



Journal of the Psychiatric Association of Thailand

วารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย

ปีที่ 67 ฉบับที่ 2

เมษายน - มิถุนายน 2565

บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ

การเปลี่ยนแปลงของสุขภาพจิตของเด็ก ศักยภาพการดูแลเด็กด้านสุขภาพจิตของผู้ปกครอง
สภาพแวดล้อมทางสังคมและครอบครัวของเด็กในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ที่โรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร

ญาณิศา ชัยนิกรธรณ, จิรดา ประสาทพรศิริโชค, ปรีชวัน จันทรศิริ

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมองพิการ
ผู้ติโรตัน จงอวัณวิทย์, ทิพาพร ทองมาก

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบด้านอารมณ์และพฤติกรรมในวัยรุ่นจากสถานการณ์การระบาดโควิด-19

วรรณดา ปิตยา, พลัสรา ธรรมโชติ

การศึกษาความเป็นไปได้และผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการปรับความคิดและพฤติกรรม

โดยใช้เครือข่ายอินเทอร์เน็ต สำหรับวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อภาวะวิตกกังวล

วริษา จตุรวัฒนนา, ศิริรัตน์ อุฬารัตินนท์

การพัฒนาและการวิเคราะห์ข้อคำถามของแบบทดสอบมาตรฐานวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

สำหรับผู้เรียนไทยเพื่อใช้ประกอบการวินิจฉัยความบกพร่องทางการเรียน

จรรยาพร เจียมเจริญกุล, สาวิกา ไชยบุญญารักษ์, ไชยันต์ สกุศลศรีประเสริฐ, กุลวดี ทองไพบุลย์, อารยา พลธัญญา,
วรรณสิริ ปัญโญ, สิริ อุดมพล, ศิวพร ตัญญาเดิมนวงศ์

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อโรคอากัสติกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนักศึกษาแพทยชั้นปีที่ 6

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

พชร จันทรแย้ม, สุวรรณีย์ พุทธิศรี

การนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายของหนังสือพิมพ์ในประเทศไทย : การปฏิบัติตามแนวทางการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตาย
ขององค์การอนามัยโลก

มาโนช หล่อตระกูล, พัทธธีรา สุวรรณกาญจน์

การศึกษาลักษณะอาการและความรุนแรงของโรคย้ำคิดย้ำทำ ในผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี
ในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19

ภักติกาลา เสี่ยงพองพันธุ์, รัตนา สายพานิชย์

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เรื่องโรคอากัสติกซึมสเปกตรัมกับทัศนคติเชิงบวก

ต่อผู้ป่วยอากัสติกซึมสเปกตรัมในประชาชนไทยทั่วไป

อรรธรัตน์ เชาว์กุลจรัสศิริ



รายชื่อคณะกรรมการอำนวยการ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2565-2568

นายกสมาคม

ศ.นพ.ชวณันท์ ชาญศิลป์

President

Prof.Chawanun Charnsil, M.D.

อุปนายก

ผศ.พญ.วรลักษณ์ ธีราโมกษ์

Vice-President

Asst.Prof.Voralaksana Theeramoke, M.D.

เลขาธิการ

นพ.สุทธา สุปัญญา

Secretary-General

Suttha Supanya, M.D.

เหรัญญิก

ผศ.พญ.ปรานี เมืองน้อย

Treasurer

Asst.Prof.Pranee Moungnoi, M.D.

ปฎิคม

พ.อ.พลังสันต์ จงรักษ์

Chairman for Social Affairs

Col.Palangsang Chongrak, M.D.

ประธานวิชาการ

รศ.นพ.พิชัย อภิรัฐสกุล

Chairman for Academic Affairs

Assoc.Prof.Pichai Ittasakul, M.D.

ประธานวารสาร

รศ.นพ.ธรรมนาถ เจริญบุญ

Chairman for Journal

Assoc.Prof.Thammanard Charernboon, M.D.

ฝ่ายวิเทศสัมพันธ์

ผศ.พญ.กมลพร วรณฤทธิ์

Chairman for International Affairs

Asst.Prof.Kamonporn Wannarit, M.D.

นายทะเบียน

ร.อ.ปิยะวัฒน์ เด่นดำรงกุล

Registrar

Flt.Lt.Piyawat Dendumrongkul, M.D.

กรรมการกลาง

ผศ.นพ.ปรการ ถมยางกูร

Committee Members

Asst.Prof.Prakarn Thomyangkoon, M.D.

ผศ.นพ.ภูซังค์ เหล่าจุสวัสถ์

Asst.Prof.Puchong Laurujisawat, M.D.

ผศ.นพ.วรุฒม์ อุ่นจิตสกุล

Asst.Prof.Warut Aunjitsakul, M.D.

นพ.ศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา

Sarutabhandu Chakrabhandu Na Ayutaya, M.D.

ผศ.พญ.ศุภรา เชาว์ปรีชา

Asst.Prof.Supara Chaopricha, M.D.

นพ.สมนึก หลิมศิริรัตน์

Somnuk Limsiroratana, M.D.



วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย จัดทำโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นช่องทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสุขภาพจิตในการเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต โดยวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ ออกปีละ 4 ฉบับ ในเดือน มีนาคม มิถุนายน กันยายน และธันวาคม

E-ISSN: 2697-4126

การติดต่อ

สำนักงานเลขาธิการสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย กองจิตเวชและประสาทวิทยา
ชั้น 15 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
315 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
หมายเลขโทรศัพท์ 081 923 0162 Email: psychiatricjournalthailand@gmail.com

การส่งบทความ

ส่งบทความผ่านระบบออนไลน์ TCI Thai Jo โดยผู้พิมพ์สามารถส่งบทความได้ที่
www.tci-thaijo.org/index.php/JPAT/index



กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

บรรณาธิการกิตติมศักดิ์

ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Honorary Editor

Professor Suwanna Arunpongpaisal, MD, MSc
Khon Kaen University

บรรณาธิการ

รศ.ดร.นพ.ธรรมนาถ เจริญบุญ
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Editor-in-Chief

Associate Professor Thammanard Chareernboon, MD, MSc, PhD
Thammasat University

รองบรรณาธิการ

รศ.พญ.ภาพันท์ ไทยพิสุทธิกุล
มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.นพ.วรภัทร รัตอาภา
มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.พญ.ติรยา เลิศหัตถศิลป์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
พญ.ฐิติพร ศุภสิทธิ์ธำรง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Associate Editor

Associate Professor Papan Thaipisuttikul, MD
Mahidol University
Assistant Professor Woraphat Ratta-apha, MD, PhD
Mahidol University
Assistant Professor Tiraya Lerthattasilp, MD, PhD
Thammasat University
Thitiporn Supasitthumrong, MD
Chulalongkorn University

กองบรรณาธิการฝ่ายจัดการ

น.ส.สิริลักษณ์ ไชยสิทธิ์

Managing Staffs

Miss Siriluck Chaiyasit

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 67 ฉบับที่ 2

เมษายน - มิถุนายน 2565

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

A

นิพนธ์ต้นฉบับ

- การเปลี่ยนแปลงของสุขภาพจิตของเด็ก ศักยภาพการดูแลเด็กด้านสุขภาพจิตของผู้ปกครอง
สภาพแวดล้อมทางสังคมและครอบครัวของเด็กในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ที่โรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร
ญาณิศา ชัยนิกรกรณ, จิรดา ประสาทพรศิริโชค, ปรัชวัน จันทร์ศิริ 125
- ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมองพิการ
ฐิติรัตน์ จงอัชฌริย, ทิพาพร ทองมาก 137
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบด้านอารมณ์และพฤติกรรมในวัยรุ่นจากสถานการณ์การระบาดโควิด-19
วรรณดา ปิติยา, พลิศรา ธรรมโชติ 147
- การศึกษาความเป็นไปได้และผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการปรับความคิดและพฤติกรรม
โดยใช้เครือข่ายอินเทอร์เน็ต สำหรับวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อภาวะวิตกกังวล
วริษา จตุรวัฒนา, ศิริรัตน์ อุฬารัตินนท์ 168
- การพัฒนาและการวิเคราะห์ข้อคำถามของแบบทดสอบมาตรฐานวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน
สำหรับผู้เรียนไทยเพื่อใช้ประกอบการวินิจฉัยความบกพร่องทางการเรียน
จรรยาพร เจียมเจริญกุล, สาวิกา ไชยบุญญารักษ์, ไชยันต์ สกุลศรีประเสริฐ, กุลวดี ทองไพบูลย์, อารยา ผลธัญญา,
วรรณศิริ ปัญญา, สิริ อุดมผล, ศิวพร ดุ้ยเต็มวงศ์ 180
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อโรคออทิสติกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
พชร จันทร์แย้ม, สุวรรณีย์ พุทธิศรี 193
- การนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายของหนังสือพิมพ์ในประเทศไทย : การปฏิบัติตามแนวทางการนำเสนอข่าว
การฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลก
มาโนช หล่อตระกูล, พัชรธีรา สุวรรณกาญจน์ 203
- การศึกษาลักษณะอาการและความรุนแรงของโรคย้ำคิดย้ำทำ ในผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี
ในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19
กณชิตา เลี้ยงผ่องพันธุ์, รัตนา สายพานิชย์ 212
- ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เรื่องโรคออทิสซึมสเปกตรัมกับทัศนคติเชิงบวก
ต่อผู้ป่วยออทิสซึมสเปกตรัมในประชาชนไทยทั่วไป
อรรรัตน์ เชาวกุลจรัสศิริ 223



Journal of the Psychiatric Association of Thailand

Volume 67 Number 2

April - June 2022

CONTENTS

EDITORIAL

A

ORIGINAL ARTICLES

- Changes in Children's Mental Health, Parenting and Socioeconomic Status of the Families During the Time of COVID-19 Pandemic at a Private School in Bangkok 125
Yanisa Chainithikan, Parichawan Chandarasiri, Jirada Prasartpornsirichoke
- Association between Gross Motor Functions and Health-Related Quality of Life in Children with Cerebral Palsy 137
Thitirut Jongutchariya, Tipaporn Thongmak
- Factors Associated with Psychological Impact on Adolescents Due to COVID-19 Pandemic 147
Worada Peetiya, Palisara Thommachot
- A Preliminary Outcomes of Internet-based Cognitive Behavioral Skill Training for Youth at-risk of Anxiety: A Feasibility Study 168
Warisa Jaturawattana, Sirirat Ularntinon
- The Development and Item Analysis of the Standardized Achievement Test for Thai Learners for Aiding in Diagnosing Learning Disorder 180
Janyaporn Jiamjaroenkul, Savika Chaiboonyarak, Chaiyun Sakulsriprasert, Kulvadee Thongpibul, Araya Pontanya, Wansiri Panyo, Siree Udomphol, Siwaporn Tuitemwong
- The Relationship between Knowledge and Attitude Toward Autism Spectrum Disorder and Their Associated Factors Among 6th Year Medical Students at Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital 193
Pachara Janyam, Suwannee Putthisri
- Newspaper Reporting of Suicides in Thailand: Compliance with WHO Media Guidelines 203
Manote Lotrakul, Patthira Suwannakan
- A Study of Clinical Symptoms and Severity of Obsessivecompulsive Disorder Patients at Ramathibodi Hospital during the COVID-19 Pandemic 212
Pantila Liengpongpan, Ratana Saipanish
- The Association Between Knowledge and Positive Attitudes Towards Autism Spectrum Patients in Thai Population 223
Orarat Choukuljaratsiri

บรรณาธิการแถลง

วารสารสมาคมนจิตแพทย์แห่งประเทศไทยฉบับนี้เป็นเล่มที่ 2 ของปี พ.ศ. 2565 มีบทความทั้งหมด 9 เรื่อง โดยในเล่มนี้ทางวารสารสมาคมนจิตแพทย์ฯ ได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบของวารสารจากเดิมที่บทความจะตีพิมพ์เป็นขาวดำมาเป็นภาพสีทั้งฉบับเพื่อให้ดูทันสมัยและสอดคล้องกับการที่ปัจจุบันวารสารสมาคมนจิตแพทย์ฯ มีการเผยแพร่ในระบบออนไลน์อย่างเดียวโดยไม่ได้มีการพิมพ์เป็นเล่มกระดาษอีกแล้ว

ทั้งนี้ขออภัยว่าทางวารสารสมาคมนจิตแพทย์ฯ ได้มีการเปลี่ยนแปลงสำนักงานและการติดต่อแล้วตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 ทั้งนี้ผู้พันธ์สามารถติดต่อทางวารสารได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ 081 923 0162 หรืออีเมล psychiatricjournalthailand@gmail.com โดยหมายเลขโทรศัพท์และอีเมลเดิมได้ยกเลิกการใช้ไปแล้ว

สุดท้ายนี้ผมและกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้พันธ์ทุกท่านที่ส่งบทความมาลงในวารสารสมาคมนจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยพิจารณาบทความ

ธรรมนาถ เจริญบุญ

บรรณาธิการ

การเปลี่ยนแปลงของสุขภาพจิตของเด็ก ศักยภาพการดูแลเด็กด้านสุขภาพจิตของผู้ปกครอง สภาพแวดล้อมทางสังคมและครอบครัวของเด็กในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่โรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร

ญาณิศา ชัยนิธิกรณ*, จิรดา ประสาทพรศิริโชค*, ปรีชวัน จันทศิริ*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงสุขภาพจิตเด็ก ศักยภาพการดูแลเด็กด้านสุขภาพจิตของผู้ปกครอง และสภาพแวดล้อมทางสังคมและครอบครัว ที่เกิดขึ้นในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง ในเด็กที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 ที่โรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร ในช่วงเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564 ใช้แบบสอบถามการประเมินการเปลี่ยนแปลงสุขภาพจิตเด็ก ศักยภาพการดูแลเด็กด้านสุขภาพจิตของผู้ปกครอง และสภาพแวดล้อมทางสังคมและครอบครัว มีความเที่ยงตรงอยู่ที่ 0.84 หลังจากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะประชากรโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และหาปัจจัยทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตเด็ก และศักยภาพการดูแลเด็กด้านสุขภาพจิตของผู้ปกครอง โดยใช้ logistic regression analysis

ผลการศึกษา มีผู้เข้าร่วมการศึกษา 348 ราย เป็นนักเรียนหญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 9 ปี อายุเฉลี่ยของผู้ปกครองที่ตอบแบบสอบถามอยู่ที่ 43 ปี เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.3) เพศชาย (ร้อยละ 26.7) ส่วนใหญ่ยังไม่พบผลกระทบต่อสุขภาพจิตเด็ก และศักยภาพการดูแลเด็กด้านสุขภาพจิตของผู้ปกครอง ปัจจัยที่ส่งผลต่อศักยภาพการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครอง คือ ได้รับการช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเรื่องสุขภาพจิต ไม่มีการทะเลาะวิวาทในครอบครัว มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย และสมาชิกในครอบครัวไม่มีประวัติการใช้ความรุนแรง ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตเด็ก คือ การที่ผู้ปกครองสามารถจัดการอารมณ์ตนเองได้ และป้องกันไม่ให้เกิดรับรู้ เกี่ยวกับการทะเลาะในครอบครัว

สรุป ยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อ สุขภาพจิตเด็ก และศักยภาพการดูแลเด็กด้านสุขภาพจิตของผู้ปกครอง ในระลอกแรกของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

คำสำคัญ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สุขภาพจิตเด็ก การเลี้ยงดูเด็ก

Corresponding author: พญ.ญาณิศา ชัยนิธิกรณ

หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail: ampare24@docchula.com

วันรับ : 14 กันยายน 2564 วันแก้ไข : 25 ตุลาคม 2564 วันตอบรับ : 16 พฤศจิกายน 2564

Changes in Children's Mental Health, Parenting and Socioeconomic Status of the Families During the Time of COVID-19 Pandemic at a Private School in Bangkok

Yanisa Chainithikan*, Parichawan Chandarasiri*, Jirada Prasartpornsirichoke*

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

ABSTRACT

Objective: To assess the changes in children's mental health, parenting and socioeconomic status of the families during the first lockdown of COVID-19 pandemic.

Methods: This was a cross-sectional study. Parents of children studying in grade 1 - 6 at a private school in Bangkok, completed a questionnaire from October 2020 – January 2021. A questionnaire was used to assess the changes in children's mental health, parenting and socioeconomic status of the families. The content validity of this questionnaire is 0.84. The population's demographic data was summarized with percentage and mean. Logistic regression analysis was used to predict the factors affecting children's mental health and parenting.

Results: There were 348 female students (mean age 9 years) in this study. Caregivers' mean age was 43 years. 73.3% of them were female and 26.7% of them were male. There were no significant changes in children's mental health and parenting during the first lockdown of COVID-19 pandemic. Factors affecting parenting were mental support about COVID-19, having no quarrels in the families, enough incomes to cover the expenses, and no history of violence between family members. Factors affecting children's mental health were parents' emotional regulation and parents' abilities to prevent children from witnessing the quarrels in the families.

Conclusion: No significant changes were found to affect the children's mental health and parenting during the first lockdown of COVID-19 pandemic.

Keywords: COVID-19, child well-being, parenting

Corresponding author: Yanisa Chainithikan

E-mail: ampare24@docchula.com

Received 14 September 2021 Revised 25 October 2021 Accepted 16 November 2021

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นอกจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจเป็นอันมาก ได้มีการสำรวจผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศอังกฤษพบว่า เด็กไร้บ้านหรือเด็กที่ต้องอยู่ในบ้านที่มีขนาดเล็กที่ไม่สามารถแยกกันอยู่แบบเดี่ยวๆ ได้นั้น ส่งผลให้เกิดความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในแม่ที่เพิ่มสูงขึ้น และส่งผลกระทบต่อ การดูแลเด็ก นอกจากนี้การกักตัวก็ส่งผลให้เกิดการให้บริการด้านสาธารณสุขต่อเด็กที่ลดลง โดยเฉพาะในด้านการประเมิน ด้านพัฒนาการเด็ก และการให้คำแนะนำการเลี้ยงดูเด็กต่อพ่อแม่¹ มีการศึกษาในเด็กวัยเรียนและเด็กวัยรุ่นในประเทศจีน พบว่าเด็กมีอาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้น^{2,3} ส่วนอาการ เกาะติดผู้ดูแล ไม่มีสมาธิ และหงุดหงิดง่ายขึ้นนั้น สามารถพบได้ ในเด็กทุกช่วงอายุ⁴ มีการศึกษาในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา ของประเทศจีน พบว่า เด็กมีความกังวลและอารมณ์เศร้าสูงขึ้น⁵ นอกจากนี้การกักตัวและการปิดสถานที่สาธารณะต่างๆ นั้น ส่งผลให้เด็กไม่สามารถไปโรงเรียนได้ ซึ่งมีผลโดยตรงต่อสุขภาพกาย เพราะเด็กมีกิจกรรมออกกำลังกายลดลง มีการใช้เวลากับสื่ออิเล็กทรอนิกส์ นานขึ้น มีการกิน การนอนที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งส่งผลต่อภาวะ น้ำหนักเกินเกณฑ์ และโรคทางหัวใจและหลอดเลือดได้ และการที่ เด็กไม่สามารถมีกิจกรรมร่วมกับเพื่อนหรือกิจกรรมกลางแจ้งอื่นๆ ได้ ก็ส่งผลทางลบต่อเด็กที่เพิ่มขึ้น^{6,7} ในประเทศอินเดีย พบว่าเด็กมีความกังวลเพิ่มสูงขึ้นในช่วงที่โดนกักตัว⁸ นอกจากนี้ได้มีการศึกษา ถึงผลกระทบทางจิตใจจากเหตุการณ์การกักตัวจากโรคระบาด ในเด็ก พบว่ามีคะแนนการประเมินด้านภาวะผิดปกติทางจิตใจจาก เหตุการณ์รุนแรงสูงขึ้น 4 เท่าในเด็กที่โดนกักตัวเมื่อเทียบกับเด็ก ที่ไม่โดนกักตัว⁹

รูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ปกครองที่ต่างกัน สามารถส่งผล ต่อพฤติกรรมของเด็กได้โดยตรง¹⁰ ผู้ปกครองมีความเครียดเพิ่มสูงขึ้น ในช่วงของการระบาดทั้งจากปัญหาความกังวลด้านการติดเชื้อและ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และความเครียดนี้ สามารถส่งผลกระทบต่อเด็กได้โดยตรง นอกจากนี้ปัญหาในหน้าที่การงาน ส่งผลให้ ผู้ปกครองมีความสามารถในการดูแลเด็กลดลง และปัญหาด้าน เศรษฐกิจยังส่งผลกระทบต่อทักษะการเลี้ยงดูบุตรได้¹¹

ในส่วนของการมาตรการกักตัวนั้นก็ส่งผลทำให้ทั้งเด็กและผู้ปกครองต้องอยู่บ้านมากขึ้น ได้มีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องด้านการศึกษา ในประเทศสหรัฐอเมริกา ออกมาประมาณการถึงผลกระทบของ การที่เด็กไม่ได้ไปโรงเรียน และการที่ผู้ปกครองต้องอยู่ดูแลเด็กที่

บ้านมากขึ้น พบว่ามีหลักฐานแสดงถึงอัตราการทารุณกรรมเด็ก สูงขึ้นในช่วงที่เด็กไม่ได้ไปโรงเรียน เด็กและผู้ปกครองอยู่บ้านด้วย ความกังวลและความเครียดที่เพิ่มขึ้น และการที่ผู้ปกครองประสบ ปัญหาวิกฤติด้านเศรษฐกิจ ก็เพิ่มอัตราการเกิดทารุณกรรมเด็ก เช่นกัน¹¹⁻¹³ นอกจากนี้หากผู้ปกครองมีโรคทางกายหรือโรคทางจิต อยู่เดิม ก็จะมีเพิ่มความเสี่ยงต่อเด็ก โดยพบว่าผู้ปกครองจะใช้วิธีการต่อว่าเด็กอย่างรุนแรง ลดการใช้เหตุผลลง เมื่อเด็กมีพฤติกรรม ที่ไม่เหมาะสม¹⁴ อีกทั้งการที่เด็กไม่ได้ไปโรงเรียน ก็ส่งผลให้เด็ก ไม่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย โดยเฉพาะในด้าน การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการที่ตารางชีวิตเปลี่ยนไป ก็ส่งผลให้ เด็กเกิดความเครียดได้¹⁵ จะเห็นได้ว่าผลกระทบต่องานและครอบครัว ดังกล่าวถือเป็นวิกฤติที่ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนไม่น้อยไปกว่าวิกฤติของโรคระบาดเอง

จากการศึกษาข้างต้น เกี่ยวกับผลกระทบจากโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ต่อสุขภาพจิตเด็ก ศักยภาพการเลี้ยงดูเด็ก ของผู้ปกครอง และสภาพแวดล้อมของครอบครัวพบว่าการ เปลี่ยนแปลงไปเป็นอย่างมากดังที่กล่าวไป และเนื่องจากการศึกษา ที่ผ่านมามีแค่การศึกษาเพื่อเสนอแนะในการดูแลสุขภาพจิต ในผู้ใหญ่เป็นส่วนใหญ่¹⁵ นอกจากนี้ จากการสืบค้นการศึกษา ในประเทศไทย ผู้วิจัยยังไม่พบงานวิจัยในลักษณะดังกล่าว จึงเป็น เหตุผลสำคัญที่ต้องทำการวิจัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพจิตเด็ก ศักยภาพ การดูแลเด็กด้านสุขภาพจิตของผู้ปกครอง และสภาพแวดล้อม ทางสังคมและครอบครัว ที่เกิดขึ้นในช่วงการระบาดระลอกแรก ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพจิตเด็ก และศักยภาพการดูแลเด็กด้านสุขภาพจิตของ ผู้ปกครอง ที่เกิดขึ้นในช่วงการระบาดระลอกแรกของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019

วิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ทำการศึกษาในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 ที่กำลังศึกษาอยู่ ในโรงเรียนเอกชนหญิงล้วนแห่งหนึ่ง ในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564 โดยให้ผู้ปกครองตอบแบบสอบถาม เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจิตเด็ก ศักยภาพการเลี้ยงดูเด็ก ด้านสุขภาพจิตของผู้ปกครอง และสภาพแวดล้อมของครอบครัว

โดยให้บอกความต่างเป็นคะแนน 1 - 5 (หรือ 0 หากพฤติกรรมนั้นไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน) ซึ่งความต่างนี้ เป็นการเทียบกันระหว่างช่วงก่อนการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (เดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2563) กับช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (เดือนเมษายน - พฤษภาคม 2563) มีเกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ปกครองต้องมีบุตรอย่างน้อย 1 คนที่มีอายุระหว่าง 6 - 12 ปี, ผู้ดูแลที่ตอบแบบสอบถามต้องอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับเด็กเป็นระยะเวลาอย่างน้อยตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2562 ถึงเวลาที่ตอบแบบสอบถาม (เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามมีระยะเวลาในการสังเกตเด็กเป็นระยะเวลาที่พอๆ กัน ทั้งช่วงก่อนการระบาดและช่วงการระบาด), ผู้ปกครองต้องใช้ภาษาไทยเป็นภาษาหลักในการสื่อสาร สามารถพูด ฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ, ผู้ปกครองให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัย และผู้ปกครองต้องเป็นผู้ดูแลหลักที่มีความเกี่ยวข้องทางสายเลือดกับเด็ก หรือมีความเกี่ยวข้องทางกฎหมาย ในส่วนของเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ปกครองมีประวัติได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภท หรือมีภาวะวิกฤตจิต, ผู้ปกครองมีประวัติได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (เนื่องจากภาวะดังกล่าวส่งผลกระทบต่อศักยภาพการเลี้ยงดูได้โดยตรง และส่งผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือในการตอบแบบสอบถาม) และหากผู้ปกครองมีบุตรที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา มากกว่า 1 คน ในโรงเรียนแห่งนี้ จะเก็บข้อมูลจากบุตรที่อายุมากที่สุดเพียงคนเดียว และตัดข้อมูลของบุตรคนที่อายุน้อยกว่าออกจากงานวิจัย

เมื่อคำนวณจำนวนประชากรจากสูตรของ Wayne W., D.

(1995)

$$n_1 = \frac{Np(1-p)Z^2}{E^2(N-1) + p(1-p)Z^2}$$

โดยกำหนดให้ $p = 0.5$ เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย, $N = 1,000$ (จำนวนนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 6), $E = 0.05$ (ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง) และ $Z = 1.96$ (ค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางแจกแจงแบบปกติ เมื่อกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95%) จะได้ $n_1 = 278$ คน โดยผู้วิจัยได้ทำการแจกแบบสอบถามให้กับนักเรียนชั้นประถมในโรงเรียนแห่งนี้ทุกคน (จำนวน 1,040 คน) โดยไม่มีการสุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถามชนิดตอบเอง ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ อายุ

เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว มาตรการเกี่ยวกับการทำงานในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการใช้เวลาในการทำกิจกรรมกับลูก (ทั้งก่อนและช่วงการระบาด)

2. ข้อมูลทั่วไปของเด็ก จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับชั้นที่กำลังศึกษา และโรคประจำตัว

3. ข้อมูลด้านสุขภาพจิตเด็ก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยศึกษาจากเนื้อหาของคำถามจากแบบประเมินมาตรฐานขั้นต่ำในการเลี้ยงดูเด็กไทย วัย 6 - 9 ปี และวัย 9 - 12 ปี¹⁶ จากแบบประเมินการเลี้ยงดูเด็กของ Meunier¹⁷ จากแบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน¹⁸ และจากแบบคัดกรองเพื่อสนับสนุนการเลี้ยงดูเด็กตามมาตรฐานขั้นต่ำ¹⁹ จำนวน 13 ข้อ โดยเก็บข้อมูลในด้านอารมณ์พฤติกรรมของเด็ก และการได้รับการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง สังคม สิ่งแวดล้อม การเรียนรู้ด้านจริยธรรม

4. ข้อมูลด้านศักยภาพการดูแลเด็กด้านสุขภาพจิตของผู้ปกครองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยศึกษาจากเนื้อหาของคำถามจากแบบประเมินมาตรฐานขั้นต่ำในการเลี้ยงดูเด็กไทย วัย 6 - 9 ปี และวัย 9 - 12 ปี¹⁶ จากแบบประเมินการเลี้ยงดูเด็กของ Meunier¹⁷ จากแบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน¹⁸ และจากแบบคัดกรองเพื่อสนับสนุนการเลี้ยงดูเด็กตามมาตรฐานขั้นต่ำ¹⁹ จำนวน 19 ข้อ โดยเก็บข้อมูลในด้านการกระตุ้นให้เด็กเกิดการเรียนรู้และการฝึกวินัย (ในเรื่องเกี่ยวกับตนเอง สังคม และสิ่งแวดล้อม และเรื่องจริยธรรมของเด็ก) การให้การตอบสนองทางอารมณ์แก่เด็กและดูแลเด็กในด้านการจัดการกับอารมณ์ และการสร้างความรู้และความเข้าใจในขอบเขตระหว่างตนเองและผู้อื่นของเด็ก

5. ข้อมูลด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมของครอบครัวของผู้ปกครองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยศึกษาจากเนื้อหาของคำถามจากแบบประเมินมาตรฐานขั้นต่ำในการเลี้ยงดูเด็กไทย วัย 6 - 9 ปี และวัย 9 - 12 ปี¹⁶ จำนวน 7 ข้อ โดยเก็บข้อมูลในด้าน สภาวะด้านเศรษฐกิจของครอบครัว สภาวะเดิมของครอบครัว และการได้รับการช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โดยในแบบสอบถามข้อที่ 3 - 5 นั้น ผู้วิจัยมีขั้นตอนในการประเมินความเที่ยงตรง (content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญในสาขาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น จำนวน 3 ท่าน ช่วยทำการประเมินความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม ซึ่งจากการประเมินของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ได้ค่าคะแนนความเที่ยงตรงของแบบสอบถามอยู่ที่ 0.84 ซึ่งสูงกว่า 0.5 แสดงว่า แบบสอบถามนี้มีความเที่ยงตรงในการวัดสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการจะศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั้งหมดที่ได้มา ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ แล้วนำไปวิเคราะห์โดยวิธีทางสถิติโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 22 (statistical package for social science) เป็น concurrent user license ซึ่งจะนำไปวิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง รายงานผลเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ multiple logistic regression analysis เพื่อตอบคำถามนัยผลกระทบบทที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็ก และศักยภาพการดูแลเด็กด้านสุขภาพจิตของผู้ปกครอง โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ โดยทำการรายงานผลเป็น odd ratio หลังจากควบคุมตัวแปรต้นอื่นในสมการแล้ว การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ IRB No. 592/63

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผลกระทบบทที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็ก ผู้วิจัยกำหนดให้ศักยภาพการดูแลเด็กด้านสุขภาพจิตของผู้ปกครอง เป็นตัวแปรต้น และสุขภาพจิตเด็ก เป็นตัวแปรตามตามหลักการที่กล่าวถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ที่กล่าวว่า ศักยภาพการดูแลเด็กของผู้ปกครองเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตเด็ก²⁰

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผลกระทบบทที่เกี่ยวกับศักยภาพการดูแลเด็กด้านสุขภาพจิตของผู้ปกครอง ผู้วิจัยกำหนดให้สภาพแวดล้อมทางสังคมของครอบครัว เป็นตัวแปรต้น และศักยภาพการดูแลเด็กด้านสุขภาพจิตของผู้ปกครอง เป็นตัวแปรตามตามหลักการที่กล่าวถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อศักยภาพการดูแลเด็กด้านสุขภาพจิตของผู้ปกครอง ที่กล่าวว่า ปัจจัยทางสังคม เช่น เศรษฐฐานะ สุขภาพจิตของผู้ปกครอง ส่งผลต่อศักยภาพการดูแลเด็กของผู้ปกครอง²⁰

ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีผู้เข้าร่วมวิจัย 348 ราย จากนักเรียนทั้งหมด 1,040 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.46 โดยมีผู้ยินยอมเข้าร่วมวิจัย จำนวน 583 ราย และโดนคัดออก เนื่องจากเข้าเกณฑ์การคัดออก (มีพี่น้องเรียนอยู่ในชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนเดียวกัน) จำนวน 235 ราย จึงเหลือผู้เข้าร่วมวิจัย 348 ราย

จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 348 ราย พบว่าผู้เลี้ยงดูที่ตอบแบบสอบถาม มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 43 ปี (S.D. = 5.960) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.3) ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า

(ร้อยละ 93.4) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 93.4) รายได้ต่อเดือน 30,000 – 100,000 บาท (ร้อยละ 56.3) ทำงานในภาคเอกชน (ร้อยละ 90.2) สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 85.6) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 84.2) ทำงานจากที่บ้าน (work from home) ในช่วงของการระบาด (ร้อยละ 56.6) และใช้เวลาในการทำกิจกรรมกับเด็กโดยเฉลี่ยในช่วงการระบาด 48 ชั่วโมง/สัปดาห์ (เทียบกับ 33 ชั่วโมง/สัปดาห์ ก่อนการระบาด) (ตารางที่ 1)

เด็ก มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 9 ปี (S.D. = 1.739) เรียนอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 (ร้อยละ 13.5) เรียนอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 (ร้อยละ 19) เรียนอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 (ร้อยละ 13.5) เรียนอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 (ร้อยละ 18.7) เรียนอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 (ร้อยละ 19.3) เรียนอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 (ร้อยละ 16.1) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 89.4) (ตารางที่ 1)

การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจิตเด็ก

ด้านอารมณ์และพฤติกรรม มีการเปลี่ยนแปลงในด้านที่ดีขึ้น (ร้อยละ 13.8) เท่าเดิม (ร้อยละ 65.5) และแย่ลง (ร้อยละ 20.7)

ด้านการเรียนรู้ตนเอง สังคมและสิ่งแวดล้อม การเรียนรู้ด้านจริยธรรม มีการเปลี่ยนแปลงในด้านที่ดีขึ้น (ร้อยละ 11.8) เท่าเดิม (ร้อยละ 77.9) และแย่ลง (ร้อยละ 10.3)

การเปลี่ยนแปลงด้านศักยภาพการดูแลเด็กด้านสุขภาพจิตของผู้ปกครอง

ด้านกระตุ้นให้เด็กเกิดการเรียนรู้และการฝึกวินัยในเรื่องเกี่ยวกับตนเอง สังคมและสิ่งแวดล้อม และเรื่องจริยธรรมของเด็ก มีการเปลี่ยนแปลงในด้านที่ดีขึ้น (ร้อยละ 13.2) เท่าเดิม (ร้อยละ 70.7) และแย่ลง (ร้อยละ 16.1)

ด้านการตอบสนองทางอารมณ์แก่เด็กและดูแลเด็ก ในด้านการจัดการกับอารมณ์ มีการเปลี่ยนแปลงในด้านที่ดีขึ้น (ร้อยละ 17) เท่าเดิม (ร้อยละ 63.2) และแย่ลง (ร้อยละ 19.8)

ด้านการสร้างความรู้และความเข้าใจในขอบเขตระหว่างตนเองและผู้อื่นของเด็ก มีการเปลี่ยนแปลงในด้านที่ดีขึ้น (ร้อยละ 27.3) เท่าเดิม (ร้อยละ 62.4) และแย่ลง (ร้อยละ 10.3)

การเปลี่ยนแปลงด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมของครอบครัว

พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งทางด้านการเงิน (ร้อยละ 62.1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตัวแปรที่ศึกษา (ผู้ปกครอง)	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	93 (26.7)
หญิง	255 (73.3)
ระดับการศึกษาสูงสุด	
ต่ำกว่าปริญญาตรี	22 (6.3)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	325 (93.4)
อื่นๆ	1 (0.3)
ศาสนา	
พุทธ	325 (93.4)
อื่นๆ	23 (6.6)
รายได้ต่อเดือน (บาท)	
1- 30,000	36 (10.3)
30,001- 100,000	196 (56.3)
> 100,000	116 (33.3)
อาชีพ	
ภาครัฐ	34 (9.8)
ภาคเอกชน	314 (90.2)
สถานภาพสมรส	
อยู่ด้วยกัน	298 (85.6)
แยกกันอยู่และอื่นๆ	50 (14.4)
โรคประจำตัว	
มี	55 (15.8)
ไม่มี	293 (84.2)
มาตรการเกี่ยวกับการจ้างงานในช่วงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	
ทำงานที่บ้าน (WFH)	197 (56.6)
ทำงานที่ทำงานเหมือนเดิม	151 (43.4)
ระดับชั้นที่กำลังศึกษา	
ประถมศึกษาชั้นปีที่ 1	47 (13.5)
ประถมศึกษาชั้นปีที่ 2	66 (19)
ประถมศึกษาชั้นปีที่ 3	47 (13.5)
ประถมศึกษาชั้นปีที่ 4	65 (18.7)
ประถมศึกษาชั้นปีที่ 5	67 (19.3)
ประถมศึกษาชั้นปีที่ 6	56 (16.1)
โรคประจำตัว	
มี	37 (10.6)
ไม่มี	311 (89.4)

และสุขภาพจิต (ร้อยละ 70.1) ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาการใช้สารเสพติด (ร้อยละ 94.5) ไม่มีการดื่มสุราเป็นประจำ (ร้อยละ 85.9) สมาชิกในครอบครัวไม่มีการใช้ความรุนแรง (ร้อยละ 93.1) สมาชิกในครอบครัวไม่มีการตกงานจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ร้อยละ 85.6) มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายของ

ครอบครัว (ร้อยละ 71.6) ไม่มีการ เล่นหวย เล่นหุ้น การพนัน ลอตเตอรี่ (ร้อยละ 62.9) ไม่มีสภาวะวิกฤติอื่นๆ (ร้อยละ 73) ไม่มีการทะเลาะวิวาทในครอบครัว (ร้อยละ 74.7) แต่พบว่าครอบครัวส่วนใหญ่มีหนี้ (ร้อยละ 66.4)

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับศักยภาพการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครอง

ด้านการกระตุ้นให้เด็กเกิดการเรียนรู้และการฝึกวินัยในเรื่องเกี่ยวกับตนเอง สังคมและสิ่งแวดล้อม และเรื่องจริยธรรมของเด็ก พบว่า การที่ครอบครัวได้รับการช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเรื่องสุขภาพจิต จะมีโอกาสที่ศักยภาพการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองจะดีเป็น 5.055 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ปกครองที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต ($OR = 5.055$ 95% C.I. 1.411, 18.111 $p = 0.013$) และการไม่มีการทะเลาะวิวาทในครอบครัว จะมีโอกาสที่ศักยภาพการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองจะดีเป็น 2.702 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ปกครองที่มีการทะเลาะวิวาทในครอบครัว ($OR = 2.702$ 95% C.I. 1.120, 6.516 $p = 0.027$) (ตารางที่ 2)

ด้านการตอบสนองทางอารมณ์แก่เด็กและดูแลเด็กในด้านการจัดการกับอารมณ์ พบว่า การที่สมาชิกในครอบครัวไม่มีประวัติการใช้ความรุนแรง จะมีโอกาสที่ศักยภาพการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองจะดีเป็น 6.521 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ปกครองที่มีประวัติการใช้ความรุนแรง ($OR = 6.521$ 95% C.I. 1.052, 40.425 $p = 0.044$) (ตารางที่ 2)

ด้านการสร้างความรู้และความเข้าใจในขอบเขตระหว่างตนเองและผู้อื่นของเด็ก ได้แก่ ขอบเขตทางกาย จิตใจและสังคม และการเป็นแบบอย่าง พบว่า การที่สมาชิกในครอบครัวไม่มีประวัติการใช้ความรุนแรง จะมีโอกาสที่ศักยภาพการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองจะดีเป็น 8.918 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ปกครองที่มีประวัติการใช้ความรุนแรง ($OR = 8.918$ 95% C.I. 1.404, 56.636 $p = 0.020$) การมีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายของครอบครัว จะมีโอกาสที่ศักยภาพการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองจะดีเป็น 3.065 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ปกครองที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายของครอบครัว ($OR = 3.065$ 95% C.I. 1.438, 6.532 $p = 0.004$) และการไม่มีการทะเลาะวิวาทในครอบครัว จะมีโอกาสที่ศักยภาพการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองจะดีเป็น 4.147 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ปกครองที่มีการทะเลาะวิวาทในครอบครัว ($OR = 4.147$ 95% C.I. 1.509, 11.397 $p = 0.006$) (ตารางที่ 2)

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตเด็ก

ด้านอารมณ์และพฤติกรรม พบว่า ไม่มีปัจจัยจากศักยภาพการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองด้านใด ที่เพิ่มโอกาสให้สุขภาพจิตเด็ก

ดีขึ้น อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ด้านการได้รับการเรียนรู้ ได้แก่ การเรียนรู้ตนเอง สังคม และสิ่งแวดล้อม การเรียนรู้ด้านจริยธรรม พบว่า ศักยภาพการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครอง (ในด้านการสร้างความรู้และความเข้าใจในขอบเขตระหว่างตนเองและผู้อื่นของเด็ก ได้แก่ ขอบเขตทางกาย จิตใจและสังคม และการเป็นแบบอย่าง) ที่เปลี่ยนแปลงในทางบวก จะมีโอกาสที่สุขภาพจิตเด็กจะดีเป็น 5.376 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีศักยภาพการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองในด้านเดียวกันแย่ลง ($OR = 5.376$ 95% C.I. 2.325, 12.433 $p < 0.001$) (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

จากผลการวิจัยจะพบว่า ยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตเด็ก และศักยภาพการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครอง ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องไปกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ในประเทศอิสราเอล ในช่วงระลอกแรกของการระบาด จะยังไม่พบผลกระทบมากนักต่อเด็กและผู้ปกครอง²¹ อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาในประเทศจีนที่กล่าวว่า เกิดผลกระทบต่อสุขภาพจิตเด็ก ในระลอกแรกของการระบาด^{2,3} ซึ่งการที่ผลงานวิจัยต่างออกไปจากงานวิจัยนี้อาจเป็นเพราะช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลวิจัยนี้ เป็นช่วงของการระบาดระลอกแรกในประเทศไทย (เมษายน 2563) ซึ่งความรุนแรงของการระบาดน้อย หากเทียบกับประเทศอื่นๆ ในช่วงเวลาเดียวกัน อีกทั้งช่วงเวลาที่มีการระบาดระลอกแรกในประเทศไทย เป็นช่วงเวลาที่ปิดเทอม การปิดโรงเรียนจากการล็อกดาวน์ จึงไม่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตประจำวันของเด็กมากนัก หากเทียบกับช่วงการระบาดที่มีการปิดโรงเรียนจากการล็อกดาวน์ ในช่วงเปิดเทอม

จากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับศักยภาพการเลี้ยงดูเด็กด้านสุขภาพจิตของผู้ปกครอง พบว่า ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมทางสังคมของครอบครัว ที่เพิ่มโอกาสให้ศักยภาพการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครอง ยังคงเปลี่ยนแปลงในทางบวก คือ การที่ครอบครัวได้รับการช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเรื่องสุขภาพจิต การไม่มีการทะเลาะวิวาทในครอบครัว การมีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายของครอบครัว และการที่สมาชิกในครอบครัวไม่มีประวัติการใช้ความรุนแรง ซึ่งจะเห็นได้ว่า หากมีปัญหาใน 3 ปัจจัยแรก จะส่งผลให้เกิดความเครียดของผู้ปกครองในการดูแลลูกมากขึ้น จากการที่ผู้ปกครองไม่มีผู้ให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจ²² การทะเลาะวิวาทในครอบครัว จะส่งผลให้เกิดบรรยากาศในบ้านที่ทึบอับ ซึ่งส่งผลต่อความเครียดของผู้ปกครอง²¹ การมีรายได้ไม่เพียงพอ ก็ส่งผลต่อทั้งความเครียด

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับศักยภาพการเลี้ยงดูเด็กด้านสุขภาพจิตของผู้ปกครองที่เปลี่ยนแปลงในทางบวก

ตัวแปร	ด้านการกระตุ้นให้เด็กเกิดการเรียนรู้และการฝึกวินัย ในเรื่องเกี่ยวกับตนเอง สังคม และสิ่งแวดล้อม และเรื่องจริยธรรมของเด็ก (n = 348)				ด้านการตอบสนองทางอารมณ์แก่เด็ก และดูแลเด็กในด้านการจัดการกับอารมณ์ (n = 348)				ด้านการสร้างความรู้และความเข้าใจในขอบเขตระหว่างตนเองและผู้อื่นของเด็ก ได้แก่ ขอบเขตทางกาย จิตใจ และสังคม และการเป็นแบบอย่าง (n = 348)			
	Sig.	OR	95% C.I. for OR		Sig.	OR	95% C.I. for OR		Sig.	OR	95% C.I. for OR	
			Lower	Upper			Lower	Upper			Lower	Upper
ครอบครัวได้รับการช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเรื่องการเงิน	0.818	1.117	0.434	2.878	0.789	1.134	0.451	2.850	0.601	1.389	0.406	4.753
ครอบครัวได้รับการช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเรื่องสุขภาพจิต	0.013*	5.055	1.411	18.111	0.088	2.664	0.865	8.206	0.707	1.299	0.333	5.067
สมาชิกในครอบครัวไม่มีการดื่มสุราเป็นประจำ	0.473	1.497	0.498	4.501	0.872	1.103	0.335	3.633	0.510	1.500	0.449	5.009
สมาชิกในครอบครัวไม่มีการใช้สารเสพติด	0.989	1.016	0.101	10.236	0.264	3.473	0.391	30.836	0.090	0.138	0.014	1.359
สมาชิกในครอบครัวไม่มีประวัติการใช้ความรุนแรง	0.626	1.699	0.201	14.340	0.044*	6.521	1.052	40.425	0.020*	8.918	1.404	56.636
สมาชิกในครอบครัวไม่มีการตกงานจากการระบาด ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	0.185	1.892	0.737	4.853	0.291	0.518	0.152	1.758	0.409	1.593	0.528	4.810
รายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายของครอบครัว	0.466	1.276	0.662	2.462	0.529	0.813	0.427	1.549	0.004**	3.065	1.438	6.532
ครอบครัวไม่มีหนี้	0.071	0.539	0.276	1.053	0.668	0.877	0.481	1.598	0.587	0.784	0.325	1.890
ครอบครัวไม่มีการ เล่นหวย เล่นหุ้น การพนัน ลอตเตอรี่	0.524	1.252	0.628	2.495	0.073	0.523	0.257	1.061	0.308	1.557	0.665	3.645
ครอบครัวไม่มีสภาวะวิกฤติอื่น ๆ	0.883	1.071	0.431	2.660	0.260	1.631	0.696	3.821	0.308	0.562	0.185	1.702
ไม่มีการทะเลาะวิวาทในครอบครัว	0.027*	2.702	1.120	6.516	0.350	0.636	0.247	1.641	0.006**	4.147	1.509	11.397
ค่าคงที่	0.248	0.386			0.360	0.518			0.774	0.784		

หมายเหตุ ใช้สถิติ Multiple logistic regression

* p < 0.05 ** p < 0.01

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตเด็กที่เปลี่ยนแปลงในทางบวก

ตัวแปร	ด้านอารมณ์และพฤติกรรม (n = 348)				ด้านการได้รับการเรียนรู้ ได้แก่ การเรียนรู้ตนเอง สังคมและสิ่งแวดล้อม การเรียนรู้ด้านจริยธรรม (n = 348)			
	Sig.	OR	95% C.I. for OR		Sig.	OR	95% C.I. for OR	
			Lower	Upper			Lower	Upper
ศักยภาพการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองที่เปลี่ยนแปลงในทางบวก ในด้านกระตุ้นให้เด็กเกิดการเรียนรู้และการฝึกวินัย ในเรื่องเกี่ยวกับตนเองสังคม และสิ่งแวดล้อมและเรื่องจริยธรรมของเด็ก	0.997	1.001	0.484	2.071	0.362	1.517	0.619	3.726
ศักยภาพการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองที่เปลี่ยนแปลงในทางบวก ในด้านการตอบสนองทางอารมณ์แก่เด็กและดูแลเด็ก ในด้านการจัดการกับอารมณ์	0.100	1.699	0.903	3.195	0.909	1.053	0.433	2.560
ศักยภาพการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองที่เปลี่ยนแปลงในทางบวก ในด้านการสร้างความรู้และความเข้าใจในขอบเขตระหว่างตนเอง และผู้อื่นของเด็ก ได้แก่ ขอบเขตทางกาย จิตใจ และสังคม และการเป็นแบบอย่าง	0.084	1.978	0.912	4.289	< 0.001 **	5.376	2.325	12.433
ค่าคงที่	0.450	1.396			0.407	1.505		

หมายเหตุ ใช้สถิติ Multiple logistic regression

* p < 0.05 ** p < 0.01

ในผู้ปกครอง และมีโอกาสเพิ่มการเกิดการดูแลเด็กที่ไม่เหมาะสมได้²² ในส่วนของการที่สมาชิกในครอบครัวมีประวัติการใช้ความรุนแรงนั้น พบว่าหากเป็นการกระทำจากคู่สมรส อาจก่อให้เกิดอาการป่วยทางจิตจากเหตุการณ์รุนแรง (post-traumatic stress symptoms) ในผู้ปกครองที่ถูกกระทำ ซึ่งอาการดังกล่าว จะส่งผลต่อการจัดการอารมณ์ของผู้ปกครองที่ถูกกระทำ และส่งผลให้ผู้ปกครอง ช่วยจัดการอารมณ์ด้านลบของเด็กได้ยากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อศักยภาพการเลี้ยงดูเด็ก²³

จากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตเด็ก พบว่า ศักยภาพการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองที่เปลี่ยนแปลงในทางบวกในด้านการสร้างความรู้และความเข้าใจในขอบเขตระหว่างตนเองและผู้อื่นของเด็ก ได้แก่ ขอบเขตทางกาย จิตใจและสังคม และการเป็นแบบอย่าง (ผู้ปกครองสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ และป้องกันไม่ให้เด็ก รับรู้ความเวลาผู้ใหญ่ในบ้านใช้ความรุนแรง หรือทะเลาะกัน) จะเพิ่มโอกาสให้สุขภาพจิตเด็ก ด้านการเรียนรู้ตนเอง สังคมและสิ่งแวดล้อม การเรียนรู้ด้านจริยธรรม (เด็กสามารถเชื่อฟังคำสั่ง รับผิดชอบหน้าที่ มีการคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้เป็นส่วนใหญ่น้ำใจแบ่งปัน และมีส่วนร่วมในการวางแผนกิจวัตรประจำวัน) ยังคงเปลี่ยนแปลงในทางบวก ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ปกครองสามารถจัดการอารมณ์ตนเองได้ จะสามารถช่วยให้เด็กจัดการอารมณ์และพฤติกรรมตนเองได้ดีเช่นกัน²⁴ นอกจากนี้ การที่ผู้ปกครองมีพื้นฐานที่ดี และไม่เครียดมากเกินไป เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการดูแลเด็กอย่างเป็นแบบแผน (structured parenting) และเพิ่มโอกาสการดูแลเด็กในลักษณะที่มีการปลอบโยนมากขึ้น (soothing) โดยพบว่า การที่ผู้ปกครองสามารถดูแลเด็กแบบเป็นแบบแผนได้ จะช่วยลดผลกระทบจากการกักตักต่อเด็กลงได้ อีกทั้งการที่ผู้ปกครอง ให้การดูแลเด็กแบบปลอบโยนมากขึ้น จะส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมส่งเสริมการเข้าสังคม (prosocial behavior) มากขึ้น²⁵ อย่างไรก็ตาม การที่ผู้ปกครองบางส่วน มีปัญหาในการดูแลเด็กแบบเป็นแบบแผน อาจมาจาก การที่ผู้ปกครองในกลุ่มเศรษฐกิจระดับล่างส่วน มีการรายงานถึงความยากลำบาก ในการจัดการกับแบบแผนในครอบครัวที่เปลี่ยนไป กล่าวคือ การปรับสมดุลระหว่างการทำงานที่บ้านของตน กับ การดูแลเด็ก เนื่องจากขาดผู้ช่วยเหลือภายนอก จาก การที่ทุกคนต้องแยกกันอยู่ และโรงเรียนปิด ซึ่งความรู้สึกลำบากนี้เอง จะเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเครียดให้ผู้ปกครอง²¹ และยิ่งก่อให้เกิดการดูแลเด็กแบบที่ไม่เป็นแบบแผนมากขึ้น²⁵ ดังนั้นการที่มีผู้ช่วยเหลือเด็กเพิ่มในครอบครัวในช่วงของกักตัว อาจจะช่วย

ผู้ปกครอง สามารถปรับสมดุลระหว่างการทำงานที่บ้านของตน กับ การดูแลเด็ก ได้ดีขึ้น

จากการศึกษาพบว่า ในภาพรวมแล้ว เด็กและผู้ปกครอง ส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับผลกระทบ ซึ่งอาจมาจากการที่ผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่าง มีเศรษฐกิจระดับดี และส่วนใหญ่ยังจัดการอารมณ์ตัวเองได้ อีกทั้งช่วงการเก็บข้อมูลนี้เป็นช่วงแรกของการระบาดในประเทศไทย ซึ่งความรุนแรงของการระบาด ยังไม่มากนัก นอกจากนี้ มีการศึกษาว่า การที่ผู้ปกครองมีมุมมองว่าตนมีความสามารถในการเป็นพ่อแม่²⁴ มีมุมมองต่อการกักตัวที่ดี ในลักษณะที่ทำให้เกิดการใช้เวลาที่ดีกับลูกมากขึ้น²⁶ และมีมุมมองว่าตนสามารถจัดการควบคุมสถานการณ์ได้²² จะช่วยลดความเครียดจากการดูแลลูกได้ ซึ่งปัจจัยเกี่ยวกับมุมมองของผู้ปกครองนี้ ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติม ในงานวิจัยต่อไป

อย่างไรก็ดี ในกลุ่มประชากรนี้ สิ่งที่จะช่วยให้สุขภาพจิตเด็กยังคงเปลี่ยนแปลงในทางบวก คือ การที่ผู้ปกครองสามารถจัดการอารมณ์ตนเองได้ และป้องกันไม่ให้เด็กรับรู้ เกี่ยวกับการทะเลาะเบาะแว้งภายในครอบครัว ซึ่งการช่วยเหลือ โดยการจัดการให้การดูแลด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ปกครอง ผ่านระบบโทรเวชกรรม (telemedicine) น่าจะเกิดประโยชน์ในประชากรกลุ่มนี้²⁷

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถบอกเหตุและผลได้ อีกทั้งเป็นการถามย้อนหลัง ซึ่งมีโอกาสที่ผู้ตอบแบบสอบถาม จะไม่สามารถจำข้อมูลได้ทั้งหมด (recall bias) และกลุ่มตัวอย่างที่เลือก มาจากครอบครัวที่มีเศรษฐกิจดี ซึ่งทำให้ไม่สามารถขยายผลวิจัย ไปยังกลุ่มเศรษฐกิจอื่นๆ ได้ อีกสิ่งหนึ่ง คือ ผู้วิจัย ไม่ได้เก็บข้อมูลจำนวนผู้ปกครองที่ช่วยเหลือเด็ก ซึ่งการที่มีผู้ดูแลเด็กหลายคน จะส่งผลต่อศักยภาพการดูแลเด็กของผู้ปกครองเช่นกัน และผู้วิจัยไม่ได้ถามความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างผู้เลี้ยงดูที่ตอบแบบสอบถามกับเด็ก และช่วงเวลา ที่เก็บวิจัยเป็นช่วงปิดเทอม จึงไม่สามารถนำไปขยายผลสู่ช่วงการระบาดที่เป็นช่วงเปิดเทอมได้ อีกทั้งความรุนแรงของการระบาด ในระลอกแรกถือว่าน้อย เมื่อเทียบกับการระบาดในระลอกที่ 3 (ตั้งแต่ช่วงเดือนเมษายน 2564) จึงอาจไม่สามารถใช้ผลจากงานวิจัยนี้ ในการทำนายผลกระทบในปัจจุบันได้ทั้งหมด เพียงอาจเห็นเป็นแนวโน้มว่า สุขภาพจิตด้านใดที่นำจะได้รับผลกระทบก่อน และมากกว่าด้านอื่นๆ อีกทั้งผลกระทบต่อกันอาจจะต่างกันตามลำดับการเกิดด้วย นอกจากนี้ งานวิจัยนี้ไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับมุมมองของ

ผู้ปกครองในด้าน ความรู้สึกว่าตนให้การดูแลเด็กได้ ความรู้สึกที่ตนสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ และมุมมองเกี่ยวกับการใช้เวลากับเด็กในช่วงกักตัว ซึ่งปัจจัยมุมมองนี้ถือเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ส่งผลต่อศักยภาพการดูแลเด็ก จึงควรมีการประเมินมุมมองของผู้ปกครองเพิ่มเติมในงานวิจัยต่อไป และควรมีการทำงานวิจัยในลักษณะนี้ซ้ำในช่วงของการระบาดในระลอกหลังๆ ที่พบว่ามีความรุนแรงของการระบาดสูงขึ้นมาก เนื่องจากอาจพบผลกระทบที่ชัดเจนขึ้นอีกทั้งงานวิจัยนี้ มีผู้เข้าร่วมงานวิจัยเพียง 33% ซึ่งอาจต้องมีการระมัดระวังในการแปลผล ผู้วิจัยเอง ไม่สามารถบอกได้ว่า กลุ่มที่ไม่เข้าร่วมงานวิจัยมีลักษณะเป็นอย่างไร แตกต่างจากกลุ่มที่เข้าร่วม มากน้อยเพียงใด เนื่องจากการส่งแบบสอบถามแบบใส่ซองปิดผนึก ผู้ไม่เข้าร่วมงานวิจัย จะส่งแบบสอบถามเปล่ากลับมา จึงไม่ได้ข้อมูลใดๆ เพิ่มเติม และผู้วิจัยไม่สามารถส่งแบบสอบถามได้โดยตรง เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สรุป

ยังไม่พบผลกระทบจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระลอกแรก (ช่วงเดือนเมษายน 2563) ต่อสุขภาพจิตเด็ก ศักยภาพการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครอง และสภาพแวดล้อมทางสังคมของครอบครัวมากนัก ในครอบครัวที่มีเศรษฐกิจดี และมีลูกที่กำลังศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาของโรงเรียนเอกชนหญิงล้วนแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพ กล่าวคือ สุขภาพจิตเด็ก และศักยภาพการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครอง ส่วนใหญ่ยังอยู่ในเกณฑ์ที่เท่าเดิม ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมทางสังคมของครอบครัว ที่เพิ่มโอกาสที่ศักยภาพการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองยังคงเปลี่ยนแปลงในทางบวก คือ การที่ครอบครัวได้รับการช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเรื่องสุขภาพจิต การไม่มีการทะเลาะวิวาทในครอบครัว การมีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายของครอบครัว และการที่สมาชิกในครอบครัวไม่มีประวัติการใช้ความรุนแรง ส่วนปัจจัยที่เพิ่มโอกาสที่สุขภาพจิตเด็กจะยังคงเปลี่ยนแปลงในทางบวก คือ การที่ผู้ปกครองสามารถจัดการอารมณ์ตนเองได้ และป้องกันไม่ให้เด็กรับรู้ เกี่ยวกับการทะเลาะเบาะแว้งภายในครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

- Rosenthal DM, Ucci M, Heys M, Hayward A, Lakhanpaul M. Impacts of COVID-19 on vulnerable children in temporary accommodation in the UK. *Lancet Public Health*. 2020;5(5): 241-2.
- Duan L, Shao X, Wang Y, Huang Y, Miao J, Yang X, et al. An investigation of mental health status of children and adolescents in China during the outbreak of COVID-19. *J Affect Disord* 2020;275:112-8.
- Zhou SJ, Zhang LG, Wang LL, Guo ZC, Wang JQ, Chen JC, et al. Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2020;29(6):749-58.
- Jiao WY, Wang LN, Liu J, Fang SF, Jiao FY, Pettoello-Mantovani M, et al. Behavioral and emotional disorders in children during the COVID-19 epidemic. *J Pediatr* 2020;221:264-6.
- Putnam-Hornstein E, Needell B, King B, Johnson-Motoyama M. Racial and ethnic disparities: a population-based examination of risk factors for involvement with child protective services. *Child Abuse Negl* 2013;37(1):33-46.
- Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey MJ, Chatterjee S, et al. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndr* 2020;14(5):779-88.
- Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med* 2020;382(18):1708-20.
- Saurabh K, Ranjan S. Compliance and psychological impact of quarantine in children and adolescents due to Covid-19 pandemic. *Indian J Pediatr* 2020;87(7):532-6.
- Sprang G, Silman M. Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster Med Public Health Prep* 2013;7(1):105-10.
- Pongthanawisuth S, Sangkool J, Jatchavala C. Parental parenting styles in patients with substance use disorders: a study in Songkhla, Thailand. *Songkla Med J* 2016; 34(5):259-68.
- Imran N, Zeshan M, Pervaiz Z. Mental health considerations for children & adolescents in COVID-19 pandemic. *Pak J Med Sci* 2020;36(COVID19-S4):67-72.
- Cluver L, Lachman JM, Sherr L, Wessels I, Krug E, Rakotomalala S, et al. Parenting in a time of COVID-19. *Lancet* 2020;395(10231): 64.
- Rosenthal CM, Thompson LA. Child abuse awareness month during the coronavirus disease 2019 pandemic. *JAMA Pediatr* 2020;174(8):812.
- Fontanesi L, Marchetti D, Mazza C, Di Giandomenico S, Roma P, Verrocchio MC. The effect of the COVID-19 lockdown on parents: a call to adopt urgent measures. *Psychol Trauma* 2020;12(S1): 79-81.
- Vadivel R, Shoib S, El Halabi S, El Hayek S, Essam L, Gashi Bytyci D et al. Mental health in the post-COVID-19 era: challenges and the way forward. *Gen Psychiatr* 2021 ;34(1):e100424.
- Thaichildrights.org (Internet). Thailand: The Center for the Protection of Children's Rights Foundation; [updated April, 2011; cited 2020 May 20]. available from : <https://www.thaichildrights.org/articles/article-standard/>
- Meunier J-C, Roskam I. Psychometric properties of a parental childrearing behavior scale for French-speaking parents, children, and adolescents. *Eur J Psychol Assess*. 2007;23(2):113-24.
- Woerner W NS, Becker A, Wongpiromsarn Y, Mongkol A.

- Normative data and psychometric properties of the Thai version of the strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *J Ment Health Thai*. 2011;19(1):42-57.
19. Thaichildrights.org (Internet). Thailand: The Center for the Protection of Children's Rights Foundation; [updated 2017 April 24; cited 2020 May 20]. available from : <https://www.thaichildrights.org/articles/article-standard/>
20. Black MM, Walker SP, Fernald LCH, Andersen CT, DiGirolamo AM, Lu C, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet*. 2017;389(10064):77-90.
21. Spinelli M, Lionetti F, Setti A, Fasolo M. Parenting stress during the COVID-19 outbreak: socioeconomic and environmental risk factors and implications for children emotion regulation. *Fam Process* 2021;60(2):639-53.
22. Brown SM, Doom JR, Lechuga-Pena S, Watamura SE, Koppels T. Stress and parenting during the global COVID-19 pandemic. *Child Abuse Negl* 2020;110:104699.
23. Gurtovenko K, Katz LF. Post-traumatic stress, mother's emotion regulation, and parenting in survivors of intimate partner violence. *J Interpers Violence* 2020;35(3-4):876-98.
24. Morelli M, Cattellino E, Baiocco R, Trumello C, Babore A, Candelori C, et al. Parents and children during the COVID-19 lockdown: the influence of parenting distress and parenting self-efficacy on children's emotional well-being. *Front Psychol* 2020;11:584645.
25. Romero E, Lopez-Romero L, Dominguez-Alvarez B, Villar P, Gomez-Fraguela JA. Testing the effects of COVID-19 confinement in Spanish children: the role of parents' distress, emotional problems and specific parenting. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(19):6975.
26. Cusinato M, Iannattone S, Spoto A, Poli M, Moretti C, Gatta M, et al. Stress, resilience, and well-being in Italian children and their parents during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(22):8297.
27. Adiukwu F, de Filippis R, Orsolini L, Gashi Bytyçi D, Shoib S, Ransing R et al. Scaling up global mental health services during the COVID-19 pandemic and beyond. *Psychiatr Serv* 2021; appips202000774.

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมองพิการ

ฐิติรัตน์ จงอัจริยะ*, ทิพาพร ทองมาก**

*กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

**กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมองพิการ

วิธีการศึกษา เป็นการเก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง จากผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักของเด็กสมองพิการ อายุ 4 - 12 ปี ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกเวชกรรมฟื้นฟูและกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2562 ถึง 30 เมษายน 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของเด็กสมองพิการและผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลัก แบบประเมินระบบการจำแนกระดับความรุนแรงตามความสามารถด้านการเคลื่อนไหวของเด็กสมองพิการ ฉบับเพิ่มเติมและปรับปรุง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของเด็กสมองพิการสำหรับผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลัก ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนาและหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษา เด็กสมองพิการจำนวน 51 ราย มีอายุเฉลี่ย 7.3 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.6 มีระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหวระดับที่ 1 และ 4 สูงสุด คือ ร้อยละ 29.4 รองลงมา คือ ระดับที่ 5 ร้อยละ 21.6 ผู้ปกครองที่ดูแลเด็ก มีอายุเฉลี่ย 37.7 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.5 จากการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่ที่ดีและการยอมรับทางสังคมสูงที่สุด คือ 868.6 ± 142.3 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านความเจ็บปวดและผลกระทบของการมีความพิการต่ำที่สุด คือ 200.0 ± 145.2 คะแนน และพบว่าระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหวของเด็กสมองพิการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.554, p < .01$)

สรุป เด็กสมองพิการที่มีระดับความสามารถทางการเคลื่อนไหวได้น้อย มีแนวโน้มจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำ การศึกษานี้สามารถนำผลไปใช้วางแผนการรักษาให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

คำสำคัญ เด็กสมองพิการ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหว

Corresponding author: พญ. ฐิติรัตน์ จงอัจริยะ

กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

E-mail: thitirupmr@gmail.com

วันรับ : 16 พฤศจิกายน 2564 วันแก้ไข : 9 กุมภาพันธ์ 2565 วันตอบรับ : 21 กุมภาพันธ์ 2565

Association between Gross Motor Functions and Health-Related Quality of Life in Children with Cerebral Palsy

Thitirut Jongutchariya*, Tipaporn Thongmak**

*Department of Rehabilitation, Hatyai Hospital, Songkhla Province, Thailand.

