

Original article

Prevalence and related factors of work addiction among nurses at a university hospital in Bangkok Metropolis Area

Wisit Netirojjanakul^{1,*}

Rasmon Kalayasiri² Wiroj Jiamjarasrangsri¹

Abstract

Background: Work addiction has become an important and compelling topic for empirical research. However, there has been no comprehensive study about the prevalence and associated factors of work addiction in Thailand.

Objectives: The purpose of this study is to determine the prevalence and associated factors of work addiction in nurses.

Methods: The study contained 553 nurses at a university hospital in Bangkok, and work addiction was assessed by a questionnaire adapted from Bergen Work Addiction Scale. Associated factors, including personal factors, work factors, and psychosocial factors from the Thai Job Content Questionnaire, were analyzed using multiple logistic regression.

Results: Our results indicate that approximately 1/3 of the population suffers from work addiction. Work addiction is positively correlated with age, work position, work hours, job control, psychological demand, and social support whereas income inadequacy, family burden, exercise, and job security showed negative association.

Conclusion: The prevalence in this study showed a marked increase from previous studies because of using different subjects and questionnaire. However, screening and identifying the at-risk population may help prevent work addiction and plan for symptom management.

Keywords: Work addiction, nurse, prevalence.

*Correspondence to: Wisit Netirojjanakul, Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.
E-mail: ken_visit@hotmail.com

Received: August 20, 2018

Revised: September 10, 2018

Accepted: September 24, 2018

¹Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

²Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

นิพนธ์ฉบับ

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะติดงานของพยาบาล ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร

วิศิษฐ์ เนติโรจนกุล¹

รัศมน กัลยาศิริ² วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี¹

บทคัดย่อ

เหตุผลของการทำวิจัย: ปัจจุบันภาวะติดงานกำลังเป็นหัวข้อที่ได้รับความสนใจในการศึกษาเชิงประจักษ์ ขณะที่ประเทศไทยยังไม่เคยศึกษาเรื่องความชุกของภาวะติดงาน

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาหาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะติดงานของพยาบาล

วิธีการทำวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 553 ราย ประเมินภาวะติดงานโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนามาจาก Bergen Work Addiction Scale วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจากงาน และปัจจัยด้านจิตสังคม ซึ่งใช้แบบสอบถามความเครียดของคนไทยจากการทำงาน โดยใช้สถิติ multiple logistic regression

ผลการศึกษา: พบความชุกของภาวะติดงานในกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 32.2 และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะติดงาน ได้แก่ อายุ ตำแหน่งงาน จำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงาน อีตเรสในการตัดสินใจ ขอเรียกร้องจากงานทางด้านจิตใจ และแรงสนับสนุนทางสังคม ขณะที่รายได้ไม่เพียงพอ ภาวะครอบครัว การออกกำลังกาย และความมั่นคงในหน้าที่การงาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะติดงาน

สรุป: พบว่าความชุกของภาวะติดงานสูงเมื่อเทียบกับการศึกษาก่อนหน้าอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างและแบบสอบถามที่ต่างกัน อย่างไรก็ตามการคัดกรองและค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดงานอาจช่วยป้องกันและวางแผนทางการดูแลผู้ที่มีภาวะนี้

คำสำคัญ: ภาวะติดงาน, พยาบาล, ความชุก.

¹ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ในอดีตได้มีการเสนอแนวคิดของภาวะติดงาน และพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะติดงานจากหลายแนวคิด เช่น Work Addiction Risk Test (WART) พัฒนาโดย Robbins⁽¹⁾ ในปี พ.ศ. 2532 จากอาการที่สังเกตโดยแพทย์ที่รักษาผู้ที่มีภาวะติดงาน ซึ่งต่อมาได้รับการวิจารณ์ว่าไม่สามารถนำมาใช้ได้กับความหมายของภาวะติดงานในปัจจุบัน และสะท้อนถึงลักษณะบุคลิกภาพรูปแบบเฉพาะ และความวิตกกังวลมากกว่าภาวะติดงาน⁽²⁾ Workaholism Battery (WorkBAT) พัฒนาโดย Spence JT. และคณะ⁽³⁾ ในปี พ.ศ. 2535 พิจารณาถึงความเกี่ยวข้องกับงาน (work involvement) และแรงจูงใจ (drive) ที่มีมากกว่าปกติ แต่ไม่มีความสุขในการทำงาน (work enjoyment) ในระยะต่อมาพบว่าการประเมินในหัวข้อความเกี่ยวข้องกับงาน ไม่เพียงพอที่จะประเมินภาวะติดงาน⁽⁴⁾ และการประเมินความสุขในการทำงานมีความเกี่ยวข้องกับนิยามของภาวะติดงานเพียงเล็กน้อยเท่านั้น⁽²⁾ และ Dutch Work Addiction Scale (DUWAS) พัฒนาโดย Schaufeli W. และคณะ⁽⁵⁾ ในปี พ.ศ. 2552 โดยใช้แนวคิดที่ว่าคนที่มีภาวะติดงานจะอุทิศเวลาส่วนใหญ่ให้กับงานและมีความหมกมุ่นอยู่กับงาน

ปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับภาวะติดงานได้ให้ความหมายไปในทางการเสพติด (addiction) มากขึ้น โดยนำแนวคิดของทฤษฎีการเสพติดมาประยุกต์ใช้ ซึ่งประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความหมกมุ่น (salient) โดยมีความรู้สึกหมกมุ่นอยู่กับงานที่ทำ 2) การปรับเปลี่ยนของอารมณ์ (mood modification) โดยการทำงานเพื่อหลีกเลี่ยงความรู้สึกไม่ดี 3) ปมขัดแย้ง (conflict) โดยการทำงานทำให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งต่อความต้องการของตนเองและผู้อื่น 4) ภาวะขาดจากงาน (withdrawal) หรือมีความรู้สึกไม่ดีเมื่อถูกห้ามทำงาน 5) ความทนต่อการทำงาน (tolerance) โดย ต้องทำงานเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จึงจะมีความรู้สึกต่อร่างกายและจิตใจเช่นเดิม 6) การกลับเป็นซ้ำ (relapse) คือแม้จะมีอาการดีขึ้นก็มักจะกลับไปสู่รูปแบบเดิม ๆ และ 7) ปัญหา (problem) โดยการทำงานมากจนกระทั่งมีปัญหาทางด้านสุขภาพ

เครื่องมือล่าสุดที่ถูกพัฒนาขึ้น คือ Bergen Work Addiction Scale (BWAS) โดย Andreassen CS. และคณะ⁽⁶⁾ ในปี พ.ศ. 2555 พัฒนามาจากแนวคิดการเสพติดเกี่ยวกับพฤติกรรมของ Brown และ Griffiths ประกอบด้วย 7 ข้อ โดยแต่ละข้อจะแสดงถึงองค์ประกอบที่ต่างกันไปทั้ง 7 องค์ประกอบข้างต้น และให้คะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ไม่เคย (1 คะแนน) จนถึง เสมอ ๆ (5 คะแนน) พิจารณาจุดตัดที่ตั้งค่า 4 คะแนนขึ้นไป ในจำนวน 4 ข้อขึ้นไปจาก 7 ข้อ จะถือว่ามีความติดงาน ซึ่งมีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า จุดตัดดังกล่าวสามารถแยกระหว่างผู้มีภาวะติดงานและไม่มีภาวะนี้ได้ดี^(1, 6) โดยพิจารณาในเรื่องจำนวนชั่วโมงในการทำงาน ตำแหน่งหัวหน้างาน และความรู้สึกไม่สบายที่รับรู้ว่ามีผิดปกติ โดยผู้ถูกประเมิน (subjective health complains)

แม้การทำงานจะเป็นเรื่องปกติและจำเป็น หากแต่การทำงานที่มากเกินไป หมกมุ่น และมีความรู้สึกที่ต้องทำงานอยู่ตลอดเวลา หรือที่เรียกว่า ภาวะติดงาน (work addiction) ก็จะทำให้เกิดผลกระทบในหลายด้าน⁽¹⁾ ทางด้านร่างกาย ส่งผลให้ความดันโลหิตและไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น⁽⁷⁾ ทางด้านจิตใจ พบว่าภาวะติดงานก่อให้เกิดความเครียด^(7, 8) มีปัญหาด้านการนอนหลับยาก รู้สึกเหนื่อยง่าย และตื่นยาก^(9, 10) ด้านความสัมพันธ์ พบความขัดแย้งภายในครอบครัวได้^(8, 11) นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อการทำงานเองด้วย เช่น เพิ่มภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน^(12, 13) และประสิทธิภาพในการทำงานลดลง⁽¹³⁾

การศึกษาเกี่ยวกับภาวะติดงาน พบว่าความชุกของภาวะติดงานมีตั้งแต่ร้อยละ 8 จนถึงร้อยละ 30 ขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจ และเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจวัดภาวะติดงาน ดังเช่น Spence JT. และคณะ⁽³⁾ ทำการศึกษาใช้แบบสอบถาม WorkBAT ในพนักงานสังคมสงเคราะห์ ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีความชุกของภาวะติดงานร้อยละ 8 และ ร้อยละ 13 ตามลำดับ Andreassen CS. และคณะ⁽¹⁴⁾ ทำการศึกษาใช้แบบสอบถาม BWAS ในพนักงานประเทศนอร์เวย์

พบความชุกร้อยละ 8.3 Rezvani A. และ คณะ⁽¹⁵⁾ ศึกษาโดยใช้แบบสอบถาม WART ในแพทย์ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศฝรั่งเศส พบความชุกของภาวะติดงานระดับสูงร้อยละ 13 และระดับปานกลางร้อยละ 35 และ Matsudaira K. และคณะ⁽¹⁶⁾ ศึกษาโดยใช้แบบสอบถาม DUWAS ในพนักงานประเทศญี่ปุ่น พบความชุกของภาวะติดงานระดับสูง ร้อยละ 29

พยาบาลเป็นอาชีพที่ปฏิบัติงานในหลายบทบาทหน้าที่ มีความรับผิดชอบสูง รวมถึงจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น จึงมีภาระงานที่มาก⁽¹⁷⁾ ซึ่งมีการศึกษาวิจัยพบว่าภาระงานที่มากมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะติดงาน⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้ การทำงานด้านการพยาบาลมีปัจจัยหลายด้านที่ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะเจ็บป่วยได้มากกว่าการทำงานด้านอื่น ๆ เช่น เชื้อโรค ความเครียดจากการทำงาน รวมถึงการทำงานเป็นกะ^(18, 19) ดังนั้นหากพยาบาลมีภาวะติดงานจึงมีโอกาสที่จะมีความเสี่ยงต่อผลกระทบสุขภาพทางกายและทางจิตใจได้มากขึ้น

ภาวะติดงานกำลังเป็นหัวข้อที่ได้รับความสนใจในการศึกษาเชิงประจักษ์ในต่างประเทศ^(14, 20) แต่ในประเทศไทย มีการศึกษาค่อนข้างน้อยและยังไม่เคยมีการศึกษาถึงความชุกเกี่ยวกับภาวะติดงาน รวมถึงไม่เคยศึกษาในอาชีพพยาบาล การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อจะศึกษาหาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะติดงานของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

วิธีการศึกษา

ระเบียบวิธีการวิจัย เป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (descriptive cross-sectional study)

กลุ่มเป้าหมาย พยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) ปฏิบัติงานเป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป 2) อยู่ในช่วงปีงบประมาณ 2560 เกณฑ์การตัดออกจากการศึกษา คือ 1) พยาบาลที่ลาออกหรือเสียชีวิตระหว่างช่วงเวลาที่ทำการศึกษา 2) พยาบาลที่ลาคลอดบุตร

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตร $n = \frac{NZ^2P(1-P)}{[d^2(N-1)+Z^2p(1-P)]}$ โดยกำหนด $N = 1,939$ (จำนวนพยาบาลทั้งหมดในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560) $Z = 1.96$ (Two-tail) $P = 0.13$ (การศึกษาของ Rezvani A. และคณะ⁽¹⁵⁾) $d = 0.026$ (ใช้ relative different ร้อยละ 20 ของ 13) คำนวณได้ 483 ราย คิด non response rate ที่ร้อยละ 25 จากนั้นสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการ stratified sampling ตามโครงสร้างแผนกของฝ่ายการพยาบาล ได้ทั้งสิ้นจำนวน 673 ราย

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ 088/2018

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วนได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยจากงาน 3) ปัจจัยด้านจิตสังคม โดยใช้แบบสอบถามความเครียดของคนไทยจากการทำงาน (Thai JCQ) ที่ทำการศึกษาโดย พิชญา พรศทองสุข⁽²¹⁾ ซึ่งพิจารณา 6 ด้าน ได้แก่ 3.1) อีสาระในการตัดสินใจ (job control) 3.2) ข้อเรียกร้องจากงานทางจิตใจ (psychological job demand) พิจารณาจาก ภาระงานที่ต้องปฏิบัติ ความหลากหลายของงานที่ต้องทำ บรรยากาศในการทำงาน และลักษณะงานที่ทำอย่างรวดเร็วจึงและช้า ๆ เดิม 3.3) ข้อเรียกร้องจากงานทางร่างกาย (physical job demand) พิจารณาจากท่าทางในขณะทำงาน ความเหมาะสมของตำแหน่งศีรษะและแขนในขณะทำงาน และการยกของหรือเคลื่อนย้ายของหนักบ่อย ๆ ในงาน 3.4) ความมั่นคงในหน้าที่การงาน (job security) 3.5) แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) และ 3.6) อันตรายในที่ทำงาน (hazard at work) และ 4) ประเมินภาวะติดงาน โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนามาจาก BWAS ซึ่งมีการศึกษาในต่างประเทศพบว่ามีความถูกต้องทางจิตมิติ มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.84^(1, 6) ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาเครื่องมือ BWAS เป็นฉบับภาษาไทย โดยส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ขออนุญาต

ผู้วิจัยที่เป็นเจ้าของต้นฉบับ แปลข้อคำถามจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ โดยผู้เชี่ยวชาญภาษาอังกฤษ ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และศึกษาความเชื่อมั่นของเนื้อหาโดยนำแบบทดสอบไปทำการทดสอบกับพยาบาลที่อยู่ในโรงพยาบาลตติยภูมิในกรุงเทพมหานคร จำนวน 30 ชุด ได้ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.76 จากนั้นนำข้อมูลที่รวบรวมมาได้ทั้งหมด มาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยจากงานที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยความถี่ และร้อยละ ข้อมูลด้านจิตสังคมในแต่ละด้าน นำเสนอด้วยความถี่และร้อยละ โดยแยกข้อมูลออกเป็น 2 กลุ่มคือ ระดับสูงและระดับต่ำด้วยค่ามัธยฐาน วิเคราะห์ความชุกของภาวะติดงาน ใช้เกณฑ์จุดตัดคือมากกว่าเท่ากับ 4 คะแนน ในจำนวนข้อตั้งแต่ 4 ข้อขึ้นไป ถือว่ามีภาวะติดงาน จากนั้นนำจำนวนของผู้ที่มีภาวะติดงานทั้งหมดเปรียบเทียบกับพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด สำหรับสถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ unpaired *t* - test ในการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรเชิง

ปริมาณ กับภาวะติดงาน และใช้สถิติ Pearson's Chi-square ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงคุณภาพ กับภาวะติดงาน จากนั้นใช้สถิติ multiple logistic regression ในการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ ต่อภาวะติดงาน โดยมี odds ratio เป็นตัวชี้วัดความสัมพันธ์ โดยพิจารณาตัวแปรต้นที่นำมาเข้าสมการด้วยวิธี Enter จากการทบทวนวรรณกรรม และจากการทำ Bivariate analyses ที่มี $P < 0.25$

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามให้แก่พยาบาล ทั้งสิ้นจำนวน 673 ชุด ได้รับกลับคืนมาจำนวน 553 ชุด คิดเป็นร้อยละ 82.2

ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 96.6 อายุเฉลี่ย 36.1 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 69.4 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 79.2 ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่ามีรายได้เพียงพอ ส่วนใหญ่ออกกำลังกายเป็นครั้งคราว ร้อยละ 51.9 และในผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย จำนวน 176 ราย ให้เหตุผลว่าเนื่องจากไม่มีเวลาว่างเพียงพอ ร้อยละ 80.1 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1. ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล (n = 553)

ปัจจัยด้านบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ (n = 552)		
หญิง/ชาย	534/18	96.6/3.3
อายุ ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 36.1 (9.9)		
21 - 30 ปี	241	43.6
31 - 40 ปี	126	22.8
> 40 ปี	186	33.6
สถานภาพสมรส		
โสด/สมรส	388/165	70.1/29.8
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	438/115	79.2/20.8

ตารางที่ 1. (ต่อ) ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล (n = 553)

ปัจจัยด้านบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้ (n = 551)		
เพียงพอ/ไม่เพียงพอ	399/152	72.2/27.5
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	176	31.8
เป็นครั้งคราว	287	51.9
เป็นประจำ	90	16.3
เหตุผลของการไม่ออกกำลังกาย (n = 176)		
ไม่มีเวลาว่าง/ไม่ชอบ/ขี้เกียจ	141/18/16	80.1/10.2/9.1

ข้อมูลปัจจัยจากงาน

อายุการทำงานเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 13.31 ปี ส่วนใหญ่ทำงานในแผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 70.7 และอยู่ในตำแหน่งระดับปฏิบัติการ ร้อยละ 89.7 กลุ่มตัวอย่างมีภาระงานที่ปฏิบัติในเวลาราชการเฉลี่ย 43.1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการเฉลี่ย 10.9

ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มีผู้ที่ปฏิบัติงานส่วนตัว เช่น คลินิก หรือโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 176 ราย โดยในจำนวนนี้มีระยะเวลาปฏิบัติงานส่วนตัวเฉลี่ย 12.1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ รวมภาระงานเฉลี่ย 57.9 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2. ข้อมูลปัจจัยจากงาน (n = 553)

ปัจจัยจากงาน	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อายุการทำงาน		
1 - 10 ปี	279	50.5
11 - 20 ปี	139	25.1
> 20 ปี	135	24.4
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	13.3 (10.1)	พิสัย (ต่ำสุด - สูงสุด)
แผนกที่ทำงาน		
แผนกบริหาร	45	8.1
แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน	39	7.1
แผนกผู้ป่วยใน	391	70.7
แผนกผู้ป่วยนอก	29	5.2
แผนกห้องผ่าตัด	49	8.9
ตำแหน่งงาน		
ปฏิบัติการ	496	89.7
เชี่ยวชาญ	4	0.7
หัวหน้าหอผู้ป่วย	28	5.1
ผู้ตรวจการพยาบาล	25	4.5

ตารางที่ 3. ข้อมูลภาระงานที่รับผิดชอบ ชั่วโมง/สัปดาห์ (n = 553)

ภาระงานที่รับผิดชอบ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	พิสัย (ต่ำสุด - สูงสุด)
ในเวลาราชการ	43.1	8.8	16 - 80
นอกเวลาราชการ	10.9	8.9	0 - 40
การปฏิบัติงานส่วนตัว (n = 176)	12.1	9.9	1 - 72
ภาระงานทั้งหมด	57.9	15.5	32 - 140

ข้อมูลปัจจัยด้านจิตสังคม

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลปัจจัยด้านจิตสังคมโดยพิจารณาแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ที่มีระดับความรู้สึกปัจจัยด้านจิตสังคมระดับสูง และ ระดับต่ำ โดยใช้ค่ามัธยฐาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยทางด้านจิตสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงในทุก ๆ ด้าน ได้แก่ อีกระในการตัดสินใจระดับสูง ร้อยละ 66.5 ข้อเรียกร้องจากงานระดับสูง ร้อยละ 63.5 ข้อเรียกร้องจากงานทางร่างกายระดับสูง ร้อยละ 63.5 ความมั่นคง ในหน้าที่การงานระดับสูง ร้อยละ 77.2 แรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ร้อยละ 82.3 และอันตรายในที่ทำงานระดับสูง ร้อยละ 64.4

ความผูกพันของภาวะติดงาน

จากการประเมินภาวะติดงาน ประกอบด้วย

การประเมินภาวะเสพติดทั้งหมด 7 ด้าน พบว่าผู้ที่มีภาวะติดงานซึ่งใช้เกณฑ์พิจารณาในผู้ที่มีคะแนนตั้งแต่ 4 คะแนน ในจำนวนข้อตั้งแต่ 4 ด้านขึ้นไป มีจำนวน 178 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.2 ดังแสดงในตารางที่ 5

จากการศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติ multiple logistic regression พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะติดงาน ได้แก่ อายุ ตำแหน่งงาน จำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงาน อีกระในการตัดสินใจ ข้อเรียกร้องจากงานทางจิตใจ และแรงสนับสนุนทางสังคม ขณะที่รายได้ไม่เพียงพอ ภาวะครอบครัว การออกกำลังกาย และความมั่นคงในหน้าที่การงาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะติดงาน ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 4. ระดับความรู้สึกของปัจจัยด้านจิตสังคมจำแนกตามค่ามัธยฐาน (n = 553)

ปัจจัยด้านจิตสังคม	ระดับของปัจจัยด้านจิตสังคม	
	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)
อีกระในการตัดสินใจ	185 (33.5)	368 (66.5)
ข้อเรียกร้องจากงานทางจิตใจ	202 (36.5)	351 (63.5)
ข้อเรียกร้องจากงานทางร่างกาย	203 (36.7)	350 (63.3)
ความมั่นคงในหน้าที่การงาน	126 (22.8)	427 (77.2)
แรงสนับสนุนทางสังคม	98 (17.7)	455 (82.3)
อันตรายในที่ทำงาน	197 (35.6)	356 (64.4)

ตารางที่ 5. จำนวนผู้ที่มีภาวะเสพติดในแต่ละด้าน (n = 553)

หัวข้อการประเมินภาวะเสพติด	จำนวนผู้ที่ได้คะแนน 4 หรือ 5	ร้อยละ
ความหมกมุ่นกับงาน (salience)	282	51.0
ความทนต่อการทำงาน (tolerance)	305	55.2
การปรับเปลี่ยนของอารมณ์ (mood modification)	144	26.0
การกลับเป็นซ้ำ (relapse)	178	32.2
ภาวะขาดจากงาน (withdrawal)	126	22.8
ความขัดแย้ง (conflict)	267	48.3
ปัญหา (problems)	147	26.6
ผู้ที่มีภาวะติดงาน ^a	178	32.2

^aผู้ที่มีคะแนนตั้งแต่ 4 คะแนน ในจำนวนข้อตั้งแต่ 4 ข้อขึ้นไป

ตารางที่ 6. ความสัมพันธ์กับภาวะติดงาน วิเคราะห์ด้วยสถิติ multiple logistic regression

ปัจจัย	Crude OR (95% CI) ^a	Adjusted OR (95% CI) ^a
อายุ		
21 - 30 ปี	1.00	1.00
31 - 40 ปี	2.99 (1.82 - 4.91)*	2.99 (1.29 - 6.94)*
> 41 ปี	4.81 (3.09 - 7.51)*	4.29 (1.37 - 13.41)*
สถานภาพสมรส		
โสด/หม้าย	1.00	1.00
สมรส	1.98 (1.36 - 2.90)*	1.09 (0.64 - 1.84)
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	1.00	1.00
สูงกว่าปริญญาตรี	2.35 (1.54 - 3.58)*	0.77 (0.40 - 1.50)
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	1.00	1.00
ไม่เพียงพอ	0.28 (0.17 - 0.46) *	0.46 (0.24 - 0.87) *
ภาระครอบครัว		
ภาระมาก/ปานกลาง	1.00	1.00
ภาระน้อย	3.07 (2.11 - 4.47) *	1.71 (1.03 - 2.83) *
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	1.00	1.00
เป็นครั้งคราว	0.22 (0.14 - 0.33) *	0.29 (0.17 - 0.49) *
เป็นประจำ	0.68 (0.41 - 1.14)	0.64 (0.35 - 1.19)

ตารางที่ 6. (ต่อ) ความสัมพันธ์กับภาวะติดงาน วิเคราะห์ด้วยสถิติ multiple logistic regression

ปัจจัย	Crude OR (95% CI) ^a	Adjusted OR (95% CI) ^a
อายุการทำงาน		
1 - 10 ปี	1.00	1.00
11 - 20 ปี	2.63 (1.68 - 4.11) *	0.69 (0.28 - 1.72)
> 20 ปี	3.62 (2.32 - 5.65) *	0.59 (0.18 - 1.91)
ตำแหน่งงาน		
ปฏิบัติการ/เชี่ยวชาญ	1.00	1.00
หัวหน้าหอผู้ป่วย/ผู้ตรวจการ	4.42 (2.44 - 8.01)	4.09 (1.64 - 10.20) *
แผนกที่ทำงาน		
แผนกผู้ป่วยใน	1.00	1.00
แผนกบริหาร	4.69 (2.45 - 8.98)	2.50 (0.54 - 11.69)
แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน	0.57 (0.24 - 1.32)	0.52 (0.18 - 1.49)
แผนกผู้ป่วยนอก	2.77 (1.30 - 5.93)	2.65 (0.96 - 7.31)
แผนกห้องผ่าตัด	1.50 (0.81 - 2.80)	1.47 (0.64 - 3.37)
อิสระในการตัดสินใจ		
ระดับต่ำ	1.00	1.00
ระดับสูง	4.83 (3.00 - 7.77)	3.00 (1.69 - 5.32) *
ข้อเรียกร้องจากงานทางจิตใจ		
ระดับต่ำ	1.00	1.00
ระดับสูง	3.00 (1.98 - 4.53)	3.12 (1.84 - 5.28) *
แรงสนับสนุนทางสังคม		
ระดับต่ำ	1.00	1.00
ระดับสูง	2.84 (1.57 - 4.30)	3.47 (1.57 - 7.67) *
ความมั่นคงในหน้าที่การงาน		
ระดับต่ำ	1.00	1.00
ระดับสูง	1.31 (0.84 - 2.03)	0.56 (0.32 - 0.99) *
ภาระงานที่รับผิดชอบ (ทุก 10 ชั่วโมงที่เพิ่มขึ้น)		
ภาระงานทั้งหมด	1.19 (1.07 - 1.34)	1.36 (1.16 - 1.59) *

a = 95% confidence interval, * มีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะติดงานร้อยละ 32.2 ซึ่งพบว่าความชุกมากกว่าการศึกษาในอดีตที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานทั่ว ๆ ไป เช่นการศึกษาของ Spence JT. และคณะ⁽³⁾ (แบบสอบถาม WorkBAT

ประเทศสหรัฐอเมริกา) และ Andreassen CS. และคณะ⁽¹⁴⁾ (แบบสอบถาม BWAS ประเทศนอร์เวย์) ขณะที่จะใกล้เคียงกับการศึกษาของ Rezvani A. และ คณะ⁽¹⁵⁾ (แบบสอบถาม WART ในแพทย์ประเทศฝรั่งเศส) และการศึกษาของ Matsudaira K. และคณะ⁽¹⁶⁾ (แบบสอบถาม

DUWAS ในพนักงาน ประเทศญี่ปุ่น) เหตุผลอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้เป็นอาชีพพยาบาล ซึ่งเป็นอาชีพที่ต้องมีความรับผิดชอบสูง ปฏิบัติงานในหลายบทบาทหน้าที่ ทำงานเป็นเวรผลัด ตลอด 24 ชั่วโมง อีกทั้งยังเป็นวิชาชีพที่ถูกคาดหวังจากสังคมในเรื่องจริยธรรมมาก⁽¹⁷⁾ ประกอบกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น จึงมีภาระงานมาก ซึ่งมีการศึกษาวิจัยพบว่าระดับการเรียกร้องด้านผลการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะติดงาน⁽¹⁵⁾ รวมถึงจากการศึกษา Hogan V. และคณะ⁽²²⁾ พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับภาวะติดงาน โดยผู้ที่ทำงานทางวิชาการมีภาวะติดงานสูงกว่าอาชีพอื่น ๆ

ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะติดงานที่อาจช่วยค้นหากลุ่มเสี่ยงในการศึกษานี้ ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุโดยเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นจะมีภาวะติดงานเพิ่มขึ้น ซึ่งช่วงอายุที่มากกว่า 41 ปี จะมีภาวะติดงานมากกว่าช่วงอายุ 31 - 40 และ 21 - 30 ปี ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bardakci S. และคณะ⁽²³⁾ (แบบสอบถาม WorkBAT ในผู้บริหารโรงเรียนประถมและมัธยม ของประเทศตุรกี) และการศึกษาของ Kanai A. และคณะ⁽²⁴⁾ (แบบสอบถาม WorkBAT พนักงานประเทศญี่ปุ่น) สมมติฐานที่อาจจะอธิบายการเพิ่มขึ้นของภาวะติดงานในช่วงอายุดังกล่าว คือ ในช่วงอายุดังกล่าวส่วนใหญ่มักจะแต่งงานแล้วและกำลังอยู่ในช่วงก่อร่างสร้างตัว ดังนั้นสถานภาพทางการเงินและสังคมจึงเป็นแรงจูงใจต่อการทำงานอย่างจริงจัง⁽²³⁾ และนำไปสู่ภาวะติดงานในที่สุด ขณะที่ขัดแย้งกับการศึกษาของ Andreassen CS. และคณะ⁽¹⁴⁾ (แบบสอบถาม BWAS ในพนักงาน ประเทศนอร์เวย์) ที่พบว่าอายุแปรผกผันกับภาวะติดงาน รวมถึง Taris TW. และคณะ⁽²⁵⁾ (แบบสอบถาม DUWAS ในพนักงาน ประเทศเยอรมัน) พบว่าผู้ที่มียาอายุมากขึ้นมีคะแนนของภาวะติดงานลดลง และ Rezvani A. และคณะ⁽¹⁵⁾ (แบบสอบถาม WART ในแพทย์ประเทศฝรั่งเศส) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะติดงาน ปัจจัยด้านตำแหน่งงาน พบว่าตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้ตรวจการจะมีโอกาสเกิดภาวะติดงานได้มากกว่า

ผู้ที่มีตำแหน่งปฏิบัติการและเชี่ยวชาญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rezvani A. และคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่าผู้ที่มีตำแหน่งศาสตราจารย์ (professor) ซึ่งเป็นตำแหน่งที่สูงที่สุด จะมีภาวะติดงานสูงที่สุด และการศึกษาของ Taris TW. และคณะ⁽²⁵⁾ ซึ่งพบว่าตำแหน่งผู้จัดการมีภาวะติดงานสูงกว่าในตำแหน่งอื่น นอกจากนี้ยังสอดคล้องการศึกษาของ Andreassen CS.⁽²⁶⁾ ซึ่งพบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะติดงานและตำแหน่งหัวหน้างาน โดย Rezvani A.⁽¹⁵⁾ ได้ให้เหตุผลว่าตำแหน่งงานที่สูงกว่าย่อม มีหน้าที่ความรับผิดชอบที่สูงกว่า ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พบความชุกของภาวะติดงานสูงกว่าได้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะติดงานที่อาจเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ ปัจจัยด้านการออกกำลังกาย พบว่าผู้ออกกำลังกายเป็นครั้งคราวเป็นปัจจัยในการป้องกันการเกิดภาวะติดงาน สอดคล้องกับสมมติฐานของ Ng TWH.⁽⁶⁾ ดังนั้นควรสนับสนุนให้พนักงานที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดงานลดความหมกมุ่นหลังจากชั่วโมงการทำงานหรือมีกิจกรรมที่ผ่อนคลายระหว่างช่วงพัก เช่น การออกกำลังกาย เป็นต้น ปัจจัยด้านจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงาน พบว่าผู้ที่มีภาวะติดงานจะมีชั่วโมงในการทำงานมากกว่าผู้ที่ไม่มีความติดงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Aziz S. และคณะ⁽²⁷⁾ (แบบสอบถาม WorkBAT ในพนักงาน ประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดา) การศึกษาของ Andreassen CS.⁽⁶⁾ และการศึกษาของ Bardakci S. และคณะ⁽²³⁾ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีชั่วโมงการทำงาน 57.9 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งเกินกว่าค่าเฉลี่ยการทำงานของพนักงานประจำของชนชั้นกลางประเทศไทยมีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยคือ 50.9 ชั่วโมง/สัปดาห์ แม้การทำงานที่ยาวนานอาจเกิดได้จากปัจจัยชั่วคราวบางอย่าง เช่น ปัญหาทางการเงิน ปริมาณงานที่มากขึ้น⁽²⁸⁾ และการทำงานที่มากขึ้นไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งอาจแก้ปัญหาด้วยการจำกัดชั่วโมงในการทำงาน แต่จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะติดงานร้อยละ 32.2 ซึ่งไม่ควรแก้ไขด้วยการจำกัดชั่วโมงในการทำงานเพียงอย่างเดียว แต่ควรวางแผนทางในการ

ป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยพิจารณาตั้งแต่ระดับบุคคล องค์กร และสังคม โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรม ขององค์กรโดยมุ่งหวังให้เกิดความสมดุลระหว่าง การทำงานและชีวิตส่วนตัว การฝึกให้ผู้ที่มีการติดงานเรียนรู้ ที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดของตน และการรณรงค์ให้ ทำงานอย่างชาญฉลาดแทนการทำงานหนัก เป็นต้น⁽¹³⁾ ผู้ที่มีข้อเรียกร้องจากงานทางด้านจิตใจสูงจะมีภาวะติด งานมากกว่าผู้ที่มีข้อเรียกร้องจากงานทางด้านจิตใจต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rezvani A. และคณะ⁽¹⁵⁾ เหตุผลที่อธิบายได้ คือ เมื่อทำงานหนักและใช้ระยะเวลา ในการทำงานนาน ๆ จนเคยชิน เมื่อไม่ได้ทำงานก็จะมี ความรู้สึกผิดและวิตก และนำไปสู่ภาวะติดงาน ดังนั้น แนวทางในการป้องกันจึงควรมีการสร้างบรรยากาศ ให้เกิดความสนุกในการทำงาน มีการประเมินความสุข ในที่ทำงานเป็นระยะ และประเมินปริมาณงานที่ทำว่า มากเกินไปหรือไม่

สำหรับจุดแข็งของการวิจัยนี้ คือ เป็นการศึกษา แรกที่ศึกษาถึงความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะ ติดงานในประเทศไทย และเป็นการศึกษาแรกที่ใช้กลุ่ม ตัวอย่างเป็นอาชีวพยาบาล และแบบสอบถามที่ใช้ประเมิน ภาวะติดงานของการวิจัยนี้พัฒนามาจากแบบสอบถาม BWAS ซึ่งพิจารณาจากส่วนประกอบของการเสพติด ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมของ Brown และ Griffiths สัมพันธ์กับ เกณฑ์การประเมินการเสพติดโดย DSM, APA และ WHO และมีการศึกษาที่พบว่ามีความถูกต้องทางจิตมิติ ซึ่งผู้วิจัย ได้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และศึกษาความ เชื่อมั่นของเนื้อหา

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัด ได้แก่ ไม่ได้พิจารณาจุดตัดใหม่แต่ใช้จุดตัดตามการประเมิน จากต้นฉบับโดยผ่านความเห็นโดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งอาจ ก่อให้เกิดอคติในเรื่อง ความถูกต้องของการวัดได้ โดย ผู้วิจัยได้แก้ไขโดยให้ผู้เชี่ยวชาญช่วยพิจารณาถึงความ เหมาะสมของเนื้อหา รวมถึงจุดตัดที่ใช้ รูปแบบการ วิจัยนี้เป็นเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง จึงไม่ สามารถอธิบายถึงความสัมพันธ์ก่อนหลังของการเกิด

ภาวะติดงานได้ นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้มาจากการตอบ แบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้เข้าร่วมการศึกษาอาจตอบ ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง และการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่าง เป็นอาชีวพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานครแห่งหนึ่ง ดังนั้น จึงไม่สามารถบอก ความชุกของลักษณะประชากรที่แตกต่างไปได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรทำการ ศึกษาที่มีกลุ่มเปรียบเทียบและเป็นการศึกษาไปข้างหน้า (cohort study) เพื่อจะได้สามารถหาสาเหตุและปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับภาวะติดงานได้อย่างแน่ชัด เช่น การศึกษา ว่าตำแหน่งงานเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะติดงานหรือไม่ เริ่มจากแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะติดงานเป็น 2 กลุ่ม คือ ระดับหัวหน้างาน และระดับผู้ปฏิบัติ แล้วศึกษาไป ระยะเวลาหนึ่งจึงประเมินภาวะติดงานอีกครั้งว่าทั้ง 2 กลุ่ม มีสัดส่วนของผู้ที่มีภาวะติดงานแตกต่างกันหรือไม่ และควร ทำการศึกษาความสัมพันธ์ด้านอื่น ๆ กับภาวะติดงาน เช่น บุคลิกภาพ เนื่องจากมีรายงานถึงความ สัมพันธ์ ระหว่างบุคลิกภาพและภาวะติดงาน และศึกษาผลกระทบ จากภาวะติดงาน เช่น ประสิทธิภาพ ในการทำงาน ความ ผิดพลาดในการทำงาน รวมถึงผลกระทบทางด้านกาย และจิตใจจากการเกิดภาวะติดงาน รวมทั้งศึกษาถึงจุดตัด ที่เหมาะสมของแบบสอบถาม BWAS สำหรับคนไทย นอกจากนี้ควรทำการศึกษาถึงความชุกและปัจจัยที่ เกี่ยวข้องในกลุ่มตัวอย่างของพยาบาลในสถาบันอื่น ๆ รวมถึงอาชีพอื่น ๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Andreassen CS. Workaholism: An overview and current status of the research. J Behav Addict 2014;3:1-11.
2. Mudrack PE. Understanding workaholism: The case for behavioral tendencies. In: Burke RJ, editors. Research companion to working time and work addiction. 1st ed. Cheltenham: Edward Elgar Publishing;2006 p. 28-108.

3. Spence JT, Robbins AS. Workaholism: definition, measurement, and preliminary results. *J Pers Assess* 1992;58:160-78.
4. Andreassen CS, Hetland J, Pallesen S. The relationship between 'workaholism', basic needs satisfaction at work and personality. *Eur J Pers* 2010;24:3-17.
5. Del Libano M, Llorens S, Salanova M, Schaufeli W. Validity of a brief workaholism scale. *Psicothema* 2010;22:143-50.
6. Andreassen CS, Griffiths MD, Hetland J, Pallesen S. Development of a work addiction scale. *Scand J Psychol* 2012;53:265-72.
7. Ng TWH, Sorensen KL, Feldman DC. Dimensions, antecedents, and consequences of workaholism: A conceptual integration and extension. *J Organ Behav* 2007;28:111-36.
8. Taris TW, Schaufeli WB, Verhoeven LC. Workaholism in the Netherlands: Measurement and implications for job strain and work-nonwork conflict. *Appl Psychol* 2005;54:37-60.
9. Andreassen CS, Hetland J, Molde H, Pallesen S. 'Workaholism' and potential outcomes in well-being and health in a cross-occupational sample. *Stress Health* 2011;27:e209-14.
10. Kubota K, Shimazu A, Kawakami N, Takahashi M, Nakata A, Schaufeli WB. Association between workaholism and sleep problems among hospital nurses. *Ind Health* 2010;48: 864-71.
11. Andreassen CS, Griffiths MD, Gjertsen SR, Krossbakken E, Kvam S, Pallesen S. The relationships between behavioral addictions and the five-factor model of personality. *J Behav Addict* 2013;2:90-9.
12. Innanen H, Tolvanen A, Salmela-Aro K. Burnout, work engagement and workaholism among highly educated employees: Profiles, antecedents and outcomes. *Burnout Res* 2014;1:38-49.
13. Shimazu A, Schaufeli WB. Is workaholism good or bad for employee well-being? The distinctiveness of workaholism and work engagement among Japanese employees. *Ind Health* 2009;47:495-502.
14. Andreassen CS, Griffiths MD, Hetland J, Kravina L, Jensen F, Pallesen S. The prevalence of workaholism: a survey study in a nationally representative sample of Norwegian employees. *PLoS One* 2014;9:e102446.
15. Rezvani A, Bouju G, Keriven-Dessomme B, Moret L, Grall-Bronnec M. Workaholism: are physicians at risk? *Occup Med (Lond)* 2014; 64:410-6.
16. Matsudaira K, Shimazu A, Fujii T, Kubota K, Sawada T, Kikuchi N, et al. Workaholism as a risk factor for depressive mood, disabling back pain, and sickness absence. *PLoS One* 2013;8:e75140.
17. สุพรรณิ พุ่มแพ่ง, บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ. *วารสารเกื้อการุณย์* 2558; 22:140-52.
18. วิไลศรี ศิริหงส์ทอง. นางฟ้าสีขาว 2002. *วารสารพยาบาล ศาสตร์* 2534;18:5-7.
19. กันตพร ยอดไชย, สนุดตรา ตะบูนพงศ์, ถนอมศรี อินทนนท์. ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 2550;25:407-13.
20. ณัฐชนนัทพร ทิพย์รักษา. แรงจูงใจในการทำงาน

- ความบ้างาน และความสุขในการทำงาน
[วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต].
กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์;
2556.
21. Phakthongsuk P. Construct validity of the Thai version of the job content questionnaire in a large population of heterogeneous occupations. *J Med Assoc Thai* 2009;92: 564-72.
22. Hogan V, Hogan M, Hodgins M. A study of workaholism in Irish academics. *Occup Med (Lond)* 2016;66:460-5.
23. Bardakci S, Baloglu M. Workaholic tendencies among school administrators employed in primary and secondary schools. *Egitim ve Bilim* 2012;37:45-56.
24. Kanai A, Wakabayashi M. Workaholism among Japanese Blue-Collar Employees. *Int J Stress Manag* 2001;8:129-45.
25. Taris TW, Van Beek I, Schaufeli WB. Demographic and occupational correlates of workaholism. *Psychol Rep* 2012;110:547-54.
26. Andreassen CS, Hetland J, Pallesen S. The relationship between 'workaholism', basic needs satisfaction at work and personality. *Eur J Pers* 2010;24:3-17.
27. Aziz S, Zickar MJ. A cluster analysis investigation of workaholism as a syndrome. *J Occup Health Psychol* 2006;11:52-62.
28. Snir R, Harpaz I. Beyond workaholism: Towards a general model of heavy work investment. *Human Res Management Rev* 2012;22: 232-43.

