สูงกว่าปริญญาตรี	8	3.5
ปัญหาที่มาขอรับบริการ		
การสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพจิต	83	36.1
ความเครียด	58	25.2
ความวิตกกังวล	40	17.4
ภาวะซึมเศร้า	38	16.5
การฆ่าตัวตาย	11	4.8

ความยุ่งยากในการเข้าใช้งาน ความรู้สึกพึงพอใจในระบบการทำงานโดยรวมของแชทบอท และความรู้สึกพึงพอใจต่อการตอบกลับข้อมูลที่รวดเร็วของแชทบอท ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ความรู้สึกไม่ผิดหวังในการใช้บริการแชทบอท ดังตารางที่ 2

การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการใช้บริการแชทบอทโดยรวม จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและประเภทปัญหาที่มาขอรับบริการ พบว่าเพศต่างกันมีความพึงพอใจในการใช้บริการแชทบอทโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3 ผลการทดสอบเป็นรายคู่โดยวิธีการของเซฟเฟ พบว่า ผู้รับบริการเพศหญิงมีความพึงพอใจต่อการบริการแชทบอทโดยรวมสูงกว่าชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4 สำหรับตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา และประเภทปัญหาด้านสุขภาพจิตที่มาขอรับบริการ ที่ต่างกันมีความพึงพอใจต่อการบริการแชทบอทโดยรวมไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นต่อความสามารถในการใช้งานของแชทบอทกับความพึงพอใจโดยรวมในการใช้บริการแชทบอทพบว่าคะแนนความคิดเห็นความสามารถในการใช้งานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจโดยรวมในการใช้แชทบอทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับสูงมาก ($r = .89$) เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า ด้านประสิทธิผลและประสิทธิภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจโดยรวมในการใช้บริการแชทบอทสูงสุด ดังตารางที่ 5

ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการใช้บริการแชทบอทให้การศึกษาด้านสุขภาพจิต พบว่า 1) ด้านระบบมีปัญหาแชทบอทค้างในบางครั้ง มีการตอบกลับผู้รับบริการล่าช้า รวมถึงไม่ตอบสนองต่อภาพ สติกเกอร์ และข้อความเสียงที่กลุ่มตัวอย่างส่งเข้ามา 2) ด้านเนื้อหา แชทบอทไม่เข้าใจภาษา และตอบกลับไม่ตรงประเด็น รวมถึงมีเนื้อหาไม่เป็นปัจจุบัน เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับโรงพยาบาลจิตเวช และ 3) ด้านภาษา

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลความสามารถในการใช้งานและความพึงพอใจในการใช้บริการ
แพทย์ (n = 230)

	ค่าเฉลี่ย	SD	การแปลผล
ความสามารถในการใช้งานของแพทย์	3.68	0.48	มาก
1. ด้านประสิทธิภาพ	3.74	0.68	มาก
2. ด้านประสิทธิภาพ	3.79	0.65	มาก
3. ด้านความสามารถในการเรียนรู้	3.90	0.67	มาก
4. ด้านความสามารถในการจดจำวิธีการใช้งาน	3.30	0.35	มาก
ความพึงพอใจในการใช้บริการแพทย์	3.95	0.65	มาก
1. ความรู้สึกพึงพอใจในระบบการทำงานโดยรวมของแพทย์	3.94	0.85	มาก
2. ความรู้สึกพึงพอใจต่อข้อมูลที่รับจากแพทย์	3.91	0.85	มาก
3. ความรู้สึกว่าแพทย์มีความน่าเชื่อถือ (คำถามนិเสธ)	3.91	1.03	มาก
4. ความรู้สึกพึงพอใจต่อการตอบกลับข้อมูลที่รวดเร็วของแพทย์	3.93	0.92	มาก
5. ความรู้สึกไม่ผิดหวังในการใช้บริการแพทย์ (คำถามนิเสธ)	3.67	1.08	มาก
6. ความรู้สึกพึงพอใจต่อความสะดวกในการเข้าใช้งานของแพทย์	4.16	0.81	มาก
7. ความรู้สึกว่าแพทย์ไม่มีความยุ่งยากในการเข้าใช้งาน (คำถามนิเสธ)	4.15	0.85	มาก

SD = standard deviation

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมต่อบริการแพทย์ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัญหาที่มา
ขอรับบริการ (n = 230)

	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
เพศ	ระหว่างกลุ่ม	2.614	2	1.307	3.122	.046
	ภายในกลุ่ม	95.033	227	.419		
	รวม	97.647	229			
อายุ	ระหว่างกลุ่ม	.467	3	.156	.362	.780
	ภายในกลุ่ม	97.180	226	.430		
	รวม	97.647	229			
การศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	1.587	2	.794	1.875	.156
	ภายในกลุ่ม	96.060	227	.423		
	รวม	97.647	229			
ปัญหาที่มาขอรับบริการ	ระหว่างกลุ่ม	.887	4	.222	.516	.724
	ภายในกลุ่ม	96.760	225	.430		
	รวม	97.647	229			

SS = sum of squares, MS = mean of squares

ใช้ภาษาเป็นทางการ บางส่วนเป็นคำภาษาอังกฤษ รวมถึงมี
คำผิดของข้อมูลในแพทย์

ข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างจากการใช้บริการ
แพทย์ต่อการปรึกษาสุขภาพจิต พบว่า 1) ด้านระบบ

เสนอให้มีการสอนวิธีใช้แพทย์หรือสาธิตวิธีการใช้เบื้องต้น
เพื่อให้ผู้ใช้เข้าใจการใช้งานได้ง่ายขึ้น 2) ด้านเนื้อหา เสนอให้
ปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน มีแหล่งที่มาน่าเชื่อถือ และ
เพิ่มเนื้อหาสุขภาพจิต เช่น โรคทางจิตเวชและการดูแล

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ความพึงพอใจในการใช้บริการแชทบอทโดยรวม ตามตัวแปรเพศ (n = 230)

เพศ	ชาย	หญิง	อื่น ๆ
ชาย	-	-.21*	-.43
หญิง		-	-.21
อื่น ๆ			-
\bar{X}	3.80	4.02	4.23

* p < .05

ตารางที่ 5 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการใช้งานกับความพึงพอใจในการใช้แชทบอทโดยรวม (n = 230)

	r
ความสามารถในการใช้งานของแชทบอท	.89**
1. ด้านประสิทธิผล	.82**
2. ด้านประสิทธิภาพ	.82**
3. ด้านความสามารถในการเรียนรู้	.74**
4. ด้านความสามารถในการจดจำวิธีการใช้งาน	.38**

** p < .01

ผู้ป่วยจิตเวช และ 3) ด้านภาษา เสนอให้เป็นภาษาไทยทั้งหมด ปรับให้เป็นภาษาที่เข้าใจง่าย และแก้ไขคำผิดของข้อมูลในแชทบอทให้ถูกต้อง

วิจารณ์

ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถในการใช้งานของแชทบอทและความพึงพอใจในการใช้แชทบอทให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องมาจากแชทบอทช่วยลดข้อจำกัดเรื่องเวลาและลดการตีตราเนื่องจากลดการมาโรงพยาบาลจิตเวชโดยตรง¹¹ ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเบื้องต้นได้ไวขึ้น เช่น การคัดกรองสุขภาพจิตและชุดข้อมูลด้านสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Imel และคณะ¹² เกี่ยวกับการให้บริการปรึกษาด้านสุขภาพจิตโดยใช้ machine learning เรียนรู้เนื้อหา บทสนทนา และข้อความจากผู้รับบริการจำนวนมาก พบว่าผู้ให้บริการมีการเข้าใช้งานอย่างต่อเนื่อง มีความพึงพอใจและยังส่งผลต่ออาการของผู้ใช้บริการ ซึ่งปัจจัยความสำเร็จของการปรึกษาผ่านข้อความ (asynchronous text-based counseling) มาจากรูปแบบการปรึกษาแบบประคับประคอง

(supportive counseling) เช่น การตั้งคำถามปลายเปิดและข้อความสะท้อนความรู้สึก สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์ห่อภิมาณการศึกษา 39 เรื่องของ Abuyadek และคณะ¹³ เกี่ยวกับการยอมรับบริการสุขภาพจิตทางไกล (tele-mental health services) ที่พบว่าผู้รับบริการร้อยละ 71 ยอมรับการให้บริการสุขภาพจิตออนไลน์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Bickmore และคณะ⁴ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่พึงพอใจกับแชทบอทให้เหตุผลว่าแชทบอทสามารถใช้งานง่ายและให้ความรู้สึกไว้วางใจ จึงต้องการใช้งานอย่างต่อเนื่อง สำหรับประเทศไทย การศึกษาของพิชชาพร คำท่า และประศาสตร์ บุญสนอง¹⁴ ที่ประยุกต์ใช้แชทบอทในโรงพยาบาล พบว่าแชทบอทสามารถสร้างความพึงพอใจในระดับมากที่สุดต่อการให้บริการข้อมูลด้านสุขภาพ และการศึกษาของสุขสวัสดิ์ แซ่ลิ้ม และพรเทพ น้ำใจสุข¹⁵ ที่ใช้แชทบอทให้บริการข้อมูลของศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากในด้านการเวลาทำการ สถานที่ตั้ง การติดต่อบริการต่าง ๆ การเตรียมตัวก่อนมาพบแพทย์ และการดูแลสุขภาพเบื้องต้น อย่างไรก็ตาม

การศึกษานี้เมื่อวิเคราะห์ข้อความย่อย่อด้านความสามารถในการจดจำวิธีการใช้งานเซทบอทพบว่าบางข้ออยู่ในระดับน้อย เช่น ความไม่สามารถดึงดูดใจ การขาดสีสันความสวยงาม และเกิดข้อผิดพลาดระหว่างกลับมาใช้งาน

ผู้รับบริการเพศหญิงมีความพึงพอใจสูงกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากเพศมีผลต่อการร้องขอความช่วยเหลือ ความพึงพอใจต่อบริการต่าง ๆ รวมไปถึงการรับบริการสุขภาพจิตออนไลน์ โดยการศึกษาของ Antezana และคณะ¹⁶ พบว่าปัจจัยด้านอารมณ์และเพศมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเข้าใช้บริการสุขภาพจิตออนไลน์ (well-being apps) โดยหญิงเข้าใช้บริการมากกว่าเพศอื่น ๆ และการศึกษาของ Opozda และคณะ¹⁷ พบว่าการใช้บริการด้านสุขภาพจิตออนไลน์ของเพศชายยังอยู่ในระดับต่ำ และเมื่อใช้บริการแล้วก็ยุติการใช้บริการอย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลรามธิบดีของณัฐฐา เสวกวิหารี¹⁸ ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการใช้บริการ

ความสามารถในการใช้งานของเซทบอทให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจ กล่าวคือผู้ใช้บริการที่มีความคิดเห็นว่าเซทบอทมีความสามารถในการใช้งานที่สูงย่อมมีความพึงพอใจต่อการใช้งานเซทบอทให้การปรึกษาที่สูง เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบของความสามารถในการใช้งานพบว่า ทั้งด้านประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ความสามารถในการเรียนรู้ และความสามารถในการจดจำวิธีการใช้งานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการใช้บริการเซทบอท สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล วุฒิปาภิญโญ⁷ ที่พบว่าคุณภาพของข้อมูลที่ได้รับจากเซทบอทและคุณภาพการบริการของเซทบอทมีผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการเซทบอท สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Casaló และคณะ¹⁹ ที่พบว่าความสามารถในการใช้งานเว็บไซต์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการรับบริการออนไลน์ (e-banking) และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Lindgaard และ Dudek²⁰ ที่พบว่าความพึงพอใจต่อเว็บไซต์มีความสัมพันธ์อย่างมากกับความสวยงามและความสามารถในการใช้งาน โดยความพึงพอใจ

ประกอบด้วยอารมณ์ การใช้งาน และความคาดหวังต่อการใช้บริการสื่อเว็บไซต์ออนไลน์นั้น

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาความสามารถในการใช้งานเพื่อเพิ่มความพึงพอใจต่อเซทบอทให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะประเด็นความพึงพอใจที่ยังอยู่ในระดับน้อย เช่น ความน่าดึงดูดใจ ความน่าสนใจ ความน่าจดจำที่เอื้อต่อการกลับมาใช้งาน และข้อผิดพลาดระหว่างกลับมาใช้งาน และข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบเพื่อให้ผู้ใช้เข้าใจการใช้งานได้ง่ายขึ้น เช่น การปรับปรุงข้อมูลด้านสุขภาพจิตให้เป็นปัจจุบัน เข้าใจง่าย และมีแหล่งอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ ทั้งข้อมูลโรคทางจิตเวช การดูแลผู้ป่วยจิตเวช และแหล่งให้ความช่วยเหลือ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ใช้บริการบางส่วนไม่เข้าใจภาษาที่เซทบอทใช้ เช่น ศัพท์วิชาการและภาษาอังกฤษ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อความเข้าใจของการใช้งาน ดังนั้นการพัฒนาเซทบอทจึงควรคำนึงถึงความหลากหลายด้านอายุและระดับการศึกษาของผู้ใช้บริการ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นการสำรวจย้อนหลังในช่วงพัฒนาเซทบอทให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิตระยะแรกและเป็นการประเมินเพียงครั้งเดียว ไม่มีการติดตามต่อในระยะยาวหลังการปรับปรุงพัฒนาระบบ นอกจากนี้การเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลบันทึกบริการเซทบอทให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิตในหน่วยงานเดียวทำให้มีข้อจำกัดด้านความหลากหลายของประชากรและตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรมีการติดตามประเมินความสามารถในการใช้งานและความพึงพอใจต่อเซทบอทให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง ขยายกลุ่มตัวอย่างในการศึกษามากขึ้นเพื่อสามารถเป็นตัวแทนของผู้ใช้บริการทั้งหมด และศึกษาตัวแปรอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น เศรษฐฐานะ ภูมิสำเนา ความสามารถด้านเทคโนโลยี และข้อร้องเรียนในการใช้งาน ที่อาจมีผลต่อความพึงพอใจในการใช้เซทบอทให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิต

สรุป

ผู้ใช้บริการมีความคิดเห็นต่อความสามารถในการใช้งานของเซทบอทและความพึงพอใจต่อการใช้บริการเซทบอทให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ดี ปัจจัย

ที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการใช้บริการแชทบอท ได้แก่ เพศและความสามารถในการใช้งานของแชทบอท ด้านประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความสามารถในการเรียนรู้ และความสามารถในการจดจำวิธีการใช้งาน อย่างไรก็ตาม จำเป็นต้องพัฒนาบริการแชทบอทให้ใช้งานได้ง่ายขึ้น ข้อมูลเป็นปัจจุบัน มีแหล่งที่มาที่น่าเชื่อถือ เพิ่มเนื้อหาด้านสุขภาพจิต และการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และปรับปรุงด้านภาษา เพื่อเพิ่มความพึงพอใจต่อบริการแชทบอทให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิต

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ ขอขอบคุณที่ปรึกษาวิจัย ได้แก่ นางสาวศศกร วิชัย นักจิตวิทยาคลินิกเชี่ยวชาญ และ ดร.รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

ภาสกร คุ่มศิริ : ออกแบบและวางแผนการดำเนินวิจัย ;
ธีราพร กิตติวงศ์โสภณ : วิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงานวิจัย ;
ศศิญา จันทร์แก้ว : เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียน
รายงานวิจัย ; อัสมะห์ เซ็งสะ : เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และ
เขียนรายงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Specialized Emergency Mental Health Clinic Team. Service statistics report, fiscal year 2015-2022. Bangkok: Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute; 2022. (in Thai)
2. Voravuthikunchai W. Smart chatbot for consulting on mental health problems. Bangkok: National Innovation Agency; 2022. (in Thai)
3. Vaidyam AN, Wisniewski H, Halamka JD, Kashavan MS, Torous JB. Chatbots and conversational agents in mental health: a review of the psychiatric landscape. *Can J Psychiatry*. 2019;64(7):456-64. doi:10.1177/0706743719828977.
4. Bickmore TW, Pfeifer LM, Byron D, Forsythe S, Henault LE, Jack BW, et al. Usability of conversational agents by patients with inadequate health literacy: evidence from two clinical trials. *J Health Commun*. 2010;15(Suppl 2):197-210. doi:10.1080/10810730.2010.499991.
5. Samoh S, Nakomah T, Palawan A, Matayong S. Chatbots for depression awareness management according to depression evaluation 2Q, ST-5 and 9Q of Department of Mental Health, Ministry of Public Health. *Journal of Southern Technology*. 2022;15(1):39-54. (in Thai)
6. Sharp H, Rogers Y, Preece J. Interaction design: beyond human-computer interaction 3rd edition. New York: John Wiley & Sons; 2007.
7. Wutthipaphinyo N. A study of factors affecting chatbot user's satisfaction [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2021. (in Thai)
8. Suphasilwat N. Developing a commercial Chatbot system for sending online messages [master's thesis]. Bangkok: King Mongkut's University of Technology North Bangkok; 2017. (in Thai)
9. 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.
10. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods*. 2009;41:1149-60. doi:10.3758/BRM.41.4.1149.
11. Koomsiri P, Phongchannarakul P. Guidelines for uses of technology in psychological counseling. *Journal of Humanities and Social Sciences Valaya Alongkorn*. 2020;15(1):34-43. (in Thai)
12. Imel ZE, Tanana MJ, Soma CS, Hull TD, Pace BT, Stanco SC, et al. Mental health counseling from conversational content with transformer-based machine learning. *JAMA Netw Open*. 2024;7(1):e2352590. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.52590.

13. Abuyadek RM, Hammouda EA, Elrewany E, Elmalawany DH, Ashmawy R, Zeina S, et al. Acceptability of tele-mental health services among users: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2024;24(1):1143. doi:10.1186/s12889-024-18436-7.
14. Kamtam P, Boonsanong P. Healthcare services chatbot [Internet]. Bangkok: Chandrakasem Rajabhat University; 2021 [cited 2024 Mar 20]. Available from: <https://sci.chandra.ac.th/ncst2021/jdownloads/99/1/6.P-27.pdf> (in Thai)
15. Saelim S, Noumjaisuk P. The development of a chatbot system for information service of urban community health center, Nakhon Pathom Rajabhat university [Internet]. Nakhon Pathom: Nakhon Pathom Rajabhat University; 2020 [cited 2024 Mar 20]. Available from: <https://publication.npru.ac.th/jspui/handle/123456789/881> (in Thai)
16. Antezana G, Venning A, Smith D, Bidargaddi N. Do young men and women differ in well-being apps usage? Findings from a randomised trial. *Health Informatics J*. 2022;28(1):14604582211064825. doi:10.1177/14604582211064825.
17. Opozda MJ, Galdas PM, Watkins DC, Smith JA. Intersecting identities, diverse masculinities, and collaborative development: considerations in creating online mental health interventions that work for men. *Compr Psychiatry*. 2024;129:152443. doi:10.1016/j.comppsy.2023.152443.
18. Savakeviharee N. Factors affecting Ramathibodi hospital consumer satisfaction [master's thesis]. Bangkok: Thammasat university; 2017. (in Thai)
19. Casaló LV, Flavián C, Guinalíu M. The role of satisfaction and website usability in developing customer loyalty and positive word-of-mouth in the e-banking services. *International Journal of Bank Marketing*. 2008;26(6):399-417. doi:10.1108/02652320810902433
20. Lindgaard G, Dudek C. User satisfaction, aesthetics and usability beyond reductionism. In: Hammond J, Gross T, Wesson J, editors. *Usability: gaining a competitive edge IFIP world computer congress*. London: Kluwer Academic Publishers; 2002.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์

วันรับ : 10 เมษายน 2567

วันแก้ไข : 19 สิงหาคม 2567

วันตอบรับ : 20 สิงหาคม 2567

ศिला จิรวิกรานต์กุล, พ.บ.
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและประเมินผลระบบเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness with high risk to violence: SMI-V) โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

วิธีการ : การวิจัยและพัฒนาในจังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง กันยายน พ.ศ. 2566 แบ่งเป็น 5 ระยะ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา 2) การออกแบบและพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยอิงคู่มือของกรมสุขภาพจิตและกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน 3) การนำระบบไปใช้ในพื้นที่นำร่อง 4) การปรับปรุงระบบ และ 5) การนำระบบไปใช้จริงและประเมินผล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ให้บริการ ภาคีเครือข่ายในชุมชน และผู้ป่วย SMI-V และญาติ/ผู้ดูแล เครื่องมือประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง แบบประเมินปัญหาจิตเวช และแบบบันทึกเพื่อส่งต่อ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผล : ระบบ Buriram SMI-V value chain ที่พัฒนาขึ้นและขยายการดำเนินการครอบคลุมทั้ง 23 อำเภอของจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนพัฒนาระบบ พบผู้ป่วย SMI-V ได้รับการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 87.7 เป็น 100 การดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.8 เป็น 99.2 และไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ

สรุป : ระบบที่พัฒนาขึ้นช่วยให้เครือข่ายในชุมชนมีความเข้มแข็งและผู้ป่วยจิตเวชกลับมาดำรงชีวิตในชุมชนได้

คำสำคัญ : ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน, ภาคีเครือข่ายในชุมชน, ระบบการเฝ้าระวังและดูแล

ติดต่อผู้นิพนธ์ : ศिला จิรวิกรานต์กุล; e-mail: plan.projectbru@gmail.com

Original article

Development of a surveillance and care system for serious mental illness with high risk to violence patients in communities with community network participation, Buriram province

Received : 10 April 2024

Revised : 19 August 2024

Accepted : 20 August 2024

Sila Jirawitrankul, M.D.

Buriram Provincial Public Health Office

Abstract

Objective: To develop and evaluate a community-based surveillance and care system for patients with serious mental illness with high risk of violence (SMI-V) in communities.

Methods: A research and development study was conducted in Buriram province from October 2021 to September 2023. The study was divided into five phases: 1) investigation and analysis of the existing system and its challenges, 2) model development based on the Department of Mental Health guidelines and the community participation framework, 3) trial of the developed model in pilot areas, 4) model evaluation and improvement, and 5) model implementation and evaluation. The sample groups were selected through purposive sampling and consisted of healthcare providers, community network partners, and SMI-V patients with their caregivers. Data were collected using the in-depth interview and focus group discussion guidelines, the Overt Aggression Scale (OAS), psychiatric assessments, and referral forms. Data were analyzed using descriptive statistics for quantitative data and content analysis for qualitative data.

Results: The developed system, known as the Buriram SMI-V value chain, expanded its reach to all 23 districts in Buriram Province. Compared with before the implementation, the treatment and continuous care rates among SMI-V patients increased from 87.7% to 100% and from 68.8% to 99.2%, respectively. The incidence rate of SMI-V decreased to zero.

Conclusion: The developed system has the potential to strengthen community networks and reintegrate mental health patients into the community.

Keywords: community network participation, SMI-V, surveillance and care system

Corresponding author: Sila Jirawitrankul; e-mail: plan.projectbru@gmail.com

ความรู้เดิม : การเฝ้าระวังและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness with high risk to violence: SMI-V) ส่วนใหญ่ดำเนินการโดยบุคลากรสาธารณสุข ไม่ครอบคลุมทุกมิติและขาดการมีส่วนร่วมจากเครือข่ายในชุมชน

ความรู้ใหม่ : ระบบเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วย SMI-V จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Buriram SMI-V value chain) ช่วยเสริมพลังและสร้างความมั่นใจให้กับชุมชนในการดูแลผู้ป่วย SMI-V เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และลดอุบัติเหตุการกำเริบซ้ำของผู้ป่วย

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : แนวทางดูแลผู้ป่วย SMI-V ตั้งแต่การค้นหา เฝ้าระวังเชิงรุกในชุมชน นำเข้าสู่กระบวนการบำบัดดูแลรักษา ตลอดจนดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างปกติสุข

บทนำ

ปัจจุบันพบปัญหาพฤติกรรมรุนแรงในสังคมเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 18 ของความรุนแรงในสังคมมาจากปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ร้อยละ 22 เกี่ยวข้องกับสารเสพติด ร้อยละ 38 มาจากการดื่มสุรา และพบความรุนแรงในชุมชนมากกว่าในบ้าน¹ ซึ่งทำให้มีประชาชนที่เสี่ยงหรือสัมผัสความรุนแรงเพิ่มขึ้นด้วย การสำรวจของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ความชุกของโรคจิตเวชรุนแรง (serious mental illness: SMI) คิดเป็นร้อยละ 4.1 ของประชากรที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป พบมากที่สุดในช่วงอายุ 26 - 49 ปี และพบในผู้ป่วยนิติจิตเวชถึง 3 เท่า² ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงร้อยละ 27.6 ขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติดพบร้อยละ 8.5³ ในประเทศไทยมีผู้ที่ได้รับการคัดกรองและลงทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness with high risk to violence: SMI-V) สะสมในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 13,194 คน เป็นชายร้อยละ 62.4 และหญิงร้อยละ 37.5 พบมากที่สุดในช่วงอายุ 26 - 45 ปี ร้อยละ 52.8⁴ ผู้ป่วยกลุ่มนี้

บางส่วนเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน แต่เมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัวหรือชุมชนมักมารับการรักษาไม่ต่อเนื่องและ/หรือใช้สารเสพติด ทำให้มีอาการกำเริบและก่อความรุนแรงในชุมชน^{5,6}

กรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญและกำหนดนโยบายการแก้ไขปัญหาความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชโดยเน้นความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพในการคัดกรอง ลงทะเบียน ให้การบำบัดรักษาที่เฉพาะเจาะจง และนำระบบการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย SMI-V ที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน⁴ นอกจากนี้ยังมีมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหสุขภาพจิตที่เน้นการดูแลผู้ป่วย SMI-V ต่อเนื่องในชุมชน โดยการจัดตั้งชุดปฏิบัติการประจำตำบล ชูตรวจความปลอดภัยหมู่บ้าน หรือจัดเจ้าหน้าที่ให้ไปดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่เหมาะสม⁷

จากข้อมูลรายงานผู้ป่วย SMI-V ในปีงบประมาณ 2563 - 2564 พบว่า ผู้ป่วย SMI-V ในจังหวัดบุรีรัมย์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 1.75 เป็น 4.62 ต่อแสนประชากร⁸ อย่างไรก็ตามการดำเนินงานเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลผู้ป่วย SMI-V ในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นการตั้งรับในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ซึ่งผู้ป่วยต้องเดินทางมารับบริการด้วยตนเองหรือญาตินำส่งผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล การเฝ้าระวังและค้นหาผู้ป่วยในชุมชนยังไม่มีรูปแบบหรือแนวทางที่ชัดเจน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการหรือคำแนะนำในการเข้ารับบริการก็ต่อเมื่อมีการไปเยี่ยมบ้านหรือพบเหตุการณ์ความรุนแรง ประกอบกับระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวทยังขาดฐานข้อมูลที่ครอบคลุมและการติดตามดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ขาดการรักษาต่อเนื่อง นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน ทั้งภาครัฐ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตำรวจ พัฒนาชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ภาคเอกชน เช่น อาสาทักซิฟ/กู้ภัย และภาคประชาชน เช่น ผู้นำชุมชน ญาติ/ผู้ดูแล และประชาชนในชุมชน มาช่วยในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์ความรุนแรงที่กระทบต่อชีวิตทั้งของผู้ป่วยและประชาชนในชุมชน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลระบบเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อเป็นแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วย SMI-V ในพื้นที่ โดยครอบคลุมการค้นหา การเฝ้าระวังเชิงรุก การนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดดูแลรักษา และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

วิธีการ

การวิจัยและพัฒนา (research and development) ในจังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง กันยายน พ.ศ. 2566 ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองที่ BRO 2021-062 เมื่อวันที่ 17 กันยายน 2564 ภายหลังจากการรับรอง ดำเนินการขออนุญาตหน่วยงานและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยตามหลักการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 750 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลจิตเวช เภสัชกร ทีมสหวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รวม 20 คน 2) กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ อสม. ที่รับผิดชอบบ้านที่มีผู้ป่วย ผู้นำชุมชน ตำรวจ พัฒนาชุมชน ตัวแทนอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) ตัวแทน อปท. ตัวแทนทีมกู้ชีพ/กู้ภัยในพื้นที่ และญาติผู้ป่วย SMI-V รวม 30 คน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 3) กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชที่เคยรับการรักษาในโรงพยาบาลแล้วจำหน่ายกลับมาใช้ชีวิตในชุมชนและญาติ/ผู้ดูแล รวม 700 คน

วิธีดำเนินการศึกษา

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหากระบวนการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วย SMI-V ในชุมชน ดำเนินการในเดือนตุลาคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ประกอบด้วย

1) การศึกษาแนวคิด ทฤษฎี คู่มือ มาตรฐาน เอกสารรายงาน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วย SMI-V และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน 2) การศึกษาฐานข้อมูล health data center (HDC) รายงานการให้บริการผู้ป่วย SMI-V ในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์⁹ และ 3) การประชุมระดมสมองกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 3 กลุ่ม เพื่อวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหาจากระบบการดำเนินงานที่ทำให้ผู้ป่วยยังมีการกำเริบซ้ำ และความต้องการในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วย SMI-V

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนาระบบเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยวิธีการประชุมกลุ่มย่อยและระดมสมองจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 3 กลุ่ม รวม 50 คน ดำเนินการในเดือนมกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ. 2565 ใช้แบบสอบถามในการออกแบบและพัฒนาระบบ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดตามกรอบแนวทางตามคู่มือระบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลของกรมสุขภาพจิต⁴ และกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน 4 มิติของ Cohen และ Uphoff¹⁰ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร 2) การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนาและลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 3) การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ

ระยะที่ 3 การนำระบบไปใช้และคัดเลือกพื้นที่นำร่อง โดยเลือกจากอำเภอที่สมัครใจและมีปัญหาการดูแลผู้ป่วย SMI-V เพื่อทดลองนำระบบที่ได้ไปใช้และประเมินผลในพื้นที่นำร่อง โดยการประเมินผลการดำเนินงานใช้แบบประเมินตามมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต⁴ ดำเนินการในเดือนเมษายน ถึง กันยายน พ.ศ. 2565

ระยะที่ 4 การปรับปรุงระบบในพื้นที่นำร่อง ดำเนินการในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2566 โดยรวบรวมปัญหาที่พบระหว่างดำเนินการเพื่อหาแนวทางการแก้ไขและปรับปรุงระบบ ใช้การสนทนากลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนที่เกี่ยวข้องจากระยะที่ 2 ใช้เวลา 60 นาที และใช้แบบสอบถาม

