



กรมสุขภาพจิต
โดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1
มกราคม - มิถุนายน 2564

วารสารป้องกันการฆ่าตัวตาย แห่งประเทศไทย

Journal of Suicide Prevention of Thailand

Volume 2 Number 1 January – June 2021

บรรณาธิการแถลง

บทความพิเศษ

เราจะร่วมมือ ร่วมใจทำให้ประเทศไทย

มีอัตราการฆ่าตัวตายเป็นศูนย์

อัศรเดช กลั่นพิบูลย์

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท
ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร, ภาสินี ไทอินทร์

กาญจน์กนก สุรินทร์ชุมพู่, นุสพา รุ่งเรือง

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทุนชีวิตเด็กวัยเรียน

กานดา ผาวงศ์, อัจฉรา มุ่งพานิช

สรานุช คำภักดิ์, อัจฉริยา นคะจัด

ชญญาพัทธ์ ท้องวีระดาสิริ,

สุนิศา เจือหนองแขง

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยง
ต่อการก่อความรุนแรง

โดยใช้การจัดการรายกรณีโรงพยาบาลกุมภวาปี

รัศมี พรพิพัฒน์, นภัสนันท์ กาสะโก

ผลการบำบัดสุราแบบสั้นในผู้ป่วยติดสุราที่มีความ
เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มารับบริการแผนกผู้ป่วย
นอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

จารุนันท์ คำชมพู่, ธิดา รัตนสมบัติ

นิภา ยอดสง่า, ธนินยาภรณ์ เจริญกิจ

ตระกูล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย
โรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4-5 อำเภอห้วยราช
จังหวัดบุรีรัมย์

พิมพ์ดีดี จีรวิกรานต์กุล

คำแนะนำผู้นิพนธ์

ขั้นตอนการส่งต้นฉบับ

ISSN : 2730-3284

ISSN : 2730-3373 (Online)



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	รังษิณี	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	ศรีธธาพิสิฐ	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.มณฑินี	จุลละนันท์	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
------------	------------	-----------------------------------

ผู้จัดการวารสาร (Editor Manager)

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

ผู้จัดการวารสารออนไลน์ (Online Manager)

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

ฝ่ายออกแบบวารสาร (Graphic Designer)

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



วารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย

Journal of Suicide Prevention of Thailand

วารสารการป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย เป็นวารสารของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อแพร่ผลงานวิชาการและผลงานวิจัยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ในประเด็นด้านส่งเสริม ป้องกัน เฝ้าระวัง การบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องทางสังคมจิตวิทยา ชีววิทยา ในประเทศไทย

บทความที่ส่งมาเพื่อรับการพิจารณาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในที่ใดมาก่อนหรืออยู่ในระหว่างการรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น ซึ่งผู้ตีพิมพ์จะต้องแนบใบนำส่ง (ตัวอย่างท้ายเล่ม) พร้อมเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แนบมาด้วย

บทความที่ส่งมาให้พิจารณาตีพิมพ์จะได้รับการตรวจทานต้นฉบับจากคณะกรรมการอย่างน้อย 2 ท่าน บทความที่จะตีพิมพ์ให้ปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้ตีพิมพ์ 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



กรมสุขภาพจิต
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

วารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2564

สารบัญ	หน้า
บรรณาธิการแถลง	ก
บทความพิเศษ	
เราจะร่วมมือ ร่วมใจทำให้ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายเป็นศูนย์ อัครเดช กลิ่นพิบูลย์	1-8
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ผลของกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ศิริวรรณ ฤกษ์ชนะขจร ภาสินี ไทอินทร์ กาญจน์กนก สุรินทร์ชมพู บุปผา รุ่งเรือง	9-23
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทุนชีวิตเด็กวัยเรียน กานดา ผาวงศ์ อัจฉรา มุ่งพานิช สรานุช คำภักดี อัจฉริยา นคะจัด ชัยญาพัทธ์ ก้องวีระดาตาสิริ สุนิศา เจือหนองแขวง	24-41
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้การจัดการรายกรณีโรงพยาบาลกุมภวาปี รัศมี พรพิพัฒน์ นภัสนันท์ ภาสะโก	42-60
ผลการบำบัดสุราแบบสั้นในผู้ป่วยติดสุราที่มีความเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตายที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จารุนันท์ คำชมพู ธิดา รัตนสมบัติ นิภา ยอดสง่า ธนันยาภรณ์ เจริญกิจตระกูล	61-71
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4-5 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ พิมพ์ดี จีรวีกรานต์กุล	72-85
คำแนะนำผู้นิพนธ์	86-99



กรมสุขภาพจิต
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นสถานจิตเวช

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีครับท่านผู้อ่านทุกท่านวารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 1 ของปี 2564 (มกราคม - มิถุนายน) ได้รวบรวมบทความที่น่าสนใจจำนวน 6 บทความ ในจำนวนนี้มีนิพนธ์ต้นฉบับ 5 บทความ และบทความพิเศษ 1 บทความ โดยมาจากหลากหลายวิชาชีพ

วารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย มุ่งเน้นการนำเสนอในประเด็นด้านการส่งเสริมป้องกัน เฝ้าระวัง บำบัดรักษาฟื้นฟู รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องทางสังคมจิตวิทยา ชีววิทยาในประเทศไทย

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าผู้อ่านจะได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่จากเนื้อหาของวารสารนี้ ท่านผู้อ่านสามารถติดตามการเผยแพร่บทความของวารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทยในรูปแบบ E-journal ผ่านทาง www.tci-thaijo.org/index.php/JSPT พบกันฉบับหน้า ขอขอบคุณครับ

ในสมพล หาญดี

ณสมพล หาญดี
บรรณาธิการ

บทความพิเศษ

Special article

“เราจะร่วมมือ ร่วมใจทำให้ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายเป็นศูนย์”

“We believe Zero Suicides are possible”

อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, ปร.ด.

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

การฆ่าตัวตายไม่ใช่โรคร้ายแต่เกี่ยวข้องกับความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่อาจเรียกรวมๆ ได้ว่า พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (suicidal behavior) ซึ่งเป็นการกระทำโดยเจตนาฆ่าตัวเองอย่างไตร่ตรองมาแล้ว¹ ประชากรในทุก ๆ กลุ่มวัยจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแต่แรงจูงใจในการทำร้ายตนเองอาจแตกต่างกันและจะสัมพันธ์กันกับระดับพัฒนาการทางด้านจิตใจ อัตราการฆ่าตัวตายในแต่ละประเทศแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ในหลายๆ ประเทศอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดอยู่ในวัยกลางคนและวัยสูงอายุ สาเหตุอาจเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ไม่ดี ขาดแหล่งสนับสนุน มีความยากจน ความอดอยาก การว่างงาน รวมถึงความไม่พึงพอใจในชีวิต มีความโดดเดี่ยว หย่าร้าง การสูญเสียสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด มีพฤติกรรมahunหันเล่นจากปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาสัมพันธภาพ การดื่มสุรา การมีพยาธิสภาพทางจิต มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในผู้สูงอายุจะเกิดภาวะซึมเศร้าและมีภาวะสมองเสื่อมที่สนับสนุนในความสัมพันธ์ระหว่างความคิดฆ่าตัวตาย ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ รวมทั้งภาวะซึมเศร้าและความสิ้นหวังที่มีความแตกต่างในช่วงชีวิต มีทั้งความเหงาความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าและขาดการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกเหล่านี้สัมพันธ์กับความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย การเจ็บป่วยทางร่างกาย อาการปวดรุนแรงเรื้อรัง มีโรคที่ทำให้อ่อนเพลียทรุดโทรมในอดีตที่ผ่านมา และในผู้ที่เป็โรคซึมเศร้านี้จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงมากกว่าประชากรทั่วไป 6.20 เท่า² และพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 50.0³ แต่ปัจจุบันพบว่าประชากรทั่วไปได้รับผลกระทบจากการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อให้เกิดความเครียด จากภาวะเศรษฐกิจถดถอย มีอัตราการว่างงานเพิ่มขึ้นและมีปัญหาด้านการเงิน รวมถึงคนสูงอายุที่ต้องถูกให้อยู่ในพื้นที่จำกัด และยังพบว่าอุบัติการณ์ของความคิดฆ่าตัวตายมีสูงขึ้นในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) เมื่อเทียบกับช่วงเวลาก่อนหน้าการระบาดคิดเป็นร้อยละ 10.70 ต่อ 4.30

ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง ติดอันดับ 32 ของโลก เฉลี่ย 14.40 คนต่อแสนประชากรเป็นเพศหญิง 2.39 คนต่อแสนประชากรเพศชาย 11.28 คนต่อแสนประชากร ซึ่งมากกว่าเพศหญิงถึง 4 เท่า⁴ และอยู่ในกลุ่มวัยทำงานสูงถึง 9.80 คนต่อแสนประชากรรองลงมา คือ กลุ่มผู้สูงอายุ 8.28 คนต่อแสนประชากรกลุ่มอาชีพที่ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ คือกลุ่มผู้ใช้แรงงานมากถึงร้อยละ 37.20 กลุ่มเกษตรกร ร้อยละ 26.40 และไม่มีรายได้ ร้อยละ 21.30 ตามลำดับ ข้อมูลดังกล่าวบ่งบอกถึงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทยที่กำลังมีการขยับตัวเพิ่มสูงขึ้น และเมื่อเกิดสถานการณ์

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอัตราการฆ่าตัวตายที่ร้อยละ 0.99 (95% CI: 0.60-1.38, $p < 0.0001$) (ฐานข้อมูลการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2562 - 2563) และยืนยันได้จากผลการสำรวจสภาวะการครองชีพของครัวเรือนไทยที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล ระหว่างวันที่ 21-28 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 โดยศูนย์วิจัยกสิกรไทยที่พบว่า มีผู้ว่างงานร้อยละ 9.60 โดยร้อยละ 61.40 ได้รับผลกระทบจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และมาตรการล็อกดาวน์ ที่ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติและอีกร้อยละ 38.60 มาจากสาเหตุอื่นๆ

การแพร่ระบาดของโรคดังกล่าวทำให้แรงงานคนไทยมีความเสี่ยงต่อการถูกเลิกจ้าง 8.40 ล้านคน คล้ายคลึงกับวิกฤติเศรษฐกิจต้มยำกุ้ง ในปี พ.ศ. 2541-2542 ซึ่งพบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีแนวโน้มที่จะทำให้ประชาชนอาจเกิดความเครียดเพิ่มขึ้นและอาจเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรด้านสาธารณสุข 8 ใน 10 คน และประชาชน 4 ใน 10 คน มีความเครียดและกังวลจากการทำงาน เกิดความเหนื่อยล้า หหมดหวัง หหมดพลัง สูญเสียพลังทางใจและนำไปสู่ภาวะหมดไฟ (burnout) สำหรับประชาชนอาจทำให้เกิดความเครียด (stress) และอาจเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า (depression) นำไปสู่การฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น ซึ่งคาดว่าจะมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มสูงขึ้นมากกว่า 8 คนต่อแสนประชากร จากปัญหาเศรษฐกิจที่เป็นปัจจัยสาเหตุของการฆ่าตัวตายสำเร็จมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 โดยเฉพาะในช่วงแรก ที่มีการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบปัจจัยสาเหตุด้านเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.00

เป็นร้อยละ 38.70 ในขณะที่ปัจจัยด้านอื่น ๆ มีค่าเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและแตกต่างจากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายในปี 2561 พบว่าเป็นปัญหาในเรื่องความสัมพันธ์ร้อยละ 53.04 ปัญหาจากสุราร้อยละ 29.00 โรคทางกายร้อยละ 25.70 ปัญหาในด้านเศรษฐกิจร้อยละ 19.00 โรคทางจิต ร้อยละ 12.00 และโรคซึมเศร้าร้อยละ 7.80⁵

การฆ่าตัวตายสร้างความสะเทือนขวัญได้ทั้งต่อครอบครัวคนใกล้ชิดและคนในสังคม มีผลกระทบต่อกฎหมายและคนใกล้ชิดเป็นอย่างมาก และโดยเฉพาะการฆ่าตัวตายสำเร็จ จะทำให้ญาติและคนใกล้ชิดต้องมีชีวิตอยู่กับความโศกเศร้าและรู้สึกผิดอยู่ตลอดเวลา นอกจากนี้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายก็อาจเกิดความรู้สึกผิดและ จะถูกมองว่าเป็นบุคคลที่สร้างปัญหาให้กับผู้อื่น ซึ่งอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ และอาจกระทำด้วยวิธีการที่รุนแรงขึ้นหรือมีเจตนาอย่างแรงกล้าที่จะจบชีวิตตนเอง ถ้ารอดชีวิตอาจก่อให้เกิดความพิการหรือมีการเจ็บป่วยเรื้อรังจากพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายที่รุนแรง นอกจากนี้ยังอาจเกิดการเลียนแบบพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เช่น ในปัจจุบันมีการเลียนแบบการฆ่าตัวตายด้วยวิธีรมควันมากขึ้น และที่สำคัญพบว่าประเทศต้องสูญเสียงบประมาณสูงถึง 16,000 ล้านบาท และสูญเสียมูลค่าทางเศรษฐกิจในการรักษาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายปีละกว่า 400 ล้านบาท⁶ อย่างไรก็ตามพฤติกรรมฆ่าตัวตายสามารถป้องกันได้ถ้าผู้ใกล้ชิดใส่ใจ เข้าใจรับรู้ รับฟัง จะสามารถช่วยเฝ้าระวังไม่ให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้อย่างมากจากสัญญาณเตือนหรือร่องรอยอะไรบางอย่างออกมาให้คนใกล้ชิดได้รับรู้

บุคคลที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายหรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มักจะมีสัญญาณเตือนหรือร่องรอยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายโดยมีสัญญาณเตือนอะไรบางอย่างออกมาให้คนรอบข้างได้รับรู้

เช่น การพูดเปรยๆ ว่าไม่อยากอยู่ หรือครอบครัวจะดีกว่านี้ถ้าไม่มีตัวเองอยู่ ชีวิตนี้ไม่เหลืออะไรแล้ว หรือมีพฤติกรรมบางอย่าง เช่น ซื้อยามาเก็บไว้จำนวนมากๆ ซื้อสารอันตรายที่ไม่จำเป็นต้องใช้มาเก็บไว้ เขียนจดหมายลาตาย หรือพูดทำนองเสี่ยงกับคนอื่น ๆ ถ้าผู้ใกล้ชิดบุคคลที่มีความคิดหรือมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ตระหนักถึงสัญญาณเตือนเหล่านี้จะสามารถช่วยเฝ้าระวังและส่งต่อข้อมูลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้อย่างมาก และในปัจจุบันนี้นักวิชาการได้สร้างเครื่องมือสำหรับนำไปใช้ประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ในหลากหลายรูปแบบที่สามารถใช้ได้ทั้งในบุคคลทั่วไปและในผู้ป่วยจิตเวช เช่น Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I), Beck Scale for Suicide Ideation (BSI), Scale for Suicidal Ideation Thai Version (SSI Thai Version), Thai Version of the PHQ-9 และ Five-item Brief Symptom Rating Scale (BSRS-5) ซึ่งมีความเหมาะสมต่อการประเมินความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและประเมินความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย Suicide Intent Scale (SIS) เพื่อให้สามารถป้องกันและดูแลรักษาได้อย่างทันทั่วทั้ง

การป้องกันและการดูแลรักษาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพมีหลากหลายวิธีและ มีความพยายามร่วมมือกันเสนอแนวคิดผ่านมาตรการต่าง ๆ เพื่อลดอุบัติการณ์ของการฆ่าตัวตาย เช่น 1) มาตรการลดการเข้าถึงวิธีการอุปกรณ์หรือสิ่งของบางอย่างที่อาจกระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตาย เช่น อาวุธปืน หรือสารพิษ เช่น opioids สามารถลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้มากขึ้น^{7,8} อุปกรณ์และเครื่องมือที่อาจนำไปใช้เพื่อทำร้ายตัวเองจะต้องถูกเก็บออกไป⁹ บางประเทศมีมาตรการลดการเข้าถึงถ่าน การเพิ่มสิ่งกีดขวางบนสะพานและรถไฟ

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

ใต้ดิน⁸ 2) มาตรการป้องกันและรักษาการติดสารเสพติดและการติดสุราใช้ในผู้ที่มีการใช้สารและมีความเสี่ยงฆ่าตัวตายก่อนหน้านี้ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{7,8} โดยใช้มาตรการที่เป็นกลยุทธ์เชิงป้องกัน เช่น ลดการเข้าถึงและลดจำนวนร้านขายแอลกอฮอล์ 3) มาตรการให้คำปรึกษาแบบสายด่วนวิกฤติ⁸ การเชื่อมโยงกับชุมชน วัด โรงเรียน ครอบครัว และกลุ่มเพื่อน⁹ 4) มาตรการการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพและได้ผลลัพธ์ที่ดี เช่น การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy: CBT) สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Interpersonal Therapy: IPT) การบำบัดโดยการแก้ไขปัญหา (Problem-Solving Therapy: PST) การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho Education Therapy) พบว่าได้ผลลัพธ์ดีในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีความคิดเกี่ยวกับฆ่าตัวตาย¹⁰ 5) มาตรการด้านการพัฒนาเศรษฐกิจที่สามารถลดความยากจน¹¹ มาตรการเพิ่มการเชื่อมต่อในทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุเพศชาย¹² สามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายลงได้ 6) มาตรการต่อต้านการฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดให้มีวันป้องกันการฆ่าตัวตายโลกในวันที่ 10 กันยายนของทุกปี ด้วยการสนับสนุนของทั้งสมาคมเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายระหว่างประเทศและองค์การอนามัยโลก¹⁰ นอกจากนี้ในทุกประเทศจะมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานสำหรับใช้ในการดูแลและบำบัดรักษาเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตามแม้จะมีมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพ เช่น การจำกัดการเข้าถึงวิธีการที่เป็นอันตรายต่อชีวิต การบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต¹⁴ การรักษาด้วยยา clozapine⁸ ที่ตอบสนองได้ดีในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย¹⁵ แต่ก็มีข้อจำกัดในการใช้และมี

ข้อควรพิจารณาในความปลอดภัย¹⁶ ประสิทธิภาพสูงสุดจะต้องใช้เวลาอย่างน้อย 6 สัปดาห์ขึ้นไป¹⁷ หรือหลายเดือนจึงจะเห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจน¹⁸ การบำบัดทางจิตสังคมจึงเป็นกลยุทธ์ร่วมที่สำคัญเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

การบำบัดโดยการแก้ปัญห (problem-solving therapy: PST) เป็นการบำบัดทางจิตสังกรมรูปแบบหนึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีประสิทธิภาพในการป้องกันและช่วยลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอื่น ๆ เช่น อาการซึมเศร้าและความสิ้นหวัง¹⁹ และช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคจิต²⁰ PST นี้ D'Zurilla and Nezu ได้พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT)²¹ และนำกรอบแนวคิดในการแก้ไขปัญหามาจากรูปแบบความเครียดและความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (stress-diathesis model) มาใช้สนับสนุนในการสอนให้บุคคลเป็นผู้แก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและได้ผลลัพธ์อย่างแท้จริง ตามวิธีการที่ดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอนในกระบวนการระบุปัญหาและการปรับวิธีการแก้ปัญหในแต่ละวัน จุดเด่นของการบำบัดด้วย PST จะมุ่งเน้นไปที่การปรับมุมมองปัญหาในทางลบ (negative problem orientation: NPO) มาเป็นมุมมองในทางบวก (positive problem orientation: PPO) และเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหามากขึ้น เพื่อมุ่งลดความเครียด และเพิ่มความสามารถของสมองในการจัดการปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้นตอน จะทำให้ผู้ป่วยสามารถกำกับตนเองได้ มองปัญหาในทางบวก เลือกทางออกในการแก้ปัญหาคด้วยเหตุผล พัฒนาแผนการที่จะลงมือทำตามวิธีแก้ปัญหที่เลือกและประเมินผลการลงมือแก้ปัญหที่เลือก ซึ่งจะเป็นการแก้ไขสมมติฐานที่ว่าคนที่บุคคลฆ่าตัวตายก็เพื่อแก้ปัญหา

ของตนเอง ดังนั้นจึงต้องพยายามที่จะเปลี่ยนวิธีแก้ปัญหาคด้วยการฆ่าตัวตายมาเป็นการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์เพื่อให้มีการปรับตัวให้มากขึ้น²² จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลงได้ โดยที่ PST นี้เป็นวิธีการบำบัดทางจิตสังกรมแบบสั้นที่น่าสนใจในประสิทธิภาพง่ายต่อการเรียนรู้และใช้ระยะเวลาที่สั้น²³ มีความพิเศษที่ไม่ต้องใช้ความสามารถทางปัญญาของผู้ป่วย²⁴ มีความยืดหยุ่นในเงื่อนไขการบำบัดและกำหนดจำนวนครั้งหรือรอบเวลาบำบัดให้สั้นลงได้²⁵ อาจมีการปรับการบำบัดเพียง 4-12 ครั้ง หรือมากกว่า และโดยทั่วไปใช้ระยะเวลา 30-60 นาที ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยและความต้องการของผู้บำบัด²⁵ จึงเป็นการบำบัดที่มีความเหมาะสมต่อผู้ป่วยและมีประสิทธิภาพต่อการแก้ไขปัญหาคในผู้ป่วยที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย²⁶ สามารถใช้บำบัดได้ทั้งในผู้ที่ มีภาวะซึมเศร้า ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย²⁷ ผู้ที่มีความเครียดที่สำคัญในชีวิตมีความเครียดที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางการแพทย์ หรือปัญหาความบกพร่องทางสติปัญญา²⁸ ผู้ป่วยโรคเมเร็ง ครอบครัวผู้ดูแลภาวะสมองเสื่อม²⁹ โดยมีเป้าหมายของการบำบัดคือ ช่วยปรับมุมมองปัญหาในทางบวก เพิ่มทักษะการแก้ปัญหาค ลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และการส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งสามารถนำมาพัฒนาเป็นการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ ในปี 2562 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชที่มีความเชี่ยวชาญ การป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับอาเซียน และเป็นศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ (National Center for Suicide Prevention) ได้ดำเนินการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาคในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (The Development of Problem-Solving Therapy Program

for patient with suicidal ideations and behaviors: PST-PPS)³⁰ โดยพัฒนาภายใต้ตัวแบบ 5 ปัจจัย (5 Factors Model)³¹ ใช้บำบัดแบบรายบุคคลจำนวน 1-6 ครั้ง ครั้งละ 45-90 นาที ห่างกัน 1-3 วัน สัปดาห์ละ 1-3 ครั้ง ใช้เวลา 1-3 สัปดาห์ ในระหว่างการบำบัดด้วย PST ผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมในการบำบัดทุกขั้นตอนได้แก่ 1) กำหนดปัญหาและเป้าหมาย 2) การพิจารณาวิธีแก้ปัญหาอย่างเข้มข้น 3) ประเมินวิธีแก้ปัญหาทั้งทางบวกและทางลบในแต่ละวิธี 4) การตัดสินใจเพื่อใช้ดำเนินการแก้ปัญหาและทำตามแผน 5) ดำเนินการแก้ปัญหา และ 6) ประเมินความพึงพอใจกับผลลัพธ์ที่ได้ และต้องใช้เวลาทบทวนขั้นตอนการแก้ปัญหาทั้งหมดหรือบางส่วน สำหรับการปรับปรุงความสามารถของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการแก้ปัญหา โดยผู้บำบัดจะแนะนำผู้ป่วยได้ฝึกฝนผ่านกระบวนการระดมความคิดให้เกิดวิธีการแก้ปัญหาที่เป็นไปได้จำนวนมากเพื่อให้เกิดความชำนาญ หลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีและในระยะติดตามผล 1 และ 3 เดือน พบว่าทำให้มีทักษะแก้ปัญหาเพิ่มมากขึ้น มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และช่วย “เปลี่ยนแรงจูงใจเพื่อต่อสูชีวิตร” ได้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถนำไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชและผู้ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในกลุ่มอื่น ๆ เพื่อเพิ่มทางเลือกและเติมเต็มในประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อแก้ปัญหาการฆ่าตัวตายและป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำได้

อย่างไรก็ตามแม้การบำบัดรักษาผู้ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายจะเป็นบทบาทหน้าที่โดยตรงของบุคลากรด้านสาธารณสุข แต่การป้องกันการฆ่าตัวตายของคนไทยไม่ได้เป็นภาระหน้าที่ของหน่วยงานใดเพียงหน่วยงานเดียว “การรวมพลังคนไทยทุกคนและพลังของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนของประเทศให้เห็นถึงคุณค่าสำคัญของการมี

