



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสาร

สุขภาพจิต

แห่งประเทศไทย

ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2564
Volume 29 Number 3 July - September 2021
www.tci-thaijo.org/index.php/jmht

- ❶ ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรู้คิดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดพ่องเล็กน้อย
สุนทรี โอรัตนสถาพร, ฉัตรวรรณ จำปาวัน, สุพัตรา เคนไชยวงศ์, รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ
- ❷ Mental health during COVID-19 pandemic among young medical graduates from
Prince of Songkla University in Thailand
Jarurin Pitanupong, Paratthakorn Tantivachiratakul
- ❸ ความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบจากเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กของมารดาและวิธีการในการเลี้ยงดูลูก
วชิราภรณ์ อรุโณทอง
- ❹ การเปรียบเทียบทักษะการเคลื่อนไหวระหว่างเด็กออทิสติกและเด็กทั่วไป
นติยากร ชนเก่าน้อย, จีรภา จรัสวณิชพงศ์, พิมพ์ชนก ใจสว่าง, จุฑามาศ เกาะแก้ว, ดรุณี ปัดธุลี
- ❺ คุณภาพชีวิตด้านการใช้จ่ายในผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าชาวไทย
พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, รวีกานต์ ระลึกฤาเดช
- ❻ ภาวะออทิสซึมในเด็กปฐมวัยที่สงสัยพัฒนาการไม่สมวัยหรือออทิสซึม : การศึกษานำร่องในจังหวัดเชียงใหม่
สมัย ศิริทองถาวร, ดวงกมล ตั้งวิริยะไพบูลย์
- ❼ ผลกระทบของเพศภาวะต่อสุขภาพจิตและแนวคิดเพศภาวะกำหนดนโยบายสุขภาพจิต
สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์

Journal of
Mental Health of Thailand

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



กรมสุขภาพจิต

Department of Mental Health

คณะที่ปรึกษา

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

บรรณาธิการกิตติมศักดิ์

ศ.เกียรติคุณ นพ.พิเชษฐ อุดมรัตน์ กรรมการสมาคมจิตแพทย์โลกตัวแทน
ภาคพื้นเอเชียใต้
พญ.พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
(ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต)

บรรณาธิการ

ดร.นพ.อธิป ตันอารีย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา

รองบรรณาธิการ

ดร.นพ.นพพร ตันติรังสี ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12
นพ.สุทธา สุปัญญา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
พญ.กุสุมาวดี คำเกลี้ยง สำนักวิชาการสุขภาพจิต
นพ.สุจิระ ปรีชาวิทย์ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
นพ.ศุภเสก วิโรจนานา สำนักวิชาการสุขภาพจิต

กองบรรณาธิการ

ศ.พญ.ดร.สาวิตรี อัชฌางค์รชชัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.พญ.พรจิรา ปรีวัชรากุล มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.พญ.ศิริจิต สุทธิจิตต์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.นพ.ดร.ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.ดร.ณิ ภู่วา มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.हररशा เศรษฐบุปผา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ดร.นพ.พิทักษ์พล บุญยมาลิก กองตรวจราชการ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
พญ.ดุขฎิ จิงศิริกุลวิทย์ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น
ราชนครินทร์
พญ.เบญจพร ปัญญาวยง ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต
ดร.สุดา วงศ์สวัสดิ์ ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต

บรรณาธิการต่างประเทศ

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

บรรณาธิการบริหาร (สำนักวิชาการสุขภาพจิต)

ดร.โสฬรรณ อินทสิทธิ์ นายภพร วุฒิหาร

กองบรรณาธิการฝ่ายจัดการ (สำนักวิชาการสุขภาพจิต)

นางสาวสิริกุล จุลศิริ นางจิตติญา จันทพร
นางฉานิตา คำเขียว นายจัญญาพนธ์ พรหมสีดา

ISSN 0859-497X

E-ISSN 2697-567X

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต เพื่อเป็นช่องทางสำหรับเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ และเป็นสื่อกลางเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพจิต

กำหนดออก:

ปีละ 4 ฉบับ (ราย 3 เดือน)

เดือนมกราคม เมษายน กรกฎาคม และตุลาคม

ดาวน์โหลดและส่งบทความ:

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

การติดต่อ:

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

บทความที่จะตีพิมพ์ให้ปฏิบัติตาม “คำแนะนำผู้พิมพ์” ของวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

หมายเหตุ:

ผู้อ่านสามารถนำข้อความ ข้อมูลจากวารสารไปใช้ไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการได้ เช่น เพื่อการสอน เพื่อการอ้างอิง แต่การนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่น เช่น เพื่อการค้า จะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากกรมสุขภาพจิตก่อน

ความคิดเห็น ข้อมูล และบทสรุปต่างๆ ที่ลงตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย เป็นของผู้เขียนบทความ และมิได้แสดงว่ากองบรรณาธิการหรือกรมสุขภาพจิตเห็นพ้องด้วย



กรมสุขภาพจิต

Department of Mental Health

ISSN 0859-497X

E-ISSN 2697-567X

Journal of Mental Health of Thailand

The Journal of Mental Health of Thailand is the official journal of the Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. Its objective is to disseminate mental health and psychiatric research in order to distribute and share experience amongst health and mental health personnel.

Free subscription:

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

Download and Submission:

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

Contact:

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

Remark:

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

Advisory board

Director General of Department of Mental Health (DMH)

Deputy Directors of Department of Mental Health (DMH)

M.L.Somchai Chakraband, M.D.

Yongyud Wongpiromsarn, M.D.

Tedsak Dejkong, M.D.

Honorary Editor

Emeritus Prof.Pichet Udomratn, M.D. WPA Board for Zonal Representative 16
(Southern Asia)

Phunnapa Kittirattanapaiboon, M.D. Medical Doctor, Advisory Level
(Retired government official)

Editor-in-Chief

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

Associate Editors

Nopporn Tantirangsee, M.D., Ph.D. Mental Health Center 12

Suttha Supanya, M.D. Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Kusumavadee Kamkliang, M.D. Bureau of Mental Health Academic Affairs

Sujira Prechawit, M.D. Sakaeo Rachanakarindra

Psychiatric Hospital

Supasaek Virojanapa, M.D. Bureau of Mental Health Academic Affairs

Editorial Board

Prof.Sawitri Assanangkornchai, M.D., Ph.D. Prince of Songkla University

Prof.Suwanna Arunpongpaisal, M.D. Khon Kaen University

Assoc.Prof.Pornjira Pariwatcharakul, M.D. Mahidol University

Assoc.Prof.Sirijit Suttajit Chiang Mai University

Assoc.Prof.Tawanchai Jirapramukpitak, M.D., Ph.D. Mahidol University

Asst.Prof.Darunee Phukao, Ph.D. Mahidol University

Hunsa Sethabouppha, Ph.D. Chiang Mai University

Pitakpol Boonyamalik, M.D.,Ph.D. Government Inspectorat Office of the
Permanent Secretary for Public Health

Dutsadee Juengsiragulwit, M.D. Child and Adolescent Mental Health
Rajanakarindra Institute

Benjaporn Panyayong, M.D. Retired government official

Suda Wongsawat, Ph.D. Retired government official

International Editors

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

Managing Editors (Bureau of Mental Health Academic Affairs)

Ms.Sorawan Intasitti, Ph.D. Mr.Phophthorn Wuttiharn

Managing Staffs (Bureau of Mental Health Academic Affairs)

Ms.Sirikul Chulkeeree Ms.Thitiya Jantaprom

Mrs.Chanita Dumkhaew Mr.Chatuphot Phromsida

Mr.Tanpisith Boonpattanaporn

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



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2564

สารบัญ		หน้า
บรรณาธิการแถลง		A
นิพนธ์ต้นฉบับ	ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรู้คิดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดพ้องเล็กน้อย สุนทรี โอรัตนสถาพร, ฉัตรวรรณ จำปาวัน, สุพัตรา เคนไชยวงศ์, รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ	189
	Mental health during COVID-19 pandemic among young medical graduates from Prince of Songkla University in Thailand Jarurin Pitanupong, Paratthakorn Tantivachiratakul	201
	ความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบจากเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กของมารดาและ วิธีการในการเลี้ยงดูลูก วชิราภรณ์ อรุโณทอง	215
	การเปรียบเทียบทักษะการเคลื่อนไหวระหว่างเด็กออทิสติกและเด็กทั่วไป นติยากร ชนเก่าน้อย, จีรภา จรัสวงษ์ขงศ์, พิมพ์ชนก ใจสว่าง, จุฑามาศ เกาะแก้ว, ดรุณี ปัตถุลี	229
	คุณภาพชีวิตด้านการใช้จ่ายในผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าชาวไทย พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, รวิกานต์ ระลึกฤาเดช	239
	ภาวะออทิสซึมในเด็กปฐมวัยที่สงสัยพัฒนาการไม่สมวัยหรือออทิสซึม : การศึกษา นำร่องในจังหวัดเชียงใหม่ สมัย ศิริทองถาวร, ดวงกมล ตั้งวิริยะไพบุลย์	249
ปกิณกะ	ผลกระทบของเพศภาวะต่อสุขภาพจิตและแนวคิดเพศภาวะกำหนดนโยบาย สุขภาพจิต สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์	259
คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์		I
สารบัญวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย		



กรมสุขภาพจิต

Department of Mental Health

Journal of Mental Health of Thailand

Volume 29 Number 3 July – September 2021

	Page
CONTENTS PREFACE	
EDITORIAL ORIGINAL	A
ORIGINAL ARTICLES	
The effects of the cognitive enhancement program in elderly people with mild cognitive impairment	189
Soonthree Oratanasataporn, Chatwaroon Jampawan, Supatra Kenchaiwong, Ratchadaporn Ungcharoen	
Mental health during COVID-19 pandemic among young medical graduates from Prince of Songkla University in Thailand	201
Jarurin Pitanupong, Paratthakorn Tantivachiratakul	
The relationship between maternal adverse childhood experiences and their child rearing skills	215
Wachiraporn Arunothong	
A comparison of motor skills in children with autism spectrum disorder and typically developing children	229
Natinyagorn Chongaonoy, Jeerapa Jarutwanitpong, Pimchanok Jaisawang, Juthamart Khokeaw, Darunee Padthulee	
Pharmaceutical therapy-related quality of life in Thai depressive outpatients	239
Phantipa Sakthong, Rawikarn Ralukruedej	
Assessment of autism spectrum disorder among early childhood suspected of developmental delay or autism spectrum disorder: a pilot study in Chiang Mai	249
Samai Sirithongthaworn, Duangkamol Tangviriyapaiboon	
MISCELLANY	
The impact of gender on mental health and concepts of gender approach mental health policy	259
Somporn Rungreangkulkij, Phunnapa Kittirattanapaiboon	
INSTRUCTION TO AUTHORS	I
CONTENTS PREFACE IN JOURNAL OF THE PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF THAILAND	



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

บรรณาธิการแถลง

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย เล่มที่ 3 ของปี พ.ศ. 2564 (ปีที่ 29) เดือนกรกฎาคม – กันยายน ฉบับนี้ มีการปรับปรุงบรรณาธิการใหม่ตามวาระ แต่ยังคงมีเป้าประสงค์ กรอบแนวคิด และข้อกำหนดของวารสารดั้งเดิม เพื่อเป็นช่องทางสำหรับเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ และเป็นสื่อกลางเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพจิต และยังเน้นคุณภาพตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพวารสารของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย Thai-journal Citation Index (TCI) ในกลุ่มที่ 1 (Tier 1)

วารสารฉบับนี้ประกอบด้วยนิพนธ์ต้นฉบับจำนวน 6 เรื่องและปกิณกะ 1 เรื่อง มีนิพนธ์ต้นฉบับที่ศึกษาประเด็นโรคโควิด 19 เรื่อง *Mental health during COVID-19 pandemic among young medical graduates from Prince of Songkla University in Thailand* โดย Jarurin Pitanupong และ Paratthakorn Tantivachiratakul ซึ่งเป็นนิพนธ์ต้นฉบับภาษาอังกฤษที่น่าเสนอระดับสุขภาพจิตและความกังวลของแพทย์จบใหม่ ในการปฏิบัติงานระหว่างการแพร่ระบาดของของโรคโควิด 19 นอกจากนี้ยังมีนิพนธ์ต้นฉบับที่ศึกษาประเด็นเฉพาะที่น่าสนใจ ได้แก่ ประเด็นในกลุ่มวัยสูงอายุ เรื่อง *ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรู้คิดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดพร้อมเล็กน้อย* โดย สุนทรี โอรัตนสถาพร และคณะ ประเด็นความรุนแรงต่อสตรีเรื่อง *ความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบจากเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กของมารดาและวิธีการในการเลี้ยงดูลูก* โดย วชิราภรณ์ อรุโณทอง ซึ่งเป็นประโยชน์ในการป้องกันการถ่ายทอดความรุนแรงจากรุ่นสู่รุ่น ประเด็นโรคซึมเศร้า เรื่อง *คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าชาวไทย* โดย พรรณทิพา ศักดิ์ทอง และ รวิกานต์ ระลึกฤตาเดช ที่ศึกษาความต้องการและคุณภาพชีวิตในมิติต่าง ๆ ของผู้ที่กำลังใช้ยารักษาโรคซึมเศรารวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อการจัดบริการที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่วนในกลุ่มวัยเด็กนั้น มีนิพนธ์ต้นฉบับ 2 เรื่องที่ศึกษาประเด็นกลุ่มอาการภาวะออทิสซึม เป็นประโยชน์ในวางแผนทางคัดกรอง วินิจฉัย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเด็กกลุ่มนี้ที่เหมาะสมกับบริบทไทย ได้แก่ เรื่อง *การเปรียบเทียบทักษะการเคลื่อนไหวระหว่างเด็กออทิสติกและเด็กทั่วไป* โดย นติยากร ขนแก่น้อย และคณะ และเรื่อง *ภาวะออทิสซึมในเด็กปฐมวัยที่สงสัยพัฒนาการไม่สมวัยหรือออทิสซึม : การศึกษานำร่องในจังหวัดเชียงใหม่* โดย สมัย ศิริทองถาวร และ ดวงกมล ตั้งวิริยะไพบุลย์ สำหรับบทความปกิณกะเรื่อง *ผลกระทบของเพศภาวะต่อสุขภาพจิตและแนวคิดเพศภาวะกำหนดนโยบายสุขภาพจิต* โดย สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และ พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ ได้รวบรวมบทความเกี่ยวกับความแตกต่างของเพศภาวะกับปัญหาสุขภาพจิตจากทั้งประเทศไทยและต่างประเทศ มีประโยชน์ในการจัดบริการสุขภาพจิตที่คำนึงถึงหลากหลายทางเพศภาวะ

ผมและกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่เชื่อมั่นและไว้วางใจส่งบทความเข้ามาয়วารสาร ทั้งนี้ ขอเชิญชวนทุกท่านอ่านบทความทางวารสารออนไลน์ www.tci-thaijo.org/index.php/jmht และยังสามารถส่งบทความเพื่อเข้ารับการพิจารณาเผยแพร่ทางเว็บไซต์ดังกล่าวด้วย ในโอกาสนี้ ผมขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่มอบโอกาสให้ผมเข้ามาดำรงตำแหน่งบรรณาธิการเป็นครั้งแรกในวารสารฉบับนี้ และขอให้ความมั่นใจกับผู้อ่านทุกท่านถึงการคงคุณภาพวารสารเพื่อเป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการที่มีประโยชน์ต่องานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ของประเทศไทยต่อไป

อชิบ ตันอารีย์
บรรณาธิการ

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรู้คิด
ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดพร่องเล็กน้อย

วันรับ : 9 มกราคม 2564
วันแก้ไข : 13 มิถุนายน 2564
วันตอบรับ : 22 กรกฎาคม 2564

สุนทรี โอรัตนสถาพร, วท.ม.¹, ฉัตรวรรณ จำปาวัน, ส.บ.²
สุพัตรา เคนไชยวงศ์, พย.บ.², รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ, ปร.ด.¹
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร¹
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเครือโพธิ์ชัย จังหวัดสกลนคร²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมการรู้คิดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดพร่องเล็กน้อย

วิธีการ : เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดพร่องเล็กน้อยจำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการรู้คิดที่ปรับมาจากกิจกรรมสุขสว่างของกรมสุขภาพจิต สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นจำนวน 6 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินระดับการรู้คิด ได้แก่ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ independent sample t-test และ dependent sample t-test

ผล : หลังได้รับโปรแกรมพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรู้คิด (23.42 ± 3.56) มากกว่ากลุ่มควบคุม (21.42 ± 2.91) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรู้คิดเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Pre: 19.85 ± 4.21 ; Post: 23.42 ± 3.56) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป : โปรแกรมการสร้างเสริมการรู้คิดสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดพร่องเล็กน้อยมีระดับการรู้คิดโดยรวมที่สูงขึ้นได้ ควรมีการสนับสนุนให้ใช้โปรแกรมอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามผลในระยะยาว

คำสำคัญ : การรู้คิด การรู้คิดพร่องเล็กน้อย โปรแกรม ผู้สูงอายุ

ติดต่อผู้นิพนธ์ : สุนทรี โอรัตนสถาพร; e-mail: soonthree.o@ku.th

Original article

The effects of the cognitive enhancement program in elderly people with mild cognitive impairment

Received : 9 January 2021

Revised : 13 June 2021

Accepted : 22 July 2021

Soonthree Oratanasataporn, M.Sc.¹, Chatwaroon Jampawan, B.P.H.²,Supatra Kenchaiwong, B.N.S.², Ratchadaporn Ungcharoen, Ph.D.¹Faculty of Public Health, Kasetsart University Chalermphrakiat Sakon Nakhon Province Campus¹Ban Chiang Khrua Pho Chai Health Promoting Hospital, Sakon Nakhon Province²

Abstract

Objective: To study the effects of the cognitive enhancement program for elderly with mild cognitive impairment.

Methods: This is a quasi-experimental study in 66 elderly people with mild cognitive impairment, randomized into the experimental group (n = 33) and the control group (n = 33). The experimental group received the cognitive enhancement program once a week for 6 consecutive weeks. The Thai version of mini-mental state examination (MMSE–Thai 2002) was used to test for cognitive functions before and after the program. Data were analyzed using descriptive statistics, independent sample t-test, and dependent sample t-test.

Results: After participating in the program, the mean cognitive score of the experimental group (23.42 ± 3.56) was significantly higher than the control group (21.42 ± 2.91). Moreover, the mean cognitive score of the experimental group after participating in the program was significantly higher than before participating in the program (Pre: 19.85 ± 4.21 ; Post: 23.42 ± 3.56).

Conclusion: The cognitive enhancement program can improve cognitive functions in elderly people with mild cognitive impairment. The program should be implemented continuously with a long-term follow-up.

Keywords: cognitive, elderly people, mild cognitive impairment, program

Corresponding author: Soonthree Oratanasataporn; e-mail: soonthree.o@ku.th

ความรู้เดิม : กิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ระยะเวลา 16 สัปดาห์ สามารถเพิ่มสมรรถภาพทางสมอง

ความรู้ใหม่ : โปรแกรมการสร้างเสริมการรู้คิดที่ปรับมาจาก กิจกรรมสุขสว่างของกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ สามารถเพิ่มสมรรถภาพทางสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดพร่องเล็กน้อยได้ทั้งทักษะในหมวดความจำ ทักษะในหมวด การคิดการแก้ไขปัญหา และทักษะในหมวดการบริหารสมอง

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : สามารถนำโปรแกรมการสร้างเสริมการรู้คิดไปส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดพร่องเล็กน้อยเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางสมองและความจำได้

บทนำ

ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่การเป็น “สังคมสูงวัย” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ตามการคาดการณ์ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (super aged society) เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด^{1,2} ดังผลการสำรวจประชากรไทยในปี พ.ศ. 2560 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวน 11.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.7 ของประชากรทั้งหมด¹⁻³ เมื่อพิจารณาถึงดัชนีการสูงอายุพบว่า อัตราจำนวนประชากรของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 22.6 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 97 ในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งเมื่อเทียบกับประชากรในวัยทำงานพบว่า วัยทำงานต้องรับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น จากปี พ.ศ. 2554 ประชากรในวัยทำงาน 100 คน ต้องดูแลผู้สูงอายุ 18 คน เป็นประชากรในวัยทำงาน 100 คน ต้องดูแลผู้สูงอายุ 25 คนในปี พ.ศ. 2560 และภาคเหนือมีอัตราผู้สูงอายุสูงสุด ร้อยละ 21.1 รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 19.2³

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างมาก จึงควรให้

ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในประเด็นสุขภาพที่สำคัญ และพบมากในวัยสูงอายุ คือ ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นภาวะที่ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถทางการรู้คิดของสมองในหลาย ๆ ด้าน ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (mini-mental state examination: Thai version; MMSE-Thai 2002) ในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 7,356 ราย พบอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมถึงร้อยละ 8.1 (ร้อยละ 6.8 ในผู้ชาย และร้อยละ 9.2 ในผู้หญิง)⁴ คาดว่าในปี พ.ศ. 2580 ประเทศไทยจะมีจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมถึง 1,350,000 คน (ชาย 418,000 คน และหญิง 932,000 คน)⁵ การที่จำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นแบบก้าวกระโดดก่อให้เกิดภาวะพึ่งพิง ซึ่งส่งผลกระทบต่อตรงกับผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล รวมไปถึงการสูญเสียงบประมาณที่ต้องใช้จ่ายไปกับการรักษาพยาบาลจำนวนมาก ยังส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ

จากผลกระทบดังกล่าว การส่งเสริมป้องกันภาวะสมองเสื่อมหรือชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมให้ช้าลงจึงมีความสำคัญ การออกกำลังสมองเป็นหนึ่งในวิธีที่ป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่มีการศึกษาอย่างแพร่หลาย พบว่าผู้สูงอายุทั้งในกลุ่มที่มีความจำปกติและกลุ่มที่มีการรู้คิดพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment; MCI) ที่ได้รับโปรแกรมการบริหารสมอง และ/หรือโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อความจำเป็นระยะเวลาโดยเฉลี่ย 6 - 7 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดสูงขึ้น⁶⁻¹¹ แสดงว่าโปรแกรมการฝึกการบริหารสมอง และ/หรือโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดมีผลพัฒนาความจำให้ดีขึ้น ในประเทศไทยมีการพัฒนาโครงการสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ โดยสำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต¹² ที่มีส่วนในการพัฒนาการรู้คิดและความจำให้ดีขึ้น กิจกรรมประกอบด้วย 1) กิจกรรมเพิ่มความสามารถด้านสมรรถภาพร่างกาย (สุขสบาย หรือ health) 2) กิจกรรมเพิ่มความสามารถด้านการเลือกกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความสุข (สุขสนุก หรือ recreation) 3) กิจกรรมเพิ่มความสามารถด้านความจำ การคิดอย่างมีเหตุผล และการแก้ปัญหา (สุขสว่าง หรือ cognition) 4) กิจกรรมเพิ่มความสามารถด้านความภูมิใจ

ความพึงพอใจในชีวิต การเห็นคุณค่าในตนเอง และการช่วยเหลือสังคม (สุขสง่า หรือ integrity) และ 5) กิจกรรมเพิ่มความสามารถด้านการเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง การควบคุมจัดการอารมณ์ของตนเอง และการปรับตัวตามสภาพความเป็นจริง (สุขสงบ หรือ peacefulness) สุคาร์ตัน นามกระจำ และคณะ¹³ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติ ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 50 คน เข้าร่วมโปรแกรมฯ เป็นเวลา 16 สัปดาห์ พบว่า ระดับสมรรถภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถภาพทางสมองเบื้องต้น ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม และค่าเฉลี่ยของคะแนนความสุขของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับโปรแกรมฯ

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าโปรแกรมการบริหารสมองรวมทั้งกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ¹² อาจสามารถเพิ่มการรู้คิดได้ แต่ระยะเวลาการเข้าร่วมโปรแกรมค่อนข้างนาน อีกทั้งประกอบด้วยกิจกรรมหลายมิติ จากทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า ไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาเฉพาะการกระตุ้นการรู้คิดหรือความจำ (มิติสุขสว่าง) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแนวคิดความสุข 5 มิติ ในมิติดังกล่าว ที่ประกอบด้วยกิจกรรมที่ช่วยชะลอความเสื่อมทางสมอง เพิ่มความสามารถทางการรู้คิด ผักวิธีการบริหารสมอง และเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหาปรับใช้ ในการสร้างโปรแกรมการสร้างเสริมการรู้คิด เพื่อเน้นการพัฒนาด้านความจำและใช้ระยะเวลาที่สั้นลง ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมการรู้คิดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดพร่องเล็กน้อย เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการชะลอการเสื่อมทางสมอง และส่งเสริมการรู้คิดแก่ผู้สูงอายุ นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป โดยมีสมมติฐานการวิจัย คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดในกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

วิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ two groups pretest-posttest design ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่อยู่

ความดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตชุมชนเมือง จังหวัดสกลนคร จำนวน 2 แห่ง แห่งละ 4 หมู่บ้าน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้แห่งที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง และแห่งที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม เกณฑ์ในการคัดเลือก ได้แก่ เป็นผู้ที่มีสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพและปัญหาด้านการสื่อสารที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น โรคหัวใจที่มีอาการหอบเหนื่อยแม้ขณะพัก หรือผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยินโดยไม่สามารถใส่เครื่องช่วยฟังได้ เป็นผู้ที่มีการรู้คิดพร่องเล็กน้อย คือ มีคะแนนการทดสอบสภาพสมอง (abbreviated mental test; AMT) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน และมีคะแนนจากการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (the Barthel index for activities of daily living; ADL) มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน ส่วนเกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่องครบทุกครั้ง (6 ครั้ง) หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกคัดออกมีจำนวนทั้งหมด 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 33 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 33 คน และทำการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีลักษณะพื้นฐานที่คล้ายคลึงกันในด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระดับคะแนน AMT และคะแนน ADL ก่อนทำการทดลองพบว่า มีลักษณะที่ไม่แตกต่างกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนตัว เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และรายได้ 2) แบบทดสอบสภาพสมอง (AMT) ของ Hodkinson¹⁴ แปลเป็นภาษาไทย โดยกระทรวงสาธารณสุข ใช้ในการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.90^{15,16} มีความไวสูงในการคัดกรองการรู้คิดพร่องเล็กน้อย¹⁷ ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ มีคะแนนเต็ม 10 คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน การแปลผลโดย หากตอบถูกตั้งแต่ 8 ข้อขึ้นไป คือ รู้คิดปกติ หากตอบถูกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ข้อ คือ รู้คิดผิดปกติ ควรประเมินด้วย MMSE ต่อ¹⁸ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุที่ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน ถือว่าเป็น

ผู้ที่มีการรู้คิดพร่องเล็กน้อย 3) แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) ของ Mahoney และ Barthel¹⁹ แปลเป็นภาษาไทยโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ใช้ในการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91²⁰ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหว การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น กลุ่มติดสังคม (total independence) คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นในชุมชนและสังคมได้ (ADL = 12 - 20 คะแนน) กลุ่มติดบ้าน (partial dependence) คือ ผู้สูงอายุที่ดูแลและช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีภาวะพึ่งพิงปานกลาง (ADL = 5 - 11 คะแนน) และกลุ่มติดเตียง (total dependence) คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พึ่งการหรือทุพพลภาพ มีภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ (ADL = 0 - 4 คะแนน)¹⁸ 4) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข¹⁸ ใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม มีความไวร้อยละ 92 และความจำเพาะร้อยละ 92.6 และ ประกอบด้วยคำถาม 11 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน ยกเว้นผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนเต็มจะเป็น 23 คะแนน การแปลผลดังนี้ ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้) หากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน ถือว่าผิดปกติ (โดยไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10); ในกรณีผู้สูงอายุที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา หากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน ถือว่าผิดปกติ; ในกรณีผู้สูงอายุที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา หากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน ถือว่าผิดปกติ ในการนำเสนอข้อมูลของการศึกษานี้ ผู้วิจัยจำแนกข้อคำถามย่อยทั้ง 11 ข้อ ออกเป็นกลุ่มทักษะ 3 กลุ่ม ประกอบด้วย ทักษะในหมวดความจำ (เวลาปัจจุบัน ที่อยู่ปัจจุบัน การบันทึกความจำ และความจำระยะสั้น) ทักษะในหมวดการคิดการแก้ไขปัญหา

(การบอกชื่อสิ่งของ การเข้าใจ และการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตากับมือ) และทักษะในหมวดการบริหารสมอง (สมาธิ การพูดซ้ำคำที่ได้ยิน การอ่าน และการเขียน)

โปรแกรมสร้างเสริมการรู้คิด เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยและคณะปรับมาจากกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน¹² ในส่วนกิจกรรมด้านที่ 4 (สุขสว่าง) เป็นกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความจำ สมาธิ ความสามารถในการคิดอย่างมีเหตุผล และความสามารถในการแก้ปัญหา โดยจัดกิจกรรมทั้งหมดจำนวน 6 ครั้ง 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที ตามความเหมาะสม โดยทุกครั้งมีกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้วันเวลาสถานที่ของผู้สูงอายุ เพิ่มเติมด้วยกิจกรรมอื่น ๆ ดังนี้ กิจกรรมครั้งที่ 1 และ 2 เป็นกิจกรรมหมวดความจำเพื่อเป็นการกระตุ้นความจำให้แก่ผู้สูงอายุ ลักษณะกิจกรรม เช่น ฝึกจำชื่อเพื่อน การจำตัวเลข การจำภาพผลไม้ จำของ 3 สิ่ง จำสีคู่กับสิ่งของ และจำท่าประกอบเพลง; กิจกรรมครั้งที่ 3 และ 4 เป็นกิจกรรมหมวดแก้ไขปัญญาเพื่อส่งเสริมทักษะการคิดแก้ไขปัญญาให้แก่ผู้สูงอายุ ลักษณะกิจกรรม เช่น การเรียงประโยคจากอักษรที่สลับกัน การลากเส้นออกจากปริศนาเขาวงกต และการจับคู่ตัวเลขให้ได้สิบ; กิจกรรมครั้งที่ 5 และ 6 เป็นกิจกรรมหมวดบริหารสมองเพื่อกระตุ้นระบบประสาทสัมผัส และเชื่อมการทำงานของสมองทั้ง 2 ซีกเข้าด้วยกัน ลักษณะกิจกรรม เช่น การบริหารร่างกายพื้นฐานเพื่อกระตุ้นสมอง (การยืดกล้ามเนื้อ การนวด) และการบริหารร่างกายเพื่อกระตุ้นสมองสองซีก (ทำนิ้วนับเลข ทำนิ้วรูปจิบและอักษรแอล; L) โปรแกรมสร้างเสริมการรู้คิดและเครื่องมือการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทและสมองและนักจิตวิทยาจำนวน 3 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับแก้ไข มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence; IOC) ของโปรแกรมเท่ากับ 0.80 และค่า IOC ของเครื่องมือเท่ากับ 0.98 หลังจากปรับแก้ไขให้มีความสมบูรณ์และเหมาะสมตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อดูความเหมาะสมของโปรแกรมในการ

ใช้งาน รวมทั้งตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงต่อไป

ขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย 1) *ขั้นก่อนการทดลอง* ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยวิธีการจับฉลาก ประชากรผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตชุมชนเมือง จังหวัดสกลนคร ได้แบ่งที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง และแห่งที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าคัดออกด้วยการสัมภาษณ์ จากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมิน AMT แบบประเมิน ADL และการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ดูแลรับผิดชอบ 2) *ขั้นการทดลอง* ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดการทำวิจัยและโปรแกรมแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยมีเอกสารประกอบการชี้แจงและเชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างได้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นได้รับการสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป และประเมิน MMSE-Thai 2002 ก่อนการทำโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมฯ ทั้งหมด 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในช่วงเวลาที่กลุ่มทดลองสะดวกและกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) *ขั้นประเมินผล* หลังจากโปรแกรมฯ เสร็จสิ้นแล้ว 1 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมิน MMSE-Thai 2002 สำหรับกลุ่มควบคุม หลังเสร็จสิ้นการประเมินผลแล้ว ได้รับโปรแกรมฯ เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ส่วนข้อมูลการรู้คิดของทั้งสองกลุ่มได้รับการส่งต่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดูแลและติดตามผลต่อไป

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน สำหรับทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ independent sample t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรู้คิด ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และ dependent sample t-test (paired sample t-test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรู้คิด ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เลขการรับรองที่ COA NO. COA63/010 วันที่รับรอง 5 กุมภาพันธ์ 2563

ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แสดงดังตารางที่ 1 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมฯ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมการรู้คิด มีคะแนนการรู้คิดเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 3.57 และคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงดังตารางที่ 2

ผลการประเมินคะแนนการรู้คิดพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการรู้คิด คะแนนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่หลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการรู้คิดเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงดังตารางที่ 3

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดตามกลุ่มทักษะ ได้แก่ ทักษะในหมวดความจำ ทักษะในหมวดการคิดการแก้ไขปัญหา และทักษะในหมวดการบริหารสมองพบว่า หลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมการรู้คิด กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดสูงขึ้นในทุกกลุ่มทักษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงดังตารางที่ 4

เมื่อจำแนกตามกลุ่มทักษะพบว่า กลุ่มทักษะในหมวดความจำของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดสูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อยแต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มทักษะในหมวดการคิดการแก้ไขปัญหา และทักษะในหมวดการบริหารสมอง คะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงดังตารางที่ 5

วิจารณ์

ก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการรู้คิด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรู้คิดที่ไม่แตกต่างกัน แต่หลังจาก

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะประชากร	รวม (n = 66)		กลุ่มทดลอง (n = 33)		กลุ่มควบคุม (n = 33)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ							.76 ^a
ชาย	14	21.2	6	18.2	8	24.2	
หญิง	52	78.8	27	81.8	25	75.8	
อายุ (ปี)							.88 ^b
อายุเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	70.53 ± 6.97		70.67 ± 6.44		70.40 ± 7.56		
ค่าต่ำสุด; ค่าสูงสุด	60; 89		61; 89		60; 87		
สถานภาพสมรส							.36 ^c
โสด	4	6.1	3	9.1	1	3.0	
สมรส	43	65.1	19	57.6	24	72.7	
หม้าย	19	28.8	11	33.3	8	24.3	
การศึกษา							.33 ^c
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	7.6	1	3.0	4	12.1	
ประถมศึกษา	53	80.3	28	84.8	25	75.8	
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	9.1	4	12.1	2	6.1	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	1	1.5	0	0.0	1	3.0	
อนุปริญญา/ปวส.	1	1.5	0	0.0	1	3.0	
อาชีพที่สร้างรายได้							.44 ^c
รับจ้างทั่วไป	1	1.5	0	0.0	1	3.0	
ค้าขาย	2	3.0	2	6.1	0	0.0	
ทำนา/ทำไร่/ทำสวน	37	56.1	19	57.6	18	54.6	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	23	34.9	10	30.3	13	39.4	
อื่น ๆ (เช่น แม่บ้าน)	3	4.5	2	6.1	1	3.0	

^a fisher's exact test, ^b independent t-test, ^c chi-square

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนการรู้คิด จากแบบทดสอบ MMSE-Thai 2002 ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

กลุ่มตัวอย่าง	n	\bar{X}	S.D.	t	df	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	33	19.85	4.21			
หลังได้รับโปรแกรมฯ	33	23.42	3.56	- 4.98	32	< .001

ได้รับโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของกลุ่มทดลอง สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมออกแบบมาเพื่อส่งเสริมการรู้คิดในหลายวิธี ไม่ว่าจะเป็นการกระตุ้นทักษะในหมวดความจำ หมวดการคิดการแก้ไขปัญหา และหมวดการบริหารสมอง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนการรู้คิดจากแบบทดสอบ MMSE-Thai 2002 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

กลุ่มตัวอย่าง	n	\bar{X}	S.D.	t	df	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ				-0.67	64	.51
กลุ่มทดลอง	33	19.85	4.21			
กลุ่มควบคุม	33	20.42	2.65			
หลังได้รับโปรแกรมฯ				2.50	64	.02
กลุ่มทดลอง	33	23.42	3.56			
กลุ่มควบคุม	33	21.42	2.91			

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดตามกลุ่มทักษะ โดยใช้แบบทดสอบ MMSE-Thai 2002 ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

กลุ่มทักษะการรู้คิด	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ		หลังได้รับโปรแกรมฯ		p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
หมวดความจำ	12.39	2.30	13.67	2.02	< .01
หมวดการคิดการแก้ไขปัญหา	4.40	1.41	5.33	0.48	< .01
หมวดการบริหารสมอง	3.06	2.34	4.42	2.34	.01

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดตามกลุ่มทักษะ โดยใช้แบบทดสอบ MMSE-Thai 2002 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมฯ

กลุ่มทักษะการรู้คิด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
หมวดความจำ	13.67	2.02	13.61	1.75	.90
หมวดการคิดการแก้ไขปัญหา	5.33	0.48	4.85	0.94	.01
หมวดการบริหารสมอง	4.42	2.34	2.97	1.91	< .01

โปรแกรมการสร้างเสริมการรู้คิดจากการศึกษานี้ ได้มีกิจกรรมหมวดความจำในครั้งที่ 1 และ 2 โดยให้ฝึกการจำชื่อเพื่อน จำตัวเลข จำภาพผลไม้ จำของ 3 สิ่ง จำสีคู่กับสิ่งของ และจำทำประกอบเพลง พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของทักษะในหมวดความจำสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของจารุวรรณ ก้านศรี และคณะ⁹ ที่มี

รูปแบบกิจกรรมกระตุ้นความจำที่คล้ายคลึงกัน คือ ฝึกการจำใบหน้า การจำชื่อ และการจำตัวเลข ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความจำสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับโปรแกรมต่อเนื่อง 5 สัปดาห์

ส่วนกิจกรรมส่งเสริมทักษะในหมวดการคิดการแก้ไขปัญหาในครั้งที่ 3 และ 4 พบว่า หลังจากได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของทักษะในหมวดการคิด

การแก้ไขปัญหาลดลงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยได้มีการจัดกิจกรรมให้จับคู่ตัวเลขให้บวกกันได้จำนวน 10 สอดคล้องกับการศึกษาของ Li และคณะ²¹ ที่ใช้กิจกรรมฝึกการรู้คิดผ่านคอมพิวเตอร์ในกลุ่มตัวอย่างที่มีการรู้คิดพร่องเล็กน้อย โดยให้ฝึกการบวกเลขง่าย ๆ พบว่ากิจกรรมสามารถเพิ่มการรู้คิด ความจำ ความสนใจ และทักษะการบริหารสมองส่วนหน้าได้ และจากการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) พบว่า สมองส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำ คือ ฮิปโปแคมปัส (hippocampus) มีการทำหน้าที่เพิ่มมากขึ้น และในหมวดดังกล่าวยังมีการให้เรียงอักษร และเรียงประโยคที่สลับกันให้ถูกต้อง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Giuli และคณะ²² ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมพื้นฐานส่วนหนึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษานี้ คือ ฝึกฝนการจำและการเรียงคำศัพท์เป็นเวลาสามเดือน และติดตามผล 6 เดือน และ 2 ปี พบว่า สามารถเพิ่มความสามารถการรู้คิดของผู้สูงอายุได้ในทุกกลุ่ม (กลุ่มที่มีการรู้คิดปกติ กลุ่มการรู้คิดพร่องเล็กน้อย และกลุ่มโรคอัลไซเมอร์) และแนะนำให้ทำกิจกรรมต่อเนื่องในระยะเวลาที่นานขึ้น

กิจกรรมครั้งที่ 5 และ 6 ของโปรแกรมฯ ในการศึกษาเป็นการบริหารร่างกายขั้นพื้นฐานเพื่อกระตุ้นสมอง และการบริหารร่างกายเพื่อประสานการทำงานของสมองทั้งสองซีก มีการกระตุ้นระบบประสาทสัมผัส ทั้งการมองเห็น การได้ยิน และการสัมผัส หลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดทักษะในหมวดการบริหารสมอง สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Napatpittayatorn และคณะ²³ ที่ศึกษาผลของการออกกำลังกาย (neurobic exercise) ต่อความสามารถทางสมอง โดยกิจกรรมเน้นการกระตุ้นระบบประสาทสัมผัสทั้ง 5 เนื่องจากการกระตุ้นเปลือกสมองใหญ่ (cerebral cortex) ในวงกว้าง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถทางสมองที่เพิ่มขึ้น และพบ BDNF (brain-derived neurotrophic factor) ซึ่งเป็นโปรตีนที่มีฤทธิ์ในการกระตุ้นเซลล์ประสาทในสมองเพิ่มขึ้นในกระแสเลือด

เมื่อพิจารณาภาพรวมของโปรแกรมการสร้างเสริมการรู้คิดพบว่า มีลักษณะเป็นไปในทางเดียวกับโปรแกรมกระตุ้นความสามารถของสมอง โดยวิธนา ลี้มสกุล และคณะ²⁴ ตัวอย่างกิจกรรม เช่น การฝึกจำภาพ จำตัวเลข การเขียนแผนที่ง่าย ๆ กิจกรรมเคลื่อนไหว และกิจกรรมกระตุ้นสมองซีกซ้ายและขวา นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมทบทวนความจำระยะยาว และกระตุ้นการรับรู้ ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกิจกรรมทบทวนการรับรู้เวลาสถานที่ในโปรแกรมการสร้างเสริมการรู้คิดที่มุ่งการทบทวนความจำระยะสั้นและระยะยาว ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) ของ Karssemeijer และคณะ²⁵ ที่วิเคราะห์งานวิจัยจำนวน 10 เรื่อง พบว่าการจัดกิจกรรมที่มีการกระตุ้นการรู้คิดผนวกด้วยการเคลื่อนไหวร่างกาย มีประสิทธิผลในทางบวกต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดพร่องเล็กน้อย

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาจากคนละอำเภอ อย่างไรก็ตามได้มีการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีลักษณะพื้นฐานที่คล้ายคลึงกัน และไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การศึกษานี้ไม่มีการติดตามผลในระยะยาว และขาดการวัดผลทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือดหรือวัดการเปลี่ยนแปลงทางสมอง ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการติดตามประเมินผลความสามารถทางสมองซ้ำ และเพิ่มการวัดผลทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจวัดค่า BDNF ในเลือด และการตรวจสมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า อีกทั้งยังควรสนับสนุนให้ใช้โปรแกรมอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามผลในระยะยาว

สรุป

โปรแกรมการสร้างเสริมการรู้คิดสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดพร่องเล็กน้อยมีคะแนนการรู้คิดโดยรวมที่สูงขึ้นทั้ง 3 กลุ่มทักษะ คือ ทักษะในหมวดความจำ การคิดการแก้ไขปัญห และการบริหารสมอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการและบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเครือโพธิ์ชัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัวสร้าง ในการให้ความอนุเคราะห์และสนับสนุนการลงเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำนักงานสถิติฯ เผยผลสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย 2560 [Statistical office revealing the results of the survey of the elderly population in Thailand 2017]. ข่าวประชาสัมพันธ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ก.ค. 2561; น. 1.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติบอกอะไร ผู้สูงวัยปัจจุบันและอนาคต [What do statistics tell about current and future seniors]. ข่าวประชาสัมพันธ์สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ม.ย. 2561; น. 1-2.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 [Report of the elderly population in Thailand 2017]. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.; 2561.
4. วิชัย เอกพลากร, ท้ายชนก พรอคเจริญ, กนิษฐา ไทยกล้า, วราภรณ์ เสถียรนพเกล้า. สุขภาพผู้สูงอายุ รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 [Report of the Thai people's health survey by physical examination No. 5, 2014]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557. น. 250-3.
5. มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 [Situation of the Thai elderly 2016]. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
6. เดชา วรรณพาทูล. การพัฒนาโปรแกรมฝึกบริหารสมองสำหรับเพิ่มความจำระยะสั้นในผู้สูงอายุ : การศึกษาศักยภาพสมองสัมพันธ์กับเหตุการณ์ [The development of a brain fitness training program; to increase short-term memory in the elderly: an event-related brain potentials study]. วารสารราชชนรินทร์. 2560;13(30):51-61.
7. ฉัญพร สมันตรัฐ. การใช้นิวโรบิกส์เอ็กเซอร์ไซส์เพื่อส่งเสริมความจำแก่ผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชนศรีพิมาน [The neurobics exercise for memory enhancement in elderly patients received services in diabetic and hypertension clinic of si piman community health center]. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพฯ. 2558;31(2):106-20.
8. ปิ่นมณี สุวรรณโมลี, จิราพร เกศพิชญพัฒนา. ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อความจำของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการรู้คิดบกพร่อง [The effect of cognitive stimulation program on memory of community-dwelling older persons with mild cognitive impairment]. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2559;8(2):45-57.
9. จารุวรรณ ก้านศรี, ดลใจ จองพานิช, นภัทร เตียอนุกุล, ภัทรวดี ศรีนวล, รังสิมันต์ สุนทรไชยา. ผลของโปรแกรมบริหารสมองต่อการเพิ่มความจำในผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อย [The effects of brain exercise program on memory enhancement among the elderly with mild cognitive impairment]. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2560;27(3):176-87.
10. จารุวรรณ ก้านศรี, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, นภัทร เตียอนุกุล, ภัทรวดี ศรีนวล, นภัสสร ยอดทองดี, เกรียงศักดิ์ ยศพิมพ์. ผลของโปรแกรมการฝึกความจำด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นต่อความสามารถในการจำของผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อย [The effects of the local wisdom memory training program on memory ability among older persons with mild cognitive impairment]. พยาบาลสาร. 2560;44(พิเศษ 2):12-21.
11. จิตติมา ดวงแก้ว. ผลของโปรแกรมการฝึกการรู้คิดต่อการทำหน้าที่ด้านการคิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะการคิดบกพร่องเล็กน้อยในสถานสงเคราะห์คนชราของภาครัฐ [The effect of cognitive training program on cognitive function in mild cognitive impairment older people in governmental welfare home for the aged] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.

12. สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. คู่มือวิทยากรจัดกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน [Handbook of speakers to organize activities to create 5 dimensions of happiness for the elderly in the community]. นนทบุรี: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2560.
13. สุภารัตน์ นามกระจ่าง, ลักษณ์ สมรัตน์, อนัญญา เดชะคำภู. โปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาในผู้สูงอายุ ตำบลกระหวัน อำเภอบึงสามพัน จังหวัดศรีสะเกษ [The effectiveness of program for developing five dimensions of happiness in elderly: a case study of elderly in krawan sub-district, khunhan district, srisaket province]. การประชุมวิชาการเสนองานวิจัยบัณฑิตศึกษา ระดับชาติและนานาชาติ 2560; วันที่ 10 มี.ค. 2560; ขอนแก่น.
14. Hodkinson HM. Evaluation of a mental test score for assessment of mental impairment in the elderly. *Age and Ageing*. 1972;1(4):233-8. doi:10.1093/ageing/1.4.233.
15. กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, เบนจามิน แฮมสแตท, โรเบิร์ต เพลทท์ ซไนเดอร์, แคทเทอรีน โปเทมป้า, นพพร จันทรเสนา, สุวีร์ภรณ์ สีสิ่ง, และคณะ. การพัฒนากระบวนการคัดกรองการรู้คิดของผู้สูงอายุในชุมชน [Development of a cognitive screening process for older adults in community]. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2563;7(3):99-114.
16. Foroughan M, Wahlund LO, Jafari Z, Rahgozar M, Farahani IG, Rashedi V. Validity and reliability of abbreviated mental test score (AMTS) among older Iranian. *Psychogeriatrics*. 2017;17(6):460-5. doi:10.1111/psyg.12276.
17. Rait G, Burns A, Baldwin R, Morley M, Chew-Graham C, St Leger AS. Validating screening instruments for cognitive impairment in older South Asians in the United Kingdom. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000;15(1):54-62. doi:10.1002/(sici)1099-1166(200001)15:1<54::aid-gps77>3.0.co;2-c.
18. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ [Elderly screening/assessment manual]. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก; 2557.
19. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the barthel index. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.
20. นิติกุล บุญแก้ว, อัญชลี ข. คูวอล, นุชรินทร์ โพธารส, มลฤดี เพ็ชรลมูล, สุพิณญา คงเจริญ. การสำรวจภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมจังหวัดปทุมธานี [A survey of dementia, basic activities of daily living, and depression of older people at social welfare development center elderly, pathumthani]. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2558;9(3):173-83.
21. Li BY, He NY, Qiao Y, Xu HM, Lu YZ, Cui PJ, et al. Computerized cognitive training for Chinese mild cognitive impairment patients: a neuropsychological and fMRI study. *Neuroimage Clin*. 2019;22:101691. doi:10.1016/j.nicl.2019.101691.
22. Giuli C, Fattoretti P, Gagliardi C, Mocchegiani E, Venarucci D, Balialetti M, et al. My mind project: the effects of cognitive training for elderly-the study protocol of a prospective randomized intervention study. *Aging Clin Exp Res*. 2017;29(3):353-60. doi:10.1007/s40520-016-0570-1.
23. Napatpittayatorn P, Kritpet T, Muangpaisan W, Srisawat C, Junnu S. Effects of neurobic exercise on cognitive function and serum brain-derived neurotrophic factor in the normal to mild cognitive impaired older people: a randomized control trial. *Songklanakarin Journal of Science & Technology*. 2019;41(3):551-8.
24. วิณา ลิ่มสกุล, เกศรา ตันเซ่ง, จวง เผือกคง. ประสิทธิผลของโปรแกรมกระตุ้นความสามารถสมองในผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น [The effectiveness of a cognitive stimulation program on the elderly with mild cognitive impairment]. *พยาบาลสาร*. 2561;45(3):58-68.

25. Karssemeijer EGA, Aaronson JA, Bossers WJ, Smits T, Olde Rikkert MGM, Kessels RPC. Positive effects of combined cognitive and physical exercise training on cognitive function in older adults with mild cognitive impairment or dementia: a meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2017;40:75-83. doi:10.1016/j.arr.2017.09.003.

Original article

Mental health during COVID-19 pandemic among young medical graduates from Prince of Songkla University in Thailand

Received : 15 January 2021

Revised : 22 July 2021

Accepted : 23 July 2021

Jarurin Pitanupong, M.D.

Paratthakorn Tantivachiratakul, M.D.

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine,
Prince of Songkla University

Abstract

Objective: To assess the magnitude of mental health problems and associated factors among young Thai physicians during the COVID-19 pandemic in Thailand.

Methods: An online cross-sectional study was conducted among young Thai physicians from May to June 2020. The questionnaires were composed of personal and demographic inquiries, depression anxiety and stress scales (DASS-21)-Thai version, and concerns about the COVID-19 pandemic. All data were analyzed using descriptive statistics, and associated factors concerning mental health were analyzed using chi-square and logistic regression.

Results: There were 264 respondents, interns (38.6%) and non-interns (61.4%). The mean age was 26.0 ± 1.2 years. The majority of participants were female (61.4%), worked in a non-medical school (62.5%), and worked in the southern area (73.9%). Most participants reported a normal level of depression, anxiety, and stress (74.2%, 79.9%, and 87.9% respectively). More than half of participants worried about insufficiency of healthcare workers and facilities, and quality of protective equipment (62.5%, 61.0%, and 62.9% respectively). Moreover, they felt worried about having a chance of being sick and dying (63.2%) and being a source of spreading (69.7%). None of the factors were statistically significantly associated with mental health.

Conclusion: During the COVID-19 pandemic, most young Thai physicians had normal mental health. However, they identified some worries about insufficiency of healthcare workers and facilities, quality of protective equipment, and the chance of being sick and dying or being a source of spreading.

Keywords: COVID-19, mental health, physician, psychosocial

Corresponding author: Jarurin Pitanupong; e-mail: pjarurin@medicine.psu.ac.th

Original article

ระดับสุขภาพจิตของแพทย์ไทยจบใหม่ จากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19

วันรับ : 15 มกราคม 2564
วันแก้ไข : 22 กรกฎาคม 2564
วันตอบรับ : 23 กรกฎาคม 2564

จารุรินทร์ ปิตานูปงศ์, พ.บ.
ปรีตถกร ตันติวชิรฐากร, พ.บ.
สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : สํารวจระดับสุขภาพจิตและปัจจัยเกี่ยวข้องของแพทย์ไทยจบใหม่ต่อการระบาดของของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย

วิธีการ : เป็นการสำรวจภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลทางออนไลน์ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน ปี พ.ศ. 2563 ใช้แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนตัว แบบประเมินสุขภาพจิต depression anxiety and stress scales (DASS-21) ฉบับภาษาไทย และคำถามความกังวลต่อสถานการณ์การระบาดของของโรคโควิด 19 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิตด้วย chi-square และ logistic regression

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 264 คน เป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะชั้นปีที่ 1 (ร้อยละ 38.6) และชั้นปีอื่น ๆ (ร้อยละ 61.4) มีอายุเฉลี่ย 26.0 ± 1.2 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.4) ไม่ได้ทำงานในโรงเรียนแพทย์ (ร้อยละ 62.5) และทำงานในภาคใต้ของไทย (ร้อยละ 73.9) มีคะแนนความเศร้า กังวล และความเครียดในระดับปกติ (ร้อยละ 74.2, 79.9 และ 87.9 ตามลำดับ) มีความกังวลเรื่องความไม่เพียงพอของบุคลากร อุปกรณ์ และคุณภาพของอุปกรณ์ทางการแพทย์ (ร้อยละ 62.5, 61.0 และ 62.9 ตามลำดับ) กังวลว่าตนเองจะป่วยหรือตาย (ร้อยละ 62.3) และอาจเป็นส่วนหนึ่งของการแพร่เชื้อ (ร้อยละ 69.7) ไม่พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 แพทย์จบใหม่ส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตที่ปกติ พบความกังวลต่อความไม่เพียงพอของจำนวนบุคลากร อุปกรณ์ทางการแพทย์ และคุณภาพของเครื่องมือ รวมทั้งกังวลว่าตนเองจะป่วยและตาย หรือเป็นต้นเหตุในการแพร่เชื้อให้คนอื่น

คำสำคัญ : จิตสังคม แพทย์ โรคโควิด 19 สุขภาพจิต

ติดต่อผู้พิมพ์ : จารุรินทร์ ปิตานูปงศ์; e-mail: pjarurin@medicine.psu.ac.th

Previous knowledge: Chinese healthcare personnel reported mental health problems in dealing with COVID-19 pandemic.

New knowledge: Most young Thai physicians had normal mental health. However, they identified some worries about the insufficiency of healthcare workers and facilities, quality of protective equipment, and having a chance of falling sick and dying, and being a source of spreading.

Applications: The protective healthcare system to support healthcare workers should be emphasized during the time of pandemic in Thailand.

Introduction

The coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in China became a global health threat. The widening geographical spread of the disease and an increasing number of cases raised grave concerns about the outbreak's future trajectory.¹ In January 2020, the World Health Organization (WHO) declared the COVID-19 outbreak a public health emergency of international concern.² In Thailand, on the 8th of January 2020, the first COVID-19 case came from Wuhan, Hubei province, China.³

In the initial phase of the COVID-19 outbreak in China, the infection spread rapidly. Feelings of extreme vulnerability and uncertainty threatened life with a wide range of psychosocial impacts at the individual, community, and international levels.⁴ At an individual level, people were likely to experience fear of falling sick or dying, helplessness,⁵ and anxiety.⁶ Besides, stigma might certainly be a consequence of mass quarantine.^{7,8} In the 'repair'

phase, when the infection was brought under control, depression, phobia, and avoidance were evident.⁴

Among healthcare workers in China, the study showed 36.9% of 994 medical and nursing staff had subthreshold mental health disturbances, while 22.4% and 6.2% had moderate and severe disturbances, respectively.⁹ Also, the survey study in China among 1,257 medical and nursing staff from a total of 34 hospitals, using validated rating scales to assess anxiety, depression, insomnia, distress, and post-traumatic stress symptoms, found that 42% of respondents who directly cared for COVID-19 patients experienced high rates of distress (71.5%), depression (50.4%), anxiety (44.6%), and insomnia (34%). In addition, nurses, women, and frontline healthcare workers who directly engaged in diagnosing, treating, and caring for COVID-19 patients reported experiencing psychological burdens.¹⁰

In dealing with the COVID-19 pandemic, healthcare staff is at increased risk of moral injury and mental health problems because of the unprecedented nature of the challenges and feeling unprepared. These findings emphasize the importance of preparedness to support frontline workers through mental health interventions during the widespread crisis.¹¹ Besides, protection of staff wellbeing should be proactive, and staff must be monitored, supported, and provided with evidence-based treatments and adequate protective equipment when faced with critically ill patients.¹²

In Thailand, physicians are the practitioners who directly care for COVID-19 patients, along with interns and residents. Enlightenment of knowledge and attitudes towards COVID-19 will help attending physicians decrease panic emotions.¹³ In addition,

practitioners should be protected by adequate caution and sufficient supplies of protective equipment.¹⁴ The author observed situations where interns were often on duty at the frontlines, although no preceding research has compared mental health problems among interns and other physicians. However, COVID-19 is a new emerging and rapidly evolving situation, so research assessing the magnitude of mental health, psychosocial problems, and associated factors according to COVID-19 pandemic among Thai physicians will provide beneficial and useful information for establishing protective systems for healthcare workers in preparation for any future pandemic.

The objective of this study is to assess the magnitude of mental health and associated factors among young Thai physicians during the COVID-19 pandemic in Thailand.

Methods

From May to June; 2020, this cross-sectional study explored young Thai physicians who graduated from the Prince of Songkla university, in the south of Thailand. A young physician refers to a physician who graduated between one and four years ago, while an intern refers to a young physician who graduated one year ago and a non-intern refers to a young physician who graduated between two and four years ago. The inclusion criteria were young Thai physicians who graduated from the faculty of medicine, Prince of Songkla university from 2015 to 2018, who was in the Line group, and willing to answer the questionnaires.

This study was approved by the ethics committee of the faculty of medicine, Prince of Songkla university (REC: 63-172-3-4).

The sample size was calculated based on a previous study reporting the rates of depression (50%), anxiety (45%), and distress (72%)¹², yielding the sample size of 384, 381, and 310 respectively. However, because of the finite population size of 758 physicians within the Line group (N), the sample size of at least 255 was given for our study, using the finite population correction factor equation for the proportion. The participants' information was collected online from the physician's Line group. Participants were invited to the study by clicking the link or scanning QR codes through social media advertisement. Adhering to the policy of strict confidentiality, the participants' signatures were not required, and all of the participants retained the right to withdraw from the research at any time without giving any reason. Data were stored in secure places, and only researchers could access all information by a password.

Questionnaire modification was assisted by five psychiatrists before the content validity was assessed. The questionnaire was transformed from paper to an online version through Google Forms. The online questionnaires were composed of three parts: 1) *Personal and demographic inquiries* consisting of gender, age, marital status, religion, home province, workplace type (medical school, hospital center, and community hospital), income, and physical and psychiatric illnesses. 2) *The Depression anxiety and stress scales (DASS-21)-Thai version* consisting of 21 questions, with Cronbach's alpha coefficients of depression, anxiety, and stress domains of 0.82, 0.78, and 0.69 respectively. Each question has a score range of 0 - 3. Interpretation of depression, anxiety, and stress was based on scores above 4, 3, and 7 respectively.¹⁵

3) *The COVID-19 questionnaire* by the Department of Mental Health of Thailand consisting of 15 questions in three domains; sufficiency of healthcare workers and facilities, individual value and knowledge, and consequences of COVID-19. Each item has a rating scale ranging from “0” (no), “1 - 2” (sometimes) to “3” (very often).¹⁶

All data were analyzed using the descriptive statistics. The results were presented as average, percentage, frequency, and standard deviation. Factors associated with mental health were analyzed using chi-square and logistic regression.

Results

Two hundred sixty-four physicians completed the online questionnaire, 102 interns (38.6%) and 162 non-interns (61.4%). The demographic data of the participants are shown in Table 1. Most participants were on duty at the frontlines towards COVID-19 screening.

Mental health

Using the DASS-21-Thai version, most participants had a normal level of depression, anxiety, and stress (74.2%, 79.9 %, and 87.9% respectively). Only 5 - 10 participants had severe or extremely severe levels of depression, anxiety, and stress (3.8%, 2.2%, and 1.9%, respectively). In addition, there was no statistically significant difference in mental health towards COVID-19 between interns and non-interns.

The psychosocial problems and consequences of COVID-19

According to the first domains of the COVID-19 questionnaire by the Department of Mental Health of Thailand; sufficiency of healthcare workers and facilities, the study identified that more

than a half of all participants felt concerned or worried about the insufficiency of healthcare workers and facilities, including inpatient and intensive care units, and quality of protective equipment (62.5%, 61.0%, 55.7%, and 62.9% respectively).

In the second domain, individual value and knowledge, the study identified that more than half of all participants did not feel worried about their capacity to gather health information promptly in time (53.8%). Still, some participants felt worried about having inadequate knowledge of COVID-19 (64.4%).

In the last domain, the consequences of COVID-19, the study identified that a quarter of participants experienced low self-esteem or inadequacy (25.8%). More than a half of them felt worried about being infected and having a chance of falling sick and dying (63.2%), having asymptomatic infection and becoming a source of spreading (69.7%), and providing delayed or inadequate management for COVID-19 patients (54.2%). In addition, they felt worried that close friends might have a chance of falling sick and dying (59.8%), and that the COVID-19 pandemic situation in Thailand might be uncontrollable (66.3%). Moreover, one-third of all participants had sleep problems (31.8%) and were concerned about lack of income (34.9%). However, there was no statistically significant difference in psychosocial issues and consequences of COVID-19 between interns and non-interns.

The association between demographic characteristics and mental health

Due to variables concerning psychosocial problems and consequences being correlated amongst themselves, we only explored the crude

Table 1 Demographic characteristics categorized by group

Demographic characteristics	total (n = 264)	number (%)		X ² p-value
		interns (n = 102)	non-interns (n = 162)	
Gender				.45
Male	102 (38.6)	36 (35.3)	66 (40.7)	
Female	162 (61.4)	66 (64.7)	96 (59.3)	
Religion				1
Buddhism	250 (94.7)	97 (95.1)	153 (94.4)	
Others (Islam, Christ, others)	14 (5.3)	5 (4.9)	9 (5.6)	
Home province				.012
South	230 (87.1)	96 (94.1)	134 (82.7)	
Others	34 (12.9)	6 (5.9)	28 (17.3)	
Marital status				.014 ^a
Single	255 (96.6)	102 (100.0)	153 (94.4)	
Married/others	9 (3.4)	0 (0.0)	9 (5.6)	
Parents status				.611
Couple	220 (83.3)	87 (85.3)	133 (82.1)	
Others (divorce, separate, passed away)	44 (16.7)	15 (14.7)	29 (17.9)	
Type of workplace				< .001
Medical school	99 (37.5)	25 (24.5)	74 (45.7)	
Hospital center	87 (33.0)	61 (59.8)	26 (16.0)	
Community hospital	69 (26.1)	15 (14.7)	54 (33.3)	
Other	9 (3.4)	1 (1.0)	8 (4.9)	
Area of workplace				
South	195 (73.9)	81 (79.4)	114 (70.4)	
Other	69 (26.1)	21 (20.6)	48 (29.6)	
Monthly income				< .001
15,000 - 30,000	43 (16.3)	8 (8.0)	35 (22.2)	
30,001 - 60,000	117 (44.3)	45 (45.0)	72 (45.6)	
60,001 - 100,000	86 (32.6)	47 (47.0)	39 (24.7)	
> 100,000	12 (4.5)	0 (0.0)	12 (7.6)	
Not answer	6 (2.3)			
Physical illness				.671
Yes	30 (11.4)	10 (9.9)	20 (12.4)	
No	232 (87.9)	91 (90.1)	141 (87.6)	
Not answer	2 (0.8)			
Psychiatric illness				.74 ^a
Yes	9 (3.4)	4 (3.9)	5 (3.1)	
No	252 (95.5)	98 (96.1)	154 (96.9)	
Not answer	3 (1.1)			

^a Fisher's exact test

association between psychosocial problems and mental health consequences. The results show that the participants who had mild to extreme depression had a higher proportion of some domains of psychosocial problems and consequences of COVID-19, such as having inadequate knowledge, than the participants who had no depression. ($p = .025$). The participants who had mild to extreme anxiety and stress had a higher proportion of all domains of psychosocial problems and consequences of COVID-19, including sufficiency of workers and facilities, individual value, and knowledge, than the participants who had no anxiety and stress (Table 2, 3).

To examine the association between demographic characteristics and mental health (depression, anxiety, stress), variables whose p -values from the univariate analysis were lower than 0.2 were included in the initial model for multivariate analysis (Table 4). There were no remaining variables that were significantly associated with mental health in the multivariate analysis, although the study identified that higher income might relate to less anxiety (OR = 0.40, 95% CI = 0.16 - 0.96).

Discussion

Regarding the COVID-19 pandemic, this study shows that most of young Thai physicians had normal mental health. However, they had some worries about the insufficiency of healthcare workers and facilities, quality of protective equipment, having the chance of falling sick and dying or becoming a source of spreading. According to this study, the prevalence of mental health problems among young Thai physicians was low. The majority of participants had a normal level of depression, anxiety, and stress

(74.2%, 79.9 %, 87.9%, respectively). Only 5 - 10 participants had severe or extremely severe levels of depression, anxiety, and stress (3.8%, 2.2%, 1.9%, respectively). This rate was lower than the findings among physicians in other countries.^{9,10} The reasons might be due to difference in study instruments or mental health baseline among the participants. The previous study using patient health questionnaire-9 found that 26.5% of residents had depression during normal time.¹⁷ Therefore, it might be that persons choosing to be physicians and being able to graduate from medical school should have a good mental fitness,^{18,19} and use adaptive or mature coping mechanisms.^{20,21}

According to this study, more than half of the participants reported feeling worried about insufficiency of healthcare workers and facilities including inpatient and intensive care units, and quality of protective equipment. These findings were similar to a study from Houston Methodist hospital that identified the lack of established policies for pandemic triage, equipment ordering, and emergency management as the sources of system-wide inefficiencies and increased healthcare workers' burden.²²

Moreover, one-third of the participants (31.8%) had a sleep problem. This result was similar to a study from King's College London that found that 37.9% of healthcare workers had insomnia when confronted with COVID-19 pandemic infection.²³ Therefore, sleep hygiene and proper work schedule should be promoted in the time of pandemic.

Regarding other outcomes, the physicians felt worried about having a chance of falling sick and dying (63.2%) and being a resource of spreading

Table 2 Psychosocial problems related to the COVID-19 pandemic

Type of worry	Depression; number (%)		Anxiety; number (%)		Stress; number (%)		χ ² p-value
	normal (n = 196)	mild to extreme (n = 68)	normal (n = 211)	mild to extreme (n = 53)	normal (n = 196)	mild to extreme (n = 68)	
Sufficiency of worker and facilities							
Insufficiency of healthcare workers							.009
No	75 (38.3)	24 (35.3)	85 (40.3)	14 (26.4)	93 (40.1)	6 (18.8)	< .001
Sometimes	108 (55.1)	41 (60.3)	119 (56.4)	30 (56.6)	128 (55.2)	21 (65.6)	
Very often	13 (6.6)	3 (4.4)	7 (3.3)	9 (17.0)	11 (4.7)	5 (15.6)	
Insufficiency of equipment							.036
No	81 (41.3)	22 (32.4)	91 (43.1)	12 (22.6)	97 (41.8)	6 (18.8)	.012
Sometimes	106 (54.1)	45 (66.2)	114 (54.0)	37 (69.8)	126 (54.3)	25 (78.1)	
Very often	9 (4.6)	1 (1.5)	6 (2.8)	4 (7.5)	9 (3.9)	1 (3.1)	
Insufficiency of care unit							.057
No	83 (42.3)	34 (50.0)	93 (44.1)	24 (45.3)	106 (45.7)	11 (34.4)	< .001
Sometimes	107 (54.6)	32 (47.1)	116 (55.0)	23 (43.4)	121 (52.2)	18 (56.2)	
Very often	6 (3.1)	2 (2.9)	2 (0.9)	6 (11.3)	5 (2.2)	3 (9.4)	
Quality of protective equipment							.002 ^a
No	72 (36.7)	26 (38.2)	83 (39.3)	15 (28.3)	92 (39.7)	6 (18.8)	.156 ^a
Sometimes	119 (60.7)	42 (61.8)	125 (59.2)	36 (67.9)	138 (59.5)	23 (71.9)	
Very often	5 (2.6)	0 (0.0)	3 (1.4)	2 (3.8)	2 (0.9)	3 (9.4)	
Individual value and knowledge							
Having inadequate knowledge							< .001
No	79 (40.3)	15 (22.1)	89 (42.2)	5 (9.4)	92 (39.7)	2 (6.2)	< .001
Sometimes	111 (56.6)	50 (73.5)	117 (55.5)	44 (83.0)	135 (58.2)	26 (81.2)	
Very often	6 (3.1)	3 (4.4)	5 (2.4)	4 (7.5)	5 (2.2)	4 (12.5)	
Lack of capacity for gathering healthcare information							.001 ^a
No	113 (57.7)	29 (42.6)	127 (60.2)	15 (28.3)	134 (57.8)	8 (25.0)	< .001 ^a
Sometimes	81 (41.3)	38 (55.9)	82 (38.9)	37 (69.8)	96 (41.4)	23 (71.9)	
Very often	2 (1.0)	1 (1.5)	2 (0.9)	1 (1.9)	2 (0.9)	1 (3.1)	

^a Fisher's exact test

Table 3 Psychosocial consequences of the COVID-19 pandemic

Type of worry	Depression; number (%)		Anxiety; number (%)		Stress; number (%)		X ² p-value
	normal (n = 196)	mild to extreme (n = 68)	normal (n = 211)	mild to extreme (n = 53)	normal (n = 196)	mild to extreme (n = 68)	
Perceiving low self-esteem or feeling of inadequacy							< .001
No	164 (83.7)	32 (47.1)	171 (81.0)	25 (47.2)	185 (79.7)	11 (34.4)	< .001
Sometimes	32 (16.3)	36 (52.9)	40 (19.0)	28 (52.8)	47 (20.3)	21 (65.6)	
Very often	0	0	0	0	0	0	
Having chance of falling sick and dying							.177 ^a
No	75 (38.3)	22 (32.4)	84 (39.8)	13 (24.5)	89 (38.4)	8 (25.0)	
Sometimes	117 (59.7)	46 (67.6)	125 (59.2)	38 (71.7)	140 (60.3)	23 (71.9)	
Very often	4 (2.0)	0 (0)	2 (0.9)	2 (3.8)	3 (1.3)	1 (3.1)	
Having chance of being asymptomatic source of spreading							.146
No	59 (30.1)	21 (30.9)	67 (31.8)	13 (24.5)	75 (32.3)	5 (15.6)	
Sometimes	130 (66.3)	43 (63.2)	137 (64.9)	36 (67.9)	148 (63.8)	25 (78.1)	
Very often	7 (3.6)	4 (5.9)	7 (3.3)	4 (7.5)	9 (3.9)	2 (6.2)	
Providing inadequate management for the patients							< .001 ^a
No	102 (52.0)	19 (27.9)	109 (51.7)	12 (22.6)	118 (50.9)	3 (9.4)	
Sometimes	91 (46.4)	48 (70.6)	99 (46.9)	40 (75.5)	111 (47.8)	28 (87.5)	
Very often	3 (1.5)	1 (1.5)	3 (1.4)	1 (1.9)	3 (1.3)	1 (3.1)	
Providing inadequate management for the relatives							< .001
No	58 (29.6)	12 (17.6)	63 (29.9)	7 (13.2)	67 (28.9)	3 (9.4)	
Sometimes	121 (61.7)	42 (61.8)	130 (61.6)	33 (62.3)	144 (62.1)	19 (59.4)	
Very often	17 (8.7)	14 (20.6)	18 (8.5)	13 (24.5)	21 (9.1)	10 (31.2)	
Close friends having chance of falling sick and dying							.458 ^a
No	80 (40.8)	26 (38.2)	91 (43.1)	15 (28.3)	96 (41.4)	10 (31.2)	
Sometimes	114 (58.2)	40 (58.8)	117 (55.5)	37 (69.8)	132 (56.9)	22 (68.8)	
Very often	2 (1.0)	2 (2.9)	3 (1.4)	1 (1.9)	4 (1.7)	0 (0.0)	
Having sleep problem							< .001 ^a
No	146 (74.5)	34 (50.0)	157 (74.4)	23 (43.4)	169 (72.8)	11 (34.4)	
Sometimes	49 (25.0)	33 (48.5)	54 (25.6)	28 (52.8)	63 (27.2)	19 (59.4)	
Very often	1 (0.5)	1 (1.5)	0 (0.0)	2 (3.8)	0 (0)	2 (6.2)	

^a Fisher's exact test

Table 3 Psychosocial consequences of the COVID-19 pandemic (continued)

Type of worry	Depression; number (%)		Anxiety; number (%)		Stress; number (%)		X ² p-value
	normal (n = 196)	mild to extreme (n = 68)	normal (n = 211)	mild to extreme (n = 53)	normal (n = 196)	mild to extreme (n = 68)	
Lack of income							.002
No	132 (67.3)	40 (58.8)	150 (71.1)	22 (41.5)	159 (68.5)	13 (40.6)	< .001
Sometime	58 (29.6)	27 (39.7)	56 (26.5)	29 (54.7)	66 (28.4)	19 (59.4)	
Very often	6 (3.1)	1 (1.5)	5 (2.4)	2 (3.8)	7 (3.0)	0 (0.0)	
Uncontrollable situation of the COVID-19 pandemic							< .001
No	68 (34.7)	21 (30.9)	75 (35.5)	14 (26.4)	85 (36.6)	4 (12.5)	.106
Sometimes	123 (62.8)	43 (63.2)	131 (62.1)	35 (66.0)	142 (61.2)	24 (75.0)	
Very often	5 (2.6)	4 (5.9)	5 (2.4)	4 (7.5)	5 (2.2)	4 (12.5)	

^a Fisher's exact test

Table 4 Crude association between demographic characteristics and mental health

Demographic characteristics	Depression; number (%)		Anxiety; number (%)		Stress; number (%)		X ² p-value
	normal (n = 196)	mild to extreme (n = 68)	normal (n = 211)	mild to extreme (n = 53)	normal (n = 232)	mild to extreme (n = 32)	
Gender							
Male	71 (36.2)	31 (45.6)	80 (37.9)	22 (41.5)	88 (37.9)	14 (43.8)	.66
Female	125 (63.8)	37 (54.4)	131 (62.1)	31 (58.5)	144 (62.1)	18 (56.2)	
Home province							
South	168 (85.7)	62 (91.2)	181 (85.8)	49 (92.5)	201 (86.6)	29 (90.6)	.778 ^a
Others	28 (14.3)	6 (8.8)	30 (14.2)	4 (7.5)	31 (13.4)	3 (9.4)	
Marital status							
Single	190 (96.9)	65 (95.6)	207 (98.1)	48 (90.6)	224 (96.6)	31 (96.9)	1 ^a
Married/others	6 (3.1)	3 (4.4)	4 (1.9)	5 (9.4)	8 (3.4)	1 (3.1)	
Type of workplace							
Medical school	68 (34.7)	31 (45.6)	74 (35.1)	25 (47.2)	84 (36.2)	15 (46.9)	.33
Non-medical school	128 (65.3)	37 (54.4)	137 (64.9)	28 (52.8)	148 (63.8)	17 (53.1)	
Income^c							
15,000 - 30,000	29 (15.2)	14 (20.9)	31 (15.1)	12 (22.6)	37 (16.3)	6 (19.4)	.164
30,001 - 60,000	81 (42.4)	36 (53.7)	89 (43.4)	28 (52.8)	99 (43.6)	18 (58.1)	
> 60,000	81 (42.4)	17 (25.4)	85 (41.5)	13 (24.5)	91 (40.1)	7 (22.6)	
Physical illness^c							
Yes	25 (12.8)	5 (7.5)	24 (11.5)	6 (11.3)	27 (11.7)	3 (9.4)	1 ^a
No	170 (87.2)	62 (92.5)	185 (88.5)	47 (88.7)	203 (88.3)	29 (90.6)	
Psychiatric illness^c							
Yes	4 (2.1)	5 (7.5)	6 (2.8)	3 (6.0)	6 (2.6)	3 (9.7)	.078 ^a
No	190 (97.9)	62 (92.5)	205 (97.2)	47 (94.)	224 (97.4)	28 (90.3)	

^a Fisher's exact test; ^c There are missing value

COVID-19 to others (69.7%). These results might be due to social stigmatization and rejection,²⁴ and the baseline cultural attitude of Thai people that they often have feelings of guilt when they cause a worsening pandemic situation.

Finally, in our opinion, the rate of COVID-19 infection in Thailand is relatively low due to successful management for controlling pandemic, although there is an increasing number, mostly among immigrants. Therefore, estimating mental health's effect of the pandemic might be difficult and not reflect its actual impact on mental health. Health workers' views might be mostly based on their imagination about problems and not based on managing COVID-19 patients by themselves. However, referring to this excellent management provides a good capacity and distributes health knowledge, health promotion, and prevention towards COVID-19 for the Thai population. Therefore, all Thai people, including physicians, can perceive correct, current health information in real-time and cooperate very well. Moreover, Thai physicians received full support from the Thai government, so the burden and feeling of burnout in caring for COVID-19 patients are very low,²⁵ in congruence with the WHO report on the situation in Thailand.²⁶

This study had strengths and limitations. To our knowledge, it is the first study that explored mental health, psychosocial problems, and consequences of COVID-19 among young Thai physicians. However, it was a cross-sectional survey and employed the online self-report questionnaires for individual evaluation. Due to the social distancing policy, we could not perform face-to-face interviews, so the information gained

might have led to bias. In addition, the study was quantitative, and the sample size was restricted to only young physicians who graduated from the faculty of medicine, Prince of Songkla university. Therefore, the findings might not be generalizable to all Thai physicians nationwide. Regarding the low response rate of online questionnaires, the reason might be that physicians were not available to participate during the pandemic situations.

Furthermore, the study was conducted during the near 'repair' or 'resolution' phase of the COVID-19 pandemic in Thailand, despite a remaining global outbreak and a second wave of the pandemic in Thailand, it might lead to a recall bias. Lastly, this study might not cover all matters related to the physician's stress during all phases, particularly the initial or the panic phase of the earlier COVID-19 pandemic.

Conclusion

During the COVID-19 pandemic, most young Thai physicians had normal mental health. More than half of them reported worries about insufficiency of healthcare workers and facilities, quality of protective equipment, having a chance of falling sick and dying, and being a source of spreading. As a result, the protective healthcare system to support healthcare workers should be emphasized.

Acknowledgments

The faculty of medicine, Prince of Songkla university, Thailand, supported this study. The authors are very appreciative of the data analysis provided by Ms. Kruewan Jongborwanwivat and Mrs. Nisan Werachattawan.

References

1. Wang C, Horby P, Hayden F, Gao G. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet*. 2020;395:470-3. doi:10.1016/S0140-6736(20)30185-9.
2. Mahase E. China coronavirus: WHO declares international emergency as death toll exceeds 200. *BMJ*. 2020;368:m408. doi:10.1136/bmj.m408.
3. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) situation reports [Internet]. Geneva; 2020 [cited 2020 Aug 14]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
4. Chong MY, Wang WC, Hsieh WC, Lee CY, Chiu NM, Yeh WC, et al. Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *Br J Psychiatry*. 2004;185:127-33. doi:10.1192/bjp.185.2.127.
5. Hall R, Hall R, Chapman M. The 1995 Kikwit Ebola outbreak: lessons hospitals and physicians can apply to future viral epidemics. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30:446-52. doi:10.1016/j.genhosppsy.2008.05.003.
6. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):1729. doi:10.3390/ijerph17051729.
7. Lima CKT, Carvalho PMM, Lima I, Nunes J, Saraiva JS, de Souza RI, et al. The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry Res*. 2020;287:112915. doi:10.1016/j.psychres.2020.112915.
8. Rubin GJ, Wessely S. The psychological effects of quarantining a city. *BMJ*. 2020;368:m313. doi:10.1136/bmj.m313.
9. Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R, et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: a cross-sectional study. *Brain Behav Immun*. 2020;87:11-7. doi:10.1016/j.bbi.2020.03.028.
10. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3:e203976. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.
11. Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during Covid-19 pandemic. *BMJ*. 2020;368:m1211. doi:10.1136/bmj.m1211.
12. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020;4:e15-6. doi:10.1016/S2215-0366(20)30078-X.
13. Zhong BL, Luo W, Li HM, Zhang QQ, Liu XG, Li WT, et al. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. *Int J Bio Sci*. 2020;16:1745-52. doi:10.7150/ijbs.45221.
14. Xiang YT, Zhao YJ, Liu ZH, Li XH, Zhao N, Cheung T, et al. The COVID-19 outbreak and psychiatric hospitals in China: managing challenges through mental health service reform. *Int J Bio Sci*. 2020;16(10):1741-4. doi:10.7150/ijbs.45072.
15. Chootong R, Wiwattanaworaset P, Buathong N, Noofong Y, Chaithaweewsup P, Checharoen P, et al. Mental health status, family state and family functioning of undergraduate students in a southern university, Thailand. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2562;64(4):337-50.