ในการปรับปรุงระบบ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดตาม การดำเนินระบบที่พัฒนาขึ้น หลังจากนั้นนำข้อมูลผลสรุปที่ได้ ผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 คนเพื่อหาฉันทามติในการปรับปรุงและ ทดลองใช้ระบบที่ปรับปรุงเป็นระยะเวลา 6 เดือน

ระยะที่ 5 การนำระบบที่ปรับปรุงไปใช้จริงและ ประเมินผล ดำเนินการในเดือนเมษายน ถึง กันยายน พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรคโดยใช้ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนา ระบบฯ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด และประเมินผลจาก ตัวชี้วัดที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามสำหรับสนทนากลุ่ม ได้แก่ แบบสอบถามในการออกแบบและพัฒนาระบบ ลักษณะเป็น ข้อคำถามปลายเปิดตามกรอบแนวทางตามคู่มือระบบการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลของกรมสุขภาพจิต⁴ และ กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ Cohen และ Uphoff¹⁰ และแบบสอบถามในการปรับปรุงระบบ ลักษณะเป็น ข้อคำถามปลายเปิดตามขั้นตอนของระบบที่พัฒนาขึ้น

2. แบบสัมภาษณ์ความปัจจัยสำเร็จในการพัฒนาระบบ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคลากร งบประมาณ การสื่อสาร และ ด้านเครือข่ายการทำงาน ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการดำเนินงาน SMI-V 3 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติด ระดับอำเภอ 1 คน และระดับจังหวัด 1 คน โดยตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาด้วยวิธีการหาค่าความสอดคล้องของ เนื้อหา (index of item-objective congruence: IOC) ได้เท่ากับ 1.0

3. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (overt aggression scale: OAS)⁴ ประเมินความรุนแรงของพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมก้าวร้าว 2) พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูดและการแสดงออก และ 3) พฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน แต่ละด้านมี 3 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 3 คะแนน การแปลผลใช้คะแนนจากพฤติกรรมด้านที่

มีคะแนนสูงสุด ดังนี้ OAS = 1 คะแนน กึ่งเร่งด่วน (semi-urgency) หมายถึง มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟัง คำเตือนแล้วสงบลงได้ ต้องได้รับการจัดการภายใน 24 ชั่วโมง OAS = 2 คะแนน เร่งด่วน (urgency) หมายถึง มีพฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิด อันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ต้องได้รับการจัดการ ภายใน 2 ชั่วโมง และ OAS = 3 คะแนน ฉุกเฉิน (emergency) หมายถึง มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุม ตนเองได้ จนเกิดอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น หรือทรัพย์สิน ต้องได้รับการจัดการทันทีทันใด

4. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)⁴ มีข้อคำถาม 9 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จาก 0 คะแนน (ไม่มีเลย) ถึง 3 คะแนน (เป็นทุกวัน) แปลผล คะแนนรวมดังนี้ < 7 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการของ โรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร่าระดับน้อยมาก 7 - 12 คะแนน หมายถึง มีอาการระดับน้อย 13 - 18 คะแนน หมายถึง มีอาการระดับปานกลาง และ ≥ 19 คะแนน หมายถึง มีอาการระดับรุนแรง

5. แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)⁴ มีข้อคำถาม 8 ข้อ เลือกตอบว่า ไม่ใช่ หรือใช่ โดยแต่ละข้อมีน้ำหนักคะแนน แตกต่างกันตั้งแต่ 1 - 10 แปลผลคะแนนรวมดังนี้ 1 - 8 คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับน้อย 9 - 16 คะแนน หมายถึง แนวโน้มระดับปานกลาง และ ≥ 17 คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง ในการศึกษา นี้ ผู้ที่มี 1 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ควรได้รับการบำบัดรักษาและดูแลตามสภาพปัญหาทุกเดือน

6. แบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อ การก่อความรุนแรง (Mind7)⁴ ใช้คัดกรองสัญญาณเตือน การก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช 7 ข้อ ได้แก่ 1) กรีดข่วน แขนขา 2) พกพาอาวุธ 3) รื้อค้นไม่หยุด 4) โวยวายกรีดร้อง 5) ช่มชู้ 6) ทำร้าย และ 7) ทำลายข้าวของ การแปลผลดังนี้ มีสัญญาณเตือน 1 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการ ก่อความรุนแรง ให้แจ้งบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อ ประเมินซ้ำและให้การดูแลรักษาต่อไป

7. แบบบันทึกข้อมูลเพื่อส่งต่อเครือข่าย เป็นการบันทึกโดยผู้จัดการรายกรณี (พยาบาลวิชาชีพ) สำหรับการส่งต่อข้อมูลให้ชุมชนก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ในประเด็นการเข้าถึงผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่องในชุมชน และอุบัติการณ์รุนแรง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และสรุปการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวัง การคัดกรอง และการดูแลผู้ป่วย SMI-V ในชุมชน

ผล

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา

จากการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหากระบวนการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วย SMI-V ในจังหวัดบุรีรัมย์ ในปีงบประมาณ 2563 - 2564 พบผู้ป่วย SMI-V เพิ่มขึ้นจาก 28 คนเป็น 73 คน คิดเป็นอัตราป่วย 1.75 และ 4.62 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ โดยพบผู้ป่วยทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.0 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด รองลงมาเป็นผู้ป่วยมีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่นให้ถึงกับชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง ร้อยละ 3.0 ดังตารางที่ 1

การวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานที่ผ่านมาจากการระดมสมองผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบดังนี้

1. ด้านผู้รับบริการ พบว่า จำนวนผู้ป่วย SMI-V มากกว่าร้อยละ 70 มีประวัติติดสารเสพติดและมีแนวโน้มพบผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจากสารเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งผู้ป่วยรายใหม่และรายเก่า ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง การขาดยา การไม่ร่วมมือกินยา และการขาดผู้ดูแลหลัก ในส่วนของญาติ/ผู้ดูแลหรือ อสม. ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย SMI-V พบว่า ยังมีทัศนคติต่อผู้ป่วยเชิงบวก เนื่องจากส่วนใหญ่มีความเข้าใจสัญญาณเตือนก่อนเกิดวิกฤต แต่ยังคงขาดทักษะในการเข้าช่วยเหลือ การจับผู้ป่วย และทักษะช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชด้านพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

2. ด้านผู้ให้บริการ พบว่า ที่ผ่านมาเป็นการตั้งรับบริการ เมื่อเกิดเหตุการณ์รุนแรงในพื้นที่ที่รับผิดชอบหรือเมื่อมีการแจ้งเหตุที่เกิดขึ้นจึงลงพื้นที่ไปดูแล โดยไม่มีการค้นหาในเชิงรุก การส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยทั้งจากครอบครัวผู้ป่วย ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน และระหว่างโรงพยาบาลที่รับและส่งต่อผู้ป่วยยังไม่เป็นระบบเดียวกัน การทำงานแยกส่วนของหน่วยงานราชการทำให้การประสานงานและการส่งต่อข้อมูลล่าช้าและขาดประสิทธิภาพในการจัดการ นอกจากนี้การบันทึกข้อมูลในระบบการเฝ้าระวังและติดตาม (V-Care) ยังไม่ครบถ้วนทันเวลาเนื่องจากมีความละเอียดและซับซ้อนมาก บางครั้งมีการติดตามดูแลผู้ป่วยเรียบร้อยแล้วแต่ยังไม่มีการบันทึกข้อมูลในระบบ

ตารางที่ 1 ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์

ปีงบประมาณ	จำนวนคน (ร้อยละ)					รวม คน (ร้อยละ)
	ทำร้ายตัวเอง ด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต	ทำร้ายตัวเองผู้อื่น ด้วยวิธีรุนแรง/ ก่อความรุนแรง ในชุมชน	มีอาการหลงผิด ความคิดทำร้ายตัวเอง ผู้อื่นให้ถึงกับชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่น แบบเฉพาะเจาะจง	ก่อคดีอาชญากรรม (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)	มีประวัติ/อาการอื่น	
2563	27 (96.4)	0 (0.0)	1 (3.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	28 (100.0)
2564	67 (91.8)	2 (2.7)	2 (2.7)	1 (1.4)	1 (1.4)	73 (100.0)
รวม	94 (93.0)	2 (2.0)	3 (3.0)	1 (1.0)	1 (1.0)	101 (100.0)

3. ด้านชุมชน พบว่า การประสานงานด้านข้อมูล ผู้ป่วยระหว่างผู้ดูแลในชุมชนและโรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วย ชาติความต่อเนื่อง ขาดระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมรุนแรงหรือ อาการกำเริบของผู้ป่วย ชุมชนขาดการเข้ามามีส่วนร่วมในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชหรือคิดว่าเป็นปัญหาของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ปัญหาหายาเสพติดที่เพิ่มขึ้นในพื้นที่ทำให้มีความ ลำบากในการเข้าถึงการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากมีผู้ป่วยจิตเวชที่ ติดสารเสพติดขาดยาแล้วเกิดอาการคลุ้มคลั่ง โดยเฉพาะเมื่อ เกิดเหตุในยามวิกาล

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนาระบบ

มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วย SMI-V ในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Buriram SMI-V value chain) ดังนี้

1. ระบบเฝ้าระวังผู้ป่วย SMI-V ในชุมชน มีการ จัดทำแนวทางการเฝ้าระวังและคัดกรอง โดย อสม. จับคู่กัน (อสม. buddy) เฝ้าระวังสัญญาณเตือนอาการทางจิตของผู้ป่วย (ธงแดง) 5 ข้อ ได้แก่ อาการไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว และเที่ยวหวาดระแวง ร่วมกับเฝ้าระวังปัจจัยกระตุ้นอาการกำเริบของผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยด้านยา ญาติ และสารเสพติด (2 ย. 1 ส.) และภาวะ ซึมเศร้า กรณีพบความเสี่ยงหรือผู้ป่วยไม่สามารถควบคุม อาการได้ ให้แจ้งบุคคลใดบุคคลหนึ่งดังต่อไปนี้ 1) ผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 2) ผู้ที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่หรือ บุคลากรทางการแพทย์ 3) พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจ 4) สายด่วน 1669 กรณีไม่พบอาการสัญญาณเตือนหรือ ปัจจัยเสี่ยงมีการวางแผนรายบุคคลในการดูแลติดตามผู้ป่วย ต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชนเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการเกิด ความรุนแรง

2. ระบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V ในชุมชน มีการ ดำเนินการ แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะ pre - hospital เป็นการค้นหาครอบครัวเสี่ยง SMI-V ร่วมกับการประเมิน พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงโดย รพ.สต. ด้วยแบบประเมิน OAS ทันททีที่ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนภายหลังการรักษาในโรงพยาบาลหรือ พันโทจากเรือนจำ รวมทั้งกรณีพบบุคคลเร่ร่อน การกำหนด

บุคคลในการแจ้งเหตุ และการเตรียมระบบดูแลและส่งต่อ จิตเวชฉุกเฉิน (emergency medical services: EMS) 2) ระยะ in - hospital มีการจัดระบบบริการจิตเวชฉุกเฉิน (ER fast track) เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง ก่อพฤติกรรมรุนแรงจาก OAS (ตารางที่ 2) บริการ acute care ที่หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป และระบบส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด และ 3) ระยะ post-hospital มีการดูแลหลังผู้ป่วยจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลต่อเนื่องในชุมชนแบ่งตามบทบาทหน้าที่ ของภาคีเครือข่ายในชุมชน (ดังตารางที่ 3) ร่วมกับการ จัดบริการฟื้นฟูจิตเวชและยาเสพติดในชุมชน (community-based treatment and rehabilitation: CBTx) โดยพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) สนับสนุนด้านอาชีพ สวัสดิการและมี อพม. ร่วมเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยในชุมชน

ระยะที่ 3 การนำระบบไปใช้

การนำระบบ Buriram SMI-V value chain มาใช้ ในพื้นที่นาร่อง อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งประกอบด้วย 12 ตำบล 179 หมู่บ้าน 30,704 หลังคาเรือน และประชากร 112,648 คน (ชาย 56,031 คน หญิง 56,617 คน) พบว่า มีผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ทั้งหมด 569 คน เป็นผู้ป่วย SMI-V 73 คน (ร้อยละ 12.8) ผู้ป่วย SMI-V มีสาเหตุจากการใช้สุรา และสารเสพติดมากที่สุด (ร้อยละ 86.0) แบ่งตามกลุ่ม ความรุนแรง 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายตัวเองด้วย วิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต (SMI-V 1) ร้อยละ 7.8 2) ผู้ป่วยมี ประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้ หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน (SMI-V 2) ร้อยละ 79.2 3) ผู้ป่วยมีอาการหลงผิดมีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่ จะมุ่งทำร้าย (SMI-V 3) ร้อยละ 9.1 และ 4) ผู้ป่วยเคยมีประวัติ ก่อคดีอาญารุนแรง เช่น ฆ่า พยายามฆ่า ช่มชู้ และวางเพลิง (SMI-V 4) ร้อยละ 3.9 สำหรับอาการเตือน (ธงแดง) ที่พบ มากที่สุด ได้แก่ หงุดหงิดฉุนเฉียวและเที่ยวหวาดระแวง ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการส่งตัวเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ทันเวลาทุกรายและไม่ก่อความรุนแรง

ตารางที่ 2 แนวทางการเฝ้าระวังติดตามการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

	การติดตาม		ผู้ติดตาม	แบบติดตาม
	แรกเริ่ม	หลังการรักษา		
เขียว (OAS 1)*	ภายใน 7 วัน	1 ครั้ง/เดือน	อสม. buddy	1. ประเมินอาการเตือน (ธงแดง) 5 ข้อ
เหลือง (OAS 2)*	ภายใน 3 วัน	ภายใน 2 สัปดาห์	อสม. buddy / รพ.สต.	2. แบบติดตามผู้ป่วย
แดง (OAS 3)*	ส่งต่อภายใน 24 ชั่วโมง	ภายใน 1 วัน	อสม. / รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชนและทีมสุขภาพจิต ชุมชน	(2ย. 1ส. + อาการทางจิต) 3. แบบประเมิน OAS

* กลุ่มสีเขียว หมายถึง กึ่งเร่งด่วน (semi-urgency หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มปานกลาง (moderate) ต้องจัดการภายใน 7 วัน กลุ่มสีเหลือง หมายถึง เร่งด่วน (urgency) หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อ ตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนัก ต้องจัดการภายใน 3 วัน กลุ่มสีแดง หมายถึง ฉุกเฉิน (emergency หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จนเกิดอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น หรือทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนักมาก ต้องจัดการทันทีทันใด

OAS = overt aggression scale

ตารางที่ 3 บทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

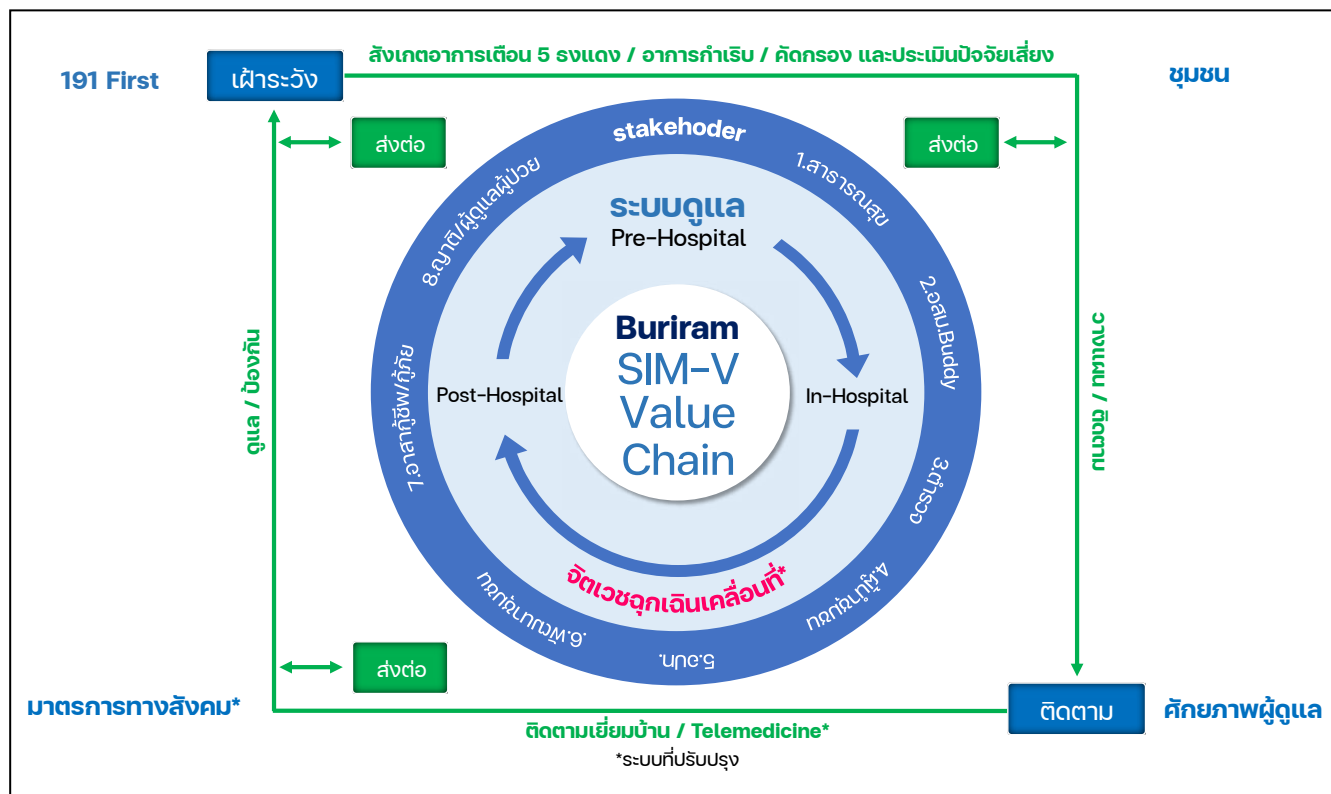
ผู้ให้บริการจิตเวชในชุมชน	บทบาทหน้าที่
1. บุคลากรสาธารณสุข 1.1 เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่ 1.2 แพทย์โรงพยาบาลชุมชน	ดูแลใกล้ชิดกลุ่มสีเหลือง ทำทะเบียนจำแนกประเภทผู้ป่วยตามปัจจัยเสี่ยง ประเมิน OAS เมื่อได้รับการประสานจาก อสม. buddy (กรณีประเมิน OAS ได้ 1 คะแนน ให้ รพ.สต. บริหารจัดการเบื้องต้น ขอรับการรักษาและประสานส่งต่อ 2 - 3 คะแนน แจ้งเจ้าหน้าที่ตำรวจในกรณีฉุกเฉินหรือเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง) จำหน่ายและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ในอำเภอ ดูแลใกล้ชิดกลุ่มสีแดง ให้คำปรึกษา ประสานรับ-ส่งต่อผู้ป่วย จัดระบบบริการภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช บำบัดรักษา ดูแลต่อเนื่องในชุมชน และติดตามเมื่อขาดนัด
2. อสม. buddy	ชี้เป้า เฝ้าระวัง โดยดูแลใกล้ชิดกลุ่มสีเขียว ติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมิน 2ย. 1ส. 5 สัญญาณเตือน 5 ธงแดง ประสานส่งต่อกรณีมีความเสี่ยงเกิดความก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน ประสานเจ้าหน้าที่ปกครอง ตำรวจ
3. เจ้าหน้าที่ตำรวจ	บริหารสถานการณ์รุนแรง ควบคุมสถานการณ์ เจรจาต่อรองช่วยเหลือผู้ประสบเหตุส่งโรงพยาบาล ดูแลความปลอดภัย
4. ผู้นำชุมชน/หมู่บ้าน	แจ้งเหตุ ประสานงาน ช่วยเฝ้าระวัง ลงเยี่ยมให้กำลังใจ ควบคุมสถานการณ์
5. อปท.	จัดกิจกรรมการฝึกอาชีพ สร้างขวัญกำลังใจ สนับสนุนการดูแลความปลอดภัยในพื้นที่
6. อาสาฯ/ซีพี/กู้ภัย	สอดส่อง ดูแล ให้กำลังใจ เป็นผู้ช่วยพนักงานในการควบคุมสถานการณ์ที่เกิดเหตุ ช่วยนำส่งโรงพยาบาล
7. พัฒนาสังคม	ช่วยฟื้นฟูสภาพทางสังคม ประสานด้านสวัสดิการสังคมต่าง ๆ
8. ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย	สังเกตอาการหากพบอาการสัญญาณเตือน แจ้ง อสม. buddy ให้ความร่วมมือในการติดตามดูแลการกินยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

หลังทดลองใช้ระบบเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบปัญหาดังนี้ 1) ผู้ป่วย SMI-V ส่วนใหญ่มีสาเหตุกระตุ้นจากการดื่มสุรา 2) เจ้าหน้าที่ประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่รับส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชนมารับการรักษา ยังไม่เข้าใจและไม่มีช่องทางพิเศษ (ER Fast track) และ 3) การส่งตัวผู้ป่วยกลุ่มสีแดงเข้ารับการรักษามีความยากลำบาก และใช้เวลานานในการควบคุมตัวผู้ป่วย จึงมีการประชุม สทนหากลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงระบบ

ระยะที่ 4 การปรับปรุงพัฒนาระบบ

การปรับปรุงระบบ Buriram SMI-V value chain และนำไปทดลองใช้หลังปรับปรุงระบบกับผู้ป่วย SMI-V 145 คนในพื้นที่อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ มีรายละเอียดดังนี้ 1) การเพิ่มมาตรการทางสังคม ได้แก่ การห้ามร้านค้าจำหน่ายสุราให้ผู้ป่วยจิตเวชทุกคน โดย อปท. ทำหน้าที่ควบคุมและบังคับใช้มาตรการ 2) การเพิ่มช่องทางพิเศษที่แผนกอุบัติเหตุ

และฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่รับส่งต่อผู้ป่วย จัดทำแนวทางการรับส่งต่อ และเพิ่มบริการจิตเวชฉุกเฉินเคลื่อนที่ ณ จุดเกิดเหตุสำหรับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มีอาการกำเริบในพื้นที่ เพื่อประสานมายังช่องทางพิเศษแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาล (ตาม พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2562 ม.22 พ.ร.บ. การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 และพ.ร.บ. ยาเสพติด พ.ศ. 2564 ม.114)¹¹ และ 3) การจัดตั้งทีมช่วยเหลือ (call for help “191 First”) ที่ประกอบด้วยประชาชนและตำรวจร่วมปฏิบัติการเมื่อมีการแจ้งเหตุ 1669 เพื่อลดความเสี่ยงต่ออันตรายขณะนำส่งผู้ป่วยกลุ่มสีแดงหรือกรณีผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉินวิกฤต และ 4) การเพิ่มระบบบริการการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ในการให้บริการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหากพบสัญญาณเตือนที่อาจก่อให้เกิดความรุนแรง ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 ระบบ Buriram SMI-V value chain ที่ปรับจากคู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต⁴

ตารางที่ 4 ผลการประเมินก่อนและหลังพัฒนาระบบ Buriram SMI-V value chain

ตัวชี้วัดผลลัพธ์	ก่อนพัฒนาระบบ (ต.ค. 63 - ก.ย. 64) n = 73 จำนวน (ร้อยละ)	หลังทดลองใช้ระบบ (ต.ค. 65 - มี.ค. 66) n = 145 จำนวน (ร้อยละ)	นำระบบไปใช้จริง (เม.ย. - ก.ย. 66) n = 478 จำนวน (ร้อยละ)
1. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ได้รับการบำบัดรักษา (เป้าหมายร้อยละ 100)	64 (87.7)	145 (100.0)	478 (100.0)
2. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (เป้าหมายร้อยละ 100)	53 (68.8)	142 (97.9)	474 (99.2)
3. อุบัติการณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมีอาการกำเริบซ้ำ (เป้าหมายร้อยละ 0)	5 (6.5)	4 (2.8)	0 (0.0)

* การดูแลต่อเนื่อง หมายถึง การได้รับการดูแลในชุมชนโดยการติดตามเยี่ยมบ้านจากผู้จัดการรายกรณี (พยาบาลวิชาชีพ) จำนวน 1 ครั้ง ภายใน 1 เดือนหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ระยะที่ 5 การนำระบบไปใช้จริงและประเมินผลลัพธ์

การนำระบบ Buriram SMI-V Value Chain system ที่ปรับปรุงแล้วไปขยายการดำเนินงานครอบคลุมทั้ง 23 อำเภอของจังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน และใช้ตัวชี้วัดการดำเนินงานดูแลผู้ป่วย SMI-V มาติดตามประเมินผล พบผู้ป่วย SMI-V ทั้งหมด 478 คน จำแนกเป็น ผู้ป่วย SMI-V 1 ร้อยละ 17.0 ผู้ป่วย SMI-V 2 ร้อยละ 64.9 ผู้ป่วย SMI-V 3 ร้อยละ 14.4 และผู้ป่วย SMI-V 4 ร้อยละ 3.7 ผู้ป่วย SMI-V มีอัตราการได้รับการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 87.7 ในช่วงก่อนพัฒนาระบบเป็นร้อยละ 100 ในช่วงนำระบบไปใช้จริง และอัตราการได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.8 ในช่วงก่อนพัฒนาระบบเป็นร้อยละ 99.2 ในช่วงนำระบบไปใช้จริง และไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วย SMI-V มีอาการกำเริบซ้ำ ดังตารางที่ 4

วิจารณ์

ระบบ Buriram SMI-V value chain ที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่การค้นหาเฝ้าระวัง และส่งต่อผู้ป่วย SMI-V รวมถึงระบบบริการจิตเวชฉุกเฉินเคลื่อนที่ และมีความเข้าใจในอาการสัญญาณเตือนและปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ นอกจากนี้ภาคีเครือข่ายยังมีส่วนร่วมในการดำเนินมาตรการทางสังคม เช่น การไม่ขายสุราให้ผู้ป่วยจิตเวช เพื่อลดปัจจัยกระตุ้นต่อการก่อความรุนแรง

และอาการกำเริบ ส่งผลให้ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการบำบัดรักษา และดูแลต่อเนื่องเพิ่มขึ้นและมีอุบัติการณ์อาการกำเริบซ้ำลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่พบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการเชื่อมโยงการทำงานส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตเวชมีอาการกำเริบที่รุนแรงลดลงและเข้าถึงบริการมากขึ้น¹²⁻¹⁴

ปัจจัยสำเร็จของระบบ Buriram SMI-V value chain มีดังนี้ 1) ปัจจัยด้านบุคลากร ได้แก่ ผู้บริหารให้ความสำคัญและตอบสนองนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และทุกภาคีเครือข่ายเห็นว่าเป็นเรื่องของทุกคนในชุมชน ไม่ใช่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง 2) ปัจจัยด้านงบประมาณ ได้แก่ การสนับสนุนงบประมาณสำหรับการจัดทำแผนปฏิบัติการ 3) ปัจจัยด้านการสื่อสาร ได้แก่ การขับเคลื่อนงานโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และการนำระบบ telemedicine มาใช้เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล โดยการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวชและการให้คำปรึกษาโรงพยาบาลลูกข่ายจากจิตแพทย์โรงพยาบาลบุรีรัมย์ และ 4) ปัจจัยด้านเครือข่ายการทำงาน ได้แก่ การบูรณาการงานภายใต้ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต พบว่าความร่วมมือในพื้นที่ในการดำเนินมาตรการต่าง ๆ เช่น การจัดทีมเผชิญเหตุในการ

เข้าประเมินและเจรจากับผู้ป่วยก่อนทีมภายนอกเข้าพื้นที่ การเชื่อมต่อระหว่างชุดตำรวจท้องที่กับชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น และการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม ส่งผลต่อการลดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายของผู้ป่วย อีกทั้งยังทำให้ชุมชนเข้มแข็งพึ่งพาตนเองได้¹⁵⁻¹⁷

อย่างไรก็ตาม ระบบที่พัฒนาขึ้นยังมีข้อจำกัดคือ ในระยะ pre-hospital ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่กับผู้ดูแลตลอดเวลาต้องอาศัยภาคีเครือข่ายในชุมชนช่วยในการดูแล ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้ก็มีภาระหน้าที่ในการหาเลี้ยงชีพและครอบครัวตัวเอง ทำให้เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่อาจก่อความรุนแรง อาจมีการประสานงานในพื้นที่ล่าช้า จึงควรมีการปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยให้ญาติ/ผู้ดูแลแจ้งเจ้าหน้าที่ตำรวจก่อนออกไปทำภารกิจส่วนตัวและเพิ่มสายตรวจเข้ามาช่วยคอยสอดส่องดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดเหตุการณ์รุนแรง นอกจากนี้ยังพบว่าญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องพบเหตุการณ์ยังขาดทักษะในการสื่อสารและแจ้งเหตุฉุกเฉินเนื่องจากตกใจกับเหตุการณ์ ทำให้การเข้าช่วยเหลือล่าช้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดระยองที่พบว่าระบบการรับและแจ้งเหตุเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนา ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน¹⁵ จึงควรมีการส่งเสริมทักษะเหล่านี้ให้กับญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยและชุมชน

สรุป

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วย SMI-V ในชุมชน โดยภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดบุรีรัมย์ ทำให้ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการบำบัดรักษาและการดูแลอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้น ไม่เกิดอาการกำเริบซ้ำ และสามารถใช้ชีวิตประจำวันในชุมชนได้ ควรมีการศึกษาต่อยอดโดยการนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นหรือขยายผลในพื้นที่อื่นโดยการปรับกระบวนการบางส่วนตามความเหมาะสมกับบริบท

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์พิเชษฐ พืดขุนทด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ที่ให้คำแนะนำในการศึกษา และขอขอบคุณผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสตึก ภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอสตึก และเจ้าหน้าที่กลุ่มงาน

ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ที่ช่วยประสานงานและเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for caring for groups at risk for violence and drug users. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2022. (in Thai)
2. United States Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality. National Survey on Drug Use and Health, 2012 [distributor]. Michigan: Inter-university Consortium for Political and Social Research; 2015. doi:10.3886/ICPSR34933.v3.
3. Fazel S, Långström N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. JAMA. 2009;301(19):2016-23. doi:10.1001/jama.2009.675.
4. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Manual for the care system for psychiatric patients at high risk of committing violence for institutions/hospitals under the Department of Mental Health Ministry of Public Health. Bangkok: Prosperous Plus Company Limited; 2020. (in Thai)
5. Sriharaksa P. Caring for schizophrenic patients at risk of violence through the use of participatory case management in the community Muang District, Sakon Nakhon Province: A case study of Khamin Subdistrict, Mueang District, Sakon Nakhon Province. Journal of Health and Environmental Education. 2023;8(1):436-47. (in Thai)
6. Thai PBS Policy Watch. Mental health situation of Thai people Encountered a violent-economic crisis [internet]. Bangkok: Thai PBS News; 2023 [cited 2023 Dec 30]. Available from: <https://policywatch.thaipbs.or.th/article/life-7> (in Thai)
7. Bureau of Mental Health Service Administration, Department of Mental Health. Guidelines for