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

ชีวิตรอยู่” และร่วม “เปลี่ยนแรงจูงใจเพื่อต่อสูชีวิตร” โดยเสริมสร้างความสำนึก และรู้เท่าทันในการป้องกันการฆ่าตัวตายร่วมส่งเสริม สนับสนุน พัฒนาศักยภาพความรู้การสร้างสรรค์นวัตกรรม วิทยาการ เทคโนโลยี และพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางของชาติที่มีคุณภาพ และทันสมัยเพื่อรองรับการป้องกันการฆ่าตัวตาย และการเพิ่มประสิทธิภาพทางการแพทย์เพื่อการรักษาฟื้นฟูสุขภาพแบบองค์รวมที่มีมาตรฐานและร่วมในกระบวนการของชาติทั้งในเชิงนโยบาย ทั้งภาครัฐ ภาคการเมือง ภาคเอกชน และภาคประชาชนเพื่อการเข้าถึงระบบบริการและการพัฒนาทางเศรษฐกิจสังคม เพื่อความมั่นคงของมนุษย์และจะต้องร่วมมือ ร่วมใจกันหยุดยั้งการฆ่าตัวตายไม่ให้เกิดขึ้นในแผ่นดินไทย นั่นคือการรวมพลังคนไทยทั้งชาติเพื่อการบรรลุเป้าหมายในระยะ 10 ปี ประเทศไทยต้องปราศจากการฆ่าตัวตาย (Zero Suicide Alliance) และต้องเร่งสร้างการตื่นรู้ว่ามีความเป็นไปได้ที่ “เราจะร่วมมือ ร่วมใจทำให้ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายเป็นศูนย์” (we believe Zero Suicides are possible)

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organisation. Preventing suicide: A global imperative. Geneva, Switzerland: World Health Organisation; 2014 [cited 2020 Jan 12] Available from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=52B9F8571846CAEF90B467312F782AC2?sequence=1
2. Bruins J, Jorg F, Bruggeman R, Slooff C, Corpeleijn E, Pijnenborg M. The effects of lifestyle interventions on (long-term)

- weight management, cardiometabolic risk and depressive symptoms in people with psychotic disorders: a meta-analysis. 2014; PLoS ONE 9:e112276. doi: 10.1371/journal.pone.0112276
3. Kutcher & Chehil. Suicide Risk Management. A Manual for Health Professionals 2e. Blackwell Publishing Ltd. 2012; Print Online ISBN:9781119953128DOI:10.1002/9781119953128
4. World Health Organization. Suicide in the world – Global health estimates. Geneva: World Health Organization, 2018.
5. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2561: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2562.
6. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2560: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2561.
7. World Federation for Mental Health. Depression: A global crisis; 2012 [cited 2020] Available from http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf?ua=1
8. Zalsman G, Hawton K, Wasserman C, Van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3:646–59.
9. The Samaritans. Know the warning signs.); 2014 [cited 2020] Available from <http://samaritansnyc.org/know-the-warning-signs/>
- Mood Disorders Society of Canada. What is depression?; 2013 [cited 2020] Available from: http://www.mooddisorderscanada.ca/documents/Publications/DepressEngMaster_v18_Nov_2013.pdf.
10. Stark CR., Riordan V. & O'Connor R. A conceptual model of suicide in rural areas. *Rural Remote Health*. 2011; 11(2):1622.
11. Fassberg MM, van Orden KA, Duberstein P, Erlangsen A, Lapierre S, Bodner E, Canetto SS, De Leo D, Szanto K, Waern M. A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *Int J Environ Res Public Health*. 2012; 9(3):722-45. doi: 10.3390/ijerph9030722. Epub 2012 Mar 1.
12. Ports K. A., Merrick, M. T., Stone, D. M. Wilkins, N. J., Reed, J., Ebin, J., & Frod, D. C. Adverse childhood experiences and suicide risk: Toward comprehensive prevention. *American Journal of Preventive Medicine*. 2017; 53:400-403.
13. Donker T., Caele A., Grant J.B., Spijker B. van, Fenton K., Hehir K. K., & Christensen H. Suicide prevention in schizophrenia spectrum disorders and psychosis: a systematic review. *BMC Psychology* 1. 2013; 6.
14. Meltzer HY, & Okayli G. Reduction of suicidality during clozapine treatment of neuroleptic-resistant schizophrenia: impact on risk-benefit assessment. *Am J Psychiatr*. 1995; 152:183–90.

15. Pompili M, Amador XF, Girardi P et al. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Ann Gen Psychiatry*. 2007; 6(10):1-22.
16. Fenton, W. S. Depression, suicide and suicide prevention in schizophrenia. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 2000; 30(1):34-49.
17. Kasckow, Felmet&Zisook. Managing Suicide Risk in Patients with Schizophrenia. *CNS Drugs*. 2011; 25(2):129-143.
18. Peters, E., Landau, S., McCrone, P., Cooke, M., Fisher, P., Steel, C., Kuipers, E.A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for psychosis in a routine clinical service. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2010; 122(4):302-318.
19. Leucht S, Heres S. Epidemiology, clinical consequences, and psychosocial treatment of nonadherence in schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67(S5):3-8.
20. D’Zurilla, T.J.; &Nezu, A. M. Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention. New York: Springer, 2007.
21. Wenzel, Amy; Brown, Gregory K.; Beck, Aaron T .Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2009 [cited 2020] Available from <http://dx.doi.org/10.1037/11862-000>
22. Simon, S. S., Cordás, T. A., &Bottino, C. M. Cognitive behavioral therapies in older adults with depression and cognitive deficits: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2015; 30(3): 223-233.
23. Shah, A., Scogin, F., & Floyd, M. Evidence-based psychological treatments for geriatric depression. In F. Scogin& A. Shah (Eds.), *Making evidence-based psychological treatments work with older adults* (1st ed., p. 87-130).
24. Washington, DC: American Psychological Association; 2012. Suicide Prevention Resource Center (SPRC). Problem-Solving Therapy (PST); 2017 [cited 2020] Available from:<http://impact-uw.org/training/>
25. Gustavson A. Alexopoulos S, McCulloch, Meade, Arian A. Problem-Solving Therapy Reduces Suicidal Ideation In Depressed Older Adults with Executive Dysfunction. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2016;24(1):11-17.
26. Crabb, R. M., &Areán, P. A. Problem-solving treatment for late-life depression. In P. A. Areán (Ed.), *Treatment of late-life depression, anxiety, and substance abuse*. Washington, DC: American Psychological Association. 2015;83-102.
27. Kiosses, D. N., &Alexopoulos, G. Problem solving therapy in the elderly. *Current Treatment Options in Psychiatry*. 2014; 1(1):15-26.

29. อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, อรพิน ยอดกลาง, วิภาดา คณะไชย, จารุพันธ์คำชมพู และสาคร บุปผาเห้า. การพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญห ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรม ฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์: โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์, 2562.
30. D’Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. Problem-solving therapy. In K. S. Dobson (Ed.), Handbook of cognitive-behavioral therapies. New York, NY, US: Guilford Press. 2010; 197-225.

ผลของกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร พย.ม.

ภาสินี ไทอินทร์ พย.ม.

กาญจน์กนก สุรินทร์ชมพู พย.ม.

บุปผา รุ่งเรือง พย.ม.

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

วัสดุและวิธีการ : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experiment Research) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตายและรักษาอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ แบบกลุ่มเดียวจำนวน 25 คน (One Group pre-post test) วัดผลก่อนและหลังทดลองทันทีและติดตามผล 1 เดือน ศึกษาในช่วงเวลา ตั้งแต่ กันยายน 2560 – มีนาคม 2561 เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 1)แบบเก็บข้อมูลทั่วไป 2)แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy : PST) 3)แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.- Suicidality) แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) 4)แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (Problem solving Inventory : PSI) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measure anova)

ผล : การทำกลุ่มบำบัดแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย สามารถเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาและลดความคิดฆ่าตัวตายและลดอาการทางจิตและหลังติดตาม 1 เดือนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาสูงกว่าก่อนบำบัดจาก 56.36 (95% CI=53.63-57.19) เป็น 64.28 (95% CI=63.26-65.50), 72.29 (95% CI=71.54-73.04) และค่าเฉลี่ยการประเมินอาการทางจิต 62.58 (95% CI=61.84-63.32) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายลดลงต่ำกว่าก่อนบำบัดจาก 28.88 (95% CI=21.72-29.28) เป็น 5.31 (95% CI=2.37-6.39), 23.68 (95% CI=1.71-3.40) เป็น 3.46 (95% CI=2.37-4.39), และ 19.72 (95% CI=16.84-20.32) เป็น 4.12 (95% CI=1.59-4.29) ตามลำดับอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : ผลของกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย สามารถเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาและลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้และคงทนอยู่ จึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับการจัดบริการจิตเวช

คำสำคัญ : กลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหา, ผู้ป่วยจิตเภท, ความคิดฆ่าตัวตาย

Effects of Problem Solving Therapy (PST) on schizophrenia patients with suicidal ideation.

Siriwan Rerkthanakajon, M.Ns.

Pasinee Thoin, M.Ns.

Karnkanok Surinchompu, M.Ns.

Bubpha Rungreang, M.Ns.

khonkaenrajanagarindra psychiatric hospital

Abstract

Objective : The purposes of this study were to evaluate the effects of Problem Solving Therapy (PST) on schizophrenia patients with suicidal ideation.

Material and Method : This is a quasi-experimental (pre-post test) research design. Sample was schizophrenia in-patients with suicidal ideation of Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital who fulfill the inclusion criteria during September 2017 – March 2018. Sample were treated by Problem Solving Therapy : PST. The pre-post measurement were included 1)demographic data 2)Brief psychiatric rating Scale (BPRS) 3)Mini International Neuropsychiatric Interview(M.I.N.I.- Suicidality) 4)Problem solving Inventory: PSI. The frequency, percentage, mean, standard deviation, and Repeated measures Anova were used to analyze.

Results : The result increased problem solving skills scores while the psychotic symptom score and suicidal risk score were decreased. There was no re-admission during 1month follow-up, immediately after intervention 1 months follow up, from 56.36 (95% CI=53.63-57.19) to 64.28 (95% CI=63.26-65.50), and 72.29 (95% CI=71.54-73.04), and Brief psychiatric rating Scale (BPRS) was decreased 62.58 (95% CI=61.84-63.32) the M.I.N.I.-suicidality score was decreased from, 28.88 (95% CI=21.72-29.28) to 5.31 (95% CI=2.37-6.39), 23.68 (95% CI=1.71-3.40) to 3.46 (95% CI=2.37-4.39), and 19.72 (95% CI=16.84-20.32) to 4.12 (95% CI=1.59-4.29), respectively.

Conclusion : PST is alternative treatment to improve problem solving skills and reduce suicidal ideation which benefit for patient in community.

keyword: Group therapy, Problem solving, Schizophrenia, suicidal ideation

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลกพบการฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ย 10.6 ต่อแสนประชากรต่อปี¹ องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการจากแนวโน้มในปัจจุบันว่าในปี พ.ศ.2563 จะมีผู้เสียชีวิตทั่วโลกจากการฆ่าตัวตายประมาณ 1.53 ล้านคน และมีผู้พยายาม ฆ่าตัวตายอีกประมาณ 10-20 เท่าของผู้ฆ่าตัวตาย นั่นคือทุก 20 วินาทีที่มีผู้ฆ่าตัวตาย 1 คน และทุก 1-2 วินาที มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 1 คน ผู้ชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้หญิง 4 เท่า² หากคำนวณผู้พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จว่ามีอีก 10-20 เท่า หรือประมาณ 38,000-76,000 คนต่อปี จะเห็นว่าเป็นความสูญเสียที่มีความสำคัญทั้งในเชิงเศรษฐกิจจากความทุพพลภาพ หรือการเสียชีวิต ภาระงบประมาณที่ใช้ในงานบริการสาธารณสุขและผลกระทบทางจิตใจที่มีต่อญาติหรือผู้ใกล้ชิด³ โดยร้อยละ 75.0 เป็นเพศชาย และส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่น และพบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเวชมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 45.03 เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงสูงสุดเป็นอันดับหนึ่ง^{4,5,6,7,8,9} รองลงมาเป็นกลุ่มที่ใช้สุรา^{10,11,12} การดื่มสุราอย่างหนักสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะการดื่มสุรา^{13,14} ผู้มีปัญหาการดื่มสุรา มีอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 7.06 และหากผู้ป่วยสุราที่มีโรคซึมเศร้าร่วมด้วยจะยังมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ไม่มียโรค ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าฆ่าตัวตายสำเร็จถึงร้อยละ 13.8 ซึ่งสูงกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า² จากรายงานสถานการณ์การทำร้าย

ตนเองของประเทศไทยในปี 2560 พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ทำร้ายตนเองจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จระยะหนึ่งปีหลังการ ทำร้ายตนเองครั้งแรกเพิ่มขึ้นเป็น 100 เท่า เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป² และแนวโน้มการฆ่าตัวตายจะสูงขึ้นในกลุ่มวัยรุ่น¹⁵ ความสูญเสียที่มีความสำคัญทั้งในเชิงเศรษฐกิจจากความทุพพลภาพ หรือการเสียชีวิต ภาระงบประมาณที่ใช้ในงานบริการสาธารณสุขและผลกระทบทางจิตใจที่มีต่อญาติหรือผู้ใกล้ชิด จากสถิติของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556 พบว่า ปีพ.ศ. 2550 ได้มีการสำรวจคนไทยมีการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายถึงปีละ 3,458 คน จากที่มีคนพยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 20,000 คน ซึ่งจากการเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย โดยพบว่ามีมากกว่า ร้อยละ 90.00 ของคนที่พยายาม ฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายสำเร็จมีการเจ็บป่วยทางจิตใจร่วมด้วย

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชให้บริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสำหรับผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่ รุนแรง ยุ่งยาก ซ้ำซ้อน และเป็นหน่วยงานที่ได้รับ มอบหมายจากกรมสุขภาพจิตให้เป็นศูนย์พัฒนา วิชาการด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติจาก การทบทวนผลการปฏิบัติงานย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2557-2561)¹⁶ การจัดบริการผู้ป่วยนอกจิตเวชของโรงพยาบาล มีการคัดกรองความเสี่ยงการฆ่าตัวตายด้วยคำถาม 3 คำถาม ได้แก่ 1) ในสามเดือนที่ผ่านมา คุณเคยพยายามฆ่าตัวตายใช่หรือไม่ 2) ในสามเดือนที่ผ่านมา คุณเคยคิด

อยากตาย (ปรารถนาที่จะตาย)/เคย คิดฆ่าตัวตาย/วางแผนฆ่าตัวตายหรือไม่ และ 3) ในสามเดือนที่ผ่านมาคุณเคยทำร้ายตัวเองหรือไม่ หากตอบใช่ข้อใดข้อหนึ่งจะประเมินซ้ำด้วยเครื่องมือ Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย หมวด suicidality หากพบว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในทุกระดับ แพทย์จะประเมินปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องแล้วรับไว้รักษาแบบผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยินยอมรับการรักษาและ/หรือญาติดูแลได้ จะถูกส่งต่อมายังศูนย์จิตประภัสร์ เพื่อบำบัดทางจิตสังคมแบบผู้ป่วยนอกตามโปรแกรม เช่น cognitive behavioral therapy (CBT), Satir's, mindfulness-based therapy and counseling (MBTC), motivational interviewing (MI) หรือ psychoeducation อย่างไรก็ตาม จากการติดตามผลลัพธ์การบำบัดของศูนย์จิตประภัสร์ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำกลับมารับบริการร้อยละ 2.8-14.4 แสดงให้เห็นว่าการฆ่าตัวตายซ้ำยังเป็นปัญหาสำคัญและหน่วยงานยังไม่มีรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การบำบัดรักษาส່ว่นใหญ่จะมีการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาโดยจิตสังคมร่วมด้วย เช่น การทำจิตวิเคราะห์ จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล การบำบัดความคิดและพฤติกรรม การบำบัดครอบครัว การให้คำปรึกษา จิตบำบัดระดับบุคคล การบำบัดโดยการแก้ปัญหา¹⁶ และการบำบัดในรูปแบบรายบุคคลรายกลุ่ม โดยการทำกลุ่มบำบัดจะมีสมาชิกจำนวน 6-12 คน มาเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์

ของกันและกัน ซึ่งเป็นการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้และทักษะไปใช้ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม การทำกลุ่มบำบัดมีประโยชน์มาก เพราะผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับความช่วยเหลือแบบประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกันทำให้รู้ว่าตนไม่ได้เผชิญปัญหาอยู่คนเดียว การกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy : PST) เป็นการบำบัดที่ช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต ทำให้บุคคลรับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง และคิดว่าปัญหาเป็นเหตุการณ์ธรรมดาของชีวิต มองปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทายที่เปิดโอกาสให้ตนเองได้เจริญเติบโต ยอมรับว่าปัญหาต้องใช้เวลาและความพยายามในการแก้ไข มีทักษะในการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล มีการรับรู้ทางบวกต่อปัญหา และค้นหาปัญหาที่แท้จริง คิดหาทางออกหลายๆทาง มีการวางแผน และเลือกวิธีการแก้ปัญหา ตรวจสอบผลการแก้ปัญหา ลดผลกระทบทางลบเพิ่มผลกระทบทางบวกได้ โดยอยู่บนพื้นฐานตามความเป็นจริง ช่วยให้ความคิดในการฆ่าตัวตายลดลงไม่ฆ่าตัวตาย

จากการศึกษาวิจัยพบว่าการบำบัดด้วย PST ในผู้ป่วยจิตเภท ทำให้สามารถฟื้นฟูสภาพการรับรู้ในความคิดความเข้าใจดีขึ้นเห็นศักยภาพในการวางแผนและความจำดีขึ้น ฉะนั้น การบำบัดด้วยกลุ่ม PST ให้แก่ผู้ป่วยเพื่อแก้ไขปัญหผู้ป่วยที่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายตนเองและผู้อื่นอันเนื่องมาจากอาการทางจิตหลงผิดและประสาทหลอนทางหูที่ทำให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่ออาการทางจิตอย่างเหมาะสมดังกล่าว และช่วยให้อาการทางจิตทุเลาเพิ่มเติมจากการรักษาด้วยยา จนสามารถจำหน่ายกลับไปอยู่ร่วมกับ

ครอบครัวหรือชุมชนได้ ไม่มีความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตายเกิดขึ้น ผู้ศึกษาจึงเห็นว่ากลุ่ม PST เป็นทางเลือกหนึ่งที่ช่วยแก้ปัญหาและผลกระทบจากอาการทางจิต เช่น หลงผิด ประสาทหลอนทางหูในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตายได้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาผลของกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหา ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตายในครั้งนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมปัญหาและสาเหตุของการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช พบว่าสถานการณ์ความเครียดและปัญหาในชีวิตประจำวัน ทักษะการแก้ปัญหาที่ไม่ดี พฤติกรรมหุนหันพลันแล่น และอาการทางจิตเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ไปสู่การฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตามมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า การบำบัดทางจิตสังคมมีประสิทธิภาพต่อการการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (problem-solving therapy: PST) จะเป็นวิธีการบำบัดที่ช่วยบรรเทาความทุกข์และความเศร้าโศกในผู้ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เช่นเดียวกับ Brown และคณะ¹⁷ ที่พบว่า PST การช่วยลดระดับความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย แก้ไขพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ และเสริมสร้างความรู้สึกในความสามารถของตนเองและการพึ่งพาตนเอง โดยมีจุดเด่นที่มุ่งเน้นการบำบัดไปที่การปรับมุมมองปัญหาในทางลบให้เป็นทางบวก เพิ่มทักษะการแก้ปัญหาให้มากขึ้นแม้จะมีปัญหาจิตเวชมาก่อน และเป็นวิธีการบำบัดทาง จิตสังคมแบบสั้นที่น่าสนใจในประสิทธิภาพ และง่ายต่อการเรียนรู้ ไม่ต้องมีการฝึกอบรมที่ยาวนานใกล้ชิด จึงที่มีความเหมาะสมต่อการแก้ไขปัญหามือผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เพิ่มการพึ่งพา

ตนเองและทักษะการแก้ปัญหาและส่งเสริมความรู้สึกในความสามารถของตน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัด โดยการแก้ปัญหา ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตายที่มารับบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้ เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experiment Research) โดยวัดกลุ่มเดียว ก่อนทดลองและหลังทดลอง (One Group Pre-Post Test) ดำเนินการตั้งแต่กันยายน 2560 – มีนาคม 2561 ใช้รูปแบบวัดก่อนดำเนินโครงการ หลังเสร็จสิ้นการบำบัด และระยะติดตามผล 1 เดือน เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ต่อคะแนนการประเมินทักษะแก้ปัญหา และคะแนนการประเมินอาการทางจิตในผู้ป่วยที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่าง 25 คน แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการกิจกรรมในการทำกลุ่มบำบัด 1) ศึกษาสภาพการณ์วิเคราะห์ปัญหา และประเมินความต้องการจำเป็น ระหว่างเดือนกันยายน 2560 ถึงพฤศจิกายน 2561 โดยศึกษาสภาพการณ์ของหน่วยงาน สรรวจข้อมูลการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายย้อนหลัง 5 ปี ศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพผู้บำบัดทางจิตสังคมถึงแนวปฏิบัติในการป้องกันและดูแลรักษา

ผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่ใช้ในปัจจุบันและผลลัพธ์ ปัญหาและสาเหตุที่พบจากการให้บริการ และข้อเสนอแนะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบำบัดเพื่อแก้ปัญหาการฆ่าตัวตาย และทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวกับการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) ที่พบว่า มีผลลัพธ์ที่ดีต่อการเพิ่มทักษะแก้ปัญหาและลดความคิดฆ่าตัวตาย และค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2) พัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหา ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (problem-solving therapy program for psychiatric patients with suicidal ideations ; PST) ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยนำแนวคิด PST¹⁸ (Brief Psychiatric Rating Scale) Fran co Veltro, Monica Mazza et.al.(2011)¹⁹ บูรณาการร่วมกัน เพื่อพัฒนากลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตายให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น มีทั้งหมด 4 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การรับรู้การเจ็บป่วย และการแสดงออกที่เหมาะสม ขั้นตอนที่ 2 การหาสาเหตุของปัญหา และการตั้งเป้าหมายของชีวิต ขั้นตอนที่ 3 การรับรู้ปัญหาทางบวกและทางลบ กับการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและขั้นตอนที่ 4 การทบทวนปัญหาและกิจกรรมทั้งหมด เช่น การแสดงออกทางอารมณ์ในเหตุการณ์อย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ

3) ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ 4 คน ช่วยตรวจสอบโปรแกรมการบำบัด ซึ่งมีประสบการณ์ในการทำกลุ่มการแก้ปัญหา เครื่องมือโปรแกรมในการบำบัดโดยการแก้

ปัญหา (PST) และทีมจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวช จากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ หลังจากแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปทดลองใช้ในการปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตายในเดือนตุลาคม 2560 ทั้งหมด 6 ราย การนำไปทดลองใช้ในการปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัว ตวตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม วิธีดำเนินการ และการประเมินผล ได้ค่า CVI=0.96 4) ปรับปรุงโปรแกรมการบำบัด PST ให้สมบูรณ์เหมาะสมกับบริบทตรงตามประเด็นปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย จัดทำคู่มือโปรแกรมบำบัด PST ฉบับปรับปรุง ซึ่งโปรแกรม PST-PPS เป็นการบำบัดแบบรายบุคคล ใน 4 ขั้นตอน จำนวน 1-6 ครั้ง แต่ละขั้นตอนใช้เวลาในการทำกลุ่ม 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ต่อเนื่อง 2 สัปดาห์ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การรับรู้การเจ็บป่วย และการแสดงออกที่เหมาะสม ขั้นตอนที่ 2 การหาสาเหตุของปัญหาและการตั้งเป้าหมายของชีวิต ในครั้งที่ 2 ทำความเข้าใจกับปัญหา แนวคิดในการแก้ไขปัญหา และวิธีการแก้ปัญหาขั้นตอนที่ 3 การรับรู้ปัญหาทางบวก และทางลบ กับการตัดสินใจในการแก้ปัญหา โดยครั้งที่ 3 ฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา ฝึกตั้งเป้าหมายในการแก้ไขปัญหที่ตรงกับความเป็นจริง ฝึกสร้างทางเลือกในการแก้ไขปัญหา ฝึกการตัดสินใจ ขั้นตอนที่ 4 การทบทวนปัญหาและกิจกรรมทั้งหมด ครั้งที่ 4 ฝึกการแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา เช่นการแสดงออกทางอารมณ์ในเหตุการณ์อย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำสรุปผลการแก้ปัญหา คงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหา และยุติการ