16. Mental health working group. Screening for concerns about the COVID-19 virus [Internet]. Nonthaburi: Division of Mental Health Promotion and Development, Department of Mental Health; 2020 [cited 2020 Apr 15]. Available from: <https://www.thaimentalhealth.com/สแกนใจ/แบบคัดกรองความกังวลต่อไวรัส-covid-19.html>
17. Thamrongvisava S, Pitanupong J. The prevalence and associated factors of burnout syndrome among residents in training at faculty of medicine, Songklanagarind Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2018;63(4):309-20.
18. Pitanupong J, Jatchavala C. A study on the comparison of burnout syndrome, among medical doctors in the restive areas and non-restive areas of the South Thailand Insurgency. *J Health Sci Med Res*. 2018;36:277-89. doi:10.31584/jhsmr.201825.
19. Chatlaong T, Pitanupong J, Wiwattanaworaset, P. Sleep quality and burnout syndrome among residents in training at the faculty of medicine, Prince of Songkla University. *Siriraj Med J*. 2020;72(4):307-14. doi:10.33192/Smj.2020.41.
20. Norphun N, Pitanupong J, Jiraphan A. Stress and coping strategies among Thai medical students in a southern medical school. *Siriraj Med J*. 2020;72(3):238-44. doi:10.33192/Smj.2020.32.
21. Pitanupong J, Sangkool J, Wiwattanaworaset P, Pongthanawisut S, Teetharathul T, Jiraphan A. Dropout thought among medical students at faculty of medicine Prince of Songkla university running head: dropout thought among medical students. *Thammasat Medical Journal*. 2020; 20(2):175-84.
22. Sasangohar F, Jones S, Masud F, Vahidy F, Kash B. Provider burnout and fatigue during the COVID-19 pandemic: lessons learned from a high-volume intensive care unit. *Anesth Analg*. 2020;131(1): 106-11. doi:10.1213/ANE.0000000000004866.
23. Salazar de Pablo G, Vaquerizo-Serrano J, Catalan A, Arango C, Moreno C, Ferre F, et al. Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020;275:48-57. doi:10.1016/j.jad.2020.06.022.
24. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395(10227): 912-20. doi:10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
25. Department of disease control. Corona Virus Disease (COVID-19): Thailand situation [Internet]. Nonthaburi; 2020 [cited 2020 Jul 27]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/eng/index.php>
26. World Health Organization. Corona Virus Disease (COVID-19) [Internet]. Geneva; 2020 [cited 2020 Jul 27]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/2020-06-08-tha-sitre-91-covid19.pdf?sfvrsn=e35ec105_2

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบจากเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กของมารดา และวิธีการในการเลี้ยงดูลูก

วันรับ : 9 กุมภาพันธ์ 2564

วันแก้ไข : 17 พฤษภาคม 2564

วันตอบรับ : 23 กรกฎาคม 2564

วชิราภรณ์ อรุโณทอง, ประ.ด.

โรงพยาบาลลำปาง

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็ก (adverse childhood experiences; ACEs) ของมารดากับทักษะในการเลี้ยงดู รวมถึงปัจจัยป้องกันและปัจจัยเสี่ยงของการเลี้ยงดูลูกด้วยความรุนแรงในมารดาที่มี ACEs

วิธีการ : เป็นการศึกษาแบบ cross sectional study ในมารดาที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจำนวน 4 ฉบับ คือ ข้อมูลพื้นฐาน เหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็ก การจัดการพฤติกรรมเด็ก และการเลี้ยงดูเด็กเชิงบวก

ผล : จากมารดาจำนวน 519 คนที่ตอบแบบสอบถาม มี 150 คนมีประวัติ ACEs มารดาที่มีประวัติ ACEs มีปัญหาชีวิตสมรสมากกว่าและความเพียงพอของรายได้ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .001$) หลังจากควบคุมปัจจัยการศึกษา รายได้ และความเพียงพอของรายได้ พบว่า มารดาที่มี ACEs มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับสามีต่ำกว่า (AOR = 0.4) มีปากเสียงกับสามี (AOR = 2.04) ลงไม้ลงมือกับสามี (AOR = 2.57) สามีดื่มสุรา (AOR = 1.47) และใช้สารเสพติด (AOR = 18.8) มากกว่า มีทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกต่ำกว่า (AOR = 0.55) และจัดการพฤติกรรมเด็กด้วยความรุนแรงมากกว่ากลุ่มที่ไม่มี ACEs (AOR = 3.74) ปัจจัยที่ลดการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กด้วยความรุนแรงในกลุ่มมารดาที่มี ACEs คือ การอยู่กับสามีที่จดทะเบียน และอยู่ในครอบครัวที่สามารถปรึกษาหารือกัน หรือพึ่งพากันได้

สรุป : เหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กของมารดามีความสัมพันธ์กับชีวิตสมรสและทักษะการดูแลบุตร การอยู่กับสามีที่จดทะเบียนสามารถปรึกษาหารือกัน และพึ่งพากันได้ ลดโอกาสการใช้รุนแรงในการจัดการพฤติกรรมเด็กในมารดาในกลุ่มนี้

คำสำคัญ : ทักษะในการเลี้ยงดูลูก ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน เหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กของมารดา

ติดต่อผู้นิพนธ์ : วชิราภรณ์ อรุโณทอง; e-mail: wachiraarun@gmail.com

Original article

The relationship between maternal adverse childhood experiences and their child rearing skills

Received : 9 February 2021

Revised : 17 May 2021

Accepted : 23 July 2021

Wachiraporn Arunothong, Ph.D.

Lampang Regional Hospital

Abstract

Objective: To study the relationship between maternal adverse childhood experiences (ACEs) and child rearing skills, and to identify protective and risk factors of violence against children in mothers with ACEs.

Methods: A cross sectional study was conducted in biological mothers aged 18 years and over. Participants completed four self- report questionnaires that included basic information, ACEs, child behavior management, and positive parenting questions.

Results: Of 519 participants who completed the questionnaires, 150 had ACEs. Mothers with ACEs significantly had more marital and financial issues ($p = .001$). After adjustment for level of education, income, and income sufficiency, mothers with ACEs tended to have less marital satisfaction (AOR = 0.4), have more chance of couple's argument (AOR = 2.04) and physical violence (AOR = 2.57), and have partners with alcohol abuse (AOR = 1.47) and substance abuse (AOR = 18.8). In addition, these mothers tended to have lower positive parenting skills (AOR = 0.55) and use violence in managing children's behaviors (AOR = 3.74). In a subgroup analysis among mothers with ACEs, staying with a registered husband, living in a family that could be consulted with, and living in a reliable family could reduce the violence against offspring.

Conclusion: Mothers with ACEs tended to have more marital problems and less than adequate child rearing skills. Staying with a registered husband, living in a family that could be consulted with, and living in a reliable family could reduce violence against offspring among mothers with ACEs.

Keywords: child rearing skills, maternal adverse childhood experiences, risk and protective factors

Corresponding author: Wachiraporn Arunothong; e-mail: wachiraarun@gmail.com

ความรู้เดิม : ความรุนแรงในวัยเด็กส่งผลกระทบต่อผู้ได้รับเหตุการณ์รุนแรงเกิดปัญหาด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต รวมถึงปัญหาการขาดโอกาสทางสังคมต่าง ๆ และ ความรุนแรงนั้นสามารถถ่ายทอดสู่รุ่นลูกได้

ความรู้ใหม่ : ความรุนแรงจากมารดาที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็ก สามารถถ่ายทอดมายังรุ่นลูก โดยการทำให้เกิดความรุนแรงในวัยเด็กรุ่นลูกผ่านการจัดการปัญหาพฤติกรรมของมารดาที่มีต่อลูกด้วยความรุนแรง และมีพฤติกรรมในการเลี้ยงดูเชิงบวกต่ำ การดูแลเด็กด้านอารมณ์และจิตใจจึงมีความสำคัญมาก

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : มารดาทุกคนควรได้รับการแนะนำในการดูแลและจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็ก รวมถึง การดูแลเด็กเชิงบวก

บทนำ

เหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็ก (adverse childhood experiences; ACEs) ตามคำนิยามของ Felitti และคณะ¹ ร่วมกับ center for disease control and prevention (CDC)² หมายถึง เหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้นระหว่างอายุ 0 - 17 ปี โดยเหตุการณ์รุนแรงนั้นประกอบด้วย การถูกทำร้ายทางร่างกาย ทางเพศ หรือทางจิตใจ การถูกทอดทิ้ง ปล่อยให้พลัดถิ่น นอกจากนั้น ยังรวมถึงการอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยและไม่มั่นคง ซึ่งส่งผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจ เช่น บิดามารดาหย่าร้าง คนในครอบครัวมีภาวะทางจิตเวชหรือติดสารเสพติด หรือคนในครอบครัวถูกจำคุก การศึกษาของ Felitti และคณะ¹ และ CDC² แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น เพิ่มโอกาสการเกิดโรคเรื้อรัง โรคจิตเวช ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ผลกระทบทางด้านลบต่อความเป็นอยู่ เศรษฐฐานะ โอกาสทางด้านสังคม และทางการศึกษา การเติบโตในสภาพแวดล้อมดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อตลอดชีวิต และยังอาจส่งผลกระทบต่อไปยั้งรุ่นลูกได้²

การศึกษาที่แสดงถึงผลกระทบของเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กส่งผลกระทบต่อรุ่นลูก เช่น การศึกษา the family transitions project (FTP)^{3,4} ที่ติดตามกลุ่มตัวอย่าง 3 รุ่นพบว่า อาสาสมัคร (รุ่นที่ 2) ที่เคยถูกลี้นดูด้วยความรุนแรงในวัยเด็กจากผู้ปกครอง (รุ่นที่ 1) มีแนวโน้มที่จะจัดการพฤติกรรมลูก (รุ่นที่ 3) ด้วยการใช้อารมณ์และความรุนแรง นอกจากนั้นยังพบว่า การเลี้ยงดูด้วยความรุนแรงและก้าวร้าวจากผู้ปกครอง (รุ่นที่ 1) ส่งผลให้อาสาสมัคร (รุ่นที่ 2) มีโอกาสเกิดโรคพฤติกรรมเกรี้ยวกร้าว (conduct disorder) ครอบครัวยุคก่อนมีประวัติการทารุณกรรมมาก่อนมีความเสี่ยงของการทารุณกรรมและการถูกทอดทิ้งเพิ่มขึ้น และสามารถถ่ายทอดจากรุ่นพ่อแม่สู่รุ่นลูกได้ การศึกษาของ Thornberry และคณะ⁵ พบความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นเหยื่อของการทารุณกรรมในวัยเด็กกับการเป็นผู้กระทำเหตุการณ์รุนแรงในเวลาต่อมา นอกจากนั้นยังพบว่า การที่บิดามารดาเผชิญเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กส่งผลกระทบต่อรุ่นลูกมีโอกาสมเพิ่มปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจ^{6,7} ปัญหาสมาธิสั้น⁸ วิตกกังวล⁹ ซึมเศร้า⁹ และปัญหาพัฒนาการ¹⁰⁻¹³ รวมถึงปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ ตามมา¹⁴

บิดามารดาที่เคยเผชิญเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กหรือเคยถูกทารุณกรรมมักประสบปัญหาในการจัดการพฤติกรรมของบุตร¹⁵⁻¹⁹ การมีสัมพันธ์ภาพที่ดี^{7,18} และการสร้างความผูกพันระหว่างบิดามารดาและบุตร^{7,12,20} บิดามารดาที่เคยถูกทารุณกรรมในวัยเด็กมักจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กด้วยอารมณ์ ลงโทษบุตรด้วยความรุนแรง ทอดทิ้งบุตรไม่ค่อยให้การตอบสนองความต้องการทางอารมณ์และจิตใจกับเด็ก^{15,16,18} หรืออาจกลายเป็นผู้ทารุณกรรมเด็กเสียเอง^{5,19} ปัญหาอาจเกิดจากปัญหาจิตเวชของบิดามารดาอันเป็นผลกระทบเนื่องจากเหตุการณ์รุนแรง^{11,12,16} จากการเลี้ยงดูที่บิดาหรือมารดาเคยได้รับในวัยเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูหรือตอบสนองด้วยความรุนแรงมาก่อน¹⁷ หรือจากความเป็นอยู่ เศรษฐฐานะของบิดามารดาเองที่พบว่า การเกิดเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กเพิ่มโอกาสในการมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ^{1,21} หรือจากปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดาและมารดา โดยพบว่าบิดา

และมารดาที่ประสบเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กมักมีการใช้ความรุนแรงระหว่างกันในการจัดการปัญหาระหว่างคู่สมรส^{1,18}

การศึกษาที่ระบุถึงปัจจัยป้องกันในการลดเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กพบว่า การที่เด็กถูกลี้นดูโดยบิดามารดาอย่างน้อย 1 คน หรือการที่อยู่ในครอบครัวที่ปรึกษาและพึ่งพา กันได้ เป็นปัจจัยที่ลดความเสี่ยงของการเกิดเหตุการณ์รุนแรงในเด็ก²¹ นอกจากนี้ยังพบว่า สภาพแวดล้อมที่มั่นคง ปลอดภัย การที่คู่สมรสมีกรดูแลซึ่งกันและกันในทางที่ดี (safe stable and nurturing relationship; SSNR)^{5,22} ซึ่งรวมถึงความอบอุ่นระหว่างคู่สมรส และการสื่อสารระหว่างกันในเชิงบวก³ ช่วยลดการถ่ายทอดความรุนแรงจากรุ่นบิดามารดาไปสู่รุ่นบุตรได้^{3,5} นอกจากนี้ยังพบว่า คู่สมรสฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งที่เคยเผชิญเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็ก หากได้รับความอบอุ่น และการสนับสนุนจากอีกฝ่ายจะลดโอกาสการกระทำ ความรุนแรงกับเด็ก²² อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่แสดงผล ชัดแย้งว่า SSNR ไม่สามารถลดหรือปรับเปลี่ยนการกระทำ ความรุนแรงของบิดามารดาที่ได้รับ ความรุนแรงในวัยเด็กได้²³ ถึงแม้ว่าในการศึกษานั้นจะกล่าวว่าการที่มารดาได้รับการ สนับสนุนในการดูแลบุตรจากบิดาจะช่วยให้การดูแลบุตร ด้วยความรุนแรงนั้นลดลง แต่ก็พบว่าเหตุการณ์ดังกล่าว ไม่ได้สัมพันธ์กับการเกิดเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กในมารดา และบิดา

แม้ว่าหลายการศึกษาในต่างประเทศแสดงให้เห็นว่า เหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กสามารถส่งผลกระทบต่อเนื่องไปตลอดชีวิต และถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่นได้ ในประเทศไทย ข้อมูลดังกล่าว ยังมีการกล่าวถึงน้อยมากในสาธารณชนทั่วไป และยังมี การศึกษาจำนวนน้อยที่ศึกษาความเชื่อมโยงระหว่างเหตุการณ์ รุนแรงในวัยเด็กที่เกิดขึ้นในมารดาต่อการเลี้ยงดูลูกและการเกิด โรคจิตเวช ปัญหาพัฒนาการและปัญหาพฤติกรรมในเด็ก รวมถึงปัจจัยป้องกันปัญหาอันเกิดเนื่องจากเหตุการณ์รุนแรง ดังกล่าวในรุ่นของมารดา เพื่อเป็นการลดผลกระทบของ ความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นในรุ่นลูกต่อไป บทความนี้มี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบ จากเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กของมารดากับวิธีการเลี้ยงดู และศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันของผลกระทบจาก

เหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กของมารดาต่อการเลี้ยงดูบุตร ในปัจจุบัน

วิธีการ

เป็นการศึกษาแบบ cross-sectional study ศึกษา ในกลุ่มตัวอย่างมารดาของเด็กที่มารับบริการที่แผนกจิตเวช เด็กและวัยรุ่น ห้องตรวจพัฒนาการเด็ก หรือห้องตรวจโรค เด็กทั่วไป ระหว่างเดือนมิถุนายน 2562 ถึงมกราคม 2563 ผู้ร่วมโครงการวิจัยอ่านและตอบแบบสอบถามอย่างเป็นอิสระ ด้วยตนเอง เกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นมารดาแท้โดยสายเลือด ที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป มีบุตรอายุระหว่าง 0 - 15 ปี และ พยาบุตรมารับบริการที่ห้องตรวจจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ห้องตรวจ พัฒนาการเด็ก หรือห้องตรวจโรคเด็กทั่วไป สามารถอ่านเขียน ภาษาไทยได้ดี เกณฑ์การคัดออก คือ ตอบแบบสอบถาม ไม่ครบสมบูรณ์

กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยอ้างอิงจากการศึกษาของ Folger และคณะ¹⁰ ที่พบว่า ร้อยละ 48 ของมารดาที่พยาบุตร มาตรวจด้วยปัญหาพัฒนาการเคยมีประสบการณ์รุนแรงใน วัยเด็กอย่างน้อย 1 ครั้ง กำหนดช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 384 คน ในการวิเคราะห์ subgroup analysis เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มี ACEs ผู้วิจัยได้คำนวณ power ย้อนกลับเพื่อหาว่าจำนวน กลุ่มตัวอย่างเพียงพอในการวิเคราะห์ subgroup analysis โดยอ้างอิงตัวเลขจากการศึกษาของ Arunothong²¹ ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชหญิงร้อยละ 50 รายงานว่าเคยได้รับเหตุการณ์ รุนแรงในวัยเด็ก และผู้วิจัยประมาณว่าผู้หญิงโดยทั่วไปจะ มีการรายงานเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กประมาณร้อยละ 35 ใช้กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม 150 คน ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้ power ร้อยละ 90 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่าง 150 คนเพียงพอ ในการวิเคราะห์ย่อย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา เศรษฐฐานะ หนี้สิน ระดับความเป็นปัญหาของหนี้สิน ความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา และการใช้สุราหรือสารเสพติด ของคู่สมรส 2) แบบสอบถามเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็ก อ้างอิง

จากแบบสอบถามของ CDC-ACE Kaiser study¹ แปลโดย Arunothong²¹ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อความจำนวน 10 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน ข้อคำถามครอบคลุมเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็ก 3 ประเภท คือ การถูกทารุณกรรม การถูกปล่อยปละละเลยและทอดทิ้ง และการอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีปัญหา มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.6 3) *แบบประเมินการเลี้ยงดู* ใช้แบบประเมิน Parent-Child CTS ฉบับแปล เป็นแบบสอบถามที่คัดมาจากส่วนหนึ่งของ project on human development in Chicago neighborhoods (PHDCN) series²⁴ แปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยโดยผู้พิมพ์ แปลกลับเป็นภาษาอังกฤษโดยอาจารย์ด้านภาษาศาสตร์ และตรวจต้นฉบับและฉบับแปลกลับโดยเจ้าของภาษา จำนวน 27 ข้อ ถามว่า ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา เกิดเหตุการณ์นี้ (ข้อ 1 - 22) ถี่มากน้อยเพียงใด มีคำตอบ “ไม่เคย น้อยครั้ง บางครั้ง และบ่อยครั้ง” (มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน) เคยเกิดเหตุการณ์นี้ (ข้อ 23 - 26) หรือไม่ (มีค่าคะแนน 0 - 1 คะแนน) และอธิบายรายละเอียดในข้อ 27 หากข้อ 26 รายงานว่าเคยมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.81 4) *แบบประเมินการเลี้ยงดูเชิงบวก* (positive parenting questionnaire; PPO) พัฒนาโดย ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ²⁵ จำนวน 16 ข้อ แต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก คือ ไม่เคยทำเลย นาน ๆ ทำครั้ง และทำสม่ำเสมอ (มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 - 2 คะแนน) มีค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84 และมีค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ระหว่าง 0.81 - 0.94 มีเกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้ > 30 คะแนน มีทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกสูง 27 - 29 คะแนน มีทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกปานกลาง และ < 26 คะแนน มีทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกต่ำ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ และสถิติเชิงวิเคราะห์ chi-square test และ student t-test ในการในการเปรียบเทียบปัจจัยพื้นฐานที่แตกต่างกันระหว่างมารดาที่เคยและไม่เคยประสบเหตุการณ์รุนแรง

ในวัยเด็ก วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอย ประกอบด้วย logistic regression analysis สำหรับ categorical outcomes และ linear regression สำหรับ continuous outcomes เพื่อหาค่าความสัมพันธ์ แสดงการเปรียบเทียบ โดยการแสดงค่า odds ratio มีการควบคุมปัจจัยกวน (adjusted odd ratio) ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานที่มีความแตกต่างกันของ 2 กลุ่ม กำหนด นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง เลขที่ 7/2562 อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล และลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษาทุกราย

ผล

ผู้ร่วมตอบแบบสอบถามเป็นมารดาที่อายุระหว่าง 18 - 69 ปี อายุเฉลี่ยของมารดาในกลุ่มที่ประสบเหตุการณ์รุนแรง และกลุ่มที่ไม่เคยประสบเหตุการณ์รุนแรงไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มารดาที่เคยได้รับเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กแยกกันอยู่กับคู่สมรสมากกว่า มีแนวโน้มไม่จดทะเบียนมากกว่า มีระดับการศึกษาและรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า รวมถึงมีหนี้สินที่ได้รับผลกระทบกับครอบครัวมากกว่ามารดาที่ไม่เคยประสบเหตุการณ์รุนแรง รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1

มารดาที่เคยเผชิญเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กก่อนอายุ 18 ปี รายงานว่าได้รับการกระทำรุนแรงตั้งแต่ 1 - 7 เหตุการณ์ โดยพบว่าร้อยละ 1.9 ของมารดา รายงานว่าเคยเผชิญเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กตั้งแต่ 4 เหตุการณ์ขึ้นไป ร้อยละ 17.7 รายงานว่าเผชิญ 1 เหตุการณ์ ร้อยละ 5.8 และร้อยละ 3.5 รายงานว่าเคยเผชิญเหตุการณ์ 2 และ 3 เหตุการณ์ตามลำดับ เหตุการณ์ที่มารดาที่เคยเผชิญเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กรายงานมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ การรู้สึกลัวว่าคนในครอบครัวไม่ใกล้ชิด ไม่ให้ความสำคัญกับตนเอง (ร้อยละ 14.1) เคยถูกพูดด้วยถ้อยคำหยาบคายหรือถูกข่มขู่ (ร้อยละ 9.1) มีคนในครอบครัวใช้สุรา/สารเสพติด (ร้อยละ 6.6) พ่อแม่ที่แท้จริงหย่าร้าง/ละทิ้ง (ร้อยละ 5.4) และมีคนในครอบครัวมี

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	มี ACEs (n = 150 คน)	ไม่มี ACEs (n = 369 คน)	
อายุ (ปี) ค่าเฉลี่ย	35.7	35.1	.472
สถานภาพสมรส			.001
คู่/อยู่ด้วยกัน	87 (58.7)	276 (76)	
หย่า	9 (6.1)	6 (1.7)	
หย่า	15 (10.1)	18 (4.9)	
แยกกันอยู่	11 (7.4)	21 (5.8)	
ไม่ได้จดทะเบียน	26 (17.5)	42 (11.6)	
ระดับการศึกษา			.115
ไม่ได้เรียน	1 (0.7)	2 (0.5)	
ประถมศึกษา	18 (12.0)	29 (7.8)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	30 (20.0)	64 (17.4)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	45 (30.0)	85 (23.1)	
ปวส./ปวท.	22 (14.7)	61 (16.6)	
ปริญญาตรี	30 (20.0)	114 (30.9)	
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	4 (2.7)	13 (3.5)	
โรคประจำตัวทางด้านร่างกาย	29 (19.6)	50 (13.8)	.107
โรคประจำตัวทางด้านจิตเวช	3 (2.0)	10 (2.8)	.764
รายได้ เฉลี่ยต่อเดือน			.050
<= 3,000 บาท	17 (11.4)	27 (7.5)	
3,001 – 8,000 บาท	45 (30.2)	99 (27.4)	
8,001 – 20,000 บาท	53 (35.6)	122 (33.8)	
20,001 - 50,000 บาท	26 (17.5)	96 (26.6)	
50,001 - 100,000 บาท	4 (2.7)	15 (4.2)	
100,000 บาทขึ้นไป	4 (2.7)	2 (0.6)	
รายได้เพียงพอในการเลี้ยงครอบครัว	65 (44.2)	217 (60.3)	.001
หนี้สิน			.154
ไม่มีหนี้สิน	16 (10.9)	53 (14.7)	
มี แต่มีผลกระทบเล็กน้อย	97 (66.0)	248 (69)	
มี และมีผลกระทบปานกลางถึงมาก	34 (23.1)	59 (16.3)	

อาการจิตเวช/ฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 3.1) พบว่า ร้อยละ 1.9 รายงานว่าเคยถูกสวนลามทางเพศ รายละเอียดดังตารางที่ 2 มารดาในกลุ่มที่เคยประสบเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็ก รายงานว่ามีปัญหาในชีวิตสมรส รวมถึงปัญหาการใช้สุราและสารเสพติดของสามีมากกว่ามารดาที่ไม่เคยประสบเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็ก รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 3

มารดาที่เคยประสบเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็ก ใช้ความรุนแรงในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กมากกว่า ในขณะที่มีทักษะในการเลี้ยงลูกเชิงบวกต่ำกว่ามารดา มารดาที่ไม่เคยประสบเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็ก อย่างไรก็ตาม มีมารดาเพียงร้อยละ 7.7 ที่ไม่เคยใช้วิธีรุนแรงหรือวิธีที่ไม่เหมาะสมในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กเลย ในขณะที่

ตารางที่ 2 ลักษณะของเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กที่มารดาเคยเผชิญก่อนอายุ 18 ปี

เหตุการณ์รุนแรงที่มารดาได้รับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รู้สึกว่าคนในครอบครัวไม่มีความใกล้ชิดกัน ไม่ให้ความสำคัญกับตนเอง	73	14.1
เคยถูกพูดด้วยถ้อยคำหยาบคาย หรือถูกข่มขู่	47	9.1
มีคนในครอบครัวติดสุรา/ใช้สารเสพติด	34	6.6
พ่อแม่ที่แท้จริงหย่าร้าง/ละทิ้ง	28	5.4
มีคนในครอบครัวมีอาการจิตเวช/พยายามฆ่าตัวตาย	16	3.1
เคยถูกทำร้ายร่างกายจนเกิดบาดแผลหรือรอยแผลเป็น	11	2.1
มีคนในครอบครัวติดคุก	11	2.1
รู้สึกว่าคนในครอบครัวละเลย ไม่ดูแลเอาใจใส่	11	2.1
เคยถูกลวนลามทางเพศ	10	1.9
โดนพ่อหรือแม่เลี้ยงทำร้ายร่างกาย	8	1.5

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเปรียบเทียบระหว่างมารดาที่ประสบเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กและมารดาที่ไม่เคยประสบเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็ก

ลักษณะ	Adj OR	95% CI	p-value	จำนวน (ร้อยละ)		
				มี ACEs	ไม่มี ACEs	รวม
1. สัมพันธภาพที่ดีกับคู่สมรส	0.40	0.19 - 0.82	.013	109 (75.2)	325 (90.3)	434 (85.9)
2. มีปากเสียงกับคู่สมรสบ่อยครั้ง	2.04	1.20 - 3.47	.008	41 (28.9)	52 (14.7)	92 (18.6)
3. ลงไม้ลงมือกับคู่สมรสบ่อยครั้ง	2.57	1.12 - 5.92	.026	17 (12.1)	17 (4.8)	34 (6.9)
4. สามีดื่มสุราบ่อยครั้ง	1.47	1.02 - 2.22	.048	38 (20.6)	74 (26.9)	112 (22.4)
5. สามีใช้สารเสพติด	18.8	1.49 - 238.4	.023	5 (3.6)	1 (0.2)	6 (1.2)

ACEs = adverse childhood experiences

ร้อยละ 92.3 ของมารดาทั้งหมดเคยจัดการพฤติกรรมเด็กโดยวิธีการใช้ความรุนแรงหรือวิธีที่ไม่เหมาะสมอย่างน้อย 1 ข้อ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังพบว่า ในกลุ่มตัวอย่างนี้มี 1 คนรายงานว่า เคยจัดการเด็กด้วยพฤติกรรมรุนแรงและต้องแจ้งหน่วยงานพัฒนาสังคมและมนุษย์เข้ามาช่วยในการดูแล และพบว่ามารดามีร้อยละ 2.9 ไม่เคยใช้ทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวก เช่น คำชม การกอดลูก การพูดกับลูกดี ๆ การฝึกลูกให้รับผิดชอบ เป็นต้น รายละเอียดดังตารางที่ 4

เมื่อทำการวิเคราะห์กลุ่มย่อย (subgroup analysis) ในกลุ่มมารดาที่เคยเผชิญเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กก่อนอายุ 18 ปี เพื่อหาปัจจัยป้องกันและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเลี้ยงดูบุตรโดยใช้ความรุนแรงเพิ่มเติมพบว่า การอยู่กับสามีมี่มีการจดทะเบียน และอยู่ในครอบครัวที่สามารถปรึกษาปัญหา

กันหรือพึ่งพากันได้ ลดโอกาสการใช้ความรุนแรงในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็ก โดยลดคะแนนความรุนแรงในการดูแลเด็ก ตั้งแต่ 3.53 ถึง 4.23 คะแนน และพบว่าจำนวนชนิดของเหตุการณ์รุนแรงที่มารดาเคยได้รับ การว่างงานของมารดา และการดื่มสุราของบิดา เพิ่มคะแนนความรุนแรงในการดูแลเด็กตั้งแต่ 1.6 คะแนนถึง 7.06 คะแนน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

วิจารณ์

มารดาที่เคยประสบเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็ก มีโอกาสได้รับการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่า มีปัญหาในชีวิตสมรส มีปัญหาเศรษฐกิจ หนี้สิน และมีปัญหากับคู่สมรส เช่น การโต้เถียงกัน และการทำร้ายร่างกาย มากกว่ามารดาที่ไม่เคย

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาของมารดา เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มมารดาที่ประสบเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กและกลุ่มมารดาที่ไม่เคยมีประสบเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็ก และร้อยละของมารดาทั้งหมดที่เคยจัดการเด็กด้วยพฤติกรรมรุนแรงจากแบบสอบถาม Parent-Child CTS

การจัดการพฤติกรรม	Adj OR	95% CI	p-value	จำนวน (ร้อยละ)		
				มี ACEs	ไม่มี ACEs	รวม
การจัดการพฤติกรรมด้วยความรุนแรงโดยรวม	3.25	2.27 - 4.65	< .001	145 (96.7)	334 (90.5)	479 (92.3)
1. เขย่าตัวลูกแรง ๆ ด้วยความโกรธ	4.13	2.48 - 6.89	< .001	49 (32.6)	42 (11.4)	91 (17.5)
2. หยิกเด็ก	2.49	1.54 - 4.00	< .001	44 (29.3)	53 (14.3)	97 (18.7)
3. ใช้มือเปล่าตีกันเด็ก	2.17	1.49 - 3.15	< .001	113 (75.3)	228 (61.8)	341 (65.7)
4. ตีกันเด็กด้วย เข็มขัด หวี ไม้เรียวหรือของแข็ง	2.22	1.47 - 3.35	< .001	66 (44)	103 (27.9)	169 (32.6)
5. ตีเด็กที่ส่วนอื่นของร่างกายที่ไม่ใช่ก้นด้วย เข็มขัด หวี ไม้เรียว หรือของแข็ง	2.76	1.56 - 4.87	< .001	33 (22)	35 (9.4)	68 (13.1)
6. ตีเด็กด้วยมือ ที่มีหรือแขนขาของเด็ก	2.56	1.76 - 3.73	< .001	110 (73.3)	198 (53.7)	308 (59.3)
7. ตีเด็กอย่างแรงโดยไม่หยุดและไม่ยังมีมือ	4.08	1.71 - 9.47	.002	15 (10)	12 (3.3)	27 (5.2)
8. ชกหรือเตะเด็กอย่างแรง	5.08	2.03 - 12.71	.001	18 (12)	9 (2.4)	27 (5.2)
9. กระชากคอและบีบคอเด็ก	8.77	1.67 - 45.99	.010	7 (4.6)	5 (1.3)	12 (2.3)
10. โยนหรือผลักเด็กให้ล้มลง	10.41	2.07 - 52.35	.004	9 (6)	2 (0.5)	11 (2.1)
11. ตบหน้า หัว หรือหูเด็ก	5.12	1.91 - 13.75	.001	14 (9.3)	7 (1.9)	21 (4.1)
12. เด็กเคยได้รับบาดเจ็บจากการถูกระงับจากผู้ใหญ่	15.1	1.69 - 134.90	.021	6 (4)	1 (0.3)	7 (1.4)
13. ต่ำด้วยคำหยาบหรือสาปแช่ง	4.13	2.48 - 6.87	< .001	48 (32)	43 (11.6)	91 (17.5)
14. บอกว่าจะส่งเด็กไปอยู่ที่อื่นหรือไล่ออกจากบ้าน	2.20	1.39 - 3.47	.001	48 (32)	75 (20.3)	123 (23.7)
15. ตะคอก ตะโกน หรือแผดเสียงใส่เด็ก	2.95	2.02 - 4.31	< .001	113 (75.3)	198 (53.6)	311 (59.9)
16. ช่มชู้ว่าจะทำโทษแต่ไม่ได้ทำจริง	1.69	1.16 - 2.47	.006	92 (61.3)	204 (55.3)	296 (57)
17. บอกเด็กว่าโง่ หรือตั้งสมณานามที่แปลว่าโง่	2.33	1.39 - 3.88	.001	37 (24.6)	46 (12.5)	83 (16)
18. ให้ของเด็ก/เอาใจเด็ก เพื่อให้เด็กหยุดพฤติกรรมที่ไม่ดี	1.70	1.18 - 2.44	.004	111 (74)	237 (59.8)	348 (67.1)
การจัดการพฤติกรรมทางบวกปานกลางถึงสูง	0.55	0.37 - 0.84	.006	83 (55.3)	254 (68.8)	337 (64.9)
19. เข้าใจความต้องการของลูก	0.49	0.32 - 0.77	.002	96 (64.4)	288 (78.1)	384 (74.1)
20. พูดกับลูกดี ๆ	0.39	0.22 - 0.70	.002	122 (81.2)	337 (91.3)	459 (88.6)
20. พูดให้ลูกรู้สึกดีและภูมิใจในตนเอง	0.53	0.32 - 0.86	.011	113 (75.8)	311 (84.3)	424 (81.8)
21. มีกฎระเบียบในบ้านที่ชัดเจน	0.59	0.41 - 0.97	.036	59 (39.6)	202 (54.7)	261 (50.4)
22. จัดการกับปัญหาพฤติกรรมของลูกอย่างเสมอต้นเสมอปลาย	0.58	0.39 - 0.89	.010	78 (52.4)	236 (63.4)	314 (60.6)
23. ฝึกให้ลูกเป็นคนที่รับผิดชอบ	0.60	0.37 - 0.98	.040	108 (72.5)	304 (82.4)	412 (79.5)
24. เอาใจจริงไม่ใจอ่อนเวลาทำโทษ	0.64	0.42 - 0.96	.030	42 (28.2)	146 (39.6)	188 (36.3)
25. อธิบายเหตุผลก่อนทำโทษ	0.64	0.42 - 0.99	.043	94 (63.1)	264 (71.2)	358 (69.3)
26. รู้ว่าลูกทำอะไรอยู่ที่ไหน	0.55	0.33 - 0.90	.017	108 (72.5)	309 (84.2)	417 (80.8)

ACEs = adverse childhood experiences

ตารางที่ 5 ปัจจัยป้องกันและปัจจัยเสี่ยงในการเลี้ยงดูลูกด้วยความรุนแรงในกลุ่มมารดาที่เคยเผชิญเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็ก

ปัจจัย	coef.	95% CI	p-value
ปัจจัยป้องกัน			
สถานภาพการสมรสจดทะเบียน เมื่อเทียบกับไม่ได้จดทะเบียน	- 3.53	- 6.39 ถึง - 0.66	.016
สามารถปรึกษาปัญหากันได้	- 4.15	- 8.48 ถึง - 0.68	.048
สามารถพึ่งพาได้เมื่อเดือดร้อน	- 4.23	- 8.08 ถึง - 0.37	.032
ปัจจัยเสี่ยง			
จำนวนชนิดเหตุการณ์รุนแรงที่มารดาได้รับในวัยเด็ก	1.6	.45 ถึง 2.75	.007
ว่างงาน	7.06	.58 ถึง 13.52	.033
สามีตีมสุรา	2.99	.29 ถึง 5.68	.030

ประสบเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็ก นอกจากนั้นยังพบว่าผลกระทบดังกล่าวส่งผลถึงพฤติกรรมเลี้ยงดูเชิงบวก โดยพบว่ามารดาในกลุ่มดังกล่าวมักไม่เข้าใจความต้องการของลูก มีคำพูดที่ทำให้ลูกรู้สึกดีและภูมิใจน้อย ไม่ค่อยมีกฎระเบียบที่ชัดเจน มีปัญหาในการจัดการพฤติกรรมของลูกอย่างเสมอต้นเสมอปลาย มีปัญหาในการฝึกเด็กให้รับผิดชอบ และในขณะที่เดียวกันพบว่า มารดาในกลุ่มนี้มักจัดการปัญหาพฤติกรรมลูกด้วยความรุนแรง เช่น การตี การต่อว่าเด็ก และการข่มขู่เด็ก มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยเผชิญเหตุการณ์รุนแรงดังกล่าว ปัจจัยป้องกันการเลี้ยงดูเด็กด้วยความรุนแรงในกลุ่มมารดาที่เคยเผชิญเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็ก คือ การได้อยู่ร่วมกับสามีที่มีการจดทะเบียน การที่สามารถปรึกษาหาหรือกันและพึ่งพากันได้ ในขณะที่ปัจจัยเสี่ยงของการเลี้ยงดูเด็กด้วยความรุนแรง คือ จำนวนชนิดของเหตุการณ์รุนแรงที่มารดาได้รับ การว่างงาน และสามีตีมสุรา

ผลการศึกษานี้สนับสนุนการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับผลกระทบรุนแรงในวัยเด็กจะมีระดับการศึกษาและเศรษฐกิจฐานะทางสังคมต่ำกว่า และมีปัญหาเรื่องหนี้สิน และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมากกว่ามารดาในกลุ่มที่ไม่ได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Felitti และคณะ¹ และ Arunothong²¹ ที่พบว่าบุคคลที่ได้รับเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กมีโอกาสทางสังคมต่ำกว่าและมีการประสบความสำเร็จในชีวิตต่ำกว่า และสนับสนุนการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ปกครอง เช่น การศึกษา the family transitions project (FTP)³

ที่พบว่า ในครอบครัวที่เคยมีประวัติการถูกทารุณกรรมมาก่อน เพิ่มความเสี่ยงของการทารุณกรรมและการถูกทอดทิ้ง และสามารถถ่ายทอดจากรุ่นพ่อแม่สู่รุ่นลูกได้ และการศึกษา the Rochester youth development study ของ Thornberry⁵ ที่ศึกษาในเด็กที่เคยถูกทารุณกรรมและทอดทิ้งที่ได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์หรือหน่วยงานรัฐ พบว่าต่อมาเมื่อเด็กเหล่านั้นกลายเป็นพ่อแม่ พวกเขากลายเป็นผู้กระทำความรุนแรงกับลูกต่อ โดยพบว่าผู้ปกครองที่เคยถูกทารุณกรรมมักมีวิธีการจัดการปัญหาและการดูแลบุตรที่ไม่ดี โดยในการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ามารดาที่เคยประสบเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กจัดการพฤติกรรมเด็กโดยภาพรวมด้วยความรุนแรงมากกว่ามารดาที่ไม่เคยประสบเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กถึง 3.25 เท่า และมีพฤติกรรมเลี้ยงดูเชิงบวกในระดับปานกลางและสูงต่ำกว่ามารดาที่ไม่เคยประสบเหตุการณ์ดังกล่าว ร้อยละ 45 อย่างไรก็ตาม สิ่งที่น่ากังวลที่พบในการศึกษานี้ คือ ร้อยละ 92.3 ของมารดาทั้ง 2 กลุ่มจัดการปัญหาเด็กด้วยพฤติกรรมรุนแรงหรือไม่เหมาะสมอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โดยพฤติกรรมที่พบบ่อย คือ การให้ของเพื่อหยุดพฤติกรรมไม่ดี ร้อยละ 67.1 ตามด้วยการตีกันเด็กด้วยมือเปล่า ร้อยละ 65.7 และการตะโกน ตะคอกหรือแผดเสียงใส่เด็ก ร้อยละ 59.9 ในขณะที่ ร้อยละ 44.7 ของมารดาที่เคยประสบเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กมีพฤติกรรมเลี้ยงดูเชิงบวกในระดับต่ำ ซึ่งการจัดการพฤติกรรมเด็กทั้งด้วยความรุนแรงและไม่เหมาะสมหรือการไม่สนใจไม่ใส่ใจในการกระทำพฤติกรรมทางบวก

ในการดูแลบุตรนี้เอง อาจทำให้เกิดการสร้างบาดแผลทางจิตใจในเด็กได้ เห็นได้จากในการศึกษานี้และการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า เหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กที่รายงานในกลุ่มผู้ถูกระงับความรุนแรงในวัยเด็กเป็นอันดับต้น ๆ ได้แก่ รู้สึกว่าคนในครอบครัวไม่มีความใกล้ชิดกันและไม่ให้ความสำคัญกับตนเอง ถูกข่มขู่ด้วยคำพูดหรือคำหยาบ บิดามารดาหย่าร้าง การถูกละเลยทางอารมณ์ และการถูกตาะคอก^{1,21,26,27}

