



กรมสุขภาพจิต
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1
กรกฎาคม - ธันวาคม 2563

วารสารป้องกันการฆ่าตัวตาย แห่งประเทศไทย

Journal of Suicide Prevention of Thailand

Volume 1 Number 1 July – December 2020

สารจากผู้อำนวยการ

บรรณาธิการแถลง

บทความพิเศษ

สองทศวรรษโครงการเฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประเทศไทยโดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และกรมสุขภาพจิต

ศักรินทร์ แก้วเห่า

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช

ชนิษฐา สอนเทห์ วัชนี หัตถพนม
ไพรวลัย ร่มซ้าย จิตกัมน์ โชครัตน์ศิริ

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของผู้พยายามฆ่าตัวตายในเขตบริการสุขภาพที่ 7

ปรารถนา คำมีสินนท์ พรดลิต คำมีสินนท์
จิตกัมน์ โชครัตน์ศิริ เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า
สุนันทา คำชมภู วัชรวิทย์ เสาร์แก้ว

ประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม

อัชรา ฤชา สุบิน สมิน้อย
วิภาดา คณะไชย สาคร บุบผาเอ้า
รัชชภา ธารจันทร์

ความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลองทางเดินอาหารส่วนบนโรงพยาบาลชานีจังหวัดบุรีรัมย์

ศิลา จิรวิกรานต์กุล

ปกิณกะ

ผลการดำเนินงาน Line Official Account : @Khuikun

ณัฐกร จำปาทอง
สุบิน สมิน้อย

คำแนะนำผู้นิพนธ์

ขั้นตอนการส่งต้นฉบับ

ISSN : 2730-3284

ISSN : (Online)



กรมสุขภาพจิต
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

วารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย

Journal of Suicide Prevention of Thailand

คณะที่ปรึกษา

นพ.ณัฐกร	จำปาทอง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
นพ.ศักรินทร์	แก้วเห้า	ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ศ.พญ.สุวรรณา	อรุณพงษ์ไพศาล	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พญ.กนกวรรณ	กิตติวัฒนากุล	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

บรรณาธิการ (Editor-in-Chief)

นพ.ณสมพล	หาญดี	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
----------	-------	-----------------------------------

รองบรรณาธิการ (Associate Editor)

พญ.นันทน์ภัสร์	สุขสุวานนท์	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
----------------	-------------	-----------------------------------

บรรณาธิการภาษาอังกฤษ (Editor of English)

Mr. Andrew C. Mills, PhD	Associate Professor Emeritus at Saint Louis University
--------------------------	--

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

รศ.ดร.มธุรส	ทิพย์มงคลกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.พงษ์เดช	สารการ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.พญ.พูนศรี	รังสีจี	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.ชูชาติ	วงศ์อนุชิต	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.เกษร	แถวโนนจัว	สำนักป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
ดร.จารุณี	อินทฤทธิ์	วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
ดร.ภาสินี	โทอินทร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสอนแก่น
ดร.สุพัตรา	สุขาวท	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุดรธาธานี
พญ.ศิริมา	ศรีทราพิสิฐ	กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลขอนแก่น
นางวัชนี	หัตถพนม	ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต
นางผ่องศรี	งามดี	กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลขอนแก่น

กองบรรณาธิการสังกัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

พญ.สิริกุล	ใจเกษมวงศ์	ดร.อัครเดช	กลินพิบูลย์	นางเพ็ญศิริ	สุขอ้วน
นางชนิษฐา	สนเทห์	นางไพลิน	ปรัชญคุปต์	นายสุบิน	สมีน้อย
น.ส.อัจฉรา	มุงพานิช	นายไพโรจน์	ร่มชัย	น.ส.สุนิศา	เจือหนองแขง
นางจิตตินันท์	บาสชอดติ				

เลขานุการ (Secretary)

น.ส.มณีนี	จุลละนันท์	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
-----------	------------	-----------------------------------

ผู้จัดการวารสาร (Editor Manager)

นางศุภรัตน์	เวชสุวรรณ	น.ส.ฐานิดา	โสภะสุนทร	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
-------------	-----------	------------	-----------	-----------------------------------

ผู้จัดการวารสารออนไลน์ (Online Manager)

นายเกรียงไกร	คำภาพงษ์	นายชาญณรงค์	กางจันทา	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
--------------	----------	-------------	----------	-----------------------------------

ฝ่ายออกแบบวารสาร (Design)

นายโสฬส	ศตเบญญา	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
---------	---------	-----------------------------------



วารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย

Journal of Suicide Prevention of Thailand

วารสารการป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย เป็นวารสารของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อแพร่ผลงานวิชาการและผลงานวิจัยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ในประเด็นด้านส่งเสริม ป้องกัน ฝึกระวัง การบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องทางสังคมจิตวิทยา ชีววิทยา ในประเทศไทย

บทความที่ส่งมาเพื่อรับการพิจารณาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในที่ใดมาก่อนหรืออยู่ในระหว่างการรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น ซึ่งผู้นิพนธ์จะต้องแนบใบนำส่ง (ตัวอย่างท้ายเล่ม) พร้อมเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แนบมาด้วย

บทความที่ส่งมาให้พิจารณาตีพิมพ์จะได้รับการตรวจทานต้นฉบับจากคณะกรรมการอย่างน้อย 2 ท่าน บทความที่จะตีพิมพ์ให้ปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ และบทความที่ได้รับการตีพิมพ์แล้วจะเป็นสิทธิ์ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กำหนดออก

รายหกเดือน (ปีละ 2 ฉบับ : มกราคม – มิถุนายน, กรกฎาคม – ธันวาคม)

วารสารนี้เป็นลิขสิทธิ์ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ห้ามพิมพ์ซ้ำหรือเผยแพร่โดยไม่ได้รับอนุญาต

การติดต่อบรรณาธิการ

ผู้ประสงค์จะติดต่อบรรณาธิการ หรือต้องการติดตามการส่งบทความลงพิมพ์ในวารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย โปรดส่งไปยัง นพ.ณสมพล หาดูดี โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

สำนักงาน

กลุ่มงานวิจัยและพัฒนา ตึกอังสนา ชั้น 3 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

169 ถนนชาตะผดุง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทรศัพท์ 0-4320-9999 ต่อ 63538 โทรสาร 0-4322-4722

E-mail. journal.sui.th@gmail.com เว็บไซต์ <http://www.jvkk.go.th/Journal.JSPT>

พิมพ์ที่

หจก.โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา 232/199 หมู่ 6 ถนนศรีจันทร์ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทรศัพท์ : 0-4332-8589-91 โทรสาร : 0-4332-8592



วารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 กรกฎาคม - ธันวาคม 2563

สารบัญ	หน้า
สารจากผู้อำนวยการ	ก
บรรณาธิการแถลง	ค
บทความพิเศษ	
สองทศวรรษโครงการเฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของประเทศไทยโดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และ กรมสุขภาพจิต ศักรินทร์ แก้วเห้า	1-8
นิพนธ์ต้นฉบับ	
การพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วย ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ชนิษฐา สนเทห์ วัชณี หัตถพนม ไพรวลัย ร่มซ้าย จิตภินันท์ โชครัศมีศิริญ	9-24
การศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ปรารธนา คำมีสินนท์ พรดลิต คำมีสินนท์ จิตภินันท์ โชครัศมีศิริญ เอ็มหทัย ศรีจันทร์หาล้า สุนันทา คำชมภู วัชรวิทย์ เสาร์แก้ว	25-40
ประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม อชรา ภาชา สุบิน สมิน้อย วิภาดา คณะไชย สาคร บุปผาเห้า รัชชะฎา ธารจันทร์	41-56
ความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการส่งก้อง ทางเดินอาหารส่วนบนโรงพยาบาลชานี จังหวัดบุรีรัมย์ ศิลา จิรวีกรานต์กุล	57-68
ปณิณกะ	
ผลการดำเนินงาน Line Official Account : @Khuikun ณัฐกร จำปาทอง สุบิน สมิน้อย	69-74
คำแนะนำผู้นิพนธ์	75-88



กรมสุขภาพจิต
โดยพยาบาลจิตเวชขอนแก่นสถานจิตเวช

สารจากผู้อำนวยการ

กรมสุขภาพจิตมอบหมายให้โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์รับผิดชอบงานด้านป้องกันการฆ่าตัวตายระดับประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ 2542 เป็นต้นมา จากก้าวแรกแห่งการเรียนรู้ธรรมชาติการฆ่าตัวตายคนไทย ท่ามกลางอัตราการฆ่าตัวตายคนไทยที่สูงถึง 8.59 ต่อประชากรแสนคน สู่การพัฒนาจังหวัดต้นแบบและขยายผลจนทำให้ระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายถูกบูรณาการเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ เป็นผลสำเร็จในปี พ.ศ 2558 โดยอัตราการฆ่าตัวตายมีค่าระหว่าง 6.03-6.64 ต่อประชากรหนึ่งแสนแสนคน (ปี พ.ศ.2558 -2562)

การดำเนินงานตลอดระยะเวลา 20 ปี แม้ว่า ยุทธศาสตร์ของการดำเนินงานได้มีการปรับเปลี่ยนไปตามปัจจัยแวดล้อมที่เกิดขึ้น อาทิเช่น วิกฤตการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) กลับพบว่าการจัดการดำเนินงานบริการสาธารณสุขเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายมาจากความร่วมมือร่วมแรง และร่วมใจต่อการทำหน้าที่ในการป้องกัน ดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รับผิดชอบอย่างเข้มแข็ง ของบุคลากรสาธารณสุข และยังเป็นการทำงานที่อยู่บนพื้นฐานความคิดทางวิทยาศาสตร์อย่างสร้างสรรค์เกิดผลผลิตทางด้านความรู้ใหม่ๆ นวัตกรรมและผลงานวิจัยที่สะท้อนรากฐานของปัญหาบริบทและการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจริงของพื้นที่ จึงมีนักวิชาการเข้าร่วมนำเสนอผลงานวิจัย นวัตกรรมในเวทีประชุมวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งระดับเขต และประเทศอย่างต่อเนื่องทุกปี นับเป็นมูลค่าทางวิชาการที่แสดงถึงความเชี่ยวชาญด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายสาธารณสุขไทยได้อย่างดียิ่ง และจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งหากผลงานนั้น ได้รับการเผยแพร่ ถ่ายทอด พัฒนาต่อยอดขยายผลจนเป็นที่ยอมรับผลงานจากนานาชาติทั่วโลก

วารสาร “ป้องกันการฆ่าตัวตาย ” โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ฉบับปฐมฤกษ์ นี้ นับเป็นก้าวแรกที่จะขอทำหน้าที่เป็นแหล่งพื้นที่การเรียนรู้และรวบรวมองค์ความรู้ทางวิชาการและงานวิจัยด้านป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายประเทศไทยที่มีคุณภาพทั้งเชิงทฤษฎี และประโยชน์ในเชิงปฏิบัติการ สนับสนุนความก้าวหน้าของบุคลากร รวมทั้งยังเป็นศูนย์กลางเผยแพร่ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ การทำวิจัยและการพัฒนาผลงานวิชาการ ของบุคลากรสาธารณสุขแต่ละสาขาวิชาชีพ นักวิจัย นักวิชาการ คณาจารย์ นักศึกษา ที่ให้ความสนใจงานการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายประเทศไทย

ขอขอบคุณ นักวิชาการทุกท่านที่ได้ส่งผลงานวิชาการมาตีพิมพ์ลงใน วารสาร “ป้องกันการฆ่าตัวตาย”
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ฉบับนี้ ขอขอบคุณกองบรรณาธิการทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการจัดทำ
วารสารฉบับนี้จนเสร็จสมบูรณ์ เพื่อก้าวสู่การบรรลุพันธกิจขององค์กรแห่งศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง
ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติได้อย่างแท้จริง



ณัฐกร จำปาทอง

ผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์



กรมสุขภาพจิต
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นสถานจิตเวช

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีครับท่านผู้อ่านทุกท่านวารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย ฉบับนี้เป็นฉบับปฐมฤกษ์ ผมขอขอบคุณผู้สนับสนุนทุกท่านที่สนใจส่งเรื่องมาตีพิมพ์ ผมในฐานะบรรณาธิการและคณะผู้จัดทำวารสารทุกคน มีความตั้งใจที่จะจัดทำวารสารฉบับนี้ขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์กับประเด็นทางด้านจิตเวชและการฆ่าตัวตายในประเทศ อย่างที่ทุกท่านได้ทราบถึงวิกฤตการณ์ รายงานความสูญเสีย และข่าวสารผ่านทางสื่อต่างๆ ความรุนแรงในการทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลใกล้ชิด รวมไปถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากรายงานการฆ่าตัวตายสำเร็จในปัจจุบันมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงถึง 6.64 ต่อประชากรแสนคน (ข้อมูลในปี 2562) การศึกษาวิจัยในประเด็นดังกล่าวจึงเป็นสิ่งสำคัญในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายตามเป้าประสงค์หลักของกรมสุขภาพจิต

วารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย มุ่งเน้นการนำเสนอในประเด็นด้านการส่งเสริมป้องกัน เฝ้าระวัง บำบัดรักษา ฟื้นฟู รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องทางสังคมจิตวิทยา ชีววิทยาในประเทศไทย

ในฐานะตัวแทนของกองบรรณาธิการ ผมขอขอบคุณสำหรับคำแนะนำข้อเสนอแนะจากท่านที่ปรึกษาและทีมงานทุกท่าน ซึ่งจะเป็นกำลังใจให้มุ่งมั่นพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นไป

สุดท้ายนี้ผมขอเชิญชวนผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการและผลงานวิจัยของท่านเพื่อเผยแพร่ ให้วารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย เป็นฐานข้อมูลสำหรับการศึกษาค้นคว้า และเป็นแนวทางการทำงานวิจัยให้แก่นักวิจัยและผู้สนใจต่อไปแล้วพบกันฉบับหน้าครับ

ณสมพล หาญดี

ณสมพล หาญดี
บรรณาธิการ

บทความพิเศษ

Special article

สองทศวรรษโครงการเฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประเทศไทย โดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และกรมสุขภาพจิต

ศักรินทร์ แก้วเฮ้า, พบ.

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช ขนาด 250 เตียง ให้บริการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้มารับบริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและโรคจิตเวชที่รุนแรง ยุ่งยากซับซ้อน และเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายระดับตติยภูมิ ในการดูแลและพัฒนาระบบบริการเครือข่ายบริการในทุกระดับให้มีบริการงานสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เนื่องจากสถิติผู้ป่วยนอกในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ระหว่างปี 2540 -2542 พบปัญหาผู้พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (จำนวน 849, 873 และ 1,265 คน) พร้อมกับที่ประเทศไทยมีปัญหการฆ่าตัวตาย ในปี พ.ศ.2542 เพิ่มขึ้นสูงถึง 5,290 คน หรือเท่ากับ 8.59 ต่อประชากรแสนคน (กรมสุขภาพจิต, 2542) โดยเฉพาะจังหวัดเชียงใหม่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึง 31.23 ต่อประชากรแสนคน เหตุการณ์นี้มีความสอดคล้องกับการเพิ่มสูงขึ้นของสถานการณ์การฆ่าตัวตายทั่วโลกที่พบหลังจากเกิดวิกฤติเศรษฐกิจทั่วโลกในปี พ.ศ. 2540 ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่าสถิติอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรโลกอยู่ระหว่าง 18.95 ถึง 36.80 ต่อประชากรแสนคน (WHO, 1999)

จังหวัดสกลนคร ซึ่งเป็นหนึ่งในจังหวัดในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีแนวโน้มอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจากเดิมในปี พ.ศ.2540 มีอัตรา 3.5 ต่อประชากรแสนคน ต่อมาในปี พ.ศ.2541 เพิ่มสูงขึ้นเป็น 5.81 ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ.2542 เพิ่มเป็น 5.59 ต่อประชากรแสนคน เมื่อพิจารณาเป็นรายอำเภอพบว่าอำเภวาริชภูมิมีแนวโน้มผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงกว่าอำเภออื่น โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์จึงได้ริเริ่มโครงการป้องกันเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอขึ้นครั้งแรก ภายใต้การนำของผู้อำนวยการโรงพยาบาล นพ.อภิชัย มงคล โดยเริ่มจากการสำรวจข้อมูลร่วมกับทีมงานสุขภาพจิตระดับอำเภอ จากผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ดูแล อสม. และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดสกลนคร จากการศึกษาในครั้งนั้นได้ข้อมูลที่น่าสนใจดังนี้ 1) ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมองว่ามีความคิดฆ่าตัวตายเป็นเรื่องน่าละอาย อ่อนแอ ไร้ความสามารถ จึงปฏิเสธการเจ็บป่วยและการรักษา บางรายเลือกใช้สุราและยาเสพติดในการแก้ไขปัญา และยังคงมีความคิดฆ่าตัวตายซำอยู่โดยไม่ยอมเข้าสู่ระบบบริการ 2) บุคคลใกล้ชิดและครอบครัวมีความรู้สึกโกรธ เบื่อหน่าย ท้อแท้ เป็นภาระ เครียดจากการที่ต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและสูญเสียรายได้ รู้สึกทันทุกข์ ลำบากใจและเบื่อหน่ายที่จะดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา จึงละเลยกับสัญญาณเตือนต่อการฆ่าตัวตายที่ผู้ป่วยแสดงให้เห็น คิดว่าผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมเรียกร้องความสนใจ 3) ระบบบริการและการรักษา พบว่าทำได้เพียง

การตั้งรับผู้ทำร้ายตนเองที่มีารับบริการยังหน่วยบริการสาธารณสุขเท่านั้น พบปัญหาว่าแพทย์เวชปฏิบัติผู้ให้บริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลไม่มั่นใจในการวินิจฉัยและรักษา เพราะฉะนั้นการรักษาที่ให้อาจเป็นไปตามอาการที่พบ ไม่มีแนวปฏิบัติเฉพาะในการดูแล ไม่พบระบบการคัดกรองและเฝ้าระวังทั้งในหน่วยบริการและในชุมชนเพื่อค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รวดเร็ว และการติดตามเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการกลับมาทำซ้ำ รวมทั้งไม่มีระบบเชื่อมประสานการทำงานระหว่างเครือข่ายภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงานกับชุมชนแต่อย่างใด เป็นผลให้ผู้พยายามทำร้ายตนเองกลับไปกระทำซ้ำและเสียชีวิตในที่สุด 4) ผู้นำชุมชน และ อสม. มีความรู้และความเข้าใจไม่ถูกต้อง เห็นว่าสาเหตุของการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องส่วนตัวและครอบครัว ไม่ใช่ปัญหาของชุมชน การแก้ไขปัญหาก็เป็นความรับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัว 5) ประชาชน และ สังคมมองว่าการฆ่าตัวตายเป็นบาป ผิดหลักศาสนา เป็นพฤติกรรมเรียกร้องความสนใจมากกว่าต้องการขอความช่วยเหลือ ตาหนิที่ครอบครัวปล่อยให้เหตุการณ์เกิดขึ้นในชุมชน 6) บุคลากรสาธารณสุขขาดความรู้และไม่มั่นใจในความรู้และทักษะในการเข้าไปดูแลช่วยเหลือ และรู้สึกกังวล รู้สึกผิด กล่าวโทษตนเองจากประสบการณ์เดิมที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ที่ฆ่าตัวตายได้ 7) ข้อมูลที่ปรากฏในรายงานเป็นข้อมูลการฆ่าตัวตายที่น้อยกว่าความเป็นจริงเนื่องจากข้อมูลดังกล่าว มีความเกี่ยวข้องกับการได้รับสิทธิประโยชน์ บางรายครอบครัวรู้สึกอาย ไม่อยากเปิดเผยข้อมูล ลำบากใจเมื่อต้องพูดถึงการสูญเสีย ข้อมูลที่มีอยู่ในระบบรายงานจึงเพียงแสดงถึงจำนวนผู้ทำร้ายตนเองและผู้เสียชีวิตที่พบในหน่วยบริการนั้น ไม่สามารถนำมาใช้อธิบายถึงลักษณะขอบเขตและอุบัติการณ์ของการเกิดปัญหาได้ทั้งหมด

ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินโครงการในอำเภอ นำร่องผลพบว่าบุคลากรสาธารณสุขและ อสม. ที่ผ่านการอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้น กลุ่ม อสม. เป็นกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 12 คนในพื้นที่ได้รับการดูแลตามแนวทางที่กำหนด ผลการติดตามกลุ่มผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายใน 6 เดือนแรก พบว่าไม่มีการเสียชีวิต แต่เมื่อผ่านพ้นไป 1 ปี มีผู้ป่วย 2 คนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ แต่เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับระหว่างก่อนเริ่มโครงการ (ปี 2541) มีรายงานผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 7 คน ในขณะที่หลังดำเนินโครงการปี 2542 มีรายงานผู้ฆ่าตัวตาย 2 คน ซึ่งนับเป็นก้าวแรกของการมีการสร้างระบบป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในระดับอำเภออย่างเป็นรูปธรรม จากผลลัพธ์ดังกล่าวทางโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ได้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการปัญหาดังกล่าว จึงได้นำโครงการเสนอต่อกรมสุขภาพจิต จนได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายและการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงบประมาณ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการขยายผลการดำเนินงานของโครงการดังกล่าวไปทั่วประเทศ

จากการศึกษาอื่นๆ พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รัฐบาลจะต้องจ่ายค่ารักษาดูแลเฉลี่ยรายละ 2,028-5,333 บาท หากเมื่อต้องมารักษายังโรงพยาบาลจิตเวช ประเทศต้องเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 37,793 บาท ต่อผู้ป่วย 1 ราย (บุญชัย นวมงคลวัฒนา และคณะ, 2546) ดังนั้นหากมีระบบรักษาดูแลไม่ให้ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต้องมารักษาในโรงพยาบาลจิตเวชอย่างน้อย 10 ราย จะช่วยให้ประเทศประหยัดค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลรักษาได้มากถึง 377,930 บาท จึงอาจกล่าวได้ว่าโครงการเฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประเทศไทย

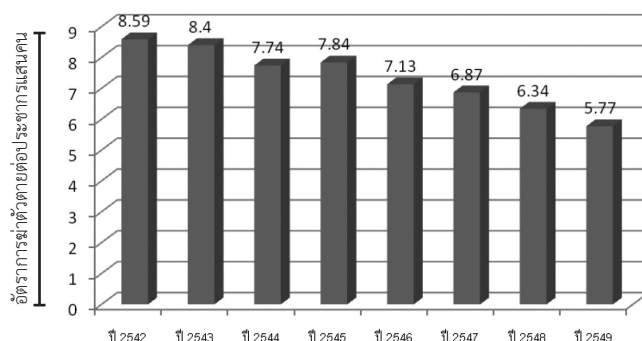
โดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และกรมสุขภาพจิต ได้ริเริ่มขึ้นในปี พ.ศ.2544 และดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 5 ระยะดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 (ปี 2544 – 2546) “การพัฒนาโครงการ” จากการได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานงบประมาณ กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จึงใช้ชื่อโครงการว่า “โครงการเฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย” ตั้งแต่ปี 2544 เป็นต้นมา ในระยะนี้ได้เกิดกิจกรรมสำคัญดังนี้ 1) มีพื้นที่ที่สนใจนำระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไปขยายผลเพิ่มขึ้นเป็น 33 จังหวัด (32 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร) เนื่องด้วยในหลายจังหวัดกำลังประสบปัญหาจากการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้น เช่น จังหวัดลำพูน ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงเป็นลำดับต้นๆ ของประเทศในขณะนั้น 2) งานด้านการพัฒนาบุคลากร พบว่า บุคลากรมากกว่าร้อยละ 80 ในจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการสามารถใช้แบบประเมินและให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจแก่ผู้มีภาวะซึมเศร้า 3) งานด้านพัฒนาเครื่องมือได้ริเริ่มจัดทำและพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในปี พ.ศ. 2546 (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2546)

โดยมีจำนวน 10 ข้อคำถาม และใช้ร่วมกับแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 15 ข้อ รวม 25 ข้อ แต่ในบางข้อเป็นคำถามเกี่ยวข้องกับการประเมินโรคทางกาย และมีความซ้ำซ้อน เครื่องมือชุดนี้จึงมีข้อจำกัดในการนำไปใช้

ระยะที่ 2 ปี 2547 - 2549 “การเข้าถึงทั่วประเทศ” โดยขยายผลการดำเนินงานครอบคลุมระบบบริการทั่วประเทศ ในปี 2547 ผลการดำเนินงานที่สำคัญมีดังนี้ 1) ด้านการพัฒนาบุคลากร พบว่าทุกจังหวัดมีเครือข่ายวิทยากรประจำจังหวัด และมีผู้รับผิดชอบดำเนินงานที่ชัดเจน 2) ด้านระบบบริการ มีการจัดอบรมแพทย์เวชศาสตร์ทั่วไปทั้งประเทศจำนวน 76 คน ซึ่งผลการติดตามแพทย์กลุ่มดังกล่าวพบว่าได้มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเฉลี่ยคนละ 25 ราย มีการใช้ยาต้านเศร้าเพิ่มขึ้น โดยยาที่แพทย์นิยมใช้มากที่สุดคือยากลุ่ม SSRI สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับการอบรมเพิ่มพูนความรู้ มีความมั่นใจในการให้การปรึกษาที่ระดับ 2.7 คะแนน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) รวมทั้งเริ่มมีการจัดเก็บระบบรายงานการพยายามทำร้ายตนเองจากเครือข่ายผู้รับผิดชอบจากแต่ละพื้นที่ทั่วประเทศ 3) อัตราการฆ่าตัวตายเริ่มมีแนวโน้มลดลงต่อเนื่อง (ภาพที่ 1)

ภาพที่ 1 อัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ปีพ.ศ.2542 - 2549



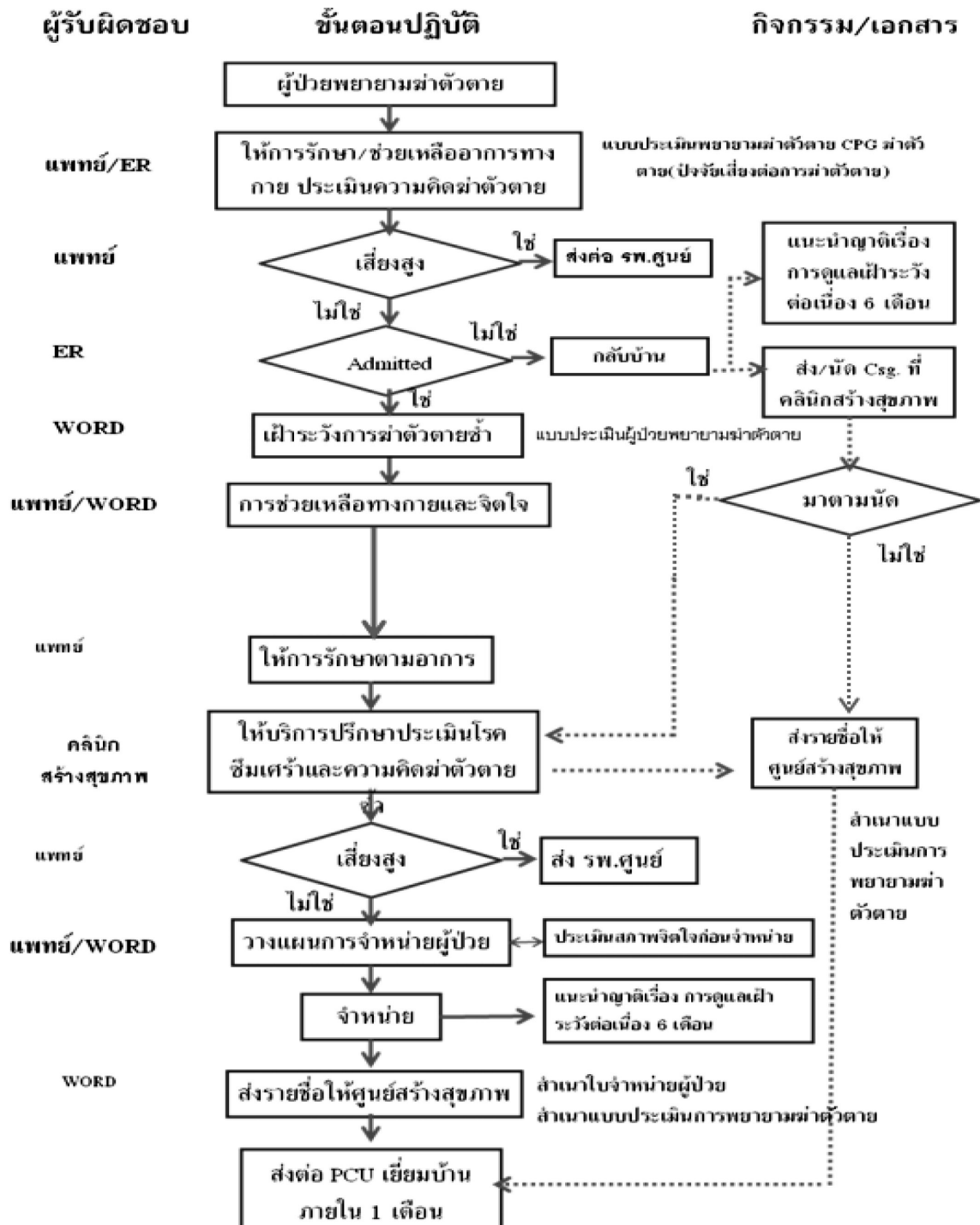
ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2550)

วารสารป้องกันกาฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย 2563;1(1):1-8.