- continuous monitoring and care of psychiatric patients with alcohol/drugs/narcotics (Trial version). Bangkok: Prosperous Plus Company Limited; 2020 [cited 2023 Dec 30]. Available from: <https://mhso.dmh.go.th/fileupload/202104191676268002.pdf> (in Thai)
8. Buriram Provincial Public Health Office. Report on Serious Mental Illness with High Risk to Violence patients (SMI-V) Fiscal year 2020-2021. Buriram: Buriram Provincial Public Health Office; 2021. (in Thai)
 9. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Access to the mental health service system [internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2023 [cited 2023 Jan 14]. Available from: <https://dmc.dmh.go.th/AccessHealthServices> (in Thai)
 10. Cohen JM, Uphoff NT. Rural development participation: concept and measures for project design implementation and evaluation: rural development committee center for international studies. New York: Cornell University Press; 1981.
 11. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for caring for emergency psychiatric patients (Acute Care) for public health service units (Level A, S, M1 and M2) Trial version. Bangkok: Beyond Publishing Co., Ltd; 2020 [cited 2023 Jan 14]. Available from: https://mhso.dmh.go.th/page/subject_details.php?subject_id=174 (in Thai)
 12. Jard-ngoen G., Cheopakdee S. Development of community's psychiatric patients care process by Community party network at Bangpakong districts. Journal of Environmental and Community Health. 2020;5(2):78-85. (in Thai)
 13. Kaewyasri K. The model development of psychiatric patients' surveillance, screening and caring in the community LOEI province. Research and Development Health System Journal. 2022;15(2):328-42. (in Thai)
 14. Chudpimai R. Development of a care model for chronic psychiatric patients at-risk groups in the community through the participation process of network partners, Lamplimat district, Buriram province. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2022;16(3):851-67. (in Thai)
 15. Wachiradilok P, Dounghthipsirikul S, Sirisamutr T, Neungaud A. Seamless and integrated emergency medical services system for mental health crisis patients in Thailand. Journal of Health Systems Research. 2023;17(2):264-78. (in Thai)
 16. Pongpaew A, Somsinnakul S. The development of an integrative guideline for the emergency medical services system for emergency patients experiencing mental health crises in Rayong province. Journal of Nursing and Health Care. 2023;41(1):1-18. (in Thai)
 17. Wachiradilok P. Mental crisis emergency patient support under an integrated emergency medical service system in the area. Journal of Emergency Medical Services of Thailand. 2022;178(2):77-89. (in Thai)

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของรูปแบบการฝึกอบรมแกนนำและครอบครัวพลังบวกต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้จิตวิทยาเชิงบวกของแกนนำและครอบครัว

วันรับ : 27 มีนาคม 2567
วันแก้ไข : 15 สิงหาคม 2567
วันตอบรับ : 21 สิงหาคม 2567

จริญญา แก้วสกุลทอง, พย.ม.,
อัจฉริยา วัชรวิวัฒน์, กศ.ด.
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการฝึกอบรมแกนนำและครอบครัวพลังบวกต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้จิตวิทยาเชิงบวกของแกนนำชุมชนและครอบครัว

วิธีการ : การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ในพื้นที่นำร่องจังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำชุมชนและผู้ปกครองเด็กอายุ 9 - 15 ปี คัดเลือกแบบเจาะจงให้เข้าร่วมการฝึกอบรมกลุ่มแบบออนไลน์และออนไลน์ 5 สัปดาห์เกี่ยวกับหลักจิตวิทยาเชิงบวก การพัฒนามนุษย์ สิทธิเด็กขั้นพื้นฐาน สร้างวินัยเชิงบวก และการส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหาร เครื่องมือวัดผล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินการรับรู้ความสามารถ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การทดสอบค่าที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 30 คน อายุเฉลี่ย 44.6 ± 4 ปี เป็นหญิงร้อยละ 83.3 เป็นแกนนำชุมชนร้อยละ 63.3 เป็นพ่อแม่/ผู้ปกครองร้อยละ 36.6 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการรับรู้ความสามารถหลังการฝึกอบรมสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพึงพอใจโดยรวมต่อรูปแบบการฝึกอบรมอยู่ในระดับมากและมีความคิดเห็นว่าการฝึกอบรมมีเนื้อหาเหมาะสม เข้าใจง่าย และสามารถนำไปปรับใช้ได้จริงกับครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด

สรุป : รูปแบบฝึกอบรมแกนนำและครอบครัวพลังบวกมีแนวโน้มช่วยให้แกนนำชุมชนและครอบครัวเกิดความรู้จิตวิทยาเชิงบวกและมีการรับรู้ความสามารถในการใช้ทักษะจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อดูแลสุขภาพของบุคคลในครอบครัวและชุมชน

คำสำคัญ : แกนนำพลังบวก, ครอบครัวพลังบวก, รูปแบบการฝึกอบรม

ติดต่อผู้พิมพ์ : จริญญา แก้วสกุลทอง ; e-mail: jarinya@bcnsurat.ac.th

Original article

Effects of training model for leadership and positive parenting in family on knowledge and perceived self-efficacy in positive psychology among community leaders and parents

Received : 27 March 2024

Revised : 15 August 2024

Accepted : 21 August 2024

Jarinya Kaewsakulthong, M.N.S.,

Atchariya Watcharawiwat, Ed.D.

Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani

Abstract

Objective: To assess the effect of the training model for leadership and positive parenting on knowledge and perceived self-efficacy in positive psychology among community leaders and parents.

Methods: This was a one-group quasi-experimental study in Surat Thani province. Community leaders and parents of children aged 9 -15 years were purposively selected to receive a five-week online and on-site group training program on positive psychology, human development, basic child rights, positive discipline, and executive functions skills. The measurements included positive psychology knowledge, self-efficacy assessment, and training satisfaction assessment. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and content analysis.

Results: Of 30 participants with a mean age of 44.6 ± 4 years, 83.3% were female, 63.3% were community leaders, and 36.6% were parents. The mean scores of knowledge and perceived self-efficacy on positive psychology after the training were significantly higher than those before the training. Participants showed a high overall satisfaction with the training and reported that it had appropriate content, was easy to understand, and could be applied to their families and close people.

Conclusion: The training model has the potential to improve knowledge and self-efficacy in positive psychology among community leaders and parents for taking care of the well-being of individuals in families and communities.

Keywords: leadership, positive parenting in family, training model

Corresponding author: Jarinya Kaewsakulthong; e-mail: jarinya@bcnsurat.ac.th

ความรู้เดิม : การขาดความรู้และทักษะจิตวิทยาเชิงบวกของชุมชนและพ่อแม่/ผู้ปกครองในการส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจและสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างบุคคลส่งผลต่อปัญหาความรุนแรงในครอบครัว

ความรู้ใหม่ : แกนนำชุมชนและครอบครัวที่ได้รับการฝึกอบรมแกนนำและครอบครัวพลังบวกที่ครอบคลุมความรู้และทักษะ 4 หน่วยการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมเชิงบวก ได้แก่ การพัฒนามนุษย์ สิทธิเด็กขั้นพื้นฐาน เทคนิคการสร้างวินัยเชิงบวก และการส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหาร มีความรู้ความเข้าใจและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้ทักษะจิตวิทยาเชิงบวกเพิ่มขึ้น

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นแนวทางในการพัฒนาแกนนำชุมชนและครอบครัวให้มีความรู้และทักษะในการส่งเสริมความเข้าใจและสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างบุคคลเพื่อลดความรุนแรงในครอบครัว

บทนำ

ด้วยยุคสมัยและเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้ครอบครัวและชุมชนมีการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบและขาดทักษะการจัดการอารมณ์ จนอาจเกิดความรุนแรงในรูปแบบต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนและสังคม โดยเฉพาะความรุนแรงต่อเด็ก สตรี และความรุนแรงในครอบครัว ข้อมูลจากการประชุมวิชาการ 25 ปี ศูนย์พึ่งได้ กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ปี พ.ศ. 2566 มีผู้เข้ารับบริการที่ศูนย์พึ่งได้โรงพยาบาล 829 แห่ง จำนวน 12,467 ราย ในจำนวนนี้มีเด็กถูกกระทำ ความรุนแรง 6,333 ราย (ร้อยละ 45.2) และสตรีถูกกระทำ ความรุนแรง 11,112 ราย (ร้อยละ 89.13) โดยมีเด็กและสตรีถูกกระทำ ความรุนแรงเฉลี่ย 42 รายต่อวัน¹ ข้อมูลจากบ้านพักเด็กและครอบครัว กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ พบว่า มีเด็กและสตรีถูกกระทำ ความรุนแรงจำนวนทั้งสิ้น 731 ราย ในจำนวนนี้สตรีอายุ 18 ปีขึ้นไปถูกกระทำมากที่สุด จำนวน 585 ราย (ร้อยละ 80.03)² นอกจากนี้รายงานสถานการณ์กลุ่มเยาวชนพื้นที่กลุ่มจังหวัดภาคใต้ตอนบนโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ประจำปี พ.ศ. 2565

พบเยาวชนที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม 577 คน คิดเป็นร้อยละ 0.12 ของเยาวชนในพื้นที่ โดยพบสูงสุดในจังหวัดกระบี่ ร้อยละ 0.42 และพบเยาวชนที่ถูกทารุณกรรมทางร่างกายทางจิตใจ และทางเพศ 74 คน คิดเป็นร้อยละ 0.02 ของเยาวชนในพื้นที่³

สุราษฎร์ธานีเป็นจังหวัดในภาคใต้ตอนบนซึ่งมีพื้นที่ทั้งแผ่นดินใหญ่และเกาะ ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม ปศุสัตว์ ประมง การบริการ และการท่องเที่ยว การขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วและความแตกต่างหลากหลายของลักษณะประชากร ทั้งเชื้อชาติ ศาสนา และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้ประชากรในจังหวัดเกิดความเคร่งเครียดในการดำเนินชีวิต เป็นเหตุให้สังคมเกิดปัญหาต่าง ๆ รวมถึงปัญหาความรุนแรงในครอบครัว เช่น การทำร้ายร่างกาย การชู้บังคับ การดุด่า การข่มขืน การล่อลวง อนาคต และการละเลยทอดทิ้ง แม้หน่วยงานภาครัฐได้ใช้มาตรการต่าง ๆ เพื่อการป้องกันและแก้ไขความรุนแรงที่เกิดขึ้น แต่ปัญหาดังกล่าวยังคงมีแนวโน้มรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น⁴

จากนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันครอบครัว พ.ศ. 2560 - 2564⁵ และการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมและครอบครัวดังที่ได้กล่าวมา จังหวัดสุราษฎร์ธานีได้มีการวางแผนดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญห ความรุนแรงในครอบครัว โดยมุ่งพัฒนาแกนนำชุมชนและครอบครัวให้มีความรู้และทักษะในการใช้หลักจิตวิทยาเชิงบวก ซึ่งสามารถส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวและชุมชนมีทัศนคติที่ดีและส่งผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมเชิงบวกในการดำเนินชีวิต ทั้งนี้การศึกษาการพัฒนาแกนนำชุมชนส่วนใหญ่เป็นการอบรมให้ความรู้ซึ่งมีข้อจำกัดในการนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง การศึกษานี้จึงสนใจศึกษาผลของรูปแบบการฝึกอบรมแกนนำชุมชนและครอบครัวโดยประยุกต์ใช้แนวคิด 4 ประการ ได้แก่ 1) แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกของ Huppert⁶ ซึ่งช่วยให้เกิดความเข้าใจการดำเนินไปของพฤติกรรมบุคคลเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาบุคคล 2) แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ

Bandura⁷ ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญที่ช่วยในการตัดสินใจในการลงมือทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างต่อเนื่องให้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ 3) แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง และส่งเสริมให้เกิดการจัดระบบการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสมเพื่อเพิ่มพูนทักษะและความเชี่ยวชาญ⁸ และ 4) แนวคิดการเสริมแรงด้วยการให้ประสบการณ์แห่งความสำเร็จที่มีส่วนสำคัญให้เกิดแรงผลักดันในการพัฒนาตนเองรวมทั้งปรับใช้ความรู้และทักษะให้เกิดประโยชน์⁹

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้จิตวิทยาเชิงบวกและการรับรู้ความสามารถในการใช้ทักษะจิตวิทยาเชิงบวกของแกนนำชุมชนและครอบครัวก่อนและหลังฝึกอบรมแกนนำและครอบครัวพลังบวก และ 2) ศึกษาความพึงพอใจของแกนนำชุมชนและครอบครัวต่อรูปแบบการฝึกอบรม

วิธีการ

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) รูปแบบกลุ่มทดลองกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) ในพื้นที่นาร่อง 4 แห่ง ได้แก่ ตำบลบางกุ้ง ตำบลมะขามเตี้ย ในเขตอำเภอเมือง และตำบลสินเจริญ ตำบลสินปุน อำเภอพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

แกนนำชุมชนและครอบครัวที่เข้าร่วมโครงการครอบครัวไทยไร้ความรุนแรงของศูนย์คุณธรรม (องค์การมหาชน) คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นแกนนำชุมชนและครอบครัวที่เข้าร่วมโครงการย่อย positive parenting in family ภายใต้โครงการวิจัยเรื่อง ชุดแผนงานครอบครัวไทยไร้ความรุนแรงของศูนย์คุณธรรม (องค์การมหาชน) ปี พ.ศ. 2565 และ 2) มีบุตรหลานอายุอยู่ในช่วง 9 - 15 ปี เกณฑ์การคัดออก คือ มีปัญหาสุขภาพที่มีผลต่อการเข้ารับการอบรม เช่น การเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตและจิตเวช

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการฝึกอบรม (means differences between two dependent means) โดยอ้างอิงการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของณัฐพล พูลวิเชียร และวุฒิชัย จริยา¹⁰ คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 41.52 และ 54.70 คะแนน ตามลำดับ อำนาจการทดสอบก่อนวิจัย (priori power analysis) กำหนดค่าความผิดพลาดในการทดสอบแบบที่ 1 (type I error) เท่ากับ 0.05 อำนาจในการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.8 และขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ 0.5¹¹ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 27 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือการออกจากการวิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมเป็น 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

การฝึกอบรมแกนนำและครอบครัวพลังบวก ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติ 4 หน่วยการเรียนรู้ ได้แก่ 1) ความรู้รากฐานการพัฒนามนุษย์ 3 มิติ ประกอบด้วยมิติพัฒนาการ 4 ด้าน มิติพัฒนาการด้านตัวตน และมิติพัฒนาการทักษะสมองด้านการคิดเชิงบริหาร (executive functions: EF) เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการมนุษย์และการสื่อสารเชิงบวกในการส่งเสริมพัฒนาการ ความผูกพันทางอารมณ์ที่ทำให้เกิดการรับรู้ถึงความมั่นคงปลอดภัยและไว้ใจผู้เลี้ยงดู และทักษะ EF ในการกำกับความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง 2) สิทธิเด็กขั้นพื้นฐาน ว่าด้วยอนุสัญญาสิทธิเด็ก สิทธิเด็กที่ควรรู้ และการละเมิดสิทธิเด็กขั้นพื้นฐาน เพื่อให้ผู้เข้าอบรมรับรู้และเข้าใจสิทธิเด็กขั้นพื้นฐานรวมถึงแสดงบทบาทผู้เลี้ยงดูอย่างเหมาะสม 3) เทคนิคการสร้างวินัยเชิงบวก ประกอบด้วยหลักการและวิธีการใช้เทคนิคในการสร้างวินัยเชิงบวก (ปลอดภัยก่อนสอนทีหลัง ฟังให้มาก ชื่นชมให้บ่อย) เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถใช้เทคนิคการสร้างวินัยเชิงบวกที่ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับเด็ก และ 4) การส่งเสริมทักษะสมอง EF ผ่านกิจกรรมเชิงบวก เพื่อให้ผู้เข้าอบรมเข้าใจและสามารถจัดกิจกรรม

เพื่อส่งเสริมทักษะ EF ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มทักษะพื้นฐาน ได้แก่ การจำเพื่อใช้งาน การยั้งคิดไตร่ตรอง และการยืดหยุ่นความคิด กลุ่มทักษะกำกับตนเอง ได้แก่ การจดจ่อใส่ใจ การควบคุมอารมณ์ และการติดตามประเมินตนเอง และกลุ่มทักษะปฏิบัติ ได้แก่ การริเริ่มลงมือทำ การวางแผนจัดระบบดำเนินการ และการมุ่งเป้าหมาย

การฝึกอบรมเป็นรายกลุ่มใช้ระยะเวลาทั้งหมด 5 สัปดาห์ สื่อสารและนัดหมายผ่านแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม ซึ่ง 1 หน่วยการเรียนรู้ดำเนินการเสร็จภายใน 1 สัปดาห์ โดยยืดหยุ่นตามสภาพจริง การเรียนรู้ในแต่ละหน่วยมีรูปแบบ การฝึกอบรม 4 ส่วน รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1 หลังเสร็จสิ้นการฝึกอบรมผู้วิจัยประเมินผลด้วยการสังเกต การสัมภาษณ์ การทดสอบความรู้เกี่ยวกับจิตวิทยาเชิงบวก การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้ทักษะ จิตวิทยาเชิงบวก และการประเมินความพึงพอใจของแกนนำ และครอบครัวต่อการส่งเสริมครอบครัวพลังบวก

รูปแบบการฝึกอบรมแกนนำและครอบครัวพลังบวก ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ จิตแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเด็กและครอบครัว และนักจิตวิทยาคลินิก มีความตรงเชิงเนื้อหาโดยมีค่าดัชนี ความสอดคล้อง (index of item-objective congruence: IOC) ระหว่าง 0.67 - 1.00

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามแบบให้ เลือกตอบและแบบปลายเปิดจำนวน 6 ข้อ

2. แบบทดสอบความรู้จิตวิทยาเชิงบวก ปรับปรุง จากแบบประเมินความรู้ในคู่มือค่ายครอบครัวพลังบวก โครงการย่อย positive parenting in family ซึ่งใช้วัดความรู้ ก่อนและหลังการฝึกอบรมทั้ง 4 หน่วยการเรียนรู้ จำนวน 18 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน โดยปรับลักษณะข้อคำถามและแบ่งระดับ ความรู้เป็นร้อยละ 3 ระดับ ได้แก่ ร้อยละ 80 ขึ้นไปหมายถึง มีความรู้ระดับดี ร้อยละ 61 - 79 หมายถึงมีความรู้ระดับพอใช้ และร้อยละ 60 ลงมาหมายถึงมีความรู้ระดับต้องปรับปรุง

เครื่องมือมีค่า IOC ระหว่าง 0.67 - 1.00 และมีความเที่ยงด้วย วิธี Kuder - Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.62

3. แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการใช้ทักษะจิตวิทยาเชิงบวก ปรับปรุงจากแบบประเมิน ความรู้จากคู่มือค่ายครอบครัวพลังบวก จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มั่นใจ อย่างยิ่ง ไม่ค่อยมั่นใจ ไม่แน่ใจ มั่นใจ และมั่นใจอย่างยิ่ง โดยคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึงมีการรับรู้ความสามารถ ระดับต้องปรับปรุง คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึงมีการ รับรู้ความสามารถระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึงมีการรับรู้ความสามารถระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึงมีการรับรู้ความสามารถระดับดี และ คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึงมีการรับรู้ความสามารถ ระดับมาก แบบประเมินมีค่า IOC ระหว่าง 0.67 - 1.00 และ มีความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.86

4. แบบประเมินความพึงพอใจของแกนนำและ ครอบครัวพลังบวก ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ Rainer และ Martin¹² มี 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 เป็นการ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบ 5 ด้าน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ความพึงพอใจ น้อยที่สุด ความพึงพอใจน้อย ความพึงพอใจปานกลาง ความพึงพอใจมาก และความพึงพอใจมากที่สุด โดยคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึงมีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึงมีความพึงพอใจระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึงมีความพึงพอใจระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึงมีความพึงพอใจระดับมาก และคะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึงมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ส่วนที่ 2 เป็นแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) มีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด 5 ข้อ ได้แก่ ความคิดเห็น ในการฝึกอบรมเกี่ยวกับบรรยากาศการเรียนรู้ กิจกรรม สื่อการเรียนรู้ ระยะเวลาที่ใช้ และประโยชน์ที่ได้จากการนำไปใช้ กับบุคคลในครอบครัว แบบประเมินทั้งฉบับมีค่า IOC ระหว่าง 0.67 - 1.00

ตารางที่ 1 รายละเอียดรูปแบบการฝึกอบรมแกนนำและครอบครัวพลังบวก

รูปแบบการฝึกอบรม	กิจกรรมย่อย	ช่องทาง	ระยะเวลา	ผู้เข้าอบรม	วิทยากร	
สัปดาห์ที่ 1 - 4 (หน่วยการเรียนรู้/ 1 สัปดาห์)	1) การบรรยายเนื้อหา	ประเมินก่อนการฝึกอบรม	ออนไลน์ผ่าน Google Form	15 นาที	แกนนำ 19 คน ครอบครัว 11 คน	ทีมนักวิชาการ 5 คน (อำนวยความสะดวก)
	เรียนรู้สื่อวีดิทัศน์ (e-learning)	ศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองโดยการสแกน QR-Cord เพื่อรับชมสื่อวีดิทัศน์ (e-learning) ผ่าน YouTube ภายใต้อิच्छิตีของศูนย์คุณธรรม (องค์การมหาชน)	15 นาที/ ทุกวันอาทิตย์	แกนนำ 19 คน ครอบครัว 11 คน	ทีมนักวิชาการ 5 คน (อำนวยความสะดวก)	
	บรรยายในช่วงพักทฤษฎี	บรรยายในช่วงพักทฤษฎี	ออนไลน์ผ่าน Microsoft Teams	1 ชั่วโมง/ ทุกวันอาทิตย์	แกนนำ 19 คน ครอบครัว 11 คน	วิทยากร 2 คน
	2) กิจกรรมกลุ่ม (focus group)	ฝึกปฏิบัติ	ออนไลน์ผ่าน Microsoft Teams	1 ชั่วโมง/ ทุกวันอังคาร	แกนนำ 19 คน ครอบครัว 11 คน	วิทยากร 2 คน และ ผู้ช่วย 3 คน
	แลกเปลี่ยนเรียนรู้	ออนไลน์ผ่าน Microsoft Teams	15 นาที/ ทุกวันอังคาร	แกนนำ 19 คน ครอบครัว 11 คน	วิทยากร 2 คน และ ผู้ช่วย 3 คน	
สัปดาห์ที่ 5	3) การทำการบ้าน/ ใ้งาน	ทำการบ้าน/ใ้งาน	ทำการบ้าน/ใ้งาน	ภายในวันพุธ ถึง พฤหัสบดี	แกนนำ 19 คน ครอบครัว 11 คน	ทีมนักวิชาการ 5 คน (อำนวยความสะดวก)
	4) กิจกรรมติดตามผล การนำความรู้และทักษะไปใช้	ประชุมกลุ่ม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้	ออนไลน์ผ่าน Microsoft Teams	2 ชั่วโมง/ ทุกวันเสาร์	แกนนำ 19 คน ครอบครัว 11 คน	วิทยากร 2 คน และ ผู้ช่วย 3 คน
		ประเมินหลังการฝึกอบรม	ออนไลน์ผ่าน Google Form	15 นาที	แกนนำ 19 คน ครอบครัว 11 คน	ทีมนักวิชาการ 5 คน (อำนวยความสะดวก)
	ประชุมติดตาม	ออนไลน์ ณ หอประชุมชุมชนศรีวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี	3 ชั่วโมง หลังเสร็จสิ้นการอบรม 1 สัปดาห์	แกนนำ 19 คน ครอบครัว 11 คน	วิทยากร 2 คน และ ผู้ช่วย 3 คน ทีมนักวิชาการ 5 คน	

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วยการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลพบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับจิตวิทยาเชิงบวก คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้ทักษะจิตวิทยาเชิงบวก และคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการฝึกอบรมมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรดังกล่าวระหว่างก่อนและหลังการฝึกอบรมด้วยการทดสอบค่าที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test)

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี หนังสือรับรองเลขที่ 2022/27 วันที่ 9 กันยายน 2565 โดยก่อนการวิจัยกลุ่มตัวอย่างได้รับการเชิญชวนให้เป็นอาสาสมัครในโครงการครอบครัวไทยไร้ความรุนแรงและได้รับการชี้แจงว่าการร่วมโครงการถือเป็นการยินยอมเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยด้วยเช่นกัน กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้อาสาสมัครนำเอกสารไปศึกษาและตัดสินใจด้วยตนเอง เมื่อตกลงเข้าร่วมโครงการแล้วอาสาสมัครจึงลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการ

ในการดำเนินการอบรมกลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาความลับ และได้รับการปฏิบัติตามแนวทางด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผล

กลุ่มตัวอย่าง 30 คน เป็นหญิง 25 คน (ร้อยละ 83.3) ชาย 5 คน (ร้อยละ 16.7) เป็นแกนนำ 19 คนและเป็นพ่อแม่/ผู้ปกครอง 11 คน (ร้อยละ 63.3 และ 36.6 ตามลำดับ) มีอายุเฉลี่ย 44.6 ± 4 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 17 คน ระดับมัธยมศึกษา 6 คน (ร้อยละ 83.8 และ 14.0 ตามลำดับ) ประกอบอาชีพรับราชการ 12 คน อาชีพรับจ้าง 7 คน (ร้อยละ 27.9 และ 16.3 ตามลำดับ) มีความสัมพันธ์กับเด็กและเยาวชน เป็นมารดา 20 คน เป็นพ่อและญาติ 5 คนเท่ากัน (ร้อยละ 46.5 และ 11.6 ตามลำดับ) โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนเข้ารับการอบรมทั้งแบบออนไลน์และออนไซต์ครบทั้ง 4 หน่วยการเรียนรู้และการประชุมติดตาม

คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้เข้ารับการอบรมหลังการฝึกอบรมสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถหลังการฝึกอบรมสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 3 และคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการฝึกอบรมโดยรวมอยู่ในระดับมาก แสดงดังตารางที่ 4

จากการสนทนากลุ่ม กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการฝึกอบรมดังนี้ 1) ด้านบรรยากาศการเรียนรู้ ช่วยกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้มีส่วนร่วม ขณะทำกิจกรรม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มย่อยทำให้เกิดความกระตือรือร้นในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การนำความรู้ไปปรับใช้เป็นอย่างดี 2) ด้านกิจกรรมการอบรม เป็นการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการที่มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ชัดเจนในแต่ละกิจกรรม ส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความรู้และเกิดทักษะจิตวิทยาเชิงบวกที่สามารถนำไปใช้ได้จริง และมีการประเมินผลโดยการใช้แบบทดสอบและการทำบ้านที่ส่งเสริมให้เกิดการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เข้าอบรมด้วยกัน รวมถึงการติดตามทุก 1 สัปดาห์ทำให้เกิดการพัฒนาความรู้ และทักษะการใช้หลักจิตวิทยาเชิงบวกอย่างต่อเนื่อง 3) ด้านสื่อ

การเรียนรู้ มีการใช้คลิปวิดีโอที่มีเนื้อหาเหมาะสม เข้าใจง่าย น่าสนใจ ชวนติดตาม และเข้าถึงได้ผ่านทาง YouTube ซึ่งสามารถเข้าไปศึกษาด้วยตนเองได้ตามเวลาที่สะดวก 4) ด้านระยะเวลา เป็นการฝึกอบรมที่ใช้รูปแบบออนไลน์ทาง Microsoft Team โดยใช้ช่วงเวลาที่ผู้เข้าอบรมสามารถเข้าได้คือหลังเลิกงาน (เวลา 18.00 - 20.00 น.) และการจัดกิจกรรมประชุมติดตามแบบออนไลน์ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ระยะเวลา มีความกระชับและเหมาะสมกับเนื้อหา 5) ด้านประโยชน์ที่ได้รับ เกิดการพัฒนาในการประยุกต์ใช้จิตวิทยาเชิงบวกกับบุคคลในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด เป็นการส่งเสริมศักยภาพการเป็นแกนนำให้สามารถประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะในการทำงานเพื่อชุมชน อีกทั้งจะนำไปขยายผลกับคนในชุมชนต่อไป

วิจารณ์

ผู้เข้ารับการฝึกอบรมแกนนำและครอบครัวพลังบวกมีความรู้เกี่ยวกับจิตวิทยาเชิงบวกสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับแนวคิดของ Leontopoulou¹³ ที่กล่าวถึงหลักของจิตวิทยาเชิงบวก 4 ประเด็นซึ่งช่วยให้เกิดความเข้าใจการดำเนินไปของพฤติกรรมบุคคล เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์เชิงบวก จิตลักษณะที่มีความคงทนภายในบุคคล ความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างบุคคลกับกลุ่มและสถาบันที่ส่งผลในเชิงบวกต่อบุคคล เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีการพัฒนารูปแบบการทำงานของชุมชนนำร่องกับทีมสหวิชาชีพในการคุ้มครองสวัสดิภาพของบุคคลในครอบครัว¹⁴ และการพัฒนาแกนนำชุมชนในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อลดความรุนแรงในครอบครัวของภักชลดา พुरुเพชรแก้ว¹⁵ ซึ่งการฝึกอบรมดังกล่าวเน้นการพัฒนาศักยภาพแกนนำในชุมชนด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่วนรูปแบบการฝึกอบรมในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้นำหลักจิตวิทยาเชิงบวก⁶ ครอบคลุมความรู้รากฐานด้านการพัฒนามนุษย์ สิทธิเด็กขั้นพื้นฐาน เทคนิคการสร้างวินัยเชิงบวก และการส่งเสริมทักษะ EF ร่วมกับการพัฒนารูปแบบการฝึกอบรมที่คำนึงถึงการมีส่วนร่วม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการเสริมแรงด้วยการให้ประสบการณ์แห่งความสำเร็จ โดยในการฝึกอบรมมีทั้งภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ ส่งผลให้แกนนำชุมชนและ

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับจิตวิทยาเชิงบวกก่อนและหลังการฝึกอบรมแกนนำและครอบครัวพลังบวก

ความรู้เกี่ยวกับจิตวิทยาเชิงบวก	mean	SD	ร้อยละของคะแนน	แปลผล	t	p-value
ก่อนฝึกอบรม	8.76	2.12	48.66	ต้องปรับปรุง	-15.33	< .001
หลังฝึกอบรม	15.80	1.42	87.77	ระดับดี		