บำบัด โดยเพิ่มการฝึกทักษะแก้ปัญหาซ้ำ ๆ ของขั้นตอนที่ 4 ที่มุ่งเน้นการ ฝึกทักษะทางสังคมเพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้รับประสบการณ์ที่มากที่สุด ลดกิจกรรม home work ให้เหลือเพียง 2 ครั้ง และลดความซ้ำซ้อนโดยนำมาเล่าประสบการณ์แทน หลังจากนั้นพัฒนาทักษะ ผู้บำบัดพยาบาลจิตเวชให้เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดโดยการแก้ปัญหา รวมถึงวิธีการใช้เครื่องมือ และการประเมินผล

ระยะที่ 2 ผลของการทำกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2560 – มีนาคม 2561 โดยเป็นการทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังทดลองทันทีและหลังติดตามผล 1 เดือน ประชากรเป้าหมายเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดฆ่าตัวตาย และมารับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบก่อนการวิจัย (priori power analysis) โดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดให้มีค่าการวิเคราะห์แบบ two tails, effect size $d_z = 0.5$, α err prob = 0.05 และ Power ($1-\beta$ err prob) = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 25 คน ใช้เกณฑ์คัดเข้า(Inclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่ม (F20.0-F20.9) ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 หรือเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในปีงบประมาณ 2561 ในช่วงเดือนพฤศจิกายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2560 กลุ่มที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเนื่องจากการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-F19) 2) อายุ 20-60 ปี 3) คะแนน brief psychiatric rating scale (BPRS) ≤ 36 คะแนน คะแนน M.I.N.I. หมวด suicidality

≥ 9 คะแนนขึ้นไป ระดับทักษะการแก้ปัญหาน้อย (problem solving inventory: PSI ≤ 58 คะแนน) และ Thai mental status examination (TMSE) ≥ 24 สื่อสารกับผู้วิจัย และสื่อสารในกลุ่มได้ไม่เป็นไข และหุหนวกให้ความร่วมมือในการวิจัยและสมัครใจ และยินยอมเข้าร่วมในโครงการและใช้เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) จาก กลุ่มตัวอย่างมีอาการทางจิตกำเริบ เสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นขณะเข้าร่วมการบำบัด กรณีที่มีโรคร่วมทางกาย หรือออกจากกรบำบัดก่อนครบเวลาหรือไม่ตอบแบบประเมินและ เข้าร่วมในโครงการไม่ครบทุกขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

โปรแกรม PST ที่พัฒนาขึ้นประเมินผลหลังการบำบัดทันทีและหลังติดตามผล 1 เดือน ด้วยแบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (PSI)¹⁸ 23 ข้อ¹⁹ มีค่าความเชื่อมั่น = 0.71 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบประเมินนี้แบ่งเป็นคำถามเชิงบวก 13 ข้อ คำถามเชิงลบ 10 ข้อ การแปลผลค่าคะแนนยิ่งสูงขึ้นแสดงว่าทักษะการแก้ปัญหาคิดดีขึ้น

1) แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I. หมวด suicidality) 20 มีค่าความเชื่อมั่น = 0.80 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้บำบัดหลักเป็นพยาบาลจิตเวช 2 คน ที่มีประสบการณ์บำบัดทางจิตสังคมอย่างน้อย 5 ปี ผ่านการฝึกทักษะการบำบัดด้วย PST ผู้ช่วยเก็บข้อมูลและติดตามประเมินผลหลังการบำบัดเป็นพยาบาลจิตเวช 2 คนผ่านการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือต่างๆ ในการประเมินผลลัพธ์การบำบัด และไม่มีส่วนร่วมในการบำบัด

2) แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale) ¹⁸

3) ประเมินทักษะการแก้ปัญหา วิเคราะห์ โดยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ ใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA : With Subjects Main Effect)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปและระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I – Suicidality) และการประเมินอาการทางจิต (PBRs) วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=25)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	18	72
หญิง	7	28
อายุ		
20-29	11	44
30-39	5	20
40-49	6	24
50-59	1	4
60-65	2	8
35.44 ,SD 7.38 ,Min 20 , Max 64		

2. ประเมินทักษะการแก้ปัญหา วิเคราะห์ โดยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ ใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA : With Subjects Main Effect)

ระยะเวลาในการศึกษา

เดือนกันยายน 2560 – มีนาคม 2561

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจาก คณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เลขที่ 002/2561 ลงวันที่ 10 พฤศจิกายน 2560

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	19	76
คู่อยู่ด้วยกัน	4	16
หย่า	2	8
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	11	44
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	24
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	16
ปวช.	3	12
ปวส.	1	4
รายได้ต่อเดือน		
500-1,000	3	12
1,001-3,000	4	16
3,001-6,000	-	-
6,001-10,000	2	8
ไม่แน่นอน	16	64
การรับไว้ในโรงพยาบาล		
ครั้งแรก	12	48
ครั้งรอง	13	52
ระยะเวลาที่มีความคิดฆ่าตัวตายในการมารักษา ในโรงพยาบาลครั้งนี้		
1 วัน – 1 เดือน	0	0
> 1 เดือน – 2 เดือน	3	12
> 2 เดือน – 3 เดือน	2	8
> 3 เดือน – 4 เดือน		
> 4 เดือนขึ้นไป		

ตารางที่ 2 ความแปรปรวน PSI และ M.I.N.I.- Suicidality ก่อนและหลังทดลองทันทีและหลังติดตาม 1 เดือน (n=25)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig
PST	3,073.387	2	1,536	190.693	0.001
Error (PST)	387.947	48	8,032		
MINI-suicide	1055.227	2	527.613	37.720	0.001
Error (MINI-suicide)	1007.120	72	13.988		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าคะแนนทักษะการแก้ปัญหาในการศึกษาครั้งนี้มีการวัดซ้ำเกินกว่า 2 ครั้ง จึงวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำ โดยใช้สถิติ One – way repeated measure Anova : tests of Sphericity พบว่า ค่าของการแก้ปัญหาเมื่อทดสอบผลมีความ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\alpha = 0.05$) ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ค่าสถิติ $F = 190.133$ และมีค่า $Sig = 0.001$ ซึ่งน้อยกว่า $\alpha = 0.05$ จึงปฏิเสธ H_0 จึงแสดงว่า ทักษะการแก้ปัญหาในการจัดทั้ง 3 ครั้งมีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย PSI และ M.I.N.I.-Suicidality ก่อนและหลังทดลองทันทีและหลังติดตาม 1 เดือน (n=25)

คะแนนเฉลี่ย		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง ทันที	ติดตาม 1 เดือน
PSI	Mean	56.36	64.28	72.29
	Std.Deviation	1.130	0.991	0.543
	95% Confidence Lower- Upper Bound	53.63-57.19	63.26-65.50	71.54-73.04
M.I.N.I. Suicide	Mean	28.88	23.68	19.72
	Std.Deviation	5.31	3.46	4.12
	95% Confidence Lower - Upper Bound	71.54-73.04	2.37-7.39	1.59-3.29

$P < 0.05$

วิจารณ์

ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และมีความคิดฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยทำงานช่วงต้น คือ เริ่มตั้งแต่อายุ 20-29 ปี ประกอบกับ ความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่ไม่แน่นอน และเป็นกลุ่มที่มีรายได้น้อย ไม่เกิน 3,000 บาท มีจำนวนถึง 23 คน คิดเป็นร้อยละ 92.00 สอดคล้องกับการศึกษาของมาโนช หล่อตระกูล (2553)²⁰ พบว่าโรคจิตเภทส่วนใหญ่พบได้ทั้งชายและหญิง และผู้มีฐานะยากจนหรือเศรษฐกิจต่ำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตเภทมากกว่าผู้มีฐานะดีถึง 8 เท่า

จากผลการศึกษาทักษะการแก้ปัญหาเมื่อเปรียบเทียบทั้ง 3 ระยะ ระยะก่อนดำเนินโครงการ ระยะเสร็จสิ้นการบำบัด และระยะติดตามผล พบว่า มีคะแนนการแก้ปัญหาสูงขึ้นตามลำดับและพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ajtay และคณะ²¹ ที่พบว่าโปรแกรม PST ในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายสามารถเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการบำบัดด้วย PST ช่วยฝึกให้บุคคลเป็น ผู้แก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและได้ผลลัพธ์อย่างแท้จริงตามวิธีการ ทีละขั้นตอน ด้วยกระบวนการ ระบุปัญหาและปรับใช้วิธีการแก้ปัญหา

ในแต่ละวัน และเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล (rational problem solving) ให้มากขึ้น และช่วยลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายลงได้ โดยให้ผู้มีความคิดฆ่าตัวตายและผู้ที่เคยมีพฤติกรรม ฆ่าตัวตายสามารถกำกับตนเองปรับมุมมองในการแก้ปัญหาและหาวิธีในการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลและมีการวางแผนที่ดีจนสามารถลดความคิดการฆ่าตัวตาย และในโปรแกรมนี้มุ่งเน้นการฝึกแก้ปัญหาซ้ำๆ และมุ่งเน้นการฝึกทักษะทางสังคมเพื่อให้ได้รับการบำบัดได้รับประสบการณ์ที่มากขึ้น เช่นเดียวกับการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย ในรูปแบบ I.T.C.H. ของ Wenzel และคณะ²² ได้แก่ I คือ การระบุปัญหา (identify the problem) T คือ คิดวิธีแก้ปัญหาที่เป็นไปได้ (think of possible solutions) C คือ เลือกวิธีการที่เป็นไปได้ (choose a possible solution) และ H คือ การสรุปผลว่า จะทำอย่างไร (how did it work?/ evaluate) และพบว่า การประเมินความคิดฆ่าตัวตายลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนดำเนินการกับระยะติดตามผล สอดคล้องกับการศึกษา¹⁰ ได้ทำการศึกษาการใช้ PST ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตายสามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการหยั่งรู้ดีขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตลดลง ลดความวิตกกังวล และฟื้นฟูสภาพการรับรู้ได้ความเข้าใจดีขึ้นเห็นศักยภาพในการแก้ปัญหาการวางแผน และไม่มีความคิดฆ่าตัวตายแต่การทำกลุ่ม PST นี้ต้องเป็นผู้ป่วยที่พ้นระยะเฉียบพลันไปแล้วสอดคล้องกับการศึกษาว่าอาการทางจิตลดลงตามลำดับ

ค่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินทักษะการแก้

ปัญหาเพิ่มขึ้นในทุกระยะ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจกับลักษณะของปัญหา (Problem) มีแนวคิดและมุมมองใหม่ในการแก้ปัญหา (Problem solving) โดยมีมุมมองใหม่และวิธีการใหม่ในกลุ่มช่วยกันแก้ปัญหาาร่วมกัน (Solution) ช่วยทำให้เกิดวิธีการแก้ไขปัญหามากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Stewart CD (2009)²³ ได้ศึกษาไว้พบว่า การประเมินทักษะการแก้ปัญหาส่วนใหญ่มีการแก้ปัญหามากขึ้น และเมื่อการเปรียบเทียบการบำบัดโดยปรับความคิดและพฤติกรรม และการบำบัดด้วยการแก้ปัญหามาตามปกติ ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง พบว่าคะแนนการแก้ปัญหามากขึ้นแตกต่างจากการทำกลุ่มบำบัด พบว่าเกิดการเรียนรู้ แนวทางการแก้ปัญหามากขึ้นและช่วยเหลือผู้อื่นทำให้เกิดแนวทางในการแก้ไขปัญหามากขึ้น และจากกิจกรรมที่ 4 มีการฝึกทบทวนเหตุการณ์ที่ผ่านมา จากการประเมินอาการทางจิต ซึ่งมีการประเมินเป็น 3 ระยะ ระยะก่อนดำเนินการ ระยะเสร็จสิ้นการบำบัด และระยะติดตามผล พบว่าการประเมินโดยใช้แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale ซึ่งให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้ากลุ่มบำบัดมีคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน คืออยู่ในช่วงอาการทางจิตทุเลาและพบว่าอาการทางจิตลดลง มีทักษะการแก้ปัญหามากขึ้นสัมพันธ์กับอาการทางจิตหรืออาการทางบวกลดลง หรืออาการทางลบดีขึ้น ทำให้ทักษะการแก้ปัญหามากขึ้นในชุมชนดีขึ้นด้วย

สรุป

การบำบัดด้วยกลุ่มการแก้ปัญหาเป็นทางเลือกกลุ่มบำบัดอีกรูปแบบหนึ่งสามารถเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาและลดความคิดการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันในชุมชนได้ปกติตามอัตภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษา ผลของกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย สำเร็จลุล่วงด้วยดี เพราะได้รับความกรุณาจาก คุณ สุวดี ศรีวิเศษ อดีตพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่เป็นที่ปรึกษาช่วยชี้แนะในการทำการกลุ่ม และเพิ่มเติมความรู้ของการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยแก้ปัญหากับผู้ป่วยอื่นๆ ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ให้กำลังใจและสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้ และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้ากลุ่มบำบัด ที่รับการรักษาที่ตึกฝ่ายคำ และตึกศรีตรัง ซึ่งเป็นตึกที่รับผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายรับไว้รักษาและบุคลากรที่ช่วยเหลือในการคัดเลือก และประเมินผู้ป่วยเข้ากลุ่มบำบัด ทีมผู้ศึกษาวิจัยขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Suicide data [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2018 May 18]. Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en
2. กรมสุขภาพจิต. (2560). รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2560. กรุงเทพฯ: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต.
3. กรมสุขภาพจิต. (2561). รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2561. กรุงเทพฯ: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต.
4. Laursen, T. M., Munk-Olsen, T., & Vestergaard, M. (2012). Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*, 25(2), 83–88.
5. Laursen, Nordentoft, M., & Mortensen, P. B. (2013). Excess early mortality in schizophrenia. *Annual review of clinical psychology*, 10, 425–448.
6. Bruins, J., Jörg, F., Bruggeman, R., Slooff, C., Corpeleijn, E., & Pijnenborg, M. (2014). The Effects of Lifestyle Interventions on (Long-Term) Weight Management, Cardiometabolic Risk and Depressive Symptoms in People with Psychotic Disorders: A Meta-Analysis. *PloS one*, 9(12), e112276.
7. Sharifi, V., Amin-Esmaeili, M., Hajebi, A., Motevalian, A., Radgoodarzi, R., Hefazi, M., & Rahimi-Movaghar, A. (2015). Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: the Iranian Mental Health Survey, 2011. *Archives of Iranian Medicine*, 18(2), 76-84.

8. Sarris, J., O'Neil, A., Coulson, C. E., Schweitzer, I., & Berk, M. (2014). Lifestyle medicine for depression. *BMC Psychiatry*, 14(107), 1-13.
9. Berardelli, I., et al. (2018). Cognitive behavioral group therapy versus psychoeducational intervention in Parkinson's disease. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 399-405.
10. World Health Organization. Suicide data. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2018 Oct 15]. Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en
11. Dodds, T. J. (2017). Prescribed Benzodiazepines and Suicide Risk: A Review of the Literature. *Prim Care Companion CNS Disorders*.19(2).
12. Conner, K. R., Bridge, J. A., Davidson, D. J., Pilcher, C., & Brent, D. A. (2017). Metaanalysis of Mood and Substance Use Disorders in Proximal Risk for Suicide Deaths. *Suicide & life-threatening behavior*, 49(1), 278-292.
13. Darvishi, N., Farhadi, M., Haghtalab, T., & Poorolajal, J. (2015). Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis. *PLoS ONE*, 10(5), 1-14.
14. Borges, G., Benjet, C., Orozco, R., Medina-Mora, M. E., & Menendez, D. (2017). Alcohol, cannabis and other drugs and subsequent suicide ideation and attempt among young Mexicans. *Journal of Psychiatric Research*, 91, 74-82.
15. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560) ความเคลื่อนไหวทางสังคมที่สำคัญ. ภาวะสังคมไทยไตรมาสสอง ปี 2560, 14(3), 10-11.
16. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานประจำปี 2561 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. [Annual Report JVKK 2561]. ขอนแก่น: โรงพยาบาล; 2561.
17. Brown, G. K., & Jager-Hyman, S. (2014). Evidence-based psychotherapies for suicide prevention: future directions. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3), S186-S194.
18. สุวดี ศรีวิเศษ, วังนันทพัฒน์, สายชล ยุบลพันธ์, สโรชา บางแสง, อิงคณา โคตรนารา. กลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย [Problem solving therapy group in patients with depressive symptoms and suicidal risk]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2556;21:98-109.
19. Veltro F, Mazza M, Vendittelli N, Alberti M, Casacchia M, Roncone R. A Comparison of the Effectiveness of Problem Solving

- Training and of Cognitive-Emotional Rehabilitation on Neurocognition, Social Cognition and Social Functioning in People with Schizophrenia. Clin Paract Epidemiol Ment Health. 2011 Jul 7; 7:123-32.
20. มาโนช หล่อตระกูล. การฆ่าตัวตาย การรักษา และการป้องกัน. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา รามาธิบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
 21. Ajtay, G., Bérđi, M., Szilágyi, S., & Perczel, F. D. (2012). An effective method of therapy in suicide prevention: problem solving training in the clinical population. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Tarsasag tudomanyos folyoirata*, 27(2), 92-102.
 22. Wenzel, A., Brown, Gregory K.; & Beck, & Aaron T. (2009). Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications. Washington, DC, US: American Psychological Association.
 23. Stewart CD, Ouinn A, Plevier S, Emmerson B. Comparing cognitive behavior therapy, problem solving therapy and treatment as usual in a high risk population. *Suicide Life Threat Behav* 2009; 39 (5): 538-47.

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทุนชีวิตเด็กวัยเรียน

นางกานดา ผาวงค์ กศ.ม
นางสาวอัจฉรา มุ่งพานิช วท.ม
นางสรานุช คำภักดี ศษ.ม
นางสาวอัจฉริยา นคะจิต ศษ.ม
นางสาวชญัญพัทธ์ ก้องวีระธาดาสิริ วท.ม
นางสาวสุนิศา เจือหนองแขว ศษ.ม
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทุนชีวิตต่อความฉลาดทางอารมณ์ และความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ของเด็กวัยเรียน

วัสดุและวิธีการ : คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงเรียนขยายโอกาส สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดมหาสารคาม เขต 1 จำนวน 2 แห่ง ตามเกณฑ์การคัดเลือก แบ่งเป็นกลุ่มทดลองคือนักเรียนโรงเรียนบ้านภูดิน จำนวน 28 คน กลุ่มควบคุมคือนักเรียนโรงเรียนบ้านดงน้อย จำนวน 10 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทุนชีวิต ทั้งหมด 8 กิจกรรม กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ แบบประเมินความเอื้อเฟื้อ ประเมินก่อน หลังและติดตามผล 1 เดือน และแบบสัมภาษณ์ ระยะติดตามผล 1 เดือน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบใช้ one-way repeated measures ANOVA และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผล : 1. กลุ่มทดลองที่ได้เข้ารับโปรแกรมเสริมสร้างทุนชีวิต มีคะแนนเฉลี่ยของความฉลาดทางอารมณ์ และความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ หลังการทดลอง และติดตามผล สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์รายคู่ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเอื้อเฟื้อ พบว่า กลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน

สรุป : การศึกษาครั้งนี้ พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างทุนชีวิตแก่เด็กวัยเรียนสามารถเพิ่มความฉลาดทางอารมณ์และความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ได้

คำสำคัญ : เด็กวัยเรียน, ทุนชีวิต, ความฉลาดทางอารมณ์, ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่

The Effects of Life Assets Enhancement Program for School Age Child.

Kanda Phawong M.Ec

Artchara Mungpanich. M.Sc

Saranoot Khampakdee M.Ed

Auchariya Nacajud M.Ed

Chanyaphat Kongwirathadasiri M.Sc

Sunisa Juanongwaeng M.Ed

khon kaen rajanagarindra psychiatric hospital

Abstract

Objective : To study the effects of the Life Assets Enhancement Program on emotional quotient and altruism of school age child.

Materials and methods : The sample group consisted of school grades 1-6 children from 2 opportunity expansion schools from Maha Sarakham Educational Service Area Office, District 1 and inclusion criteria. 28 students from Ban Phudin School (control) received Life Assets Enhancement Program, 8 activities. Participants, 10 students from Ban Dong Noi School, received only routine activities of school. Measurements evaluated pre-post intervention and follow-up at 1 month included: emotional quotient and generosity scale by teachers. The statistics included percentage, mean, standard deviation, one-way repeated measures ANOVA and content analysis.

Results : 1. The mean score of the emotional quotient and altruism scale of the experimental group student after received the Life Assets Enhancement Program and follow-up were significantly higher than the control group ($p < 0.05$). 2. The results of comparing the mean score of emotional quotient were found that the experimental group and the control group had a significantly higher mean score of emotional quotient from post-test and follow-up than pre-test ($p < 0.05$). In addition, an increase in the mean of generosity score between pre-test, post-test and follow-up of experimental group were statistically significant ($p < .001$). While the control group was not difference.

Conclusion : We founded that the Life Assets Enhancement Program can increase emotional quotient and generosity of school age child.

Keyword : School Age Child, Life Asset, Emotional quotient, Generosity

บทนำ

เด็กและเยาวชนเป็นช่วงวัยระหว่างเด็กและผู้ใหญ่ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 10-19 ปี เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญา ทำให้วัยรุ่นต้องการมีการปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงซึ่งนอกจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยแล้วยังมีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วและรุนแรงในยุคโลกาภิวัตน์ทำให้วัยรุ่นเข้าถึงสื่ออย่างกว้างขวางรวมถึงสถาบันครอบครัวที่เป็นครอบครัวเดี่ยว พ่อแม่ทำงานนอกบ้าน ไม่มีเวลาในการดูแลอบรมลูกอย่างใกล้ชิด เด็กจะขาดความรักความอบอุ่น ขาดการนับถือตนเอง มีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจระดับชาติด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น สำรวจกลุ่มวัยรุ่นอายุ 13-17 ปี อายุเฉลี่ย 14.9 ปี พบความชุกปัจจุบันของโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นไทยร้อยละ 15.0 โดยโรคจิตเวชที่พบมาก 3 ลำดับแรก ได้แก่ general anxiety disorder, attention deficit/hyperactivity disorder และ conduct disorder ส่วน Alcohol abuse/dependence พบสูงสุดในความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติด ซึ่งพบได้ร้อยละ 12 โดยโรคเหล่านี้เริ่มแสดงอาการตั้งแต่ในวัยเด็กหรือวัยรุ่น ทำให้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่สูญเสียไป เนื่องจากเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตจะก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ มีปัญหาการเรียน ปัญหาพฤติกรรม ความก้าวร้าว การใช้สารเสพติด อีกทั้งปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของวัยรุ่นส่วนมาก ไม่ได้ถูกคัดกรองและส่งต่อบำบัดรักษาอย่างเหมาะสม การป้องกันปัญหา

จึงมีความจำเป็นและสำคัญมากกว่าการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว การป้องกันดังกล่าว

ควรเริ่มตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพจิตตั้งแต่เด็กเล็กที่มีพัฒนาการของบุคลิกภาพดีจะมีภูมิคุ้มกันต้านทานโรคทางจิตเวชต่างๆและช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นได้ ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ (อ้างถึงในการทดลองใช้เทคโนโลยีสุขภาพจิตโรงเรียน, 2543) ได้กล่าวไว้ว่า การพัฒนาเด็กและเยาวชนนั้น มีกลยุทธ์ที่สำคัญ คือส่วนที่เกี่ยวข้องกับโรงเรียน และชุมชน โดยส่วนที่เกี่ยวข้องกับโรงเรียนคือการพัฒนาเด็กตามลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย สำหรับเด็กทั่วไปที่ไม่มีปัญหา เป้าหมายของการพัฒนาคือช่วยให้เด็กมีความมั่นคงและมีชีวิตที่เป็นสุข โดยการสร้างทักษะชีวิตให้มีภูมิคุ้มกันต่อปัญหาต่างๆ ทั้งการจัดกิจกรรมภายในห้องเรียน หรือการเสริมหลักสูตร ส่วนกลุ่มเสี่ยงหรือเด็กที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น ครอบครัวแตกแยก อยู่หอพัก อยู่ในชุมชนที่มีปัญหามาก การเรียนไม่ดี เป็นต้น หรือเริ่มมีพฤติกรรมเก็บตัว ไม่สนใจเรียน ทำตัวเด่นดัง การพัฒนาจะอยู่ที่ครูประจำชั้นสามารถคัดกรองว่าใครคือกลุ่มเสี่ยง สามารถช่วยเหลือเด็กเบื้องต้นด้วยการจัดกิจกรรมในห้องเรียน กิจกรรมเสริม การหาเพื่อนสนิท การพบปะรายบุคคล การพบผู้ปกครอง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงสู่กลุ่มปกติ หรือกระทั่งเด็กวัยรุ่นมีความมั่นคงและเป็นสุข พฤติกรรมที่เป็นปัญหาลดลง กลุ่มที่เป็นปัญหา เช่น ใช้สารเสพติด หนีโรงเรียน มีเพศสัมพันธ์ ก่อนวัยอันควร การแก้ไขปัญหาเป็นเรื่องสำคัญ เด็กควรได้รับการส่งต่อให้ครูแนะแนว หรือส่งต่อในระบบบริการที่มีผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้การช่วย