ระยะที่ 3 (ปี 2550-2553 “การพัฒนา
ระบบบริการ องค์ความรู้และเทคโนโลยี”
ผลการดำเนินงานในระยะนี้คือ 1) ด้านนวัตกรรม
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นฯได้พัฒนาเครื่องมือ
คัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการ
ฆ่าตัวตายขึ้นใหม่ เหตุจากปัญหาการใช้เครื่องมือ
เดิมที่มีข้อคำถามหลายข้อ คำถามซ้ำซ้อน โดยแบบ
คัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
หรือ DS 8 ”พัฒนาโดย ทวี ตั้งเสรีและคณะ (2551)
แบบคัดกรองฉบับนี้ จึงแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1
ใช้คัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (ข้อ 1-6) โดยมี
ค่าความไวร้อยละ 89.9 ความจำเพาะร้อยละ
71.9 ส่วนที่ 2 ใช้คัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการ
ฆ่าตัวตาย (ข้อที่ 7-8) ประเมินความตั้งใจในการ
ฆ่าตัวตาย (Suicidal intention) มีค่าความไว
ร้อยละ 87.1 ความจำเพาะร้อยละ 89.4 เป็นแบบ
คัดกรองที่ง่ายและสะดวกต่อการนำไปใช้ในชุมชน
ในการแปลผลหากตอบว่า “มี” ตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป
หรือ 3 คะแนนขึ้นไป ในคำถามข้อที่ 1-6 หมายถึง
“มีภาวะซึมเศร้า” จะได้รับการให้บริการปรึกษา
หรือพบแพทย์ เพื่อการบำบัดรักษาและถ้าตอบว่า

“มี” ตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป หรือ 1 คะแนนขึ้นไป
ในข้อคำถามข้อที่ 7-8 หมายถึง “มีความเสี่ยงต่อการ
ฆ่าตัวตาย” 2) ด้านการพัฒนาบุคลากร พบว่าบุคลากร
มีระดับความมั่นใจในความสามารถของตนเอง
ด้านการให้ปรึกษา (บุคลากรสาธารณสุข พยาบาล)
ในระดับมาก แพทย์มีโอกาสดูแลผู้ทำร้ายตนเอง
ทั้งที่เสียและไม่เสียชีวิต ในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา
มีจำนวนเฉลี่ย 24.6 รายต่อปี เพิ่มขึ้นจากปี 2551
ที่ได้ดูแลเฉลี่ยคนละ 17.0 รายต่อปี ด้านความเห็น
ของบุคลากรต่อการใช้และความพึงพอใจต่อแบบ
ประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อ
การฆ่าตัวตาย (DS-8) อยู่ในระดับมาก 3) ด้าน
ระบบบริการ ในปี 2550 ระบบบริการสาธารณสุข
ทั่วประเทศ มีหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีระบบ
บริการการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
ครบตามเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ ร้อยละ 100
ของ รพศ /รพท, ร้อยละ 85 ของ รพช และ
ร้อยละ 65 ของ สถานีอนามัย นอกจากนี้แต่ละ
สถานบริการมีแนวทางการปฏิบัติเพื่อการดูแล
ช่วยเหลือผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างชัดเจน
ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 แผนผังแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย



4) การลดลงของอัตราการฆ่าตัวตาย มีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ และเริ่มคงที่ในปี พ.ศ. 2550-2551 (ปี พ.ศ. 2550) เกิดวิกฤตเศรษฐกิจใหม่อีกครั้ง) และในปี 2552 กลับมาลดลงเป็น 5.97 ต่อประชากรแสนคน แสดงให้เห็นว่าปัญหาการฆ่าตัวตายยังคงเป็นปัญหาที่ต้องเฝ้าระวัง ป้องกันอย่างต่อเนื่องเพื่อไม่ให้เกิดการกลับมาระบาดอีกครั้ง อย่างไรก็ตาม อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จยังคงอยู่ในตามเกณฑ์การประเมินประสิทธิผลของโครงการฯ ตามที่ระบุไว้ในวัตถุประสงค์ของโครงการฯ (ไม่เกิน 6.3 ต่อประชากรแสนคน) ดังตารางที่ 1 จำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากการทำร้ายตนเอง ปี พ.ศ.2549-2553

ระยะที่ 4 (ปี 2553-2555 “บูรณาการงานสุขภาพจิตและก้าวสู่ความเป็นเลิศระดับชาติ”

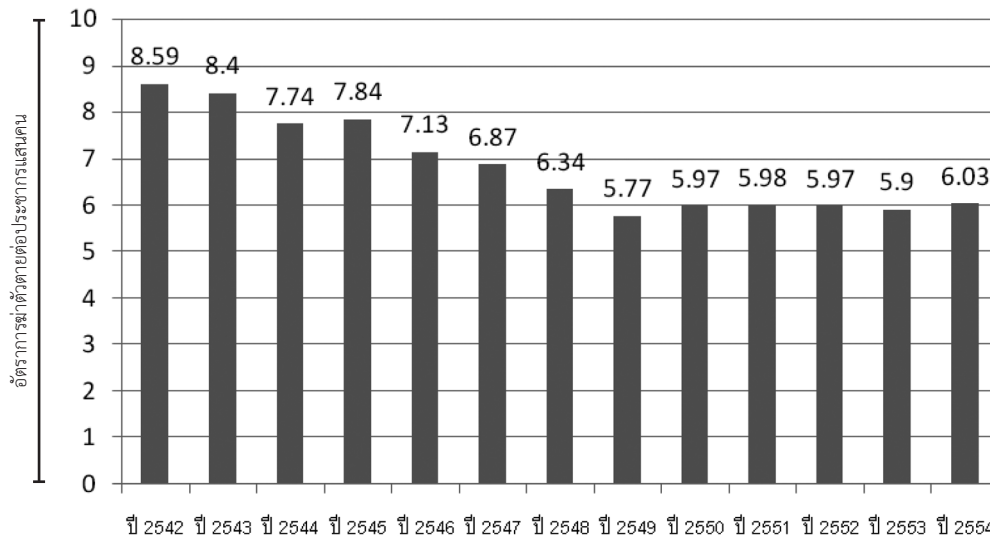
เน้นการขยายผลให้ระบบการดูแลช่วยเหลือนี้ถูกบูรณาการเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข มีความครอบคลุมให้ไปถึงประชากรกลุ่มเสี่ยงตามหลักฐานข้อมูลทางระบาดวิทยา ผลการดำเนินงานที่สำคัญ 1) ด้านบุคลากรในแต่ละปี แต่ละจังหวัด ยังคงมีการพัฒนาบุคลากรทั้งภายในและภายนอกเครือข่ายในรูปแบบการบูรณาการงานสุขภาพจิต พบว่ากลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการพัฒนามากที่สุด คือ กลุ่ม อสม.ผู้นำชุมชน กำนัน ผญบ. อบต. เฉลี่ยจังหวัดละ 809 คน รองลงมาคือ ครูอาจารย์ เฉลี่ยจังหวัดละ 166 คน และ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลเฉลี่ยจังหวัดละ 100 คน 2) การควบคุมอัตราการฆ่าตัวตายไม่เกินเกณฑ์ชี้วัดที่กำหนด ภายหลังจากการดำเนินโครงการ พบว่าแนวโน้มอัตราการฆ่าตัวตายลดลง โดยในปี 2554

ตารางที่ 1 อัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทยปี พ.ศ.2549 - 2553

พ.ศ.	จำนวนประชากร	จำนวนผู้เสียชีวิต	อัตราต่อแสน
2549	62,623,416	3,612	5.77
2550	63,933,515	3,756	5.97
2551	63,214,022	3,778	5.98
2552	63,457,439	3,787	5.97
2553	63,701,703	3,761	5.90

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551

ภาพที่ 3 อัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทย มี 2542-2554



ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2554)

อัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่ 6.03 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ตัวชี้วัดอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทยไม่เกิน 6.5 ต่อประชากรแสนคน (ภาพที่ 3)

3) พัฒนานวัตกรรม แบบคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแบบ 9 ข้อคำถาม (SU 9) พัฒนาขึ้นภายใต้การวิจัยในปี พ.ศ 2554 เครื่องมือนี้มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.56 ค่า cut off point คือ 1 คะแนนขึ้นไปโดยมีค่าความไว 75.0% ความจำเพาะ 82.3% คุณค่าการทำนายผลบวก 18.6% คุณค่าการทำนายผลลบ 98.4% ความถูกต้องของการทดสอบ 82.0%

ระยะที่ 5 (ปี พ.ศ 2556-ปัจจุบัน) ยุคแห่งนวัตกรรมและดิจิทัล เนื่องจากโลกมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมเป็นอย่างมาก ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลอินเทอร์เน็ตได้ตลอดเวลา มีรูปแบบการรับข้อมูลต่างจากเดิม ความสามารถ

ในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารผ่านอุปกรณ์สมาร์ต (smart device) มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น สื่อสิ่งพิมพ์มีบทบาทลดลง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นฯ จึงได้ปรับกลยุทธ์ในการดำเนินงาน เกิดผลลัพธ์ดังนี้ 1) ปรับปรุงระบบฐานข้อมูลและเว็บไซต์ระบบฐานข้อมูลผู้ฆ่าตัวตายและผู้พยายามทำร้ายตนเองได้ปรับปรุงใหม่สู่ version 10 (506 S ver.10) ซึ่งมีความสะดวกรวดเร็วมากขึ้น สามารถป้อนข้อมูลได้โดยใช้อุปกรณ์สมาร์ตต่างๆ ร่วมทั้งการปรับปรุงเว็บไซต์จาก www.suicidethai.com สู่ www.suicide.dmh.go.th ซึ่งมีการออกแบบแพลตฟอร์มให้ใช้งานได้ง่าย เข้าถึงข้อมูลได้ง่าย และสามารถแสดงข้อมูลการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายได้อย่างทันที 2) การพัฒนาบุคลากร ได้มีการจัดอบรมแพทย์ทั่วประเทศภายใต้หลักสูตรระยะสั้นอย่างเป็นรูปธรรม โดยเนื้อหาเน้นที่ความรู้

เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและการดูแลช่วยเหลือ การส่งต่อรวมทั้งแนวทางการลงรหัส ICD10 ในระบบฐานข้อมูลสุขภาพ (HIS: hospital information system) เพื่อเป็นข้อมูลในการติดตามและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ มีการริเริ่มหลักสูตร ระบาดวิทยาการฆ่าตัวตาย ระยะสั้นสำหรับบุคลากรสาธารณสุข เพื่อเป็นผู้นำ ในการจัดการปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ 3) การประชุมวิชาการนานาชาติ ซึ่งโรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่นฯ ได้ก้าวสู่การสร้างเครือข่าย กับนานาชาติ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และ องค์ความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย โดยได้จัดขึ้น 2 ครั้ง คือ 1st Conference of partnership for suicide prevention diversity in one goal of life ,7-8 July 2016 Khonkaen Thailand และ 2nd International conference on suicide prevention innovation and intervention in Mental Health Model,13-15 July 2017 Khonkaen Thailand. 4) การผลิต Application : SABAIJAI ที่สามารถใช้ได้ทั้งระบบปฏิบัติการ android และ IOS โดยเป็นแอปพลิเคชันที่ใช้ประเมิน ความเสี่ยงฆ่าตัวตายด้วยตนเอง และให้คำแนะนำ การช่วยเหลือเบื้องต้น 5) การดำเนินงานในกลุ่ม เป้าหมายเฉพาะ ในช่วงที่ผ่านมามีความต้องการ ระบบดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในหลายกลุ่มเฉพาะ จึงได้เกิดกิจกรรมต่างๆ เพื่อ ตอบสนองความต้องการดังกล่าวเช่น โครงการ พัฒนาระบบช่วยเหลือป้องกันการฆ่าตัวตายใน

สถาบันอุดมศึกษาโครงการคัดกรองและป้องกัน การฆ่าตัวตายในข้าราชการตำรวจภูธรภาค 4 เป็นต้น 6) การขับเคลื่อนระดับชาติ โดยกรมสุขภาพจิตและ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นฯ ได้ช่วยกันผลักดันให้การจัดการปัญหาการฆ่าตัวตายบรรจุเป็น นโยบายระดับชาติในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) ทำให้ทุกหน่วยงานภาครัฐ และเอกชนให้ความสำคัญและให้ความร่วมมือ เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. ทวี ตั้งเสรีและคณะ. (2546). การศึกษาความ ถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตายขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์.
2. ทวีตั้งเสรีและคณะ. (2552). การพัฒนาแบบ คัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อ การฆ่าตัวตาย (ฉบับปี 2009). วารสารสมาคม จิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 54(3),

การพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช

ชนิษฐา สนั่นเทห์, พย.ม.

วัชนิ หัตถพนม, พย.ม.

ไพรวลัย รมชัย, พย.ม.

จิตกานันท์ โชครักษ์ศิริ, พย.ม.

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช และ 2) ศึกษาความแม่นยำตรงระหว่างแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นกับแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Module C (suicidality)

วัสดุและวิธีการ: เป็นการวิจัยและพัฒนา แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ 1) การประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อพัฒนาเครื่องมือ 2) ศึกษาความตรงตามเนื้อหาและทดสอบภาษา 3) ศึกษาความตรงตามโครงสร้างการจำแนกระดับความเสี่ยงและศึกษาความแม่นยำตรงกับเครื่องมือมาตรฐาน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 165 คน การศึกษาความตรงตามโครงสร้าง การจำแนกระดับความเสี่ยงโดยใช้สถิติ factor analysis สถิติเชิงพรรณนา และ Cronbach's alpha coefficient ศึกษาความแม่นยำตรงกับเครื่องมือมาตรฐานด้วยสถิติ Spearman's rank correlation coefficient ระยะเวลาศึกษา มีนาคม 2557-กันยายน 2558

ผล: แบบประเมินมี 12 ข้อ 4 องค์ประกอบ แบ่งระดับความเสี่ยงเป็น 4 ระดับ คือมาก (15 คะแนนขึ้นไป) ปานกลาง (7-14 คะแนน) เล็กน้อย (1-6 คะแนน) และไม่เสี่ยง (0 คะแนน) จุดตัดที่เหมาะสม คือ 1 คะแนนค่าความไวร้อยละ 90.40 ความจำเพาะ ร้อยละ 87.50 ความถูกต้องของการทดสอบ ร้อยละ 89.70 แบบประเมินมีความสัมพันธ์กับ M.I.N.I. ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ค่าความเชื่อมั่น = 0.81

สรุป: แบบประเมินที่ได้จากการพัฒนามีความตรง น่าเชื่อถือ และง่ายต่อการนำไปใช้เฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วยจิตเวช

คำสำคัญ: ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แบบประเมิน ผู้ป่วยในจิตเวช

The Development of a Psychiatric Inpatient Suicide Risk Assessment

Khanistha Sonthe, M.N.S.

Watchanee Huttapanom, M.N.S.

Praiwat Romsai, M.N.S.

Jidpinun Chokrusamehirun, M.N.S.

Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital

Abstract

Objectives: 1) To develop a Psychiatric Inpatient Suicide Risk Assessment (PISRA), and 2) To examine PISRA's structure using factor analysis and its concurrent validity with the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Module C (suicidality).

Method and method: The research was divided into 3 phases. Phases 1 used an expert panel to develop the PISRA. Phase 2 determined PISRA's content validity and understandability of the Thai language. Phase 3 evaluated PISRA's concurrent validity by correlating PISRA and M.I.N.I. The sample was 165 psychiatric inpatients, selected by purposive sampling according to inclusion criteria. Descriptive statistics explored PISRA's measure of the degree of suicide risk. Cronbach's alpha coefficient examined its internal consistency. Factor analysis uncovered PISRA's structure for construct validity. Spearman's rank correlation coefficient compared PISRA and M.I.N.I. for concurrent validity. The study was conducted between March 2014 – September 2015.

Results: The 12-item PISRA had 4 domains: 1) depressed mood, 2) suicide, 3) Importance behaviors, and 4) suffering. Scores for the degree of suicide were divided into 4 groups: high risk (15-48), moderate risk (7-14), low risk (1-6), and normal or no risk (0 score). The optimum cut point was the score of 1. PISRA had a sensitivity of 90.40%, specificity of 87.50%, and accuracy of test 89.70%. The correlation coefficient between PISRA and M.I.N.I. was strongly positive and statistically significant ($p < 0.001$). The Cronbach's alpha coefficient of PISRA was 0.81.

Conclusion: The PISRA shows acceptable validity and reliability to evaluate the suicide risk of psychiatric inpatients. The instrument is convenient to use for suicide monitoring.

Key word: assessment tool, psychiatric inpatient, suicide risk

บทนำ

ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ มีผลกระทบอย่างมากทั้งต่อผู้กระทำ ผู้ใกล้ชิด และสังคม โดยองค์การอนามัยโลกได้ประมาณการณั้ว ร้อยละ 1.00 ของการตายทั่วโลก มีสาเหตุจากการฆ่าตัวตาย โดยในแต่ละปีมีผู้ฆ่าตัวตายทั่วโลกปีละ 1 ล้านคน และได้คาดการณ์ว่าปี 2563 ทั่วโลกจะมีผู้ฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1.53 ล้านคน และมีผู้พยายามฆ่าตัวตายอีกประมาณ 10-20 เท่าของผู้ฆ่าตัวตาย¹ ซึ่งการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กันอย่างมากกับการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช พบว่า 9 ใน 10 รายของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ จะมีการเจ็บป่วยทางจิตเวชชนิดใดชนิดหนึ่งขณะที่ลงมือทำร้ายตนเอง² หรือร้อยละ 90.00-93.00 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิต โดยผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตลอดชีวิต ร้อยละ 10.00^{3,4} ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Major Depression) มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตลอดชีวิต ร้อยละ 15.00 ส่วนในผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นในระหว่างที่มีอาการกำเริบที่ร้อยละ 10.00 -19.00 และจะเพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยชายที่มีอารมณ์เศร้าและสัมพันธ์กับอาการทางจิต⁵

จากสถิติการเฝ้าระวังผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์ ในปี พ.ศ.2552 – 2556 พบว่ามีจำนวน 662, 848, 617, 712 และ 754 ราย และในจำนวนนี้เกิดอุบัติเหตุผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ

(attempt suicide) จำนวน 8, 11, 18, 10 และ 7 รายตามลำดับ⁶ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลมีความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Fawcett⁷ พบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่า ร้อยละ 90.00 มีการเจ็บป่วยทางจิต และในจำนวนนี้มากกว่า ร้อยละ 50.00 อยู่ภายใต้การดูแลด้านจิตเวชและสุขภาพจิต ซึ่งการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลเป็นเหตุการณ์สำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนัก⁸ และให้ความสำคัญตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล^{8,9,10} ทั้งการคัดกรอง การประเมิน และให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย¹¹

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์ ได้พัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Clinical Practice Guideline for Suicide Problem: CPG-suicide) ตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นมา จากการประเมินผลลัพธ์การรักษาพยาบาลในปี พ.ศ. 2555-2557 พบว่าผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจำนวน 712, 754, 405 ราย มีผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล จำนวน 10, 7 และ 13 รายตามลำดับ และมีผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาล 1 คน แต่ไม่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงเพื่อเข้าระบบการดูแลตาม CPG จากปัญหาดังกล่าวจึงได้มีการทบทวนระบบการเฝ้าระวังเพื่อหาแนวทางป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาล โดยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในจำหน่ายที่ต้องเฝ้าระวังการ

ฆ่าตัวตายตาม CPG จำนวน 31 แพ้ม (ในเดือน เมษายน 2557) พบว่าผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 20 แพ้ม จำแนกเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับรุนแรง 15 คน ระดับปานกลาง 2 คน และระดับเล็กน้อย 3 คน

เมื่อพิจารณาด้านการประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย M.I.N.I.¹² พบว่ามีข้อจำกัดเรื่องความถี่ในการประเมิน คือ ประเมินซ้ำได้ทุก 1 เดือน ซึ่งไม่สอดคล้องกับแผนการดูแลตามแนวทางการดูแลรักษา ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย¹³ ที่ต้องประเมินระดับความรุนแรงทุกวันทุกเวร และให้การดูแลตามระดับความเสี่ยง ดังนั้นเมื่อประเมินความเสี่ยงด้วย M.I.N.I. แรกเรียบร้อยแล้ว 1 ครั้ง จึงต้องใช้เครื่องมือประเภทอื่น คือ HoNos (Health of the Nation Outcome Scales)¹⁴ เพื่อเป็นการเฝ้าระวังผู้ป่วยต่อเนื่อง แต่แบบประเมิน HoNos ก็มีข้อจำกัดเนื่องจาก เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินครอบคลุมอาการทางจิตหลายอาการ จึงอาจไม่เฉพาะเจาะจงและไวพอ หากต้องประเมินตามระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในทุกวันหรือทุกเวร ผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในครั้งนี้ เพื่อจะได้นำผลการศึกษาเครื่องมือที่ได้ไปเฝ้าระวังผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วทันต่อการป้องกันการฆ่าตัวตายภายในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและได้รับการดูแลที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1) เพื่อพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช โดยศึกษาความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง ความเชื่อมั่น เกณฑ์การจำแนกระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2. ศึกษาความแม่นยำตรง (concurrent validity) ระหว่างแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (PISRA) กับแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง M.I.N.I.

วัสดุและวิธีการ

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

การศึกษาระยะที่ 1 การประชุมวางแผนเพื่อพัฒนาเครื่องมือ โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยองค์ประกอบหลัก การคัดเลือกข้อคำถาม และสนทนากลุ่ม (Focus group) กับพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 18 คน เพื่อรวบรวมความรู้และประสบการณ์ (Tacit knowledge) ของพยาบาลจิตเวชในการประเมินผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หลังจากนั้นประชุมผู้ทรงคุณวุฒิและผู้วิจัย เพื่อทบทวนกรอบแนวคิดในการวิจัยองค์ประกอบหลัก และแนวคำถามที่จะจัดทำเครื่องมือฉบับร่าง 1 ซึ่งเบื้องต้นได้ข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ

การศึกษาระยะที่ 2 การศึกษาความตรงตามเนื้อหา (content validity) การทดสอบภาษา และความเชื่อมั่นของเครื่องมือฉบับร่าง โดยส่งเครื่องมือฉบับร่าง 1 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 คน (จิตแพทย์ 2 คน พยาบาลจิตเวช 4 คน และนักจิตวิทยา 1 คน) เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผลการศึกษาได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด เท่ากับ 0.92 และได้เครื่องมือฉบับร่าง 2 จำนวน 22 ข้อ การทดสอบภาษาและหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือฉบับร่าง 2 ไปสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 20 คน นำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่า $\alpha = 0.84$ ปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยแยกคำถามของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและพฤติกรรมฆ่าตัวตายออกจากกัน จำนวน 2 ข้อ ได้เครื่องมือฉบับร่าง 3 จำนวน 24 ข้อ

การศึกษาระยะที่ 3 การศึกษาความตรงตามโครงสร้างหรือตามทฤษฎี (construct validity) การจำแนกระดับความรุนแรง ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และความแม่นยำ (concurrent validity)

3.1 ศึกษาความตรงตามโครงสร้างหรือตามทฤษฎี (construct validity) ครั้งที่ 1 โดยนำเครื่องมือฉบับร่าง 3 ไปเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ทั้งผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและไม่มีความเสี่ยงต่อการ

ฆ่าตัวตายตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 245 คน หลังจากนั้นประชุมผู้ทรงคุณวุฒิและผู้วิจัยเพื่อพิจารณาลดข้อคำถาม ได้เครื่องมือฉบับร่าง 4 จำนวน 16 ข้อ

3.2 ศึกษาการวินิจฉัยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตรงกันของพยาบาลจิตเวช 4 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง M.I.N.I.¹² ให้พยาบาลจิตเวชแต่ละคนสลับกันวินิจฉัยผู้ป่วยจำนวน 10 คน โดยไม่มีข้อมูลผู้ป่วยและไม่ทราบการวินิจฉัยซึ่งกันและกัน นำมาคำนวณหาค่าความสอดคล้องได้ค่า Kappa statistic = 0.90 ซึ่งถือว่ามีความสอดคล้องดีมาก¹⁵ (95 % CI = 0.72-1.00)

3.3 การศึกษาความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) ครั้งที่ 2 และการหาเกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับการศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 1 จำนวน 165 คน และจัดประชุมผู้ทรงคุณวุฒิและผู้วิจัยเพื่อพิจารณาความตรงตามโครงสร้าง พิจารณาลดข้อคำถามและเกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ค่าความแม่นยำ และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัย

1. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งผ่านกระบวนการศึกษาในระยะเวลาที่ 1-2 และ 3.1 ดังกล่าวข้างต้น (เครื่องมือฉบับร่าง 4) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ประวัติการฆ่าตัวตายในอดีต เป็นต้น

1.2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชประกอบด้วยคำถามจำนวน 24 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เลย = 0 คะแนน เล็กน้อย = 1 คะแนน ปานกลาง = 2 คะแนน มาก = 3 คะแนน และมากที่สุด = 4 คะแนน

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย หมวด C (Suicidality)¹²

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูล โดยพยาบาลวิชาชีพ ที่ผ่านการประชุมชี้แจงการเก็บข้อมูล และทดลองใช้เครื่องมือในการประเมิน กลุ่มตัวอย่างทุกคน จะถูกประเมินด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชที่พัฒนาขึ้นใหม่ และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง M.I.N.I. หมวด C (Suicidality)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การศึกษาความตรงตามโครงสร้าง และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้การวิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis) correlation และ Cronbrach' alpha coefficient

3. การศึกษาความแม่นยำ (concurrent validity) ระหว่างแบบประเมิน PISRA กับ M.I.N.I. โดยการหาค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าการทำนายผลบวก คุณค่าการทำนายผลลบ ความถูกต้องของการทดสอบ ค่า ROC และสถิติ Spearman's rank correlation coefficient

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในคน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 94/2557 ลงวันที่ 9 กันยายน 2557

ผล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง (ครั้งที่ 2) มีจำนวน 165 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 77.60 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 33.30 (อายุเฉลี่ย 37.30 ปี SD = 12.60) ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 47.90 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 38.20 สถานภาพโสด ร้อยละ 49.10 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 36.40 จำนวนครั้งที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน 1-2 ครั้ง ร้อยละ 66.10 มีปัญหาไม่สบายใจที่เป็นสาเหตุให้มีความคิดฆ่าตัวตาย คือ ปัญหาครอบครัว ร้อยละ 18.20 มีประวัติเคยทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย ร้อยละ 60.00 จำนวนครั้งที่ทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย 1 ครั้ง ร้อยละ 50.50 วิธีการที่ใช้ คือ การผูกคอตาย ร้อยละ 26.10

2. การศึกษาความตรงตามโครงสร้าง (ครั้งที่ 2) และค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช

โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 165 คน ผลการวิเคราะห์ปัจจัย พบว่าแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของแบบประเมิน

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชประกอบด้วยคำถามจำนวน 12 ข้อ และ 4 องค์ประกอบ คือ อารมณ์เศร้า การฆ่าตัวตาย พฤติกรรมการแสดงออกที่สำคัญ และความทุกข์ทรมาน ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ 0.81 ตารางที่ 1, 2

ตารางที่ 1 ค่า factor loading ของรายการคำถามแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชครั้งที่ 2 (n = 165)

ข้อที่	Domain/Item	Factor loading	Eigenvalue	% of variance
Domain 1 อารมณ์เศร้า (Depress mood)				
2	คุณรู้สึกจิตใจหม่นหมองเป็นทุกข์จนอยากร้องไห้ (เกือบตลอดเวลาทั้งวัน)	0.80	2.40	20.03
3	คุณรู้สึกไม่มีความสุขหมดสนุกกับสิ่งที่เคยชอบเคยทำ	0.83		
9	คุณรู้สึกเหงาโดดเดี่ยว	0.81		
Domain 2 การฆ่าตัวตาย (Suicide)				
14	คุณกำลังคิดฆ่าตัวตาย	0.84	2.33	19.41
16	คุณได้วางแผนทำร้ายตนเองและตั้งใจให้เสียชีวิต	0.83		
21	มีการสื่อสาร (พูด เขียน) ถึงความตั้งใจฆ่าตัวตาย	0.60		
24	ขณะอยู่ในโรงพยาบาลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย และต้องการให้เสียชีวิต	0.70		
Domain 3 พฤติกรรมการแสดงออกที่สำคัญ (Important Behaviors)				
13	วันนี้มีเหตุการณ์ทำให้คุณโกรธไม่พอใจ น้อยใจจนควบคุมตนเองไม่ได้	0.75	1.70	14.16
15	คุณได้ทำร้ายตนเองแต่ไม่ตั้งใจให้เสียชีวิต	0.71		
20	กระวนกระวายผิดปกติคุณนั่งอยู่ไม่ติดที่	0.60		
Domain 4 ความทุกข์ทรมาน (Suffering)				
11	ทุกข์ใจจากการเจ็บป่วยจนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป	0.65	1.51	12.61
12	ทรมานกับหูแว่ว ภาพหลอน และหวาดกลัวจนคิดทำร้ายตนเอง	0.78		

หมายเหตุ Cumulative % = 66.21

ตารางที่ 2 สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชจำแนกตาม Domain (n = 165)

Factor	Number of item	X	SD	Potential range	Obtained range	Cronbach's alpha
เครื่องมือทั้งชุด	12	8.60	8.50	0-48	0-37	0.81
Domain 1	3	2.70	3.00	0-12	0-12	0.83
Domain 2	4	2.40	3.90	0-16	0-16	0.78
Domain 3	3	1.50	2.40	0-12	0-10	0.56
Domain 4	2	2.00	2.50	0-8	0-8	0.48

หมายเหตุ 1. Potential range หมายถึง คะแนนต่ำสุดถึงสูงสุดที่เป็นไปได้ใน domain นั้น
 2. Obtained range หมายถึง คะแนนต่ำสุดถึงสูงสุดที่กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามใน domain นั้น

3. การศึกษาการแบ่งระดับความรุนแรง ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของแบบประเมิน ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษา ในโรงพยาบาลจิตเวช

ในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากการแจกแจง ข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25, 50 และ 75 เพื่อใช้เป็นเกณฑ์การแบ่งระดับความเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตายออกเป็น 4 ระดับ คือ 15 คะแนน ขึ้นไป = มีความเสี่ยงมาก 7-14 คะแนน = มีความเสี่ยงปานกลาง 1-6 คะแนน = มีความเสี่ยงเล็กน้อย และ 0 คะแนน = ไม่มีความเสี่ยง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การศึกษาเกณฑ์การแบ่งระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช (n = 165)

Statistics	ค่าคะแนน
25 th percentile	0
50 th percentile	7
75 th percentile	14
Maximum	37
Minimum	0
Range	37

หมายเหตุ ค่าความเชื่อมั่น = 0.81

4. การศึกษาความแม่นยำ (concurrent validity) ระหว่างแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายฯ และแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง M.I.N.I.