การวิเคราะห์ย่อยเฉพาะในกลุ่มมารดาที่ได้เผชิญเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กพบว่า ปัจจัยเสี่ยงของการเลี้ยงดูบุตรด้วยความรุนแรง คือ จำนวนชนิดของเหตุการณ์รุนแรงที่มารดาได้รับ การว่างงาน และสามีดื่มสุรา สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า การว่างงานที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 1 เพิ่มโอกาสของเด็กถูกทอดทิ้งร้อยละ 20³³ พบว่า ในครอบครัวที่มีเศรษฐกิจต่ำมักใช้ความรุนแรงในการปรับพฤติกรรมเด็กและทอดทิ้งเด็ก^{34,35} รวมถึงมารดาที่มีปัญหาต้งงานหรือมีชั่วโมงในการทำงานลดลงมักมีปัญหาเรื่องการทอดทิ้งลูกทั้งทางร่างกายและจิตใจ³⁵ และมีการลงโทษลูกโดยใช้ความรุนแรงเพิ่มขึ้น^{35,36} ส่วนการดื่มสุราพบว่า การดื่มสุราของทั้งบิดาและมารดาเด็กในระดับ harmful use มีผลกระทบต่อร่างกาย สติสัมปชัญญะ²⁹ และประสิทธิภาพในการควบคุมตนเองและอารมณ์³⁰ ส่งผลต่อความรับผิดชอบในการดูแลลูกเพิ่มโอกาสการใช้อารมณ์ในการควบคุมพฤติกรรมลูก และการทอดทิ้งลูกทางด้านจิตใจและร่างกาย^{31,32} ในขณะที่จำนวนชนิดของเหตุการณ์รุนแรงที่มารดาได้รับ การศึกษาก่อนหน้าพบว่า จำนวนชนิดของเหตุการณ์รุนแรงที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับคะแนนความเครียดของมารดา และคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงยากของลูก แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับคะแนนการเลี้ยงดูเด็กทางบวกหรือคะแนนสัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตร³⁷

ปัจจัยป้องกันของการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กด้วยความรุนแรงที่พบในการศึกษานี้ ได้แก่ การที่บิดามารดามีการจดทะเบียนสมรส การที่ครอบครัวสามารถปรึกษาและช่วยเหลือกัน และสามารถพึ่งพากันได้ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ Arunothong²¹ ที่พบว่า การที่เด็กอยู่ด้วยกันกับมารดาและบิดา และสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยในการป้องกันเหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้นในวัยเด็ก และ

การศึกษาเกี่ยวกับ SSNR ที่พบว่า การที่คู่สมรสมีการดูแลซึ่งกันและกันในทางที่ดี และมีการสื่อสารระหว่างกันในเรื่องเชิงบวก ลดการถ่ายทอดความรุนแรงจากรุ่นบิดามารดาไปสู่รุ่นบุตรได้^{3,5,22} ดังนั้นจะเห็นได้ว่ามารดาที่เคยได้รับเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็ก หากได้อยู่ในครอบครัวที่มีสามีที่ดูแลซึ่งกันและกันและสามารถปรึกษาหรือช่วยเหลือกันได้ จะมีโอกาสเลี้ยงดูลูกด้วยความรุนแรงและไม่เหมาะสมลดลง ซึ่งจะลดผลกระทบของการเกิดความรุนแรงจากรุ่นไปสู่รุ่นได้

จากผลการศึกษาที่แสดงถึงวงจรความสัมพันธ์ของการเกิดเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กของมารดา ที่ส่งผลกระทบต่อตัวของมารดาในเรื่องของโอกาสทางการศึกษา และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และผลกระทบต่ออาการเลี้ยงดูบุตรของมารดา ซึ่งพบว่าพฤติกรรมหลายข้อที่มารดาใช้ในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็ก หรือพฤติกรรมของคนในครอบครัวที่ใช้สุราและสารเสพติด ก็เป็นเหตุหนึ่งของเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็ก ซึ่งเมื่อรุ่นลูกของมารดาในกลุ่มนี้เผชิญเหตุการณ์ลักษณะเดียวกันนี้ ก็อาจจะส่งผลกระทบต่อรุ่นหลานต่อไป จึงเสนอแนวทางเพื่อหยุดวงจรของเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็ก ตามระดับการป้องกัน 3 ระดับ²⁸ ดังนี้ 1) ในระดับป้องกันทั่วไป เน้นการส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวระหว่างบิดาและมารดา รวมถึงการแนะนำทักษะในการจัดการพฤติกรรมเด็กและการเลี้ยงลูกเชิงบวก โดยเฉพาะการช่วยเหลือบิดาและมารดาให้มีทักษะเรื่องการดูแลด้านอารมณ์และจิตใจของเด็ก เนื่องจากการถูกทอดทิ้งและไม่ให้ความสำคัญ หรือการขาดการดูแลกันทางด้านอารมณ์และจิตใจเด็ก เป็นเหตุการณ์รุนแรงอันดับต้น ๆ ที่ถูกระงับความรุนแรงกล่าวถึงในหลาย ๆ การศึกษา^{1,21,26,27} ซึ่งหากป้องกันหรือช่วยเหลือได้จะลดโอกาสเกิดเหตุการณ์รุนแรงและการสร้างบาดแผลในรุ่นลูกและรุ่นถัด ๆ ไปได้ 2) ระดับป้องกันกลุ่มเสี่ยงเฉพาะ เน้นในกลุ่มมารดาที่มีระดับการศึกษา เศรษฐฐานะ และโอกาสทางสังคมต่ำ เพราะมารดาในกลุ่มนี้อาจเคยเผชิญเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็ก จึงควรได้รับความรู้และทักษะในการดูแลเด็ก รวมถึงการค้นหาและช่วยเหลือปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างมารดาและคู่สมรส และปัญหาด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของมารดา ตั้งแต่การชักประวัติ

ตอนที่มารดามาฝากครรภ์ โดยหากพบว่ามีความเสี่ยง ควรให้ความช่วยเหลือและติดตามอย่างต่อเนื่อง 3) ระดับป้องกันกลุ่มเฉพาะเจาะจง การให้ความช่วยเหลือมารดาที่เคยเผชิญเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็ก เป็นการช่วยเหลือในกลุ่มเด็กผู้หญิงที่เคยได้รับความรุนแรงในวัยเด็กมาก่อน และเคยได้รับการขึ้นทะเบียนหรือความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ ของรัฐ ผู้หญิงกลุ่มนี้ควรมีการติดตามระยะยาว แม้ว่าระหว่างที่อยู่ในระบบการดูแลช่วยเหลือเด็กจะได้รับการดูแลทางด้านจิตเวชแล้ว และออกจากระบบการช่วยเหลือเพื่อไปใช้ชีวิตตามปกติแล้ว โดยติดตามดูเรื่องทักษะการดูแลและการจัดการปัญหาพฤติกรรมลูก รวมถึงสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสของเด็กผู้หญิงกลุ่มนี้ เพื่อลดปัญหาการถ่ายทอดความรุนแรงจากรุ่นแม่สู่รุ่นลูก

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงวงจรปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อตั้งแต่รุ่นมารดาที่ได้รับผลกระทบจนถึงรุ่นลูก อย่างไรก็ตาม 1) เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการทำวิจัยแบบภาคตัดขวาง ที่ถามถึงเหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้นก่อนอายุ 18 ปี ทำให้ผู้ให้ข้อมูลอาจเกิด recall bias ได้ 2) การศึกษานี้สัมพันธ์เฉพาะมารดา แต่ในการเลี้ยงดูเด็กและการจัดการพฤติกรรมเด็กทั้งเชิงบวกและเชิงลบนั้น อาจเกี่ยวข้องกับทั้งมารดาและบิดาร่วมกัน ดังนั้นการจัดการพฤติกรรมเด็กที่เกิดขึ้นทั้งทางบวกและทางลบที่สัมพันธ์เป็นภาพรวมย้อนหลังอาจไม่ใช่การเลี้ยงดูจากมารดาเพียงฝ่ายเดียว การแปลผลหรือนำไปใช้จึงควรคำนึงถึงประเด็นนี้ด้วย อย่างไรก็ตาม แม้จะเกิดจากฝ่ายมารดาหรือบิดา หรือร่วมกัน แต่จากผลการศึกษาก็ยังแสดงให้เห็นว่าครอบครัวที่มารดาเคยประสบเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็ก มีแนวโน้มที่จะจัดการพฤติกรรมเด็กด้วยความรุนแรงมากกว่า และมีทักษะในการเลี้ยงดูทางบวกต่ำกว่า

สรุป

เหตุการณ์รุนแรงที่มารดาได้รับในช่วงวัยเด็กมีความสัมพันธ์กับโอกาสทางด้านสังคม การศึกษา ชีวิตสมรส และการเลี้ยงดูลูกของมารดา โดยพบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับเหตุการณ์รุนแรงในวัยเด็กมีโอกาสเลี้ยงดูเด็กด้วยความรุนแรง

และจัดการพฤติกรรมโดยไม่เหมาะสมมากกว่า และมีพฤติกรรมเชิงบวกในการเลี้ยงดูต่ำกว่ามารดาที่ไม่เคยได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก มารดาที่ได้รับความรุนแรงในวัยเด็กและมารดาในกลุ่มเสี่ยงจึงควรได้รับการติดตาม การให้คำแนะนำ รวมถึงการถามไถ่เรื่องสถานภาพการสมรส และการช่วยเหลือทั้งบิดาและมารดาเด็กหากมีปัญหาชีวิตสมรส เพื่อช่วยลดความรุนแรงในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กที่ไม่เหมาะสมของมารดา

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากแผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The adverse childhood experiences (ACE) study. *Am J Prev Med.* 1998;14(4):245-58. doi:10.1016/s0749-3797(98)00017-8.
2. Centers for disease control and prevention (CDC). preventing adverse childhood experiences [Internet]. Atlanta US: Centers for disease control and prevention; 2020 [cited 2021 Jan 20]. Available from: https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/fastfact.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fviolenceprevention%2Ffacestudy%2Ffastfact.html
3. Conger RD, Schofield TJ, Neppl TK, Merrick MT. Disrupting intergenerational continuity in harsh and abusive parenting: the importance of a nurturing relationship with a romantic partner. *J Adolesc Health.* 2013;53(4 Suppl):S11-7. doi:10.1016/j.jado-health.2013.03.014.

4. Conger RD, Neppl T, Kim KJ, Scaramella L. Angry and aggressive behavior across three generations: a prospective, longitudinal study of parents and children. *J Abnorm Child Psychol*. 2003;31(2):143-60. doi:10.1023/a:1022570107457.
5. Thornberry TP, Henry KL, Smith CA, Ireland TO, Greenman SJ, Lee RD. Breaking the cycle of maltreatment: the role of safe, stable, and nurturing relationships. *J Adolesc Health*. 2013;53(4 Suppl):S25-31. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.04.019.
6. Kumar M, Amugune B, Madeghe B, Wambua GN, Osok J, Polkonikova-Wamoto A, et al. Mechanisms associated with maternal adverse childhood experiences on offspring's mental health in Nairobi informal settlements: a mediational model testing approach. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):381. doi:10.1186/s12888-018-1953-y.
7. Plant DT, Pawlby S, Pariante CM, Jones FW. When one childhood meets another - maternal childhood trauma and offspring child psychopathology: a systematic review. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2018;23(3):483-500. doi:10.1177/1359104517742186.
8. Moon DS, Bong SJ, Kim BN, Kang NR. Association between maternal adverse childhood experiences and attention-deficit/hyperactivity disorder in the offspring: the mediating role of antepartum health risks. *Soa Chongsomyon Chongsin Uihak*. 2021;32(1):28-34. doi:10.5765/jkacap.200041.
9. Crouch E, Radcliff E, Brown M, Hung P. Exploring the association between a parent's exposure to adverse childhood experiences (ACEs) and outcomes of depression and anxiety among their children. *Child Youth Serv Rev* 2020;113:105013. doi:10.1016/j.chilyouth.2020.105013.
10. Folger AT, Eismann EA, Stephenson NB, Shapiro RA, Macaluso M, Brownrigg ME, et al. Parental adverse childhood experiences and offspring development at 2 years of age. *Pediatrics*. 2018;141(4):e20172826. doi:10.1542/peds.2017-2826.
11. Sun J, Patel F, Rose-Jacobs R, Frank DA, Black MM, Chilton M. Mothers' adverse childhood experiences and their young children's development. *Am J Prev Med*. 2017;53(6):882-91. doi:10.1016/j.amepre.2017.07.015.
12. Cooke JE, Racine N, Plamondon A, Tough S, Madigan S. Maternal adverse childhood experiences, attachment style, and mental health: pathways of transmission to child behavior problems. *Child Abuse Negl*. 2019;93:27-37. doi:10.1016/j.chiabu.2019.04.011.
13. Racine N, Plamondon A, Madigan S, McDonald S, Tough S. Maternal adverse childhood experiences and infant development. *Pediatrics*. 2018;141(4):e20172495. doi:10.1542/peds.2017-2495.
14. Schickedanz A, Halfon N, Sastry N, Chung PJ. Parents' Adverse childhood experiences and their children's behavioral health problems. *Pediatrics*. 2018;142(2):e20180023. doi:10.1542/peds.2018-0023.
15. Bert SC, Guner BM, Lanzi RG. The influence of maternal history of abuse on parenting knowledge and behavior. *Fam Relat*. 2009;58(2):176-87. doi:10.1111/j.1741-3729.2008.00545.x.
16. Dixon L, Hamilton-Giachritsis C, Browne K. Attributions and behaviours of parents abused as children: a mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part II). *J Child Psychol Psychiatry*. 2005;46(1):58-68. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00340.x.
17. Chung EK, Mathew L, Rothkopf AC, Elo IT, Coyne JC, Culhane JF. Parenting attitudes and infant spanking: the influence of childhood experiences. *Pediatrics*. 2009;124(2):e278-86. doi:10.1542/peds.2008-3247.
18. Greene CA, Haisley L, Wallace C, Ford JD. Intergenerational effects of childhood maltreatment: a systematic review of the parenting practices of adult survivors of childhood abuse, neglect, and violence. *Clin Psychol Rev*. 2020;80:101891. doi:10.1016/j.cpr.2020.101891.

19. Milner JS, Robertson KR, Rogers DL. Childhood history of abuse and adult child abuse potential. *J Fam Violence*. 1990;5(1):15-34. doi:10.1007/BF00979136.
20. Berthelot N, Ensink K, Bernazzani O, Normandin L, Luyten P, Fonagy P. Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: the role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Ment Health J*. 2015;36(2):200-12. doi:10.1002/imhj.21499.
21. Arunothong W. Prevalence of Adverse Childhood Events (ACEs) and Its Relationships to Life-Satisfaction Among Patients with Psychiatric Disorders. *Am J Pediatr*. 2020;6(4):421-7. doi:10.11648/j.ajp.20200604.15.
22. Conger RD, Schofield TJ, Neppl TK. Intergenerational continuity and discontinuity in harsh parenting. *Parent Sci Pract*. 2012;12(2-3):222-231. doi:10.1080/15295192.2012.683360.
23. Herrenkohl TI, Klika JB, Brown EC, Herrenkohl RC, Leeb RT. Tests of the mitigating effects of caring and supportive relationships in the study of abusive disciplining over two generations. *J Adolesc Health*. 2013;53(4 Suppl):S18-24. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.04.009.
24. Earls FJ, Brooks-Gunn J, Raudenbush SW, Sampson RJ. Project on human development in Chicago neighborhoods (PHDCN). Michigan: Inter-university Consortium for Political and Social Research; 2002.
25. ชานูวิทย์ พรนภดล. แบบสอบถามการเลี้ยงดูเชิงบวก [Positive Parenting Questionnaire: PPQ]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
26. Soares AL, Howe LD, Matijasevich A, Wehrmeister FC, Menezes AM, Gonçalves H. Adverse childhood experiences: prevalence and related factors in adolescents of a Brazilian birth cohort. *Child Abuse Negl*. 2016;51:21-30. doi:10.1016/j.chiabu.2015.11.017.
27. Giano Z, Wheeler DL, Hubach RD. The frequencies and disparities of adverse childhood experiences in the US. 2020(1):1327. doi:10.1186/s12889-020-09411-z.
28. Institute of Medicine. Institute of medicine (IOM) classifications for prevention. Nevada; 2014 [cited 2021 Jan 20]. Available from: http://dpbh.nv.gov/uploadedFiles/mhnhgov/content/Meetings/Bidders_Conference/Institute%20of%20Medicine%20Prevention%20Classifications-rev10.20.14.pdf
29. Peterson JB, Rothfleisch J, Zelazo PD, Pihl RO. Acute alcohol intoxication and cognitive functioning. *J Stud Alcohol*. 1990;51(2):114-22. doi:10.15288/jsa.1990.51.114.
30. Giancola PR. Executive functioning: a conceptual framework for alcohol-related aggression. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2000;8(4):576-97. doi:10.1037//1064-1297.8.4.576.
31. Freisthler B, Midanik LT, Gruenewald PJ. Alcohol outlets and child physical abuse and neglect: applying routine activities theory to the study of child maltreatment. *J Stud Alcohol*. 2004;65(5):586-92. doi:10.15288/jsa.2004.65.586.
32. Caetano R, Field CA, Nelson S. Association between childhood physical abuse, exposure to parental violence, and alcohol problems in adulthood. *J Interpers Violence*. 2003;18(3):240-257. doi:10.1177/0886260502250074
33. Brown D, De Cao E. The impact of unemployment on child maltreatment in the United States. Colchester UK: Institute for Social and Economic Research; 2018 [cited 2021 Jan 20]. Available from: http://www.nuff.ox.ac.uk/Economics/Papers/2017/BrownDeCao_ChildMaltreatmentSEP17.pdf
34. Huang MI, O'Riordan MA, Fitzenrider E, McDavid L, Cohen AR, Robinson S. Increased incidence of nonaccidental head trauma in infants associated with the economic recession. *J Neurosurg Pediatr*. 2011;8(2):171-6. doi:10.3171/2011.5.PEDS1139.

35. Schneider W, Waldfogel J, Brooks-Gunn J. The great recession and risk for child abuse and neglect. *Child Youth Serv Rev.* 2017;72:71-81. doi:10.1016/j.childyouth.2016.10.016.
36. Lee D, Brooks-Gunn J, McLanahan SS, Notterman D, Garfinkel I. The great recession, genetic sensitivity, and maternal harsh parenting. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2013;110(34):13780-4. doi:10.1073/pnas.1312398110.
37. Lange BCL, Callinan LS, Smith MV. Adverse childhood experiences and their relation to parenting stress and parenting practices. *Community Ment Health J.* 2019;55(4):651-62. doi:10.1007/s10597-018-0331-z.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การเปรียบเทียบทักษะการเคลื่อนไหวระหว่างเด็กออทิสติกและเด็กทั่วไป

วันรับ : 8 มกราคม 2564
วันแก้ไข : 14 กรกฎาคม 2564
วันตอบรับ : 27 กรกฎาคม 2564

นติยากร ชนเก้าน้อย, วท.ม., จีรภา จรัสวณิชพงศ์, วท.ม.,
พิมพ์ชนก ใจสว่าง, วท.บ., จุฑามาศ เกาะแก้ว, วท.บ.,
ดรุณี ปัตถุณี, วท.บ.
สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความบกพร่องของทักษะการเคลื่อนไหวในเด็กออทิสติก และเปรียบเทียบทักษะการเคลื่อนไหวระหว่างเด็กออทิสติกและเด็กทั่วไป

วิธีการ : กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน (เด็กออทิสติก 30 คน เด็กทั่วไป 30 คน) ช่วงอายุ 3 - 5 ปี ได้รับการทดสอบทักษะการเคลื่อนไหวโดยใช้แบบประเมิน Peabody development motor scale-2 (PDMS-2) ใน 3 ด้าน ได้แก่ การรักษาความมั่นคงของท่าทางเมื่ออยู่นิ่ง การเคลื่อนที่จากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่ง และการจัดการกับวัตถุ ค่าคะแนนแต่ละด้านถูกปรับเป็นค่าคะแนนมาตรฐาน และคำนวณอายุพัฒนาการเพื่อเปรียบเทียบกับอายุจริง ค่าคะแนนรวมทุกด้านถูกแปลงเป็นค่า gross motor quotient (GMQ) เพื่อวัดระดับความบกพร่องของทักษะการเคลื่อนไหวโดยใช้กลุ่มเนื้อมัดใหญ่ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเชิงเปรียบเทียบด้วยสถิติ independent sample t-test และ paired-sample t-test

ผล : เด็กออทิสติกมีค่าคะแนนมาตรฐานด้านการรักษาความมั่นคงของท่าทางเมื่ออยู่นิ่ง การเคลื่อนที่จากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่ง และการจัดการกับวัตถุ ต่ำกว่าเด็กทั่วไปในวัยและเพศเดียวกัน และมีอายุพัฒนาการต่ำกว่าอายุจริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีค่า GMQ ของทุกด้านอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยมาตรฐาน โดยเฉพาะด้านการรักษาความมั่นคงของท่าทางเมื่ออยู่นิ่ง

สรุป : เด็กออทิสติกอายุ 3 - 5 ปี มีความบกพร่องของทักษะการเคลื่อนไหวและมีทักษะการเคลื่อนไหวต่ำกว่าเด็กทั่วไป ควรพิจารณาให้กายภาพบำบัดเพื่อแก้ไขปัญหาแทรกซ้อนการเคลื่อนไหวภายหลัง

คำสำคัญ : ทักษะการเคลื่อนไหว ออทิสติก อายุพัฒนาการ

ติดต่อผู้นิพนธ์ : นติยากร ชนเก้าน้อย; e-mail: natiyagorn.c@gmail.com

Original article

A comparison of motor skills in children with autism spectrum disorder and typically developing children

Received : 8 January 2021

Revised : 14 July 2021

Accepted : 27 July 2021

Natiyagorn Chongaonoy, M.Sc., Jeerapa Jarutwanitpong, M.Sc.,

Pimchanok Jaisawang, B.Sc., Juthamart Khokeaw, B.S.,

Darunee Padthulee, B.Sc.

Rajanukul Institute, Department of Mental Health

Abstract

Objective: To explore the motor skill deficits in children with autism spectrum disorder (ASD) and to compare the motor skills between children with autism spectrum disorder and typically developing children.

Methods: Sixty children (ASD group and typical development group, 30 each) aged between 3 and 5 years old included in this study. Motor skills were assessed using three subtests of the Peabody Development Motor Scale-2 (PDMS-2) as follows; ability to sustain posture when not moving, ability to move from one place to another, and ability to manipulate object. The raw scores were converted to standard scores and developmental age for comparison with chronological age. Sum of score in three subtests was converted to gross motor quotient (GMQ) to indicate level of gross motor skill deficit. Data were analyzed using descriptive statistics and comparative statistics including the independent samples t-test and paired sample t-test.

Results: Children with ASD had lower standard scores in ability to sustain posture when not moving, ability to move from one place to another, and ability to manipulate object than typically developing children of the same age and sex. In addition, their developmental age was significantly less than chronological age in all skills ($p < .001$). The GMQ scores of children with ASD were mostly in below average level, especially for the ability to sustain posture when not moving.

Conclusion: Children with ASD aged 3 and 5 years old had lower motor skills than typically developing children and all their skills were in deficit level. The physical therapy should be considered to prevent further movement problems.

Keywords: autism spectrum disorder, developmental age, motor skill

Corresponding author: Natiyagorn Chongaonoy; e-mail: natiyagorn.c@gmail.com

ความรู้เดิม : เด็กออทิสติกมีความบกพร่องที่เห็นเด่นชัดหลัก ๆ สามด้าน คือ การสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม และมีรูปแบบพฤติกรรมซ้ำ ๆ

ความรู้ใหม่ : เด็กออทิสติกมีความบกพร่องทางทักษะการเคลื่อนไหว และมีทักษะการเคลื่อนไหวล่าช้ากว่าเด็กทั่วไปที่อยู่ในช่วงอายุและเพศเดียวกัน

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การประเมิน PDMS-2 ในเด็กออทิสติกที่อายุ 3 - 5 ปี สามารถค้นหาความบกพร่องและความรุนแรงของปัญหาทักษะการเคลื่อนไหว นำไปสู่การกายภาพบำบัดที่เหมาะสมและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนด้านการเคลื่อนไหวได้

บทนำ

กลุ่มอาการออทิสติก (autism spectrum disorder; ASD) มีรากศัพท์มาจากภาษากรีกคำว่า auto แปลว่า “แยกตัว อยู่ในโลกของตัวเอง” โดยอาจเกิดจากความผิดปกติด้านพัฒนาการและระบบประสาทในบางตำแหน่งของพันธุกรรม หรือปัญหาระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดภาวะออทิสติกมีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของเด็กแต่ละคน แต่มีลักษณะอาการที่คล้าย ๆ กัน คือ มีความบกพร่องที่เห็นเด่นชัดหลัก ๆ 3 ด้าน คือ การสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม และมีรูปแบบพฤติกรรมซ้ำ ๆ¹⁻⁴ จากการสำรวจสถิติการเกิดภาวะออทิสติกของกรมควบคุมและป้องกันโรค (the center for disease control and prevention; CDC) สหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2561 พบอุบัติการณ์การเกิดเท่ากับ 1 ต่อ 59 ซึ่งมีอัตราส่วนเพิ่มขึ้นถึงสองเท่าจากสถิติในปี พ.ศ. 2547 ที่พบอุบัติการณ์เท่ากับ 1 ต่อ 125 โดยเด็กชายมีอุบัติการณ์เกิดมากกว่าเด็กหญิง เท่ากับ 4.5 ต่อ 1 คน⁵ ในประเทศไทยได้มีการศึกษาโดยกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2547 จากการสุ่มตัวอย่างเด็กอายุ 1 ถึง 5 ปี จำนวน 31,411 คน พบความชุกของภาวะออทิสติกเท่ากับ 9.9 : 10,000⁶

การวินิจฉัยโรคภาวะออทิสติกตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชฉบับที่ 5 (DSM-5)⁷ อยู่ในกลุ่มวินิจฉัยที่เรียกว่า

“autism spectrum disorder” มีคุณลักษณะหลัก 2 อย่าง คือ บกพร่องอย่างชัดเจนในการสื่อสารทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social communication and social interaction) และมีแบบแผนพฤติกรรม ความสนใจ หรือกิจกรรมที่จำกัดซ้ำ ๆ (restricted, repetitive patterns of behavior, interest or activities) โดยตัวทำนายภาวะออทิสติกในเด็กอายุ 18 เดือนขึ้นไปมี 4 อาการหลัก คือ เล่นสมมติ เล่นจินตนาการไม่เป็น (lack of pretend play) ไม่สามารถชี้นิ้วบอกความต้องการได้ (lack of proto-declarative pointing) ไม่สนใจเข้ากลุ่มหรือเล่นกับเด็กคนอื่น (lack of social interest) และไม่มีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสนใจร่วมกับคนอื่นได้ (lack of joint attention) หากพบอาการผิดปกติเหล่านี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป ควรนึกถึงภาวะออทิสติก และดำเนินการเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคและให้ความช่วยเหลืออย่างทันที

อย่างไรก็ตามยังมีเด็กอีกจำนวนมากที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย เนื่องจากไม่สามารถสังเกตเห็นความผิดปกติจนกว่าจะพบความบกพร่องอย่างชัดเจนในการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม หรือมีแบบแผนพฤติกรรมจำกัด จำเป็นต้องใช้ความชำนาญของแพทย์และข้อมูลประกอบด้านอื่น ๆ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ Teitelbaum และคณะ⁸ พบว่าเด็กออทิสติกแสดงความผิดปกติของทักษะการเคลื่อนไหวตั้งแต่แรกเกิดและมีปัญหาความตึงตัวของกล้ามเนื้อต่ำ สามารถใช้เป็นข้อบ่งชี้เพื่อช่วยในการวินิจฉัยภาวะออทิสติกของแพทย์และส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อแก้ไขปัญหาทักษะการเคลื่อนไหวตั้งแต่เริ่มแรกได้ และมีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวของเด็กออทิสติกว่ามีความล่าช้าเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กสมาธิสั้นหรือเด็กทั่วไปในช่วงอายุและเพศเดียวกัน⁹⁻¹¹ แต่จากข้อจำกัดในการบ่งชี้ปัญหาทักษะการเคลื่อนไหว ทำให้เด็กออทิสติกส่วนใหญ่ขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการทางกายภาพบำบัด และเมื่อเด็กมีอายุมากขึ้น ปัญหาแทรกซ้อนด้านการเคลื่อนไหวจะยากในการแก้ไข เช่น ความผิดปกติในการรักษาความมั่นคงของท่าทางเมื่ออยู่นิ่งหรือขณะเคลื่อนไหว ส่งผลให้เด็กหกล้ม

หรือเกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง หรือมีการบิดผิดรูปของข้อต่อที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดเท่านั้น ดังนั้น ช่วงเวลาที่ตีที่สุดในการดูแลปัญหาทักษะการเคลื่อนไหวในเด็กออทิสติกควรเป็นช่วงวัยเด็กเล็กก่อนอายุ 5 ปี การรักษาเน้นการปรับพฤติกรรมและฝึกพัฒนาการด้านต่าง ๆ โดยสหวิชาชีพ โดยเฉพาะการพัฒนาทักษะการเคลื่อนไหวขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การควบคุมท่าทางขณะอยู่นิ่งและขณะเคลื่อนไหว การประสานสัมพันธ์การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ และการวางแผนการเคลื่อนไหวเพื่อพัฒนาต่อยอดสู่ทักษะการเคลื่อนไหวที่ซับซ้อนขึ้น¹²

การตรวจประเมินการเคลื่อนไหวเป็นสิ่งสำคัญ นักกายภาพบำบัดจำเป็นต้องดูลักษณะการเคลื่อนไหวอย่างละเอียด และเปรียบเทียบกับพัฒนาของเด็กทั่วไปในช่วงอายุเดียวกัน เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับเด็กแต่ละคน แบบประเมิน Peabody Developmental Motor Scales ฉบับปรับปรุงเวอร์ชัน 2 (PDMS-2) เป็นแบบประเมินมาตรฐานที่นิยมใช้ในการตรวจประเมินการเคลื่อนไหวทั้งเด็กทั่วไปที่มีพัฒนาการตามเกณฑ์ เด็กพัฒนาการล่าช้า เด็กสมองพิการ เด็กออทิสติก หรือเด็กกลุ่มคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์¹³⁻¹⁶ มีค่าความแม่นยำและความน่าเชื่อถือสูง สามารถใช้ประเมินทักษะการเคลื่อนไหวของเด็กได้ตั้งแต่อายุแรกเกิดถึง 5 ปี มีความไวในการตรวจจับความบกพร่องของทักษะการเคลื่อนไหวและบอกระดับความรุนแรงของปัญหาได้ โดยประเมินทักษะการเคลื่อนไหว 2 หัวข้อหลัก คือ ทักษะการเคลื่อนไหวโดยใช้กล้ามเนื้อใหญ่ (การตอบสนองโดยอัตโนมัติต่อการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม การรักษาความมั่นคงของท่าทางเมื่ออยู่นิ่ง การเคลื่อนย้ายจากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่ง และการจัดการกับวัตถุ) และทักษะการเคลื่อนไหวโดยใช้กล้ามเนื้อเล็ก (ระดับความสามารถในการใช้มือและแขนในการจับวัตถุ การตบลิ้น การวาดรูป และการบูรณาการข้อมูลระหว่างการมองเห็นและการเคลื่อนไหว)¹⁷

อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาการใช้แบบประเมิน PDMS-2 นี้เพื่อทดสอบความบกพร่องของทักษะการเคลื่อนไหวในเด็กออทิสติกไทย อายุระหว่าง 3 - 5 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญทางคลินิกในการดูแลปัญหาด้าน

ทักษะการเคลื่อนไหวโดยนักกายภาพบำบัด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความบกพร่องของทักษะการเคลื่อนไหวในเด็กออทิสติกที่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 3 - 5 ปี และเปรียบเทียบทักษะการเคลื่อนไหวระหว่างเด็กออทิสติกและเด็กทั่วไปในอายุและเพศเดียวกัน โดยใช้แบบประเมินมาตรฐาน PDMS-2

วิธีการ

การศึกษาภาคตัดขวาง ในกลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติก 3 - 5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคออทิสติกและไม่มีโรคอื่นร่วม เช่น โรคสมองพิการ ดาวน์ซินโดรม เป็นต้น ของสถาบันราชานุกูล และกลุ่มเด็กทั่วไป อายุ 3 - 5 ปี จากโรงเรียนที่มีการเรียนการสอนในระดับชั้นอนุบาลในรอบเขตพื้นที่ให้บริการของสถาบันฯ สุ่มเลือกโรงเรียนด้วยวิธีการจับฉลาก ได้โรงเรียนตัวแทน คือ โรงเรียนแม่พระฟาติมา ศึกษาในช่วงเดือนสิงหาคม 2561 ถึงตุลาคม 2562

เกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ เด็กที่มีอายุระหว่าง 3 - 5 ปี และผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมงานวิจัยและเด็กสามารถเข้าร่วมการทดสอบได้ เกณฑ์คัดออกคือ มีความผิดปกติด้านการมองเห็นที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยการใส่แว่นตาหรือคอนแทคเลนส์ มีความบกพร่องด้านการได้ยิน มีโรคร่วมที่ส่งผลต่อสมรรถภาพทางกาย เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ชนิดรุนแรง หรือมีความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ส่งผลต่อความสามารถในการทดสอบ

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการหาความแตกต่างของทักษะการเคลื่อนไหวสองกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 อำนาจการทดสอบร้อยละ 80 โดยคณะผู้วิจัยได้ทดลองสุ่มตัวอย่างเพื่อหาค่าเฉลี่ยของ Gross motor quotient (GMQ) ในแต่ละกลุ่ม และนำมาแทนค่า เพื่อคำนวณหาขนาดตัวอย่าง¹⁸ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 19 คนขึ้นไป

$$N = \frac{2(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2} = \frac{2(1.96 + 0.842)^2 11.7^2}{(89.2 - 78.5)^2} = 18.75 \text{ คน}$$

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง

โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา ปัญหากระดูกและกล้ามเนื้ออื่น ๆ 2) แบบประเมิน Peabody development motor scale-2 (PDMS-2) เป็นแบบประเมินพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวในเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 5 ปี มีความแม่นยำและความเที่ยงตรง ได้แก่ internal consistency ($r = 0.89 - 0.97$), test-retest reliability ($r = 0.89 - 0.96$) และ interrater reliability ($r = 0.96 - 0.99$) อยู่ในดับสูง¹⁷ โครงสร้างแบบประเมินแบ่งออกเป็น 6 หัวข้อ ประกอบด้วย ปฏิกริยาสะท้อนกลับ (reflex) การรักษาความมั่นคงของท่าทางเมื่ออยู่นิ่ง (stationary) ความสามารถในการเคลื่อนที่จากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่ง (locomotion) การจัดการกับวัตถุ (object manipulation) การใช้มือหยิบจับ (grasping) และการทำงานประสานกันระหว่างตากับมือ (visual-motor-integration)

การศึกษานี้เลือกเฉพาะหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับทักษะการเคลื่อนไหวโดยใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ของเด็กอายุ 3 - 5 ปี จำนวน 3 หัวข้อจาก PDMS-2 คือ การรักษาความมั่นคงของท่าทางเมื่ออยู่นิ่ง เช่น การยืนบนขาข้างเดียว การยืนบนปลายเท้า ความสามารถในการเคลื่อนที่จากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่ง เช่น การเดิน การวิ่ง การกระโดด และการจัดการกับวัตถุ เช่น การขว้าง การรับ และการเตะบอล^{14,17,19} ประเมินโดยนักกายภาพบำบัดที่มีประสบการณ์ทำงานด้านกายภาพบำบัดในเด็กมาอย่างน้อย 2 ปี ใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาทีต่อเด็ก 1 คน การให้คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 0 คือ เด็กไม่สามารถทำได้หรือไม่พยายามทำหรือพยายามทำในสิ่งที่ไม่ได้ทดสอบ; 1 คือ เด็กสามารถทำได้แต่ไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด; 2 คือ เด็กสามารถทำได้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นนำค่าคะแนนดิบในแต่ละหัวข้อมาแปลงเป็นค่าคะแนนมาตรฐานและคำนวณอายุพัฒนาการเพื่อเปรียบเทียบกับอายุจริง และนำคะแนนรวมในแต่ละหัวข้อมาแปลงเป็นค่า gross motor quotients (GMQ) เพื่อศึกษาความบกพร่องของทักษะการเคลื่อนไหวโดยใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่¹⁷

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป นำเสนอในรูปแบบของความถี่ ร้อยละ

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วย Kolmogorov Smirnov Goodness of Fit Test เปรียบเทียบทักษะการเคลื่อนไหว อายุ น้ำหนัก และส่วนสูง ระหว่างเด็กทั่วไปและเด็กออทิสติกด้วย independent sample t-test และเปรียบเทียบอายุพัฒนาการกับอายุจริงของเด็กทั้งสองกลุ่มด้วย paired-samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล เลขที่ COA No. 04/2561 โดยผู้ปกครอง ครูประจำชั้นของเด็กที่โรงเรียนแม่พระฟาติมา เด็กที่เข้าร่วมการวิจัยได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บข้อมูล และผู้ปกครองและเด็กที่เข้าร่วมการวิจัยได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกคน

ผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเด็กทั่วไปจำนวน 30 คน และกลุ่มเด็กออทิสติกจำนวน 30 คน เป็นเพศชาย 26 คน และเพศหญิง 4 คน เท่ากัน ทั้งสองกลุ่ม ข้อมูลทั่วไปของเด็กทั้งสองกลุ่ม เช่น อายุ น้ำหนัก และส่วนสูง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 1

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนมาตรฐานของทักษะการเคลื่อนไหวทั้ง 3 ด้าน คือ การรักษาความมั่นคงของท่าทางเมื่ออยู่นิ่ง ความสามารถในการเคลื่อนที่จากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่ง และการจัดการกับวัตถุ รวมถึงค่า GMQ ของเด็กทั้งสองกลุ่ม พบว่ากลุ่มเด็กออทิสติกมีค่าคะแนนทุกด้านต่ำกว่ากลุ่มเด็กทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบอายุพัฒนาการกับอายุจริงของทั้งสองกลุ่ม พบว่า กลุ่มเด็กทั่วไปมีอายุพัฒนาการใกล้เคียงกับอายุจริง ยกเว้นด้านการจัดการกับวัตถุ มีอายุพัฒนาการ (41.13 ± 8.23 เดือน) น้อยกว่าอายุจริง (51.2 ± 10.03 เดือน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มเด็กออทิสติกมีอายุพัฒนาการทุกด้านน้อยกว่าอายุจริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะประชากร	กลุ่มเด็กทั่วไป (mean ± SD)	กลุ่มเด็กออทิสติก (mean ± SD)	p-value
อายุ (เดือน)	52.23 ± 11.04	50.87 ± 9.76	.61
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	17.43 ± 2.93	17.77 ± 3.67	.69
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	106.97 ± 7.44	106.07 ± 7.00	.63

ตารางที่ 2 ค่าคะแนนมาตรฐานของทักษะการเคลื่อนไหวของกลุ่มเด็กออทิสติกเทียบกับกลุ่มเด็กทั่วไป

ทักษะการเคลื่อนไหว	กลุ่มเด็กทั่วไป (mean ± SD)	กลุ่มเด็กออทิสติก (mean ± SD)	p-value
การรักษาความมั่นคงของท่าทางเมื่ออยู่นิ่ง	9.50 ± 2.53	5.27 ± 1.47	< .001
ความสามารถในการเคลื่อนที่จากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่ง	9.97 ± 1.87	5.70 ± 1.39	< .001
การจัดการกับวัตถุ	7.53 ± 1.89	5.67 ± 1.09	< .001
ค่า GMQ	93.63 ± 8.76	71.37 ± 6.33	< .001