เหลือต่อไป ทั้งนี้ในการพัฒนาเด็กและเยาวชนนั้น จำเป็นต้องมีส่วนร่วมจากครอบครัวและชุมชน เพื่อร่วมมือกันทั้งในเรื่องแนวคิด แผนงาน โครงการทรัพยากรต่าง ๆ ภูมิปัญญาและความสามารถของคนในชุมชนด้วย

ทุนชีวิต เป็นทุนขั้นพื้นฐานที่มีผลต่อการพัฒนาทางด้านจิตใจ สังคม สติปัญญาให้คนหนึ่งสามารถดำรงชีพอยู่ในสังคมได้อย่างเข้มแข็ง เด็กและเยาวชนที่มีทุนชีวิตยิ่งมากเท่าใดก็จะยิ่งลดพฤติกรรมเสี่ยงได้มากขึ้น ชะลอระยะเวลาการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงได้นานขึ้น และมีความสำคัญต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง ถ้าทุนชีวิตอ่อนแอจะมีปัญหาเกิดขึ้นตามมามากมาย เช่น **พฤติกรรม** **การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร** **ปัญหายาเสพติด** การใช้ความรุนแรง ปัญหาเหล่านี้บ่งบอกถึงการขาดทักษะชีวิต ทั้งวิธีจัดการความเครียด การจัดการความขัดแย้งด้วยสันติวิธี หรือกระบวนการตัดสินใจที่ดี ทักษะเหล่านี้พร่องไปมีโอกาสสูงที่จะเกิดความเสี่ยงตามมา (สุริยะเดว ทรีปาตี, 2553) จากการสำรวจต้นทุนชีวิตของเด็กไทยก่อนเข้าวัยรุ่น (ฉันทรุจน์ บุรณสุขสกุล, 2558)พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนต้นทุนชีวิตโดยรวมและรายด้านระดับประเทศ ผ่านเกณฑ์ซึ่งอยู่ในระดับพอใช้ และเมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า พลังตัวตน พลังเพื่อนและกิจกรรม และพลังชุมชน อยู่ในระดับพอใช้ ส่วนพลังครอบครัวและพลังสร้างปัญญา อยู่ในระดับดี ด้านที่มีต้นทุนชีวิตต่ำสุดคือ พลังชุมชน เมื่อพิจารณาตามปัจจัยเพศ ศาสนาลำดับบุตร สถานภาพบิดามารดา บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ภูมิภาคที่อาศัยอยู่ และเขตอาศัย

พบว่าส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ต้นทุนชีวิตในระดับพอใช้ ถึงดี ยกเว้น เด็กที่อยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือไม่ผ่านเกณฑ์ต้นทุนชุมชน และภาคกลางไม่ผ่านเกณฑ์ต้นทุนเพื่อน/กิจกรรมและต้นทุนชุมชน จากปัญหาข้างต้น โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาเด็กและเยาวชน ด้วยการเสริมสร้างทุนชีวิต โดยได้พัฒนาชุดนวัตกรรมเสริมสร้างทุนชีวิตเด็กและเยาวชนไทย ขึ้น เพื่อให้มีนวัตกรรม สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ ที่มีประสิทธิภาพ ง่ายต่อการนำไปใช้ ในการพัฒนาทุนชีวิตเด็กและเยาวชน ซึ่งจะส่งผลต่อการลดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม เด็กและเยาวชนมีพลังใจที่เข้มแข็ง สามารถปรับตัวปรับใจต่อการเปลี่ยนแปลงของช่วงวัย มีความสุขและมั่นคงในอารมณ์

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทุนชีวิตต่อความฉลาดทางอารมณ์ และความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ของเด็กวัยเรียน

วัสดุและวิธีการ

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบ Non-Randomized Control-Group Pretest Posttest เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างทุนชีวิตเด็กและเยาวชนไทย กับกลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมกิจกรรมตามปกติของโรงเรียน ต่อคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ และความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ในนักเรียนระดับประถมศึกษา

ประชากร คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษา

ปีการศึกษา 2562 โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดมหาสารคาม เขต 1 จำนวน 2 แห่งที่ได้จากการคัดเลือกโรงเรียน ตามคุณลักษณะดังนี้ 1) เป็นโรงเรียนขยายโอกาส 2) มีจำนวนนักเรียนและครูใกล้เคียงกันได้มา 2 โรงเรียน และจับสลากเพื่อแบ่งกลุ่ม โดยโรงเรียนบ้านภูดินเป็นกลุ่มทดลองมีนักเรียนทั้งหมด 93 คน เป็นนักเรียนระดับประถมศึกษา 61 และโรงเรียนดงน้อยเป็นกลุ่มควบคุมมีนักเรียนทั้งหมด 89 คนเป็นนักเรียนระดับประถมศึกษา 63 คน

กลุ่มตัวอย่าง นักเรียนชั้นประถมศึกษาที่มีระดับความฉลาดทางอารมณ์ต่ำ ตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1) คะแนนความฉลาดทางอารมณ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 คะแนน
- 2) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม
- 3) สามารถอ่านออกเขียนได้ สื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ

เกณฑ์การคัดออก

(Exclusion criteria)

เด็กที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

สุ่มกลุ่มตัวอย่างจาก 2 โรงเรียน ดังนี้ กลุ่มทดลอง ได้แก่ โรงเรียนบ้านภูดิน มีนักเรียนชั้นประถมศึกษาทั้งหมด 61 คน ครูประจำชั้นประเมินความฉลาดทางอารมณ์ พบนักเรียนที่ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 จำนวน 28 คน

กลุ่มควบคุม ได้แก่ โรงเรียนบ้านดงน้อย มีนักเรียนชั้นประถมศึกษาทั้งหมด 63 คน ครูประจำชั้นประเมินความฉลาดทางอารมณ์ พบนักเรียนที่ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

ชุดนวัตกรรมเสริมสร้างทุนชีวิตเด็กวัยเรียน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

2.1. แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์

2.2. แบบประเมินความเอื้อเฟื้อ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนการวิจัยผู้วิจัยได้ดำเนินการขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ หลังผ่านการอนุมัติแล้วจึงดำเนินการวิจัยโดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยชี้แจงรายละเอียดของการเข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลที่ได้มาไม่ได้ระบุชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่างและหลังจากวิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว แบบเก็บข้อมูลจะทำลายทิ้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยคณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดที่รวบรวมได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของการตอบในทุกข้อคำถาม และคัดเลือกไว้เฉพาะที่สมบูรณ์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติทดสอบใช้ one-way repeated measures ANOVA และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างครูประจำชั้น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าครูที่เข้าร่วมโครงการกลุ่มทดลองจำนวน 9 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 9 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ในกลุ่มควบคุม

มากกว่ากลุ่มทดลอง (ร้อยละ 100.00 และ 55.60 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม (55.89 ปี และ 45.89 ปี ตามลำดับ) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ วุฒิกศัการระดับสูงสุดคือปริญญาตรี ประสบการณ์เป็นครูของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (30.67 ปีและ 22 ปี ตามลำดับ) รับผิดชอบเด็กเฉลี่ย 10 คน ทำงานในหน่วยงานปัจจุบัน 15 และ 7 ปีตามลำดับ ดังตารางที่ 4.1 และ 4.2

ตารางที่ 4.1 แสดงค่าเฉลี่ยของอายุ ลักษณะข้อมูลทั่วไปของครูจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=18)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=9)		กลุ่มควบคุม (n=9)	
	mean	SD	mean	SD
อายุ	55.89	3.586	45.89	15.012
	(min=48, max=59)		(min=25, max=58)	
ประสบการณ์ในการทำงานเป็นครู (ปี)	30.67	5.52	22.00	15.56
	(min=22, max=38)		(min=2, max=37)	
จำนวนนักเรียนที่รับผิดชอบ (คน)	10.33	2.449	10.33	0.76
	(min=8, max=15)		(min=4, max=13)	
ระยะเวลาการทำงานในหน่วยงาน (ปี)	15.44	8.516	7.67	6.764
	(min=6, max=35)		(min=1, max=20)	

ตารางที่ 4.2 แสดงลักษณะข้อมูลทั่วไปของครู จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=18)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=9)		กลุ่มควบคุม (n=9)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	4	44.40	-	-
หญิง	5	55.60	9	100.00
สถานภาพสมรส				
คู่	9	100.00	5	55.60
โสด	-	-	3	33.30
หย่าร้าง	-	-	1	11.10

ตารางที่ 4.2 แสดงลักษณะข้อมูลทั่วไปของครู จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=18) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=9)		กลุ่มควบคุม (n=9)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา	7	77.80	8	88.89
ปริญญาตรี	2	22.20	1	11.10
สูงกว่าปริญญาตรี				
สาขาวิชาที่จบ	1	11.10	1	11.10
หลักสูตรและการเรียนการสอน	3	33.30	-	-
สังคมศึกษา	1	11.10	-	-
คหกรรมศาสตร์ทั่วไป	1	11.10	3	33.30
การประถมศึกษา	1	11.10	-	-
สุขศึกษา	2	22.20	-	-
พลศึกษา	-	-	1	11.10
ภาษาอังกฤษ	-	-	1	11.10
ดนตรีศึกษา	-	-	1	11.10
จุลชีววิทยา	-	-	1	11.10
การพัฒนาชุมชน	-	-	1	11.10
คณิตศาสตร์				

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=9)		กลุ่มควบคุม (n=9)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สอนประจำชั้นเรียน	3	33.30	4	44.40
ช่วงชั้นที่ 1 (ป.1-ป.3)	3	33.30	3	33.30
ช่วงชั้นที่ 2 (ป.4-ป.6)	3	33.30	2	22.20
ช่วงชั้นที่ 3 (ม.1-ม.3)				
ประสบการณ์ให้การช่วยเหลือ	7	77.80	7	77.80
นักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิต	2	22.20	2	22.20
ไม่เคย				
เคย				

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนักเรียน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ มีจำนวน 38 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างต้นทุนชีวิต 28 คน และกลุ่มควบคุม ซึ่งเข้าร่วมกิจกรรมตามปกติของโรงเรียน จำนวน 10 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 9 ปี ผลการเรียนรู้ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (3.09

และ 2.40 ตามลำดับ)เมื่อนำความถี่ตามลักษณะเพศ ระดับการศึกษา การอยู่อาศัย อาชีพ การศึกษาของพ่อแม่ และโรคประจำตัว มาทดสอบโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ยกเว้นอาชีพมารดาของกลุ่มทดลองที่จบระดับมัธยมมากกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 4.3 และ 4.4

ตารางที่ 4.3 แสดงค่าเฉลี่ยของอายุ ลักษณะข้อมูลทั่วไปของเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=38)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=28)		กลุ่มควบคุม (n=10)		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
อายุ	9.11	1.75	9.40	1.90	36	-0.445	0.796
	(min=6, max=11)		(min=7, max=12)				
เกรดเฉลี่ย	3.09	0.72	2.40	0.85	36	2.492	0.448
	(min=1.66, max=4)		(min=1.45, max=3.57)				

ตารางที่ 4.4 แสดงลักษณะข้อมูลทั่วไปของเด็กนักเรียนระดับประถม จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=38)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=28)		กลุ่มควบคุม (n=10)			p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	17	60.70	9	90.00	2.290	0.870
หญิง	11	39.30	1	10.00		
เรียนประจำชั้นเรียน						
ช่วงชั้นที่ 1 (ป.1-ป.3)	12	42.90	5	50.00	0.152	0.697
ช่วงชั้นที่ 2 (ป.4-ป.6)	16	57.10	5	50.00		
ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ						
พ่อและแม่	12	42.90	7	70.00	2.536	0.281
พ่อหรือแม่ เนื่องจากพ่อแม่แยกทางกัน	9	32.10	1	10.00		
ตายาย หรือปู่ย่า	7	25.00	2	20.00		

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=28)		กลุ่มควบคุม (n=10)			p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาชีพของพ่อแม่						
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	10	35.70	1	10.00	7.741	0.052
พนักงานบริษัท	17	60.70	7	70.00		
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	1	3.60	-	-		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	-	-	2	20.00		

ตารางที่ 4.4 แสดงลักษณะข้อมูลทั่วไปของเด็กนักเรียนระดับประถม จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=38) (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=28)		กลุ่มควบคุม (n=10)			p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การศึกษาพ่อแม่						
ประถมศึกษา	2	7.10	3	30.00	3.608	0.165
มัธยมศึกษา	25	89.30	7	70.00		
ปวช. / ปวส. / ปวท.	1	3.60	-	-		
การศึกษาแม่						
ประถมศึกษา	1	3.60	3	30.00	5.464	0.019*
มัธยมศึกษา	27	96.40	7	70.00		
การใช้สุรา ยาสูบหรือสารเสพติดอื่นๆ						
ไม่มี	28	100.00	10	100.00	-	-
มี	-	-	-	-		
โรคประจำตัว						
ไม่มี	27	96.40	8	80.00	2.735	0.098
มี	1	3.60	2	20.00		

ใช้สถิติทดสอบ Pearson Chi square

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ และค่าเฉลี่ยของคะแนนความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4.5 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความฉลาดทางอารมณ์แต่ละระดับการวัดซ้ำในภาพรวม

ความฉลาดทางอารมณ์	กลุ่มทดลอง (SD)	กลุ่มควบคุม (SD)	Greenhouse-Geisser Correction		
			$F(df_{\text{treat}}, df_{\text{residual}})$	p-value	Effect size (partial η^2)
ความฉลาดทางอารมณ์					
ครั้งที่ 1	34.64 (3.53)	36.00 (3.65)	$F(1.24, 44.75) = 21.44$	<0.001	0.373 (95% CI)
ครั้งที่ 2	41.86 (8.34)	39.10 (4.82)			
ครั้งที่ 3	45.57 (10.88)	41.10 (7.61)			
ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่					
ครั้งที่ 1	62.18 (16.26)	62.10 (22.96)	$F(1.46, 52.70) = 35.48$	<0.001	0.496 (95% CI)
ครั้งที่ 2	80.14 (9.30)	71.60 (28.40)			
ครั้งที่ 3	88.21 (13.90)	78.40 (22.93)			

จากตารางที่ 4.5 พบว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการ one-way repeated measures ANOVA ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ที่สำคัญเกี่ยวกับ Sphericity ด้วยวิธีการ Mauchly's test แล้วพบว่าไม่ผ่านข้อตกลง (Mauchly's $W=0.391$, $\chi^2=32.85$, $df=2$ และ $p\text{-value}=0.001$) ดังนั้นจึงพิจารณาค่า $p\text{-value}$ ที่ได้จากวิธีการปรับค่า degree of freedom พบว่า ค่า $\epsilon \leq 0.75$ จึงใช้วิธีการ Greenhouse-Geisser Correction

สรุปได้ว่า คะแนนค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อย่างน้อย 1 คู่ $F(1.24, 44.75) = 21.44$, $p\text{-value} < 0.001$ โดยมีขนาดผลกระทบบางส่วน (partial η^2) เท่ากับ 0.373

เช่นเดียวกับ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการ one-way repeated measures ANOVA ซึ่ง

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ที่สำคัญเกี่ยวกับ Sphericity ด้วยวิธีการ Mauchly's test แล้วพบว่า ไม่ผ่านข้อตกลง (Mauchly's $W=0.634$, $\chi^2=15.96$, $df=2$ และ $p\text{-value}=0.001$) เมื่อพิจารณาค่า $p\text{-value}$ ที่ได้จากวิธีการปรับค่า degree of freedom พบว่า ค่า $\epsilon \leq 0.75$ จึงใช้วิธีการ Greenhouse-Geisser Correction สรุปได้

ว่า คะแนนค่าเฉลี่ยความเอื้อเพื่อพ่อแม่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อย่างน้อย 1 คู่ ($F(1.464, 52.70)=35.48$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยมีขนาดผลกระทบบางส่วน (partial η^2) เท่ากับ 0.496

ตารางที่ 4.6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะเวลาและวิธีการทดลอง	n	Mean	S.D.	Mean Difference	t	df	p
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	28	34.64	3.53	-1.36	-1.04	36	0.969
กลุ่มควบคุม	10	36.00	3.65				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	28	41.86	8.34	2.76	0.98	36	0.018*
กลุ่มควบคุม	10	39.10	4.82				
ติดตามผล 1 เดือน							
กลุ่มทดลอง	28	45.57	10.88	4.47	1.23	36	0.002*
กลุ่มควบคุม	10	41.10	5.88				

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 4.6 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ระยะก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แสดงถึงความฉลาดทางอารมณ์ของทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ใกล้เคียงกัน แต่ในระยะหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์

ในกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างทุนชีวิตเด็กและเยาวชนไทย มีคะแนนสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมกิจกรรมตามปกติของโรงเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 4.7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะเวลาและวิธีการทดลอง	n	Mean	S.D.	Mean Difference	t	df	p
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	28	62.18	16.26	0.08	0.12	36	0.44
กลุ่มควบคุม	10	62.10	22.96				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	28	80.14	9.30	8.54	1.42	36	<0.001*
กลุ่มควบคุม	10	71.60	28.36				
ติดตามผล 1 เดือน							
กลุ่มทดลอง	28	88.21	13.90	9.81	1.60	36	0.04*
กลุ่มควบคุม	10	78.40	22.93				

* p < 0.05

จากตารางที่ 4.7 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงถึงความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ของทั้ง 2 กลุ่มใกล้เคียงกัน ส่วนคะแนนเฉลี่ยความเอื้อเฟื้อ

เผื่อแผ่ หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างทุนชีวิตเด็กและเยาวชนไทย มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมกิจกรรมตามปกติของโรงเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4.8 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์รายคู่ด้วยวิธีการปรับค่าของ Bonferroni

กลุ่ม	คู่ทดสอบ	ความฉลาดทางอารมณ์		
		<i>diff</i>	95%CI <i>diff</i>	p-value
กลุ่มทดลอง	ครั้งที่ 1 + ครั้งที่ 2	-7.21	(-10.65) – (-3.78)	0.000
	ครั้งที่ 1 + ครั้งที่ 3	-10.93	(-15.73) – (-6.12)	0.000
	ครั้งที่ 2 + ครั้งที่ 3	-3.71	(-6.01) – (-1.42)	0.001
กลุ่มควบคุม	ครั้งที่ 1 + ครั้งที่ 2	-3.10	(-5.51) – (-0.69)	0.013
	ครั้งที่ 1 + ครั้งที่ 3	-5.10	(-8.82) – (-1.38)	0.009
	ครั้งที่ 2 + ครั้งที่ 3	-2.00	(-3.86) – (-0.15)	0.035

จากตารางที่ 4.8 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์รายคู่ ด้วยวิธีการปรับค่าของ Bonferroni ในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยระหว่างครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t_{diff} = -7.21$, 95%CI of $t_{diff} = (-10.65) - (-3.78)$ และ $p\text{-value} < 0.001$) และครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t_{diff} = -10.93$, 95%CI of $t_{diff} = (-15.73) - (-6.12)$ และ $p\text{-value} < 0.001$) และครั้งที่ 2 กับครั้งที่ 3 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t_{diff} = -3.71$, 95%CI of $t_{diff} = (-6.01) - (-1.42)$ และ $p\text{-value} = 0.001$) ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 และครั้งที่ 2 กับครั้งที่ 3 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$) แสดงว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 4.9 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ รายคู่ด้วยวิธีการปรับค่าของ Bonferroni

กลุ่ม	คู่ทดสอบ	ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่		
		diff	95%CI diff	p-value
กลุ่มทดลอง	ครั้งที่ 1 + ครั้งที่ 2	-17.96	(-24.48) – (-11.45)	<0.001
	ครั้งที่ 1 + ครั้งที่ 3	-26.04	(-32.75) – (-19.33)	<0.001
	ครั้งที่ 2 + ครั้งที่ 3	-8.07	(-12.23) – (-3.91)	<0.001
กลุ่มควบคุม	ครั้งที่ 1 + ครั้งที่ 2	-9.50	(-29.44) – 10.44	0.587
	ครั้งที่ 1 + ครั้งที่ 3	-16.30	(-34.99) – 2.39	0.092
	ครั้งที่ 2 + ครั้งที่ 3	-6.80	(-15.08) – 1.48	0.118

จากตารางที่ 4.9 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่รายคู่ ด้วยวิธีการปรับค่าของ Bonferroni ในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ระหว่างก่อนการทดลอง กับหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t_{diff} = -17.96$, 95%CI of $t_{diff} = (-24.48) - (-11.45)$ และ $p\text{-value} < 0.001$) และระหว่างก่อนการทดลองกับระยะติดตาม 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t_{diff} = -26.04$, 95%CI of $t_{diff} = (-32.75) - (-19.33)$ และ $p\text{-value} < 0.001$) ส่วนระหว่างหลังการทดลองกับระยะติดตาม 1 เดือน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t_{diff} = -8.07$, 95%CI of $t_{diff} = (-12.23) - (-3.91)$ และ $p\text{-value} < 0.001$) ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ระหว่างก่อนการทดลองกับระยะติดตาม 1 เดือน และระหว่างหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุมมีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงที่ใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างทุนชีวิตเด็กและเยาวชนไทย มีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์มากขึ้นหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่เข้ากิจกรรมตามปกติของโรงเรียน มีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลมากกว่าก่อนการทดลองเช่นกัน แต่คะแนนเพิ่มขึ้นเล็กน้อย

คะแนนเฉลี่ยความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงที่ใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างทุนชีวิตเด็กและเยาวชนไทย มีคะแนนเฉลี่ยความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่มากขึ้นหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน เมื่อเปรียบเทียบกับ

กลุ่มควบคุมที่เข้ากิจกรรมตามปกติของโรงเรียน มีคะแนนเฉลี่ยความเอื้อเพื่อพ่อแม่หลังการทดลองและระยะติดตามผลมากกว่าก่อนการทดลองเช่นกัน แต่คะแนนเพิ่มขึ้นเล็กน้อย

อภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทุนชีวิตเด็กวัยเรียนพบว่า หลังจากที่ถูกทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างทุนชีวิตเด็กวัยเรียน

1. หลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ในกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างทุนชีวิตเด็กและเยาวชนไทยมีคะแนนสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมกิจกรรมตามปกติของโรงเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างทุนชีวิตเด็กวัยเรียน สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ และความเอื้อเพื่อให้กับเด็กวัยเรียนได้ ซึ่งหลักการพัฒนาทุนชีวิตในเด็กวัยเรียนนั้นครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 5 องค์ประกอบ คือ พลังตน พลังครอบครัว พลังเพื่อนและกิจกรรม พลังปัญญา และพลังชุมชน

ดังที่สุริยเดว (2556) กล่าวว่า ในการเสริมสร้างแต่ละองค์ประกอบในเด็กวัยเรียนนั้นมุ่งเน้นให้เกิด 3 ปัจจัยหลักคือ 1) เปลี่ยนความคิด ชีวิตเปลี่ยน 2) ฟังเสียงสะท้อนจากเด็กๆ รับฟังเด็กๆ สำคัญที่สุด 3) สร้างให้คนทำงานด้านเด็กทำอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วม โดยโปรแกรมการเสริม

สร้างทุนชีวิตถูกออกแบบมาเพื่อให้เกิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ครูประจำชั้นที่ผ่านการฝึกอบรมได้รับทั้งประสบการณ์กับทุนชีวิตของตน อีกทั้งยังได้ซักซ้อมแผนการสอนโดยมีทีมนักจิตวิทยาให้คำแนะนำในขณะซ้อมสอนทำให้มีความมั่นใจในการนำโปรแกรมไปใช้กับนักเรียนในชั้นเรียน ช่วยให้นักเรียนเกิดประสบการณ์กับทุนชีวิตทั้งภายในและภายนอก ได้รับรู้ถึงพลังตัวตน ที่มีคุณค่า ได้เป็นส่วนหนึ่งของพลังเพื่อน เกิดทักษะในการแก้ไขปัญหา ได้รับการยอมรับ รับรองคุณค่าจากผู้ใหญ่ที่เคารพรักนั่นคือครูประจำชั้น ผ่านการกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลาย ดำเนินกิจกรรมโดยเน้นผู้เรียนมีส่วนร่วมออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับพัฒนาการ ซึ่งในเด็กวัยเรียนเริ่มรับรู้ความเป็นจริงได้ดีขึ้น สามารถแยกแยะสถานการณ์ต่างๆ ได้รู้ว่าอะไรจริง ไม่จริง เริ่มมีเหตุผลและเริ่มเข้าใจตนเองในฐานะเป็นบุคคลที่มีสิทธิมีเสียง เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การได้รับการยอมรับจากกลุ่ม จะทำให้เด็กรู้สึกมั่นคง มีความมั่นใจในตนเอง และเด็กในวัยนี้สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ การที่เด็กสามารถไว้วางใจครูได้ ช่วยให้เด็กได้แสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ส่งผลให้นักเรียนกลุ่มทดลองมีความฉลาดทางอารมณ์และความเอื้อเพื่อเพิ่มขึ้นทั้งหลังการทดลองและต่อเนื่องในระยะติดตามผล