ผลการศึกษาระดับความเสี่ยงต่อการ

ฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างเมื่อประเมินด้วยแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง M.I.N.I. พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาความตรงเชิงโครงสร้าง (ครั้งที่ 2) มีความเสี่ยงระดับมาก ร้อยละ 35.20 รองลงมาไม่มีความเสี่ยง ร้อยละ 24.20 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างที่ทำศึกษา โดยใช้แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง M.I.N.I. (n = 165)

ระดับความเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีความเสี่ยง	40	24.20
เสี่ยงเล็กน้อย	37	22.40
เสี่ยงปานกลาง	30	18.20
เสี่ยงมาก	58	35.20

ผลการศึกษาจุดตัดที่เหมาะสม คือ 1 คะแนน โดยมีค่าความไว ร้อยละ 90.40 ความจำเพาะ ร้อยละ 87.50 คุณค่าการทำนายผลบวก ร้อยละ

95.80 คุณค่าการทำนายผลลบ ร้อยละ 74.50 คุณค่าของการทำนาย ร้อยละ 89.70 และ ROC = 0.89 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนาย ความถูกต้องของการทดสอบของแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช (n=165)

Cut off point	Sevnsitivity 95%CI (Lower-Upper)	Specificity 95%CI (Lower-Upper)	PPV 95%CI (Lower-Upper)	NPV 95%CI (Lower-Upper)	Accuracy
1	90.40 (83.80-94.90)	87.50 (73.50-95.80)	95.80 (90.40-98.60)	74.50 (59.70-86.10)	89.70
2	89.60 (82.90-94.30)	87.50 (73.20-95.80)	95.70 (90.30-98.60)	72.90 (58.20-84.70)	89.10
3	84.80 (77.30-90.60)	100.00 (91.20-100.00)	100.00 (96.60-100.00)	67.80 (54.40-79.90)	88.50
4	83.20 (75.50-89.30)	100.00 (91.20-100.00)	100.00 (96.50-100.00)	65.60 (52.30-77.30)	87.30

หมายเหตุ: 95% confidence interval (lower – upper) คือค่าที่อยู่ในวงเล็บ

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษา

ในโรงพยาบาลจิตเวช และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง M.I.N.I. ได้ค่า Correlation coefficients = 0.82 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง M.I.N.I. (n=165)

Pairs	Correlation (95% CI)	p-value
PISRA และ M.I.N.I.	0.82 (0.77-0.87)	<.001

วิจารณ์

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องมือ โดยทำการศึกษาความตรงของเครื่องมือ ในการวัดซึ่งเป็นพื้นฐานของการวัด 3 ประเภท ประกอบด้วย ความตรงตามเนื้อหา (content validity) ความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) และความแม่นยำตรง (concurrent validity) ดังนี้

1. การศึกษาความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อคำถามแต่ละข้อ เพื่อศึกษาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งผลการศึกษาที่ได้ในกรณีที่ผู้ทรงคุณวุฒิมากกว่า 6 คน ขึ้นไป ต้องมีค่า CVI ประมาณ 0.80^{16,17} ผลการศึกษาพบว่าค่า CVI มีค่าเท่ากับ 0.92 ซึ่งถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาผ่านเกณฑ์ที่กำหนดและยอมรับได้

2. ความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ปัจจัย 2 ครั้ง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 จำนวน 245 คน ครั้งที่ 2 จำนวน

165 คน ผลการวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) พบว่าแบบประเมินมีจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่ อารมณ์เศร้า (Depressed mood) การฆ่าตัวตาย (Suicide) พฤติกรรมการแสดงออกที่สำคัญ (Importance behaviors) และความทุกข์ทรมาน (Suffering) สอดคล้องกับการพัฒนาเครื่องมือในหลายการศึกษาของ Beck & Sreer¹⁸, Firestone & Firestone¹⁹, Cutcliffe & Bark²⁰, Bjorkdahl, et al²¹ ทั้งนี้เนื่องจากเครื่องมือที่ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้า ความคิด การวางแผน การเตรียมการ และการลงมือกระทำการฆ่าตัวตาย อาการที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกควบคุมตนเองไม่ได้ และเกิดความทุกข์ใจ ซึ่งการพัฒนาเครื่องมือครั้งนี้ได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำคำถามสำคัญจากแบบประเมินต่างมาประยุกต์ใช้ในการศึกษานี้ด้วย

ในขั้นตอนการสกัดปัจจัยจะพิจารณาจากค่าไอเกน (Eigenvalue) ซึ่งภายหลังการสกัดปัจจัยแล้ว ในแต่ละปัจจัยต้องมีค่าไอเกนมากกว่า 1 การศึกษานี้พบว่ามีเพียง 4 ปัจจัยเท่านั้นที่มีค่า

มากกว่า 1 ส่วนเกณฑ์ในการพิจารณาคัดข้อคำถาม โดยผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตัดคำถามที่ซ้ำซ้อน และความหมายที่ใกล้เคียงกันออกไป พิจารณาได้จากค่าน้ำหนักปัจจัย (Factor loading) ซึ่งถ้าต่ำกว่า 0.40 ถือว่ามีน้ำหนักปัจจัยต่ำ จะพิจารณาตัดออกไป¹⁹ และการพิจารณาจากร้อยละของค่าความแปรปรวน (% of variance) ซึ่งต้องได้ค่าผลรวมร้อยละของค่าความแปรปรวน (Cumulative % of variance) มากกว่าร้อยละ 50^{22,23} ซึ่งการศึกษานี้ได้ค่าผลรวมร้อยละของค่าความแปรปรวนเท่ากับ 66.21 ภายหลังการสกัดปัจจัยและพิจารณาตัดข้อคำถาม ได้แบบประเมินประกอบด้วย 4 ปัจจัยดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 อารมณ์เศร้า (Depressed mood) ในองค์ประกอบนี้เหลือคำถาม เพียง 3 ข้อ คือ คุณรู้สึกจิตใจหม่นหมองเป็นทุกข์จนอยากร้องไห้ (เกือบตลอดทั้งวัน) มีค่า factor loading = 0.80 คุณรู้สึกไม่มีความสุขหมดสนุกกับสิ่งที่เคยชอบเคยทำ มีค่า factor loading = 0.83 และคุณรู้สึกเหงาโดดเดี่ยว มีค่า factor loading = 0.80 ซึ่งทั้ง 3 ข้อ เป็นอาการแสดงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งถือว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช⁵

องค์ประกอบที่ 2 การฆ่าตัวตาย (Suicide) ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ คือ กำลังคิดฆ่าตัวตาย วางแผนทำร้ายตนเองและตั้งใจให้เสียชีวิต มีการสื่อสาร (พูด เขียน) ถึงความตั้งใจฆ่าตัวตาย และขณะอยู่ในโรงพยาบาลพยายามฆ่าตัวตายและต้องการให้เสียชีวิต มีค่าน้ำหนักปัจจัยเท่ากับ 0.84, 0.85, 0.60 และ 0.70 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาจากคำถามดังกล่าวข้างต้นจะมีคำถามคล้ายคลึง

กับ Firestone & Firestone¹⁹ ที่ทำการศึกษาแบบประเมินความคิดในการทำร้ายตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่ตึกผู้ป่วย และสอดคล้องกับคำถามในการศึกษาของ Cutcliffe & Barker²⁰ ซึ่งทำการศึกษาเรื่องแบบสัมภาษณ์ประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชที่ตึกผู้ป่วยใน ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้ประยุกต์คำถามมาจากทั้ง 2 การศึกษานี้

องค์ประกอบที่ 3 พฤติกรรมการแสดงออกที่สำคัญ (Importance behaviors) ประกอบด้วยคำถาม 3 ข้อ คือ มีเหตุการณ์ทำให้โกรธ ไม่พอใจ น้อยใจ จนควบคุมตนเองไม่ได้ มีค่า factor loading = 0.75 ทำร้ายตนเองแต่ไม่ตั้งใจให้เสียชีวิต มีค่า factor loading = 0.71 และกระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่งอยู่ไม่ติดที่มีค่า factor loading = 0.60 ซึ่งคำถามทั้ง 3 ข้อ ผู้วิจัยได้ประยุกต์คำถามมาจากแบบสอบถามความคิดฆ่าตัวตาย ของเบค^{10,18,21} ภายหลังการพิจารณาคัดข้อคำถามทำให้คำถามที่เหลือจึงสอดคล้องกับการศึกษาดังกล่าวข้างต้น โดยเฉพาะคำถามที่เกี่ยวกับมีเหตุการณ์ทำให้โกรธ ไม่พอใจ น้อยใจจนควบคุมตัวเองไม่ได้ หรือกระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่ง อยู่ไม่ติดที่เป็นคำถามที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายจากความคิดว่าตนเองควบคุมตนเองไม่ได้เลย²⁴

องค์ประกอบที่ 4 ความทุกข์ทรมาน (Suffering) ประกอบด้วย 2 ข้อ คือ ทุกข์ใจจากการเจ็บป่วยจนไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป มีค่า factor loading = 0.65 และทรมานกับหิวแหว่ ภาพหลอน และหวาดกลัวจนคิดทำร้ายตนเอง มีค่า factor loading = 0.78 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์คำถามมาจาก

ประภาส อุครานันท์ และคณะ²⁵ และจากการทำการสนทนากลุ่ม (Focus group) ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

3. ผลการศึกษาความตรงตามสภาพ (concurrent validity) ระหว่างแบบประเมินฉบับใหม่ กับแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง M.I.N.I. พบว่ามีค่าสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman correlation) เท่ากับ 0.82 หมายถึงมีความสัมพันธ์กันระดับสูง (Strong correlation) และมีความสัมพันธ์ทางบวก^{22,26,27} สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ทำการพัฒนาเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น แบบสอบถามความคิดฆ่าตัวตายของ Beck & Steer¹⁸ โดยผลการทดสอบความตรงตามสภาพของเครื่องมือนี้กับแบบทดสอบ Scale for Suicide Ideation (SSI) มีค่า correlation coefficients เท่ากับ 0.90 และการศึกษาแบบวัดความตั้งใจในการฆ่าตัวตาย (Suicide Intent Scale : SIS) ซึ่งพัฒนาโดย Beck, et al²⁸ พบว่ามี correlation coefficients ระหว่างเครื่องมือฉบับนี้กับแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของ Beck และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของ Hamilton (Hamilton Rating Scale for Depression)

การแบ่งระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เนื่องจากการกระจายของข้อมูลเป็นการกระจายที่ไม่ปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยได้ใช้เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25, 50 และ 75 เป็นตัวกำหนดระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการ

ฆ่าตัวตาย ออกเป็น 4 ระดับ คือ ปกติหรือไม่มีความเสี่ยง 0 คะแนน เสี่ยงเล็กน้อย 1-6 คะแนน เสี่ยงปานกลาง 7-14 คะแนน และเสี่ยงมาก 15 คะแนนขึ้นไป (คะแนนเต็ม 48 คะแนน) ซึ่งใกล้เคียงกันกับการศึกษาแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.) ของพันธุธนา กิตติรัตนไพบูลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น¹² ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็น 3 ระดับ คือ น้อย (1-8 คะแนน) ปานกลาง (9-16 คะแนน) และรุนแรง (≥ 17 คะแนน) โดยมีคะแนนเต็ม 52 คะแนน โดยมีการประเมินอาการทุก 1 เดือน แต่เครื่องมือนี้ได้ผ่านการทดลองเก็บข้อมูลโดยการประเมินทุกวัน พบว่าสามารถประเมินได้ดีในทางปฏิบัติ นอกจากนี้เครื่องมือฉบับนี้อาจแตกต่างจากแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง M.I.N.I. เพราะเป็นเครื่องมือที่ประเมินความเสี่ยงในระยะยาว เช่น ถามว่าตลอดชีวิตที่ผ่านมาคุณเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนหรือไม่ ถ้าตอบว่าเคยจะได้ 4 คะแนน เมื่อแปลผลผู้ป่วยจะอยู่ในความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อย (1-8 คะแนน) ทันที ในขณะที่เครื่องมือนี้เป็นคำถามในช่วง 1 วันที่ผ่านมา หรือในช่วงของการประเมิน

เพื่อเป็นการศึกษายืนยันผลการแบ่งระดับคะแนนของแบบประเมิน PISRA ที่ผู้วิจัยใช้เปอร์เซ็นต์ไทล์ในการแบ่งคะแนนตั้งแต่ 1 ขึ้นไปว่าสอดคล้องกับค่าความไว ความจำเพาะที่ดีที่สุดหรือไม่ ผลการศึกษาพบว่าที่จุดตัดที่ 1 คะแนน มีค่าความไว ร้อยละ 90.40 ความจำเพาะ ร้อยละ 87.50 คุณค่าการทำนายผลบวก ร้อยละ 95.80

คุณค่าการทำนายผลลบ ร้อยละ 74.50 และความถูกต้องของการทดสอบ ร้อยละ 89.70 (ดังตารางที่ 5) แสดงว่าแบบประเมินที่มีค่าความไวสูง หมายถึงโอกาสที่คนจะเป็นโรคเมื่อมีผลการทดสอบเป็นบวก^{29,30}

4. ผลการศึกษาความเชื่อมั่นหรือความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่สำคัญอย่างหนึ่งของการพัฒนาเครื่องมือ พบว่าแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช มีความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.81 ซึ่งถือว่าเป็นค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ หากเป็นเครื่องมือใหม่ที่ผู้วิจัยริเริ่มพัฒนาควรมีค่าความเชื่อมั่น 0.70 ขึ้นไป^{22,29}

5. ข้อจำกัดของการศึกษา คือ ลักษณะทางประชากรที่นำมาศึกษาเป็นตัวอย่างครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นชาย อายุระหว่าง 31 -40 ปี และมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ทำให้เป็นข้อจำกัดของเครื่องมือนี้ที่ไม่สามารถนำไปใช้ได้ทั่วไปครอบคลุมทุกเพศและกลุ่มอายุ

สรุป

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช เป็นเครื่องมือที่มีความตรงตามเนื้อหาและและความตรงเชิงโครงสร้างในระดับดี ทำให้มีความน่าเชื่อถือในการประเมิน เครื่องมือมีจำนวนข้อน้อยทำให้มีความง่ายต่อการนำไปใช้ในการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วยจิตเวช แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากเครื่องมือนี้ ถูกพัฒนาขึ้นจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 31-40 ปีและเป็นเพศชาย ดังนั้นการนำเครื่องมือไปใช้ จึงควรคำนึงและพิจารณาถึง

ข้อจำกัดของเครื่องมือดังกล่าวด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์ ประภาส อุครานันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่สนับสนุนงบประมาณในการวิจัย รศ.ดร.จิราพร เขียวอยู่ คณะสาธารณสุขศาสตร์ และ ดร. แก้วใจ เทพสุธรรมรัตน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาในด้านระเบียบวิธีวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย

ข้อเสนอแนะ

3. ด้านบริการ

1) เครื่องมือนี้ควรนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับความถี่ของการประเมินซ้ำ ควรประเมินตามระดับความรุนแรงของความเสี่ยง เช่น เสี่ยงมากประเมินทุก 24 ชั่วโมง เสี่ยงปานกลางประเมินทุกวันที่ 1, 3, 5, 7 หลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และเสี่ยงต่ำประเมินทุกสัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง อย่างไรก็ตามผู้ป่วยอาจมีระดับความเสี่ยงขึ้นลงขึ้นอยู่กับอาการ ความกดดันทางจิตใจหรือเหตุการณ์ที่มากระตุ้น จึงควรปรับการประเมินโดยเน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญ (Patient center)

2) ควรจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลที่ต้องนำเครื่องมือนี้ไปใช้ เพื่อให้เข้าใจตรงกัน เนื่องจากการใช้เครื่องมือนี้ไปประเมินต้องใช้ทั้งการสอบถามข้อมูลร่วมกับการสังเกตอาการรวมกัน และพยาบาลควรมีความรู้ทักษะพื้นฐานในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช

3) เพื่อให้สามารถประเมินได้คำตอบที่เป็นจริง และ แปลผลได้สอดคล้องกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจริงในตัวผู้ป่วย ต้องขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ตลอดจนทักษะในการสัมภาษณ์ตามโครงสร้างของแบบประเมิน และการสังเกตของพยาบาลว่าคำตอบที่ได้รับสัมพันธ์กับอาการ พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยหรือไม่เพียงใด ในกรณีไม่แน่ใจควรปรึกษากับพยาบาลผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่า

3.2 ด้านบริหาร กลุ่มการพยาบาล หากต้องการนำแบบประเมินนี้ไปใช้ ต้องมีการจัดประชุมพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่ระดับบริหาร ถึงปฏิบัติการเพื่อทำความเข้าใจร่วมกัน ตลอดจนการสรุปปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อการพัฒนางานบริการต่อไป

3.3 ด้านวิชาการ เนื่องด้วยมีข้อจำกัดของการศึกษานี้ เกี่ยวกับลักษณะทางประชากรที่นำมาศึกษา ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ผู้วิจัยควรมีการควบคุมตัวแปรดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมให้สอดคล้องกับลักษณะทางประชากรศาสตร์ของประเทศ ทั้งนี้เพื่อให้เครื่องมือนี้สามารถนำไปใช้ประเมินผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทุกเพศ ระดับการศึกษา และทุกกลุ่มอายุ

3.3 การพัฒนาบริการแก่โรงพยาบาล เครือข่าย โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่มีตึกผู้ป่วยในและรับผู้ป่วยจิตเวชไว้ดูแล สามารถนำแบบประเมินนี้ไปใช้ในกลุ่มเสี่ยง แต่ก็ควรมีการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทำความเข้าใจเครื่องมือนี้ก่อนนำเครื่องมือไปใช้เช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. World Report on Violence and Health. Geneva: WHO; 2002.
2. Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen P. Oxford textbook of Psychiatry. 5th ed. Oxford University Press release; 2006.
3. สุชาติ พหลภาคย์. ความผิดปกติทางอารมณ์. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์พิมพ์; 2542.
4. Lorenzo RD, Fiorini F, Simoni E, Mimmi S, Rigatelli, Rigatelli M. Suicide and other causes of death in the psychiatric patients of a mental health service over 5 year period. International Neuropsychiatric Disease Journal 2013; 1(1): 46-63.
5. Novick D, Haro J, Suarez D, Perez V, Dittmann R, and Haddad P. Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. Psychiatry Res. 2010; 176: 109-13.
6. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2556. ขอนแก่น:
7. Fawcett J. Treating impulsivity and anxiety in the suicidal patient. Ann N Y Acad Sci 2001; 932(1): 94-102.
8. Powell J, Geddes J, Deeks J, Goldacre M, Hawton K. Suicide in psychiatric

- hospital inpatients: Risk factors and their predictive power. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 266-72.
9. Lieberman D, Resnik H, Holder-Perkins V. Environmental risk factors in hospital suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2004; 34(4): 448-53.
 10. Temkin TM, Crotty M. Suicide and other risk monitoring in inpatient psychiatry. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2004;10(2): 72-80.
 11. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO).(2007) Assessment and care of adults with suicide ideation and behavior. [Internet] 2007 Retrieved from http://www.rnao.org/Storage/58/5263_Suicide_-Final-web.pdf. [10 Sep 2014].
 12. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, มธุรินทร์ คำวงศ์ปิ่น. ความตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2548; 13(3): 125-35.
 13. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. แนวทางการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Clinical Practice Guideline for Suicide Problem). ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2555.
 14. บุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ, มานิต ศรีสุรกานนท์, ชัชวาลย์ศิลปกิจ, ศุภสิทธิ์ พรณนารุโนทัย ,พิเชษฐ อุดมรัตน์, อลัน กิเตอร์, และคณะ. Reliability and validation of Thai Version of the Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS). *จดหมายเหตุทางการแพทย์แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์* 2550; 90(11): 2487-93.
 15. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: A practical guide to their development and use. 4th ed . Oxford: Oxford University Press; 2008.
 16. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nursing Research* 1986; 35: 382-85.
 17. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health* 2006; 29(5): 489-97.
 18. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck scale for suicide ideation. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1991.
 19. Firestone RW, Firestone LA. Firestone assessment of self-destructive thought. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.

20. Cutcliffe JR, Barker P. The nurses' global assessment of suicide risk: developing a tool for clinical practice. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004; 11: 393-400.
21. Bjorkdahl A, Nymberg D, Runeson B, Omerov P. The development of the suicidal patient observation chart (SPOC): Delphi study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2011; 18:558-561.
22. บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: The methodology in nursing research. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย, 2553.
23. Pett MA, Lackey NR, Sullivan JJ. Making sense of factor analysis the use of factor analysis for instrument development in health care research. United States of America: Sage Publications, Inc; 2003.
24. มาโนช หล่อตระกูล. การฆ่าตัวตาย: การรักษาและการป้องกัน. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอนเทอร์ไพรซ์; 2553.
25. ประภาส อุครานันท์, อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, วัชณี หัตถพนม, ไพรวลัย รมซ้าย, ไพลิน ปรัชญคุปต์. การพัฒนาแบบคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย(SU-9). ขอนแก่น: คลังนาโนวิทยา; 2555.
26. กัลยา วานิชย์บัญชา. สถิติสำหรับงานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร; 2553.
27. Fowler J, Jarvis P, Chevannes M. Practice statistics for nursing and health care. New York:
28. Beck AT, Schuyler D, Herman I. Development of suicidal intent scales. In: Beck AT, ResnikHLP, Lettieri DJ. editors. The prediction of suicide. Bowie, MD: Charles Press; 1974.
29. จิราพร เขียวอยู่. วิธีสถิติสำหรับการวัดด้านสุขภาพ statistical Methods for Health Measurement. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น: 2557.
30. Altman DG, Bland JM. Diagnostic test. 1: Sensitivity and specificity. *Br Med J*. 1994; 308: 1552.

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของผู้พยายามฆ่าตัวตายในเขตบริการสุขภาพที่ 7

ปรารภนา คำมีสินนท์ พย.ม.
พรดุสิต คำมีสินนท์ พย.ม.
จิตภินันท์ โชครศมีหิรัญ พย.ม.
เอมมัทย์ ศรีจันทร์หล้า พย.ม.
สุนันทา คำชมพู พย.ม.
วัชรวิทย์ เสาร์แก้ว พย.บ.
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่อาศัยอยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 7

วัสดุและวิธีการ: การศึกษาเชิงวิเคราะห์ในรูปแบบ case control study เพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย (case) จำนวน 89 ราย กับกลุ่มประชาชนทั่วไป (control) จำนวน 267 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างตามแบบสำรวจปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตายที่พัฒนาโดยผู้วิจัยซึ่งมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Stata version 10 ด้วยสถิติเชิงพรรณนา odds ratio และ logistic regression โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ $p < 0.05$

ผล: การวิจัยปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ การมีสถานภาพสมรสหย่า/ร้าง/หม้าย ($OR = 7.77$; $95\%CI = 1.18 - 51.22$) การมีประวัติว่าในวัยเด็กเคยถูกทำร้ายร่างกายรุนแรงจากพ่อแม่หรือคนเลี้ยงดู ($OR = 11.44$; $95\%CI = 1.67 - 78.17$) และการมีความขัดแย้งของความสัมพันธ์ในครอบครัวหรือกับเพื่อนบ้านในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ($OR = 19.14$; $95\%CI = 3.78 - 96.94$) ในส่วนปัจจัยปกป้องที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายนั้น ได้แก่ การมีทักษะการแก้ไขปัญหา ($OR = 0.02$; $95\%CI = 0.00 - 0.16$) และเมื่อมีเรื่องทุกข์ใจ ไม่สบายใจ จะมีบุคคลหรือหน่วยงานใดๆ คอยช่วยเหลือ ($OR = 0.04$; $95\%CI = 0.00 - 0.48$)

สรุป: การป้องกันอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง บุคลากรด้านสาธารณสุขจะต้องเพิ่มความตระหนักและให้ความสำคัญในการส่งเสริมทักษะการแก้ไขปัญหา ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และจิตใจเพื่อเพิ่มศักยภาพด้านปัจจัยปกป้อง อันจะนำไปสู่การจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป กลยุทธ์เหล่านี้สามารถนำไปใช้เพื่อช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง ผู้พยายามฆ่าตัวตาย

Risk and Protective Factors of People Who Attempted Suicide in the 7th Health District of Thailand

Prattana Khummeeseenon M.N.S.

Porndusit Khummeeseenon M.N.S.

Jitpinan Chokrassameehirun M.N.S.

Emhathai Srichanla M.N.S.

Sunantha Khamchompu M.N.S.

Watchareewan Saokaew B.N.S.

Khon kaen rajanagarindra psychiatric hospital

Abstracts

Objective: To study the risk and protective factors of people who attempted suicide.

Materials and methods: This case-control study examined the risk and protective factors of 89 people who attempted suicide (cases) in the 7th Health District of Thailand and 267 general people (control). Data were collected using a researcher-developed structured interview guide and survey form with a reliability of 0.88. Data were analyzed with descriptive statistics, logistic regression, and odds ratios using Stata, version 10, setting a significance alpha level at 0.05.

Results: Risk factors associated with attempted suicide were marital status (divorced or widowed) (OR = 7.77; 95% CI = 1.18 - 51.22), history of physical abuse by a parent or caregiver (OR = 11.44; 95% CI = 1.67 - 78.17), and conflict with a family member or a neighbor during the past 3 months (OR = 19.14; 95% CI = 3.78 - 96.94). Protective factors associated with a suicide attempt were having problem-solving skills (OR = 0.02; 95% CI = 0.00 - 0.16) and supportive people during difficult situations (OR = 0.04; 95% CI = 0.00 - 0.48).

Conclusion: Prevention of suicide requires health care professionals to increase their awareness and pay greater attention to promoting problem solving skills. Health care professionals need to discover the suicidal person's social support system and psychological resources to enhance the protective factors to avoid further attempts. These strategies can be applied to help people who attempt suicide to problem solve more effectively.