GMQ = gross motor quotient

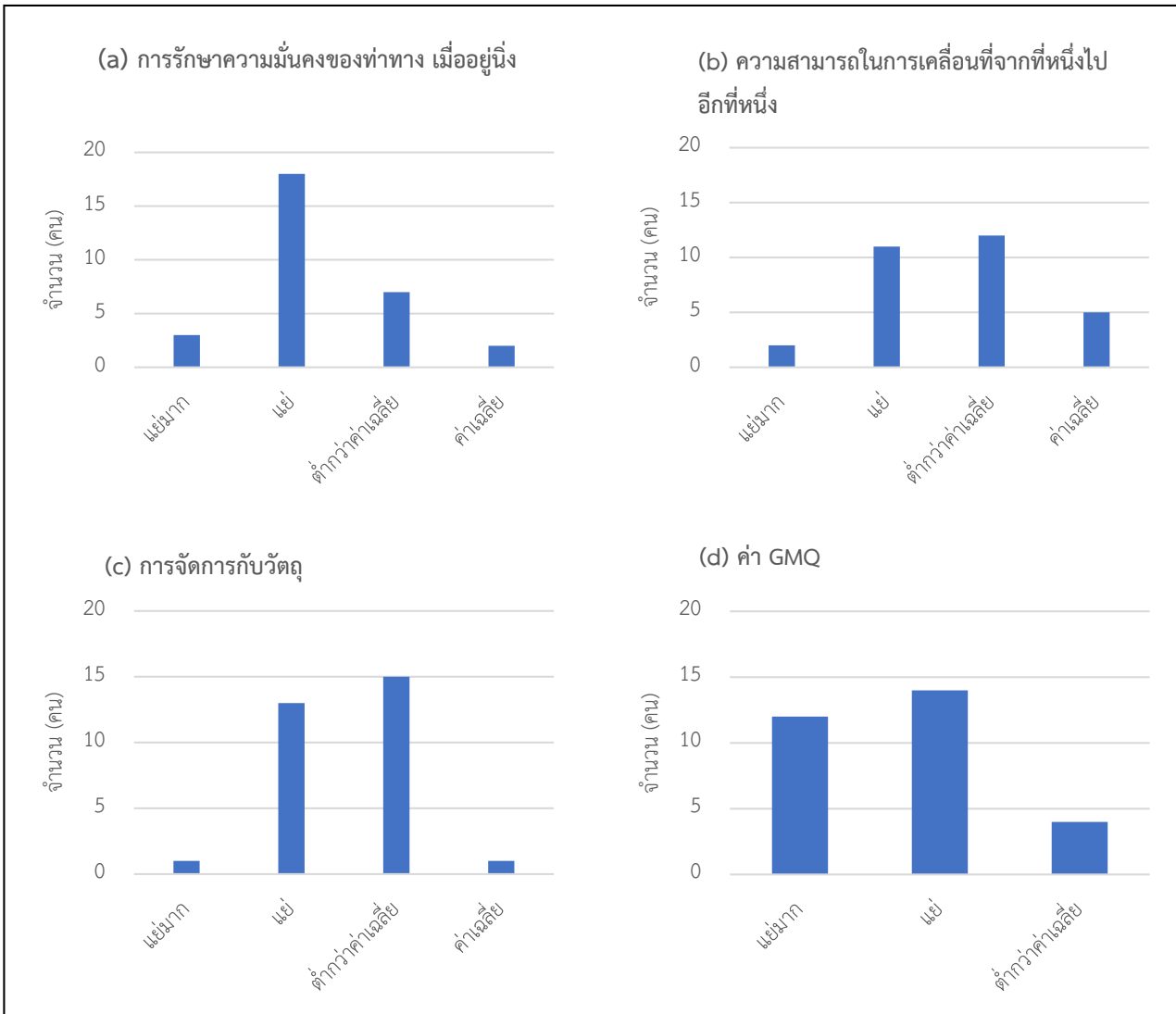
ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยอายุพัฒนาการเปรียบเทียบกับอายุจริงของกลุ่มเด็กออทิสติก

ทักษะการเคลื่อนไหว	กลุ่มเด็กทั่วไป (mean ± SD)	อายุจริง (mean ± SD)	อายุจริง-อายุพัฒนาการ (mean ± SD)	p-value
การรักษาความมั่นคงของท่าทางเมื่ออยู่นิ่ง	26.73 ± 8.52	50.87 ± 9.76	24.13 ± 11.19	< .001
ความสามารถในการเคลื่อนที่จากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่ง	33.07 ± 6.63	50.87 ± 9.76	17.80 ± 7.79	< .001
การจัดการกับวัตถุ	28.80 ± 6.25	50.87 ± 9.76	22.07 ± 7.39	< .001

หมายเหตุ : หน่วยอายุเป็นเดือน

ความบกพร่องของทักษะการเคลื่อนไหวโดยใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่จากค่า GMQ สามารถแบ่งเด็กตามระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวได้เป็น 4 กลุ่ม คือ ระดับค่าเฉลี่ย ระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ย ระดับแย่มาก และระดับแย่มาก พบว่าเด็กทั่วไปส่วนใหญ่มีความสามารถด้านการรักษาความมั่นคงของท่าทางเมื่ออยู่นิ่งและการเคลื่อนที่จากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่งอยู่ในระดับค่าเฉลี่ย แต่มีความสามารถด้านการจัดการกับวัตถุอยู่ในระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ย ในขณะที่กลุ่มเด็กออทิสติกมีความสามารถด้านการรักษาความมั่นคงของท่าทางเมื่ออยู่นิ่ง

อยู่ในระดับแย่มากถึงระดับแย่มากจำนวน 21 คน ด้านการเคลื่อนที่จากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่งและด้านการจัดการกับวัตถุอยู่ในระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ยถึงระดับแย่มากจำนวน 26 และ 29 คน ตามลำดับ เมื่อรวมค่า GMQ ของทุกด้านพบว่า กลุ่มเด็กออทิสติกทุกคนมีระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวต่ำกว่าค่าเฉลี่ย โดยอยู่ในระดับแย่มากถึงแย่มากจำนวน 26 คน ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 จำนวนเด็กออทิสติกแบ่งตามระดับความสามารถในการเคลื่อนไหว โดยพิจารณาจากค่า gross motor quotient (GMQ) ในทักษะด้านต่าง ๆ (a - c) และค่าคะแนนรวมของทักษะทุกด้าน (d)

วิจารณ์

การศึกษานี้ได้ประเมินทักษะการเคลื่อนไหวของเด็กออทิสติกช่วงอายุระหว่าง 3 - 5 ปี ด้วยแบบประเมิน PDMS-2^{10,15,19,20} ในหัวข้อทักษะการเคลื่อนไหวโดยใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ จำนวน 3 หัวข้อ ได้แก่ การรักษาความมั่นคงของท่าทางเมื่ออยู่นิ่ง ความสามารถในการเคลื่อนที่จากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่ง และการจัดการกับวัตถุ พบว่ากลุ่มเด็กออทิสติกมีค่าคะแนนมาตรฐานของทักษะการเคลื่อนไหวต่ำกว่ากลุ่มเด็กทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า เด็กออทิสติกมีทักษะการเคลื่อนไหวล่าช้า

จำนวนร้อยละ 33 ถึง 100^{10,13,21} โดยเฉพาะทักษะด้านการขว้างและรับ การกระโดด การขึ้นลงบันได และการปั่นจักรยาน^{11,22,23} อย่างไรก็ตาม Pan และคณะ¹¹ พบว่าเด็กออทิสติกที่มีทักษะการเคลื่อนไหวที่ช้ากว่าเด็กสมาธิสั้นทั้งด้านการวิ่ง กระโดด การรับ - โยนสิ่งของ และการเตะบอล อาจเกิดจากปัญหาด้านความเข้าใจภาษาทำให้เด็กออทิสติกไม่สามารถทำตามคำสั่งได้ ซึ่งในการศึกษานี้ ผู้ทดสอบใช้คำสั่งสั้น ๆ ที่เข้าใจง่ายและสาธิตการเคลื่อนไหวให้เด็กดูก่อนการทดสอบ พบว่าเด็กที่สามารถเลียนแบบท่าทางได้ดีสามารถทำการเคลื่อนไหวตามคำสั่งได้ดีกว่า นอกจากนี้ เด็กออทิสติกที่มีระดับสติปัญญาสูงจะมี

ทักษะการเคลื่อนไหวและการเลียนแบบท่าทางได้ดีกว่าเด็กออทิสติกที่มีระดับสติปัญญาต่ำ²² และความสามารถในการเข้าใจและการแสดงออกทางภาษายังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทักษะการเคลื่อนไหวอีกด้วย²⁴

การศึกษานี้พบความบกพร่องของทักษะการเคลื่อนไหวในกลุ่มเด็กออทิสติก โดยค่าเฉลี่ยอายุพัฒนาการของเด็กกลุ่มนี้มีค่าต่ำกว่าค่าเฉลี่ยอายุจริงในทักษะการเคลื่อนไหวทุกด้าน ทั้งด้านการรักษาความมั่นคงของท่าทางเมื่ออยู่นิ่ง การเคลื่อนที่จากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่ง และการจัดการกับวัตถุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lane และคณะ²⁵ ในกลุ่มเด็กออทิสติกที่มีค่าเฉลี่ยอายุจริง 31.57 ± 6 เดือน พบว่าเด็กออทิสติกมีพัฒนาการทางการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ล่าช้ากว่าอายุจริงประมาณ 6 เดือน อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีค่าเฉลี่ยของอายุจริงของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า (50.87 ± 9.76 เดือน) และค่าเฉลี่ยพัฒนาการช้ากว่าอายุจริงเกือบสองปี ทั้งนี้อาจเนื่องจากเด็กอายุมากขึ้น พัฒนาการด้านทักษะการเคลื่อนไหวยิ่งช้ามากขึ้น การพิจารณาส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดตั้งแต่อายุน้อยน่าจะช่วยแก้ไขปัญหาทักษะการเคลื่อนไหวได้ตั้งแต่เริ่มแรก

แบบประเมิน PDMS-2 มีจุดเด่นคือสามารถบอกระดับความรุนแรงของปัญหาได้ ซึ่งมีประโยชน์ในการวางแผนการรักษาและพยากรณ์โรค ดังตัวอย่างจากการศึกษาของ Provost และคณะ¹⁰ พบว่ากลุ่มเด็กออทิสติกจำนวน 19 คน อายุ 21 - 41 เดือน มีทักษะการเคลื่อนไหวโดยใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ย จำนวน 18 คน และมีเด็กเพียง 1 คนที่อยู่ในระดับค่าเฉลี่ย ในการศึกษาพบว่ากลุ่มเด็กออทิสติกมีระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวต่ำกว่าค่าเฉลี่ย และเด็กส่วนมากมีปัญหาด้านการรักษาความมั่นคงของท่าทางเมื่ออยู่นิ่งอยู่ในระดับแย่มาก อาจเนื่องจากความบกพร่องในการประสานสัมพันธ์ของการรับสัญญาณประสาทจากการมองเห็น การทรงตัว และกายสัมผัสทั่วไป²⁶ ทำให้เด็กออทิสติกไม่สามารถทรงท่าของร่างกายให้อยู่ในจุดศูนย์กลางเพื่อรักษาสมดุลร่างกายได้ บ่งบอกถึงความจำเป็นในการฝึกทักษะการเคลื่อนไหว

การทดสอบทักษะการเคลื่อนไหวในหัวข้อการจัดการกับวัตถุ โดยการขว้าง การรับ และการเตะบอลพบว่า ค่า GMQ ทั้งของกลุ่มเด็กออทิสติกและกลุ่มเด็กทั่วไปอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย อาจเกิดจากปัญหาด้านการประสานสัมพันธ์ระหว่างมือและตาในการกะระยะทิศทาง ความเร็ว น้ำหนัก และขนาดของบอลขณะทำการทดสอบ¹¹ ผลการสังเกตระหว่างการทดสอบการรับบอลพบว่า เด็กจะเอามือมาชิดกันก่อนที่บอลจะมาถึง และเด็กไม่สามารถกะระยะหรือทิศทางในการโยนบอลให้ชนเป้าหมายได้ ทั้งนี้ การขาดประสบการณ์การเคลื่อนไหวในลักษณะนี้มาก่อน โดยเฉพาะเด็กในชุมชนเมือง ทำให้มีความบกพร่องในทักษะดังกล่าวได้

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ ไม่ได้ประเมินระดับสติปัญญา และความสามารถในการเข้าใจและแสดงออกทางภาษา ซึ่งอาจมีผลต่อความบกพร่องของทักษะการเคลื่อนไหวได้ นอกจากนี้ การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการประเมินการเคลื่อนไหวโดยใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก เพราะความบกพร่องของทักษะการเคลื่อนไหวในกลุ่มเด็กออทิสติกล้วนเป็นการพัฒนาผสมผสานระหว่างกล้ามเนื้อมัดใหญ่และมัดเล็ก และตรวจประเมินเพิ่มเติมเพื่อค้นหาปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดความบกพร่องของทักษะการเคลื่อนไหว ได้แก่ คุณสมบัติของกล้ามเนื้อด้านความแข็งแรง ความตึงตัวหรือความยืดหยุ่น และการทำงานแบบประสานสัมพันธ์ของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ^{13,17} เพื่อช่วยเหลือเด็กอย่างรอบด้านและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การศึกษานี้ยังสนับสนุนเหตุผลในการส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อตรวจประเมินทักษะการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ตั้งแต่เด็กอายุยังน้อย ข้อมูลการตรวจประเมินจะช่วยในการวินิจฉัยภาวะออทิสติกได้ตั้งแต่อายุยังน้อย⁸ โดยเฉพาะก่อนอายุ 5 ปี²⁵ นำไปสู่การดูแลทางกายภาพบำบัดตั้งแต่เริ่มแรกเพื่อป้องกันปัญหาแทรกซ้อนของการเคลื่อนไหวเมื่อเด็กโตขึ้นได้

สรุป

เด็กออทิสติก อายุ 3 - 5 ปี มีความบกพร่องของทักษะการเคลื่อนไหวเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กทั่วไปที่มีอายุ

อยู่ในช่วงเดียวกัน โดยมีปัญหาด้านการรักษาความมั่นคงของท่าทางเมื่ออยู่นิ่งมากที่สุด รองลงมาคือทักษะการจัดการกับวัตถุ และความสามารถในการเคลื่อนที่จากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่ง ตามลำดับ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงเรียนแม่พระฟาติมา และสถาบันราชานุกูล

เอกสารอ้างอิง

1. Lord C, Bishop SL. Recent advances in autism research as reflected in DSM-5 criteria for autism spectrum disorder. *Annu Rev Clin Psychol*. 2015;11:53–70. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032814-112745.
2. Christensen DL, Maenner MJ, Bilder D, Constantino JN, Daniels J, Durkin MS, et al. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 4 years - early autism and developmental disabilities monitoring network, seven sites, United States, 2010, 2012, and 2014. *MMWR Surveill Summ*. 2019;68(2):1-19. doi:10.15585/mmwr.ss6802a1.
3. สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต. เด็กออทิสติก คู่มือสำหรับพ่อแม่/ผู้ปกครอง [Autistic children a parent/guardian's guide]. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2557.
4. เพ็ญแข ลิมศิลา. การวินิจฉัยออทิสซึม [Diagnosis of autism]. สมุทรปราการ: ช.แสงงามการพิมพ์; 2540.
5. Autistic society of America. What is autism? [Internet]. Maryland USA; 2020 [cited 2020 Mar 31]. Available from: <http://www.autism-society.org/what-is/>.
6. ศรีวรรณ พูลสรรพสิทธิ์, เบญจพร ปัญญา, ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, ประยุกต์ เสรีเสถียร, วรรณมา จุฑา. การศึกษาภาวะออทิสซึมในประเทศไทยและการดูแลรักษาแบบบูรณาการในระดับประเทศ [Holistic care for Thai autism]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2548;13(1):10-6.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
8. Teitelbaum P, Teitelbaum O, Nye J, Fryman J, Maurer RG. Movement analysis in infancy may be useful for early diagnosis of autism. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1998;95(23):13982-7. doi:10.1073/pnas.95.23.13982.
9. Ketcheson L, Hauck JL, Ulrich D. The levels of physical activity and motor skills in young children with and without autism spectrum disorder, aged 2-5 years. *Autism*. 2018;22(4):414-23. doi:10.1177/1362361316683889.
10. Provost B, Lopez BR, Heimerl S. A comparison of motor delays in young children: Autism Spectrum Disorder, Developmental Delay, and Developmental Concerns. *J Autism Dev Disord*. 2007;37(2):321-8.11. doi:10.1007/s10803-006-0170-6.
11. Pan CY, Tsai CL, Chu CH. Fundamental movement skills in children diagnosed with autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorder. *J Autism Dev Disord*. 2009;39(12):1694-705. doi:10.1007/s10803-009-0813-5.
12. Ketcheson. L, Hauck. JL, Ulrich D. The effects of an early motor skill intervention on motor skills, levels of physical activity, and socialization in young children with autism spectrum disorder: A pilot study. *Autism*. 2017;21(4):481-92. doi:10.1177/1362361316650611.
13. Holloway JM, Long T, Biasini F. Concurrent validity of two standardized measures of gross motor function in young children with autism spectrum disorder. *Phys Occup Ther Pediatr*. 2019;39(2):193-203. doi:10.1080/01942638.2018.1432006.
14. Tavasoli A, Azimi P, Montazari A. Reliability and validity of the peabody developmental motor scales-second edition for assessing motor development of low birth weight preterm infants. *Pediatr Neurol*. 2014;51(4):522-6. doi:10.1016/j.pediatrneurol.2014.06.010.

15. Bremer E, Balogh R, Lloyd M. Effectiveness of a fundamental motor skill intervention for 4-year-old children with autism spectrum disorder: A pilot study. *Autism*. 2015;19(8):980-91. doi:10.1177/1362361314557548.
16. Wang HH, Liao HF, Hsieh CL. Reliability, sensitivity to change, and responsiveness of the peabody developmental motor scales-second edition for children with cerebral palsy. *Phys Ther*. 2006;86(10):1351-9. doi:10.2522/ptj.20050259.
17. Folio. MR, Fewell RR. Peabody developmental motor scales examiner's manual. 2nd ed. Texas USA: Pro-Ed; 2000.
18. พรรณี ปิติสุทธิธรรม, ชยันต์ พิเชียรสุนทร, บรรณาธิการ. ตำราการวิจัยทางคลินิก ฉบับปรับปรุงใหม่ [Textbook of clinical research fourth edition revised and expanded]. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.
19. Holloway JM, Long TM, Biasini F. Relationships between gross motor skills and social function in young boys with autism spectrum disorder. *Pediatr Phys Ther*. 2018;30(3):184-90. doi:10.1097/PEP.0000000000000505.
20. Provost B, Hemimerl S, Lopez BR. Levels of gross and fine motor development in young children with autism spectrum disorder. *Phys Occup Ther Pediatr*. 2007;27(3):21-36.
21. Green D, Baird G, Barnett AL, Henderson L, Huber J, Henderson SE. The severity and nature of motor impairment in asperger's syndrome: a comparison with specific developmental disorder of motor function. *J Child Psychol Psychiatry*. 2002;43(5):655-68. doi:10.1111/1469-7610.00054.
22. Kaur M, Srinivasan S, Bhat A. Comparing motor performance, praxis, coordination, and interpersonal synchrony between children with and without autism spectrum disorder (ASD). *Res Dev Disabil*. 2018;72:79-95. doi:10.1016/j.ridd.2017.10.025.
23. Puspongoro HD, Efar P, Soedjatmiko, Soebadi A, Firmansyah A, Chen HJ, et al. Gross motor profile and its association with socialization skills in children with autism spectrum disorders. *Pediatr Neonatol*. 2016;57(6):501-507. doi:10.1016/j.ped-neo.2016.02.004.
24. Wu YT, Tsao CH, Huang HC, Yang TA, Li YJ. Relationship between motor skills and language abilities in children with autism spectrum disorder. *Phys Ther*. 2021;101(5):pzab033. doi:10.1093/ptj/pzab033.
25. Lane A, Harpster K, Heathcock J. Motor characteristics of young children referred for possible autism spectrum disorder. *Pediatr Phys Ther*. 2012;24(1):21-9. doi:10.1097/PEP.0b013e31823e071a.
26. Lim YH, Partridge K, Girdler S, Morris SL. Standing postural control in individuals with autism spectrum disorder: systematic review and meta-analysis. *J Autism Dev Disord*. 2017;47(7):2238-53. doi: 10.1007/s10803-017- 3144-y.

นิพนธ์ต้นฉบับ

คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าชาวไทย

วันรับ : 10 กุมภาพันธ์ 2564

วันแก้ไข : 2 สิงหาคม 2564

วันที่ตอบรับ : 3 สิงหาคม 2564

พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, ปร.ด.¹รวิกานต์ ระลึกฤเดช, วท.ม.²คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย¹โรงพยาบาลอุทัยธานี²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วิธีการ : ผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าที่โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 138 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2561 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2562 ประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาด้วยเครื่องมือ Patient-Reported Outcomes Measure of Pharmaceutical Therapy (PROMPT) 16 ข้อ 8 มิติ ได้แก่ การได้รับข้อมูลยาและโรค ความพึงพอใจต่อประสิทธิภาพของยา ผลกระทบของการใช้ยาและอาการข้างเคียง ผลกระทบทางจิตใจของการใช้ยา ความสะดวกของการใช้ยา การมียาให้ใช้และการเข้าถึงการใช้ยา ความสัมพันธ์ทางการรักษา และคุณภาพชีวิตการใช้ยาโดยรวม วิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุตัวแปรเพื่อหาปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา

ผล : ค่าเฉลี่ยคะแนนมิติของคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาอยู่ระหว่าง 58 - 80 คะแนน (ระดับปานกลางถึงดีเลิศ) มิติที่ได้คะแนนต่ำสุดคือ การได้รับข้อมูลยาและโรค และมีมิติที่คะแนนสูงสุดคือ การมียาให้ใช้และการเข้าถึงการใช้ยา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการใช้ยาที่ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุน้อย เพศหญิง ระดับการศึกษาต่ำ มีภาระทางการเงิน ใช้ยาจำนวนหลายชนิด มีอาการข้างเคียงจากยา และมีการควบคุมโรคที่ไม่ดี

สรุป : บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ข้อมูลยาและโรคแก่ผู้ป่วย และให้ความสำคัญกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา เช่น ภาระทางการเงิน จำนวนยาที่ใช้ต่อวัน อาการข้างเคียงจากยา และการควบคุมโรคของผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต ยารักษาโรคซึมเศร้า โรคซึมเศร้า

ติดต่อผู้นิพนธ์ : พรรณทิพา ศักดิ์ทอง; e-mail: psakthong@gmail.com

Original article

Pharmaceutical therapy-related quality of life in Thai depressive outpatients

Received : 10 February 2021

Revised : 2 August 2021

Accepted : 3 August 2021

Phantipa Sakthong, Ph.D.¹

Rawikarn Ralukruedej, M.S.²

Faculty of pharmaceutical sciences, Chulalongkorn university¹

Uthai Thani hospital²

Abstract

Objective: To evaluate pharmaceutical therapy-related quality of life (QOL) in depressive outpatients and to assess its relationships with patients' demographic and clinical characteristics.

Methods: One hundred and thirty-eight outpatients with depression were purposively selected at Srithanya hospital between April 2018 and March 2019. Pharmaceutical therapy-related QOL was assessed using the patient-reported outcomes measure of pharmaceutical therapy (PROMPT). The PROMPT consists of 16 items and eight domains: medicine and disease information, satisfaction of medicine effectiveness, impacts of medicines and side effects, psychological impacts of medication use, convenience, availability and accessibility, therapeutic relationships with healthcare providers, and overall QOL. Multivariate linear regressions were used to assess the relationships between eight PROMPT domain scores and patient's demographic and clinical characteristics.

Results: Mean scores of eight PROMPT domains ranged between 58 and 80 (moderate-to-excellent level). The domains with the lowest score were medication and disease information while the highest scores were availability/accessibility, respectively. Young age, female, lower education, having financial burden, more type of medications, having side effects of medication, and perceived poor disease control were significantly correlated with lower PROMPT domain scores.

Conclusion: Healthcare providers should provide adequate drug and disease information to patients and pay more attention to correlates of pharmaceutical therapy-related QOL, including financial burden, the number of medications per day, side effects of medication and perceived level of disease control which can be affected to drug compliance.

Keywords: antidepressant, depression, quality of life, QOL

Corresponding author: Phantipa Sakthong; e-mail: psakthong@gmail.com

ความรู้เดิม : ความต้องการทางด้านยาและคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยยังมีจำกัด ซึ่งปัจจัยเหล่านี้นำไปสู่ปัญหาความไม่ร่วมมือในการกินยาได้

ความรู้ใหม่ : คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในมิติส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงดี ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า ได้แก่ เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา ภาระทางการเงิน จำนวนยาที่ใช้ต่อวัน อาการข้างเคียงจากยา และระดับการควบคุมโรคซึมเศร้าของผู้ป่วย

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : บุคลากรทางการแพทย์ตระหนักถึงความสำคัญของการให้ข้อมูลและการรักษาโรคแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และปัจจัยที่มีผลต่อการมีคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาที่ไม่ดี

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่พบได้บ่อย มีประชากรทั่วโลกกว่า 300 ล้านคนที่กำลังประสบกับปัญหานี้ และเกือบครึ่งอาศัยอยู่ในภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิก¹ ในประเทศไทยโรคซึมเศร้ามีความชุกประมาณร้อยละ 0.6 ซึ่งสูงที่สุดในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์² ยารักษาโรคซึมเศร้า เช่น ยากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors ได้แก่ sertraline, paroxetine, citalopram, fluvoxamine และยากลุ่ม tricyclic antidepressants ได้แก่ amitriptyline และ imipramine จัดเป็นยาที่มีประสิทธิผลดีและใช้กันอย่างแพร่หลาย³ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบางส่วนยังขาดความรู้เรื่องยา อาการข้างเคียง วิดกกังวลถึงอาการข้างเคียงและการพึ่งพิงยา มีความคาดหวังเกี่ยวกับผลการใช้ยา และไม่ทราบวิธีปฏิบัติตัวเมื่อลืมกินยา ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถนำไปสู่ปัญหาความไม่ร่วมมือในการกินยาได้⁴⁻⁷ นอกจากนี้ ยากลุ่มดังกล่าวยังมีผลข้างเคียงด้านเพศที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้⁸ ดังนั้น การประเมินความต้องการทางด้านยาและคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในผู้ที่กำลังใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าจึงมีความสำคัญและจำเป็น

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา หรือ patient-reported outcomes measure of pharmaceutical therapy (PROMPT)⁹ เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาระยะยาว จากเครื่องมือ patient-reported outcomes measure of pharmaceutical therapy for quality of life (PROMPT-QoL)¹⁰ โดยเครื่องมือ PROMPT และ PROMPT-QoL สร้างขึ้นโดยอิงทฤษฎีการบริหารด้านยาที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อใช้ในการประเมินความต้องการทางด้านยาและผลลัพธ์ทางด้านคุณภาพชีวิตของการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย¹¹ จากการทดสอบเครื่องมือในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า เครื่องมือ PROMPT มีคุณสมบัติการวัดทางด้านจิตวิทยาในระดับที่ดี มีความเที่ยง ความตรง และความไวต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านการใช้ยาในระดับที่ยอมรับได้⁹ การศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 14 กลุ่มโรค รวมถึงกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น โรคซึมเศร้า ประเมินด้วยเครื่องมือ PROMPT-QoL พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ภาระทางการเงิน ระยะเวลาการเป็นโรค จำนวนชนิดยาที่ใช้ อาการข้างเคียงจากยา และการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการควบคุมโรค¹² อย่างไรก็ตาม ยังไม่เคยมีการศึกษาในประเด็นดังกล่าวในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กำลังใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า และหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยากับตัวแปรด้านคุณลักษณะทางประชากรและด้านคลินิก เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ได้เพิ่มความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีความต้องการด้านยาหรือคุณภาพชีวิตการใช้ยาที่ไม่ดี

วิธีการ

การศึกษาแบบภาคตัดขวางในผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าที่โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 138 คน คัดเลือกแบบเจาะจงระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2562 เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป กำลังใช้ยารักษา

รักษาโรคซึมเศร้า เข้าใจภาษาไทย และมีอาการของโรคที่สงบ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยไม่เต็มใจเข้าร่วมในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ เครื่องมือ PROMPT ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 16 ข้อ โดยแบ่งเป็น 8 มิติ ดังนี้ 1) การได้รับข้อมูลยาและโรค 5 ข้อ, 2) ความพึงพอใจต่อประสิทธิผลของยา 2 ข้อ, 3) ผลกระทบของอาการข้างเคียงจากการใช้ยา 1 ข้อ, 4) ผลกระทบทางด้านจิตใจของการใช้ยา 4 ข้อ, 5) ความสะดวกของการใช้ยา 1 ข้อ, 6) การมียาให้ใช้และการเข้าถึงการใช้ยา 1 ข้อ, 7) ความสัมพันธ์ทางด้านการรักษา 1 ข้อ และ 8) คุณภาพชีวิตการใช้ยาโดยรวม 1 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามมีตัวเลือกตอบเป็นแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ (คะแนน 1 - 5) เรียงลำดับจาก ไม่เลย ไปจนถึงอย่างมาก คะแนนที่สูงกว่าหมายถึงคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาที่ดีกว่า วิธีการคำนวณคะแนนแต่ละมิติของเครื่องมือ PROMPT มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 100 เป็นไปตามสูตร ดังนี้ $100 \times (\text{คะแนนที่วัดได้ของมิตินั้น} - \text{คะแนนขั้นต่ำสุดของมิตินั้น}) / (\text{คะแนนเต็มของมิตินั้น} - \text{คะแนนขั้นต่ำสุดของมิตินั้น})$ ยกตัวอย่างเช่น ถ้าผู้ป่วยให้คะแนนความพึงพอใจต่อประสิทธิผลของยา ซึ่งมีมิตินี้มีข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ ให้คะแนนทั้งสองข้อ (จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน) จะได้คะแนนมิติ = $100 \times (4 \times 2 - 1 \times 2) / (5 \times 2 - 1 \times 2) = 75$ คะแนน และการแปลผลคะแนนมิติเป็นดังต่อไปนี้ 0 - 25, 26 - 50, 51 - 75 และ 76 - 100 หมายถึง คุณภาพชีวิตการใช้ยาดำรงพอใช้ พอใช้ถึงปานกลาง ปานกลางถึงดี และดีถึงดีเลิศ ตามลำดับ เครื่องมือ PROMPT มีค่าแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80 แสดงถึงความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายในระดับดี¹³ ข้อคำถามทั้ง 16 ข้อมีดัชนีความตรงทางเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ดี (มีค่าอยู่ระหว่าง 0.87 - 1.00)¹⁰ และมีความตรงเชิงโครงสร้างอยู่ในระดับดีเช่นเดียวกัน โดยคะแนนมิติต่าง ๆ และคะแนนรวมของเครื่องมือ PROMPT มีความสัมพันธ์กับคะแนนมิติต่าง ๆ และคะแนนรวมของเครื่องมือ PROMPT-QoL ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่าง 0.66 - 0.97⁹

เก็บข้อมูลโดยให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามด้วยตนเอง หรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง

ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามให้ฟังโดยไม่มีการอธิบายความหมายของข้อคำถามใด ๆ สำหรับข้อมูลตัวแปรทางด้านประชากรและทางด้านคลินิกของผู้ป่วยได้จากการสัมภาษณ์และบันทึกทางการแพทย์

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยากับตัวแปรทางด้านคุณลักษณะของผู้ป่วยด้วยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุตัวแปร (multivariate linear regression) ตัวแปรตาม ได้แก่ คะแนนมิติทั้ง 8 มิติของเครื่องมือ PROMPT ตัวแปรต้น ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ภาระทางการเงิน (รายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายหรือไม่) ระยะเวลาของการเป็นโรคซึมเศร้า จำนวนชนิดยาที่ใช้ การเกิดอาการข้างเคียงจากยา และระดับการควบคุมโรคซึมเศร้า สมมติฐานของการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุตัวแปรได้รับการตรวจสอบและเป็นไปตามเงื่อนไขการใช้ ทั้งการกระจายแบบโค้งปกติ (normality) ความสัมพันธ์เชิงเส้น (linear relationship) ความแปรปรวนไม่ผันแปร (homoscedasticity) และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (multicollinearity)¹⁴ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05 วิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลศรีธัญญา (เลขที่ใบรับรอง COA.STY002/2561)

ผล

จากตัวอย่างที่ได้รับการติดต่อให้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 191 คน มีตัวอย่างผ่านเกณฑ์การเข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 153 คน ในจำนวนนี้มี 15 คน ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ได้กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาทั้งสิ้น 138 คน ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับยารักษาโรคซึมเศร้า แสดงดังตารางที่ 1

ผลการประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา (PROMPT) พบข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 3.5 คะแนน (ต่ำกว่าระดับปานกลางถึงดี) ได้แก่ “ต้องทำอะไรเมื่อลืมรับประทานยา” (2.5 คะแนน), “อาการข้างเคียงและการจัดการ” (3.0 คะแนน), “อาการ ความรุนแรง และการรักษา”

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n = 138)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี)	
19 - 30	52 (37.7)
31 - 40	35 (25.4)
41 - 50	28 (20.3)
51 - 60	17 (12.3)
61 - 67	6 (4.3)
เพศ	
ชาย	53 (38.4)
หญิง	85 (61.6)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	12 (8.7)
มัธยมศึกษา	43 (31.2)
อนุปริญญาตรี	15 (10.9)
ปริญญาตรี	59 (42.8)
ปริญญาโทและเอก	9 (6.5)
ภาระทางการเงิน	
รายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย	37 (26.8)
รายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย	101 (73.2)
ระยะเวลาของการเป็นโรคซึมเศร้า (ปี)	
ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.21 \pm 4.99
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	0.02 - 30.00
ชนิดของยาที่ใช้ต่อวัน (ชนิด)	
ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2.99 \pm 1.40
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	1.00 - 8.00
มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า	
มี	53 (42.0)
ไม่มี	80 (58.0)
การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อการควบคุมโรคซึมเศร้า	
ไม่ดี	4 (2.9)
พอใช้	8 (5.8)
ปานกลาง	53 (38.4)
ดี	52 (37.7)
ดีมาก	21 (15.2)

(3.3 คะแนน) และ “การพึ่งพิงการใช้ยา” (3.3 คะแนน) ส่วนคะแนนในแต่ละมิติ พบว่ามีผลการมียาให้ใช้และการเข้าถึงการใช้ยามีคะแนนสูงสุด เท่ากับ 79.7 คะแนน (ระดับดีถึงดีเลิศ) ในขณะที่มิติที่ได้คะแนนต่ำสุด ได้แก่ การได้รับข้อมูลยาและโรค เท่ากับ 58.4 คะแนน (ระดับปานกลางถึงดี) ส่วนอีก 6 มิติที่เหลือที่มีคะแนนอยู่ระหว่าง 65.2 - 76.3 คะแนน (ปานกลางถึงดีเลิศ) แสดงดังตารางที่ 2

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนมิติทั้ง 8 มิติของเครื่องมือ PROMPT กับตัวแปรคุณลักษณะของ

ผู้ป่วยโดยใช้สมการถดถอยเชิงเส้นแบบพหุตัวแปร พบว่า มีค่า Adjusted R² อยู่ระหว่าง 0.040 (มิติการได้รับข้อมูลยาและโรค) ถึง 0.342 (ผลกระทบของการใช้ยาและอาการข้างเคียง) ซึ่งหมายถึงตัวแปรคุณลักษณะของผู้ป่วยอธิบายความผันแปรในคะแนนมิติทั้ง 8 มิติของเครื่องมือ PROMPT ได้ประมาณร้อยละ 4 ถึง 34 โดยทุกมิติมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) และแต่ละมิติมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 คะแนนข้อคำถามและคะแนนมิติของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา (PROMPT)

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	มัธยฐาน	พิสัยระหว่างควอไทล์
การได้รับข้อมูลยาและโรค	58.4 ± 22.6	60.0	43.8 - 75.0
ข้อบ่งชี้	3.8 ± 1.0	4.0	3.0 - 5.0
วิธีการใช้ยา	4.0 ± 0.9	4.0	4.0 - 5.0
ต้องทำอะไรเมื่อลืมรับประทานยา	2.5 ± 1.5	2.0	1.0 - 4.0
อาการข้างเคียงและการจัดการ	3.0 ± 1.4	3.0	2.0 - 4.0
อาการ ความรุนแรง และการรักษา	3.3 ± 1.3	3.0	3.0 - 4.0
ความพึงพอใจต่อประสิทธิภาพของยา	73.5 ± 19.5	75.0	62.5 - 87.5
การลดอาการ	4.0 ± 0.8	4.0	3.7 - 5.0
การหายจากโรค	3.9 ± 0.9	4.0	3.0 - 5.0
ผลกระทบของการใช้ยาและอาการข้างเคียง	72.6 ± 28.0	75.0	50.0 - 100.0
การทำกิจวัตรประจำวันและการเข้าสังคมกับผู้อื่น	3.9 ± 1.1	4.0	3.0 - 5.0
ผลกระทบทางด้านจิตใจของการใช้ยา	65.2 ± 24.0	68.8	43.8 - 87.5
อาการข้างเคียงของยา	3.7 ± 1.3	4.0	3.0 - 5.0
รู้สึกเบื่อหน่ายกับการรับประทานยาทุกวัน	3.6 ± 1.3	4.0	3.0 - 5.0
การพึ่งพิงการใช้ยา	3.3 ± 1.3	3.0	2.0 - 5.0
อันตรายระหว่างยา	3.8 ± 1.2	4.0	3.0 - 5.0
ความสะดวกของการใช้ยา	76.3 ± 22.7	75.0	75.0 - 100.0
ความยุ่งยากซับซ้อนของวิธีการใช้ยา	4.1 ± 0.9	4.0	4.0 - 5.0
การมียาให้ใช้และการเข้าถึงการใช้ยา	79.7 ± 26.9	100.0	50.0 - 100.0
ค่าใช้จ่ายด้านยาและการเดินทาง	4.2 ± 1.1	5.0	3.0 - 5.0
ความสัมพันธ์ทางด้านการรักษา	74.4 ± 23.9	75.0	50.0 - 100.0
บุคลากรทางการแพทย์ที่มีท่าทีเป็นมิตรและเต็มใจในการตอบคำถามด้านยา	4.0 ± 1.0	4.0	3.0 - 5.0
คุณภาพชีวิตการใช้ยาโดยรวม	71.6 ± 20.8	75.0	50.0 - 75.0
ยาทำให้การดำเนินชีวิตของท่านดีขึ้น	3.9 ± 0.8	4.0	3.0 - 4.0

หมายเหตุ : คะแนนแต่ละมิติมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 100 และคะแนนแต่ละข้อคำถามมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 5

มิติการได้รับข้อมูลยาและโรค คนที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามีคะแนนมิติการได้รับข้อมูลยาและโรคน้อยกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่า ($p < .05$) ด้วยสมการทำนายคะแนน = $0.217 \times$ ระยะเวลาการศึกษา

มิติความพึงพอใจต่อประสิทธิภาพของยา คนที่มีอาการข้างเคียงจากยา ($p < .05$) และมีการควบคุมโรคที่ไม่ดี ($p < .01$) มีคะแนนคุณภาพชีวิตในมิตินี้ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการข้างเคียงจากยา และมีการควบคุมโรคที่ดีกว่า ด้วยสมการทำนายคะแนน = $(- 0.192 \times$ การเกิดอาการข้างเคียงจากยา) + $(0.274 \times$ การรับรู้ด้านการควบคุมโรคของผู้ป่วย)

มิติผลกระทบของการใช้ยาและอาการข้างเคียง คนที่มีอายุน้อยกว่า ($p < .01$) จำนวนชนิดยามากกว่าต่อวัน ($p < .05$) และมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า ($p < .01$) มีคะแนนคุณภาพชีวิตในมิตินี้ต่ำกว่าคนที่มีอายุมากกว่า จำนวนชนิดยาต่อวันน้อยกว่า และไม่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า ตามลำดับ ด้วยสมการทำนายคะแนน = $(0.230 \times$ อายุ) + $(- 0.141 \times$ จำนวนชนิดยาที่ใช้ต่อวัน) + $(- 0.483 \times$ การเกิดอาการข้างเคียงจากยา)

มิติผลกระทบทางด้านจิตใจของการใช้ยา คนที่มีอายุน้อยกว่า ($p < .01$) เพศหญิง ($p < .05$) จำนวนชนิดยาต่อวันมากกว่า ($p < .05$) และมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า ($p < .01$) มีคะแนนคุณภาพชีวิตในมิตินี้ต่ำกว่าคนที่มีอายุมากกว่า เพศชาย จำนวนชนิดยาต่อวันน้อยกว่า และไม่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า ตามลำดับ ด้วยสมการทำนายคะแนน = $(0.297 \times$ อายุ) + $(- 0.198 \times$ เพศ) + $(0.159 \times$ จำนวนชนิดยาที่ใช้ต่อวัน) + $(- 0.246 \times$ การเกิดอาการข้างเคียงจากยา)

มิติความสะดวกของการใช้ยา คนที่มีอายุน้อยกว่ามีคะแนนคุณภาพชีวิตในมิตินี้ต่ำกว่าคนที่มีอายุมากกว่า ($p < .01$) ด้วยสมการทำนายคะแนน = $0.279 \times$ อายุ

มิติการมียาให้ใช้และการเข้าถึงการใช้ยา คนที่มีอายุน้อยกว่า ($p < .01$) ระดับการศึกษาต่ำกว่า ($p < .01$) และมีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ($p < .01$) มีคะแนนคุณภาพชีวิต

ในมิตินี้ต่ำกว่าคนที่มีอายุมากกว่า ระดับการศึกษาสูงกว่า และมีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ตามลำดับ ด้วยสมการทำนายคะแนน = $(0.339 \times$ อายุ) + $(0.296 \times$ ระยะเวลาการศึกษา) + $(- 0.286 \times$ ภาระทางการเงิน)