SD = standard deviation

ตารางที่ 3 ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้ทักษะจิตวิทยาเชิงบวกก่อนและหลังการฝึกอบรมแกนนำและครอบครัวพลังบวก

การรับรู้ความสามารถของตนเอง	mean	SD	แปลผล	t	p-value
ก่อนฝึกอบรม	2.77	0.49	ระดับปานกลาง	-16.39	< .001
หลังฝึกอบรม	4.41	0.29	ระดับมาก		

SD = standard deviation

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการฝึกอบรมแกนนำและครอบครัวพลังบวกโดยรวมและรายด้าน

ความพึงพอใจ	mean	SD	แปลผล
บรรยากาศการเรียนรู้	4.41	0.56	มาก
กิจกรรมการอบรม	4.52	0.54	มากที่สุด
สื่อการเรียนรู้	4.16	0.49	มาก
โดยรวม	4.45	0.31	มาก

SD = standard deviation

ครอบครัวสามารถนำความรู้และทักษะในทุกกิจกรรมไปปฏิบัติกับบุคคลในครอบครัวและคนใกล้ชิดได้อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการฝึกอบรม

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวมหลังการฝึกอบรมสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้จากการฝึกอบรมในการศึกษานี้พัฒนาขึ้นเพื่อแก้สาเหตุของปัญหาความสัมพันธ์และความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งเป็นปัญหาที่ตรงกับบริบทของชุมชนแห่งนี้ จึงมีผลให้แกนนำและครอบครัวรับรู้ความสามารถของตนเองในการนำความรู้และทักษะจิตวิทยาเชิงบวกไปประยุกต์ใช้ได้ ในสถานการณ์จริง เห็นได้จากกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่กลุ่มตัวอย่างได้บอกเล่าถึงประสบการณ์การใช้ทักษะจิตวิทยาเชิงบวกทั้งด้านบวกและด้านลบ

มีการเสริมแรงด้วยการชมเชยให้กำลังใจซึ่งกันและกัน อีกทั้งพบว่าการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังฝึกอบรมอยู่ในระดับดี สะท้อนถึงการเชื่อมั่นและมีความมั่นใจในการใช้ทักษะจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อแก้ไขปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว นอกจากนี้การติดตามผลพร้อมแบบบันทึกการทำกิจกรรม (การบ้าน) ยังช่วยให้กลุ่มตัวอย่างยังปฏิบัติอย่างต่อเนื่องแม้สิ้นสุดการฝึกอบรม คล้ายคลึงกับผลการศึกษากการส่งเสริมจิตวิทยาเชิงบวกในกลุ่มแกนนำชุมชนเพื่อลดความรุนแรงในครอบครัวที่ผ่านมา¹⁵⁻²⁰ ซึ่งยึดชุมชนเป็นศูนย์กลางให้ความรู้ความเข้าใจและแนวทางการป้องกันปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ผนวกกับการสอดแทรกการเสริมพลังอำนาจ (empowerment) จึงช่วยให้ผู้รับการอบรมสามารถใช้เทคนิคการสื่อสาร การสร้างความเป็นมิตร เทคนิค

การสร้างการมีส่วนร่วม และการประสานเครือข่ายร่วมทำงาน เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาในระดับบุคคลได้

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการฝึกอบรมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่าการความพึงพอใจด้านกิจกรรมการอบรมอยู่ในระดับมากที่สุดและด้านบรรยากาศการเรียนรู้และด้านสื่อการเรียนรู้ที่อยู่ในระดับมากที่สุดสอดคล้องกับผลการสังเกตพฤติกรรมและสัมภาษณ์ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสนใจและกระตือรือร้นในการอบรมและมีความคิดเห็นว่ารูปแบบการฝึกอบรมเหมาะสมกับผู้รับการฝึกอบรม เนื่องจากส่วนใหญ่จัดในรูปแบบออนไลน์ซึ่งสะดวกในการเข้าอบรม แต่แต่ละหน่วยการเรียนรู้มีเนื้อหาที่เข้าใจง่าย ใช้สื่อและกิจกรรมที่หลากหลาย และใช้ระยะเวลายืดหยุ่นตามการออกแบบร่วมกับผู้รับการอบรม ส่วนการฝึกอบรมรูปแบบออนไลน์ทำให้กลุ่มตัวอย่างมาพบปะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคที่พบจากการนำความรู้และทักษะในการฝึกอบรมไปปรับใช้ในสถานการณ์จริง จึงเป็นแรงเสริมให้ผู้รับการอบรมได้พัฒนาตนเอง นอกจากนี้ยังมีความคิดเห็นว่าการฝึกอบรมมีความเป็นกันเอง ผ่อนคลาย และกระตุ้นให้อยากเรียนรู้ สอดคล้องกับการศึกษาของสิทธิชัย โพธิ์ทอง²¹ และการศึกษาของสุธีรา อัมพาส และปฏิพัทธ์ จันทร์รุ่งเรือง²² ที่พบว่ารูปแบบการฝึกอบรมที่พัฒนาได้สอดคล้องกับความต้องการและสภาพปัญหาของผู้เข้าอบรมมีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับการฝึกอบรม และสอดคล้องกับการศึกษาของศักดิ์ชัย ยอดมีกลิ่น²³ ที่พบว่าวิทยากรที่มีความรู้ความชำนาญ สามารถถ่ายทอดความรู้ที่เข้าใจได้ง่าย และแนะนำเอาใจใส่ผู้เข้าอบรม รวมถึงการใช้สื่อที่หลากหลาย เข้าใจง่าย และน่าสนใจ มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับการฝึกอบรม

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดเนื่องจากการเป็นการศึกษาแบบหนึ่งกลุ่มการทดลองจึงไม่สามารถสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้และการรับรู้ความสามารถของกลุ่มตัวอย่าง เป็นผลมาจากการฝึกอบรมนี้โดยตรง โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแกนนำด้านสุขภาพ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคง

ของมนุษย์ (อพม.) อาจได้รับการพัฒนาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับจิตวิทยาเชิงบวกและประสบการณ์ในการดูแลครอบครัวจากแหล่งอื่น จึงอาจเป็นปัจจัยแทรกซ้อนต่อการเรียนรู้และฝึกทักษะนอกเหนือจากการเข้ารับการฝึกอบรมนี้ จึงควรมีการศึกษาโดยใช้กลุ่มควบคุมเพื่อยืนยันผลของการฝึกอบรม นอกจากนี้การนำรูปแบบการฝึกอบรมไปใช้ในพื้นที่อื่นซึ่งมีบริบทแตกต่างกันอาจทำให้เกิดผลลัพธ์แตกต่างกัน จึงควรศึกษาเพิ่มเติมในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป ทั้งนี้ ผู้ที่จะนำรูปแบบการฝึกอบรมไปใช้จำเป็นต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในด้านต่าง ๆ เช่น ทักษะพัฒนาการมนุษย์สัมพันธ์ขั้นพื้นฐาน การสร้างวินัยเชิงบวก และการส่งเสริมทักษะ EF ผ่านกิจกรรม รวมถึงการจัดฝึกอบรมจำเป็นต้องพิจารณาถึงความพร้อมและความร่วมมือของบุคลากรในด้านต่าง ๆ เพื่อให้การฝึกอบรมมีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้

สรุป

แกนนำชุมชนและครอบครัวในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานีที่ได้รับการฝึกอบรมแกนนำและครอบครัวพลังบวกมีความรู้ความเข้าใจและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้ทักษะจิตวิทยาเชิงบวกเพิ่มขึ้นและมีความพึงพอใจต่อการเข้ารับการอบรมในระดับมาก จึงควรสนับสนุนการนำรูปแบบฝึกอบรมแกนนำและครอบครัวพลังบวกไปใช้เพื่อส่งเสริมให้แกนนำ พ่อแม่ ผู้ปกครอง หรือผู้ที่สนใจแสดงพฤติกรรมเชิงบวกและมีสัมพันธภาพอันดีระหว่างบุคคล เพื่อลดความรุนแรงในครอบครัวต่อไป

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

จริญญา แก้วสกุลทอง : เขียนโครงร่าง ออกแบบเครื่องมือ วิเคราะห์ข้อมูล เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ ; อัจริยา วัชรวิวัฒน์ : ออกแบบเครื่องมือ เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ

เอกสารอ้างอิง

1. Royal Thai Government. Academic Conference “25 Years of the Ministry of Public Health” [Internet]. Bangkok: Ministry of Public Health; 2023 [cited 2024 Aug 10]. Available from: <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/79973> (in Thai)

2. Department of Women's Affairs and Family Development. Report on the situation of domestic violence for the year 2023 [Internet]. Bangkok: Ministry of Development and Human Security; 2023 [cited 2024 Aug 10]. Available from: <https://www.dwf.go.th//storage/77313/2dc3ce63-ad87-446f-b8c5-015f145c7905-document-6066.pdf> (in Thai)
3. Technical Promotion and Support Office 10, Ministry of Development and Human Security. Situation report in the upper southern provinces for the year 2021 [Internet]. Bangkok: Ministry of Development and Human Security; 2021 [cited 2023 Dec 7]. Available from: <https://ebooks.m-society.go.th/ebooks/view/636#page/4> (in Thai)
4. Phiutongngam S, Chevaroros S. Recent violence problems in southern Thailand: a case study of Surat Thani province. *Journal of Humanities and Social Sciences, Suratthani Rajabhat University*. 2016;8(1):209-34. (in Thai)
5. Department of Women's Affairs and Family Development. Clarification of guidelines for driving important missions of the Department of Women's Affairs and Family Institutions for the year 2022 [Internet]. Bangkok: Ministry of Development and Human Security; 2023 [cited 2023 May 4]. Available from: https://www.m-society.go.th/ewtadmin/ewt/mso_web/download/article/article_20220121150642.pdf (in Thai)
6. Huppert FA. Psychological well-being: evidence regarding its causes and consequences. *Appl Psychol Health Well Being*. 2009;1(2):137-64. doi:10.1111/j.1758-0854.2009.01008.x.
7. Bandura A. *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York: Freeman; 1997.
8. Khammanee T. *Teaching science: knowledge for organizing effective learning processes*. 20th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2016. (in Thai)
9. Kowtrakul S. *Educational psychology*. 13th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2021. (in Thai)
10. Phoonwichian N, Jariya W. Effect of resilience program on job burnout in village health volunteers of health area 2. *Journal of Health Science*. 2023;32(1):151-64. (in Thai)
11. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Earlbaum Associates; 1988.
12. Rainer KS, Martin JT. *Human behavior in response to social change: a guide to the special section*. *Eur Psychol*. 2010;15(4):243-45. doi:10.1027/1016-9040/a000059.
13. Leontopoulou S. A positive psychology intervention with emerging adults. *The European Journal of Counselling Psychology*. 2015;3(2):113-36. doi:10.5964/ejcop.v3i2.33.
14. Department of Women's Affairs and Family Development. This report on the deplorable situation of parents under section 17 protects those accused of violence by their parents for the years 2007, 2014 [Internet]. Bangkok: Ministry of Development and Human Security; 2023 [cited 2023 May 4]. Available from: <https://www.dwf.go.th//storage/55536/653d4dd1-5ed5-42be-b1c4-ae-467f5a90a2-document-5874.pdf> (in Thai)
15. Phrurphetkao P. *Community leaders as a change agent to reduce domestic violence: a case study of a community in Bangkok Noi district, Bangkok [dissertation]*. Bangkok: Thammasat University; 2016. (in Thai)
16. Suriyawan K. *Effects of positive psychology group intervention to support character strengths in courage for visually impaired students [Thesis]*. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2020. (in Thai)
17. Bureau of Royal Initiative, Commemoration and Special Projects. *Project: driving multidisciplinary processes and mechanisms in model community areas to help Protect children, women and family members who have been subjected to violence [Internet]*. Bangkok: Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health; 2016 [cited 2023

- Oct 23]. Available from: http://gishealth.moph.go.th/healthmap/upload/document/work_10687_301116_155155.pdf (in Thai)
18. Sanprasit Y, Boonprakob P, Kongsakon R, Intarakamhang U. Domestic violence prevention model with participatory action of families and community: a case study of a community in Pathumthani province. *Journal of Behavioral Science*. 2011;17(2):19-36.
 19. Office of the Permanent Secretary. Thailand human security report 2022 [Internet]. Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security; 2023 [cited 2023 Dec 27]. Available from: <https://sakaeo.m-society.go.th/>. (in Thai)
 20. Jaiboon P. A study of self-efficacy, intrinsic needs, interests, and teaching goals as they relate to teacher instruction behaviors [dissertation]. Chonburi: Burapha University; 2018. (in Thai)
 21. Photong S, Cousnit S, Tansirikongkhon V, Srinisarnsakul S. The levels of trainees' satisfaction towards department of skill development 3, Chonburi. *Journal of Politics, Administration and Law*. 2023;15(2):74-96. (in Thai)
 22. Amphaphon S, Chanrungruang P. The satisfactions of the trainees for service of good government official course a case study: ministry of natural resources and environment. *RMUTP Research Journal Humanities and Social Sciences*. 2016;1(1): 1-11. (in Thai)
 23. Chantharamalee J, Chatchawalanont N, Songma S, Tangkraingij P. Satisfactions towards training and efficiency of training curriculum for teacher development and educational personnel fiscal year 2017: a case study of introduction Python with PyCharm Edu [Internet]. Sakon Nakhon: Kasetsart University Chalermphrakiat Sakon Nakhon Province Campus; 2017 [cited 2023 May 9]. Available from: https://dusithost.dusit.ac.th/~juthawut_cha/download/PyCharm%20Edu%20Full%20Paper%20Edit%2029%20Sep%2060.pdf (in Thai)

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัญหา อุปสรรค และแรงจูงใจของผู้ปกครองในการพาเด็กกลุ่มเป้าหมาย มากระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ตามนัดหมายในช่วงปีงบประมาณ 2564 - 2565 ในเขตสุขภาพที่ 1

วันรับ : 2 พฤษภาคม 2567

วันแก้ไข : 13 กันยายน 2567

วันตอบรับ : 18 กันยายน 2567

หทัยชนนี บุญเจริญ, พ.บ.¹, ดวงกมล ตั้งวิริยะไพบูลย์, พ.บ.¹,
ภัทรีณี ไตรสถิตย์, ประ.ด.², พิมพัชรชัย ศรีคำมูล, ประ.ด.²
กชกานต์ คำหลวง, วท.บ.², สรศักดิ์ ทราอินทร์, วท.บ.²,
สาลินี อ่างระเลาะห์พันธุ์, ประ.ด.²
สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต¹,
ภาควิชาสถิติ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อสำรวจปัญหา อุปสรรค และแรงจูงใจที่ทำให้ผู้ปกครองพาหรือไม่พาเด็กวัยแรกเกิดถึง 5 ปีกลุ่มเป้าหมายมารับบริการกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai early developmental assessment for intervention: TEDA4I) ในปีงบประมาณ 2564 - 2565 ตามนัดหมาย

วิธีการ : การวิจัยแบบผสมผสานวิธีในเขตสุขภาพที่ 1 ด้วยการศึกษาย้อนหลังจาก health data center เพื่อระบุผลการประเมินพัฒนาการและสถานะการติดตาม ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ปกครองของเด็กกลุ่มเป้าหมายทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามปัญหา อุปสรรค และแรงจูงใจในการพาเด็กมารับบริการกระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ chi-square และการทดสอบ Wilcoxon rank-sum

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 1,061 คน เป็นหญิงร้อยละ 81.0 อายุ 21 - 59 ปีร้อยละ 87.9 เด็กเป็นชายร้อยละ 67.9 และมีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้านร้อยละ 76.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ได้แก่ เพศ อายุ และผลการประเมินพัฒนาการของเด็ก และระยะทางในการเดินทาง พบว่าร้อยละ 43.6 ของกลุ่มตัวอย่างระบุว่าไม่สามารถพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย โดยให้เหตุผลว่าไม่มีเวลา มีปัญหาค่าใช้จ่าย และมีปัญหาการเดินทาง และในกลุ่มนี้ร้อยละ 23.8 ไม่ประสงค์นำเด็กกลับเข้าสู่ระบบเนื่องจากไม่มีเวลาและคิดว่าไม่จำเป็น ขณะที่กลุ่มที่พาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมายให้เหตุผลว่าเด็กยังมีพัฒนาการล่าช้าหรือมีพัฒนาการดีขึ้นจากการกระตุ้นครั้งล่าสุด

สรุป : ปัญหาการเดินทาง ค่าใช้จ่าย และทัศนคติของผู้ปกครองมีผลต่อการได้รับการกระตุ้นพัฒนาการของเด็ก ควรมีการพัฒนา ระบบเฝ้าระวังและติดตามตั้งแต่เด็กได้รับการประเมินพัฒนาการครั้งแรก เพิ่มช่องทางออนไลน์ในการเข้าถึงบริการและการติดตาม และส่งเสริมความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

คำสำคัญ : เด็กปฐมวัย, พัฒนาการล่าช้า, การกระตุ้นพัฒนาการ, TEDA4I

ติดต่อผู้นิพนธ์ : สาลินี อ่างระเลาะห์พันธุ์; e-mail: salinee.t@cmu.ac.th

Original article

The barriers and motivation of parents to take their children with developmental delays for TEDA4I developmental stimulation from 2021 - 2022 in Health Region 1, Thailand

Received : 2 May 2024

Revised : 13 September 2024

Accepted : 18 September 2024

Hathaichonnee Booncharoen, M.D.¹, Duangkamol Tangviriyapaiboon, M.D.¹,Patrinee Traisathit, Ph.D.², Pimwarat Srikummoon, Ph.D.²,Kodchakan Kamluang, B.S.², Sorasak Sai-In, B.S.²,Salinee Thumronglaohapun, Ph.D.²Rajanagarindra Institute of Child Development, Department of Mental Health¹,Department of Statistics, Faculty of Science, Chiang Mai University²

Abstract

Objective: To explore the barriers and motivation of parents in taking their children aged birth to five years with developmental delays for developmental stimulation with the Thai Early Developmental Assessment for Intervention (TEDA4I) from 2021 - 2022 in Health Region 1, Thailand.

Methods: This mixed-method study consisted of a retrospective analysis of the Health Data Center database and phone interviews to collect data on developmental screening results, follow-up status, and parental barriers and motivation regarding developmental stimulation. Data were analyzed by using descriptive statistics, chi-square test, and Wilcoxon rank-sum test.

Results: A total of 1,061 parents agreed to participate in the study, with the majority being female (81.0%) and 21 - 50 years old (87.9%). Most children were male (67.9%) and had at least one area of developmental delay (76.7%). Key factors influencing attendance at the TEDA4I sessions included the child's gender and age, developmental status, and distance to stimulation centers. Approximately 43.6% of the participants reported that they could not bring their children to the sessions, primarily due to perceived lack of time, childcare expenses, and travel distance. Additionally, 23.8% of this group declined to bring their children back to stimulation due to time-consuming and/or believing that it was unnecessary. In contrast, those able to take their children for stimulation as appointments reasoned that their children still had developmental delay or showed improvement from the last stimulation.

Conclusion: Travel challenges, financial constraints, and parental attitudes present significant barriers to children's proper developmental stimulation. An online system to monitor children in need of TEDA4I developmental stimulation, alongside policies aimed at raising awareness of this issue, should be implemented.

Keywords: early childhood, developmental delay, developmental stimulation, TEDA4I

Corresponding author: Salinee Thumronglaohapun; e-mail: salinee.t@cmu.ac.th

ความรู้เดิม : จากข้อมูลในระบบ HDC service ปีงบประมาณ 2564 - 2565 พบว่าในเขตสุขภาพที่ 1 มีเด็กวัยแรกเกิดถึง 5 ปีที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าจำนวนมากที่ติดตามไม่ได้จากระบบระหว่างการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I และยังไม่มีการรายงานปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการกระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย

ความรู้ใหม่ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ตามนัดหมายของเด็กกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ เพศ อายุ และผลการประเมินพัฒนาการของเด็ก และระยะทางในการเดินทางมากระตุ้นพัฒนาการ สาเหตุหลักของการไม่มารับการกระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย ได้แก่ ผู้ปกครองไม่มีเวลา ปัญหาค่าใช้จ่าย และปัญหาการเดินทาง ส่วนแรงจูงใจที่ทำให้ผู้ปกครองพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการ คือ เด็กยังมีพัฒนาการล่าช้าหรือมีพัฒนาการดีขึ้นจากการกระตุ้นครั้งล่าสุด

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : แนวทางในการพัฒนารูปแบบและระบบการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้า โดยควรเริ่มติดตามตั้งแต่เด็กได้รับการประเมินพัฒนาการ เพิ่มช่องทางออนไลน์ในการเข้าถึงบริการ และส่งเสริมความตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

บทนำ

ช่วงปฐมวัย (วัยแรกเกิดถึง 5 ปี) มีความสำคัญอย่างมากต่อพัฒนาการของเด็ก ซึ่งควรได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดการเจริญเติบโตและพัฒนาทักษะที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต¹⁻³ ความผิดปกติทางด้านพัฒนาการเริ่มเกิดขึ้นช่วงวัยเด็กและส่งผลคงอยู่จนถึงวัยผู้ใหญ่ เด็กที่มีความผิดปกติทางด้านพัฒนาการมีความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยทางกายภาพและหากไม่ได้รับการรักษาจะมีโอกาสมีปัญหาดุติกรรมมากกว่าเด็กทั่วไป 2 - 3 เท่าและอาจรุนแรงขึ้นในช่วงวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่⁴ นอกจากปัจจัยทางพันธุกรรมแล้ว สภาพแวดล้อมและพฤติกรรมในการเลี้ยงดูยังส่งผลต่อพัฒนาการของเด็ก^{2,3,5-8} ในทางกลับกันปัญหา

ด้านพัฒนาการของเด็กปฐมวัยยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กและครอบครัว⁹ รวมถึงคุณภาพประชากรของประเทศชาติในอนาคต ในสหรัฐอเมริกาพบว่าเด็กร้อยละ 15 มีความผิดปกติทางด้านพัฒนาการ ขณะที่กลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางพบว่า 1 ใน 3 ของเด็กก่อนวัยเรียน (อายุ 2 - 6 ปี) มีความบกพร่องของการรับรู้ ความเข้าใจ และพัฒนาการด้านจิตสังคม โดยเด็กกลุ่มนี้ถึงร้อยละ 85 ยังไม่ได้รับการรักษาอย่างทั่วถึงและเหมาะสม¹⁰ การค้นพบปัญหาพัฒนาการที่ผิดปกติตั้งแต่ในระยะแรกเริ่มจะทำให้เด็กได้รับการช่วยเหลือและบำบัดรักษาอย่างเหมาะสมจนสามารถมีพัฒนาการเป็นปกติหรือใกล้เคียงเป็นปกติได้^{5,11,12}

เพื่อให้เด็กไทยมีพัฒนาการที่สมวัย กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสุขภาพจิต ได้พัฒนาระบบการติดตามพัฒนาการของเด็กปฐมวัยเพื่อดูแล เฝ้าระวัง คัดกรอง และส่งเสริมพัฒนาการ^{13,14} โดยเมื่อเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือนจะได้รับการประเมินพัฒนาการตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (developmental surveillance and promotion manual: DSPM)¹³ ใน 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว (gross motor: GM) กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (fine motor: FM) การเข้าใจภาษา (receptive language: RL) การใช้ภาษา (expressive language: EL) และการช่วยเหลือตนเองและสังคม (personal and social: PS) หากพบว่าเด็กมีพัฒนาการล่าช้าหรือไม่สมวัยอย่างน้อย 1 ด้านจะให้การกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai early developmental assessment for intervention: TEDA4I) เป็นระยะเวลา 3 เดือน หากเด็กยังมีพัฒนาการล่าช้าจะได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาที่เหมาะสมจากระบบบริการต่อไป¹³⁻¹⁵ ดังนั้นเด็กกลุ่มเป้าหมายของการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ประกอบด้วย 1) เด็กที่มีผลประเมิน DSPM ครั้งที่ 1 เป็นสงสัยล่าช้าที่ต้องส่งต่อเพื่อรับการกระตุ้นทันที 2) เด็กที่มีผลประเมิน DSPM ครั้งที่ 1 เป็นสงสัยล่าช้ารอการกระตุ้น และมีผลประเมิน DSPM ครั้งที่ 2 เป็นไม่สมวัย และ 3) เด็กที่ส่งต่อมาจากการใช้แบบคัดกรองอื่นเพื่อมากระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I

ในปี พ.ศ. 2564 มีเด็กปฐมวัยทั่วประเทศเข้ารับการประเมินด้วย DSPM ครั้งที่ 1 จำนวน 1,873,952 คน พบว่ามีพัฒนาการสมวัย 1,163,245 คน สงสัยล่าช้าหรือการกระตุ้น 434,222 คน และสงสัยล่าช้าที่ต้องส่งต่อเพื่อรับการกระตุ้นทันที 2,854 คน โดยเด็กกลุ่มสงสัยล่าช้าที่ต้องรอการกระตุ้นนั้น ได้รับการติดตามเพื่อประเมินด้วย DSPM ครั้งที่ 2 จำนวน 398,456 คน ในจำนวนนี้มีเด็กที่ควรได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I จำนวน 6,498 คน อย่างไรก็ตามมีเด็กเพียง 2,717 คน (ร้อยละ 41.81) ที่เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I จนครบเกณฑ์ ดังนั้นมีเด็กกว่าครึ่งที่ติดตามไม่ได้ระหว่างการนัดหมาย¹⁴ ข้อมูลรายเขตสุขภาพในปีงบประมาณ 2564 - 2565 (ข้อมูล ณ วันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2565) พบว่า เขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย 8 จังหวัดในภาคเหนือ ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา และแม่ฮ่องสอน มีเด็กพัฒนาการไม่สมวัยอย่างน้อย 1 ด้าน หลังการประเมินด้วย DSPM รอบที่ 2 จำนวน 492 คน และ 300 คน เด็กที่ส่งต่อมาจากแบบคัดกรองอื่น 78 คน และ 79 คน ตามลำดับ รวมเป็นเด็กกลุ่มเป้าหมายของการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I จำนวน 811 คน และ 609 คน ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีเด็กที่ติดตามไม่ได้ระหว่างการนัดหมายกระตุ้นพัฒนาการ 458 คน และ 425 คน คิดเป็นร้อยละ 56.47 และ 69.79 ซึ่งสูงเป็นอันดับต้น ๆ ของประเทศเมื่อเทียบกับเขตสุขภาพอื่น¹⁴

การที่เด็กไม่ได้เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ตามนัดหมายอาจสะท้อนถึงปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ การย้ายที่อยู่ หรือการไปรับบริการที่สถานพยาบาลอื่น เช่น โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชน การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 รวมทั้งทัศนคติและแรงจูงใจของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลต่อการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก^{10,16-19} ซึ่งสาเหตุอาจแตกต่างกันในแต่ละบริบทพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการรายงานถึงสาเหตุที่ทำให้เด็กกลุ่มเป้าหมายมีสถานะติดตามไม่ได้ระหว่างการนัดหมายกระตุ้นพัฒนาการ การศึกษานี้จึงสำรวจหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ปกครองของเด็กกลุ่มเป้าหมายไม่พาเด็กมารับการกระตุ้น

พัฒนาการด้วย TEDA4I และสำรวจแรงจูงใจของผู้ปกครองในการพาเด็กมารับการกระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนทางส่งเสริมและสนับสนุนให้เด็กกลุ่มเป้าหมายได้รับบริการกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง และให้เด็กที่ติดตามไม่ได้กลับเข้าสู่ระบบการติดตามพัฒนาการ

วิธีการ

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยแบบผสมวิธี (mixed methods design) ประกอบด้วยการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) จากฐานข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (health data center: HDC service) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ผู้ปกครองของเด็กกลุ่มเป้าหมายทางโทรศัพท์ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 10/2566 วันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ปกครองของเด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปีที่เป็นกลุ่มเป้าหมายการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ในช่วงปีงบประมาณ 2564 - 2565 เขตสุขภาพที่ 1 คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เป็นผู้ปกครองของเด็กกลุ่มเป้าหมายที่มีข้อมูลบันทึกใน HDC service และสามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้

คำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับพิจารณาสัดส่วนในประชากรจำกัดในช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 1.5 ซึ่งมีวิธีการคำนวณดังนี้

$$n = \frac{m}{1 + \frac{m-1}{N}} = \frac{3,697}{1 + \frac{3,697-1}{1,420}} = 1,026.14 \approx 1,027$$

เมื่อ m = ขนาดตัวอย่างสำหรับพิจารณาสัดส่วนในประชากรอนันต์

$$\begin{aligned} &= \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 p(1-p)}{e^2} = \frac{(1.96)^2 (0.3169)(1-0.3169)}{(0.015)^2} \\ &= 3,696.04 \approx 3,967 \end{aligned}$$

p = ร้อยละที่คาดหวังของการติดตามไม่ได้ = 31.69
(อ้างอิงตามปี 2565)

N = ขนาดประชากร ในที่นี้พิจารณาที่ปีงบประมาณ
2564 - 2565 = 1,420

$Z_{(1-\alpha/2)}^2$ = ค่าจากตารางมาตรฐาน Z ในที่นี้มีค่าเท่ากับ 1.96
ในช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

E = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ในที่นี้กำหนดร้อยละ 1.5

ทั้งนี้ ในการสำรวจข้อมูล อาจมีข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์
ทั้งจากการปฏิเสธการตอบหรือความผิดพลาดในการรวบรวม
ข้อมูล ซึ่งทางผู้วิจัยพิจารณาว่าร้อยละของข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์
อยู่ที่ประมาณร้อยละ 90 ดังนั้นจึงมีการคำนวณขนาดตัวอย่าง
เพิ่มเติมเพื่อป้องกันกรณีดังกล่าว จึงมีขนาดตัวอย่างเป้าหมาย
ที่ต้องการเก็บข้อมูลประมาณ $1,027 \times 0.90 = 1,411.11$
ซึ่งพิจารณาปรับเป็น 1,415 คน