**Department of Pediatric, Hatyai Hospital, Songkhla Province, Thailand.

ABSTRACT

Objective: To determine the association between gross motor functions and health-related quality of life in children with cerebral palsy

Method: A cross-sectional study was conducted from May 1st, 2019 to April 30th, 2020. The data was collected from primary caregivers of children with cerebral palsy aged 4 - 12 years attending out-patient department of physical medicine and rehabilitation and department of pediatrics, Hatyai Hospital. The cerebral palsy quality of life questionnaire (CP QOL-Child) for parent proxy-report-Thai version was used to assess quality of life among children with cerebral palsy. Gross motor function was assessed by Gross Motor Functional Classification System Expanded and Revised (GMFCS - E&R). The collected data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient were used to determine the correlation between dimensional the stratum of GMFCS - E&R and scores of CP QOL-Child.

Results: Most children, age 4 - 12 years with cerebral palsy were male (68.6%) and had mean age 7.3 years old. With regard to caregivers, most of them were parents, with more females (74.5%) than males, and they had mean-aged 37.7 years old. Most children were GMFCS- E&R level I and IV (29.4%) followed by level V (21.6%). The social well-being and acceptance domain had the highest mean score, was 868.6 ± 142.3 . On the other hand, the pain and impact disability had the lowest mean score, 200.0 ± 145.2 . Moreover, the GMFCS- E&R had the negative correlation with the mean of the overall CP QOL child score ($r = -.554$, $p < .01$).

Conclusion: The cerebral palsy children with the lowest stratum of gross motor function tended to have the negative correlated with the overall CP QOL child score. This study has the utility for the physician, who take care the patient to have the multidisciplinary care plan.

Keywords: Cerebral palsy, health-related quality of life, gross motor function

บทนำ

สมองพิการ คือ กลุ่มอาการผิดปกติของการเคลื่อนไหว และการทรงตัว เป็นผลจากพยาธิสภาพอย่างถาวรในสมองขณะที่ ยังพัฒนาไม่เต็มที่¹ ความชุกของเด็กสมองพิการ อยู่ระหว่าง 2 - 2.5 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน² มักพบร่วมกับความผิดปกติอื่นๆ เช่น การมองเห็น การได้ยิน สติปัญญา การเรียนรู้ การสื่อสาร และ พฤติกรรม ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย คือ อาการชัก และความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ โดยที่เด็กสมองพิการแต่ละ รายแสดงอาการแตกต่างกันขึ้นกับชนิดและระดับความสามารถ ด้านการเคลื่อนไหว จากผลการศึกษาที่ผ่านมา³ เมื่อแบ่งชนิดของ สมองพิการตามอาการแสดงทางคลินิก พบชนิดเกร็งตัวมากที่สุด ร้อยละ 41.1 รองลงมาคือ ชนิดเกร็งตัวน้อยกว่าแขน และชนิด เกร็งตัวครึ่งซีก ตามลำดับ และเมื่อแบ่งระดับความรุนแรงของสมอง พิการตามความสามารถด้านการเคลื่อนไหว โดยใช้ตามแบบ ประเมินระบบการจำแนกระดับความรุนแรงตามความสามารถ ด้านการเคลื่อนไหวของเด็กสมองพิการ ฉบับเพิ่มเติมและปรับปรุง Gross Motor Function Classification System Expanded and Revised (GMFCS-E&R)⁴⁻⁶ ที่แบ่งระดับความสามารถออกเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 1 ความรุนแรงน้อย เด็กสามารถเคลื่อนไหวได้ ด้วยตนเอง จนถึงระดับ 5 ความรุนแรงมากที่สุด เด็กไม่สามารถ ดูแลตนเองได้ ต้องการความช่วยเหลือด้านการเคลื่อนย้ายโดยผู้อื่น โดย GMFCS-E&R ถือเป็นเครื่องมือที่นิยมนำมาใช้และได้รับการ ยอมรับว่ามีมาตรฐาน มีความน่าเชื่อถือทั้งในด้านความเที่ยงตรง และความเชื่อมั่น และมีความน่าเชื่อถือมากกว่าอาการทางคลินิก มีประโยชน์ในการนำมาใช้สื่อสารระหว่างแพทย์ บุคลากรทาง การแพทย์และผู้ดูแล เป็นสิ่งจำเป็นในการวางแผนและติดตาม การรักษา ตลอดจนให้การช่วยเหลือเด็กสมองพิการได้อย่าง เหมาะสม⁷ และจากการศึกษาเด็กสมองพิการที่ได้รับการรักษา ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่³ พบว่า มีระดับความสามารถด้าน การเคลื่อนไหวในระดับ 5 มากที่สุด ร้อยละ 38.7 รองลงมาอยู่ใน ระดับ 1 และระดับที่ 3 ร้อยละ 23.3 และร้อยละ 15.3 ตามลำดับ

ภาวะสมองพิการถือได้ว่าเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง และเป็นภาวะทุพพลภาพทางกายที่พบมากที่สุดเ็นเด็ก ส่งผลกระทบ ต่อการดูแลรักษาในระยะยาวทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแลหลัก การรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจึงเป็นแบบองค์รวมโดยสหวิชาชีพ จุดประสงค์เพื่อกระตุ้นพัฒนาการทางระบบประสาท เพิ่มความ สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของเด็กสมองพิการให้ดียิ่งขึ้น⁸ ปัจจุบัน

การวัดผลลัพธ์ของการรักษาชนิดต่างๆ ทางคลินิกมีความครอบคลุม เพิ่มขึ้นทั้งมิติสุขภาพกาย สุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีทางสังคม ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related Quality of Life : HRQOL) ก็เป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยเสริมให้บุคลากรทาง การแพทย์ตระหนักและรับรู้ถึงการดำรงชีวิตของผู้ป่วยในมิติต่างๆ ดังนั้นจึงมีการพัฒนาแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ กลุ่มเด็กสมองพิการ เพื่อเป็นเครื่องมือที่นำมาประยุกต์ใช้วัดผลลัพธ์ ของการรักษาต่างๆ เช่น the Cerebral Palsy Quality of Life Questionnaire for Children (CP QOL-Child) the Child Health Questionnaire (CHQ) และ the Pediatric Quality of Life Inventory-CP Module (PedsQL) เป็นต้น⁹ แบบสอบถาม CP QOL-child ของ Davis และคณะ^{9,10} เป็นเครื่องมือที่พัฒนาจาก กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกเรื่องการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ (International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF) ที่ประเมินสมรรถนะ หรือความสามารถของบุคคลเป็นองค์รวม โดยมีได้ดูเพียงพยาธิ สภาพของโรคและความพิการเท่านั้น แต่ยังสะท้อนถึงคุณภาพชีวิต จากปฏิสัมพันธ์ระหว่าง 5 ปัจจัย ได้แก่ การทำงานของร่างกายและ โครงสร้างของร่างกาย กิจกรรมการมีส่วนร่วมในสังคม ปัจจัยด้าน สิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านบุคคล โดยเน้นการประเมินความรู้สึก ของผู้ป่วยเด็กสมองพิการต่อสภาพความเป็นอยู่ที่ดี มากกว่า สภาพความเจ็บป่วย สามารถนำมาใช้เพื่อติดตามและประเมิน ความช่วยเหลือหลังเข้ารับการรักษา เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในอนาคต ปัจจุบันแบบประเมินนี้มีการนำมาแปลหลายภาษา และใช้อย่างแพร่หลายรวมถึงประเทศไทยที่มีการแปลเป็นภาษาไทย โดยขวัญชนกและคณะ¹¹ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า เมื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถด้าน การเคลื่อนไหวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่แล้วระดับ ความสามารถในการเคลื่อนไหวมีความสัมพันธ์ทางลบกับ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพ ชีวิตด้านสุขภาพจิต^{12,13} ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Shelly และ คณะ¹⁴ ที่ใช้แบบสอบถาม CP QOL-child พบว่า ระดับความ สามารถด้านการเคลื่อนไหวที่ลดลงมีผลทางลบต่อคุณภาพชีวิต เกือบทุกด้าน ยกเว้นด้านการเข้าถึงบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โรงพยาบาลขนาดใหญ่เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่ให้บริการ รักษาและฟื้นฟูเด็กสมองพิการอย่างต่อเนื่อง ที่ผ่านมามีเด็กสมอง พิการได้รับการประเมินภาวะสุขภาพเฉพาะระดับความสามารถ ด้านการเคลื่อนไหวเท่านั้น แต่ยังไม่เคยได้รับการประเมินคุณภาพ

ชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมในทุกมิติ โดยเฉพาะมิติด้านสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี ทางผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหวของเด็กสมองพิการกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยเลือกแบบสอบถาม CP QOL-child เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพของเด็กสมองพิการ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาวางแผนการดูแลกลุ่มผู้ป่วยเด็กสมองพิการอายุ 4 - 12 ปี ร่วมกับผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2562 ถึง 30 เมษายน 2563 โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลหาดใหญ่ Protocol Number 88/2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีสมองพิการที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่คลินิกเวชกรรมฟื้นฟู และคลินิกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลหาดใหญ่ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2562 ถึง 30 เมษายน 2563 ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักของเด็กสมองพิการอายุ 4 - 12 ปี 2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) มีสัญชาติไทย สามารถสื่อสารด้วยการฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้เป็นอย่างดี 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แต่เนื่องจากการเก็บกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้สามารถเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้เพียง 51 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของเด็กสมองพิการและผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลัก
2. แบบประเมินระบบการจำแนกระดับความรุนแรงตามความสามารถด้านการเคลื่อนไหวของเด็กสมองพิการ ฉบับเพิ่มเติมและปรับปรุง (Gross Motor Function Classification System Expanded and Revised: GMFCS-E & R) ถูกพัฒนาขึ้นโดย Palisano และคณะ^{4,6} และแปลเป็นภาษาไทย โดย วันทนา ศิริธรรมาวัตร และคณะ⁵ โดยแบบประเมินนี้แบ่งตามช่วงอายุ 5 ช่วง ได้แก่ ช่วงอายุก่อน 2 ปี ช่วงอายุ 2 ถึงก่อน 4 ปี ช่วงอายุ 4 ถึงก่อน 6 ปี ช่วงอายุ

6 ถึงก่อน 12 ปี และช่วงอายุ 12 - 18 ปี และแบ่งระดับความรุนแรงตามความสามารถด้านการเคลื่อนไหวออกเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 1 สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง จนถึงระดับ 5 เคลื่อนย้ายโดยผู้อื่น แบบประเมินนี้มีค่าความเที่ยงระดับภายใน อยู่ในช่วงระหว่าง 0.68 - 0.97 และค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมินมากกว่า 0.8 ขึ้นไป¹⁵

3. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของเด็กสมองพิการสำหรับผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลัก ฉบับภาษาไทย (The cerebral palsy quality of life questionnaire for parent proxy-report-Thai version: CP QOL-Child) เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค (condition-specific QOL measurement) ของการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เน้นความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นหลัก พัฒนาขึ้นโดย Davis และคณะ^{9,10} และแปลเป็นภาษาไทย โดยขวัญชนก สุวรรณและคณะ¹¹ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 63 ข้อ โดย 62 ข้อแรกเป็นคำถามตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ 1) ความเป็นอยู่ที่ดีและการยอมรับทางสังคม (social wellbeing and acceptance) จำนวน 12 ข้อ 2) ความตระหนักรู้เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของร่างกาย (feelings about functioning) จำนวน 12 ข้อ 3) การมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพทางกาย (participation and physical health) จำนวน 11 ข้อ 4) ความผาสุกทางอารมณ์และการรับรู้คุณค่าในตัวเอง (emotional wellbeing and self-esteem) จำนวน 6 ข้อ 5) การเข้าถึงการบริการ (access to services) จำนวน 9 ข้อ 6) ความเจ็บปวดและผลกระทบของการมีความพิการ (pain and impact of disability) จำนวน 8 ข้อ 7) สุขภาพของผู้ปกครอง (family health) จำนวน 4 ข้อ และคำถามสุดท้ายเป็นความมั่นใจของผู้ดูแลในการตอบแบบสอบถาม ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า 9 อันดับ คือ 1 หมายถึง ไม่มีความสุขมาก/ไม่มีความมั่นใจมาก จนถึง 9 หมายถึง มีความสุข/ความมั่นใจมากที่สุด หลังจากนั้นนำมาคิดคะแนนตามเกณฑ์การคิดคะแนนของแบบสอบถาม CP QOL-child⁹ โดยมีคะแนนเต็มเท่ากับ 6,300 คะแนน เครื่องมือนี้ได้ผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.82 - 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากการศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอ

ความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้อ่านและยินยอมให้ความร่วมมือโดยลงลายชื่อในแบบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในห้วงแยกส่วนตัว ซึ่งใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15 - 30 นาที หลังจากนั้น ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลความผิดปกติร่วมของเด็กที่มีภาวะสมองพิการอายุ 4 - 12 ปี จากเวชระเบียน และตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา รายงานค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณลักษณะ ใช้สถิติเชิงพรรณนา รายงาน ร้อยละ การแจกแจง ความถี่
2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมองพิการอายุ 4-12 ปี ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's correlation) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และพิจารณาความสัมพันธ์ของระดับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามเกณฑ์ Portney และ Watkins¹⁶

ผลการศึกษา

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 51 ราย พบว่า กลุ่มผู้ป่วยเด็กสมองพิการมีอายุเฉลี่ย 7.3 ± 1.9 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.6 ชนิดของสมองพิการตามอาการแสดงทางคลินิกเป็นชนิดเกร็งทั้งตัว ร้อยละ 41.2 รองลงมา คือ ชนิดเกร็งขามากกว่าแขนและชนิดเกร็งครึ่งซีก เป็นจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 29.4 สำหรับภาวะแทรกซ้อนและความผิดปกติร่วมอื่นๆ พบปัญหาด้านการพูดและการสื่อสาร มากที่สุด ร้อยละ 56.9 รองลงมา คือ ปัญหาด้านการมองเห็น และภาวะลมชัก ร้อยละ 49.0 และ 31.4 ตามลำดับ โดยเด็กสมองพิการส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 47.0 เมื่อจำแนกและประเมินระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหว พบว่าอยู่ในระดับที่ 1 และ 4 สูงสุด ร้อยละ 29.4 รองลงมา คือ ระดับที่ 5 ร้อยละ 21.6 และระดับที่ 2 และ 3 ในจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 9.8 สำหรับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักของเด็กสมองพิการ มีอายุระหว่าง 23 - 56 ปี อายุเฉลี่ย 37.7 ± 9.1 ปี ส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 74.5 มากกว่าหนึ่งในห้าได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และเกือบครึ่งของกลุ่มผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักของเด็กสมองพิการ มีรายได้เหลือเก็บคิดเป็นร้อยละ 49 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักของเด็กสมองพิการ

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เด็กสมองพิการ			ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลัก		
อายุ			อายุ		
ค่าเฉลี่ย (mean $\pm$ SD) ปี	7.3	± 1.9	ค่าเฉลี่ย (mean $\pm$ SD) ปี	37.7	± 9.1
เพศ			ความสัมพันธ์กับเด็ก		
ชาย	35	68.6	แม่	38	74.5
หญิง	16	31.4	พ่อ	7	13.7
ระดับการศึกษา			ปู่ย่า-ตายาย	6	11.8
ไม่ได้รับการศึกษา	25	49.0	ระดับการศึกษา		
โรงเรียนการศึกษาพิเศษ	15	29.4	ประถมศึกษา	11	21.6
โรงเรียนทั่วไป	11	21.6	มัธยมศึกษาตอนต้น	15	29.4
ชนิดของโรค			มัธยมศึกษาตอนปลาย	12	23.5
เกร็งครึ่งซีก	15	29.4	อนุปริญญา	6	11.8

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักของเด็กสมองพิการ (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เกร็งขามากกว่าแขน	15	29.4	ปริญญาตรี	7	13.7
เกร็งทั้งตัว	21	41.2	รายได้		
ระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหว			ไม่เพียงพอ	4	7.9
ระดับ 1	15	29.4	มีเพียงพอ	22	43.1
ระดับ 2	5	9.8	มีเหลือเก็บ	25	49.0
ระดับ 3	5	9.8			
ระดับ 4	15	29.4			
ระดับ 5	11	21.6			
ความผิดปกติร่วม					
ภาวะลมชัก	16	31.4			
การได้ยิน	9	17.7			
การพูดและการสื่อสาร	29	56.9			
การมองเห็น	25	49.0			
การกลืน	7	13.7			
โรคระบบทางเดินหายใจ	7	13.7			
ความผิดปกติทางพฤติกรรม	8	15.7			

จากการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของเด็กสมองพิการสำหรับผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลัก ฉบับภาษาไทย มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 3881.0 ± 631.5 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่ที่ดีและการยอมรับทางสังคมสูงสุด คือ 868.6 ± 142.3 คะแนน และต่ำที่สุดคือคุณภาพชีวิตด้านความเจ็บปวดและผลกระทบของการมีความพิการ คือ 200.0 ± 145.2 คะแนน โดยร้อยละ 78.4 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เมื่อแบ่งคะแนนตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่ามีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีเพียงหนึ่งในห้า (ร้อยละ 21.6) มีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับสูง โดยรายละเอียดแต่ละด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางอารมณ์และการรับรู้คุณค่าในตัวเอง ด้านสุขภาพของผู้ปกครอง และด้านความเป็นอยู่ที่ดีและการยอมรับทางสังคม

ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 70.6, 64.7 และ 62.7 ตามลำดับ สำหรับคุณภาพชีวิตด้านความตระหนักถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพทางกาย และด้านการเข้าถึงบริการ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 51.0, 47.1 และ 88.2 ตามลำดับ และร้อยละ 70.6 ของกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านความเจ็บปวดและผลกระทบของการมีความพิการอยู่ในระดับต่ำที่สุด ดังตารางที่ 2

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหวของเด็กสมองพิการอายุ 4 - 12 ปี กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่า ระดับความสามารถด้านเคลื่อนไหวมีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.554, p < .01$) เมื่อหาความสัมพันธ์โดยเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในด้านความเป็นอยู่ที่ดีและการยอมรับ

ทางสังคม ความตระหนักถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพทางกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.531, p < .01, r = -.503, p < .01$ และ $r = -.641, p < .01$ ตามลำดับ) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง

ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางอารมณ์ และการรับรู้คุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($r = -.373, p < .01$) แต่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแต่ละด้านและโดยรวมของเด็กสมองพิการ

ด้าน	คะแนน			ระดับคุณภาพชีวิต (n = 51)		
	Min-Max	Mean	SD	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ความเป็นอยู่ที่ดีและการยอมรับทางสังคม	525.0-1200.0	868.6	142.3	0 (0.0)	19 (37.3)	32 (62.7)
ความตระหนักถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย	225.0-1175.0	743.1	203.4	4 (7.8)	26 (51.0)	21 (41.2)
การมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพทางกาย	312.5-1050.0	695.1	179.7	2 (3.9)	24 (47.1)	25 (49.0)
ความผาสุกทางอารมณ์และการรับรู้คุณค่าในตัวเอง	150.0-587.5	440.9	89.4	1 (2.0)	14 (27.5)	36 (70.6)
การเข้าถึงการบริการ	312.5-875.0	503.9	114.7	0 (0.0)	45 (88.2)	6 (11.8)
ความเจ็บปวดและผลกระทบของการมีความพิการ	0-562.5	200.0	145.2	36 (70.6)	14 (27.5)	1 (2.0)
สุขภาพของผู้ปกครอง	137.5-5325.0	278.2	57.4	0 (0.0)	18 (35.3)	33 (64.7)
คะแนนรวม	2575.0-5325.0	3811.0	631.5	0 (0.0)	40 (78.4)	11 (21.6)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตแต่ละด้านและโดยรวมกับระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหวเด็กสมองพิการ

คุณภาพชีวิต	ระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหว (GMFCS – E&R)	
	Rho	P-value
ความเป็นอยู่ที่ดีและการยอมรับทางสังคม	-.531	<.01
ความตระหนักถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย	-.503	<.01
การมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพทางกาย	-.641	<.01
ความผาสุกทางอารมณ์และการรับรู้คุณค่าในตัวเอง	-.373	<.01
การเข้าถึงการบริการ	-.155	0.28
ความเจ็บปวดและผลกระทบของการมีความพิการ	.250	0.08
สุขภาพของผู้ปกครอง	-.274	0.05
คุณภาพชีวิตโดยรวม	-.554	<.01

วิจารณ์

จากการศึกษาในผู้ป่วยเด็กสมองพิการ อายุ 4 - 12 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จำนวน 51 ราย พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเด็กสมองพิการชนิดเกร็งทั้งตัวมากที่สุด เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศอิหร่าน อินเดีย และ อินโดนีเซีย ที่พบแบบเกร็งทั้งตัวมากที่สุด¹⁷⁻¹⁹ เมื่อแบ่งตามระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหว ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถด้านการเคลื่อนไหวระดับที่ 1 และ 4 มากที่สุด ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศอินเดียและอินโดนีเซีย^{18,19} แต่แตกต่างจากการศึกษาในประเทศชิลี ซึ่งพบความสามารถด้านการเคลื่อนไหวระดับ 5 มากที่สุด²⁰

การศึกษาค้นนี้แสดงให้เห็นว่าระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหวมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมองพิการอายุ 4 - 12 ปี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Livingston และคณะ²¹ ที่รวบรวมการศึกษาจำนวน 20 บทความ เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมองพิการ รายงานว่าระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหว ถือเป็นตัวชี้วัดที่น่าเชื่อถือในการวัดสถานะการทำงานที่ (functional status) ที่สอดคล้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกาย และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Vargus¹³ ที่ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมองพิการอายุระหว่าง 3 - 18 ปี จำนวน 177 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้แบบสอบถาม the Child Health Questionnaire-Parent Form 50 (CHQ-PF50) ซึ่งพบว่า เด็กสมองพิการที่มีระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหวน้อยจะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับมิติคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและสถานะการทำงานที่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R = -.513, p < .001$) และเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในประเทศไต้หวันของ Liu และคณะ²² ที่ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมองพิการอายุระหว่าง 5 - 14 ปี จำนวน 90 คน โดยใช้แบบสอบถาม CHQ-PF50 ร่วมกับแบบประเมินความสามารถด้านการเคลื่อนไหว ชนิด 66 (Gross Motor Function Measure-66: GMFM-66) พบว่า คะแนนเฉลี่ยของระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหว ที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับปานกลางกับมิติคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.72, p < 0.01$) และไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต ($r = -0.13, p = 0.23$)

เนื่องจากแบบประเมิน CP QOL-child เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยแยกตาม

องค์ประกอบคุณภาพทั้ง 7 ด้าน พบว่า ระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหวมีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตใน 4 ด้าน คือ ความเป็นอยู่ที่ดีและการยอมรับทางสังคม ความตระหนักถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย การมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพทางกาย และความผาสุกทางอารมณ์และการรับรู้คุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหวมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกาย การทำงานและสุขภาพจิต สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Shelly และคณะ¹⁴ ซึ่งรวบรวมคะแนนคุณภาพชีวิตจากแบบสอบถามฉบับผู้ปกครอง จำนวน 205 คน ในประเทศออสเตรเลีย พบว่า เมื่อระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหวของเด็กสมองพิการลดลง ยิ่งส่งผลให้มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตเกือบทุกด้าน ยกเว้นคุณภาพชีวิตด้านการเข้าถึงบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาในครั้งนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไนจีเรีย²³ ที่รายงานว่าเด็กที่มีระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหวระดับที่ 4 และ 5 มีคุณภาพชีวิตลดลง และเมื่อให้การรักษาโดยการกายภาพบำบัดจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กสมองพิการดีขึ้น ซึ่งต่างจากการศึกษาในประเทศอิหร่าน¹⁷ ที่พบว่าระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหว มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีสมองพิการ ในเกือบทุกด้าน ยกเว้น ความผาสุกทางอารมณ์และการรับรู้คุณค่าในตัวเอง และแตกต่างจากการศึกษาในประเทศอินเดีย¹⁸ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กสมองพิการไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหว แต่สัมพันธ์กับอายุของผู้ป่วย และระดับการศึกษาของมารดา อาจเนื่องมาจากความแตกต่างในหลายๆ ด้าน เช่น จำนวนกลุ่มตัวอย่าง อายุ หรือระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ผลการศึกษาที่ได้มีความแตกต่างกัน

สรุป

เด็กสมองพิการที่มีความสามารถด้านการเคลื่อนไหวน้อยหรือจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยภาพรวม ด้านความเป็นอยู่ที่ดีและการยอมรับทางสังคม ด้านความตระหนักถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพทางกาย และด้านความผาสุกทางอารมณ์และการรับรู้คุณค่าในตัวเองในระดับต่ำ ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการวางแผนการรักษาผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกด้าน โดยเฉพาะการวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ปกครองและผู้ดูแล เพื่อช่วยเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

ข้อจำกัดและเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คลินิกเวชกรรมฟื้นฟู และคลินิกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่เท่านั้น และการเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้สามารถเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้เพียง 51 ราย ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างที่น้อยอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของเด็กสมองพิการโดยภาพรวมที่มีระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหวที่แตกต่างกันได้ ส่งผลให้ประชากรที่มีระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหวในแต่ละระดับมีจำนวนไม่เท่ากัน และไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของผู้ป่วยเด็กสมองพิการได้ อาจแก้ไขโดยการเพิ่มจำนวนประชากรที่เข้ารับการรักษาจากคลินิกต่างๆ ในโรงพยาบาล หรือสถานที่ดูแลอื่นๆ ด้วย

2. จากผลการวิจัยที่พบว่าเด็กสมองพิการส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ ทำให้เด็กกลุ่มนี้ขาดโอกาสในการฝึกทักษะต่างๆ รวมทั้งการสร้างระเบียบวินัยในตนเอง และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางสังคมร่วมกับผู้อื่น (participation limitation) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพทางกาย (participation and physical health) ดังนั้นจึงควรพัฒนาแนวทางการดูแลช่วยเหลือเพื่อให้เด็กสมองพิการโดยเฉพาะเด็กที่มีข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหวระดับ 5 ให้ได้รับโอกาสในการฝึกฝนทักษะต่างๆ ร่วมกับผู้อื่น และช่วยเหลือให้ครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลเด็กเพิ่มมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อาจารย์สายพิน ประเสริฐสุชาติ คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้อนุญาตให้ใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของเด็กสมองพิการสำหรับผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลัก ฉบับภาษาไทย และนางสาวเสาวลักษณ์ เศรษฐีกุล เป็นที่ปรึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

- Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M, Damiano D, et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Dev Med Child Neurol Suppl* 2007; 109:8-14.
- Colver A, Fairhurst C, Pharoach PO. Cerebral palsy. *Lancet* 2014; 383:1240-9.
- Thongmak T, Jongtuchariya T. Risk factors and associated disorders of cerebral palsy in pediatric patients in Hatyai hospital. *Thai J Ped* 2019; 58:95-102.
- Cerebral palsy Alliance. Gross Motor Function Classification System (GMFCS). [Internet] [cited 2019 Jun 1]. Available from: <https://research.cerebralpalsy.org.au/what-is-cerebral-palsy/severity-of-cerebral-palsy/gross-motor-function-classification-system/>
- Siritratiwat W, Thomas I. GMFCS- E&R Thai Translation. [Internet]. 2007. [cited 2019 Jun 1]. Available from: <http://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/000/081/original/GMFCS-ER Translation-Thai.pdf>.
- Gorter JW, Rosenbaum PL, Hanna SE, Palisano RJ, Bartlett DJ, Russell DJ, et al. Limb distribution, motor impairment, and functional classification of cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 2004; 46(7):461-7.
- Beckung E, Carlsson G, Carlsdotter S, Uvebrant P. The nature history of gross motor development in children with cerebral palsy aged 1 to 15 years. *Dev Med Child Neurol* 2007; 49(10):751-6.
- Tessier DW, Hefner JL, Newmeyer A. Factors Related to Psychosocial Quality of Life for Children with Cerebral palsy. *Int J Pediatr* [Internet]. 2014. [cited 2019 Mar 1]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/204386>.
- Davis E, Shelly A, Waters E, Davern M. Measuring the quality of life of children with cerebral palsy: comparing the conceptual differences and psychometric properties of three instruments. *Dev Med Child Neurol* 2010; 52(2):174-80.
- Australasian Academy of Cerebral palsy and Developmental Medicine. The Cerebral Palsy Quality of Life Questionnaire. [Internet]. 2013 [cited 2019 Mar1]. Available from: <http://www.Ausacpdm.org.au/>
- Kwanchanok S, Prasetsukdee S, Khajornchaikul P. Test-retest reliability and internal consistency of Cerebral Palsy Quality of Life Questionnaire (Thai version). *Thai J Phys Ther* 2014;36(2):60-9.
- Pirpiris M, Gates PE, McCarthy JJ, D'Astous J, Tytkowski C, Sanders JO, et al. Function and well-being in ambulatory children with cerebral palsy. *J Pediatr Orthop* 2006;26(1):119-24.
- Vargus-Adams J. Health-related quality of life in childhood cerebral palsy. *Arch Phys Med Rehabil* 2005;86(5):940-5.
- Shelly A, Davis E, Waters E, Mackinnon A, Reddihough D, Boyd R, et al. The relationship between quality of life and functioning for children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 2008;50(3):199-203.
- Liabsirirong S, Tantilipikorn P, Mahasup N. Interrater reliability of Thai version of gross motor function classification system (GMFCS) in Thai children with cerebral palsy. *Thai J Phys Ther* 2008;30(1):26-36.
- Portney LG, Watkins MP. Foundations of Clinical Research: Applications to Practice. 2nd ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2000.
- Gharaborghe SN, Sarhady M, Hosseini SM, Mortazavi SS. Quality of life and gross motor function in children with cerebral palsy (aged 4-12). *Iran Rehabil J* 2015;13(2):58-62.
- Das S, Aggarwal A, Roy S, Kumar P. Quality of life in Indian children with cerebral palsy using cerebral palsy-quality of life questionnaire. *J Pediatr Neurosci* 2017;12:251-4.



19. Anggreany D, Saing JH, Deliana M, Dimyati Y. Comparison of the quality of life in cerebral palsy children with physical therapy more and less than 10 months. *Paediatr Indones* 2015; 55:287-92.
20. Mohammed FM, Ali SM, Mustafa MA. Quality of life of cerebral palsy patients and their caregivers: A cross sectional study in a rehabilitation center Khartoum-Sudan (2014 – 2015). *J Neurosci Rural Pract* 2016;7(3):355-61.
21. Livingston MH, Rosenbaum PL, Russell DJ, Palisano RJ. Quality of life among adolescents with cerebral palsy: What does the literature tell us? *Dev Med Child Neurol* 2007;49(3):225-31.
22. Liu WY, Hou YJ, Wong AM, Lin PS, Lin YH, Chen CL. Relationships between gross motor functions and health-related quality of life of Taiwanese children with cerebral palsy. *Am J Phys Med Rehabil* 2009;88(6):473-83.
23. Saka MJ, Odunewu MA, Saka AO, Akinwale SG, Anjorin OU. Quality of life of children with cerebral palsy: Accumulative effect of physiotherapy intervention in North Central and Southwest Nigeria. *Afr J Physiother Rehabil Sci* 2017;9(1-2):27-33.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบด้านอารมณ์และพฤติกรรมในวัยรุ่น จากสถานการณ์การระบาดโควิด-19

วรดา ปิตยา*, พลิศรา ธรรมโชติ*

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบด้านอารมณ์และพฤติกรรมในวัยรุ่นจากสถานการณ์การระบาดโควิด-19

วิธีการศึกษา การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางในวัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 ในสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่ม 3 โรงเรียน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-19 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (The Center for Epidemiology Studies Depression Scale) แบบคัดกรองภาวะวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory) ระดับความแข็งแกร่งและความยืดหยุ่นในชีวิต (Connor – Davidson Resilience Scale) และการได้รับความช่วยเหลือ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับภาวะซึมเศร้าและระดับความวิตกกังวลในวัยรุ่นจากสถานการณ์การระบาดโควิด-19 โดยใช้สถิติ Pearson Chi-Square, Fisher's Exact Test และ Binary logistic regression analysis

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 335 ราย เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า 124 ราย (ร้อยละ 37.0) มีระดับความวิตกกังวลน้อย 95 ราย (ร้อยละ 28.3) ความวิตกกังวลปานกลาง 209 ราย (ร้อยละ 62.4) ความวิตกกังวลมาก 31 ราย (ร้อยละ 9.3) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีความคิดว่าตนเองมีโอกาสติดเชื้อมากที่สุด การปฏิบัติตามการเว้นระยะห่างทางสังคมน้อยที่สุด และการไม่สามารถบอกเพื่อนเกี่ยวกับปัญหาและสิ่งยุ่งยากใจ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัวแย่งเล็กน้อยถึงแย่งมาก การที่บิดามารดาพึ่งพาได้เพียงบางครั้ง ส่วนปัจจัยที่ลดความเสี่ยงในการมีภาวะวิตกกังวลระดับมาก ได้แก่ ความคิดว่าตนเองมีโอกาสติดเชื้อมีน้อยถึงน้อยที่สุด และปัญหาการเงินระดับปานกลาง

สรุป ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ความคิดว่าตนเองมีโอกาสติดเชื้อมาก การปฏิบัติตามการเว้นระยะห่างทางสังคมน้อย ปัญหาการเงินและความสัมพันธ์ในครอบครัวที่แย่ง และการได้รับความช่วยเหลือทางสังคมน้อย เป็นปัจจัยสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหรือระดับความวิตกกังวลที่มากขึ้น

คำสำคัญ ซึมเศร้า วิตกกังวล วัยรุ่น สถานการณ์การระบาดโควิด-19

Corresponding author: ผศ.พญ.พลิศรา ธรรมโชติ

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: paomd80@gmail.com

วันรับ : 28 ตุลาคม 2564 วันแก้ไข : 3 มกราคม 2565 วันตอบรับ : 14 กุมภาพันธ์ 2565

Factors Associated with Psychological Impact on Adolescents Due to COVID-19 Pandemic

Worada Peetiya*, Palisara Thommachot*

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

ABSTRACT

Objective: To study factors associated with psychological impact on adolescents due to COVID-19 pandemic

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted in 355 adolescents in grade 10 to 12 from 3 schools in Bangkok, Thailand. Participants were assessed using a self-report questionnaire consisting of sociodemographic data, impacts from COVID-19 pandemic, The Center for Epidemiology Studies Depression Scale (CES-D), The State-Trait Anxiety Inventory (STAT Y1), Connor – Davidson Resilience Scale (10 Item CD-RISC) and social support. Data was analyzed by using statistics including Pearson Chi-Square, Fisher's Exact Test and Binary logistic regression analysis to examine the association between factors and depression, factors and anxiety level due to COVID-19 pandemic.