มิติความสัมพันธ์ทางการรักษา คนที่มีการควบคุมโรคที่ไม่ดีมีคะแนนคุณภาพชีวิตในมิตินี้ต่ำกว่าคนที่มีการควบคุมโรคที่ดี ($p < .01$) ด้วยสมการทำนายคะแนน = $0.236 \times$ การรับรู้ด้านการควบคุมโรคของผู้ป่วย

มิติคุณภาพชีวิตการใช้ยาโดยรวม คนที่มีอายุน้อยกว่า ($p < .01$) มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า ($p < .05$) และมีการควบคุมโรคที่ไม่ดี ($p < .01$) มีคะแนนคุณภาพชีวิตในมิตินี้ต่ำกว่าคนที่มีอายุมากกว่า ไม่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า และมีการควบคุมโรคที่ดี ตามลำดับ ด้วยสมการทำนายคะแนน = $(0.268 \times$ อายุ) + $(- 0.154 \times$ การเกิดอาการข้างเคียงจากยา) + $(0.306 \times$ การรับรู้ด้านการควบคุมโรคของผู้ป่วย)

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกที่ประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าด้วยเครื่องมือที่มีความเฉพาะต่อการประเมินคุณภาพชีวิตการใช้ยาโดยตรง (PROMPT) และหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา พบว่ามิติการได้รับข้อมูลยาและโรคมียุทธศาสตร์ที่ดีที่สุดจัดอยู่ในระดับปานกลางถึงดี โดยข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ “ต้องทำอะไรเมื่อลืมนับประทานยา”, “อาการข้างเคียงและการจัดการ”, “อาการ ความรุนแรง และการรักษา” และ “การพึ่งพิงการใช้ยา” สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของการใช้ยา⁵ และการลืมนับประทานยาและอาการข้างเคียงของยารักษาโรคซึมเศร้าเป็นเหตุผลที่พบมากที่สุดของการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งของผู้ป่วย⁴ นอกจากนี้ การพึ่งพิงการใช้ยาเป็นหนึ่งในประเด็นที่ผู้ป่วยกังวลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาซึมเศร้า⁶ ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับยา อาการข้างเคียงจากยาและการแก้ไข การปฏิบัติตัวเมื่อลืมนับประทานยา รวมทั้งการให้ความใส่ใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีต่อ

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุตัวแปรของคะแนนมิติของเครื่องมือ PROMPT

คุณลักษณะของผู้ป่วย	มิติที่ 1	มิติที่ 2	มิติที่ 3	มิติที่ 4	มิติที่ 5	มิติที่ 6	มิติที่ 7	มิติที่ 8
อายุ (ปี)	-.048	.126	.230**	.297**	.279**	.339**	.023	.268**
เพศ (0 = เพศชาย; 1 = เพศหญิง)	.055	.110	.036	-.198*	.080	.118	.106	.033
ระยะเวลาการศึกษา (ปี)	.217*	-.125	-.084	-.005	.043	.296**	-.057	-.097
ภาระทางการเงิน (0 = ไม่มี; 1 = มี)	-.023	.074	-.029	-.016	.048	-.286**	-.121	-.042
ระยะเวลาการเป็นโรคซึมเศร้า (ปี)	.138	.054	.037	.055	-.096	-.052	-.139	.012
จำนวนชนิดยาที่ใช้ยาต่อวัน (ชนิด)	-.034	.051	-.141*	-.159*	-.098	-.045	.006	.032
การเกิดอาการข้างเคียงจากยา (0 = ไม่มี; 1 = มี)	.001	-.192*	-.483**	-.246**	.043	.072	-.044	-.154*
การควบคุมโรคซึมเศร้า (1 = ไม่ดี, 2 พอใช้, 3 = ปานกลาง, 4 = ดี, 5 = ดีมาก)	.118	.274**	.064	.055	.077	-.037	.236**	.306**
Adjusted R ²	.040	.116	.342	.219	.071	.213	.049	.233
p-value	.011	< .001	< .001	< .001	.001	< .001	.006	< .001

หมายเหตุ : ตัวเลขในตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์ของสมการถดถอยเชิงเส้นแบบพหุตัวแปร (standardized regression coefficients)

มิติที่ 1 คือ การได้รับข้อมูลยาและโรค, มิติที่ 2 คือ ความพึงพอใจต่อประสิทธิผลของยา, มิติที่ 3 คือ ผลกระทบของการใช้ยาและอาการข้างเคียง, มิติที่ 4 คือ ผลกระทบทางด้านจิตใจของการใช้ยา, มิติที่ 5 คือ ความสะดวกของการใช้ยา, มิติที่ 6 คือ การมียาให้ใช้และการเข้าถึงการใช้ยา, มิติที่ 7 คือ ความสัมพันธ์ทางการรักษา, และ มิติที่ 8 คือ คุณภาพชีวิตการใช้ยาโดยรวม

* p < .05; ** p < .01

การที่ต้องพึ่งพิงการใช้ยาไปเป็นเวลานานจึงเป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คนที่อายุน้อยกว่ามีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าถึง 5 มิติที่ต่ำกว่าคนที่มีอายุมากกว่า ได้แก่ มิติผลกระทบของการใช้ยาและอาการข้างเคียง มิติผลกระทบทางด้านจิตใจของการใช้ยา มิติความสะดวกของการใช้ยา มิติการมียาให้ใช้และการเข้าถึงการใช้ยา และคุณภาพชีวิตการใช้ยาโดยรวม สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ¹² ด้วยเครื่องมือ PROMPT-QoL เหตุผลอาจมาจากคนที่มีอายุน้อยกว่ามีโอกาสพบอาการข้างเคียงจากยารักษาซึมเศร้ามากกว่า ทำให้มีความวิตกกังวลในการใช้ยามากกว่า รวมทั้งอาจทำให้มีค่าใช้จ่ายทางยาที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้เพศหญิงยังได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจของ

การใช้ยามากกว่าเพศชาย เหตุผลอาจมาจากความแตกต่างด้านสรีระ ฮอโมน และการตอบสนองด้านอารมณ์ระหว่างเพศชายและเพศหญิง

ผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงได้รับข้อมูลที่ดีกว่าและมีการเข้าถึงการใช้ยาที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำกว่า เหตุผลอาจเนื่องมาจากคนที่มีการศึกษาที่ดีกว่ามักสอบถามข้อมูลและโรคจากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อไม่ได้รับข้อมูลหรือไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคและการใช้ยา นอกจากนี้ ระดับการศึกษาสูงมักสัมพันธ์กับรายได้สูง อาจทำให้ข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่ายด้านยาและการเดินทางน้อยกว่า เข้าถึงการรักษาได้ง่ายกว่าคนที่มีภาระทางการเงิน หรือมีรายได้ไม่พอจ่ายรายจ่าย

ผู้ป่วยที่ใช้ยาหลายชนิดมากกว่ามีโอกาสดังได้รับผลกระทบจากการใช้ยาและอาการข้างเคียงมากกว่าผู้ป่วยที่จำนวนชนิดยาน้อยกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ¹² นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยามีคะแนนใน 4 มิติของเครื่องมือ PROMPT ต่ำกว่าคนที่ไม่มีอาการข้างเคียง 4 ได้แก่ มิติความพึงพอใจต่อประสิทธิภาพของยา มิติผลกระทบของการใช้ยาและอาการข้างเคียง มิติผลกระทบทางด้านจิตใจของการใช้ยา และมิติคุณภาพชีวิตการใช้ยาโดยรวม คล้ายกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยามีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่า¹⁵

ผู้ป่วยที่มีการควบคุมโรคที่ดีกว่ามีความพึงพอใจต่อประสิทธิภาพของการใช้ยามากกว่า มีความสัมพันธ์ทางด้านการรักษาที่ดีกว่า และมีคุณภาพชีวิตการใช้ยาโดยรวมที่ดีกว่ากลุ่มที่มีการควบคุมโรคไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ¹² และมีเพียงระยะเวลาของการเป็นโรคที่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนทั้ง 8 มิติของเครื่องมือ PROMPT

ผลการศึกษานี้ทำให้ทราบถึงความต้องการทางด้านข้อมูลยา คุณภาพชีวิตการใช้ยา และปัญหาการใช้ยาจากมุมมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมทั้งปัจจัยด้านคลินิกที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า ได้แก่ จำนวนชนิดยาที่ใช้ต่อวัน อาการข้างเคียงจากยา และระดับการควบคุมโรคซึมเศร้า เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาล และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และภาระทางการเงิน เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ตระหนักถึงกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการมีคุณภาพชีวิตการใช้ยาที่ไม่ดี ข้อจำกัดของการศึกษาคือ 1) เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลเฉพาะทางซึ่งอาจมีลักษณะของผู้มารับบริการและการให้บริการแตกต่างจากโรงพยาบาลอื่น ๆ 2) ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง ซึ่งอาจมีอคติในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง 3) มีขนาดตัวอย่างไม่มาก อาจไม่เพียงพอในการพบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการใช้ยาในแต่ละมิติกับบางตัวแปรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 4) การศึกษานี้ไม่ได้ควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อ

คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า เช่น การมีโรคร่วมและการใช้ยารักษาโรคร่วมอื่น ๆ

สรุป

คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาจากเครื่องมือ patient-reported outcomes measure of pharmaceutical therapy (PROMPT) พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงดี โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาได้แก่ ผู้ป่วยอายุน้อย เพศหญิง ระดับการศึกษาต่ำ มีภาระทางการเงิน ใช้ยาหลายชนิดมากกว่ามีอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคซึมเศร้า และมีการควบคุมโรคไม่ดี ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรเน้นการให้ข้อมูลด้านการใช้ยาและการรักษาโรคแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และตระหนักถึงปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางคลินิกที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการใช้ยาที่ไม่ดีของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลศรีธัญญาที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูลวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva; 2017.
2. พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ต้นตริงสี, วรวรรณ จุฑา, อธิบ ต้นอารีย์, ปธานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย, และคณะ. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต : การสำรวจระดับชาติวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 [Prevalence of mental disorders and mental health problems: results from Thai national mental health survey 2013]. นนทบุรี: สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2559.
3. Teter CJ, Kando JC, Wells BG. Major depressive disorder. In: Dippiro JT, Talbert RL, Yee GC, Matzke GR, Wells BG, et al, editors. Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach. 8th ed. New York: McGraw-Hill; 2011. p. 1173-239.

4. Fortney JC, Pyne JM, Edlund MJ, Stecker T, Mittal D, Robinson DE, et al. Reasons for antidepressant nonadherence among veterans treated in primary care clinics. *J Clin Psychiatry*. 2011;72(6):827-34. doi:10.4088/JCP.09m05528blu.
5. Zolnoori M, Fung KW, Fontelo P, Kharrazi H, Faiola A, Wu YSS, et al. Identifying the underlying factors associated with patients' attitudes toward antidepressants: qualitative and quantitative analysis of patient drug reviews. *JMIR Ment Health*. 2018;5(4):e10726. doi:10.2196/10726.
6. Eveleigh R, Speckens A, van Weel C, Voshaar RO, Lucassen P. Patients' attitudes to discontinuing not-indicated long-term antidepressant use: barriers and facilitators. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2019;9:1-9. doi:10.1177/2045125319872344.
7. Maund E, Dewar-Haggart R, Williams S, Bowers H, Geraghty AWA, Leydon G, et al. Barriers and facilitators to discontinuing antidepressant use: A systematic review and thematic synthesis. *J Affect Disord*. 2019;245:38-62. doi:10.1016/j.jad.2018.10.107.
8. Montejo AL, Montejo L, Navarro-Cremades F. Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs. *Curr Opin Psychiatry*. 2015;28(6):418-23. doi:10.1097/YCO.000000000000198.
9. Sakthong P, Sonsa-ardjit N, Sukarnjanaset P, Munpan W, Sangthonganotai T. Development and psychometrics of a short-form pharmaceutical care-specific measure for quality of life. *Int J Clin Pharm*. 2018;40(3):642-9. doi:10.1007/s11096-018-0638-4.
10. Sakthong P, Suksanga P, Sakulbumrungsil R, Winit-Watjana W. Development of patient-reported outcomes measure of pharmaceutical therapy for quality of life (PROMPT-QoL): a novel instrument for medication management. *Res Soc Admin Pharm*. 2015;11(3):315-38. doi:10.1016/j.sapharm.2014.10.002.
11. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical care practice: the clinician's guide*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2004.
12. Sakthong P, Chinthammit C, Sukarnjanaset P, Sonsa-ardjit N, Munpan W. Psychometric properties of the patient-reported outcomes measure of pharmaceutical therapy for quality of life (PR.OMPT-QoL). *Value Health Reg Issues*. 2017;12:41-9. doi:10.1016/j.vhri.2017.02.003.
13. Nunnally JC, editors. *Psychometric Theory*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1978.
14. Neter J, Kutner MH, Nachtsheim CJ, Wasserman W. *Applied Linear Statistical Models*. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 1996.
15. Yen CF, Chen CC, Lee Y, Tang TC, Ko CH, Yen JY. Association between quality of life and self-stigma, insight, and adverse effects of medication in patients with depressive disorders. *Depress Anxiety*. 2009;26(11):1033-9. doi:10.1002/da.20413.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ภาวะออทิสซึมในเด็กปฐมวัยที่สงสัยพัฒนาการไม่สมวัยหรือออทิสซึม : การศึกษานำร่องในจังหวัดเชียงใหม่

วันรับ : 30 พฤษภาคม 2564

วันแก้ไข : 16 สิงหาคม 2564

วันตอบรับ : 17 สิงหาคม 2564

สมัย ศิริทองถาวร, พ.บ.¹ดวงกมล ตั้งวิริยะไพบูลย์, พ.บ.²กรมสุขภาพจิต¹, สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนกนครินทร์²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินภาวะออทิสซึมในเด็กปฐมวัยที่สงสัยว่ามีพัฒนาการไม่สมวัยหรือมีภาวะออทิสซึม และเปรียบเทียบอัตราการตรวจพบภาวะออทิสซึมในเด็กพัฒนาการไม่สมวัยแต่ละด้าน (ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา หรือด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม)

วิธีการ : กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กที่สงสัยว่ามีพัฒนาการไม่สมวัยหรือมีภาวะออทิสซึมจากโรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลจอมทอง และโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ที่ได้รับการประเมินพัฒนาการด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) คู่มือการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสียง (DAIM) คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) หรือเครื่องมือประเมินพัฒนาการอื่น ๆ นำกลุ่มตัวอย่างมาประเมินภาวะออทิสซึมด้วยเครื่องมือวินิจฉัยภาวะออทิสซึมในระยะเริ่มแรกสำหรับเด็กไทย (TDAS) วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบอัตราการตรวจพบภาวะออทิสซึมระหว่างกลุ่มพัฒนาการไม่สมวัยแต่ละด้านด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์หรือสถิติทดสอบที

ผล : เด็กกลุ่มตัวอย่าง 79 ราย พบภาวะออทิสซึม 71 ราย (ร้อยละ 89.9) โดยกลุ่มที่ผ่านการประเมินด้วย DSPM, DAIM, TEDA4I หรือเครื่องมืออื่น ๆ ตรวจพบภาวะออทิสซึมร้อยละ 93.0, 50.0, 66.7 และ 96.2 ตามลำดับ เด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยในด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา หรือด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคมด้านใดด้านหนึ่ง ตรวจพบภาวะออทิสซึมสูงกว่ากลุ่มที่มีพัฒนาการสมวัยในด้านดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุป : เด็กที่พบว่ามีความพัฒนาการไม่สมวัยในด้านหนึ่งด้านใดจากการประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือใด ๆ ก็ตาม ควรได้รับการประเมินต่อด้วยเครื่องมือ TDAS เพื่อการวินิจฉัยภาวะออทิสซึม ทั้งนี้ เพื่อให้เด็กมีโอกาสเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้เร็วขึ้น และพยากรณ์โรคดีขึ้น

คำสำคัญ : เครื่องมือวินิจฉัย พัฒนาการไม่สมวัย ภาวะออทิสซึม

ติดต่อผู้นิพนธ์ : ดวงกมล ตั้งวิริยะไพบูลย์; e-mail: duangkamol@dmh.mail.go.th

Original article

Assessment of autism spectrum disorder among early childhood suspected of developmental delay or autism spectrum disorder: a pilot study in Chiang Mai

Received : 30 May 2021

Revised : 16 August 2021

Accepted : 17 August 2021

Samai Sirithongthaworn, M.D.¹

Duangkamol Tangviriyapaiboon, M.D.²

Department of mental health¹

Rajanakarindra Institute of Child Development²

Abstract

Objective: To assess autism spectrum disorder (ASD) among early childhood suspected of developmental delay (DD) or ASD and to compare the rate of ASD in DD each domain (receptive language (RL), expressive language (EL), or personal and social (PS) domain).

Methods: Children suspected of DD or ASD from Nakornping hospital, Jomthong hospital, and Fang hospital in Chiang Mai, Thailand using the DSPM (developmental surveillance and promotion manual), DAIM (development assessment for prevention manual), TEDA4I (Thai early developmental assessment for intervention) or other routine developmental assessment tools were included in the study. All participants were followed assess by TDAS (Thai diagnostic autism scale). The data were analysed using descriptive statistics and chi-squared test or independent t-test.

Results: Of 79 participants, 71 (89.9%) were diagnosed with possible ASD. The ASD rate among children assessed for DD using DSPM, DAIM, TEDA4I, and other tools were 93.0%, 50.0%, 66.7%, and 96.2%, respectively. In addition, the children suspected of DD in either RL, EL, or PS domain were significantly higher rate of ASD than those without the delayed.

Conclusion: Children with suspected DD in either RL, EL, or PS domain should be followed assess for ASD using TDAS. The early detection of ASD can lead to earlier care and improve the prognosis.

Keywords: assessment tools, autism spectrum disorder, developmental delay

Corresponding author: Duangkamol Tangviriyapaiboon; e-mail: duangkamol@dmh.mail.go.th

ความรู้เดิม : การวินิจฉัยออทิสซึมในประเทศไทยใช้การวินิจฉัยโดยอ้างอิงตามเกณฑ์ของ DSM-5 และมีการใช้แบบประเมินการคัดกรองโรคออทิสซึม เช่น PDDSQ, M-CHAT แต่ยังไม่มีความพร้อมของเครื่องมือวินิจฉัยอย่างมีหลักฐาน

ความรู้ใหม่ : TDAS เป็นเครื่องมือช่วยวินิจฉัยโรคออทิสซึมสามารถใช้ในเด็กปฐมวัยที่ตรวจพบพัฒนาการล่าช้า โดยเฉพาะด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา หรือด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม ทำให้วินิจฉัยโรคออทิสซึมได้รวดเร็วขึ้น

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การบูรณาการเครื่องมือ TDAS เข้าไปใช้ในระบบการคัดกรองพัฒนาการเด็กไทย เพื่อให้เกิดการ early detection และช่วยให้เข้าถึงระบบการรักษาที่รวดเร็วขึ้น ส่งผลต่อการบำบัดรักษาและการพยากรณ์ของโรค

บทนำ

กลุ่มอาการออทิสซึม (autism spectrum disorder; ASD) เป็นความบกพร่องของพัฒนาการที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง มีลักษณะเด่นคือ มีความบกพร่องในด้านพัฒนาการด้านสังคมและการสื่อสาร รวมทั้งด้านภาษา^{1,2} จากการศึกษาในช่วงปี พ.ศ. 2557 - 2558 พบความชุกเด็กที่มีกลุ่มอาการออทิสซึมทั่วโลกในอัตรา 14.6 : 1,000 หรือ 1 : 68³ ขณะที่การสำรวจอย่างเป็นทางการของไทยในเด็กอายุ 0 - 5 ปี พ.ศ. 2547 พบสัดส่วนความชุกของภาวะออทิสซึม 1 ต่อ 1,000⁴ และเพิ่มขึ้นเป็น 6 ต่อ 1,000 ในปี พ.ศ. 2558⁵ จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2563 ประมาณการได้ว่าเด็กอายุ 2 - 5 ปี อาจพบภาวะของออทิสซึมได้ประมาณ 60,000 คน⁶ แต่เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยเด็กออทิสซึมที่เข้ารับการรักษา กลับพบว่าในภาพรวมประเทศไทยมีอัตราการเข้ารับบริการเพียงร้อยละ 30.1 เท่านั้น⁷ แสดงให้เห็นว่ามีเด็กปฐมวัยอีกจำนวนหนึ่งที่ยังไม่เข้าสู่กระบวนการรักษา

การวินิจฉัยภาวะออทิสซึมในปัจจุบันยึดตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 (diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th edition) และ ICD-10

(international classification of diseases 10th revision) ที่ใช้การประเมินทางคลินิกเป็นสำคัญ เด็กที่มีภาวะออทิสซึมมักแสดงความผิดปกติทางด้านพัฒนาการและพฤติกรรมตั้งแต่ทารก แต่อาการแสดงอาจไม่ชัดเจน จึงทำให้ถูกมองข้ามไปและไม่ได้รับการวินิจฉัย⁸ ซึ่งการวินิจฉัยภาวะออทิสซึมต้องอาศัยการสังเกตพฤติกรรมเด็กอย่างละเอียด เครื่องมือวินิจฉัยที่มีคุณภาพจะช่วยให้การวินิจฉัยทำได้แม่นยำและรวดเร็วขึ้น

เครื่องมือวินิจฉัยภาวะออทิสซึมมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายในระดับนานาชาติ คือ autism diagnostic observation second schedule (ADOS-2)⁹⁻¹¹ ซึ่งมีความเที่ยงตรงในการวินิจฉัยสูง¹² อย่างไรก็ตามเครื่องมือ ADOS-2 นั้นพัฒนาขึ้นตามบริบทของต่างประเทศ และการใช้งานต้องคำนึงถึงภาษา การอธิบาย และความเข้าใจในวัฒนธรรมท้องถิ่น ซึ่งจะมีผลถึงความแม่นยำในการวินิจฉัย^{13,14} ปัจจุบันประเทศไทยมีเครื่องมือวินิจฉัยภาวะออทิสซึมที่ได้รับลิขสิทธิ์ไม่เพียงพอต่อการใช้งานทางคลินิก¹⁴ ภาครัฐต้องลงทุนจำนวนมากในการพัฒนาบุคลากร ค่าลิขสิทธิ์เครื่องมือ และการนำเข้าเครื่องมือจากต่างประเทศ ส่วนการใช้แบบประเมินการคัดกรองโรคออทิสซึมอื่น ๆ เช่น PDDSQ หรือ M-CHAT ยังไม่มีหลักฐานที่เพียงพอ¹⁵⁻¹⁷

เครื่องมือวินิจฉัยภาวะออทิสซึมในระยะเริ่มแรกสำหรับเด็กไทย (Thai diagnostic autism scale; TDAS)¹⁸ ได้ถูกพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงเกณฑ์วินิจฉัยภาวะออทิสซึมของ DSM-5 โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อนำข้อมูลการประเมินมาใช้ประกอบการวินิจฉัยภาวะออทิสซึมในเด็กอายุ 12 - 48 เดือน เครื่องมือ TDAS นี้ ประเมินโดยสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านพัฒนาการเด็ก ผลการประเมินจะเป็นหลักฐานประกอบการวินิจฉัยของแพทย์ช่วยให้การวินิจฉัยเป็นไปอย่างแม่นยำและรวดเร็วขึ้น ช่วยลดความล่าช้าในการวินิจฉัยโรค ส่งผลให้เด็กได้รับการบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกเพื่อการพยากรณ์โรคที่ดีขึ้น¹⁹

โรงพยาบาลระดับจังหวัดหรือระดับอำเภอขนาดใหญ่ มีศักยภาพในการประเมินพัฒนาการเด็กเบื้องต้นด้วยเครื่องมือประเมินพัฒนาการที่หลากหลาย แต่เมื่อพบว่าเด็กมีพัฒนาการ

ไม่สมวัยแล้ว ยังไม่สามารถให้การวินิจฉัยแยกโรคพัฒนาการ ไม่สมวัยกับภาวะออทิสซึมได้ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาภาวะ ออทิสซึมในเด็กปฐมวัยที่สงสัยว่ามีพัฒนาการไม่สมวัยในด้าน ต่าง ๆ เช่น การเข้าใจภาษา (receptive language; RL) การใช้ ภาษา (expressive language; EL) และการช่วยเหลือตนเอง และสังคม (personal and social; PS) หรือเด็กที่สงสัยภาวะ ออทิสซึม จากการประเมินด้วยเครื่องมือพัฒนาการที่ โรงพยาบาลใช้เป็นพื้นฐาน เช่น คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริม พัฒนาการเด็กปฐมวัย (developmental surveillance and promotion manual; DSPM)²⁰ คู่มือการประเมินและส่งเสริม พัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (development assessment for prevention manual; DAIM)²¹ คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือ เด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai early developmental assessment for intervention; TEDA4I)²² และเครื่องมือ ประเมินพัฒนาการอื่น ๆ เช่นแบบประเมินพัฒนาการ (Denver developmental screening test II; DENVER – II หรือ Denver developmental screening test; DDST)²³ และ เปรียบเทียบอัตราการตรวจพบภาวะออทิสซึมในเด็กที่มี พัฒนาการไม่สมวัยแต่ละด้านและปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษานำร่องในจังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจากมี ประชากรมากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 1²⁴ และมีความพร้อม ด้านบุคลากร เพื่อพัฒนาแนวทางการใช้ TDAS ร่วมกับ เครื่องมือประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามบริบทจริงของ โรงพยาบาล ในกรณีที่ตรวจพบปัญหาพัฒนาการด้านใด ด้านหนึ่ง และขยายผลสู่ระบบการประเมินพัฒนาการเด็กใน ระดับประเทศต่อไป

วิธีการ

ประชากรตัวอย่างคือ เด็กที่เสี่ยงต่อภาวะออทิสซึม อายุ 12 - 48 เดือน ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลของจังหวัด เชียงใหม่ โดยนิยามศัพท์ของการวิจัยนี้กำหนดให้ เด็กที่เสี่ยง ต่อภาวะออทิสซึม หมายถึงเด็กที่สงสัยว่ามีพัฒนาการล่าช้า ด้านใดด้านหนึ่ง (ด้านการเข้าใจภาษา (RL) ด้านการใช้ภาษา (EL) หรือด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (PS)) หรือ สงสัยภาวะออทิสซึมจากการประเมินด้วยเครื่องมือประเมิน

พัฒนาการใด ๆ กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กที่เสี่ยงต่อภาวะ ออทิสซึมที่เข้ารับบริการจากโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ โรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาล จอมทอง และโรงพยาบาลฝาง โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ มีข้อมูล ประเมินพัฒนาการจากโรงพยาบาลต้นทางที่ครบถ้วน และ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์ คัดออกคือ เด็กที่มีประวัติลมชักและอาการเกิดขึ้นต่อเนื่อง หรือเด็กที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นและได้ยิน

กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โดยใช้สูตรของ Cochran กรณีไม่ทราบค่าสัดส่วนของประชากร กำหนดให้สัดส่วนเท่ากับ ร้อยละ 50 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 97 คน ดังนี้

$$n = \frac{Z^2 pq}{e^2} = \frac{1.96^2(0.5)(0.5)}{(0.1)^2} = 96.04$$

เมื่อ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ
 Z = ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 เท่ากับ 1.96
 e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ ยอมรับได้ เท่ากับ 0.1

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือวินิจฉัย ภาวะออทิสซึมในระยะเริ่มแรกสำหรับเด็กไทย (TDAS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดยสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต โดยอ้างอิงเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะออทิสซึมของ DSM-5 เพื่อใช้ในโรงพยาบาลตติยภูมิ สามารถประเมินโดย บุคลากรสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ ผ่านการอบรมหลักสูตร การใช้เครื่องมือฯ และได้รับใบประกาศนียบัตรรับรองจาก สถาบันฯ²⁵ เครื่องมือฯ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือส่วนที่หนึ่งเป็น แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมด้านการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ ทางสังคม การเล่น และพฤติกรรมซ้ำ ๆ จำนวน 13 ข้อ และ ส่วนที่สองเป็นแบบสัมภาษณ์ผู้ปกครองด้านพัฒนาการและ พฤติกรรมของเด็ก จำนวน 17 ข้อ ระยะเวลาที่ใช้ในการ ประเมินประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง การให้คะแนนมี 3 ระดับ คือ 0, 1 และ 2 ตามระดับความรุนแรงของอาการ หรือความถี่ของพฤติกรรมที่พบ หากเด็กมีคะแนนปัญหาด้าน ความบกพร่อง ด้านการสื่อสาร และด้านปฏิสัมพันธ์ ทางอารมณ์หรือสังคมครบ 3 หัวข้อ และมีปัญหาด้าน

พฤติกรรม ความสนใจ และกิจกรรมที่แคบจำกัดหรือเป็นแบบแผนซ้ำ ๆ อย่างน้อย 2 หัวข้อ บ่งชี้ว่าน่าจะมีภาวะออทิสซึม โดย TDAS มีความไว ความจำเพาะ และอำนาจการทำนายเท่ากับ 1.000, 0.941 และ 0.978 ตามลำดับ และมีความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินในส่วนของการสังเกตและการสัมภาษณ์ในระดับดี (สัมประสิทธิ์แคปปาเท่ากับ 0.704 และ 0.774 ตามลำดับ)¹⁸

ขั้นตอนการวิจัยเริ่มจากการรวบรวมข้อมูลเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าหรือภาวะออทิสซึมที่ได้รับการประเมินพัฒนาการด้วย DSPM, DAIM, TEDA4I หรือเครื่องมือประเมินพัฒนาการอื่น ๆ โดยบุคลากรสาธารณสุขของหน่วยงานนั้น ๆ และทบทวนข้อมูลพัฒนาการตามผลการประเมิน หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินภาวะออทิสซึมด้วยเครื่องมือ TDAS จากสหวิชาชีพที่ผ่านการอบรม โดยระยะเวลาในการประเมิน TDAS นี้ ห่างจากการประเมินพัฒนาการครั้งแรก ไม่นานเกิน 3 เดือน เด็กที่พบมีภาวะออทิสซึมหรือพัฒนาการล่าช้าจะได้รับการส่งต่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและส่งเสริมพัฒนาการที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสมต่อไป ส่วนเด็กที่ไม่พบภาวะดังกล่าวจะถูกส่งต่อเพื่อส่งเสริมพัฒนาการตามช่วงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อแสดงคุณลักษณะทั่วไป ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบเด็กที่เข้าเกณฑ์ภาวะออทิสซึมในระหว่างกลุ่มที่มีพัฒนาการล่าช้าแต่ละด้านด้วยสถิติ chi-square test และ t-test

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลนครพิงค์ เลขที่ 110/63 วันที่ 24 มีนาคม 2563

ผล

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 79 ราย ได้รับการประเมินพัฒนาการด้วย DSPM, DAIM หรือ TEDA4I ทั้งสิ้น 53 ราย (ร้อยละ 67.1%) ที่เหลือได้รับการประเมินด้วยเครื่องมืออื่น ข้อมูลทั่วไป ผลประเมินพัฒนาการแต่ละด้านแสดงดังตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการประเมินด้วย

TDAS พบเด็กที่เข้าเกณฑ์ภาวะออทิสซึมทั้งสิ้น 71 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.9

การเปรียบเทียบคุณลักษณะทั่วไประหว่างเด็กที่มีและไม่มีภาวะออทิสซึมพบว่า เด็กที่ได้รับการประเมินพัฒนาการล่าช้าด้วยเครื่องมืออื่น ๆ นอกเหนือจาก DSPM, DAIM และ TEDA4I มีอัตราการตรวจพบภาวะออทิสซึมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.2 มากกว่าเด็กกลุ่มที่ได้รับการประเมินด้วย DSPM, DAIM และ TEDA4I อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม มีอัตราการตรวจพบภาวะออทิสซึมไม่แตกต่างกัน ในขณะที่เด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยด้านการเข้าใจภาษา และการใช้ภาษา มีอัตราการตรวจพบภาวะออทิสซึมสูงกว่าเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อพิจารณาเฉพาะเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยด้านการเข้าใจภาษา การใช้ภาษา หรือการช่วยเหลือตนเองและสังคมอย่างใดอย่างหนึ่ง มีอัตราการตรวจพบภาวะออทิสซึมร้อยละ 88.5 สูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 2

วิจารณ์

การศึกษานำร่องเพื่อตรวจวินิจฉัยภาวะออทิสซึมเบื้องต้นด้วย TDAS ในเด็กปฐมวัยที่สงสัยพัฒนาการไม่สมวัยหรือสงสัยภาวะออทิสซึมจากการประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือฯ ตามบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิ พบภาวะออทิสซึมร้อยละ 89.9 โดยเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยด้านการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษามีอัตราการตรวจพบภาวะออทิสซึมสูงกว่าเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยในด้านดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยด้านการเข้าใจภาษา การใช้ภาษา หรือการช่วยเหลือตนเองและสังคมด้านใดด้านหนึ่งตรวจพบภาวะออทิสซึมสูงกว่ากลุ่มที่มีพัฒนาการสมวัยด้านใดด้านหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ไม่พบความแตกต่างในอัตราการตรวจพบภาวะออทิสซึมในเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก และกล้ามเนื้อมัดใหญ่

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 79)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	67	84.8
หญิง	12	15.2
อายุ (เดือน)		
	$\bar{X} = 33.41$; S.D. = 7.51; Min = 12; Max = 48	
สถานพยาบาล		
โรงพยาบาลนครพิงค์	34	43.0
โรงพยาบาลจอมทอง	19	24.1
โรงพยาบาลฝาง	26	32.9
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพัฒนาการ		
DSPM	43	54.4
DAIM	4	5.1
TEDA4I	6	7.6
อื่น ๆ	26	32.9
ผลการประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DPSM, DAIM หรือ TEDA4I (n = 53)		
<i>พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อขนาดใหญ่</i>		
สมวัย	28	52.8
ไม่สมวัย	25	47.2
<i>พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็ก</i>		
สมวัย	23	43.4
ไม่สมวัย	30	56.6
<i>พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา</i>		
สมวัย	3	5.7
ไม่สมวัย	50	94.3
<i>พัฒนาการด้านการใช้ภาษา</i>		
สมวัย	1	1.9
ไม่สมวัย	52	98.1
<i>พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม</i>		
สมวัย	3	49.1
ไม่สมวัย	50	50.9
<i>พัฒนาการล่าช้าในการเข้าใจภาษา การใช้ภาษาหรือการช่วยเหลือตนเองและสังคม อย่างใดอย่างหนึ่ง</i>		
ไม่มีความเสี่ยง	1	1.9
มีความเสี่ยง	52	98.1
ผลการประเมินภาวะออทิสซึมด้วย TDAS		
ไม่มีภาวะออทิสซึม	8	10.1
มีภาวะออทิสซึม	71	89.9

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่มีพัฒนาการล่าช้าในด้านต่าง ๆ กับการตรวจพบภาวะออทิสซึม

คุณลักษณะ	ไม่มีภาวะออทิสซึม (n = 8)		มีภาวะออทิสซึม (n = 71)		p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.42 ^a
ชาย	6	9.0	61	91.0	
หญิง	2	16.7	10	83.3	
อายุ (เดือน)					.60 ^b
	$\bar{X} = 34.75$		$\bar{X} = 33.25$		
	S.D. = 9.7		S.D. = 7.3		
สถานพยาบาล					< .01 ^a
โรงพยาบาลนครพิงค์	0	0.0	34	100.0	
โรงพยาบาลจอมทอง	7	36.8	12	63.2	
โรงพยาบาลฝาง	1	3.8	25	96.2	
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพัฒนาการ					.01 ^a
DSPM	3	7.0	40	93.0	
DAIM	2	50.0	2	50.0	
TEDA4I	2	33.3	4	66.7	
อื่น ๆ	1	3.8	25	96.2	
ผลการประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM, DAIM หรือ TEDA4I (n = 53)					
พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่					.17 ^a
สมวัย	2	7.1	26	92.9	
ไม่สมวัย	5	20.0	20	80.0	
พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก					.98 ^a
สมวัย	3	13.0	20	87.0	
ไม่สมวัย	4	13.3	26	86.7	
พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา					.01 ^a
สมวัย	2	66.7	1	33.3	
ไม่สมวัย	5	10.0	45	90.0	
พัฒนาการด้านการใช้ภาษา					.01 ^a
สมวัย	1	100.0	0	0.0	
ไม่สมวัย	6	11.5	46	88.5	
พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม					.73 ^a
สมวัย	3	11.5	23	88.5	
ไม่สมวัย	4	14.8	23	85.2	
พัฒนาการล่าช้าในการเข้าใจภาษา การใช้ภาษา หรือการช่วยเหลือตนเองและสังคมอย่างใดอย่างหนึ่ง					.01 ^a
ไม่มีความเสี่ยง	1	100.0	0	0.0	
มีความเสี่ยง	6	11.5	46	88.5	

^a การเปรียบเทียบสัดส่วนด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์^b การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติทดสอบที

เด็กปฐมวัยที่ตรวจพบพัฒนาการล่าช้า หากสงสัยภาวะออทิสซึม จะได้รับการส่งต่อเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ร่วมกับการตรวจประเมินอื่น ๆ เพิ่มเติม แต่เนื่องด้วยทรัพยากรที่จำกัดของระบบบริการ ทำให้ผู้ป่วยอาจได้รับการวินิจฉัยและเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่ล่าช้า ส่งผลต่อพยากรณ์ของโรค เครื่องมือ autism diagnostic observation schedule (ADOS) เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ใช้ในการวินิจฉัยภาวะออทิสซึมในเด็กที่มีอายุน้อยได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อเทียบกับเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV⁹ แต่เครื่องมือค่อนข้างซับซ้อนและการประเมินจำเป็นต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของบุคลากรหลายสาขาร่วมกัน มีข้อสังเกตว่า ADOS ได้รับการพัฒนาตามบริบทของต่างประเทศและยังไม่มี การแปลและปรับตามบริบทของไทย ข้อคำถามบางข้อเข้าใจได้ยาก อาจเกิดข้อผิดพลาดในการประเมินและแปลผลได้¹⁴

เครื่องมือ TDAS ได้พัฒนาขึ้นเพื่อวินิจฉัยภาวะออทิสซึมในระยะเริ่มแรกที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย โดยอ้างอิงตามเกณฑ์วินิจฉัยภาวะออทิสซึมของ DSM-5 การประเมินมีทั้งการสังเกตพฤติกรรมเด็กและสัมภาษณ์ผู้ปกครอง สามารถประเมินได้โดยสหวิชาชีพที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านพัฒนาการเด็กและผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือฯ มีความสอดคล้องของข้อคำถามทั้งในส่วนของการสังเกตและการสัมภาษณ์ในระดับดี และมีค่าความสอดคล้องของการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-5 ความไว และความจำเพาะในระดับดีมาก¹⁸ การนำ TDAS ไปใช้ร่วมกับเครื่องมือประเมินพัฒนาการอื่น ๆ ของโรงพยาบาล พบว่า TDAS ช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับแพทย์ในการวินิจฉัยเด็กออทิสซึม โดยเฉพาะแพทย์ที่ไม่ได้เชี่ยวชาญเฉพาะทางหรือมีประสบการณ์น้อย สามารถช่วยลดความผิดพลาดในการวินิจฉัยได้ นอกจากนี้เด็กที่ตรวจพบภาวะออทิสซึมจาก TDAS แต่เป็นกลุ่มที่อาการน้อยหรือกลุ่มเด็กที่มีความกำกึ่งที่จะวินิจฉัยภาวะออทิสซึม ผู้ปกครองส่วนใหญ่ยังไม่ยอมรับผลการวินิจฉัย การใช้ TDAS ช่วยให้ผู้ปกครองยอมรับปัญหาพัฒนาการเบื้องต้นและเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้เร็วขึ้น จึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการประเมินภาวะออทิสซึมในเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าได้ โดยเฉพาะเด็กที่มีพัฒนาการ

ไม่สมวัยด้านการเข้าใจภาษา การใช้ภาษา หรือการช่วยเหลือตนเองและสังคม

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ ขนาดตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อยกว่าที่คำนวณไว้ เนื่องด้วยระยะเวลาที่จำกัด การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น จากหลายพื้นที่ทั่วประเทศ รวมทั้งมีกระบวนการติดตามประเมินผล ทั้งนี้ เพื่อเป็นบทเรียนรู้ในการจัดการเชิงระบบต่อไป

สรุป

เด็กปฐมวัยที่ได้รับการประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือประเมินพัฒนาการใด ๆ อาทิ DSPM, DAIM หรือ TEDA4I แล้วพบว่ามีการพัฒนาการไม่สมวัย โดยเฉพาะในด้านการเข้าใจภาษา (RL) ด้านการใช้ภาษา (EL) หรือด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (PS) ด้านใดด้านหนึ่ง ควรได้รับการประเมินต่อด้วย TDAS เพื่อการตรวจวินิจฉัยภาวะออทิสซึม ซึ่งจะเกิดประโยชน์ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เร็วขึ้น และมีพยากรณ์โรคที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ขอขอบคุณ คณะอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการ นพ.วัลลภ ไทยเหนือ รศ.พญ.นิตยา คชภักดี พญ.ศิริพร ภัณฑุชะ และ ศ.พิเศษ พญ.เพ็ญแข ลิ้มศิลา

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Neurodevelopmental Disorders. In: Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed. (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. นันทวัช สิริธีร์ภักดิ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปณิต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันท์เวช, พนม เกตุมาน, บรรณาธิการ. จิตเวชศิริราช DSM-5 [Siriraj Psychiatry DSM-5]. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.