Keywords: attempted suicide, protective factors, risk factors

บทนำ

ปัญหาการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากรายงานอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายของประชากรโลกในปัจจุบันขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบว่า มีประชากรโลกประมาณ 1 ล้านคนฆ่าตัวตายในทุกๆ ปี โดยมีการฆ่าตัวตายเฉลี่ย 3,000 รายต่อวัน ซึ่งในช่วง 45 ปีที่ผ่านมา มีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ร้อยละ 60.00 โดยสามารถพยากรณ์ได้ว่าภายใน ปี พ.ศ.2563 จะมีจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสูงถึงปีละ 1.53 ล้านคน¹ และมีผู้พยายามฆ่าตัวตายอีกประมาณ 10-20 เท่าของจำนวนผู้ฆ่าตัวตาย นั่นคือจะมีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน ในทุกๆ 20 วินาที และมีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 1 คน ในทุกๆ 1-2 วินาที² ส่งผลทำให้ปัญหาการฆ่าตัวตายกลายเป็นสาเหตุของการตายอยู่ในสิบอันดับแรก³ โดยในประชากรหนึ่งแสนคนจะมีผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูงถึง 16 ราย หรือในทุกๆ 40 วินาทีจะมีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย

สำหรับอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทย พบว่า ในระหว่างปี พ.ศ. 2544 - 2553 มีอัตราการฆ่าตัวตายเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นและลดลงตามสภาวะเศรษฐกิจของประเทศ ซึ่งถ้านับจำนวนผู้ที่ทำร้ายตนเองทั้งหมด (จำนวนรวมทั้งที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต) พบว่ามีจำนวนสูงถึง 25,000 - 27,000 รายต่อปี⁴ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 2.50 จะลงมือทำร้ายคนใกล้ชิดของตนเองด้วย⁵ จากสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้ปัญหาการฆ่าตัวตายนี้ไม่ใช่เป็นแค่ปัญหาของผู้ทำร้ายตนเองเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและ

บุคคลใกล้ชิดอีกด้วย จากผลการวิจัยของหวานศรีเรือนทอง⁶ ซึ่งทำการศึกษาอัตราความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของคนไทยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนไทยในชุมชนทั้งชายและหญิง อายุ 15-59 ปี จำนวน 17,140 คน พบว่าประชาชนไทยมีอัตราความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทั้งประเทศ คิดเป็นร้อยละ 7.30 โดยจำแนกเป็นความเสี่ยงระดับเล็กน้อย ร้อยละ 6.00 ระดับปานกลาง ร้อยละ 0.60 และระดับสูง ร้อยละ 0.70

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่ซับซ้อน ซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างที่อาจเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย ยกตัวอย่าง เช่น ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายในอดีต ซึ่งมีโอกาสที่จะทำให้ฆ่าตัวตายได้สำเร็จมากกว่าผู้ที่ยังไม่เคยทำเลยมาก่อนประมาณร้อยละ 40.00⁷ การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายที่เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายและโรคที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทรมาน ก็สามารถทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายได้เช่นกัน⁸ การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช 1 ใน 4 โรคคือ โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท การติดสุรา และการมีบุคลิกภาพผิดปกติ ก็สามารถก่อให้เกิดความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จได้มากถึงร้อยละ 50.00⁹ โดยที่เพศชายจะมีโอกาสเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้สำเร็จมากกว่าเพศหญิง ในขณะที่เพศหญิงจะมีการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชายถึง 3 เท่า^{9,10} การฆ่าตัวตายพบได้ในทุกกลุ่มอายุแต่อาจแตกต่างกันที่แรงจูงใจในการทำร้ายตนเอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับพัฒนาการทางด้านจิตใจ¹⁰ ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเคยมีการฆ่าตัวตายสำเร็จจะมีโอกาสพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าบุคคลทั่วไป¹¹ และพบว่าญาติลำดับแรก

ของผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายจะมีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าประชากรทั่วไปถึง 2.80 เท่า¹²

การประเมินปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของการฆ่าตัวตาย โดย New Zealand Guidelines Group (NZGG, 2003)¹³ ได้แบ่งการประเมินปัจจัยเสี่ยงออกเป็น 4 กลุ่ม (4 P's) ได้แก่ 1) ปัจจัยโน้มเอียง (Predisposing factors) เช่น โรคทางจิตเวช สถานะยากจน การศึกษาน้อย มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายที่รุนแรง การถูกกระทำทารุณในวัยเด็กครอบครัวแตกแยกในวัยเด็ก 2) ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) เช่น การตายของคนรักโดยไม่ได้นึกคิดมาก่อน การหย่าร้างภาวะตกงาน สัมพันธภาพแตกแยก ปัญหาความคิดการใช้สารเสพติดที่เพิ่มมากขึ้น มีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตที่สำคัญ 3) ปัจจัยทำให้ความเสี่ยงคงอยู่ (Perpetuating factors) เช่น ความกดดันครั้งใหญ่ในชีวิต มุมมองทางลบต่อเหตุการณ์ในชีวิต โรคทางจิตเวช การติดสารเสพติด การที่ยังมีความตั้งใจฆ่าตัวตาย ความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง และ 4) ปัจจัยปกป้อง (Protective factors) เช่น รู้สึกโล่งอกที่ไม่เสียชีวิต ความศรัทธาในศาสนา ครอบครัว ความเชื่อมั่นในตัวเอง ความรู้สึกดีต่อตนเอง และการที่มีคนสนิทใกล้ชิด นอกจากนี้ยังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของการฆ่าตัวตายอีก เช่น การศึกษาของอนุพงศ์ คำมา¹⁴ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ: กรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ในรูปแบบ Case control study โดยการเปรียบเทียบระหว่าง

กลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 110 ราย กับกลุ่มพยายามฆ่าตัวตายจำนวน 220 ราย ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จได้แก่ 1) เพศ โดยที่เพศชายจะฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิงถึง 2.40 เท่า 2) การมีโรคประจำตัว เช่น อัมพาต โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็งในทุกอวัยวะ โรคตับเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง พิกการ ปวดศีรษะเรื้อรัง และการที่มีอาการปวดข้อปวดเข่าปวดหลังเรื้อรัง 3) โรคทางจิตเวช เช่น ปัญหาติดแอลกอฮอล์ ภาวะซึมเศร้า และปัญหาหาเสพติด 4) การมีปัญหาเศรษฐกิจ เช่น การสูญเสียทรัพย์สิน ประสบภัย เสียพินัน ปัญหาค้าขายขาดทุนล้มละลาย ปัญหายากจน ขัดสน 5) การมีปัญหความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด เช่น ต้องการการเอาใจใส่ตามใจร้องขอแล้วไม่ได้รับการตอบสนอง ความผิดหวังในความรัก หึงหวง และ 6) การมีปัญหาคดีหนี้ความผิดที่ตนเองก่อ ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวนี้สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจะมีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้มากกว่ากลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตาย

กรมสุขภาพจิตได้คำนวณความสูญเสียอันเนื่องมาจากการทำร้ายตนเองแต่ไม่เสียชีวิตพบว่า ส่วนใหญ่แล้วร้อยละ 98.00 จะถูกนำส่งโรงพยาบาล⁴ และหากคำนวณเป็นต้นทุนค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในประเภทอุบัติเหตุและฉุกเฉินแล้วจะพบว่ามีต้นทุนเฉลี่ยต่อรายคิดเป็นมูลค่า 2,028 – 5,335 บาท ดังนั้นเมื่อมีผู้ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิตถูกส่งต่อมารับบริการที่โรงพยาบาลประมาณ 20,000 รายต่อปี จึงคิดเป็นต้นทุนต่อระบบบริการเท่ากับ 41-107 ล้านบาทต่อปี ทั้งนี้ไม่ได้นับต้นทุนที่แต่ละครอบครัวต้องแบกรับ

ภาระเมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการทำร้ายตนเอง แต่ถ้าวาดคำนวณความสูญเสียจากการเสียชีวิต อันเนื่องมาจากการฆ่าตัวตาย แยกออกมาเฉพาะ ในเพศชายแล้วพบว่า ในปี พ.ศ.2542 มีมูลค่าของความสูญเสียเท่ากับ 147,988 Disability-Adjusted Life Year หรือคิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจ ได้อย่างน้อย 5,500 ล้านบาทต่อปี⁴ อัตราส่วน เพศชายต่อเพศหญิงของผู้ที่เสียชีวิต คือ ประมาณ 3 ต่อ 1 และเมื่อจำแนกตามอายุจะเห็นว่าอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดนั้นจะเกิดขึ้นในช่วงวัยหนุ่มสาว ซึ่งจะเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญในการพัฒนา ประเทศในอนาคต โดยในช่วงปี พ.ศ. 2535–2539 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดในช่วงอายุ 20-24 ปี ช่วงปี พ.ศ. 2540-2545 พบอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดในช่วง 25-29 ปี และเมื่อพิจารณา อัตราการฆ่าตัวตายโดยรวมจากปี พ.ศ. 2544-2553 แล้ว พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายโดยรวมเท่ากับ 8.20, 7.70, 7.10, 6.90, 6.30, 5.80, 5.96, 5.98, 5.97 และ 5.90 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ¹⁵

ในปีงบประมาณ 2554-2556 จากข้อมูลของเขตบริการสุขภาพที่ 7 พบว่า มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อ 1 แสนประชากร แยกตามจังหวัด ที่อยู่อาศัยเรียงตามปี โดยในจังหวัดขอนแก่น พบว่า มีอัตราการฆ่าตัวตาย คือ 3.45, 3.56, 3.04 และ 6.81 จังหวัดมหาสารคาม คือ 3.08, 4.28, 5.04 และ 5.72 จังหวัดร้อยเอ็ด คือ 3.86, 3.20, 2.60 และ 4.82 และจังหวัดกาฬสินธุ์ คือ 3.08, 5.69, 5.30 และ 6.19 ตามลำดับ ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าอัตราการฆ่าตัวตายนั้น มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก

จากนโยบายของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขที่ได้ให้ความสำคัญกับปัญหาดังที่กล่าวมา โดยตลอด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้พิจารณาถึงการบริการทางสุขภาพจิตและจิตเวช (mental health GAP) พบว่ามีบางอำเภอในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยปกป้องในผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และญาติผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ในเขตสุขภาพที่ 7 ทั้งนี้ เพื่อนำข้อมูลพื้นฐานที่ได้มาใช้ในการวางแผน แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบและกำหนดนโยบายในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างเป็นรูปธรรม ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซึ่งอาศัยอยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 (ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์)

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ในรูปแบบ case control study โดยใช้แบบสำรวจและวิธีการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว (face-to-face interview)

ลักษณะประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายและประชาชนทั่วไปในช่วงระยะเวลา ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 1 เมษายน 2559 โดยที่ผู้วิจัยลงเก็บข้อมูลในชุมชนจากผู้ที่อยู่อาศัยอยู่

ในเขตบริการสุขภาพที่ 7

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย (case) และประชาชนทั่วไป (control) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย (case) ดำเนินการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจาก 4 จังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 7 จังหวัดละ 2 อำเภอที่มีความชุกของการฆ่าตัวตายสูงสุด (ประมาณ 200 คน โดยประมาณการจากสถิติ ผู้พยายามฆ่าตัวตาย 8 อำเภอ จาก 4 จังหวัด ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดในปีงบประมาณ 2556) และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุอยู่ในช่วง 20 – 59 ปี
2. พุดคุยสื่อสารกับผู้วิจัยรู้เรื่อง ไม่เป็นใบ้หรือหูหนวก
3. ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสำรวจและสัมภาษณ์

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้

1. มีประวัติการเจ็บป่วยทางสมองหรือปัญญาอ่อน
2. มีอาการทางจิตระยะกำเริบรุนแรง
3. มีภาวะเมาสุราหรือสารเสพติด

2) ประชาชนทั่วไป (control) ดำเนินการสุ่มจากแฟ้มประวัติครอบครัว (family folder) เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเดียวกันกับผู้พยายามฆ่าตัวตายในสัดส่วนจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายต่อประชาชนทั่วไป คือ 1:3 ($200 \times 3 = 600$ คน) โดยประชาชนที่เป็นกลุ่มควบคุมต้องเป็นเพศเดียวกับ

ผู้พยายามฆ่าตัวตาย และมีอายุอยู่ในช่วงเดียวกัน (มากกว่าหรือน้อยกว่าไม่เกิน 5 ปี) ในกรณีที่สุ่มจาก family folder แล้วพบว่าไม่มีผู้ที่มีเพศ และอายุอยู่ในช่วงเดียวกับผู้พยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 1 คน จะสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากหมายเลขอีกครั้งหนึ่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ประวัติโรคประจำตัวทั้งโรคทางกายและโรคทางจิตเวช ปัญหาการใช้สารเสพติดหรือสุรา และเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่กระตุ้นให้ฆ่าตัวตาย เป็นต้น

2) แบบสัมภาษณ์ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องการฆ่าตัวตาย ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัยจากแบบสอบถามโรคการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต (2551) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ศึกษาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยส่งแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน (จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และนักจิตวิทยา) และคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.93 (Davis, 1992) ผลการศึกษาค่าความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 30 คน (ไม่ใช่กลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ 0.88 แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 38 ข้อ เป็นคำถามแบบปลายปิดให้แบบเลือกตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ถ้าตอบใช่ = 1 คะแนน ไม่ใช่ = 0 คะแนน และให้เติมข้อความเป็นอย่างอื่น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการดังนี้

1) ประสานงานการเก็บข้อมูลวิจัย และจัดประชุมร่วมกับผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 4 จังหวัด โดยการแจ้งถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการศึกษาวิจัยกับผู้ที่เกี่ยวข้อง

2) ประชุมชี้แจงการเก็บข้อมูลวิจัยและจัดประชุมร่วมกับผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในพื้นที่ที่เก็บข้อมูล (เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) และประสาน วัน เวลา สถานที่ ในการเก็บข้อมูล พิจารณาข้อเสนอแนะ และจัดทำคู่มือการเก็บข้อมูลวิจัยภาคสนาม

3) คณะผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงผู้เก็บข้อมูลวิจัยภาคสนาม ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยทำความเข้าใจวิธีการเก็บข้อมูล และทดลองใช้แบบสัมภาษณ์โดยสลับคู่กันตอบคำถาม อภิปรายซักถามกรณีมีข้อสงสัยหรือปัญหาอุปสรรค และแก้ไขปัญหาร่วมกัน แจกคู่มือการเก็บข้อมูลวิจัยภาคสนามแก่ผู้เก็บข้อมูลวิจัยคนละ 1 เล่ม

4) ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยที่สถานที่ที่กำหนด ในเขตจังหวัดขอนแก่น ภาพสัณฐานมหาสารคาม และร้อยเอ็ด โดยอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคน (ผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย) จะได้รับคำชี้แจงรายละเอียดของการเข้าร่วมโครงการ การได้รับคำตอบแทน ตลอดจนการขอออกจากการศึกษาเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ซึ่งระยะเวลาในการเก็บข้อมูลของการวิจัยในครั้งนี้ คือ ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนเมษายน 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

นำข้อมูลที่ได้รับทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลวันต่อวัน เพื่อป้องกันการสูญเสียของข้อมูล จากนั้นแปลงคำตอบที่ได้รับจากแบบสอบถามเป็นรหัสคอมพิวเตอร์ เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรม Stata version 10 การวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การศึกษาปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยปกป้องที่มีต่อการฆ่าตัวตายของผู้พยายามฆ่าตัวตายเปรียบเทียบกับประชาชนทั่วไปใช้สถิติ odds ratio, Chi-square (χ^2) และ logistic regression โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เลขที่ 005/59 ลงวันที่ 10 มิ.ย.2559

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรที่ศึกษาและกลุ่มควบคุมพบว่า ในกลุ่มผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายจะเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง อยู่ในช่วงอายุน้อยกว่า 29 ปี สถานภาพคู่และอยู่ด้วยกัน มีรายได้ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทต่อปี เช่นเดียวกันทั้งสองกลุ่ม และข้อมูลในส่วนของระดับการศึกษาของกลุ่มประชากรที่ศึกษาพบว่าผู้มีการพยายาม

ฆ่าตัวตายสูงสุดนั้นจะมีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถม ที่มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย
ศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุม ปวช.ปวส. และ อนุปริญญา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มประชากรที่ศึกษาและกลุ่มควบคุม (N=356) (Case = 89
Control = 267)

ข้อมูลทั่วไป	case จำนวน (ร้อยละ)	control จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ			
ชาย	48 (53.90)	142 (53.20)	
หญิง	41 (46.10)	125(46.80)	
อายุ			
<29 ปี	34 (38.20)	100 (37.50)	0.03*
30-39 ปี	23 (25.80)	81 (30.30)	
40-49 ปี	16 (18.00)	40 (15.00)	
50 ปีขึ้นไป	16 (18.00)	46 (17.20)	
ค่าเฉลี่ย (SD)	35.4 (12.10)	35.6 (11.80)	
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด, สูงสุด)	35.0 (18.00-59.00)	34.0 (20.00-62.00)	
ระดับการศึกษา			0.03*
ประถมศึกษา	37 (41.60)	82 (30.70)	
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	18 (20.20)	51 (19.10)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย, ปวช.,ปวส., อนุปริญญา ฝึกหัดครู	29 (32.60)	98 (36.70)	
ปริญญาตรี/สูงกว่า	5 (5.60)	36 (13.50)	
สถานภาพสมรส			<0.01*
โสด	26 (29.20)	87 (32.70)	
คู่อยู่ด้วยกัน	40 (44.90)	159 (59.80)	
คู่แยกกันอยู่	8 (9.00)	6 (2.30)	
หย่า/ร้าง/หม้าย	15 (16.90)	15(5.60)	
ปัจจุบันท่านมีรายได้			0.04*
≤ 5,000 บาท	55 (61.80)	114 (42.70)	
5,001-10,000 บาท	23 (25.84)	105 (39.33)	
10,001-20,000 บาท	8 (8.99)	36 (13.48)	
≥20,001บาท	3 (3.37)	12 (4.49)	

*P<0.05

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุดคือ ประเด็นความสัมพันธ์ในครอบครัวหรือกับเพื่อนบ้าน (ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา) มีความขัดแย้งเกิดขึ้นนานๆ ครั้ง คือ 1-3

วัน/เดือน) ไม่เคยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิก ในวัยเด็กเคยถูกทำร้ายร่างกายรุนแรงจากพ่อแม่หรือคนเลี้ยงดู และการมีสถานภาพสมรส หย่า/ร้าง/หม้าย ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย (N=356)

ปัจจัย	Crude odds ratio	95%CI	Adjusted odds ratio	95%CI
ข้อมูลทั่วไป				
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	4.54	1.48 - 13.92	4.77	0.18 - 124.78
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	2.89	0.92 - 9.07	12.41	0.33 - 460.22
มัธยมศึกษาตอนปลาย, ปวช., ปวส., อนุปริญญา, ฝึกหัดครู	2.31	0.81 - 6.56	11.44	0.40 - 324.86
สถานภาพสมรส				
โสด	1.07	0.52 - 2.21	1.81	0.28 - 11.46
คู่ แยกกันอยู่	8.50	2.10 - 34.41	1.11	0.03, 38.64
หย่า/ร้าง/หม้าย	4.41	1.95 - 10.13	19.47*	1.04, 364.33
อาชีพ				
รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน	1.66	0.83 - 3.33	6.98	0.84, 58.16
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	0.26	0.02 - 2.71	0.05	<0.001 - >999
ค้าขาย/กิจการส่วนบุคคล	0.81	0.30 - 2.22	2.00	0.10 - 39.13
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/พนักงาน ของรัฐ/ลูกจ้างประจำ	0.11	0.02 - 0.60	0.86	0.02, 30.43
นักศึกษา/นักเรียน	0.52	0.12 - 2.21	0.01	<0.001 - 10.32
อื่นๆ	2.48	0.94 - 6.53	1.73	0.10 - 29.51
ปัจจุบันท่านมีรายได้				
5,001-10,000 บาท	0.41	0.21 - 0.80	0.12	0.02 - 0.77
10,001-20,000 บาท	0.51	0.21 - 1.23	0.11	0.01 - 1.63
≥20,001 บาท	0.47	0.12 - 1.89	0.17	0.004 - 6.48
รายได้โดยรวมของครอบครัวไม่พอใช้	1.89	1.08 - 3.29	1.98	0.27 - 14.52

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย (N=356) (ต่อ)

ปัจจัย	Crude odds ratio	95%CI	Adjusted odds ratio	95%CI
ครอบครัวยานไม่มีเงินสะสมหรือเงินฝากธนาคาร หรือไม่	2.56	1.49 - 4.41	0.77	0.20 - 2.87
ปัจจัยกระตุ้น				
ในวัยเด็กท่านเคยถูกทำร้ายร่างกายรุนแรงจากพ่อแม่ หรือคนเลี้ยงดูคุณ	11.25	3.73 - 33.90	30.55*	1.47 - 633.83
เคยถูกทำร้ายร่างกายรุนแรงจากคู่สมรส (สามี/ภรรยา)	3.96	1.69 - 9.27	0.99	0.07 - 13.22
เคยถูกล่วงละเมิดทางเพศ เช่น มีการสัมผัสแต่ต้องโดยไม่เหมาะสม หรือโดยที่คุณไม่ยินยอม	6.00	0.54 - 66.17	4.19	0.03 - 501.68
มีโรคประจำตัว / โรคเรื้อรัง	1.57	0.93 - 2.65	0.28	0.05 - 1.59
ไม่เคยไปรับการรักษาทันทีโรงพยาบาลหรือคลินิก	3.84	1.08 - 13.59	32.05*	0.58 - 1756.43
ปัจจัยโน้มเอียง				
ครอบครัวยาน มีหนี้สิน	0.34	0.19 - 0.59	0.17	0.03 - 1.18
มีญาติ/พี่น้องที่ถ่ายทอดถ่ายทอดทางสายเลือดเดียวกันกับท่านป่วยเป็น (ทั้งโรคทางกายและทางจิตเวช)	0.78	0.49 - 1.25	2.35	0.56 - 9.86
ประสบการณ์ของครอบครัวของท่านในวัยเด็ก				
รักใคร่ผูกพันกันดี	0.29	0.16 - 0.51	0.75	0.02 - 28.84
พ่อแม่แยกทางกัน	1.40	0.64 - 3.09	0.19	0.003 - 13.08
พ่อแม่ทะเลาะกันรุนแรงบ่อยครั้ง	5.50	2.03 - 14.87	1.84	0.02 - 28.84
ไม่ได้รับการเลี้ยงดูจากพ่อแม่	3.60	1.74 - 7.45	4.73	0.26 - 86.30
ในครอบครัวยาน (ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด) เคยพยายามฆ่าตัวตาย	1.92	0.42 - 8.82	2.29	0.05 - 112.26
ในอดีตที่ผ่านมา ในครอบครัวยาน (ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด) เคยฆ่าตัวตายสำเร็จ	0.97	0.30 - 3.16	0.35	0.01 - 9.31

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย (N=356) (ต่อ)

ปัจจัย	Crude odds ratio	95%CI	Adjusted odds ratio	95%CI
ความสัมพันธ์ในครอบครัวท่าน หรือกับเพื่อนบ้านในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ขัดแย้งนาน ๆ ครั้ง (1-3 วัน/เดือน)	12.98	5.73 - 29.42	44.68*	2.79 - 714.48
ปัจจัยคุ้มครองหรือปัจจัยปกป้อง				
ท่านไม่มีสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจ ที่ทำให้จิตใจมั่นคงในการดำรงชีวิต	1.23	0.64 - 2.36	0.22	0.02 - 2.54
ท่านไม่เคยประสบความยุ่งยาก ทุกซี้ใจ และไม่มีสิ่งยึดเหนี่ยวความสุข ในชีวิตช่วยให้ท่านผ่านไปได้	0.39	0.16 - 0.94	0.08	0.004 - 1.51
เมื่อท่านมีเรื่องทุกซี้ใจ ไม่สบายใจ มีบุคคลหรือหน่วยงานใดๆ คอย ช่วยเหลือท่าน	0.76	0.45 - 1.30	0.40	0.07 - 2.10
ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาท่านไม่ได้เป็น สมาชิกของกลุ่ม ชมรม หรือสมาคม ที่นอกเหนือจากงานประจำ หรือ อาชีพ ประจำ	2.36	1.18 - 4.73	1.02	0.21 - 4.90
ทักษะการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม	0.03	0.01 - 0.09	0.01*	<0.001 - 0.19

*P<0.05

จากการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุด้วยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุโลจิสติกพบว่าปัจจัยที่มีแนวโน้มเกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายสูง ได้แก่ การมีสถานภาพสมรสที่เป็นแบบหย่า/ร้าง/หม้าย ในวัยเด็กเคยถูกทำร้ายร่างกายรุนแรงจากพ่อแม่หรือคนเลี้ยงดู และการมีความสัมพันธ์ในครอบครัวหรือกับเพื่อนบ้านในช่วง 3 เดือน

ที่ผ่านมาขัดแย้งกัน มีแนวโน้มเกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายสูง สำหรับปัจจัยปกป้อง ได้แก่ การมีทักษะการแก้ไขปัญหา และเมื่อมีเรื่องทุกซี้ใจ ไม่สบายใจ มีบุคคลหรือหน่วยงานใดๆ คอยช่วยเหลือ มีแนวโน้มเกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายในระดับที่ต่ำ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายโดยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุโลจิสติก (N=356)

ปัจจัย	Odds Ratio	Std. Err.	Z	P	95% Conf. Interval
สถานภาพโสด	0.91	0.82	-0.11	0.91	0.15 - 5.32
สถานภาพคู่แยกกันอยู่	1.58	2.10	0.34	0.73	0.11 - 21.65
สถานภาพหย่า/ร้าง/หม้าย	7.77	7.47	2.13	0.03**	1.18 - 51.22
อาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน	3.27	2.20	1.76	0.07	0.87 - 12.25
อาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้าน	0.082	0.36	-0.56	0.57	0.00 - 502.05
อาชีพค้าขาย/กิจการส่วนบุคคล	1.65	1.71	0.49	0.62	0.22 - 12.60
อาชีพข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ พนักงานของรัฐ/ลูกจ้างประจำ	0.38	0.57	-0.63	0.52	0.02 - 7.36
อาชีพนักศึกษา/นักเรียน	0.09	0.25	-0.91	0.36	0.00 - 15.54
อาชีพอื่น ๆ	0.97	1.11	-0.02	0.98	0.10 - 9.15
รายได้ 5,001-10,000 บาท	0.19	0.13	-2.37	0.02	0.05 - 0.75
รายได้ 10,001-20,000 บาท	0.20	0.18	-1.82	0.07	0.03 - 1.13
รายได้ $\geq 20,001$ บาท	0.18	0.26	-1.18	0.24	0.01 - 3.13
ในวัยเด็กเคยถูกทำร้ายร่างกายรุนแรง จากพ่อแม่ หรือคนเลี้ยงดูคุณ	11.44	11.22	2.49	0.01**	1.67 - 78.17
มีโรคประจำตัว/โรคร้ายแรง	0.38	0.24	-1.52	0.13	0.10 - 1.33
ครอบครัว มีหนี้สิน	0.34	0.20	-1.77	0.07	0.10 - 1.12
ประสบการณ์ของครอบครัวในวัยเด็ก ไม่ได้รับการเลี้ยงดูจากพ่อ แม่	3.88	3.54	1.49	0.13	0.65 - 23.18
ความสัมพันธ์ในครอบครัวท่าน หรือ กับเพื่อนบ้านในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ขัดแย้งนาน ๆ ครั้ง (1-3 วัน/เดือน)	19.14	15.84	3.57	0.01**	3.78 - 96.94
เมื่อมีเรื่องทุกข์ใจ ไม่สบายใจ มีบุคคล หรือหน่วยงานใด ๆ คอยช่วยเหลือ	0.04	0.05	-2.55	0.01**	0.00 - 0.48
มีทักษะการแก้ไขปัญหา	0.02	0.02	-3.82	0.01**	0.00 - 0.16

*P<0.05

วิจารณ์

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของผู้พยายามฆ่าตัวตายในเขตบริการสุขภาพที่ 7 เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ในรูปแบบ case control study โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว (face-to-face interview) ซึ่งผลการวิจัย พบว่าปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของผู้พยายามฆ่าตัวตายในเขตบริการสุขภาพที่ 7 มีดังนี้ คือ

สถานภาพการสมรสจากการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสหย่า/ร้าง/หม้าย ผู้ที่หย่าร้าง แยกทางหรือหม้าย มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้น เป็นไปตามแนวคิดของ อีมีล เดอร์ไคม์ (Emile Durkheim) ซึ่งเป็นลักษณะของการฆ่าตัวตาย แบบอีโกอิสติก (Egoistic suicide) อันเป็นภาวะที่บุคคลขาดการยึดเหนี่ยวกับกลุ่ม รู้สึกอ้างว้าง เปล่าเปลี่ยว มีการรวมตัวกับกลุ่มต่ำ ทำให้บุคคล ไปยึดตัวเองเป็นหลัก ไม่มีความผูกพันหรือต้องคิดถึงใคร เวลาเกิดอะไรขึ้นจึงโทษตัวเอง ดังนั้นการที่เกิดการหย่าร้าง แต่ละฝ่ายต้องอยู่เพียงลำพัง รวมทั้งการได้รับแรงกดดันจากสังคมล้วนเป็นปัจจัย ผลักดันให้เกิดการฆ่าตัวตายสูงขึ้น สอดคล้องกับ ผลงานวิจัยของต่างประเทศ เช่น ประเทศนอร์เวย์ ที่พบเช่นเดียวกันว่า การหย่าร้างสามารถทำนายการ ฆ่าตัวตายได้^{19,20,21,22}