แหล่งข้อมูลและข้อมูลที่เก็บรวบรวม

1. ระบบฐานข้อมูล HDC service เพื่อรวบรวมข้อมูล
ทั่วไปของเด็กที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการกระตุ้นพัฒนาการด้วย
TEDA4I เขตสุขภาพที่ 1 ปีงบประมาณ 2564 - 2565 ได้แก่
เพศ อายุ สถานะการติดตามในระบบ ณ วันที่เริ่มต้นโครงการ
วิจัย (ปี พ.ศ. 2566) และผลการประเมินพัฒนาการของเด็ก
สถานะการติดตามในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็นสถานะติดตามได้
(ประกอบด้วยสถานะกำลังติดตาม ถ้ายังอยู่ในระบบ
อยู่ระหว่างกระตุ้น และสมวัย) และติดตามไม่ได้ (ประกอบด้วย
สถานะกระตุ้นไม่ครบเกณฑ์ ติดตามไม่ได้ และไม่มีข้อมูล)
ส่วนผลประเมินพัฒนาการของเด็กแบ่งเป็นพัฒนาการสมวัย
และพัฒนาการล่าช้า พิจารณาจากผลการประเมิน 2 ครั้ง
ครั้งที่ 1 เป็นข้อมูลของเด็ก ณ วันที่ตรวจคัดกรองพัฒนาการ
แล้วมีผลสงสัยล่าช้าส่งต่อหรือมีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย
1 ด้านในช่วงปีงบประมาณ 2564 - 2565 ครั้งที่ 2 เป็นข้อมูล
ของเด็ก ณ วันที่ผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. แบบบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง
ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและข้อมูลการ
ดูแลเด็กในความดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา
ความเกี่ยวข้องกับผู้ดูแล สถานภาพ อาชีพ รายได้ของครอบครัว

ต่อเดือน ค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็กต่อเดือน ผลการ
คัดกรอง/ประเมินพัฒนาการล่าสุด ความคิดเห็นต่อพัฒนาการ
ของเด็กในภาพรวม และระยะทางในการเดินทางมารับ
การกระตุ้นพัฒนาการของเด็ก

2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการพาเด็กมารับการกระตุ้น
พัฒนาการ โดยในการสัมภาษณ์มีการสอบถามเกี่ยวกับ
ความสม่ำเสมอของการพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตาม
นัดหมาย สำหรับผู้ปกครองที่ไม่สามารถพาเด็กมากระตุ้น
พัฒนาการตามนัดหมายมีการสอบถามถึงสาเหตุที่ไม่พาเด็ก
มากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย ความประสงค์ในการนำเด็ก
กลับเข้าสู่ระบบการติดตามพัฒนาการ และเหตุผลที่ประสงค์
หรือไม่ประสงค์ดังกล่าว ส่วนผู้ปกครองที่พาเด็กมากระตุ้น
พัฒนาการตามนัดหมายมีการสอบถามเกี่ยวกับเหตุผลของ
การเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่องและข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง
การทำงานของกระบวนการติดตามพัฒนาการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากระบบฐานข้อมูล HDC
service และประชุมร่วมกับผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการและ
สุขภาพจิตของโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่ 8 จังหวัด เพื่อชี้แจงรายละเอียด
ของโครงการและขอความอนุเคราะห์ผู้ประสานงานในแต่ละ
พื้นที่ติดต่อผู้ปกครองเด็กกลุ่มเป้าหมายการกระตุ้นพัฒนาการ
ด้วย TEDA4I ในช่วงปีงบประมาณ 2564 - 2565 เพื่อชี้แจง
รายละเอียดโครงการและขออนุญาตเข้าร่วมโครงการวิจัย
โดยสมัครใจ โดยผู้ประสานงานนัดหมายวันและเวลาที่
กลุ่มตัวอย่างสะดวกให้สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์หรือที่หน่วย
บริการในแต่ละพื้นที่ ระหว่างวันที่ 22 พฤษภาคม ถึง 15 กันยายน
พ.ศ. 2566 โดยสหวิชาชีพของแต่ละหน่วยบริการใช้เวลา
15 - 20 นาทีต่อคน

การวิเคราะห์ทางสถิติ

หลังจากที่ได้รับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในแต่ละพื้นที่
ตามแบบบันทึกข้อมูล คณะผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบ จัดการ

และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) เพื่อนำเสนอข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง โดยตัวแปรเชิงกลุ่มนำเสนอในรูปแบบจำนวนและร้อยละ ตัวแปรเชิงปริมาณนำเสนอในรูปแบบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหรือค่ามัธยฐานและพิสัย ขึ้นอยู่กับการกระจายของข้อมูล เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มที่ผู้ปกครองพามากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย และกลุ่มที่ไม่ได้มาตามนัดหมายด้วยการทดสอบ chi-square สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม และการทดสอบ Wilcoxon rank-sum สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ

ผล

จากเด็กปฐมวัยที่เป็นกลุ่มเป้าหมายกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ทั้งหมด 1,420 คน สามารถติดตามได้และมีผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 1,061 คน คิดเป็นร้อยละ 74.7 เด็กในความดูแลของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นชายร้อยละ 67.9 มัธยฐานอายุ 4 ปี (พิสัยระหว่างควอไทล์ 3 - 5 ปี) และมีผลการประเมินพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้าน ร้อยละ 76.7

กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงร้อยละ 81.0 อายุ 21 - 59 ปี ร้อยละ 87.9 การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาร้อยละ 25.7 มัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 22.4 มีความเกี่ยวข้องเป็นพ่อแม่ของเด็กร้อยละ 69.8 ปู่/ย่า/ตา/ยายร้อยละ 26.9 สถานภาพแต่งงานร้อยละ 81.2 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปและเกษตรกรร้อยละ 44.6 และร้อยละ 29.6 ตามลำดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 5,000 - 9,999 บาท ร้อยละ 31.3 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนในการดูแลเด็กต่อคนต่ำกว่า 5,000 บาทร้อยละ 47.5 และระยะทางในการเดินทางมารับบริการต่ำกว่า 10 กิโลเมตรร้อยละ 51.8 ดังตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างที่พาเด็กมาตามนัดหมายมีจำนวน 598 คน คิดเป็นร้อยละ 56.4 ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้มาตามนัดหมายมีจำนวน 463 คน คิดเป็นร้อยละ 43.6 การเปรียบเทียบคุณลักษณะทั้งสองกลุ่มพบว่าเพศของเด็ก อายุ ผลการประเมินพัฒนาการของเด็ก และระยะทางในการเดินทางมากระตุ้นพัฒนาการมีสัดส่วนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยเด็กที่ไม่ได้มาตามนัดหมายเป็นชายมากกว่าหญิง อายุของเด็กที่ไม่ได้มาตามนัดหมายมีการกระจายมากกว่ากลุ่มเด็กที่ติดตามได้ และระยะทางในการเดินทางที่ห่างไกลขึ้นมีแนวโน้มไม่มาตามนัดหมายสูงขึ้น ดังตารางที่ 1

ผลการประเมินพัฒนาการของเด็กกลุ่มเป้าหมาย

เด็กที่มีสถานะติดตามได้ในระบบ ณ วันที่เริ่มต้นโครงการวิจัย 838 คน คิดเป็นร้อยละ 79.0 สถานะติดตามไม่ได้ 223 คน คิดเป็นร้อยละ 21.0 ในกลุ่มที่มีสถานะติดตามได้มีผลประเมินพัฒนาการ ณ วันที่เข้าร่วมโครงการ (วันที่เก็บข้อมูล) เป็นล่าช้าร้อยละ 70.5 โดยเป็นเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า 5 ด้านร้อยละ 16.5 ล่าช้า 1 ด้านร้อยละ 12.4 และล่าช้า 2 ด้านร้อยละ 11.3 ขณะที่กลุ่มที่มีสถานะติดตามไม่ได้เป็นเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าทั้งหมด โดยเป็นเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า 5 ด้านร้อยละ 22.9 ล่าช้า 1 ด้านร้อยละ 15.2 และล่าช้า 2 ด้านร้อยละ 11.7 ดังแผนภาพที่ 1

ความคิดเห็นต่อภาพรวมพัฒนาการของเด็ก

กลุ่มตัวอย่าง 595 คนมีความเห็นว่าเด็กในความดูแลมีปัญหาพัฒนาการ คิดเป็นร้อยละ 56.1 ในจำนวนนี้มีเด็กร้อยละ 96.3 ที่มีผลการประเมินพัฒนาการล่าช้าจริง ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีความเห็นว่าเด็กมีพัฒนาการปกติกลับมีผลการประเมินพัฒนาการล่าช้าร้อยละ 51.7 ดังตารางที่ 2

ปัญหา อุปสรรค และแรงจูงใจของการพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งเด็กที่มีสถานะติดตามได้และติดตามไม่ได้ในระบบ HDC พบว่ามี 463 คนไม่สามารถพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมายได้ คิดเป็นร้อยละ 43.6 เนื่องจากไม่มีเวลา 231 คน มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็กและการเดินทาง 152 คน มีปัญหาจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (COVID-19) 150 คน ไม่คิดว่าเด็กมีปัญหาพัฒนาการ 87 คน มีปัญหาครอบครัว 69 คน พาเด็กไปกระตุ้นพัฒนาการที่อื่น 43 คน เด็กมีปัญหาสุขภาพ 31 คน คิดว่าระบบบริการยุ่งยากซับซ้อน 30 คน สิ้นวันนัดหมาย 26 คน และไม่เชื่อถือในเครื่องมือที่กระตุ้นพัฒนาการเด็ก 4 คน

กลุ่มตัวอย่างที่พาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย 598 คน คิดเป็นร้อยละ 56.4 เนื่องจากตระหนักถึง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

	จำนวน (ร้อยละ)	การพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย		p-value
		ได้ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)	
เด็ก				
เพศ				.004
ชาย	720 (67.9)	384 (64.2)	336 (72.6)	
หญิง	341 (32.1)	214 (35.8)	127 (27.4)	
อายุ (ปี)				.030
มัธยฐาน (พิสัยระหว่างควอไทล์)	4 (3 - 5)	4 (2 - 5)	4 (3 - 5)	
ผลการประเมินพัฒนาการของเด็ก				
พัฒนาการสมวัย	247 (23.3)	185 (30.9)	62 (13.4)	< .001
พัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้าน	814 (76.7)	413 (69.1)	401 (86.6)	
ผู้ปกครอง				
เพศ				.247
ชาย	199 (19.0)	104 (17.8)	95 (20.6)	
หญิง	847 (81.0)	481 (82.2)	366 (79.4)	
ไม่ระบุ	15	13	2	
กลุ่มอายุ				.573
ไม่เกิน 20 ปี	12 (1.2)	6 (1.0)	6 (1.3)	
21 - 59 ปี	912 (87.9)	514 (88.6)	396 (86.5)	
60 ปีขึ้นไป	114 (11.0)	60 (10.4)	56 (12.2)	
ไม่ระบุ	23	18	5	
ระดับการศึกษา				.104
ไม่ได้เรียน	66 (6.4)	26 (4.6)	40 (8.7)	
ประถมศึกษา	264 (25.7)	152 (26.8)	112 (24.3)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	190 (18.5)	96 (16.9)	94 (20.4)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	230 (22.4)	132 (23.2)	98 (21.3)	
อนุปริญญา / ปวช. / ปวส.	132 (12.8)	75 (13.2)	57 (12.4)	
ปริญญาตรี	131 (12.7)	78 (13.7)	53 (11.5)	
สูงกว่าปริญญาตรี	16 (1.6)	9 (1.6)	7 (1.5)	
ไม่ระบุ	32	30	2	.364
ความเกี่ยวข้องกับเด็ก				
พ่อ / แม่	719 (69.8)	391 (69.0)	328 (71.9)	
ปู่ / ย่า / ตา / ยาย	277 (26.9)	163 (28.8)	114 (25.0)	
ลุง / ป้า / น้า / อา	26 (2.5)	13 (2.3)	13 (2.9)	
พี่สาว / พี่ชาย	1 (0.1)	0 (0)	1 (0.2)	
ไม่ระบุ	38	31	7	
สถานภาพ				.336
โสด	73 (7.1)	38 (6.7)	35 (7.6)	
สมรส	836 (81.2)	470 (82.7)	366 (79.2)	
หย่าร้าง	121 (11.7)	60 (10.6)	61 (13.2)	
ไม่ระบุ	31	30	1	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

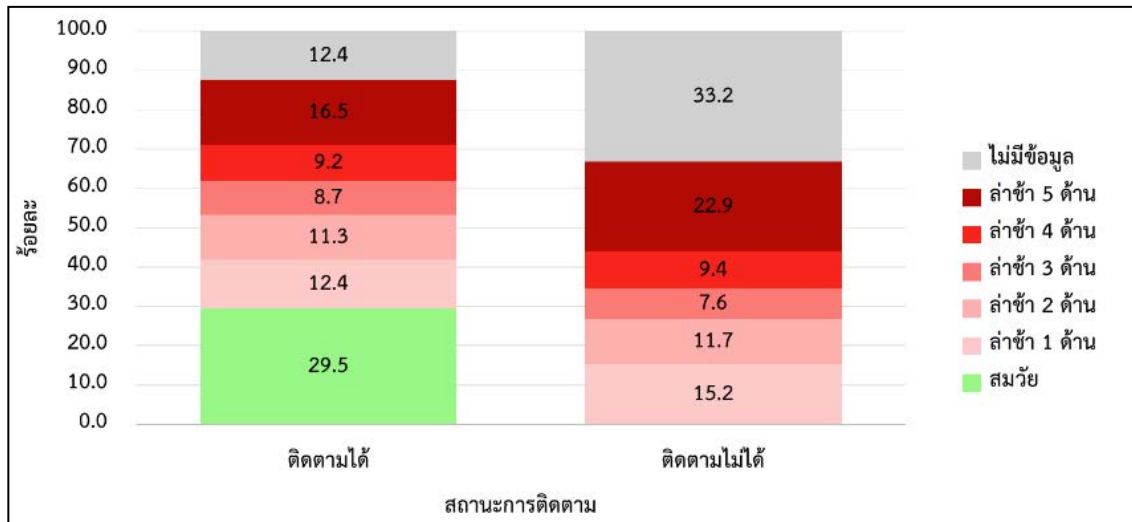
	จำนวน (ร้อยละ)	การพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย		p-value
		ได้ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)	
ผู้ปกครอง (ต่อ)				
อาชีพ				.564
รับจ้างทั่วไป	375 (44.6)	200 (43.0)	175 (46.7)	
เกษตรกรกรรม	249 (29.6)	142 (30.5)	107 (28.5)	
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	174 (20.7)	103 (22.2)	71 (18.9)	
ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	40 (4.8)	19 (4.1)	21 (5.6)	
ข้าราชการบำนาญ	2 (0.2)	1 (0.2)	1 (0.3)	
ไม่ระบุ	221	133	88	
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน				.434
ต่ำกว่า 5,000 บาท	216 (21.3)	111 (19.8)	105 (23.3)	
5,000 - 9,999 บาท	317 (31.3)	177 (31.6)	140 (31.0)	
10,000 - 14,999 บาท	204 (20.2)	113 (20.1)	91 (20.2)	
15,000 - 19,999 บาท	105 (10.4)	66 (11.8)	39 (8.6)	
20,000 บาทขึ้นไป	170 (16.8)	94 (16.8)	76 (16.9)	
ไม่ระบุ	49	37	12	
ค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็กต่อคนต่อเดือน				.459
ต่ำกว่า 5,000 บาท	484 (47.5)	273 (48.7)	211 (46.1)	
5,000 - 9,999 บาท	381 (37.4)	205 (36.5)	176 (38.4)	
10,000 - 14,999 บาท	95 (9.3)	47 (8.4)	48 (10.5)	
15,000 - 19,999 บาท	39 (3.8)	22 (3.9)	17 (3.7)	
20,000 บาทขึ้นไป	20 (2.0)	14 (2.5)	6 (1.3)	
ไม่ระบุ	42	37	5	
ระยะทางในการเดินทางมาพบแพทย์ตามนัดหมายกระตุ้นพัฒนาการของเด็ก				< .001
ต่ำกว่า 10 กิโลเมตร	511 (51.8)	326 (62.1)	185 (40.1)	
10 - 30 กิโลเมตร	255 (25.9)	114 (27.7)	141 (30.6)	
31 - 50 กิโลเมตร	81 (8.2)	33 (6.3)	48 (10.4)	
51 - 100 กิโลเมตร	81 (8.2)	35 (6.7)	46 (10.0)	
มากกว่า 100 กิโลเมตร	58 (5.9)	17 (3.2)	41 (8.9)	
ไม่ระบุ	75	73	2	

ความสำคัญของพัฒนาการเด็ก 324 คน คิดว่าเด็กมีพัฒนาการดีขึ้นหลังการกระตุ้น 275 คน ได้รับกำลังใจและการสนับสนุนทางจิตใจ 145 คน เดินทางสะดวก 135 คน และได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ 31 คน

เมื่อพิจารณาถึงปัญหาและอุปสรรคในการเดินทางมาตามนัดหมาย พบว่าร้อยละ 26.8 แจ้งว่ามีปัญหา ซึ่งในกลุ่มนี้สามารถพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่องได้เพียง

ร้อยละ 25.0 โดยร้อยละของการพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่องลดลงตามระยะทางจากที่พักมายังหน่วยบริการที่เพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 3

จากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย มี 353 คนที่ประสงค์นำเด็กกลับเข้าระบบติดตามพัฒนาการ คิดเป็นร้อยละ 76.2 โดยให้เหตุผลว่าเด็กยังคงมีพัฒนาการล่าช้า 157 คน คิดว่ามีประโยชน์และเด็กจะ



* หมายถึง ไม่มีข้อมูล หมายถึง เด็กกลุ่มพัฒนาการล่าช้าแต่ไม่มีข้อมูลผลประเมินพัฒนาการว่าล่าช้าด้านใด

แผนภาพที่ 1 ผลการประเมินพัฒนาการของเด็ก ณ วันที่เข้าร่วมโครงการ จำแนกตามสถานะการติดตามของเด็ก ณ วันที่เข้าร่วมโครงการ (n = 1,061)

ตารางที่ 2 ความเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อพัฒนาการของเด็กและผลการประเมินพัฒนาการล่าช้า (n = 1,061)

ความเห็นต่อพัฒนาการภาพรวมของเด็ก	จำนวน (ร้อยละ)	ผลการประเมินพัฒนาการล่าช้าของเด็ก	
		ล่าช้า จำนวน (ร้อยละ)	สมวัย จำนวน (ร้อยละ)
มีปัญหา	595 (56.1)	573 (96.3)	22 (3.7)
ปกติ	466 (43.9)	241 (51.7)	225 (48.4)
รวม	1,061	814 (76.7)	247 (23.3)

มีพัฒนาการดีขึ้น 135 คน ได้รับการติดต่อจากเจ้าหน้าที่ 132 คน และได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ 15 คน ขณะที่กลุ่มตัวอย่าง 110 คนไม่ประสงค์นำเด็กกลับเข้าระบบกระตุ้นพัฒนาการ คิดเป็นร้อยละ 23.8 โดยให้เหตุผลว่าไม่สะดวกเพราะไม่มีเวลา 41 คน คิดว่าไม่จำเป็น 32 คน มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางและอื่น ๆ 25 คน คิดว่าเด็กมีพัฒนาการสมวัยแล้ว 19 คน พาเด็กไปกระตุ้นพัฒนาการที่อื่น 7 คน ฝึกกระตุ้นพัฒนาการเด็กเอง 5 คน เด็กมีปัญหาสุขภาพหรือพิการ 5 คน และคิดว่าเด็กมีพัฒนาการดีขึ้น 4 คน เมื่อจำแนกตามปัญหาการเดินทาง พบว่า กลุ่มที่ระบุว่ามีปัญหาการเดินทางมีความประสงค์ในการนำเด็กกลับเข้าระบบติดตามพัฒนาการร้อยละ 69.2 ขณะที่กลุ่มที่ไม่มีปัญหา

การเดินทางมีความประสงค์นำเด็กกลับเข้าระบบร้อยละ 81.2 ดังตารางที่ 4

เมื่อสอบถามถึงข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงกระบวนการติดตามพัฒนาการ กลุ่มตัวอย่างเสนอว่าควรเพิ่มสถานบริการใกล้บ้านเพื่อลดระยะทาง 13 คน เพิ่มความถี่ในการนัดหมาย 13 คน เพิ่มความถี่ในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน 11 คน เพิ่มการติดตามในช่องทางออนไลน์หรือการโทรแจ้งเตือน 8 คน เพิ่มการสนับสนุนช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทาง 7 คน ให้มีการประสานงานทั้งระหว่างหน่วยงานและหน่วยงานกับผู้ปกครอง 5 คน ลดเวลารอคอยและขั้นตอนในการพบแพทย์ 5 คน ให้มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง 4 คน ให้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินและกระตุ้นพัฒนาการ 3 คน และอื่น ๆ 3 คน

ตารางที่ 3 การพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย จำแนกตามปัญหาการเดินทางและระยะทางในการเดินทางมารับบริการของกลุ่มตัวอย่าง (n = 1,061)

ระยะทางในการเดินทางมารับบริการ	จำนวน (ร้อยละ)	การพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย	
		ได้ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มีปัญหาการเดินทาง	721 (73.2)	461 (63.9)	260 (36.1)
ต่ำกว่า 10 กิโลเมตร	459 (64.0)	305 (66.5)	154 (33.6)
10 - 30 กิโลเมตร	161 (22.5)	93 (57.8)	68 (42.2)
31 - 50 กิโลเมตร	48 (6.7)	26 (54.2)	22 (45.8)
51 - 100 กิโลเมตร	35 (4.9)	25 (71.4)	10 (28.6)
มากกว่า 100 กิโลเมตร	14 (2.0)	8 (57.1)	6 (42.9)
ไม่ระบุ	4	4	0
มีปัญหาการเดินทาง	264 (26.8)	66 (25.0)	198 (75.0)
ต่ำกว่า 10 กิโลเมตร	49 (18.6)	19 (38.8)	30 (61.2)
10 - 30 กิโลเมตร	92 (34.9)	21 (22.8)	71 (77.2)
31 - 50 กิโลเมตร	33 (12.5)	7 (21.2)	26 (78.8)
51 - 100 กิโลเมตร	46 (17.4)	10 (21.7)	36 (78.3)
มากกว่า 100 กิโลเมตร	44 (16.7)	9 (20.5)	35 (79.6)
ไม่ระบุ	76	71	5
รวม	1,061	598 (56.4)	463 (43.6)

ตารางที่ 4 ความประสงค์ในการนำเด็กกลับเข้าสู่ระบบของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย จำแนกตามปัญหาเรื่องการเดินทาง (n = 463)

ปัญหาการเดินทาง	จำนวน (ร้อยละ)	ความประสงค์ในการนำเด็กกลับเข้าสู่ระบบ	
		ประสงค์ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ประสงค์ จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มีปัญหา	260 (56.8)	211 (81.2)	49 (18.9)
มีปัญหา	198 (43.2)	137 (69.2)	61 (30.8)
ไม่ระบุ	5	5	0
รวม	463	353 (76.2)	110 (23.8)

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีที่รวบรวมข้อมูลของเด็กกลุ่มเป้าหมายที่ต้องกระตุ้นพัฒนาการจากฐานข้อมูลในระบบ HDC service ร่วมกับการสัมภาษณ์ในผู้ปกครองของเด็กกลุ่มเป้าหมายเพื่อสอบถามถึงปัญหาอุปสรรค และแรงจูงใจของผู้ปกครองในการนำเด็กมาเข้ารับการพัฒนาตามนัดหมาย มีกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วม

โครงการวิจัย 1,061 คน พบว่าเด็กในความดูแลที่มีสถานะติดตามไม่ได้ร้อยละ 21.0 ซึ่งในกลุ่มนี้ไม่พบเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยเลย เมื่อเทียบกับเด็กกลุ่มที่มีสถานะติดตามได้ที่พบว่ามีพัฒนาการในระดับสมวัยถึงร้อยละ 29.5 อาจสะท้อนว่าการนำเด็กเข้ารับการพัฒนาการด้วย TEDA4I ตามนัดหมายส่งผลดีต่อพัฒนาการของเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดลำพูนที่พบว่าเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า

ที่ได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I เป็นระยะเวลา 3 เดือน มีพัฒนาการในภาพรวมที่ดีขึ้นร้อยละ 59.8⁴ ซึ่งขั้นตอนสำคัญของโปรแกรมนี้ ได้แก่ การประเมินพัฒนาการเพื่อวางแผนการกระตุ้นร่วมกับผู้ปกครอง การสอนและสาธิตการกระตุ้นพัฒนาการแก่ผู้ปกครอง การฝึกต่อเนื่องที่บ้าน และการติดตามผลทุก 4 สัปดาห์ ช่วยเพิ่มความรู้และทักษะกระตุ้นพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง

รายได้ครัวเรือนเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีการศึกษาและพบว่ามีความเกี่ยวข้องกับพัฒนาการล่าช้าในเด็ก รายงานจาก 35 ประเทศพบว่า 1 ใน 3 ของเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 2 - 6 ปี ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางมีความบกพร่องในการรับรู้ ความเข้าใจ และพัฒนาการสำคัญด้านพัฒนาการจิตสังคม¹⁰ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ที่รายได้เฉลี่ยต่อครอบครัวของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่า 10,000 บาท ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 52.7 ของผู้ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย แม้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างรายได้และพัฒนาการล่าช้าในเด็ก แต่มีข้อสังเกตที่พบจากการศึกษานี้ที่อาจเกี่ยวข้องกันคือพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างระยะทางจากจุดบริการรับบริการกระตุ้นพัฒนาการและการพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย โดยเฉพาะกลุ่มที่ระบุว่ามีปัญหาในการเดินทางมีแนวโน้มพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมายลดลงตามระยะทางในการเดินทางที่ไกลขึ้น และพบว่าผู้ที่ไม่ได้มาตามนัดหมายมีสัดส่วนที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่ออยู่ในพื้นที่ห่างไกลตั้งแต่ 30 กิโลเมตรขึ้นไป สอดคล้องกับการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความเห็นว่าการใช้จ่ายในการเดินทางและระยะทางในการเดินทางเป็นปัญหาและอุปสรรคสำคัญในการนำเด็กเข้ารับบริการกระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย ซึ่งอาจสะท้อนถึงรายได้ที่ไม่เพียงพอในการเดินทางมาอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนค่าใช้จ่ายที่สูงในการเดินทางในแต่ละครั้ง ดังนั้นหากมีการให้บริการติดตามพัฒนาการในสถานที่อื่น ๆ เพิ่มเติมให้ทั่วถึงกับกลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ยต่อครอบครัวในระดับต่ำและปานกลาง อาจเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่องได้

เพศ อายุ และผลการประเมินพัฒนาการของเด็กมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการกระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมาย

ซึ่งการศึกษานี้พบว่าเด็กเพศชาย อายุมากขึ้น และมีพัฒนาการไม่สมวัยมีแนวโน้มไม่ได้รับการพัฒนาการตามนัดหมายสูงกว่า ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรพิจารณาเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงพัฒนาการในกลุ่มดังกล่าว นอกจากนี้การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ประสงค์นำเด็กกลับเข้าสู่ระบบติดตามพัฒนาการพบว่าบางส่วนให้เหตุผลว่ามีเวลาไม่เพียงพอ คิดว่าไม่จำเป็น หรือคิดว่าเด็กมีพัฒนาการสมวัยแล้ว จนทำให้ผู้ปกครองไม่คิดว่าการประเมินและกระตุ้นพัฒนาการเด็กเป็นสิ่งสำคัญและไม่มาตามนัดหมายในที่สุด

การศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างของอาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ครัวเรือน และค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็กของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มที่พาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมายและกลุ่มที่ไม่ได้มาตามนัดหมาย สอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดลำพูนที่พบว่าระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ อายุของผู้ดูแลเด็ก สถานภาพสมรส จำนวนเด็กในการดูแล และประสบการณ์ในการดูแลเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก⁸ อย่างไรก็ตามมีการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าผู้ดูแลเด็กที่มีระดับการศึกษาสูงพาเด็กมาตรวจคัดกรองพัฒนาการตามนัดมากกว่าผู้ดูแลเด็กที่มีการศึกษาในระดับพื้นฐานหรือไม่ได้รับการศึกษา โดยผู้วิจัยได้อธิบายว่าผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นมีความรู้และความตระหนักต่อการพาเด็กปฐมวัยมาตรวจคัดกรองพัฒนาการตามนัด¹⁸ ซึ่งในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่พาเด็กมารับบริการกระตุ้นพัฒนาการได้ตามนัดหมายมีความเห็นว่าเด็กมีพัฒนาการล่าช้าหรือเด็กมีพัฒนาการดีขึ้นจากการกระตุ้นครั้งล่าสุด รวมถึงตระหนักถึงความสำคัญของการกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการไม่สมวัยในเขตสุขภาพที่ 10 ที่พบว่า การรับรู้ของผู้ปกครองที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ ได้แก่ การรับรู้ว่าคุณครูสถานที่มีพัฒนาการปกติ การรับรู้ที่ได้รับข้อมูลพัฒนาการเด็กไม่เพียงพอ และการรับรู้บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก¹⁹ นอกจากนี้การรับรู้ของผู้ปกครองต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลี้ยงดูและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย⁶

นอกเหนือจากปัญหาและอุปสรรคด้านค่าใช้จ่าย และระยะทางในการเดินทางเข้ารับบริการแล้ว การสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างยังพบว่ามีส่วนที่สัมภาษณ์และเห็นว่า ระบบการให้บริการมีความยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งแม้ว่าเป็น ส่วนน้อยแต่หากผู้ให้บริการสามารถจัดการระบบให้เข้าถึง ได้ง่าย เช่น ลดขั้นตอนดำเนินการที่ไม่จำเป็น สร้างระบบ นัดหมาย และแจ้งเตือนผ่านทางระบบออนไลน์ อาจช่วยลด อุปสรรคเหล่านี้และเพิ่มขีดความสามารถในการให้บริการที่ ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ เช่น กลุ่มที่มีปัญหาเรื่อง การเดินทาง ตลอดจนกลุ่มที่ยังไม่พบปัญหาในขณะนี้ สอดคล้อง กับข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างที่แนะนำให้เพิ่มการติดตาม ในรูปแบบต่าง ๆ เพิ่มเติม เพิ่มความถี่ในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน เพิ่มความถี่ในการนัดหมาย และลดระยะเวลารอคอยในการ พบแพทย์ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเปรียบเทียบวิธีการและ การพัฒนาต่อยอดการให้บริการดังกล่าวในอนาคต