3. Zablotsky B, Black LI, Maenner MJ, Schieve LA, Blumberg SJ. Estimated prevalence of autism and other developmental disabilities following questionnaire changes in the 2014 national health interview survey. *Natl Health Stat Report*. 2015; (87):1-20.
4. ศรีวรรณ พูลสรรพสิทธิ์, เบญจพร ปัญญา, ดุสิตา ลิขนะพิชิตกุล, ประยุกต์ เสรีเสถียร, วรารณ จุฑา. การศึกษาภาวะออทิสซึมในประเทศไทยและการดูแลรักษาแบบบูรณาการในระดับประเทศ [Holistic care for Thai autism]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2548;13(1):10-6.
5. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2553 [Department of mental health annual report fiscal year 2010]. นนทบุรี: กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต; 2553.
6. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ร้อยละของผู้ป่วยโรคออทิสติกเข้าถึงบริการ [Percentage of autistic patients accessing services] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี; 2561 [สืบค้นเมื่อวันที่ 16 ก.ค. 2561]. จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/formatg.php&cat_id=ea11bc4bbf333b78e6f53a-26f7ab6c89&id=e959959205e37be069751dbbe9937802
7. Fombonne E. Epidemiology of pervasive development disorder. *Pediatr Res* 2009; 65(6):591-8. doi:10.1203/PDR.0b013e31819e7203.
8. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva; 1992.
9. ดวงกมล ตั้งวิริยะไพบูลย์, นพวรรณ บัวทอง, เสาวรส แก้วหิรัญ. การใช้เครื่องมือ Autism Diagnostic Observation Schedule ในการวินิจฉัยภาวะออทิสติก ณ สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนรินทร์ [Diagnostic utility of the autism diagnostic observation schedule (ADOS) for children with autism spectrum disorder at Rajanagarindra institute of child development]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2550;52(2):181-93.
10. Fedele A, Abbacchi A, Kanne SM. Comparison of ADOS to ADOS-2 diagnostic classifications within the autism treatment network. Minneapolis: Autism Treatment Network; 2013.
11. Luyster R, Gotham K, Guthrie W, Coffing M, Petrak R, Pierce K, et al. The autism diagnostic observation schedule-toddler module: a new module of a standardized diagnostic measure for autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. 2009;39(9):1305-20. doi:10.1007/s10803-009-0746-z.
12. Center for Autism and the Developing Brain. Autism diagnostic observation schedule (ADOS-2). 2nd ed. New York: New York-Presbyterian Hospital; 2013.
13. Wang W, Lee H, Fetzer SJ. Challenges and strategies of instrument translation. *West J Nurs Res*. 2006;28(3):310-21. doi:10.1177/0193945905284712.
14. ชลทิพย์ กรัยวิเชียร. แบบคัดกรองกลุ่มอาการออทิสซึมในเด็กอายุไม่เกิน 2 ปี [Autism spectrum screening questionnaire for children under 2 years old]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2557;22(1):1-10.
15. ชาญวิทย์ พรนภดล, อำไพ ทองเงิน, อภิรัตน์ เกวลิณ, เดือนฉาย แสงรัตนายนต์. การพัฒนาแบบคัดกรองโรคในกลุ่ม pervasive developmental disorders [Development of the pervasive developmental disorders screening questionnaires]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2545;47(2):75-96.
16. เบญจพร ปัญญา. ความตรงของแบบคัดกรองกลุ่มอาการออทิสซึม [The validation of the pervasive developmental disorders screening instrument]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2553;18(1):36-44.
17. พันธวไล พินทุนนท์, วีระศักดิ์ ชลไชยะ, จันทจิตา พุฒานานนท์. การคัดกรองโรคออทิสติกด้วยเครื่องมือคัดกรอง M-CHAT และ CHAT ส่วน B ในเด็กที่มีพัฒนาการทางภาษาล่าช้า [Screening Thai children who have delayed language development with M-CHAT (A Modified Checklist for Autism in Toddlers) and CHAT (Checklist for Autism in Toddlers)]. *วารสารกุมารเวชศาสตร์*. 2552;48(3):221-9.

18. สมัย ศิริทองถาวร, ดวงกมล ตั้งวีริยะไพบูลย์, นพวรรณ บัวทอง, อมรา ธนศุภรัตนา, ชญาณิชฐ์ อนันตวรรงค์, เสาวรส แก้วหิรัญ, และคณะ. รายงานผลการวิจัยโครงการวิจัยการพัฒนาเครื่องมือวินิจฉัยภาวะออทิสซึมในระยะเริ่มแรกสำหรับเด็กไทย [Report of the research project on the development of early diagnosis tools for autism for Thai children]. นนทบุรี: รายงานผลการวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2561.
19. ดวงกมล ตั้งวีริยะไพบูลย์. ผลของโปรแกรมการรักษาแบบเข้มข้นต่อระดับสติปัญญาในเด็กกลุ่มออทิสติก [Effect of early intensive intervention program in children with autistic spectrum disorders on IQ outcome]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2556;21(2):121-30.
20. สมัย ศิริทองถาวร. การพัฒนาคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย [The development of developmental surveillance and promotion manual; DSPM]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2561;63(1):3-12.
21. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง [Developmental assessment for intervention manual (DAIM)]. เชียงใหม่: สยามพิมพ์ นานา; 2558.
22. สมัย ศิริทองถาวร, อัมพร เบญจพลพิทักษ์, นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช. คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ [Thai early developmental assessment for intervention: TEDA4]. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
23. สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย. คู่มือมาตรฐานการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกสำหรับเด็กและวัยรุ่น (เล่ม 2) [Manual of clinical psychological diagnostic standards for children and adolescents (volume 2)]. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริกัณฑ์ออฟเซ็ท; 2557. น. 25-100.
24. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะ ขนาดและโครงสร้างของประชากรตามอายุและเพศ [Demographic statistics population and housing population size and structure by age and gender] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 2 ก.พ. 2563]. จาก: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>
25. สถาบันพัฒนาการเด็กกราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต. คู่มือการใช้เครื่องมือวินิจฉัยภาวะออทิสซึมในระยะเริ่มแรกสำหรับเด็กไทย [Thai diagnostic autism scale: TDAS]. เชียงใหม่: บริษัท สยามพิมพ์นานา จำกัด; 2560. น. 9.
26. Russell G, Steer C, Golding J. Social and demographic factors that influence the diagnosis of autistic spectrum disorders. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2011;46(12):1283-93. doi:10.1007/s00127-010-0294-z.

ปกิณกะ

ผลกระทบของเพศภาวะต่อสุขภาพจิตและแนวคิดเพศภาวะ กำหนดนโยบายสุขภาพจิต

วันรับ : 20 มกราคม 2564
วันแก้ไข : 27 กรกฎาคม 2564
วันตอบรับ : 13 สิงหาคม 2564

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, พร.ด.¹, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, พ.บ.²
ศูนย์ประสานงานองค์การอนามัยโลกด้านการวิจัยและฝึกอบรมเพศภาวะและสุขภาพสตรี
มหาวิทยาลัยขอนแก่น¹
กรมสุขภาพจิต²

บทคัดย่อ

เพศภาวะเป็นหนึ่งในปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต การพัฒนาแนวปฏิบัติและนโยบายสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะได้มีการดำเนินการแล้วในหลายประเทศ บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์ที่บ่งชี้ผลกระทบของเพศภาวะที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตในบุคคลทุกเพศภาวะ ตัวอย่างนโยบายสุขภาพจิตที่ใช้วิถีเพศภาวะแนวทางการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ และข้อเสนอการพัฒนานโยบายสุขภาพจิตที่คำนึงถึงเพศภาวะ เอกสารที่นำมาทบทวนประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และการบูรณาการมโนทัศน์เพศภาวะกับงานสุขภาพจิตทั้งในและต่างประเทศ สรุปข้อเสนอการพัฒนานโยบายสุขภาพจิตที่คำนึงถึงเพศภาวะ ดังนี้ 1) ควรมีการจัดตั้งคณะทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตระดับชาติที่นำกรอบแนวคิดเพศภาวะมาบูรณาการกับงานสุขภาพจิตในทุกระดับ 2) สนับสนุนการวิจัยด้านสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะตามบริบทไทย 3) พัฒนาฐานข้อมูลสุขภาพจิตที่ตระหนักและให้ทางเลือกในการระบุเพศภาวะ และ 4) บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตควรมีความรู้รอบรู้ในประเด็นเพศภาวะและได้รับการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ

คำสำคัญ : นโยบาย ปัจจัยกำหนดสุขภาพจิต เพศภาวะ สุขภาพจิต

ติดต่อผู้นิพนธ์ : สมพร รุ่งเรืองกลกิจ; e-mail: somrun@kku.ac.th

Miscellany

The impact of gender on mental health and concepts of gender approach mental health policy

Received : 20 January 2021

Revised : 27 July 2021

Accepted : 13 August 2021

Somporn Rungreangkulkij, Ph.D.¹

Phunnapa Kittirattanapaiboon, M.D.²

WHO CC Research and Training on Gender and Women's Health, Khon Kaen University¹

Department of Mental Health²

Abstract

Gender is one of social determinants of mental health. The gender sensitive concepts have been incorporated in mental health care guidelines and policies in many countries. The objectives of this article are 1) to provide evidences of gender impacts on mental health problems in individuals of all genders and 2) to review gender-sensitive mental health care guidelines and policy from national and international experiences. Systematic reviews, national policy, and reports on gender-sensitive mental health were reviewed. In summary, the development of gender approach mental health policy should consider; 1) appoint the national mental health working group focusing on gender approach to support policy advocacy, 2) support gender-sensitive mental health research in Thai context, 3) respect the gender identity and provide optional gender specific information in mental health care databases and 4) promote gender literacy and capacity building for mental health personnel in gender-sensitive aspects for mental health cares.

Keywords: gender, mental health, mental health determinant, policy

Corresponding author: Somporn Rungreangkulkij; e-mail: somrun@kku.ac.th

ความรู้เดิม : นโยบายและรูปแบบการส่งเสริมป้องกันและการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตแต่เดิมเน้นกรอบคิดทางการแพทย์เป็นหลัก

ความรู้ใหม่ : เพศภาวะเป็นปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิตที่เพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ข้อเสนอการพัฒนานโยบายและแนวทางการจัดบริการสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ จะตอบสนองตรงความต้องการและตามปัญหาของบุคคลในเพศภาวะที่แตกต่างได้

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ความรอบรู้ในเพศภาวะกับสุขภาพจิตจะช่วยผลักดันนโยบายและแนวทางการจัดบริการสุขภาพจิตที่คำนึงถึงเพศภาวะที่ประสิทธิภาพ

บทนำ

เพศภาวะ (gender) เป็นประเด็นที่ทั่วโลกให้ความสนใจทั้งต่อปัญหาสังคมและปัญหาสุขภาพ เพศภาวะเป็นหนึ่งในปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและสุขภาพจิต องค์การอนามัยโลกได้เรียกร้องให้มีการบูรณาการเพศภาวะในการกำหนดนโยบาย การออกแบบบริการสุขภาพที่รวมถึงสุขภาพจิตและจิตเวช และในหลายประเทศได้มีการดำเนินการพัฒนาข้อเสนอแนะการออกแบบนโยบายและแนวปฏิบัติด้านการป้องกันและดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ ส่วนประเทศไทยยังไม่พบการบูรณาการมนทัศน์เพศภาวะ (gender mainstreaming) ในงานสุขภาพจิตที่ชัดเจน บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์

เพื่อเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์ที่บ่งชี้ผลกระทบต่อสุขภาพจิตของเพศภาวะที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตในบุคคลทุกเพศภาวะ ตัวอย่างนโยบายสุขภาพจิตที่ใช้วิธีเพศภาวะจากประสบการณ์ในต่างประเทศ แนวทางการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ และข้อเสนอนโยบายสุขภาพจิตที่คำนึงถึงเพศภาวะ โดยเนื้อหาในบทความนี้มาจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับนโยบาย มาตรการวิธีการส่งเสริมสุขภาพจิต และการจัดบริการสุขภาพจิตที่บูรณาการมนทัศน์เพศภาวะ¹

ปัญหาสุขภาพจิตในบุคคลทุกกลุ่มเพศ

หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบผู้หญิงและผู้ชายมีความชุกของโรคจิตเวชที่ต่างกัน สถิติโรคจิตเวชและความผิดปกติพฤติกรรมการใช้สารเสพติดทั่วโลกพบ ผู้หญิงเป็นโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล ความผิดปกติพฤติกรรมการกิน และโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) มากกว่าผู้ชาย ในขณะที่ผู้ชายพบความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราและใช้สารเสพติดมากกว่าผู้หญิง แต่โรคจิตเภทไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศ² (แสดงดังตารางที่ 1)

ความชุกโรคจิตเวชของประเทศไทยสอดคล้องกับต่างประเทศ จากผลการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตระดับชาติของกรมสุขภาพจิต ในคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป (ปี พ.ศ. 2556) พบความชุกโรคจิตเวชในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (one year prevalence) ในกลุ่มโรควิตกกังวล คือ

ตารางที่ 1 ความชุกโรคจิตเวชทั่วโลก²

โรคจิตเวช	ความชุกโรคจิตเวชทั่วโลก			
	ล้านคน	รวม (ร้อยละ)	ผู้ชาย (ร้อยละ)	ผู้หญิง (ร้อยละ)
โรคซึมเศร้า	264	3.4 (2.0 - 6.0)	2.7	4.1
โรควิตกกังวล	284	3.8 (2.5 - 7.0)	2.8	4.7
โรคอารมณ์สองขั้ว	46	0.6 (0.3 - 1.2)	0.5	0.6
ความผิดปกติพฤติกรรมการกิน	116	0.2 (0.1 - 1.0)	0.1	0.2
โรคจิตเภท	20	0.3 (0.2 - 0.4)	0.2	0.2
ความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรา	107	1.4 (0.5 - 5.0)	2.0	0.8
ความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด	71	0.9 (0.4 - 3.5)	1.3	0.6

ร้อยละ 3.1 (ร้อยละ 2.4 ในผู้หญิง และร้อยละ 0.8 ในผู้ชาย) กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ ร้อยละ 0.7 (ร้อยละ 0.9 ในผู้หญิง และร้อยละ 0.4 ในผู้ชาย) ความผิดปกติของการควบคุมตัวเอง ร้อยละ 1.3 (ร้อยละ 1.2 ในผู้หญิง และร้อยละ 1.4 ในผู้ชาย) ความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรา ร้อยละ 5.3 (ร้อยละ 1.0 ในผู้หญิง และร้อยละ 10.0 ในผู้ชาย) ความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด ร้อยละ 0.6 (ร้อยละ 0.3 ในผู้หญิง และร้อยละ 0.9 ในผู้ชาย) และ ประสิทธิภาพการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 0.7 (ร้อยละ 0.8 ในผู้หญิง และร้อยละ 0.5 ในผู้ชาย)³ อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบรายงานปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชระดับชาติที่แสดงถึงกลุ่มความหลากหลายทางเพศ มีการทบทวนงานวิจัยพบว่ากลุ่มหญิงรักหญิงและกะเทยมีภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่มีเพศกำเนิด (sex) เดียวกัน⁴

ความหมายของเพศ เพศภาวะ และเพศวิถี

เพศ (sex) หมายถึง คุณลักษณะทางชีวภาพและสรีรวิทยาที่บ่งชี้ความเป็นหญิงชายที่แตกต่างกัน หรือที่เรียกว่าเพศสรีระ

เพศภาวะ (gender) หรือเพศสภาพ หมายถึง บทบาท พฤติกรรม การกระทำ และคุณลักษณะของบุคคลที่สะท้อนความเป็นหญิง ชาย หรือเพศอื่น ๆ ผ่านการขัดเกลาจากสถาบันต่าง ๆ ในสังคม ทำให้หญิงชายมีความแตกต่างกัน แม้ว่าในสังคมไทยส่วนใหญ่ยึดตามระบบเพศแบบทวิภาค (binary) คือ เพศหญิงและเพศชาย แต่ในความเป็นจริงมีกลุ่มบุคคลที่ไม่ได้ยินดีหรือไม่ต้องการปฏิบัติตามเพศภาวะที่สังคมกำหนดให้เป็นไปตามเพศสรีระ ตัวอย่างเช่น เลสเบี้ยน เกย์ ไบเซ็กชวล คนข้ามเพศ หรือคนเพศกำกวม (lesbian, gay, bisexual, transgender, intersex; LGBTI) เพศภาวะจึงมีความหมายมากกว่าความเป็นชายและความเป็นหญิง และด้วยระบบเพศแบบทวิภาคนี้ทำให้นักกลุ่มนี้ถูกกีดกันออกจากบรรทัดฐานของสังคมกลายเป็นคนกลุ่มน้อยทางเพศและเพศภาวะ (sexual and gender minority)¹

เพศวิถี (sexuality) เป็นส่วนหนึ่งของเพศภาวะ ในมิติวิถีชีวิตทางเพศของบุคคลในด้านที่เกี่ยวกับความรู้สึกหรือพึงพอใจในทางเพศ การมีคู่ (หรือไม่มีคู่) การเลือกมี

ความสัมพันธ์ทางเพศหรือมีคู่กับบุคคลเพศใด (รักต่างเพศ รักเพศเดียวกัน รักสองเพศ หรือรักแบบไม่กำหนดเพศตายตัว เป็นต้น)⁵ สังคมไทยส่วนใหญ่กำหนดเพศวิถีแบบคนรักต่างเพศ ทำให้เกิดความคิดความเชื่อที่ว่า เพศวิถีแบบรักต่างเพศ (heterosexual) เป็นสิ่ง “ปกติ” และ “เป็นธรรมชาติ” และกลุ่มคนที่มิใช่เพศวิถีแบบอื่นนอกเหนือจากรักต่างเพศ หรือกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ ถูกกีดกัน หรือถูกเลือกปฏิบัติ

ความแตกต่างทางเพศภาวะกับปัญหาสุขภาพจิต

ปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตอันเนื่องมาจากเพศภาวะ มีสาเหตุมาจาก^{1,4}

1) ความไม่เสมอภาคทางเพศภาวะ (gender inequality) ในสังคมแบบชายเป็นใหญ่ (patriarchy) ผู้ชายมีอำนาจและมีโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรมากกว่าผู้หญิง

2) ความคาดหวังทางเพศภาวะ (gender expectations) ซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่ยังเป็นเด็กหญิงเด็กชาย เด็กผู้ชายต้องเข้มแข็ง ไม่แสดงความอ่อนแอ ในขณะที่เด็กผู้หญิงต้องเอาอกเอาใจคนรอบข้าง ยอมตาม ประนีประนอม เป็นต้น

3) การได้รับประสบการณ์ชีวิตในทางลบ ความรุนแรงอันเนื่องมาจากเพศภาวะที่ส่งผลให้เด็กผู้ชายมักได้รับความรุนแรงทางร่างกายมากกว่า ในขณะที่เด็กผู้หญิงถูกล่วงละเมิดทางเพศมากกว่า

4) การยึดติดกับบรรทัดฐานทางเพศภาวะอย่างเหนียวแน่น เช่น ผู้หญิงถูกคาดหวังให้เป็นผู้ดูแล ส่วนผู้ชายถูกคาดหวังให้เป็นคนหาเลี้ยงครอบครัว เป็นต้น

ปัญหาสุขภาพจิตในผู้หญิง รากเหง้าของปัญหาสุขภาพจิตในผู้หญิงคือ ความไม่เสมอภาคทางเพศภาวะ ผู้หญิงส่วนใหญ่ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง เพราะงานบ้านเป็นงานที่ไม่มีรายได้ จึงต้องพึ่งพารายได้จากสามี หรือหากทำงานมีรายได้ มักจะได้รับค่าตอบแทนน้อยกว่าผู้ชาย แต่มีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานกว่าและมีชั่วโมงการพักผ่อนน้อย เพราะนอกจากงานนอกบ้านแล้วยังต้องรับผิดชอบงานในบ้าน รับผิดชอบเลี้ยงดูบุตรและสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยหรือผู้สูงอายุ ซึ่งงานเหล่านี้มักไม่ได้รับการให้คุณค่าเนื่องจากถูก

กำหนดจากเพศภาวะว่าเป็นหน้าที่ที่พึงกระทำ ผู้หญิงมักนึกถึงความต้องการของคนอื่นมากกว่าตัวเอง ไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง ถูกคาดหวังต้องอดทนเพื่อลูก ทั้งหมดนี้เป็นเหตุให้เกิดความเครียดเรื้อรัง และยังมีความเสี่ยงจากความรุนแรงในชีวิตคู่ หากผู้ชายใช้โอกาสการเป็นผู้มีอำนาจเหนือกว่า กระทำรุนแรงทางร่างกาย ทางจิตใจ หรือทางเพศ นอกจากนี้เด็กผู้หญิงยังมีความเสี่ยงต่อการถูกล่วงละเมิดทางเพศจากบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด และมักถูกล่วงละเมิดทางเพศซ้ำ ๆ ซึ่งประสบการณ์รุนแรงในวัยเด็ก (adverse childhood experiences) ที่รวมถึงประวัติถูกล่วงละเมิดทางเพศหรือได้รับความรุนแรงนี้ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder) และฆ่าตัวตาย⁶⁻¹⁰

ปัญหาสุขภาพจิตในผู้ชาย รากเหง้าของปัญหาสุขภาพจิตในผู้ชายคือ การยึดติดอยู่กับกรอบความเป็นชาย (masculinity) ผู้ชายถูกคาดหวังว่าต้องประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน เป็นผู้นำครอบครัว ทหารายได้ให้เพียงพอ ค่าใช้จ่ายในครอบครัว ต้องเก่ง พึ่งตัวเอง ไม่แสดงความอ่อนแอ ไม่ว่าจะเป็ทางอารมณ์ คำพูด หรือพฤติกรรม ต้องมีความเข้มแข็ง ส่งผลให้ผู้ชายที่ไม่ประสบความสำเร็จตามที่ ถูกคาดหวังเกิดความเครียดเรื้อรัง นำไปสู่ความเสี่ยงต่อการติดสุราหรือสารเสพติด จนไปถึงขั้นรุนแรงคือฆ่าตัวตายได้ เด็กผู้ชายมีความเสี่ยงต่อการถูกกระทำ ความรุนแรงทางร่างกาย จากบุคคลในครอบครัว และด้วยการขัดเกลาทางเพศภาวะที่คาดหวังให้ผู้ชายต้องอดทน ไม่แสดงอารมณ์อ่อนแอ ทำให้ผู้ชายไม่ตระหนักเมื่อตนเกิดปัญหาสุขภาพจิตขึ้น ไม่สามารถสื่อสารการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ และใช้รูปแบบการจัดการความเครียดทางพฤติกรรมเสี่ยงแทน เช่น ดื่มสุรา ใช้สารเสพติด และความรุนแรง รวมทั้งไม่แสวงหาการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต เพราะเชื่อว่าการขอความช่วยเหลือเป็นพฤติกรรมที่ขัดแย้งกับความเป็นชาย^{6,11,12}

ปัญหาสุขภาพจิตในผู้มีความหลากหลายทางเพศ หรือที่เรียกกันว่าคนกลุ่มน้อยทางเพศ (gender minority) เนื่องจากความกดดันจากการที่มีวิถีทางเพศที่แตกต่างไปจากบรรทัดฐานเพศภาวะที่สังคมกำหนด ทำให้เกิดความขัดแย้งใน

จิตใจระหว่างความต้องการที่แท้จริงของตนกับบรรทัดฐานทางสังคม และมีความเสี่ยงจากการได้รับความรุนแรงทั้งจากครอบครัว โรงเรียน ถูกล้อเลียน (bully) ถูกกีดกัน เลือกปฏิบัติ ถูกตีตราจากสังคม ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้หลากหลายทางเพศจะรุนแรงมากกว่า เช่น โรคซึมเศร้า บาดแผลทางจิตติดสุราหรือสารเสพติด และฆ่าตัวตาย¹³⁻¹⁶

อย่างไรก็ตาม ปัจจัยด้านอื่น ๆ พบมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มบุคคลเพศภาวะต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน เช่นกัน เช่น ความยากจน ระดับการศึกษาน้อย สถานะทางสังคมต่ำ การถูกตีตรา ความพิการ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้เกิดความแตกต่างภายในกลุ่มเพศภาวะ และหากบุคคลมีหลาย ๆ ปัจจัยทับซ้อนกัน จะยิ่งส่งผลให้มีความต้องการที่ซับซ้อนมากขึ้น ในขณะที่บุคคลที่อยู่ในกลุ่มเพศภาวะเดียวกันที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ การศึกษาสูง มีตำแหน่งหน้าที่ ได้รับการยอมรับในสังคม อาจได้รับผลกระทบที่น้อยกว่าได้

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่มีความเฉพาะทางเพศภาวะ

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ เป็นการใช้วิถีเพศภาวะซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยสังคม กำหนดสุขภาพจิตเป็นกรอบในการทำงาน โดยมีเป้าหมายเปลี่ยนแปลงให้สังคมมีความเสมอภาคทางเพศภาวะ มีความยืดหยุ่นต่อความคิดความเชื่อ และการปฏิบัติตามกรอบเพศภาวะ มีความเข้าใจในเพศวิถีที่มีความหลากหลาย ด้วยการทำงานร่วมกับชุมชน องค์กร และสถาบันต่าง ๆ เพื่อการเปลี่ยนแปลงความคิดความเชื่อ ทศนคติ ในกรอบเพศภาวะ บางประเด็นที่นำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตผ่านช่องทางสื่อต่าง ๆ

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่คำนึงถึงเพศภาวะในผู้หญิง เช่น การปรับจากความรับผิดชอบงานบ้านตามลำพังของผู้หญิงให้เป็นกิจกรรมที่สมาชิกทุกเพศวัยสามารถช่วยกัน ได้ การรณรงค์ต่อต้านความรุนแรงในชีวิตคู่และความรุนแรงในครอบครัว การสนับสนุนให้ผู้หญิงได้รับการพัฒนาทักษะและ มีงานที่มีรายได้ เข้าถึงทรัพยากรต่าง ๆ มีโอกาสในการเป็นหัวหน้างานหรือผู้นำองค์กรที่เท่าเทียมกับเพศชาย เพื่อเป็นการฟื้นฟูพลังอำนาจและศักยภาพผู้หญิง ทำให้ผู้หญิงรู้สึกตระหนักในคุณค่าของตนเอง^{17,18}

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่ค้ำึงถึงเพศภาวะในผู้ชาย เช่น การปรับเปลี่ยนทัศนคติ ความคิด ความเชื่อ พฤติกรรม รูปแบบการใช้ชีวิตใหม่ในผู้ชาย ลดแรงกดดันตามกรอบความเป็นชาย การปรับเปลี่ยนวิธีการคลายความเครียด โดยไม่ใช้วิธีการดื่มสุรา หรือใช้สารเสพติด ซึ่งจะเป็จุดเริ่มต้นของความรุนแรงในครอบครัว และการเสพติด

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่ค้ำึงถึงเพศภาวะในผู้มีความหลากหลายทางเพศ เช่น การปรับทัศนคติให้การยอมรับความหลากหลายทางเพศในโรงเรียนกับครู ผู้ปกครอง ต่อต้านการรังแก (bully) และให้การส่งเสริมความมั่นใจกับเด็กกว่าความหลากหลายทางเพศเป็นเรื่องปกติ¹⁷

การจัดบริการสุขภาพจิตที่ค้ำึงถึงเพศภาวะในผู้หญิง

หลักการจัดบริการสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะสำหรับผู้หญิง เพื่อป้องกันกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยจิตเวช ควรมีการวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดจากการยึดติดกรอบเพศภาวะ และปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อต่อกรอบเพศภาวะให้มีความยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่นำมาสู่ความไม่เสมอภาคทางเพศภาวะ และฟื้นฟูศักยภาพผู้หญิง

ผู้หญิงที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น แม่เลี้ยงเดี่ยวที่มีรายได้น้อย หญิงสูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ผู้หญิงยากจนที่ต้องรับผิดชอบในการเลี้ยงดูลูกและดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย หรือผู้หญิงที่อยู่กับสมาชิกในครอบครัวที่ติดสุราหรือสารเสพติด เป็นต้น รูปแบบการดูแลผู้หญิงกลุ่มเสี่ยงมี 3 ระยะ ได้แก่ 1) การสัมภาษณ์ผู้หญิงเป็นรายบุคคล เพื่อให้บอกเล่าปัญหาอุปสรรคที่ทำให้ตนไปไม่ถึงเป้าหมายในชีวิต โดยเฉพาะบริบทแวดล้อมที่เป็นอุปสรรค เพื่อให้ผู้หญิงได้ทบทวนเป้าหมายในชีวิตของตน 2) สนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มสตรีในชุมชนให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความทุกข์ใจ เสริมสร้างความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม และสร้างการตระหนักรู้ถึงรากเหง้าสาเหตุของปัญหาว่า ไม่ใช่เป็นเพราะตนไร้ความสามารถ แต่เป็นจากโครงสร้างทางสังคมที่ไม่เป็นธรรมทางเพศภาวะ 3) พัฒนาสมรรถนะในการเป็นผู้นำ สนับสนุนให้ผู้หญิงมีการเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรม วางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ตนเองต้องการ สนับสนุนให้ผู้หญิงได้

มีโอกาสลงมือทำตามแผนที่วางไว้ สนับสนุนให้ผู้หญิงเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็น มีงานที่มีรายได้ทำให้ผู้หญิงได้มีโอกาสเห็นความสำเร็จของตนเอง เป็นการฟื้นฟูพลังอำนาจ ตระหนักในคุณค่าของตนเอง มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น และขยายผลการเปลี่ยนแปลงนี้ไปยังผู้หญิงคนอื่น ๆ ในชุมชน^{19,20}

การให้การปรึกษาเพื่อฟื้นฟูพลังอำนาจและศักยภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะนั้น มีเป้าหมายคือ ทำงานร่วมกับผู้หญิงให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อไปนี้ 1) ตระหนักถึงกระบวนการหล่อหลอมทางสังคมที่ส่งผลต่อความทุกข์ใจ 2) ปรับเปลี่ยนความเชื่อ มีความยืดหยุ่นต่อกรอบเพศภาวะใหม่ สนับสนุนให้ผู้หญิงมีการตระหนักรู้ถึงการหล่อหลอมทางสังคมที่มีความไม่เสมอภาคทางเพศภาวะและส่งผลกระทบต่อปัญหาที่เผชิญอยู่อย่างไร (consciousness raising) 3) ฟื้นฟูพลังอำนาจและศักยภาพ และ 4) พัฒนาทักษะใหม่ที่จำเป็นและช่วยให้ผู้หญิงมีโอกาสเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็น รวมถึงจัดบริการสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับเวลาในชีวิตประจำวันของผู้หญิง²¹

ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้หญิง เช่น โรคซึมเศร้า หรือโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ทั้งนี้เนื่องจากผู้หญิงที่มีปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่มักมีประวัติได้รับความรุนแรงในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง การดูแลช่วยเหลือควรใช้กรอบเพศภาวะและแนวคิดบาดแผลทางจิตใจ (gender and trauma model) ในการประเมินและทำเป็นพื้นฐานในทุกๆ ครั้งนี้เพราะผู้หญิงหลายคนมีความเชื่อว่าความรุนแรงจากความไม่เสมอภาคทางเพศภาวะ โดยเฉพาะความรุนแรงทางจิตใจ เป็นเรื่องผู้หญิงต้องอดทนหรือไม่ควรพูดกับใคร แม้แต่กับบุคลากรทางการแพทย์ อีกทั้งสังคมไทยยึดถือว่าเรื่องภายในครอบครัวเป็นเรื่องส่วนตัว ดังนั้น กระบวนการประเมินสุขภาพจิตในผู้หญิง ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้พูดประสบการณ์ความรุนแรงที่ได้รับ วางแผนการดูแล และจัดกิจกรรมการดูแลที่เหมาะสม เช่น การพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา การเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรม และการจัดการกับอาการกลับเป็นซ้ำของบาดแผลทางใจ²² นอกจากนี้ ผู้ให้บริการควรตระหนักในอำนาจที่ตนมีและระมัดการใช้อำนาจเหนือกว่าที่อาจเกิดขึ้นอย่างไม่ตั้งใจ เช่น

การกำหนดกฎระเบียบในการให้บริการ โดยเฉพาะระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาล และสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยหญิงรู้สึกไว้วางใจในความปลอดภัยและการได้รับการยอมรับและเคารพในสิทธิของผู้ป่วย หากจำเป็นต้องมีการผูกมัด ควรให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการผูกมัดและการดูแลระหว่างที่ผู้ป่วยถูกผูกมัด เพราะมีความเสี่ยงต่อการสร้างบาดแผลทางใจให้กับผู้ป่วยหญิงซ้ำ โดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติได้รับความรุนแรงมาก่อน และควรช่วยแก้ไขอุปสรรคที่ทำให้ผู้หญิงไม่สามารถเข้ารับบริการได้ เช่น เวลา การเดินทาง และภาระในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ เช่น การดูแลเด็กเล็ก สมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย หรือผู้สูงอายุ²³

การจัดบริการสุขภาพจิตที่คำนึงถึงเพศภาวะในผู้ชาย

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า ความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอันเนื่องมาจากเพศภาวะของผู้ชายคือ การยึดติดอยู่กับกรอบความเป็นชายที่ต้องประสบความสำเร็จ เก่ง เป็นผู้นำ แต่การพุดคุยปัญหาหรือร้องไห้เป็นการแสดงถึงความอ่อนแอ ทำให้ผู้ชายมีความเครียดเรื้อรังจากการพยายามเป็นไปตามความคาดหวังของสังคม และความเครียดนี้จะยิ่งเพิ่มมากขึ้นหากไม่ประสบความสำเร็จ อีกทั้งหากผู้ชายได้รับการประเมินว่ามีปัญหาสุขภาพจิตจะรู้สึกเหมือนถูกตีตรา เพราะถูกแปลความว่าเป็นความอ่อนแอ ผู้ชายจึงเข้าถึงบริการสุขภาพจิตน้อย

ผู้ชายที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ชายวัยทำงานที่มีปัญหาเศรษฐกิจ ผู้ชายที่ทำงานในองค์กรที่บรรยากาศแข่งขันสูงหรือมีความคาดหวังความสำเร็จในการทำงานมาก กรอบแนวคิดในการคำนึงถึงเพศภาวะในผู้ชาย คือ ผู้ชายมีการแสดงออกของปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างไปจากผู้หญิง ดังนั้น ในการประเมินปัญหาสุขภาพจิตหรือภาวะซึมเศร้า นอกจากการใช้เครื่องมือมาตรฐานทั่วไปแล้ว ควรประเมินพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น อารมณ์หงุดหงิด การดื่มสุราที่มากขึ้นกว่าเดิม หรือการใช้สารเสพติด และควรปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดความเชื่อต่อความเป็นชายให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น²⁴⁻²⁶ เช่น การจัดทำเอกสารหรือสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตที่มีโอกาสเกิดขึ้นบ่อยในผู้ชาย โดยใช้ภาษาที่เหมาะสมและสอดคล้องกับเพศภาวะ เช่น

ผู้ชายจะยอมรับกับคำว่า “ความเครียด” มากกว่าคำว่า “สุขภาพจิต หรือซึมเศร้า วิตกกังวล” ผู้ชายยอมรับคำว่า “มาหาแนวทางในการหาทางออกเพื่อแก้ปัญหา” มากกว่าการใช้คำว่า “การปรึกษาหรือมารับการช่วยเหลือ” เพราะแสดงถึงการมีความสามารถในการควบคุมตนเองได้ เป็นต้น ควรสนับสนุนให้ผู้ชายกลุ่มเสี่ยงทำกิจกรรมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับกีฬา และสนับสนุนให้สถานที่ทำงานมีการเปลี่ยนแปลงบรรยากาศลดการแข่งขัน เพิ่มบรรยากาศของการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ชาย ค้นหาความเสี่ยงโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่ขาดงานบ่อย กลุ่มที่ทำงานหนัก หรือเคร่งเครียดกับการทำงาน²⁷

ปัญหาสุขภาพจิตที่พบในผู้ชาย เช่น โรคซึมเศร้า ความคิดอยากทำร้ายตนเอง เสพติดสุราหรือสารเสพติด รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมควรใช้มุมมองด้านบวกของความเป็นชายเป็นหลัก คือมีโครงสร้างเป้าหมายที่ชัดเจน เน้นการหาทางออกด้วยการแก้ไขปัญหาที่เป็นรูปธรรมมากกว่าการกระตุ้นให้พูดระบายความรู้สึก และให้ทางเลือกผู้ป่วยหลาย ๆ ทางเพื่อให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือก และรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้ควบคุมสถานการณ์ จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่ารูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่ได้ผลดีในผู้ชายที่เป็นโรคซึมเศร้า คือ การปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรมที่บูรณาการประเด็นความเป็นชาย ส่วนการบำบัดผู้ชายที่ติดสุราหรือสารเสพติด ควรสนับสนุนส่งเสริมให้พัฒนาทักษะการตระหนักรู้อารมณ์ของตนเองและทักษะการสื่อสาร เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดกับคนในครอบครัว เปลี่ยนความเชื่อความเป็นชายที่ต้องไม่แสดงอารมณ์ ให้มีมุมมองใหม่ว่าการมีความสัมพันธ์ การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือเป็นเรื่องปกติของการเป็นมนุษย์²⁶

การจัดบริการสุขภาพจิตที่คำนึงถึงเพศภาวะในผู้มีความหลากหลายทางเพศ

ผู้มีความหลากหลายทางเพศจัดเป็นคนกลุ่มน้อยทางสังคมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต อันเนื่องมาจากมีเพศวิถีที่ไม่อยู่ในกรอบเพศภาวะดั้งเดิม มักถูกปฏิเสธต่ออัตลักษณ์ทางเพศ ได้รับแรงกดดัน ถูกเลือกปฏิบัติ ตัดสิน

ตีตราจากคนในครอบครัวและสังคม เข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้ยากเนื่องจากความกังวลต่อการถูกตีตราจากผู้ให้บริการคนอื่นและจากบุคลากรทางการแพทย์ อีกทั้งรูปแบบบริการสุขภาพจิตทั่วไปอาจไม่สอดคล้องกับความต้องการเฉพาะของบุคคลกลุ่มนี้ กรอบแนวคิดหลักในการจัดบริการที่คำนึงถึงเพศภาวะในผู้มีความหลากหลายทางเพศคือ กรอบเพศภาวะและแนวคิดความเครียดในคนกลุ่มน้อย (minority stress model)¹³⁻¹⁶ โดยให้ความเคารพและยืนยันศักดิ์ศรี รวมถึงวิถีทางเพศ อัตลักษณ์ทางเพศภาวะ และเพศภาวะของผู้มีความหลากหลายทางเพศ และช่วยให้ผู้มีความหลากหลายทางเพศและครอบครัวมีความตระหนักรู้และเข้าใจว่า ความเครียดหรือปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นนั้น มีเหตุจากการขัดเกลาทางสังคมผ่านโครงสร้างทางสถาบัน ที่ทำให้ผู้มีความหลากหลายทางเพศถูกกีดกันกลายเป็นคนกลุ่มน้อย และอัตลักษณ์ทางเพศภาวะที่ผู้มีความหลากหลายทางเพศต้องการไม่ใช่ความผิดปกติ²⁸

ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ คือ โรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย ภาวะติดสุราและใช้สารเสพติด การบำบัดทางจิตสังคมใช้หลักการแนวคิดสตรีนิยมเช่นเดียวกับผู้หญิง เพราะผู้มีความหลากหลายทางเพศมักได้รับผลกระทบจากความไม่เสมอภาคทางเพศภาวะเช่นกัน แต่มีความซับซ้อนมากกว่า ควรให้ความสำคัญต่อการยืนยันอัตลักษณ์ทางเพศของผู้ป่วย รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศคือการบูรณาการกรอบความเครียดในคนกลุ่มน้อยเข้ากับการบำบัดเพื่อปรับความคิดและพฤติกรรม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความเข้าใจว่าอาการซึมเศร้าหรือความคิดอยากตายนั้นไม่ได้เป็นเพราะตนเองผิดปกติ แต่เป็นเพราะสังคมมองกรอบเพศที่มีเพียงแบบทวิภาคคือ ชายหญิงเท่านั้น ทั้งที่เพศวิถีมีความหลากหลาย ผู้บำบัดจะสนับสนุนยืนยันว่าสิ่งที่ผู้ป่วยเลือกนั้นเป็นเรื่องปกติ มีการนำหลักการนี้ไปใช้ในการบำบัดผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศที่มีปัญหาสุขภาพจิตในรูปแบบต่าง ๆ เช่น “AFFIRM” (Affirmative cognitive behavioral coping skills intervention) หรือ PRIDE Project ทั้งในรูปแบบพบกันแบบเห็นหน้า หรือการบำบัดในรูปแบบออนไลน์ และการบำบัดร่วมกับพ่อแม่ให้เข้าใจ