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์รายคู่ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งอธิบายได้ว่า ตามขั้นตอนพัฒนาการเด็กจะเรียนรู้การ

เข้าสู่สังคมมากขึ้น รู้จักบทบาทในการเป็นสมาชิกของกลุ่มเพื่อน ได้เรียนรู้ถึงระบบกฎเกณฑ์ต่างๆ มากขึ้น มีความสามารถในการใช้เหตุและผลมากขึ้น มีความรู้สึกสงสารเห็นใจ เข้าใจในอารมณ์ผู้อื่น รวมทั้งสัตว์เลี้ยงด้วย เพราะขอบเขตของชีวิตสังคมของเด็กกว้างขึ้น แต่สิ่งที่ต้องพัฒนาสำหรับเด็กวัยนี้ คือ การเข้าใจในอารมณ์ตนเองและบุคคลอื่นๆ ด้วย ซึ่งสามารถส่งเสริมได้โดยการเปิดโอกาสให้เข้าสังคมกับกลุ่มเพื่อน การได้ออกกำลังกายเพื่อให้ผ่อนคลาย การทำกิจกรรมสร้างสรรค์ต่างๆ ที่เด็กชอบ เช่น การวาดภาพ การปั้น การเขียนเรื่องราวต่างๆ การเล่นดนตรี เป็นต้น จะเห็นได้ว่ากลุ่มควบคุมแม้ไม่ได้รับกิจกรรม แต่ด้วยวุฒิภาวะทางจิตใจที่มีความพร้อมในการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ ผ่านการเข้าสังคมกับกลุ่มเพื่อนและครูในโรงเรียนทำให้คะแนนเพิ่มสูงขึ้นได้ แต่อย่างไรก็ตามคะแนนที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลองที่เพิ่มขึ้นมากกว่าอย่างชัดเจน เป็นผลมาจากโปรแกรมเสริมสร้างทุนชีวิตที่ได้รับมีส่วนร่วมกระตุ้นให้เกิดปัจจัยการบำบัดขึ้นในกลุ่มนักเรียนที่เป็นกลุ่มทดลอง และบรรยากาศในห้องเรียน รวมถึงทัศนคติครูที่มีต่อนักเรียนด้วย

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเอื้อเพื่อพบว่า กลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยความเอื้อเพื่อเผื่อแผ่ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยอธิบายได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างทุนชีวิตมีองค์ประกอบในเรื่องพลังชุมชนที่มุ่งเน้นให้นักเรียนมีจิตสาธารณะ มีการดำเนินกิจกรรมที่เชื่อมโยงกับพลังตนที่เน้นสร้างคุณค่าภายใน จึงส่งผลให้คุณลักษณะด้านความเอื้อเพื่อมีคะแนน

สูงขึ้นอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องทฤษฎีพัฒนาการจริยธรรมของโคลเบอร์ก (1927-1987) และ เพียเจท์ (1965) เด็กวัยเรียนจะมีการพัฒนาด้านจริยธรรม 2 ขั้นตอนคือ เด็กอายุต่ำกว่า 9 ปี การคิดเหตุผลเชิงจริยธรรมของเด็กจะยังอาศัยรูปธรรมและทัศนคติของแต่ละคน เด็กวัยเรียนเด็กจะตัดสินใจเอาทางเลือกที่คิดว่าถูกและมีความเหมาะสมทางจริยธรรมโดยขึ้นอยู่กับความสนใจของตนเอง พฤติกรรมที่ติงาม ถูกต้องตามเหตุผลของเด็กจะขึ้นอยู่กับรางวัลตอบแทนหรือคำชมเชย หรือสิ่งตอบแทนต่างๆ ที่ได้จากผลการกระทำ ในวัยนี้เด็กยังยึดตนเองเป็นศูนย์กลางอยู่มาก ส่วนเด็กช่วงวัย 10-12 ปี พัฒนาการทางจริยธรรมอยู่ในขั้นคล้อยตามผู้อื่น ต้องการการยอมรับของกลุ่มว่าเป็นคนดี กระทำในสิ่งที่สังคมคาดหวัง ดังนั้นเมื่อกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมที่มีบุคคลสำคัญที่มีอิทธิพลต่อจิตใจเด็ก มีวิธีเสริมสร้างวินัยเชิงบวก การสื่อสารสร้างสุข และการเสริมพลังจิตอาสา ทำให้กลุ่มทดลองได้มีประสบการณ์ในทางบวกกับตนเอง มีความภาคภูมิใจ เกิดปัจจัยบำบัดจากการทำกิจกรรมกลุ่ม ได้รับการเสริมแรงทางบวกจึงทำให้คุณลักษณะที่ติงามงอกงามขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ จีรวรรณ ชัยอารีย์เลิศ (2558) ได้ศึกษาผลการให้การปรึกษากลุ่มแบบร่วมรู้สึกต่อความเอื้ออาทรผู้อื่นของนักเรียนชั้นป.6 โรงเรียนสาธิตพิบูลย์บำเพ็ญมหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปีการศึกษา 2557 พบว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีความเอื้ออาทรในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลเพิ่มขึ้นและเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ข้อเสนอแนะ

ครูสามารถประยุกต์แผนการสอนให้สอดคล้องกับเวลา และจำนวนของนักเรียน ได้

ครูที่ปรึกษาที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ต้องผ่านการอบรมเรื่องการเสริมสร้างทุนชีวิตเด็กวัยเรียนเพื่อให้ครูได้มีประสบการณ์ตรงในการเข้าถึงทุนชีวิต จึงจะทำให้ถ่ายทอดกิจกรรมด้วยความเข้าใจและเชื่อมโยงกิจกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปผลการศึกษา

จากการวิจัยพบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างทุนชีวิตเด็กวัยเรียน ครูประจำชั้นที่ผ่านการฝึกอบรมสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และความเอื้อเพื่อพ่อแม่ แก่เด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาได้ ช่วยให้เด็กนักเรียนมีความฉลาดทางอารมณ์และความเอื้อเพื่อพ่อแม่เพิ่มขึ้น และยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และมีความคงอยู่ของคุณลักษณะดังกล่าว อันจะเป็นต้นทุนให้เด็กเติบโตสู่วัยรุ่นที่มีปัจจัยปกป้องพฤติกรรมเสี่ยงต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน และคณะวิจัยตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. กิน กอด เล่น เล่า. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2555.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. หลักสูตรพัฒนาเด็กปฐมวัยด้วยกิจกรรมกิน เล่น เต็มวาต. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2555.
3. จีวรธรณ ชัยอารีย์เลิศ. ผลการให้การปรึกษากลุ่มแบบร่วมรู้สึกต่อความเอื้ออาทรผู้อื่นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6. ชลบุรี: สืบค้นเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2563 จาก http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files//53920566.pdf.
4. นราทิป และคณะ Vol. 59 No. 2 April - June 2014 วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2557; 59(2): 151-162
5. ธันวรุจน์ บุรณสุขสกุล. ต้นทุนชีวิตของเด็กไทยก่อนเข้าวัยรุ่น. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 23 ฉบับที่ 3 ปี 2558.
6. พนม เกตุมาน. ปัญหาพฤติกรรมวัยรุ่น. เว็บไซต์. ค้นเมื่อ 11/03/56.
7. พรรณพิมล หล่อตระกูลและคณะ. รายงานวิจัยเครื่องมือสำรวจต้นทุนชีวิตเด็กวัยเรียน. บริษัทปิยอนต์พลีลิสซิ่ง จำกัด : กรุงเทพฯ. 2552.
8. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. เอกสารประกอบการอบรมโครงการการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบ ด้านสุขภาพจิต (ฉบับร่าง). ขอนแก่น, 2554.
9. สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล. คุณภาพชีวิตเด็ก 2556. กรุงเทพฯ :โรงพิมพ์แอ๊ปป่า พรินติ้ง กรุ๊ป จำกัด, 2556.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้การจัดการรายกรณี โรงพยาบาลกุมภวาปี

รัศมี พรพิพัฒน์, พย.ม.
นภัสนันท์ ทาสะโก, พย.บ.
โรงพยาบาลกุมภวาปี

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้การจัดการรายกรณี

วัสดุและวิธีการ : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งเป็น 4 ระยะได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ โดยการสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ และการค้นคว้าเอกสาร 2) การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยในชุมชนของสหวิชาชีพ และศึกษาความตรงตามเนื้อหา 3) การทดลองใช้รูปแบบในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 80 คน ที่คัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ จำนวน 20 คน ญาติ/ผู้ดูแล จำนวน 30 คน ผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ได้แก่แบบติดตามผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน 10 ด้าน แบบประเมินอาการทางจิตชนิดสั้น แบบประเมินความสามารถโดยรวม แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับญาติ/ผู้ดูแล และแบบประเมินความคิดเห็นของทีมสหสาขาวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและการทดสอบที (t-test) และ 4) ประเมินผลการพัฒนารูปแบบและปรับปรุงแก้ไข

ผล : การวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่าการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง ขาดการประสานงานและการแก้ปัญหาาร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ผลการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยและการจัดการรายกรณีมี 6 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหา/คัดกรอง การประเมินผู้ป่วย การระบุปัญหา การวางแผนให้การดูแล การดำเนินการตามแผน และการติดตามประเมินผลการนำไปทดลองใช้พบว่ารูปแบบการดูแลเหมาะสม ทีมสหวิชาชีพทุกคนสามารถปฏิบัติได้ ด้านผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่อง (ร้อยละ 70.00) ไม่ใช้สารเสพติด (ร้อยละ 53.30) มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิตลดลง และค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวมสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.005$) ตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการผู้ป่วยไม่ก่อความรุนแรง ทีมสหสาขาวิชาชีพและญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจ

สรุป : ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณีครั้งนี้มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจนมีแนวทางในการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นรูปธรรม และเหมาะสมที่จะนำไปใช้ดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ : การจัดการรายกรณี, รูปแบบการดูแล, ผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

Development for Model the care on serious mental illness with risk to violence of Case Management Kumpawapi Hospital

Russamee Phonpiphat, M.N.S.

Napatsanan Thasako, B.N.S.

Kumpawapi Hospital

Abstract

Objective : Develop and study the outcomes of caring on serious mental illness with risk to violence (SMI-V) using case management.

Material and Methods: This is an action research divided into 4 stages: 1) situation analysis. by a multidisciplinary team focused group, interviewing patients and care giver and researching documents, 2) developing care plan in community of multidisciplinary. And study the validity of the content, 3) the trial of the model in a purposive sampling 80 people which were 20 multidisciplinary teams, 30 care givers and 30 patients with serious mental illness with risk to violence. The instruments were continuation of SMI-V questionnaire, Brief Psychotic Rating Scale, Global Assessment of Function scale, Evaluation care giver satisfaction questionnaire and the main structure of case management includes multidisciplinary team questionnaire. Data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean and paired t-test. and 4) evaluate model development and improvement.

Results : Situation analysis it was found that intermittent patient care practices lacked coordination and problem solving among the multidisciplinary team. The results of developing a patient care plan and case management a 6 process of screen, assessment, problem identification, planning, implementation, and evaluation. The results of the trial were found that proper care pattern any multidisciplinary team can perform. The patients taking the drug consistently (70.00%) not using addictive substances (53.30%). The mean of psychiatric symptoms decrease and the mean score of total ability care of SMI-V was increase significantly ($p\text{-value} < 0.05$). Throughout the project period, the patient did not cause violence. The multidisciplinary team and care giver were satisfied.

Conclusion: The outcome of the development of a model of care for patients with serious mental illness with risk to violence using this case management to obtain a clear care model and concrete guidelines for working with multidisciplinary bodies. And suitable to be used to caring on serious mental illness with risk to violence.

Keyword: care model, case management, serious mental illness with risk to violence.

บทนำ

ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาที่มีความสำคัญของประเทศไทย ปัจจุบันมีผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชเพิ่มขึ้น โดยพบว่าประชากร 1 ใน 5 ของประเทศมีปัญหาสุขภาพจิต ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการในระยะเริ่มต้นถึงรุนแรงร้อยละ 14.30 หรือ 7 ล้านคน ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้เกิดความพิการและสูญเสียปีสุขภาวะสูง ส่งผลกระทบต่อญาติ ผู้ดูแล คนในสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นการก่อความรุนแรง (Serious Mental with High Risk to Violence: SMI-V) ในชุมชนที่มีต่อทั้งสมาชิกในครอบครัวหรือประชาชนทั่วไป และมีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของชาติโดยรวมที่ต้องใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งมักป่วยแบบเรื้อรัง จากรายงานผลการปฏิบัติงานของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช ในสังกัดกรมสุขภาพจิตระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2560 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการคัดกรองและลงทะเบียนเป็นผู้ป่วย SMI-V จำนวน 9,866 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทและโรคหลงผิด (F20-29) มากที่สุด จำนวน 5,302 ราย (ร้อยละ 53.75) รองลงมาเป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-39) จำนวน 2,234 ราย (ร้อยละ 22.64) และกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-19) จำนวน 1,441 ราย (ร้อยละ 14.61) และเมื่อพิจารณาจำแนกตามเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วย SMI-V พบว่าเป็นผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายร่างกายตนเองมากที่สุด จำนวน 4,222 ราย รองลงมาคือผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง

หรือก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชนจำนวน 3,899 ราย¹ จากสถานการณ์สะท้อนขวัญ หรือการก่อความรุนแรงที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน พบว่าผู้ก่อเหตุส่วนหนึ่งมักมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เคยเข้ารับการรักษาในสถาบันหรือโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน และเมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัวหรือชุมชนส่วนใหญ่มักจะขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ปฏิเสธการเจ็บป่วย ใช้สารเสพติด ทำให้มีอาการทางจิตกำเริบและก่อความรุนแรงดังเป็นข่าวตามสื่อต่างๆ จากการศึกษาของกรมสุขภาพจิตพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตที่พบได้มากที่สุด และเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงได้ถึงร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคจิตเวชทั้งหมด โดยมีปัจจัยที่ทำให้อัตราก่อความรุนแรงสูงกว่าปกติได้แก่ การขาดการรักษาต่อเนื่อง ปัญหาการใช้สารเสพติด และการไม่รับรู้ความเจ็บป่วย¹ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยจิตเภทถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะก่อความรุนแรงในชุมชน แต่เมื่อใช้สารเสพติดหรือสุรา จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงสูงมากขึ้นเป็นร้อยละ 27.60 ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติดพบร้อยละ 8.50²

จากสถิติผู้มารับบริการที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลกุมกวาปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช พบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทและโรคหลงผิดมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และเป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยที่มาใช้บริการรวมทุกกลุ่มโรค ปี พ.ศ. 2560 - พ.ศ. 2562 มีจำนวน 462

, 434 และ 478 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับ
สำรวจและลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความ
เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) คิดเป็นร้อยละ
24.45, 29.03 และ 33.58 ตามลำดับ ซึ่งจากข้อมูล
จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มสูงขึ้น และถือว่าเป็น
ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงเนื่องจาก
จากการไม่ยอมรับการเจ็บป่วย รักษาไม่ต่อเนื่อง
การดื่มสุราและใช้สารเสพติดส่งผลให้มีอาการทาง
จิตกำเริบให้เห็นชัดเจนเช่น พุดบ่นคนเดียว เอะอะ
โวยวาย หูแว่ว ประสาทหลอน อาละวาด ทำร้าย
ตนเอง ทำร้ายคนในครอบครัวและทำลายทรัพย์สิน
เพิ่มมากขึ้น ทำให้สมาชิกในครอบครัว ประชาชน
ทั่วไปและเจ้าหน้าที่รู้สึกหวาดกลัวเป็นอย่างมาก

ปัจจุบันการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ
มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มี
คุณภาพ สามารถตอบสนองความจำเป็นที่ดีที่สุด
องค์กรจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการ
เพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลให้มีรูปแบบการดูแลที่
มีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งการจัดการรายกรณีนับ
เป็นการจัดบริการสุขภาพรูปแบบหนึ่ง ที่พัฒนาการ
ดูแลให้มีคุณภาพ ลดการทำงานแบบแยกส่วนช่วยให้
มีการประสานงานที่ดีระหว่างทีมสหวิชาชีพ ซึ่งเป็น

ผู้กำหนดแผนการดูแล (clinical pathway) โดยมี
พยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณี (case manager)
ทำหน้าที่ประสานการดูแลตั้งแต่แรกรับจนถึง
ดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง
ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์
และสังคมและเป็นไปตามบริบทของผู้ป่วยและญาติ
ที่ดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์รูปแบบการ
ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดย
ใช้การจัดการรายกรณี

วัสดุและวิธีการ

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action
Research) โดยนำแนวคิดของ Kemmis &
Mc Taggart³ มาใช้เพื่อการพัฒนาแบบแผนการดูแล
ผู้ป่วยแบบรายกรณี ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ
1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น
(planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action)
3) สังเกตการณ์ (observation) และ 4) สะท้อนกลับ
(reflection) และได้ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย
เชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอนดังกล่าวที่ 1



จำเป็นในการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับปัญหา
และประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้
ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในปัจจุบัน

1.3 สัมภาษณ์ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย (จำนวน 30 คน) เกี่ยวกับความต้องการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนและประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในปัจจุบัน

1.4 วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิเคราะห์
ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยศึกษาแฟ้มรายงาน
การให้บริการผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และจัดประชุม
เพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์ต่อผู้เกี่ยวข้องและระดม

สมองวางแก้ไข้ปัญหา

1.5 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน เพื่อออกแบบการจัดการรายกรณีที่เหมาะสม

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมีขั้นตอนดังนี้

2.1 สร้างทีมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้การจัดการรายกรณี เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลกุมภวาปี และเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงอาศัยอยู่ จำนวน 20 คน

2.2 ประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อจัดทำร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงตามสภาพปัญหาผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญได้แก่ การประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพแผนการดูแลผู้ป่วย (clinical pathway) และการจัดการรายกรณี มีการดำเนินการ 6 ขั้นตอนได้แก่ การค้นหา/คัดกรอง การประเมินผู้ป่วย การระบุปัญหา การวางแผนให้การดูแล การดำเนินการตามแผน และการติดตามประเมินผล

2.3 การตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงฉบับร่าง โดยส่งให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คนเพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่า CVI = 0.83

2.4 การปรับปรุงแก้ไขร่างแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณีฉบับร่างให้ถูกต้องตามผู้เชี่ยวชาญแนะนำ

2.5 ประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 ครั้ง ใช้เวลา 1 วัน เรื่อง การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี โดยมีผู้ร่วมประชุมประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพและและเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงอาศัยอยู่ เพื่อให้ทราบขั้นตอนแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี

ระยะที่ 3 ระยะทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี ใช้รูปแบบการศึกษาด้วยการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลัง (Quasi-experiment; one group pre-posttest design) โดยภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนของโรงพยาบาลกุมภวาปี ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี ไปใช้ในกลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล พร้อมชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ขั้นตอนและวิธีการในการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้การจัดการรายกรณีที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ดังนี้

3.1 กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

1) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลกุมภวาปี และเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงอาศัยอยู่ จำนวน 20 คน เป็นผู้นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณีไปใช้เพื่อดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบของตนเอง

2) ผู้ป่วยจิตเวช เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ความผิดปกติทางอารมณ์ หรือโรคจิตที่มีสาเหตุจากการใช้สารเสพติดหรือสุรา และมีลักษณะพฤติกรรมที่เข้าเกณฑ์ว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับการรักษากลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลกุมภวาปี จำนวน 30 คน

โดยมีเกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ(Inclusion criteria) ดังนี้

2.1) มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต

2.2) มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน

2.3) มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง

2.4) เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่าพยายามฆ่าข่มขืน วางเพลิง) และป่วยซ้ำ

2.5) มีญาติ/ผู้ดูแล

2.6) ผู้ป่วยสมัครใจให้ความร่วมมือ และสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) คือ ผู้ป่วยมีอาการทางจิต

ปรากฏชัดเจนหูแว่ว ภาพหลอน การรับรู้ผิดปกติ และมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จนมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช

3) ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจำนวน 30 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม

ข้อมูล

1.1) แบบติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 10 ด้าน เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการช่วยเหลือให้การพยาบาล ประกอบด้วย การติดตามด้านอาการทางจิต การรับประทานยา ผู้ดูแล การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ สัมพันธภาพในครอบครัว สิ่งแวดล้อมการสื่อสาร ความสามารถในการเรียนรู้และการดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด

1.2) แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) เป็นเครื่องมือตรวจสอบอาการทางคลินิกทั้งอาการทางด้านบวกและอาการทางด้านลบของ Overall and Gorham ปี ค.ศ.1962 แปลเป็นภาษาไทยโดยพันธ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์มีค่าความเชื่อมั่น (content validity) อยู่ระหว่าง 0.71 แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ แต่ละข้อคำถามเป็นมาตราวัด 7 ระดับ มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 18-126 มีการแปลผล คือ 18 คะแนน = เกณฑ์ปกติ 19-36 คะแนน = มีอาการทางจิต 37-126 = มีอาการทางจิตรุนแรง

1.3) แบบประเมินความสามารถโดย

รวม (Global Assessment of Function scale: GAF) เป็นการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในเชิงจิตใจ สังคมและอาชีพการพิจารณาไม่ให้ความสำคัญบกพร่องด้านการทำหน้าที่อื่นเนื่องมาจากข้อจำกัดทางร่างกายหรือสภาพแวดล้อมมีค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.85 มีระดับคะแนน 0-100 โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะทำการประเมินได้ 1-10 คะแนน หมายถึงมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นอยู่ตลอดเวลาและ 91-100 คะแนน หมายถึงสามารถทำกิจกรรมต่างๆ หลากหลายได้อย่างดีเยี่ยม

2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี และแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนของสหสาขาวิชาชีพ (Clinical pathway) เพื่อเป็นแนวทางในการทำงานระหว่างทีมสหวิชาชีพในการติดตามผลลัพธ์การดูแล ซึ่งผู้ร่วมวิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการศึกษาดำรง เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการรายกรณี และได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

แผนการดูแลผู้ป่วยรายกรณี เป็นการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะรายอย่างเป็นระบบมี 6 ขั้นตอนได้แก่ การค้นหา/คัดกรอง การประเมินผู้ป่วย การระบุปัญหา การวางแผนให้การดูแล การดำเนินการตามแผน และการติดตามประเมินผล โดยมีการปรับปรุงแก้ไขกิจกรรมการดูแลให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงแต่ละราย

และมีการประสานความร่วมมือจากสหวิชาชีพ การเข้าถึงแหล่งทรัพยากร ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และมีกิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคล 4 ครั้ง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ แต่ละครั้งใช้เวลา 60-90 นาที มีกิจกรรมดังนี้

2.1) เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 หลังได้รับการรักษา โดยการสร้างสัมพันธภาพให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคจิตเวช การรักษา ยา อาการข้างเคียง ปัจจัยที่ทำให้ป่วยซ้ำ ทักษะการดูแลตนเองทักษะการอยู่ร่วมกัน ประเมินอาการทางจิต การประเมินขั้นแรงงใจ (stage of change) เพื่อเสริมสร้างแรงงใจในการเลิกดื่มสุราและการใช้สารเสพติดตามระยะที่พบในขณะติดตามเยี่ยมบ้าน

2.2) เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนประเมินอาการทางจิตกระตุ้นเตือนการรับประทานยาและการมารับการรักษาต่อเนื่อง การประเมินขั้นแรงงใจ (stage of change) เพื่อเสริมสร้างแรงงใจในการเลิกดื่มสุราและการใช้สารเสพติดตามระยะที่พบในขณะติดตามเยี่ยมบ้าน

2.3) เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 8 ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองและการจัดการความเครียดแหล่งสนับสนุนทางสังคมและการประกอบอาชีพประเมินอาการทางจิตกระตุ้นเตือนการรับประทานยาและการมารับการรักษาต่อเนื่อง การประเมินขั้นแรงงใจ (stage of change) เพื่อเสริมสร้างแรงงใจในการเลิกดื่มสุราและการใช้สารเสพติดตามระยะที่พบในขณะติดตามเยี่ยมบ้าน