การศึกษานี้มีจุดแข็งที่สำคัญคือกลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ปกครองเด็กกลุ่มเป้าหมายของการกระตุ้นพัฒนาการที่มี ขนาดใหญ่และครอบคลุมในทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งช่วยให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและสะท้อนคุณลักษณะของ ตัวอย่างในหลายบริบท รวมถึงมีการติดตามและรวบรวมข้อมูล ผลการประเมินพัฒนาการเด็กจากฐานข้อมูลกลางร่วมกับการ สัมภาษณ์เพื่อระบุสาเหตุของการไม่มารับบริการตาม นัดหมาย อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัด ได้แก่ การเปรียบเทียบคุณลักษณะของเด็กหรือผู้ปกครองที่มีต่อการ เข้ารับบริการกระตุ้นพัฒนาการอาจไม่ครอบคลุมตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจมีความเกี่ยวข้อง รวมถึงรูปแบบการศึกษาเป็นการสำรวจ แบบภาคตัดขวางที่สอบถามจากผู้ปกครองเท่านั้น นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นกลุ่มประชากรในเขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งอยู่ในพื้นที่ภาคเหนือเท่านั้น การศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ อาจพบ ผลลัพธ์ที่ต่างออกไปได้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาจัดหาระบบส่งต่อ เพื่อรักษาในสถานพยาบาลใกล้บ้าน เพิ่มระบบการติดตาม การนัดหมายและช่องทางติดต่อออนไลน์ และจัดสวัสดิการ หรือสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ นอกจากนี้ ควรให้ความรู้และคำแนะนำกับผู้ดูแลและครอบครัวของเด็ก

เพื่อเพิ่มความตระหนักรู้ถึงพัฒนาการเด็กและความสำคัญของ การกระตุ้นพัฒนาการ ควรมีการวางแผนร่วมกับครอบครัวใน การดูแลและส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการเด็ก และเพิ่มศักยภาพ สหวิชาชีพในภาคีเครือข่ายระดับปฐมภูมิ ทูตสุขภาพ และตติยภูมิ เพื่อการดูแลเด็กที่ต่อเนื่อง^{5,13}

สรุป

ร้อยละ 43.6 ของเด็กกลุ่มเป้าหมายที่ต้องกระตุ้น พัฒนาการด้วย TEDA4I ไม่สามารถรับการกระตุ้นพัฒนาการ ตามนัดหมาย สาเหตุที่พบบมากที่สุดได้แก่ ผู้ปกครองไม่มีเวลา มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็ก และมีปัญหาการเดินทาง ปัจจุบันที่มีความสัมพันธ์กับการพาเด็กกลุ่มเป้าหมายมากระตุ้น พัฒนาการตามนัดหมายได้แก่ เพศ อายุ และผลการประเมิน พัฒนาการของเด็ก และระยะทางในการเดินทางมากระตุ้น พัฒนาการ โดยในกลุ่มที่ผู้ปกครองระบุว่ามีปัญหาการเดินทาง มีแนวโน้มพาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมายลดลงตาม ระยะทางในการเดินทางที่ไกลขึ้น นอกจากนี้เด็กกลุ่มเป้าหมาย ที่ไม่มารับบริการกระตุ้นพัฒนาการตามนัดหมายส่วนใหญ่ ยังมีพัฒนาการล่าช้า จึงควรมีการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังและ ติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าเข้าสู่บริการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I เพิ่มช่องทางในการเข้ารับบริการที่สะดวกและ หลากหลาย และส่งเสริมการตระหนักรู้ถึงความสำคัญของ การประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้กับผู้ปกครอง ครอบครัว และภาคีเครือข่าย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการการพัฒนา ระบบติดตามเฝ้าระวังเด็กพัฒนาการล่าช้าที่เป็นเป้าหมายการ กระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ในช่วงปีงบประมาณ 2564 - 2565 ในเขตสุขภาพที่ 1 ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 1 เลขที่สัญญา 66/B/00230 และขอขอบคุณคณะทำงานและสหวิชาชีพ 8 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 1

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

หทัยชนนี บุญเจริญ : ผู้วิจัยหลัก ออกแบบการวิจัย ดำเนินการวิจัย แปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล อภิปรายผล

เขียนบทความเบื้องต้น อ่านและแก้ไขบทความ ; ดวงมกล ตั้งวิริยะไพบุลย์ : ออกแบบการวิจัย ดำเนินการวิจัย แปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล อภิปรายผล อ่านและแก้ไขบทความ ; ภัทรีณี ไตรสถิตย์ : ออกแบบการวิจัย แปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล อภิปรายผล อ่านและแก้ไขบทความ ; พิมพ์วิชัย ศรีคำมูล : ออกแบบการวิจัย แปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล อภิปรายผล อ่านและแก้ไขบทความ ; กชกานต์ คำหลวง : แปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความเบื้องต้น ; สรศักดิ์ ทราอินทร์ : แปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความเบื้องต้น ; สาลินี อ่างระงาสะพันธุ์ : ออกแบบการวิจัย ดำเนินการวิจัย แปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล อภิปรายผล เขียนบทความเบื้องต้น อ่านและแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Education. Early childhood education manual 2003 (for children aged 3-5 years). Bangkok: Kurusapa Printing Ladphrao; 2003. (in Thai)
2. Likhar A, Baghel P, Patil M. Early childhood development and social determinants. *Cureus*. 2022;14(9):e29500. doi:10.7759/cureus.29500.
3. Losatiankit P, Kangkan W, Pungpunkul K, Phanpong C, Saenjai M, Prasith-thimet T, et al. Situation of Thai Childhood Development in 2014. *Journal of Health Science of Thailand*. 2017;26(2): S199-208. (in Thai)
4. Khamkan W. Effects of TEDA4I Program on Children 0-5 Years with Delayed Development in Lamphun Hospital. *Journal of the Phrae Hospital*. 2023;31(1): 16-26. (in Thai)
5. Choo YY, Agarwal P, How CH, Yeleswarapu SP. Developmental delay: identification and management at primary care level. *Singapore Med J*. 2019;60(3):119-23. doi:10.11622/smedj.2019025.
6. Sondee S, Phetcharak K, Tewasekson N, Jantarasuk C, Polchamratpat R, Soutmun N. The relationship between perception of development promotion behaviors and parenting behavior to promote child development from newborn to five years. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospital*. 2023;38(1): 153-61. (in Thai)
7. Ratnan Y. Study of factors affecting Thai early childhood development, Health Region 8. Nonthaburi: Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health; 2016. (in Thai)
8. Jaimao P. Factors affecting parental behaviors on promoting early childhood development, Li district, Lamphun province [master's thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2022. (in Thai)
9. Salinpramote B. Quality of life among caregivers of children with developmental delay. *Research and Development Health System Journal*. 2022;15(3): 114-127. (in Thai)
10. Morrison J, Chunsuwan I, Bunnag P, Gronholm PC, Lockwood Estrin G. Thailand's national universal developmental screening programme for young children: action research for improved follow-up. *BMJ Glob Health*. 2018;3(1):e000589. doi:10.1136/bmjgh-2017-000589.
11. Sutthithumthaworn A. Effectiveness of developmental promotion model for children with development delay. *Reginal Health Promotion Center 9 Journal*. 2022;16(3):986-991. (in Thai)
12. Chaichanasang T, Posri A, Tangtumpitak T. The family participation in child development stimulation and promotion at child development center. *Journal of Nursing Science & Health*. 2018;41(1):95-104. (in Thai)
13. Ministry of Public Health. Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM). Nonthaburi: Office of Printing Affairs of the War Veterans Organization; 2023. (in Thai)
14. Ministry of Public Health. Access to the mental health service system [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2024 [cited 2024 June 27]. Available from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=ea11bc4bbf333b78e6f53a26f7ab6c89 (in Thai)

15. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I. Nonthaburi: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand; 2015. (in Thai)
16. Jarungjittanuson S. Development of surveillance and promotion model for early childhood with developmental delay in Buriram province. *Journal of Nursing and Health Care*. 2017;35(2):122-32. (in Thai)
17. Thaineua V, Sirithongthaworn S, Kanshana S, Isaranurak S, Karnkawinpong O, Benjaponpitak A, et al. A 9-year retrospective cohort study of the monitoring and screening of childhood developmental delay in Thailand. *Child Care Health Dev*. 2024;50(2):e13233. doi:10.1111/cch.13233.
18. Patombovorntat R. The factors related to caregivers to take the early childhood for screening of child development [master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2019. (in Thai)
19. Sungsakul W, Meenongwah J. Perception of parents of children with suspected developmental delays regarding an access to services for the promotion of early childhood development in 10th public health region. *Journal of Health and Nursing Education*. 2022;28(1):e257846. (in Thai)

Original article

The effect of group music therapy on perceived stress among international postgraduate students at Mahidol University, Thailand

Received : 13 March 2024

Revised : 13 September 2024

Accepted : 20 September 2024

J J Maung, M.A.

College of Music, Mahidol University

Abstract

Objective: To examine the effect of group music therapy on perceived stress among international postgraduate students and to explore their experience of the therapy.

Methods: A mixed-method study with a quasi-experimental design was conducted at Mahidol University, Thailand. International postgraduate students in Master's or Doctorate programs, with self-reported stress and without other active mental health problems, were assigned to either an intervention or a waitlist control group. The intervention group participated in six one-hour music therapy sessions held twice a week, while the control group received the same intervention after the study. Perceived stress was assessed using the 10-item Perceived Stress Scale (PSS-10) pre- and post-intervention, as well as the Visual Analog Scale for Stress (VAS-S) before and after each session. Focus group discussions were conducted to explore participants' experiences regarding changes in perceived stress and stressful conditions during the study. Data were analyzed using the Wilcoxon signed ranked, Mann-Whitney U test, and inductive analysis.

Results: The PSS-10 score of the intervention group (n = 9) was significantly lower than that of the control group (n = 9) at both baseline and post-intervention. There was no significant reduction in the PSS-10 score within either group following the intervention. However, the VAS-S score of the intervention group showed a significant decrease after each music therapy session compared to their respective pre-test scores. The intervention group reported feeling more relaxed, calm, and comfortable at the end of each session.

Conclusion: Group music therapy tends to provide immediate and temporary relief from perceived stress among postgraduate international students, supporting it as an inclusive option for mental health support services offered by universities.

Keywords: group therapy, international student, music therapy, perceived stress, postgraduate students

Corresponding author: J J Maung; e-mail: piajjmg@gmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของกิจกรรมดนตรีบำบัดแบบกลุ่มต่อการรับรู้ความเครียด ของกลุ่มนักศึกษาต่างชาติระดับบัณฑิตศึกษาในมหาวิทยาลัยมหิดล

วันรับ : 13 มีนาคม 2567

วันแก้ไข : 13 กันยายน 2567

วันตอบรับ : 20 กันยายน 2567

J J Maung, M.A.

วิทยาลัยดุริยางคศิลป์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของกิจกรรมดนตรีบำบัดแบบกลุ่มต่อการรับรู้ความเครียดของนักศึกษาต่างชาติระดับบัณฑิตศึกษา และสำรวจประสบการณ์จากการเข้ารับกิจกรรมดนตรีบำบัด

วิธีการ : การวิจัยแบบผสมวิธี ประกอบด้วยการวิจัยกึ่งการทดลองแบบกลุ่มควบคุมไม่เท่าเทียมโดยการทดสอบก่อน-หลัง ร่วมกับการสัมภาษณ์กลุ่ม กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาต่างชาติที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาโทและปริญญาเอกในมหาวิทยาลัยมหิดล ที่มีความเครียดและไม่มีปัญหาสุขภาพจิตอื่น กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมดนตรีบำบัดแบบกลุ่ม 6 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง กลุ่มควบคุมได้รับดนตรีบำบัดหลังจากการวิจัยเสร็จสิ้น วัดระดับความเครียดด้วยแบบประเมินการรับรู้ความเครียด ฉบับ 10 ข้อ (10-item perceived stress scale: PSS-10) ก่อนและหลังสิ้นสุดการบำบัดและแบบประเมินระดับความเครียด (visual analog scale for stress: VAS-S) ก่อนและหลังกิจกรรมแต่ละครั้ง สัมภาษณ์กลุ่มแบบกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับความเครียด และสถานการณ์ตึงเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการวิจัย เปรียบเทียบข้อมูลภายในกลุ่มด้วย Wilcoxon Signed Ranked test และระหว่างกลุ่มด้วย Mann-Whitney U test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงอนุমান

ผล : คะแนน PSS-10 ของกลุ่มทดลอง (n = 9) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (n = 9) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งก่อนและหลังสิ้นสุดการบำบัด ไม่พบการลดลงอย่างมีนัยสำคัญของคะแนน PSS-10 หลังสิ้นสุดการบำบัดทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แต่พบว่า คะแนน VAS-S ของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังกิจกรรมแต่ละครั้ง โดยให้ความเห็นว่ารู้สึกผ่อนคลาย สงบ และสบายใจมากขึ้น

สรุป : นักศึกษาต่างชาติระดับบัณฑิตศึกษามีการรับรู้ความเครียดลดลงทันทีและชั่วคราวหลังเข้าร่วมกิจกรรมดนตรีบำบัดแบบกลุ่มแต่ละครั้ง ผลการศึกษาสนับสนุนว่ากิจกรรมดนตรีบำบัดแบบกลุ่มควรเป็นหนึ่งในตัวเลือกการให้บริการทางสุขภาพจิตในมหาวิทยาลัย

คำสำคัญ : การบำบัดกลุ่ม, การรับรู้ความเครียด, ดนตรีบำบัด, นักศึกษาต่างชาติ, นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา

ติดต่อผู้นิพนธ์ : J J Maung; e-mail: piajjmg@gmail.com

Previous knowledge: Music therapy is known to reduce stress for various populations. However, evidence regarding its effectiveness among postgraduate international students remains limited.

New knowledge: This study found that group music therapy can provide immediate and temporary relief from perceived stress in postgraduate international students.

Applications: The findings support the inclusion of music therapy as a mental health support option in universities for reducing stress among international postgraduate students.

Introduction

Studies have demonstrated that chronic stress is linked to adverse health outcomes.¹⁻³ When faced with threats or stressful conditions, the body reacts to preserve the state of equilibrium by producing stress hormones, which have a variety of physiological and psychological effects.⁴ The intensity of stress arises when environmental demands are perceived as overwhelming and detrimental to personal well-being. Individuals can learn to manage stress by understanding emotional boundaries and recognizing when those boundaries are crossed.³ Talk therapy, journaling, exercise, self-talk, and deep breathing exercises are among effective strategies for stress reduction.³ Findings have also shown the physiological and psychological benefits of music in alleviating stress.⁵⁻⁸

Music therapy has been shown to effectively reduce stress and anxiety among the general population as well as specific groups, such as

seriously ill patients.^{7,9} It is the evidence-based use of music in a systematic way which may include singing, instrument playing and improvisation, songwriting, movement with music, and music listening.¹⁰ Group music activities, where group members perform the musical activities in synchronization, can foster feelings of togetherness and bonding, stimulating the production of the endorphin and oxytocin hormones that play a role in anti-stress response in the body.⁷ In addition, qualitative findings noted the social and emotional advantages of weekly group singing therapies for people with Parkinson's disease, including improved mood and the establishment of peer relationships.¹¹

International students studying abroad have to prepare for significant lifestyle changes to adapt to both cultural and academic challenges in the residing country. This includes financial management and maintaining social ties with relatives and friends back home while also establishing new social networks in their new environment.¹²⁻¹⁴ These adjustments can create stressful conditions, including separation from family, facing new responsibilities, financial concerns, challenge of balancing between work, study, and private life, and striving for academic success.^{12,13} In addition, being in an unfamiliar environment could bring social isolation, language barriers, and experiences of racial discrimination.¹⁵ Managing these challenges can lead to psychological burdens.^{12-14,16}

The significance of stress in postgraduate students worldwide is reflected in the high prevalence rates: 52% in postgraduate medical students in India,¹⁷ 48.9% in the Southeastern United States,¹⁸ 55.1% in Pakistan,¹⁹ and 45% in

Gujarat University in India.²⁰ Additionally, a study in Malaysia reported a prevalence of 54% among international postgraduate students.²¹ One study showed that stress levels among undergraduate and postgraduate students were not significantly different.²² However, postgraduate students received less attention regarding cause and impacts of stress, both short-term and long-term.^{22,23} Furthermore, research on supportive programs and coping strategies for stress among postgraduate students is limited compared to that for undergraduates.^{22,24,25}

Mental health support services at colleges and universities worldwide often provide readily accessible counseling and consultation,¹⁵ while music therapy remains relatively scarce.²⁶ This study aims to explore the stressful conditions experienced by overseas postgraduate students and the potential role of music therapy in addressing these issues. Specifically, it seeks to examine the effects of group music therapy on perceived stress levels among international postgraduate students and to understand their experience with the therapy.

Methods

Study design and setting

An embedded mixed-method study was employed in Mahidol University International College, Thailand, from October to December 2022. The quantitative aspect employed a quasi-experimental design with pre-test and post-test measures, including a waitlist control group. The qualitative part involved focus group interviews to gain an in-depth understanding of the experience of the intervention group in receiving music therapy intervention.

Participants

Participants were international postgraduate students enrolled in Master's or Doctorate programs at the university. They were recruited through a social media announcement. Volunteers were screened based on specific inclusion criteria: 1) self-report stress with a score of 14 or higher on the 10-item Perceived Stress Scale (PSS-10), 2) residency in Bangkok or its metropolitan areas, and 3) no prior diagnosis of mental health issues by a certified clinician. Individuals undergoing any stress-reducing treatment at the time of the study were excluded.

Initial assessments and informed consent were obtained before proceeding to the intervention. Quota sampling was applied to pair participants in the two groups based on their PSS-10 scores, age, and gender, and additionally, their availability for the scheduled sessions. Consistent with previous research on effects of music therapy on mental health outcomes,^{10,27} the number of participants in each group was limited to between 7 and 10 to ensure effective group dynamics. The control group received the music therapy intervention at a later date and were instructed not to seek other stress-reduction treatments during the experimental period.

Intervention

The group music therapy intervention in this study was designed and constructed following reporting guidelines for music-based interventions,²⁸ which outline essential components such as intervention theory, content, delivery schedule, facilitator qualifications, treatment fidelity, setting, and unit of delivery. This framework aids music therapist in systematically planning and reporting the intervention.

Grounded in the cognitive behavioral theory, the intervention encouraged participants to identify and explore their triggering events and factors, understand their belief systems and attitude towards those events, reflect on their consequential emotions and behaviors, restructure their cognition and thoughts, and develop positive coping strategies.²⁹

The intervention comprised six one-hour sessions delivered twice a week, led by the researcher under the supervision of a music therapist advisor (Table 1).

Group singing: The group members sang songs or melodies together while the music therapist played musical instruments and sang with the group. It has been shown that group singing fosters cohesive social bonds, improve mood, and promote a sense of social support and togetherness.^{7,11,30}

Music-assisted relaxation: The music therapist adapted and prepared instrumental compositions and conducted relaxation procedures while the group members followed the instructions

and participated in the activity. Studies indicate that music-based relaxation can effectively reduce perceived stress.^{7,31}

Group drumming: The music therapist led a drumming activity in which the group members expressed their feelings and performed freely together. Group drumming has been shown to improve self-awareness, emotional expressiveness, and social skills, as well as reduce stress.^{32,33}

Songs discussion: The group members were encouraged to project their feelings and ideas via the lyrics of the songs and bring out potential calming effects from favorable responses to the lyrics.³⁰ Previous studies indicate that song-sharing can strengthen social bonds, help in conveying thoughts and emotions, and boost moods through uplifting lyrics.^{7,34}

Movement with music: The activity involved dancing, moving freely, or moving rhythmically to the music. Research has shown that physical movement to music can increase self-awareness and

Table 1 Intervention components

Session number	Interventions
1 and 2	<ul style="list-style-type: none"> • Group singing • Drawing to music • Movement with music • Relaxation through music
3 and 4	<ul style="list-style-type: none"> • Group singing • Song sharing and discussion • Group drumming • Relaxation through music
5 and 6	<ul style="list-style-type: none"> • Group singing • Song writing • Creating a song playlist • Relaxation through music

mindfulness while reducing negative thoughts and emotions.³⁵

Songwriting: The music therapist facilitated the songwriting process by adapting the needs and skills of the group members. Songwriting has been shown to improve concept identification, problem-solving skills, and coping strategies.³⁶

Creating a song playlist: The group members collaborated with the music therapist to select, sequence, and discuss a playlist. This activity has been linked to increased self-awareness, the development of coping mechanisms, and the creation of a self-help playlist for stress management.³⁷

Drawing to music listening: The group members listened to the selected music while drawing freely without judgment or limitation to reflect their feelings and thoughts. Prior studies suggest that the activity can elicit emotional expression, reduce perceived tension, and enhance positive emotions.^{38,39}

Measurements

Stress was measured as the primary outcome using the 10-item Perceived Stress Scale (PSS-10) for pre and post-measurements of both the intervention and control group and the Visual Analog Scale for Stress (VAS-S) before and after each music session of the intervention group. The Perceived Stress Scale is a Likert-like questionnaire with total scores ranging from 0 - 13 for low stress, 14 - 26 for moderate stress, and 27 - 40 for high stress. It has a Cronbach's alpha of 0.78 and 0.71 based on a two-factor analysis in university students.⁴⁰ The VAS-S is a horizontal dotted line scaling from least to most stress. It has demonstrated good reliability and validity in measuring

perceived stress, comparable to the PSS-10 in a correlational study.⁴¹ Semi-structured focus group interviews of both groups, each lasting about one hour, were conducted by the researcher before and after the intervention. The intervention group was asked to share their experience with the group music therapy, while the control group was asked to review their stressors and response to stress compared with the initial period.

Statistical analysis

For the quantitative analysis, the non-parametric tests were applied to the PSS-10 and VAS-S scores due to non-normal distribution. The Wilcoxon Signed Ranked test was used to compare the pre- post-test results within each group, while the Mann-Whitney U test was used to compare results between the groups. Qualitative data from focus group interviews were analyzed using inductive analysis.

Ethical considerations

Participants had the right to withdraw from the study at any time without needing permission from the researcher. At the beginning of each focus group interview, the importance of confidentiality and the necessity of keeping information shared within the group private were emphasized. Verbal consent for confidentiality was obtained from the participants, with a request not to disclose discussion outside the session.

Results

Twenty eligible individuals applied to participate in the study. Two applicants voluntarily withdrew due to scheduling conflicts that made full participation inconvenient. The remaining eighteen participants

were equally divided into an intervention (n = 9) and a control group (n = 9), with mean ages of 29.33 (SD = 3.78) and 28.44 (SD = 4.09), respectively. The demographic information of both groups were presented in Table 2.

The mean pretest PSS-10 score of the intervention group (mean = 19.89, SD = 11.28) was lower than of the control group (mean = 23.44, SD = 11.28). The mean post-test PSS-10 score of the intervention group (mean = 17.00, SD = 11.24) was also significantly lower than of the control group

(mean = 22.22, SD = 11.24). These indicate a significant difference in pre- and post-scores between the groups (table 3). However, the pre- and post-test T-PSS-10 scores did not show significant difference within either group (table 4). On the other hand, the intervention group experienced a significant decrease in perceived stress levels as measured by the VAS-S immediately after each music therapy session (Table 5 and Diagram 1).

Qualitative interviews revealed that participants in the intervention group felt more

Table 2 Demographic information of participants

	Frequency		Total	Percentage
	Intervention group (n = 9)	Control group (n = 9)		
Gender				
Male	6	3	9	50.0
Female	3	6	9	50.0
Age (years)				
23 – 25	2	1	3	16.7
26 – 30	1	6	7	38.9
31 - 36	6	2	8	44.4
Nationality				
Indonesian	5	2	7	38.9
Myanmar	1	5	6	33.3
American	1	0	1	5.6
Bhutanese	1	0	1	5.6
Cambodian	1	0	1	5.6
Nepali	0	1	1	5.6
Vietnamese	0	1	1	5.6
Area of Study				
Pharmaceutical Science	1	4	5	27.8
Public Health Science	0	3	3	16.7
Engineering	2	1	3	16.7
Nutritional Science	2	0	2	11.1
Environmental Science	1	0	1	5.6
Human Rights Studies	1	0	1	5.6
Music Performance	1	0	1	5.6
Nursing Science	1	0	1	5.6
Science in IT	0	1	1	5.6

Table 3 Mann-Whitney U test analysis comparing the stress levels between groups measured by T-PSS-10

	Mean		Mean rank		SD	Mann-Whitney U test	Asymptotic Sig.	Exact Sig.
	Intervention group	Control group	Intervention group	Control group				
Pre across group	19.89	23.44	6.94	12.96	11.28	63.50	.041	.040
Post across group	17.00	22.22	6.56	12.44	11.24	67.00	.018	.019

SD = standard error

Table 4 Wilcoxon signed rank test analysis of pre-and post-stress levels within groups measured by T-PSS-10

	N	Min	Max	Wilcoxon signed ranked test	
				Standard Error	Asymptotic Sig.
Intervention Group				8.426	.154
Pre	9	16	29		
Post	9	10	24		
Control Group				7.124	.400
Pre	9	19	30		
Post	9	17	26		

SD = standard error

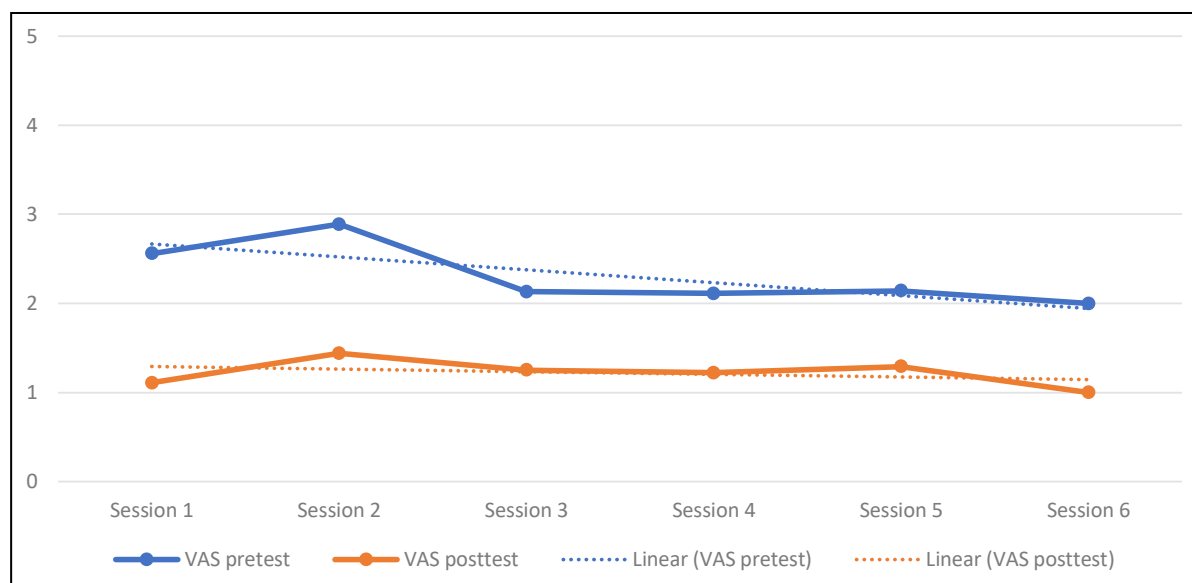


Diagram 1 Average VAS-S scores for the music therapy sessions in the intervention group

Table 5 Wilcoxon signed rank test analysis of VAS-S for the music therapy sessions in the intervention group

	N	Mean	SD	p-value
Session 1				.003
Pretest	9	2.56	0.88	
Posttest	9	1.11	0.33	
Session 2				.008
Pretest	9	2.89	0.93	
Posttest	9	1.44	0.73	
Session 3				.008
Pretest	8	2.13	0.64	
Posttest	8	1.25	0.46	
Session 4				.004
Pretest	9	2.11	0.78	
Posttest	9	1.22	0.44	
Session 5				.009
Pretest	7	2.14	0.69	
Posttest	7	1.29	0.49	
Session 6				< .001
Pretest	9	2	0.71	
Posttest	9	1	0.00	

relaxed, calm, and comfortable at each session. They also noted that the sessions fostered social connectedness and helped develop a support network. Many viewed the sessions as a helpful, convenient, and accessible option for stress reduction. Selected participant feedback included:

“...after finishing the session, I feel more relaxed. Also, I feel happy because I get to meet new people and do some activities...”

“For me, another part or thing that’s very interesting or a special experience is when we listen to another idea or another field, because in this pandemic situation, we cannot get around with our friends, and when we have a session with a group like you made... it’s kind of umm... make us human again. We try to connect within the group because we come from different backgrounds. Thank you so much for bringing us together.”

“I really enjoyed learning about other people, especially from different countries because I’ve rarely ever experienced that. And then after the sessions, umm... I just generally felt better.”

“I listen to music to relax after spending a lot of time doing assignments and all. It was good to meet others, the rest of the friends during the sessions.”

“For me, from my perspective, music therapy is not only just to handle or cope with stress. So, we can understand our feelings because when we do music therapy, we need to really analyze our feelings, we need to be aware of how we feel and what are our emotions when we listen to music. And by doing that, we are like... acknowledge our feelings.”

In contrast, most participants in the control group reported that their stress regarding thesis

and studies remained unchanged. A few noted an increase in stress levels as exams deadlines approached. However, some stated that stress related to food and cultural adjustments had decreased as they adapted to their new environment. Overall, participants said that their responses to stressful conditions remained more or less the same compared to the pre-assessment interview.

Discussion

This study examined the effect of group music therapy on perceived stress among international postgraduate students. The results showed that the intervention group experienced decreased VAS-S scores after each session. However, after completing six sessions, it is noted that there was no significant reduction in the PSS-10 scores of the intervention group compared to baseline and that of the control group. The small sample size and incomplete matching of participants in the intervention and control groups could limit the statistical power, impact the pre- and post-test scores, and introduce selection bias in the study. Although the main results are not statistically significant, they suggest that the group music therapy has a favorable influence on stress, indicating immediate and temporary benefits. These coincide with a systematic review and meta-analysis which revealed that even a single session of music therapy can lead to a short-term reduction in stress levels.⁷

Increased exposure to music therapy beyond just one session enhances the therapy's effectiveness by allowing participants to build stronger bonds with one another and with the music, producing more fruitful results.⁴² For example, one study found significant alleviation of perceived stress levels

among university students receiving total twelve weekly relaxation music therapy sessions, while the control group showed no significant changes in baseline stress levels.²⁷ The music therapy in this study was conducted over six sessions, based on the participants' availability and their willingness and appreciation for participation. These findings, alongside with the previous studies, suggest the need to implement music therapy programs that extend beyond six sessions. They also indicate the necessity for an intervention design tailored for this population, which should be brief yet produce long-lasting benefits.

Thesis works, financial concerns, time management constraints, and interpersonal issues were among the most common stressors reported by the participants. Their coping strategies included listening to music, socializing with friends, engaging in physical activities, and practicing relaxation techniques. These findings emphasize the potential benefits of music therapy as a stress management strategy for overseas postgraduate students dealing with a variety of academic and personal challenges. The study identified several recommendations for future research in the field of stress reduction through music therapy. Future investigation should focus on developing more extensive music therapy sessions tailored specifically to the needs of international postgraduate students to ensure lasting positive effects. Furthermore, researchers should explore how factors such as tempo and song selection impact stress reduction. Incorporating these features into music therapy sessions may improve stress reduction outcomes for postgraduate students.