Results: A sample of 335 adolescents have 37.0% depression. Low, moderate and high anxiety level are 28.3%, 62.4% and 9.3%, respectively. By binary regression analysis, significant factors associated with depression are perception on high risk of infection, least social distancing and poor support by peers. Factors associated with moderate anxiety are worsening family relationship and poor support from parents, whereas perception on low risk of infection and moderate money problem in family have negative correlation with high anxiety level.

Conclusion: This study shows that perception on high risk of infection, low social distancing, money and relationship problem in family and poor support by peer or family are factors associated depression or moderate to high anxiety level.

Keywords: Depression, anxiety, adolescent, COVID-19 pandemic

Corresponding author: Asst.Prof.Palisara Thommachot

E-mail: paomd80@gmail.com

Received 28 October 2021 Revised 3 January 2022 Accepted 14 February 2022

บทนำ

สถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด-19 (Coronavirus disease 2019 : COVID-19) จากเมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน ในช่วงปลายปี 2562 ขยายไปทั่วโลก สถานการณ์ยังส่งผลกระทบต่อทางด้านการเป็นอยู่และสภาพจิตใจต่อคนจำนวนมาก รวมถึงวัยรุ่น เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลกและรัฐบาลไทยได้ออกมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม มาตรการปิดเมือง และการปิดโรงเรียนทำให้วัยรุ่นต้องอยู่บ้านมากขึ้น ลดโอกาสในการติดต่อสื่อสารกับกลุ่มเพื่อน เปลี่ยนรูปแบบการเรียนเป็นรูปแบบออนไลน์ โอกาสทางการศึกษาและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมลดลง อีสุรภาพในการเข้าถึงกิจกรรมนอกบ้านที่ช่วยลดความเครียดถูกจำกัด¹ การเผยแพร่ข่าวสารที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับไวรัสอย่างแพร่หลาย ภาพข่าวที่แสดงคนป่วยรุนแรง ศพผู้เสียชีวิต มาตรการป้องกันและอนาคตที่ไม่แน่นอนล้วนเป็นสาเหตุที่ก่อความเครียดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ผลกระทบที่เกิดกับผู้ปกครองทั้งด้านการเงิน ความกดดันทางจิตใจ การใช้สารเสพติดมากขึ้น อาจนำไปสู่การทะเลาะกันของผู้ปกครอง และเพิ่มความเสี่ยงในครอบครัว ส่งผลต่อสภาพจิตใจของวัยรุ่นทั้งทางด้านการร่างกายและจิตใจ² ภาวะวิกฤติเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจนต่อปัญหาด้านจิตใจทั้งระยะสั้นและระยะยาว

งานวิจัยการระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อในอิตาลีบ่งบอกผลกระทบต่อสุขภาพจิต³ ความเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของวัยรุ่นตามระยะการระบาดของโรค⁴⁻⁶ การศึกษาขนาดใหญ่ผ่านแบบสอบถามออนไลน์ในประเทศจีนพบว่าวัยรุ่นมีอารมณ์ซึมเศร้าถึง 43.7% และวิตกกังวล 37.4%⁷ ในประเทศอินเดียการกักกันวัยรุ่นทำให้เกิดอาการวิตกกังวล 68.5% รู้สึกไม่ได้รับความช่วยเหลือ 66.1% และหวาดกลัว 61.9%⁸ ในประเทศไทยการสำรวจออนไลน์ถึงผลกระทบของสถานการณ์โควิดของเด็กและเยาวชนโดยองค์การยูนิเซฟ ทั้งหมด 6,771 คน ซึ่งส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 15 - 19 ปี พบว่ามีความกังวลใจเรื่องปัญหาการเงินของครอบครัวถึง 80.7% มีความเครียด เบื่อ ขาดแรงจูงใจ และฉีกตัวจากการถูกจำกัดพื้นที่ 74.5%⁹ นอกจากนี้ การเผชิญความรู้สึกโดดเดี่ยวยังส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมองและพัฒนาการของวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่ต้องการการมีปฏิสัมพันธ์และการยอมรับจากสังคม¹⁰

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอารมณ์และพฤติกรรมในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคมีหลากหลายทั้งปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยทางสังคม ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ความแข็งแกร่งและความยืดหยุ่น วิธีการในการจัดการปัญหาความเข้าใจสถานการณ์

ส่วนปัจจัยทางครอบครัวและสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความผูกพันในครอบครัว และการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง^{11,12}

งานวิจัยต่างประเทศเกี่ยวกับวิกฤติดังกล่าวมีน้อยและไม่เพียงพอ ส่วนในประเทศไทยยังไม่มีผลการศึกษาเรื่องนี้ ผู้วิจัยจึงจัดทำงานวิจัยนี้ขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและระดับความวิตกกังวลในวัยรุ่นจากสถานการณ์โควิด-19 เพื่อนำข้อมูลและองค์ความรู้ที่ได้ขยายผลในการวางแผนป้องกันและกำหนดมาตรการในการดูแลวัยรุ่นในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและระดับความวิตกกังวลในวัยรุ่นจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด-19 ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ MURA2020/1631

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 ปีการศึกษา 2563 ในสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด 164 ราย โดยคำนวณจากสูตรของ Cochran ดังนี้

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{d^2}$$

$z = 1.96$ (ที่ระดับความเชื่อมั่น 98%)

$p = 0.37^7$ (สัดส่วนประชากร)

$d = 0.06$ (สัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้)

$\alpha = 0.05$

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. คัดเลือกโรงเรียนโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) โดยแบ่งโรงเรียนเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มโรงเรียนขนาดเล็กและขนาดกลาง (1 - 1,499 คน) กลุ่มโรงเรียนขนาดใหญ่ (1,500 - 2,499 คน) และกลุ่มโรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษ (2,500 คนขึ้นไป) โดยสุ่มกลุ่มละ 1 โรงเรียน

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงเรียนโดยใช้วิธีการจับฉลากห้องเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 ชั้นละ 2 ห้อง

เกณฑ์คัดเข้าและคัดออก

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 ปีการศึกษา 2563 สถานศึกษาเขตกรุงเทพมหานคร เพศชาย และเพศหญิง ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามและได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองให้สามารถเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ปฏิเสธหรือขอถอนตัวจากการวิจัย และตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

ผู้วิจัยได้รับการตอบแบบสอบถามและเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการจำนวน 115 ราย หลังแจกแบบสอบถามให้โรงเรียนแห่งหนึ่ง ก่อนมีการระบาดของเชื้อโควิด-19 ระลอก 2 ที่จังหวัดสมุทรสาครในเดือนธันวาคม 2563 ข้อมูลครบถ้วนจำนวน 113 ราย ภายหลังได้เปลี่ยนกระบวนการเข้าถึงผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ปกครองผ่านการใช้แบบสอบถามออนไลน์ Google form เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 อย่างต่อเนื่องทำให้โรงเรียนปิด และได้ผู้ยินยอมเข้าร่วมโครงการเพิ่มอีก 222 ราย รวมทั้งหมด 335 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถามเป็นแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจำนวน 75 ข้อ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและการได้รับความช่วยเหลือ

ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา เกรดเฉลี่ยปีที่ผ่านมา สภาพสมรสบิดามารดา ผู้ดูแลหลัก ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ประวัติโรคประจำตัวทางกาย และทางจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด จำนวน 9 ข้อ ประเมินการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวจำนวน 3 ข้อ และความช่วยเหลือจากเพื่อนจำนวน 2 ข้อ รวมทั้งหมด 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 ผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-19

ได้แก่ ความเข้าใจเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อโควิด-19 ความคิดว่าตนเองมีโอกาสติดเชื้อ การปฏิบัติตามการเว้นระยะห่างทางสังคม ปัญหาการเงินในครอบครัว ลักษณะคำตอบเป็น likert scale 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด การมีผู้ติดเชื้อหรือกลุ่มเสี่ยงอยู่ในบ้าน การมีคนรู้จักติดเชื้อ ความสัมพันธ์ในครอบครัว เวลาในการออกกำลังกาย เวลาในการใช้สื่อ

อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ผลดีและผลเสียจากการใช้สื่อและสิ่งที้งกังวลมากที่สุดในการสนทนารณนี้ รวมทั้งหมด 11 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า The Center for Epidemiology Studies Depression Scale (CES-D) พัฒนาโดย ศ.พญ.อุมาพร ตรังคสมบัติ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.86 ความไว (Sensitivity) ร้อยละ 72 ความเฉพาะเจาะจง (specificity) ร้อยละ 85 และความแม่นยำ (Accuracy) ร้อยละ 82 ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนน 0 - 3 คะแนนรวม โดยคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน ประเมินว่าเข้าข่ายภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 4 แบบคัดกรองภาวะวิตกกังวล

ใช้แบบประเมินความวิตกกังวล The State-Trait Anxiety Inventory (STAI Y1) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย รศ.ดร.สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต และ ศ.ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปันตา ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.79 - 0.92 ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนน 1 - 4 โดย 20 - 39 คะแนน ประเมินว่ามีระดับความวิตกกังวลต่ำ 40 - 59 คะแนน มีระดับความวิตกกังวลปานกลาง และ 60 - 80 คะแนน มีระดับความวิตกกังวลสูง

ส่วนที่ 5 แบบวัดความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต

ใช้แบบประเมิน Connor - Davidson Resilience Scale (10 Item CD-RISC) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย รศ.ดร.นพพร วงศ์สิริมาศ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.86 ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนน 0 - 4 คะแนน คะแนนรวม 0 - 40 คะแนน โดยคะแนนรวม ≥ 9 คะแนน ประเมินว่ามีความแข็งแกร่งและความยืดหยุ่นของชีวิตต่ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/MAC 25 ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic)

อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยกับภาวะซึมเศร้าและระดับความวิตกกังวล โดยใช้ Pearson Chi-square หรือ Fisher's exact test ใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (binary regression analysis) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวล

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 337 คน ข้อมูลครบถ้วน 335 คน คิดเป็นร้อยละ 99.4 ของแบบสอบถามที่ได้รับทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.5 ศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 45.0 เกรดเฉลี่ย 3.50 - 4.00 มากที่สุด ร้อยละ 34.0 บิดามารดาอยู่ด้วยกันเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 56.1 โดยผู้ดูแลหลักคือ มารดาร้อยละ 49.9 ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลักชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 37.3 รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน 10,001 - 30,000 บาท ร้อยละ 56.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 90.1 โรคทางกาย 28 ราย ร้อยละ 8.4 โดย 14 รายเป็นโรคภูมิแพ้ 5 ราย เป็นโรคหอบ 5 ราย เป็นโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรควิตกกังวล แพนิก โรคซึมเศร้า โรคสมาธิสั้น ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดร้อยละ 81.8 ดังแสดงในตารางที่ 1

ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-19

ข้อมูลถูกเก็บในช่วงเดือนธันวาคม 2563 จำนวน 113 ราย ก่อนมีการระบาดของเชื้อโควิด-19 ระลอกสองในวันที่ 18 ธันวาคม 2563 ที่ตลาดกิ้ง จังหวัดสมุทรสาคร และเดือนกุมภาพันธ์ 2564 จำนวน 222 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโควิด-19 ปานกลางร้อยละ 44.8 และเข้าใจมากร้อยละ 43.9 ในบ้านไม่มีคนเสี่ยงติดเชื้อร้อยละ 95.5 ไม่มีคนรู้จักติดเชื้อ ร้อยละ 97.0 มีความคิดว่าตนเองมีโอกาสติดเชื้อปานกลาง ร้อยละ 42.4 โอกาสติดเชื้อน้อยร้อยละ 34.0 โอกาสติดเชื้อน้อยที่สุด ร้อยละ 16.7 มีการปฏิบัติตามการเว้นระยะห่างทางสังคมมาก ร้อยละ 42.4 ปฏิบัติปานกลางร้อยละ 37.9 ด้านการเปลี่ยนแปลงของปัญหาการเงินในครอบครัว พบว่ามีปัญหามากปานกลางร้อยละ 37.9 มีปัญหามากร้อยละ 29.3 ความสัมพันธ์ในครอบครัว คล้ายเดิมร้อยละ 65.4 แย่ลงเล็กน้อยร้อยละ 23.5 ส่วนใหญ่มีเวลาในการออกกำลังกายเท่าเดิมร้อยละ 44.8 น้อยกว่าเดิมร้อยละ 25.4 ส่วนการใช้สื่ออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เพิ่มขึ้นร้อยละ 63.0 และให้

ผลดีมากกว่า โดยเวลาในการใช้สื่อก่อนสถานการณ์โควิดมีค่าเฉลี่ย 8.1 ชั่วโมงต่อวัน และหลังสถานการณ์โควิดเฉลี่ย 9.3 ชั่วโมงต่อวัน เฉลี่ยเพิ่มขึ้น 3.38 ชั่วโมงต่อวัน โดยให้ผลดีมากกว่าร้อยละ 77.0 ในด้านการติดตามข่าวสารรวดเร็ว ด้านการศึกษา และลดความเครียด ผลเสียมากกว่าร้อยละ 23.0 ในด้านการเล่นเกมมากเกินไป การดูสื่อไม่เหมาะสม มีเวลาพักผ่อนน้อยลง ส่งผลด้านการเรียนและการใช้เวลาทำกิจกรรมอื่น ดังแสดงในตารางที่ 2

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่างเข้าข่ายภาวะซึมเศร้า 124 ราย (ร้อยละ 37.0) ไม่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า 211 ราย (ร้อยละ 63.0) เมื่อทำการวิเคราะห์กลุ่มย่อยก่อนและหลังการระบาดระลอกสอง พบว่า กลุ่มก่อนการระบาดเข้าข่ายซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มหลังระบาดเล็กน้อย 44 ราย (ร้อยละ 38.9) และ 80 ราย (ร้อยละ 36.0) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวล

ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความวิตกกังวลปานกลาง 209 ราย (ร้อยละ 62.4) วิตกกังวลน้อย 95 ราย (ร้อยละ 28.3) และ วิตกกังวลมาก 31 ราย (ร้อยละ 9.3) เมื่อทำการวิเคราะห์กลุ่มย่อยก่อนและหลังการระบาดระลอกสองพบว่ากลุ่มก่อนการระบาด มีระดับความวิตกกังวลมาก มากกว่ากลุ่มหลังการระบาด จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 14.2) และ 15 ราย (ร้อยละ 6.8) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3 โดยเรื่องที่กลุ่มตัวอย่างกังวลมากที่สุด ได้แก่ โอกาสในการศึกษาต่อ การหางานในอนาคต ประสิทธิภาพในการเรียน ปัญหาการเงินในครอบครัว กังวลว่าตนเองหรือคนใกล้ชิดติดเชื้อ และการถูกจำกัดพื้นที่

ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการได้รับความช่วยเหลือ

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความแข็งแกร่งและความยืดหยุ่นในชีวิตสูงจำนวน 325 ราย (ร้อยละ 97.0) และระดับต่ำ 10 ราย (ร้อยละ 3.0) การได้รับความช่วยเหลือจากบิดามารดาและเพื่อน ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มจริงบางครั้ง ตามด้วยกลุ่มจริงเสมอ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เผชิญสถานการณ์โควิด-19

	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	149	44.5
	หญิง	186	55.5
ระดับการศึกษา	มัธยมศึกษาปีที่ 4	96	28.7
	มัธยมศึกษาปีที่ 5	88	26.3
	มัธยมศึกษาปีที่ 6	151	45.0
เกรด	3.50 - 4.00	114	34.0
	3.00 - 3.49	98	29.2
	2.50 - 2.99	89	23.6
	2.00 - 2.49	25	7.5
	ต่ำกว่า 2.00	19	5.7
สภาพสมรสบิดามารดา	อยู่ด้วยกัน	188	56.1
	แยกกันอยู่	69	20.6
	หย่าร้าง	58	17.3
	เสียชีวิต	20	6.0
ผู้ดูแลหลัก	บิดา	115	34.3
	มารดา	167	49.9
	ญาติ	40	11.9
	บิดาและมารดา	11	3.3
	บิดาหรือมารดาบุญธรรม	2	0.6
ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก	ต่ำกว่าประถมศึกษา	4	1.2
	ประถมศึกษา	84	25.1
	มัธยมศึกษา	125	37.3
	ปวช. ปวส. อนุปริญญา	54	16.1
	ปริญญาตรี	61	18.2
	ปริญญาโท เอก	7	2.1
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน	น้อยกว่า 5,000 บาท	17	5.0
	5,001 - 10,000 บาท	62	18.5
	10,001 - 15,000 บาท	96	28.7
	15,001 - 30,000 บาท	93	27.8
	30,001 - 50,000 บาท	43	12.8
	มากกว่า 50,000 บาท	24	7.2
โรคประจำตัว	ไม่มี	302	90.1
	โรคทางกาย	28	8.4
	โรคทางจิตเวช	5	1.5
ประวัติการใช้สารเสพติด	ไม่เคยใช้สารเสพติด	274	81.8
	เคยใช้สารเสพติด	61	18.2

ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-19

	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ความเข้าใจเกี่ยวกับโควิด-19	น้อยที่สุด	1	0.3
	น้อย	6	1.8
	ปานกลาง	150	44.8
	มาก	147	43.9
	มากที่สุด	31	9.2
ในบ้านมีคนกลุ่มเสี่ยงหรือติดเชื้อ	ไม่มี	320	95.5
	มี	15	4.5
คนรู้จักติดเชื้อ	ไม่มี	325	97.0
	มี	10	3.0
ความคิดว่าตนเองมีโอกาสติดเชื้อ	น้อยที่สุด	56	16.7
	น้อย	114	34.0
	ปานกลาง	142	42.4
	มาก	18	5.4
	มากที่สุด	5	1.5
การปฏิบัติตามการเว้นระยะห่างทางสังคม	น้อยที่สุด	9	2.7
	น้อย	18	5.4
	ปานกลาง	127	37.9
	มาก	143	42.7
	มากที่สุด	38	11.3
ปัญหาการเงินในครอบครัวจากสถานการณ์โควิด-19	น้อยที่สุด	8	2.4
	น้อย	39	11.6
	ปานกลาง	127	37.9
	มาก	98	29.3
	มากที่สุด	63	18.8
ความสัมพันธ์ในครอบครัว	แย่มาก	15	4.5
	แย่น้อย	79	23.5
	คล้ายเดิม	219	65.4
	ดีขึ้นเล็กน้อย	12	3.6
	ดีขึ้นมาก	10	3.0
เวลาในการออกกำลังกาย	น้อยกว่าเดิมที่สุด	38	11.3
	น้อยกว่าเดิม	85	25.4
	เท่าเดิม	150	44.8
	มากกว่าเดิม	49	14.6
	มากกว่าเดิมที่สุด	13	3.9
เวลาในการใช้สื่ออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์	เพิ่มขึ้น	211	63.0
	เท่าเดิม	98	29.3
	ลดลง	26	7.7

ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-19 (ต่อ)

	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ผลจากการใช้สื่อ	ผลดีมากกว่า	258	77.0
	ผลเสียมากกว่า	77	23.0
เวลาในการใช้สื่อก่อนสถานการณ์ โควิด-19 (ชั่วโมงต่อวัน)	ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	8.131 $\pm$ 3.763	
เวลาในการใช้สื่อหลังสถานการณ์ โควิด-19 (ชั่วโมงต่อวัน)	ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	9.378 $\pm$ 4.243	
สิ่งที่กังวลมากที่สุด			
การถูกจำกัดพื้นที่		102	30.4
ตนเองหรือคนใกล้ชิดติดเชื้อ		174	51.9
ปัญหาการเงินของครอบครัว		230	68.7
ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว		47	14.0
ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน		37	11.0
ประสิทธิภาพในการเรียน		241	71.9
โอกาสในการศึกษาต่อ การหางานในอนาคต		252	75.2
ใช้สื่อบ่อยเกินไป ติดเกมส์ ใช้สื่อที่ไม่เหมาะสม		69	20.6

ตารางที่ 3 ข้อมูลภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ระดับความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของชีวิต แบ่งตามกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการระบาดของเชื้อโควิด-19 ระลอกสอง

		ทั้งหมด จำนวน 335 ราย		ก่อนการระบาดระลอกสอง จำนวน 113 ราย		หลังการระบาดระลอกสอง จำนวน 222 ราย	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เสี่ยงภาวะซึมเศร้า	ใช่	124	37.0	44	38.9	80	36.0
	ไม่	211	63.0	69	61.1	142	64.0
ระดับความวิตกกังวล	มาก	31	9.3	16	14.2	15	6.8
	ปานกลาง	209	62.4	74	65.4	135	60.8
	น้อย	95	28.3	23	20.4	72	32.4
ระดับความแข็งแรง และความยืดหยุ่น	สูง	325	97.0	112	99.1	213	95.9
	ต่ำ	10	3.0	1	0.9	9	4.1

ตารางที่ 4 ปัจจัยด้านระดับความแข็งแกร่งและความยืดหยุ่น การได้รับความช่วยเหลือ

	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
บิดามารดาพึ่งพาได้	ไม่เป็นจริง	38	11.3
	จริงบางครั้ง	197	58.8
	จริงเสมอ	100	29.9
การบอกบิดามารดาเกี่ยวกับปัญหาและสิ่งยุ่งยากใจ	ไม่เป็นจริง	57	17.0
	จริงบางครั้ง	209	62.4
	จริงเสมอ	69	20.6
บิดามารดาสนับสนุนให้พูดคุยเกี่ยวกับเรื่องกังวลใจ	ไม่เป็นจริง	43	12.8
	จริงบางครั้ง	148	44.2
	จริงเสมอ	144	43.0
เพื่อนใส่ใจความรู้สึก	ไม่เป็นจริง	16	4.8
	จริงบางครั้ง	200	59.7
	จริงเสมอ	119	35.5
การบอกเพื่อนเกี่ยวกับปัญหาและสิ่งยุ่งยากใจ	ไม่เป็นจริง	31	9.3
	จริงบางครั้ง	215	64.2
	จริงเสมอ	89	26.5

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจากสถานการณ์โควิด-19

จากการวิเคราะห์โดยใช้ Pearson Chi-Square และ Fisher's Exact Test พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่เผชิญสถานการณ์โควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับผลการเรียน การใช้สารเสพติด มีความคิดว่าตนเองมีโอกาสติดเชื้อ การปฏิบัติตามการเว้นระยะห่างทางสังคม ปัญหาการเงินในครอบครัว ระดับความแข็งแกร่งและความยืดหยุ่น การได้รับความช่วยเหลือด้านบิดามารดาพึ่งพาได้ การบอกบิดามารดาเกี่ยวกับสิ่งยุ่งยากใจ บิดามารดาสนับสนุนให้พูดคุยเกี่ยวกับเรื่องกังวลใจ และการบอกเพื่อนเกี่ยวกับปัญหาและสิ่งยุ่งยากใจ โดยเกรดต่ำสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากกว่าเกรดที่สูงขึ้น ($p=0.018$) การใช้สารเสพติดสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากกว่าไม่ใช้สารเสพติด ($p=0.008$) การมีความคิดว่าตนเองมีโอกาสติดเชื้อที่มากขึ้น การปฏิบัติตามการเว้นระยะห่างทางสังคมน้อยลง ปัญหาการเงินในครอบครัวจากสถานการณ์โควิด-19 มากขึ้น ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่แย่งสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่มากขึ้น ($p=0.031$, $p=0.000$, $p=0.002$, $p=0.002$ ตามลำดับ) ระดับความแข็งแกร่งและความยืดหยุ่นในชีวิตต่ำสัมพันธ์กับ

ภาวะซึมเศร้ามากกว่าระดับสูง ($p=0.043$) การได้รับความช่วยเหลือจากบิดามารดาน้อยสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากกว่าการได้รับความช่วยเหลือที่มากขึ้น ($p=0.000$) และการที่ไม่สามารถบอกเพื่อนเกี่ยวกับปัญหาและสิ่งยุ่งยากใจสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่บอกเพื่อนได้ ($p=0.002$) ดังแสดงในตารางที่ 5

การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (binary logistic regression analysis) พบว่า หลังจากควบคุมตัวแปรด้านสังคมประชากรและตัวแปรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีความคิดว่าตนเองมีโอกาสติดเชื้อ การปฏิบัติตามการเว้นระยะห่างทางสังคม และการบอกเพื่อนเกี่ยวกับปัญหาและสิ่งยุ่งยากใจ โดยการมีความคิดว่าตนเองมีโอกาสติดเชื้อมากที่สุด ($p=0.040$, $OR=11.716$, $95\%CI=1.126 - 21.945$) การปฏิบัติตามการเว้นระยะห่างทางสังคมน้อยที่สุด ($p=0.025$, $OR=28.728$, $95\%CI=1.520 - 543.060$) และการไม่สามารถบอกเพื่อนเกี่ยวกับปัญหาและสิ่งยุ่งยากใจ ($p=0.048$, $OR=3.868$, $95\%CI=1.012 - 14.787$) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าจากสถานการณ์การระบาดของโควิด-19

ปัจจัย	กลุ่มตัวอย่างที่เผชิญสถานการณ์โควิด-19		
ข้อมูลทั่วไป	เสี่ยงภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เสี่ยงภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ			
ชาย	56 (37.6)	93 (62.4)	0.909
หญิง	68 (36.6)	118 (63.4)	
ระดับการศึกษา			
มัธยมศึกษาปีที่ 4	33 (34.4)	63 (65.6)	0.164
มัธยมศึกษาปีที่ 5	40 (45.5)	48 (54.5)	
มัธยมศึกษาปีที่ 6	51 (33.8)	100 (66.2)	
เกรด			
3.50 - 4.00	33 (28.9)	81 (71.1)	0.018
3.00 - 3.49	31 (31.6)	67 (68.4)	
2.50 - 2.99	38 (48.1)	41 (51.9)	
2.00 - 2.49	13 (52.0)	12 (48.0)	
ต่ำกว่า 2.00	9 (47.4)	10 (52.6)	
สภาพสมรสบิดามารดา			
อยู่ด้วยกัน	66 (35.1)	122 (64.9)	0.167
แยกกันอยู่	31 (44.9)	38 (55.1)	
หย่าร้าง	17 (29.3)	41 (70.7)	
เสียชีวิต	10 (50.0)	10 (50.0)	
ผู้ดูแลหลัก			
บิดา	46 (40.0)	69 (60.0)	0.074
มารดา	55 (32.9)	112 (67.1)	
ญาติ	21 (52.5)	19 (47.5)	
บิดาและมารดา	2 (18.2)	9 (81.8)	
บิดาหรือมารดาบุญธรรม	0 (0.0)	2 (100.0)	
ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก			
ต่ำกว่าประถมศึกษา	3 (75.0)	1 (25.0)	0.398
ประถมศึกษา	35 (41.7)	49 (58.3)	
มัธยมศึกษา	43 (34.4)	82 (65.6)	
ปวช. ปวส. อนุปริญญา	16 (29.6)	38 (70.4)	
ปริญญาตรี	24 (39.3)	37 (60.7)	
ปริญญาโท เอก	3 (42.9)	4 (57.1)	
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน			
น้อยกว่า 5,000 บาท	3 (17.6)	14 (82.4)	0.139
5,001-10,000 บาท	31 (50.0)	31 (50.0)	
10,001-15,000 บาท	34 (34.4)	62 (64.6)	
15,001-30,000 บาท	35 (37.6)	58 (62.4)	
30,001-50,000 บาท	13 (30.2)	30 (69.8)	
มากกว่า 50,000 บาท	8 (33.3)	16 (66.7)	

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าจากสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 (ต่อ)

ปัจจัย ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่างที่เผชิญสถานการณ์โควิด-19		p-value
	เสี่ยงภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เสี่ยงภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	
โรคประจำตัว			
ไม่มี	108 (35.8)	194 (64.2)	0.097
โรคทางกาย	12 (42.9)	16 (57.1)	
โรคทางจิตเวช	4 (80.0)	1 (20.0)	
ประวัติการใช้สารเสพติด			
ไม่เคยใช้สารเสพติด	92 (33.6)	182 (66.4)	0.008
เคยใช้สารเสพติด	32 (52.5)	29 (47.5)	
ความเข้าใจเกี่ยวกับโควิด-19			
น้อยที่สุด	1 (100.0)	0 (0.0)	0.215
น้อย	4 (66.7)	2 (33.3)	
ปานกลาง	56 (37.3)	94 (62.7)	
มาก	55 (37.4)	92 (62.6)	
มากที่สุด	8 (25.8)	23 (74.2)	
ในบ้านมีคนกลุ่มเสี่ยงหรือติดเชื้อ			
ไม่มี	115 (35.9)	205 (64.1)	0.097
มี	9 (60.0)	6 (40.0)	
คนรู้จักติดเชื้อ			
ไม่มี	119 (36.6)	206 (63.4)	0.508
มี	5 (50.0)	5 (50.0)	
มีความคิดว่าตนเองมีโอกาสติดเชื้อ			
น้อยที่สุด	16 (28.6)	40 (71.4)	0.031
น้อย	33 (28.9)	81 (71.1)	
ปานกลาง	64 (45.1)	78 (54.9)	
มาก	8 (44.4)	10 (55.6)	
มากที่สุด	3 (60.0)	2 (40.0)	
การปฏิบัติตามการเว้นระยะห่างทางสังคม			
น้อยที่สุด	8 (88.9)	1 (11.1)	0.000
น้อย	5 (27.8)	13 (72.2)	
ปานกลาง	58 (45.7)	69 (54.3)	
มาก	45 (31.5)	98 (68.5)	
มากที่สุด	8 (20.1)	30 (78.9)	
ปัญหาการเงินในครอบครัวจากสถานการณ์ โควิด-19			
น้อยที่สุด	6 (75.0)	2 (25.0)	0.002
น้อย	12 (30.8)	27 (69.2)	
ปานกลาง	34 (26.8)	93 (73.2)	
มาก	40 (40.8)	59 (59.2)	
มากที่สุด	32 (50.8)	31 (49.2)	

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าจากสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 (ต่อ)

ปัจจัย	กลุ่มตัวอย่างที่เผชิญสถานการณ์โควิด-19		
ข้อมูลทั่วไป	เสี่ยงภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เสี่ยงภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ความสัมพันธ์ในครอบครัว			
แย่งลงมาก	8 (53.3)	7 (46.7)	0.002
แย่งลงเล็กน้อย	41 (51.9)	38 (48.1)	
คล้ายเดิม	72 (32.9)	147 (67.1)	
ดีขึ้นเล็กน้อย	2 (16.7)	10 (83.3)	
ดีขึ้นมาก	1 (10.0)	9 (90.0)	
เวลาในการออกกำลังกาย			
น้อยกว่าเดิมที่สุด	19 (50.0)	19 (50.0)	
น้อยกว่าเดิม	31 (36.5)	54 (63.5)	
เท่าเดิม	54 (36.0)	96 (64.0)	
มากกว่าเดิม	17 (34.7)	32 (65.3)	
มากกว่าเดิมที่สุด	3 (23.1)	10 (76.9)	
เวลาในการใช้สื่อ			
เพิ่มขึ้น	75 (35.5)	136 (64.5)	0.655
เท่าเดิม	40 (40.8)	58 (59.2)	
ลดลง	9 (34.6)	17 (65.4)	
ผลจากการใช้สื่อ			
ผลดีมากกว่า	97 (37.6)	161 (62.4)	0.690
ผลเสียมากกว่า	27 (35.1)	50 (64.9)	
ระดับความแข็งแรงและยืดหยุ่น			
สูง	117 (36.0)	208 (64.0)	0.043
ต่ำ	7 (70.0)	3 (30.0)	
บิดามารดาพึ่งพาได้			
ไม่เป็นจริง	28 (73.7)	10 (26.3)	0.000
จริงบางครั้ง	76 (38.6)	121 (61.4)	
จริงเสมอ	20 (20.0)	80 (80.0)	
การบอกบิดามารดาเกี่ยวกับปัญหา และสิ่งยุ่งยากใจ			
ไม่เป็นจริง	41 (71.9)	16 (28,1)	0.000
จริงบางครั้ง	70 (33.5)	139 (66.5)	
จริงเสมอ	13 (18.8)	56 (81.2)	
บิดามารดาสนับสนุนให้พูดคุยเกี่ยวกับเรื่อง กังวลใจ			
ไม่เป็นจริง	29 (67.4)	14 (32.6)	0.000
จริงบางครั้ง	66 (44.6)	82 (55.4)	
จริงเสมอ	29 (20.1)	115 (79.9)	