2.4) เยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 12 ประเมินหลังการทดลอง คือประเมินแบบติดตามผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 10 ตำบล ประเมินอาการทางจิต และประเมินความสามารถโดยรวม (GAF)

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยพยาบาลวิชาชีพผู้ได้รับการเตรียมความพร้อมในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 10 ตำบล แบบประเมินอาการทางจิตชนิดสั้น และประเมินความสามารถโดยรวม (GAF) ก่อนและหลังจากให้การดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณีที่พัฒนาขึ้น

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบอาการทางจิต และความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้ Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา โดยประมวลผลสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล

ระยะที่ 4 ระยะประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี ดังนี้

4.1 ผู้วิจัยสังเกตอาการปฏิบัติของพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ในกลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช และติดตามเยี่ยมในชุมชนที่ผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อ

ความรุนแรงที่อาศัยอยู่ในอำเภอกุมภวาปี

4.2 ผู้วิจัยสอบถามความเหมาะสมของรูปแบบการดูแล และความพึงพอใจของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วย

4.3 ผู้วิจัยสอบถามความพึงพอใจของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ร่วมโครงการ

4.4 ผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันสรุปผลการดำเนินการ อภิปรายผลรวมทั้งการเสนอแนวความคิดเห็นในการปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน ของโรงพยาบาลกุมภวาปี ตามเอกสารรับรองที่ KPEC 6/2563 ลงวันที่ 2 มิถุนายน 2563

ผล

ระยะที่ 1 จากการวิเคราะห์สถานการณ์

จากการประเมินความต้องการจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี พบว่า ก่อนการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในญาติ/ผู้ดูแลและทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง การสนทนากลุ่มระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ พบปัญหาอุปสรรค ดังนี้ 1) ด้านพื้นฐานการจัดการ เช่น ขาดบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรง การทำงานเป็นทีมยังไม่มีประสิทธิภาพ ไม่มี

โครงสร้างองค์กรและบทบาทที่ชัดเจนในการทำงาน ไม่มีการวางแผนการทำงานอย่างเป็นระบบ 2) ด้านกระบวนการดำเนินงาน เช่น ไม่มีการบริหารจัดการแก้ปัญหาอย่างจริงจัง ผู้ป่วยมีจำนวนมาก พยาบาลมีภาระงานมาก ไม่มีระบบการติดตามประเมินผลการทำงานอย่างเป็นรูปธรรม 3) ด้านการมีส่วนร่วม เช่น ผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลยังไม่มีบทบาทในการตัดสินใจในการแก้ปัญหาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ระยะที่ 2 การพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี
ระยะนี้ได้มีการนำผลการวิจัยระยะที่ 1 ที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ประเด็นปัญหาระบบการดูแล ปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชแต่ละราย รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง นำมาสังเคราะห์และหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการกำหนดกรอบแนวคิด และจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย

จิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณีมีแบบแผนการดูแล (Clinical pathway) ผู้ป่วยในชุมชนโดยสหวิชาชีพ มีการดำเนินการ 6 ขั้นตอนได้แก่ การค้นหาคัดกรองผู้ป่วย การประเมินผู้ป่วย การระบุปัญหาการวางแผนให้การดูแล การดำเนินการตามแผน และการติดตามประเมินผล

ข้อมูลทั่วไปและการจำแนกผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง(SMI-V)พบว่าใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 96.70 มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี ร้อยละ 36.70 (อายุเฉลี่ย 35 ปี) สถานภาพโสดร้อยละ 90.00 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 86.70 การจำแนกประเภทความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ส่วนใหญ่มีอาการหลงผิดและเสี่ยงก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น ร้อยละ 50.00 (ตารางที่ 1)
ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) (n=30)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	29	96.70
	หญิง	1	3.30
อายุ	ต่ำกว่า 20 ปี	1	3.30
	21-30 ปี	11	36.70
	31-40 ปี	8	26.70
	41-50 ปี	8	26.70
	51 ปีขึ้นไป	2	6.70
สถานะภาพ	โสด	27	90.00
	สมรส	1	3.30
	หม้าย	2	6.70
อาชีพ	รับจ้าง	1	3.30
	เกษตรกรกรรม	3	10.00
	ว่างงาน	26	86.70
ประเภทผู้ป่วย SMI-V	V1 มีประวัติการฆ่าตัวตาย	2	6.70
	V2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่นหรือสร้างความรุนแรงในชุมชน	2	6.70
	V3 มีอาการหลงผิด เสี่ยงก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น	15	50.00
	V4 มีประวัติก่อคดีอาญา	-	-
	มากกว่า 1 ประเภท	11	36.70

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี

ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้การจัดการรายกรณี จำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า การติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 10 ด้าน เมื่อได้รับการวางแผนการดูแลโดยการจัดการรายกรณี ดังนี้ ด้านอาการทางจิตก่อนได้รับการดูแลส่วนใหญ่มีอาการทางจิตบ้าง ร้อยละ 83.30 หลังได้รับการจัดการรายกรณี ไม่มีอาการทางจิตร้อยละ 70.00 มีอาการทางจิตบ้าง ร้อยละ 26.70 และมีอาการทางจิตบ่อย ร้อยละ 3.30

ด้านการกินยา ก่อนได้รับการจัดการราย

กรณี กินยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 70.00 และไม่กินยาเลยร้อยละ 30.00 หลังได้รับการจัดการรายกรณี กินยาสม่ำเสมอร้อยละ 83.30 กินยาไม่สม่ำเสมอร้อยละ 16.70

ด้านผู้ดูแล ก่อนได้รับการจัดการรายกรณี ส่วนใหญ่ไม่มีผู้ดูแล/ไม่มีศักยภาพ ร้อยละ 63.30 หลังให้การจัดการรายกรณี ผู้ดูแลมีศักยภาพร้อยละ 80.00

ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ก่อนได้รับการจัดการรายกรณีส่วนใหญ่ต้องมีคนช่วย/กระตุ้น ร้อยละ 43.30 หลังให้การจัดการรายกรณีทำได้เอง ร้อยละ 73.30

ด้านการประกอบอาชีพก่อนการจัดการราย

กรณีส่วนใหญ่ทำได้ร้อยละ 56.70 หลังได้รับการจัดการรายกรณีทำได้ร้อยละ 83.30

ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ก่อนการจัดการรายกรณีส่วนใหญ่มีปฏิสัมพันธ์ด้านลบร้อยละ 70.00 หลังได้รับการจัดการรายกรณีมีการให้กำลังใจและมองบวก ร้อยละ 60.00 รองลงมาให้การชมเชยบ้างร้อยละ 40.00

ด้านสิ่งแวดล้อม ก่อนและหลังการจัดการรายกรณี ส่วนใหญ่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง ร้อยละ 93.30 และ 96.70 ตามลำดับ

ด้านการสื่อสาร ก่อนการจัดการรายกรณีส่วนใหญ่สนทนากับผู้อื่นได้ครั้งคราว ร้อยละ 86.70 หลังให้การจัดการรายกรณีสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้ ร้อยละ 90.00

ด้านความสามารถในการเรียนรู้ ก่อนการ

จัดการรายกรณีส่วนใหญ่ต้องสอนซ้ำๆ จึงทำได้ ร้อยละ 60.00 หลังให้การจัดการรายกรณีเพียงบอกครั้งสองครั้งสามารถทำได้ ร้อยละ 83.30

ด้านการใช้สารเสพติด (บุหรี่ยาเสพติด) ก่อนการจัดการรายกรณีส่วนใหญ่ใช้อย่างใดอย่างหนึ่ง ไม่ทุกวันร้อยละ 90.00 รองลงมาใช้อย่างใดอย่างหนึ่งทุกวันร้อยละ 10.00 หลังได้รับการจัดการรายกรณี ไม่ใช่เลย ร้อยละ 53.30 และใช้อย่างใดอย่างหนึ่งไม่ทุกวันร้อยละ 46.70

โดยสรุป ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัยไม่มีผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง จนมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช และ/หรือมีพฤติกรรมก่อความรุนแรงในชุมชน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 10 ด้าน (n=30)

การติดตาม		ก่อนการพัฒนา (n=30)		หลังการพัฒนา (n=30)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาการทางจิต	ไม่มีอาการ	-	-	21	70.00
	มีบ้าง10ครั้ง/เดือน	25	83.30	8	26.70
	มีบ่อย มากกว่า 10 ครั้ง/ เดือน	5	16.70	1	3.30
การกินยา	สม่ำเสมอ	-	-	25	83.30
	ไม่สม่ำเสมอ	21	70.00	5	16.70
	ไม่กินยา	9	30.00	-	-
ผู้ดูแล/ญาติ	มีผู้ดูแล/มีศักยภาพ	5	16.70	24	80.00
	มีผู้ดูแลเป็นคนนอก/ดูแลได้บ้าง	6	20.00	6	20.00
	ไม่มีผู้ดูแล/ไม่มีศักยภาพ	19	63.30	-	-
การทำกิจวัตรประจำวัน	ทำได้เอง	12	40.00	22	73.30
	ทำได้บ้าง (ต้องมีคนช่วยกระตุ้น)	13	43.30	8	26.70
	ทำไม่ได้	5	16.70	-	-
การประกอบอาชีพ	ทำได้	17	56.70	25	83.30
	ทำได้บ้าง (ต้องมีคนช่วยกระตุ้น)	8	26.70	3	10.00
	ทำไม่ได้	5	16.70	2	6.70
สัมพันธภาพในครอบครัว	ให้กำลังใจ มองบวก	1	3.30	18	60.00
	มีการชมเชยบ้าง	8	26.70	12	40.00
	มีปฏิสัมพันธ์ด้านลบ	21	70.00	-	-
สิ่งแวดล้อม	มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง	28	93.30	29	96.70
	มีที่อยู่แยกออกจากครอบครัว	2	6.70	1	3.30
	ไม่มีที่อยู่อาศัย เร่ร่อน	-	-	-	-
การสื่อสาร	แลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้	-	-	27	90.00
	สนทนากับผู้อื่นได้ครั้งคราว	26	86.70	2	6.70
	ไม่พูดกับใครเลย	4	13.30	1	3.30
ความสามารถในการเรียนรู้	บอกครั้งสองครั้งทำได้	4	13.30	25	83.30
	สอนซ้ำๆทำได้	18	60.00	4	13.30
	จำไม่ได้	8	26.70	1	3.30
การใช้สารเสพติด (บุหรื/สุรา/ยาเสพติด)	ไม่ใช้เลย	2	6.70	16	53.30
	ใช้อย่างใดอย่างหนึ่ง ไม่ทุกวัน	27	90.00	14	46.70
	ใช้อย่างใดอย่างหนึ่งทุกวัน	1	3.30	-	-

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิตและความสามารถโดยรวม ก่อนและหลังการจัดการรายกรณี พบว่าอาการทางจิตหลังได้รับการจัดการรายกรณี (เฉลี่ย=20.63, SD=4.80) ลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิต (เฉลี่ย=32.63, SD=5.86) และความสามารถโดยรวมหลังได้รับการจัดการรายกรณี

(เฉลี่ย=66.17, SD=9.90) สูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวม (เฉลี่ย = 43.07, SD=6.10) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-16.54$, $p\text{-value} < 0.005$) (ตารางที่ 3)
ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการทางจิตและความสามารถโดยรวมก่อนและหลังการจัดการรายกรณี (n=30)

ระยะเวลา	Mean	SD	t	df	p-value
อาการทางจิต					
ก่อนการจัดการรายกรณี	32.63	5.86	13.10	29	$< 0.005^*$
หลังการจัดการรายกรณี	20.63	4.80			
ความสามารถโดยรวม					
ก่อนการจัดการรายกรณี	43.07	6.108	-16.54	29	$< 0.005^*$
หลังการจัดการรายกรณี	66.17	9.941			

* p - value < 0.005 , pair t-test

ระยะที่ 4 การประเมินผลการพัฒนา

จากการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการจัดการรายกรณีไปทดลองใช้ในชุมชน พบว่าทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้ครบถ้วนตามแผนการดูแลผู้ป่วย และเมื่อประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหลังนำการจัดการ

รายกรณีไปใช้เปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาแบบการดูแล พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.005$) โดยหลังการใช้รูปแบบมีความพึงพอใจอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง (ค่าเฉลี่ย = 89.30, SD=4.824) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงก่อนและหลังการใช้การจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

(n=20)

ความพึงพอใจ	Mean	SD	t	df	p-value
ก่อนพัฒนา	67.60	2.583	20.49	19	0.005*
หลังพัฒนา	89.30	4.824			

* p – value <0.005

ผลการประเมินความพึงพอใจญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.005)

โดยหลังให้การจัดการรายกรณี ญาติ/ผู้ดูแลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย =45.90, SD=2.264) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของญาติ/ผู้ดูแลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงก่อนและหลังการใช้การจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

(n=30)

ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่า t	p-value
ก่อนพัฒนา	30.43	1.654	34.839	0.005*
หลังพัฒนา	45.90	2.264		

* p – value < 0.005

จากการสังเกตการณ์และการสนทนากลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า มีความคิดเห็นสอดคล้องกับการปฏิบัติงานในการช่วยเหลือผู้ป่วยมีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เพิ่มทักษะในการปฏิบัติงาน อีกทั้งมีแนวทางในการทำงานที่เป็นรูปธรรมมากขึ้นในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพ

วิจารณ์

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้การจัดการรายกรณี ผู้วิจัยขอวิจารณ์ผลตามลำดับ ดังนี้

1. ก่อนการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง การประเมินความคิดเห็นจำเป็นในการพัฒนาแบบการดูแลและความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพและญาติ/ผู้ดูแลต่อ

รูปแบบเดิมมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ทีมสหสาขาวิชาชีพได้วางแผนออกแบบรูปแบบ การจัดการรายกรณีโดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณี ได้ประสานเชื่อมโยงระหว่างทีมดูแล โดยรูปแบบการจัดการรายกรณีที่ทีมสหสาขาวิชาชีพได้มีส่วนร่วมสร้าง และกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมการดูแลจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยได้จากการรวบรวม ปัญหาของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพได้สนทนากลุ่มเพื่อกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมีการทดลองใช้และนำมาปรับปรุงจึงได้รูปแบบการจัดการรายกรณีให้ได้มาตรฐานนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยได้จริงและก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดสอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตติศักดิ์ สุรพงษ์พิวัฒน์⁶

2. ผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการจัดการรายกรณี ที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีคะแนนความสามารถ โดยรวมหลังการจัดการรายกรณี(66.17 ± 9.94) สูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวม (43.07 ± 6.11) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการจัดการรายกรณีเป็นรูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมต่อเนื่อง มีการวางแผน ออกแบบการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายแบบองค์รวม เพื่อตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อน ด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีการประสานการเข้าถึงแหล่งทรัพยากร ความร่วมมือ จากสหวิชาชีพ ร่วมวางแผน การดูแลติดตามประเมินผลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย นุชณี เอี่ยมสะอาด⁹

ผลการติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 10 ด้าน พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น โดยในด้านหลักๆที่มีความสำคัญกับการก่อความรุนแรง คือ มีอาการทางจิตให้เห็นชัดเจน พูดบนคนเดียว เออะอะโววาย มีอาการหลงผิด หวาดระแวงกลัวคนมาทำร้าย หูแว่ว เห็นภาพหลอน บางคนมีเสียงสั่งให้ทำนั่นทำนี่รวมทั้งสั่งให้ทำร้ายตัวเองก่อนที่คนอื่นจะมาฆ่าตัวเองบ้าง หรือบางทีก็สั่งให้ทำร้ายคนอื่น เพราะคิดว่าคนอื่นจะทำร้ายตัวเอง ซึ่งส่วนใหญ่จะปฏิเสธการรักษา ไม่ยอมกินยาหรือกินไม่ต่อเนื่องร่วมกับผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุบ้างผู้พิการด้อยโอกาสที่ไม่สามารถควบคุมผู้ป่วยได้หรือญาติ/ผู้ดูแลมีความหวาดกลัวผู้ป่วยจากการเคยถูกผู้ป่วยจิตเวชทำร้าย หรือไม่มีผู้ดูแลทำให้ขาดการรักษาต่อเนื่อง หลังการทำให้การจัดการรายกรณีทำให้การยอมรับการรักษา เข้าใจโรคที่เป็นและให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น⁵⁻⁶ จากประเด็นปัญหาดังกล่าว มีทีมสหสาขาวิชาชีพได้ติดตามเยี่ยมบ้านและให้การดูแลตามประเด็นปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการจัดการรายกรณี เป็นเวลาต่อเนื่อง 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งการดูแลในหน่วยบริการและการติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชนอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษาและกินยาต่อเนื่องตามแผนการรักษา ทำให้อาการทางจิตสงบ ลดอาการกำเริบที่ต้องส่งต่อ สามารถอยู่ในสังคม ชุมชนได้อย่างสงบสุข ประกอบอาชีพได้¹¹⁻¹²

นอกจากนี้การติดตามด้านการใช้สารเสพติด(บุหรื/สุรา/ยาเสพติด) เป็นอีกหนึ่งปัญหาที่สำคัญของอาการกำเริบ เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จากการวิจัยนี้มีผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงบางส่วนยังใช้สารเสพติดเป็นแบบใช้อย่างใดอย่างหนึ่ง แต่ไม่ทุกวันอยู่ ทั้งนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ดูแลเป็นมารดาอยู่ในวัยผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้ การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นพื้นที่ระบาดของยาเสพติด หาซื้อง่าย ราคาถูก รวมทั้งให้อามาใช้ก่อนค่อยจ่ายทีหลัง จากประเด็นดังกล่าว จำเป็นต้องมีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็งและเห็นความสำคัญในการปราบปรามยาเสพติดและในการทำงานในกลุ่มนี้ต้องมีความละเอียด อดทนและต้องทำงานเป็นสหสาขาวิชาชีพที่จำเป็นต้องมีทีมปกครอง ศูนย์ป้องกันและปราบปรามยาเสพติดมาร่วมด้วย ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมีการลดการใช้ลงหลังจากการติดตามดูแลต่อเนื่องแต่ก็มีแนวโน้มที่จะกลับไปใช้ซ้ำจากการเป็นพื้นที่ระบาด ดังนั้นจำเป็นต้องมีการวิจัยต่อยอดเพื่อหาวิธีการแนวทางที่จะแก้ไขปัญหานี้ที่ได้ผลต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

3. การประเมินการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีที่พัฒนาขึ้น

1) ความคิดเห็นความเป็นไปได้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ทีมสหสาขาวิชาชีพ มีความพึงพอใจกับรูปแบบการจัดการรายกรณีที่พัฒนาขึ้นมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ แนวทางการคัดเลือผู้ป่วยที่ควรได้รับการจัดการรายกรณีอย่าง

ชัดเจน ระบุแผนการดูแล แนวทางในการประเมินประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงไว้อย่างชัดเจน สามารถกำกับติดตามการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานให้เกิดความร่วมมือของทีมในการดูแลรักษาพยาบาลลดความซ้ำซ้อนของงานเกิดความสะดวกและรวดเร็วในการบริการ⁷⁻⁸

2) ความพึงพอใจของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง พบว่ามีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ซึ่งจากการพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงนี้ ทำให้ญาติมีความเข้าใจโรค การอยู่กับผู้ป่วยด้วยการปรับการสื่อสาร การเข้าใจผู้ป่วย และอุ่นใจในการติดตามเยี่ยมอย่างใกล้ชิดจากทีมสหสาขาวิชาชีพ และสามารถเข้าถึงช่องทางการปรึกษาปัญหาเมื่ออยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการถูกทำร้าย มีความประทับใจจากการได้รับการช่วยเหลือและการให้กำลังใจจากทีมสหสาขาวิชาชีพทำให้ญาติ/ผู้ดูแลคลายความวิตกกังวลลงได้ทำให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมากขึ้น¹²

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงให้ได้รับการดูแลและติดตามต่อเนื่องในชุมชนเป็นระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อลดอาการกลับมากำเริบซ้ำต่อไป

2. ควรวิจัยต่อยอด การศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติด เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มี

ความยุ่งยากซับซ้อนทั้งด้านกายภาพ ชีวภาพ และ
ปัจจัยทางสังคม ร่วมกับมีแนวโน้มที่จะกลับไปใช้ซ้ำ
จากการเป็นพื้นที่ระบาด ดังนั้นจำเป็นต้องมีการวิจัย
ต่อยอดเพื่อหาวิธีการแนวทางที่จะแก้ไขปัญหานี้ได้
ผลต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Department of mental health. Psychiatric care manual that has a Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V for institutions/hospitals Under the Department of Mental Health. Bangkok: prosperous-lus; 2018
2. Fozel S, Gulati G, Linsell L, John R. Geddes JR and Grann M. Schizophrenia and Violence Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS Medicine 2009; 6(8): e1000120. doi:10.1371/journal.pmed.1000120
3. Kemmis S. and McTaggart R. The Action Research Planner. (3rd ed.). Victoria: Deakin University Press; 1988.
4. Smith L and Newton R. Systematic review of case management. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2007; 41: 2-9.
5. กาญจนา เหมะรัตน์, เพลิน เสี่ยงโชคอยู่, อุณจิตร คุณารักษ์, นิรมล ปะนะสุนา. ผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเวชต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและการป่วยซ้ำ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2555; 26(2): 63-73.
6. กิตติศักดิ์ สุรพงษ์พิพัฒน์. ผลการจัดการรายกรณี: แบบโรงพยาบาลและชุมชนเป็นฐานในผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2559; 31(2): 111-9.
7. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริสพลัส; 2561.
8. จลี เจริญสรรพ, นพรัตน์ ไชยขำนิ. การพัฒนาแบบแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมด้วยการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทซับซ้อน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2560; 31(2): 64-77.
9. นุชณี เอี่ยมสะอาด, ปิพิญา ทวีเศษ, พรเลิศ ชุ่มชัย. ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง. วารสารสถาบันสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ 2563; 14(1): 10-22.
10. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพฑูรย์. โครงการอบรมแนวทางการสัมภาษณ์และให้คะแนน BPRS ในรูปแบบของ T-PANSS. ในเอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนปรุง. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2544.
11. สุกัญญา ละอองศรี, บัณฑิต ศรีชัยกุล, นพดล พิมพ์จันทร์. การพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชน ตำบลไผ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2560; 23(2): 68-79.

12.อรรวรรณ ฮ่องต้อ.ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและภาระการดูแลของผู้ดูแล[วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช].กรุงเทพฯ;จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.

ผลการบำบัดสุราแบบสั้นในผู้ป่วยติดสุราที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

จารุพันธ์ คำชมภู พย.ม.

ธิดา รัตนสมบัติ พย.ม.

นิภา ยอดสง่า พย.บ.

ธันยารักษ์ เจริญกิจตระกูล พย.บ.

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการบำบัดสุราแบบสั้น(Brief Alcohol Intervention)ในผู้ป่วยติดสุราที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

วัสดุและวิธีการ เป็นการศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนหลัง (Nonrandomized One Group Pretest –Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของการบำบัดสุราแบบสั้นในผู้ป่วยติดสุราที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และติดตามผลหลังบำบัด 3 และ 6 เดือนโปรแกรมการบำบัดใช้เวลา 20-30 นาที จำนวนครั้ง 4-5 ครั้ง ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพประเมินปัญหาและแรงจูงใจ ครั้งที่ 2 ค้นหาสิ่งสำคัญ/ ผลกระทบต่อสิ่งสำคัญ ครั้งที่ 3 ผลักดันแรงจูงใจให้มั่นคง ครั้งที่ 4 พิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา/ให้ข้อมูล ครั้งที่ 5 วางแผน/สรุป

ผล : พบว่าหลังการบำบัดและติดตามต่อเนื่อง 3 เดือน ผู้ป่วยติดสุรามีค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลง และเมื่อติดตามหลังการบำบัด 6 เดือนกลับพบว่าผู้ป่วยบางรายกลับไปดื่มสุราซ้ำและมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้นและทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสรุป ผู้ป่วยติดสุราที่มีพฤติกรรมการเพิ่มขึ้น ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย ดังนั้นควรเน้นการบำบัดระยะยาว โดยการบำบัดเป็นระยะเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำและลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

คำสำคัญ : การบำบัดสุราแบบสั้น ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยติดสุรา

Effects of Brief Alcohol Intervention in alcohol dependence patients at risk of Suicide at the Outpatient Department KhonKaenRajanagarindra Psychiatric Hospital

Jarunan Khamchompoo N.M.S

Thida Rattanasombat N.M.S

Nipha Yot-nga B.N.S. Thananyaporn Charoenkittrakun B.N.S.

khon kaen rajanagarindra psychiatric hospital

Abstract

Objective: To study the effect of Brief Alcohol Intervention in alcohol dependence patients who are at risk of suicide Who came to the outpatient department of KhonKaenRajanagarindra Psychiatric Hospital

Method: was a single group study, evaluated before and after. (Nonrandomized One Group Pretest – Posttest Design) to study the effect of Brief Alcohol Intervention on alcohol dependence patients at risk of suicide. And follow up after 3 and 6 months of treatment. The treatment program takes 20-30 minutes. Times 4-5 times. The 1st time builds relationships, evaluates problems and motivation. The 2nd time searches for important / important effects. Pushing motivation firmly for the 4th time, considering alternatives to solving problems / providing information and last is planning / conclusion

Results: after 3 months of continuous follow-up alcohol dependence patients had lower risk of suicide and alcohol drinking behavior. but after following the 6-month treatment, some patients returned to repeated drinking and increased drinking behavior and increased risk of suicide.