Original article

Patterns of aggressive behaviors and Internet use in outpatients at Child and Adolescent Psychiatric Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital

Wanwisa Naksuk¹

Wantipa Wittayasai²

Benjaporn Tuntasood³

Napakkawat Buathong^{3,*}

Abstract

Background: Nowadays, Excessive use of internet affects physical, emotional, behavioral health problems such as aggression, disability, relationships with others, and responsibility. There are no studies on aggressive behavior patterns and patterns of Internet use at outpatient psychiatric patients in Thailand.

Objectives: To study association of patterns of aggressive behaviors and Internet use. Factors related to aggressive behaviors and Internet usage behavior in outpatients who attended child and adolescent psychiatric services at King Chulalongkorn Memorial Hospital.

Methods: The cross sectional descriptive study conducted with 117 participants recruited from parents visiting at the Child and Adolescent Psychiatric Clinic, from March to July, 2017. The research questionnaire consisted of demographic data form, patterns of internet usage, Overt Aggression Scale for objective rating of verbal and physical aggression (OAS). The data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and chi-square tests.

Results: The aggressive behaviors of Internet users were found at low level, moderate level and high level 52.1%, 26.5%, 21.4%, respectively. Aggressive behaviors were significantly related to Internet use. Factors related to aggressive behaviors were parental divorce and parenting style; inconsistent discipline.

Conclusion: Aggressive behaviors were related to Internet use behaviors. The results of this study will be useful in the planning of care for children and adolescent psychiatric patients. It's important to promote discipline in care and rules for using the Internet to reduce aggressive behaviors.

Keywords: Internet use behavior, aggressive behavior, psychiatric patient.

*Correspondence to: Napakkawat Buathong, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received: February 6, 2018

Revised: April 25, 2018

Accepted: June 12, 2018

¹Child and adolescent psychiatry, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

²Division of Psychiatry and Neurology, College of Medicine, Phramongkutklao Hospital

³Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

นิพนธ์ฉบับ

รูปแบบพฤติกรรมก้าวร้าวและพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ต ในผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วรรณวิสา นากสุข¹ วลัยฐิภา วิทยาศัย²

เบญจพร ตันตสุติ³ ณัฏฐวรรต บัวทอง³

บทคัดย่อ

เหตุผลของการทำวิจัย: ปัจจุบันการใช้อินเทอร์เน็ตในระยะเวลาที่มากเกินไปจนส่งผลให้เกิดปัญหาทั้งด้านสุขภาพ ร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม เช่น ก้าวร้าว เสียความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และความรับผิดชอบ แต่ยังไม่เคยมีการศึกษารูปแบบพฤติกรรมก้าวร้าวและรูปแบบพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตในผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในประเทศไทย

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมก้าวร้าวและพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวและพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตในผู้ป่วยนอก ที่มารับการบริการที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วิธีการทำวิจัย: การศึกษาเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 117 ราย ในผู้ปกครองของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ที่มารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่เดือน มีนาคม ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2560 แบบสอบถามในงานวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS : Overt Aggression Scale for objective rating of verbal and physical aggression) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติไคสแควร์

ผลการศึกษา: พบรูปแบบพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตเป็นปัญหาระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก ร้อยละ 52.1, 26.5 , 21.4 ตามลำดับ พฤติกรรมก้าวร้าวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตที่เป็นปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ ครอบครัวที่ผู้ปกครองแยกทางกัน และลักษณะการเลี้ยงดูแบบบางครั้งตามใจบางครั้งเข้มงวด

สรุป: พฤติกรรมก้าวร้าวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตที่เป็นปัญหา ผลจากการศึกษานี้ สามารถจะนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เพื่อการส่งเสริมระเบียบวินัยในการดูแล มีการกำหนดเกณฑ์การใช้อินเทอร์เน็ตให้ชัดเจน เพื่อลดโอกาสเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

คำสำคัญ: พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ต, พฤติกรรมก้าวร้าว, ผู้ป่วยจิตเวช.

¹แพทย์ประจำบ้าน หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²กองจิตเวชและประสาทวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

³ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อินเทอร์เน็ตเป็นเทคโนโลยีที่ใกล้ตัวทุกคนในศตวรรษที่ 21 การเข้าถึงอินเทอร์เน็ตเป็นเรื่องที่ง่ายขึ้นและสะดวกมากขึ้น อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เช่น สมาร์ทโฟน แท็บเล็ต มีการพัฒนาให้สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้อย่างสะดวก⁽¹⁾ มีการศึกษาที่กล่าวถึงการใช้อินเทอร์เน็ตที่มากเกินไปจนเกิดเป็น “ปัญหาการเสพติดอินเทอร์เน็ต (Internet addiction)” ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบตามมาทั้งในด้านสุขภาพ ร่างกาย อารมณ์ พฤติกรรม สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และหน้าที่ความรับผิดชอบ รวมถึงความสัมพันธ์กับภาวะทางจิตเวช⁽²⁾ จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการติดอินเทอร์เน็ต และโรคซึมเศร้าทางด้านจิตเวช พบว่ามีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่และมีโรคสมาธิสั้น วิตกกังวล ความผิดปกติทางอารมณ์ การใช้สารเสพติดร่วมด้วย ผู้ป่วยมักแก้ปัญหาโดยวิธีการรุนแรงจากภาวะทางสังคม และอารมณ์ที่เปลี่ยนไป⁽³⁾ โดยจากผลสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตจากหลายช่วงอายุในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2556 พบว่าจำนวนชั่วโมงการใช้เน็ตต่อสัปดาห์เพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 76.3 เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลการสำรวจย้อนหลังเป็นระยะเวลา 12 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ใช้เน็ตถึงร้อยละ 9.0 ที่มีชั่วโมงการใช้งานต่อสัปดาห์สูงถึง 105 ชั่วโมง และยังพบว่ากลุ่มเด็กและเยาวชนมีอัตราการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย⁽²⁾

องค์อนามัยโลก (WHO) ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงว่า เป็นความตั้งใจที่ใช้กำลังทางกายเพื่อข่มขู่หรือกระทำอันตรายต่อตนเอง บุคคลอื่น หรือกลุ่มบุคคลหรือสังคม โดยส่งผลให้เกิดหรือมีความน่าจะเป็นสูงที่จะเกิดการบาดเจ็บ เสียชีวิต การกระทบกระเทือนทางจิตใจ พัฒนาการที่ผิดปกติ⁽⁴⁾ ปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในวัยรุ่น ระดับบุคคล เช่น เคยเป็นผู้ถูกกระทำหรือร่วมกระทำ สมาธิสั้น ระดับสติปัญญาต่ำ ใช้สารเสพติด ขาดความยับยั้งชั่งใจ ขาดทักษะสังคม เครียด ต้อต่อต้าน ระดับครอบครัว เช่น การเลี้ยงดูแบบที่ไม่เหมาะสม ขาดการฝึกวินัย ขาดความผูกพันทางใจ ใช้สารเสพติด ใช้ความรุนแรง มีปัญหาครอบครัว ระดับ

สังคม เช่น คบกลุ่มเพื่อนเกรงใช้ความรุนแรง มีปัญหาเพื่อน ไม่มีกิจกรรมที่สร้างสรรค์อื่น ๆ สภาพสังคมไม่เหมาะสม⁽⁵⁾

การศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในหอผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น พบมากที่สุด คือ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงด้วยคำพูด^(6, 7)

งานวิจัยในต่างประเทศได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้อินเทอร์เน็ตมากกับพฤติกรรมก้าวร้าวในวัยรุ่น พบว่าเพศชายติดอินเทอร์เน็ตรุนแรงกว่าเพศหญิง พบว่าการติดอินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าว และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความก้าวร้าว ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ดื่มกาแฟ และระดับความรุนแรงในการติดอินเทอร์เน็ต⁽⁸⁾ รวมทั้งพบว่าผู้ที่ติดอินเทอร์เน็ต มักจะใช้วิธีการที่รุนแรงในแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น นำไปสู่ปัญหาทางโรคทางจิตเวช และการใช้สารเสพติด⁽⁹⁾

ในปัจจุบันเรื่องการศึกษารูปแบบพฤติกรรมการใช้เน็ตและพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในประเทศไทย ยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการใช้เน็ตและพฤติกรรมก้าวร้าวที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อนำประโยชน์ไปใช้ในการวางแผนการรักษา ดูแลและป้องกันต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา คือ เจริญพรณนาแบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study) ทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ที่มารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2560 โดยผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างได้รับคำอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจโดยได้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา การเลือกตัวอย่างใช้แบบเลือกตามเกณฑ์ (purposive

sampling) เกณฑ์การคัดเข้าคือ ผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นอายุ 7 – 15 ปี ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ปกครองและผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นจิตเภทที่ยังไม่สงบ ภาวะพิษจากสุราและสารเสพติด ผู้ปกครองมีความบกพร่องทางสติปัญญา ไม่สามารถเข้าใจภาษาไทย หรือไม่สามารถสื่อสารได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Taro Yamane ได้เท่ากับ 97 ราย และเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงทำการเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 117 ราย งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ IRB No. 670/59

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามจำนวน 3 ส่วนได้แก่

1. **ข้อมูลส่วนตัว** จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ ผู้ตอบแบบสอบถาม เพศผู้ป่วย อายุ การศึกษา ระบบการศึกษา ปัญหาในการศึกษา ผลการเรียน สถานภาพสมรส แนวทางเลี้ยงดู ความถี่กิจกรรมที่ทำร่วมกัน ความสัมพันธ์ในครอบครัว ประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว การวินิจฉัย
2. **ข้อมูลการใช้อินเทอร์เน็ต** ประกอบด้วย ข้อมูลใช้อินเทอร์เน็ตของผู้ปกครอง อนุญาตให้ผู้ป่วยใช้และกำหนดการใช้อินเทอร์เน็ตโดยผู้ปกครอง ได้แก่ ระยะเวลาที่ใช้งาน และช่วงเวลาที่ใช้งาน และการใช้งานจริงของผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาในการใช้งานและช่วงเวลาที่ใช้ ข้อคำถามที่สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อได้แก่ อุปกรณ์ที่ใช้ของทั้งผู้ปกครองและผู้ป่วย สถานที่เข้าถึงวัตถุประสงค์ที่ให้อินเทอร์เน็ต ผู้ป่วยใช้ประโยชน์จริง วิธีการจัดการเมื่อใช้อินเทอร์เน็ตเกินเวลา

รูปแบบพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตที่เป็นปัญหาเป็นแบบสอบถามที่จัดทำเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ คือ

1. หมกหมุ่นกับการใช้อินเทอร์เน็ต
2. ควบคุมการใช้อินเทอร์เน็ตไม่ได้
3. หากถูกบังคับให้เลิกหรือหยุดเล่นจะต่อต้านหงุดหงิดไม่พอใจ
4. การใช้อินเทอร์เน็ตมีผล

กระทบต่อสุขภาพ 5. อารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เมื่อไม่ได้ใช้อินเทอร์เน็ต 6. ใช้อินเทอร์เน็ตจนมีผลต่อการเรียน การทำงาน สุขภาพ และความสัมพันธ์ในครอบครัว แปลผลเป็นระดับน้อย 0 - 2 คะแนน ระดับปานกลาง 3 - 4 คะแนน ระดับมาก 5 - 6 คะแนน

3. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (OAS: Overt Aggression Scale for objective rating of verbal and physical aggression) ของเจตน์ภาดา นาคุตร⁽¹⁰⁾ เพื่อประเมินระดับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย มีประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง ต่อผู้อื่น ทั้งทางคำพูดและการแสดงออก และต่อทรัพย์สิน การแปลผลเป็น 1 - 3 ระดับ โดยผู้ปกครองเป็นคนประเมิน คือ ระดับที่ 1 ได้ 1 คะแนน มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนและสงบลงได้ ระดับที่ 2 ได้ 2 คะแนน มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน ระดับที่ 3 ได้ 3 คะแนน มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน⁽¹¹⁾ โดยมีได้มากกว่า 1 พฤติกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา เพื่อใช้บรรยายลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ไคสแควร์ เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าวกับพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ต โดยใช้โปรแกรม Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) version 17.0 วิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างประชากรจำนวนทั้งสิ้น 117 ราย ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างเพศชาย ร้อยละ 69.2 อายุเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เท่ากับ 11.16 ปี (2.16) ส่วนใหญ่ผู้ปกครองที่ตอบ แบบสอบถามเป็นมารดา ร้อยละ 79.5

ศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 65.8 เรียนโครงการปกติ ร้อยละ 95.7 เกรดเฉลี่ยผลการเรียนส่วนใหญ่อยู่ที่สูงกว่า 3.00 ร้อยละ 54.2 และมีปัญหาการศึกษา ร้อยละ 59.0 สถานะภาพของครอบครัวอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 76.1 การเลี้ยงดูเป็นแบบบางครั้งตามใจและบางครั้งเข้มงวด ร้อยละ 81.2 ทำกิจกรรมครอบครัวเป็นประจำทุกวัน

ร้อยละ 76.9 ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นแบบราบรื่น ร้อยละ 52.1 วินิจฉัยหลักเป็นโรคกลุ่ม ความผิดปกติของการพัฒนาระบบประสาท (neurodevelopmental disorder) ร้อยละ 79.5 รองลงมา คือ โรคซึมเศร้า ร้อยละ 6.8 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1. ตารางลักษณะข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ตอบแบบสอบถาม: มารดา	93	79.5
บิดา	11	9.4
อื่นๆ	13	11.1
เพศของผู้ป่วย : ชาย	81	69.2
หญิง	36	30.8
อายุของผู้ป่วย Mean (SD): MIN, MAX (ปี)	11.16 (2.16): 7,5	
การศึกษา		
ประถมศึกษาปีที่ 1 - 6	77	65.8
มัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6	40	34.2
ระบบการศึกษา		
ศึกษาในระบบปกติ	112	95.7
ในระบบโครงการพิเศษ	5	4.3
ปัญหาในเรื่องการศึกษา		
มีปัญหา	69	59.0
ไม่มีปัญหา	48	41.0
ผลการเรียนเกรดเฉลี่ย		
ต่ำกว่า 2.00	12	12.8
2.01 - 3.00	31	33.0
มากกว่า 3.01	51	54.2
สถานภาพของผู้ปกครอง		
อยู่ด้วยกัน	89	76.1
แยกกันอยู่	28	23.9
แนวทางการเลี้ยงดูบุตรหลาน		
บางครั้งตามใจบางครั้งเข้มงวด	95	81.2
มีระเบียบ	22	18.8
ความถี่ของกิจกรรมที่ทำร่วมกัน		
มีกิจกรรมทำทุกวัน	90	76.9
ไม่มีกิจกรรมทำทุกวัน	27	23.1

ตารางที่ 1. (ต่อ) ตารางลักษณะข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์ในครอบครัว		
ไม่มีความขัดแย้ง มีความราบรื่น	61	52.1
มีความขัดแย้ง	56	47.9
ประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว		
มีประวัติก้าวร้าว	44	37.6
ไม่มีประวัติก้าวร้าว	73	62.4
วินิจฉัยโรคหลัก / ปัญหาหลัก		
กลุ่มความผิดปกติของการพัฒนาระบบประสาท	93	79.4
กลุ่มซึมเศร้า	8	6.7
กลุ่มวิตกกังวล	3	2.6
กลุ่มยาเสพติด	1	0.9
กลุ่มอื่น	12	10.4

ข้อมูลด้านการใช้อินเทอร์เน็ต ส่วนใหญ่ผู้ปกครอง (ร้อยละ 63.2) โดยกำหนดให้ใช้ในระยะเวลาน้อยกว่า 3 ชั่วโมง ร้อยละ 62.4 พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างใช้อินเทอร์เน็ตจริงระยะเวลาประมาณน้อยกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน และกำหนดระยะเวลาในการใช้อินเทอร์เน็ต 74 ราย ช่วงเวลาที่ใช้มักเป็นเวลาเย็น (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2. ข้อมูลด้านการใช้งานอินเทอร์เน็ต

ข้อมูลด้านการใช้อินเทอร์เน็ต	ผู้ปกครองกำหนดให้ใช้		ผู้ป่วยใช้จริง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ใช้งาน				
น้อยกว่าเท่ากับ 3 ชั่วโมง	73	62.4	83	70.9
3 - 6 ชั่วโมง	10	8.5	13	11.1
มากกว่า 6 ชั่วโมง	32	27.4	11	9.4
ไม่มีระบุ	2	1.7	10	8.5
ช่วงเวลาที่ใช้				
เช้า	3	2.6	5	4.3
กลางวัน	12	10.3	14	12.0
เย็น	32	27.4	47	40.2
ก่อนนอน	21	17.9	22	18.8
ไม่กำหนด	17	14.5	20	17.1
ไม่ระบุ	32	27.4	9	7.7

ข้อมูลจากแบบสอบถามที่สามารถตอบคำถามได้มากกว่า 1 ข้อ พบว่าผู้ปกครองและผู้ป่วยใช้อินเทอร์เน็ตผ่านสมาร์ทโฟนเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.6 สถานที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ตมากที่สุดคือบ้าน ร้อยละ 99.1 โดยผู้ปกครองหวังประโยชน์จากการใช้อินเทอร์เน็ต คือ ให้คลายความเครียด ร้อยละ 61.5 และให้ค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม

เกี่ยวกับการเรียน ร้อยละ 60.7 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อเล่นเกม ร้อยละ 77 และดูคลิปวิดีโอ ร้อยละ 65 และผู้ปกครองมีวิธีการจัดการเมื่อใช้อินเทอร์เน็ตเกินเวลากำหนด ส่วนใหญ่ใช้วิธีบ่นว่า จะไม่ให้เล่นอีก ร้อยละ 52.1 พุดเตือนอย่างนุ่มนวล ร้อยละ 41.9 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3. ข้อมูลด้านการใช้งานอินเทอร์เน็ตที่สามารถตอบคำถามมากกว่า 1 ข้อ

ข้อมูลด้านการใช้งานอินเทอร์เน็ต	ใช้		ไม่ใช้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ปกครองใช้อินเทอร์เน็ตผ่านอุปกรณ์				
สมาร์ทโฟน	99	84.6	18	15.4
แท็บเล็ต	27	23.1	90	76.9
เครื่องคอมพิวเตอร์	41	35	76	65.0
บุตรหลานของท่านใช้อินเทอร์เน็ตผ่านอุปกรณ์				
สมาร์ทโฟน	100	85.5	17	14.5
แท็บเล็ต	33	28.2	84	71.8
เครื่องคอมพิวเตอร์	49	41.9	68	58.1
สถานที่ที่ใช้เข้าถึงอินเทอร์เน็ต				
บ้าน	116	99.1	1	0.9
โรงเรียน	15	12.8	102	87.2
ร้านเกม	2	1.7	115	98.3
หวังผลประโยชน์ในการให้บุตรหลานใช้อุปกรณ์เหล่านี้				
เพื่อให้เป็นพี่เลี้ยง	16	13.7	101	86.3
ให้คลายความเครียด	72	61.5	45	38.5
ให้มีพื้นที่ในการแสดงความคิดเห็น/ระบายอารมณ์	6	5.1	111	94.9
ใช้ติดตามพฤติกรรมบุตรหลาน	6	5.1	111	94.9
ให้ได้ค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเรียน	71	60.7	46	39.3
ให้ฝึกสมาธิ	5	4.3	112	95.7
บุตรหลานของท่านใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อทำอะไร				
หาข้อมูลในการเรียนรู้/ทำงาน/อ่านหนังสือ	62	53	55	47
ติดต่อครูและเพื่อนที่โรงเรียน	32	27.4	85	72.6
เล่น Social network	30	25.6	87	74.4
ดูคลิปวิดีโอ	76	65	41	35.0
เล่นเกม	91	77	26	22.2
ฟังเพลง	54	46.2	63	53.8

ตารางที่ 3. (ต่อ) ข้อมูลด้านการใช้งานอินเทอร์เน็ตที่สามารถตอบคำถามมากกว่า 1 ข้อ

ข้อมูลด้านการใช้งานอินเทอร์เน็ต	ใช่		ไม่ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
วิธีการจัดการเมื่อบุตรหลานใช้อินเทอร์เน็ตเกินกำหนด				
ตัดเงินค่าชม	7	6	110	94.0
ลงโทษด้วยการตี	4	3.4	113	96.6
บอกว่า จะไม่ให้เล่นอีก	61	52.1	56	47.9
เดินไปปิดอุปกรณ์นั้นทันที	13	11.1	104	88.9
พูดเตือนอย่างนุ่มนวล	49	41.9	68	58.1
ตัดสิทธิการใช้อินเทอร์เน็ต	43	36.8	74	63.2
ไม่มีการลงโทษตักเตือนใด ๆ	2	1.7	115	98.3

ข้อมูลด้านรูปแบบพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตที่เป็นปัญหา พบมากที่สุด คือ หากถูกบังคับให้เลิกหรือหยุดเล่นจะต่อต้านหงุดหงิดไม่พอใจ ร้อยละ 50.4 รองลงมา คือ หมกหมุ่นกับการใช้อินเทอร์เน็ต และควบคุมการใช้อินเทอร์เน็ตไม่ได้ และพบน้อยที่สุด คือ ใช้อินเทอร์เน็ตจนมีผลกระทบต่อการเรียน/ทำงาน/สุขภาพ/ความสัมพันธ์ในครอบครัว ร้อยละ 29.1 โดยรวมคะแนนประเมินพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตที่เป็นปัญหาส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับน้อย ร้อยละ 52.1 (ตารางที่ 4)

ข้อมูลเรื่องพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 47.0 โดยเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่นมากที่สุด ร้อยละ 35.9 เป็นระดับที่ 1 หงุดหงิดส่งเสียงดังตะโกนด้วยความโกรธ รองลงมา คือ พฤติกรรมก้าวร้าวต่อทรัพย์สิน ร้อยละ 33.3 เป็นระดับ 1 คือ ปิดประตูเสียงดัง รื้อข้าวของกระจัดกระจาย

ตารางที่ 4. รูปแบบพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตที่เป็นปัญหา

รูปแบบพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตที่เป็นปัญหา	มีพฤติกรรม	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระดับน้อย	61	52.1
ระดับปานกลาง	31	26.5
ระดับมาก	25	21.4

(ตารางที่ 5)

จากการศึกษาพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าว มีดังนี้ รูปแบบพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตที่เป็นปัญหามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.001$) โดยรูปแบบพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตที่เป็นปัญหาระดับมากจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากที่สุด ยังพบตัวแปร สถานภาพของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.036$) ครอบครัวที่แยกทางกัน จะมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากที่สุด ร้อยละ 64.3 และลักษณะการเลี้ยงดูมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.011$) โดยลักษณะการเลี้ยงดูแบบบางครั้งตามใจและบางครั้งเข้มงวด จะมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากที่สุด ร้อยละ 52.6 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 5. ตารางแสดงลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าว

ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าว (มีได้มากกว่า 1 พฤติกรรม)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว	62	53.0
มีพฤติกรรมก้าวร้าว	55	47.0
ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าว		
พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง	8	6.8
พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่น	42	35.9
พฤติกรรมก้าวร้าวต่อทรัพย์สิน	39	33.3

ตารางที่ 6. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยด้านต่าง ๆ	พฤติกรรม				P - value
	ก้าวร้าว		ไม่ก้าวร้าว		
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	
พฤติกรรมใช้อินเทอร์เน็ตที่เป็นปัญหา					
ระดับน้อย	21	34.4	40	65.6	0.001
ระดับปานกลาง	14	45.2	17	54.8	
ระดับมาก	20	80	5	20.0	
สถานะภาพของผู้ปกครอง					
อยู่ด้วยกัน	37	41.6	57	58.4	0.036
แยกทางกัน	18	64.3	10	35.7	
ลักษณะการเลี้ยงดู					
บางครั้งตามใจบางครั้งเข้มงวด	50	52.6	45	47.4	0.011
มีระเบียบวินัย	5	22.7	17	77.3	

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรูปแบบของพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตที่เป็นปัญหาในระดับน้อย ผลการศึกษาใกล้เคียงกับการศึกษาของประเทศเกาหลี Sung J. ⁽¹²⁾ ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตและปัญหาพฤติกรรมในวัยรุ่น พบว่ามีความเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตที่ระดับต่ำเป็นส่วนใหญ่ การศึกษาของ Krishnamurthy S. ⁽¹³⁾ ซึ่งศึกษาในวัยรุ่นประเทศอินเดียพบว่าพฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ตอยู่ในระดับ

ไม่รุนแรง การศึกษาของ Siomos KE. ⁽¹⁴⁾ ทำการศึกษาในวัยรุ่นประเทศกรีซ พบว่าส่วนใหญ่ยังไม่มีพฤติกรรมความเสี่ยงที่ติดอินเทอร์เน็ต พบการติดอินเทอร์เน็ตน้อย ที่สุด การศึกษาของ Yajun L. ⁽¹⁵⁾ พบว่าในระดับประถมปลาย และชั้นมัธยมต้นส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตในระดับปกติ ชั้นมัธยมตอนต้นมีการติดอินเทอร์เน็ตสูงกว่าเล็กน้อย

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ปกครองอนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างใช้อินเทอร์เน็ต โดยกำหนดให้ใช้อินเทอร์เน็ต

ใช้น้อยกว่าเท่ากับ 3 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งผู้ป่วยใช้อินเทอร์เน็ตจริงน้อยกว่าเท่ากับ 3 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งในส่วนของเวลาใช้อินเทอร์เน็ตไม่ได้แตกต่างจากการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการเล่นเกมในไทยที่เคยศึกษามาก่อนหน้านี้อยู่ที่ประมาณ 2 ชั่วโมงต่อวัน⁽¹⁶⁾ ระยะเวลาใช้อินเทอร์เน็ตของกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าลักษณะของผู้ติดอินเทอร์เน็ตในการศึกษาของ Young KS.⁽¹⁷⁾ ที่มีระยะเวลาใช้อินเทอร์เน็ตมากกว่า 38 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

จากการศึกษาพบว่าในส่วนของอายุที่ใช้อินเทอร์เน็ตเฉลี่ยอยู่ที่ 11 ถึง 13 ปี พบว่าคล้ายกับการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการใช้อินเทอร์เน็ตและการเล่นเกมทั้งในไทยและต่างประเทศ^(16,18) ซึ่งช่วงอายุดังกล่าวเป็นวัยรุ่นตอนต้น (10 – 13 ปี) เริ่มมีการพัฒนาด้านความคิดเชิงตรรกะและนามธรรมเพิ่มขึ้น แต่ยังมีความคิดเชิงรูปธรรมอยู่มาก เวลาที่ตัดสินใจเรื่องตัวเองและมีอารมณ์เกี่ยวข้องจะใช้ความคิดเชิงรูปธรรมเป็นหลัก เริ่มสนใจเรื่องอัตมโนลักษณะ (self concept) ซึ่งการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตในวัยนี้จะมีผลต่อการพัฒนาตนเอง ความคิด กรอบบรรทัดฐานทางวัฒนธรรม ทำให้วัยรุ่นเข้าใจว่าสิ่งที่สื่อนำเสนอเป็นสิ่งที่โดดเด่น ดูดี มองว่าเป็นพฤติกรรมที่ปกติ เหมาะสม มีการเลียนแบบ⁽¹⁹⁾

จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ซึ่งโดยทั่วไปแล้วเป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้บ่อย พบว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 47 พบว่าส่วนใหญ่เป็นลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่น เป็นลักษณะการใช้คำพูดมากที่สุด รองลงมาคือ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน และก้าวร้าวรุนแรงต่อตัวเอง ตามลำดับ ผลการศึกษาใกล้เคียงกับงานวิจัยของ Sukhodolsky DG.⁽⁶⁾ เกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชเด็ก พบมากที่สุด คือ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงด้วยคำพูด และพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน และ Dean AJ.⁽⁷⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ที่พบบ่อยที่สุด คือ การใช้คำพูดและดื้อต่อต้านต่อที่ผู้ดูแล รองลงมา คือ การใช้คำพูดก้าวร้าวต่อผู้อื่น การศึกษาของ Vivona JM.⁽²⁰⁾ พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเวช

เด็กและวัยรุ่น จะมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมากกว่าหนึ่งลักษณะทั้งทางคำพูดและใช้กำลัง ก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่น สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าหนึ่งลักษณะ จากการศึกษาของ Liu J.⁽²¹⁾ เรื่องความเข้าใจพฤติกรรมก้าวร้าวตลอดช่วงชีวิต พบว่าช่วงวัยเรียนจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น ใช้ลักษณะก้าวร้าวทางคำพูดทำร้ายผู้อื่น เป็นเพราะมีทักษะทางภาษาและความสัมพันธ์ทางสังคมมากขึ้น

รูปแบบพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตที่เป็นปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.001$) โดยรูปแบบพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตที่เป็นปัญหาในระดับมากจะพบพฤติกรรมก้าวร้าวมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Young KS.⁽²²⁾ เกี่ยวกับเรื่องผลกระทบของการเล่นเกมคอมพิวเตอร์ และการติดอินเทอร์เน็ตที่พบว่าเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้นและหงุดหงิดง่าย^(1, 22 – 23) จากการศึกษาของ Lim J.⁽²⁴⁾ พบว่าวัยรุ่นที่ติดอินเทอร์เน็ตมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าวัยรุ่นปกติ ภาทริกา วงศ์อนันต์นนท์⁽²⁵⁾ พบว่าเด็กและวัยรุ่นที่ใช้อินเทอร์เน็ตเกมที่มีความรุนแรง จะมีความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรง การศึกษาของ Kuss DJ.⁽⁹⁾ พบว่าการเด็กและวัยรุ่นที่ติดอินเทอร์เน็ต มักจะใช้วิธีการที่รุนแรงในแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น นำไปสู่ปัญหาทางโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า วิตกกังวล สมาธิสั้น ใช้สารเสพติด

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ ลักษณะครอบครัวที่แยกทางกัน และลักษณะการเลี้ยงดูที่บางครั้งตามใจและบางครั้งเข้มงวด ซึ่งอาจสามารถอธิบายได้ว่าลักษณะครอบครัวแตกแยก มักพบการเลี้ยงดูที่มีระเบียบวินัยไม่สม่ำเสมอ ทำให้เด็กขาดความผูกพันทางใจกับบิดาหรือมารดา ผลการศึกษาของวลัยกรณ์ แพร่กิจธรรมชัย⁽²⁶⁾ พบว่าวัยรุ่นที่มีปัญหาสัมพันธ์ภายในครอบครัวแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวแตกต่างกัน แต่พบว่าสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่ดีจะช่วยลดความเสี่ยงของพฤติกรรมก้าวร้าวในวัยรุ่น

ข้อจำกัดของการศึกษา

เป็นการศึกษาในกลุ่มเฉพาะผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เท่านั้น ไม่ได้ครอบคลุมในเด็กปกติ ผู้ปกครองอาจได้รับคำแนะนำจากแพทย์ที่ทำการรักษาในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กมาก่อน ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งอาจทำให้ได้ข้อมูลการใช้อินเทอร์เน็ตในบางส่วนที่ไม่ตรงกับความจริง ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้คือ ควรมีการศึกษาในกลุ่มประชากรเด็กปกติ เช่น ในโรงเรียน หรือกลุ่มที่ผู้ปกครองยังไม่ได้มีการปรับพฤติกรรม ควรมีการศึกษาในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างโรคทางจิตเวชกับพฤติกรรมการใช้คอมพิวเตอร์และพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ เพิ่มเติม ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมใช้อินเทอร์เน็ต เช่น การโดนกลั่นแกล้งใน Social network, การใช้สารเสพติด

สรุป

พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กและพฤติกรรมใช้อินเทอร์เน็ต เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกัน โดยใช้อินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก นอกจากนี้มีความสัมพันธ์กับครอบครัวแยกทาง การเลี้ยงดูของพ่อแม่ และการขาดระเบียบวินัยร่วมด้วย ดังนั้นบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น จึงควรตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว และนำผลการศึกษานี้ไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และส่งเสริมให้ครอบครัวมีการดูแลแบบใกล้ชิดและมีระเบียบวินัย มีการกำหนดเกณฑ์การใช้อินเทอร์เน็ตให้ชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ปกครองของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ตลอดจนอาจารย์ เจ้าหน้าที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. ชาญวิทย์ พรนภดล, เฉษรา วสุพันธ์จิต. การเสพติดอินเทอร์เน็ต. ใน: นันทวัช สิริวัณณ, กมลเนตร วรณเสวก, กมลพร วรณฤทธิ์, ปเนต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช, พนม เกตุมาน, บรรณธิการ. จิตเวช ศิริราช DSM-5. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์; 2558. หน้า 561-71.
2. ชาญวิทย์ พรนภดล, พิษญาตันธนิกรัย. การคัดกรองเด็กติดยาและอินเทอร์เน็ต. ใน: พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์, วินัดดา ปิยะศิลป์, วันดี นิงสานนท์, ประสพศรี อึ้งถาวร, บรรณธิการ. Guideline in child health supervision. กรุงเทพฯ: สรรพสาร; 2557. หน้า 194-204.
3. Kuss DJ, Lopez-Fernandez O. Internet addiction and problematic Internet use: A systematic review of clinical research. World J Psychiatry 2016;6:143-76.
4. ศุภโชค สิงห์กันต์. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Violence). ใน: นันทวัช สิริวัณณ, กมลเนตร วรณเสวก, กมลพร วรณฤทธิ์, ปเนต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช, พนม เกตุมาน, บรรณธิการ. จิตเวช ศิริราช DSM-5. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์; 2558. หน้า 117-20.
5. ฉันทสุตา พงศ์พันธุ์ผู้ภักดี. ความก้าวร้าวรุนแรงและการรังแกผู้อื่น Aggression, violence and bullying. ใน: รสวันต์ อาริมิตร, สุภัญญา อินธิ, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, สมจิตร จารูรัตนศิริกุล, บรรณธิการ. ตำราเวชศาสตร์วัยรุ่น (Textbook of adolescent medicine). นนทบุรี: ภาพพิมพ์; 2559. หน้า 613-23.
6. Sukhodolsky DG, Cardona L, Martin A. Characterizing aggressive and noncompliant behaviors in a children's psychiatric inpatient setting. Child Psychiatry Hum Dev 2005;36:177-93.

7. Dean AJ, Duke SG, Scott J, Bor W, George M, McDermott BM. Physical aggression during admission to a child and adolescent inpatient unit: predictors and impact on clinical outcomes. *Aust N Z J Psychiatry* 2008;42: 536-43.
8. Kim K. Association between Internet overuse and aggression in Korean adolescents. *PediatrInt* 2013;55:703-9.
9. Kuss DJ, Griffiths MD, Karila L, Billieux J. Internet addiction: a systematic review of epidemiological research for the last decade. *Curr Pharm Des* 2014;20:4026-52.
10. เจตน์ภาดา นาคบุตร. การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
11. สุวรรณี เรืองเดช, บุรินทร์ สุวรรณสัมฤทธิ์, ขจีรัตน์ ปรักเอโก. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://100.164.191.88/caretransition/document/manual.pdf>.
12. Sung J, Lee J, Noh HM, Park YS, Ahn EJ. Associations between the risk of internet addiction and problem behaviors among Korean adolescents. *Korean J Fam Med* 2013;34:115-22.
13. Krishnamurthy S, Chetlapalli SK. Internet addiction: Prevalence and risk factors: A cross-sectional study among college students in Bengaluru, the Silicon Valley of India. *Indian J Public Health* 2015;59:115-21.
14. Siomos KE, Dafouli ED, Braimiotis DA, Mouzas OD, Angelopoulos NV. Internet addiction among Greek adolescent students. *Cyberpsychol Behav* 2008;11:653-7.
15. Li Y, Zhang X, Lu F, Zhang Q, Wang Y. Internet addiction among elementary and middle school students in China: a nationally representative sample study. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2014;17:111-6.
16. Petchsuwan D, Hongsanguansri S. Game playing and addiction among child and adolescent psychiatric outpatients at Ramathibodi Hospital. *J Psychiatr Assoc Thai* 2008;53: 257-70.
17. Young KS. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychol Behav* 1998;1:237-44.
18. Weinstein A, Lejoyeux M. Internet addiction or excessive internet use. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2010;36:277-83.
19. รสวันต์ อารีมิตร. พัฒนาการทางด้านจิตใจและสังคม (Adolescent psychosocial development). ใน: รสวันต์ อารีมิตร, สุภัญญาอินฉิว, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, สมจิตร จารูรัตน์ศิริกุล, บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์วัยรุ่น (Textbook of adolescent medicine). นนทบุรี: ภาพพิมพ์; 2559. หน้า 115-30.
20. Vivona JM, Ecker B, Halgin RP, Cates D, Garrison WT, Friedman M. Self- and other-directed aggression in child and adolescent psychiatric inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:434-44.
21. Liu J, Lewis G, Evans L. Understanding aggressive behavior across the life Span. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2013;20:156-68.
22. Young K. Internet Addiction: Diagnosis and Treatment Considerations. *J Contemp*

- Psychother 2009;39:241-46.
23. ศิริไชย หงษ์สงวนศรี. การติดเกม (Game addiction).
ใน: รสวันต์ อาริมิตร, สุภัญญาอินนิว, บุญยี่
มานะบริบูรณ์, ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, สมจิตร์
จารุรัตน์ศิริกุล, บรรณานิการ. ตำราเวชศาสตร์
วัยรุ่น (Textbook of adolescent medicine).
นนทบุรี:ภาพพิมพ์; 2559. หน้า 565-80.
24. Lim JA, Gwak AR, Park SM, Kwon JG, Lee JY,
Jung HY, et al. Are adolescents with internet
addiction prone to aggressive behavior?
The mediating effect of clinical comorbidities
on the predictability of aggression in
adolescents with internet addiction.
Cyberpsychol Behav Soc Netw 2015;18:
260-7.
25. ภัทริกา วงศ์อนันต์นนท์. พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ต
ของเด็กและเยาวชน.วารสารพยาบาลทหารบก
2557;15:173-8.
26. วลัยกรณ์ แพวกิจธรรมชัย.ผลของการปรับพฤติกรรม
เพื่อลดความก้าวร้าวของวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง. วารสาร
วิชาการศรีปทุม ชลบุรี 2555;3:95-102.

Original article

Development of the Adverse Childhood Experiences (ACE) Questionnaire Thai version

Lertsak Rungmueanporn Napakkawat Buathong
Parichawan Chandarasiri* Wantipa Wittayasai

Abstract

Background: In Thailand, so far there is no tool to identify childhood experiences of abuse and neglect. Both problems are very important issues that could affect so many lives.

Objective: This study measured the validity and reliability of the Adverse Childhood Experiences (ACE) Questionnaire - Thai version.

Methods: This study is a cross-sectional descriptive study to test the content validity of questionnaire by using the Index of Item-Objective Congruence (IOC) from experts' opinions that also test the face validity and reliability in the sample of 49 women, 18 years old and above, at Association for the Promotion of the Status of Women emergency home.

Results: The results showed that the content validity of questionnaire met the standards and internally consistency reliability of 0.79 for abuse domain, 0.82 for neglect domain and 0.66 for household dysfunction domain.

Conclusions: In conclusion, the Adverse Childhood Experiences Questionnaire - Thai version had acceptable content validity and reliability. This questionnaire can therefore be a tool for more research in order to assess adverse childhood event such as abuse, neglect and household dysfunction.

Keywords: Adverse Childhood Experiences (ACE) Questionnaire - Thai version, validity, reliability, abuse, neglect.