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสียหายที่เพิ่มขึ้นจากสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 (ต่อ)

ปัจจัย	กลุ่มตัวอย่างที่เผชิญสถานการณ์โควิด-19		
	ข้อมูลทั่วไป	เสี่ยงภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เสี่ยงภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)
เพื่อนในใจสิ่งที่ฉันรู้สึก			
ไม่เป็นจริง		9 (56.3)	7 (43.8)
จริงบางครั้ง		78 (39.0)	122 (61.0)
จริงเสมอ		37 (31.1)	82 (68.9)
การบอกเพื่อนเกี่ยวกับปัญหาและสิ่งที่ยุ่งยากใจ			
ไม่เป็นจริง		20 (64.5)	11 (35.5)
จริงบางครั้ง		78 (36.3)	137 (63.7)
จริงเสมอ		26 (29.2)	63 (70.8)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลในวัยรุ่นจากสถานการณ์โควิด-19

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มระดับความวิตกกังวลออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ระดับน้อย และระดับความวิตกกังวลปานกลางถึงมาก เพื่อนำผลการศึกษามาวิเคราะห์โดยใช้ Pearson Chi-Square และ Fisher's Exact Test พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ดูแลหลัก คิดว่าตนเองมีโอกาสที่ตนเองติดเชื้อ การปฏิบัติตามการเว้นระยะห่างทางสังคม ปัญหาการเงินในครอบครัวจากสถานการณ์โควิด-19 ความสัมพันธ์ในครอบครัว การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว และเพื่อนในด้านบิตามารดาพึ่งพาได้ การบอกบิตามารดาเกี่ยวกับปัญหาและสิ่งที่ยุ่งยากใจ บิตามารดาสนับสนุนให้พูดคุยเกี่ยวกับเรื่องกังวลใจ และเพื่อนในใจสิ่งที่รู้สึก โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดที่ตนเองมีโอกาสติดเชื้อที่มากขึ้น การปฏิบัติตามการเว้นระยะห่างทางสังคมที่น้อยลง ปัญหาการเงินในครอบครัวจากสถานการณ์โควิด-19 ที่มากขึ้น และความสัมพันธ์ในครอบครัวที่แย่ลง การไม่ได้รับความช่วยเหลือจากบิตามารดา การที่เพื่อนไม่ใส่ใจความรู้สึกสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้น ($p=0.000$, $p=0.015$, $p=0.008$, $p=0.004$, $p=0.000$, $p=0.041$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 7

การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (binary logistic regression analysis) ภายหลังควบคุมตัวแปรด้านสังคมประชากรและตัวแปรที่สัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวล พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลปานกลางถึงสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัญหาการเงินจากสถานการณ์โควิด-19 การได้รับความ

ช่วยเหลือด้านบิตามารดาพึ่งพาได้ และการที่เพื่อนในใจความรู้สึก โดยกลุ่มที่มีปัญหาการเงินในครอบครัวจากสถานการณ์โควิด-19 ปานกลางมีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับความวิตกกังวลปานกลางถึงมาก ซึ่งแปลผลได้ว่าปัญหาการเงินน้อยกว่าสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลน้อยกว่า ($p=0.026$, $OR=0.457$, $95\% CI=0.230 - 0.909$) ส่วนปัจจัยด้านความช่วยเหลือ การที่บิตามารดาพึ่งพาได้ บางครั้ง สัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลปานกลางถึงมาก เมื่อเทียบกับการพึ่งพาได้เสมอ ($p=0.006$, $OR=3.060$, $95\% CI=1.380 - 6.785$) และการที่เพื่อนไม่ใส่ใจความรู้สึกสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลปานกลางถึงมาก ($p=0.039$, $OR=13.332$, $95\% CI=1.144 - 155.296$) ดังแสดงในตารางที่ 8

วิจารณ์

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแรกในประเทศไทยที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ระดับความวิตกกังวล และปัญหาพฤติกรรมในวัยรุ่นจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด-19 มีผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมดจำนวน 335 ราย เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 37.0 มีความวิตกกังวลน้อยร้อยละ 28.3 ความวิตกกังวลปานกลางร้อยละ 62.4 และความวิตกกังวลมากร้อยละ 9.3 โดยเพิ่มขึ้นจากช่วงก่อนการระบาดที่เคยมีการศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตกรุงเทพมหานคร พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 17.4¹³ และใกล้เคียงกับการศึกษาในวัยรุ่นอายุ 12 - 18 ปี พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 43.0 ความวิตกกังวลร้อยละ 37.0 ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ร้อยละ 31.0 (Zhou et al., 2020)¹⁴ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่มีการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (binary logistic regression analysis) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า ในวัยรุ่นที่เผชิญสถานการณ์โควิด-19 โดยควบคุมตัวแปรด้านประชากรได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา เกรด สภาพสมรสบิดามารดา ผู้ดูแลหลัก ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว และประวัติการใช้สารเสพติด

ปัจจัย	B	p-value	Odds ratio	95% CI
ค่าคงที่	-19.791	0.999		
มีความคิดว่าตนเองมีโอกาสติดเชื้อ				
น้อยที่สุด	-	0.060	-	-
น้อย	0.158	0.751	1.171	0.441 – 3.114
ปานกลาง	0.941	0.055	2.563	0.982 – 6.692
มาก	-0.067	0.936	0.935	0.181 – 4.842
มากที่สุด	2.461	0.040	11.716	1.126 – 121.945
การปฏิบัติตามการเว้นระยะห่างทางสังคม				
น้อยที่สุด	3.358	0.025	28.728	1.520 – 543.060
น้อย	-0.809	0.365	0.446	0.077 – 2.562
ปานกลาง	0.694	0.244	2.002	0.622 – 6.446
มาก	0.338	0.564	1.402	0.445 – 4.413
มากที่สุด	-	0.082	-	-
ปัญหาการเงินในครอบครัวจากสถานการณ์โควิด-19				
น้อยที่สุด	-	0.040	-	-
น้อย	-0.258	0.855	0.772	0.049 – 12.254
ปานกลาง	-1.055	0.430	0.348	0.025 – 4.798
มาก	-0.573	0.669	0.564	0.041 – 7.832
มากที่สุด	0.494	0.722	1.638	0.108 – 24.820
ความสัมพันธ์ในครอบครัว				
แย่มาก	0.457	0.777	1.579	0.067 – 37.211
แย่น้อย	1.762	0.198	5.822	0.398 – 85.091
คล้ายเดิม	1.437	0.286	4.209	0.300 – 59.038
ดีขึ้นเล็กน้อย	0.220	0.898	1.246	0.044 – 35.622
ดีขึ้นมาก	-	0.336	-	-
ระดับความแข็งแรงและยืดหยุ่น				
สูง	-	-	-	-
ต่ำ	1.467	0.178	4.335	0.513 – 36.647
บิดามารดาพึ่งพาได้				
ไม่เป็นจริง	0.989	0.180	2.689	0.633 – 11.423
จริงบางครั้ง	0.470	0.311	1.600	0.644 – 3.976
จริงเสมอ	-	0.378	-	-

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (binary logistic regression analysis) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่เผชิญสถานการณ์โควิด-19 โดยควบคุมตัวแปรด้านประชากร ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา เกรด สภาพสมรสบิดามารดา ผู้ดูแลหลัก ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว และประวัติการใช้สารเสพติด (ต่อ)

ปัจจัย	B	p-value	Odds ratio	95% CI
การบอกบิดามารดาเกี่ยวกับปัญหาและเรื่องยุ่งยากใจ				
ไม่เป็นจริง	1.035	0.171	2.815	0.639 – 12.406
จริงบางครั้ง	-0.025	0.963	0.975	0.339 – 2.808
จริงเสมอ	-	0.186	-	-
บิดามารดาสนับสนุนให้พูดคุยเกี่ยวกับเรื่องกังวลใจ				
ไม่เป็นจริง	1.189	0.072	3.285	0.901 – 11.978
จริงบางครั้ง	0.720	0.085	2.055	0.905 – 4.668
จริงเสมอ	-	0.122	-	-
การบอกเพื่อนเกี่ยวกับปัญหาและสิ่งที่ยุ่งยากใจ				
ไม่เป็นจริง	1.353	0.048	3.868	1.012 – 14.787
จริงบางครั้ง	0.287	0.467	1.332	0.615 – 2.883
จริงเสมอ	-	0.137	-	-

ตารางที่ 7 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลจากสถานการณ์การระบาดของโควิด-19

ปัจจัย	ระดับความวิตกกังวล		
ข้อมูลทั่วไป	ปานกลางถึงมาก จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ			
ชาย	105 (70.5)	44 (29.5)	0.670
หญิง	135 (72.6)	51 (27.4)	
ระดับการศึกษา			
มัธยมศึกษาปีที่ 4	70 (72.9)	26 (27.1)	0.084
มัธยมศึกษาปีที่ 5	70 (79.5)	18 (20.5)	
มัธยมศึกษาปีที่ 6	100 (66.2)	51 (33.8)	
เกรด			
3.50 - 4.00	76 (66.7)	38 (33.3)	0.686
3.00 - 3.49	74 (75.5)	24 (24.5)	
2.50 - 2.99	58 (73.4)	21 (26.6)	
2.00 - 2.49	18 (72.0)	7 (28.0)	
ต่ำกว่า 2.00	14 (73.7)	5 (26.3)	

ตารางที่ 7 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลจากสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 (ต่อ)

ปัจจัย ข้อมูลทั่วไป	ระดับความวิตกกังวล		p-value
	ปานกลางถึงมาก จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	
สภาพสมรสบิดามารดา			
อยู่ด้วยกัน	131 (69.7)	57 (30.3)	0.510
แยกกันอยู่	51 (73.9)	18 (26.1)	
หย่าร้าง	41 (70.7)	17 (29.3)	
เสียชีวิต	17 (85.0)	3 (15.0)	
ผู้ดูแลหลัก			
บิดา	88 (76.5)	27 (23.5)	0.037
มารดา	115 (68.9)	52 (31.1)	
ญาติ	31 (77.5)	9 (22.5)	
บิดาและมารดา	4 (36.4)	7 (63.6)	
บิดาหรือมารดานุญกรรม	2 (100.0)	0 (0.0)	
ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก			
ต่ำกว่าประถมศึกษา	3 (75.0)	1 (25.0)	0.651
ประถมศึกษา	63 (75.0)	21 (25.0)	
มัธยมศึกษา	89 (71.2)	36 (28.8)	
ปวช. ปวส. อนุปริญญา	34 (63.0)	20 (37.0)	
ปริญญาตรี	45 (73.8)	16 (26.2)	
ปริญญาโท เอก	6 (85.7)	1 (14.3)	
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน			
น้อยกว่า 5,000 บาท	12 (70.6)	5 (29.4)	0.312
5,001 - 10,000 บาท	49 (79.0)	13 (21.0)	
10,001 - 15,000 บาท	67 (69.8)	39 (30.2)	
15,001 - 30,000 บาท	60 (64.5)	33 (35.5)	
30,001 - 50,000 บาท	32 (74.4)	11 (25.6)	
มากกว่า 50,000 บาท	20 (83.3)	4 (16.7)	
โรคประจำตัว			
ไม่มี	218 (72.2)	84 (27.8)	0.618
โรคทางกาย	18 (64.3)	10 (35.7)	
โรคทางจิตเวช	4 (80.0)	1 (20.0)	
ประวัติการใช้สารเสพติด			
ไม่เคยใช้สาร	191 (69.7)	83 (30.3)	0.096
เคยใช้สาร	49 (80.3)	12 (19.7)	
ความเข้าใจเกี่ยวกับโควิด-19			
น้อย - น้อยที่สุด	6 (85.7)	1 (14.3)	0.436
ปานกลาง	111 (74.0)	39 (26.0)	
มาก - มากที่สุด	123 (69.1)	55 (30.9)	

ตารางที่ 7 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลจากสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับความวิตกกังวล		
ข้อมูลทั่วไป	ปานกลางถึงมาก จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ในบ้านมีคนกลุ่มเสี่ยงหรือติดเชื้อ			
ไม่มี	228 (71.3)	92 (28.7)	0.570
มี	12 (80.0)	3 (20.0)	
คนรู้จักติดเชื้อ			
ไม่มี	235 (72.3)	90 (27.7)	0.154
มี	5 (50.0)	5 (50.0)	
ความคิดว่าตนเองมีโอกาสติดเชื้อ			
น้อย - น้อยที่สุด	104 (61.2)	66 (38.8)	0.000
ปานกลาง	117 (82.4)	25 (17.6)	
มาก - มากที่สุด	19 (82.6)	4 (17.4)	
การปฏิบัติตามการเว้นระยะห่างทางสังคม			
น้อย - น้อยที่สุด	22 (81.5)	5 (18.5)	0.008
ปานกลาง	101 (79.5)	26 (20.5)	
มาก - มากที่สุด	117 (64.6)	64 (35.4)	
ปัญหาการเงินในครอบครัวจากสถานการณ์โควิด-19			
น้อย - น้อยที่สุด	39 (83.0)	8 (17.0)	0.004
ปานกลาง	78 (61.4)	49 (38.6)	
มาก - มากที่สุด	123 (76.4)	38 (23.6)	
ความสัมพันธ์ในครอบครัว			
แย่งเล็กน้อย - แย่งมาก	79 (84.0)	15 (16.0)	0.001
คล้ายเดิม	150 (68.5)	69 (31.5)	
ดีขึ้นเล็กน้อย - ดีขึ้นมาก	11 (50.0)	11 (50.0)	
เวลาในการออกกำลังกาย			
น้อยกว่าเดิม - น้อยกว่าเดิมที่สุด	96 (78.0)	27 (22.0)	0.054
เท่าเดิม	106 (70.7)	44 (29.3)	
มากกว่าเดิม - มากกว่าเดิมที่สุด	38 (61.3)	24 (38.7)	
เวลาในการใช้สื่อ			
เพิ่มขึ้น	147 (67.7)	64 (30.3)	0.562
เท่าเดิม	74 (75.5)	24 (24.5)	
ลดลง	19 (73.1)	7 (26.9)	
ผลจากการใช้สื่อ			
ผลดีมากกว่า	184 (71.3)	74 (28.7)	0.810
ผลเสียมากกว่า	56 (72.7)	21 (27.3)	

ตารางที่ 7 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลจากสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับความวิตกกังวล		
ข้อมูลทั่วไป	ปานกลางถึงมาก จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	p-value
การได้รับความช่วยเหลือพ่อแม่พึ่งพาได้			
ไม่เป็นจริง	33 (86.8)	5 (13.2)	0.000
จริงบางครั้ง	158 (80.2)	39 (19.8)	
จริงเสมอ	49 (49.0)	51 (51.0)	
การบอกพ่อแม่เกี่ยวกับปัญหาและสิ่ง ยุ่งยากใจ			
ไม่เป็นจริง	51 (89.5)	6 (10.5)	0.000
จริงบางครั้ง	156 (74.6)	53 (25.4)	
จริงเสมอ	33 (47.8)	36 (52.2)	
พ่อแม่สนับสนุนให้พูดคุยเกี่ยวกับเรื่อง กังวลใจ			
ไม่เป็นจริง	40 (93.0)	3 (7.0)	0.000
จริงบางครั้ง	116 (78.4)	32 (21.6)	
จริงเสมอ	84 (58.3)	60 (41.7)	
เพื่อนใส่ใจสิ่งที่ฉันรู้สึก			
ไม่เป็นจริง	15 (93.8)	1 (6.3)	0.041
จริงบางครั้ง	147 (73.5)	53 (26.5)	
จริงเสมอ	78 (65.5)	41 (34.5)	
การบอกเพื่อนเกี่ยวกับสิ่งยุ่งยากใจ			
ไม่เป็นจริง	26 (83.9)	5 (16.1)	0.265
จริงบางครั้ง	150 (69.8)	65 (30.2)	
จริงเสมอ	64 (71.9)	25 (28.1)	
ระดับความแข็งแรงและยืดหยุ่น			
สูง	231 (71.1)	94 (28.9)	0.293
ต่ำ	9 (90.0)	1 (10.0)	

จาก 12 งานวิจัย กลุ่มตัวอย่างเด็กและวัยรุ่นจำนวน 12,262 ราย พบความชุกภาวะซึมเศร้าร้อยละ 22.6 - 43.7 มีอาการวิตกกังวล ร้อยละ 18.9 - 37.4¹⁵ meta-analysis รวม 15 งานวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เด็กและวัยรุ่นจำนวน 22,996 ราย พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 41.7 วิตกกังวลร้อยละ 34.5¹⁶

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีความคิดที่ตนเองมีโอกาสติดเชื้อมากที่สุด การปฏิบัติตามการเว้นระยะห่างทางสังคมน้อยที่สุด และ

การไม่สามารถบอกเพื่อนเกี่ยวกับปัญหาและสิ่งยุ่งยากใจ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลปานกลางถึงมาก ได้แก่ ปัญหาการเงินจากสถานการณ์โควิด-19 ที่มากขึ้น บิดามารดาพึ่งพาได้เพียงบางครั้ง และการที่เพื่อนไม่ใส่ใจความรู้สึก ส่วนระดับความแข็งแรงและความยืดหยุ่นพบว่าไม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยอื่น โดยปัจจัยเสี่ยงในการมีภาวะวิตกกังวลวัยรุ่นจีน 7,143 ราย ได้แก่ ความไม่มั่นคงทางการเงินเพศหญิง¹⁴

ตารางที่ 8 การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (binary logistic regression analysis) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลในวัยรุ่นที่เผชิญสถานการณ์โควิด-19 โดยควบคุมตัวแปรด้านประชากร ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา เกรด สภาพสมรสบิดามารดา ผู้ดูแลหลัก ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว และประวัติการใช้สารเสพติด

ปัจจัย	B	p-value	Odds ratio	95% CI
ค่าคงที่	22.997	0.999		
มีความคิดว่าตนเองมีโอกาสติดเชื้อ				
น้อยถึงน้อยที่สุด	-0.462	0.515	0.630	0.157 – 2.529
ปานกลาง	0.655	0.373	1.926	0.455 – 8.147
มากถึงมากที่สุด	-	0.005	-	-
การปฏิบัติตามการเว้นระยะห่างทางสังคม				
น้อยถึงน้อยที่สุด	0.089	0.885	1.093	0.328 – 3.641
ปานกลาง	0.463	0.208	1.588	0.773 – 3.262
มากถึงมากที่สุด	-	0.450	-	-
ปัญหาการเงินในครอบครัวจากสถานการณ์โควิด-19				
น้อยถึงน้อยที่สุด	0.470	0.380	1.600	0.560 – 4.576
ปานกลาง	-0.782	0.026	0.457	0.230 – 0.909
มากถึงมากที่สุด	-	0.021	-	-
ความสัมพันธ์ในครอบครัว				
แย่งเล็กน้อยถึงมาก	1.276	0.068	3.581	0.909 – 14.100
คล้ายเดิม	0.640	0.311	1.897	0.550 – 6.541
ดีขึ้นเล็กน้อยถึงมาก	-	0.132	-	-
บิดามารดาพึงพอใจ				
ไม่เป็นจริง	1.555	0.058	4.737	0.947 – 23.692
จริงบางครั้ง	1.118	0.006	3.060	1.380 – 6.785
จริงเสมอ	-	0.014	-	-
การบอกบิดามารดาเกี่ยวกับปัญหาและเรื่องยุ่งยากใจ				
ไม่เป็นจริง	0.511	0.505	1.667	0.371 – 7.495
จริงบางครั้ง	0.433	0.349	1.541	0.624 – 3.808
จริงเสมอ	-	0.635	-	-
บิดามารดาสนับสนุนให้พูดคุยเกี่ยวกับเรื่องกังวลใจ				
ไม่เป็นจริง	1.108	0.185	3.029	0.587 – 15.617
จริงบางครั้ง	0.393	0.312	1.482	0.691 – 3.178
จริงเสมอ	-	0.332	-	-
เพื่อนใส่ใจสิ่งที่ฉันรู้สึก				
ไม่เป็นจริง	2.590	0.039	13.332	1.144 – 155.296
จริงบางครั้ง	0.294	0.384	1.341	0.693 – 2.597
จริงเสมอ	-	0.102	-	-

การจัดการปัญหาโดยการหลีกเลี่ยง การไม่แสดงความรู้สึก นำไปสู่ความรู้สึกว่าไม่ได้รับความช่วยเหลือทางสังคม¹⁷ นอกจากนี้ตามทฤษฎีพัฒนาการวัยรุ่นเป็นวัยที่พยายามไม่พึ่งพิงบิดามารดาให้ความสำคัญกับเพื่อนซึ่งเป็นแหล่งปฏิสัมพันธ์ที่สำคัญ หากมีความขัดแย้งกับเพื่อนหรือไม่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนสามารถส่งผลต่อมโนทัศน์แห่งตน รู้สึกขาดคุณค่าในตนเอง และเพิ่มความวิตกกังวล¹⁸ ในด้านการปฏิบัติตามการเว้นระยะห่างทางสังคมนั้น งานวิจัยอื่นพบว่าการแยกตัวออกจากสังคมนำไปสู่การเผชิญกับความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งเป็นปัจจัยทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น^{19,20} แต่หากมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมผ่านการใช้สื่ออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อย่างมีคุณภาพหรือแบบเห็นหน้าสัมผัสกับอาการซึมเศร้าที่น้อยกว่า²¹ การใช้สื่ออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ช่วยเรื่องปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การสื่อสาร โอกาสทางการศึกษา แต่สามารถทำให้เกิดผลเสียได้เช่นกัน โดยพบว่าระยะเวลาในการใช้สื่อสัมพันธ์กับระดับความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียด (Keles et al., 2020) และปัญหาด้านการนอน (Barry et al., 2017)^{14,24,26}

ปัจจัยปกป้อง ได้แก่ การอยู่กับบิดามารดา (Cao et al., 2020) การช่วยให้วัยรุ่นรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างถูกต้องเหมาะสม การสนับสนุนเพื่อสร้างความเข้าใจและลดความวิตกกังวล (Gudmundsdottir et al., 2016, Guichard et al., 2020)^{14,16,22,23} การมองโลกในแง่ดี การปฏิบัติตามการเว้นระยะห่างทางสังคมอย่างสม่ำเสมอ^{15,24} ความแข็งแรงและความยืดหยุ่น การมีความสามารถในการจัดการปัญหาและขอความช่วยเหลือ ทำให้เกิดความรู้สึกควบคุมได้^{17,25} องค์การอนามัยโลกได้แนะนำเรื่องการช่วยลดความวิตกกังวลในวัยรุ่นโดยการทากิจวัตรประจำวันอย่างสมดุล เพิ่มวิธีในการควบคุมอารมณ์ การคงปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เลี่ยงการสูบบุหรี่ แอลกอฮอล์ และสารเสพติดอื่น ใช้สื่ออย่างเหมาะสม และพบผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตเมื่อจำเป็น (World Health Organization 2020)¹⁴

จุดแข็งของงานวิจัยนี้คือการศึกษารุ่นแรกในประเทศไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบด้านสุขภาพจิตในวัยรุ่น คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามขนาดโรงเรียนโดยขนาดโรงเรียนอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่แตกต่างกัน ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างหลากหลายมากขึ้น และข้อมูลในการวิเคราะห์ครบถ้วน

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือการวิจัยภาคตัดขวาง ไม่ได้บ่งบอกสาเหตุและผลลัพธ์ ศึกษาในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาในกรุงเทพฯ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีผู้ติดเชื้อโควิด-19

มากที่สุดในประเทศไทย ไม่สามารถนำไปเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด และการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง อาจเกิดอคติในการให้ข้อมูล

ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยต่อไปได้แก่ การวิจัยแบบระยะยาว (longitudinal study) ถึงช่วงหลังการระบาดของเชื้อโควิด-19 การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายผลการศึกษา การใช้แบบสอบถามมาตรฐานในการเก็บข้อมูลด้านการใช้สื่ออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เพื่อการศึกษาหรือเพื่อความบันเทิง และการคัดเลือกรุ่นประชากรที่มีความหลากหลายมากขึ้น

สถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด-19 มีผลกระทบทั้งในระยะสั้นและระยะยาวดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น ปัจจุบันยังคงมีผู้ติดเชื้ออย่างต่อเนื่องแม้ว่าประชากรจะได้รับวัคซีนมากขึ้น ดังนั้นควรมีการศึกษาในอนาคตทั้งช่วงก่อนระบาด ระยะระบาดหนัก และหลังการระบาดของเชื้อโรค อาจทำในประชากรที่มีความหลากหลายและจำนวนมากขึ้น การศึกษาปัจจัยด้านอื่น เช่น วิธีในการจัดการปัญหา เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนป้องกันผลกระทบด้านสุขภาพจิตต่อไป

สรุป

การศึกษานี้สรุปได้ว่า สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ส่งผลกระทบทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น และวิตกกังวลระดับปานกลางถึงมากเป็นส่วนใหญ่ในวัยรุ่น โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้แก่ การมีความคิดว่าตนเองมีโอกาสติดเชื้อมากที่สุด การปฏิบัติตามการเว้นระยะห่างทางสังคมน้อยที่สุด และการไม่สามารถบอกเพื่อนเกี่ยวกับปัญหาและสิ่งยุ่งยากใจ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลปานกลางถึงมาก ได้แก่ ปัญหาการเงินจากสถานการณ์โควิด-19 ที่มากขึ้น บิดามารดาพึ่งพาได้เพียงบางครั้ง และการที่เพื่อนไม่ใส่ใจความรู้สึก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัยที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม อาจารย์โรงเรียนที่ช่วยเหลือด้านการเก็บข้อมูล คณะอาจารย์ นักปฏิบัติการวิจัย และเจ้าหน้าที่ภาคจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล สำหรับการให้คำปรึกษาด้านการทำวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ จนการวิจัยสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Jörg MF, Benedetto V, Paul LP, Vera C. Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2020;14(20):1-11.
2. United Nations. Policy Brief : COVID-19 and the Need for Action on Mental Health (internet). 2020 (cited 2020 May 13). Available from : https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf.
3. Jonathan PR, Edward C, Dominic O, Thomas AP, Philip M, Paolo F, et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systemic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* 2020;7:611-627.
4. Wen YJ, Lin NW, Juan L, Shuan FF, Fu YJ, Massimo P, et al. Behavioral and emotional disorders in children during the COVID-19 epidemic. *J Pediatr* 2020;221:264-266.
5. Cuiyan W, Riya P, Xiaoyang W, Yilin T, Linkang X, Cyrus SH, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(5):1-25.
6. Wenjun Cao, Ziwri F, Guoqiang H, Mei H, Xinrong X, Jiaxin D, et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Res* 2020;287:1-5.
7. Shuan JZ, Li-Gang Z, Lei-Lei W, Zhao-Chang G, Jing-Qi W, Jin-Cheng C, et al. Prevalence and sociodemographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2020;29(6):749-758.
8. Kumar S, Shilpi R. Compliance and psychological impact of quarantine in children and adolescents due to Covid-19 pandemic. *Indian J Pediatr* 2020;87(7):532-536.
9. Unicef Thailand. 8 in 10 youth worried about their family income due to COVID-19 (internet). 2020 (cited 1 June 2020).
10. Amy O, Livia T, Sarah-Jayne B. The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *Lancet Child Adolesc Health* 2020;4(8):634-640.
11. Christiaan HV, Therese VA, Jonathan IB, Igor B, John FC, Katharina D, et al. Stress resilience during the coronavirus pandemic. *Eur Neuropsychopharmacol* 2020;35:12-16.
12. Vinita S, Miguel RO, Nandita S. Risk and protective factors for adolescent and young adult mental health within the context of COVID-19: A perspective from Nepal. *J Adolesc Health* 2020;67(1):135-137.
13. Nicharpat R, Umaporn T. Depression in senior high school students in Bangkok metropolis. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2009;54(4):337-346.
14. Selim BG, Jonathan L, Rahmeth R, Emilie C, Sevan M, Laelia B, et al. Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry Res* 2020;291:1-6.
15. Finiki N, Clodagh F, Rachel N, Sheena SS, Eilis H. Exploring the impact of COVID-19 on mental health outcomes in children and adolescents: A systemic review. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(22):1-19.
16. Prateek KP, Juhi G, Sayoni RC, Rishi K, Ankit KM, Priyanka M, et al. Psychological and behavioral impact of lockdown and quarantine measures for COVID-19 pandemic on children, adolescents and caregivers: A systematic review and meta-analysis. *J Trop Pediatr* 2021;67(1):1-13.
17. Caiyun Z, Maolin Y, Yunwei F, Minyi Y, Fen L, Jinhua Y, et al. The psychological impact of the COVID-19 pandemic on teenagers in China. *J Adolesc Health* 2020;67(6):747-755.
18. Natasha RM, Justin YF, Ronald MR, Cele ER, Ella LO, Jasmine F. Risk and protective factors for prospective changes in adolescent mental health during the COVID-19 pandemic. *J Youth Adolesc* 2021;50(1):44-57.
19. Maria E, Eleanor M, Nina H, Shirley R, Roz S, Amberly B, et al. Rapid systemic review: The impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2020;59(11): 1218-1239.
20. Marielena B. The impact of social distancing and loneliness on adolescents' mental health during Covid-19 (2021). *Masters Theses*. 1123.
21. Sommerlad A, Marston L, Huntley J, Livingston G, Lewis G, Steptoe A, et al. Social relationships and depression during the COVID-19 lockdown: longitudinal analysis of the COVID-19 social study. *Psychol Med* 2021;13:1-10.
22. Suqin T, Mi X, Teris C, Yu-Tuo X. Mental health and its correlates among children and adolescents during COVID-19 school closure: The importance of parent-child discussion. *J Affect Disord* 2021;279:353-360.
23. Shweta S, Deblina R, Kritika S, Sheeba P, Gunjan J. Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry Res* 2020;293:1-10.
24. Natasha RM, Justin YF, Ronald MR, Cele ER, Ella LO, Jasmine F. Risk and protective factors for prospective changes in adolescent mental health during the COVID-19 pandemic. *J Youth Adolesc* 2021;50:44-57.
25. Qing Z, Longjun Z, Jianping X. Impact of COVID-19 on emotional resilience and learning management of middle school students. *Med Sci Monit* 2020;26:1-8.
26. Sithum M, Sandro S, Louise F, Elizabeth C, Hir Jani, Sandra M, et al. The impact of physical distancing policies during the COVID-19 pandemic on health and well-being among Australian adolescents. *J Adolesc Health* 2020;67(5):653-66

การศึกษาความเป็นไปได้และผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้เครือข่ายอินเทอร์เน็ต สำหรับวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อภาวะวิตกกังวล

วริษา จตุรวัฒนา*, ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์*

*สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ ศึกษาความเป็นไปได้ (feasibility) และผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้เครือข่ายอินเทอร์เน็ต เพื่อลดอาการวิตกกังวลในวัยรุ่น

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษานำร่อง (pilot study) การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy, CBT) ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในการลดอาการวิตกกังวลในวัยรุ่นทั่วไปที่มีอายุระหว่าง 12 - 15 ปี ที่มีความวิตกกังวลและ/หรือต้องการเข้าร่วมการศึกษา ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - เดือนพฤศจิกายน 2564 โดยใช้แบบคัดกรองภาวะวิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่น The Screen for Child Anxiety Related Disorder สำหรับเด็กและผู้ปกครอง ฉบับภาษาไทย (SCARED-C และ SCARED-P) ในการประเมินความรุนแรงของอาการวิตกกังวลก่อนเข้าร่วมกลุ่ม และเมื่อสิ้นสุดงานวิจัย (สัปดาห์ที่ 8) และประเมินความพึงพอใจจากแบบประเมินความพึงพอใจ

ผลการศึกษา ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 10 คน อายุเฉลี่ย 13.3 ปี โดยเข้าร่วมกิจกรรมครบทั้ง 2 ครั้ง จำนวน 8 คน พบว่าอาสาสมัครมากกว่าครึ่งหนึ่งมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมากถึงมากที่สุด ทั้งเรื่องความรู้ที่ได้รับและการนำไปประยุกต์ใช้ต่อ โดยอาสาสมัครร้อยละ 62.5 (5 คน) มีคะแนนความวิตกกังวลจากการประเมินตนเองลดลง (SCARED-C) และร้อยละ 75 (6 คน) มีคะแนนความวิตกกังวลลดลงจากการประเมินโดยผู้ปกครอง (SCARED-P) โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความกังวลสูง (baseline SCARED-C หรือ baseline SCARED-P ≥ 40 คะแนน)

สรุป การฝึกทักษะการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้เครือข่ายอินเทอร์เน็ตในการลดอาการวิตกกังวลในวัยรุ่น มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง และอาจได้ผลในการลดความกังวลในกลุ่มวัยรุ่นที่มีความวิตกกังวลสูง

คำสำคัญ วิตกกังวล วัยรุ่น การฝึกทักษะการปรับความคิดและพฤติกรรม เครือข่ายอินเทอร์เน็ต



A Preliminary Outcomes of Internet-based Cognitive Behavioral Skill Training for Youth at-risk of Anxiety: A Feasibility Study

Warisa Jaturawattana*, Sirirat Ularntinon*

*Queen Sirikit National Institute of Child Health

ABSTRACT

Objective: To examine the feasibility and preliminary outcomes of Internet-based Cognitive Behavioral Skill training for youth at-risk of anxiety disorders.