การมีประวัติเคยถูกทำร้ายร่างกาย/ทารุณกรรมทางเพศจากการศึกษาพบว่า การที่มีประวัติ เคยถูกทำร้ายร่างกายรุนแรงจากพ่อแม่หรือคนเลี้ยงดู ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่พยายาม ฆ่าตัวตาย ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับ การศึกษาของ Dube et al²³ ที่พบว่า ร้อยละ 3.80

ของคนที่มียุติเคยถูกทำร้ายร่างกาย/ทารุณกรรม ทางเพศในวัยรุ่นอย่างน้อย 1 ครั้ง จะมีพฤติกรรม พยายามการฆ่าตัวตาย 2-5 ครั้งอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.001$)

ปัจจัยด้านครอบครัวปัจจัยเสี่ยงด้าน ครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่ยกยวามฆ่าตัวตาย คือประเด็นของความสัมพันธ์ในครอบครัวหรือ กับเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีความขัดแย้งในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งผลการวิจัยนี้ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Greydanus²⁴ ที่พบว่าปัจจัยเกี่ยวกับครอบครัวที่เป็นประเด็น อันก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้แก่ ครอบครัวที่พ่อแม่มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น มีการดุด่า การลงโทษทางกายอย่างรุนแรง การควบคุมลูกมากเกินไป ทำความคาดหวังของ พ่อแม่ไม่สำเร็จ และการมีสัมพันธภาพที่ไม่ดี หรือขัดแย้งกัน จากการสัมภาษณ์ผู้พยายาม ฆ่าตัวตายพบว่า สาเหตุหลักของการฆ่าตัวตายคือ ปัญหาครอบครัว²⁵ โดยการมีปัญหาด้านความสัมพันธ์ กับคนอื่นและครอบครัว²⁶ ไม่ว่าจะเป็นการขัดแย้ง กับญาติหรือคู่สมรส⁵ หรือ บางรายน้อยใจคนใกล้ชิด ที่ดุด่า²⁷ในทางตรงกันข้าม ถ้าครอบครัวมีสัมพันธภาพ ที่ดีมีความผูกพันกัน ก็จะช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายได้²⁸

ปัจจัยปกป้องจากการศึกษาพบว่าทักษะ การแก้ปัญหาช่วยป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ของผู้ที่ได้พยายามฆ่าตัวตาย และเมื่อมีเรื่องทุกข์ ใจ ไม่สบายใจ มีบุคคลหรือหน่วยงานใดๆ คอย ช่วยเหลือให้คำปรึกษาหรือแนะนำการปรับตัว การมีความคิดเชิงบวก การควบคุมตนเอง เป็นต้น ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ Donald²⁹

ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการแก้ปัญหาทำให้บุคคลเผชิญความเครียดที่ต้องใช้องค์ประกอบของการควบคุมตนเอง รวมถึงการรับรู้ความสามารถตนเองทักษะการปรับตัวทางสังคมความคิดในอนาคตที่เป็นเชิงบวก

สรุป

ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของผู้พยายามฆ่าตัวตายในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ได้แก่ มีสถานภาพสมรสหย่า/ร้าง/หม้ายในวัยเด็ก เคยถูกทำร้ายร่างกายรุนแรงจากพ่อแม่หรือคนเลี้ยงดู การมีประเด็นขัดแย้งเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัวหรือกับเพื่อนบ้านในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มีแนวโน้มเกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายสูง ในทางตรงกันข้ามการที่บุคคลมีทักษะการแก้ไขปัญหาก็เหมาะสมและเมื่อมีเรื่องทุกข์ใจ ไม่สบายใจ ก็มีบุคคลหรือหน่วยงานต่างๆ คอยช่วยเหลือ นับว่าเป็นปัจจัยปกป้องที่ทำให้บุคคลมีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง ซึ่งบุคลากรทางด้านสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริมให้มีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้ ควรนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นข้อมูลในวางแผนป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้เบื้องต้น แต่ควรนำไปพัฒนาผสมผสานให้เหมาะสมต่อการจัดบริการที่มีผลต่อการป้องกันผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยคำนึงถึงความแตกต่างของบริบทในแต่ละพื้นที่ ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ

ต่อการเฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยนำมาพิจารณาร่วมกับปัจจัยเสี่ยง นอกจากนี้ยังควรต้องเฝ้าระวังอย่างสูงในผู้ที่เคยมีประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อน และมีปัญหาทางจิต ปัจจัยด้านครอบครัว เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความสำคัญมากต่อการวางแผนป้องกันการฆ่าตัวตายในครอบครัวแตกแยก หรือมีการทะเลาะเบาะแว้งขาดความผูกพันกันระหว่างพ่อแม่และเด็ก หรือในครอบครัวที่มีสมาชิกเคยฆ่าตัวตายมาก่อน ควรส่งเสริมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมปัจจัยปกป้อง ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย สำหรับปัจจัยคุ้มครองหรือปัจจัยปกป้อง พบว่าทักษะการแก้ไขปัญหาและเมื่อมีเรื่องทุกข์ใจ ไม่สบายใจ มีบุคคลหรือหน่วยงานใดๆ คอยช่วยเหลือ ช่วยป้องกันพฤติกรรม การฆ่าตัวตายของผู้ที่ได้พยายามฆ่าตัวตายได้ โดยการจัดโครงการเพื่อส่งเสริม เช่น การสร้างความเข้มแข็งในชีวิต ทักษะการแก้ปัญหา การส่งเสริมให้มีการสนับสนุนทางสังคม ครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

รายงานการวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของผู้พยายามฆ่าตัวตายในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกต่างๆ และเป็นกำลังใจในการจัดทำรายงาน

เอกสารอ้างอิง (References)

1. WorldHealth Organization Preventing suicide : a resource for general physicians. Department of Mental Health. Geneva: World Health Organization;2000.
2. มาโนช หล่อตระกูล. การฆ่าตัวตาย : การรักษาและป้องกัน. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์เอนเทอร์ไพรซ์; 2553.
3. Hawton, K., Van Heeringen, K. Suicide. The Lancet, 2009, 373, 1372-1381.
4. อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, สุพิน พิมพ์เสน, ปัตพงษ์เกษมบูรณ์, และนุศราพรเกษมบูรณ์. รายงานผลการศึกษาเรื่องระบาดวิทยาของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. 2545. ขอนแก่น: คอมฟอร์ม (ขอนแก่น) จำกัด; 2546.
5. อภิชัย มงคล และคณะ. รายงานการประเมินผลเรื่อง โครงการป้องกันช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2552. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2553.
6. หวาน ศรีเรือนทองและคณะ. ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของคนไทย:การสำรวจระดับชาติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554; 56(4): 413-424.
7. กรมสุขภาพจิต. ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช.นนทบุรี. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต, 2548.
8. Varcarolis, E.M. Foundation of psychiatric mental health nursing. A clinical approach. Philadelphia saunders, 2002.
9. Shives RL. Basic concept of psychiatric-mental health nursing. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins; 2005.
10. Valfre, M. M. Foundations of mental health care (3th ed.) Philadelphia: Mosby.2005.
11. Stuart ,W.G., &Laraia, L.M. Principle and practice of psychiatric nursing (8th ed). St.Louis: Mossby, 2005.
12. Boyd, A. M. Psychiatric nursing contempolary practice (2nd ed.). Philadelphia : Lippincott Williums& Wilkins. 2005.
13. New Zealand Guidelines Group (NZGG) and Ministry of Health. 2003. BEST PRACTICEEVIDENCE-BASEDGUIDELINE THE ASSESSMENT ANDMANAGEMENT OFPEOPLE AT RISKOF SUICIDE.Review Date: 2008 from https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/suicide_guideline.pdf
14. อนุพงศ์ คำมา.ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ : กรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556 ; 58 (1) : 3-6.
15. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2554. กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี. 2554.
16. สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.; 2545.

17. ศุภรัตน์ เอกอัศวิน. การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในวัยรุ่นที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2547; 12(1): 40-49.
18. พรศิลป์ อุปนันท์. ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตายของผู้รับบริการในโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย. วารสารสวนปรุง 2552; 25(2): 27-37.
19. สมภพ เรื่องตระกูล. การฆ่าตัวตาย : การประเมินและการรักษา. พิมพ์ครั้งที่ 1. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 2551.
20. Lester, D. Domestic integration and the Taiwanese homicide and suicide rate. Chinese Journal of Mental Health, 1995, 8(3), 21-25.
21. Mastekaasa, A. 'Marital status and subjective well-being: A changing relationship', Social Indicators Research. 1993, (29), 249-276.
22. Stack, S. The Impact of Divorce on Suicide in Norway, 1951-1980. Journal of Marriage and Family 1989, 51 (1), 229-238.
23. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, Hawton, K., Van Heeringen, K. Suicide. The Lancet, 2009, 373, 1372-1381.
24. Greydanus DE, Bacopoulou F, Tsalamani E. Suicide in adolescents: a worldwide-preventable tragedy. Keio J Med 2009; 58: 95-102.
25. วิภาพร เสดะจันทร์. ระบาดวิทยาการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายของประชาชนจังหวัดบุรีรัมย์. วารสารโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา ราชนครินทร์ 2553 ; 11(ตุลาคม 2553 – กันยายน 2554) : 51-59
26. วินิทรานวาลลอ. ความชุกโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองที่มาตรวจรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. 2550; 52(1), 19-28.
27. ชชาติชัย มหาเจริญศิริ. การศึกษาผู้ป่วยฆ่าตัวตายที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลโคกสำโรง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2551, 2(1), 816-822.
28. ศักดา ขำคม. แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ที่ไม่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำอีก: กรณีศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศาสตร์: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
29. Donald, M., Dower, J., Correa-Velez, I., & Jones, M. (2006). Risk and protective factors for medically serious suicide attempts: a comparison of hospital-based with population-based samples of young adults. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40(1), 87-96.

ประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีความผิดปกติทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม

อชรา ภาขา, พย.บ.

สุบิน สมิน้อย, ศษ.ม.

วิภาดา คณະไชย, พย.บ.

สาคร บุบผาเฮ้า, พย.บ.

รัชชะภา ธารจันทร์, พย.บ.

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม

วัสดุและวิธีการ: เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนด คัดเลือกแบบสุ่ม กลุ่มทดลองจำนวน 20 คน ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน ดำเนินกิจกรรมทุก 1 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้งๆ ละ 60-90 นาทีและกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน ได้รับบริการปรึกษาและบำบัดทางจิตสังคมตามปกติ เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมินพลังอำนาจและแบบประเมินการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA)

ผล: พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจและคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการปรึกษาและบำบัดทางจิตสังคมตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจแห่งตนลดลง คิดเป็นร้อยละ 1.00 และ 9.30 ตามลำดับ ส่วนแนวโน้มคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 3.50 และ 6.50 ตามลำดับ

สรุป: โปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถเพิ่มพลังอำนาจและความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นได้ ทีมสุขภาพสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเป็นระยะๆ และต่อเนื่องให้เกิดความมั่นใจและมีกำลังใจในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: กลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มโรคสมองเสื่อม

The effectiveness of group empowerment program on caregivers of the elderly with dementia.

Achara Luecha, B.N.S.

Subin sminoy, M.Ed.

Vipada Kanachai, B.N.S.

Sakorn Buphahou, B.N.S.

Ratchada Tarachun, B.N.S.

khon kaen rajanagarindra psychiatric hospital

Abstract

Objective: To study the effectiveness of an empowerment program on caregivers of the elderly with dementia.

Materials and method: A quasi-experimental research with repeated measures design was conducted using a randomized sample of caregivers of the elderly with dementia. In the experimental group, 20 people received 4-sessions empowerment program with activities occurring once a week for 4 weeks, each session lasting 60-90 minutes. In the control group, 20 people received the usual counseling and psychosocial therapy. Data were collected using a measure of empowerment and an assessment of caring for the elderly. Data were analyzed using descriptive statistics, analysis of covariance and one-way analysis of variance with repeated measures.

Results: The group receiving the empowerment program had higher mean scores of both perceived empowerment and the assessment of caring for the elderly than before the experiment. Both scores were also higher than the counseling and psychosocial therapy group. In a one-month follow-up period, both groups decreased 1.0% and 9.3%, respectively, in their average empowerment scores. The average elderly care practice score increased 3.50% and 6.50%, respectively.

Conclusion: Completing the 4-week program can increase the empowerment and ability to take care of the elderly with dementia. The healthcare team can use the empowerment program as a guide to enhance the capacity of caregivers periodically and continuously, providing confidence and encouragement in caring for the elderly

Key words: Elderly caregivers, Empowerment, Dementia

บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมดประมาณ 65.90 ล้านคนในจำนวนนี้เป็นประชากรผู้สูงอายุประมาณ 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.50 ในขณะที่ประชากรรวมของประเทศไทยกำลังเพิ่มด้วยอัตราที่ช้าลงอย่างมากเพียงร้อยละ 0.40 ต่อปี แต่ประชากรสูงอายุกลับเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่สูง ประมาณร้อยละ 5.00 ต่อปี และประชากรอายุยิ่งสูงยิ่งเพิ่มเร็ว โดยเฉพาะประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มด้วยอัตราสูงมากกว่าร้อยละ 6.00 ต่อปี และในปี พ.ศ.2573 จะมีผู้สูงอายุเพิ่มเป็นมากกว่า 2 เท่าตัว หรืออยู่ที่ร้อยละ 25.00 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งถือว่าเป็น “สังคมผู้สูงอายุ” อย่างเต็มตัว ผู้สูงอายุจำนวนมากที่อาจจัดอยู่ในภาวะเปราะบางอยู่ในภาวะพึ่งพิงประมาณ 4 แสนคน และมีผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมประมาณ 6 แสนคน ในปี 2559 และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในอีก 20 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะเพิ่มเป็น 1.30 ล้านคน และผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะเพิ่มเป็น 1.40 ล้านคน¹ ในขณะที่ประชากรวัยแรงงานที่เกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุนั้นลดลงจากปี พ.ศ.2553 มีประชากรแรงงานโดยเฉลี่ย 6 คนต่อการดูแลผู้สูงอายุ 1 คน และจะลดลงเหลือแค่เพียง 2 คนในปีพ.ศ.2573 ซึ่งจะส่งผลให้คนวัยแรงงานมีภาระที่ต้องเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ประกอบกับสภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจในปัจจุบัน ทำให้คนในครอบครัวมุ่งหาเลี้ยงชีพและแข่งขันทางสังคม จึงเป็นเหตุให้การแยกผู้สูงอายุออกจากครอบครัวมีมากขึ้น ก่อให้

เกิดสภาพการณ์ผู้สูงอายุต้องดำรงชีวิตเพียงลำพัง หรือถูกทอดทิ้งให้อยู่กันตามลำพัง ส่งผลกระทบทางลบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม²

จากสถิติการให้บริการผู้สูงอายุของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ปีงบประมาณ 2556 -2560 มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี คิดเป็นร้อยละ 17.10, 18.30, 19.20, 19.60 และ 20.20 ตามลำดับ ปีงบประมาณ 2559-2560 มีจำนวนผู้สูงอายุในกลุ่มอาการทางจิตจากโรคทางสมอง สูงเป็นอันดับ 2 รองจากโรคจิตกึ่งจิต ทั้งนี้ผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวได้รับการให้การปรึกษาและบำบัดทางจิตสังคมที่ศูนย์จิตประภัสร์ คิดเป็นร้อยละ 26.50 และ 20.80 ตามลำดับ³ และจากการสำรวจปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการทางจิตประสาทจากกลุ่มโรคทางสมอง พบมากที่สุดคือ 1) ด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป พูดคุยสื่อสารไม่รู้เรื่องหรือไม่เข้าใจ ไม่สนใจทำกิจวัตรประจำวันหรือทำอะไรไม่ได้ หลงลืม เดินไปเรื่อยเปื่อยแล้วกลับบ้านไม่ถูก บอกไม่ฟัง คือ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ความคิดไม่สมเหตุสมผล ซึ่งปัญหาดังกล่าวเป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นจากการเสื่อมสภาพของสมอง ที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับความทรงจำ มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ความคิดและบุคลิกภาพ 2) ปัญหาด้านการจัดการ พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุบางรายต้องลาออกจากงานประจำเพื่อมาดูแลผู้ป่วยทำให้ขาดรายได้ ญาติพี่น้องทะเลาะกันเพราะเกี่ยงกันดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องทุ่มเทเวลาสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุตลอดเวลา เพราะเกรงว่าผู้ป่วยจะได้รับอุบัติเหตุ ผู้ดูแลต้องปรับเปลี่ยน

วิธีการดำเนินชีวิตจากเดิม ส่งผลให้เกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 41.56³ บางรายมีความเครียดรุนแรง ซึมเศร้ารุนแรงและมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย เนื่องจากทนรับสภาพการดูแลผู้ป่วยไม่ไหว เพราะเป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุเพียงผู้เดียว ผู้ดูแลผู้สูงอายุบางรายรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุสร้างปัญหาเดือดร้อนให้ลูกหลาน แกล้งป่วยให้ลูกหลานเอาใจ หรือทำให้ลูกหลานอับอายจากพฤติกรรมที่ผิดแปลกไป สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม สังคม เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลลดลง

การดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลและครอบครัวให้มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องภาวะสมองเสื่อม การรักษา และการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม ให้มีความพร้อมในการรับมือกับปัญหาต่างๆ จากอาการของผู้สูงอายุที่มีอาการทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม⁴ ซึ่งก็ปสัน⁵ กล่าวว่าพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคมที่ส่งเสริมให้บุคคลค้นพบปัญหาความต้องการของตนเอง และให้บุคคลจัดการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยใช้ทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองรู้สึกว่าคุณมีความสามารถควบคุมชีวิตตนเองได้ ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นการดัดศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนเองของผู้ดูแล มาใช้ในการแก้ปัญหาและเพิ่มความสามารถในการตัดสินใจในการควบคุมชีวิตของตนเองให้มีพลัง มีความสุข และมีอิสระในการตัดสินใจเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ

ในการดำเนินกิจกรรม ให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและมีกำลังใจในการปฏิบัติภาระการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์

ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม

วัสดุและวิธีการ

เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดก่อนการทดลอง วัดซ้ำหลังสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือนเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ประชากร

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อมที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กลุ่มตัวอย่างและขนาดกลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม ตามเกณฑ์ที่กำหนด คือมีความเกี่ยวพันอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น คู่สมรส พี่ ป้า น้า อา น้อง บุตร หลาน เป็นต้น มีระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุจนถึงปัจจุบัน ไม่ต่ำกว่า 1 ปี มีอายุ 20-59 ปี การรับรู้และสติสัมปชัญญะดี มีความสามารถสื่อสารได้ตามปกติ การได้ยินปกติ สม่ครใจและยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดค่า Effect size = 0.30, α err prob=0.05, Power (1- β err prob=0.95) ได้กลุ่มตัวอย่าง 32 คน ผู้วิจัยจึงปัดเศษเป็น 40 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

โดยการจับสลากแบ่งกลุ่ม คือกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่ครบทุกกิจกรรม หรือออกระหว่างการทดลอง จะถูกตัดออกจากการวิเคราะห์

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Gibson⁵ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม วิธีดำเนินการ และการประเมินผล ได้ค่า CVI = 0.92 ทดลองศึกษากับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อมจำนวน 10 คน เพื่อทดสอบเนื้อหาโปรแกรมและความเหมาะสมก่อนการใช้อย่างจริงจัง แล้วปรับปรุงข้อบกพร่องของโปรแกรมให้เป็นฉบับสมบูรณ์ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการค้นพบสภาพความเป็นจริง 2) ขั้นตอนการสะท้อนความคิดตระหนักในคุณค่าแห่งตน 3) ขั้นตอนการตัดสินใจเลือกและ 4) ขั้นตอนการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยดำเนินกิจกรรมทุก 1 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 เป็นกิจกรรมการสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 1 คือการค้นพบสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีอาการทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม การดูแลที่เหมาะสม และขั้นตอนที่ 2 คือการสะท้อนคิด การพิจารณาความสามารถและตระหนักในคุณค่าของผู้ดูแล โดยการรับรู้วิถีชีวิตของตนเองมีความหมายต่อการดูแลผู้อื่น ใช้เวลา

ประมาณ 60-90 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 2 เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 3 คือการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ การดูแลผู้สูงอายุ โดยการเรียนรู้ร่วมกันกับสมาชิกในกลุ่มใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 3 เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 4 คือการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุ และการรับรู้พลังอำนาจของตน โดยการทบทวนความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ การสร้างแรงจูงใจ การสนับสนุนให้กำลังใจ รวมถึงการบอกเล่าความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะแก่สมาชิกกลุ่มใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 4 เป็นการสรุปบทเรียนจากการร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ การประเมินผลและปิดโครงการ ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ดูแลและระยะเวลาการดูแล จำนวนชั่วโมงที่ดูแลต่อวัน การมีผู้ช่วยดูแล ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และแหล่งสนับสนุนทางสังคม

2. แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ของ วิภา เพ็งเสงี่ยม⁶ ทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อมที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ = 0.95

3. แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ของวิชา เพ็งเสงี่ยมทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อมที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ = 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง ในกรณีที่อ่านหนังสือไม่คล่องพยาบาลที่เก็บข้อมูลเป็นผู้อ่านให้กลุ่มตัวอย่างตอบ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการประเมินการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล และประเมินการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลก่อนการทดลอง หลังได้รับการโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจและระยะติดตาม 1 เดือน ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล และประเมินการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลก่อนการทดลอง หลังได้รับการบริการตามปกติ และระยะติดตาม 1 เดือน

การวิเคราะห์ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจผู้ดูแล และคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองด้วย ANCOVA วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแล และคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการ

ดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เลขที่ 006/2562 ลงวันที่ 16 พฤษภาคม 2562

ผล

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่ครบทุกกิจกรรม จำนวนกลุ่มละ 3 คน จึงตัดออกจากการวิเคราะห์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 อายุระหว่าง 20-39 ปี ร้อยละ 68.40 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 63.20 ระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา ร้อยละ 65.80 อาชีพมีงานทำประจำ ร้อยละ 45.00 ความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเป็นบุตร ร้อยละ 65.80 ระยะเวลาการดูแลระหว่าง 1-2 ปี ร้อยละ 84.20 จำนวนชั่วโมงที่ดูแลใน 1 วัน คือ 1-8 ชั่วโมง ร้อยละ 57.90 รองลงมาคือ 9-16 ชั่วโมง ร้อยละ 28.90 มีผู้ช่วยดูแล ร้อยละ 78.90 ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นเพียงเล็กน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 47.40 รองลงมาคือ ทำได้เองทั้งหมด ร้อยละ 34.20 และมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม ร้อยละ 57.90 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามลักษณะทางประชากรพบว่ามีความคล้ายคลึงกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=17)		กลุ่มควบคุม(n=17)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	7	41.20	7	41.20	1.000 ⁺
หญิง	10	58.80	10	58.80	
อายุ					
20-39 ปี	6	35.30	5	29.40	0.714 ⁺
40-59 ปี	11	64.70	12	70.60	
สถานภาพสมรส					
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	5	29.40	7	41.20	0.473 ⁺
คู่	12	70.60	10	58.80	
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่ามัธยม	14	82.40	10	58.80	0.132 ⁺
อนุปริญญา ขึ้นไป	3	17.60	7	41.20	
อาชีพ					
ว่างงาน/ไม่มีงานทำประจำ	2	11.80	6	35.30	0.225 ⁺⁺
มีงานทำประจำ	15	88.20	11	64.70	
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสูงอายุที่ดูแล					
คู่สมรส	1	5.90	2	11.80	0.771 ⁺⁺
บุตร	10	58.80	11	64.70	
เครือญาติ	6	35.30	4	23.50	
ระยะเวลาการดูแล (ปี)					
1-2 ปี	15	88.20	16	94.10	1.000 ⁺⁺
3 ปีขึ้นไป	2	11.80	1	5.90	
จำนวนชั่วโมงที่ดูแลใน 1 วัน					
1-8 ชั่วโมง	11	64.70	11	64.70	1.000 ⁺⁺
9-16 ชั่วโมง	4	23.50	5	29.40	
17-24 ชั่วโมง	2	11.80	1	5.90	
มีผู้ช่วยดูแล					
มี	13	76.50	13	76.50	1.000 ⁺⁺
ไม่มี	4	23.50	4	23.50	
ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ					
ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด	2	11.80	4	23.50	0.807 ⁺⁺
ต้องพึ่งพาผู้อื่นเพียงเล็กน้อยถึงปานกลาง	9	52.90	8	47.10	
ทำได้เองทั้งหมด	6	35.30	5	29.40	
แหล่งสนับสนุนทางสังคม					
มี	5	29.40	8	47.10	0.290 ⁺
ไม่มี	12	70.60	9	52.90	

⁺ใช้สถิติทดสอบ chi square

⁺⁺ใช้สถิติทดสอบ Fisher's exact

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยพลังอำนาจของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยได้มีการควบคุมตัวแปรร่วม ได้แก่ คะแนนค่าเฉลี่ยพลังอำนาจของผู้ดูแลก่อนการทดลอง ซึ่งพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F_{(1,31)} = 49.40, p\text{-value} = <0.001$) และเมื่อนำค่าประมาณที่ปรับแก้ของคะแนนค่าเฉลี่ย พลังอำนาจของผู้ดูแลหลังการทดลอง (marginal effect) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาเปรียบเทียบกัน พบว่า ค่าประมาณที่ปรับแก้ของคะแนนค่าเฉลี่ยพลังอำนาจของผู้ดูแลระหว่างสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{X}_{\text{diff}} = 14.20, 95\% \text{CI of } \bar{X}_{\text{diff}} = 10.30 - 18.20, p\text{-value} = <0.001$) โดยมีขนาดผลกระทบส่วนย่อยของกลุ่มเท่ากับ 61.00 % ($\eta^2_{\text{partial}} = 0.61, 95\% \text{CI} = 0.37 - 0.74$)

ส่วนผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยได้มีการควบคุมตัวแปรร่วม ได้แก่ คะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F_{(1,31)} = 6.63, p\text{-value} = 0.015$) และเมื่อนำค่าประมาณที่ปรับแก้ของคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุหลังการทดลอง (marginal effect) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาเปรียบเทียบกัน พบว่า ค่าประมาณที่ปรับแก้ของคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{X}_{\text{diff}} = 6.10, 95\% \text{CI of } \bar{X}_{\text{diff}} = 1.40 - 10.70, p\text{-value} = 0.01$) โดยมีขนาดผลกระทบส่วนย่อยของกลุ่มเท่ากับ 18.00 % ($\eta^2_{\text{partial}} = 0.18, 95\% \text{CI} = 0.01 - 0.39$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลลัพธ์ที่ได้จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

ตัวแปร	กลุ่ม	$\bar{X}_{diff}$ (ก่อน)	$\bar{X}_{diff}$ (หลัง)	ผลการเปรียบเทียบ ANCOVA	ค่าประมาณหลังปรับตัวแปรร่วม					
				$F(df_{treat}, df_{residual})$	p-value	$\bar{X}_{adj.}$	95%CI of $\bar{X}_{adj.}$	$\bar{X}_{diff}$	95%CI of $\bar{X}_{diff}$	p-value
พลังอำนาจของผู้ดูแล										
ตัวแปรผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง (n=17)	77.10±16.00	96.00±14.20	$F_{(1,31)}=49.40$	<0.001	91.90	89.00 – 94.70	14.20	10.30 – 18.20	<0.001
	กลุ่มควบคุม (n=17)	67.60±15.00	73.6 ± 15.0			77.60	74.80 – 80.50			
ในส่วนย่อย (ระหว่างกลุ่ม) : $\eta^2_{partial} = 0.61$ (95%CI = 0.37 – 0.74)										
การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ										
ตัวแปรผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง (n=17)	40.50±9.30	53.60±7.70	$F_{(1,31)}=6.63$	0.015	52.00	48.70-55.30	6.10	1.40-10.70	0.01
	กลุ่มควบคุม (n=17)	35.40±7.80	44.40±9.00			45.90	42.60-49.30			
ในส่วนย่อย (ระหว่างกลุ่ม) : $\eta^2_{partial} = 0.18$ (95% CI = 0.01 – 0.39)										