*Correspondence to: Parichawan Chandarasiri, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received: January 26, 2018

Revised: March 15, 2018

Accepted: June 8, 2018

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาแบบสอบถาม Adverse Childhood Experiences (ACE) Questionnaire ฉบับภาษาไทย

เลิศศักดิ์ รุ่งเหมือนพร ฌักวรรต บัวทอง
ปรีชวัน จันทศิริ วัลย์ฐิภา วิทยาศัย

บทคัดย่อ

เหตุผลของการทำวิจัย: ปัญหาการถูกละเมิดและทอดทิ้งเป็นปัญหาที่มีความสำคัญและก่อให้เกิดผลกระทบมากมาย ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีเครื่องมือใช้ในการประเมิน การถูกละเมิดและทอดทิ้งในวัยเด็ก

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม Adverse Childhood Experiences (ACE) Questionnaire ฉบับภาษาไทย

วิธีการทำวิจัย: การศึกษาเชิงพรรณนา ณ ภาคใต้ของ เพื่อศึกษาความตรงตามเนื้อหาโดยใช้ค่าความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบทดสอบจากผู้เชี่ยวชาญ และศึกษาความตรงเชิงประจักษ์และความเที่ยงจากความสอดคล้องภายในจากกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปในสมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรี บ้านพักฉุกเฉิน ดอนเมือง จำนวน 49 ราย

ผลการศึกษา: ผลการศึกษาความตรงตามเนื้อหา พบว่าภาพรวมของแบบสอบถามมีความตรงตามเนื้อหาผ่านเกณฑ์ ผลการศึกษาค่าความเที่ยงจากความสอดคล้องภายในพบว่าค่าถามในด้าน การถูกละเมิดมีค่าเท่ากับ 0.79, ด้านการละเลยทอดทิ้งมี ค่าเท่ากับ 0.82 และด้านปัญหาในครอบครัวมีค่าเท่ากับ 0.66

สรุป: แบบสอบถาม Adverse Childhood Experiences Questionnaire ฉบับภาษาไทย มีความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และสามารถนำไปใช้ในงานวิจัยเพื่อวัดระดับของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กได้แก่ การถูกละเมิด, การถูกละเลยทอดทิ้ง และปัญหาในครอบครัวได้

คำสำคัญ: Adverse Childhood Experiences (ACE) Questionnaire ฉบับภาษาไทย, ความ เที่ยงตรง, การถูกละเมิด, การละเลยทอดทิ้ง.

ในสังคมโลกยุคปัจจุบันนี้ปัญหาการทารุณกรรม และทอดทิ้งเด็กยังเป็นหนึ่งในปัญหาอันดับต้น ๆ ของหลากหลายประเทศทั่วโลก และส่งผลกระทบต่อเด็กในหลายด้านทั้งในระยะสั้นและระยะยาว⁽¹⁻⁸⁾

ในปีพ.ศ. 2538 มีการศึกษาที่ชื่อว่า Adverse Childhood Experiences Study (ACE study) ซึ่งดำเนินการโดย Center for Disease Control and Prevention (CDC) ได้พัฒนาแบบสอบถามถึงเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ ในวัยเด็ก หรือที่เรียกว่า ACE Questionnaire เพื่อใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมีประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก ได้แก่ การถูกทารุณกรรม การถูกละเลยทอดทิ้ง และการมีความผิดปกติภายในครอบครัว กับผลกระทบที่เกิดขึ้นในวัยผู้ใหญ่⁽⁵⁾ ซึ่งได้พัฒนาเป็นการสำรวจประชากรทั่วไปในหลายรัฐของสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาล้วนแล้วแต่บ่งชี้ไปในทางเดียวกันว่าผู้ที่เคยประสบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก มักปรากฏผลกระทบทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพรวมไปถึงผลกระทบต่อศักยภาพในการดำเนินชีวิต และยังพบว่าหากมีประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กหลายด้าน ผลกระทบที่เกิดขึ้นก็จะมากขึ้นตามไปด้วย⁽⁹⁾

สังคมไทยในปัจจุบัน พบว่าปัญหาอันดับต้น ๆ ยังคงเป็นการทารุณกรรมและทอดทิ้งเด็ก จากสถิติพบว่าในแต่ละปีเด็กที่ถูกกระทำทารุณกรรมทางร่างกายและทางเพศมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ⁽¹⁰⁻¹²⁾ สำหรับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาของประเทศไทยเกี่ยวกับผลกระทบของปัญหาดังกล่าวยังคงมีข้อมูลไม่มาก ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการที่ยังไม่มีเครื่องมือแบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาข้างต้นในฉบับภาษาไทย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบสอบถามเรื่องผลกระทบจากการมีประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กฉบับภาษาไทย หรือ Adverse Childhood Experiences (ACE) Questionnaires-Thai version เพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยต่อไป

จากงานวิจัยต้นฉบับนั้นแบบสอบถาม Adverse

Childhood Experiences (ACE) Questionnaire แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ^(13, 14) ซึ่งมีความแตกต่างกันในเรื่องของจำนวนข้อคำถามและความครอบคลุมในด้านต่าง ๆ ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกพัฒนาแบบสอบถามรูปแบบของ Original CDC-Kaiser ACE study questionnaire⁽¹³⁾ เนื่องจากความละเอียดของข้อคำถามที่มากกว่าและยังครอบคลุมด้านการละเลยทอดทิ้งที่ยังพบได้มากในสังคมไทย ซึ่งจากหลักฐานงานวิจัยก่อนหน้านี้พบว่าแบบสอบถามต้นฉบับมี test-retest reliabilities ในแต่ละหมวดอยู่ในระดับที่ดีโดยมีค่า kappa coefficient เท่ากับ 0.55 - 0.77 (95%CI, 0.47 - 0.85)⁽¹⁵⁾ มีค่า Internal consistency โดย Cronbach's alpha เท่ากับ 0.88⁽¹⁶⁾ และมีการศึกษา Criterion validity โดยเปรียบเทียบกับ Adult Attachment Interview (AAI) พบว่ามี validity อยู่ในระดับที่ดีสามารถใช้ในการคัดกรองบุคคลที่มีประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กได้⁽¹⁶⁾

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) ณ ภาคตัดขวาง (cross sectional study) เพื่อศึกษาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ โดยเก็บข้อมูลจากบุคคลที่พักอาศัยในสมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีฯ บ้านพักฉุกเฉิน ดอนเมือง จำนวน 49 ราย เนื่องจากบุคคลในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีประวัติการถูกละเลยทอดทิ้งหรือถูกทารุณกรรมมาก่อน เก็บตัวอย่างทุกรายที่เข้าเกณฑ์คัดเลือกตามลำดับก่อน-หลัง โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่างภายในระยะเวลาตั้งแต่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2560 ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (เลขใบอนุญาตที่ 429/59)

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา

บุคคลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ณ วันเข้าร่วมโครงการ และมีประวัติการถูกทารุณกรรมหรือทอดทิ้งในวัยเด็กที่พักอาศัยในสมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีฯ บ้านพักฉุกเฉิน

ดอนเมือง ใช้ภาษาไทยเป็นภาษาหลักใน การสื่อสาร สามารถฟังและพูดได้อย่างเข้าใจและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากการศึกษา

บุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วยที่มีผลต่อด้านความจำ ได้แก่ภาวะสมองเสื่อม (neurocognitive disorder) และโรคจิตขั้นรุนแรง (severe psychosis)

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย

Original CDC-Kaiser ACE study questionnaire มีข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ ครอบคลุมเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก 10 ด้าน ได้แก่ Emotional abuse 2 ข้อ, Physical abuse 2 ข้อ, Sexual abuse 4 ข้อ, Emotional neglect 5 ข้อ, Physical neglect 5 ข้อ, Domestic violence 4 ข้อ, Household substance abuse 2 ข้อ, Mental illness in household 2 ข้อ, Parental divorce 1 ข้อ และ Criminal member in household 1 ข้อ⁽¹³⁾ โดยแบบสอบถามนี้ประกอบไปด้วยข้อคำถามที่พัฒนาขึ้นใหม่และข้อคำถามที่นำมาจากแบบสอบถามอื่น ๆ^(13, 17 - 20) ผู้วิจัยได้รับการอนุญาตให้พัฒนาแบบสอบถามนี้ในฉบับภาษาไทยจาก Center for Disease Control and Prevention

ขั้นตอน

งานวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การแปลภาษา การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาการนำแบบสอบถามไปใช้เก็บข้อมูลเพื่อตรวจสอบค่าความตรงเชิงประจักษ์ และการนำแบบสอบถามไป เก็บข้อมูลอีกครั้งเพื่อตรวจสอบค่าความเที่ยง

ขั้นตอนที่ 1 การแปลภาษา

แปลแบบสอบถามไปข้างหน้าจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย (forward translation) โดยใช้ผู้แปลหนึ่งคนที่มีคุณสมบัติในการแปลภาษาจากนั้นแปลแบบ

สอบถามฉบับภาษาไทยย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษ (backward translation) โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษา ซึ่งเป็นบุคคลภายนอกที่ไม่ได้ทำงานเกี่ยวกับทางการแพทย์ และไม่ทราบรายละเอียดของแบบสอบถามต้นฉบับเป็นผู้แปลเพื่อลดอคติด้านข้อมูล (information bias) เปรียบเทียบเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับและชุดที่แปลย้อนกลับเพื่อปรับแก้แบบสอบถามฉบับภาษาไทยให้มีความเทียบเท่ากัน ใน 4 ประเด็น ได้แก่ ความเทียบเท่าด้านความหมาย (Semantic equivalence), ความเทียบเท่าด้านสำนวน (Idiomatic equivalence), ความเทียบเท่าด้านประสบการณ์ (Experiential equivalence) และความเทียบเท่าด้านแนวคิด (Conceptual equivalence)

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ใช้แบบสอบถามฉบับภาษาไทยที่ผ่านการปรับปรุงหลังจากแปลภาษา ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นจำนวน 3 ท่าน โดยให้คะแนนความสอดคล้องเป็นรายข้อ เพื่อใช้ในการคำนวณค่าความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงก์กับแบบทดสอบ IOC (Index of Item-Objective Congruence) ของข้อคำถามแต่ละข้อโดยข้อที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 จะได้รับการปรับปรุงแก้ไขจากนั้นแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแล้วจะถูกส่งไปที่ผู้เชี่ยวชาญเพื่อหาค่า IOC ตามขั้นตอนเดิมก่อนปรับปรุงอีกครั้งและนำไปใช้สำรวจข้อมูลในขั้นต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบความตรงเชิงประจักษ์

นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 19 ราย และทำการสอบถามความเข้าใจจากกลุ่มตัวอย่างโดยตรง เพื่อหาข้อคำถามที่สื่อความสับสนคลุมเครือ จากนั้นทำการปรับปรุงข้อคำถามเป็นครั้งสุดท้ายและนำไปใช้สำรวจข้อมูลในขั้นต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การตรวจสอบค่าความเที่ยง

นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปใช้กับกลุ่ม

ตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความเที่ยงจาก ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยใช้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) สำหรับข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นมาตรา ส่วน (likert scale question) และใช้วิธีคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Method) สำหรับข้อคำถามแบบ ให้เลือกสองทาง (dichotomous question) โดยทั่วไปแล้ว ค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้มักมีค่าไม่น้อยกว่า 0.7 และ ค่าสหสัมพันธ์ของคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมในหมวด คำถาม (corrected item-total correlation) มักมีค่ามากกว่า หรือเท่ากับ 0.2

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรทั้งหมดเป็นเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 28.36 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ (ร้อยละ 73.0) การศึกษา อยู่ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าจำนวน 5 ราย

ตารางที่ 1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

	จำนวนราย (ร้อยละ)
เพศหญิง	30 (100)
อายุ ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 28.36 (8.87) ค่าต่ำสุด = 18, ค่าสูงสุด = 26	
18 - 30 ปี	21 (70)
31 - 40 ปี	4 (13.3)
41 - 50 ปี	2 (6.7)
51 - 60 ปี	1 (3.3)
ไม่ระบุ	2 (6.7)
รายได้ต่อเดือน ค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์) = 0.00 (6,750) ค่าต่ำสุด = 0, ค่าสูงสุด = 15,000	
ไม่มีรายได้	22 (73.3)
1 - 5,000 บาท	0 (0)
1,001 - 5,000 บาท	3 (10)
5,001 - 10,000 บาท	3 (10)
10,001 - 15,000 บาท	2 (6.7)
มากกว่า 15,000 บาท	0 (0)
ระดับการศึกษา	
ไม่ระบุ	3 (10)
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	5 (16.7)
มัธยมศึกษา	17 (56.7)
ปริญญาตรี	4 (13.3)
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	1 (3.3)

(ร้อยละ 16.7), มัธยมศึกษา 17 ราย(ร้อยละ 56.7), ปริญญาตรี 4 ราย (ร้อยละ 13.3), ประกาศนียบัตรวิชาชีพ 1 ราย (ร้อยละ 3.3), ไม่ระบุ 3 ราย (ร้อยละ 10) (ตารางที่ 1)

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ครั้งที่หนึ่งพบข้อคำถามที่มีค่าความ สอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ต่ำกว่า 0.5 จำนวน 11 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามในหมวดการทารุณกรรม ทางกายจำนวน 2 ข้อ, การทารุณกรรมทางเพศจำนวน 2 ข้อ, การละเลยทอดทิ้งทางอารมณ์ 1 ข้อ, การละเลย ทอดทิ้งทางกายจำนวน 1 ข้อ, ความรุนแรงในครอบครัว จำนวน 4 ข้อ และการเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว จำนวน 1 ข้อ หลังจากการปรับแก้และตรวจสอบความ ตรงตามเนื้อหาในครั้งที่สอง พบข้อคำถามที่มีค่าความ สอดคล้องต่ำกว่า 0.5 จำนวน 1 ข้อในหมวดการละเลย ทอดทิ้งทางอารมณ์ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2. ข้อคำถามที่ปรับปรุงในตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ข้อคำถามก่อนปรับปรุง	ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item-objective congruence)	ข้อคำถามหลังปรับปรุงสุดท้าย
มีบางครั้งที่ผู้ปกครองหรือผู้ใหญ่คนอื่น ๆ อาจทำร้ายเด็ก ในช่วงที่เด็กเติบโตตั้งแต่เกิดจนกระทั่งอายุ 18 ปี บ่อยแค่ไหน หรือผู้ใหญ่อื่น ๆ ในบ้าน...?	0.3	มีบางครั้งที่พ่อแม่หรือผู้ใหญ่คนอื่น ๆ อาจทำร้ายเด็ก ในช่วงที่ คุณเติบโตตั้งแต่เกิดจนกระทั่งอายุ 18 ปี บ่อยแค่ไหนพ่อแม่, พ่อแม่มุญธรรม หรือผู้ใหญ่คนอื่น ๆ ในบ้านจะทำการดังต่อไปนี้ ?
ผู้ปกครอง, ตบ หรือเขวี้ยงร่างกายของคุณอย่างรุนแรง ?	0.3	ผิด, จับอย่างรุนแรง, กระชาก, ตบ หรือเขวี้ยงร่างกายอย่างรุนแรง
สัมผัสหรือลูบไล้ร่างกายของคุณด้วยความเสนหาหรือไม่ ?	0.3	สัมผัสหรือลูบไล้ร่างกายของคุณในลักษณะเขาหาทางเพศหรือไม่ ?
คุณสัมผัสร่างกายของเขาเหล่านั้นด้วยความเสนหาหรือไม่ ?	0.3	คุณสัมผัสร่างกายของเขาเหล่านั้นในลักษณะเขาหาทางเพศหรือไม่ ?
ครอบครัวของคุณเป็นทีมของความเข้มแข็งและการสนับสนุน	0	ครอบครัวของคุณเป็นแหล่งให้ความเข้มแข็งและคำจูง
มีคนที่พาคุณไปพบแพทย์เมื่อคุณต้องการ	0.3	มีคนที่พาคุณไปพบแพทย์เมื่อจำเป็น
ผิด, กระชาก, ตบ หรือเขวี้ยงร่างกายของคุณอย่างไ้	0.3	ผิด, จับอย่างรุนแรง, กระชาก, ตบ หรือเขวี้ยงร่างกายอย่างไ้
เตะ, กัด, ตบตีด้วยกำปั้นหรือของแข็ง	0.3	เตะ, กัด, ชกด้วยกำปั้นหรือตีด้วยของแข็ง
ตบตีซ้ำ ๆ แทนทุกหน้าที่	-0.3	ทุบตีซ้ำ ๆ แทนไม่กินที่
ข่มขู่หรือทำร้ายด้วยมีดหรือปืน	0.3	ข่มขู่หรือข่มขู่มีดหรือปืน หรือ ไขมีดหรือปืนทำให้เธอบาดเจ็บ
มีสมาชิกในครอบครัวพยายามจะฆ่าตัวตายหรือไม่ ?	0.3	มีสมาชิกในครอบครัวพยายามจะฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จหรือไม่ ?
สมาชิกในครอบครัวของคุณหวงห้ามซึ่งกันและกัน	0.3	สมาชิกในครอบครัวของคุณหวงห้ามซึ่งกันและกัน

การตรวจสอบความตรงเชิงประจักษ์

จากการนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 19 ราย พบข้อความที่มีความคลุมเครือในข้อคำถามจึงได้ปรับปรุงข้อคำถาม ได้แก่ ข้อคำถามที่ 6 จาก “คุณสัมผัสร่างกายของเขาเหล่านั้น...” เป็น “ให้สัมผัสร่างกายของเขาเหล่านั้น...” ข้อคำถามที่ 11 จาก “สมาชิกในครอบครัวของคุณคอยระวังดูแลกันและกัน” เป็น “สมาชิกในครอบครัวของคุณห่วงใยดูแลกันและกัน” ข้อคำถามที่ 14 จาก “คุณไม่มีอาหารกินเพียงพอ” เป็น “คุณมีอาหารกินไม่เพียงพอ”

ผลของการตอบแบบสอบถามและตรวจสอบค่าความเที่ยง

จากลักษณะการตอบแบบสอบถามของกลุ่ม

ตัวอย่างจำนวน 30 ราย พบว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กที่ผู้เข้าร่วมประสบมากที่สุด ได้แก่ การละเลยทอดทิ้งทางกายมีจำนวน 18 ราย (ร้อยละ 60), การละเลยทอดทิ้งทางจิตใจมีจำนวน 17 ราย (ร้อยละ 56.7) และการหย่าร้างในครอบครัวมีจำนวน 11 ราย (ร้อยละ 36.7) และพบว่าค่า ACE score อยู่ระหว่าง 0 - 8 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.13 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.25

ค่าความเที่ยงรวมเฉพาะข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นมาตราส่วน (Likert Scale question) เท่ากับ 0.86 ค่าความเที่ยงรวมเฉพาะข้อคำถามที่เป็นแบบให้เลือกสองทาง (Dichotomous question) เท่ากับ 0.55 ค่าความเที่ยงของข้อคำถามเมื่อจำแนกตามหมวดคำถามแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3. ค่าความเที่ยงเมื่อจำแนกตามหมวดคำถาม

หมวดคำถาม [จำนวนข้อ]	ลักษณะของข้อคำถาม	ค่าความเที่ยง
การทารุณกรรม		0.79
การทารุณกรรมทางจิตใจ [2]	มาตราส่วน	0.75
การทารุณกรรมทางกาย [2]	มาตราส่วน	0.75
การทารุณกรรมทางเพศ [4]	ให้เลือกสองทาง	0.92
การละเลยทอดทิ้ง		0.82
การละเลยทอดทิ้งทางจิตใจ [5]	มาตราส่วน	0.90
การละเลยทอดทิ้งทางกาย [5]	มาตราส่วน	0.22
ปัญหาในครอบครัว		0.66
ความรุนแรงในครอบครัว [4]	มาตราส่วน	0.88
การใช้สารเสพติดในครอบครัว [2]	ให้เลือกสองทาง	0.09
การเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว [2]	ให้เลือกสองทาง	-0.10
การแยกทางหรือหย่าร้างในครอบครัว [1]*	ให้เลือกสองทาง	ไม่สามารถวิเคราะห์ได้
สมาชิกในครอบครัวเป็นอาชญากร [1]*	ให้เลือกสองทาง	ไม่สามารถวิเคราะห์ได้

*ไม่สามารถวิเคราะห์ได้ เนื่องจากมีข้อคำถามเพียง 1 ข้อ

ค่าสหสัมพันธ์ของคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมในหมวดคำถามเดียวกัน พบว่าส่วนใหญ่มีค่าใกล้เคียง 0.2 ยกเว้นข้อ 16, 25 และ 26 ที่มีค่าสหสัมพันธ์ติดลบ

อภิปรายผล

จากข้อมูลพื้นฐานของประชากรที่ใช้ในการเก็บข้อมูล พบว่าผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมดเป็นเพศหญิง อันเนื่องมาจากกลุ่มประชากรในบ้านพักคนเมืองเป็นผู้หญิงทั้งหมด ส่วนใหญ่อายุไม่เกิน 30 ปี สามารถตอบแบบสอบถามที่ย้อนถามถึงเหตุการณ์ในอดีตได้ ภาพรวมของประชากรตัวอย่างมีระดับการศึกษา และเศรษฐกิจฐานะค่อนข้างต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเดิม⁽⁷⁾ ที่พบว่าบุคคลที่เคยถูกทารุณกรรมหรือละเลยทอดทิ้งในวัยเด็กมีระดับการศึกษาและเศรษฐกิจฐานะต่ำ

จากการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาในครั้งที่สุดท้ายพบว่า มีเพียง 1 ข้อคำถามเท่านั้น ที่ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์น้อยกว่า 0.5 แสดงให้เห็นว่าข้อคำถามเกือบทั้งหมดสื่อความหมายได้ตรงตามจุดประสงค์ที่ต้องการวัด เช่นเดียวกับการตรวจสอบความตรงเชิงประจักษ์ พบว่าข้อคำถามส่วนใหญ่สื่อความหมายได้ดีมีการปรับปรุงแก้ไขเพียง 3 ข้อคำถาม

ค่าความเที่ยงจากค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเฉพาะข้อคำถามทั้งหมดที่เป็นมาตราส่วนเท่ากับ 0.856 ซึ่งอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ในขณะที่ค่าความเที่ยงเฉพาะข้อคำถามที่เป็นแบบให้เลือกละเลยเท่ากับ 0.549 เมื่อพิจารณาเฉพาะในแต่ละหมวดคำถามพบว่าในหมวด การละเลยทอดทิ้งทางกาย, การใช้สารเสพติดในครอบครัวและการเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว มีค่าความเที่ยงต่ำคือ 0.22, 0.09 และ -0.10 ตามลำดับ สอดคล้องไปกับค่าสหสัมพันธ์ที่ต่ำเช่นเดียวกัน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย และความแตกต่างของลักษณะทางสังคม และวัฒนธรรมระหว่างประเทศตะวันตกกับประเทศตะวันออก เช่น รูปแบบการเลี้ยงดู⁽²¹⁾, ความซุกซนของโรคทางจิตเวช และการเข้าถึงการวินิจฉัยทางการแพทย์⁽²²⁾ และรูปแบบการใช้สารเสพติด⁽²³⁾ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนแล้วแต่ทำให้เกิดประสบการณ์ที่แตกต่างกันในวัยเด็ก ซึ่งอาจส่งผลต่อลักษณะการตอบแบบสอบถามและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเมื่อนำมาใช้กับบริบทสังคมไทย

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าค่าสหสัมพันธ์ของข้อคำถามบางข้อมีค่าต่ำ แต่เมื่อพิจารณาตัดข้อคำถามดังกล่าวออกไปก็มิได้ทำให้ค่าความเที่ยงแตกต่างจากเดิมเท่าใดนัก อีกทั้งจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อยทำให้ค่าความเที่ยงไม่สอดคล้องกับงานวิจัยเดิมในต่างประเทศ⁽¹⁶⁾ ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างถึง 75 รายและมีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับสูง จึงยังไม่สามารถตัดข้อคำถามใดข้อคำถามหนึ่งออกจากแบบสอบถาม Adverse Childhood Experiences (ACE) Questionnaire ฉบับภาษาไทยนี้ได้ และต้องการงานวิจัยเพิ่มเติมที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นในการตรวจสอบค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม

ข้อจำกัดการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีจำนวนน้อย และทั้งหมดเป็นเพศหญิง อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการนำไปใช้กับประชากรทั่วไป

สรุป

แบบสอบถาม Adverse Childhood Experiences (ACE) Questionnaire ฉบับภาษาไทย มีความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ สามารถนำไปใช้ในงานวิจัยเพื่อวัดระดับของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กได้แก่การถูกทารุณกรรม การถูกละเลยทอดทิ้งและปัญหาในครอบครัวได้ อันจะก่อให้เกิดองค์ความรู้ที่เป็นรูปธรรมเกี่ยวกับการทารุณกรรมและละเลยทอดทิ้งเด็กในบริบทของสังคมไทย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Child maltreatment [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 17]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>.
2. Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, et al. Recognising and responding to child maltreatment. Lancet

- 2009;373:167-80.
3. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009;373:68-81.
 4. Danese A, Tan M. Childhood maltreatment and obesity: systematic review and meta-analysis. *Molecular Psychiatry* 2014;19:544-54.
 5. 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: 245-58.
 6. Nanni V, Uher R, Danese A. Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2012;169:141-51.
 7. Currie J, Widom CS. Long-term consequences of child abuse and neglect on adult economic well-being. *Child Maltreat* 2010;15:111-20.
 8. Andersen SL, Teicher MH. Stress, sensitive periods and maturational events in adolescent depression. *Trends in Neurosci* 2008;31: 183-91.
 9. Centers for Disease Control and Prevention. Violence prevention [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 17]. Available from: https://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/about_ace.html.
 10. คณะทำงานวิเคราะห์และรายงานสถานการณ์ทางสังคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถานการณ์ทางสังคม 10 เรื่องเด่น 10 เรื่องที่รุนแรงประจำปี 2558 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2560]. เข้าถึงได้จาก :<http://ebooks.m-society.go.th/ebooks/view/105>.
 11. สรุปสถิติมูลานโยบายพัฒนาหลักสูตรเพื่อเด็กและสตรี (องค์กรสาธารณประโยชน์) การรับเรื่องขอความช่วยเหลือและเรื่องราวร้องทุกข์ประจำปี พ.ศ.2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.pavenafoundation.or.th/index.php/stat-profile/2015-04-18-16-13-47>.
 12. End Violence Thailand [Internet]. n.d. [cited 2018 Jan 17]. Available from: http://endviolencethailand.org/violence_against_children.
 13. Dong M, Anda RF, Felitti VJ, Dube SR, Williamson DF, Thompson TJ, et al. The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse Negl* 2004;28:771-84.
 14. Remigio-Baker RA, Hayes DK, Reyes-Salvail F. Adverse childhood events and current depressive symptoms among women in Hawaii: 2010 BRFSS, Hawaii. *Maternal Child Health J* 2014;18:2300-8.
 15. Dube SR, Williamson DF, Thompson T, Felitti VJ, Anda RF. Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adult HMO members attending a primary care clinic. *Child Abuse Negl* 2004;28:729-37.
 16. Murphy A, Steele M, Dube SR, Bate J, Bonuck K, Meissner P, et al. Adverse Childhood Experiences (ACEs) Questionnaire and Adult Attachment Interview (AAI): Implications for

- parent child relationships. *Child Abuse Negl* 2014;38:224-33.
17. Straus MA. Measuring Intrafamily conflict and violence: The conflict tactics (CT) scales. *J Marriage Fam* 1979;41:75-88.
18. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 1994;151:1132-6.
19. Wyatt GE. The sexual abuse of Afro-American and white-American women in childhood. *Child Abuse Negl* 1985;9:507-19.
20. Schoenborn CA. Exposure to alcoholism in the family: United States, 1988. *Adv Data* 1991; (205):1-13.
21. ศิริกุล อิศรานุรักษ์, ปภาณี สุทธิสุรายธ. การอบรมเลี้ยงดูเด็ก. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา* 2550;5:105-18.
22. Baxter AJ, Patton G, Scott KM, Degenhardt L, Whiteford HA. Global epidemiology of mental disorders: what are we missing? *PLoS One* 2013;8:e65514.
23. UNODC Statistics Online. Statistics [Internet]. 2018 [cited 2018 Jan 17]. Available from: <https://data.unodc.org/#state:5>.

Original article

Stress and associated factors in undergraduate students of Faculty of Law of a university in Bangkok

Natthaporn Rodcharoen¹Peeraphon Lueboonthavatchai^{2,*}

Abstract

Background: Law students tend to have the high stress due to study contents of law, theories, and court precedents. In Thailand, there were limited studies about the stress of undergraduate law students.

Objectives: To study stress and associated factors in undergraduate students of a faculty of law of a university in Bangkok.

Methods: Four hundred and twenty-two participants were recruited from undergraduate students from a first year to a fourth year of Faculty of Law, Chulalongkorn University, academic year 2016, from October to November 2016. They completed 6 questionnaires :1) Sociodemographic Questionnaire; 2) Relationship Problems Questionnaire; 3) Suanprung Stress Test 20, SPST – 20;) 4) Social Support Questionnaire; 5) Stress Management Questionnaire; and 6) Social Support Questionnaire. The students' stress were presented by mean with standard deviation, proportion, and percentage. The associated factors of stress were analyzed by chi-square test. Logistic regression was used to identify the predictors of the high-to-severe level of stress in students.

Results: The mean score of students' stress was 49.8 (SD = 15.6). Most (48.3%) had high level of stress. The associated factors of stress level included college years, having physical disorders and/or mental disorders, relationship and family function, classmate relationship problem, negative attitude on learning contents, teaching, learning readiness, evaluation and/or overall, physical stress - reducing behaviors ($P < 0.01$), income adequacy, smoking, lovers relationship problems, overall stress – reducing behaviors and emotional social support ($P < 0.05$). By logistic regression, the predictors of high-to-severe level of stress were negative attitude on legal study, relationship and family functioning problem and classmate relationship problem ($P < 0.01$), physical disorders and negative physical stress – reducing behaviors ($P < 0.05$).

Conclusion: Most students (48.3 %) had high level of stress. The results of the study will be used to improve the quality of students' mental health pronition by monitoning students who are at high stress level and initiation of students' mental health promotion programs.

Keywords: Stress, undergraduate students, law.

*Correspondence to: Peeraphon Lueboonthavatchai, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.
Email address: peeraphon_tu@yahoo.com

Received: April 17, 2017

Revised: June 20, 2017

Accepted: September 18, 2017

¹Master of Science, Mental Health, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

²Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

นิพนธ์ฉบับ

ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักศึกษาระดับ ปริญญาบัณฑิตคณะนิติศาสตร์ ของมหาวิทยาลัย แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

ณัฐพร รอดเจริญ¹

พีรพันธ์ ลือบุญวัชรชัย²

บทคัดย่อ

เหตุผลของการทำวิจัย: นักศึกษานิติศาสตร์มีแนวโน้มที่จะมีความเครียดสูง เป็นผลจากการเรียนทางกฎหมาย ทฤษฎีและแนวคำพิพากษาการศึกษาความเครียดของนักศึกษานิติศาสตร์ระดับปริญญาตรีในประเทศไทยยังมีจำกัด

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักศึกษาระดับปริญญาบัณฑิตคณะนิติศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

วิธีการทำวิจัย: เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 – 4 คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2559 จำนวน 422 ราย ตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงธันวาคม 2559 ผู้เข้าร่วมการศึกษาตอบแบบสอบถาม 6 ชุดด้วยตนเอง ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามประเมินปัญหาความสัมพันธ์ 3) แบบวัดความเครียดสวนปรง 4) แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการเรียน 5) แบบสอบถามการลดความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาบัณฑิตคณะนิติศาสตร์ และ 6) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม นำเสนอความเครียดของนิสิต เป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัดสวน และร้อยละ ทำการวิเคราะห์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ และทำการวิเคราะห์ความถดถอยลอจิสติก เพื่อหาปัจจัยทำนายความเครียดในระดับสูงถึงรุนแรงของนิสิต

ผลการศึกษา: คะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยของนิสิตระดับปริญญาบัณฑิตคณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเท่ากับ 49.8 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.6) นิสิตส่วนใหญ่ (ร้อยละ 48.3) มีความเครียดระดับสูง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความเครียด ได้แก่ ชั้นปีที่เรียน โรคประจำตัวทางกาย โรคทางจิตเวช ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว ปัญหาเพื่อนในชั้นเรียน ทัศนคติการเรียน ด้านเนื้อหา การสอน ความพร้อมในการเรียน การประเมินผล และทัศนคติโดยรวม พฤติกรรมการลดความเครียดทางกาย ($P < 0.01$) ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย การสูบบุหรี่ การขัดแย้งกับคู่อริ พฤติกรรมลดความเครียดโดยรวม และการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ($P < 0.05$) ปัจจัยทำนายความเครียดระดับสูงถึงรุนแรง ได้แก่ ทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเรียนนิติศาสตร์ ปัญหาเพื่อนในชั้นเรียน ปัญหาความสัมพันธ์และหน้าที่ครอบครัว ($P < 0.01$) โรคประจำตัวทางกายและพฤติกรรมลดความเครียดทางกายที่ไม่ดี ($P < 0.05$)

สรุป: นิสิตระดับปริญญาบัณฑิตคณะนิติศาสตร์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 48.3) มีความเครียดระดับสูง ผลการศึกษาที่สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตในนิสิต โดยการเฝ้าระวังนิสิตที่มีความเครียดในระดับสูงและนำไปจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในนิสิต

คำสำคัญ: ความเครียด, นักศึกษาระดับปริญญาบัณฑิต, นิติศาสตร์.

¹นิสิตปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ในปัจจุบัน สถาบันอุดมศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชนหลายแห่งได้เปิดการเรียนการสอนหลักสูตรนิติศาสตรบัณฑิตกันอย่างแพร่หลาย โดยมีผู้สมัครเข้ารับการศึกษาคือเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้ในการศึกษานิติศาสตร์ในระดับชั้นที่สามารถนำองค์ความรู้ที่ได้ไปใช้ในการประกอบอาชีพ เช่น ทนายความ ผู้พิพากษา พนักงานอัยการได้นั้น การจัดการศึกษานิติศาสตร์ในระดับปริญญาบัณฑิตก็จะต้องจัดทำให้มีคุณภาพและได้มาตรฐานอย่างใดก็ตาม เนื่องจากเนื้อหาของหลักสูตรนิติศาสตรบัณฑิต โดยส่วนใหญ่จะมีการจัดการเรียนการสอนในลักษณะที่จะต้องศึกษาทบทวนเนื้อหาของกฎหมาย ทฤษฎี ประกอบกับแนวคำวินิจฉัยของศาล ซึ่งมีความละเอียดซับซ้อนและมีเนื้อหาเป็นจำนวนมาก อีกทั้งในส่วนการวัดผล ข้อสอบส่วนใหญ่เป็นลักษณะการวินิจฉัยผลทางกฎหมายจากเหตุการณ์ที่กำหนดให้ โดยนักศึกษาจะต้องจดจำตัวบทกฎหมายเพื่อจะเขียนในส่วนหลักกฎหมายที่ใช้ในการพิจารณาวินิจฉัย อีกทั้งนักศึกษาจะต้องวินิจฉัยผลทางกฎหมายให้ถูกต้อง โดยพิจารณาจากองค์ประกอบของกฎหมายและแนวการตีความการตัดสินของศาล การวัดผลในลักษณะเช่นนี้ย่อมทำให้นักศึกษามีความรู้ลึกกุดเป็นอย่างมาก อีกทั้งลักษณะการเรียนการสอน โดยส่วนใหญ่ในหลักสูตรนิติศาสตรบัณฑิตเป็นลักษณะมุ่งเน้นการวิเคราะห์ตัวบทกฎหมายในเชิงการหาเหตุและผลตามตรรกะ การศึกษานิติศาสตร์ในระดับปริญญาบัณฑิตเช่นนี้ จึงอาจส่งผลให้ผู้เรียนขาดความเชื่อมโยงกับความรู้สึกและอารมณ์แห่งตน ประกอบกับการศึกษาแนวคิดทางกฎหมายก็จะส่งผลให้ผู้เรียนใช้เหตุผลทางจิตใจ และความคิดสร้างสรรค์ในระดับที่น้อยลงตามมาด้วย ด้วยเหตุนี้จึงทำให้นักศึกษานิติศาสตร์มีความเครียดได้โดยง่าย ประกอบกับจากการศึกษาความเครียดของนักศึกษาในสาขาวิชาต่าง ๆ ในประเทศไทย พบว่า นักศึกษาสาขานิติศาสตร์เป็นนักศึกษาที่มีความเครียดสูงจากการทบทวนงานวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของนักศึกษากฎหมายที่ผ่านมา El-Gilany AH. และคณะ⁽¹⁾ ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียดระหว่างนักศึกษาแพทย์กับ

นักศึกษากฎหมายในเมือง Mansoura ประเทศอียิปต์ ระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2550 พบว่า นักศึกษากฎหมายจำนวนร้อยละ 41.2 มีความเครียดในระดับสูง โดยปัจจัยทำนายความเครียดระดับสูงของนักศึกษากฎหมาย ได้แก่ ปัจจัยด้านปัญหาส่วนบุคคล ปัจจัยด้านปัญหาสภาพแวดล้อม และปัจจัยด้านปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล Ko SM. และคณะ⁽²⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของนักศึกษากฎหมาย จำนวน 128 คนในระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 ของ University of Mississippi โดยใช้แบบวัด General Health Questionnaire (GHQ) ผลพบว่านักศึกษากฎหมายมีคะแนนความพึงพอใจในชีวิตในรอบ 1 ปีต่ำกว่านักศึกษาแพทย์ โดยมีปัจจัยทำนายความพึงพอใจในชีวิตต่ำ คือ เนื้อหาวิชาที่มีความยาก ความลำบากในการทบทวนบทเรียน งานที่ได้รับมอบหมายมีจำนวนมาก บรรยากาศการแข่งขันในชั้นเรียน และจำนวนเวลาว่างที่มีน้อยในการทำภาระกิจส่วนตัว และ เชิงชาย ถาวรยุทธ และ รัตมน กัลยาศิริ⁽³⁾ ได้ทำการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาประจำสำนักอบรมศึกษากฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภาในเขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2557 โดยศึกษาความเครียด ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียด และพฤติกรรมลดความเครียดของนักศึกษา พบว่านักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ ณ สำนักอบรมศึกษากฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา จำนวนร้อยละ 41.6 มีความเครียดระดับสูง และร้อยละ 14.3 มีความเครียดในระดับรุนแรง โดยปัจจัยที่ทำนายความเครียดของนักศึกษาในระดับสูงและรุนแรง ได้แก่ ความไม่เพียงพอของรายได้ ปัญหาสุขภาพ และสถานภาพโสด อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของนักศึกษาคณะนิติศาสตร์ระดับปริญญาตรีในประเทศไทยยังมีอยู่จำกัด การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาบัณฑิตคณะนิติศาสตร์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไข ป้องกันและพัฒนาสุขภาพจิตของนักศึกษานิติศาสตร์ ให้พร้อมที่จะทำหน้าที่ในด้านกฎหมายและกระบวนการยุติธรรมของประเทศต่อไป

วิธีการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) เกี่ยวกับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนิสิตระดับปริญญาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2559 ซึ่งได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด ทักษะเกี่ยวกับการเรียน ด้านพฤติกรรม การลดความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นิสิตระดับปริญญาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้นปีที่ 1 – 4 ปีการศึกษา 2559 จำนวน 422 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้าคือ เป็นนิสิตคณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระดับปริญญาบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 – 4 ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา เกณฑ์การคัดเลือกคือ เป็นผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยหรือมีอุปสรรคอื่นจนไม่สามารถเข้าร่วมในการศึกษาได้ โดยขนาดของตัวอย่าง (sample size) คำนวณโดยใช้สูตรดังนี้

$$n = \frac{z^2 \alpha p q}{d^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษา

$z\alpha$ = 1.96 ในระดับความเชื่อมั่นในการสรุปข้อมูลเท่ากับ 95 %

p = 0.416 (ความชุกของภาวะความเครียดในนักศึกษากฎหมายที่มีความเครียดในระดับสูงในงานวิจัยเรื่องความเครียดของนักศึกษาที่ศึกษา ณ สำนักอบรมกฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา โดย เชิงชาย ถาวรยุธร และ รัศมีน กัลยาศิริ⁽³⁾)

q = 1 – 0.416 = 0.584

d = acceptable error = 0.05

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง = 384 ทั้งนี้ เพื่อความน่าเชื่อถือของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีก 10 % เท่ากับ 422 คนโดยข้อมูลของสำนักทะเบียนและประมวลผล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่ามีนิสิตระดับปริญญาตรี

คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2559 จำนวนทั้งสิ้น 1,002 คน แบ่งเป็น นิสิตชั้นปีที่ 1 จำนวน 260 คน นิสิตชั้นปีที่ 2 จำนวน 271 คน นิสิตชั้นปีที่ 3 จำนวน 211 คน และนิสิตชั้นปีที่ 4 จำนวน 260 คน รวมเป็น 1,002 คน ดังนั้น การเก็บตัวอย่างของนิสิตชั้นปีที่ 1 – 4 ตามสัดส่วนของจำนวนนิสิตทั้งหมดในแต่ละชั้นปี จึงใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) โดยกระจายตามสัดส่วนของนิสิตแต่ละชั้นปี (proportional) ดังนี้

จำนวนนิสิตชั้นปีที่ 1 $(260 \times 422) \div 1,002 = 110$ คน
 จำนวนนิสิตชั้นปีที่ 2 $(271 \times 422) \div 1,002 = 114$ คน
 จำนวนนิสิตชั้นปีที่ 3 $(211 \times 422) \div 1,002 = 88$ คน
 จำนวนนิสิตชั้นปีที่ 4 $(260 \times 422) \div 1,002 = 110$ คน
 รวมเป็น = 422 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง (sampling techniques)

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) ตามระดับชั้นปี โดยแบ่งตามสัดส่วน (proportional) โดยมีลำดับขั้นตอนดังนี้

1) ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเองกล่าวคือ ทำการเลือกวันเพื่อเข้าไปเก็บข้อมูลนิสิตแต่ละชั้นปี โดยเลือกวันที่มีการเรียนการสอนแบบรวมทั้งชั้นปีในแต่ละชั้นปีและเป็นเวลาหลังจบคาบเรียน

2) ผู้วิจัยดำเนินการอธิบายวัตถุประสงค์ของงานวิจัย เกณฑ์การคัดเลือกเข้า และวิธีการตอบแบบสอบถาม เพื่อเปิดโอกาสให้นิสิตได้เข้าร่วมการศึกษาวิจัย

3) ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้นิสิตในชั้นเรียนรวมที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยโดยแจกแบบสอบถามตามจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้ในแต่ละชั้นปี

4) ในกรณีที่ยังไม่ได้ตัวอย่างที่ต้องการศึกษาครบตามจำนวน ผู้วิจัยก็จะเข้าไปเก็บข้อมูลในวันที่มีการเรียนรวมในครั้งถัดไป โดยผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการตอบแบบสอบถามในครั้งนั้นจะต้องไม่เคยตอบแบบสอบถามมาก่อน เพื่อป้องกันไม่ให้ข้อมูลที่ซ้ำซ้อนกัน

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ด้วยการแจกเอกสารให้บัณฑิตที่เข้าร่วมการศึกษา โดยการให้กรอกแบบสอบถามภายหลังคาบวิชาที่มีการเรียนการสอนแบบรวมทั้งชั้นปี ในแต่ละชั้นปี การศึกษาในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยเป็นผู้ทำหน้าที่ขอความยินยอม โดยมีการอธิบายวัตถุประสงค์ และวิธีการตอบแบบสอบถามให้แก่บัณฑิตที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวិชาลัยจะลงชื่อแสดงความยินยอมกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะต้องตอบแบบสอบถามจำนวน 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีจำนวน 17 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปี คะแนนเฉลี่ยสะสม ลักษณะที่พำนักอาศัยหลัก เงินค่าใช้จ่ายที่ได้รับรายเดือน แหล่งที่มาของฐานะของเงินค่าใช้จ่ายที่ได้รับรายเดือน ความเพียงพอของเงินค่าใช้จ่ายที่ได้รับคะแนนเฉลี่ยในภาคการศึกษาที่ผ่านมา คะแนนเฉลี่ยสะสมสถานภาพของบิดามารดา ฐานะของครอบครัว โรคประจำตัวทางกาย โรคประจำตัวทางจิตเวช การสูบบุหรี่ การดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประเมินปัญหาความสัมพันธ์ ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 4 ตอน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามประเมินความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว (family relationship and functioning questionnaire) เป็นแบบประเมินที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมของพีรพนธ์ ลือบุญวัชรชัย ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) ตามแบบฉบับลิเคอร์ท คะแนนรวมจะอยู่ตั้งแต่ 6 – 30 คะแนน ความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.9⁽⁴⁾ ในการแปลผลคะแนนรวมอาศัยการจัดกลุ่มข้อมูลจากค่าเฉลี่ย (mean)⁽⁴⁾ โดยความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวในระดับดี คือ คะแนนที่มากกว่าค่าเฉลี่ย 29.0 คะแนน และ ระดับไม่ดี คือ คะแนนที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 28.0 คะแนน

2.2 แบบสอบถามความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมชั้นเรียน ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) ตามแบบฉบับลิเคอร์ท โดยมี 5 ระดับ ได้แก่ ไม่ดี ดี พอใช้ ไม่ค่อยดี และไม่

2.3 แบบสอบถามความสัมพันธ์กับคู่รัก ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) ตามแบบฉบับลิเคอร์ท โดยมี 4 ระดับ ได้แก่ มีความขัดแย้งหรือทะเลาะเบาะแว้งกันเป็นประจำ มีความขัดแย้งหรือทะเลาะเบาะแว้งกันค่อนข้างบ่อยมีความขัดแย้งหรือทะเลาะเบาะแว้งกันบ้าง และไม่มี ความขัดแย้งหรือทะเลาะเบาะแว้งกันเลย

2.4 แบบสอบถามการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือเสียชีวิตของบุคคลสำคัญในชีวิต ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ โดยสอบถามเหตุการณ์เจ็บป่วยที่รุนแรงและการเสียชีวิตของบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ตอบแบบสอบถามว่า ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาได้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวขึ้นหรือไม่ และบุคคลนั้นคือใคร

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung stress test- 20, SPST - 20) เป็นแบบวัดระดับความเครียดที่สร้างขึ้นโดย สุวัฒน์ มหันันรินทรกุล และคณะ⁽⁵⁾ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ตามแบบฉบับลิเคอร์ท มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมากกว่า 0.7 การให้คะแนนและการแปลผลให้คะแนนความเครียด ตั้งแต่ 1 หมายถึงไม่รู้สึกรู้สีก่อนถึง 5 หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด คะแนนรวมทั้งหมดไม่เกิน 100 คะแนน และสามารถแปลคะแนนรวมเป็นระดับความเครียดได้ 4 ระดับ ดังนี้⁽⁵⁾ 0 – 24 คะแนน หมายถึง ความเครียดในระดับน้อย 25 – 42 คะแนน หมายถึง ความเครียดในระดับปานกลาง 43 – 62 คะแนน หมายถึง ความเครียดในระดับสูง 63 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ความเครียดในระดับรุนแรง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการเรียน (learning attitude questionnaire) เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้นำมาจากแบบสอบถามทัศนคติ

เกี่ยวกับการเรียนของรัชชัย ควรตะชะคุปต์⁽⁶⁾ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 21 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านเนื้อหาการเรียน 4 ข้อ 2) ด้านการสอน 4 ข้อ 3) ด้านความพร้อมในการเรียน 8 ข้อ และ 4) ด้านการประเมินผล 5 ข้อ ซึ่งเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) ตามแบบฉบับลิเคอร์ท ในแต่ละด้านมีค่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังนี้ ด้านเนื้อหาการเรียนเท่ากับ 0.6 ด้านการสอนเท่ากับ 0.7 ด้านความพร้อมในการเรียนเท่ากับ 0.7 และด้านการประเมินผลเท่ากับ 0.6 การแปลผลคะแนนรวมได้ใช้ค่าเฉลี่ยในการแบ่งกลุ่มข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ดี และ ไม่ดี⁽⁶⁾ โดยทัศนคติที่ดีด้านเนื้อหาการเรียนคือคะแนนที่น้อยกว่าค่าเฉลี่ย 14.6 คะแนนและ ไม่ดี คือคะแนนตั้งแต่ 14.6 คะแนนขึ้นไป ทัศนคติที่ดีด้านการสอน คือ คะแนนที่น้อยกว่าค่าเฉลี่ย 10.2 และ ไม่ดี คือคะแนนตั้งแต่ 10.2 คะแนนขึ้นไป ทัศนคติที่ดีด้านความพร้อมในการเรียน คือ คะแนนที่น้อยกว่าค่าเฉลี่ย 26.2 คะแนนและ ไม่ดี คือคะแนนตั้งแต่ 26.2 คะแนนขึ้นไป ทัศนคติที่ดีด้านการประเมินผล คือ คะแนนที่น้อยกว่าค่าเฉลี่ย 14.6 คะแนนและ ไม่ดี คือคะแนนตั้งแต่ 14.6 ขึ้นไป ทัศนคติที่ดีโดยรวม คือ คะแนนที่น้อยกว่าค่าเฉลี่ย 68.5 คะแนนและ ไม่ดี คือ คะแนนตั้งแต่ 68.5 คะแนนขึ้นไป

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการลดความเครียด
ของนักศึกษาระดับปริญญาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์
 ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมลดความเครียดของนักวิชาการศึกษาของ ยงยุทธ พิมพ์า ซึ่งมีค่าอำนาจการจำแนกรายข้อระหว่าง 0.3 – 0.7 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.9⁽⁷⁾ แบบสอบถามฉบับดังกล่าว เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและแบ่งพฤติกรรมลดความเครียดออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และ ด้านการเรียน โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ดังนี้ ด้านร่างกาย ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ ด้านจิตใจ ประกอบด้วยคำถาม 13 ข้อ ในส่วนด้านการเรียน ประกอบด้วยคำถาม 3 ข้อ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงดัดแปลงจากแบบทดสอบ

ในส่วนด้านหน้าที่การงานให้เป็นการเรียน การให้คะแนนจะมีการนำมาปฏิบัติเพื่อลดความเครียดเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด⁽⁷⁾ โดยมีค่าคะแนน 5, 4, 3, 2, 1 คะแนนตามลำดับ การแปลผลได้ใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อนำมาแบ่งกลุ่มในแต่ละด้าน โดยแบ่งพฤติกรรมลดความเครียดในแต่ละด้าน ออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ดี และ ไม่ดี โดยพฤติกรรมลดความเครียดที่ดี คือ ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าค่าเฉลี่ย (mean) + ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) พฤติกรรมลดความเครียดที่ไม่ดี คือผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย (mean) + ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, SD) โดยพฤติกรรมลดความเครียดด้านร่างกายที่ดี คือ คะแนนมากกว่า 22.6 (mean + SD = 19.8 + 2.8) คะแนนไม่ดี คือ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22.6 คะแนน พฤติกรรมลดความเครียดด้านจิตใจที่ดี คือ คะแนนมากกว่า 47.7 (mean + SD = 42.6 + 5.1) คะแนนไม่ดี คือ คะแนนน้อยกว่า 47.7 คะแนน พฤติกรรมลดความเครียดด้านการเรียนที่ดี คือ คะแนนมากกว่า 12.2 (mean + SD = 10.1 + 2.1) คะแนนไม่ดี คือ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12.2 คะแนน พฤติกรรมลดความเครียดโดยรวมที่ดี คือ คะแนนมากกว่า 70.5 (mean + SD = 63.6 + 6.9) คะแนนไม่ดี คือ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 70.5 คะแนน

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (social support questionnaire) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer C.⁽⁸⁾ โดย พีรพนธ์ ลีบุญวัชชัย และ อรพรรณ ลีบุญวัชชัย⁽⁴⁾ ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ 7 ข้อ 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร 4 ข้อ และ 3) ด้านทรัพยากรและวัตถุ 5 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยให้คะแนน 1 – 5 ตามลำดับ⁽⁴⁾ ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ พบความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ที่ดี มีค่า Cronbach's alpha

coefficient ดังนี้ ในด้านอารมณ์เท่ากับ 0.9 ด้านข้อมูลข่าวสารเท่ากับ 0.9 และด้านทรัพยากรและวัตถุเท่ากับ 0.9⁽⁸⁾ การแปลผลจะอาศัยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, SD) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง คือคะแนนที่มากกว่า 70.5 คะแนนขึ้นไป ปานกลาง คือคะแนนระหว่าง 52.8 - 70.5 คะแนน และต่ำ คือ คะแนนที่น้อยกว่า 52.8 คะแนน

การวิเคราะห์ทางสถิติอาศัยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS for Windows version 22 นำเสนอความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เป็นค่าสัดส่วน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์ความถดถอยลอจิสติก เพื่อหาปัจจัยทำนายความเครียดในระดับสูงถึงรุนแรงของนักศึกษาระดับปริญญาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ โดยกำหนดนัยสำคัญไว้ที่ระดับที่น้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา

นักศึกษาระดับปริญญาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์จำนวน 422 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (318 คน, ร้อยละ 75.4) อายุเฉลี่ย 20.1 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.4) แบ่งเป็น 4 ชั้นปี (ตามตารางที่ 1)พักอาศัยที่บ้านเป็นหลัก ส่วนใหญ่อยู่กับบิดามารดา (ร้อยละ 62.1) มีเงินค่าใช้จ่ายที่ได้รับโดยเฉลี่ย 8,851.54 บาท โดยได้จากบิดามารดา ผู้ปกครอง (ร้อยละ 98.1) ค่าใช้จ่ายที่ได้รับมีความเพียงพอ (ร้อยละ 92.2) บิดามารดาของนักศึกษาส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 83.6) ฐานะของครอบครัวส่วนใหญ่เพียงพอ มีเหลือเก็บ (ร้อยละ 81.8) ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยในภาคการศึกษาที่ผ่านมา (GPA) ตั้งแต่ 3.00 ขึ้นไป (ร้อยละ 77.5) และมีคะแนนเฉลี่ยสะสมในภาคการศึกษาที่ผ่านมา (GPAX) ตั้งแต่ 3.00 ขึ้นไป (ร้อยละ 74.9) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 78.2) และไม่มีโรคทางจิตเวช (ร้อยละ 95.0) ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 92.9) และไม่ดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 56.2) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1. ลักษณะทั่วไปของข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาระดับปริญญาบัณฑิตคณะนิติศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร (n = 422)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	318	75.4
ชาย	104	24.6
อายุ (ปี)		
18 - 19	152	36.0
20 - 21	198	46.9
22 - 24	72	17.1
(Mean $\pm$ SD = 20.1 $\pm$ 1.4, Min = 18 ปี, Max = 24 ปี)		
ชั้นปี		
ปีที่ 1	110	26.0
ปีที่ 2	114	27.0
ปีที่ 3	88	21.0
ปีที่ 4	110	26.0

ตารางที่ 1. (ต่อ) ลักษณะทั่วไปของข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาระดับปริญญาบัณฑิตคณะนิติศาสตร์ ของมหาวิทยาลัย
แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร (n = 422)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะที่พักอาศัยหลัก		
บ้าน	229	54.3
หอพัก	112	26.5
คอนโดมิเนียม	81	19.2
บุคคลที่นักศึกษาพักอาศัยด้วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
บิดา มารดา	262	62.1
พี่น้อง	184	43.6
เพื่อน	73	17.3
ญาติอื่น ๆ	69	16.4
อยู่คนเดียว	50	11.8
คู่สมรส หรือแฟน	4	0.9
เงินค่าใช้จ่ายที่ได้รับรายเดือน (บาท)		
ไม่เกิน 5,000	107	25.4
5,001 – 10,000	226	53.6
10,001 ขึ้นไป	89	21.0
(Median = 8,000, Min = 1,500, Max = 45,000)		
แหล่งที่มาของเงินค่าใช้จ่ายที่ได้รับรายเดือน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
บิดา มารดา ผู้ปกครอง	414	98.1
การทำงานพิเศษ	32	7.6
เงินทุนช่วยเหลือของมหาวิทยาลัยหรือคณะ	28	6.6
อื่น ๆ	2	0.5
เงินทุนช่วยเหลือของภาคเอกชน	0	0.0
กองทุนกู้ยืมเพื่อการศึกษา	0	0.0
ความเพียงพอของเงินค่าใช้จ่ายที่ได้รับรายเดือน		
เพียงพอ	389	92.2
ไม่เพียงพอ	33	7.8
คะแนนเฉลี่ยในภาคการศึกษาที่ผ่านมา (GPA)		
ต่ำกว่า 3.00	95	22.5
ตั้งแต่ 3.00 ขึ้นไป	327	77.5
(Mean $\pm$ SD = 3.28 $\pm$ 0.42, Max = 4.00, Min = 1.59)		
คะแนนเฉลี่ยสะสมในภาคการศึกษาที่ผ่านมา (GPAX)		
ต่ำกว่า 3.00	106	25.1
ตั้งแต่ 3.00 ขึ้นไป	316	74.9
(Mean $\pm$ SD = 3.26 $\pm$ 0.4, Max = 4.00, Min = 1.59)		
สถานภาพของบิดามารดา		
อยู่ด้วยกัน	353	83.6
หย่าร้าง	29	6.8
แยกกันอยู่	22	5.3
บิดาหรือมารดาเสียชีวิต	18	4.3

ตารางที่ 1. (ต่อ) ลักษณะทั่วไปของข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาระดับปริญญาบัณฑิตคณะนิติศาสตร์ของมหาวิทยาลัย
แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร (n = 422)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ฐานะของครอบครัว		
เพียงพอ มีเหลือเก็บ	345	81.8
เพียงพอ ไม่มีเหลือเก็บ	52	12.3
ไม่เพียงพอ แต่ไม่มีหนี้สิน	4	0.9
ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน	21	5.0
โรคประจำตัวทางกาย		
ไม่มี	330	78.2
มี	92	21.8
ชนิดของโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ระบบหายใจ	46	10.9
ระบบผิวหนัง	19	4.5
ระบบย่อยอาหาร	15	3.6
ระบบประสาท	8	1.9
ระบบไหลเวียนโลหิต	7	1.7
ระบบขับถ่าย	4	0.9
ระบบต่อมไร้ท่อ	4	0.9
ระบบกระดูก	3	0.4
ระบบกล้ามเนื้อ	1	0.2
ระบบสืบพันธุ์	1	0.2
การมีภาวะของโรคทางจิตเวช		
ไม่มี	401	95.0
มี	21	5.0
ชนิดของโรคทางจิตเวช (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)		
ซึมเศร้า	13	3.1
ย้ำคิดย้ำทำ	4	1.0
วิตกกังวล	2	0.5
จิตเภท	1	0.2
Asperger's syndrome	1	0.2
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	392	92.9
สูบเป็นครั้งคราว	22	5.2
สูบเป็นประจำ	9	1.9
การดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	237	56.2
ดื่มเป็นครั้งคราว	176	41.7
ดื่มเป็นประจำ	9	2.1

จากผลการศึกษา พบว่าคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยของนักศึกษาระดับปริญญาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เท่ากับ 49.8 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.6) จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน นักศึกษาส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับสูง (ร้อยละ 48.3) รองลงมาคือความเครียดระดับปานกลาง (ร้อยละ 24.4) ความเครียดระดับรุนแรง (ร้อยละ 20.9) และความเครียดระดับต่ำ (ร้อยละ 6.4) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ของนักศึกษาระดับปริญญาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความเครียดของนักศึกษา ได้แก่ ชั้นปีที่เรียน การมีโรคประจำตัวทางกาย การมีโรคทางจิตเวช ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน

ร่วมชั้นเรียน ทักษะคิดเกี่ยวกับการเรียนด้านเนื้อหา ด้านการสอน ด้านความพร้อมในการเรียน ด้านการประเมินผล และทักษะคิดเกี่ยวกับการเรียนโดยภาพรวม พฤติกรรมการลดความเครียดทางร่างกาย ($P < 0.01$) ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย การสูบบุหรี่ การขัดแย้งหรือทะเลาะเบาะแว้งของคู่รัก พฤติกรรมการลดความเครียดโดยรวม และการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ($P < 0.05$) (ตารางที่ 3) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดระดับสูงถึงรุนแรงของนักศึกษาระดับปริญญาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ พบว่าปัจจัยทำนายความเครียดในระดับสูงถึงรุนแรง ได้แก่ ได้แก่ การมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการศึกษานิติศาสตร์ การมีปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมชั้นเรียน การมีปัญหาความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว ($P < 0.01$) การมีโรคประจำตัวทางกาย และพฤติกรรมการลดความเครียดด้านร่างกายที่ไม่ดี ($P < 0.05$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 2. แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร (n = 422)

ระดับความเครียด	ต่ำ		ปานกลาง		สูง		รุนแรง	
	0 ถึง 24 คะแนน		25 ถึง 42 คะแนน		43 ถึง 62 คะแนน		63 ถึง 100 คะแนน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Mean $\pm$ SD	27	6.4	103	24.4	204	48.3	88	20.9
=49.8 $\pm$ 15.6								
(คะแนนเต็ม 100)								

ตารางที่ 3. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับระดับความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาบัณฑิต
คณะนิติศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร (n = 422)

		ระดับความเครียด				χ^2	P - value
		น้อยถึงปานกลาง		สูงถึงรุนแรง			
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปัจจัยส่วนบุคคล							
ชั้นปี	1	42	38.2	68	61.8	1.3	0.01**
	2	25	21.9	89	78.1		
	3	34	38.6	54	61.4		
	4	26	23.6	84	76.4		
ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย	เพียงพอ	125	32.1	264	67.9	0.1	0.04*
	ไม่เพียงพอ	5	15.2	28	84.8		
โรคประจำตัวทางกาย	ไม่มี	112	33.9	218	66.1	0.2	0.01**
	มี	18	19.6	74	80.4		
โรคทางจิตเวช	ไม่มี	129	32.2	272	67.8	0.1	0.01**
	มี	1	4.8	20	95.2		
การสูบบุหรี่	ไม่สูบ	126	32.1	266	67.9	0.1	0.03*
	สูบเป็นครั้งคราวและสูบประจำ	4	13.3	26	86.7		
ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด							
ระดับความสัมพันธ์	ดี	96	38.6	153	61.4	0.2	<0.01**
และหน้าที่ของครอบครัว	ไม่ดี	34	19.7	139	80.3		
ปัญหาความสัมพันธ์	ดี	116	36.1	205	63.9	0.2	<0.01**
กับเพื่อนร่วมชั้นเรียน	ไม่ดี	14	13.9	87	86.1		
การขัดแย้งหรือทะเลาะเบาะแว้งของคู่รัก (n = 85)							
ทะเลาะกันค่อนข้างบ่อยถึงเป็นประจำ		2	10.5	17	89.5	0.2	0.02*
ไม่มีความขัดแย้งหรือทะเลาะเบาะแว้งกันบ้าง		28	42.4	38	57.6		
ทัศนคติเกี่ยวกับการเรียน							
ด้านเนื้อหา	ดี	85	41.7	119	58.3	0.25	<0.01**
	ไม่ดี	45	20.6	173	79.4		
ด้านการสอน	ดี	89	38.2	144	61.8	0.25	<0.01**
	ไม่ดี	41	21.7	148	78.3		
ด้านความพร้อมในการเรียน	ดี	90	39.6	137	60.4	0.25	<0.01**
	ไม่ดี	40	20.5	155	79.5		
ด้านการประเมินผล	ดี	79	36.1	140	63.9	0.25	0.02*
	ไม่ดี	51	25.1	152	74.9		
โดยรวม	ดี	91	40.8	132	59.2	0.25	<0.01**
	ไม่ดี	39	19.6	160	80.4		

ตารางที่ 3. (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับระดับความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร (n = 422)

			ระดับความเครียด		χ^2	P - value
			น้อยถึงปานกลาง	สูงถึงรุนแรง		
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมกรรมการลดความเครียด						
ด้านร่างกาย	ดี		23	46.9	26	53.1
	ไม่ดี		107	28.7	266	71.3
โดยรวม	ดี		14	20.6	54	79.4
	ไม่ดี		116	32.8	238	67.2
การสนับสนุนทางสังคม						
ด้านอารมณ์	ดี		32	42.7	43	57.3
	ไม่ดี		98	28.2	249	71.8

ตารางที่ 4. แสดงปัจจัยทำนายความเครียดในระดับสูงถึงรุนแรงของนักศึกษาระดับปริญญาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร (n = 422)

ปัจจัยทำนายความเครียด ในระดับสูงถึงรุนแรง	Adjusted Odds Ratio (OR)	95% CI of Adjusted OR		P-value
		Lower	Upper	
ปัจจัยส่วนบุคคล				
ความไม่เพียงพอของค่าใช้จ่ายรายเดือนที่ได้รับ	1.6	0.7	5.4	0.22
การสูบบุหรี่	0.6	0.6	5.8	0.27
การมีโรคประจำตัวทางกาย	0.3	1.2	4.0	0.02*
การมีประวัติโรคทางจิตเวช	1.1	0.7	5.1	0.10
ปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด				
การมีปัญหาความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว	0.3	1.3	4.0	0.01**
การมีปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมชั้นเรียน	0.3	1.4	5.1	0.01**
ทัศนคติที่มีต่อการศึกษานิติศาสตร์				
ทัศนคติที่ไม่ดีต่อการศึกษานิติศาสตร์โดยรวม	0.3	1.6	5.3	<0.01**
พฤติกรรมกรรมการลดความเครียด				
พฤติกรรมกรรมการลดความเครียดด้านร่างกายที่ไม่ดี	0.3	1.1	4.0	0.03*
การสนับสนุนทางสังคม				
การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ที่ไม่ดี	0.3	0.7	2.5	0.31

^{*}P < 0.05, ^{**}P < 0.01

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่านักศึกษาระดับปริญญาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ ส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับสูง (ร้อยละ 48.3) รองลงมาคือความเครียดระดับปานกลาง (ร้อยละ 24.4) ความเครียดระดับรุนแรง (ร้อยละ 20.9) และความเครียดระดับต่ำ (ร้อยละ 6.4) ตามลำดับใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่านักศึกษากฎหมายมีความเครียดในระดับสูง^(1-3, 6, 9, 10) สาเหตุจากความเครียดของอาจเกิดจากการเรียนการสอนในหลักสูตรนิติศาสตร์บัณฑิตที่จะต้องศึกษาบทบัญญัติกฎหมาย ทฤษฎี และแนวคำวินิจฉัยของศาลที่มีเนื้อหาจำนวนมากและมีความละเอียดซับซ้อน โดยนักศึกษาจะต้องจำเนื้อหาที่เรียนดังกล่าวทั้งหมดเพื่อนำไปใช้วินิจฉัยให้ถูกต้อง อีกทั้งลักษณะการเรียนการสอนจะมีลักษณะที่มุ่งเน้นการวิเคราะห์ตัวบทกฎหมายในเชิงการหาเหตุและผลตามตรรกะลักษณะการเรียนการสอนเช่นนี้จึงอาจส่งผลให้ผู้เรียนใช้ความจำเป็นอย่างมาก ใช้การคิดสร้างสรรค์ที่น้อยลง ขาดความเชื่อมโยงกับความรู้สึกและอารมณ์แห่งตน จึงทำให้นักศึกษานิติศาสตร์มีความเครียดได้โดยง่าย⁽¹¹⁾

ปัจจัยด้านบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของนักศึกษานิติศาสตร์ ได้แก่ ชั้นปีที่เรียน โดยการเรียนรู้ในชั้นปีที่สูงขึ้นมักจะมีเนื้อหาที่ลึกซึ้งและซับซ้อนมากขึ้น จึงส่งผลให้มีความเครียดเพิ่มมากขึ้นได้ความไม่เพียงพอของค่าใช้จ่ายรายเดือน ทำให้นักศึกษาวิตกกังวลเกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือน⁽¹²⁾ การมีโรคประจำตัวทางกาย ย่อมส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตหรือการเรียนตามปกติ ทั้งยังส่งผลต่อปฏิกิริยาทางจิตใจในเชิงลบต่าง ๆ เช่น อารมณ์หงุดหงิด ความรู้สึกท้อถอยหมดหวัง หรืออารมณ์ซึมเศร้า เป็นต้น⁽¹⁾ ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าครอบครัวของนักศึกษาที่ไม่ได้ทำหน้าที่อย่างเหมาะสม กล่าวคือ ไม่มีขอบเขต (boundary) ที่เหมาะสมระหว่างนักศึกษากับบุคคลอื่นในครอบครัว การขาดความผูกพันทางอารมณ์ ความห่างเหินกันจนเกินไปหรือใกล้ชิดกันจนเกินไปจนส่ง ผลให้นักศึกษาไม่ได้เป็นตัวของตัวเอง การขาดความยืดหยุ่นใน

การปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัว การแก้ไขปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารภายในครอบครัวที่ไม่ดี รวมทั้งการไม่ได้ใช้เวลาร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตและเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความเครียดของนักศึกษานิติศาสตร์ ซึ่งเป็นสมาชิกของครอบครัว^(1, 13, 14) ปัญหาความสัมพันธ์กับคู่รัก โดยมีการทะเลาะเบาะแว้งกันบ่อยครั้ง ย่อมทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ ส่งผลให้เกิดความเครียดของนักศึกษาได้โดยตรง^(1, 15) ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมชั้นเรียน เช่น การไม่ช่วยเหลือกันในการเรียน การทะเลาะเบาะแว้งกับเพื่อนร่วมชั้นเรียน บรรยากาศการแข่งขันในการเรียน เป็นต้น ย่อมส่งผลให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งภายในจิตใจ รู้สึกคับข้องใจในระหว่างเรียน และทำให้นักศึกษานิติศาสตร์เกิดความ เครียดได้^(1, 16)

ในส่วนปัจจัยด้านทัศนคติที่มีต่อการศึกษานิติศาสตร์ พบว่าทัศนคติเชิงลบด้านเนื้อหา ด้านการสอน ด้านความพร้อมในการเรียน ด้านการประเมินผล และทัศนคติโดยภาพรวม มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของนักศึกษา โดยทัศนคติเชิงลบด้านเนื้อหาการเรียน ได้แก่ นักศึกษารู้สึกว่าจำนวนวิชาที่เรียนมีปริมาณมากจนเรียนไม่ไหว อ่านไม่ทันเวลาสอบ เนื้อหาเข้าใจยากจดจำบรรยายไม่ทัน^(2, 6, 17) บางครั้งเนื้อหาที่เรียนไม่ได้ตรงกับความต้องการ ส่วนทัศนคติเชิงลบด้านการสอน ได้แก่ นักศึกษารู้สึกว่าอาจารย์สอนไม่เข้าใจ อาจารย์ไม่ได้เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ซักถามข้อสงสัย นักศึกษาต้องค้นหาคำตอบด้วยตนเองอาจารย์ไม่ได้เตรียมความพร้อมในการสอน อาจารย์ไม่ได้สร้างบรรยากาศให้น่าเรียน ส่งผลให้นักศึกษารู้สึกเบื่อหน่าย ไม่มีความสุขในระหว่างการเรียนรู้ ส่วนทัศนคติเชิงลบด้านความพร้อมในการเรียน ได้แก่ นักศึกษารู้สึกว่าตนเองไม่ได้ทบทวนเนื้อหาให้มากพอ นักศึกษาไม่ได้อ่านหนังสือมาล่วงหน้า นักศึกษาจดเนื้อหาไม่ทัน มีเวลาเรียนไม่เต็มที่ไม่ได้จัดตารางเวลาในการอ่านหนังสือ มีเวลาส่วนตนน้อย ไม่มีเวลาสำหรับพักผ่อน ตลอดจนรู้สึกว่าไม่มีบุคคลใดคอยช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในการเรียน ตลอดจนนักศึกษามีความรู้สึกว่ามี

บรรยากาศการแข่งขันสูง^(2, 6, 17) ในส่วนทัศนคติเชิงลบด้านการประเมินผล ได้แก่ นักศึกษารู้สึกว่า ข้อสอบยาก อาจารย์ออกข้อสอบไม่ตรงกับที่สอน ไม่มีคะแนนเก็บระหว่างเรียน ประกาศผลสอบช้า ตรวจข้อสอบเข้มงวดเกินไป

ทางด้านพฤติกรรมการลดความเครียด พบว่าพฤติกรรมการลดความเครียดด้านร่างกายที่เป็นปัญหา เช่น การสูบบุหรี่ หรือ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อคลายเครียดนั้น มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของนักศึกษาคณะนิติศาสตร์ในระดับสูงและรุนแรง เนื่องจากพฤติกรรมการใช้สารเสพติดดังกล่าวเป็นไปเพื่อให้รู้สึกผ่อนคลายหรือให้ลืมปัญหาที่นักศึกษาได้เผชิญอยู่ในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ เท่านั้น แต่ไม่ได้ช่วยแก้ไขสาเหตุของความเครียด อีกทั้งยังอาจเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตอื่น ๆ ตามมาได้ เช่น ความผิดปกติจากการเสพติดสุรา เป็นต้น^(6, 18)

ในส่วนการสนับสนุนทางสังคม พบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ในระดับที่ไม่ดี มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของนักศึกษาคณะนิติศาสตร์ในระดับสูงและรุนแรง เนื่องจากการที่มีผู้ให้กำลังใจในช่วงเวลาที่นักศึกษารู้สึกทุกข์ใจไม่สบายใจ การมีบุคคลรอบข้างนักศึกษาที่มีความปรารถนาดีต่อกัน สามารถไว้วางใจได้และสามารถเป็นที่ปรึกษาได้เมื่อนักศึกษาเกิดปัญหาบุคคลในครอบครัวและเพื่อนของนักศึกษาได้ให้กำลังใจและได้ช่วยเหลือคำจูนนักศึกษามาตลอด ย่อมส่งผลให้สภาวะจิตใจของนักศึกษาเกิดความมั่นคงในจิตใจเมื่อเกิดความเครียดและภาวะวิกฤต และสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างราบรื่น จึงทำให้นักศึกษามีความเครียดที่ลดน้อยลง^(6, 18 - 20) อย่างไรก็ตาม ไม่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารและด้านทรัพยากรและวัตถุดิบมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของนักศึกษาคณะนิติศาสตร์ในระดับสูงและรุนแรง เนื่องจากในปัจจุบันซึ่งเป็นยุคของข้อมูลข่าวสารที่มีการส่งต่อกันอย่างรวดเร็วและทั่วถึง นักศึกษาคณะนิติศาสตร์จึงย่อมได้รับการสนับสนุนในด้านข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อต่าง ๆ ที่มีอยู่ใน

สังคมได้ อีกทั้ง นักศึกษาคณะนิติศาสตร์ส่วนใหญ่ได้รับค่าใช้จ่ายรายเดือนจากบิดา มารดา ผู้ปกครองอย่างเพียงพอ จึงทำให้นักศึกษาได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากรและวัตถุเป็นอย่างดีอยู่แล้ว

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความเครียดระดับสูงและรุนแรงของนักศึกษา การมีโรคประจำตัวทางกายเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระดับความเครียดของนักศึกษากฎหมายอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากโรคประจำตัวทางกายในแต่ละชนิดย่อมมีภาวะของโรคที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับผลกระทบ ทั้งในส่วนการได้รับความเจ็บปวดทางกาย บางครั้งผู้ป่วยอาจจะไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการปรับตัว และมีภาพลักษณ์แห่งตนที่ไม่ดีส่งผลให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า หรือมีปัญหาด้านพฤติกรรมต่าง ๆ เป็นต้น ดังนั้น การมีโรคประจำตัวทางกายจึงส่งผล ต่อคุณภาพชีวิต และภาวะสุขภาพจิตโดยตรง จึงส่งผลให้นักศึกษาที่มีโรคประจำตัวทางกายย่อมมีความเครียดระดับสูงถึงรุนแรง ดังนั้น จึงต้องหาแนวทางที่ต้องให้การช่วยเหลือภาวะสุขภาพจิตนักศึกษาที่มีโรคประจำตัวทางกาย เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโรค และวิธีการดูแลรักษาสุขภาพตน การให้การสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์ โดยเป็นผู้ที่รับฟัง และให้กำลังใจ และการช่วยเหลือสนับสนุนปัจจัยด้านต่าง ๆ เพื่อให้คุณภาพชีวิตของนักศึกษาที่มีโรคประจำตัวทางกายดีขึ้น เป็นต้น วิธีการช่วยเหลือดังกล่าว อาจจะส่งผลให้ระดับความเครียดของนักศึกษานิติศาสตร์ลดลง

ข้อจำกัด

1. เนื่องจากการศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาที่สามารถบอกได้เพียงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หรือสัมพันธ์กับความเครียดเท่านั้น แต่ไม่สามารถบอกถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความเครียด เนื่องจากไม่ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์
2. ในแบบสอบถามส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อที่ 15 ซึ่งเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีโรค

ทางจิตใจว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีประวัติโรคทางจิตเวชหรือไม่ โดยในรายที่มีประวัติ ก็ให้ระบุโรคหรืออาการประกอบด้วย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากแบบสอบถามไม่ได้ระบุว่าผู้มีประวัติโรคทางจิตเวชจะต้องมีการวินิจฉัยทางการแพทย์กำกับไปด้วย ดังนั้น ข้อมูลที่ได้มาในส่วนนี้จึงอาจจะเกิดความคลาดเคลื่อนอันเนื่องมาจากความรู้สึกรู้สึกหรือความเห็นส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามเอง โดยไม่ได้มีการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ได้

3. ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะในนิสิตหลักสูตรนิติศาสตรบัณฑิต ซึ่งเป็นหลักสูตรระดับปริญญาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยเป็นสถาบันอุดมศึกษาของรัฐที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร ดังนั้น ในการผลการวิจัยไปปรับใช้ในคณะนิติศาสตร์ของสถาบันการศึกษาอื่น ๆ จึงควรพิจารณาถึงลักษณะของประชากร ลักษณะสถานศึกษา ระดับการศึกษา สภาพบริบททางสังคมและประชากรประกอบด้วย เนื่องจากอาจมีความแตกต่างในปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องที่จะส่งผลให้เกิดความเครียดในนิสิตนักศึกษาคณะนิติศาสตร์ของสถาบันการศึกษาแห่งนั้นด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นองค์ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับความเครียด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักศึกษาระดับปริญญาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผลการศึกษาที่ได้ในการวิจัยครั้งนี้จะนำไปใช้เป็นแนวทางจัดโครงการส่งเสริมและป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพจิตในให้การช่วยเหลือนักศึกษาที่ประสบปัญหาความเครียดได้ อย่างเหมาะสม ตลอดจนเป็นแนวทางในการดำเนินมาตรการเชิงป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษา เช่น การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการประชาสัมพันธ์แหล่งทุนช่วยเหลือต่าง ๆ ทั้งภายในมหาวิทยาลัย และแหล่ง ทุนของภาคเอกชนสำหรับนักศึกษาที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ การพัฒนาปรับปรุงการจัดการเรียนการสอนของหลักสูตรนิติศาสตรบัณฑิตให้มีความเหมาะสม เป็นต้น

สรุป

นักศึกษาระดับปริญญาบัณฑิตคณะนิติศาสตร์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 48.3) มีความเครียดระดับสูง ผลการศึกษาที่ได้ในการวิจัยจะนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพทางจิตของนักศึกษา โดยจะประสานงานกับบุคลากรในองค์กรเพื่อให้เกิดความตื่นตัว และเฝ้าระวังนักศึกษาในกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดความเครียดในระดับสูงหรือรุนแรงที่อาจจะส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายได้ ซึ่งจะส่งผลให้นักศึกษาได้รับการช่วยเหลือได้อย่างทันที่ อีกทั้งจะนำไปใช้ในการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพทางจิตของนักศึกษา โดยมุ่งเน้นวิธีการเสริมสร้างให้นักศึกษามีทัศนคติที่ดีต่อการเรียนนิติศาสตร์ รู้จักทักษะการจัดการภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างเหมาะสม ปลูกฝังให้นักศึกษาใช้พฤติกรรมลดความเครียดทางกายที่ดีในการช่วยผ่อนคลายความ เครียด ตลอดจนส่งเสริมเรียนรู้และใช้ทักษะการสื่อสารในเชิงสร้างสรรค์ระหว่างบุคคล ซึ่งจะส่งผลให้ความเครียดของนักศึกษาลดลงได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผศ.นพ. สุวัฒน์ มหันนิรันดร์กุล และคณะ ที่ได้อนุญาตให้ใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST-20) อาจารย์รัชชัย ควรเดชคุปต์ ที่ได้อนุญาตให้ใช้แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการเรียน (learning attitude questionnaire) และนายยงยุทธ พิมพ์า ที่ได้อนุญาตให้ใช้แบบสอบถามการลดความเครียดของนักวิชาการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. El-GilanyAH, Amr M. Awadalla N, El-Khawaga G. Perceived stress among medical and law students in Mansoura,Egypt.Egyptian J Occup Med 2009;33:1-13.
2. Ko SM, Kua EH, Fones CS. Stress and the undergraduates. Singapore Med J 1999;40: 627-30.