Method: This was a pilot study conducted between May 1st to November 30th, 2021. Adolescents aged 12 - 15 years old were enrolled to participate in online cognitive behavioral skills training. The Screen for Child Anxiety Related Disorders, Thai-version (SCARED) were used for assessing the anxiety symptoms at baseline and 8 weeks after intervention. Feasibility of the intervention were assessed by a questionnaire developed by the authors.

Result: There were 8 participants (mean age 13.3 years) completed 2 sessions of the Internet-based skill training. More than half of participants reported high to highest satisfactory with the program on applicability of the skills and knowledge acquired. SCARED scores were decreased 62.5 percent (n=5) in child self-report and 75 percent (n=6) in parent report, particularly in those with high degree of anxiety at baseline (≥ 40).

Conclusion: Internet-based cognitive behavioral skill training for youth at risk of anxiety is an acceptable preliminary preventive intervention for youth at-risk of anxiety.

Keywords: Anxiety, youth and adolescence, cognitive behavioral therapy, CBT, internet-based skill training

Corresponding author: Warisa Jaturawattana

Email: warisaj6884@gmail.com

Received 27 January 2022 Revised 14 March 2022 Accepted 26 March 2022

บทนำ

โรควิตกกังวล (anxiety disorder) เป็นโรคที่พบได้บ่อยในเด็ก มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในด้านต่างๆ และมักสัมพันธ์กับอารมณ์ซึมเศร้า¹ ในประเทศตะวันตก พบความชุกของโรควิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่นเท่ากับร้อยละ 6.5 - 9^{2,3} ส่วนในประเทศไทย พบความชุกของโรควิตกกังวล ที่ร้อยละ 6.94 จากข้อมูลของ Centers of Disease Control and Prevention ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าความชุกโรควิตกกังวลในวัยรุ่นสูงสุดในช่วงอายุ 12 - 17 ปี โดยอายุเฉลี่ยที่เริ่มเกิดโรค คือ 12 ปี⁵ นอกจากนี้ยังพบความชุกของกลุ่มวัยรุ่นที่มีอาการวิตกกังวล โดยยังไม่ถึงเกณฑ์ในการวินิจฉัย (subthreshold anxiety) สูงเป็น 2 เท่าของกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค (anxiety disorder)⁶ โดยวัยรุ่นกลุ่มนี้เมื่อติดตามต่อเนื่องพบว่ามีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาในที่สุด

ปัญหาที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะวิตกกังวล คือ การไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างเหมาะสม เนื่องจากการขาดความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครอง ความยุ่งยากในการเข้าถึงระบบบริการ และการขาดบุคลากรและเครื่องมือในการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล⁷

ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาสามารถเกิดผลกระทบตามมาทั้งทางด้านการเงิน และการเข้าถึงสังคม รวมถึงปัญหาสุขภาพจิตไปจนถึงวัยผู้ใหญ่⁸ โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะวิตกกังวลในวัยรุ่นที่ไม่ได้รับการรักษา มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) อย่างมีนัยสำคัญ⁹ ดังนั้นจึงมีความสำคัญที่จะให้การป้องกันการเกิดโรควิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่น โดยแบ่งเป็น 1) การป้องกันโดยทั่วไป (universal approach) 2) การป้องกันในกลุ่มเสี่ยง (selective approach) 3) การป้องกันในกลุ่มที่เริ่มมีอาการแต่ยังไม่ถึงเกณฑ์ในการวินิจฉัย (indicated approach)

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ในต่างประเทศหลายการศึกษา พบว่าโปรแกรมป้องกันการเกิดโรควิตกกังวลโดยใช้หลักการการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy-CBT) มีประโยชน์ในการเพิ่มความรู้ความเข้าใจและทักษะในการจัดการความวิตกกังวล¹⁰ โดยมีระดับอิทธิพลในระดับน้อยถึงปานกลาง (small to medium effect sizes)¹¹

ปัจจุบันวิธีการรักษาโรควิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่นที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based treatment) ได้แก่ การใช้

ยาต้านเศร้า (antidepressant) และการทำจิตบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy-CBT)⁸ ซึ่งเป็นการรักษาลำดับแรก (first-line therapy) และได้ผลที่ดี¹² อย่างไรก็ตามยังมีผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 3 เท่านั้นที่เข้าถึงการรักษา^{13,14} สาเหตุเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ จำนวนผู้ให้การรักษาไม่เพียงพอ การอยู่ในพื้นที่ห่างไกล หรือข้อจำกัดด้านเวลาและการเงินในครอบครัว เป็นต้น^{15,16} เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มมากขึ้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนารูปแบบการรักษาให้สามารถเข้าถึงได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น

การทำจิตบำบัดแบบ CBT สามารถนำระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตมาเป็นช่องทางในการรักษา (Internet-delivered CBT) เนื่องจากมีรูปแบบและขั้นตอนในการรักษาที่เป็นระบบ เน้นการสร้างทักษะและมีเป้าหมายพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง^{17,18} ข้อดีของการบำบัดโดยใช้ Internet-delivered CBT คือ สามารถลดเวลาของผู้บำบัดต่อผู้ป่วย 1 ราย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษา โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) และสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลอีกด้วย¹⁹ โดยมีการศึกษาพบว่าผลในการรักษาไม่แตกต่างจากการทำจิตบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบเดิมที่ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดต้องมาเข้าร่วมในชั่วโมงการบำบัด (face-to-face CBT) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁰

สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาในเรื่องนี้มาก่อน คณะผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษานำร่องความเป็นไปได้ (feasibility) และผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้เครือข่ายอินเทอร์เน็ตในการลดอาการวิตกกังวลในวัยรุ่นที่เริ่มมีอาการภาวะวิตกกังวล หรือมีภาวะเสี่ยงโดยยังไม่เข้าข่ายการวินิจฉัยโรควิตกกังวล เป็นการเพิ่มทางเลือกในการให้ความรู้และฝึกทักษะในการจัดการความวิตกกังวลเบื้องต้น โดยเฉพาะในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ที่มีความจำเป็นในการเพิ่มระยะห่างทางสังคม (social distancing) เพื่อเป็นการป้องกันและลดภาวะวิตกกังวลซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตต่อไป โดยเป้าหมายกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ คือวัยรุ่นทั่วไปที่มีอาการของโรคในกลุ่มวิตกกังวล และ/หรือมีความสนใจการฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการลดอาการวิตกกังวล

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษานำร่อง โดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือ ศึกษาความเป็นไปได้ (feasibility) ของโปรแกรมการฝึกทักษะการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้เครือข่ายอินเทอร์เน็ตเพื่อลดอาการวิตกกังวลในวัยรุ่นที่มีอาการของโรคในกลุ่มวิตกกังวล และ/หรือมีความสนใจในการฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการลดอาการวิตกกังวล และวัตถุประสงค์รอง คือ ศึกษาผลเบื้องต้นของโปรแกรมการฝึกทักษะการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้เครือข่ายอินเทอร์เน็ตเพื่อลดอาการวิตกกังวลในวัยรุ่นที่มีอาการของโรคในกลุ่มวิตกกังวล และ/หรือมีความสนใจในการฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการลดอาการวิตกกังวล โดยทำการศึกษาดังแต่เดือนพฤษภาคมถึงพฤศจิกายน 2564 ประชาสัมพันธ์โครงการผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ facebook ทีมจิตเด็ก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยมีผู้ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครทั้งหมด 10 คน และเข้าร่วมโครงการไม่ครบ 2 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร ได้แก่ (1) วัยรุ่น อายุ 12 - 15 ปี (2) มีอาการของโรคในกลุ่มวิตกกังวล และ/หรือมีความสนใจในการฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในการลดอาการวิตกกังวล (3) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชอื่น ยกเว้น โรคสมาธิสั้น (4) อาสาสมัครและผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมงานวิจัย (5) อาสาสมัครและผู้ปกครองสามารถทำแบบทดสอบได้ครบ 2 ครั้ง คือ เริ่มวิจัย และเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ 8 (6) มีคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ หรือสื่อต่างๆ ที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ต และการประชุมโดยผ่านโปรแกรม zoom ได้ (7) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทั้ง 2 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที และมีเวลา 30 - 60 นาทีในการทำบ้านที่ได้รับในแต่ละสัปดาห์ โดยใช้เวลาทั้งหมดไม่เกิน 3 - 4 ชั่วโมง ตลอดช่วงเวลา 8 สัปดาห์ของโครงการ (8) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออกคือ (1) มีความเจ็บป่วยทางจิตที่ได้รับการวินิจฉัย หรือความเจ็บป่วยทางกายที่รุนแรง เช่น ภาวะไม่รู้สึกตัว, severe cognitive impairment, มีอาการทางจิต เช่น หูแว่ว, หลงผิด, โรคซึมเศร้าที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือเสียความสามารถในการทำงาน (2) ไม่สามารถตอบแบบประเมินทั้ง 2 ครั้ง ทั้งอาสาสมัครและผู้ปกครอง

ผู้ปกครองและอาสาสมัครทุกคนลงทะเบียนโดยกรอกข้อมูลทั่วไป และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยรวมถึงการให้ความ

ยินยอมทั้งจากอาสาสมัครและผู้ปกครองในรูปแบบฟอร์มให้ความยินยอม (informed consent) บันทึกใน google form จากนั้นอาสาสมัครจะได้รับรหัสสำหรับเข้าร่วมงานวิจัยต่อไป

เครื่องมือและการวัดผล

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนตอบแบบสอบถาม (1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป (demographic data) จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ชื่อเล่นที่ต้องการให้ใช้เรียกในขณะเข้าร่วมวิจัย เพศ อายุ ชั้นเรียน โรงเรียน ผลการเรียนในปีที่ผ่านมา โรคประจำตัวหรือโรคอื่น ๆ ยาที่ใช้ประจำและผลข้างเคียง และอีเมลที่สามารถติดต่อได้ (2) แบบคัดกรองภาวะวิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่น โดยตอบ 2 ครั้ง คือ ก่อนเข้าร่วมกลุ่ม และหลังจากเข้ากลุ่มฝึกทักษะ และเข้าร่วมงานวิจัยแล้ว 8 สัปดาห์ โดยใช้แบบคัดกรอง The Screen for Child Anxiety Related Disorder (SCARED) สำหรับเด็กและผู้ปกครอง ฉบับภาษาไทย จำนวน 41 ข้อคำถาม คำตอบแบ่งเป็น 3 ระดับคะแนน คือ 0=ไม่จริง, 1=จริงบางครั้ง, 2=จริงบ่อยๆ คะแนนรวมที่สูงกว่า 20 คะแนน บ่งชี้ว่าอาจมีโรควิตกกังวล และคะแนนรวมที่สูงกว่า 25 คะแนน สามารถบ่งชี้ถึงความจำเพาะต่อกลุ่มโรควิตกกังวลได้²¹ โดยแบบสอบถามฉบับนี้มีค่าความแน่นอนภายในที่ดี (Cronbach's alpha 0.903) และมีความแม่นยำตรงเป็นที่น่าเชื่อถือในการใช้คัดกรองเด็กที่มีอาการของโรคในกลุ่มวิตกกังวลที่ยังไม่ได้รับการตรวจหรือวินิจฉัยในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โดยมีค่าความไว (sensitivity) 74.29% และความจำเพาะเจาะจง (specificity) 50.68%²² (3) แบบประเมินความพึงพอใจ และประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรมการเข้ากลุ่มฝึกทักษะ โดยประเมินใน 5 หัวข้อ ได้แก่ 1) ความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม 2) สิ่งที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ 3) ความคุ้มค่าของเวลาที่เสียไป 4) บรรยากาศในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และ 5) การแนะนำกิจกรรมนี้ให้กับเพื่อนหรือคนรู้จัก โดยให้ประเมินเป็นคะแนน ตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน 1 คือ ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด และ 5 คือระดับความพึงพอใจมากที่สุด นอกจากนี้ยังสามารถให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมได้ 3 ข้อ คือ สิ่งที่ท่านชอบมากที่สุดในการเข้าร่วมกิจกรรม สิ่งที่ควรปรับปรุง และสิ่งที่ท่านได้เรียนรู้เพิ่มเติมจากกิจกรรม

2. หลังจากตอบแบบประเมินแล้ว ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนจะได้รับวิดีโอทัศนศึกษาจิตศึกษา (psychoeducation) เรื่องความรู้เกี่ยวกับโรควิตกกังวล และวิธีการฝึกการผ่อนคลาย (relaxation technique) ซึ่งมีความยาว 7 นาที จากเว็บไซต์ของสถาบันสุขภาพ

จิตเด็กและวัยรุ่นราชชนครินทร์²³ และได้รับแบบฝึกหัดที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับวิธีทัศน์เป็นการบ้านหลังจากดูวิดีโอแล้ว

3. หลังจากได้รับแบบฝึกหัดเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้ากิจกรรมกลุ่มเรียนออนไลน์ผ่านโปรแกรม zoom ทั้งหมด 2 ครั้ง โดยมีผู้วิจัยหลัก (แพทย์ประจำบ้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น) เป็นผู้นำกลุ่ม และมีอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ (ผู้วิจัยร่วม) เข้าร่วมสังเกตการณ์ในขณะทำกลุ่มทุกครั้ง และมีการ Supervision ทุกสัปดาห์ ซึ่งเป็นไปตามมาตรฐานของการทำวิจัยด้วยการโปรแกรม (intervention) เพื่อควบคุมในเรื่องประสิทธิผลและความแม่นยำ (fidelity) ในการทำกลุ่มโดยผู้บำบัด²⁴ โดยมีคู่มือการฝึกทักษะความคิดและพฤติกรรม สื่อการสอนในรูปแบบ power point และแบบฝึกหัดที่พัฒนามาจากหนังสือแบบฝึกหัดเรื่องลิสต์ชีกัว²⁵ โดย พญ.ศิริรัตน์ อุฬาริตินนท์ โดยคู่มือนี้ได้รับการประเมินเนื้อหาโดยจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการทำบำบัดด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม จำนวน 3 ท่านและผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ทำกลุ่มได้รับการฝึกอบรมเรื่องการทำกลุ่มเพื่อฝึกทักษะการปรับความคิดและพฤติกรรม และการใช้คู่มือประกอบการทำกลุ่มโดยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้ควบคุมการวิจัย โดยมีอาสาสมัครเข้าร่วมกลุ่มครั้งละ 1 - 3 คน

กิจกรรมครั้งที่ 1 ใช้เวลาทั้งหมด 60 นาที ประกอบด้วย (1) การให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องภาวะวิตกกังวล (2) การรู้ทันความคิดและวงจรของการเกิดความคิดและกังวล และทักษะการแก้ปัญหา และให้การบ้านเป็นแบบฝึกหัดการจดบันทึกความคิดประจำวัน และกิจกรรมครั้งที่ 2 ใช้เวลาทั้งหมด 60 นาที ประกอบด้วย (1) การเฉลยและทบทวนแบบฝึกหัดเรื่อง self-monitoring และ cognitive problem solving (2) การสอนเรื่อง thought distortion ได้แก่ การสอนเรื่องกับดักความคิด และการตรวจสอบความคิดที่เกี่ยวข้องกับความกังวลของตนเอง

4. เมื่อสิ้นสุดการศึกษา อาสาสมัครทุกคนและผู้ปกครองของอาสาสมัครทำแบบประเมินความพึงพอใจและประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรม และแบบคัดกรองภาวะวิตกกังวล (SCARED) สำหรับเด็กและผู้ปกครอง ตามรูปที่ 1

ผลการศึกษา

มีผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 10 คน เป็นชาย 5 คน และหญิง 3 คน อายุเฉลี่ย 13.2 ปี และ 13.3 ปี ตามลำดับ ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัคร

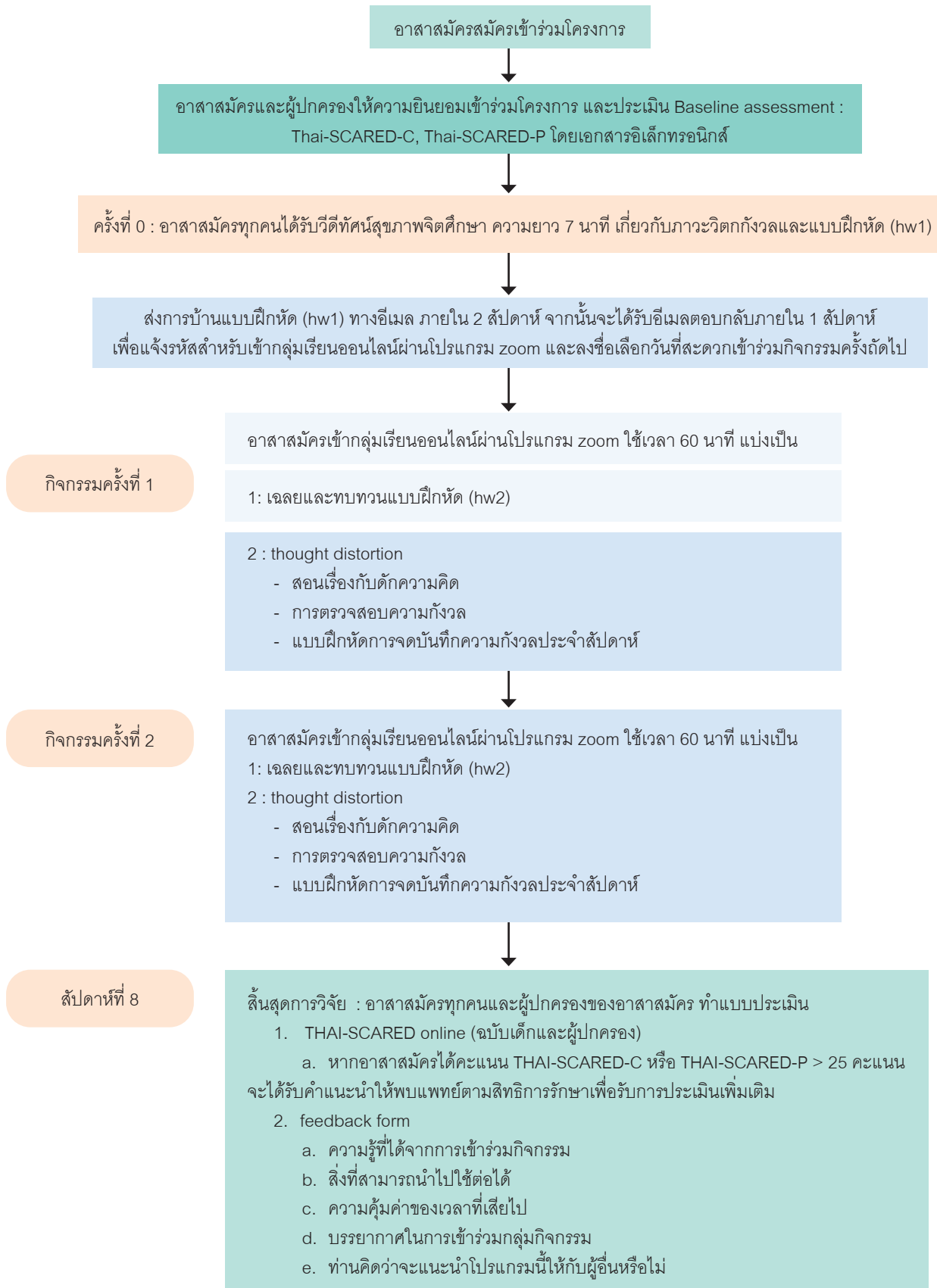
	ชาย	หญิง
เพศ	5	5
อายุเฉลี่ย	13.2	13.4
การศึกษา ป.6	1	-
ม.1	1	2
ม.2	2	1
ม.3	-	2
ม.4	1	-

ระดับความพึงพอใจและประโยชน์ที่ได้รับจากโปรแกรม

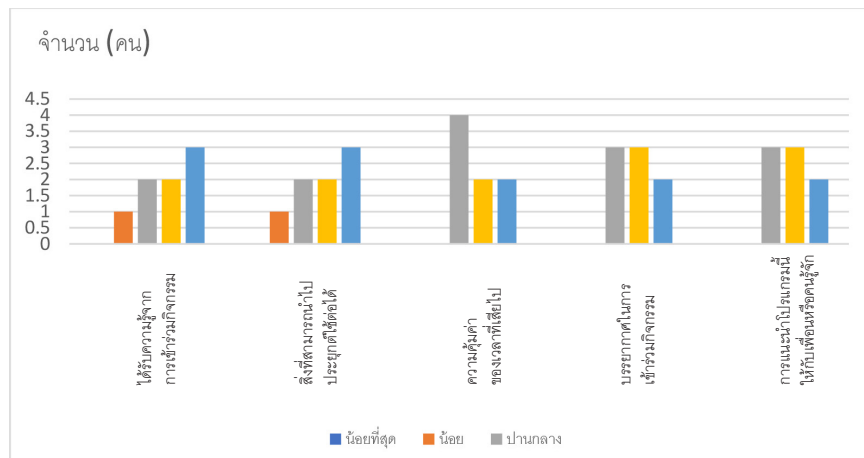
การประเมินระดับความพึงพอใจและประโยชน์ที่ได้รับจากโปรแกรม (feedback form) ใน 5 หัวข้อ พบว่า อาสาสมัคร 5 ใน 8 คน (ร้อยละ 62) มีความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุดในเรื่อง 1) ได้รับความรู้ที่จากการเข้าร่วมกิจกรรมและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ 2) บรรยากาศในการเข้าร่วมกิจกรรม และ 3) การแนะนำโปรแกรมนี้ให้กับเพื่อนหรือคนรู้จัก และอาสาสมัคร 4 คนใน 8 คน (ร้อยละ 50) คิดว่าความคุ้มค่าของเวลาที่เสียไปอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด รูปที่ 2

ในส่วนเสนอข้อเสนอนะเพิ่มเติม พบว่า สิ่งที่อาสาสมัครชอบมากที่สุดในการเข้าร่วมโปรแกรม เป็นเรื่องการมีคนรับฟัง ได้รับคำแนะนำ และได้เรียนรู้วิธีในการแก้ปัญหา สิ่งที่ได้เรียนรู้เพิ่มเติมจากโปรแกรมนี้ ได้แก่ การรู้จักความกลัวของตนเอง วิธีในการรับมือกับอารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น การควบคุมตนเองเวลาเกิดอาการวิตกกังวล และวิธีในการแก้ปัญหา ส่วนข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง คือ การใช้โปรแกรมอื่นนอกเหนือจากโปรแกรม zoom และการให้ความรู้ที่มากขึ้น

ในการศึกษานี้มีผู้ที่ออกจากการวิจัยก่อนสิ้นสุดโครงการทั้งหมด 2 คน (drop out rate 20%) และมีอาสาสมัครทำการบ้านส่งครบทั้ง 2 ครั้ง 4 คน โดยในขณะเข้าร่วมกิจกรรมมีข้อจำกัดในเรื่องความร่วมมือในการเปิดกล้องตลอดระยะเวลาที่ทำกิจกรรม ปัญหาสัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร และความชำนาญในการใช้โปรแกรม zoom ของอาสาสมัคร



รูปที่ 1 แสดงผังงานของงานวิจัย



รูปที่ 2 แสดงผลการประเมินความพึงพอใจ

ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้เครือข่ายอินเทอร์เน็ตเพื่อลดอาการวิตกกังวลในวัยรุ่น

ตารางที่ 2, 3 และ 4 แสดงคะแนน Screen for Child Anxiety Related Disorders ฉบับภาษาไทยสำหรับเด็กและผู้ปกครอง (SCARED-C และ SCARED-P) ก่อนและหลังเข้าร่วมงานวิจัย โดยอาสาสมัครอายุ 12 - 15 ปี ทั้ง 8 คน เข้าร่วมกิจกรรมครบทั้ง 2 ครั้ง

การศึกษานี้พบว่า กิจกรรมนี้มีประโยชน์ในการลดภาวะวิตกกังวลในเด็กที่มีคะแนนความวิตกกังวลก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (baseline SCARED-C หรือ baseline SCARED-P) มากกว่า 40 หรือกลุ่มที่มีความกังวลสูง ส่วนในช่วงคะแนน 25 - 35 หรือกลุ่มวิตกกังวลปานกลาง พบว่าคะแนนความวิตกกังวลหลังเข้าร่วมกิจกรรมไม่สามารถสรุปผลได้ คือมีทั้งคะแนนมากขึ้น เท่าเดิม และลดลง ดังข้อมูลที่แสดงในตารางที่ 2, 3 และ 4

ผลการประเมินระดับความวิตกกังวลหลังเข้าร่วมงานวิจัยครบตามขั้นตอน โดย Screen for Child Anxiety Related Disorders ฉบับภาษาไทยสำหรับเด็ก (SCARED-C) พบว่า อาสาสมัคร 5 คนจาก 8 คน (62.5%) มีระดับความกังวลโดยรวมลดลง โดย subscale ที่อาสาสมัครส่วนใหญ่มีคะแนนลดลง คือ social anxiety disorder 7 คนใน 8 คน (87.5%) รองลงมา คือ generalized anxiety disorder (50%) และจาก Screen for Child Anxiety Related Disorders ฉบับภาษาไทยสำหรับผู้ปกครอง (SCARED-P) พบว่า มีจำนวนอาสาสมัครที่อาการวิตกกังวลโดยรวมลดลง 6 คน จาก 8 คน (75%) และคะแนนลดลงในทุก subscale โดย social anxiety disorder มีจำนวนอาสาสมัครที่

คะแนนใน subscale นี้ลดลงมากที่สุด คือ 6 คนจาก 8 คน (75%) รองลงมาคือ generalized anxiety disorder (50%) และ separation anxiety disorder (50%) โดยมีรายละเอียดของอาสาสมัครแต่ละราย ดังนี้

อาสาสมัครคนที่ 1 เพศชาย อายุ 12 ปี พบว่า คะแนนรวม Screen for Child Anxiety Related Disorders ลดลงหลังเข้าร่วมงานวิจัยทั้งจากเด็กและผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน (SCARED-C และ SCARED-P) โดยจาก SCARED-C พบว่า คะแนนในกลุ่มย่อยลดลง 4 ใน 5 กลุ่ม ยกเว้น panic disorder/ significant somatic symptoms ส่วนจากการประเมินโดยผู้ปกครอง พบว่า คะแนนลดลงในทุกกลุ่มย่อย

อาสาสมัครคนที่ 2 เพศชาย อายุ 14 ปี พบว่า คะแนนรวม Screen for Child Anxiety Related Disorders ลดลงหลังเข้าร่วมงานวิจัยทั้งจากการประเมินของเด็กและผู้ปกครอง (SCARED-C และ SCARED-P) โดยจาก SCARED-C พบว่าคะแนนลดลงในกลุ่ม generalized anxiety disorder และ social anxiety disorder ส่วน SCARED-P พบว่า คะแนนลดลงในทุกกลุ่มย่อย

อาสาสมัครคนที่ 3 เพศชาย อายุ 12 ปี พบว่า คะแนนรวม Screen for Child Anxiety Related Disorders หลังเข้าร่วมงานวิจัยลดลงจากการประเมินของผู้ปกครอง (SCARED-C และ SCARED-P) โดยพบว่า คะแนนลดลงในกลุ่ม separation anxiety disorder และ social anxiety disorder จาก SCARED-C ส่วน SCARED-P พบว่า คะแนนลดลงในกลุ่ม generalized anxiety disorder และ social anxiety disorder

อาสาสมัครคนที่ 4 เพศหญิง อายุ 13 ปี พบว่า คะแนนรวม Screen for Child Anxiety Related Disorders จากการ

ตารางที่ 2 คะแนนรวม Screen for Child Anxiety Related Disorders ฉบับภาษาไทยสำหรับเด็กและผู้ปกครอง (SCARED-C และ SCARED-P) ก่อนและหลังเข้าร่วมงานวิจัย

	case 1	case 2	case 3	case 4	case 5	case 6	case 7	case 8
	ชาย 12 ปี	ชาย 14 ปี	ชาย 12 ปี	หญิง 13 ปี	หญิง 15 ปี	ชาย 15 ปี	หญิง 12 ปี	ชาย 13 ปี
SCARED-C								
ก่อนเข้ากิจกรรม	26	27	29	60	62	15	29	42
หลังเข้ากิจกรรม	17	26	30	51	55	25	31	34
SCARED-P								
ก่อนเข้ากิจกรรม	45	55	19	38	48	21	37	34
หลังเข้ากิจกรรม	17	15	17	46	41	22	28	26

ตารางที่ 3 คะแนน Screen for Child Anxiety Related Disorders ฉบับภาษาไทยสำหรับเด็ก (SCARED-C) ก่อนและหลังเข้าร่วมงานวิจัย

	case 1	case 2	case 3	case 4	case 5	case 6	case 7	case 8
	ชาย 12 ปี	ชาย 14 ปี	ชาย 12 ปี	หญิง 13 ปี	หญิง 15 ปี	ชาย 15 ปี	หญิง 12 ปี	ชาย 13 ปี
SCARED-C								
Panic disorder/ Significant somatic symptoms								
ก่อนเข้ากิจกรรม	2	5	4	12	10	3	2	8
หลังเข้ากิจกรรม	5	8	7	12	11	6	2	6
Generalized anxiety disorder								
ก่อนเข้ากิจกรรม	6	8	7	17	18	3	9	6
หลังเข้ากิจกรรม	4	5	8	15	17	8	10	7
Separation anxiety disorder								
ก่อนเข้ากิจกรรม	9	2	6	8	6	4	9	4
หลังเข้ากิจกรรม	6	6	5	9	7	8	7	7
Social anxiety disorder								
ก่อนเข้ากิจกรรม	8	10	9	22	22	5	9	20
หลังเข้ากิจกรรม	2	5	7	13	13	2	12	13
Significant School Avoidance								
ก่อนเข้ากิจกรรม	1	2	3	1	6	0	0	4
หลังเข้ากิจกรรม	0	2	3	2	7	1	0	1
คะแนนรวม								
ก่อนเข้ากิจกรรม	26	27	29	60	62	15	29	42
หลังเข้ากิจกรรม	17	26	30	51	55	25	31	34

ตารางที่ 4 คะแนน Screen for Child Anxiety Related Disorders ฉบับภาษาไทยสำหรับเด็กฉบับผู้ปกครอง (SCARED-P) ก่อนและหลังเข้าร่วมงานวิจัย

	case 1 ชาย 12 ปี	case 2 ชาย 14 ปี	case 3 ชาย 12 ปี	case 4 หญิง 13 ปี	case 5 หญิง 15 ปี	case 6 ชาย 15 ปี	case 7 หญิง 12 ปี	case 8 ชาย 13 ปี
SCARED-P								
Panic disorder/ Significant somatic symptoms								
ก่อนเข้ากิจกรรม	11	17	5	7	6	4	5	9
หลังเข้ากิจกรรม	4	4	6	11	6	3	2	8
Generalized anxiety disorder								
ก่อนเข้ากิจกรรม	12	16	5	11	17	6	10	14
หลังเข้ากิจกรรม	1	5	5	15	15	7	9	7
Separation anxiety disorder								
ก่อนเข้ากิจกรรม	10	9	3	7	4	6	10	3
หลังเข้ากิจกรรม	5	3	1	8	2	5	10	3
Social anxiety disorder								
ก่อนเข้ากิจกรรม	11	9	4	11	14	5	10	8
หลังเข้ากิจกรรม	7	3	3	9	12	7	7	8
Significant School Avoidance								
ก่อนเข้ากิจกรรม	1	4	2	2	7	0	2	0
หลังเข้ากิจกรรม	0	0	2	3	6	0	0	0
คะแนนรวม								
ก่อนเข้ากิจกรรม	45	55	19	38	48	21	37	34
หลังเข้ากิจกรรม	17	15	17	46	41	22	28	26

ประเมินโดยเด็กลดลงหลังเข้าร่วมงานวิจัย (SCARED-C) โดยพบว่า คะแนนลดลงในกลุ่ม panic disorder/ significant somatic symptoms และ social anxiety disorder ส่วนจากการประเมินโดยผู้ปกครองพบว่าคะแนนลดลงในกลุ่ม social anxiety disorder

อาสาสมัครคนที่ 5 เพศหญิง อายุ 15 ปี พบว่า คะแนนรวม Screen for Child Anxiety Related Disorders ลดลงหลังเข้าร่วมงานวิจัยทั้งจากเด็กและผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน (SCARED-C และ SCARED-P) โดยจาก SCARED-C พบว่า คะแนนลดลงในกลุ่ม generalized anxiety disorder และ social anxiety disorder ส่วนจากการประเมินโดยผู้ปกครองพบว่า คะแนนลดลงในทุกกลุ่มย่อย ยกเว้น panic disorder/significant somatic symptoms

อาสาสมัครคนที่ 6 เพศชาย อายุ 15 ปี พบว่า คะแนนรวม Screen for Child Anxiety Related Disorders เพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมงานวิจัยทั้งจากการประเมินของเด็กและผู้ปกครอง (SCARED-C และ SCARED-P) โดยจาก SCARED-C พบว่า คะแนนเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มย่อย ยกเว้น social anxiety disorder ที่มีคะแนนลดลง ส่วน SCARED-P พบว่า คะแนนลดลงในกลุ่ม panic disorder/ significant somatic symptoms และ separation anxiety disorder ในขณะที่คะแนนในกลุ่ม generalized anxiety disorder และ social anxiety disorder เพิ่มขึ้น