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยพลังอำนาจของผู้ดูแลก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตาม 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการ one-way repeated measures ANOVA ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นที่สำคัญเกี่ยวกับ sphericity ด้วยวิธีการ Mauchly's test แล้วพบว่าไม่ผ่านข้อตกลง (Mauchly's $W=0.56$, $Chi^2=18.20$, $df=2.00$ และ $p\text{-value}=0.0001$) ดังนั้นจึงพิจารณาค่า $p\text{-value}$ ที่ได้จากวิธีการปรับค่า degree of freedom ภายใต้เกณฑ์การตัดสินใจว่าเมื่อค่า $\epsilon \leq 0.75$ จะเลือกใช้วิธีการ Greenhouse-Geisser Correction และเมื่อค่า $\epsilon > 0.75$ จะเลือกใช้วิธีการ Huynh-Feldt Correction และจากการพิจารณาค่า ϵ ที่ได้จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ พบว่า ค่า ϵ ของวิธี Greenhouse-Geisser Correction, และวิธี Huynh-Feldt Correction มีค่าเท่ากับ 0.846 และ 0.916 ตามลำดับ ดังนั้นจึงตัดสินใจเลือกค่า $p\text{-value}$ ของวิธี Huynh-Feldt Correction และสรุปได้ว่า คะแนนค่าเฉลี่ยพลังอำนาจของผู้ดูแลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อย่างน้อย 1 คู่ ($F_{(2,64)}=51.70$, $p\text{-value}<0.001$) โดยมีขนาดผลกระทบบางส่วน (partial η^2) เท่ากับ 0.62

ส่วนผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ

ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการ one-way repeated measures ANOVA ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นที่สำคัญเกี่ยวกับ sphericity ด้วยวิธีการ Mauchly's test แล้วพบว่าไม่ผ่านข้อตกลง (Mauchly's $W=0.571$, $Chi^2=17.90$, $df=2.00$ และ $p\text{-value}=0.0001$) ดังนั้นจึงพิจารณาค่า $p\text{-value}$ ที่ได้จากวิธีการปรับค่า degree of freedom ภายใต้เกณฑ์การตัดสินใจว่า เมื่อค่า $\epsilon \leq 0.75$ จะเลือกใช้วิธีการ Greenhouse-Geisser Correction เมื่อค่า $\epsilon > 0.75$ จะเลือกใช้วิธีการ Huynh-Feldt Correction และจากการพิจารณาค่า ϵ ที่ได้จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ พบว่าค่า ϵ ของวิธี Greenhouse-Geisser Correction, และวิธี Huynh-Feldt Correction มีค่าเท่ากับ 0.694 และ 0.738 ตามลำดับ ดังนั้น จึงตัดสินใจเลือกค่า $p\text{-value}$ ของวิธี Huynh-Feldt Correction และสรุปได้ว่า คะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองหลังการทดลองและระยะติดตาม 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อย่างน้อย 1 คู่ ($F_{(2,64)}=63.60$, $p\text{-value}<0.001$) โดยมีขนาดผลกระทบบางส่วน (partial η^2) เท่ากับ 0.67 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยแต่ละระดับการวัดซ้ำในภาพรวม

ตัวแปรวัดซ้ำ	กลุ่มควบคุม $\bar{X}$ (SD)	กลุ่มทดลอง $\bar{X}$ (SD)	Greenhouse-Geisser Correction		
			$F(df_{treat}, df_{residual})$	p-value	Effect size (partial η^2)
พลังอำนาจของผู้ดูแล					
ครั้งที่ 1	67.60 (15.00)	77.10 (16.00)	$F_{(2,64)}=51.70$	<0.001	0.62
ครั้งที่ 2	73.50 (15.00)	96.00 (14.20)			
ครั้งที่ 3	66.70 (13.80)	95.50 (15.20)			
การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ					
ครั้งที่ 1	35.40 (7.80)	40.50 (9.30)	$F_{(2,64)}=63.60$	<0.001	0.67
ครั้งที่ 2	44.40 (9.00)	53.60 (7.70)			
ครั้งที่ 3	47.30 (11.20)	55.40 (8.90)			

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยพลังอำนาจของผู้ดูแลรายคู่ด้วยวิธีการปรับค่าของ Bonferroni ในกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{X}_{diff}=18.90$, 95%CI of = 14.50 – 23.20 และ p-value < 0.001) ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{X}_{diff}=18.40$, 95%CI of = 14.00 – 22.70 และ p-value < 0.001) และครั้งที่ 2 กับครั้งที่ 3 มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value>0.05) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่าคะแนนค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง และคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองกับระยะติดตาม 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.05) ส่วนคะแนนค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองกับระยะติดตาม 1 เดือน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value > 0.05)

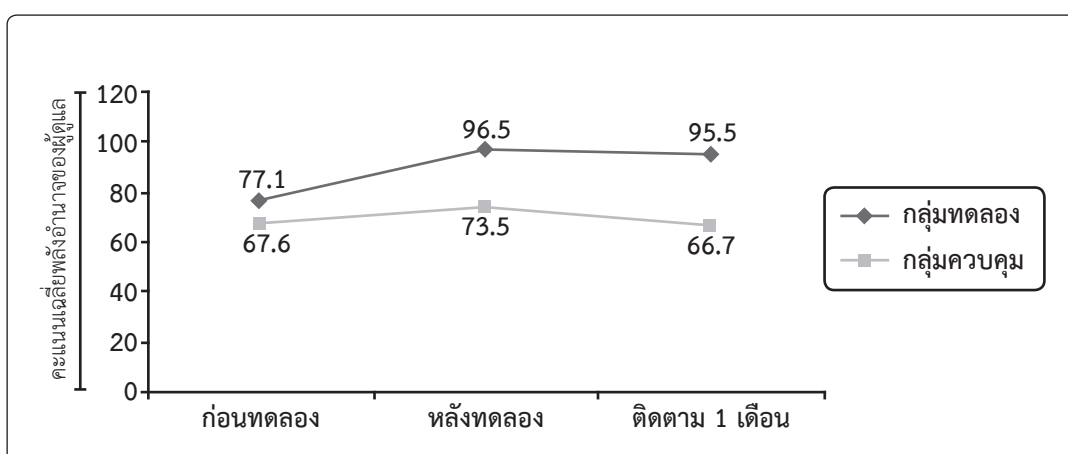
ส่วนผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุรายคู่ด้วยวิธีการปรับค่าของ Bonferroni ในกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{X}_{diff}=13.10$, 95%CI of = 8.70–17.50 และ p-value < 0.001) และคะแนนค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองกับระยะติดตาม 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{X}_{diff}=14.9$, 95%CI of = 10.50–19.30 และ p-value < 0.001) ส่วนคะแนนค่าเฉลี่ยหลังการทดลองกับระยะติดตาม 1 เดือนพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง และคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลก่อนการทดลองกับระยะติดตาม 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.001) และคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลหลังการทดลองกับระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

นอกจากนั้น ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่า 1.00 และ 9.30 ตามลำดับ ส่วนแนวโน้มคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 3.50 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ และ 6.50 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4 และภาพที่ 1-2

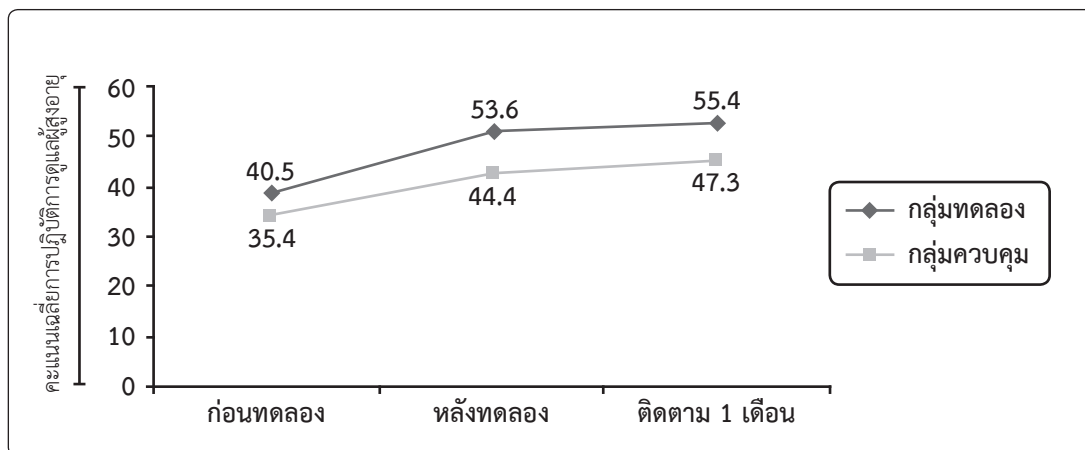
ตารางที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการปรับค่าของ Bonferroni

คู่ทดสอบ	$\bar{X}_{diff}$	กลุ่มควบคุม 95%CI of $\bar{X}_{diff}$	p-value	$\bar{X}_{diff}$	กลุ่มทดลอง 95%CI of $\bar{X}_{diff}$	p-value
พลังอำนาจของผู้ดูแล						
ครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 2	5.90	1.50 – 10.20	0.004	18.90	14.50 – 23.20	<0.001
ครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 3	0.90	(-3.40) – 5.30	1.000	18.40	14.00 – 22.70	<0.001
ครั้งที่ 2 กับ ครั้งที่ 3	6.80	2.50 – 11.20	0.001	0.50	(-3.80) – 4.90	1.000
การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ						
ครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 2	8.90	4.50 – 13.30	<0.001	13.10	8.70 – 17.50	<0.001
ครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 3	11.90	7.50 – 16.30	<0.001	14.90	10.50 – 19.30	<0.001
ครั้งที่ 2 กับ ครั้งที่ 3	2.90	(-1.50) – 7.30	0.316	1.80	(-2.60) – 6.20	0.937

ภาพที่ 1 คะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจของผู้ดูแลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน



ภาพที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน



อภิปรายผลการวิจัย

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนค่าเฉลี่ยพลังอำนาจและคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลองทันทีด้วยกระบวนการกลุ่มทั้ง 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของกิบสัน⁵ คือ การค้นพบสถานการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพอธิบายได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ใช้เป็นแนวทางการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เน้นการทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เข้าใจเกี่ยวกับอาการทางจิตของผู้สูงอายุจากกลุ่มโรคสมองเสื่อมอย่างถูกต้อง

การตอบสนองด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่เหมาะสมและยอมรับสภาพที่เป็นจริง กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเน้นให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ทบทวนเหตุการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ การแสวงหาทางเลือกใหม่ การพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณให้เกิดมุมมองใหม่ เมื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพความจริงแล้ว จะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุพัฒนาตนเองนำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นเกิดการพัฒนาความรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมตนเอง เกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ ความสามารถ การตัดสินใจ และทักษะของตนเองในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้นนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม

ทั้งนี้กระบวนการกลุ่มช่วยให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกผ่อนคลายปลอดภัย มีมุมมองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในรูปแบบใหม่ที่เป็นไปในทางบวก สร้างสรรค์ และมีทางออก สามารถแก้ไขปัญหาค้นเจอได้ ตลอดจนนำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยสมาชิกกลุ่มสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกันให้มีความรู้สึกว่ามีเพื่อนร่วมทุกข์เหมือนกัน ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีกำลังใจ และได้รับประสบการณ์ที่เหมือนหรือแตกต่างกันจากกลุ่มที่เป็นผู้ดูแลเช่นกัน ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ สามารถใช้ส่งเสริมการปรับตัวเชิงบวกของผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถรับมือกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{7,8} ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เช่น การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน ทำให้การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและพฤติกรรมปฏิบัติ การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแลเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ค่อนข้างดี และผู้สูงอายุติดเตียงมีความรู้สึกมั่นใจในสัมพันธภาพภายในครอบครัวติดตามไปด้วย⁶ ทั้งนี้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลโดยตรงในการเพิ่มขีดความสามารถการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม⁹ เช่นเดียวกับการศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีผลให้อสม. เกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเอง สามารถนำความรู้และประสบการณ์ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้ดีขึ้นได้¹⁰ นอกจากนี้ยังพบได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ทำให้มีความตระหนักในคุณค่าและมีแรงจูงใจที่รับผิดชอบ การดูแลตนเอง ทั้งด้านโภชนาการ ออกกำลังกาย สังคมจิตใจ และจิตวิญญาณ¹¹ อีกด้วย

ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติ การดูแลผู้สูงอายุระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองทันที สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า โปรแกรมกลุ่มการเสริมพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้สูงอายุได้นำแนวคิดการเสริมพลังร่วมกับกระบวนการกลุ่ม ซึ่งเป็นกระบวนการรักษาทางจิตสังคมรูปแบบหนึ่งโดยการนำสมาชิกรวมกัน มีผู้บำบัดเป็นผู้นำกลุ่มและมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบ่งปันประสบการณ์เกิดภาวะหยั่งรู้ในตนเอง และปรับปรุงวิธีการแก้ไขปัญหาให้เข้มแข็งมากยิ่งขึ้น ลักษณะของกลุ่มเป็นแบบไม่มีโครงสร้างอาศัยปัจจัยสำคัญคือความไว้วางใจระหว่างสมาชิกด้วยกันในการปฏิสัมพันธ์และการพูดคุยเนื้อหาเกี่ยวกับอาการทางจิตของผู้สูงอายุที่เกิดจากกลุ่มทางสมอง เช่น อาการและอาการแสดง สาเหตุการเจ็บป่วย การรักษา ปัญหาการดูแลและแนวทางการดูแลในรูปแบบกลุ่มการให้สุขภาพจิตศึกษา ในกระบวนการกลุ่มนี้จะช่วยส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มสนับสนุนให้กำลังใจกันและกัน แสดงความเห็นอกเห็นใจกัน รับฟังปัญหาของสมาชิกด้วยกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ จนเกิดการรับรู้พลังที่จะแก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุ และมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุที่อาการทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อมมากขึ้น สอดคล้องผลการศึกษาแบบ Meta-Analysis พบว่าการให้สุขภาพจิต

ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเป็นวิธีที่ได้ผลเป็นส่วนใหญ่¹² และสุขภาพจิตศึกษาในรูปแบบกลุ่มจะมีประสิทธิภาพมากกว่ารูปแบบรายบุคคล¹³

การติดตามผล 1 เดือน พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อมลดลง คิดเป็นร้อยละ 1.00 และ 9.30 ตามลำดับนั้น อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีอาการทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อมมีการดำเนินของโรคในภาวะสมองเสื่อมถอยลงเรื่อยๆ ทำให้มีอาการและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ความทรงจำเสื่อมถอยลง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงไป กลายเป็นบุคคลที่ต้องได้รับการพึ่งพาจากครอบครัว ส่งผลให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ ถูกจำกัดทางสังคม มีเวลาที่เป็นอิสระส่วนตัวและการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง เกิดความเหนื่อยล้า เหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย เกิดความเครียด กระทั่งต่อความผาสุก คุณภาพชีวิต และผู้ดูแลมีบทบาทและวิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไป¹⁴ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแล (burn out) จนรู้สึกว่าการให้การดูแลเป็นหน้าที่ที่ทรมาน ความพึงพอใจในชีวิตลดลง¹⁵ สอดคล้องกับผลการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่ดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงพบว่าบุตรชายมีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ต้องปรับสมดุลการทำงานเข้ากับการดูแล มีข้อจำกัดในการเข้าสังคมและเวลาส่วนตัวมากขึ้น ต้องปรับตัว ปรับใจ ยอมรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลมองโลกในแง่บวกจัดอารมณ์ความรู้สึกด้านลบ เข้าใจและยอมรับอาการแสดงของโรคเรียนรู้วิธีการดูแล วางแผน ปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลให้เหมาะสม

และขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น¹⁶ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลนี้จึงอาจส่งผลให้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุลดลงได้

ส่วนแนวโน้มการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุมีอาการทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 3.40 และ 6.50 ตามลำดับนั้น หากพิจารณาจากข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกลุ่มที่ได้รับการปรึกษาและบำบัดทางจิตสังคมพบ ว่าต้องดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดและต้องพึ่งพาผู้อื่นเพียงเล็กน้อยถึงปานกลาง การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม และผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุตรหรือคู่สมรส ในจำนวนร้อยละที่สูงมาก (ตารางที่ 1) ประกอบกับโดยบริบทของสังคมไทย ครอบครัวยังคงเป็นสถาบันหลักในการดูแลสมาชิกในครอบครัวและยังคงยึดถือค่านิยมเรื่องความกตัญญูในการตอบแทนบุญคุณบิดา มารดาในยามเจ็บป่วย จึงเป็นเหตุผลสำคัญในการปฏิบัติการดูแล ถึงแม้การรับผิดชอบในบทบาทการเป็นผู้ดูแลจะส่งผลให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร เมื่อมีโอกาสก็พร้อมจะปฏิบัติด้วยความรักและความเอาใจใส่ ซึ่งอาจต้องมีการปรับตัว ปรับใจ ยอมรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลในการเรียนรู้วิธีการดูแลต่างๆ ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน แต่กระบวนการกลุ่มก็จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสนับสนุนให้กำลังใจกันและกัน แสดงความเห็นอกเห็นใจกัน รับฟังปัญหาของสมาชิกด้วยกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ จนเกิดการรับรู้พลังที่จะแก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุ และมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่อาการทางจิต

จากกลุ่มโรคสมองเสื่อมมากขึ้น¹⁶ จึงอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้แนวโน้มการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุมีอาการทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น

สรุป

จากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการทางจิตจากกลุ่มโรคทางสมองที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้ว ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ มีพลังอำนาจในตนเอง และมีความสามารถในการปฏิบัติการดูแลเพิ่มขึ้น ดังนั้นทีมสุขภาพสามารถนำโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเป็นระยะๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มจะต้องมีพื้นฐานในการทำกลุ่มจิตบำบัดมาก่อน เนื่องจากกระบวนการกลุ่มบำบัดจะช่วยให้การทำกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจมีประสิทธิภาพมากขึ้น และทำความเข้าใจโปรแกรมกลุ่มการบำบัดทั้ง 4 ครั้ง และเชื่อมโยงโปรแกรมแต่ละครั้งให้เชื่อมสนิทซึ่งจะเกิดผลดีกับผู้เข้ากลุ่ม
2. ควรมีการศึกษาผลกระทบหรือความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสมองเสื่อมกับผู้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่นๆ เช่น โรคจิตเภท หรือผู้ป่วยทางกายที่มีภาวะพึ่งพา
3. ควรมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง 3 เดือน 6 เดือนรวมถึงกิจกรรมต่างๆที่เป็นผลสืบเนื่องจากการได้รับกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่สนับสนุนงบประมาณในการวิจัย พร้อมทั้งเอื้ออำนวยในการบริหารจัดการโครงการวิจัย จนสำเร็จลุล่วงด้วยดีขอขอบพระคุณ พญ.ศิริกุล ใจเกษมวงศ์ ผศ.ดร.มยุรี ลีทองอิน และ นางกานดา ผาวงศ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย และขอขอบพระคุณ รศ.ดร.พงษ์เดช สารการ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะระเบียบวิธีวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล และการรายงานผลการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. ปราโมทย์ ประสาทกุล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. พิธีมอบรางวัลมหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม, 2560.
2. ประภาพร มโนรัตน์, ฤชณะ คำฟอง, วรพล แวงนอก และ พรฤดี นิธิรัตน์. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยพุทธในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท: กรณีศึกษากันตนาโป่ง ตำบลท่าเสา อำเภอมะนัง จังหวัดอุดรธานี วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี 2559; 8 (2): 96-111.
3. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานประจำปี 2562. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2562.
4. อาทิตยา สุวรรณ. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560; 35 (1): 6-15.
5. Cheryl H Gibson. The process of

- empowerment in mothers of chronically ill children. *J of Advanced Nursing* 1995; 21: 1201-1210.
6. วิภา เพ็งแสงเยี่ยม, พัทธราภรณ์ ไชยสังข์, วาสนา พงษ์สุภาพ และ ศิริรัตน์ จุมจะนะ. การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน 2560; 18 (3): 82-95.
 7. ภาวดี เหมทานนท์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อม 2561; 6(2): 163-175.
 8. Yoon H. K. and Kim G. S. An empowerment program for family caregivers of people with dementia. *Public Health Nursing* 2020; 37(2): 222-233.
 9. อุบล ไตรถวิล 2561 ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย* 2561; 8(2): 268-280.
 10. วิภา เพ็งแสงเยี่ยม, พัทธราภรณ์ ไชยสังข์ และ ปัญญกรณ์ ยะเกษม. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา* 2558; 8 (1): 152-165.
 11. สุภาพร แนวนบุตร. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา* 2558; 8 (4): 30-40.
 12. Erik Walter, Martin Pinquart, How effective are dementia caregiver interventions? An updated comprehensive meta-analysis. *The Gerontologist* 2019;XX(XX): 1–11. doi:10.1093/geront/gnz118.
 13. Dickinson C, Dow J, Gibson G, Hayes L, Robalino S, & Robinson L. Psychosocial intervention for carers of people with dementia: What components are most effective and when? A systematic review of systematic reviews. *International Psychogeriatrics* 2017; 29(1): 31–43. doi:10.1017/S1041610216001447
 14. รุ่งนภา อุดมลาภ. บทบาทพยาบาลในการลดภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2562; 20 (2): 26-32.
 15. สาธิตา แร่คำนวน และ ไพรพันธ์ ลือบุญวัชชัย. ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และภาระการดูแลของผู้ดูแล ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2555; 57(3): 335-346.
 16. อังคณา ศรีสุข และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา. ประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย* 2562, 31(2) : 72-84.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย ที่มารับบริการส่งกล่องทางเดินอาหารส่วนบน โรงพยาบาลชานี จังหวัดบุรีรัมย์

ศิลา จิรวิกรานต์กุล พ.บ.
โรงพยาบาลชานี จังหวัดบุรีรัมย์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มารับบริการส่งกล่องทางเดินอาหารส่วนบน โรงพยาบาลชานี

วัสดุและวิธีการ: เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เลือกกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่เข้ารับบริการส่งกล่องทางเดินอาหารส่วนบนโรงพยาบาลชานี จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเครียด (ST-5) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือน พฤศจิกายน 2562 จากโปรแกรม HosXP ของโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยด้วยสถิติเชิงบรรยาย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อาชีพ การศึกษา และการมีโรคประจำตัว กับระดับความเครียดและระดับภาวะซึมเศร้า ด้วย Chi-Square หาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ กับความเครียด และภาวะซึมเศร้าด้วย Pearson Correlation

ผล: จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการส่งกล่องทางเดินอาหารส่วนบน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 52.30 ปี มีอาชีพทำนา จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาระดับประถมศึกษา และมีโรคประจำตัว คิดเป็น ร้อยละ 90.00, 86.00 และ 22.00 ตามลำดับ โรคประจำตัวที่พบส่วนใหญ่เป็นโรคหอบหืด ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้า พบว่าอายุมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับน้อยมาก อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.10$, $p \text{ value} = 0.48$ และ $r = -0.09$, $p \text{ value} = 0.54$)

สรุป: ผู้ป่วยที่มารับบริการส่งกล่องทางเดินอาหารส่วนบนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โรคประจำตัวที่พบส่วนใหญ่คือโรคหอบหืด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการส่งกล่องที่มีอายุอยู่ในกลุ่มช่วงวัยทำงาน จะมีความเครียดและภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มช่วงวัยผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: การส่งกล่องทางเดินอาหารส่วนบน ความเครียด ภาวะซึมเศร้า

Factors related to stress and depression in patients who receive gastrointestinal endoscopy services at Chamni Hospital, Buriram Province

Sila Jirawikrankul, M.D.
Chamni Hospital, Buriram Province

Abstract

Objective: To study factors related to stress and depression in patients receiving upper gastrointestinal endoscopy.

Materials and method: A descriptive research design was used to study a purposive sample of 50 patients undergoing upper gastrointestinal endoscopy at Chamni Hospital, Buriram Province. Data were collected in November 2019 from the hospital's HosXP program. Measures included a demographics survey tool, the stress assessment (ST-5), depression screening test (2Q), and depression assessment (9Q). Data were analyzed using descriptive statistics, percentages, means, standard deviations, and minimum–maximum values. Depending on the level of data, Pearson correlation and Chi-square tests compared age, gender, occupation, education and underlying disease with levels of stress and depression.

Results: Most patients receiving gastrointestinal endoscopy services were female, 52.30 years old on average, were farmers (90%), graduated from primary school (86%), and had an underlying disease (22%). The most common underlying disease was asthma. Both stress and depression had very low negative, non-statistically significant relationships with age ($r = -0.10$, $p = 0.48$; and $r = -0.09$, $p = 0.54$, respectively).

Conclusion: Most of the patients who received gastrointestinal endoscopy were female. The underlying disease is asthma. More patients who receive the endoscopy service are in the working age group. They have more stress and depression than patients who are elderly.