Conclusion: Alcohol dependence patients with increased behaviors Increasing the risk of suicide as well Therefore should focus on long-term therapy By periodic therapy to prevent repeated drinking and reduce the risk of suicide

Keywords: Alcohol dependence patients, brief Alcohol Intervention, risk of suicide

บทนำ

ความผิดปกติจากการดื่มสุรา (Alcohol use disorders: AUD) มีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ การงานและการมีสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง และอาจเป็นสาเหตุกระตุ้นทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพราะการดื่มสุราในระยะเวลา นานทำให้เกิดความเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเกิดปัญหาสุขภาพก่อให้เกิดความเครียดสะสมและทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้Borges &Loera (2010)¹ได้ศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ที่ใช้สุราพบว่าผู้ที่ใช้สุราและอยู่ในช่วงมึนเมา (Intoxication) มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายสูงกว่าปกติสอดคล้องกับการศึกษาของDarvishi et al.(2015)² ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความผิดปกติจากการดื่มสุราพบมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จอย่างมีนัยสำคัญ

ในประเทศไทยจุฑามาศ หนองุ่นและคณะ (2559)³ ทำการศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับสุรา พบว่าผู้ที่มีปัญหาโรคร่วมทางจิตเวชมีความคิดฆ่าตัวตาย 2.58 เท่าของผู้ที่ไม่มีโรคร่วม (OR=2.58 95% CI; 1.14-5.85, p-value=0.023)ในผู้ป่วยสุราที่มีโรคซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวน มีโรควิตกกังวล และโรคจิตร่วมจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย 10.229 เท่าของผู้ป่วยที่ดื่มสุราทั่วไป (บุญศิริ จันศิริมงคล,2556)⁴การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชสุราที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนั้น นอกจากการรักษา

ด้วยยา การบำบัดทางจิตสังคมก็มีส่วนสำคัญในการช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากการทบทวนเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชสุราพบว่า การบำบัดสุราแบบสั้น (Brief Alcohol Intervention)เป็นการบำบัดโดยใช้แนวความคิดการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา สามารถช่วยลดปริมาณการดื่มและทำให้ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงได้ (Kimberly et al.,2017)⁵

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบ คัดกรองและบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาจากการใช้ สุราและยาเสพติดซึ่งมีรูปแบบการบำบัดผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราที่มีอาการทางจิตร่วมโดยมีทั้งการบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่มเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มสุราเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ แต่ยังไม่จำเพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสุราที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากสถิติการมารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ในปีงบประมาณ 2561 พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชสุราที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยโรคที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา (F10.xx) มีจำนวน 4,335 ราย และยังพบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยการพยายามฆ่าตัวตายร่วมด้วยจำนวน 156 ราย ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษาผลของการบำบัดสุราแบบสั้นในผู้ป่วยติดสุราที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ราชนครินทร์ เพื่อเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยติดสุราที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัว

ตายปลอดภัย รวมทั้งสามารถลดปริมาณการดื่มสุรา
อันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการบำบัดสุราแบบสั้น (Brief Alcohol Intervention) ในผู้ป่วยติดสุราที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาวิจัยในกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการบำบัด (Nonrandomized One Group Pretest –Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของการบำบัดสุราแบบสั้นในผู้ป่วยติดสุราที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และติดตามผลวัดซ้ำหลังบำบัดทันที 3 เดือน และ 6 เดือน ตัวแปรต้น คือ การบำบัดสุราแบบสั้น ตัวแปรตาม ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและพฤติกรรมการดื่มสุรา

1. ประชากรในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยหลักหรือรองว่าเป็นโรคติดสุรา (F10.20) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบขององค์การอนามัยโลก (ICD 10)

2. กลุ่มตัวอย่าง

2.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1) ผู้ป่วยติดสุรา ที่ได้รับการวินิจฉัยหลักหรือรองว่าเป็นโรคติดสุรา (F10.20) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบขององค์การอนามัยโลก (ICD 10)

2) มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยประเมินด้วยเครื่องมือ M.I.N.I. Suicide ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป

3) ประเมินอาการทางจิตแบบสั้น Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) พบว่า มีอาการทางจิตมีค่าคะแนน 19 -36 คะแนน

4) สามารถสื่อความหมายและเข้าใจภาษาไทย สามารถอ่านออก เขียนได้ และพูดคุยติดต่อสื่อสารได้ (เนื่องจากเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง และมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจและกระทำ)

5) ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมการศึกษา

2.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) ไม่สมัครใจเข้าร่วมบำบัด

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการศึกษารั้งนี้แบ่งเครื่องมือออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วยเครื่องมือในการคัดเข้าและเครื่องมือประเมินก่อนและหลังการบำบัด

3.1 เครื่องมือในการคัดเข้า

1) แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (BPRS) เป็นการตรวจสอบอาการทางคลินิก อาการทางบวก และอาการทางลบของผู้ป่วย ตามหัวข้อในแบบประเมิน ใช้เพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยแต่ละคนเปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัด แบบประเมินนี้ถูกพัฒนาขึ้นโดย Overall and Gorham (1962) และนำมาแปลเป็นภาษาไทย โดยพันธุภากิตติรัตน์ไพบุลย์ (กรมสุขภาพจิต, 2546) มีระดับความเชื่อมั่นของค่าคะแนน 0.87 ประกอบด้วยอาการทางจิต 18 ข้อ เป็นมาตราวัด 7 ระดับ คือ 1) หมายถึง ไม่มีอาการ 2) หมายถึง สงสัยว่ามีอาการอยู่บ้าง แต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3) หมายถึง มีอาการเล็กน้อย 4) หมายถึง มีอาการปานกลาง 5) หมายถึง มีอาการค่อนข้างรุนแรง 6) หมายถึง มีอาการรุนแรง และ 7) หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก คะแนนรวม

126 คะแนน การแปลผล ดังนี้

≤ 18 คะแนน หมายถึง ปกติ

19-36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิต

≥ 37 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิต
รุนแรงต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน

3.2 เครื่องมือประเมินก่อนและหลังการบำบัด
ประกอบด้วย

1) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัว
ตาย (MINI suicidality) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแบบ
สัมภาษณ์ทางคลินิกเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคทาง
จิตเวช Mini International Neuropsychiatry
Interview (M.I.N.I.) ซึ่งทดสอบความไว >0.75 ค่า
ความจำเพาะ >0.81 และค่าความคาดหมาย >0.81
ซึ่งมีความเป็นบวกสูง รวมทั้งมีประสิทธิของการ
วินิจฉัยในทุกโรคตรงเกณฑ์สูง >0.81 ในส่วนของ
MINI suicidality อยู่ในส่วนของ Module C หัวข้อ
การสัมภาษณ์มีทั้งหมด 11 ข้อที่เกี่ยวกับประวัติการ
ฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ suicidal
idea, suicidal plan, suicidal attempts และ 1
ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวประวัติการฆ่าตัวตายตลอด
ช่วงชีวิต คำตอบมี “ใช่” และ “ไม่ใช่” เกณฑ์การ
ให้หมายถึงมีความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่า
ตัวตาย คะแนน 1-8 คะแนน (ระดับน้อย) คะแนน
9-19 คะแนน (ระดับปานกลาง) คะแนน ≥ 17 คะแนน
(ระดับรุนแรง) สร้างโดย Sheehan et al. (1998) นำ
มาแปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์
และคณะ (2548) เครื่องมือนี้ใช้เพื่อการวินิจฉัยโรค
ใน DSM-IV axis I ความเจ็บป่วยในปัจจุบัน สั้นแต่
ถูกต้อง (Short but accurate) ซึ่งบุคลากรทาง

จิตเวชที่ผ่านการอบรมระยะสั้นสามารถใช้เครื่อง
มือได้ MINI suicide ประกอบด้วย 9 คำถาม แบ่ง
เป็น 3 ระดับได้แก่

ค่าคะแนน 1-8 ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่า
ตัวตายเล็กน้อย

ค่าคะแนน 9-16 ระดับความเสี่ยงต่อการ
ฆ่าตัวตายปานกลาง

ค่าคะแนน ≥ 17 ระดับความเสี่ยงต่อการ
ฆ่าตัวตายมาก⁶

2) แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์
ของผู้มารับบริการสุขภาพ (ASSIST) ซึ่งเป็นเครื่อง
มือแบบคัดกรองการใช้สารเสพติดสามารถใช้กับยา
เสพติดทุกชนิดรวมทั้งสุรา เป็นเครื่องมือที่สามารถ
ระบุความเสี่ยงการดื่มสุราและนำไปสู่การดูแลรักษา
ที่เหมาะสม (กรมสุขภาพจิต, 2560)⁷ แปลผลดังนี้
คะแนน 0 - 10 หมายถึง การดื่มในระดับเสี่ยงต่ำ
ต่อการเกิดปัญหาจากการดื่มแต่ในอนาคตหากดื่ม
มากกว่านี้มีโอกาสเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหา
จากการดื่มสุราได้

คะแนน 11 - 26 หมายถึง การดื่มในระดับ
เสี่ยงปานกลาง ต่อการสุขภาพและปัญหาอื่น ๆ หรือ
อาจเริ่มมีปัญหาบางอย่างเกิดขึ้นแล้ว การดื่มสุรา
อย่างต่อเนื่องลักษณะนี้จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ
และปัญหาอื่น ๆ ในอนาคต รวมถึงเสี่ยงต่อการติด
สุราได้ โดยเฉพาะคนที่เคยมีปัญหาจากการดื่มสุรา
หรือเคยติดสุรามาก่อน

คะแนนตั้งแต่ 27 ขึ้นไป หมายถึง การดื่ม
ในระดับเสี่ยงสูง บ่งชี้ว่ามีความเสี่ยงต่อการติดสุรา
แล้วหรืออยู่ในภาวะติดสุราหรือกำลังประสบปัญหา

สุขภาพ สังคม การเงิน กฎหมายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา

4. วิธีดำเนินการวิจัย

คัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดในกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้บำบัดทำการประเมิน BPRS ประเมินพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการสุขภาพ และประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนเข้ารับการบำบัดสุราแบบสั้นสำหรับผู้ที่ยังเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระหว่างบำบัด และหลังบำบัด รวมทั้งระยะติดตามผล 3 และ 6 เดือน

5. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการบำบัด

การบำบัดสุราแบบสั้นสำหรับผู้ที่ยังเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายใช้เวลา 20-30 นาที บำบัด 4-5 ครั้ง ประเมินผลหลังบำบัดทันทีและติดตามผล 3 และ 6 เดือน

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ (Engagement) เป็นขั้นตอนแรกที่ผู้บำบัดใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อให้ผู้รับการบำบัดคุ้นเคยและไว้วางใจ พร้อมบอกเล่าข้อมูลประเด็นปัญหาการประเมินปัญหาและแรงจูงใจโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด และพร้อมให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม รวมทั้งเป็นการประเมินปัญหาและแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา ตระหนักถึงผลกระทบ ที่เกิดจากการดื่มสุรา และริเริ่มตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสร้างสัมพันธภาพอย่างรวดเร็ว (Rapid engage) สามารถทำได้โดยการเริ่มพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องที่ผู้รับการบำบัดสนใจ ซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจเกี่ยวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดต้องมีทักษะการ

ชื่นชม (Affirm) หรือใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้รับการบำบัดบอกเล่ารายละเอียดในเรื่องนั้นเพิ่มมากขึ้นเพื่อนำไปสู่ประเด็นที่เป็นแรงจูงใจต่อไป

ครั้งที่ 2 การค้นหาสิ่งสำคัญ/ แรงจูงใจ (Find out motivation) ประเมินแรงจูงใจว่าผู้รับการบำบัดอยู่ขั้นใด ค้นหาสิ่งสำคัญในชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวในชีวิตหรือสิ่งที่มีความหมายต่อชีวิต ค้นหาว่าอะไรคือสิ่งสำคัญในชีวิตหรือปัญหาสุขภาพที่มีผลกระทบต่อสิ่งสำคัญในชีวิตเน้นการค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวที่มีความหมายต่อชีวิต และใช้สิ่งนั้นสะท้อนกลับเพื่อกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจหรือต่อยอดย้ำความเข้มแข็งของแรงจูงใจให้มากขึ้น ผู้รับการบำบัดรู้สึกว่าคุณมีความสามารถในการเอาชนะความอยากดื่มสุราได้ เสริมสร้างความมั่นใจในการลด ละ เลิกพฤติกรรม การดื่มสุรา มองเห็นคุณค่าในตนเอง ต้องการเป็นแบบอย่างที่ดีของคนในสังคม โดยผู้รับการบำบัดสามารถกำหนดวิธีการในการดำเนินชีวิตที่ปราศจากสุราด้วยตนเอง

ครั้งที่ 3 การผลักดันแรงจูงใจให้แน่นแฟ้น มั่นคง (Strengthen motivation) เป็นขั้นตอนหลังจากค้นพบสิ่งสำคัญหรือเป้าหมายในชีวิตผู้รับการบำบัดโดยใช้เป็นตัวกระตุ้นหรือต่อยอดย้ำความเข้มแข็งของแรงจูงใจให้มากยิ่งขึ้น โดยใช้ทักษะการสะท้อนกลับซึ่งสามารถสะท้อนได้ทั้งเนื้อหา ความรู้สึก ทักษะการชม และสรุปความ รวมทั้งให้ผู้รับการบำบัดทบทวนเกี่ยวกับอุปสรรคที่ทำให้กลับไปดื่มสุราและวางแผนแก้ไขจัดการกับอุปสรรคได้อย่างเหมาะสม เป็นการส่งเสริมศักยภาพความรับผิดชอบ และการควบคุมการดื่มสุราของผู้รับการบำบัด

ครั้งที่ 4 การพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา/ ให้ข้อมูล (Advice with menus) เป็นขั้นตอนการให้ข้อมูล คำแนะนำแนวทางการเลือกปฏิบัติต่างๆ เป็นการแนะนำแบบมีตัวเลือกแต่การตัดสินใจเลือกวิธีใดเป็นการตัดสินใจและความรับผิดชอบของผู้รับการบำบัดฝึกการแก้ปัญหาที่ถูกต้องและเหมาะสมผู้รับการบำบัดเกิดการเปลี่ยนแปลงตนเอง รู้สึกถึงความสามารถในการเพียรพยายามในการควบคุมการดื่มและรางวัลที่ได้จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจและสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

ครั้งที่ 5 การวางแผนและสรุป (Making a solid plan) เป็นการสรุปความถึงมูลเหตุของความตั้งใจหรือทางเลือกที่เป็นไปได้ ผู้รับการบำบัดเกิดความรู้สึกมีความสามารถและติดตามผลการดื่มหลังสิ้นสุดการบำบัด⁸

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

พยาบาลผู้บำบัดซึ่งผ่านการอบรมการบำบัดสุราแบบสั้นโดยกรมสุขภาพจิต เป็นระยะเวลา 5 วัน ได้แก่ นางจารุพันธ์ คำชมภูและนางนิภา ยอดสง่า เป็นผู้รวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ผลการประเมินตนเองของผู้ป่วยในกระบวนการบำบัด พยาบาลที่ติดตามประเมินผล ซึ่งไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการบำบัด คือ นางสาวธิดา รัตนสมบัติ และนางชนัน ยากรณ์ เจริญกิจตระกูล รวบรวมประเมินผลการ

บำบัดในระยะหลังบำบัด ติดตามผลการบำบัด และรวบรวมข้อมูลตามแบบประเมินผล

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม นำเสนอด้วยสถิติเชิงบรรยายโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน

2.เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของแบบประเมินASSISTและMINI suicide ก่อนและหลังการบำบัดด้วย

3.เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของแบบประเมิน ASSISTและ MINI suicide ติดตามหลังการบำบัด 3, 6 เดือน

8. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 16 คน เป็นเพศชายทั้งหมด อายุเฉลี่ย 35 ปี มีสถานะภรรยาสมรสได้ ร้อยละ 55 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 45 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 60 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2001-2500 บาท ร้อยละ 40 ระยะเวลาในการดื่มสุรา 5 ปี ขึ้นไปร้อยละ 70 และเมื่อประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราก่อนการบำบัด พบว่ามีค่าคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา มากกว่า 27 คะแนน หมายถึงการดื่มในระดับความเสี่ยงสูง ร้อยละ 95

ลำดับที่	ก่อน	หลัง	3 เดือน	6 เดือน
1	17	4	4	4
2	7	0	0	1
3	7	0	0	1
4	7	0	0	0
5	9	0	0	0
6	7	0	0	0
7	7	0	0	0
8	11	1	0	0
9	6	0	0	0
10	7	0	0	0
11	7	0	0	0
12	7	1	0	0
13	9	0	0	0
14	7	0	0	0
15	9	0	0	0
16	7	0	0	0
ค่าเฉลี่ย	8.19	0.38	0.25	0.37
ค่าสูงสุด	17.00	4.00	4.00	4.00
ค่าต่ำสุด	6.00	0	0	0

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย MINI suicide ของผู้ป่วยติดสุราก่อน หลัง 3, 6 เดือน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการสุขภาพ (ASSIST) ของผู้ป่วยติดสุราก่อน หลัง 3, 6 เดือน

ลำดับที่	ก่อน	หลัง	3 เดือน	6 เดือน
1	34	12	2	2
2	24	3	3	11
3	39	11	3	13
4	34	13	2	0
5	36	6	2	0
6	39	12	3	0
7	34	6	0	0
8	34	9	2	2
9	27	5	0	0
10	29	11	3	3
11	34	9	0	0
12	29	0	0	0
13	32	6	0	0
14	29	2	0	0
15	32	9	2	0
16	30	5	2	0
ค่าเฉลี่ย	32.25	7.44	1.50	1.94
ค่าสูงสุด	39.00	13.00	3.00	13.00
ค่าต่ำสุด	24.00	0	0	0

จากตารางที่ 1 และ 2 พบว่าภายหลังการบำบัดสุราแบบสั้น และติดตามต่อเนื่อง 3 เดือน ผู้ป่วยติดสุรามีค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลง และเมื่อติดตามต่อเนื่องหลังการบำบัด 6 เดือนกลับพบว่าผู้ป่วยมีค่า

คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เปลี่ยนแปลงเห็นได้จาก ผู้ป่วยคนที่ 1 และ 2 ที่กลับไปดื่มสุราซ้ำและทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดื่มสุราอาจมีความสัมพันธ์ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ ซึ่งจากผลการศึกษาผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนพฤติกรรมการดื่มที่อยู่ในระดับระดับเสี่ยงสูงทำให้มีค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและภายหลังการบำบัดเมื่อมีค่าคะแนนพฤติกรรมการดื่มลดลงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก็มีค่าลดลงเช่นกัน และเมื่อติดตามในระยะ 6 เดือนกลับพบว่าเมื่อผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำก็ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของ Darvishi et al. (2015)² ศึกษาความสัมพันธ์ของความผิดปกติจากการดื่มสุราพบว่ามีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จอย่างมีนัยสำคัญ และมีการศึกษาของภัทราจิตต์ ศักดา และคณะ,(2554)⁹ ได้ศึกษาเกี่ยวสาเหตุการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยติดสุรา พบว่าแบ่งออกเป็น 4 ประการได้แก่ รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้สิ้นหวังและหมดหนทาง ร้อยละ 46.67 รู้สึกน้อยใจเสียใจ ร้อยละ 26.67 มีอาการประสาทหลอนเช่นหูแว่ว เห็นภาพหลอนร้อยละ 20.0 และทำเพื่อประชด ร้อยละ 6.67

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นที่มอบงบประมาณสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Borges Gand Loera CR() Alcohol and drug use in suicidal behavior. Curr Opin Psychiatry.2010; 23(3):195-204.
2. Darvishi N, Farhadi M, Haghtalab T, Poorolajal J. Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis. PLoS One.2015 20;10(5):e0126870.
3. จุฑามาศ หน่อต้น, ชนาภานต์ เจนใจ, ชิตชนก เรือนก้อน. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับสุรา. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2559; 10(2):137-151.
4. บุญศิริ จันศิริมงคล, สาวิตรี สุริยะฉาย, หทัยชนนี บุญเจริญ, กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง, สรสร จวงษ์, อุ่นจิตร คุณารักษ์. โรคร่วมจิตเวชของผู้ป่วยในจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.2556; 21(2):77-87.
5. Kimberly H.,McManama O'Brien.A Brief Alcohol Intervention During Inpatient Psychiatric Hospitalization for Suicidal Adolescents. Cognitive and Behavioral Practice.2018; 25(1):22-31
6. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์และมธุรินคำวงศ์ปิ่น. ความตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.2548;13(3): 125-135.

7. สาวิตรี อัยณงค์กรชัย, สุวรรณ อรุณพงศ์
ไพศาล, พันธนา กิตติรัตน์ไพฑูรย์. แบบคัด
กรองประสบการณ์ การดื่ม สูบบุหรี่ และใช้สาร
เสพติด. กรุงเทพฯ : คูณไทย จำกัด, 2554.
8. กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข.
เอกสารประกอบการบรรยายการให้คำปรึกษา
แบบสั้นในผู้ป่วยที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชาทาง
การแพทย์ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข.2562:
18-24.
9. ภัทราจิตต์ ศักดา, สมควร จุลอักษร, วิภาวิ
จันทร์ตฤการ, คณินนิตย์ วิชัยดิษฐ์, กันยารัตน์
แช่ตั้ง, ชุติมาสุขห่อ. ปรากฏการณ์การพยายาม
ฆ่าตัวตายของผู้ติดสุราที่บำบัดรักษาในโรงพยาบาล
สวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสาร
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.2554 ;
25(2):102-116.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

พิมพ์ดี จิรวิกรานต์กุล พ.บ.
โรงพยาบาลห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5

วัสดุและวิธีการ: เป็นการศึกษาวิเคราะห์ ณ.ช่วงเวลาหนึ่ง (Analytic Cross sectional study) ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4-5 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลห้วยราช ในเดือนเมษายน พ.ศ.2563 จำนวน 60 คน เก็บข้อมูลจากโปรแกรม HosXP ของโรงพยาบาลเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม(2Q) และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม(9Q) ข้อมูลที่ได้แจกแจงโดยใช้ความถี่ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สถานะด้านสุขภาพ กับภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติ Chi-Square จากนั้นนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมาวิเคราะห์แบบ logistic regression เพื่อหาปัจจัยของโอกาสที่จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

ผล: ผู้ป่วย อายุเฉลี่ย 72 ปี มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยร้อยละ 16.7 วิเคราะห์รายคู่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้าได้แก่ อายุ ($p=0.001$) สถานภาพสมรส ($p=0.008$) และ อาชีพ($p=0.03$) เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมาวิเคราะห์แบบ logistic regression พบว่า ผู้ป่วยที่มี อายุ 36-60 ปี มีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้เพิ่มขึ้น 12 เท่า ($OR=12.53, P=0.005$) เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี, ผู้ป่วยที่มีสถานภาพเป็นโสด มีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้เพิ่มขึ้น 7 เท่า ($OR=7.33, P=0.02$) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีสถานภาพสมรส และผู้ป่วยที่มีอาชีพ ทำนา/รับจ้าง มีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้เพิ่มขึ้น 12 เท่า ($OR=12.60, P=0.02$) เมื่อเทียบกับกลุ่มอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน

สรุป: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้แก่ อายุ สถานภาพ และอาชีพพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่อยู่ในช่วงวัยทำงานมีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าวัยสูงอายุ จากความคิดวิตกกังวลที่ต้องเป็นกำลังหลักในการดูแลครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วยทำให้สูญเสียรายได้ เช่นเดียวกับการมีสถานภาพโสดของผู้ป่วย ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวขาดที่ปรึกษาส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพสมรสและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอาชีพทำนา/รับจ้างมีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า, โรคไตเรื้อรัง, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

Factors related to depression in patients with chronic kidney disease stage 4-5

Huairat District, Buri Ram Province.