3. เชิงชาย ถาวรยุทธ, รัตมน กัลยาศิริ. ความเครียดของนักศึกษาซึ่งศึกษา ณ สำนักอบรมกฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2559;60: 85-100.
4. Lueboonthavatchai P. Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. J Med Assoc Thai 2007;90: 2164-74.
5. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, พิมพิมาศ ตาปัญญา. การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรง. วารสารสวนปรง 2540;13:1-20.
6. ธัชชัย ควรตะชะคุปต์. ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักศึกษาประจำสำนักอบรมศึกษาแห่งเนติบัณฑิตยสภาในเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
7. ยงยุทธ พิมพา. ความเครียดและพฤติกรรมการลดความเครียดในการปฏิบัติงานของนักวิชาการศึกษาสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ เขตการศึกษา 9. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2545.
8. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health-related function of social support. J Behav Med 1981;4:381-406.
9. Helmers KF, Danoff D, Steinert Y, Leyton M, Young SN. Stress and depressed mood in medical students, law students, and graduate students at McGill University. Acad Med 1997;72:708-14.
10. Beck PW, Burns D. Anxiety and depression in law students: Cognitive intervention. J Legal Educ 1979;30:270-90.
11. Sgeldon KM, Krieger LS. Does legal education have undermining effects on law students? Evaluating changes in motivation, values, and well-being. Behav Sci Law 2004;22: 261-86.
12. Eisenberg D, Hunt J, Speer N. Mental health in American colleges and universities: variation across student subgroups and across campuses. J Nerv Ment Dis 2013;20:60-7.
13. Forehand R, Wiersen M, Thomas AM, Armistead L, Kempton T, Neighbors B. The role of family stressors and parent relationships on adolescent functioning. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1991;30:316-22.
14. อุมพร ตรังคสมบัติ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพฯ: ชันต์การพิมพ์; 2554.
15. Hjemdahl P, Rosengren A, Steptoe A. Stress and cardiovascular disease. New York: Springer; 2012.
16. Pritchard ME, Wilson GS, Yamnitz B. What predicts adjustment among college students? A longitudinal panel study. J Am Coll Health 2007;56:15-21.
17. Heins M, Fahey SN, Leiden LI. Perceived stress in medical, law, and graduate students. J Med Educ 1984;59:169-79.
18. สุธิรา วิสารหงษ์. ผลของความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อผู้ที่ติดยาเสพติด [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2532.
19. Goodman E, McEwen BS, Dolan LM, Schafer-Kalkhoff T, Adler NE. Social disadvantage and adolescent stress. J Adolesc Health 2005;37:484-92.
20. Nelson NG, Dell'Olive C, Koch C, Buckler R. Stress, coping, and success among graduate students in clinical psychology. Psychol Rep 2001;88:759-67.

Original article

Rationale of Benzodiazepines Prescription among type 2 diabetes patients attending the primary care unit of a university hospital in Thailand

Sorawit Ronnapoom¹Nathan Wajanathawornchai¹ Nadekawin Panichayupakaranant¹Pattranid Sanprueksin¹ Yuta Tokuda¹Waralee Wongpakdee¹ Virahya Leelawat¹Sarunporn Ratchakitprakarn¹ Napakkawat Buathong^{2,*}

Abstract

Background: Benzodiazepine prescriptions by physicians are the most common found in patients with mental health disorders. Most of the mental health problems presenting in organic disease patients including diabetes were insomnia, anxiety and depression, leading to the increasing of benzodiazepine (BDZ) prescriptions by physicians to treat these symptoms. However, there few studies on the rationale of benzodiazepines prescriptions among type 2 diabetes patients attending the primary care unit of a university hospital in Thailand.

Objectives: To describe the rate of BDZ prescription and rationale of BDZ prescription and to determine factors associated with BDZ prescriptions.

Methods: Retrospective descriptive study were conducted among 847 DM type 2 patients visiting the primary care unit of a university hospital in year 2017. Data were obtained from the hospital information system (HIS) including patients' demographic data, medication information, details and reasons of BDZ prescription by physicians. The data were analyzed by descriptive statistics, Chi-squared test, Independent sample T-test and Mann-Whitney U-test.

Results: The rate of BDZ prescription was 9.2 % of type 2 diabetes patients attending the primary care unit. The appropriate rationale (indication, dose and duration) of BDZ prescription was 23.5%. The inappropriate of all issues of rationale of BDZ prescription was 4.3%. The most appropriate issue was the rationale of dose (96.9%). The least appropriate issue was the rationale of duration (24.1%). Factors associated with BDZ prescription were patients occupation ($P = 0.017$). The statically significant factor with the rationale of BDZ prescription was age ($P = 0.004$). The most inappropriate of BDZ prescription found in elderly patients.

Conclusion: BDZ were mostly prescribed in DM type 2 elderly patients. The most appropriate issue was the rationale of dose but there were a few problems in the rationale of duration. This study might be benefit for physicians in the decision and management of BDZ prescription regarding to the standard guideline of drug prescription for prevention patients of the overuse, dependency and BDZ abuse.

Keywords: Benzodiazepines, rationale, prescription, diabetes mellitus type II.

*Correspondence to: Napakkawat Buathong, Department of Family Medicine and Preventive Medicine, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Songkla 90110, Thailand.

Received: July 20, 2018

Revised: August 28, 2018

Accepted: September 10, 2018.

¹Graduate School of Medicine Faculty of Medicine Prince of Songkla University

²Department of Family Medicine and Preventive Medicine Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสมเหตุสมผลในการสั่งจ่ายยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในประเทศไทย

สรวิศ รัตนภูมิ¹

นาถาร วณะถาวรชัย¹ เนตรกวิณ พาณิชยุปการนันท์¹

ภทราณิสฐ์ สรรค์พุกษ์สิน¹ ยุตะ ไทกุดะ¹

วรลือ วงษ์ภักดี¹ วิวิธยา ลีละวัฒน์¹

ศรัณย์พร รัชกิจประการ¹ ณภัทรวรรต บัวทอง²

บทคัดย่อ

เหตุผลของการทำวิจัย: การสั่งจ่ายยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (BDZ) โดยแพทย์ พบได้ทั่วไปในการรักษาผู้ป่วยทางจิตเวช อาการทางสุขภาพจิตส่วนใหญ่ที่พบในผู้ป่วยโรคทางกายรวมทั้งโรคเบาหวาน ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ วิตกกังวล และซึมเศร้า แพทย์ผู้รักษาจำเป็นต้องสั่งจ่ายยา BDZ เพื่อลดอาการดังกล่าวของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามมีการศึกษาความสมเหตุสมผลในการสั่งจ่ายยากลุ่ม BDZ จำนวนน้อย โดยเฉพาะการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาศึกษาในคลินิกปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในประเทศไทย

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอัตราการสั่งจ่ายยากลุ่ม BDZ และความสมเหตุสมผลในการสั่งจ่ายยากลุ่ม BDZ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสั่งจ่ายยากลุ่ม BDZ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสั่งจ่ายยากลุ่ม BDZ อย่างสมเหตุสมผล

วิธีการทำวิจัย: เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 847 ราย โดยการทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลประวัติการรักษา ข้อมูลการสั่งจ่ายยา BDZ และเหตุผลในการสั่งจ่ายยาของแพทย์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-squared test, Independent sample t - test และ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษา: พบอัตราการสั่งจ่ายยา BDZ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาศึกษาในคลินิกปฐมภูมิ ร้อยละ 9.2 มีการสั่งจ่ายยาอย่างสมเหตุสมผลรายครั้งทั้ง 3 ด้าน (ขอบเขตนานยาและระยะเวลา) ร้อยละ 23.5 มีการสั่งจ่ายยาอย่างไม่สมเหตุสมผลทั้ง 3 ด้าน ร้อยละ 4.3 ด้านที่มีความสมเหตุสมผลมากที่สุด คือ ด้านขนาดยา ร้อยละ 96.9 น้อยที่สุด คือ ด้านระยะเวลา ร้อยละ 24.1 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสั่งจ่ายยากลุ่ม BDZ ได้แก่ อาชีพ ($P = 0.017$) และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสั่งจ่ายยากลุ่ม BDZ อย่างสมเหตุสมผล ได้แก่ อายุ ($P = 0.004$) และการสั่งจ่ายยาอย่างไม่สมเหตุสมผลพบในผู้ป่วยสูงอายุ

สรุป: พบการสั่งจ่ายยากลุ่ม BDZ ส่วนใหญ่ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ ความสมเหตุสมผลในการสั่งจ่ายยาพบในดานขนาด แต่ยังมีปัญหาอยู่บางในดานระยะเวลาการสั่งจ่ายยา ซึ่งผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์กับแพทย์เวชปฏิบัติที่ทำการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในการตัดสินใจสั่งจ่ายยา และการบริหารจัดการยาตามคู่มือมาตรฐานการสั่งจ่ายยาเพื่อป้องกันผู้ป่วยใช้ยา BDZ ในลักษณะมากเกินไป การพึ่งพิงยา และการใช้ในทางที่ผิด

คำสำคัญ: ยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีน, ความสมเหตุสมผล, การสั่งจ่ายยา, เบาหวานชนิดที่ 2.

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อย และจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการสำรวจของ WHO (World Health Organization)⁽¹⁾ พบว่าประเทศใน เขตพื้นที่เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีความชุกของผู้ป่วย โรคเบาหวานที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.1 ในปี พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 8.6 ใน พ.ศ. 2557 หรือ คิดเป็นประชากรที่เพิ่มขึ้น 79 ล้านราย ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการสำรวจสุขภาพประชากรไทย⁽²⁾ ที่พบว่าความชุกของ โรคเบาหวานในประชากรไทยที่ป่วยมีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 8.8 ในปี พ.ศ. 2557 โดยกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี พบว่ามีความชุกของโรคเบาหวานสูงที่สุด (ร้อยละ 15.9 ในผู้ชาย และร้อยละ 21.9 ในผู้หญิง) ผู้หญิงเป็นโรคเบาหวาน มากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 9.8 และร้อยละ 7.8 ตามลำดับ) ซึ่งเมื่อเป็นเบาหวานและไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ได้แก่ จอตาผิดปกติ โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อนที่เท้าและขา ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำรงชีวิต ภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ อาจทำให้เกิดความวิตกกังวล นำไปสู่อาการนอนไม่หลับในที่สุด อาการนอนไม่หลับเป็นหนึ่งในอาการของโรคที่มีการวินิจฉัยร่วม (comorbidity) ที่สำคัญที่สุดโรคหนึ่งของโรคเบาหวาน เนื่องจากกลไกการควบคุมการหลับตื่นและนาฬิกาชีวภาพถูกรบกวนจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน⁽³⁾ ประกอบกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมักมีอาการนอนไม่หลับ วิตกกังวลและซึมเศร้า ร่วมด้วย ส่งผลให้อายุรแพทย์สั่งจ่ายยาในกลุ่ม เบนโซไดอะซีปีน (BDZ) เพื่อรักษาอาการดังกล่าว เนื่องจากเป็นยาที่ใช้ได้ดีในการรักษากลุ่มอาการวิตกกังวลแต่หากใช้ในทางที่ผิดหรือเกินขนาดสามารถส่งผลให้ติดยาได้⁽⁴⁻⁷⁾

ในประเทศไทย พบการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล เกิดขึ้นทั้งในสถานพยาบาลและชุมชน ซึ่งเป็นปัญหาระดับชาติมานาน โดยพบว่าประชาชนใช้ยาปฏิชีวนะรักษา

โรคหวัด ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสอย่างแพร่หลาย ประมาณ ร้อยละ 40 - 60 ในต่างจังหวัด และร้อยละ 70 - 80 ใน กรุงเทพมหานคร ซึ่งส่งผลต่อค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศ ที่มีปริมาณสูงเพิ่มมากขึ้น และพบว่าเป็นการใช้ยาไม่สมเหตุผลถึงร้อยละ 50^(8,9) จากบัญชียาหลักแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2561 ได้กำหนดยา BDZ ที่ใช้ในการรักษากลุ่ม Hypnotics and anxiolytics ไว้ 7 รายการ ซึ่งจัดอยู่ใน กลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทที่ 4 ได้แก่ Chloral hydrate, Chlordiazepoxide, Diazepam, Lorazepam, Clonazepam, Dipotassium clorazepate, Hydroxyzine hydrochloride นอกจากนั้นยังที่ยา BDZ รายการอื่นๆ ที่ใช้ในการรักษาอาการอื่นๆ เช่น Midazolam hydrochloride ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ประเภทที่ 2 ที่ใช้สำหรับ refractory status epilepticus และได้มีข้อระบุว่า การใช้ยา BDZ ในการรักษา ใช้เพื่อ บรรเทาอาการวิตกกังวลรุนแรงที่รบกวนการดำรงชีวิต ประจำวัน ในช่วงเวลาสั้น ๆ 2 - 4 สัปดาห์เท่านั้น ไม่มีการจ่ายยาอย่างพร่ำเพรื่อเกินความจำเป็น สำหรับการ ใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการวิตกกังวลที่ไม่รุนแรงที่เกิดขึ้นใน ระยะสั้นถือว่าการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการ ให้ยาที่มีขนาดสูง และการใช้ยา BDZ ร่วมกันหลายชนิด จากคู่มือการใช้ยาสมเหตุผลสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้นิยามการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสมผล (Rational of therapy) หมายถึง การใช้ยาโดยมีข้อบ่งชี้เป็นยาที่มีคุณภาพ มีประสิทธิผลสนับสนุนด้วยหลักฐานที่เชื่อถือได้ ให้ ประโยชน์ทางคลินิกเหนือกว่าความเสี่ยงจากการใช้ยา มีราคาเหมาะสม คุ่มค่า ไม่ใช้ยาซ้ำซ้อน คำนึงถึงปัญหา เชื้อดื้อยา ใช้ยาในกรอบบัญชียังผลอย่างเป็นขั้นตอน ตามแนวทางพิจารณาการใช้ยา ขนาดยาพอเหมาะกับ ผู้ป่วย มีวิธีการและความถี่ในการให้ยาที่ถูกต้อง ตามหลัก เกสัชวิทยาคลินิก ระยะเวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วยให้การ ยอมรับและสามารถใช้อาการดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและ ต่อเนื่อง กองทุนในระบบประกันสุขภาพหรือระบบสวัสดิ การสามารถให้การเบิกจ่ายยานั้นได้อย่างยั่งยืน และมีการ ใช้ยาที่ไม่เลือกปฏิบัติ⁽¹⁰⁾ ผู้ป่วยทุกคนสามารถใช้นั้นได้

อย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งการพิจารณาความสมเหตุสมผลในการใช้ยา มักพิจารณา 10 หัวข้อ ดังนี้คือ ข้อบ่งชี้, ประสิทธิภาพ, ความเสี่ยง, ค่าใช้จ่าย, องค์ประกอบที่จำเป็น, ขนาดยา, วิธีให้ยา, ความถี่ในการให้ยา, ระยะเวลาในการให้ยา และความสะดวก ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการสั่งจ่ายยาในกลุ่ม BDZ ในโรงพยาบาลในประเทศไทย อย่างสมเหตุสมผลทั้ง 3 ด้าน ในด้านเหตุผลประกอบการใช้ยา ขนาดยา และระยะเวลาการใช้ยาเพียงร้อยละ 9.3⁽⁵⁾ เท่านั้น ในปัจจุบันมีรายงานการศึกษาความสมเหตุสมผลในการสั่งจ่ายยาในกลุ่ม BDZ จำนวนน้อย โดยเฉพาะยังไม่มีการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในประเทศไทย ผู้วิจัยมุ่งหวังนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการสั่งจ่ายยาให้สมเหตุสมผลและเหมาะสมในทางเวชปฏิบัติ ตามเกณฑ์คู่มือมาตรฐานการสั่งจ่ายยา เพื่อป้องกันผู้ป่วยใช้ยา BDZ ในลักษณะมากเกินไป การพึ่งพิงยา และการใช้ในทางที่ผิด

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยทบทวนข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนในระบบ Hospital Information System (HIS) โดยทำการทบทวนข้อมูลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษา ณ คลินิกปฐมภูมิ ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2560 ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวนรวมทั้งสิ้น 847 รายที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือมีอายุตั้งแต่ 18 ขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคเบาหวาน ด้วยรหัส ICD-10 E11 ไม่อยู่ในการตั้งครรภ์หรือมีบุตรอายุไม่เกิน 6 เดือน ไม่มีภาวะติดสุราหรือสารเสพติดอื่นนอกจากบุหรี่ ไม่มีความผิดปกติดังต่อไปนี้คือ อาการชักชนิดรุนแรง (status epilepticus) อาการชักที่มีสาเหตุจากไข้ (febrile convulsion) อาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ (muscle spasm) โรคสมองเสื่อม (dementia) โรคพาร์กินสัน โรคลมชักหรือโรคทางระบบประสาทอื่น ๆ รวมทั้งโรคจิตเภท ซึ่งการศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณา

จริยธรรมการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัย ที่ทำการศึกษา รวมทั้งได้รับอนุญาตให้ทบทวนข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งนี้

แบบเก็บข้อมูลที่ใช้ประกอบด้วย ข้อมูล 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวพื้นฐานของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ, เพศ, อาชีพ, สถานภาพ สมรส, สิทธิการรักษา, ระยะเวลาการรักษาเบาหวาน, ดัชนีมวลกาย (BMI), ระดับ Fasting Blood Sugar (FBS), HbA1c, ภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน, โรคประจำตัวอื่น ๆ และโรคทางจิตเวช

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลความสมเหตุสมผลในการสั่งจ่ายยาในกลุ่ม BDZ ประกอบด้วยข้อบ่งชี้ในการใช้ยา, ขนาดของยา, ระยะเวลาการใช้ยา และผู้ทำการสั่งจ่ายยา

ในการศึกษาการสั่งจ่ายยาในกลุ่ม BDZ นี้ได้ศึกษา ยาที่มีรายการสั่งจ่ายในบัญชียาของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา คือ Diazepam, Lorazepam, Clorazepate Dipotassium, Clonazepam และ Alprazolam

เกณฑ์การพิจารณาความสมเหตุสมผลในการสั่งจ่ายยาในกลุ่ม BDZ

การประเมินจากการตรวจสอบอาการของผู้ป่วยและเหตุผลในการพิจารณาสั่งจ่ายยาของแพทย์ โดยทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนเปรียบเทียบกับเกณฑ์ตามคู่มือการใช้ยาสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาระบบประสาทส่วนกลาง⁽¹⁰⁾ โดยพิจารณาความสมเหตุสมผลใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ข้อบ่งชี้ในการใช้ยา ขนาดของยา และระยะเวลาการใช้ยา (นับตามจำนวนเม็ดยาที่แพทย์สั่งจ่ายต่อเนื่องกัน) เท่านั้น นอกจากนั้นยังพิจารณาความสมเหตุสมผลโดยพิจารณาจากใช้ยาในแต่ละครั้งที่พบแพทย์ในแต่ละครั้งที่พบแพทย์และพิจารณาจากการใช้ยาในทุกครั้งที่พบแพทย์ของผู้ป่วยแต่ละคน ในกรณีที่ไม่มีเกณฑ์ระยะเวลาในการสั่งจ่ายยาสำหรับยาในกลุ่ม BDZ บางชนิด โดยถือเอาระยะเวลาที่สูงสุดของข้อบ่งชี้เดียวกันของยาในกลุ่ม BDZ ชนิดอื่นมาใช้แทน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป อัตราการสั่งจ่ายยาและความสมเหตุสมผลในการสั่งจ่ายยา BDZ ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยควอไทล์ (IQR) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับการสั่งจ่ายยา BDZ โดยใช้การวิเคราะห์ไคสแควร์ และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความสมเหตุสมผลในการสั่งจ่ายยาในกลุ่ม BDZ กับข้อมูลทั่วไปเมื่อตัวแปรเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ ด้วย Independence sample *t*-test หรือ Mann-Whitney U test ขึ้นอยู่กับการแจกแจงข้อมูล

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการตรวจรักษาในคลินิกปฐมภูมิ พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาในคลินิกปฐมภูมิ ในปี.ศ. 2560 จำนวน 847 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.3) ค่ามัธยฐาน (interquartile range, IQR) ของอายุเท่ากับ 64 (13) ปี สถานภาพสมรส/คู่เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.0) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 24.0) รองลงมาคือไม่ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 24.0) และด้านสิทธิการรักษาส่วนใหญ่คือจ่ายตรง (ร้อยละ 53.5) รองลงมาคือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 36.6) ส่วนข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการสั่งจ่ายยาในกลุ่ม BDZ จำนวน 78 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.1) ค่ามัธยฐาน (IQR) ของอายุเท่ากับ 64 (15.5) ปี สถานภาพคู่เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.9) โดยส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพมากที่สุด (ร้อยละ 30.8) รองลงมา คือ รับจ้าง (ร้อยละ 24.4) และด้านสิทธิการรักษาพบส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 47.4) รองลงมา คือ จ่ายตรง (ร้อยละ 41.0) (ตารางที่ 1) และพบอัตราของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการสั่งจ่ายยาในกลุ่ม BDZ ร้อยละ 9.2

ข้อมูลเรื่องโรคเบาหวานในผู้ป่วยที่ได้รับการสั่งจ่ายยาในกลุ่ม BDZ พบว่ามีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน มีค่ามัธยฐาน (IQR) เท่ากับ (8) ปี โดยมีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานมากที่สุด และน้อยที่สุดคือ 25 และ 1 ปี ตามลำดับ ระดับ HbA1c ค่าเท่ากับ 6.9 (2.4) โดยมีระดับ HbA1c มากที่สุด และน้อยที่สุดคือ 12.7 และ 5.2 % ค่า fasting blood sugar (FBS) เท่ากับ 128.0 mg/dL (56.2) โดยมี FBS มากที่สุด และน้อยที่สุดคือ 341 และ 64 mg/dL ค่าดัชนีมวลกาย (body mass index, BMI) เท่ากับ 25.0 kg/m² (6.2) โดยมี BMI มากที่สุด และน้อยที่สุด คือ 46.36 และ 15 kg/m² ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานมีจำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.9 จากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการสั่งจ่ายยาในกลุ่ม BDZ ทั้งหมด โดยส่วนใหญ่พบภาวะ neuropathy ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร้อยละ 96.2 โดยมีโรคประจำตัวที่เป็นมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดผิดปกติ โรคข้อเสื่อม และโรคเกาต์

ลักษณะการสั่งจ่ายยาในกลุ่ม BDZ การสั่งจ่ายยาในกลุ่ม BDZ ในคลินิกปฐมภูมิ ส่วนใหญ่สั่งโดยแพทย์เป็นจำนวน 218 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 96.8 สั่งโดยแพทย์ประจำบ้าน จำนวน 10 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 4.2

ชนิดของยาในกลุ่ม BDZ ที่สั่งจ่าย พบว่ามีการสั่งจ่าย Lorazepam มากที่สุด เป็นจำนวน 156 ครั้ง รองลงมา คือ Clorazepate dipotassium จำนวน 44 ครั้ง Alprazolam จำนวน 28 ครั้ง Diazepam จำนวน 13 ครั้ง และ Clonazepam จำนวน 12 ครั้ง (ในการพบแพทย์ 1 ครั้ง มีการสั่งจ่ายยารั้งละมากกว่า 1 ชนิด) ระยะเวลาการสั่งใช้ยาในกลุ่ม BDZ พบว่า ระยะเวลาการสั่งใช้ยามีค่ามัธยฐาน (IQR) เท่ากับ 61.5 วัน (60) ส่วนใหญ่สั่งใช้ยามีระยะเวลา 22 - 90 วัน (ร้อยละ 38.6) และมีระยะเวลาการสั่งใช้ยาในกลุ่ม BDZ นานที่สุดเป็นเวลา 514 วัน โดยมีจำนวนวันและร้อยละในการสั่งใช้ตามระยะเวลา (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1. แสดงสัดส่วนและข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาในคลินิกปฐมภูมิ

	ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2					
	ได้รับการส่งจ่ายยากลุ่ม BDZ			ไม่ได้รับการส่งจ่ายยากลุ่ม BDZ		
	(n = 78)			(n = 769)		
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	รวม จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	28	35.9	317	41.2	345	40.7
หญิง	50	64.1	452	58.8	502	59.3
อายุ (ปี)						
Median (IQR) : min-max	64 (15.5) : 43 - 91		64 (13) : 20 -100		64 (13) : 20 - 100	
สถานภาพ						
โสด	2	2.6	76	9.9	78	9.2
คู่	67	85.9	619	80.5	686	81.0
หย่าร้าง	1	1.2	20	2.6	21	2.5
หม้าย	8	10.3	54	7.0	62	7.3
อาชีพ						
รับจ้าง	19	24.4	133	17.3	152	17.9
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	10	12.8	230	29.9	240	28.4
ธุรกิจส่วนตัว	14	17.9	99	12.9	113	13.3
เกษตรกร	10	12.8	112	14.6	122	14.4
ไม่ประกอบอาชีพ	24	30.8	186	24.1	210	24.8
อื่นๆ	1	1.3	9	1.2	10	1.2
สิทธิการรักษา						
จ่ายตรง	32	41.0	421	54.7	453	53.5
เบิกจ่ายต้นสังกัด	8	10.3	44	5.7	52	6.1
ประกันสังคม	1	1.3	29	3.8	30	3.5
หลักประกันสุขภาพ						
ถ้วนหน้า	37	47.4	273	35.6	310	36.7
อื่นๆ	0	0.0	2	0.2	2	0.2

ตารางที่ 2. แสดงจำนวนวันในการใช้ยาในกลุ่ม BDZ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ในปีพ.ศ. 2560)

จำนวนการใช้ (วัน)	จำนวน	ร้อยละ
< 21	45	19.7
22 – 90	88	38.6
91 – 180	54	23.7
181 – 365	34	14.9
> 365	7	3.1
Median (IQR) : Min-Max = 61.5 (60) : 7 - 514		

ความสมเหตุสมผลในการสั่งยาในกลุ่ม BDZ

ความสมเหตุสมผลด้านข้อบ่งใช้ โดยพิจารณาข้อบ่งใช้การให้ยาในกลุ่ม BDZ จากการลงรหัสโรคที่แพทย์ได้วินิจฉัยและระบุในเวชระเบียนและข้อมูลการสั่งจ่ายยา ตามข้อบ่งชี้อาการ ซึ่งมีได้ตั้งแต่ 1 - 3 ข้อบ่งชี้ ขึ้นอยู่กับอาการและโรคที่พบร่วม พบว่าการสั่งจ่ายยาที่มีความสมเหตุสมผล ร้อยละ 69.7 (ตารางที่ 3) อาการของผู้ป่วยที่มีข้อบ่งใช้ของยาในกลุ่ม BDZ เพียงข้อบ่งชี้เดียวพบว่าภาวะนอนไม่หลับเป็นข้อบ่งใช้ที่มีจำนวนการระบุการบ่งใช้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.3 รองลงมา คือ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะแพนิค คิดเป็นร้อยละ 5.3, 3.5 และ 2.2 ตามลำดับ ส่วนในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งใช้ของยาในกลุ่ม BDZ ร่วมกันสองข้อบ่งชี้ พบว่าภาวะวิตกกังวลร่วมกับนอนไม่หลับเป็นข้อบ่งใช้ที่มีจำนวนการระบุการบ่งใช้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.6 รองลงมา คือ ภาวะวิตกกังวลร่วมกับซึมเศร้า ภาวะนอนไม่หลับร่วมกับภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 1.3 และ 1.3 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งใช้ของยาในกลุ่ม BDZ ร่วมกันสามข้อบ่งชี้ พบภาวะวิตกกังวลร่วมกับนอนไม่หลับและซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 0.4 ของผู้ป่วยที่ได้รับยา กลุ่ม BDZ ทั้งหมด นอกจากนั้นพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่ม BDZ โดยไม่ระบุการวินิจฉัย ร้อยละ 25.0 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่ม BDZ ทั้งหมด

ความสมเหตุสมผลด้านขนาดยา พบว่ามีการสั่งจ่าย BDZ ในขนาดที่เหมาะสมร้อยละ 99.2 จากการจ่ายยาทั้งหมด 228 ครั้ง (ตารางที่ 3) ซึ่งยาที่สั่งจ่ายผิด คือ lorazepam 2 mg/day เป็นจำนวน 7 ครั้ง โดยพบการสั่งจ่ายดังกล่าวในผู้สูงอายุที่มีอาการนอนไม่หลับที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ชนิดของยาและขนาดที่มีการสั่งจ่ายมากที่สุด ได้แก่ Lorazepam 0.5 mg, Clonazepam 0.5 mg, Diazepam 0.5 mg

ความสมเหตุสมผลด้านระยะเวลาใช้ยา พบว่ามีเพียงร้อยละ 24.1 เท่านั้นที่มีการสั่งจ่ายยาในกลุ่ม BDZ ที่มีระยะเวลาที่เหมาะสม หรือคิดเป็น 55 ครั้งจากทั้งหมด 228 ครั้ง (ตารางที่ 3)

ความสมเหตุสมผลทั้งในด้านข้อบ่งใช้ ขนาดยา และระยะเวลา ตามจำนวนครั้งที่พบแพทย์ เมื่อพิจารณาความสมเหตุสมผลของการสั่งจ่ายยาในกลุ่ม BDZ ในแต่ละครั้ง พบว่ามีการจ่ายยาอย่างสมเหตุสมผล 3 ด้าน จำนวน 54 ครั้ง (ร้อยละ 22.7) สมเหตุสมผล 2 ด้าน จำนวน 99 ครั้ง (ร้อยละ 41.6) ซึ่งสมเหตุสมผลในด้านข้อบ่งใช้และขนาดยามากที่สุด สมเหตุสมผล 1 ด้าน จำนวน 75 ครั้ง (ร้อยละ 32.8) ซึ่งเป็นด้านขนาดยามากที่สุด และไม่สมเหตุสมผลเลยทั้ง 3 ด้าน จำนวน 10 ครั้ง (ร้อยละ 4.3) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3. แสดงความสมเหตุสมผลด้านข้อบ่งชี้การส่งจ่ายยากลุ่ม BDZ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ความสมเหตุสมผล	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
ด้านข้อบ่งชี้		
สมเหตุสมผล	159	69.7
ไม่สมเหตุสมผล	69	30.3
ด้านขนาดการใช้ยา		
สมเหตุสมผล	221	96.9
ไม่สมเหตุสมผล	7	3.1
ด้านระยะเวลาในการใช้ยา		
สมเหตุสมผล	55	24.1
ไม่สมเหตุสมผล	173	75.9

ตารางที่ 4. แสดงความสมเหตุสมผลโดยรวมจากด้านข้อบ่งชี้ ขนาดยา และระยะเวลา

ความสมเหตุสมผลของการจ่ายยา	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
สมเหตุสมผลทั้งด้านข้อบ่งชี้ ขนาดยา และระยะเวลา	54	23.5
สมเหตุสมผล 2 ด้าน	99	43.4
ด้านข้อบ่งชี้และขนาดยา	98	99
ด้านข้อบ่งชี้และระยะเวลา	0	0
ด้านขนาดยาและระยะเวลาการใช้ยา	1	1
สมเหตุสมผล 1 ด้าน	75	32.8
ด้านข้อบ่งชี้	7	9.3
ด้านขนาดยา	68	90.7
ด้านระยะเวลาการใช้ยา	0	0
ไม่สมเหตุสมผลทั้ง 3 ด้าน	10	4.3

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการส่งจ่ายยากลุ่ม BDZ อย่างสมเหตุสมผลทั้งสามด้าน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับการส่งจ่ายยากลุ่ม BDZ พบว่ามีเพียงตัวแปรอายุมีความสัมพันธ์กับการส่งจ่ายยากลุ่ม BDZ อย่างสมเหตุสมผลทั้งสามด้าน ($P = 0.004$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการส่งจ่ายยากลุ่ม BDZ อย่างสมเหตุสมผล มีค่าเฉลี่ยของ

อายุ 58.9 ± 10.2 ปี น้อยกว่ากลุ่มที่มีการส่งจ่ายยากลุ่ม BDZ อย่างไม่สมเหตุสมผล 68.0 ± 10.14 ปี (ตารางที่ 6) ปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษา และสถานภาพสมรส รวมทั้งปัจจัยด้านตำแหน่งงานและอายุงานของแพทย์ที่ทำการรักษาและสั่งจ่ายยา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการส่งจ่ายยากลุ่ม BDZ อย่างสมเหตุสมผลทั้งสามด้านทางสถิติ ($P > 0.05$)

ตารางที่ 5. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับการสั่งจ่ายยาในกลุ่ม BZD

อาชีพ	มีการสั่งจ่าย		ไม่มีการสั่งจ่าย		Crude OR	95% CI	P - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
(ราย)			(ราย)				
รับราชการ	10	4.2	230	95.8	Reference	1.40 - 8.13	0.017
รับจ้าง	19	12.5	133	87.5	3.28	1.17 - 6.27	
ค้าขาย/ทำสวน	24	10.2	211	89.8	2.62	1.32 - 7.04	
ไม่ประกอบอาชีพ	25	11.4	195	88.6	2.94		

ตารางที่ 6. การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุกับการสั่งจ่ายยาในกลุ่ม BZD อย่างสมเหตุสมผลทั้งสามด้าน

ความสมเหตุสมผล	Mean (ปี)	SD	Min (ปี)	Max (ปี)	95% CI	P - value
สมเหตุสมผลครบทั้ง 3 ด้าน	58.9	10.16	43.0	82.0	2.97 - 15.25	0.004
สมเหตุสมผลไม่ครบทั้ง 3 ด้าน	68.0	10.14	49.0	92.0		

อภิปรายผล

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกปฐมภูมิ ในปีพ.ศ. 2560 มีจำนวน 847 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.1) โดยเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มช่วงอายุ 55 - 64 ปีมีสัดส่วนมากที่สุด ซึ่งเป็นไปในลักษณะเดียวกับผลการสำรวจสุขภาพประชากรไทย⁽²⁾ รวมทั้งงานวิจัยของมณฑลยี่ มี่มี⁽¹¹⁾ และดุสิต จันทยานนท์ และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่พบความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงที่สุด ข้อมูลในผู้ป่วยที่ได้รับการสั่งจ่ายยาในกลุ่ม BZD พบว่ามีค่ามัธยฐานของระดับ HbA1c เท่ากับ 6.9 ค่า FBS เท่ากับ 127.5 mg/dL และค่ามัธยฐานของอายุเท่ากับ 64 ปี แสดงให้เห็นว่าโดยเฉลี่ยแล้วผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาสามารถคุมระดับน้ำตาลและน้ำตาลสะสมได้ แต่ค่ามัธยฐานของ BMI เท่ากับ 25.0 kg/m² อาจประเมินได้ว่ามีแนวโน้มอยู่ในภาวะอ้วน และจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 26.9 โดยมีภาวะแทรกซ้อน

ที่พบมากที่สุด คือ diabetic nephropathy ซึ่งเป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ข้อมูลการสั่งจ่ายยาในกลุ่ม BZD และความสมเหตุสมผล

จากการศึกษาพบอัตราของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการสั่งจ่ายยาในกลุ่ม BDZ เพียง ร้อยละ 9.2 โดยแพทย์ผู้ทำการสั่งจ่ายยาพบว่า อาจารย์แพทย์สั่งจ่ายยามากที่สุดเป็นร้อยละ 96 รองลงมา คือ แพทย์ประจำบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับจากงานวิจัยของ Pek EA. และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่าแพทย์ที่สั่งจ่ายยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ส่วนใหญ่มักจะเป็นแพทย์ที่มีประสบการณ์ในวิชาชีพมานาน และสั่งจ่ายในอาการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาเฉพาะทาง อย่างไรก็ตามคลินิกที่ทำการศึกษานี้เป็นคลินิกปฐมภูมิที่มีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งกายจิตใจและสังคม จึงมีการสั่งจ่ายยาดังกล่าวในการรักษาอาการที่เกิดจากความเครียด หรือวิตกกังวลร่วมด้วย ส่วนยา BDZ ที่มีการสั่งจ่ายมากที่สุดในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษานี้ คือ Lorazepam แตกต่างจากงานวิจัยของพรทิพย์ อภิวัฒน์นาร⁽⁴⁾ ที่พบว่า

มีการสั่งจ่ายยา Diazepam มากที่สุด โดยเฉพาะในโรงพยาบาลทั่วไป โดยส่วนใหญ่พบว่าบ่งใช้ในการสั่งจ่ายที่ คือ ใช้สำหรับอาการนอนไม่หลับ การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยา BDZ ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 64 ปี เมื่อศึกษาเหตุผลในการสั่งจ่ายยาพบว่าส่วนใหญ่ คือ ผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวานมักมีภาวะนอนไม่หลับร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุตารัตน์ ชัยอาจ และคณะ⁽¹⁴⁾ และ Kim K. และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยสูงอายุมักมีอาการนอนไม่หลับ และพบว่าภาวะนอนไม่หลับยังเป็นภาวะที่มีการวินิจฉัยร่วม (comorbidity) ที่สำคัญที่สุดโรคหนึ่งของโรคเบาหวาน การสั่งจ่ายยา BDZ ในผู้สูงอายุจำเป็นต้องพิจารณาถึงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม ผลต่อสมรรถภาพในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาข้อมูลในด้านประเด็นความเสี่ยงดังกล่าว ในด้านระยะเวลาการสั่งใช้ยากลุ่ม BDZ พบว่าค่ามัธยฐานของระยะเวลาการสั่งใช้ เท่ากับ 61.5 วัน หรือมีระยะการสั่งใช้ในช่วง 22 - 90 วัน (ร้อยละ 38.6) แตกต่างจากงานวิจัยของพรทิพย์ อภิวัตน์นาร⁽⁴⁾ พบว่าค่ามัธยฐานระยะเวลาการสั่งใช้ 90 วัน ซึ่งจากคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ได้ระบุถึงระยะเวลาในการใช้ BDZ ในการรักษาอาการนอนไม่หลับ ไม่ควรเกิน 21 วัน หากใช้เพื่อรักษาอาการหรือภาวะ acute anxiety ไม่ควรสั่งใช้เกิน 21 วัน ยกเว้นยา Diazepam ที่ใช้ได้ไม่เกิน 12 สัปดาห์ นอกจากนั้น หากมีการใช้ยา Clonazepam หรือ Alprazolam ในการรักษาโรคแพนิค อาจมีระยะเวลาในการสั่งจ่ายยานานเป็นเดือนขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ⁽¹⁰⁾ และ แสดงให้เห็นถึงการสั่งใช้ยา BDZ ที่นานเกินข้อแนะนำในการสั่งจ่ายยาโดยเฉพาะในด้านระยะเวลา ซึ่งในการศึกษานี้พบว่ามีการสั่งจ่ายยาที่ไม่สมเหตุสมผลในด้านนี้สูงถึงร้อยละ 75.9

ในการศึกษานี้พบว่าผู้ที่ได้รับการสั่งจ่ายยากลุ่ม BZD จำนวน 78 ราย มีการสั่งจ่ายยารวมทั้งสิ้น 228 ครั้ง เมื่อพิจารณาความสมเหตุสมผลโดยใช้เกณฑ์ตามคู่มือการใช้ยาสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาระบบประสาทส่วนกลาง พบว่ามีความสมเหตุสมผล

รายครั้งในประเด็นขนาดยา ข้อบ่งใช้และระยะเวลาการใช้ยา ครบทั้ง 3 ด้าน ร้อยละ 22.7 ซึ่งแตกต่างจากผลศึกษาของพรทิพย์ อภิวัตน์นาร⁽⁴⁾ ที่พบความสมเหตุสมผลทั้ง 3 ด้าน เพียงร้อยละ 9.3 ซึ่งในการศึกษาดังกล่าวพบว่าโรงพยาบาลชุมชนมีการสั่งจ่ายยาที่ไม่สมเหตุสมผลมากที่สุด รองลงมา คือโรงพยาบาลทั่วไปและการสั่งจ่ายยาที่สมเหตุสมผลที่สุด คือ โรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งประเด็นดังกล่าวเกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล ความเชี่ยวชาญและโรคที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อทำการรักษาที่แตกต่างกัน การศึกษานี้พบว่าที่มีการสั่งจ่ายยาที่สมเหตุสมผลในด้านขนาดยาสูงถึงร้อยละ 99.2 อาจเกิดจากการที่แพทย์มีพื้นฐานความรู้ในการสั่งจ่ายยาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมถึงระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศที่นำมาใช้ในระบบการสั่งยาทำให้มีการเอื้ออำนวยความสะดวกในการระบุขนาดของยาที่มีในระบบได้อย่างถูกต้อง แต่เมื่อพิจารณาความสมเหตุสมผลในด้านระยะเวลาพบว่ามีความสมเหตุสมผลน้อยที่สุด คือ เมื่อประเมินในผู้ป่วยรายคน พบว่าร้อยละ 17.9 ที่มีการสั่งจ่ายยาอย่างสมเหตุสมผลและมีเพียงร้อยละ 24.1 จากการประเมินเป็นรายครั้ง ซึ่งอาจเกิดจากการที่ไม่มีข้อมูลบันทึกในระบบ HIS ว่าผู้ป่วยยังมียาเหลือสำหรับรับประทานจำนวนเท่าไร และจำนวนยา BDZ ที่แพทย์สามารถสั่งได้เพิ่มในครั้งต่อไป ทำให้ผู้ป่วยมีการใช้ยา BDZ นานเกิน ข้อบ่งใช้สำหรับการรักษาอาการแต่ละประเภท

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความสมเหตุสมผลในการจ่ายยา พบว่าอายุของผู้ป่วยที่ได้รับการสั่งจ่ายยาอย่างสมเหตุสมผลไม่มีค่าเฉลี่ยอายุสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสั่งจ่ายยาอย่างสมเหตุสมผล แพทย์จึงควรเพิ่มความระมัดระวังในการสั่งจ่ายยากลุ่ม BDZ มากขึ้น การสั่งจ่ายยาอย่างไม่สมเหตุสมผลอาจทำให้เกิดอันตรายเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับผลข้างเคียงจากยากลุ่มผู้ป่วยทั่วไป รวมทั้งจากการศึกษาคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาระบบประสาท เล่ม 1⁽¹⁰⁾ พบว่าหากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ

ปกติของการทำงานของตับ และภาวะไตเสื่อมขั้นรุนแรง ควรปรับขนาดยาตามการตอบสนองทางคลินิกและตามระดับความบกพร่องของตับและไต นอกจากนี้พบว่ามีอาชีวะมีความสัมพันธ์กับการสั่งจ่ายยากลุ่ม BDZ ในทางสถิติ ($P = 0.017$) โดยในการศึกษานี้ กลุ่มผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพรับจ้างและไม่ประกอบอาชีพ หรือกลุ่มที่มีรายได้น้อย เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการสั่งจ่ายยากลุ่ม BZD สูง สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่มีรายได้น้อยหรือไม่มีรายได้ พบภาวะวิตกกังวลรวมถึงอาการนอนไม่หลับสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีรายได้แน่นอนและผู้ที่มีการรายได้สูง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kim K. และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่ารายได้และการไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นปัจจัยที่ทำให้ภาวะนอนไม่หลับเพิ่มขึ้นมากที่สุด

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการศึกษานี้ เป็นการศึกษารetrospective ข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลัง 1 ปี ทำให้มีข้อจำกัดด้านตัวแปรที่ศึกษาและข้อมูลบางส่วนไม่สมบูรณ์ รวมถึงข้อจำกัดด้านการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการลงทะเบียนโรค ICD-10 และรหัสการสั่งจ่ายยาในระบบ HIS ครบถ้วนเท่านั้น ทำให้ผู้ป่วยที่ไม่ได้ถูกรหัสโรคไว้ จึงไม่ได้รับการคัดเลือกเข้ามาในการศึกษาครั้งนี้ นอกจากนี้ในด้านรูปแบบการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาจึงไม่สามารถหาความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อความสมเหตุสมผลในการสั่งจ่ายยาในกลุ่ม BZD ได้ รวมถึงการศึกษานี้ศึกษาที่คลินิกปฐมภูมิเท่านั้น จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำข้อมูลไปใช้ในกลุ่มประชากรในคลินิกหรือโรงพยาบาลอื่น

สรุป

ผลการศึกษายังพบว่าการสั่งจ่ายยา BDZ ที่สมเหตุสมผลในประเด็นขนาดยา ข้อบ่งใช้และระยะเวลาการใช้ยาครบทั้ง 3 ด้านในระดับต่ำ ข้อมูลดังกล่าวสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการสั่งจ่ายยาให้สมเหตุสมผลและเหมาะสมในทางเวชปฏิบัติ ตามเกณฑ์คู่มือมาตรฐาน

การสั่งจ่ายยา เพื่อป้องกันผู้ป่วยใช้ยา BDZ ในลักษณะมากเกินไป การพึ่งพิงยา และการใช้ในทางที่ผิด

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณจรรยา แก้วมี และเจ้าหน้าที่ของหน่วยเทคโนโลยีและสารสนเทศ ที่อนุเคราะห์ในการเข้าถึงข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ที่ทำการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global report on diabetes [Internet]. 2017 [cited 2018 Apr 21]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf.
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. สถิติโรคเบาหวานในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 21 เม.ย. 61]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmtai.org/index.php/knowledge/for-normal-person/health-information-and-articles/481-2018-02-05-09-40-68>.
3. Kadono M, Hasegawa G. Insomnia disorder comorbid with diabetes. Nihon Rinsho 2014; 72:977-82.
4. พรทิพย์ อภิวัฒน์นากกร. ความสมเหตุสมผลและลักษณะการสั่งจ่ายยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีนในโรงพยาบาล (พ.ศ. 2555) [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 21 เม.ย. 61]. เข้าถึงได้จาก: <http://110.164.161.16/journal/journal/4420.pdf>.
5. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. ปทุมธานี: รมเย็น มีเดีย; 2560.
6. Williams G, Pickup JC. Handbook of diabetes. 3rd ed. Oxford: Blackwell Publishing; 2004.