Keywords: depression, gastrointestinal endoscopy, stress

บทนำ

ความเครียด คือ การหดตัวของกล้ามเนื้อส่วนใดส่วนหนึ่งหรือหลายส่วนของร่างกาย ซึ่งทุกคนจำเป็นต้องมีอยู่เสมอในการดำรงชีวิต เช่น การทรงตัว เคลื่อนไหวต่างๆ ไป มีการศึกษาพบว่าทุกครั้งที่เราคิดหรือมีอารมณ์บางอย่างเกิดขึ้นจะต้องมีการหดตัว เคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อแห่งใดแห่งหนึ่งในร่างกายเกิดขึ้นควบคู่เสมอ¹ ความเครียดมีทั้งประโยชน์และโทษ แต่ความเครียดที่เป็นโทษนั้นเป็นความเครียดชนิดที่เกินความจำเป็นของชีวิต ผลของความเครียดต่อสุขภาพทางกาย ได้แก่ อาการไม่สบายทางกายต่างๆ เช่น ปวดหัว ปวดเมื่อยตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ความผิดปกติของหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะ มีอาการปวดท้องหรือไม่สบายท้อง และการขับถ่ายผิดปกติได้ทั้งท้องผูกหรือท้องเสีย นอนไม่หลับ หอบหืด เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ฯลฯ และผลต่อสุขภาพจิตใจนำไปสู่ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า กลัวอย่างไรเหตุผลการรบกวนไม่มั่นคง เปลี่ยนแปลงง่าย หรือโรคประสาทบางอย่าง จากข้อมูลข้างต้นความเครียดต่อโรคระบบทางเดินอาหารนั้นมีน้อยคนที่จะตระหนักถึงความสำคัญ แต่ความจริงแล้วความเครียดนั้นส่งผลให้เกิดโรคทางระบบทางเดินอาหารได้ทุกอย่างตั้งแต่หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร จนถึงลำไส้ใหญ่ท้ายที่สุดในส่วนของลำไส้ใหญ่นั้นก็ทำให้เกิดโรคลำไส้แปรปรวนได้ ถึงแม้ว่าอาการที่บ่งชี้โรคทางเดินอาหารจะเกิดจากความเครียดแต่ในบางครั้งอาการอาจจะเป็นสัญญาณเตือนต่อการเป็นโรคร้ายคือโรคมะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งกระเพาะอาหารได้ ดังนั้นการได้รับการ

ส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เพื่อสืบค้นโรคในผู้ป่วยบางรายจึงเป็นสิ่งจำเป็น

การส่องกล้องเป็นเทคนิคพิเศษของการตรวจระบบทางเดินอาหารส่วนต้นและส่วนปลายประกอบไปด้วย หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก การส่องกล้องในปัจจุบันมีประโยชน์มาก เพราะสามารถตรวจหาความผิดปกติได้ทันที และหากพบความผิดปกติสามารถรักษาได้เลยในระหว่างส่องกล้อง เช่น พบจุดที่มีเลือดออกแพทย์สามารถจี้หยุดเลือดได้เลยในขณะนั้นและหากพบความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร เช่น แผลเย็บอุททางเดินอาหาร ก้อนต่างๆ การอักเสบ สามารถตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจได้ทันที พร้อมทั้งสามารถวิเคราะห์โรคขณะทำการส่องกล้องได้ ซึ่งมีประโยชน์มากในการเฝ้าระวังโรคสำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหาร

ปี 2561 และ 2562 โรงพยาบาลชานีมีผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยโรคของระบบทางเดินอาหารจำนวน 2,129 และ 2,744 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 3.42 และ 4.32 ของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทั้งหมด ผู้ป่วยเหล่านี้ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจมีความเครียดจากการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่จากการคาดเดาว่าตนเองจะป่วยเป็นโรคร้ายแรงจนมีความจำเป็นต้องได้ส่องกล้องเพื่อทำการวินิจฉัยหรือให้การรักษา ซึ่งตามแนวความคิดของประชาชนทั่วไปอาจมีความเชื่อว่าการส่องกล้องและการทำหัตถการพิเศษ ที่ใช้ตรวจวินิจฉัยหรือรักษาโรคที่มีความรุนแรงและเป็นอันตราย ส่งผลให้เกิดความเครียดและภาวะ

ซึมเศร้าได้ ในปีที่ผ่านมาโรงพยาบาลชานี จัดบริการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตด้วยกระบวนการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง ด้วยการประเมินปัญหาสุขภาพจิตตามแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) แบบประเมินความเครียด (ST-5) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มโรคเรื้อรัง โดยบันทึกในเวชระเบียนโปรแกรม HosXP และจัดทำรูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปี 2561-2562 คิดเป็นร้อยละ 0.89 และ 0.92 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จคิดเป็นร้อยละ 18.15 และ 18.39 ต่อแสนประชากร

ในเดือน พฤศจิกายน 2562 มีผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคของระบบทางเดินอาหารมารับบริการส่งกลองทางเดินอาหารส่วนบนที่โรงพยาบาลชานี จำนวน 100 คน จากการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตตามแนวทางของโรงพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีลักษณะการแสดงออกทั้งอาการของความเครียด ความวิตกกังวล ซึ่งจากการศึกษาของนิสริน วิไลวรรณ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ² ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ประกอบกับผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มภาวะซึมเศร้าและอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการส่งกลองทางเดินอาหารส่วนบน

โรงพยาบาลชานี จังหวัดบุรีรัมย์ขึ้น เพื่อนำผลของการศึกษามาเป็นแนวทางการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น ในการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและวางแผนการดูแลรักษาด้านจิตใจในโอกาสต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มารับบริการส่งกลองทางเดินอาหารส่วนบน โรงพยาบาลชานี

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการส่งกลองทางเดินอาหารส่วนบน ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคของระบบทางเดินอาหารที่มารับบริการส่งกลองทางเดินอาหารส่วนบนของโรงพยาบาลชานี จังหวัดบุรีรัมย์ ในเดือนพฤศจิกายน 2562 จำนวน 100 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินความเครียด และภาวะซึมเศร้า ในวันที่มารับบริการส่งกลองทางเดินอาหารส่วนบน (จำนวน 50 คน) โดยเก็บข้อมูลจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ HosXP ของโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเก็บข้อมูลจากข้อมูลการบันทึกในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ HosXP ของโรงพยาบาลชานี แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มาส่งกลองทางเดินอาหารส่วนบน ประกอบด้วย

เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา และข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบด้วย โรคประจำตัว ผลการวินิจฉัยจากการส่องกล้องการส่งตรวจชิ้นเนื้อ และการตรวจหาเชื้อแบคทีเรีย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแบบประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้า

แบบประเมินความเครียด (ST-5) พัฒนาโดยอรรถพร ศิลปกิจ³ เป็นแบบวัดความเครียด 5 ข้อ เพื่อประเมินอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2-4 สัปดาห์ แบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับ คือ แทบไม่มี (0 คะแนน) เป็นครั้งคราว (1 คะแนน) บ่อยๆ ครั้ง (2 คะแนน) และเป็นประจำ (3 คะแนน) คิดเป็นคะแนนรวมระหว่าง 0-15 คะแนน มีจุดตัดคะแนนที่ <4 เพื่อจำแนกภาวะเครียดเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ไม่มีภาวะเครียด <4 คะแนน สงสัยว่ามีปัญหาความเครียด 5 - 7 คะแนน และน่าจะป่วยด้วยความเครียด ≥ 8 คะแนน

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) พัฒนาโดย สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ⁴ เป็นแบบคัดกรองค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โดยคำตอบมี 2 แบบคือ มีและไม่มี ถ้าคำตอบมีในข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จึงจำเป็นต้องประเมินอีกครั้งด้วยแบบประเมินที่มีความจำเพาะสูง ซึ่งแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถามนี้ ถ้าตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งว่า “ใช่” จะมีค่าความไว (Sensitivity) 96.5% และมีค่าความจำเพาะ (Specificity) 44.6% ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า

(Positive Likelihood Ratio) เท่ากับ 1.74 เท่า แต่ถ้าตอบว่าใช่ทั้งสองข้อ จะเพิ่มความจำเพาะสูงถึง 85.1% ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า (Positive Likelihood Ratio) เท่ากับ 4.82 เท่า

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พัฒนาโดยธรรณิษฐ์ กองสุข และคณะ⁵ เป็นเครื่องมือประเมินและจำแนกความรุนแรงของโรคซึมเศร้า 9 ข้อ แบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (0 คะแนน) เป็นบางวัน 1 - 7 วัน (1 คะแนน) เป็นบ่อย >7 วัน (2 คะแนน) และเป็นทุกวัน (3 คะแนน) มีคะแนนรวมระหว่าง 0 - 27 คะแนน แบ่งระดับความรุนแรงเป็น 4 ระดับ คือ ระดับปกติหรือมีอาการน้อยมาก (<7 คะแนน) ระดับน้อย (7 - 12 คะแนน) ระดับปานกลาง (13 - 18 คะแนน) และระดับรุนแรง (≥ 19 คะแนน) มีค่าความไว (Sensitivity) 75.68% และความจำเพาะ (Specificity) 93.37% เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder : MDD) ค่าความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้าเท่ากับ 11.41 เท่า มีความแม่นยำในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ใช้เวลาน้อย เหมาะสำหรับประเมินอาการของโรคซึมเศร้า แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เมื่อเทียบกับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.719 (P-value<0.001) มีค่าความไว 85% ความจำเพาะ 72% และค่า Likelihood Ratio 3.04

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ HosXP ของโรงพยาบาลชานี ด้วยแบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ ผลการวินิจฉัยจากการส่องกล้อง การส่งตรวจชิ้นเนื้อ และการตรวจหาเชื้อแบคทีเรีย และ 3) แบบบันทึกข้อมูลผลของแบบประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้า

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป ระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้า ใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistic) จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อาชีพ การศึกษา และโรคประจำตัวกับความเครียดและภาวะซึมเศร้า สถิติที่ใช้คือ Chi-Square และศึกษาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความเครียดและภาวะซึมเศร้า สถิติที่ใช้คือ Pearson Correlation Coefficient

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการขออนุมัติผู้บริหาร โรงพยาบาลชานี ในการสืบค้นจากฐานข้อมูลเวชระเบียน โปรแกรม HosXP ของโรงพยาบาล การนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม สำหรับข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะรักษาเป็นความลับและไม่มีข้อมูลที่จะเชื่อมโยงถึงตัวบุคคลได้

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการศึกษาผู้ป่วยที่มารับบริการส่งกลัองทางเดินอาหารส่วนบนอำเภอชานี จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 50 คน พบว่าอายุเฉลี่ย 52.30 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.40) อายุต่ำสุด 37 ปีและสูงสุด 72 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอาชีพทำนา จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 80.00, 90.00 และ 86.00 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มารับบริการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน (n=50)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	10	20.0
หญิง	40	80.0
อายุ		
30-40 ปี	2	4.0
41-50 ปี	21	42.0
51-60 ปี	20	40.0
61-70 ปี	5	10.0
71-80 ปี	2	4.0
อาชีพ		
ทำนา	45	90.0
รับจ้าง	3	6.0
ค้าขาย	1	2.0
รับราชการ	1	2.0
การศึกษา		
ก่อนประถมศึกษา	3	6.0
ประถมศึกษา	43	86.0
มัธยมศึกษา	2	4.0
อนุปริญญา	1	2.0
ปริญญาตรี	1	2.0

1.2 ข้อมูลด้านสุขภาพ

จากการศึกษาผู้ป่วยที่มารับบริการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนอำเภอชำนิ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 50 คน พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.0 ผลการวินิจฉัย

จากการส่องกล้องว่าเป็น Gastritis ร้อยละ 68.0 สงตรวจชิ้นเนื้อ จำนวน 6 คน และพบ hyperplastic polyp จำนวน 3 คน และการตรวจหาเชื้อแบคทีเรีย จำนวน 23 คน ส่วนใหญ่พบว่าปกติ รองลงมาพบ post 10 min ร้อยละ 26.1 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มาส่งกลืนทางเดินอาหารส่วนบน

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว	มี	11	22.0
	ไม่มี	39	78.0
มีโรคประจำตัว			
	เบาหวานและความดันสูง	3	27.3
	ความดันโลหิตสูง	1	9.1
	หอบหืด	6	54.6
	หอบหืดและความดันสูง	1	9.1
ผลการวินิจฉัยจากการส่องกล้อง			
	Chro.Gastitis	6	12.0
	polyp sromas	5	10.0
	Gastitis	34	68.0
	Chro.Dyspepsia	2	4.0
	Gastitis ulcer	3	6.0

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาความเครียดและภาวะความซึมเศร้า

2.1 ระดับความเครียดและภาวะความซึมเศร้า

จากการศึกษาผู้ป่วยที่มารับบริการส่งกลืน

ทางเดินอาหารส่วนบน อำเภอชานี จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 50 คน พบว่าระดับความเครียดและระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 76.00 และ 98.00 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มารับบริการส่งกลืนทางเดินอาหารส่วนบน (n = 50)

ระดับ	ความเครียด		ภาวะซึมเศร้า	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	38	76.0	49	98.0
ปานกลาง	10	20.0	1	2.0
มาก	0	0	0	0
มากที่สุด	2	4.0	0	0

2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะความซึมเศร้า

จากการศึกษาพบว่า เพศ อาชีพ การศึกษา และการมีโรคประจำตัวของผู้มารับบริการส่งกลองทางเดินอาหารส่วนบน ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด และระดับภาวะ

ซึมเศร้า ตัวแปรอายุมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับน้อยมากกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.10$; $p\text{ value}=0.48$ และ $r=-0.09$, $p\text{ value}=0.54$) ดังตารางที่ 4 - 6

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อาชีพ ระดับการศึกษา และการมีโรคประจำตัวกับระดับความเครียด ($n = 50$)

		ระดับความเครียด				OR	(95% CI)	P-value
		น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
เพศ								
	ชาย	10	0	0	0	1.05	(0.98-1.13)	1.00
	หญิง	38	0	2	0			
อาชีพ								
	ทำนา/รับจ้าง	46	0	2	0	0.95	(0.90-1.01)	1.00
	ค้าขาย	1	0	0	0			
	ข้าราชการ	1	0	0	0			
การศึกษา								
	ประถมศึกษา - มัธยมศึกษา	46	0	2	0	0.95	(0.90-1.01)	1.00
	อนุปริญญา - ปริญญาตรี	2	0	0	0			
การมีโรคประจำตัว								
	มีโรคประจำตัว	11	0	0	0	1.05	(0.98-1.13)	0.40
	ไม่มีโรคประจำตัว	37	0	2	0			

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของเพศ อาชีพ ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัวกับระดับภาวะซึมเศร้า (n = 50)

	ระดับภาวะซึมเศร้า		OR	(95% CI)	P-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ					
ชาย	10 (100.00)	0	1.02	(0.97-1.07)	0.61
หญิง	39 (97.50)	1 (2.50)			
อาชีพ					
ทำนา/รับจ้าง	47 (97.90)	1 (2.10)	0.97	(0.94-1.02)	1.00
ค้าขาย	1 (100.00)	0			
ข้าราชการ	1 (100.00)	0			
การศึกษา					
ประถมศึกษา - มัธยมศึกษา	47 (97.90)	1 (2.10)	0.97	(0.94-1.02)	1.00
อนุปริญญา - ปริญญาตรี	2 (100.00)	0			
การมีโรคประจำตัว					
มีโรคประจำตัว	10 (90.90)	1 (9.10)	0.90	(0.75-1.09)	0.06
ไม่มีโรคประจำตัว	39 (100.00)	0			

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของตัวแปรอายุของผู้ป่วยที่มารับบริการส่งกลองทางเดินอาหารส่วนบนกับตัวแปรความเครียดและภาวะซึมเศร้า

ตัวแปร	ตัวแปรอายุของผู้ป่วยที่มาส่งกลองฯ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P - value
ความเครียด	- 0.10	0.48
ภาวะซึมเศร้า	- 0.09	0.54

วิจารณ์

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มารับบริการส่งกลองทางเดินอาหารส่วนบน โรงพยาบาลชานี

จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า

1. เพศ อาชีพ การศึกษา และการมีโรคประจำตัวของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้า ซึ่งไม่สอดคล้องกับ

นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ⁶ กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนทั้งคนปกติ ผู้ป่วยทางกาย และด้านความเครียดไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา เตชะกิจโกศล⁷ ได้ศึกษาเรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลศิริราชพบว่ามีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ป่วย

2. อายุของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับความเครียดและภาวะซึมเศร้า ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของกรวิกา มีภักดี และนุชจรี มลศิลป์⁸ เรื่องการศึกษาภาวะความเครียดและการจัดการความเครียดของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชัยชนะตำบลท่าศิลา อำเภอสังขละบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ป่วย

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบข้อแตกต่างจากการศึกษาของงานอื่นคือ อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเครียดและภาวะซึมเศร้า ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยที่มีอายุอยู่ในกลุ่มช่วงวัยทำงานจะมีความเครียดและภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มช่วงวัยผู้สูงอายุ

สรุป

จากการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มารับบริการส่งกลัองทางเดินอาหารส่วนบน

โรงพยาบาลชานี จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าผู้ป่วยที่มาใช้บริการส่งกลัองทางเดินอาหารส่วนบนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โรคประจำตัวที่พบ คือ โรคหอบหืด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พบว่าผู้ป่วยที่มาใช้บริการส่งกลัองที่มีอายุอยู่ในกลุ่มช่วงวัยทำงานจะมีความเครียดและภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มช่วงวัยผู้สูงอายุ จากข้อมูลดังกล่าวนำไปสู่แนวทางการแก้ไขและป้องกันปัญหาการให้ความรู้ความเข้าใจในการตรวจ การพูดคุย และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วย หรือการให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมเพื่อเป็นการผ่อนคลายความเครียดและลดภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับการตรวจ รวมไปถึงการปรับปรุงสถานบริการสิ่งแวดล้อมภายในห้องรอตรวจให้รู้สึกผ่อนคลาย เช่น การเปิดเพลงบรรเลงเบาๆ การนำกลิ่นหอมจากสารสกัดหรือน้ำมันหอมระเหยมาใช้ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้ให้ข้อมูลในการศึกษาขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่เวชระเบียน โรงพยาบาลชานี ที่คอยอำนวยความสะดวกในเรื่องการเก็บข้อมูลจากระบบ HosXP ของโรงพยาบาล ทำให้สามารถจัดเก็บข้อมูลได้อย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. จิรนุช จิตราทร. ความเครียด. [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อวันที่ 6 มกราคม 2563]. จาก:<https://med.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/05142014-1901>.
2. นิสริน วิไลวรรณ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน. วารสารพยาบาลตำรวจ. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 6 มกราคม 2563];1:349-359. จาก:<https://www.schoolandcollegelists.com>.
3. อวรรณ ศิลปกิจ. แบบวัดความเครียด (ST-5). แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558:9-10.
4. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q). แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558:11-12.
5. ธรณินทร์ กองสุข. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q). แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558:13-14.
6. Hongsisuwan N. Depression.HCU. Journal. [Internet]. 2016 [cited 2020 Jan 6];1:105-118. Available from: <http://journal.hcu.ac.th/pdf/11>.
7. Taechakijkosol R. Stress and Coping in the Rehabilitation Stroke Patient at Siriraj Hospital. Bangkok: Silpakorn University; 2013.
8. Mepak K. and Monlimsilp N. Study of stress and stress management in diabetic patients. Banchanachai primary care unit, Thasilasubdistrict, Songdaodistrict, SakonNakhon Province [Thesis]. SakonNakhon: SakonNakhon Provincial Health Office; 2003.

ปกิณกะ

ผลการดำเนินงาน Line Official Account : @KHUIKUN

นักรกร จำปาทอง, พบ.

สุบิน สมิน้อย, ศษ.ม.

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

หลักการและเหตุผล

ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา องค์การอนามัยโลก (WHO) เห็นว่าการระบาดได้แพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว วันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 จึงได้ประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) โดยได้แนะนำให้ทุกประเทศเร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ให้ขยายวงกว้าง และในวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 ได้ประกาศให้เป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) ซึ่งถือเป็นวิกฤตด้านสุขภาพที่กระทบกับประชาชนในหลายประเทศทั่วโลก การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าส่งผลเสียต่อความทุกข์ทางจิตใจและการเจ็บป่วยทางจิต เช่น การนอนหลับถูกรบกวน อาการวิตกกังวล และซึมเศร้า ประมาณร้อยละ 16–28 (Rajkumar, 2020) มีภาวะซึมเศร้าและการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มสูงขึ้นในระดับที่เป็นอันตราย และมีสภาพจิตใจต่ำกว่าปกติ โดยคนที่มีอายุระหว่าง 21-40 ปี เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตจากการใช้แอลกอฮอล์ (Ahmed et al., 2020)

ในช่วงเวลาที่ต้องเผชิญหน้ากับวิกฤตการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หน่วยงานด้านสาธารณสุขได้พยายามควบคุมการแพร่ระบาดอย่างเต็มกำลัง และขณะเดียวกันวิกฤตการณ์นี้ก็ส่งผลให้เกิดความเครียดต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมในวงกว้าง การดูแลช่วยเหลือประชาชนเพื่อลดและป้องกันปัญหาการแพร่ระบาดของโรคไม่ให้ความรุนแรงมากขึ้นจึงเป็นสิ่งจำเป็น มีหลักฐานที่บ่งชี้ว่าการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 มีผลกระทบทางจิตสังคมอย่างมาก สืบเนื่องจากการแพร่ระบาดอาจจะยังคงมีอยู่เป็นเวลาหลายเดือนและหลายปีข้างหน้า มีการศึกษาที่ระบุว่า การแพร่ระบาดของโรคเกี่ยวข้องกับความรู้สึกเครียด ความวิตกกังวล ความโดดเดี่ยวทางสังคม ความกลัวการติดต่อ ภาวะซึมเศร้า และการนอนไม่หลับในประชากรทั่วไปและบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงปัญหาทางเศรษฐกิจซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การกำเริบของภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติด และโรคทางจิตเวชอื่นๆในกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่มีอยู่ก่อนและผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีความชุกของโรคสูง ผู้รอดชีวิตจากโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 อาจมีความเสี่ยง

ในการฆ่าตัวตายในระหว่างและหลังการระบาด
สูงขึ้น (Sher, 2020) ถึงแม้ยังไม่มีหลักฐาน
ที่ชัดเจนว่ามีการทำร้ายตัวเองและการฆ่าตัวตาย
เพิ่มขึ้นเกี่ยวข้องกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ
โคโรนาไวรัส 2019 (John et al., 2020) สถานการณ์
การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019
ทำให้ระบบการดูแลสุขภาพจิตต้องเปลี่ยนแปลง
อย่างกะทันหันและรุนแรง จากมาตรการเว้นระยะห่าง
ทางสังคมและการจำกัดการดูแลแบบตัวต่อตัว
ไปสู่การใช้เทคโนโลยีการสื่อสารแบบออนไลน์สำหรับการ
การดูแลและช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต
ซึ่งพบว่ามีประสิทธิภาพดี ลดการเดินทางที่เสี่ยง
ต่อการติดเชื้อ แต่จำเป็นต้องมีการปรับปรุงเทคโนโลยี
ด้านสุขภาพจิตที่เรียกว่า e-mental health
technologies (Feijt et al., 2020)

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต ตระหนักในการดูแลสุขภาพจิต
ประชาชนควบคู่ไปกับการดูแลสุขภาพกาย
ของประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วย ผู้ที่ถูกกักตัว
รวมถึงบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นแนวหน้าของการ
ต่อสู้กับโรคระบาด ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของงานป้องกัน
และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าว การดูแล
สุขภาพจิตจะช่วยบรรเทาความเครียด วิตกกังวล
ใจ ให้สามารถรับมือกับสภาวะอารมณ์ด้านลบจาก
การระบาดของโรค โดยการบูรณาการการสนับสนุน
แหล่งช่วยเหลือทางสุขภาพจิตแบบออนไลน์ ที่มุ่งให้
ประชาชนดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกายและ
ด้านจิตใจ การปฐมพยาบาลทางใจ การรับคำปรึกษา

ทาง line application การรับคำปรึกษาทางโทรศัพท์
และการประเมินสุขภาพจิตด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลการให้บริการปรึกษา
Line Official Account : @KHUIKUN

วิธีดำเนินการ

เป็นการนำแอปพลิเคชัน line official
account มาสร้างบัญชีและเนื้อหาในการให้บริการ
ปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตช่วงโควิดระบาด ให้
ประชาชนสามารถสร้างบัญชีของตนเพื่อส่ง
ข้อความ เป็นเพื่อนกับ line official account:
@KHUIKUN ให้สามารถแชทปรึกษา หรือเลือกที่จะ
ทำแบบประเมิน 2Q, 8Q, 9Q และ ST-5 หรือ
บริการฝากเบอร์ให้โทรกลับ เปิดให้บริการตลอด
24 ชั่วโมง โดยเวลา 00.00-08.00 กำหนดเป็น
บริการข้อความตอบกลับอัตโนมัติ (Auto Reply
Messages) เวลา 08.00-16.00 และ 16.00-24.00 น.
จัดให้มีให้มีผู้ปฏิบัติงานแชทให้การปรึกษา
2-3 คน/เวร และผู้ดูแลระบบ 1 คน/เวร หาก
การแชทปรึกษามีปัญหาซับซ้อนไม่สะดวก
ในการแชทปรึกษา หรือผู้รับบริการมีประเด็น
ปัญหาเร่งด่วน จะส่งข้อมูลให้บริการปรึกษาทาง
โทรศัพท์ติดต่อกลับ และ/หรือ ประสานงาน
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้การช่วยเหลือต่อไป

กลุ่มเป้าหมาย

ประชาชนทั่วไป และประชาชนที่ได้รับ
ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโควิด-19

ผลการให้บริการ

Line Official Account: @KHUIKUN เปิดให้บริการวันที่ 14 เมษายน 2563 ข้อมูล ณ วันที่ 13 กันยายน 2563 มีผู้ใช้งานจำนวน 8,518 คน มีการส่งข้อความการแชททั้งสิ้น 307,375 ครั้ง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้บริการ พบว่าเป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 83.5 ช่วงอายุมากที่สุดคือ 20-24 ร้อยละ 22.2 รองลงมาคือ 25-29 ร้อยละ 16.2 ตำแหน่งพื้นที่ที่ผู้ใช้งานมากที่สุดคือ กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 25.3 รองลงมา

คือ ภาคอีสาน ร้อยละ 22.5 ลักษณะการเข้าใช้งานมากที่สุดคือการเพิ่มเป็นเพื่อนผ่านการสแกนคิวอาร์โค้ดและผ่านเว็บเพจ ร้อยละ 51.1 รองลงมาคือ ผ่านช่องทางบริการย่อยของไลน์ ร้อยละ 35.2 ประเด็นการปรึกษา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ในที่นี้นำเสนอเฉพาะ 5 อันดับแรก พบว่ามีความเครียดความวิตกกังวลมากที่สุด ร้อยละ 40.3 รองลงมาคือ ความผิดปกติทางอารมณ์ (เช่น อารมณ์แปรปรวน หรืออารมณ์เศร้า หรืออาการซึมเศร้า เบื่อหน่ายท้อแท้) ร้อยละ 30.6 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละประเด็นการปรึกษาของผู้ใช้งาน Line Official Account: @KHUIKUN (n=10,227)

ประเด็นการปรึกษา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ความเครียดความวิตกกังวล	4,121	40.0
ความผิดปกติทางอารมณ์	3,126	30.6
ปัญหาความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวและผู้อื่น	1,161	11.4
คิดอยากตายหรืออยากฆ่าผู้อื่น	432	4.2
การเจ็บป่วยทางจิตหรือมีอาการทางจิตกำเริบ	170	1.7

ด้านการช่วยเหลือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) พบว่า วิธีการช่วยเหลือที่ใช้เป็นอันดับสูงที่สุดคือการช่วยเหลือทางจิตสังคม ได้แก่ การรับฟัง การให้กำลังใจ การเสนอเทคนิคการจัดการกับอารมณ์

ความรู้สึก การปรับมุมมอง ร้อยละ 74.1 รองลงมาคือ ให้ข้อมูลแหล่งช่วยเหลือใกล้บ้าน ร้อยละ 12.3 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละวิธีการช่วยเหลือผู้ใช้งาน Line Official Account: @KHUIKUN (n=14,473)

วิธีการช่วยเหลือ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
การช่วยเหลือทางจิตสังคม	10,709	74.0
ให้ข้อมูลแหล่งช่วยเหลือใกล้บ้าน	1,776	12.3
แนะนำทำแบบทดสอบ	1,238	8.5
ให้สุขภาพจิตศึกษา	596	4.1
ประสานความช่วยเหลือฉุกเฉิน และส่งต่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	154	1.1

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้เข้าใช้งานเข้ามาประเมินตนเอง ด้วยแบบประเมินความเครียด ST-5 พบว่ามีความเครียดระดับมากที่สุด ร้อยละ 57.5 รองลงมาคือ เครียดปานกลาง ร้อยละ 20.2 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนร้อยละระดับความเครียด (n=13,255)

ระดับความเครียด	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เครียดมากที่สุด (10-15 คะแนน)	7,622	57.5
เครียดมาก (8-9 คะแนน)	2,673	20.2
เครียดเล็กน้อย (0-4 คะแนน)	782	5.9

ผลการประเมินด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม พบว่ามีความเสี่ยงมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 90.8 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนร้อยละความเสี่ยงมีภาวะซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (n=13,255)

ความเสี่ยงมีภาวะซึมเศร้า	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
มีความเสี่ยงซึมเศร้า	12,038	90.8
ไม่มีความเสี่ยงซึมเศร้า	1,217	9.2

ผลประเมินด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม พบว่า มีอาการซึมเศร้าระดับ ปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 35.3 รองลงมา คือ อาการซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 28.9 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนร้อยละอาการซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (n=13,132)

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อาการซึมเศร้ารุนแรง (19 คะแนน ขึ้นไป)	3,807	28.9
อาการซึมเศร้าปานกลาง (13-18 คะแนน)	4,629	35.3
อาการซึมเศร้าเล็กน้อย (7-12 คะแนน)	3,435	26.2
ไม่มีอาการซึมเศร้า (ต่ำกว่า 7 คะแนน)	1,261	9.6

ด้านการประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ด้วย 8 คำถาม พบว่า มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับรุนแรง มากที่สุด ร้อยละ 55.5 รองลงมา คือ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง ร้อยละ 21.6 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนร้อยละความเสี่ยงฆ่าตัวตายด้วย 8 คำถาม (n=13,431)

ระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระดับรุนแรง (ตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป)	7,466	55.5
ระดับปานกลาง (9-16 คะแนน)	2,899	21.6
ระดับน้อย (1-8 คะแนน)	2,183	16.3
ไม่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย	883	6.6

ปัญหาและอุปสรรค

1. การบริหารจัดการอัตรากำลังต่อเวรบางช่วง มีผู้ใช้บริการมาก ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้ทันที
2. การจัดทำรูปแบบข้อมูลการส่งต่อให้โทรกลับ ไม่ชัดเจน
3. ผู้รับบริการมักจะปรึกษาเรื่องเดิมซ้ำๆ
4. เจ้าหน้าที่ขาดข้อมูลการให้การปรึกษาในรายที่มีปัญหาซับซ้อนทำให้เจ้าหน้าที่เครียด
5. ขาดแหล่งข้อมูลการประสานงาน หรือการส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
6. ค่าตอบแทนต่ำ ไม่จูงใจให้เจ้าหน้าที่สมัครขึ้นปฏิบัติงาน
7. ผู้รับบริการแสดงอารมณ์ได้อย่างเต็มที่ แต่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานต้องควบคุมอารมณ์อย่างเต็มที่ ทำให้เครียดมาก รู้สึกเหมือนเป็นที่ยอมรับอารมณ์ผู้ใช้บริการอาจส่งผลให้เกิดภาวะหมดไฟได้
8. การจัดทำแผนการบอร์ดแคสให้สอดคล้องกับจัดอัตรากำลัง
9. อุปกรณ์มือถือ สัญญาณ Internet และ PC ไม่พร้อมเท่าที่ควร

ข้อเสนอแนะ

1. ให้กำหนดเป็นนโยบายการสำคัญของหน่วยงาน เพื่อให้เป็นบริการที่สอดคล้องกับยุคสมัย มีความยั่งยืน มีความก้าวหน้า ทันสมัย โดยมีการปรับปรุงเนื้อหาการให้บริการที่ไม่สร้างภาระให้กับผู้ปฏิบัติงานและหน่วยงาน เช่น ช่วงเวลาการให้บริการ ค่าใช้จ่าย เป็นต้น
2. ให้มีการพัฒนาระบบร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ที่เข้าใช้งานที่มีวิกฤตสุขภาพจิต อย่างต่อเนื่อง
3. ให้มีการพัฒนาสมรรถนะผู้ปฏิบัติงานให้มีความเชี่ยวชาญ และมีความพร้อมในการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ
4. กำหนดให้บริการแพทย์ให้การปรึกษาในเวลาราชการ เป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติของทีมนสวิชาชีพในหน่วยงาน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์

เอกสารอ้างอิง

1. Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. Asian Journal of Psychiatry 2020; 52: 1-5. DOI.org/10.1016/j.ajp.2020.102066.
2. Ahmed MZ, Ahmed O, Aibao Z, Hanbin S, Siyu L and Ahmad A. Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. Asian Journal of Psychiatry 2020; 51: 2-7. DOI.org/10.1016/j.ajp.2020.102092.
3. Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. An International Journal of Medicine 2020; 00: 1-6. doi: 10.1093/qjmed/hcaa202.
4. Feijt M, Kort Y, Bongers I, Bierbooms J, Westerink J and IJsselsteijn W. Mental Health Care Goes Online: Practitioners' Experiences of Providing Mental Health Care During the COVID-19 Pandemic. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking 2020; 00: 1-5. DOI: 10.1089/cyber.2020.0370.