Pimwadee Jirawikrankul, M.D

Huairat Hospital, Buri Ram Province.

Abstract

Objective: This study aimed to study factors associated with depression of patients with chronickidney disease stage 4-5.

Methods : This was a cross-sectional analytical study of 60 patients with chronic kidney disease stage 4-5 who come to receive services at Huairat Hospital in April, 2020. Data were collected from the HosXP program which was Hospital Information System (HIS). The research instruments were personal information, 2Q depression screening form and 9Q depression assessment. The data were distributed using frequency, mean, standard deviation, and analyzed the relationships between personal factors, health status with depression by using Chi-Square statistics. Then factors that were associated with depression were statistically significant. Analyzed with logistic regressionto determine the probability factor that will cause depression.

Results: Patients' age average was 72 years with mild level of depression at 16.7%. When analyzing the bivariate factors, they were found depression associated with age ($p=0.001$) status($p=0.008$) and occupation ($p=0.03$). When factors that were associated with depression were statistically significant. Analyzed with logistic regression. It was found that patients aged 36-60 years were more to be. Depression was 12 times greater ($OR = 12.53$, $P = 0.005$) when compared to the age group over 60. ,Patients with Singles were 7 times to develop depression ($OR = 7.33$, $P = 0.02$) when compared to those with marriage status. And Patients who Farmers /self employed were 12 timesto develop depression ($OR = 12.60$, $P = 0.02$) when compared to the housemaid/without career group.

Conclusion: Relation Factors associated with depression were age, status and occupation. The working age is more likely to experience depression than the elderly, from anxious thoughts that must be the main force in taking care of the family when sickness and loss of income as well as being single for the patient makes feel lonely, lacking a counselor As a result, patients were more depressed than those with marital status. and chronic kidney disease patients who are farming/ hired They were more likely to develop depression than the butler/housewife occupation group.

Keywords: depression, chronic kidney disease, correlation factor

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ของประเทศไทย เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมากโดยเฉพาะเมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease, ESRD) ซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis) หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (kidney transplantation) นอกจากนี้ในปัจจุบันยังมีแนวโน้มอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว⁽¹⁾ การสืบค้นข้อมูล HosXP ของโรงพยาบาลห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ ปีพ.ศ.2561-2562 พบว่า มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมารับบริการที่โรงพยาบาลห้วยราชจำนวน 365, 443 คน เมื่อแบ่งผู้ป่วยตามระยะของโรค พบว่าระยะที่ 4 มีแนวโน้มสูงขึ้นจากร้อยละ 14.80 เป็น 16.90 และระยะที่ 5 มีแนวโน้มลดลง จากระยะ 26.30 เป็นร้อยละ 6.80 ⁽²⁾ มีอัตราการตายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4-5 คิดเป็น 0.014 และ 0.013 ต่อพันประชากรการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY : Disability-Adjusted Life Year) เท่ากับ 90.10 และการมีชีวิตอย่างมีคุณภาพ (QALYs : Quality Adjusted lite Years) เท่ากับ 4.5 ปี นอกจากผลกระทบที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกายดังกล่าวข้างต้น การเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ยังมีผลทางด้านจิตใจที่พบบ่อยคือ ภาวะซึมเศร้าซึ่งทางโรงพยาบาลมีการเฝ้าระวังปัญหานี้โดยการใช้แบบคัดกรอง 2Q, 9Q พบว่าข้อมูลแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) มีแนวโน้มที่จะเป็นโรค

ซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 50.00 และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 17.10 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.30 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในปัจจุบันมีการเน้นการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพและภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ได้รับการดูแลที่รวดเร็วที่สุดตั้งแต่ระยะเริ่มแรก การคัดกรองภาวะซึมเศร้าจึงเป็นการดูแลภาวะจิตใจที่แสดงออกถึงความผิดปกติของอารมณ์ของผู้ป่วย เช่น อารมณ์เศร้าไม่มีความสุข เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง เชื่องซึม นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดสมาธิ วิตกกังวลมองโลกในแง่ลบ ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนทั้งคนปกติ ผู้ป่วยทางกาย และผู้ป่วยทางจิตเวช การรักษาโรคไตเรื้อรัง แม้จะทำให้อาการของโรคดีขึ้น แต่ไม่ได้ทำให้ไตกลับมาทำงานได้ตามปกติ ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง ภาวะของโรคที่มีความซับซ้อน รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนของโรคและการรักษานอกจากนี้ ผู้ป่วยบางรายอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาครอบครัวหรือบุคคลรอบข้าง ปัจจัยเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่ขาดความเพลิดเพลินในสิ่งต่างๆ รู้สึกหดหู่ สะเทือนใจง่ายร้องไห้ง่าย เบื่อหน่าย จิตใจห่อเหี่ยว ไม่มีความรู้สึกสุขหรือสดชื่นเหมือนเดิม รู้สึกว่างเปล่า หงุดหงิดง่าย เฉื่อยชา ความคิดเชิงชาล่ง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน รู้สึกไม่มีคุณค่า และมีความคิดอยากตาย โดยอารมณ์ซึมเศร้าเบื่อหน่ายจะเป็นเกือบทั้งวัน ติดต่อกันทุกวัน นานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป⁽³⁾ ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะขาดความสนใจในการดูแลตนเอง⁽⁴⁾ จากการศึกษาของ ชยวัจน์ สืบญะเรือง⁽⁵⁾ พบว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

ร้อยละ 23.70 มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูงมาก ราชแพทยวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยจึง ได้เห็นความสำคัญของการประเมินภาวะสุขภาพและ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังและได้กำหนด แนวทางปฏิบัติในการรักษาให้มีการตรวจทางห้อง ปฏิบัติการเพื่อประเมินอาการและให้การรักษาที่ เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย⁽⁶⁾ และจากการศึกษา ของอาทิตยา อติวิชญานนท์⁽⁷⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า อายุ สถานภาพ และ รายได้ มีความสัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้าผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษา ว่า มีปัจจัยใดบ้างที่ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4-5 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลห้วยราชมีภาวะซึมเศร้า

เพื่อจะได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการให้บริการ และ ส่งเสริมสุขภาพจิตให้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่อไป

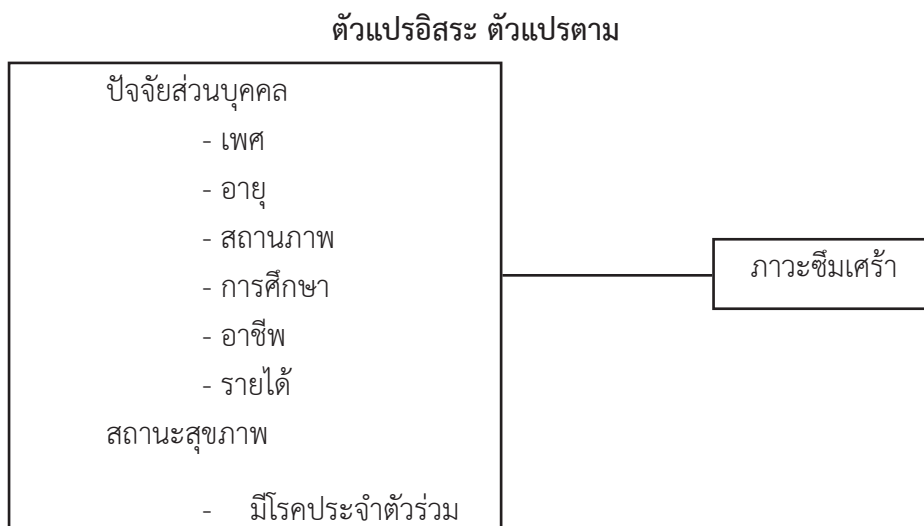
วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ ซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 อำเภอ ห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาวิเคราะห์ ณ ช่วงเวลาหนึ่ง (Analytic Cross sectional study) โดยเก็บข้อมูล ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลห้วยราชจาก ฐานข้อมูลโปรแกรม HosXP โดยมีกรอบการวิจัยดัง แผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย



กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 – 5 ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลห้วยราช ในช่วงเดือน เมษายน 2563 จำนวน 70 คน โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ ผู้ป่วยต้องตอบแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ จนเหลือกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบด้วยโรคประจำตัววิธีการรักษาโรคไตเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งเป็นแบบประเมินที่โรงพยาบาลได้ดำเนินการเก็บข้อมูลไว้แล้วดังนี้

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) พัฒนาโดยสุวรรณาอรุณพงศ์ไพศาลและคณะ⁽⁸⁾ เป็นแบบคัดกรองค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการป่วย ด้วยโรคซึมเศร้า โดยคำตอบมี 2 แบบ คือ มีและไม่มี ถ้าคำตอบมีในข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจึงจำเป็นต้องประเมินอีกครั้งด้วยแบบประเมินที่มีความจำเพาะสูงแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ถ้าตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งว่า “ใช่” จะมีค่าความไว (Sensitivity) 96.50% และมีค่าความจำเพาะ (Specificity) 44.60% ความน่าจะเป็น

เป็นโรคซึมเศร้า (Positive Likelihood Ratio) เท่ากับ 1.7 เท่า แต่ถ้าใช้ทั้งสองข้อ จะเพิ่มความจำเพาะสูงถึง 85.10% ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า (Positive Likelihood Ratio) เท่ากับ 4.8 เท่า เมื่อนำแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 0.74 จึงได้นำข้อมูลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลห้วยราชในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ.2563 มาดำเนินการวิเคราะห์

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พัฒนาโดยธรรณิษฐ์ กองสุขและคณะ⁽⁹⁾ 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) 75.70% และความจำเพาะ (Specificity) 93.40% เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโรค MDD (Major Depressive Disorder) ค่าความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้าเท่ากับ 11.4 เท่า มีความแม่นยำตรงในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูงใช้เวลาน้อยเหมาะสำหรับประเมินอาการของโรคซึมเศร้า แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เมื่อเทียบกับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.719

(P-value<0.001) มีค่าความไว 85% ความจำเพาะ 72.00% และค่า Likelihood Ratio 3.0410 และเมื่อนำแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 0.81

การจัดเก็บข้อมูลและวิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตผู้บริหารของหน่วยงานจัดเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสถานะด้านสุขภาพ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ HOSXP ของโรงพยาบาลห้วยราช ตรวจสอบความสมบูรณ์ ความครบถ้วนของข้อมูลและบันทึกข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเพศ อายุ สถานภาพ การศึกษาอาชีพ รายได้ต่อเดือน และข้อมูลสถานะด้านสุขภาพ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ในรูปแบบของตารางแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และสถานะด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 กับระดับภาวะซึมเศร้า ใช้สถิติ Chi-Square จากนั้นนำปัจจัยที่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติมาวิเคราะห์โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์แบบถดถอยโลจิสติกส์ (logistic regression analysis) เพื่อใช้ตัวแปรต้นทำนายโอกาสของความน่าจะเป็นที่จะเกิดตัวแปรตาม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้านี้ได้รับการรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณา

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO-E 2020-006ลงวันที่ 27 มีนาคม 2563\

ผลการศึกษา

1.ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการศึกษา ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่มารับบริการรักษาที่ โรงพยาบาลห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 60 คน พบว่า อายุเฉลี่ย 72 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=13.45) อายุต่ำสุด 31 ปี และสูงสุด 98 ปี ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงมีสถานภาพสมรสและหม้ายการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา มีอาชีพทำนา/รับจ้าง และพ่อบ้าน/แม่บ้านและมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 71.70, 41.70, 88.30, 48.30 และ 86.70 ตามลำดับด้านสถานะสุขภาพพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ร้อยละ 73.30 และมีโรคประจำตัวรวมเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 60.00 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละข้อมูลส่วนบุคคล และสถานะด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4-5 ที่มารับบริการรักษาที่ โรงพยาบาลห้วยราช (n = 60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	17(28.30)
หญิง	43(71.70)
อายุ(ปี)	
18-35	1 (1.70)
36-60	7 (11.70)
มากกว่า 60	52(86.70)
ค่าเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 13.45	
อายุต่ำสุด-สูงสุด 31 - 98	
สถานภาพ	
โสด	10(16.70)
หม้าย	25 (41.70)
สมรส	25(41.70)
การศึกษา	
ต่ำกว่าประถมศึกษา	53(88.30)
สูงกว่าประถมศึกษา	7(11.70)
อาชีพ	
ทำนา/รับจ้าง	29 (48.30)
ค้าขาย	1(1.70)
รับราชการ	1 (1.70)
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	29(48.30)
รายได้(บาท)	
ต่ำกว่า 5,000	52(86.70)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(ร้อยละ)
สูงกว่า 5,000	8(13.30)
สถานะด้านสุขภาพ	
ไม่มีโรคประจำตัว	-
มีโรคประจำตัวร่วม	60(100)
มีโรค เบาหวาน	36(60.00)
มีโรค ความดัน	17(28.30)
เป็นโรคไตเรื้อรัง	
ระยะที่ 4	44(73.30)
ระยะที่ 5	16(26.70)

2. การประเมินภาวะซึมเศร้า

บริการรักษาที่ โรงพยาบาลห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

2.1 ข้อมูลการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2Q ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4-5 ที่มารับ

จำนวน60คนพบว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 50.00 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4-5 ที่มารับบริการรักษาที่ โรงพยาบาลห้วยราช ที่มีการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2Q(n = 60)

มีแนวโน้มที่จะเป็นภาวะซึมเศร้า	จำนวน(ร้อยละ)
มี	30 (50.00)
ไม่มี	30 (50.00)

2.2 ข้อมูลการประเมินระดับภาวะซึมเศร้าด้วย9Q ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4-5 ที่มารับบริการรักษาที่ โรงพยาบาลห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

จำนวน 60 คน พบว่ามีจำนวน 10 คน เท่านั้นที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ16.70 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ร้อยละของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4-5 ที่มารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลห้วยราช ที่ประเมินจากแบบภาวะซึมเศร้า 9Q(n = 60)

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน(ร้อยละ)
ไม่มี	50 (83.30)
ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย	10 (16.70)

3. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

3.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลสถานะด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ ที่ 4-5 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลห้วยราช กับระดับภาวะซึมเศร้า ด้วยสถิติ Chi – Square

พบว่าอายุ สถานภาพ และอาชีพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่มารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 60 คน มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้า (p=0.001, p=0.008 และ p=0.03) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สถานะด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลห้วยราช กับระดับภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติไคสแควร์

ตัวแปร	ระดับภาวะซึมเศร้า		X ²	P-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	มีภาวะซึมเศร้า น้อย		
เพศ			0.41	0.520
ชาย	15 (25.00%)	2 (3.30%)		
หญิง	35 (58.40%)	8 (13.30%)		
อายุ (ปี)			15.11	0.001*
18-35	-	1(1.70%)		
36-60	3(5.00%)	4(6.70%)		
มากกว่า 60	47(78.30%)	5(8.30%)		
สถานภาพ			9.74	0.008*
โสด	5 (8.30%)	5(8.30%)		
หม้าย	23 (38.40%)	2 (3.30%)		
สมรส	22(36.70%)	3 (5.00%)		

ตัวแปร	ระดับภาวะซึมเศร้า		X ²	P-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	มีภาวะซึมเศร้า น้อย		
การศึกษา			0.21	0.64
ต่ำกว่าประถมศึกษา	29(48.30%)	5 (8.30%)		
สูงกว่าประถมศึกษา	21 (35.00%)	5 (8.30%)		
อาชีพ			8.35	0.03*
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	28 (46.70%)	1 (1.70%)		
ทำนา/รับจ้าง	20 (33.30%)	9 (15.00%)		
ค้าขาย	1 (1.70%)	-		
รับราชการ	1 (1.70%)	-		
รายได้			2.88	0.08
ต่ำกว่า 5,000 บาท	45 (75.00%)	7(11.70%)		
สูงกว่า 5,000 บาท	5 (8.30%)	3 (5.00%)		
สถานะด้านสุขภาพ			2.49	0.47
ไม่มีโรคประจำตัวร่วม	-	-		
มีโรคประจำตัวร่วม	50(83.30)	10(16.70)		
โรคเบาหวาน	28 (46.70%)	8 (13.30%)		
โรคความดัน	15 (25.00%)	2(3.30%)		
โรคหลอดเลือดสมอง	1 (1.70%)	-		
โรคไขมันในเลือดสูง	6 (10.00%)	-		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P<0.05

3.2 จากนั้นนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งได้แก่ อายุ สถานภาพ และ อาชีพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4-5 มาวิเคราะห์แบบ logistic regression เพื่อ

หาปัจจัยของโอกาสที่จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4-5 พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอายุ 36-60 ปี มีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้เพิ่มขึ้น 12 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุมากกว่า

60 ปี ($OR=12.53, P=0.005$), ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีสถานภาพเป็นโสด มีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้เพิ่มขึ้น 7 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีสถานภาพสมรส ($OR = 7.33, P=0.02$) และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ประกอบ

อาชีพ ทำนา/รับจ้าง มีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้เพิ่มขึ้น 12 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน ($OR= 12.60, P=0.02$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโอกาสของความน่าจะเป็นภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4-5 ที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลห้วยราช โดย logistic regression

ตัวแปร	p-value	OR	95%CI
อายุ(ปี)			
มากกว่า 60	-	-	
18-35	1.00	1.51	
36-60	0.005*	12.53	2.16 - 72.71
สถานะ			
สมรส	-	-	
โสด	0.02*	7.33	1.30 - 41.35
หม้าย	0.63	0.63	0.09 - 4.18
อาชีพ			
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	-	-	
ทำนา/รับจ้าง	0.02*	12.60	1.47 - 107.54
ค้าขาย	1.00	0	
รับราชการ	1.00	0	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P<0.05$

วิจารณ์

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย ร้อยละ 16.70 สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ⁽¹⁰⁾ และการ

ศึกษานิตยา จรัสแสงและคณะ⁽¹¹⁾ พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนทั้งคนปกติ ผู้ป่วยทางกาย ผู้ป่วยทางจิตเวช และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลการมีโรคร่วมกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4-5 พบว่าอายุและสถานภาพและอาชีพ มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p=0.001$, $p=0.008$ และ $p=0.03$ โดยในกลุ่มของผู้ที่มีอายุ 36 – 60 ปี (วัยทำงาน) มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า กลุ่มผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (วัยสูงอายุ) เนื่องจากวัยทำงานต้องประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว หากเจ็บป่วยก็จะไม่สามารถทำงานได้ ขาดรายได้เป็นผลให้เกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า สถานภาพโสด โสดเดี่ยว ขาดที่ปรึกษา ขาดความสัมพันธ์ชีวิต ก็เช่นกันเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีสถานภาพนี้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อาทิตยา อติวิทยานนท์⁽⁷⁾ ศิริอรลสินธุ์, รสสุคนธ์ วาริตสกุล, อรวรรณ ศรียุกตศุทร⁽¹²⁾ อาคม บุญเลิศ⁽¹³⁾ และสุกสิศา ปลุกรักษ์⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า อายุ, การประกอบอาชีพ และสถานภาพทางครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สำหรับการมีโรคร่วม ในการศึกษาพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับงานวิจัยของอาคมบุญเลิศ⁽¹³⁾ ที่พบว่าการมีโรคร่วมของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4-5 อำเภอห้วยราช ที่มีภาวะซึมเศร้าจึงเกิดจากการเป็นโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเอง

จากนั้น นำปัจจัยด้านอายุ สถานภาพ และอาชีพ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า มาวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์ (logistic regression) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ตัวแปรตามที่มีสองค่า เพื่อหาปัจจัยด้านอายุ สถานภาพ และอาชีพ เพื่อไปทำนายโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ

ที่ 4-5 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มี อายุ 36-60 ปี มีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้เพิ่มขึ้น 12 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี ($OR=12.53, P=0.005$), ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีสถานภาพเป็นโสด มีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้เพิ่มขึ้น 7 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีสถานภาพสมรส ($OR=7.33, P=0.02$) และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอาชีพ ทำนา/รับจ้าง มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้เพิ่มขึ้น 12 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มอาชีพ พ่อบ้าน/แม่บ้าน ($OR=12.60, P=0.02$) ซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อน

การศึกษาในครั้งนี้ มีข้อจำกัดเนื่องจากเป็นการนำข้อมูลที่บ้านทีกในโปรแกรม HosXP ของโรงพยาบาลมาทำการวิเคราะห์ ณ ช่วงเวลาหนึ่ง (Analytic Cross sectional study) ทำให้ไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ของที่อื่นได้ เนื่องจากเป็นกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลห้วยราชเท่านั้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุขต่อไปได้มีข้อเสนอแนะจากการวิจัยในครั้งนี้ว่าควรจัดทำแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มี อายุ 36-60 ปี กลุ่มที่มีสถานภาพเป็นโสดและกลุ่มที่ประกอบอาชีพ ทำนา/รับจ้าง เชื่อมโยงไปยังผู้ดูแล และคนในครอบครัว เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง ก็จะสามารถส่งเสริมสมรรถนะทางจิตใจและทักษะชีวิตแก่กลุ่มดังกล่าว เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

สรุป

การศึกษาในครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุ สถานภาพ และอาชีพ โดยพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มี อายุ 36-60 ปี มีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้เพิ่มขึ้น 12 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี, ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีสถานภาพเป็นโสด มีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้เพิ่มขึ้น 7 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีสถานภาพสมรส และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอาชีพทำนา/รับจ้าง มีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้เพิ่มขึ้น 12 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยราชที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลจากระบบ HosXPของโรงพยาบาล ทำให้สามารถจัดเก็บข้อมูลได้อย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยปี2558.[อินเตอร์เน็ต].[สืบค้นข้อมูลเมื่อ 4 เมษายน 2563].สืบค้นได้จาก : URL:http://doh.hpc.go.th/data/HL/CKD_2015.pdf
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์.กลุ่มรายงานมาตรฐาน ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาไต จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาล จำแนกตาม Stage ปี 2561-

2562.[อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นข้อมูลเมื่อ 4 เมษายน 2563]. สืบค้นได้จาก : URL :https://brm.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php

3. พิชัยอิฏฐสกุล ,ศิริไชย หงษ์สงวนศรี. โรคซึมเศร้า. ใน: มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รวมฉบับตีพิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558:167-189.
4. อาทิตยา อติวิชญานนท์, ภาวนา กิริติยวงศ์, สุภาภรณ์ ด่วงแพง. ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. ราชวิทยาลัยพยาบาลสาร 2558; 21(2): 172-184.
5. ชยวัจน์ สืบญเรื่อง.ภาวะสุขภาพและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือด. วารสารราชานุกูล2560; 32(2):55-62.
6. คณะอนุกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยไตเทียม ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์และแนวทางการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสูง. นนทบุรี: บริษัทสหมิตร ปริ้นท์ติ้งแอนด์พลัสลิซซิ่งจำกัด, 2557; 43-5.
7. อาทิตยา อติวิชญานนท์. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง.บูรพาเวชสาร 2560;4(2):67-78

8. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q). แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง).พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด ; ปี 2558 : 11-12.
9. ธรณินทร์ กองสุข. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q). แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลชุมชน(คลินิกโรคเรื้อรัง).พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด ; ปี 2558: 13-14.
10. นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ.ภาวะซึมเศร้า .วารสาร มฉก.วิชาการ 2559;19(38):105-118.
11. นิตยา จรัสแสง และคณะ. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555;57(4):439-446
12. ศิริอร สินธุ์, รสสุคนธ์ วาริทสกุลอรวัฒน ศรียุกตศุทร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง.วารสารพยาบาลศาสตร์ 2554; 29(2):84-92.
13. อาคม บุญเลิศ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยมจังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร 2559; 31(1):25-33.
14. สุภิสรา ปลุกรักษ์.การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา.วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2561;8(1):73-80

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 และใช้ประสบการณ์นี้เขียนแสดงความคิดเห็นในแง่ใดแง่หนึ่งในเรื่องนั้น 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 เกียวกิ่งแก้ว. 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 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี 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 กุลประดิษฐ์ารมย์, บรรณาธิการ. Laser surgery and medicine. การประชุมวิชาการและเชิงปฏิบัติการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี; วันที่ 26-28 กุมภาพันธ์ 2539; ณ ห้องประชุม ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์ศิริกิติ์. กรุงเทพฯ:ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี 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/NFJM1010466>
- (T) วัลลดา พุ่มไพศาลชัย, ชิดชนก เรือนแก้ว. ภาระทางเศรษฐศาสตร์ของโรคติดเชื้อจากระดับโรงพยาบาลสู่ภาพรวมระดับประเทศ. 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 โดยภาษาอังกฤษที่ปนอยู่ในเนื้อเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด 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>