7. Munshi MN, Lipsitz LA. Geriatric diabetes. New York: Informal Healthcare USA; 2007.
8. สถานการณ์การใช้ยาเหตุผล สภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 21 เม.ย. 61]. เข้าถึงได้จาก: http://ndi.fda.moph.go.th/uploads/policy_file/20170801152053.pdf.
9. นุปผา ศิริวิศรี. พฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในจังหวัดนครปฐม. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
10. คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ. คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ : ยาระบบประสาทส่วนกลาง (Thai National Formulary 2010 Central nervous system). เล่ม 1. นนทบุรี: สำนักงานประสานการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2553.
11. มงคลชัย มั่งมี. การใช้ยาคลายวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 21 เม.ย. 61]. เข้าถึงได้จาก: 1. http://mulinet11.li.mahidol.ac.th/thematicpaper/2551 %E0%B8%AA%E0%B8%9A_038_2551.pdf.
12. ดุสิต จันทยานนท์, อัญญา เกียรติวีระศักดิ์, วรชมน อินทรประสงค์, วิรดา อนันตวงศ์, มนสิชา งามภูพันธ์, วราพร พงศ์มรกต, และคณะ. ศึกษาความชุก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะนอนไม่หลับ และ พฤติกรรมการใช้ยานอนหลับในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในชุมชนวัดอินทาราม ตำบลหัวรอ อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 21 เม.ย. 61];12(1):12-24. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ayhosp.go.th/ayh/images/Knowledge/JOMAT/JOMAT-Y02v01S02.pdf>.
13. Pek EA, Remfry A, Pendrith C, Fan-Lun C, Bhatia RS, Soong C. High prevalence of inappropriate benzodiazepine and sedative hypnotic prescriptions among hospitalized older adults. J Hosp Med 2017;12:310-6.
14. สุดารัตน์ ชัยอาจ, พวงพยอม ปัญญา. การนอนไม่หลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารสภาการพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2548 [เข้าถึงเมื่อ 21 เม.ย. 61];20(2):1-12. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/download/2241/1879/>.
15. Kim K, Uchiyama M, Okawa M, Liu X, Ogihara R. An epidemiological study of insomnia among the Japanese general population. Sleep [Internet]. 2000 [cited 2018 Apr 21];23(1):41-7. Available from: <https://academic.oup.com/sleep/article-pdf/23/1/1/.../sleep-23-1-1a.pdf>.

Original article

Mental health of teacher students at Suan Dusit University

Kanchana Piwngam¹Decha Lalitanatpong^{2,*}

Abstract

Background: As prior studies have shown readiness of teachers for early childhood and primary education is most important; this requires academic ability and mental health of the teacher. This research can help self- understanding of teaching students and every part of the training can support or resolve their problems.

Objectives: To study mental health and associated factor after the training of students majoring in early childhood and primary school education at Suan Dusit University.

Methods: Data acquired from 200 students majoring in early childhood and primary school on the training in the first semester at the Faculty of Education, Suan Dusit University. The instrument was mental health questionnaire of students majoring in early childhood and primary school after the training.

Results: Most subjects were majoring in early childhood had abnormal mental health in somatization (50.5%) but had normal mental health in depression (79.4%), in anxiety (84.5%), in psychotic (92.8%), and in social function (82.5%). Most subjects of the teaching students in primary school major have normal mental health in somatization (62.1%), in depression (91.3%), in anxiety (84.5%), in psychotic (88.3%), and in social function (98.1%). Associated factors of mental health had 7 factors of somatization, 8 factors of depression, 4 factors of anxiety, 5 factors of psychotic, and 2 factors of social function.

Conclusion: Most students had normal level of mental health. This research showed that mental health was important to students who would be teachers in their future. If they have normal mental health, they can be a good teachers in the future.

Keywords: Mental health, students majoring in early childhood, primary school training.

*Correspondence to: Decha Lalitanatpong Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received: April 30, 2018

Revised: August 22, 2018

Accepted: September 25, 2018

¹Master of Science, Mental Health, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

²Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

นิพนธ์ฉบับ

ภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาฝึกประสบการณ์วิชาชีพครู มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

กาญจนา ผิวงาม¹

เดชา ลลิตอนันต์พงศ์²

บทคัดย่อ

เหตุผลของการทำวิจัย: เพื่อนำผลของการศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องภายหลังการฝึกประสบการณ์วิชาชีพครูไปปรับปรุง พัฒนา แนวทางในการเตรียมความพร้อมก่อนการออกฝึกประสบการณ์เต็มรูปแบบการศึกษาพบว่านักศึกษาที่ออกฝึกประสบการณ์วิชาชีพครูประสบปัญหาทั้งในด้านการปฏิบัติการสอนและด้านจิตใจที่นักศึกษาต้องเผชิญในระหว่างการฝึก ซึ่งอาจมีผลทำให้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตในด้านต่าง ๆ ได้ และการวิจัยที่ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาที่ออกฝึกประสบการณ์วิชาชีพครูโดยตรงยังมีจำกัด

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลังจากการฝึกประสบการณ์วิชาชีพครู ของนักศึกษาลำดับชั้นปริญญาตรี และหลักสูตรประถมศึกษา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

วิธีการทำวิจัย: เก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษา 200 ราย ของคณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ในหลักสูตรปริญญาตรีและหลักสูตรประถมศึกษา ชั้นปีที่ 5 ที่ออกฝึกประสบการณ์วิชาชีพครู ในภาคเรียนที่ 1 โดยเครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาลำดับชั้นปริญญาตรี และหลักสูตรประถมศึกษา

ผลการศึกษา: นักศึกษาฝึกประสบการณ์วิชาชีพครูหลักสูตรปริญญาตรี ส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจิตในด้านความเจ็บป่วยทางกายที่เป็นผลมาจากภาวะทางจิตใจ ร้อยละ 50.5 แต่มีสุขภาพจิตปกติในด้านภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 79.4 ด้านความวิตกกังวล ร้อยละ 84.5 ด้านภาวะทางจิต ร้อยละ 92.8 และด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ร้อยละ 82.5 ในขณะที่นักศึกษาฝึกประสบการณ์วิชาชีพครูหลักสูตรประถมศึกษาส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตปกติในด้านความเจ็บป่วยทางกายที่เป็นผลมาจากภาวะทางจิตใจ ร้อยละ 62.1 ในด้านภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 91.3 ด้าน ความวิตกกังวล ร้อยละ 88.3 ด้านภาวะทางจิต ร้อยละ 98.1 และด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ร้อยละ 85.4 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ในด้านความเจ็บป่วยทางกายที่เป็นผลมาจากภาวะทางจิตใจ มี 7 ปัจจัย ด้านภาวะซึมเศร้า มี 8 ปัจจัย ด้านความวิตกกังวล มี 4 ปัจจัย ด้านภาวะทางจิต มี 5 ปัจจัย และ ด้านการดำเนินงานที่ทางสังคม มี 2 ปัจจัย

สรุป: นักศึกษาส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตปกติ โดยงานวิจัยนี้ได้บ่งชี้ว่าภาวะสุขภาพจิตมีความสำคัญสำหรับนักศึกษา ซึ่งเป็นครูในอนาคตถ้ามีสุขภาพจิตในระดับปกติ สามารถช่วยทำให้เป็นครูที่ดีในอนาคตได้

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพจิต, หลักสูตรปริญญาตรี, หลักสูตรประถมศึกษา, การฝึกประสบการณ์วิชาชีพครู, อาจารย์นิเทศก์, ครูพี่เลี้ยง.

¹นิสิตปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การศึกษาในระดับอนุบาลและระดับปฐมวัย มีความสำคัญยิ่งในการวางรากฐานและช่วยเสริมสร้างให้เด็กได้พัฒนาตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสม เด็กวัยนี้จัดว่าเป็นวัยทองของชีวิต กล่าวคือ เป็นวัยที่เจริญเติบโตและมีพัฒนาการในทุกด้านอย่างสูงสุด ดังนั้น การจัดการศึกษาในระดับอนุบาลจึงเป็นการเริ่มต้นเสริมสร้างคุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป็นการปูพื้นฐานเพื่อพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญในการเตรียมความพร้อมสำหรับเด็ก ทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคมและสติปัญญา เพื่อให้เด็กพัฒนาอย่างเต็มที่⁽¹⁾

ในปัจจุบันนั้นครูประถมศึกษาและครูปฐมวัย มีปัญหาที่หลากหลาย ทั้งการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการนำกิจกรรมมาใช้กับเด็ก ขาดเทคนิค วิธีการ และไม่มีประสบการณ์ด้านการจัดการ ศึกษา ขาดการฝึกอบรม ด้านการสอนเด็ก และความรู้ที่จำเป็นสำหรับการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับการจัดการศึกษาในปัจจุบัน จึงทำให้เกิดปัญหาซึ่งมีผลกระทบต่อเด็ก ทั้งทางตรงและทางอ้อม⁽²⁾

การเตรียมความพร้อมเพื่อนำไปสู่การเป็นครูประถมศึกษาและครูปฐมวัย ก็เป็นสิ่งที่สำคัญ ดังนั้น ผู้เรียนที่เรียนเป็นครูประถมศึกษาและครูปฐมวัย จะต้องออกฝึกประสบการณ์วิชาชีพ เพื่อที่การจัดประสบการณ์ตรงให้กับผู้เรียนได้มีการเรียนรู้ในสถานการณ์จริง ปฏิบัติภารกิจเสมือนครูประจำการทุกอย่าง และมองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างทฤษฎีที่ศึกษามา และนำไปสู่การปฏิบัติจริง ซึ่งถือว่าการให้ความรู้โดยผ่านประสบการณ์วิชาชีพครูนี้จะเป็นการฝึกหัดทางปฏิบัติจนสามารถปฏิบัติหน้าที่ครูได้ดี เกิดทักษะ เกิดความมั่นใจที่จะนำไปสู่ความศรัทธาในอาชีพและมีจิตวิญญาณความเป็นครูในที่สุด

ผู้เรียนที่ออกไปฝึกประสบการณ์วิชาชีพในสถานศึกษาต่าง ๆ นั้น ล้วนแล้วแต่ต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่หลากหลาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ ขนิษฐา หินอ่อน⁽³⁾ ที่ได้ศึกษาปัญหาและแนวทางพัฒนาระบบการฝึกประสบการณ์วิชาชีพด้านการสอน คณะครุศาสตร์ อุตรดิตถ์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้า

พระนครเหนือ โดยใช้แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ชุด ตามกลุ่มของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ ได้แก่ ครูฝึกสอน นักศึกษาฝึกสอน อาจารย์นิเทศก์ และบัณฑิต ผลการวิจัยพบว่าด้านที่เป็นปัญหาหลัก ๆ ที่สำคัญ มี 3 ด้าน คือ ปัญหาด้านอาจารย์นิเทศก์ ด้านสื่ออุปกรณ์ และด้านตัวนักศึกษาฝึกสอน และจากการสำรวจกลับพบว่านักศึกษามีความพึงพอใจต่อการเข้าเรียนกับครูฝึกสอนในระดับมาก อาทิ การเข้าสอนตรงต่อเวลา การแต่งกาย การใช้คำพูด ภาษาที่สุภาพระหว่างที่ดำเนินการสอน โดยมีข้อเดียวที่นักศึกษามีความพึงพอใจระดับปานกลางคือการเลิก สอนให้ตรงตามเวลา

ปัญหาที่ผู้เรียนได้เผชิญนั้นมีความหลากหลายทั้งมาจากครูพี่เลี้ยง อาจารย์นิเทศก์ และที่สำคัญคือมาจากตัวผู้เรียนเอง ซึ่งในบางครั้งผู้เรียนไม่ทราบว่าปัญหาหลายอย่างมาจากตนเอง ในขณะเดียวกันภาวะสุขภาพจิตของผู้เรียน ซึ่งมาจากสาเหตุที่หลากหลาย ก็นำไปสู่ปัญหาการปรับตัว ทำให้ผู้เรียนหลายคนไม่ประสบความสำเร็จในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาฝึกประสบการณ์วิชาชีพครู โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาหลักสูตรปฐมวัยและหลักสูตรประถมศึกษาตอนต้น และหลังออก ฝึกประสบการณ์ทางวิชาชีพครู และเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาหลักสูตรปฐมวัยและหลักสูตรประถมศึกษาที่ออกฝึกประสบการณ์ทางวิชาชีพ

วิธีการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบพรรณนา (descriptive study) โดยศึกษาที่ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional) ซึ่งใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการศึกษาโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาหลักสูตรปฐมวัยและหลักสูตรประถมศึกษา ชั้นปีที่ 5 คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ที่ฝึกประสบการณ์วิชาชีพครู ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2560 และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง โดยใช้

ข้อมูลจากหลักสูตรปฐมวัยและหลักสูตรประถมศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ในปีการศึกษา 2560 จำนวน 200 ราย ใช้วิธีสุ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร Cochran โดยจะมีระดับความเชื่อมั่นเท่ากับร้อยละ 95 และมีความคลาดเคลื่อนในการสุ่มเท่ากับ 0.1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ คือ 96 ราย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรปฐมวัยและหลักสูตรประถมศึกษา ซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนด คือออกฝึกประสบการณ์วิชาชีพครู ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2560 ผู้วิจัยจึงเลือกเก็บตัวอย่าง จำนวนนักศึกษาหลักสูตรปฐมวัยและประถมศึกษาที่ฝึกประสบการณ์วิชาชีพครู คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต จำนวน 200 ราย โดยผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และติดต่อคณบดีคณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต เพื่อขอเข้าเก็บข้อมูลกับนักศึกษาที่ออกฝึกประสบการณ์วิชาชีพครูไปแล้ว ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยแจกแบบสอบถามให้กับนักศึกษาเพื่อตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งสามารถเก็บข้อมูลได้ทั้งหมด 200 ราย ซึ่งการศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามที่ใช้มีทั้งหมด 2 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษา ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 25 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบวัดภาวะสุขภาพจิต ใช้แบบวัดของสุชีรา ภักธายุตวรรัตน และคณะ⁽⁴⁾ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 70 ข้อ ใช้วัดภาวะสุขภาพจิต 5 ด้าน คือ ด้านความเจ็บป่วยทางกายที่เป็นผลจากภาวะทางจิตใจ (somatization) 10 ข้อ ด้านภาวะซึมเศร้า (depression) 20 ข้อ ด้านความวิตกกังวล (anxiety) 15 ข้อ ด้านภาวะทาง

จิต (psychotic) 10 ข้อ และด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (social function) 15 ข้อ โดย แต่ละข้อมีให้เลือกคำตอบ เพื่อแสดงระดับอาการที่ปรากฏ 5 ระดับ

การให้คะแนน : แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ได้แก่ 2 - 9, 11 - 21, 31 - 38, 40 - 43, 46 - 54, 57, 59 - 62 การให้คะแนน ไม่มี = 0 คะแนน จนถึง มาก = 4 คะแนน ตามลำดับ กลุ่มที่ 2 ได้แก่ 1, 10, 22 - 30, 39, 44, 45, 55, 56, 58, 63 - 70 การให้คะแนน ตรงข้ามกัน คือ ไม่มี = 4 คะแนน จนถึงมาก = 0 คะแนน

การแปลผลคะแนน : รวมคะแนนแต่ละกลุ่มอาการแล้วหารด้วยจำนวนข้อคำถาม นำค่าคะแนนที่ได้ในแต่ละกลุ่มไปเทียบกับค่า T-score ของคนปกติ ซึ่งอยู่ในคะแนน T-score ที่ 65

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ : การวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าระหว่าง 0.92 - 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมมาตรวจสอบความสมบูรณ์และตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 20 ดังต่อไปนี้ ค่าแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) การใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) t - test dependent และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple linear regression analysis)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็นข้อมูลด้านต่าง ๆ (ตารางที่ 1 และ 2) ดังนี้

ตารางที่ 1. ปัจจัยส่วนบุคคล (N = 200)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย / หญิง	12/188	6/94
อายุ (ปี)		
21/22/23/24/25	5/107/78/9/1	2.5/53.5/39/4.5/0.5
เกรดเฉลี่ยสะสม (GPA)		
2.00 – 2.50/2.51 – 3.00/3.01 – 3.50/3.51 – 4.00	3/46/120/31	1.5/23/60/15.5
โรคประจำตัว		
ไม่มี/มี	160/40	80/20
การใช้สารหรือยาเสพติด (ปัจจุบัน)		
บุหรื		
สูบ/ไม่สูบ	5/195	2.5/97.5
สุรา		
ดื่ม/ไม่ดื่ม	40/160	20/80
ยาเสพติด		
เสพ/ไม่เสพ	0/200	0/100
ภูมิลำเนาเดิม		
กรุงเทพ ฯ และปริมณฑล / ต่างจังหวัด	28/172	14/86
ศาสนา		
พุทธ/อื่น ๆ	193/7	96.5/3.5
ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย		
เพียงพอและเหลือเก็บสะสม/เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บสะสม/ ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน/ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	61/109/16/14	30.5/54.5/8/7
สถานภาพครอบครัว		
บิดามารดาอยู่ร่วมกัน/บิดามารดาแยกทาง หรือ หย่าร้างกัน/บิดามารดาคนใดคนหนึ่งเสียชีวิต หรือบิดามารดาเสียชีวิตทั้งคู่	145/38/17	72.5/19/8.5
ทักษะด้านการสื่อสาร		
ระดับดี/ระดับปานกลาง/ระดับอ่อน	128/69/3	64/34.5/1.5
ทักษะด้านการจัดการเรียนการสอน		
ระดับดี/ระดับปานกลาง/ระดับอ่อน	93/107/0	46.5/53.5/0
ทักษะด้านการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า		
ระดับดี/ระดับปานกลาง/ระดับอ่อน	98/95/7	49/47.5/3.5

ตารางที่ 2. ปัจจัยด้านการฝึกประสบการณ์วิชาชีพครู (N = 200)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ชื่อโรงเรียน		
สาธิตละอออุทิศ/เพลินพัฒนา/ที่ปรางค์วิทยาพัฒน์ (วัดโบสถ์)/	40/4/13/5/4/4/10/	20/2/6.5/2.5/2/2/5/
สยามสามไตร/อนุบาลบ้านพลอยภูมิ/อนุบาลมณียา/	5/6/7/3/5/6/2/3/7	2.5/3/3.5/1.5/2.5/3/1/
อนุบาลพิบูลเวศน์/อนุบาลมณีรัตน์/อนุบาลปรินายก/	/7/6/8/4/4/12/9/3	1.5/3.5/3.5/3/4/2/2/6/
อนุบาลนนทบุรี/ทุ่งมหาเมฆ/วรรณสวางจิต/เกษมพิทยา/	/3/4/4/12	4.5/1.5/1.5/2/2/6
โยนออฟอาร์ค/จิตรลดา/ปราโมชวิทยารามอินทรา/สตรีบูรณวิทย์/		
วัดมกุฏกษัตริยาราม/วัดประจวบคีรีขันธ์/สาธิตเกษตรศาสตร์/		
พระยานาวิน/สุโขทัย/พญาไท/ประชานิเวศน์/ธรรมมาภิรตาราม/		
ไผ่ตดอุดมศึกษา/สาธิตพัฒนา/ราชวินิต		
สังกัดโรงเรียน		
สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน/	47/64/45/44	23.5/32/22.5/22
สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษา		
เอกชน/สำนักงานการศึกษากรุงเทพมหานคร/		
สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา		
ระดับชั้นที่ฝึกประสบการณ์วิชาชีพครู		
ปฐมวัยปีที่ 1 – 3/ประถมศึกษาปีที่ 1 – 3/	97/50/53	48.5/25/26.5
ประถมศึกษาปีที่ 4 – 6		
จำนวนเด็กที่สอน		
10 – 20 ราย/20 – 30 ราย/31 ราย ขึ้นไป	25/107/68	12.5/53.5/34
จำนวนชั่วโมงที่ได้รับมอบหมายให้ทำการสอน (ชั่วโมง : สัปดาห์)		
ตามเกณฑ์ (1 – 8 ชั่วโมง)/มากกว่าเกณฑ์ (9 ชั่วโมงขึ้นไป)	133/67	66.5/33.5
งานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย		
งานประจำชั้น		
มี/ไม่มี	168/32	84/16
งานวิชาการ		
มี/ไม่มี	100/100	50/50
งานธุรการ		
มี/ไม่มี	65/135	32.5/67.5
งานฝ่ายปกครอง		
มี/ไม่มี	9/191	4.5/95.5
งานจัดนิทรรศการของโรงเรียน		
มี/ไม่มี	133/67	66.5/33.5
อื่น ๆ		
ไม่ได้รับมอบหมายงานอื่น ๆ/ได้รับ	3/197	1.5/98.5
มอบหมายงานอื่น ๆ		
สถานที่ที่นักศึกษาพักขณะฝึกประสบการณ์วิชาชีพครู		
บ้าน/บ้านเช่า/หอพัก/อพาร์ทเมนต์	36/2/122/40	18/1/61/20
ระยะเวลาในการเดินทางจากที่พักไปสถานศึกษาที่ฝึก		
น้อยกว่า 1 ชั่วโมง/1 – 2 ชั่วโมง	145/55	72.5/27.5
การให้เวลาในการให้คำปรึกษาและคำแนะนำของอาจารย์นิเทศก์		
บ่อย/ปานกลาง/น้อย	0/0/200	0/0/100
การให้เวลาในการให้คำปรึกษาและคำแนะนำของครูพี่เลี้ยง		
บ่อย/ปานกลาง/น้อย	5/8/107	2.5/4/93.5
ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาและอาจารย์นิเทศก์		
ดี/พอใช้/ไม่ค่อยดี	187/12/1	93.5/6/0.5
ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาและครูพี่เลี้ยง		
ดี/พอใช้/ไม่ค่อยดี	178/18/4	89/9/2
จำนวนครั้งในการนิเทศก์ (ครั้ง : เดือน)		
นิเทศก์โดยอาจารย์นิเทศก์		
ตามเกณฑ์ (เดือนละ 1 ครั้ง)/มากกว่า	198/2	99/1
เกณฑ์ (มากกว่าเดือนละ 1 ครั้ง)		
นิเทศก์โดยครูพี่เลี้ยง (ครั้ง)		
ตามเกณฑ์ (เดือนละ 1 ครั้ง)/มากกว่า	130/70	65/35
เกณฑ์ (มากกว่าเดือนละ 1 ครั้ง)		

ภาวะสุขภาพจิตหลังจากการฝึกประสบการณ์วิชาชีพครูของนักศึกษาหลักสูตรปฐมวัย และหลักสูตรประถมศึกษา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

ผลการวิจัยพบว่าภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาหลักสูตรปฐมวัยและหลักสูตรประถมศึกษาส่วนใหญ่มีสภาพจิตปกติมากที่สุดในด้าน ภาวะทางจิต ร้อยละ 95.5 รองลงมา คือ ด้านความวิตกกังวล ร้อยละ 86.5 ด้านภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 85.5 ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ร้อยละ 84 และด้านความเจ็บป่วย ทางกายที่เป็นผลมาจากภาวะทางจิตใจ ร้อยละ 56 (รูปที่ 1)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาหลักสูตรปฐมวัยและหลักสูตรประถมศึกษาภายหลังการฝึกประสบการณ์ทางวิชาชีพครู

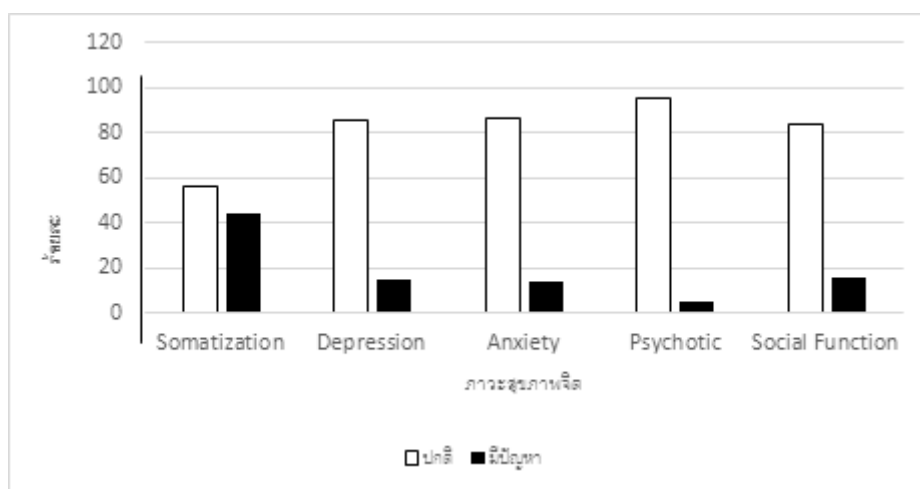
1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิต มีดังนี้

1.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับด้านความเจ็บป่วยทางกายที่เป็นผลมาจากภาวะทางจิตใจ มีทั้งหมด 7 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 5 ปัจจัย ได้แก่ เพศ (0.010**) โรคประจำตัว (.000**) ทักษะด้านการสื่อสาร (0.042*) ทักษะด้านการจัดการเรียนการสอน (0.048*) และทักษะด้านการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า (0.009**) 2) ปัจจัยด้านการฝึกประสบการณ์วิชาชีพครู 2 ปัจจัย ได้แก่ ความสัมพันธ์

ระหว่างนักศึกษาและอาจารย์นิเทศก์ (0.042*) และการให้เวลาในการให้คำปรึกษาและคำแนะนำจากอาจารย์นิเทศก์ (0.000**)

1.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับด้านภาวะซึมเศร้า มีทั้งหมด 8 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 4 ปัจจัย ได้แก่ เกรดเฉลี่ยสะสม (0.026*) ทักษะด้านการสื่อสาร (0.000**) ทักษะด้านการจัดการเรียนการสอน (0.000**) และทักษะด้านการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า (0.000**) และ 2) ปัจจัยด้านการฝึกประสบการณ์วิชาชีพครู 4 ปัจจัย ได้แก่ สังกัดโรงเรียน (0.34*) ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาและอาจารย์นิเทศก์ (0.28*) ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาและครูพี่เลี้ยง (0.006**) และการให้เวลาในการให้คำปรึกษาและคำแนะนำจากอาจารย์นิเทศก์ (0.000**)

1.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับด้านความวิตกกังวล มีทั้งหมด 4 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านการฝึกประสบการณ์วิชาชีพครู 4 ปัจจัย ได้แก่ การให้เวลาในการให้คำปรึกษาและคำแนะนำจากครู พี่เลี้ยง (0.006**) ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาและอาจารย์นิเทศก์ (0.37*) ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาและครูพี่เลี้ยง (0.14*) และการให้เวลาในการให้คำปรึกษาและคำแนะนำจากอาจารย์นิเทศก์ (0.000**)



รูปที่ 1. ภาวะสุขภาพจิตหลังจากการฝึกประสบการณ์วิชาชีพครู

1.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับด้านภาวะทางจิต มีทั้งหมด 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2 ปัจจัย ได้แก่ ทักษะด้านการสื่อสาร (0.001**) และทักษะด้านการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า (0.004**) 2) ปัจจัยด้านการฝึกประสบการณ์วิชาชีพครู 3 ปัจจัย ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาและอาจารย์นิเทศก์ (0.000**) ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาและครูพี่เลี้ยง (0.000**) และการใช้เวลาในการให้คำปรึกษาและคำแนะนำจากอาจารย์นิเทศก์ (0.000**)

1.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับด้านการทำหน้าที่ทางสังคม มีทั้งหมด 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านการฝึกประสบการณ์วิชาชีพครู 2 ปัจจัย คือ การใช้เวลาในการให้คำปรึกษาและคำแนะนำจากครูพี่เลี้ยง (0.008**) และการใช้เวลาในการให้คำปรึกษาและคำแนะนำจากอาจารย์นิเทศก์ (0.000**)

2. ปัจจัยทำนาย มีดังนี้

2.1 ปัจจัยทำนายด้านความเจ็บป่วยทางกายที่เป็นผลจากภาวะทางจิตใจ มีทั้งหมด 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2 ปัจจัย ได้แก่ เพศหญิง (0.034**) และการมีโรคประจำตัว (0.002**) 2) ปัจจัยด้านการฝึกประสบการณ์วิชาชีพครู 1 ปัจจัย คือ ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาและอาจารย์นิเทศก์ระดับพอใช้ (0.024*)

2.2 ปัจจัยทำนายด้านภาวะซึมเศร้า มีทั้งหมด 7 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล 4 ปัจจัย คือ เกรดเฉลี่ย 2.00 - 2.50 (0.024*) ทักษะการสื่อสารระดับพอใช้ (0.008**) ทักษะการสื่อสารระดับอ่อน (0.003**) และทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าระดับอ่อน (0.011*) และปัจจัยด้านการฝึกประสบการณ์วิชาชีพครู 3 ปัจจัย ได้แก่ สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (0.034*) ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาและอาจารย์นิเทศก์ระดับไม่ค่อยดี (0.007**) และความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาและครูพี่เลี้ยงในระดับพอใช้ (0.016*)

2.3 ปัจจัยทำนายด้านความวิตกกังวล มีทั้งหมด 4 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านการฝึกประสบการณ์วิชาชีพครู 4

ปัจจัย ได้แก่ การใช้เวลาในการให้คำปรึกษาและคำแนะนำจากครูพี่เลี้ยงในระดับปานกลาง (0.001**) ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาและอาจารย์นิเทศก์ระดับไม่ค่อยดี (0.006**) ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาและครูพี่เลี้ยงระดับพอใช้ (0.19*) และความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาและครูพี่เลี้ยงระดับไม่ค่อยดี (0.014*)

2.4 ปัจจัยทำนายด้านภาวะทางจิต มีทั้งหมด 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยส่วนบุคคล 1 ปัจจัย คือ ทักษะการสื่อสารระดับปานกลาง (0.009**) และปัจจัยด้านการฝึกประสบการณ์วิชาชีพครู 1 ปัจจัย คือ ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาและอาจารย์นิเทศก์ไม่ค่อยดี (0.000**)

2.5 ปัจจัยทำนายด้านการทำหน้าที่ทางสังคม มีทั้งหมด 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านการฝึกประสบการณ์วิชาชีพครู 2 ปัจจัย คือ การใช้เวลาในการให้คำปรึกษาและคำแนะนำจากครูพี่เลี้ยงระดับน้อย (0.006**) และการใช้เวลาในการให้คำปรึกษาและคำแนะนำจากอาจารย์นิเทศก์ในระดับน้อย (0.002**)

อภิปรายผล

ภาวะสุขภาพจิตหลังจากการฝึกประสบการณ์วิชาชีพครูนักศึกษาหลักสูตรปฐมวัยและหลักสูตรประถมศึกษา จากการศึกษาค้นคว้าด้านที่พบปกติน้อยกว่าด้านอื่น คือ ด้านความเจ็บป่วยทางกายที่เป็นผลจากภาวะทางจิตใจ นักศึกษาส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตปกติในด้านความเจ็บป่วยทางกายที่เป็นผลจากภาวะทางจิตใจ ร้อยละ 56 อาจเป็นไปได้ว่าช่วงแรกนักศึกษาต้องเผชิญกับการสอนที่เต็มรูปแบบ แต่พอเข้าสู่ช่วงที่เดือนที่ 3 นักศึกษาส่วนใหญ่สามารถปรับตัวได้ ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของ พิษญา กุศลรักษ์ และคณะ⁽⁵⁾ ว่าการเกิดภาวะนี้ มาจากปัจจัยทางด้านจิตใจหรือพฤติกรรม ได้แก่ ความเครียด ความไม่สบายใจหรือความทุกข์ รูปแบบความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น วิธีการปรับตัวต่อปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่ยอมรับว่ามี ความเจ็บป่วย การไม่ร่วมมือต่อการรักษา เป็นต้น ด้านภาวะซึมเศร้า นักศึกษาส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตปกติใน

ด้านภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 85.5 แสดงว่านักศึกษาที่มีความเหนื่อยล้า เครียด กัดดัน แต่ในการสอนที่ได้พบเด็กนักเรียนที่หลากหลาย ได้พบกับสถานการณ์ใหม่ ๆ เกิดความท้าทาย จึงทำให้นักศึกษาไม่เกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริดา ทองเชื้อ⁽⁶⁾ พบว่าปัญหาการฝึกประสบการณ์วิชาชีพครูของนิสิตฝึกสอน ตามการรับรู้ของนิสิตฝึกสอน มีปัญหาอยู่ในระดับน้อย ด้านความวิตกกังวล นักศึกษาส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตปกติในด้านความวิตกกังวล ร้อยละ 86.5 ด้วย เพราะนักศึกษาได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนออกฝึกประสบการณ์วิชาชีพครูจริงในปีที่ 5 โดยในปีที่ 3 และปีที่ 4 นักศึกษาได้มีการไปสังเกตการณ์สอนในโรงเรียนต่าง ๆ และมีโอกาสได้ทดลองสอนบางคาบ จึงทำให้นักศึกษามีประสบการณ์และช่วยลดความวิตกกังวลให้กับนักศึกษาได้สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิ ปราโมช⁽⁷⁾ พบว่าไม่มีสภาพการณ์ใดที่จัดเป็นปัญหาทั้งในด้านส่วนตัว ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน และด้านการปฏิบัติงาน ด้านภาวะทางจิต นักศึกษาส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตปกติในด้านภาวะทางจิต ร้อยละ 95.5 ด้วยเหตุนักศึกษาไม่ได้มีความรู้สึกกดดันที่รุนแรงและเฉียบพลัน เนื่องจากได้มีการเตรียมความพร้อมในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพครูมาก่อนแล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวรส ภูภาภรณ์⁽⁸⁾ ซึ่งกล่าวว่าการฝึกของนิสิตครูเป็นกิจกรรมหลักของนิสิตครู และเป็นกิจกรรมหลักของนิสิตทุกคนที่ได้ฝึกทักษะต่าง ๆ ศึกษาปัญหาเกี่ยวกับการเรียนการสอนและวิธีแก้ไข โดยมีอาจารย์นิเทศก์ฝ่ายสถาบันและอาจารย์นิเทศก์ฝ่ายโรงเรียนให้ความช่วยเหลือและแนะนำ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม นักศึกษาส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตปกติในด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ร้อยละ 84 เพราะเหตุนักศึกษาส่วนใหญ่รู้สึกเหนื่อยกับการฝึกประสบการณ์วิชาชีพครู และอาจมีความกดดันกับการจัดกิจกรรมการสอน ตลอดจนการปรับตัวต่าง ๆ ซึ่งเป็นสังคมของการทำงานอย่างแท้จริง แต่นักศึกษาสามารถปรับตัวได้ สอดคล้องกับ Birchwood M. และคณะ⁽⁹⁾ ได้กล่าวถึงการทำหน้าที่ทางสังคมว่าเป็นความสามารถในการใช้ชีวิตด้วยตนเองอย่างอิสระ

และความสามารถในการปรับตัวทางสังคม โดยองค์ประกอบของการทำหน้าที่ทางสังคมได้แก่ การมีส่วนร่วมหรือการถอนตัวจากสังคม การสื่อสารระหว่างบุคคล การมีกิจกรรมทางสังคม การพักผ่อนหย่อนใจหรือกิจกรรมนันทนาการ ความสามารถในการพึ่งพาตนเองประสิทธิภาพในการพึ่งพาตนเอง และการจ้างงานหรือการมีอาชีพ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ด้านความเจ็บป่วยทางกายที่เป็นผลจากภาวะทางจิตใจ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับด้านความเจ็บป่วยทางกายที่เป็นผลจากภาวะทางจิตใจ และพบว่าเพศหญิง เป็นปัจจัยทำนาย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณาสีสมประสงค์⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาพบว่าเพศต่างกันมีความเครียดต่างกัน โดยเพศหญิงมีแนวโน้มเกิดความเครียดสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนโรคประจำตัวนั้นพบว่ามีความสัมพันธ์กับด้านความเจ็บป่วยทางกายที่เป็นผลจากภาวะทางจิตใจ และ การมีโรคประจำตัว ก็เป็นปัจจัยทำนายด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ นงคราญ ผาสุก⁽¹¹⁾ ซึ่งได้กล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตว่ามีอิทธิพลมาจากความเครียดไว้ว่า ส่วนหนึ่งของความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ (biological stress) นอกจากนี้ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาและครูพี่เลี้ยง ก็มีความสัมพันธ์และพบปัจจัยทำนาย คือ ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาและครูพี่เลี้ยงในระดับพอใช้ อาจเป็นไปได้ว่าการที่นักศึกษาและครูพี่เลี้ยงมีความสัมพันธ์พอใช้ ส่งผลให้นักศึกษากดดันอย่างรุนแรงเพราะยอมรับรู้ว่าตนเองถูกจับผิด ทำอะไรมักถูกตำหนิหรือมีคำพูดที่กระทบความรู้สึก ขณะเดียวกัน ด้านทักษะด้านการสื่อสาร ทักษะด้านการจัดการเรียนการสอน ทักษะด้านการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าการให้เวลาในการให้คำปรึกษา และคำแนะนำจากอาจารย์นิเทศก์ก็มีความสัมพันธ์เช่นเดียวกัน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับด้านภาวะซึมเศร้า ได้แก่เกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) พบว่ามีความสัมพันธ์และเป็น