ความเป็นเพศทางเลือก เช่น attached-based family therapy²⁹ เป็นต้น

การนำหลักการข้างต้นไปใช้ในทางปฏิบัติจริง บุคลากรสุขภาพจิตผู้ปฏิบัติงานจะต้องได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานหรือองค์กร จึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่หน่วยงานหรือองค์กรควรให้ความสำคัญต่อการกำหนดนโยบายที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ และสนับสนุนให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งระดับองค์กรและระดับบุคคล

บทเรียนนโยบายการจัดการบริการสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะในต่างประเทศ

เนื่องจากเพศภาวะเป็นการหล่อหลอมร่วมกันจากสถาบัน/องค์กรต่าง ๆ ในสังคม การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตจึงไม่จำกัดเฉพาะภาคีด้านสุขภาพจิตเท่านั้น ในประเทศที่มีนโยบายสุขภาพจิตที่ระดับประเทศที่อิงวิถีเพศภาวะ เช่น สหราชอาณาจักร แคนาดา และออสเตรเลีย จะมีการแต่งตั้งคณะทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตระดับชาติเฉพาะที่เน้นการบูรณาการมิติเพศภาวะ ประกอบด้วยตัวแทนจากหลากหลายวิชาชีพ หลายองค์กร ทั้งภาครัฐและเอกชน ที่มีความรู้ ความเข้าใจ และความเชี่ยวชาญด้านเพศภาวะ รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีประสบการณ์ตรงในฐานะผู้ใช้บริการร่วมเป็นคณะทำงานด้วย คณะทำงานฯ นี้ มีการแบ่งย่อยเฉพาะกลุ่มตามเพศภาวะ คือ ผู้หญิง ผู้ชาย และผู้มีความหลากหลายทางเพศ โดยมีบทบาทหน้าที่หลักในการให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ต่อรัฐบาลในการทำงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตที่ใช้วิถีเพศภาวะ ติดตามการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ และการประเมินผล³⁰⁻³⁴

นโยบายบริการสุขภาพจิตที่อิงวิถีเพศภาวะ (gender approach) มีลักษณะดังนี้

1. องค์กรควรมีวิสัยทัศน์ด้านการส่งเสริมความเสมอภาคทางเพศภาวะ
2. พัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพจิตและโรคจิตเวชระดับชาติที่ตระหนักและให้ทางเลือกในการระบุเพศภาวะ
3. สนับสนุนการวิจัยที่สนับสนุนการวิจัยด้านสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและการจัดการบริการสุขภาพจิตที่

มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและความหลากหลายในกลุ่มผู้หญิงผู้ชาย และผู้มีความหลากหลายทางเพศ เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติและนโยบายระดับประเทศ

4. ระบบบริการสุขภาพจิตทุกระดับ ควรมีรูปแบบการจัดบริการที่มีความเฉพาะทางเพศภาวะ และมีการทำงานแบบบูรณาการเชื่อมต่อกับเครือข่ายสหวิชาชีพในชุมชน

5. มีนโยบายพัฒนาบุคลากรทุกระดับให้ตระหนักและมีความรอบรู้เรื่องเพศภาวะ ความทับซ้อนทางอัตลักษณ์ และมีแนวปฏิบัติการจัดบริการสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ

6. มีนโยบายและวางแผนการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรที่จัดบริการสุขภาพจิตให้มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ

7. มีนโยบายการจัดบริการสุขภาพจิตที่มีความยืดหยุ่นเรื่องเวลา เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสำหรับกลุ่มเพศภาวะเฉพาะที่หลากหลาย

8. จัดบริการสุขภาพจิตให้ความสำคัญต่อการดูแลแบบองค์รวมและคำนึงถึงบริบทแวดล้อมของผู้ป่วยที่มีเพศภาวะต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพจิตหรือเป็นปัจจัยปกป้องส่งเสริมการมีสุขภาพจิตที่ดี

9. การดูแลผู้หญิงที่มีปัญหาสุขภาพจิต ผู้ให้บริการควรตระหนักและมีศักยภาพในการประเมินและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีบาดแผลทางใจ เพราะประวัติความรุนแรงพบได้บ่อยในผู้หญิงที่มีปัญหาสุขภาพจิต

การจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับชาติจำเป็นต้องมีหลักฐานเชิงประจักษ์ให้ชัดเจน ปัจจุบันในต่างประเทศ เช่น แคนาดา อังกฤษ และออสเตรเลีย ได้มีการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการส่งเสริมสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะแล้ว แต่ยังไม่มีการติดตามประเมินผลการทำงานบรรณกรรม พบเฉพาะตัวอย่างข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับผู้หญิงและผู้หลากหลายทางเพศ แต่ยังไม่พบข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ชัดเจนสำหรับผู้ชาย

ข้อเสนอแนะการส่งเสริมสุขภาพจิตที่มีความเฉพาะทางเพศภาวะสำหรับสตรีของประเทศแคนาดา³²

1. ยุทธศาสตร์สุขภาพจิตสตรีระดับชาติ รัฐบาลควรมีการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตสตรี ที่ประกอบไปด้วย ตัวแทนจากภาคสาธารณสุข สำนักงานอนามัยสตรี กรมส่งเสริมสุขภาพจิต กลุ่มเครือข่ายพันธมิตรผู้เจ็บป่วยทางจิต และตัวแทนกลุ่มสตรีจากแต่ละพื้นที่ เพื่อกำกับดูแลการพัฒนากลยุทธ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตสตรี ตรวจสอบติดตามการทำงาน และจัดทำข้อเสนอแนะไปยังภาครัฐที่เกี่ยวข้องเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพจิตสตรีอย่างครอบคลุม

2. ใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ สถาบันเพศภาวะสุขภาพ ประชาทวิทยาสุขภาพจิต และสถาบันการวิจัยด้านยาเสพติดของประเทศควรมีนโยบายการทำงานวิจัยแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ และใช้ข้อมูลปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้หญิงทุกช่วงวัยมากำหนดประเด็นการวิจัยที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ จัดทำฐานข้อมูลระดับชาติโดยการรวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วยทางจิตแยกตามกลุ่มเพศภาวะ ในส่วนการพัฒนาโปรแกรมและนโยบายควรใช้หลักฐานข้อมูลสุขภาพจิตสตรี และความต้องการการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตโดยคำนึงถึงความหลากหลาย

3. ประยุกต์ใช้กรอบเพศภาวะในการวิเคราะห์เพื่อประเมินนโยบายและพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิต โดยมีการดำเนินการในทุกระดับ ทั้งระดับประเทศ ภูมิภาค จังหวัด และอำเภอ รัฐบาลควรให้การสนับสนุนและมีความเป็นอิสระในแต่ละพื้นที่ในการทำงานด้านสุขภาพจิต มีการตรวจประเมินจุดแข็งและจุดอ่อนในระบบบริการด้านสุขภาพจิต และความสนใจที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละพื้นที่ที่กบระบบการทำงานเพื่อสุขภาพจิตสตรี

4. พัฒนาศูนย์ดูแลสุขภาพจิตสตรี ระบบบริการด้านสุขภาพจิตควรพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรงทางร่างกายและทางเพศ และให้การสนับสนุนและพัฒนาการทำงานด้านสุขภาพจิตแบบสหสาขาวิชาชีพที่มีการเชื่อมต่อกับชุมชน

5. พัฒนาการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้หญิง ทุกหน่วยงาน ควรให้การสนับสนุนและเพิ่มขีดความสามารถให้กับกลุ่มผู้หญิง ให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรมและนโยบาย ให้ความสำคัญมั่นใจว่ากลุ่มผู้หญิงทุกระดับมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย และยุทธศาสตร์การทำงานด้านสุขภาพจิตสตรี

นโยบายการส่งเสริมสุขภาพจิตของกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศในประเทศไทย¹⁴ มีดังนี้

1. ยกเลิกกฎหมาย นโยบาย ที่ส่งผลต่อความรุนแรงหรือกีดกันสิทธิความเท่าเทียมของกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ สนับสนุนกฎหมายและนโยบายที่ยืนยันศักดิ์ศรีเพศวิถี และเพศภาวะของกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ และให้ตัวแทนกลุ่มคนเหล่านี้มีส่วนร่วมในการออกกฎหมาย และกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้อง

2. สร้างความรู้ ความเข้าใจให้กับประชาชนทั่วไป ผ่านการรณรงค์หรือสื่อต่าง ๆ เพื่อสร้างการตระหนักรู้ถึงปัญหาที่กลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศเผชิญอันเนื่องมาจากความไม่เป็นธรรม สนับสนุนให้ชุมชนเคารพและยอมรับวิถีทางเพศ เพศภาวะ ความหลากหลาย และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของทุกคน

3. สนับสนุนให้กลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ เข้าถึงแหล่งประโยชน์ทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น การศึกษา และการจ้างงาน

4. พัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจ การศึกษา สาธารณสุข และสวัสดิการ ให้ตระหนักและมีความรอบรู้ถึงความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะเพื่อการทำงานกับกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ

5. เสริมสร้างความเข้มแข็งในชุมชนและสิ่งแวดล้อมในชุมชน ให้อยอมรับและยืนยันศักดิ์ศรีของความหลากหลายทางวิถีทางเพศและเพศภาวะ สร้างความผูกพันของกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศกับชุมชน เพื่อให้บุคคลเหล่านี้เป็นอิสระจากการถูกกดขี่หรือความรุนแรงจากผู้ที่ไม่ยอมรับ และเพื่อสร้างความรู้สึกร่วมเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน

6. พัฒนาองค์ความรู้ผ่านกระบวนการวิจัย เพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตที่มีความเฉพาะกลุ่ม และติดตามประเมินผล

ข้อเสนอการพัฒนานโยบายสุขภาพจิตที่คำนึงถึงเพศภาวะสำหรับประเทศไทย

ในปี พ.ศ. 2544 คณะรัฐมนตรีได้มีมติให้ทุกกระทรวง/ทบวง/กรม จัดตั้งศูนย์ประสานงานด้านความเสมอภาคระหว่างหญิงชาย (gender focal point; GFP) มีกิจกรรมเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจของข้าราชการต่อประเด็นเพศภาวะ ข้อเสนอปรายงานการดำเนินงานการส่งเสริมความเสมอภาคหญิงชายในระบบราชการ ประจำปี 2556 พบว่า มีการทำกิจกรรมที่เน้นการให้ความรู้ความเข้าใจอยู่บ้าง ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายภายในหน่วยงาน แต่ไม่ครบทุกกระทรวง/กรม แต่โครงการ/กิจกรรมที่ดำเนินการกับกลุ่มเป้าหมายภายนอกหน่วยงานภาครัฐหรือประชาชนมีน้อย³⁵ จากการทบทวนแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 - 2580) พบว่ากรอบแนวคิดเพศภาวะยังไม่ได้ถูกบูรณาในวิสัยทัศน์ พันธกิจและยุทธศาสตร์ เพื่อส่งเสริมความเสมอภาคทางเพศภาวะให้สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก และ Thailand 4.0 โดยยังไม่มีการระบุ คำว่า “เพศภาวะ” ไว้ และไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์การมีนโยบายบูรณาการเพศภาวะในการทำงานด้านการส่งเสริมป้องกันหรือการรักษาฟื้นฟูผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต

ข้อเสนอการพัฒนานโยบายสุขภาพจิตระดับชาติที่คำนึงถึงเพศภาวะสำหรับประเทศไทย¹ มีดังนี้

1. จัดตั้งคณะทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตระดับชาติที่นำกรอบแนวคิดเพศภาวะมาบูรณาการกับงานสุขภาพจิตในทุกระดับ เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันและการดูแลรักษาผู้มีความหลากหลายทางเพศที่มีการบูรณาการเพศภาวะและเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง เช่น กลุ่มผู้หญิงผู้ชาย และผู้มีความหลากหลายทางเพศมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ การพัฒนาการจัดบริการ และการติดตามประเมินผล

2. กำหนดให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง พัฒนาฐานข้อมูลหรือเชื่อมโยงข้อมูลให้มีการตระหนักและให้ทาง

เลือกในการระบุเพศภาวะ เช่น หญิง ชาย และผู้หลากหลายทางเพศ เพื่อใช้ประโยชน์ในวิเคราะห์และ และวางแผนการจัดบริการสุขภาพจิตที่มีความเฉพาะทางเพศภาวะ

3. มีการวางแผนติดตามประเมินผลการดำเนินการตามนโยบายสุขภาพจิตที่มีการบูรณาการเพศภาวะทั้งระดับองค์กร และกิจกรรม

4. พัฒนาหลักสูตรการบูรณาการเพศภาวะในงานสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่ออบรมบุคลากรสุขภาพจิตทุกวิชาชีพให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเพศภาวะ และสามารถออกแบบบริการที่บูรณาการเพศภาวะได้

5. สนับสนุนให้แต่ละวิชาชีพพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อน และความเฉพาะทางเพศภาวะ

6. สนับสนุนให้สถาบันการศึกษาที่รับผิดชอบผลิตบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เช่น จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด ให้มีการบูรณาการมโนทัศน์เพศภาวะไว้ในหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง

7. สนับสนุนการวิจัยด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยใช้เพศภาวะเป็นโจทย์วิจัย และนำมโนทัศน์เพศภาวะมาใช้ตลอดกระบวนการวิจัย เพื่อให้เกิดหลักฐานเชิงประจักษ์ตามบริบทของคนไทยถึงลักษณะหรือรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและการจัดบริการสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ เพื่อจัดทำเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสุขภาพจิตต่อไป

ข้อเสนอการพัฒนาระบบการจัดบริการสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะสำหรับหน่วยงาน

1. บุคลากรสุขภาพจิตของหน่วยงานควรตระหนักและมีความรอบรู้ในประเด็นเพศภาวะที่มีผลต่อการจัดบริการสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ

2. หน่วยงานควรมีการจัดทำฐานข้อมูลผู้ใช้บริการที่มีการตระหนักและให้ทางเลือกในการระบุเพศภาวะ เช่น หญิง ชาย และผู้หลากหลายทางเพศ เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์และวางแผนการจัดบริการเฉพาะ ทั้งนี้คำนึงถึงความหลากหลายในปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพอื่น ๆ

3. การจัดบริการสุขภาพจิตในผู้หญิงและผู้มีความหลากหลายทางเพศ ควรประเมินประวัติการได้รับความรุนแรงร่วมด้วยเป็นพื้นฐาน เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรงสูง และควรพร้อมให้บริการสุขภาพจิตที่มีการบูรณาการกรอบเพศภาวะและการมีบาดแผลทางใจ

4. การจัดบริการสุขภาพจิตควรมีความหลากหลายและยืดหยุ่นเรื่องเวลา เพื่อให้ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการที่มีเพศภาวะต่าง ๆ เช่น ผู้หญิงที่มีข้อจำกัดจากความรับผิดชอบงานบ้าน หรือดูแลลูก หรือไม่สามารถเดินทางด้วยตัวเองได้ ต้องใช้รถสาธารณะที่มีเวลาจำกัด เป็นต้น

5. ควรพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยการให้สุขภาพจิตศึกษาที่บูรณาการกรอบเพศภาวะและทำงานร่วมกับเครือข่ายสหวิชาชีพกับองค์กรกลุ่มต่าง ๆ ในพื้นที่ เพื่อส่งเสริมความเสมอภาคทางเพศภาวะและการมีความคิดยืดหยุ่นต่อกรอบเพศภาวะ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงต้องกระทำทั้งระดับบุคคลและสังคมที่บุคคลอยู่

สรุป

เพศภาวะเป็นหนึ่งในปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิตที่สำคัญ ปัญหาสุขภาพจิตในผู้หญิง ผู้ชาย และผู้มีความหลากหลายทางเพศ ขึ้นกับสาเหตุความแตกต่างทางเพศภาวะที่สังคมกำหนด เช่น ความไม่เสมอภาคทางเพศภาวะ ความคาดหวังทางเพศภาวะ ประสบการณ์ชีวิตในทางลบ และการยึดติดกับบรรทัดฐานสังคมทางเพศภาวะ ดังนั้น การแก้ไขปัญหาดังกล่าวควรมีการดำเนินการทั้งภาพรวม คือ นโยบายสุขภาพจิตระดับชาติที่คำนึงถึงเพศภาวะ รวมไปถึงระดับองค์กรหรือหน่วยงานที่เป็นผู้จัดบริการโดยตรง และระดับบุคคล ทั้งนี้เพื่อบุคคลที่มีเพศภาวะแตกต่าง ได้รับการสุขภาพจิตที่ตอบสนองตามความต้องการ และสังคมตระหนักและให้การยอมรับความแตกต่างในเพศภาวะ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และกรมสุขภาพจิต

เอกสารอ้างอิง

1. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. เพศภาวะกับสุขภาพจิต [Mental health and gender]. นนทบุรี: แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต; 2564.
2. Ritchie H, Roser M. Mental health. Oxford UK: Our world in data; 2018 [cited 2020 May 20]. Available from: <https://ourworldindata.org/mental-health>
3. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรพรรณ จุฑา, อธิบ ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อัจฉนาคกรชัย. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต : การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 [Prevalence of mental disorders and mental health problems: results from Thai mental health survey 2013]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2560;25(1):1-19.
4. ปรียศ กิตติธีระศักดิ์, Matthews KA. แบบจำลองความเครียดในคนกลุ่มน้อย : กรอบแนวคิดของภาวะเสี่ยงทางสุขภาพจิตในคนกลุ่มน้อยทางเพศและเพศสภาวะ [Minority stress model (MSTM): a conceptual framework of mental health risk in sexual and gender minority populations]. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2561;33(1):1-17.
5. Hanmusicwatkoon S. A glossary of terms in gender and sexuality. Nakhon Pathom: the southeast Asian consortium on gender, sexuality and health; 2007.
6. Rosenfield S, Smith D. Gender and mental health: do men and women have different amounts or types of problems?. In Scheid TL, Brown TN, editors. A Handbook for the Study of Mental Health. Cambridge UK: Cambridge University Press; 2012 [cited 2020 Feb 28]. p. 256-67. Available from: <https://www.cambridge.org/core/books/handbook-for-the-study-of-mental-health/gender-and-mental-health-do-men-and-women-have-different-amounts-or-types-of-problems/73098CA54932BCA238693EAED341212B/core-reader>
7. Kar KS, Yadav S, Agarwal V. Impact of culture on gender roles: a mental health perspective. Indian J Soc Psychiatry. 2016;32(4):337-8. doi:10.4103/0971-9962.193651.
8. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, วราลักษณ์ กิตติวัฒนไพศาล, อิงคณา โคตรนารา, สุวรรณมา อรุณพงศ์ไพศาล. โรคซึมเศร้าวิเคราะห์ผ่านมุมมองเพศภาวะ [Depressive disorder from gender analysis perspectives]. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2555;35(4):21-30.
9. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, อิงคณา โคตรนารา, รัชฎาพร ธรรมน้อย, อรพิน ยอดกลาง, บุชบา อนุศักดิ์. ประสบการณ์การพยายามฆ่าตัวตาย : ความแตกต่างทางเพศภาวะ [Experiences of suicide attempt: gender differences]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2556;58(3):245-56.
10. Omaleki V, Reed E. The role of gender in health outcomes among women in Central Asia: A narrative review of the literature. Womens Stud Int Forum. 2019;72:65-79. doi:10.1016/j.wsif.2018.12.002.
11. Affleck W, Carmichael V, Whitley R. Men's mental health: Social determinants and imply elations for services. Can J Psychiatry. 2018;63(9):581-9. doi:10.1177/070674371876.
12. Smith TD, Mouzon MD, Elliott M. Previewing the assumptions about men's mental health : An exploration of the gender binary. Am J Mens Health. 2018;12(1):78-89. doi:10.1177/1557988316630953.
13. Wilson C, Cariola AL. LGBTI+ youth and mental health: a systematic review of qualitative research. Ado Res Review. 2020;5:187-211. doi:10.1007/s40894-019-00118-w.
14. Leonard W, Metcalf A. Going upstream: a framework for promoting the mental health of lgbti people. NSW Australia: LGBTIQ+ Health Australia; 2014 [cited 2020 May 22]. Available from: https://www.lgbtiqhealth.org.au/going_upstream
15. Hall JW. Psychosocial risk and protective factors for depression among lesbian, gay, Bisexual, and queer youth: a systematic review. J Homosex. 2018;65(3):263-316. doi:10.1080/00918369.2017.
16. Russell TS, Fish NJ. Mental health in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) youth. Annu Rev Psychol. 2016;12:465-87. doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093153.

17. Kalra G, Christodoulou G, Jenkins R, Tsipas V, Christodoulou N, Lecic-Tosevski D, et al. Mental health promotion: guidance and strategies. *Eur Psychiatry*. 2012;27(2):81-6. doi:10.1016/j.eurpsy.2011.10.001.
18. Ostlin P, Eckermann E, Mishra US, Nkowane M, Wallstam E. Gender and health promotion: a multisectoral policy approach. *Health Promot Int*. 2006;21(Suppl 1):25-35. doi:10.1093/heapro/dal048.
19. East JF, Roll SJ. Women, poverty, and trauma: an empowerment practice approach. *Soc Work*. 2015;60(4):279-86. doi:10.1093/sw/sww030.
20. Kermode M, Herrman H, Arole R, White J, Premkumar R, Patel V. Empowerment of women and mental health promotion: a qualitative study in rural Maharashtra, India. *BMC Public Health*. 2007;7:225. doi:10.1186/1471-2458-7-225.
21. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, อิงคณา โคตนารา. การบำบัดแนวสตรีนิยม [Feminist therapy]. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 2560;40(2):107-18.
22. Keynejad RC, Hanlon C, Howard LM. Psychological interventions for common mental disorders in women experiencing intimate partner violence in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(2):173-90. doi:10.1016/S2215-0366(19)30510-3.
23. Sweeney A, Clement S, Filson B, Kennedy A. Trauma informed mental health care in the UK: what is it and how can we further its development. *Mental Health Review Journal*. 2016;21(3):174-92. doi:10.1108/MHRJ-01-2015-0006.
24. Robertson S, Bagnall A, Walker M. Evidence for a gender-based approach to mental health programmes: Identifying the key considerations associated with “being male”. project report. Leeds UK: the Movember foundation; 2015 [cited 2020 Feb 28]. Available from: <http://eprints.leedsbeckett.ac.uk/id/eprint/1773/>.
25. Seaton LC, Bottorff LJ, Jones-Bricker M, Oliffe LJ, Deleenheer D, Medhurst K. Men’s mental health promotion interventions: a scoping review. *Am J Mens Health*. 2017;11(6):1823-37. doi:10.1177/1557988317728353.
26. Seidler EZ, Rice MS, Ogradniezuk SJ, Oliffe LJ, Dhillon MH. Engaging men in psychological treatment: a scoping review. *Am J Mens Health*. 2018;12(6):1882-900. doi:10.1177/1557988318792157.
27. Lee NK, Roche A, Duraisingam V, Fischer JA, Cameron J. Effective interventions for mental health in male-dominated workplaces. *Mental Health Review Journal*. 2014;19(4):237-50. doi:10.1108/MHRJ-09-2014-0034.
28. Chaudoir SR, Wang K, Pachankis JE. What reduces sexual minority stress? a review of the intervention “toolkit”. *J Soc Issues*. 2017;73(3):586-617. doi:10.1111/josi.12233.
29. Sheinfil, ZA, Foley DJ, Ramos J, Antshel MK, Woolf-King ES. Psychotherapeutic depression interventions adapted for sexual and gender minority youth: a systematic review of an emerging literature. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*. 2019;23(4):380-411. doi:10.1080/19359705.2019.1622616.
30. Duggan M. Investing in women’s mental health: strengthening the foundations for women, families and the Australian economy. Melbourne AU: Australian Health Policy Collaboration; 2016 [cited 2020 Feb 28]. Available from: <https://vuir.vu.edu.au/31095/1/investing-in-womens-mental-health.pdf>
31. Abel KM, Newbigging K. Addressing unmet needs in women’s mental health. London UK: British Medical Association; 2018 [cited 2020 Feb 2]. Available from: <https://www.bma.org.uk/media/2115/bma-womens-mental-health-report-aug-2018.pdf>

32. Morrow M. Mainstreaming women's mental health: building a Canadian strategy. Vancouver CA: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health; 2003 [cited 2020 Feb 28]. Available from: <https://bccewh.bc.ca/2014/02/mainstreaming-womens-mental-health-building-a-canadian-strategy/>.
33. Newbigging K. Mainstreaming gender equality to improve women's mental health in England. In: Sánchez-López MP, Limiñana-Gras SM, editors. *The Psychology of Gender and Health*. Cambridge; Academic Press: 2017. p. 343-61.
34. Department of Health, Ministry of Mental Health. Women's mental health: into the mainstream. Strategic development of mental health care for women. London: Department of Health; 2002 [cited 2020 Feb 28]. Available from: <https://lemosandcrane.co.uk/resources/DoH%20-%20Womens%20Mental%20Health.pdf>
35. สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพ และพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ. สรุปรายงานการดำเนินงานการส่งเสริมความเสมอภาคหญิงชายในระบบราชการ ประจำปี 2556 [Summary report 2013 on implementation of the promotion of gender equality in the bureaucracy]. กรุงเทพฯ: สำนักงาน; 2556 [สืบค้นเมื่อวันที่ 28 มี.ค. 2564]. Available from: www.dcy.go.th/woman_man/data/2710.pdf



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ โดยรับบทความเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ บทความที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ **ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ผู้พิมพ์จะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์อย่างเคร่งครัด** ผู้พิมพ์ต้องแน่ใจว่าได้ตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้ว ไม่มีการลอกเลียนงานวิชาการ (plagiarism) และมีการอ้างอิงตามแหล่งที่มาตามหลักการที่ต้องครบถ้วน บทความทุกประเภทที่ส่งมาให้พิจารณาตีพิมพ์จะได้รับการตรวจทานต้นฉบับจากคณะกรรมการและผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งจากภายในและภายนอกอย่างน้อย 2 ท่าน บทความที่ได้รับการตีพิมพ์แล้วจะเป็นลิขสิทธิ์ของกรมสุขภาพจิตและผู้พิมพ์

ประเภทของบทความ

1. บทความพิเศษ (Special article)

เป็นบทความซึ่งวิเคราะห์ผลงานทางการแพทย์หรือสุขภาพจิต หรืออาจเป็นข้อคิดเห็นเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ มีองค์ประกอบดังนี้ : บทนำ (introduction) เนื้อเรื่อง (text) สรุป (summary) และเอกสารอ้างอิง (references)

2. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

เป็นบทความรายงานการวิจัย มีองค์ประกอบดังนี้ : ชื่อเรื่อง (title) บทคัดย่อ (abstract) และคำสำคัญ (key words) ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ บทนำ (introduction) วิธีการ (methods) ผล (results) วิจารณ์ (discussion) สรุป (conclusion) กิตติกรรมประกาศ (acknowledgements) และเอกสารอ้างอิง (references)

3. บทความปริทัศน์ (Review article)

เป็นการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ผลเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ : systematic review) เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าของเรื่องนั้นในสถานการณ์ปัจจุบันพร้อมข้อเสนอแนะ มีองค์ประกอบดังนี้ : บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) วิธีการ (methods) ผล (results) วิจารณ์ (discussion) สรุป (conclusion) และเอกสารอ้างอิง (references)

4. รายงานผู้ป่วย (Case report)

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

5. ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความทั่วไปที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตหรือทางสาธารณสุข

การเตรียมต้นฉบับ

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

โดยมีรายละเอียดการเตรียมต้นฉบับ ดังนี้

1. หนังสือรับรองการนำส่ง (ใบนำส่ง) (link แบบฟอร์มท้ายเล่ม) ให้ระบุชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ ด้วยวุฒิการศึกษาสูงสุด หน่วยงาน ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ พร้อมทั้งที่อยู่และ e-mail address ของผู้พิมพ์ทุกคนและระบุตัวแทนผู้พิมพ์ที่

ทั้งนี้การพิจารณาถ้อยแถลงของผู้ทรงคุณวุฒิจะทบทวนบทความโดยไม่ทราบชื่อผู้พิมพ์ (blindly review)

2. การใช้ภาษา ให้ใช้ 2 ภาษา คือ ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ โดยบทความจะต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ถ้าต้นฉบับเป็นภาษาไทยควรใช้ศัพท์ภาษาไทยให้มากที่สุด โดยใช้พจนานุกรมศัพท์วิทยาศาสตร์ฉบับราชบัณฑิตยสถาน เป็นบรรทัดฐาน สำหรับคำศัพท์แพทย์ภาษาอังกฤษที่ไม่มีคำแปลในพจนานุกรมฯ และในหนังสือศัพท์จิตเวช อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้ คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด **ยกเว้นชื่อเฉพาะ** ให้ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วยคำศัพท์ภาษาอังกฤษ หลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นกิริยา การเขียนคำร้อยละให้ใช้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง ค่าสถิติอื่นและค่า p-value ให้ใช้ทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น $p < .01$, $p = .10$

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

4. ต้นฉบับ พิมพ์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรม Word Processor for Window ตัวอักษร TH SarabunPSK

การเขียนเอกสารอ้างอิง

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

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. วารสาร

1.1 การอ้างอิงจากบทความในวารสารที่ได้มาตรฐานทั่วไป ที่มีผู้แต่ง 1 - 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน โดยใช้นามสกุลขึ้นต้น

หรือ Angsana UPC ขนาด 16 และให้พิมพ์ข้อความ 1 สดมภ์ (1 column) ต่อ 1 หน้า และไม่ต้องจัดหน้าขีดขวา ระยะห่างจากขอบกระดาษทุกด้านไม่น้อยกว่า 2.5 ซม. ต้นฉบับแต่ละเรื่อง **ไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ** (ไม่รวมใบนำส่ง) ตัวเลขทั้งหมดให้ใช้เลขอารบิก และใส่เลขหน้าทุกหน้า

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

6. การเตรียมตาราง และรูปภาพตาราง ประกอบด้วย ชื่อตาราง สดมภ์มีหน่วยนับ มีเส้นตารางเฉพาะแนวนอน และให้เรียงต่อจากคำอธิบาย จำนวนรวมทั้งตารางและรูปภาพ 3 - 5 ตาราง/รูปภาพ สำหรับรูปภาพดิจิทัลให้ใช้รูปแบบ JPEG

และตามด้วยอักษรชื่อต้นภาษาอังกฤษ ไม่เว้นวรรคหลังเครื่องหมายวรรคตอนระหว่างปี ปีที่ และหน้า (สำหรับวารสารที่จัดพิมพ์ โดยมีเลขหน้าต่อเนื่องกันตลอด Volume ไม่ต้องใส่เดือนและฉบับที่พิมพ์)

1.1.1 บทความในวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใช้ชื่อย่อวารสารตาม Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals> (สำหรับวารสารที่ยังไม่ได้เข้า Index Medicus ให้เขียนชื่อวารสารแบบชื่อเต็ม ไม่ใช่ชื่อย่อ)

Kittirattanapaiboon P, Srikosai S, Wittayanookulluk A. Methamphetamine use and dependence in vulnerable female populations. *Curr Opin Psychiatry*. 2017;30:247-52.

1.1.2 บทความในวารสารของไทย ให้เขียนเป็นภาษาไทยตามที่ปรากฏ โดยมีชื่อเรื่องภาษาอังกฤษไว้ในวงเล็บเหลี่ยม ต่อท้ายชื่อเรื่องภาษาไทย

ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์. บทเรียนด้านสุขภาพจิตในภัยพิบัติ: กรณีการช่วยเหลือทีมหมูป่าพลัดหลงในถ้ำหลวง [Lesson learned in disaster mental health from Tham Luang cave rescue]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2561;26:152-59.

1.1.3 บทความในวารสารของไทย ที่วารสารนั้นตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ ให้เขียนเหมือนวารสารภาษาอังกฤษ เช่นเดียวกับข้อ 1.1.1

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

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

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

1.3 กรณีที่ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

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

1.4 กรณีที่เป็นฉบับเสริม (Supplement)

1.4.1 ฉบับเสริมของปี

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

1.4.2 ฉบับเสริมของเล่ม

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

1.5 กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นคอลัมน์เฉพาะ อาจแสดงชนิดของเอกสารได้ตามความจำเป็นภายใน เครื่องหมาย []

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

1.6 วารสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

1.6.1 บทความที่มี Digital Object Identifier (DOI)

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

1.6.2 บทความไม่มี DOI

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

2. หนังสือ

2.1 หนังสือมาตรฐานทั่วไป

2.1.1 หนังสือภาษาไทย ให้เขียนเป็นภาษาไทย โดยเพิ่มชื่อเรื่องภาษาอังกฤษไว้ในวงเล็บเหลี่ยม [] ต่อท้ายชื่อเรื่องภาษาไทย และใส่ชื่อภาษาของภาษาต้นฉบับเป็นคำภาษาอังกฤษไว้ตอนท้ายสุด

เทอดศักดิ์ เดชคง. เทคนิคให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ [Motivational counseling]. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน; 2555.

2.1.2 หนังสือภาษาอังกฤษ

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

2.2 หนังสือที่มีผู้พิมพ์เป็นหน่วยงานและผู้พิมพ์

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

2.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นบทหนึ่งในหนังสือที่มีบรรณาธิการ

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

2.4 เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ

รีนา ต๊ะดี. ชีวิตวัยรุ่นหญิงเมื่อต้องเป็นแม่ [Life of female adolescent as mothers]. เอกสารประกอบการประชุม: การประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 13 ประชากรและสังคม พ.ศ. 2560; 30 มิ.ย. 2560; กรุงเทพฯ.

3. รายงานทางวิชาการ

3.1 รายงานวิจัย

วชิระ เพ็งจันทร์, ธรณินทร์ กองสุข, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, วรพรรณ จุฑา, พิทักษ์พล บุญยมาลิก, สุวรรณอรุณพงศ์ไพศาล. ความชุกของโรคจิตเวชของคนไทย: การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตระดับชาติ ปี พ.ศ. 2551 [Prevalence of mental disorders in Thailand: results from the epidemiology of mental disorders national survey 2008]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2553.

3.2 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

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

ปราณี จงสมจิตร. ผลของการนวดกดจุดฝ่าเท้าต่อการตอบสนองทางสรีระการผ่อนคลายและความพึงพอใจในผู้เป็นความดันโลหิตสูง [Effects of foot reflexology on physiological response relaxation and satisfaction in persons with hypertension] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.

4. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

4.1 เอกสารเฉพาะเรื่องบนอินเทอร์เน็ต

ใช้หลักเกณฑ์เดียวกับหนังสือ ยกเว้น 1) หลังชื่อเรื่องให้ใส่คำว่า [Internet]. หรือ [อินเทอร์เน็ต]. 2) เพิ่มวันสืบค้น [cited ปี ค.ศ. เดือน(ย่อ) วัน]. หรือ [สืบค้นเมื่อ วัน เดือน(ย่อ) ปี พ.ศ.]. ต่อจากปีที่พิมพ์ 3) ใส่ที่มาภาษาอังกฤษใช้คำว่า Available from: ภาษาไทยให้ใช้คำว่า จาก: ใส่ URL หลัง URL ไม่ใส่เครื่องหมาย . ยกเว้น URL นั้นจบด้วย เครื่องหมาย /

สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย 2548-2550 [Thailand health profile 2005-2007] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2550 [สืบค้นเมื่อวันที่ 21 มี.ค. 2554]. จาก: http://www.moph.go.th/ops/health_50/.

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

4.2 โชมเพจ/เว็บไซต์

รูปแบบ: ผู้แต่ง.\ชื่อเรื่อง\อินเทอร์เน็ต.\สถานที่พิมพ์:\สำนักพิมพ์;\ปีพิมพ์[สืบค้นเมื่อวันที่เดือน(ย่อ)\ปี].\จาก:\URL

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). เตรียมตัวรับมือ Cyberbullying [Prepare for Cyberbullying] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงาน; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 มี.ค. 2564]. จาก: <https://www.thaihealth.or.th/Content/53960-เตรียมตัวรับมือ%20Cyberbullying.html>

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

5. การอ้างอิงในรูปแบบอื่น

5.1 บทความหนังสือพิมพ์

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

วฤตดา ทาระภูมิ. ดึงคุณภาพยา (จีน) ช่วยผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง [Bringing quality medicine (China) to help patients with chronic kidney failure]. มติชน. 3 มี.ค. 2554; น. 10.

5.2 เอกสารอ้างอิงเป็นพจนานุกรมต่างๆ

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

ศัพท์แพทยศาสตร์ อังกฤษ-ไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. แก้ไขและเพิ่มเติม. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน; 2543. Cystitis; น. 89.

รายละเอียดการเขียนอ้างอิงตามรูปแบบแวนคูเวอร์ ดูได้จาก:

https://drive.google.com/open?id=1ZsuBJ70USzjvR5mkamXCWOKYn-D_5cl

หรือ สแกนคิวอาร์โค้ดนี้



การส่งต้นฉบับในระบบวารสารออนไลน์

ผู้พิมพ์สมัครสมาชิกและส่งต้นฉบับบทความในระบบ ThaiJo ตามขั้นตอนดังนี้

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

ขั้นที่ 1 เริ่มต้นการส่ง กรอกข้อมูลและตรวจสอบทุกข้อเพื่อเป็นการยืนยันว่าบทความของท่านเป็นไปตามเงื่อนไขที่วารสารกำหนด

ขั้นที่ 2 อัปโหลดบทความเป็นไฟล์ word ตามข้อแนะนำการเตรียมต้นฉบับ หรือไฟล์แนบอื่น ๆ

ขั้นที่ 3 กรอกรายละเอียดข้อมูลต่างๆ สำหรับบทความของท่าน เช่น ข้อมูล Author, Title, Abstract,

Keyword, References

ขั้นที่ 4 ยืนยันการส่งบทความ

ขั้นที่ 5 เสร็จสิ้นการ Submission และเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบ

3. การแก้ไขบทความ (Revision)

เอกสาร/ขั้นตอนการใช้ระบบวารสารออนไลน์ ดูได้จาก

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

หรือ สแกนคิวอาร์โค้ดนี้





วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 66 ฉบับที่ 2

เมษายน - มิถุนายน 2564

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง	105
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ รัชนีวรรณ บันศรี, ชวนันท์ ชาญศิลป์	107
ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกที่บ้านต่อการทำงานประสานงานกันของกล้ามเนื้อ ในเด็กวัยประถมศึกษาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น อริศรา ชีวะพฤษช์, อัศวิน นาคพงศ์พันธุ์	123
ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในพื้นที่กับพฤติกรรมการรังแกกันในโรงเรียน จ.กรุงเทพฯ ประเทศไทย นันทิกา อนันต์ถาวรวงศ์, พลิศรา ธรรมโชติ	141
ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาแพทย์ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลราชบุรี สุวิจักขณ์ อุ่นทวีทรัพย์, ธนกฤต เตียวรรณากุล, วรทยา โสมภีร์, ไชยวัฒน์ เทียนเครือ	159
การศึกษานำร่องทดสอบผลการรักษาด้วยจิตบำบัดชนิด Eye Movement Desensitization and Reprocessing ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะ Post-Traumatic Stress Disorder สุนทรี ศรีโกไสย, ชฎาพร คำฟู, อนงค์พร ต๊ะคำ, จีรวรรณ วงศ์เมือง, กาญจนาตีมา ทิพย์ปัญญา, อุไรวรรณ วงศ์โปธิ, แพรว ไตลิ่งคะ, เพชรา เมธอนันต์กุล	173
ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของแพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของ COVID-19 รุจิรา ดวงเพิ่มทรัพย์, วินิตรา นवलละออง, ธรรมนาถ เจริญบุญ	189
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ฐิตยาภรณ์ ทิมวรรณ, นิสิตา นาทประยูทธ์	203
การใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตาย พลอยไพลิน โพธิ์เพียรทอง, ธนิตา ตันตระกูลโรจน์, ธนาวดี ประชาสันต์	217
การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มในผู้ป่วยชาวไทยที่มีอาการปวดเรื้อรัง 3 ราย: การรายงานเบื้องต้น นที วีรวรรณ, ศิริรัตน์ คูปติวุฒิ, ประดิษฐ์ ประทีปะวงษ์, จันทรรวี เหล่ารุจิสวัสดิ์, นราทิพย์ สงวนพานิช, ณัฐรา สายเสวย	227

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ (ปรับปรุงใหม่)

สารบัญวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

สำหรับผู้สนใจส่งบทความ
สามารถดูรายละเอียดได้ตามคิวอาร์โค้ดนี้



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

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