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลงานวิจัย การฆ่าตัวตายในประเด็นด้านการส่งเสริมป้องกัน เฝ้าระวัง บำบัดรักษาฟื้นฟู รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทางสังคม จิตวิทยา ชีววิทยา ในประเทศไทย

บทความที่ส่งมาเพื่อรับการพิจารณา จะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในที่ใดมาก่อน หรืออยู่ในระหว่างการรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น ซึ่งผู้นิพนธ์จะต้องแนบใบนำส่ง (ตัวอย่างท้ายเล่ม) พร้อมเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แนบมาด้วย

บทความที่ส่งมาให้พิจารณาตีพิมพ์จะได้รับการตรวจทานต้นฉบับจากกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน บทความที่ได้รับการตีพิมพ์แล้วจะเป็นลิขสิทธิ์ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ประเภทของบทความที่รับตีพิมพ์ แบ่งเป็น 6 ชนิด ได้แก่

1. บทความพิเศษ (Special article)

ผู้เขียนเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในทางใดทางหนึ่ง และใช้ประสบการณ์นี้เขียนแสดงความคิดเห็นในแง่ใดหนึ่งในเรื่องนั้น โดยกองบรรณาธิการขอสงวนลิขสิทธิ์ในการกำหนดผู้นิพนธ์

2. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

เป็นบทความรายงานผลการวิจัยโดยยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับใดมาก่อน ประกอบด้วยชื่อเรื่อง (Title)

ชื่อผู้นิพนธ์และสังกัด (Author & by-line) บทคัดย่อ (Abstract) คำสำคัญ (Key word) บทนำ (Introduction) วัสดุและวิธีการ (Material and methods) ผล (Results) ตารางหรือภาพ บทวิจารณ์ (Discussion) สรุป (Conclusion) กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) และเอกสารอ้างอิง (References)

3. บทความปริทัศน์ (Review article)

เป็นบทความที่ผู้เขียนนำผลงานวิจัยมาวิเคราะห์และเปรียบเทียบ แล้วสังเคราะห์เป็นองค์ความรู้ใหม่ เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะในสถานการณ์ปัจจุบัน ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง (Title) ชื่อผู้นิพนธ์และสังกัด (Author&by-line) บทคัดย่อ (Abstract) คำสำคัญ (Key word) บทนำ (Introduction) เนื้อเรื่อง (Text) บทวิจารณ์ (Discussion) สรุป (Conclusion) และเอกสารอ้างอิง (References)

4. รายงานเบื้องต้น (Preliminary report)

หรือรายงานสังเขป (short communication) เป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ แต่ต้องมีการศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมหรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญเช่นเดียวกับนิพนธ์ต้นฉบับ หรือบทความปริทัศน์

5. รายงานผู้ป่วย (Case report)

เป็นรายงานเกี่ยวกับกรณีศึกษาผู้ป่วยที่สนใจ ไม่เคยมีรายงานมาก่อนหรือมีรายงานน้อยราย ชื่อเรื่องควรต่อท้ายด้วย : รายงานผู้ป่วย.....ราย

(Case report) เพื่อให้ผู้อ่านทราบว่าเป็นรายงานผู้ป่วย ถ้าแสดงรูปภาพต้องเฉพาะที่จำเป็นจริงๆ และได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้รับผิดชอบ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง (Title) ชื่อผู้นิพนธ์ และสังกัด (Author & by-line) บทคัดย่อ (Abstract) คำสำคัญ (Key word) บทนำ (Introduction) รายงานผู้ป่วย (Report of case [s]) ซึ่งบอกลักษณะอาการของผู้ป่วย ผลการตรวจ (Finding) การรักษาและผลจากการรักษาบำบัด บทวิจารณ์ (Discussion) สรุป (Conclusion) กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) และเอกสารอ้างอิง (References)

6. ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความทั่วไปที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตและสาธารณสุข ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง (Title) ชื่อผู้นิพนธ์และสังกัด (Author & by-line) เนื้อเรื่อง (Text) สรุป (Conclusion), กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) และเอกสารอ้างอิง (References)

องค์ประกอบของบทความ

1. ชื่อเรื่อง (Title) ต้องมีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ ชื่อเรื่องควรเป็นวลีสั้นๆ สามารถสื่อให้ผู้อ่านคาดเดาถึงแนวทางและผลการวิจัยได้

2. ชื่อผู้นิพนธ์ และสังกัด (Author & by-line) เขียนชื่อ นามสกุล ตัวย่อวุฒิการศึกษาสูงสุด ภาษาไทยและอังกฤษ ในกรณีที่ผู้นิพนธ์หลายคนให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญที่แต่ละคนมีส่วนในงานวิจัยนั้น ชื่อหน่วยงานของผู้เขียนที่เป็น

ปัจจุบันเพื่อสะดวกในการติดต่อ

3. บทคัดย่อ (Abstract) ให้ย่อหน้าเดียวกัน ให้เขียนทั้งภาษาไทยและอังกฤษความยาวไม่เกิน 300 คำ เรียงตามลำดับดังนี้ วัตถุประสงค์ (Objective) วัสดุและวิธีการ (Material and methods) ผล (Results) สรุป (Conclusion) และคำสำคัญ (key words) : ระบุคำสำคัญ 2-5 คำทั้ง 2 ภาษาโดยใช้ Medical Subject Heading (MeSH) items ของ U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญ

4. คำสำคัญ (Key word) เขียนเป็นคำหรือวลี ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ จำนวน 2-5 คำสำหรับภาษาอังกฤษ ให้ขึ้นต้นด้วยตัวอักษรใหญ่ ทูลห้หลังเครื่องหมาย “ , ”

5. บทนำ (Introduction) ให้ข้อมูลข้อสนเทศและประเด็นสำคัญทางวิชาการ รวมทั้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยนั้น

6. วัสดุและวิธีการ (Material and methods) กล่าวถึงการออกแบบกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ทางสถิติ และให้ระบุเลขรหัสการได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้วย

7. ผล (Results) รายงานและอธิบายผลที่สำคัญที่เป็นความจริง อาจมีตารางและภาพประกอบรวมกันไม่ควรเกิน 5 ตาราง (ตาราง 3 รูปภาพ 2) และไม่ซ้ำซ้อนกับคำบรรยาย ตาราง แผนภูมิ และรูปภาพ ให้พิมพ์แยกไว้ต่างหากท้ายเนื้อเรื่อง

ตาราง ประกอบด้วยชื่อตาราง สดมภ์

มีหน่วยนับ มีเส้นตารางเฉพาะแนวนอน ให้เรียงต่อจากคำอธิบาย

รูปภาพ ให้ใช้ภาพถ่ายขาวดำขนาดโปสการ์ด (3x5 นิ้ว) และเขียนหมายเลขกำกับไว้ว่า รูปที่ 1 รูปที่ 2 ฯลฯ สำหรับรูปภาพดิจิทัลให้ใช้รูปแบบ JPEG

แผนภูมิ ควรมีฐานข้อมูลของแผนภูมิ และควรระบุโปรแกรมที่ใช้ด้วยคำอธิบายรูปภาพ และแผนภูมิให้พิมพ์แยกไว้ต่างหากแทรกไว้ก่อนรูปนั้น

8. วิจารณ์ (Discussion) นำประเด็นสำคัญที่เป็นจริงของผลการวิจัยมาศึกษาอธิบาย เรียงตามลำดับ ที่นำเสนอในผลว่าเหมือนหรือต่างจากผลการศึกษาของผู้อื่นอย่างไร โดยมีหลักฐานอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ การนำผลมาประยุกต์ใช้ รวมทั้งข้อเสนอแนะทางวิชาการ

9. สรุป (Conclusion) เขียนสรุปเรียงลำดับตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

10. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) (ถ้ามี) เขียนขอบคุณบุคคลที่ช่วยเหลือเป็นกรณี โดยเขียนให้สั้นเรียบง่าย ชัดเจน แสดงความมีน้ำใจ แต่ไม่เกินจริง เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย ให้คำปรึกษา เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผลวิจัย ช่วยพิมพ์ หรือตรวจแก้ไขบทนิพนธ์

11. เอกสารอ้างอิง (References) ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) โดยผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง และการอ้างอิงในเนื้อหา

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิง ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver) กำหนดหมายเลขเรียงตามลำดับการอ้างอิงในเนื้อเรื่อง เลขอ้างอิงในเรื่อง (index citation) ให้ใช้เลขอารบิกตัวยก (superscript) ไม่ต้องมีวงเล็บ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิมชื่อย่อของวารสารใช้ตาม Index Medicus สามารถค้นชื่อย่อภาษาอังกฤษได้จาก Journals in NCBI Databases ที่ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals> กรณีวารสารที่เป็น non index medicus ทั้งวารสารภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ให้เขียนชื่อเต็มของวารสารนั้น ไม่ใช่ชื่อย่อ

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. บทความวารสาร

รูปแบบ

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal)

ปีพิมพ์ (Year); ปีที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

1.1 การอ้างอิงบทความจากวารสารที่ได้มาตรฐานทั่วไป

(E) Ballard ED, Reed JL, Szczepanik J, Evans JW, Yarrington JS, Dickstein DP, et al. Functional imaging of the implicit association of the self with life and death. Suicide Life Threat Behav 2019;49:1600-8.

- (T) จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์, ชลธิชา เรืองวิริยะนันท์. ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2562;27:95-6.
- 1.2 ถ้าผู้แต่งหรือผู้นิพนธ์มีตั้งแต่ 1-6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน ถ้ามีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก คั่นระหว่างบุคคลด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma) “,” เว้นวรรค 1 ครั้ง ก่อนพิมพ์ตามด้วย “et al.” หรือภาษาไทยใช้คำว่า “และคณะ” ผู้แต่งหรือผู้นิพนธ์ (Author) หากเป็นชาวต่างชาติ ให้ใช้นามสกุลขึ้นก่อน ให้เว้นวรรค 1 ครั้ง ตามด้วยอักษรตัวแรกของชื่อต้นและชื่อกลาง 2 ตัวติดกัน ตัวอย่างดังนี้
- (E) Meydani SN, Leka LS, Fine BC, Dallal GE, Keusch GT, Singh MF, et al. Vitamin E and respiratory tract infection in elderly nursing home residents: a randomized controlled trial. JAMA 2004;292: 828-36.
- (T) ประภาส อุครานันท์, อภิชัย มงคล, วัชณี หัตถพนม, ศิระ กิตติวัฒนโชติ, สุวดี ศรีวิเศษ, ไพรวลัย รมช้าย และคณะ. การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2558;60:35-48.
- 1.3 หากบทความนั้นเขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด แต่ตีพิมพ์ในวารสารของไทยซึ่งถูกบรรจุในฐานข้อมูล Scopus แล้ว ให้เขียนเอกสารอ้างอิงดังนี้
- (T) Silpakit C, Silpakit O, Chomchuen R. Mindfulness based relapse prevention program for alcoholism. Siriraj Med J 2015; 67:8-13.
- 1.4 หากบทความนั้นเขียนเป็นภาษาไทยทั้งหมด และตีพิมพ์ในวารสารของไทยที่อยู่เฉพาะในฐานข้อมูล TCI ให้เขียนเอกสารอ้างอิงดังนี้
- (T) พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์, อธิบ ต้นอารีย์, บังอร สุปรีดา. แนวโน้มและปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตคนไทย:การสำรวจระดับชาติ ปี พ.ศ. 2561. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2563; 28:121-35.
- 1.5 กรณีที่ไม่มีชื่อผู้นิพนธ์ เขียนอ้างอิงดังนี้
- (E) Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994;84:15.
- (T) ครอบครัวและชุมชนกับการป้องกันสิ่งเสพติด [บทบรรณาธิการ]. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา 2554;9:5-6.
- 1.6 กรณีที่เป็นฉบับเสริม (Supplement) เขียนอ้างอิงดังนี้
- 1.6.1 ฉบับเสริมของปี

(E) Strauss SE. History of chronic fatigue syndrome. Rev Inf Dis 1991;11 suppl 1:52-7.

(T) จำลอง ดิษยวณิช. จิตเวชศาสตร์ไทยในอดีต. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2552;54 ฉบับผนวก 1:35-115.

1.6.2 ฉบับเสริมของเล่ม

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

(T) ธรรมนูญ เทียนมนั, สุธน วงษ์ชีรี, สุรศักดิ์ หมั่นพล, ปณดา วิรุฬห์บุญภัทร, ชมไฉไล สันธสาร. ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการแก้ไขข้อบกพร่องจากการตรวจประเมินห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ตามมาตรฐาน ISO 15189. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2558;57(ฉบับพิเศษ 3):287-01.

2. หนังสือ

รูปแบบ

ชื่อผู้พิมพ์ (Author). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication):สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year).

2.1 หนังสือมาตรฐานทั่วไป

(E) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed.

(DSM-5). Washington, DC:American Psychiatric Publishing; 2013

(T) สุวนีย์ เกียรติกิ่งแก้ว. การพยาบาลจิตเวช (Psychiatric nursing). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2554.

2.2 หนังสือที่ผู้พิมพ์เป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization)

(E) 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.

(T) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. Manual of medical therapeutics. กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.

2.3 หนังสือที่ผู้พิมพ์เป็นบรรณาธิการหรือผู้รวบรวม (Editor/Compiler)

(E) Ketter TA, editor. Advances in treatment of bipolar disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2015.

(T) มาโนช หล่อตระกูล, บรรณาธิการ. การตรวจสัมภาษณ์ทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.

2.4 การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้พิมพ์เฉพาะบทและมีบรรณาธิการ (Chapter in a book)

รูปแบบ

ชื่อผู้พิมพ์ (Author). ชื่อบท (Title of a chapter). ใน (In):ชื่อบรรณาธิการ, editors.

ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication):สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year). หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (หน้า/P).

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

(T) พิชัย อภิรัฐสกุล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. การใช้ยาและ ECT. ใน:มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รายาธิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ:ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558. หน้า 442-80.

2.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุมวิชาการ/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

รูปแบบ

ชื่อบรรณาธิการ/editor. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม.

เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication):สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year).

(E) Vivian VL, editor. Child abuse and neglect: a medical community response. Proceeding of the first AMA national conference on child abuse and neglect; 1984 mar 30-31; Chicago. Chicago: American Medical Association; 1985.

(T) บุญชู กุลประดิษฐารมย์, บรรณาธิการ. Laser surgery and medicine. การประชุมวิชาการและเชิงปฏิบัติการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบัติ; วันที่ 26-28 กุมภาพันธ์ 2539; ณ ห้องประชุม ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์. กรุงเทพฯ:ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.

3. รายงานทางวิชาการ

3.1 รายงานวิจัย

รูปแบบ

ชื่อผู้พิมพ์ (Author). ชื่อเรื่อง (Title). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year).

(E) Pengjuntr W, Kongsuk T, Kittirattanapaiboon P, Chutha W, Boonyamarik P, Arunpongpaissal S.

Prevalence of mental disorders in Thailand: results from the epidemiology of mental disorders national survey 2008. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2010.

- (T) ประภาส อุครานันท์, อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, วัชนี หัตถพนม, ไพรวลัย รมชัย, ไพลิน ปรัชญคุปต์. การพัฒนาแบบคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (SU-9). ขอนแก่น:โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชชนรินทร์; 2553.

3.2 วิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

รูปแบบ

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

- (E) Silpakit C. A study of common mental disorders in Primary care in Thailand [dissertation]. London:University of London; 1998.
- (T) นุจรินทร์ บัวละคร. ผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยในโรควิตกกังวลและซึมเศร้า [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต

และจิตเวช]. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.

4. เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Material)

4.1 วารสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

รูปแบบ

ชื่อผู้นิพนธ์ (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) [ประเภทของสื่อ]. ปี (Year) [เข้าถึงเมื่อ/cited วัน เดือน ปี]; ปีที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page). เข้าถึงได้จาก/Available from:<http://...>

- (E) Annas GJ. Resurrection of stem-cell funding barrier-Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NFJMp1010466>
- (T) วัลลดา พุ่มไพศาลชัย, ชิดชนก เรือนแก้ว. ภาระทางเศรษฐศาสตร์ของโรคติดสุราจากระดับโรงพยาบาลสู่ภาพรวมระดับประเทศ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2 กรกฎาคม 2563]; 28:150-60. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/issue/view/16591/3912>

4.1.1 บทความในวารสารที่มีหมายเลข
Digital Object Identifier (DOI)

รูปแบบ

ชื่อผู้พิมพ์ (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปี (Year); ปีที่ของวารสาร (Volume):เลขหน้า (Page). รหัสเลขdoi:...

(E) Stultz J. Integrating exposure therapy and analytic therapy in trauma Treatment. Am J Orthopsychiatry 2006;76:482-8. doi:10.1037/0002-9432.76.4.482.

4.2 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (e-books)

4.2.1 อ้างอิงหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ทั้งฉบับ

รูปแบบ

ชื่อผู้พิมพ์ (Author). ชื่อหนังสือ (Title of the book) [ประเภทของสื่อ]. ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year)[เข้าถึงเมื่อ/cited วัน เดือน ปี]. เข้าถึงได้จาก: https://.....

(E) Barrett KE. Gastrointestinal physiology [Internet]. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2014 [cited 2014 Oct 24]. Available from: http://www.clinicalkey.com

(T) อรรถธรณ ดวงจันทร์. มาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ในโรงพยาบาลชุมชน (ฉบับปรับปรุง) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี:

สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 13 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://www.km.dmh.go.th/km/files/มาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชน.pdf

4.2.2 อ้างอิงบทหนึ่งในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (Chapter in e-book)

รูปแบบ

ชื่อผู้พิมพ์ (Author). ชื่อบท (Title of a chapter). ใน (In): ชื่อบรรณาธิการ, editors.

ชื่อหนังสือ (Title of the book). [ประเภทของสื่อ]. ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year)[เข้าถึงเมื่อ/cited วัน เดือน ปี]. เข้าถึงได้จาก/Available from: https://.....

(E) Seeley WW, Miller BL. Alzheimer's Disease and Other Dementias. In: Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J, editors. Harrison's principles of internal medicine [Internet]. 19th ed. New York: McGraw Hill Medical; 2015 [cited 2016 Jan 08]. Available from: http://accessmedicine.mhmedical.com.ezproxy.lib.monash.edu.au/content.aspx?

(T) พิเชษฐ อดมรัตน์. ผู้ป่วยวิตกกังวล. ใน: มาโนช หล่อตระกูล, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวชสำหรับแพทย์ (ปรับปรุง 2544). [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2544 [เข้าถึงเมื่อ 3 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/Download/Ebooks/forDoctorPDF.pdf>

4.2.3 การอ้างอิงโฮมเพจ/เว็บไซต์ (Homepage/Website)

รูปแบบ

ชื่อโฮมเพจ/เว็บไซต์ [อินเทอร์เน็ต]. ชื่อเมืองหรือประเทศเจ้าของเว็บไซต์: ชื่อหน่วยงานหรือองค์กรเจ้าของเว็บไซต์; ปีที่จดทะเบียนหรือปีที่เริ่มเผยแพร่เว็บไซต์ (Year) [ปรับปรุงเมื่อ/Updated วัน เดือน ปี; เข้าถึงเมื่อ/cited วัน เดือน ปี]. เข้าถึงได้จาก/Available from: <https://.....>

(E) Medscape Pharmacists [Internet]. New York: WebMD; c1994-2009 [Updated 2009 Jun 9; cited 2009 Jun 11]. Available from: <http://www.medscape.com/pharmacists>

(T) กองควบคุมยา [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2003 [ปรับปรุงเมื่อ 20 มิถุนายน 2552]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.app1.fda.moph.go.th/drug>

5. การอ้างอิงในรูปแบบอื่น

5.1 บทความในหนังสือพิมพ์ (Newspaper article)

รูปแบบ

ชื่อผู้พิมพ์ (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อหนังสือพิมพ์ (Title of the Newspaper) ปี เดือน วันที่; ส่วนที่: เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

(E) Wangkiat P. 8 medical faculties call for Feb 2 election delay. Bangkok Post. 2014 Jan 21; National: 2 (col. 1).

(T) เกียรติศักดิ์ ผิวเกลี้ยง. หนี้สาธารณะพุ่งสวนทางเศรษฐกิจหด. โพสต์ทูเดย์. 2557 มกราคม 21; วิเคราะห์เศรษฐกิจ : 5 (คอลัมน์ 1).

5.2 พจนานุกรมต่างๆ (Dictionary and similar references)

รูปแบบ

ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year). คำศัพท์; หน้า.

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

(T) ศัพท์แพทยศาสตร์ อังกฤษ-ไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. แก้ไขเพิ่มเติม. กรุงเทพฯ:ราชบัณฑิตยสถาน; 2543. Cystitis; หน้า 89.

5.3 ซีดีรอม (CD-ROM)

รูปแบบ

ชื่อผู้จัดทำ (Author). ชื่อเรื่อง (Title) [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. เมืองที่จัดทำ Place): หน่วยงานหรือองค์กรที่จัดทำ; ปีที่จัดทำ (Year).

(E) Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

(T) ชื่อผู้จัดทำ (Author). ชื่อเรื่อง (Title) [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. เมืองที่จัดทำ Place): หน่วยงานหรือองค์กรที่จัดทำ; ปีที่จัดทำ (Year).

การเตรียมต้นฉบับ

1. พิมพ์ใบนำส่ง (ตัวอย่างแนบท้ายเล่ม) แยกออกจากเนื้อหา

ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ ตัวย่อวุฒิการศึกษาสูงสุด หน่วยงานของผู้พิมพ์ทุกคน โดยเขียนทั้งภาษาไทยและอังกฤษ และให้ระบุชื่อ ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ พร้อม e-mail address ของผู้พิมพ์ที่รับผิดชอบในการติดต่อกับกองบรรณาธิการ (corresponding author)

2. ต้นฉบับ พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษขนาด A4 ห่างจากขอบทุกด้าน 1 นิ้ว (2.5 ซม.) มีเลขกำกับทุกแผ่นที่มุมขวา พิมพ์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรม Word Processor for

Window โดยใช้ Font ขนาด 16 ระยะห่างระหว่างบรรทัดเป็น double space ต้นฉบับแต่ละเรื่องไม่ควรเกิน 15 หน้ากระดาษ A4 (ไม่นับใบนำส่ง) วัน เดือน ปี ในเนื้อหาและตัวเลขทั้งหมดให้ใช้เลขอารบิกและใส่เลขหน้าทุกแผ่น

3. ภาษา ให้ใช้ 2 ภาษา คือ ภาษาไทยและ/หรือภาษาอังกฤษ ถ้าต้นฉบับเป็นภาษาไทยควรใช้ศัพท์ภาษาไทยให้มากที่สุด โดยใช้พจนานุกรมศัพท์วิทยาศาสตร์ ฉบับราชบัณฑิตยสถาน ร่วมกับศัพท์จิตเวชของราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2560) เป็นบรรทัดฐานสำหรับคำศัพท์แพทย์ภาษาอังกฤษ ที่ไม่มีคำแปลในพจนานุกรมฯ และในหนังสือศัพท์จิตเวช อนุโลมให้ใช้ทับศัพท์ภาษาอังกฤษได้ โดยภาษาอังกฤษที่ปนอยู่ในเนื้อหาภาษาไทยให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะซึ่งขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่

การส่งต้นฉบับ

ส่งบทความได้ตลอดปี โดยส่งไฟล์ข้อมูลทั้งหมดมายัง e-mail address : journal.sui.th@gmail.com

1. ต้นฉบับในรูปแบบ (ไฟล์ word)
2. แบบฟอร์มส่งบทความตีพิมพ์ในวารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย (ไฟล์ pdf)
3. ข้อมูลผู้พิมพ์ในรูปแบบ (ไฟล์ word)
4. เอกสารได้รับอนุมัติให้วิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ (ไฟล์ pdf)

หรือส่งต้นฉบับในระบบวารสารออนไลน์ ทาง www.tci-thaijo.org/index.pdp/jspt ตามขั้นตอนดังนี้

1. สมัครสมาชิก (Register) สร้าง Username/Password และสร้าง Profile

2. ส่งบทความ (Submission)

ขั้นตอนที่ 1 เริ่มต้นการส่ง กรอกข้อมูล และตรวจสอบทุกข้อเพื่อเป็นการยืนยันว่าบทความของท่านเป็นไปตามเงื่อนไขที่วารสารกำหนด

ขั้นตอนที่ 2 อัปโหลดบทความเป็นไฟล์ word ตามข้อแนะนำการเตรียมต้นฉบับ หรือแนบไฟล์อื่น

ขั้นตอนที่ 3 กรอกรายละเอียดข้อมูลต่างๆ สำหรับบทความของท่านได้แก่ ข้อมูล Author, Title, Abstract, Keyword, References

ขั้นตอนที่ 4 ยืนยันการส่งบทความ

ขั้นตอนที่ 5 เสร็จสิ้นการ Submission และเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบ

3.การแก้ไขบทความ (Revision)

สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์ <http://www.jvkk.go.th/Journal.JSPT>

แบบฟอร์มส่งบทความตีพิมพ์ในวารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ส่งบทความและลายมือชื่อยินยอมของผู้นิพนธ์

เรียน ผู้จัดการวารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย บทความ จำนวน.....หน้า

ประเภทบทความ

- ☐ บทความพิเศษ (Special article)
- ☐ นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)
- ☐ บทความปริทัศน์ (Review article)
- ☐ รายงานเบื้องต้น (Preliminary report)
- ☐ รายงานผู้ป่วย (Case report)
- ☐ ปกิณกะ (Miscellany)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือเคยเผยแพร่ต่อสาธารณชน และบทความหลังผ่านการปรับแก้จากกองบรรณาธิการแล้ว เป็นลิขสิทธิ์ของวารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ห้ามเผยแพร่เพื่อประโยชน์ทางการค้าโดยไม่ได้รับอนุญาต แต่อนุญาตให้เผยแพร่บทความดังกล่าวเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาแก่ประชาชนทั่วไป ทั้งนี้กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยกับบทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ที่ปรากฏในวารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย

รายชื่อผู้นิพนธ์และผู้นิพนธ์ร่วม เรียงตามลำดับตามสัดส่วนของงาน (ระบุถ้าต้องการ)

- 1.....ลงชื่อ.....
- 2.....ลงชื่อ.....
- 3.....ลงชื่อ.....
- 4.....ลงชื่อ.....
- 5.....ลงชื่อ.....
- 6.....ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....ผู้นิพนธ์
(.....)

ใบตอบรับการได้รับและบอกรับวารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย

เรียน บรรณาธิการวารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย

ชื่อหน่วยงาน.....

ได้รับวารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทยปีที่.....ฉบับที่.....พ.ศ.....

จำนวน.....ฉบับ เรียบร้อยแล้ว และมีความประสงค์จะรับวารสารต่อ โดยบอกรับสมาชิกในนาม

หน่วยงาน ชื่อ.....

.....จำนวน.....ฉบับ

จัดส่งวารสารไปที่ ชื่อ.....

เลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....

หรือตอบรับการได้รับและบอกรับวารสารทางอีเมล : sophathanita@gmail.com

หรือสแกนคิวอาร์โค้ดเพื่อตอบรับการได้รับและบอกรับวารสาร



ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

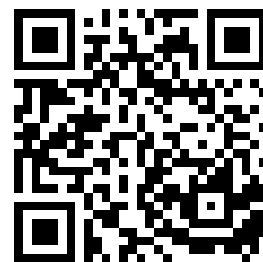
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

Journal of Suicide Prevention of Thailand

สำหรับผู้สนใจส่งบทความ

ดูรายละเอียดได้ตามคิวอาร์โค้ดนี้

- คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์
- Template รูปแบบการเขียนบทความ
- หนังสือรับรองการส่งบทความ / ผลการวิจัย (ใบนำส่ง)
- ขั้นตอนการใช้ระบบวารสารออนไลน์



สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์ : <http://www.jvkk.go.th/Journal.JSPT>