ปัจจัยทำนายในนักศึกษาที่มีเกรดเฉลี่ย 2.00 - 2.50 อาจเป็นไปได้ว่านักศึกษาที่มีผลการเรียนระดับนี้ จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับเกรดเฉลี่ย ดังที่ อรรถนพ แสงแจ่ม⁽¹²⁾ พบว่านิสิตฝึกสอนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนแตกต่างกัน มีปัญหาการฝึกประสบการณ์วิชาชีพครูด้านการจัดกระบวนการเรียนรู้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ทักษะด้านการสื่อสาร พบว่ามีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยทำนายในด้านทักษะการสื่อสารระดับพอใช้และระดับอ่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ พิชัย อภิรัฐสกุล และคณะ⁽¹³⁾ ที่กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน เช่น ปัจจัยทางด้านจิตสังคม ได้แก่ เหตุการณ์ในชีวิตและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมบุคคลิกภาพ เป็นต้น อีกทั้งทักษะด้านการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า พบว่ามีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยทำนาย ในด้านทักษะด้านการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าระดับอ่อน อาจเป็นไปได้ว่าการที่นักศึกษาได้ฝึกประสบการณ์วิชาชีพครูในสถานการณ์จริงนั้น ย่อมมีปัญหาต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมาย ส่วนในด้านสังกัดโรงเรียน พบว่ามีความสัมพันธ์และมีปัจจัยทำนาย ในด้านสังกัดโรงเรียน คือ สังกัดคณะ กรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.) ด้วยว่าโรงเรียนที่สังกัดแตกต่างกันนั้นมีความคาดหวังต่อนักศึกษาฝึกประสบการณ์วิชาชีพครูที่แตกต่างกัน ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาและอาจารย์นิเทศก์ พบว่ามีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยทำนาย ในความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาและอาจารย์นิเทศก์ในระดับไม่ค่อยดี เพราะว่าการที่นักศึกษามีความสัมพันธ์ที่ไม่ค่อยดี มีหลายสาเหตุทั้งตัวนักศึกษาเองที่ไม่ปรับตัวเข้ากับอาจารย์นิเทศก์ หรือคนรอบข้าง นอกจากนี้ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาและครูพี่เลี้ยง ยังพบว่ามีสัมพันธ์และมีปัจจัยทำนายในความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาและครูพี่เลี้ยงในระดับพอใช้ อาจเป็นไปได้ว่า นักศึกษาไม่สามารถปรับตัวให้อยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ภายใต้กฎเกณฑ์กติกา สังคม วัฒนธรรมทางสังคมที่เรื่องการเคารพผู้ใหญ่ นอกจากนี้ ทักษะด้านการจัดการเรียนการสอน และการใช้เวลาในการให้คำปรึกษาและคำแนะนำจากอาจารย์นิเทศก์ พบว่ามีความสัมพันธ์เช่นเดียวกัน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับด้านความวิตกกังวล ได้แก่ การใช้เวลาในการให้คำปรึกษาและคำแนะนำจากครูพี่เลี้ยง พบว่ามีความสัมพันธ์และมีปัจจัยทำนายในด้านใช้เวลาให้คำปรึกษาจากครูพี่เลี้ยงระดับปานกลาง อาจเพราะว่านักศึกษายังไม่มีประสบการณ์ในการจัดการสอนมากนัก ตลอดจนถึงไม่มีประสบการณ์ในด้านต่าง ๆ จึงทำให้นักศึกษาต้องการได้รับคำปรึกษาและคำแนะนำจากครูพี่เลี้ยง ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาและอาจารย์นิเทศก์ พบว่ามีความสัมพันธ์และมีปัจจัยทำนาย ด้านความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาและอาจารย์นิเทศก์ไม่ค่อยดี เพราะว่าการที่นักศึกษามีความเครียด ความกดดันในการเตรียมการสอน การสอน หรือเวลาที่อาจารย์นิเทศก์มานิเทศก์ตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิรดา ทองเชื้อ⁽⁶⁾ ที่พบว่านิสิตฝึกสอนมีปัญหาด้านการฝึกประสบการณ์วิชาชีพครูด้านอาจารย์นิเทศก์ อยู่ในระดับปานกลาง 5 ข้อ คือ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาการเรียนการสอน เวลาในการให้คำปรึกษา การช่วยนิสิตในการพัฒนาทักษะด้านการสอน และการนิเทศการสอนอย่างสม่ำเสมอ และความคาดหวังในตัวนิสิต อีกทั้งยังพบความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาและครูพี่เลี้ยง ว่ามีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยทำนายในความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาและครูพี่เลี้ยงในระดับพอใช้ และไม่ค่อยดี อาจเพราะนักศึกษาและครูพี่เลี้ยงมีความสัมพันธ์ที่ระดับพอใช้ และไม่ค่อยดี ทำให้นักศึกษาเกิดความวิตกกังวลว่า ตนเองจะสอนได้ดีไหม จะสอนถูกใจครูพี่เลี้ยงหรือไม่ สอดคล้องกับการศึกษาของการใช้เวลาในการให้คำปรึกษาและคำแนะนำจากอาจารย์นิเทศก์ ก็พบว่ามีสัมพันธ์เช่นเดียวกัน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับด้านภาวะทางจิต ได้แก่ ทักษะด้านการสื่อสาร พบว่ามีความสัมพันธ์และมีปัจจัยทำนายในทักษะด้านการสื่อสารระดับปานกลาง อาจเป็นไปได้ว่านักศึกษารู้สึกว่าตนเองมีทักษะด้านการสื่อสารไม่ค่อยดีซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญสำหรับคนที่เป็นครู จึงมีความเครียด ความกดดัน รู้สึกไม่กล้า สอดคล้องกับ

การศึกษาของ ศิรดา ทองเชื้อ⁽⁶⁾ ที่ศึกษาพบว่านิสิตฝึกสอน มีปัญหาการฝึกประสบการณ์วิชาชีพครูในระดับปานกลาง ด้านการใช้ภาษาอธิบายให้นักเรียนเข้าใจ การเชื่อมโยง เนื้อหา กับประสบการณ์และชีวิตของนักเรียนและการสรุป เนื้อหา ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาและอาจารย์ นิเทศก์ พบว่ามีความสัมพันธ์และมีปัจจัยทำนายด้าน ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาและอาจารย์นิเทศก์ไม่ ค่อยดี อาจเพราะระหว่างนักศึกษาและอาจารย์นิเทศก์ นักศึกษาอาจมีภาวะกดดันที่รุนแรงจากอาจารย์นิเทศก์ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาและครูพี่เลี้ยง การให้ เวลาในการให้คำปรึกษาและคำแนะนำจากอาจารย์นิเทศก์ และทักษะด้านการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า พบว่ามีความ สัมพันธ์เช่นเดียวกัน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางสังคม ได้แก่ การให้เวลาในการให้คำปรึกษาและคำแนะนำจาก อาจารย์นิเทศก์ พบว่ามีความสัมพันธ์และมีปัจจัยทำนาย ในด้านการให้เวลาให้คำปรึกษาจากอาจารย์นิเทศก์ระดับ น้อย บ่งชี้ว่าการให้เวลาและการให้คำแนะนำจากอาจารย์ นิเทศก์ช่วยให้นักศึกษาได้ข้อเสนอแนะและวิธีการสอน ต่าง ๆ เพื่อนำไปใช้ในการสอนและการใช้ชีวิตในสภาพ สังคมจริง สอดคล้องกับการศึกษาของ เอกภูมิ จันทขันธ์ และคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่านิสิตต้องการมีโอกาสพบปะกับอาจารย์ นิเทศก์เพื่อปรึกษาและวางแผนการปฏิบัติงานร่วมกัน นอกจากนี้ การให้เวลาในการให้คำปรึกษาและคำแนะนำ จากครูพี่เลี้ยง พบว่ามีความสัมพันธ์และมีปัจจัยทำนาย ในด้านการให้เวลาให้คำปรึกษาจากครูพี่เลี้ยงระดับน้อย เนื่องจากนักศึกษายังไม่มีประสบการณ์ในการจัดการสอน มากนัก ตลอดจนยังไม่มีประสบการณ์ในด้านต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมพร ธนะวัฒน์สังจะเสรี⁽¹⁵⁾ พบว่านิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 2 มักประสบปัญหาการเรียนใน ด้านความไม่เข้าใจเนื้อหา อาจารย์สอนเร็ว โดยมีความ วิตกกังวลในการทำแฟ้มสะสมผลงานและการรายงาน หน้าชั้นเพียงเล็กน้อย ซึ่งนิสิตแก้ปัญหาด้วยการปรึกษารุ่นพี่หรือเพื่อน

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

พบว่าการศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็น นักศึกษาฝึกประสบการณ์วิชาชีพครู จากมหาวิทยาลัย ส่วนดุสิตเพียงแห่งเดียว จึงไม่สามารถอ้างอิงกับทุก มหาวิทยาลัยได้ และงานวิจัยนี้เก็บข้อมูลจากนักศึกษา ที่ออกฝึกประสบการณ์วิชาชีพครูไปแล้ว 3 เดือน ซึ่งอาจ เป็นช่วงที่นักศึกษายังอยู่ในช่วงของการปรับตัว รวมทั้ง แบบสอบถามวัดสุขภาพจิตในคนไทย (Thai Mental Health Questionnaire : TMHQ) เป็นเพียงแบบคัดกรองผู้มีภาวะ สุขภาพจิตในเบื้องต้น ไม่สามารถวินิจฉัยโรคทางจิตเวช หรือภาวะความผิดปกติทางจิตได้

การศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี ความปกติทางด้านสุขภาพจิต แต่มีด้านที่มีความปกติ น้อยกว่าด้านอื่น คือ ด้านความเจ็บป่วยทางกายที่มีผลมา จากภาวะทางจิตใจ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะเพื่อนำผล การวิจัยไปใช้ ในครั้งต่อไป ดังนี้ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งใน ส่วนของอาจารย์ประจำหลักสูตร อาจารย์นิเทศก์ หรือ อาจารย์ที่ดูแลฝ่ายฝึกประสบการณ์วิชาชีพครู ควรมี การจัดกิจกรรมที่เสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจให้กับ นักศึกษา โดยอาจจัดกิจกรรมให้นักศึกษาได้ฝึกทำ โครงการต่าง ๆ เช่น โครงการวันเด็ก โครงการวันสำคัญ ต่าง ๆ การออกไปจัดกิจกรรมตามโรงเรียน เป็นต้น เพื่อ เป็นการฝึกการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า การทำงานเป็น หมู่คณะ การตัดสินใจ อีกทั้งเพื่อเป็นการเตรียมความ พร้อมให้กับนักศึกษาก่อนที่จะออกเผชิญกับสถานการณ์ จริงในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ

นอกจากนี้ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการ ศึกษาและการฝึกประสบการณ์วิชาชีพครู ควรเน้นและ ให้ความสำคัญในการพัฒนาทักษะทักษะด้านการสื่อสาร ทักษะด้านการจัดการเรียนการสอน ทักษะด้านการแก้ ปัญหาเฉพาะหน้า เนื่องจากทักษะทั้งสามนั้น มีความ สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในด้านต่าง ๆ หลายด้าน อาจารย์นิเทศก์และครูพี่เลี้ยง เป็นบุคคลที่มีความสำคัญ ต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาเป็นอย่างมาก เนื่องจาก อาจารย์นิเทศก์เป็นผู้ที่นักศึกษาคาดหวังว่าจะได้รับคำ

แนะนำและคำปรึกษา ในขณะที่ครูพี่เลี้ยงเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดนักศึกษามากที่สุดในช่วงของการฝึกประสบการณ์วิชาชีพครู ดังนั้น ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการศึกษาและการจัดฝึกประสบการณ์วิชาชีพครูควรให้ความสำคัญในบทบาทของอาจารย์นิเทศก์และครูพี่เลี้ยงให้มากยิ่งขึ้น

สรุป

ภาวะสุขภาพนักศึกษาหลักสูตรปฐมวัยและหลักสูตรประถมศึกษาส่วนใหญ่ มีสุขภาพจิตปกติมากสุดในด้าน ภาวะทางจิต ร้อยละ 95.5 รองลงมา คือด้าน ความวิตกกังวล ร้อยละ 86.5 ด้านภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 85.5 ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ร้อยละ 84 และด้าน ความเจ็บป่วยทางกายที่เป็นผล จากภาวะทางจิตใจ ร้อยละ 56 จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า ด้านความเจ็บป่วยทางกายที่เป็นผลจากภาวะทางจิตใจนั้น พบปกติน้อยกว่าด้านอื่น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับด้านความเจ็บป่วยทางกายที่เป็นผลจากภาวะทางจิตใจ มีทั้งหมด 7 ปัจจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับด้านภาวะซึมเศร้า มีทั้งหมด 8 ปัจจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับด้านความวิตกกังวล มีทั้งหมด 4 ปัจจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับด้านภาวะทางจิต มีทั้งหมด 5 ปัจจัย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับด้านการทำหน้าที่ทางสังคม มีทั้งหมด 2 ปัจจัย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คณะครู ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ที่อนุญาตให้มีการเก็บข้อมูล ขอขอบพระคุณเจ้าของแบบสอบถามทุกท่านที่อนุญาตให้ใช้แบบสอบถามในการทำวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่พิจารณาให้ทุนสนับสนุนงานวิจัย คือ “ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต”

เอกสารอ้างอิง

1. นารีนุช สมวาสนาพานิช. การศึกษาสภาพและปัญหา การพัฒนาบุคลากรในโรงเรียนอนุบาลสังกัด

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน เขตการศึกษา 1. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.

2. เยาวมาลย์ วิเศษ. ปัญหาและความต้องการพัฒนาของครูปฐมวัยโรงเรียนในสังกัดคณะนักบวชในเขตอัครสังฆมณฑล กรุงเทพฯ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2548.
3. ขนิษฐา หินอ่อน. ปัญหาและแนวทางการพัฒนาระบบการฝึกประสบการณ์วิชาชีพด้านการสอน คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยพระจอมเกล้าพระนครเหนือ; 2555.
4. สุชีรา ภัทรายุตวรรัตน, เอียรชัย งามทิพย์วัฒนา, กนกรัตน์ สุขะตุงคะ. แบบวัดสุขภาพจิตในคนไทย (Thai Mental Health Questionnaire: TMHQ). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2542.
5. พิษญา กุศลรักษ์, กานต์ จำรูญโรจน์. ปัจจัยทางจิตใจที่มีผลต่อภาวะความเจ็บป่วยทางกาย. ใน: มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์, บรรณานิกร. จิตเวชศาสตร์รวมาธิบัติ. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
6. ศิรดา ทองเชื้อ. ปัญหาการฝึกประสบการณ์วิชาชีพครูของนิสิตฝึกสอนสาขาคหกรรมศาสตร์ศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2527.
7. นันทิ ปราโมช. สภาพปัญหาที่มีผลต่อสุขภาพจิตของครูประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาอำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2534.
8. เสาวรส ภูภาภรณ์. สภาพการณ์และการฝึกประสบการณ์วิชาชีพสาขาการศึกษาปฐมวัยในสถาบันราชภัฏ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

9. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Copestake S. The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. Br J Psychiatry 1990;157:853-9.
10. สุวรรณาสีสมประสงค์. การศึกษาความเครียดของนักศึกษาแพทย์ระดับชั้นปีที่ 4-6. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2552.
11. นงคราญ ผาสุก. หลักพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ: สุพรการพิมพ์; 2528.
12. อรรถนพ แสงแจ่ม. ปัญหาการฝึกประสบการณ์วิชาชีพครูภายหลังการปฏิรูปการศึกษาตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 ของนิสิตฝึกสอน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2548.
13. พิชัย อภิรัฐสกุล, ศิริไชย หงษ์สงวนศรี. โรคซึมเศร้า. ใน: มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
14. เอกภูมิ จันทรวงศ์, ชาตรี ฝ่ายคำตา, วรณทิพา รอดแรงคำ. การศึกษาสภาพการจัดประสบการณ์วิชาชีพครู หลักสูตรการผลิตครู 5 ปี: รายวิชาการสังเกตและฝึกปฏิบัติงานครู. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2555;31:150-65.
15. อัมพร ธนะวัฒน์สัจจะเสรี. ความวิตกกังวลของนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 2 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.

Original article

Perception of life and stress in undergraduate students of Chulalongkorn University

Kanokwan Pongsayaporn¹Puchong Laurujisawat^{2,*}

Abstract

Background: There are few studies about the perception of life in Thai students much fewer than those done internationally. It is generally believed that people who understand the perception of life tend to handle stress better than those who do not. Understanding the perception of life helps one reach full potential development, which contributes to advancement of the country.

Objectives: To study the perception of life and stress in undergraduate students of Chulalongkorn University.

Method: A total of 427 undergraduate students in Faculty of Education, Faculty of Psychology, Faculty of Architecture, Chulalongkorn University were recruited after signing their informed consent forms. They were requested to complete 4 questionnaires, namely: 1) Personal information questionnaire; 2) Perception in Life (PIL) and Seeking of Noetic Goals (SONG) ; 3) Suanprung Stress Test - 22 (SPST – 22) a revision version by PaKawat Wongthai and Chaichana Nimnuan; and, 4) Stress Sources Questionnaire. The following data analysis methods are applied, namely —1) descriptive statistics to explain the basics of the sample by using frequency, percent, average and standard deviation; 2) Chi – square; 3) mean $\pm$ SD

Results: Most students had low stress level (42.2%) to moderate level (38.9%). Students with high level of perception of life are higher than students with low level of perception of life. Related factors of perception of life were low stress, understanding the lesson, class schedules were appropriate no contradiction with family, satisfied with homes, having a group of friends or closed friends.

Conclusion: Most of Chulalongkorn University's undergraduate students have high perception of life. Relevant agencies should provide support and encouragement to them via education and activities. And also help the students who have severe stress level.

Keywords: Perception in life, stress, undergraduate students.

*Correspondence to: Puchong Laurujisawat Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received: April 10, 2018.

Revised: August 20, 2018

Accepted: September 10, 2018

¹Master of Science, Mental Health, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

²Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

นิพนธ์ต้นฉบับ

การรับรู้ความหมายในชีวิตและความเครียดของนิสิตปริญญาตรี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กนกวรรณ พงสยาภรณ์¹

ภูษงค์ เหล่าจุลิสวัสดิ์²

บทคัดย่อ

เหตุผลของการทำวิจัย: การศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับการรับรู้ความหมายในชีวิตในกลุ่มนิสิต นักศึกษานั้นยังมีจำนวนน้อย เมื่อเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ จากการศึกษที่ผ่านมาพบว่า คนที่มีการรับรู้ความหมายในชีวิตสามารถปรับตัวกับความเครียดได้ดีกว่าคนที่ไม่รับรู้ความหมายในชีวิต การรับรู้ความหมายในชีวิตของตนจึงมีผลต่อการพัฒนาศักยภาพและการใช้ความสามารถอันแท้จริง ที่บุคคลนั้นมี อันจะนำไปสู่การพัฒนาระดับประเทศ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการรับรู้ความหมายในชีวิตและความเครียดของนิสิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระดับปริญญาตรี

วิธีการทำวิจัย: เก็บรวบรวมข้อมูลจากนิสิตปริญญาตรี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้นปีที่ 1 - 4 ปีการศึกษา 2560 ในคณะครุศาสตร์ คณะจิตวิทยา และคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จำนวน 427 ราย ขนาดตัวอย่าง (sample size) คำนวณโดยใช้สูตรของยามานะ (Yamane) โดยระดับความเชื่อมั่น เท่ากับร้อยละ 95 และมีความคลาดเคลื่อนในการสุ่มเท่ากับ 0.05 ผู้วิจัยจึงประมาณกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 394 ราย จากการสุ่มนี้ได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อน ที่อาจเกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างจึงมีขนาดประมาณ 434 ราย (สุ่มในแต่ละคณะตามสัดส่วนคณะละ 144 ราย กลุ่มตัวอย่างจึงมี 432 ราย) เก็บจริงได้ 427 ราย โดยใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2. แบบวัดความหมายชีวิตฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลโดย อริยญา ตัญคำภีร์ ประกอบด้วย 2.1) แบบวัดความมุ่งหวังในชีวิต (Perception in Life : PIL) 2.2) แบบวัดแรงจูงใจค้นหาความหมายในชีวิต (Seeking of Noetic Goals : SONG) 3. แบบทดสอบ ความเครียดส่วนสูง (ฉบับปรับปรุง) 4. แบบสอบถามแหล่งความเครียด การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ 1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2. วิเคราะห์ปัจจัยเกี่ยวกับ ความหมายชีวิตและระดับความเครียดโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ Chi - square 3. ค่าปกติวิสัยโดย วิเคราะห์หาคะแนนเฉลี่ย (mean $\pm$ SD) ของความหมายในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา: นิสิตส่วนใหญ่มีความเครียดระดับต่ำ (ร้อยละ 42.2) ถึงปานกลาง (ร้อยละ 38.9) นิสิตที่มีการรับรู้ความหมายในชีวิตระดับสูงมีเป็นจำนวนมากกว่านิสิตที่มีการรับรู้ความหมายชีวิต ในระดับต่ำ โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความหมายในชีวิต ได้แก่ ความเครียดต่ำ การสามารถ เข้าใจเนื้อหาที่เรียนได้อย่างชัดเจน ตารางเรียนในแต่ละสัปดาห์เหมาะสม ไม่มีความขัดแย้งกับคน ในครอบครัว พอใจสถานที่พักอาศัย และการมีกลุ่มเพื่อนหรือเพื่อนสนิท

สรุป: นิสิตปริญญาตรี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 3 ใน 4 มีการรับรู้ความหมายในชีวิต ระดับสูง ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนแนวทางการส่งเสริมการรับรู้ความหมาย ในชีวิตแก่นิสิตผ่านทางการศึกษา และกิจกรรมต่าง ๆ ของมหาวิทยาลัยและให้การช่วยเหลือนิสิต กลุ่มที่มีความเครียดรุนแรงต่อไป

คำสำคัญ: การรับรู้ความหมายในชีวิต, ความเครียด, นิสิตปริญญาตรี.

¹นิสิตปริญญาโทสาขาสถาปัตยกรรมศาสตร์ สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นิสิตปริญญาตรีอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านระหว่างวัยรุ่นตอนปลายไปสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น⁽¹⁻³⁾ จากการศึกษาในมัธยมปลายต่อไปยังระดับมหาวิทยาลัย และก้าวสู่วัยของการทำงาน เป็นช่วงเวลาที่มีการปรับตัวกับบุคคลรอบข้าง ทั้งบุคคลในครอบครัว กลุ่มเพื่อน และผู้คนในสังคม⁽⁴⁾ เป็นช่วงเวลาของการค้นหา อัตลักษณ์ของตนเองตามทฤษฎีของ อีริคสัน⁽³⁾ สิ่งซึ่งรบกวนจิตใจที่สุดของช่วงวัยนี้ คือ การไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับอัตลักษณ์ทางอาชีพ พวกเขา มักประสบปัญหาขาดอิสรภาพในการเลือกกำหนดวิถีชีวิตตนเอง ตามทฤษฎีของ Frankl เรียกว่า อิสรภาพของเจตนารมณ์ (freedom of will) หากการเลือกนั้นปราศจากอิสรภาพของเจตนารมณ์แล้ว การเลือกนั้นอาจนำไปสู่ความขัดแย้งภายในใจหรือความเครียดได้ ซึ่งการเรียนมหาวิทยาลัย เป็นสถานการณ์หนึ่งในชีวิตวัยรุ่นที่ต้องผ่านการเลือกรับรู้ความรู้สึก และอิสรภาพของเจตนารมณ์ต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่เข้ามาผ่านเจตนารมณ์สู่ความหมาย (will to meaning) คือความปรารถนาเดิม และไปสู่ความหมายในชีวิต (meaning of life)⁽⁵⁾ สถานการณ์แต่ละอย่างในชีวิต เป็นเครื่องท้าทายสำหรับทุกคน ชีวิตจะตั้งคำถามแต่ละคนว่ามีความหมายอย่างไร ซึ่งคน ๆ นั้นจะตอบชีวิตได้ก็โดยการใช้ชีวิตของเขาตอบคำถามนั้น ผ่านการตัดสินใจและการแสดงความรับผิดชอบ⁽⁶⁾ ความหมายในชีวิตจึงเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งที่ทำให้เขาดำรงอยู่ เป็นบางสิ่งที่บุคคลเติมเข้าไปในใจ และเป็นสิ่งที่ดึงเขาให้มีความตั้งใจดำรงชีวิตอยู่อย่างมั่นคงและมุ่งมั่นเมื่อเผชิญกับอุปสรรคหรือวิกฤตของชีวิต ความหมายในชีวิตเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงบุคคลให้สัมพันธ์กับโลกรอบ ๆ ตัวเขา ในลักษณะของการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตอย่างมุ่งมั่น ผ่านสัมพันธภาพต่อผู้รอบตัว และผ่านการมีทัศนคติต่อชีวิตที่เข้มแข็งเพื่อให้ชีวิตดำรงอยู่ต่อไปได้⁽⁵⁾

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าคนที่รู้ความหมายในชีวิตสามารถปรับตัวกับความเครียดได้ดีกว่าคนที่ไม่รู้ความหมายในชีวิต^(7, 8) จากการศึกษาพบว่านิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยมีเป้าหมายและแรงจูงใจด้านการเรียนสูง

และนิสิตมากกว่าร้อยละ 50 ให้คุณค่าเรื่องการเรียนรู้เป็นเป้าหมายหลักในชีวิต⁽⁹⁾ มีข้อสันนิษฐาน ว่าความพยายามมุ่งสู่ความสำเร็จขณะที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายนี้จะทำให้เกิดความคับข้องใจและความเครียดได้⁽⁹⁾ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่านิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยมีระดับความเครียดเพิ่มขึ้น และมีระดับความเครียดที่แตกต่างกันตามคณะและชั้นปี^(10 - 14) ความหมายในชีวิตและความเครียดของนิสิตปริญญาตรี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจวิจัยเพื่อสุขภาพจิตของบุคคลวัยนิสิตนักศึกษา

วิธีการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง (crosssectional descriptive research) ซึ่งใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการศึกษา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากนิสิตปริญญาตรี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งมีอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ตั้งแต่ระดับชั้นปีที่ 1 ถึงระดับชั้นปีที่ 4 ในปีการศึกษา 2560 มีความสนใจ ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา และสามารถตอบแบบสอบถามได้ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ซึ่งสุ่มนิสิตเป็นคณะ โดยสุ่มตามกลุ่มที่ลง ทะเบียน ได้ 3 คณะ คือ คณะครุศาสตร์ , คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ และคณะจิตวิทยา จำนวนรวม 427 ราย แบบสอบถามที่ใช้มีทั้งหมด 4 ส่วนประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย อายุ, เพศ, คณะ, ระดับชั้นปี, ผลการเรียน, งานอดิเรก, การเป็นสมาชิกชมรมในมหาวิทยาลัย, การปฏิบัติศาสนกิจ, การเป็นอาสาสมัครช่วยเหลือสังคม, ความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศ, ความคาดหวังด้านอาชีพหลังจบการศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบวัดความหมายชีวิตฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลโดย อรรถาธิบาย คำศัพท์ ประกอบด้วย

2.1) แบบวัดความมุ่งหวังในชีวิต (perception in life: PIL) จำนวน 20 ข้อพัฒนาโดย Crumbaugh และ Maholick (1946) เพื่อใช้ประเมินการรับรู้เป้าหมายและความหมาย

ในชีวิตตามแนวทาง Logotherapy แบบวัด PIL ลักษณะแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 7 ระดับ

2.2) แบบวัดแรงจูงใจค้นหาความหมายในชีวิต (Seeking of Noetic Goals : SONG) จำนวน 20 ข้อ พัฒนาโดย Crumbaugh (1975) เพื่อให้ประเมินแรงจูงใจแสวงหาเป้าหมายและความหมายในชีวิต ลักษณะแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 7 ระดับ

มาตรวัดความมุ่งหวังในชีวิตฉบับภาษาไทยมีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับที่เป็นที่ยอมรับและเชื่อถือได้ คือมีค่าสูงประมาณ 0.8 หรือมากกว่า ซึ่งค่าความเที่ยงแบบวัด PIL และ แบบวัด SONG ฉบับภาษาไทย ได้แก่ ค่าความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายในตามสูตรการหาค่าแอลฟาของคอนบาคเท่ากับ 0.84 และ 0.79 ตามลำดับ

การแปลผลแบบวัดความหมายชีวิตฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย แบบวัดความมุ่งหวังในชีวิต (perception in life : PIL) จำนวน 20 ข้อคะแนนเต็ม 140 คะแนน และแบบวัดแรงจูงใจค้นหาความหมายในชีวิต (Seeking of Noetic Goals : SONG) จำนวน 20 ข้อคะแนนเต็ม 140 คะแนนโดยผลรวมที่ได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ค่า PIL สูง ค่า SONG สูง มีความมุ่งหวังในชีวิตมาก
ค่า PIL สูง ค่า SONG ต่ำ เป็นผลดี, มีความมุ่งหวังในชีวิต

ค่า PIL ต่ำ ค่า SONG สูง เกิดความคับข้องใจ (ภาวะตึงเครียดระหว่างสิ่งที่ปรารถนาอยู่และสิ่งที่ควรเป็น)

ค่า PIL ต่ำ ค่า SONG ต่ำ ไม่มีความมุ่งหวังในชีวิต

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความเครียดสวนปรง (ฉบับปรับปรุง) จำนวน 22 ข้อ เป็นเครื่องมือที่ปรับปรุงและพัฒนาจากแบบวัดความเครียดสวนปรง (ฉบับดั้งเดิม) 20 ข้อ ของ สุวัฒน์ มหัตถ์รัตนกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา โดย ภควัต วงศ์ไทย และ ชัยชนะ นิ่มนวล⁽¹⁵⁾ ได้ค่าความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.90 การแปลผลแบบวัดความเครียดสวนปรงฉบับปรับปรุงแล้วมีทั้งหมด 22 ข้อ มีคะแนนรวมไม่เกิน 220

คะแนน โดยผลรวมที่ได้แบ่งออกเป็น 4 ระดับ โดยอ้างอิงตามเกณฑ์เดิม ฉบับ 20 ข้อดังนี้

คะแนน 0 – 53 แปลว่า เครียดน้อย

คะแนน 54 – 93 แปลว่า เครียดปานกลาง

คะแนน 94 – 139 แปลว่า เครียดสูง

คะแนน 140 ขึ้นไป แปลว่า เครียดรุนแรง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแหล่งความเครียด เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย นักสกร ชันธควร และ ชีรยุทธ รุ่งนิรันดร⁽¹⁴⁾ พัฒนาขึ้นโดยให้สถิติชั้นปีที่ 1 ตอบคำถามเกี่ยวกับแหล่งความเครียดที่นิสิตอาจพบในขณะเรียนมหาวิทยาลัย ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ โดยแบ่งแหล่งความเครียดเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการเรียน ด้านสังคม ด้านครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

โครงการศึกษาวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัยคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (เลขที่ 215/60)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยเกี่ยวข้องกับความหมายชีวิตและระดับความเครียด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ Chi - square และค่าปกติวิสัยโดยวิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ย (mean $\pm$ SD) ของความหมายในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคลของนิสิต

นิสิตที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.3 มีช่วงอายุตั้งแต่ 18 - 24 ปี โดยพบที่อายุมากกว่า 20 ปีในสัดส่วนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.5 ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีผลการเรียนมากกว่า 3.50

คิดเป็นร้อยละ 47.8 ความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศ
ส่วนใหญ่ไม่มีแฟน คิดเป็นร้อยละ 76.6 งานอดิเรกส่วนใหญ่
เล่นดนตรี คิดเป็นร้อยละ 33.5 นิสิตไม่เข้าร่วมชมรม
ในมหาวิทยาลัย คิดเป็นร้อยละ 74.2 และร้อยละ 25.8
ตามลำดับ ส่วนใหญ่นิสิตไม่ได้เป็นอาสาสมัครช่วยเหลือ

สังคม คิดเป็นร้อยละ 78.9 มีการปฏิบัติศาสนกิจ คือ
ทำบุญตักบาตร คิดเป็นร้อยละ 34.2 ด้านความคาดหวัง
หลังเรียนจบ พบว่านิสิตส่วนใหญ่มีความคาดหวังด้าน
อาชีพ คิดเป็นร้อยละ 77.8 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1. จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะทั่วไปของนิสิต (n = 427)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย/หญิง	144/283	33.7/66.3
อายุ		
18/19/20/>20 ปี	51/97/119/160	11.9/22.7/27.9/37.5
คณะที่ศึกษา		
คณะจิตวิทยา/คณะครุศาสตร์/คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์	142/143/142	33.3/33.5/33.3
ระดับชั้นปี		
ชั้นปีที่ 1/2/3/4	98/122/106/101	23.0/28.6/24.8/23.7
ผลการเรียน (เกรดเฉลี่ยสะสม) (n = 321) mean (SD):min - max	3.28 (0.37)	2.12 - 3.99
≤ 2.5/2.51 - 3.00/3.01 - 3.50/>3.50	9/77/137/98	2.8/24.0/42.7/30.5
งานอดิเรก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่มี	97	22.7
มี	330	77.3
เล่นดนตรี	143	33.5
อ่านหนังสือ	98	23.0
ดูหนัง	88	20.6
เล่นเกม	62	14.5
วาดรูป	56	13.1
ออกกำลังกาย	33	7.7
ถ่ายภาพ	14	3.3
อื่น ๆ	39	9.1
ชมรมในมหาวิทยาลัย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่มี	317	74.2
มี	110	25.8
ชมรมดนตรี	29	6.8
ชมรมกีฬา	24	5.6
ชมรมถ่ายภาพ	11	2.6
ชมรมอาสาสมัคร	9	2.1
อื่น ๆ	53	12.4

ตารางที่ 1. (ต่อ) จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะทั่วไปของนิสิต (n = 427)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อาสาสมัครช่วยเหลือสังคม		
ไม่มี/มี	337/90	78.9/21.1
การปฏิบัติศาสนกิจ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่มี	208	48.7
มี	219	51.3
ทำบุญตักบาตร	146	34.2
สวดมนต์	69	16.2
เข้าวัดฟังธรรม	40	9.4
เข้าโบสถ์	10	2.3
ละหมาด	5	1.2
อื่น ๆ	19	4.4
ความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศ		
มีแฟน/ไม่มีแฟน	99/327	23.2/76.6
ความคาดหวังหลังเรียนจบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่มี	95	22.2
มี	332	77.8
มีงานทำ	75	17.6
ครู	67	15.7
สถาปนิก	46	10.8
ธุรกิจส่วนตัว	33	7.7
นักจิตวิทยา	18	4.2
เรียนต่อ	18	4.2
อื่น ๆ	104	24.4

การวิเคราะห์คะแนนความหมายชีวิตของนิสิต

ปริญญานิพนธ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พบว่านิสิตตอบแบบสอบถามโดยได้คะแนนรวมแบบวัดความมุ่งหวังในชีวิต (PIL) จำนวน 325 ราย มากกว่าแบบวัดแรงจูงใจค้นหาความหมายในชีวิต (SONG) จำนวน 102 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.1 (PIL > SONG) และ 23.9 (SONG > PIL) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างค่าแบบวัดความมุ่งหวังในชีวิต PIL และแบบวัดแรงจูงใจค้นหาความหมายในชีวิต SONG ระดับความเครียด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด

ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปของนิสิตกับค่าคะแนนความหมายในชีวิตที่ในสถิติ แต่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดของนิสิตกับค่าความเด่นของแบบวัดความมุ่งหวังในชีวิต (PIL) และแบบวัดแรงจูงใจค้นหาความหมายในชีวิต (SONG) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.01$ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2. ระดับความเครียดของนิสิตปริญญาตรี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ระดับความเครียด (n = 423)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เครียดต่ำ	180	42.6
เครียดปานกลาง	166	39.2
เครียดสูง	68	16.1
เครียดรุนแรง	9	2.1

ตารางที่ 3. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดของนิสิตกับค่าความเด่นของแบบวัดความมุ่งหวังในชีวิต (PIL) และแบบวัดแรงจูงใจค้นหาความหมายในชีวิต (SONG)

ระดับความเครียด	เด่นด้าน PIL n (%)	เด่นด้าน SONG n (%)	X ²	P – value
ระดับความเครียด			77.84	< 0.001 **
เครียดน้อย	167 (92.8)	13 (7.2)		
เครียดปานกลาง	121 (72.9)	45 (27.1)		
เครียดสูง	33 (48.5)	35 (51.5)		
เครียดรุนแรง	1 (11.1)	8 (88.9)		

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

พบความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งความเครียดเกี่ยวกับการไม่สามารถเข้าใจเนื้อหาที่เรียนได้อย่างชัดเจน, ตารางเรียนในแต่ละสัปดาห์ไม่เหมาะสม, มีความขัดแย้งกับคนในครอบครัว, ไม่พอใจในสถานที่พักอาศัยและไม่มียุติเพื่อนหรือเพื่อนสนิท กับค่าความเด่นของแบบวัดความมุ่งหวังในชีวิต (PIL) และแบบวัดแรงจูงใจค้นหาความหมายในชีวิต (SONG) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.01$ (ตารางที่ 4)

อภิปรายผล

1. ระดับความหมายในชีวิตของนิสิต

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่านิสิตส่วนใหญ่มีการรับรู้ความหมายในชีวิตสูงในจำนวนที่มากกว่านิสิตที่มีการรับรู้ความหมายในชีวิตต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อรัญญา ตัญญูศิริ⁽⁹⁾ พบว่านักศึกษาไทยมีแรงจูงใจค้นหาเป้าหมายและความหมายในชีวิตสูง อาจเนื่องมาจาก

สภาพสังคมไทยปัจจุบันที่มีลักษณะเป็นสังคมเปิดต่อประชาคมโลก สังคมที่เปิดกว้างนี้มีผลให้ผู้คนมีการแข่งขันและมุ่งความสำเร็จสูง ซึ่งลักษณะกระแสสังคมดังกล่าวอาจมีผลต่อการกำหนดเป้าหมายในชีวิตของนักศึกษาให้มุ่งสู่ความสำเร็จสูงด้วย นอกจากนี้ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Higher Education Research Institute⁽¹⁶⁾

พบว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงมีการแสวงหาในเรื่องความหมายและความมุ่งหวังในชีวิตเป็นอันดับต้น

ด้านแหล่งความเครียด การไม่มีกลุ่มเพื่อนหรือเพื่อนสนิทสัมพันธ์กับค่าการรับรู้ความหมายชีวิต โดยนักศึกษาที่มีการรับรู้ความหมายชีวิตสูงจะมีกลุ่มเพื่อนหรือเพื่อนสนิท สอดคล้องกับการศึกษาของ Molasso WR.⁽¹⁷⁾ พบว่ากิจกรรมที่นักศึกษาที่มีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความสัมพันธ์ด้านบวกต่อการพัฒนาความมุ่งหวังในชีวิต

ตารางที่ 4. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งความเครียดของนิสิตกับค่าความเด่นของแบบวัดความมุ่งหวังในชีวิต (PIL) และแบบวัดแรงจูงใจค้นหาความหมายในชีวิต (SONG)