อาสาสมัครคนที่ 7 เพศหญิง อายุ 12 ปี พบว่า คะแนนรวม Screen for Child Anxiety Related Disorders จากการประเมินโดยผู้ปกครองลดลงหลังเข้าร่วมงานวิจัย (SCARED-P)

ในขณะที่คะแนนรวม SCARED-C เพิ่มขึ้น โดยคะแนน SCARED-C เพิ่มขึ้นในกลุ่ม generalized anxiety disorder และ social anxiety disorder ส่วน separation anxiety disorder มีคะแนนลดลง ในขณะที่การประเมินโดยผู้ปกครอง พบว่าคะแนนลดลงในทุกกลุ่ม ยกเว้น separation anxiety disorder ไม่มีการเปลี่ยนแปลง

อาสาสมัครคนที่ 8 เพศชาย อายุ 13 ปี พบว่าคะแนนรวม Screen for Child Anxiety Related Disorders ลดลงหลังเข้าร่วมงานวิจัยโดยการประเมินจากเด็กและผู้ปกครอง (SCARED-C และ SCARED-P) โดยพบว่าคะแนน SCARED-C ลดลงในกลุ่ม panic disorder/ significant somatic symptoms, social anxiety disorder และ significant school avoidance ส่วนจากการประเมินโดยผู้ปกครอง พบว่าคะแนนลดลงใน 2 กลุ่มย่อย คือ กลุ่ม panic disorder/significant somatic symptoms และ generalized anxiety disorder

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษานำร่องถึงความเป็นไปได้ (feasibility) และผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้เครือข่ายอินเทอร์เน็ตในการลดอาการวิตกกังวล ในวัยรุ่นอายุ 12 - 15 ปี จำนวน 10 คน โดยอาสาสมัคร 8 คน เข้าร่วมกิจกรรมครบทั้ง 2 ครั้ง และจากการประเมินระดับความพึงพอใจและประโยชน์ที่ได้รับจากโปรแกรม (feedback form) ทั้ง 5 หัวข้อ พบว่าอาสาสมัครมากกว่าครึ่งหนึ่งมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Caele และคณะในปี 2016²⁶ ที่พบว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในโปรแกรมการฝึกทักษะแบบออนไลน์เพื่อป้องกันอาการวิตกกังวล ความรู้ที่ได้รับจากโปรแกรม และความต้องการแนะนำโปรแกรมให้แก่ผู้อื่นต่อไป และจากการศึกษาทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized control trial : RCT) เปรียบเทียบประสิทธิภาพและความพึงพอใจในการบำบัดประสิทธิผลการบำบัดแบบ CBT รักษาโรควิตกกังวลของ Spence และคณะในปี 2011²⁷ ที่พบว่าอาสาสมัครวัยรุ่นที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกการปรับเปลี่ยนทักษะและพฤติกรรมแบบออนไลน์มีความพึงพอใจในระดับสูง ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการบำบัดที่คลินิก นอกจากนี้จากการศึกษาของ O'Connor และคณะในปี 2020²⁸ ยังพบว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อโปรแกรม internet-based cognitive behavioral therapy ในระดับปานกลาง โดยมีอัตราการคงอยู่

เมื่อครบ 8 สัปดาห์ (retention rate) คือ 28% ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยที่มีอัตราการคงอยู่เมื่อครบ 8 สัปดาห์ (retention rate) เท่ากับ 80% อาจเกิดจากปัจจัย เช่น อาสาสมัครเป็นกลุ่มที่มีแรงจูงใจในการเข้าร่วมที่ดีอยู่แล้ว ผู้ปกครองควบคุมให้เข้าร่วมวันและช่วงเวลาในการเข้ากลุ่มเหมาะสม เป็นต้น

หลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าอาสาสมัครร้อยละ 62.5 มีระดับความกังวลโดยรวมจากการประเมินตนเองลดลง (SCARED-C) โดยอาสาสมัครส่วนใหญ่มีคะแนนในกลุ่ม social anxiety disorder ลดลง รองลงมา คือ generalized anxiety disorder และจากการประเมินโดยผู้ปกครอง (SCARED-P) พบว่าอาสาสมัครร้อยละ 75 มีอาการวิตกกังวลโดยรวมลดลง และคะแนนลดลงในทุก subscale โดย social anxiety disorder เป็น subscale ที่มีจำนวนอาสาสมัครมีคะแนนลดลงมากที่สุด (75%) รองลงมาคือ generalized anxiety disorder (50%) และ separation anxiety disorder (50%) สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศก่อนหน้านี้ที่ได้มีการศึกษาถึงประสิทธิภาพและความเป็นไปได้ของการรักษาโดยวิธี Internet-delivered Cognitive Behavioral Therapy (ICBT) หลายการศึกษาที่พบว่าสามารถลดความรุนแรงของอาการวิตกกังวลได้²⁹ รวมไปถึงสามารถเพิ่มความสามารถโดยรวม (overall function) ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ³⁰

อย่างไรก็ตามจากการศึกษานี้พบว่าหลังเข้าร่วมวิจัยอาสาสมัครบางคนมีคะแนนในบาง subscale เพิ่มขึ้นจากการประเมินโดย SCARED-C อาจเนื่องมาจากการเข้าร่วมกิจกรรมทำให้อาสาสมัครมีความตระหนัก (awareness) ต่อความวิตกกังวล หรืออาการทางกายที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมากขึ้นเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ Cunningham และคณะในปี 2009²⁹ ที่พบว่าหลังเข้าโปรแกรมการรักษาอาสาสมัครบางคนมีคะแนนความกังวลในบาง subscale เพิ่มขึ้น โดยคะแนนความกังวลลดลงหรือเพิ่มขึ้น อาจเป็นผลจากปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึก เช่น ความเครียดที่แตกต่างกันในช่วงเวลาที่ทำแบบประเมินทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น เรื่องการเรียน การสอบ การได้รับ intervention อื่นๆ ที่ช่วยลดความกังวลได้ การฝึก relaxation technique ที่สอนไปในครั้งแรก หรือการที่ผู้ปกครองไปหาข้อมูลเพิ่มแล้วไปสอนฝึกลูกเองเพิ่ม เป็นต้น นอกจากนี้การที่อาการวิตกกังวลของอาสาสมัครดีขึ้นยังอาจเกิดจากปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการทำบำบัด³¹ เช่น ความเป็นพันธมิตรในการ

รักษา (therapeutic alliance), ความเห็นอกเห็นใจ (empathy), การมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน (goal consensus and collaboration), ความเอาใจใส่และการให้การยืนยันในเชิงบวก (positive regard and affirmation), ความรู้สึกดีที่ได้พยายามหรือทำสำเร็จ (mastery), ความรู้สึกสอดคล้องและความจริงใจ (congruence/genuineness) และการเข้าใจตนเอง (mentalization)

การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดหลายอย่าง ได้แก่ 1) เนื่องจากการศึกษานำร่อง จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย อาจมีผลต่อความน่าเชื่อถือต่อผลการศึกษา และยังไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรวัยรุ่นในประเทศไทยได้ 2) รูปแบบการวิจัยที่ไม่มีกลุ่มควบคุม ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีการควบคุมปัจจัยแทรกซ้อน ทำให้ไม่สามารถบอกถึงประสิทธิภาพ/ประสิทธิผลได้ 3) การศึกษานี้ศึกษาผลในระยะสั้น คือ 8 สัปดาห์ จึงไม่มีข้อมูลถึงผลในระยะยาว ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป เนื่องจากการศึกษานำร่อง (pilot study) จึงควรมีการทำการศึกษซ้ำๆ โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง และมีกลุ่มควบคุม รวมถึงควรมีการควบคุมปัจจัยแทรกซ้อน เพื่อเพิ่มความแม่นยำน่าเชื่อถือของงานวิจัยมากขึ้น รวมถึงการติดตามผลในระยะยาวถึงประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาต่อไป

อย่างไรก็ตาม การศึกษานำร่องนี้แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้เครือข่ายอินเทอร์เน็ตในการลดอาการวิตกกังวลในวัยรุ่น อาจช่วยลดความรุนแรงของอาการวิตกกังวลในวัยรุ่นที่มีอาการรุนแรงสูงได้ โดยเฉพาะในเรื่อง social anxiety disorder และ generalized anxiety disorder และการทำกิจกรรมในแต่ละครั้งใช้เวลาเพียง 60 นาที จึงเป็นการเพิ่มทางเลือกในการให้ความรู้และฝึกทักษะในการจัดการความวิตกกังวลเบื้องต้น โดยเฉพาะในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ที่มีความจำเป็นในการเพิ่มระยะห่างทางสังคม (social distancing)

สรุป

การฝึกทักษะการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้เครือข่ายอินเทอร์เน็ตในการลดอาการวิตกกังวลในวัยรุ่นทั่วไปที่มีความวิตกกังวล มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงในการให้ความรู้และฝึกทักษะในการจัดการความวิตกกังวลเบื้องต้น และอาจได้ผลในการลดความกังวลโดยเป็นการป้องกันในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงที่เริ่มมีความวิตกกังวลสูง (targeted prevention)

เอกสารอ้างอิง

1. Martin A, Bloch M, Volkmar F. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. 5th ed. China: Wolters Kluwer; 2018.
2. Polanczyk G, Salum G, Sugaya L, Caye A, Rohde L. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry 2015; 56(3): 345-65.
3. Biswas T, Scott J, Munir K, Renzaho A, Rawal L, Baxter J, et al. Global variation in the prevalence of suicidal ideation, anxiety and their correlates among adolescents: A population based study of 82 countries. Eclinical Medicine 2020; 24: 100395.
4. Ekasawin S, Phothisut C, Chomchuen R. The prevalence of psychiatric disorders in Thai students aged 13-17 year. J Ment Health Thai 2016; 24(3): 141-53.
5. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Atlanta: Government agency. Data and Statistics on Children's Mental Health; 2019 [updated 2022 Mar 4; cited 2021 Jan 19]; [about 6 screens]. Available from: <https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/data.html>
6. Burstein M, Beesdo-Baum K, He J, Merikangas K. Threshold and subthreshold generalized anxiety disorder among US adolescents: prevalence, sociodemographic, and clinical characteristics. Psychol Med 2014; 44(11): 2351-62.
7. Cartwright-Hatton S, McNicol K, Doubleday E. Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. Clin Psychol Rev 2006; 26(7): 817-33.
8. Walter H, Bukstein O, Abright A, Keable H, Ramtekkar U, Ripperger-Suhler J, et al. Clinical practice guideline for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2020; 59(10): 1107-24.
9. Bittner A, Egger H, Erkanli A, Jane Costello E, Foley D, Angold A. What do childhood anxiety disorders predict?. J Child Psychol Psychiatry 2007; 48(12): 1174-83.
10. Ohira I, Urao Y, Sato Y, Ohtani T, Shimizu E. A pilot and feasibility study of a cognitive behavioural therapy-based anxiety prevention programme for junior high school students in Japan: a quasi-experimental study. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2019; 13(1): 1-12.
11. Urao Y, Yoshida M, Koshiba T, Sato Y, Ishikawa SI, Shimizu E. Effectiveness of a cognitive behavioural therapy-based anxiety prevention programme at an elementary school in Japan: a quasi-experimental study. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2018; 12: 3.
12. Cochrane Library [Internet]. London: The Organization; 2015. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents; 2015 [updated 2020 Nov 16; cited 2020 Dec 14]; [about 2 screens]. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004690.pub4/full>.
13. Chavira D, Stein M, Bailey K, Stein M. Child anxiety in primary care: Prevalent but untreated. Depress Anxiety 2004; 20(4): 155-64.

14. Essau CA, Conradt J, Petermann F. Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *J Anxiety Disord*. 2000; 14(3): 263-79.
15. Cavanagh K. Geographic Inequity in the availability of cognitive behavioural therapy in England and Wales: a 10-Year update. *Behav Cogn Psychother*. 2014; 42(4): 497-501.
16. Booth M, Bernard D, Quine S, Kang M, Usherwood T, Alpersyein G, et al. Access to health care among Australian adolescents young people's perspectives and their sociodemographic distribution. *J Adolesc Health*. 2004; 34(1): 97-103.
17. Anderson P, Jacobs C, Rothbaum BO. Computer-supported cognitive behavioral treatment of anxiety disorders. *J Clin Psychol*. 2004; 60(3): 253-67.
18. Newman MG, Consoli A, Taylor CB. Computers in assessment and cognitive behavioral treatment of clinical disorders: Anxiety as a case in point. *Behavior Therapy* 1997; 28(2): 211-35.
19. Marks IM, Cavanagh K, Gega L. Computer-aided psychotherapy: revolution or bubble?. *Br J Psychiatry* 2007; 191(6): 471-3.
20. Vigerland S, Lenhard F, Bonnert M, Lalouni M, Hedman E, Ahlen J, et al. Internet-delivered cognitive behavior therapy for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2016; 50: 1-10.
21. Ularntinon S, Nithiuthai J. Identifying youth with anxiety disorders in pediatric primary care: a preliminary study from Thailand [resident research]. Bangkok: Queen Sirikit National Institute of Child Health; 2016.
22. Tangjittiporn T, Sottimanon A, Ularntinon S. Psychometric properties of the screen for child anxiety related disorders Thai version. *Pediatr Int* [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 20]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ped.15093>.
23. ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์. วิดีโอศึกษาความรู้เพิ่มเติม เรื่อง ลิลลี่ขี้กลัว [Internet]. *Thaiteentraining.com*. 2017 [cited 14 December 2020]. Available from: <http://www.thaiteentraining.com/index.php?module=vdos&action=view&id=MzE3ZTQwMzQ3ZTQwZTQ=4>.
24. Compton S, Walkup J, Albano A, Piacentini J, Birmaher B, Sherrill J, et al. Child/adolescent anxiety multimodal study (CAMS): rationale, design, and methods. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2010; 4: 1.
25. ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์. ลิลลี่ขี้กลัว. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ คิดเทอเรชั่น; 2561.
26. Caelear AL, Christensen H, Brewer J, Mackinnon A, Griffiths KM. A pilot randomized control- ed trial of the e-couch anxiety and worry program in schools. *Internet Interv* 2016;6: 1-5.
27. Spence SH, Donovan CL, March S, Gamble A, Anderson RE, Prosser S et al. A randomized controlled trial of online versus clinic-based CBT for adolescent anxiety. *J Consul Clin Psychol*. 2011; 79(5): 629-42.
28. O'Connor K, Bagnell A, McGrath P, Wozney L, Radomski A, Rosychuk RJ et al. An internet-based cognitive behavioral program for adolescents with anxiety: Pilot randomized controlled trial. *JMIR Ment Health* 2020 ;7(7):e13356.
29. Cunningham MJ, Wuthrich VM, Rapee RM, Lyneham HJ, Schniering CA, Hudson JL. The Cool Teens CD-ROM for anxiety disorders in adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009; 18(2): 125-9.
30. Donovan CL, March S. Online CBT for preschool anxiety disorders: a randomised control trial. *Behav Res Ther* 2014; 58: 24-35.
31. Nahum D, Alfonso C, Sönmez E. *Advances in Psychiatry* [Internet]. New York City: Springer International Publishing AG; 2018. [cited 2021 Mar 9]. Available from: https://sci-hub.se/10.1007/978-3-319-70554-5_29.

การพัฒนาและการวิเคราะห์ข้อคำถามของแบบทดสอบมาตรฐานวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน สำหรับผู้เรียนไทยเพื่อใช้ประกอบการวินิจฉัยความบกพร่องทางการเรียน

จรรยาพร เจียมเจริญกุล*, สาวิกา ไชยบุญญารักษ์**, ไชยันต์ สกุลศรีประเสริฐ***, กุลวดี ทองไพบูลย์****,
อารยา ผลัญญา***, วรณศิริ ปัญโญ**, สิริ อุดมผล**, ศิวพร ตัญเต็มวงศ์**

* โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

** โรงพยาบาลสวนปรุง

*** ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** สาขาวิชาจิตวิทยา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสำหรับผู้เรียนไทย และเพื่อตรวจสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาซึ่งประกอบด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและการวิเคราะห์ข้อคำถาม

วิธีการศึกษา การศึกษาในครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่หนึ่งการพัฒนามาตร (scale development) เป็นการพัฒนาแบบทดสอบมาตรฐานวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสำหรับผู้เรียนไทย และระยะที่สอง การทดลองใช้แบบทดสอบ (try-out) ในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนไทยจำนวน 375 คน เพื่อวิเคราะห์ข้อคำถาม โดยการทดสอบความยากง่ายและอำนาจจำแนกของข้อคำถาม

ผลการศึกษา แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสำหรับผู้เรียนไทยที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 11 แบบทดสอบย่อย คือ การอ่านพยัญชนะและคำ, โจทย์ปัญหาคณิตศาสตร์, การสะกดคำ, การอ่านจับใจความ, การคำนวณ, การเขียน, การออกเสียง, การอ่านออกเสียง, ความคล่องในการอ่านประโยค, ความคล่องในการคำนวณคณิตศาสตร์และความคล่องในการเขียนประโยค แบบทดสอบที่พัฒนาผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ผลการศึกษาพบว่าแบบทดสอบมีความยากง่ายและอำนาจจำแนกของข้อคำถามเหมาะสม

สรุป ผลการศึกษานับสนับสนุนความตรงเชิงเนื้อหา ความยากง่ายและอำนาจจำแนกของข้อคำถามของแบบทดสอบมาตรฐานวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสำหรับผู้เรียนไทย เกณฑ์ปกติของแบบทดสอบควรจะได้การพัฒนาต่อไป

คำสำคัญ ความบกพร่องทางการเรียน แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

Corresponding author: น.ส.สาวิกา ไชยบุญญารักษ์

กลุ่มงานจิตวิทยา ชั้น 3 อาคารจิตสันติ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

E-mail: aui_savika@hotmail.com

วันรับ 14 ตุลาคม 2564 วันแก้ไข 11 มีนาคม 2565 วันตอบรับ 28 มีนาคม 2565

The Development and Item Analysis of the Standardized Achievement Test for Thai Learners for Aiding in Diagnosing Learning Disorder

Janyaporn Jiamjaroenkul*, Savika Chaiboonyarak**, Chaiyun Sakulsriprasert***, Kulvadee Thongpibul****, Araya Pontanya***, Wansiri Panyo**, Siree Udomphol**, Siwaporn Tuitemwong**

* Yuwaprasart Waithayopatum Child and Adolescent Psychiatric Hospital

** Suanprung Psychiatric Hospital

*** Department of Psychology, Faculty of Humanities, Chiang Mai University

**** Department of Psychology, Faculty of Liberal Arts, Thammasat University

ABSTRACT

Objective: To develop the Standardized Achievement Test for Thai Learner (SAT) and to examine the psychometric properties of SAT, including content validation and item analysis.

Methods: The current study consisted of 2 phases. The first phase was the scale development process. The second phase was the try-out phase, with 375 Thai students, which investigated item difficulty and item discrimination.

Results: The SAT comprises 11 subtests; Letter Word Identification, Applied Problems, Spelling, Passage Comprehension, Calculation, Writing Sample, Word Attack, Oral Reading, Sentence Reading Fluency, Math Fact Fluency, and Sentence Writing Fluency. The content validation of the SAT was conducted by the expert panel. Additionally, it was found that the SAT had appropriate item difficulty and item discrimination.

Conclusion: The content validity, item difficulty and item discrimination of The SAT are supported. The norm of the SAT should be further developed.

Keyword: specific learning disorder, achievement test

บทนำ

ความบกพร่องทางการเรียนรู้ หรือ Specific Learning Disorder¹ คือภาวะที่เด็กมีความบกพร่องทางการเรียนโดยมีทักษะต่ำกว่าความสามารถของเด็กในวัยเดียวกันอย่างมาก แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ ความบกพร่องทางการอ่าน, ความบกพร่องทางการเขียน, และความบกพร่องทางคณิตศาสตร์ ซึ่งความบกพร่องทางการเรียนนี้ไม่ได้เกิดจากความผิดปกติของร่างกาย ระบบประสาท ความผิดปกติทางพัฒนาการ การขาดการศึกษาหรือความผิดปกติทางสติปัญญา ปี 2558 มีการสำรวจเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนในประเทศไทยโดยสำนักบริหารการศึกษ สำนักคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) พบว่ามีจำนวนมากถึง 224,223 ราย และยังพบว่ามีความชุกมากถึงร้อยละ 6.3 ในกลุ่มเด็กนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษา² โดยความบกพร่องทางการเรียนนั้นนอกจากจะส่งผลโดยตรงต่อการเรียนของเด็กแล้ว ยังพบบ่อยว่าอาจนำไปสู่ปัญหาเชิงสุขภาพจิตและพฤติกรรมตามมาได้ เช่น เด็กอาจมีความไม่มั่นใจในตนเอง มองตนเองในแง่ลบ รู้สึกด้อยและกดดันจากการเรียน มีความวิตกกังวลได้ง่าย อาจส่งผลต่อการปรับตัวเข้ากับสังคม และอาจนำมาซึ่งโรคซึมเศร้าได้ในอนาคต³

ในปัจจุบันการตรวจประเมินเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนในประเทศไทยสามารถทำได้ตั้งแต่ในโรงเรียน โดยมีเครื่องมือที่สามารถคัดกรองเด็กเบื้องต้น คือ แบบคัดกรองนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้น บกพร่องทางการเรียนรู้ และออทิซึม [KUS-SI Rating Scales: ADHD/LD/Autism (PDDs)]⁴ โดยให้ครูระดับความถี่หรือความรุนแรงของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากพฤติกรรมที่สังเกตเห็น แบ่งออกเป็น 4 เกณฑ์คือ ไม่เคย, เล็กน้อย, ค่อนข้างมาก และบ่อยมาก และทำการสรุปคะแนนเพื่อแบ่งกลุ่มตามระดับความเสี่ยงของอาการที่ครูสังเกตเห็น แบบทดสอบ Kasetart Basic Academic Skills Test (KBAST)⁵ เป็นแบบทดสอบที่ใช้ทดสอบกับเด็กรายบุคคลประกอบด้วย 4 แบบทดสอบย่อย คือ การอ่านคำ, การสะกดคำ, ความเข้าใจประโยค และการคำนวณทางคณิตศาสตร์ แบ่งออกเป็นสองแบบทดสอบคู่ขนาน เครื่องมืดังกล่าวทดสอบโดยครูผู้สอนเพื่อค้นหาปัญหาเบื้องต้นและนำมาซึ่งวินิจัยที่ลึกซึ้งมากขึ้นในกระบวนการเชิงคลินิกต่อไป

ในการตรวจวินิจัยทางคลินิก ประกอบไปด้วยการตรวจประเมินโดยจิตแพทย์ ร่วมกับการทดสอบทางจิตวิทยาคลินิก ซึ่งการทดสอบดังกล่าวแบ่งออกเป็น 2 ส่วน⁶ คือ การวัดระดับเชาวน์ปัญญา และการตรวจผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (achievement test) โดยเครื่องมือการตรวจผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ใช้กันอย่าง

แพร่หลายในปัจจุบันคือ Wide Range Achievement Test – Thai (WRAT-Thai)⁷ การทดสอบแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ การอ่านคำ การเขียนสะกดคำตามคำบอก และด้านคณิตศาสตร์

อย่างไรก็ตามแบบทดสอบ WRAT-Thai ยังมีข้อจำกัด⁸ ดังต่อไปนี้ ประการที่หนึ่ง คือ คำศัพท์ที่ใช้ค่อนข้างล้าหลัง ไม่ใช่คำที่สามารถพบได้ในชีวิตประจำวันของเด็ก ประการที่สองแบบทดสอบมีการวัดทักษะที่ไม่ครอบคลุมในทุกด้าน เช่น ไม่มีการทดสอบด้านความเข้าใจทางคณิตศาสตร์, การเขียนประโยค, หรือการอ่านจับใจความเป็นต้น ประการที่สามเกณฑ์ปกติที่ใช้ไม่สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรของเด็กไทยทั่วประเทศได้จากข้อจำกัดที่กล่าวมาข้างต้น นอกจากนี้มีผลกระทบในเชิงของการตรวจวินิจัยเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียน ซึ่งจิตแพทย์และนักจิตวิทยาคลินิกต้องมีความระมัดระวังในการใช้ผลคะแนนจากแบบทดสอบแล้ว ยังส่งผลให้ไม่สามารถอธิบายข้อจำกัดของเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ให้กับโรงเรียนหรือผู้ปกครองเข้าใจได้ชัดเจน ทำให้การวางแผนการช่วยเหลือหรือการจัดกิจกรรมกระตุ้นทักษะที่เหมาะสมกับศักยภาพที่แท้จริงของเด็กทำได้ยากลำบาก

จากที่กล่าวมา คณะผู้วิจัยจึงมีความมุ่งหมายที่จะพัฒนาแบบทดสอบมาตรฐานวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสำหรับผู้เรียนไทยเพื่อประกอบการวินิจัยความบกพร่องทางการเรียนรู้ ให้เป็นเครื่องมือที่มีความสอดคล้องกับหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นหลักสูตรที่ใช้ในปัจจุบัน รวมถึงมุ่งหวังให้เป็นเครื่องมือที่สามารถวัดทักษะที่ครอบคลุมมากขึ้นในบทความวินิจัยฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอกระบวนการวินิจัยและผลการศึกษาในส่วนของการพัฒนาแบบทดสอบ และการตรวจสอบคุณลักษณะการวัดทางจิตมิติซึ่งประกอบไปด้วย การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และการวิเคราะห์ข้อคำถาม (item analysis) อันประกอบไปด้วยความยากง่ายและอำนาจจำแนก เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติของแบบทดสอบให้มีมาตรฐาน สามารถนำไปพัฒนาเกณฑ์ปกติและสามารถใช้ในการตรวจวินิจัยและให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดต่อไป

วิธีการศึกษา

บทความวินิจัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนาและศึกษาคุณสมบัติการวัดทางจิตมิติของแบบทดสอบมาตรฐานวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียนไทย คณะผู้วิจัยดำเนินการ

เก็บข้อมูลภายใต้การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หนังสือรับรองโครงการวิจัยเลขที่ CMUREC No.61/006 โดยในส่วนของบทความฉบับนี้จะนำเสนอกระบวนการวิจัย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแบบทดสอบ (scale development) และระยะที่ 2 การทดลองใช้แบบทดสอบ (try-out) ในส่วนของการวิเคราะห์ข้อคำถาม

ระยะที่ 1 การพัฒนาแบบทดสอบ

ในระยะนี้มีกระบวนการวิจัยดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 : การระดมความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัย ได้มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบทดสอบ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และได้จัดประชุมเพื่อเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 12 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น และ นักจิตวิทยาคลินิก ซึ่งมีประสบการณ์ตรงในการตรวจประเมินและช่วยเหลือเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ เพื่อทราบถึงปัญหา และข้อจำกัดที่พบในการทำงาน รวมถึงระดมความเห็นเกี่ยวกับ ความคาดหวังและประเด็นสำคัญที่ควรมีแบบสร้างทดสอบ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสำหรับผู้เรียนไทย

ขั้นตอนที่ 2 : การพัฒนาแบบทดสอบต้นแบบ (prototype) นอกจากผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมในทฤษฎีต่างๆที่เกี่ยวข้องแล้ว เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับหลักสูตรขั้นพื้นฐานในปัจจุบัน และครอบคลุมเนื้อหาสาระการเรียนการสอนในห้องเรียน ผู้วิจัยได้มีการ จัดประชุมการสร้างข้อคำถาม โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญ (expert) จำนวน 8 ท่าน ประกอบด้วยคณะครูและอาจารย์มหาวิทยาลัย ซึ่งเชี่ยวชาญ ด้านหลักสูตรการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีประสบการณ์ในการสอนกลุ่มสาระวิชาภาษาไทยและวิชาคณิตศาสตร์ รวมถึงครู การศึกษาพิเศษ นักกิจกรรมบำบัด และนักแก้ไขการพูด มาให้คำแนะนำแก่ทีมวิจัยในการสร้างข้อคำถามของแบบทดสอบย่อยทั้ง 11 แบบทดสอบ ได้แก่ การอ่านพยัญชนะและคำ, โจทย์ปัญหา คณิตศาสตร์, การสะกดคำ, การอ่านจับใจความ, การคำนวณ, การเขียน, การออกเสียง, การอ่านออกเสียง, ความคล่องในการอ่าน ประโยค, ความคล่องในการคำนวณคณิตศาสตร์ และความคล่องในการเขียนประโยค รวมถึงได้เกณฑ์การให้คะแนนของแต่ละแบบทดสอบย่อย

ขั้นตอนที่ 3 : การวิพากษ์แบบทดสอบผู้วิจัยได้ส่งข้อคำถามของทั้ง 11 แบบทดสอบย่อยไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และการตรวจสอบความอ่อนไหวทาง

ด้านวัฒนธรรม (cultural sensitive) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 ท่าน ประกอบไปด้วยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ครูการศึกษาพิเศษ อาจารย์ที่ดูแลทางด้านหลักสูตรการสอน และนักจิตวิทยาการศึกษา ซึ่งเป็นตัวแทนจากภาคเหนือ กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันตก และภาคใต้

นอกจากนั้นผู้วิจัยได้จัดประชุมวิพากษ์แบบทดสอบเพื่อ รับฟังมุมมองของผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้ง โดยได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น กุมารแพทย์ด้านพัฒนาการ และพฤติกรรม อาจารย์ด้านจิตวิทยาการศึกษา ครูการศึกษาพิเศษ และนักแก้ไขการพูด มีวัตถุประสงค์เพื่อรับฟังความเห็นในเชิงคลินิก ความเหมาะสมของการทดสอบ ความชัดเจนของคำสั่งทั้งในแง่ของ ความเข้าใจของผู้รับการทดสอบ และผู้บริหารแบบทดสอบ เพื่อลด ข้อจำกัดที่เกิดขึ้นจากแบบทดสอบ

ผู้วิจัยนำแบบทดสอบฉบับต้นแบบที่ปรับปรุงแล้วไป ดำเนินการในขั้นตอนการศึกษานำร่อง (pilot study) เพื่อทดสอบ ความชัดเจนของคำสั่งในแต่ละข้อคำถาม การบริหารการทดสอบ (test administration) ความสอดคล้องในเกณฑ์การให้คะแนน รวมถึงตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบแบบทดสอบ และ กระดาษคำตอบเมื่อนำมาใช้จริง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็น เด็กนักเรียนชายและหญิง สัญชาติไทย ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 ในหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐานของไทย ในพื้นที่จังหวัด เชียงใหม่จำนวน 24 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อสังเกตที่พบมา ปรับแก้แบบทดสอบอีกครั้ง จนได้แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสำหรับผู้เรียนไทยเพื่อใช้ประกอบการวินิจฉัยเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้แบบทดลองใช้ เพื่อนำไปใช้ตรวจสอบ ความยากง่ายและอำนาจจำแนกของข้อคำถามในระยะถัดไป

ระยะที่ 2 การทดลองใช้ (try out stage) ในส่วนการ วิเคราะห์ข้อคำถาม

กลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อทดลองใช้ แบบทดสอบ (try out) การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจึง พิจารณาจากความเหมาะสมของสถิติที่ใช้ในการตรวจสอบ คุณสมบัติการวัดทางจิตมิติ การคำนวณค่าพารามิเตอร์ของข้อ คำถามของการศึกษานี้อาศัยทฤษฎีการตอบสนองรายข้อ⁹ ซึ่งเสนอ ว่ากลุ่มตัวอย่างควรมีจำนวนขั้นต่ำ 250 คน เพื่อให้การประมาณ ค่าพารามิเตอร์ด้วยทฤษฎีการตอบสนองรายข้อมีความคงเส้นคงวา นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละช่วงชั้นเรียนควรมีไม่ต่ำกว่า

50 คน¹⁰ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างควรมีจำนวนทั้งสิ้นอย่างน้อย 300 คน การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 375 คน

ในการสร้างแบบทดสอบครั้งนี้มีการพัฒนาข้อคำถามบนพื้นฐานของการใช้ภาษาไทยกลางในการสื่อสาร ดังนั้นจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างเด็กนักเรียนชายและหญิง ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่กับกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ในโรงเรียนที่มีการเรียนการสอนตามหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐานของไทย โดยสุ่มเลือกแบบตามสะดวก (convenience sampling) แบ่งเป็นโรงเรียนสังกัดสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐานและโรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน รวมทั้งหมด 4 โรงเรียน โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1. เป็นนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

2. สัญชาติไทย

เกณฑ์คัดออก

1. ไม่ได้ใช้ภาษาไทยเป็นภาษาหลัก หรือศึกษาอยู่ในโรงเรียนที่ไม่ได้ใช้ภาษาไทยเป็นภาษาหลัก
2. เรียนหนังสือด้วยระบบการศึกษาที่จัดโดยครอบครัว (home school)
3. ภาษาหลักที่ใช้สื่อสารเป็นภาษาแม่หรือไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาพูดได้
4. ไม่สามารถเข้าใจคำชี้แจงของแบบทดสอบหรือไม่สามารถให้ความร่วมมือได้ตลอดการทดสอบ
5. กำลังเข้ารับการรักษาด้านโรงพยาบาลฝ่ายกายหรือโรงพยาบาลจิตเวช
6. กำลังอยู่ในช่วงการได้รับยาที่อาจส่งผลกระทบต่อ การทดสอบ ได้แก่ กลุ่มยา stimulant เช่น methylphenidate กลุ่มยา benzodiazepine เช่น lorazepam เป็นต้น
7. มีประวัติโรคซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้า โรคสมองอักเสบ หรือการผ่าตัดทางสมอง
8. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความบกพร่องหรือมีพัฒนาการล่าช้าทางด้านการรู้คิด ภาษา สังคม และอารมณ์หรือการปรับตัว รวมถึงมีประวัติหรือได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ที่อาจส่งผลกระทบต่อ การทดสอบ ณ ช่วงปัจจุบัน เช่น ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา (F70-79 ตาม ICD-10), เด็กปัญญาเลิศ, ความบกพร่องทางการเรียนรู้ โรค