Summary

This study highlights the potential role of music therapy in a comprehensive approach to stress reduction among international postgraduate students, providing valuable insights for stress management interventions in academic settings.

Acknowledgment

The author would like to thank Asst. Prof. Dr. Treetip Boonyam, Asst. Prof. Dr. Natee Chiengachana, Asst. Prof. Dr. Kyle Fyr, and Asst. Prof. Dr. Pornpan Kaenampornpan for supervision and scientific recommendations. The author is also grateful to Ms. Wiputh Kehasuwan and Mr. Gritsada Huncharoen for their instruction in music therapy.

References

1. American Psychological Association. Stress in America 2021 [Internet]. Washington DC: American Psychological Association; 2021 [cited 2023 July 8]. Available from: <https://www.apa.org/news/press/releases/stress/2021/decision-making-october-2021.pdf>
2. Fink G. Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior: Handbook of stress series Volume 1 [Internet]. London: Elsevier Inc.; 2016 [cited 2023 July 8]. Available from: <https://www.scholartext.com/book/88832732>
3. Aselton P. Sources of stress and coping in American college students who have been diagnosed with depression. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2012;25(3):119-23. doi:10.1111/j.1744-6171.2012.00341.x.
4. Meyers T. Stress: the health epidemic of the 21st century [Internet]. New York: Thrive Global; 2018 [cited 2023 July 8]. Available from: <https://thriveglobal.com/stories/stress-the-health-epidemic-of-the-21st-century/>.
5. Nwokenna EN, Nwosu N, Igbokwe UL, Victor-Aigbodion V, Nnamani O, Nwefuru BC. Music intervention for perceived stress among English education students. *Glob J Health Sci*. 2019; 11(8):23. doi:10.5539/gjhs.v11n8p23.
6. Homa MV, La Marca R, Brönnimann R, Finkel L, Ehlert U, Nater UM. The effect of music on the human stress response. *PLoS One*. 2013;8(8):e70156. doi:10.1371/journal.pone.0070156.
7. de Witte M, Pinho ADS, Stams GJ, Moonen X, Bos AER, van Hooren S. Music therapy for stress reduction: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychol Rev*. 2022;16(1):134-59. doi:10.1080/17437199.2020.1846580.
8. Koelsch S, Boehlig A, Hohenadel M, Nitsche I, Bauer K, Sack U. The impact of acute stress on hormones and cytokines, and how their recovery is affected by music-evoked positive mood. *Sci Rep*. 2016;6:23008. doi:10.1038/srep23008.
9. Umbrello M, Sorrenti T, Mistraretti G, Formenti P, Chiumello D, Terzoni S. Music therapy reduces stress and anxiety in critically ill patients: a systematic review of randomized clinical trials. *Minerva Anesthesiol*. 2019;85(8):886-98. doi:10.23736/S0375-9393.19.13526-2.
10. Ashton BE. The use of short-term group music therapy for female college students with depression and anxiety [thesis]. Tempe: Arizona State University; 2013.
11. Elefant C, Baker FA, Lotan M, Lagesen SK, Skeie GO. The effect of group music therapy on mood, speech, and singing in individuals with Parkinson's disease--a feasibility study. *J Music Ther*. 2012;49(3):278-302. doi:10.1093/jmt/49.3.278.
12. Alharbi E, Smith AP. Review of the literature on stress and wellbeing of international students in English-speaking countries. *International Education Studies*. 2018;11(6):22. doi:10.5539/ies.v11n6p22.
13. Forbes-Mewett H, Sawyer AM. International students and mental health. *Journal of International*

- Students. 2016;6(3):661-77. doi:10.32674/jis.v6i3.348.
14. Das PPP, Sahoo R. Stress and depression among post graduate students. *International Journal of Scientific and Research Publications*. 2011;2(7):1-5.
 15. Orygen. International students and their mental health and physical safety [Internet]. Parkville: Orygen; 2020 [cited 2023 July 8]. Available from: <https://www.orygen.org.au/Policy/Policy-Areas/Employment-and-education/Education/International-students-and-their-mental-health-and-International-Student-Mental-Health-and-Physical-S.aspx?ext=>
 16. Zegeye A, Mossie A, Gebrie A, Markos Y. Stress among postgraduate students and its association with substance use. *J Psychiatry*. 2018;21(3). doi:10.4172/2378-5756.1000448.
 17. Shete A, Garkal K. A study of stress, anxiety, and depression among postgraduate medical students. *CHRISMED Journal of Health and Research*. 2015;2(2):119-23. doi:10.4103/2348-3334.153255.
 18. Wyatt T, Oswalt SB. Comparing mental health issues among undergraduate and graduate students. *Am J Health Educ*. 2013;44(2):96-107. doi:10.1080/19325037.2013.764248.
 19. Kasi PM, Khawar T, Khan FH, Kiani JG, Khan UZ, Khan HM, et al. Studying the association between postgraduate trainees' work hours, stress and the use of maladaptive coping strategies. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2007;19(3):37-41.
 20. Yusoff MSB, Fuad, Rahim AFA. Prevalence and sources of stress among postgraduate medical trainees: initial findings. *Asean Journal of Psychiatry*. 2010;11(2):180-9.
 21. Hussein OM, Zainal NZ, Latif MA. Prevalence of Stress among International Post-graduate Doctors at the University Malaya Medical Centre (UMMC), Kuala Lumpur. *J Clin Diagn Res*. 2012;6(5):859-62.
 22. Ickes M, Brown J, Reeves B, Zephyr PMD. Differences between undergraduate and graduate students in stress and coping strategies. *Calif J Health Promot*. 2015;13(1):13-25. doi:10.32398/cjhp.v13i1.1810.
 23. Oswalt SB, Riddock CC. What to do about being overwhelmed: graduate students, stress and university services. *Coll Stud Affairs J*. 2007;27(1):24-44.
 24. Barney D, Haslem L, Benham L. Effects of college student's participation in physical activity classes on stress. *Am J Health Stud*. 2014;29(1):115-60. doi:10.47779/ajhs.2014.206
 25. Villate V. Yoga for college students: An empowering form of movement and connection. *The Physical Educator*. 2015;72(1):44-66.
 26. Ashton BE. The use of short-term group music therapy for female college students with depression and anxiety [thesis]. Tempe: Arizona State University; 2013.
 27. Ogba FN, Ede MO, Onyishi CN, Agu PU, Ikechukwu-Ilomuanya AB, Igbo JN, et al. Effectiveness of music therapy with relaxation technique on stress management as measured by perceived stress scale: retraction. *Medicine*. 2019;98(15):e15107. doi:10.1097/md.00000000000015107.
 28. Robb SL, Burns DS, Carpenter JS. Reporting guidelines for music-based interventions. *Music Med*. 2011;3(4):271-79. doi:10.1177/1943862111420539.
 29. Teater B. *Cognitive behavioural therapy*. Malden: Wiley-Blackwell; 2013.
 30. Weinstein D, Launay J, Pearce E, Dunbar RIM, Stewart L. Singing and social bonding: changes in connectivity and pain threshold as a function of group size. *Evol Hum Behav*. 2016;37(2):152-8. doi:10.1016/j.evolhumbehav.2015.10.002.
 31. Davis WB, Gfeller KE, Thaut M. *An introduction to music therapy: Theory and practice (3rd ed.)*. American Music Therapy Association. 2008.
 32. Friedman RL. *The healing power of the drum: a psychotherapist explores the healing power of rhythm*. Tempe: White Cliffs Media Co.; 2020.

33. Bensimon M, Amir D, Wolf Y. Drumming through trauma: Music therapy with post-traumatic soldiers. *Arts Psychother.* 2008;35(1):34-48. doi:10.1016/j.aip.2007.09.002.
34. Gardstrom S, Hiller J. Song discussion as music psychotherapy. *Music Ther Perspect,* 2010;28(2): 147-56. doi:10.1093/mtp/28.2.147.
35. Unkefer RF, Thaut MH. Music therapy in the treatment of adults with mental disorders: theoretical bases and clinical interventions. Gilsum, NH: Barcelona Publishers; 2005
36. Aker FA, Rickard N, Tamplin J, Roddy C. Flow and Meaningfulness as mechanisms of change in self-concept and well-being following a songwriting intervention for people in the early phase of neurorehabilitation. *Front Hum Neurosci.* 2015;9(299):46-55. doi:10.3389/fnhum.2015.00299.
37. Bautch K. The effect of therapeutic music playlist on anxiety symptoms: a pilot trial. International association for music & medicine [Internet]. Georgia: The International Association for Music & Medicine (IAMM); 2021. Available from: <https://iammonline.com/iamm2022library/katie-bautch/>.
38. Jiang J, Zhou L, Rickson D, Jiang C. The effects of sedative and stimulative music on stress reduction depend on music preference. *Arts Psychother.* 2013;40(2):201-5. doi:10.1016/j.aip.2013.02.002.
39. Raglio A, Bellandi D, Gianotti M, Zancchi E, Gnesi M, Monti MC, et al. Daily music listening to reduce work-related stress: a randomized controlled pilot trial. *J Public Health (Oxf).* 2020;42(1):e81-7. doi:10.1093/pubmed/fdz030.
40. Anwer S, Manzar MD, Alghadir AH, Salahuddin M, Abdul Hameed U. Psychometric analysis of the perceived stress scale among healthy university students. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2020;16: 2389-96. doi:10.2147/NDT.S268582.
41. Barré R, Brunel G, Barthet P, Laurencin-Dalicioux S. The visual analogue scale: an easy and reliable way of assessing perceived stress. *Qual Prim Health Care.* 2017;1(1):003.
42. Pelletier CL. The effect of music on decreasing arousal due to stress: a meta-analysis. *J Music Ther.* 2004;41(3):192-214. doi:10.1093/jmt/41.3.192.

บทความพิเศษ

ประสบการณ์ของจิตแพทย์ไทยในการพัฒนา ICD-11 : กรณีของโรคจิตเฉียบพลันและชั่วคราว

วันรับ : 15 มิถุนายน 2567

วันแก้ไข : 5 กันยายน 2567

วันตอบรับ : 24 กันยายน 2567

พิเชฐ อุดมรัตน์, พ.บ.

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อถ่ายทอดประสบการณ์ที่ผู้นิพนธ์ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรค (international classification of diseases: ICD) ฉบับที่ 11 (ICD-11) ในการจำแนกกลุ่มโรคจิต โดยเฉพาะโรคจิตเฉียบพลันและชั่วคราว รวมทั้งเพื่อนำเสนอการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญจากฉบับก่อนหน้า

วิธีการ : รวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้องกับ ICD-10, ICD-11 และโรคจิตเฉียบพลันและชั่วคราว โดยสืบค้นจากฐานข้อมูล Pubmed, ThaiJO, และสื่อสิ่งพิมพ์จากเว็บไซต์ รวมทั้งจากประสบการณ์ตรงของผู้นิพนธ์

ผล : เดิม ICD ได้มีการทบทวนเป็นระยะโดยองค์การอนามัยโลก ครั้งสุดท้ายเป็นการทบทวนครั้งที่ 10 (ICD-10) ที่เผยแพร่เมื่อปี พ.ศ. 2535 ต่อมาในปี พ.ศ. 2549 องค์การอนามัยโลกได้ทบทวน ICD-10 และเริ่มพัฒนา ICD-11 โดยแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษานานาชาติและคณะทำงานในการจำแนกกลุ่มโรคต่าง ๆ ซึ่งผู้นิพนธ์อยู่ในคณะทำงานกลุ่มโรคจิต และถูกมอบหมายให้รับผิดชอบเรื่องโรคจิตเฉียบพลันและชั่วคราว จึงได้ทบทวนงานวิจัยของโรคนี้อและจัดทำข้อเสนอแนะขึ้น องค์การอนามัยโลกได้รวบรวมข้อเสนอแนะของคณะทำงานทุกกลุ่มโรคแล้วจัดทำเป็น ICD-11 ฉบับร่างเพื่อรับฟังความคิดเห็นและนำไปปรับปรุง ต่อมามีการทดสอบภาคสนามและการทดสอบในผู้ป่วยจริงเพื่อเปรียบเทียบคุณสมบัติระหว่าง ICD-11 กับ ICD-10 ในการวินิจฉัยโรค สำหรับโรคจิตเฉียบพลันและชั่วคราวใน ICD-11 ได้มีการปรับปรุงให้วินิจฉัยได้ง่ายขึ้น โดยยกเลิกการแบ่งเป็นชนิดต่าง ๆ ของ ICD-10 แต่แบ่งโรคตามมิติจำนวนครั้งของการป่วยและระยะของโรคขณะประเมินว่ายังมีอาการอยู่มากน้อยเพียงใดหรืออยู่ในภาวะโรคสงบแล้ว

สรุป : การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเป็นพลวัต ซึ่งเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามหลักฐานทางวิชาการในปัจจุบัน จิตแพทย์และบุคลากรสุขภาพจิตไทยควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในหลากหลายประเด็นเกี่ยวกับโรคจิตเฉียบพลันและชั่วคราว เพื่อประโยชน์ในการพัฒนา ICD ครั้งต่อไป

คำสำคัญ : จิตแพทย์ไทย, ประสบการณ์, โรคจิตเฉียบพลันและชั่วคราว, องค์การอนามัยโลก, ICD-11

ติดต่อผู้นิพนธ์ : พิเชฐ อุดมรัตน์; pudomratn74@gmail.com

Special article

Experience of a Thai psychiatrist in making ICD-11: focus on acute and transient psychotic disorder

Received : 15 June 2024

Revised : 5 September 2024

Accepted : 24 September 2024

Pichet Udomratn, M.D.

Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

Abstract

Objective: To share the author's experience as a committee member in the International Classification of Diseases (ICD), eleventh revision (ICD-11), with a focus on acute and transient psychotic disorder (ATPD) and changes from the previous revision.

Methods: Pubmed, ThaiJO, and website databases were searched. The searched terms included acute, brief, transient, psychosis, psychotic disorder, ICD-10, and ICD-11. All published materials as well as the author's direct experience were reviewed.

Results: The ICD is periodically revised by the World Health Organization (WHO). The last revision was ICD-10, which came out in 1992. In 2006, WHO started to revise the ICD-10 by appointing the International Advisory Group (IAG) and the working groups to classify various diseases for ICD-11. The author, as a member of the Working Group on the Classification of Psychotic Disorders (WGPD), was assigned responsibility for ATPD. In revising ATPD, all academic materials about ATPD were reviewed. Changes of ATPD in the drafts of ICD-11 were proposed to WGPD for discussion and approval. Later, the first draft of ICD-11 came out, then field and a clinic-based studies were conducted to compare the utility of ICD-11 with ICD-10 in disease diagnosis. ATPD in ICD-11 has been improved to make it easier to diagnose by replacing subtypes in ICD-10 with the episode of illness and stage of symptoms.

Conclusion: Psychiatric diagnosis is a dynamic process in which the diagnostic criteria can be changed based on the current evidence. Thai psychiatrists and mental health professionals are encouraged to conduct further research on ATPD across various issues which could lead to the improvement of ATPD diagnosis in the future revisions of the ICD.

Keywords: acute and transient psychotic disorder, experience, Thai psychiatrist, World Health Organization, ICD-11

Corresponding author: Pichet Udomratn; pudomratn74@gmail.com

ความรู้เดิม : โรคจิตเฉียบพลันและชั่วคราวในปัจจุบันวินิจฉัยตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (ICD-10) มีการแบ่งประเภท (subtype) เป็นโรคย่อย ๆ และระบบ ICD-10 ไม่สามารถใส่รหัสเพิ่มเติมได้ ในกรณีที่มีโรคใหม่หรือต้องการระบุรายละเอียดเพิ่ม

ความรู้ใหม่ : ICD-11 มีการแบ่ง subtype ของโรคจิตเฉียบพลันและชั่วคราวใหม่ โดยดูจากมิติจำนวนครั้งที่ป่วยและระยะของโรคขณะตรวจประเมิน และได้แก้ไขจุดอ่อนของ ICD-10 ทำให้สามารถลงรหัสโรคได้มากขึ้นตามข้อมูลทางคลินิกที่เพิ่มขึ้น

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ควรทำความเข้าใจแนวทางที่ได้พัฒนาเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเฉียบพลันและชั่วคราวที่ปรับเปลี่ยนตามหลักฐานทางวิชาการในปัจจุบัน รวมถึงแนวทางการประยุกต์ใช้และศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในอนาคตเพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุง ICD ครั้งต่อไป

บทนำ

บัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรค (international classification of diseases: ICD) ขององค์การอนามัยโลกได้มีการทบทวนเป็นระยะ โดยฉบับก่อนหน้าคือฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (ICD-10) ได้เผยแพร่เมื่อปี พ.ศ. 2535¹ เมื่อถึง ปี พ.ศ. 2549 องค์การอนามัยโลกมีการทบทวน ICD-10 และพัฒนาฉบับทบทวนครั้งที่ 11 (ICD-11) จึงได้เชิญจิตแพทย์จากประเทศต่าง ๆ เข้าร่วมเป็นคณะที่ปรึกษาและ/หรือคณะทำงาน โดยในปี พ.ศ. 2550 ผู้นิพนธ์ได้รับการแต่งตั้งจากองค์การอนามัยโลกให้ผู้นิพนธ์เป็นคณะที่ปรึกษานานาชาติ (international advisory group: IAG) ในการทบทวน ICD-10 โดยเป็นคณะกรรมการชุดที่ 2 มีวาระ 2 ปี (พ.ศ. 2551 - 2552)² ดังรายชื่อของคณะกรรมการชุดนี้ในตารางที่ 1 ต่อมาผู้นิพนธ์ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นคณะทำงานในการจำแนกกลุ่มโรคจิต (working group on the classification of psychotic disorders: WGPD) ของ ICD-11³ ดังรายชื่อของคณะทำงานชุดนี้ที่แสดงไว้ในตารางที่ 2

บทความนี้นำเสนอประสบการณ์ของผู้นิพนธ์ในการทำงานร่วมเป็นคณะที่ปรึกษาและคณะทำงานดังกล่าว รวมทั้งสรุปการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของ ICD-11 ซึ่งผ่านความเห็นชอบในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly) ครั้งที่ 72 เมื่อปี พ.ศ. 2562 และมีการเผยแพร่คำอธิบายทางคลินิกและข้อกำหนดในการวินิจฉัย (clinical descriptions and diagnostic requirements: CDDR) สำหรับ ICD-11 เมื่อปี พ.ศ. 2567⁴

วิธีการ

รวบรวมข้อมูลจากการสืบค้นฐานข้อมูล Pubmed, ThaiJO และจากเว็บไซต์ต่าง ๆ โดยใช้คำสืบค้น ได้แก่ acute, brief, transient, psychosis, psychotic disorder, ICD-10 และ ICD-11 รวมทั้งจากประสบการณ์ตรงของผู้นิพนธ์

ผล

การทบทวน ICD-10

หลังจากองค์การอนามัยโลกได้ออก ICD-10 มาใช้ในการวินิจฉัยโรคได้ระยะหนึ่ง ก็เริ่มมีประเทศต่าง ๆ ได้ทบทวนและปรับปรุง ICD-10 ให้เข้ากับบริบทของประเทศตัวเอง โดยประเทศแรกที่ได้ทบทวนและปรับปรุงมาใช้กับประเทศตัวเอง คือ ออสเตรเลีย (ICD-10, Australian modification: ICD-10-AM) ส่วนในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ขอให้ราชวิทยาลัยของแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ เข้าร่วมเป็นคณะทำงานเพื่อจัดทำ ICD-10 ฉบับประเทศไทย (ICD-10, Thai modification: ICD-10-TM) ขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2543 สำหรับกลุ่มโรคทางจิตเวชนั้นผู้นิพนธ์ได้รับมอบหมายจากราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยให้เป็นประธานคณะทำงานของราชวิทยาลัยฯ ในเรื่องนี้และเข้าร่วมกับคณะทำงานของกระทรวงสาธารณสุข โดย ICD-10-TM ได้ออกมาใช้อย่างเป็นทางการครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2546 โดยมีการปรับปรุงและเพิ่มเติมเพียงบางโรคเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยในขณะนั้น^{5,6} อย่างไรก็ตาม ICD-10-TM ก็ยังไม่สามารถลงรหัสชนิดของสารกระตุ้นระบบประสาท (psychostimulant) ในรหัส F15 ได้ว่าการเจ็บป่วยเกิดจากสารประเภทใด เนื่องจากการลงรหัสของ ICD-10 ได้ถูกกำหนดให้มีอักขระ (character)

เพียง 5 ตำแหน่ง โดยตำแหน่งแรกเป็นภาษาอังกฤษตัวใหญ่ ส่วนตำแหน่งที่ 2, 3, 4 และ 5 เป็นตัวเลข 0 - 9 จึงเป็นข้อจำกัดในการเพิ่มรหัสเพื่อแสดงถึงสาเหตุของอาการทางจิตว่าเกิดจากการใช้สารเสพติดชนิดใด หรือในกรณีที่มีโรคใหม่ทางจิตเวชที่ถูกค้นพบในภายหลัง เช่น body integrity identity disorder (BIID)⁷ ก็ไม่สามารถเพิ่มรหัสได้

การพัฒนา ICD-11

ในการประชุมของ IAG ครั้งแรกมีการอภิปรายถึงข้อจำกัดของ ICD-10 ดังกล่าว รวมถึงประเด็นที่หนังสือ ICD-10 ฉบับคำอธิบายทางคลินิกและแนวทางการวินิจฉัย (clinical descriptions and diagnostic guidelines: CDDG) หรือที่รู้จักกันว่าหนังสือปกสีฟ้า (blue book) ขาดความสม่ำเสมอในการให้ข้อมูลเพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรคของแต่ละกลุ่มโรค

นอกจากนี้กระบวนการในการพัฒนาหนังสือ ICD-11 CDDG ซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น ICD-11 CDDR กล่าวคือ เป็นข้อกำหนด (requirement) ไม่ใช่แนวทาง (guideline) ก็อยู่ในช่วงระยะเดียวกันกับที่สมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้พัฒนาคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต ฉบับที่ 5 (diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition: DSM-5) ไปมากแล้ว⁸ ที่ประชุมจึงเสนอให้เชิญคณะทำงาน DSM-5 ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันเข้าร่วมประชุมด้วยทุกครั้ง เพื่อให้ ICD-11 กับ DSM-5 มีความประสานสอดคล้องกัน ทั้งนี้บางประเด็นที่ ICD-11 กับ DSM-5 ไม่ได้เห็นพ้องต้องกัน เช่น กลุ่มโรค sleep-wake disorders ถูกจัดเป็นกลุ่มโรคทางจิตเวชใน DSM-5 ขณะที่ ICD-11 ได้แยก

ตารางที่ 1 รายชื่อคณะที่ปรึกษานานาชาติในการทบทวน ICD-10²

ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน	ประเทศ	ตำแหน่ง
Steven Hyman	Harvard University	สหรัฐอเมริกา	ประธาน
Geoffrey M Reed	World Health Organization	สวิตเซอร์แลนด์	เลขานุการ
José Luis AyusoMateos	Universidad Autónoma de Madrid	สเปน	คณะกรรมการ
Alan Flisher	University of Cape Town	แอฟริกาใต้	คณะกรรมการ
Wolfgang Gaebel	Heinrich-Heine University	เยอรมนี	คณะกรรมการ
Oye Gureje	University of Ibadan	ไนจีเรีย	คณะกรรมการ
Assen Jablensky	University of Western Australia	ออสเตรเลีย	คณะกรรมการ
Brigitte Khoury	American University of Beirut	เลบานอน	คณะกรรมการ
Anne Lovell	Institute National de la Santé et de la Recherche Médicale	ฝรั่งเศส	คณะกรรมการ
Maria Elena MedinaMora	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente	เม็กซิโก	คณะกรรมการ
Afarin Rahimi	Tehran University	อิหร่าน	คณะกรรมการ
Norman Sartorius	Association for the Improvement of Mental Health	สวิตเซอร์แลนด์	คณะกรรมการ
Pratap Sharan	All India Institute of Medical Sciences	อินเดีย	คณะกรรมการ
Pichet Udomratn	Prince of Songkla University	ไทย	คณะกรรมการ
Xiao Zeping	Shanghai Jiao Tong University	จีน	คณะกรรมการ
Tesfamicael Ghebrehwiwe	International Council of Nurses	สวิตเซอร์แลนด์	คณะกรรมการ
Michael Klinkman	World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA)	สหรัฐอเมริกา	คณะกรรมการ
Mario Maj	World Psychiatric Association (WPA)	สวิตเซอร์แลนด์	คณะกรรมการ
Per-Anders Rydelius	International Association of Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions International Union of Psychological Science	สวิตเซอร์แลนด์	คณะกรรมการ

ตารางที่ 2 รายชื่อคณะทำงานในการจำแนกกลุ่มโรคจิต (working group on the classification of psychotic disorders: WGPD) ของ ICD-11³

ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน	ประเทศ	ตำแหน่ง
Shekhar Saxena	World Health Organization	สวิตเซอร์แลนด์	ที่ปรึกษา
Geoffrey M. Reed	World Health Organization	สวิตเซอร์แลนด์	ที่ปรึกษา
Michael B. First	Columbia University.	สหรัฐอเมริกา	ที่ปรึกษา
Wolfgang Gaebel	Heinrich-Heine University	เยอรมนี	ประธาน
Jonathan Burns	University of KwaZulu-Natal	แอฟริกาใต้	คณะทำงาน
Peter Falkai	Ludwig-Maximilians-University	เยอรมนี	คณะทำงาน
Saeed Farooq	Staffordshire University	สหราชอาณาจักร	คณะทำงาน
Silvana Galderisi	University of Campania Luigi Vanvitelli	อิตาลี	คณะทำงาน
Philippa Garety	King's College London	สหราชอาณาจักร	คณะทำงาน
Michael Green	University of California	สหรัฐอเมริกา	คณะทำงาน
Assen Jablensky	University of Western Australia	ออสเตรเลีย	คณะทำงาน
Veronica Larach Walters	Universidad Andres Bello	ชิลี	คณะทำงาน
Toshimasa Maruta	Seitoku University	ญี่ปุ่น	คณะทำงาน
Pichet Udomratn	Prince of Songkla University	ไทย	คณะทำงาน
Jürgen Zielasek	Heinrich-Heine-Universität	เยอรมนี	ผู้รายงาน (rapporteur)

กลุ่มโรคนี้ออกเป็นกลุ่มโรคเฉพาะ โดยอยู่ในบทที่ 7 ของหนังสือ ICD-11 CDDR ขณะที่โรคทางจิตเวชทั้งหมดอยู่ในบทที่ 6

การเปลี่ยนแปลงและคุณประโยชน์ของ ICD-11

ICD-11 ได้แก้ไขจำกัดในการลงรหัสโรคของ ICD-10 ทำให้สามารถเพิ่มโรคที่สำคัญและเป็นปัญหาในเวชปฏิบัติ เช่น โรคติดเกม (gaming disorder) โรคสะสมของ (hoarding disorder) และโรคอื่น ๆ ซึ่งผู้สนใจสามารถดูรายละเอียดได้จากหนังสือ ICD-11 CDDR⁴

การทดสอบภาคสนาม (field testing) เพื่อเปรียบเทียบการวินิจฉัยโรคระหว่าง ICD-11 กับ ICD-10 โดยวิธี internet-based case-controlled study โดยมีแพทย์และบุคลากรทางสุขภาพจิตจำนวนประมาณ 18,500 คน จาก 163 ประเทศทั่วโลกเข้าร่วมประเมินด้วยการอ่านประวัติและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย (case vignettes) จากนั้นผู้ประเมินได้รับข้อมูลเพื่อการวินิจฉัยโรคโดยไม่ทราบว่าเป็น ICD-10 หรือ ICD-11 ผลโดยรวมพบว่า ICD-11 ชนะ (outperform) ICD-10 ทั้งในแง่ของความแม่นยำ (accuracy) และความสม่ำเสมอในการวินิจฉัย (consistency of diagnostic judgment) เกือบทุกกลุ่มโรค⁵ จากนั้นมีการนำ

ICD-11 ไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจริง (clinic-based study) เพื่อประเมินความน่าเชื่อถือ (reliability) และคุณประโยชน์ทางคลินิก (clinical utility) ในศูนย์การแพทย์ 28 แห่งจาก 13 ประเทศทั่วโลก โดยมีผู้ป่วยเข้าร่วมทั้งหมด 1,806 คน ผลโดยรวมพบว่า ICD-11 ได้รับการประเมินจากแพทย์ว่ามีคุณประโยชน์ทางคลินิกมากกว่า ICD-10 สามารถใช้งานง่าย และใช้เวลาในการวินิจฉัยน้อยกว่าหรือใกล้เคียงกับ ICD-10^{10,11}

ลักษณะเด่นของหนังสือ ICD-11 CDDR คือ การพรรณนาถึงลักษณะสำคัญ (essential features) ของแต่ละโรค โดยกล่าวถึงอาการและลักษณะเฉพาะ (characteristics) ที่แพทย์พบได้ในผู้ป่วยโรคดังกล่าวทุกราย แต่หลีกเลี่ยงที่จะกำหนดตัวเลขเป็นจำนวนของอาการ เพื่อให้แพทย์สามารถใช้การตัดสินใจทางคลินิก (clinical judgment) ในการประเมินและวินิจฉัยผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสมและยืดหยุ่น (flexible approach)

นอกจากนี้การจัดกลุ่มโรคของ ICD-11 CDDR ยังใช้แนวทางของ lifespan approach ด้วย กล่าวคือ เดิมใน ICD-10 มีการแยกโรคหรือความผิดปกติทางจิตที่มักเกิดในเด็กหรือวัยรุ่นออกมาเป็นกลุ่มโรคต่างหาก แต่ใน ICD-11

CDDR จะยึดอาการหรือกลุ่มอาการเป็นหลักแทน ดังนั้น separation anxiety disorder จึงถูกรวมเข้าอยู่ในกลุ่ม anxiety and fear-related disorders ดังตารางที่ 3

การจำแนกกลุ่มโรคจิตของ ICD-11

ในที่ประชุม WGPD ที่ University of Dusseldorf ประเทศเยอรมนี ได้จัดแบ่งกลุ่มโรคจิตออกเป็นโรคชนิดต่าง ๆ และให้คณะทำงานแต่ละคนเลือกโรคที่ตนเองสนใจ ผู้นิพนธ์ได้เลือกโรค acute and transient psychotic disorders (ATPD) เนื่องจากมีประสบการณ์ร่วมที่นิพนธ์ตำราจิตเวชศาสตร์ ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2 เรื่อง nonorganic psychotic disorders¹² ผู้นิพนธ์จึงได้ทบทวนงานวิจัยและบทความวิชาการเกี่ยวกับ ATPD ร่วมกับ Jonathan Burns และ Saeed Farooq ผลการทบทวนไม่พบข้อมูลสนับสนุนเพียงพอที่จะแบ่ง ATPD ออกเป็นประเภทย่อย (subtype) ต่าง ๆ ตาม ICD-10 ที่จะช่วย