แหล่งความเครียดของนิสิต	เด่นด้าน PIL n (%)	เด่นด้าน SONG n (%)	χ^2	P – value
(ด้านการเรียน)				
ไม่สามารถเข้าใจเนื้อหาที่เรียนได้อย่างชัดเจน			10.257	0.001 *
ใช่	131 (68.6)	60 (31.4)		
ไม่ใช่	191 (82.0)	42 (18.0)		
ตารางเรียนในแต่ละสัปดาห์ไม่เหมาะสม			5.617	0.018 *
ใช่	81 (68.1)	38 (31.9)		
ไม่ใช่	241 (79.0)	64 (21.0)		
(ด้านครอบครัว)				
มีความขัดแย้งกับคนในครอบครัว			7.887	0.005 *
ใช่	30 (60.0)	20 (40.0)		
ไม่ใช่	292 (78.1)	82 (21.9)		
(ด้านสิ่งแวดล้อม)				
ไม่พอใจในสถานที่พักอาศัย			6.327	0.012 *
ใช่	68 (66.7)	34 (33.3)		
ไม่ใช่	254 (78.9)	68 (21.1)		
(ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น)				
ไม่มีกลุ่มเพื่อนหรือเพื่อนสนิท			5.021	0.025 *
ใช่	13 (56.5)	10 (43.5)		
ไม่ใช่	309 (77.1)	92 (22.9)		

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

2. ระดับความเครียดของนิสิต

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่านิสิตส่วนใหญ่มีความเครียดรวมระดับต่ำถึงปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับสมโภชน์เอี่ยมสุภาษิต และคณะ⁽¹²⁾ พบว่าระดับความเครียดของนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในภาพรวมอยู่ในระดับที่ปานกลางค่อนข้างต่ำ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของนภัสกร ชันธควร⁽¹⁴⁾ พบว่านิสิตมีสัดส่วนที่เครียดในระดับรุนแรงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 32.1 อาจเป็นไปได้ว่าเกณฑ์ในการประเมินผลความเครียดแตกต่างกันโดยของนภัสกร ชันธควร ใช้เกณฑ์คะแนนที่ต่ำกว่างานวิจัยชิ้นนี้ และกลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นคณะสาย

สังคมศาสตร์ ไม่ได้รวมคณะสายวิทยาศาสตร์ เช่น แพทย์ วิศวกรรม เป็นต้น

ด้านระดับความเครียด มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความหมายในชีวิต โดยนิสิตที่มีการรับรู้ความหมายในชีวิตระดับสูงจะพบว่ามีความเครียดต่ำเป็นจำนวนร้อยละ 92.8 (167 ราย) ส่วนผลที่พบว่าคนที่มีการรับรู้ความหมายในชีวิตระดับสูงจะเครียดน้อยกว่าคนที่มีการรับรู้ความหมายในชีวิตระดับต่ำ จากผลที่ได้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Park J. และคณะ⁽⁷⁾ พบว่ามีความเครียดมากกว่าผู้ที่มีความหมายในชีวิตสูง การเข้าใจความหมายชีวิตช่วยป้องกันความเครียดได้ และสอดคล้องกับ

Guzman A. ⁽¹⁸⁾ โดยการศึกษาตั้งสมมติฐานไว้ 3 ข้อได้แก่ 1) จุดมุ่งหมายในชีวิต (PIL) จะสัมพันธ์กับด้านบวกมาก และด้านลบน้อยต่อสุขภาพจิต 2) จุดมุ่งหมายในชีวิต (PIL) สัมพันธ์กับการรับรู้ความเครียดน้อย และ 3) จุดมุ่งหมายในชีวิต (PIL) ช่วยลดผลกระทบของความเครียดในด้านลบที่เพิ่มขึ้นของสุขภาพจิตและเพิ่มสุขภาพจิตในด้านบวก ผลที่ได้ คือ การวิเคราะห์แบบถดถอยแสดงให้เห็นถึงการทดสอบสมมติฐานทั้งในกลุ่มตัวอย่างหลักและกลุ่มตัวอย่างย่อย ได้แก่ เพศชาย เพศหญิง และเชื้อชาติ ผลที่ได้สนับสนุนสมมติฐานที่ 1 และ 2 แต่ไม่สัมพันธ์กับสมมติฐานที่ 3 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Bano A. ⁽¹⁹⁾ พบว่าการรับรู้ความหมายในชีวิตจะนำไปสู่สุขภาพจิตที่ดีและความเครียดที่ลดลงของนักศึกษา

สรุป

นิสิตมีระดับค่าคะแนนแบบวัดความมุ่งหวังในชีวิต PIL มากกว่าแบบวัดแรงจูงใจค้นหาความหมายในชีวิต SONG คิดเป็นร้อยละ 76.1 และ 23.9 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยของแบบวัดความมุ่งหวังในชีวิต (PIL) เท่ากับ 100.23 ± 15.21 และค่าเฉลี่ยของแบบวัดแรงจูงใจค้นหาความหมายในชีวิต (SONG) เท่ากับ 87.13 ± 13.15 ความเครียดรวมของนิสิตทั้งหมด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 64.22 นิสิตมีความเครียดต่ำร้อยละ 42.6 เครียดปานกลางร้อยละ 39.2 เครียดสูงร้อยละ 16.1 และเครียดรุนแรงร้อยละ 2.1

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

การที่ศึกษาเฉพาะในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นมหาวิทยาลัยที่มีคุณสมบัติต่างจากมหาวิทยาลัยอื่น ๆ คือ มีการแข่งขันทางการเรียนสูง และเป็นมหาวิทยาลัยในเมืองใหญ่ อาจมีความโน้มเอียงของลักษณะกลุ่มประชากร กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป ไม่ได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กวัยรุ่น ซึ่งอาจมีแนวโน้มที่เกิดความหมายชีวิตและความเครียดได้ การที่เลือกศึกษาโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

ทำให้ได้เฉพาะกลุ่มนิสิตคณะครุศาสตร์ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ และคณะจิตวิทยา จึงไม่สามารถนำผลการศึกษาไปเป็นตัวแทนของนิสิตนักศึกษาทั้งหมดได้ การออกแบบการทดลองเป็นแบบพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งทำให้อธิบายได้เพียงแค่เชิงความสัมพันธ์ แต่ไม่สามารถอธิบายเป็นสาเหตุของความเครียดได้

ข้อเสนอแนะ

1. อาจศึกษาเรื่องความหมายชีวิตและความเครียด รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ที่ยังไม่ได้ศึกษาในการศึกษานี้นิสิตชั้นปีที่ 1 - 4 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยระดับปริญญาตรี เพื่อหารายละเอียดเพิ่มเติม นำไปเป็นแนวทางป้องกันแก้ไขปัญหาความหมายในชีวิตและความเครียดที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้

2. อาจศึกษาเปรียบเทียบในด้านความหมายชีวิตและความเครียดกับกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ เช่น นิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัยเอกชนหรือมหาวิทยาลัยในต่างจังหวัด และนำมาเปรียบเทียบหรือรวมข้อมูลเพื่อให้สามารถเป็นตัวแทนของประชากรโดยรวมทั้งหมดของประเทศได้

3. ส่งเสริมให้นิสิตมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นผ่านกิจกรรม เพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ด้านบวกต่อการพัฒนาความหมายในชีวิต เช่น การทำกิจกรรมกับเพื่อน ใช้เวลากับเพื่อน เข้าร่วมงานสังสรรค์ ทำกิจกรรมสังคม ทำกิจกรรมในมหาวิทยาลัยและการทำกิจกรรมนอกมหาวิทยาลัย เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ คณะครุศาสตร์ และสถาปัตยกรรมศาสตร์ ประสานงานและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล รวมถึงเจ้าของแบบสอบถามทุกท่านที่อนุญาตให้ใช้แบบสอบถามในการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมศัพท์จิตวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส; 2556.
2. อลิสา วัชรสินธุ. ขั้นตอนการพัฒนาการของวัยรุ่น. ใน: บุรณี กาญจนนวลย์, ไพรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย บรรณาธิการ. พฤติกรรมมนุษย์และความผิดปกติทางจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547. หน้า 33-61.
3. นพมาศ อู่พระ. ทฤษฎีบุคลิกภาพและการปรับตัว. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2546.
4. Fabry JB, Bulka RP, Sahakian WS. Finding meaning in life: Logotherapy. London: Jason Aronson; 1995.
5. อรัญญา ตูย์คัมภีร์. จิตบำบัดแนวความหมายในชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
6. วิกเตอร์ อี แฟรงเกิล. Man's search for meaning. อรทัย เทพวิจิตร, ผู้แปล. มนุษย์ ความหมายและค่ายักกัน. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โอเพอร์เจ้าพับลีซซิง; 2549.
7. Park J, Baumeister RF. Meaning in life and adjustment to daily stressors. Journal of Positive Psychology [Internet]. 2017 [cited 2017 Nov 17]; 12:4 Available from: doi:10.1080/17439760.2016.1209542.
8. Bas V, Hamarta E, Koksall O. The correlations between the meaning of life, depression, stress and anxiety among university students [Internet]. 2014 [cited 2017 Nov 17]. Available from: www.uav.ro/jour/index.php/app/article/download/413/441.
9. อรัญญา ตูย์คัมภีร์. การพัฒนามาตรวัดความมุ่งหวังในชีวิตของนักศึกษาไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2544 [เข้าถึงเมื่อ 2 ธ.ค. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dmh.go.th/abstract/pdf/0000249.pdf>.
10. ศูนย์วิจัยวิทยาศาสตร์จิตวิทยาตะวันออก-ตะวันตก. การประชุมวิชาการครั้งที่ 3: กลยุทธ์การจัดการความเครียดในแนวตะวันออก. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
11. วรินทร์ รามสูต. แหล่งความเครียดของนิสิตปริญญาตรี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
12. ศูนย์วิจัยวิทยาศาสตร์จิตวิทยาตะวันออก-ตะวันตก. การประชุมวิชาการ: การผสมผสานแนวความคิดทางจิตวิทยาตะวันออก-ตะวันตก. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
13. ปณิธิดา เอมอ่อง. แหล่งความเครียดของนิสิตนักศึกษาชั้นปริญญาตรีปีสุดท้าย [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
14. นภัสกร ชันธวรร. ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของนิสิตชั้นปีที่ 1 ระดับปริญญาตรี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
15. ภควัต วงศ์ไทย. ความเครียดของนิสิตระดับปริญญาตรี ภาควิชาสถาปัตยกรรม คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
16. Higher Education Research Institute. The spiritual life of college students. A national study of college students' search for meaning and purpose. [Major's Thesis]. University of California [Internet]. 2003 [cited 2017 Nov 17]. Available from: https://www.sonoma.edu/users/m/mccabel/Spiritual_LifeCollege_StudentsFullReport2012.pdf.

17. Molasso WR. Exploring Frankl's purpose in life with college students. *Journal of College and Character*. [Internet]. 2006 [cited 2017 Nov 17];7:1-10. Available from:doi: 10.2202/1940-1639.1502.
18. Guzman A. The role of perceived stress in the relationship between purpose in life and mental health [Internet]. 2017 [cited 2017 Nov 17]. Available from:http://digitalrepostory.unm.edu/psy_etds/206
19. Bano A. Impact of meaning in life on psychological well being and stress among university students [Internet]. 2014 [cited 2017 Nov 17]. Available from:<http://www.existenzanalyse.org/uploads>.

Review article

Hepatitis A

Sunida Vandelaer*

Abstract

Hepatitis A, a liver injury caused by hepatitis A virus (HAV) infection, is one of a major global public-health problems that are enterically transmitted. It is estimated that 1.5 million people with hepatitis A virus (HAV) infections worldwide. The transmission of HAV occurs mainly by the fecal-oral route. There are six major genotypes of HAV but only one serotype. HAV genotypes 1, 2 and 3 are mainly restricted to humans whereas genotypes 4, 5 and 6 cause simian infections. The common laboratory testing for HAV infection included detection of IgM and IgG anti-HAV antibodies, detection of HAV RNA and HAV antigen. This article reviews the information on basic knowledge of HAV, epidemiology, transmissions, pathogenesis, preventions and the laboratory diagnosis of HAV infection.

Keywords: Hepatitis A virus, laboratory diagnosis.

*Correspondence to: Sunida Vandelaer, Department of Microbiology, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society, Bangkok 10330, Thailand.
Email :sunida_80@hotmail.com

Received: March 29, 2018

Revised: May 15, 2018

Accepted: July 20, 2018

บทฟื้นฟูวิชาการ

โรคไวรัสตับอักเสบเอ

สุณิดา วานเดอลาร์

บทคัดย่อ

โรคตับอักเสบเอ ซึ่งเป็นการอักเสบของตับที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบเอ (Hepatitis A virus, HAV) เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ติดต่อผ่านระบบทางเดินอาหาร มีการคาดการณ์การติดเชื้อของไวรัสตับอักเสบเอทั่วโลกพบได้ประมาณ 1.5 ล้านรายต่อปี ไวรัสตับอักเสบเอ มี 6 จีโนไทป์สำคัญที่เป็นสาเหตุก่อโรคแต่มีเพียงซีโรไทป์เดียว โดยจีโนไทป์ 1, 2 และ 3 ก่อให้เกิดโรคในมนุษย์ ส่วน จีโนไทป์ 4, 5 และ 6 ก่อให้เกิดโรคในลิง การทดสอบทางห้องปฏิบัติการทั่วไป สำหรับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบเอ ได้แก่ การตรวจหาแอนติบอดีจำเพาะ (anti-HAV) ชนิด IgM และ IgG การตรวจหาจีโนมของเชื้อ (HAV RNA) และการตรวจหาแอนติเจนจำเพาะ (HAV Ag) บทความนี้เป็นการทบทวนเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบเอ ระบาดวิทยา การติดต่อของโรค กลไกการเกิดโรค การป้องกันโรคและการตรวจวินิจฉัยไวรัสตับอักเสบเอทางห้องปฏิบัติการ

คำสำคัญ: ไวรัสตับอักเสบเอ, การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ.

โรคตับอักเสบชนิดเอคือการอักเสบเฉียบพลันของตับที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบเอ (Hepatitis A virus; HAV) ซึ่งโรคนี้เป็นแล้วหายเองได้ (self limited) องค์การอนามัยโลกประมาณการว่ามีผู้ป่วย HAV จำนวน 1.5 ล้านรายทั่วโลกทุกปี⁽¹⁾ พบมากในประเทศที่ยังไม่พัฒนาและกำลังพัฒนาที่ขาดการสาธารณสุขที่ดี ติดต่อกันโดยการรับประทานอาหารและน้ำดื่มที่ปนเปื้อนเชื้อ

โครงสร้างของไวรัสและจีโนม

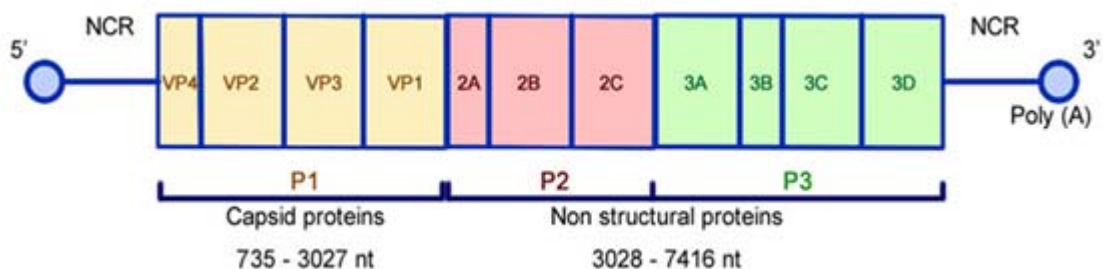
ไวรัสตับอักเสบเอ (HAV) จัดอยู่ในจีโนม *Hepadnavirus* กลุ่ม *Picornaviridae* อนุภาค HAV มีขนาดเล็ก (27 นาโนเมตร) แบบ icosahedral มีจีโนมเป็นอาร์เอ็นเอสายเดี่ยวและสายบวก ไม่มีเปลือกหุ้ม มีความยาว 7.5 กิโลเบส (kb) โครงสร้างของจีโนมของไวรัสตับอักเสบเอถูกแบ่งเป็น 5'non-coding region (5'NCR), open reading frame (ORF) และ 3'non-coding region (3'NCR)⁽²⁾ ORF ควบคุมการสร้างโปรตีนสายเดี่ยว (single polypeptide) ขนาด 250 กิโลดาลตัน (kDa)⁽³⁾ ORF สามารถแบ่งได้เป็น 3 ส่วน คือ P1, P2 และ P3 โดยส่วน P1 ควบคุมการสร้างโปรตีนส่วนแคปซิด VP1-VP3 และ putative VP4 ส่วน P2 และ P3 ควบคุมการสร้างโปรตีนที่ไม่ใช่โครงสร้าง (non structural proteins) ที่จำเป็นสำหรับการจำลองตัวไวรัส (viral replication) ดังแสดงในรูปที่ 1⁽²⁾

พันธุกรรมระบาดวิทยา

ไวรัสตับอักเสบเอพบเพียง 1 ซีโรไทป์ (serotype) แต่สามารถแบ่งได้เป็น 6 จีโนไทป์ โดยแต่ละจีโนไทป์มีความแตกต่างของลำดับนิวคลีโอไทด์อย่างน้อยร้อยละ 15 จีโนไทป์ 1, 2 และ 3 ติดเชื้อในมนุษย์ ส่วนจีโนไทป์ 4, 5 และ 6 มีต้นกำเนิดจากไวรัสในลิง การจำแนกจีโนไทป์ อาศัยความแตกต่างของลำดับ 168 นิวคลีโอไทด์ที่บริเวณส่วนเชื่อม VP1/2A ของจีโนม ภายในแต่ละจีโนไทป์ (1, 2 และ 3) สามารถแบ่งออกเป็น 2 ซับไทป์ (A และ B) โดยแต่ละซับไทป์ มีความแตกต่างของลำดับนิวคลีโอไทด์ร้อยละ 7.5⁽⁴⁾ จีโนไทป์ 1 และ 3 พบระบาดได้ทั่วโลก ส่วนจีโนไทป์ 2 พบได้ในพื้นที่บางส่วนของทวีปแอฟริกา จีโนไทป์ 3A พบระบาดในหลายประเทศในทวีปเอเชีย เช่น เกาหลีใต้และอินเดีย⁽⁵⁾

กลไกการเกิดโรค

ไวรัสตับอักเสบเอเข้าสู่ร่างกายโดยการกินเชื้อเข้าไป เชื้อเพิ่มจำนวนครั้งแรกที่เยื่อบุผิวลำไส้แล้วเข้าสู่เซลล์ตับ (hepatocyte) โดยผ่านทางกระแสเลือด HAV จะเข้าสู่เซลล์ตับโดยผ่าน cellular receptor ที่ชื่อว่า HAVCR1 (TIM-1: T cell immunoglobulin and mucin domain-1) จากนั้นไวรัสจะมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนในไซโตพลาสซึม แล้วถูกปล่อยออกสู่น้ำดี ลำไส้และถูกขับออกมาในอุจจาระ การเกิดการอักเสบของตับในระหว่างการติดเชื้อ



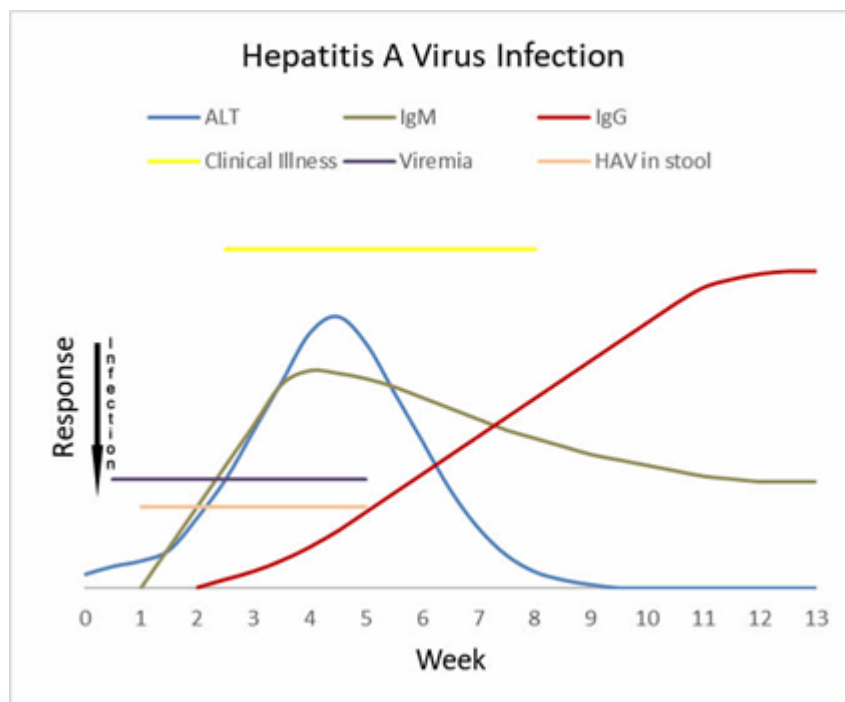
รูปที่ 1. โครงสร้างจีโนมของไวรัสตับอักเสบเอ

เป็นสาเหตุมาจากการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกัน (host immune response) การเกิด polymorphic variant ของ HAVCR1 ได้แก่ การเติมกรดอะมิโน (amino acid insertion) ที่ตำแหน่ง 157 (157 insMTTTPV) สัมพันธ์กับการเพิ่มความรุนแรงของโรค ซึ่งอาจเป็นไปได้ที่มีการมี HAVCR1 variant ที่ความยาวเพิ่มขึ้นทำให้ HAV จับกับ HAVCR1 ได้ดีขึ้น พร้อมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของ natural killer cells ในกระบวนการ cytotoxicity ในการทำลายเซลล์ตับที่ติดเชื้อมากขึ้น⁽⁵⁾ โดยผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบ่อยอาจไม่แสดงอาการโรคจนถึงมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตได้จากการเกิดภาวะตับวาย (fulminant hepatitis)

การดำเนินของโรคไวรัสตับอักเสบบ่อยและอาการทางคลินิก

หลังจากติดเชื้อ HAV ระยะฟักตัว 15 - 49 วัน โดยเฉลี่ย 30 วัน การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบ่อยได้

ตั้งแต่ไม่มีอาการจนถึงมีการเสียชีวิตได้จากการเกิดภาวะตับวาย การติดเชื้อที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีอายุน้อย มักไม่ค่อยปรากฏอาการ แต่พบอาการได้บ่อยกว่าในเด็กโต และในผู้ใหญ่ ในผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี ประมาณร้อยละ 70 เป็นการติดเชื้อแบบไม่มีอาการ (asymptomatic infection) ส่วนผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 6 ปี และในผู้ใหญ่พบอาการดีขึ้นประมาณ ร้อยละ 70⁽⁶⁾ อาการนำมักเกิด 1 - 2 สัปดาห์ ก่อนระยะเหลือง โดยมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปวดเมื่อยตามตัว และส่วนใหญ่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน บางรายอาจพบอาการท้องเสียได้ หรือมีอาการคล้ายไข้หวัด บางรายมีผื่นแดง (maculopapular rash) จุดเลือดออก (petechiae) หรือผื่นลมพิษได้ หลังจากนั้นมีอาการเหลือง (ดีซ่าน) โดยพบเอนไซม์ ALT มีระดับสูงตั้งแต่มีอาการเหลืองและลดลงอย่างรวดเร็ว (รูปที่ 2) ส่วนใหญ่แล้วอาการเหลืองหายไปภายใน 4 สัปดาห์ ไม่เป็นพาหะเรื้อรัง และมีภูมิคุ้มกันป้องกันไวรัสไว้



รูปที่ 2. การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบนิดเดียวพบแอนติบอดีชนิด IgM ในช่วงแสดงอาการป่วย เมื่อหายจากโรคแล้วพบแต่แอนติบอดีชนิด IgG ซึ่งจะอยู่ยาวนานตลอดชีวิต

การตอบสนองของแอนติบอดี

การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเฉียบพลัน (acute infection) ตรวจพบแอนติบอดีชนิด IgM ซึ่งคงอยู่และตรวจพบได้ถึง 4 - 6 เดือน การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีไม่ทำให้เกิดการติดเชื้อแบบเรื้อรัง (chronic infection) เมื่อร่างกายสร้างแอนติบอดีชนิด IgG แสดงว่าร่างกายมีการสร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบี⁽⁶⁾ ดังแสดงในรูปที่ 2 ซึ่งผู้ติดเชื้อจะสร้างแอนติบอดีที่จำเพาะต่อส่วน VP1, VP2 และ VP3 ของโปรตีนส่วนแคปซิด⁽⁴⁾ แอนติบอดีชนิด IgG สามารถตรวจพบได้จากการฉีดวัคซีนหรือหลังการหายจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยภูมิคุ้มกันจากวัคซีนอยู่ได้ประมาณ 10 - 20 ปี แต่ภูมิคุ้มกันที่ได้จากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีอยู่ได้นานกว่า⁽⁷⁾

แอนติบอดีชนิด IgA มีบทบาทสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อ HAV ในลำไส้ แอนติบอดีเหล่านี้สามารถพบได้ในอุจจาระระหว่างการติดเชื้อชนิดเฉียบพลันและยังคงอยู่เป็นเวลาหลายเดือนในช่วงพักฟื้น อย่างไรก็ตามแอนติบอดีชนิด IgA ไม่มีฤทธิ์ neutralizing ไม่พบในผู้ป่วยทุกราย และยังไม่ทราบถึงความสำคัญทางคลินิกในการเป็นภูมิคุ้มกัน

นอกจากนี้ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่องและผู้ป่วยที่ปลูกถ่ายอวัยวะที่ติดเชื้อ HAV อาจตรวจไม่พบแอนติบอดีชนิด IgM⁽⁸⁾

การติดต่อของเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

ไวรัสตับอักเสบบี เป็นโรคที่สามารถแพร่เชื้อได้ทางการกินอาหาร น้ำดื่ม ผัก ผลไม้ รวมถึงสัตว์น้ำจากแหล่งน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อ ระบบสุขอนามัยที่ไม่ดี เช่น การขับถ่ายอุจจาระลงแหล่งน้ำ (fecal-oral route) และการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ มีรายงานว่าไวรัสตับอักเสบบีสามารถติดต่อได้ทางการให้เลือดผลิตภัณฑ์จากเลือดที่มาจากผู้บริจาคที่ติดเชื้อในช่วงที่มีเชื้อในกระแสเลือด (viremia) นอกจากนี้ยังพบรายงานการติดต่อในกลุ่มชายรักชายและทางเข็มฉีดยาของผู้ติดยาเสพติด⁽³⁾

ระบาดวิทยาของเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

การติดเชื้อ HAV มีการกระจายทั่วโลก อย่างไรก็ตามอัตราการแพร่กระจายของโรคแตกต่างกันอย่างมากขึ้นอยู่กับกลุ่มประชากร ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม

ดังนี้ 1) ในกลุ่มประเทศที่มีการสุขาภิบาลไม่ดี ส่วนใหญ่ในทวีปแอฟริกา เอเชีย ยุโรปตะวันออกและอเมริกาใต้ อัตราการติดเชื้อ HAV สูงประชากรเกือบทุกคนได้รับการติดเชื้อในวัยเด็ก และการติดเชื้อเป็นแบบไม่เกิดอาการทางคลินิก 2) ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งมีการสุขาภิบาลและสุขอนามัยที่ดี เช่น อเมริกาเหนือ ยุโรป ตะวันตก ออสเตรเลียและญี่ปุ่น พบการติดเชื้อ HAV น้อยและพบการติดเชื้อในผู้ป่วยทุกวัยที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีน และ 3) ในกลุ่มประเทศที่มีการสุขาภิบาลปานกลาง อัตราการติดเชื้อ HAV พบค่อนข้างสูง แต่จะน้อยกว่าในประเทศกลุ่มที่มีการสุขาภิบาลไม่ดี พบการติดเชื้อได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ทำให้พบผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกสูง ซึ่งการระบาดของโรคส่วนใหญ่เป็นสาเหตุมาจากการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ และการปนเปื้อนของอาหารหรือน้ำ⁽⁵⁾

สำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ได้รายงานข้อมูลทางระบาดวิทยาของไวรัสตับอักเสบบีในประเทศไทยว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 - 2558 ผู้ป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบี มีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ ปี พ.ศ. 2558 มีรายงานผู้ป่วย 393 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 0.60 ต่อแสนประชากร ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต⁽⁹⁾ ข้อมูลเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2561 ถึง 14 มีนาคม พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วย 50 ราย จาก 24 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 0.08 ต่อแสนประชากร ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต⁽¹⁰⁾

สำหรับในประเทศไทย มีรายงานระบาดวิทยาและความชุกของ anti-HAV IgG ซึ่งสรุปไว้ว่า ความชุกของไวรัสตับอักเสบบีในประเทศไทยเปลี่ยนแปลงจากประเทศที่มีความชุกสูงไปสู่ความชุกต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 1 ซึ่งความชุกที่ต่ำลงของ HAV มีความสัมพันธ์กับระบบการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น โดยวัดจากการลดลงของอัตราการตายของทารกและเศรษฐกิจของประเทศที่ดีขึ้นตามรายได้ที่เพิ่มขึ้นต่อหัวของประชากร⁽¹¹⁾ ส่วนความชุกของ anti-HAV IgG ในจังหวัดที่ติดชายแดนประเทศเพื่อนบ้านเช่น จังหวัดตาก พบว่ามีอัตราความชุกสูงกว่ากลุ่มประชากรไทยทั่วไป⁽¹²⁾ ซึ่งสาเหตุอาจมาจากการเคลื่อนย้ายประชากรตามแนวชายแดนจากประเทศพม่าที่มีการสุขาภิบาลและสุขอนามัยไม่ดีและมีความชุกของ HAV สูงมายังประเทศไทย

ตารางที่ 1. ความชุกของ Anti HAV IgG ที่เคยศึกษาในประเทศไทย⁽¹¹⁾

คณะผู้ศึกษา	ปีที่รายงาน (พ.ศ.)	ปีที่ศึกษา (พ.ศ.)	ขนาด ประชากร (ราย)	จังหวัดที่ศึกษา	ร้อยละของ ผลบวก Anti HAV IgG
Burke DS. และคณะ ⁽¹³⁾	2524	2514 - 2515	308	กรุงเทพมหานคร	86.4
Burke DS. และคณะ ⁽¹³⁾	2524	2519	206	ปราจีนบุรี	59.7
Poovorawan Y. และคณะ ⁽¹⁴⁾	2534	2533	600	จันทบุรี ชลบุรี	64.5
Chatproedprai S. และคณะ ⁽¹⁵⁾	2550	2547	3,997	เชียงราย อุตรดิตถ์ นครศรีธรรมราช ชลบุรี	27.35
Rianthavorn P. และคณะ ⁽¹²⁾	2554	2552 - 2553	308	ตาก	71
Sa-nguanmoo P. และคณะ ⁽¹¹⁾	2559	2557	4,260	อุดรดิตถ์ พิษณุโลก ลพบุรี พระนครศรีอยุธยา ขอนแก่น นราธิวาส ตรัง	34.53

การวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบเอทางห้องปฏิบัติการ⁽⁷⁾ การตรวจหาเชื้อ HAV

การตรวจหา HAV antigen ในอุจจาระ เนื่องจาก HAV ขับถ่ายออกทางอุจจาระในช่วงของการติดเชื้อ ตรวจพบเชื้อได้สูงถึง 10^9 virion ต่ออุจจาระหนึ่งกรัม วิธีการทดสอบที่ใช้ในการตรวจ HAV antigen ได้แก่ radioimmunofocus assay, immunohistochemical assay และ enzyme immunoassay (EIA) อย่างไรก็ตาม ความไวและความจำเพาะไม่ดีกว่าการตรวจหาแอนติบอดีในเลือด อีกทั้งมีหลายขั้นตอนและใช้เวลานานในการทดสอบ จึงไม่นิยมในการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ

การเพาะเชื้อ (cell culture) HAV สามารถเพาะเลี้ยงได้ใน African green monkey kidney cells และ fetal rhesus monkey kidney cells แต่การเพาะเชื้อทำได้ยาก หลายขั้นตอน ราคาแพง และต้องใช้เครื่องมือและห้องปฏิบัติการพิเศษเฉพาะ จึงไม่นิยมเพื่อการวินิจฉัย แต่ใช้เฉพาะการเตรียมวัคซีน

การตรวจหา HAV specific antibodies (anti-HAV)

เป็นการตรวจหาแอนติบอดีต่อ structural protein (VP1, VP2, VP3 และ VP4) โดยสามารถตรวจได้

โดยวิธีต่าง ๆ ดังนี้

1. Radioimmunoassay ใช้ตรวจหา anti-HAV ได้ทั้งชนิด IgG และ IgM ในปัจจุบันไม่นิยมใช้แล้ว
2. Immunochemical staining ใช้ตรวจหา anti-HAV ได้ทั้งชนิด IgG และ IgM ใช้วิเคราะห์ผลการติดเชื้อในเนื้อเยื่อจากตับ ทอนซิล ลำไส้ และไต
3. Immunoblotting เป็นการตรวจหา HAV specific antibodies ต่อ HAV structural protein (VP1, VP2, VP3 และ VP4) โดยใช้ cell culture-based HAV antigen ใช้ในงานวิจัย
4. Enzyme-linked immunoassay ใช้ตรวจหา anti-HAV ได้ทั้งชนิด IgG และ IgM ใช้เพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อทางห้องปฏิบัติการ
5. Immunochromatographic assay (ICA) ซึ่งเป็น rapid test เพื่อตรวจหา anti-HAV IgM ใช้กับการวินิจฉัยทางคลินิกและการตรวจทางระบาดวิทยา
6. Machine based-CMIA (Chemiluminescent Microparticle Immunoassay) เครื่องมืออัตโนมัติเพื่อใช้ในการทดสอบใช้ตรวจหา anti-HAV ได้ทั้งชนิด IgG และ IgM นิยมใช้วินิจฉัยการติดเชื้อทางห้องปฏิบัติการ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2. สรุป Seromarkers สำหรับการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการของไวรัสตับอักเสบเอ

Seromarkers ในเลือด	การแปลผล
Hepatitis A virus Antibody IgM (anti-HAV IgM)	บ่งชี้การติดเชื้อชนิดเฉียบพลัน (acute infection)
Hepatitis A virus Antibody IgG (anti-HAV IgG)	อาจพบผลบวกปลอม (false positive) สูงในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ บ่งชี้การฟื้นหายจากการติดเชื้อ (resolved infection)
Hepatitis A virus Antibody-total (anti-HAV total)	พบผล positive หลังการตอบสนองของวัคซีน (successful vaccination) บ่งชี้ resolved infection หรือ acute infection
	ผลเป็น positive หลังจาก successful vaccination

การตรวจหากรดนิวคลีอิก

เป็นการตรวจหาอาร์เอ็นเอ (HAV RNA) โดย molecular assay ด้วยหลักการ Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction (RT-PCR) วิธีนี้มีความไวสูงกว่าวิธี radioimmunofocus assay และ enzyme immunoassay ใช้ในการตรวจหา HAV RNA ในสิ่งส่งตรวจจากผู้ป่วย น้ำ และอาหาร แต่มีข้อเสียคือราคาแพง ต้องใช้เครื่องมือและห้องปฏิบัติการเฉพาะเพื่อป้องกันการปนเปื้อนจากการทำการทดสอบ

สำหรับการวินิจฉัยระดับโมเลกุล (Molecular diagnosis) เป็นการตรวจจับส่วน 5'non-coding region (5'NCR), VP1, VP3 หรือ VP1/2A ซึ่งส่วน 5'NCR เป็นส่วนจำเพาะในการตรวจหา HAV จีโนม ส่วน VP1, VP3 หรือ VP1/2A เป็นส่วนจำเพาะที่ใช้ในการตรวจหาทั้ง HAV RNA และ genetic variability การตรวจหากรดนิวคลีอิก มีบทบาทสำคัญในช่วงเวลาที่มีการระบาดและในกรณีที่เกิดโรคตับอักเสบเฉียบพลันที่ไม่ทราบสาเหตุ ในปัจจุบัน การวินิจฉัยโรคไวรัสตับอักเสบเอมักใช้เฉพาะกับการตรวจหาแอนติบอดีจำเพาะ อย่างไรก็ตาม การตรวจหาและหาปริมาณของ HAV RNA มีความสำคัญต่อการวินิจฉัยผู้ป่วยที่ไม่มีแอนติบอดีจำเพาะต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบเอ และใช้ติดตามการติดเชื้อในกรณีพิเศษ หรือใช้ในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ HAV⁽⁶⁾

การป้องกัน

การป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบเอ มีทั้ง active และ passive immunization การป้องกันโรคตับอักเสบเอแบบ active immunization เป็นการฉีดวัคซีนจากเชื้อที่ตายแล้ว โดยเตรียมมาจากเชื้อไวรัสที่การเพาะเชื้อในเนื้อเยื่อมาทำให้บริสุทธิ์ และทำลายฤทธิ์ด้วยฟอร์มาลิน สามารถกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันในการป้องกันโรคได้อย่างดี โดยให้วัคซีน 2 ครั้งห่างกัน 6 เดือน ภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้นสามารถป้องกันได้นานมากกว่า 10 ปี การให้วัคซีน (pre-exposure immunization) นี้ให้ได้ในเด็กตั้งแต่อายุ 2 ปีขึ้นไป ส่วนการป้องกันโรคตับอักเสบเอแบบ passive immunization เป็นการให้ Immunoglobulin (IG) ในผู้สัมผัสใกล้ชิด (ผู้สัมผัสร่วมบ้าน คู่สมรส) ภายใน 2 สัปดาห์ (postexposure prophylaxis) ทั้งนี้อาจให้วัคซีนพร้อมกันกับ Immunoglobulin โดยแยกฉีดที่แขนคนละข้าง ผู้ที่จะเดินทางไปในพื้นที่ที่มีความชุกของเชื้อไวรัสตับอักเสบเอ ควรฉีด Immunoglobulin หรือวัคซีน Hepatitis A ก่อนเดินทาง ซึ่งจะให้ผลในการป้องกันได้ 4 สัปดาห์หลังฉีด หากต้องอยู่นานต้องฉีดซ้ำทุก 4-6 เดือน⁽¹⁶⁾

เอกสารอ้างอิง

1. Hepatitis A vaccines. Wkly Epidemiol Rec 2000; 75:38-44.
2. Hussain Z, Husain SA, Almajhdi FN, Kar P. Immunological and molecular epidemiological

- characteristics of acute and fulminant viral hepatitis A. *Viol J* 2011;8:254.
3. Vaughan G, Goncalves Rossi LM, Forbi JC, de Paula VS, Purdy MA, Xia G, et al. Hepatitis A virus: host interactions, molecular epidemiology and evolution. *Infect Genet Evol* 2014; 21:227-43.
 4. Lemon SM, Ott JJ, Van Damme P, Shouval D. Type A viral hepatitis: A summary and update on the molecular virology, epidemiology, pathogenesis and prevention. *J Hepatol* 2017 Sep 5. pii: S0168-8278(17)32278-X.
 5. Aggarwal R, Goel A. Hepatitis A: epidemiology in resource-poor countries. *Curr Opin Infect Dis* 2015;28:488-96.
 6. Nainan OV, Xia G, Vaughan G, Margolis HS. Diagnosis of hepatitis a virus infection: a molecular approach. *Clin Microbiol Rev* 2006; 19:63-79.
 7. Kim AI, Saab S. Interpretation of laboratory tests for diagnosing viral hepatitis. *Hosp Physician* 2004;40:15-9.
 8. de Paula VS. Laboratory diagnosis of hepatitis A. *Future Virol* 2012;7:461-72.
 9. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Hepatitis, annual epidemiological surveillance report 2015 [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar 23]. Available from: <http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2015/aesr2558/Part%201/07/hepatitis.pdf>.
 10. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Hepatitis A [Internet]. 2018 [cited 2018 Mar 23]. Available from: <http://www.boe.moph.go.th/>
 11. Sa-nguanmoo P, Posuwan N, Vichaiwattana P, Vuthitanachot V, Saelao S, Foonoi M, et al. Declining trend of hepatitis a seroepidemiology in association with improved public health and economic status of Thailand. *PLoS One* 2016;11:e0151304.
 12. Rianthavorn P, Fakthongyoo A, Yamsut S, Theamboonlers A, Poovorawan Y. Seroprevalence of hepatitis A among Thai population residing near Myanmar border. *J Health Popul Nutr* 2011;29:174-7.
 13. Burke DS, Snitbhan R, Johnson DE, Scott RM. Age-specific prevalence of hepatitis A virus antibody in Thailand. *Am J Epidemiol* 1981; 113:245-9.
 14. Poovorawan Y, Paiboonkasemsuthi S, Theamboonlers A, Kamolratanakul P, Chumdermpadetsuk S. Seroepidemiology of antibody to hepatitis A in the rural eastern part of Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1991;22:35-8.
 15. Chatproedprai S, Chongsrisawat V, Chatchatee P, Theamboonlers A, Yoocharoen P, Warinsathien P, et al. Declining trend in the seroprevalence of infection with hepatitis A virus in Thailand. *Ann Trop Med Parasitol* 2007;101:61-8.
 16. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Viral hepatitis A. Infectious hepatitis, epidemic hepatitis, epidemic jaundice, catarrhal jaundice, Type A hepatitis [Internet]. 2018 [cited 2018 Mar 12]. Available from: <http://www.boe.moph.go.th/fact/HepatitisA.htm>.