ในการรักษาหรือการพยากรณ์โรค จึงมีข้อเสนอให้ยุบการแบ่ง subtype เดิมเหลือเพียงโรคเดียวใน ICD-11 เพื่อให้การวินิจฉัย ATPD ง่ายขึ้น¹³

อย่างไรก็ตามใน ICD-11 มีการแบ่ง subtype ของ ATPD ตามมิติจำนวนครั้งที่ป่วย เช่น ป่วยครั้งแรก (first episode) และป่วยซ้ำมาหลายครั้ง (multiple episodes) นอกจากนี้ยังแบ่งตามมิติระยะของอาการ เช่น ยังมีอาการอยู่ (symptomatic) อาการสงบบางส่วน (in partial remission) หรืออยู่ในภาวะโรคสงบหมดแล้ว (full remission) เพื่อให้สอดคล้องกับการแบ่ง subtype ของโรคจิตเภท (schizophrenia) ซึ่งอยู่ในหมวดกลุ่มโรคเดียวกันกับ ATPD ทั้งนี้การเพิ่มข้อมูล ส่วนนี้เข้าไปในรหัสโรคของ ICD-11 เป็นการบอกความเฉพาะเจาะจง (specifiers หรือ code qualifiers) เช่นเดียวกับ DSM-5 นอกจากนี้ delusional subtype ของ ATPD ใน ICD-10

ตารางที่ 3 รายชื่อกลุ่มโรคทางจิตเวช ความผิดปกติทางพฤติกรรม หรือความผิดปกติในพัฒนาการของระบบประสาท (บทที่ 6) ของ ICD-11 CDDR⁴

รหัสโรค	กลุ่มโรคทางจิตเวช ความผิดปกติทางพฤติกรรม หรือพัฒนาการของระบบประสาท
6A0	Neurodevelopmental disorders
6A2	Schizophrenia and other primary psychotic disorders
6A4	Catatonia
6A6	Mood disorders
6B0	Anxiety and fear-related disorders
6B2	Obsessive-compulsive and related disorders
6B4	Disorders specifically associated with stress
6B6	Dissociative disorders
6B8	Feeding and eating disorders
6C0	Elimination disorders
6C2	Disorders of bodily distress and bodily experience
6C4	Disorders due to substance use and addictive behaviours
6C7	Impulse control disorders
6C9	Disruptive behaviour and dissocial disorders
6D1	Personality disorders
6D3	Paraphilic disorders
6D5	Factitious disorders
6D7	Neurocognitive disorders
6E2	Mental and behavioural disorders associated with pregnancy, childbirth and the puerperium
6E4	Psychological and behavioural factors affecting disorders or diseases classified elsewhere
6E6	Secondary mental or behavioural syndromes associated with disorders or diseases classified elsewhere

รหัส F23.3 ก็ถูกย้ายออกจากกลุ่มโรค ATPD ไปอยู่ในกลุ่ม delusional disorder ใน ICD-11 แทน ดังการเปรียบเทียบ subtype ของ ATPD ระหว่าง ICD-10 และ ICD-11 ใน ตารางที่ 4

วิจารณ์

จากประสบการณ์ของผู้นิพนธ์ในการมีส่วนร่วมพัฒนา ICD-11 พบว่าการวินิจฉัยโรคจิตเวชเป็นกระบวนการพลวัต (dynamic process) ที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามหลักฐานวิชาการที่พบในภายหลัง ซึ่งเกณฑ์การวินิจฉัย ATPD ใน ICD-11 นี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ติดตามผู้ป่วยไปข้างหน้า (prospective observational study) เป็นเวลา 2 ปี ในผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็น ATPD ครั้งแรก (first episode) ที่พบว่าเมื่อสิ้นสุดการศึกษาแล้วยังคงมีผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็น

ATPD อยู่ถึงร้อยละ 55.9 โดยมีปัจจัยเกี่ยวข้องที่สำคัญ ได้แก่ การมีอาการเปลี่ยนแปลงเร็วที่เรียกว่า polymorphic และไม่มีกลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) ของโรคจิตเภท¹⁴

นอกจากนี้ยังพบความแตกต่างของหลักการและกรอบความคิดระหว่างระบบ ICD และ DSM ในการวินิจฉัยโรคจิตที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดเป็นระยะเวลาสั้น ๆ โดยแนวคิดของ DSM ที่เริ่มมาตั้งแต่ DSM-III จนถึง DSM-5 ยึดระยะเวลาเป็นหลัก กล่าวคือ หากอาการหายไปภายใน 1 เดือนจะเรียกว่า brief psychotic disorder (BPD) หากเป็นนานกว่า 1 เดือนแล้วหายภายใน 6 เดือนจะเรียกว่า schizophreniform disorder และหากเป็นนาน 6 เดือนขึ้นไป จะเรียกว่าโรคจิตเภท ขณะที่ใน ICD-10 และ ICD-11 หากมีอาการของโรคจิตนานกว่า 1 เดือนก็จัดเป็นโรคจิตเภทได้

ตารางที่ 4 การแบ่ง subtype ของ acute and transient psychotic disorders (ATPD) ใน ICD-10 และ ICD-11

ICD-10	ICD-11
F23.0 Acute polymorphic psychotic disorder without symptoms of schizophrenia	6A23 Acute and transient psychotic disorder 6A23.0 Acute and transient psychotic disorder, first episode 6A23.00 Acute and transient psychotic disorder, first episode, currently symptomatic 6A23.01 Acute and transient psychotic disorder, first episode, in partial remission 6A23.02 Acute and transient psychotic disorder, first episode, in full remission 6A23.1 Acute and transient psychotic disorder, multiple episodes 6A23.10 Acute and transient psychotic disorder, multiple episodes, currently symptomatic 6A23.11 Acute and transient psychotic disorder, multiple episodes, in partial remission 6A23.12 Acute and transient psychotic disorder, multiple episodes, in full remission
F23.1 Acute polymorphic psychotic disorder with symptoms of schizophrenia	6A23.0Z Acute and transient psychotic disorder, first episode, unspecified 6A23.1Z Acute and transient psychotic disorder, multiple episodes, unspecified
F23.2 Acute schizophrenia-like psychotic disorder	-----
F23.8 Other acute transient psychotic disorders	6A23.Y Other specified acute and transient psychotic disorder
F23.9 Acute and transient psychotic disorders, unspecified	6A23.Z Acute and transient psychotic disorder, unspecified
F23.3 Other acute predominantly delusional psychotic disorders	6A24.0 Delusional disorder, currently symptomatic

สำหรับการเปรียบเทียบลักษณะสำคัญระหว่าง ATPD และ BPD ได้แสดงไว้ในตารางที่ 5

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในการพัฒนา ICD-11 และในบทความนี้ พบช่องว่างขององค์ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มโรคนี้ ที่ควรมีการวิจัยต่อไปอีกหลายประเด็น เช่น ATPD กับ BPD เป็นโรคเดียวกันหรือไม่? เป็นโรคเฉพาะแยกออกมาต่างหาก หรือว่าทั้ง 2 โรคอาจเป็นระยะนำ (prodrome) ของโรคจิตเภท? การดำเนินโรคของ ATPD เมื่อติดตามไปเป็นระยะเวลา 10 - 20 ปีจะเป็นอย่างไร? อะไรเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการป่วยหลายครั้ง (multi episodes) ของ ATPD? ควรรักษาโรค ATPD อย่างไรเพื่อให้ผลดีที่สุด? และควรให้ยารักษาโรคจิตใน ATPD นานเป็นระยะเวลาเท่าใด? โดยหากเป็นผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษในวารสารระดับนานาชาติก็จะเป็นประโยชน์ให้กับผู้สนใจเรื่องนี้ทั่วโลกและอาจเป็นโอกาสให้ผู้วิจัยได้มีส่วนร่วมในการพัฒนา ICD-12 ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตต่อไป นอกจากนี้จิตแพทย์แพทย์ประจำบ้าน สาขาจิตเวชศาสตร์ และบุคลากรสุขภาพจิตไทยควรทำความเข้าใจความคุ้นเคยกับการวินิจฉัยโรคระบบ ICD-11 นี้ โดยนำไปใช้

วินิจฉัยโรคในโอกาสต่าง ๆ เช่น การอภิปรายของชั่วโมง case conference เนื่องจากเป็นระบบการวินิจฉัยที่ถูกพัฒนาขึ้น โดยบุคลากรทางสุขภาพจิตหลากหลายสาขาจากหลายประเทศทั่วโลก¹⁵ ซึ่งรวมทั้งประเทศไทยด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
2. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. World Psychiatry. 2011;10(2):86-92. doi:10.1002/j.2051-5545.2011.tb00022.x.
3. Gaebel W, Reed GM. Status of psychotic disorders in ICD-11. Schizophr Bull. 2012;38(5):895-8. doi:10.1093/schbul/sbs104.

ตารางที่ 5 อาการโรคจิตอย่างเฉียบพลันและเกิดขึ้นเป็นระยะเวลาสั้น ๆ แล้วหายไปภายใน 1 เดือนหรือ 4 สัปดาห์ ระหว่าง ICD-11 กับ DSM-5

	ICD-11	DSM-5
ชื่อโรค	Acute and transient psychotic disorder (ATPD)	Brief psychotic disorder (BPD)
การเกิดขึ้นของอาการ	มีอาการอย่างเฉียบพลันโดยไม่มีอาการนำมาก่อน	เกิดขึ้นอย่างน้อยที่สุด 1 วัน โดยอาจมีความเครียดอย่างมาก (marked stressors) หรือไม่ได้
ลักษณะของอาการ	มีการเปลี่ยนแปลงเร็วแบบวันต่อวัน หรือแม้แต่ภายในวันเดียวกัน ซึ่ง ICD เรียกลักษณะแบบนี้ว่า polymorphic หรือ rapidly changing	เป็นความผิดปกติของความคิด ซึ่งเกิดขึ้นในระยะเวลาสั้น ๆ
อาการที่ปรากฏ	หลงผิด ประสาทหลอน อาการคล้าย catatonia	มีความผิดปกติของความคิด และมีความผิดปกติในด้านการรับรู้ความเป็นจริง (reality testing) แสดงออกโดยมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ - หลงผิด - ประสาทหลอนทางหูหรือทางตา - พฤติกรรมแบบ catatonia หรือ disorganized - การพูดแบบ disorganized หรือเนื้อหาไม่สมเหตุสมผล
ระยะเวลาป่วย	ระยะเวลาของแต่ละครั้ง (episode) นานไม่เกิน 3 เดือน ส่วนใหญ่พบว่า ผู้ป่วยจะหายในเวลาไม่กี่วันหรือไม่เกิน 1 เดือน	มีอาการอย่างน้อยที่สุด 1 วัน แล้วก็หายไปหรือมากที่สุดไม่เกิน 1 เดือน

4. World Health Organization. The ICD-11 chapter on mental, behavioural and neurodevelopment disorders: clinical descriptions and diagnostic requirements. Geneva: World Health Organization. 2024. [cited 2024 June 15] Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375767/9789240077263-eng.pdf?sequence=1>
5. Udomratn P. ICD-10-TM: How the section on mental disorders should be modified? *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2000;45:383-91. (in Thai)
6. Udomratn P. How Thailand has modified the section on mental disorders in the international statistical classification of diseases and related health problems 10th revision (ICD-10). *Asia Pac Psychiatry*. 2009;1(2):88-9. doi:10.1111/j.1758-5872.2009.00022.x.
7. Blom RM, Hennekam RC, Denys D. Body integrity identity disorder. *PLoS One*. 2012;7(4):e34702. doi:10.1371/journal.pone.0034702.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
9. Reed GM. Development and innovation in the ICD-11 chapter on mental, behavioural and neurodevelopment disorders. In: Tyrer P, editor. *Making sense of the ICD-11 for mental health professionals*. Cambridge: Cambridge University Press, 2023. p. 5-16.
10. Reed GM, Sharan P, Rebello TJ, Keeley JW, Medina-Mora ME, Guraje O, et al. The ICD-11 developmental field study of reliability of diagnosis of high-burden mental disorders: results among adult patients in mental health settings of 13 countries. *World Psychiatry*. 2018;17(3):174-86. doi:10.1002/wps.20524.
11. Reed GM, Keeley JW, Rebello TJ, First MB, Guraje O, Ayuso-Mateos JL, et al. Clinical utility of ICD-11 diagnostic guidelines for high-burden mental disorders: results from mental health settings in 13 countries. *World Psychiatry*. 2018;17(3):306-15. doi:10.1002/wps.20581.
12. Udomratn P. Nonorganic psychotic disorders. In: Tantiphlachiva K, Otrakul A, Limsuwan N, Suampun A, editors. *Textbook of psychiatry*. 2nd ed. Bangkok: The Psychiatric Association of Thailand; 1993. p 445-57. (in Thai)
13. Udomratn P, Burns J, Farooq S. Acute and transient psychotic disorders: an overview of studies in Asia. *Int Rev Psychiatry*. 2012;24(5):463-6. doi:10.3109/09540261.2012.
14. Lopez-Diaz A, Fernandez-Gonzales J, Lara I, Ruiz-Veguilla M. Predictors of diagnostic stability in acute and transient psychotic disorders: validation of previous findings and implications for ICD-11. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2019;270:291-9. doi:10.1007/s00406-019-01014-z.
15. Gozi A. Highlights of ICD-11 classification of mental, behavioural, and neurodevelopmental disorders. *Ind J Priv Psychiatry*. 2019;13(1):11-7. doi:10.5005/jp-journals-10067-0030.



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ โดยรับบทความเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ บทความที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ **ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ผู้พิมพ์จะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์อย่างเคร่งครัด** ผู้พิมพ์ต้องแน่ใจว่าได้ตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้ว ไม่มีการลอกเลียนงานวิชาการ (plagiarism) โดยกำหนดความซ้ำของเนื้อหาด้วยโปรแกรม CopyCat เว็บไซต์ ThaiJO ในระดับไม่เกินร้อยละ 10 และมีการอ้างอิงตามแหล่งที่มาตามหลักการที่ถูกต้องครบถ้วน หากมีการนำระบบ AI (Artificial intelligence) หรือระบบปัญญาประดิษฐ์มาใช้ประกอบการเขียนบทความ ต้องแจ้งรายละเอียดต่อกองบรรณาธิการ ทั้งนี้ บทความทุกประเภทที่ส่งมาให้พิจารณาตีพิมพ์จะได้รับการตรวจทานต้นฉบับจากคณะกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งจากภายในและภายนอกอย่างน้อย 2 ท่าน บทความที่ได้รับการตีพิมพ์แล้วจะเป็นลิขสิทธิ์ของกรมสุขภาพจิตและผู้พิมพ์

ประเภทของบทความ

1. บทความพิเศษ (Special article)

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

2. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

เป็นบทความรายงานการวิจัย มีองค์ประกอบดังนี้ 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 ผ่านกระบวนการประเมินคุณภาพและคัดเลือกผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐานมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากผลงานวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยให้ใช้ PRISMA guideline มีองค์ประกอบดังนี้ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) วิธีการ (methods) ผล (results) วิจารณ์ (discussion) สรุป (conclusion) และเอกสารอ้างอิง (references)

4. บทความปริทัศน์ (Review article)

เป็นการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ผลงานในเรื่องใดเรื่องหนึ่งผ่านการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าของเรื่องนั้น ในสถานการณ์ปัจจุบันพร้อมการอภิปรายและข้อเสนอแนะ มีองค์ประกอบดังนี้ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) เนื้อเรื่อง (text) วิจารณ์ (discussion) สรุป (conclusion) และเอกสารอ้างอิง (references)

5. รายงานผู้ป่วย (Case report)

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

6. ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความทั่วไป ทบทวนความรู้ การแสดงความคิดเห็น วิจารณ์ แนะนำเครื่องมือใหม่ ที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตหรือทางสาธารณสุข มีองค์ประกอบดังนี้ 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 ที่อยู่วุฒิ การศึกษาสูงสุด หน่วยงานที่สังกัด ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ พร้อมทั้งที่อยู่และ e-mail ของผู้พิมพ์ทุกคน และระบุตัวแทนผู้พิมพ์ที่ประสานติดต่อกองบรรณาธิการ (corresponding author) ทั้งนี้การพิจารณาต้นฉบับของผู้ทรงคุณวุฒิ จะทบทวนบทความโดยไม่ทราบชื่อผู้พิมพ์ (blindly review)

2. การใช้ภาษา ให้ใช้ 2 ภาษา คือ ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ โดยบทความต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ถ้าต้นฉบับเป็นภาษาไทยควรใช้ศัพท์ภาษาไทยให้มากที่สุด โดยใช้พจนานุกรมศัพท์วิทยาศาสตร์ฉบับราชบัณฑิตยสถานเป็นบรรทัดฐาน สำหรับคำศัพท์แพทย์ภาษาอังกฤษที่ไม่มีคำแปลในพจนานุกรมฯ และในหนังสือศัพท์จิตเวช อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้ คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในภาษาไทยให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด **ยกเว้นชื่อเฉพาะ** ให้ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วย คำศัพท์ภาษาอังกฤษ หลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นกิริยา การเขียนคำร้อยละให้ใช้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง ค่าสถิติอื่นและค่า p-value ให้ใช้ทศนิยม 3 ตำแหน่ง เช่น $p < .001$, $p = .103$

3. บทความย่อ แยกภาษาไทยและภาษาอังกฤษโดยมีเนื้อหาที่เหมือนกัน ใส่ชื่อเรื่องตามด้วยบทความย่อไม่ต้องระบุชื่อผู้พิมพ์ ขอให้ผู้พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้องและไวยากรณ์ภาษาอังกฤษก่อนส่งต้นฉบับ เขียนตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วิธีการ ผล วิจยารณ์ 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 พิมพ์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรม Microsoft Word ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 และให้พิมพ์ข้อความ 1 สดมภ์ (1 column) ต่อ 1 หน้า และไม่เว้นอักษร ไม่จัดหน้าชิดขวา ระยะห่างจากขอบกระดาษทุกด้าน 2.5 ซม. ต้นฉบับแต่ละเรื่อง **ไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ A4** (หากจำเป็นอนุโลมใหม่ไม่เกิน 15 หน้า) ตัวเลขทั้งหมดให้ใช้เลขอารบิก และใส่เลขหน้าทุกหน้า

5. เนื้อเรื่อง ใช้ภาษากระชับรัดกุม หลีกเลี่ยงการใช้คำซ้ำ ประกอบด้วย 1) **บทนำ** คือ ความเป็นมาและคำถามการวิจัย 2) **วิธีการ** คือ ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือการเก็บข้อมูล การวัดวิเคราะห์ ระบุการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย 3) **ผล** แสดงผลการศึกษที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น 4) **วิจารณ์** ควรเขียนอภิปรายว่าผลการวิจัยเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด แสดงให้เห็นว่าผลที่ได้ในครั้งนี้เหมือนหรือแตกต่างจากการศึกษาอื่นอย่างไร และต้องมีการอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการศึกษาของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย รวมทั้งระบุข้อจำกัดของการวิจัย 5) **สรุป** ควรสรุปประเด็นค้นพบจากการวิจัยที่สำคัญ และข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์ 6) **กิตติกรรมประกาศ** (ถ้ามี) 7) **การมีส่วนร่วมของผู้พิมพ์** โดยระบุชื่อผู้พิมพ์ร่วมและระบุบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างชัดเจน 8) **การตอบคำถามสั้น ๆ** 3 ข้อ ได้แก่ ความรู้เดิมเกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา ความรู้ใหม่ที่ได้จากการศึกษา และประโยชน์ที่จะนำไปใช้

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

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

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

การเขียนเอกสารอ้างอิง

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

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

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. *Curr Opin Psychiatry*. 2017;30(4):247-52. doi:10.1097/YCO.0000000000000335.

1.1.2 บทความในวารสารของไทย ให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษ

Wongpiomsarn Y. Lesson learned in disaster mental health from Tham Luang Cave rescue. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2018;26(2):152-9. (in Thai)

1.1.3 บทความในวารสารของไทย ที่วารสารนั้นตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ ให้เขียนเหมือนวารสารภาษาอังกฤษ เช่นเดียวกันกับข้อ 1.1.1

Silpakit C, Silpakit O, Chomchuen R. Mindfulness based relapse prevention program for alcoholism. *Siriraj Med J*. 2015;67(1):8-13.

1.2 กรณีที่มีผู้พิมพ์ร่วมมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. โดยใช้นามสกุลขึ้นต้นและตามด้วยอักษรชื่อต้นภาษาอังกฤษ (ไม่เว้นวรรคหลังเครื่องหมายวรรคตอนระหว่างปี ปีที่ และหน้า)

Meydani SN, Leka LS, Fine BC, Dallal GE, Keusch GT, Singh MF, et al. Vitamin E and respiratory tract infections in elderly nursing home residents: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2004;292(7):828-36. doi:10.1001/jama.292.7.828.

1.3 กรณีที่ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

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

1.4 กรณีที่เป็นฉบับเสริม (Supplement)

1.4.1 ฉบับเสริมของปี

Strauss SE. History of choronic fatigue syndrome. Rev Inf Dis. 1991;11 suppl 1:52-7.

1.4.2 ฉบับเสริมของเล่ม

Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. Neurology. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.

1.5 กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นคอลัมน์เฉพาะ อาจแสดงชนิดของเอกสารได้ตามความจำเป็นภายใน เครื่องหมาย []

Cleare AJ, Wessly S. Fluoxetine and chronic fatigue syndrome [letter]. Lancet 1996;347:1770.

1.6 วารสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

1.6.1 บทความที่มี Digital Object Identifier (DOI)

Stultz J. Integrating exposure therapy and analytic therapy in trauma treatment. Am J Orthopsychiatry. 2006;76(4):482-8. doi:10.1037/00029432.76.4.482.

1.6.2 บทความไม่มี DOI

Lemanek K. Adherence issues in the medical management of asthma. J Pediatr Psychol. 1990;15: 437-58. Available from: <http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/reprint/15/4/437>

2. หนังสือ

2.1 หนังสือมาตรฐานทั่วไป

2.1.1 หนังสือภาษาไทย ให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษ

Detkong T. Motivational counseling. Bangkok: Moh-Chac-Ban Publishing House; 2012. (in Thai)

2.1.2 หนังสือภาษาอังกฤษ

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.

2.2 หนังสือที่มีผู้นิพนธ์เป็นหน่วยงานและผู้พิมพ์

World Health Organization, Regional Office for South- East Asia. Mental health and psychosocial relief efforts after the tsunami in South-East Asia. New Delhi: WHO Regional Office for South- East Asia; 2005.

2.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นบทหนึ่งในหนังสือที่มีบรรณาธิการ

Baer RA, Walsh E, Lykins ELB. Assessment of mindfulness. In: Didonna F, editor. Clinical handbook of mindfulness. New York: Springer; 2009. p. 153-65.

2.4 เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ

Tadee R. Life of female adolescent as mothers. In: Thaweessit S, Vajanasara K, editor. 13th 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)

3.2 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

Silpakit C. A study of common mental disorders in primary care in Thailand [dissertation]. London: University of London; 1998.

Jongsomjit P. Effects of foot reflexology on physiological response relaxation and satisfaction in persons with hypertension [master’s thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2008. (in Thai)

4. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

4.1 เอกสารเฉพาะเรื่องบนอินเทอร์เน็ต

ใช้หลักเกณฑ์เดียวกับหนังสือ ยกเว้น 1) หลังชื่อเรื่องให้ใส่คำว่า [Internet]. 2) เพิ่มวันสืบค้น [cited ปี ค.ศ. เดือน(ย่อ) วัน]. ต่อจากปีที่พิมพ์ 3) ใส่ที่มาใช้คำว่า Available from: ใส่ URL และหลัง URL ไม่ใส่เครื่องหมาย “.” ยกเว้น URL นั้นจบด้วย เครื่องหมาย “/”

Wibulpolprasert S. Thailand health profile 2005 - 2007 [Internet]. Nonthaburi: Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health; 2007 [cited 2020 Mar 21]. Available from: http://www.moph.go.th/ops/health_50/. (in Thai)

Merriam-Webster medical dictionary [Internet]. Springfield (MA): Merriam-Webster Incorporated; c2005 [cited 2006 Nov 16]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/mplusdictionary.html>

4.2 โหมดเพจเว็บไซต์

รูปแบบ: ผู้แต่ง.\ชื่อเรื่อง\อินเทอร์เน็ต.\สถานที่พิมพ์:\สำนักพิมพ์;\ปีพิมพ์\สืบค้นเมื่อวันที่\เดือน(ย่อ)\ปี).\จาก:\URL

Thai Health Promotion Foundation. Prepare for cyberbullying [Internet]. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2021 [cited 2022 Mar 21]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/เตรียมทัพ-รับมือ-cyberbullying-2/>. (in Thai)

World Health Organization. Depression: let's talk [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2018 May 12]. Available from: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/en/>.

5. การอ้างอิงในรูปแบบอื่น

5.1 บทความหนังสือพิมพ์

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

5.2 เอกสารอ้างอิงเป็นพจนานุกรมต่าง ๆ

Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

การส่งต้นฉบับในระบบวารสารออนไลน์

ผู้พิมพ์สมัครสมาชิกและส่งต้นฉบับบทความในระบบ ThaiJo ตามขั้นตอนดังนี้

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

ขั้นที่ 1 เริ่มต้นการส่ง กรอกข้อมูลและตรวจสอบทุกข้อเพื่อเป็นการยืนยันว่าบทความของท่านเป็นไปตามเงื่อนไข

ที่วารสารกำหนด

ขั้นที่ 2 อัปโหลดบทความเป็นไฟล์ word ตามข้อแนะนำการเตรียมต้นฉบับ หรือไฟล์แนบอื่น ๆ

ขั้นที่ 3 กรอกรายละเอียดข้อมูลต่างๆ สำหรับบทความของท่าน เช่น ข้อมูล author, title, abstract,

keyword, references

ขั้นที่ 4 ยืนยันการส่งบทความ

ขั้นที่ 5 เสร็จสิ้นการ submission และเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบ

3. การแก้ไขบทความ (revision)

เอกสาร/ขั้นตอนการใช้ระบบวารสารออนไลน์ ดูได้จาก

<https://www.tci-thaijo.org/index.php/jmht/information/authors>

หรือ สแกนคิวอาร์โค้ดนี้





วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 69 ฉบับที่ 3

กรกฎาคม - กันยายน 2567

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

A

นิพนธ์ต้นฉบับ

สุขภาพทางจิตและผลกระทบด้านพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก	240
<i>ณัฐธิดา วงศ์หาญชัย, แก้วตา นพมณีจรัสเลิศ, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, อาภา ภักฎิญา, ปรีกษ์มล รัชกุล</i>	
ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อันไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กกับประสิทธิภาพของการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า ในผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในโรคซึมเศร้าและโรคไบโโพลาร์วัยผู้ใหญ่	255
<i>นนทภัทร พิทักษ์จักรฉกร, พิชัย อิกุสุสกุล, อัมพร ปิติธรรมภรณ์, ธิดารัตน์ แย้มน้อม, นุชรี สมบัติเจริญนนท์</i>	
ผลของการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย	266
<i>ชนกชนม์ โคตรสมบัติ, ชูชาติ วงศ์อนุชิต</i>	
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น	282
<i>สันติภาพ เขี่ยมไธสง, ตรุณี รุจกรกานต์</i>	
การสำรวจปัญหาการนอนของเด็กวัยเรียน: การวิเคราะห์ภาคตัดขวางและความสัมพันธ์กับการมีวินิจัยโรคจิตเวชของเด็ก คุณภาพการนอนและความเครียดของผู้เลี้ยงดู	293
<i>ณิชาวรรณ จงรักษธนกิจ, สุวรรณี พุทธิศรี, มษสุธา ทองปาน, จริยา จุฑาทิสสิทธิ์, กมลวรรณ เติมผล, พรประพิมพ์ โปธา</i>	
ความชุกของภาวะ Not in Education, Employment, or Training (NEET) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความสัมพันธ์กับภาวะติดเกมในเยาวชน อายุ 15 - 25 ปี ในประเทศไทย	308
<i>สุดิมนทนา บุญรอด, ชาญวิทย์ พรนภดล, วัลลภา อัจฉริยะสิงห์</i>	
แบบสอบถามการติดพันออนไลน์ฉบับภาษาไทย: การพัฒนาและการศึกษาลักษณะจิตมิติในเยาวชนไทย	321
<i>ภาสกร คุ่มศิริ, ศศิญา จันทร์แก้ว, ชลธิชา แย้มมา, รัตนพร ไพร์ทอง</i>	
ปัจจัยด้านจิตสังคม และความฉลาดทางอารมณ์ ของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารักษาในโรงพยาบาลลำปาง	333
<i>เกษศิริ เหลี่ยมวานิช</i>	
ความเครียดจากการทำงาน ภาวะหมดไฟในการทำงาน และคุณภาพชีวิตของผู้ช่วยทันตแพทย์ที่ทำงานในคลินิกทันตกรรมเอกชน เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย	344
<i>ภวิษยา จิตสมานกุล, จิรดา ประสาทพรศิริโชค</i>	
มุมมองและพฤติกรรมการปรับตัวของนักแสดงวัยไทยที่มีต่อบทบาทการแสดง ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน แฟนคลับ และภาวะสุขภาพจิต	353
<i>ณลินี ยศไพบูลย์, บุรณี กาญจนถวัลย์, ทวี เชื้อสุวรรณทวี</i>	
รูปแบบการส่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีปีน และยาต้านเศร้า ในผู้ป่วยนอกจิตเวชรายใหม่เปรียบเทียบระหว่างก่อนการแพร่ระบาดและหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ของโรงพยาบาลสวนปรุง	363
<i>ขวัญจิรา ศรีดาวเรือง, ลัทธิมา คำสอ, น้ำฝน ปิยะตระกูล, เรวดี เจนร่วมจิต</i>	
การศึกษาเปรียบเทียบคะแนนแบบประเมินปริชานมอนธรีออล (MoCA) ในผู้ป่วยพาร์กินสันและผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อม	376
<i>กุลธิดา แสงคลัง, เจษฎา เขียวขจี, พงศกร รุ่งวิทยานุกวัฒน์</i>	
สารบัญวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย	389

สำหรับผู้สนใจส่งบทความ
สามารถดูรายละเอียดได้ตามคิวอาร์โค้ดนี้



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

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