ความบกพร่องทางพัฒนาการหลายด้าน (F80-89 ตาม ICD-10), โรคสมาธิสั้น (F90 ตาม ICD-10), โรคซึมเศร้า (G40 ตาม ICD-10) โรคจิตเวชอื่นๆ ฯลฯ

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยต้องการนำแบบทดสอบที่พัฒนาขึ้น มาทดลองใช้ เพื่อวิเคราะห์ข้อคำถาม ได้แก่ การตรวจสอบความง่ายและอำนาจจำแนกของข้อคำถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้น และกลุ่มโรงเรียนที่สังกัด
2. แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสำหรับผู้เรียนไทยฉบับทดลองใช้ (prototype) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วยแบบทดสอบย่อยที่ใช้วัดทักษะด้านการอ่านภาษาไทย การเขียนภาษาไทย และทักษะด้านคณิตศาสตร์ แบ่งออกเป็น 11 แบบทดสอบย่อย ดังนี้ การอ่านพยัญชนะและคำ, โจทย์ปัญหาคณิตศาสตร์, การสะกดคำ, การอ่านจับใจความ, การคำนวณ, การเขียน, การออกเสียง, การอ่านออกเสียง, ความคล่องในการอ่านประโยค, ความคล่องในการคำนวณคณิตศาสตร์ และ ความคล่องในการเขียนประโยค

กระบวนการเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลทำโดยคณะผู้วิจัยและผู้วิจัยร่วมซึ่งเป็นนักจิตวิทยาคลินิกในพื้นที่ ซึ่งผ่านการฝึกอบรมการบริหารแบบทดสอบและการตรวจให้คะแนนจากคณะผู้วิจัยหลัก เก็บข้อมูลครั้งละ 10 - 12 คนต่อวัน

คณะผู้วิจัยขออนุมัติจากผู้บริหารโรงเรียนเพื่อประชาสัมพันธ์รับสมัครผู้เข้าร่วมโครงการ โดยการติดประกาศรับสมัครและประชาสัมพันธ์ผ่านครูประจำชั้น เมื่อได้รายชื่อเด็กนักเรียนที่สนใจเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยดำเนินการส่งเอกสารชี้แจงโครงการและเอกสารยินยอมถึงผู้ปกครอง รวมถึงตรวจสอบคุณสมบัติการเข้าร่วมโครงการของเด็กนักเรียนก่อนการลงเก็บข้อมูล การเก็บข้อมูลเป็นการทดสอบรายบุคคล กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนจะผ่านการทำแบบทดสอบเพียงหนึ่งครั้ง ใช้เวลาประมาณ 60 - 90 นาที โดย

เลือกช่วงเวลาที่ไม่กระทบกับการเรียน ใช้สถานที่ภายในโรงเรียนที่มีความสงบ ไม่มีเสียงรบกวนจากภายนอก

หลังจากการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและอาสาสมัครดำเนินการตรวจให้คะแนนภายในหนึ่งวัน เพื่อป้องกันการตกหล่นของข้อมูล รวมถึงการทำ Inter-rater เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการให้คะแนนและการรวมคะแนนในแบบทดสอบ

แผนการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิเคราะห์ข้อคำถาม ประกอบไปด้วยความยากง่าย และอำนาจจำแนกของแบบทดสอบ โดยการวิเคราะห์อาศัยทั้งทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิม (classical test theory) และทฤษฎีการตอบสนองรายข้อ (item response theory)

ผลการศึกษา

1. ข้อเสนอแนะทางผู้ทรงคุณวุฒิ

จากการประชุมเพื่อขอความเห็นจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น และนักจิตวิทยาคลินิก พบว่าแบบทดสอบเดิมมีข้อจำกัดอยู่ 3 ประการ ประการแรก คือ แบบทดสอบ WRAT-Thai⁶ เป็นแบบทดสอบที่ถูกพัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2540 อ้างอิงจากแบบเรียนภาษาไทยชุดพื้นฐาน ตามหลักสูตรแกนกลางประถมศึกษา พุทธศักราช 2533 ทำให้มีความไม่สอดคล้องกับหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐานที่ใช้อยู่ในระบบการศึกษาไทยในปัจจุบัน คำศัพท์ที่ใช้มีความล้าหลัง ส่งผลให้คะแนนที่ได้จากแบบทดสอบอาจไม่ใช่ความสามารถที่แท้จริงของเด็ก ประการที่สองแบบทดสอบ WRAT-Thai มีการวัดทักษะที่ไม่ครอบคลุม คือ ไม่มีการวัดทักษะความเข้าใจทางคณิตศาสตร์, การเขียนประโยค, การอ่านจับใจความ รวมถึงไม่มีการวัดความคล่องในการใช้ทักษะ ทำให้ผลการทดสอบไม่สามารถอธิบายข้อจำกัดของเด็กได้อย่างชัดเจน ส่งผลให้ไม่สามารถวินิจฉัยแยกโรคความบกพร่องทางการเรียนรู้ออกจากปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา การขาดโอกาสทางการศึกษา หรือเด็กที่มีปัญหาทางด้านระบบประสาท เป็นต้น ส่งผลต่อการวางแผนการช่วยเหลือเพื่อพัฒนาทักษะของเด็กในขั้นถัดไป ประการที่สาม เกณฑ์ปกติของแบบทดสอบเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำกัดเพียงเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 ในเขตพระนคร กรุงเทพมหานคร ทำให้ไม่สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรเด็กไทยทั่วประเทศได้

นอกจากนี้ผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อเสนอแนะที่สำคัญสำหรับการพัฒนาแบบทดสอบฯ ดังต่อไปนี้

ข้อเสนอทางทฤษฎีอยู่เบื้องหลังแบบทดสอบ อ้างอิงจากทฤษฎี Cattell-Horn-Carroll (CHC) theory¹¹ ซึ่งเป็นทฤษฎีพื้นฐานในการอธิบายความสามารถทางการรู้คิดที่ได้รับการยอมรับและเป็นพื้นฐานในการสร้างแบบทดสอบทางเชาวน์ปัญญา¹² และแบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในต่างประเทศ โดย CHC theory สามารถจำแนกความสามารถที่เกี่ยวข้องกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ได้ 9 องค์ประกอบ ได้แก่ fluid intelligence (Gf) คือ กระบวนการคิดเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ใหม่, crystallized intelligence (Gc) คือ ความรู้ที่เกิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้เดิม, short-term memory (Gsm) คือ กระบวนการความจำระยะสั้น, visual processing (Gv) คือ กระบวนการรับรู้ข้อมูลจากการมองเห็นและความสามารถทางด้านมิติสัมพันธ์, auditory processing (Ga) คือ กระบวนการรับรู้จากการได้ยิน, long-term storage and retrieval (Glr) คือ กระบวนการในการจดจำข้อมูลสู่ความจำระยะยาว, processing speed (Gs) คือ ความสามารถในการลงมือทำอย่างอัตโนมัติและคล่องแคล่ว, reading and writing (Grw) คือ ความรู้ในเชิงกว้างและความรู้ในเชิงลึกที่เกี่ยวข้องกับทักษะการอ่านและเขียน และ quantitative knowledge (Gq) คือ ความรู้ในเชิงกว้างและเชิงลึกเกี่ยวกับทักษะคณิตศาสตร์สามารถแบ่งองค์ประกอบตามทักษะการอ่านค่า การเขียน และการคำนวณดังตารางต่อไปนี้

ข้อเสนอสำหรับการออกแบบข้อคำถาม เนื่องจากธรรมชาติของภาษาไทยเป็นภาษาที่มีความซับซ้อน การอธิบายสาเหตุของปัญหาเด็กที่มีข้อจำกัดในการเรียนรู้สามารถระบุได้จากหลายปัจจัย ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นควรให้ศึกษาปัจจัยดังกล่าวเพิ่มเติมเพื่อสร้างข้อคำถามที่สามารถประเมินได้กว้างมากขึ้นนอกเหนือจากการอิงตามหลักสูตรแกนกลาง¹³ เพียงอย่างเดียว ควรให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านพัฒนาการตามวัยของเด็กก่อนประเมินวัย เช่น พัฒนาการเสี่ยงพูดชัดของเด็ก ลำดับความยากง่ายในการเขียนตัวอักษรไทย¹⁴ รวมถึงทักษะพื้นฐานที่เด็กต้องใช้ในการเรียนรู้ภาษาไทย เช่น เส้นพื้นฐาน 13 เส้นของอักษรไทย¹⁵ เป็นต้น ดังนั้นข้อคำถามที่สร้างขึ้นควรเริ่มวัดทักษะตั้งแต่ระดับขั้นก่อนประถมศึกษาพิจารณาให้สอดคล้องกับแนวทางการสอนของครูในแต่ละระดับชั้นทั้งในสาระวิชาภาษาไทยและคณิตศาสตร์ หรือเทียบเคียงกับแบบฝึกหัดที่เด็กใช้จริงในชั้นเรียน เลือกคำศัพท์จากบัญชีคำศัพท์พื้นฐานของเด็กไทยในแต่ละระดับชั้น¹⁶ เพื่อให้สามารถอธิบาย

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของ CHC Theory ตามทักษะการอ่าน ฟุด และค่านวน

ทักษะ	องค์ประกอบความสามารถทางเชาวนปัญญาและการรู้การคิด
การอ่าน (Reading)	Grw- reading and writing Gc- crystallized intelligence Ga- auditory processing Glr- long term retrieval Gsm- short term memory Gs- processing speed Gf- fluid intelligence Gv- visual processing
การเขียน (Writing)	Grw- reading and writing Gc- crystallized intelligence Ga- auditory processing Gsm- short term memory Gs- processing speed
คณิตศาสตร์ (Mathematics)	Gq- quantitative knowledge Gf- fluid reasoning Gv- visual processing Gc- crystalized intelligence Gsm- short term memory Glr- long term retrieval Gs- processing speed

ปัญหาของเด็กที่ทำได้คะแนนต่ำได้อย่างชัดเจนมากขึ้น นอกจากนั้น ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำว่าควรมีทีมผู้เชี่ยวชาญ (expert) ที่มีองค์ความรู้หลากหลาย ร่วมพัฒนาข้อคำถามกับทีมวิจัย ได้แก่ ครูผู้เชี่ยวชาญด้านหลักสูตรการศึกษาระดับประถมศึกษา คุณครู ผู้มีประสบการณ์ในการสอนกลุ่มสาระวิชาภาษาไทยและ วิชาคณิตศาสตร์ ครูการศึกษาพิเศษ นักกิจกรรมบำบัดและนักแก้ไข การพูด เป็นต้น

แบบทดสอบต้นแบบ แบ่งออกเป็น 11 แบบทดสอบย่อย ประกอบด้วย การอ่าน 5 ด้าน การเขียน 3 ด้าน และการค่านวน 3 ด้าน ดังนี้

ผลการตรวจความตรงของแบบทดสอบ หลังจากการพัฒนาแบบทดสอบผู้วิจัยได้มีการส่งแบบทดสอบฉบับต้นแบบที่ สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ว่าครอบคลุมหลักสูตรแกนกลางในระดับชั้นนั้นๆ และ ความหมายสมกับพัฒนาการในแต่ละช่วงวัยของเด็ก นอกจากนี้ยัง

ตรวจสอบข้อคำถามด้านวัฒนธรรม (cultural sensitive) ผู้วิจัย คัดเลือกข้อคำถามที่มีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ วัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) ตั้งแต่ 0.6 ขึ้นไปเข้าแบบทดสอบ หากข้อใดค่า IOC ต่ำกว่า 0.6 หรือมี ความอ่อนไหวทางวัฒนธรรม¹⁵ ผู้วิจัยร่วมกันพิจารณาแก้ไขตาม ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ และตัดข้อคำถามที่ไม่เหมาะสมออก จากแบบทดสอบ

หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดการประชุมวิพากษ์ แบบทดสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่าแบบทดสอบที่สร้างขึ้น สอดคล้องกับความคาดหวังของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นในการ ตรวจวินิจฉัยเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ การเรียงลำดับ ข้อคำถามสอดคล้องกับลำดับการเรียนรู้ของเด็กทั้งในด้าน พัฒนาการและหลักการสอนในชั้นเรียน คำอธิบายการบริหาร แบบทดสอบสามารถเข้าใจได้ง่าย เชื้อต่อการใช้งานจริงในมุมมอง ของนักจิตวิทยาคลินิกซึ่งเป็นผู้ใช้แบบทดสอบ

ตารางที่ 2 รายละเอียดของแต่ละแบบทดสอบย่อย

แบบทดสอบด้านการอ่าน		
แบบทดสอบย่อย	รายละเอียด	องค์ประกอบ CHC
การอ่านพยัญชนะและคำ	เป็นแบบทดสอบที่ให้ผู้รับการทดสอบชี้หรือบอกชื่อตัวอักษรและสระ รวมถึงสะกดคำโดยการอ่านออกเสียงคำศัพท์ที่กำหนดให้	Grw
การอ่านจับใจความ	เป็นแบบทดสอบที่ให้ผู้รับการทดสอบทำความเข้าใจเกี่ยวกับสัญลักษณ์ การจับคู่รูปภาพและเสียง การเติมคำลงในช่องว่างเพื่อให้ประโยคที่สมบูรณ์โดยการพูดตอบ	Grw, Gc
การออกเสียง	เป็นแบบทดสอบที่ให้ผู้รับการทดสอบอ่านออกเสียงคำซึ่งเป็นคำที่ไม่มี ความหมาย	Grw, Ga
การอ่านออกเสียง	ผู้รับการทดสอบจะต้องอ่านออกเสียงจากประโยคที่กำหนดให้	Grw
ความคล่องในการอ่านประโยค	ผู้รับการทดสอบจะต้องอ่านประโยคที่กำหนดให้ ในใจและพิจารณาตอบคำถามว่าประโยคนั้นถูกหรือผิด ซึ่งต้องทำให้เร็ว ที่สุดภายใต้กำหนดเวลา 3 นาที	Grw, Gs
แบบทดสอบด้านการเขียน		
การสะกดคำ	เป็นการประเมินทักษะการเขียนของผู้รับการทดสอบ ทั้งในทักษะขั้นพื้นฐาน จากการลากเส้น ไปจนถึงการเขียนตัวอักษร การเขียนสระ และการเขียนสะกดคำตามคำบอก	Grw
การเขียน	ผู้รับการทดสอบต้องเติมคำในช่องว่างเพื่อให้ประโยคสมบูรณ์ รวมถึงแต่ง ประโยคตามคำสั่ง ที่กำหนดให้ รวมถึงการแต่งเรื่องราวและการเขียนประโยคที่ซับซ้อนมากขึ้น	Grw
ความคล่องในการเขียนประโยค	แบบทดสอบนี้ผู้รับการทดสอบจะต้องแต่งประโยคสั้นๆ โดยใช้คำสามคำที่ กำหนดให้ ซึ่งประโยคต้องสอดคล้องกับภาพในโจทย์เช่นเดียวกัน จำกัด เวลาในการทำ 5 นาที	Grw, Gs
แบบทดสอบด้านการคำนวณ		
โจทย์ปัญหาคณิตศาสตร์	เป็นแบบทดสอบที่ให้ผู้รับการทดสอบฟังโจทย์ปัญหาทางคณิตศาสตร์จาก ผู้ทดสอบ จากนั้นเลือกชี้หรือตอบคำตอบด้วยตนเอง	Gq, Gf
การคำนวณ	เป็นแบบทดสอบที่ให้ผู้รับการทดสอบแก้ไขโจทย์ทางคณิตศาสตร์ ซึ่งต้อง ใช้ทักษะทั้งการบวก ลบ เลข หรือทักษะที่ยากยิ่งขึ้น	Gq
ความคล่องในการคำนวณคณิตศาสตร์	แบบทดสอบนี้ผู้รับการทดสอบจะต้องแก้โจทย์ทางคณิตศาสตร์อย่างง่าย ๆ ลงไปในกระดาษคำตอบ ให้เร็วที่สุด ภายในเวลาที่จำกัดเพียง 3 นาที	Gq, Gs

ผลการศึกษานำร่อง

เมื่อนำแบบทดสอบไปทำการศึกษานำร่อง (pilot study) ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 จำนวน 24 คน พบว่า ข้อคำถามส่วนมากมีความชัดเจนเด็กสามารถเข้าใจคำชี้แจงในแต่ละแบบทดสอบย่อยได้ องค์ความรู้ที่นำมาประเมินเป็นสิ่งที่เด็กได้เรียนรู้ในชั้นเรียนจริง เกณฑ์การให้คะแนนมีความสอดคล้องกับทักษะของเด็ก เป็นต้น และพบข้อสังเกตที่ต้องนำมาปรับแก้ เช่น ปรับแก้รูปภาพ เปลี่ยนรูปแบบตัวอักษรที่มีความคลุมเครือ เพิ่มคำชี้แจงในบางแบบทดสอบให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น รวมถึงการปรับเปลี่ยนเอกสารแบบบันทึกการทดสอบให้ง่ายต่อการใช้งาน เป็นต้น

2. ผลการทดลองใช้ส่วนของการวิเคราะห์ข้อคำถาม

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 จำนวน 375 คน จากโรงเรียนสังกัดรัฐบาลและเอกชน ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่กับกรุงเทพมหานครและ

ปริมณฑล สามารถแบ่งสัดส่วนลักษณะกลุ่มตัวอย่างได้ดังตารางต่อไปนี้

ในการวิเคราะห์ข้อคำถามนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 8 แบบทดสอบย่อย คือ การอ่านพยัญชนะและคำ, โจทย์ปัญหาคณิตศาสตร์, การสะกดคำ, การอ่านจับใจความ, การคำนวณ, การเขียน, การออกเสียง และการอ่านออกเสียง โดยมีแบบทดสอบย่อยจำนวน 3 แบบทดสอบที่ไม่สามารถดำเนินการได้ คือ ความคล่องในการอ่านประโยค, ความคล่องในการคำนวณคณิตศาสตร์ และความคล่องในการเขียนประโยค เนื่องจากแบบทดสอบย่อยทั้งสามมีลักษณะเป็นแบบทดสอบที่ใช้ความเร็ว (speed test) ซึ่งทำให้ผลของคะแนนที่ออกมามีข้อจำกัดด้านเวลาในการทำส่งผลให้ค่าความแปรปรวนภายในของข้อคำถามมีความต่างกันมากจึงไม่สามารถหาความยากง่ายและอำนาจจำแนกได้

ตารางที่ 3 สัดส่วนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
พื้นที่เก็บข้อมูล		
- จังหวัดเชียงใหม่	184	49.1
- กรุงเทพฯ และปริมณฑล	191	50.9
สังกัดโรงเรียน		
- โรงเรียนเอกชน	189	50.4
- โรงเรียนรัฐบาล	186	49.6
เพศ		
- ชาย	192	51.2
- หญิง	183	48.8
ระดับชั้น		
- ประถมศึกษาปีที่ 1	61	16.3
- ประถมศึกษาปีที่ 2	63	16.8
- ประถมศึกษาปีที่ 3	64	17
- ประถมศึกษาปีที่ 4	63	16.8
- ประถมศึกษาปีที่ 5	62	16.5
- ประถมศึกษาปีที่ 6	62	16.5

ตารางที่ 4 ค่าความยากง่ายและอำนาจจำแนกของข้อคำถาม

แบบทดสอบย่อย	CTT				IRT			
	ยากง่าย		อำนาจจำแนก		ยากง่าย		อำนาจจำแนก	
	เฉลี่ย	(Min - Max)	เฉลี่ย	(min-max)	เฉลี่ย	(Min - Max)	เฉลี่ย	(min-max)
1. การอ่านพยานและคำ (ข้อคำถาม 75 ข้อ)	0.545	0.205 - 0.963	0.720	0.074 - 0.979	-0.383	-4.397 - 1.297	3.428	0.927 - 5.816
2. โจทย์ปัญหาคณิตศาสตร์ (ข้อคำถาม 38 ข้อ)	0.489	0.037 - 0.947	0.506	0.074 - 0.915	0.003	-2.934 - 2.546	2.377	1.309 - 4.456
3. การสะกดคำ (ข้อคำถาม 63 ข้อ)	0.490	0.032 - 0.973	0.619	0.053 - 0.989	-0.126	-3.617 - 2.331	3.361	0.98 - 6.922
4. การอ่านจับใจความ (ข้อคำถาม 51 ข้อ)	0.626	0.303 - 0.872	0.620	0.225 - 0.926	-0.729	-2.159 - 0.759	2.914	0.953 - 7.365
5. การคำนวณ (ข้อคำถาม 42 ข้อ)	0.477	0.027 - 0.920	0.553	0.053 - 0.957	-0.090	-2.438 - 2.153	3.667	1.69 - 8.328
6. การเขียน (ข้อคำถาม 22 ข้อ)	0.504	0.293 - 0.926	0.773	0.149 - 0.957	-0.191	-3.007 - 0.999	3.091	1.315 - 6.388
7. การออกเสียง (ข้อคำถาม 42 ข้อ)	0.457	0.027 - 0.899	0.611	0.053 - 0.872	0.097	-2.331 - 2.231	2.208	0.988 - 3.267
8. การอ่านออกเสียง (ข้อคำถาม 21 ข้อ)	0.524	0.298 - 0.846	0.780	0.309 - 0.973	0.033	-1.673 - 1.659	3.496	1.985 - 6.448

การวิเคราะห์ข้อคำถาม พิจารณาด้วยทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิม(classical test theory) แบบทดสอบการอ่านพยัญชนะและการสะกดคำ มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.205 ถึง 0.963 ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.074 ถึง 0.979, แบบทดสอบโจทย์ปัญหาทางคณิตศาสตร์ มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.037 ถึง 0.947 ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.074 ถึง 0.915, แบบทดสอบการสะกดคำมีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.032 ถึง 0.973 ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.053 ถึง 0.989, แบบทดสอบการอ่านจับใจความ มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.303 ถึง 0.872 ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.225 ถึง 0.926, แบบทดสอบการคำนวณ มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.027 ถึง 0.920 ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.053 ถึง 0.957, แบบทดสอบการเขียน มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.293 ถึง 0.926 ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.149 ถึง 0.957, แบบทดสอบการออกเสียง มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.027 ถึง 0.899 ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.053 ถึง 0.872, แบบทดสอบการอ่านออกเสียง มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.298 ถึง 0.846 ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.309 ถึง 0.973

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ข้อคำถามด้วยทฤษฎีการตอบสนองรายข้อ (item response theory) แบบทดสอบการอ่านพยัญชนะและการสะกดคำ มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง -4.397 ถึง 1.297 ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.927 ถึง 5.816, แบบทดสอบโจทย์ปัญหาทางคณิตศาสตร์มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง -2.934 ถึง 2.546 ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 1.309 ถึง 4.456, แบบทดสอบการสะกดคำมีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง -3.617 ถึง 2.331 ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.98 ถึง 6.922, แบบทดสอบการอ่านจับใจความ มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง -2.159 ถึง 0.759 ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.953 ถึง 7.365, แบบทดสอบการคำนวณมีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง -2.438 ถึง 2.153 ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 1.69 ถึง 8.328, แบบทดสอบการเขียน มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง -3.007 ถึง 0.999 ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 1.315 ถึง 6.388, แบบทดสอบการออกเสียง มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง -2.331 ถึง 2.231 ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.988 ถึง 3.267, แบบทดสอบการอ่านออกเสียง มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง -1.673 ถึง 1.659 ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 1.985 ถึง 6.448

โดยสามารถสรุปค่าความยากง่ายเฉลี่ยและค่าอำนาจจำแนกเฉลี่ยได้ดังตารางที่ 4

วิจารณ์

การพัฒนาแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสำหรับผู้เรียนไทย

แบบทดสอบมาตรฐานวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสำหรับผู้เรียนไทยถูกพัฒนาขึ้นสามารถลดข้อจำกัดของแบบทดสอบเดิมที่ใช้ในการวินิจฉัยเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนได้ดังนี้

ประเด็นแรก ความไม่สอดคล้องกับหลักสูตร การพัฒนาแบบทดสอบในครั้งนี้มุ่งเน้นให้สอดคล้องกับหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐานที่ประเทศไทยใช้อยู่ในปัจจุบัน รวมถึงให้ความสำคัญกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการเรียนรู้ของเด็ก ได้แก่การคำนึงถึงหลักการเรียนการสอนในชั้นเรียน และพัฒนาการตามวัยของเด็ก ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ในเกณฑ์ดี ได้รับความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิในการวิพากษ์แบบทดสอบในทางที่ดี โดยข้อคำถามสามารถใช้วิเคราะห์เชิงเนื้อหาคำตอบเพื่อใช้ค้นหาข้อจำกัดได้มากกว่าเครื่องมือที่มีอยู่ ดังนั้นแบบทดสอบนี้จึงมีความสอดคล้องกับบริบทและความสามารถของผู้เรียนในปัจจุบันอย่างแท้จริง

ประเด็นที่สอง การลดข้อจำกัดเรื่องการวัดทักษะที่ไม่ครอบคลุม แบบทดสอบที่พัฒนาขึ้น อ้างอิงบนพื้นฐานทฤษฎีความสามารถทางความคิด Cattell-Horn-Carroll (CHC) theory ประกอบด้วยการประเมินทั้งด้านการอ่าน การเขียน และการคำนวณ แบ่งออกเป็น 11 แบบทดสอบย่อย ซึ่งมีการประเมินทักษะที่ครอบคลุมเกณฑ์การวินิจฉัยโรคบกพร่องด้านการเรียนตาม DSM-5 คือ การอ่านคำได้ช้าหรืออ่านผิดทั้งที่พยายามมากแล้ว มีความลำบากในการเข้าใจความหมายของสิ่งที่อ่าน มีความลำบากในการสะกดคำ มีความลำบากในการเขียนสื่อสาร มีความลำบากในการเข้าใจความหมายของตัวเลขหรือการคำนวณ และมีความลำบากในการให้เหตุผลทางคณิตศาสตร์ สามารถช่วยให้การวินิจฉัยความบกพร่องในการเรียนรู้มีความแม่นยำยิ่งขึ้น รวมถึงผลที่ได้จากการทดสอบจะสามารถนำมาใช้ในการวางแผนการให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมและเฉพาะเจาะจงกับความบกพร่องของเด็กที่พบจากแบบทดสอบมากยิ่งขึ้นด้วย

ความยากง่ายและอำนาจจำแนกของข้อคำถาม

ในการวิเคราะห์ข้อคำถามเพื่อหาความความยากง่ายในแบบทดสอบย่อยทั้ง 8 คือ การอ่านพยัญชนะและการสะกดคำ โจทย์ปัญหาทางคณิตศาสตร์ การสะกดคำ การอ่านจับใจความ การคำนวณ การเขียน การออกเสียง และการอ่านออกเสียง พบว่า

แบบทดสอบย่อยเกือบทั้งหมดมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 0.40 - 0.60 แสดงถึงความยากง่ายของข้อคำถามอยู่ในเกณฑ์เหมาะสม¹⁸ ยกเว้นแบบทดสอบย่อยการอ่านจับใจความที่ค่อนข้างง่าย (ความยากง่ายของ CTT = 0.626, IRT = -0.729)

เมื่อพิจารณาค่าความยากง่ายในรายข้อ อิงตามทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิมควรจะอยู่ระหว่าง 0.20 - 0.80 และทฤษฎีการตอบสนองรายข้อควรมีค่าอยู่ในช่วง -2.5 ถึง +2.5¹⁹ พบว่ามีคำถามในรายข้อบางส่วนที่อยู่ในเกณฑ์ง่าย (มากกว่า 0.80 ตาม CTT และน้อยกว่า -2.50 ตาม IRT) อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้คงข้อคำถามเหล่านั้นไว้เพื่อประโยชน์ทางคลินิก ข้อคำถามดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อการค้นหาปัญหาของเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ ผู้วิจัยจึงตัดสินใจคงข้อคำถามดังกล่าวไว้

ในทางกลับกันพบว่ามีความยากง่ายของรายข้อคำถามในบางส่วนที่อยู่ในเกณฑ์ยาก (น้อยกว่า 0.20 ตาม CTT และมากกว่า 2.50 ตาม IRT) โดยมักพบในแบบทดสอบย่อยที่เกี่ยวข้องกับทักษะด้านการคำนวณ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาเนื้อหาของข้อคำถามแล้วพบว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2551

การวิเคราะห์ข้อคำถามเพื่อหาอำนาจจำแนก พบว่าข้อคำถามบางข้อมีค่าอำนาจจำแนกที่ได้อิงตามทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิมต่ำ (<0.20) อย่างไรก็ตามเป็นเพราะในทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิมอำนาจจำแนกนั้นมีความสัมพันธ์กับความยากง่ายของข้อคำถาม หากข้อคำถามที่ยากมากหรือง่ายมากจะส่งผลให้อำนาจจำแนกที่ได้มีค่าจำกัด¹⁸ เนื่องจากผู้วิจัยได้คงข้อคำถามที่ค่อนข้างง่ายเอาไว้ด้วยเหตุผลทางคลินิกดังที่กล่าวมา ข้อคำถามกลุ่มนั้นจึงมีอำนาจจำแนกต่ำตามไปด้วย

แต่อย่างไรก็ตามหากพิจารณาอำนาจจำแนกตามทฤษฎีการตอบสนองรายข้อ ผลจากการศึกษาพบว่าคำถามเกือบทั้งหมดมีอำนาจจำแนกปานกลางขึ้นไป (มากกว่า 0.65) และส่วนมากมีอำนาจจำแนกสูง (มากกว่า 1.70)¹⁹

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

จากการวิเคราะห์ความยากง่ายของแบบทดสอบ พบว่าในแบบทดสอบการอ่านจับใจความ แบบทดสอบการเขียน และแบบทดสอบความคล่องในการเขียนประโยค ควรได้รับการปรับปรุงเพิ่มข้อคำถามระดับยากเพื่อให้สามารถวัดได้ครอบคลุมทุกระดับความสามารถของเด็ก และในทางปฏิบัติจึงควรกำหนด อายุฐาน

(basal age) และอายุเพดาน (ceiling age) ให้เหมาะสมกับผู้รับการทดสอบ

ควรมีการหาเกณฑ์ปกติระดับชาติ (National Norm) โดยเก็บกลุ่มตัวอย่างเด็กปกติทั่วประเทศ และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนตามสัดส่วนประชากรในขั้นต่อไป

เป้าหมายของแบบทดสอบถูกจำกัดเพียงการตรวจวินิจฉัยในนักจิตวิทยาคลินิกเท่านั้น ในอนาคตอาจมีการพิจารณาต่อยอดแบบทดสอบให้มีความสั้น กระชับ เหมาะสมในสามารถให้ครูหรือผู้ปกครองใช้ในการตรวจคัดกรองเด็กที่สงสัยมีความบกพร่องทางการเรียนได้มากขึ้น

วิธีการดำเนินการทดสอบของแบบทดสอบที่พัฒนาขึ้นใหม่มีรายละเอียดที่ค่อนข้างซับซ้อน ดังนั้นเพื่อให้สามารถนำผลการทดสอบมาพิจารณาและแปลผลในการวินิจฉัยโรคได้อย่างน่าเชื่อถือ ผู้ทดสอบทุกคนจำเป็นที่จะต้องผ่านการฝึกอบรมการดำเนินการทดสอบและการตรวจให้คะแนนก่อน

ควรมีการพัฒนาคู่มือการวางแผนการช่วยเหลือเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ หลังจากการตรวจประเมินทักษะทั้ง 11 ด้าน เพื่อให้สามารถนำผลการทดสอบไปต่อยอด เป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษาเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและตรงประเด็นปัญหาของเด็กในแต่ละคนได้มากที่สุด

สรุป

แบบทดสอบมาตรฐานวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสำหรับผู้เรียนไทยเพื่อใช้ในการวินิจฉัยเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นตามกรอบของหลักสูตรการเรียนการสอนในประเทศไทยที่เป็นปัจจุบัน คำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ในบริบทของเด็กไทย สามารถใช้ในการประเมินความสามารถที่ครอบคลุมมากกว่าแบบทดสอบที่มีอยู่ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดในเชิงคลินิก แบบทดสอบมีความยากง่ายและอำนาจจำแนกของข้อคำถามอยู่ในเกณฑ์เหมาะสม สามารถเป็นทางเลือกในการนำไปใช้เพื่อวินิจฉัยเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนเงินทุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)

เอกสารอ้างอิง

1. Pornnoppadol C. Specific Learning Disorder; SLD. In: Sitdhiraksa N, Kamonnet W, Wannarit K, Pukrittakayamee P, Aptnuntavech S, Katumarn P, editors. Siriraj psychiatry DSM-5. 1st ed. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital; 2558. p. 509-16.
2. Roongpraiwan R. Prevalence and Clinical characteristics of dyslexia in primary school students. J Med Assoc Thai 2002;85(4):1097-103.
3. Piyasil V, Wangtan S. Learning Disorders and Comorbidity. J Psychiatr Assoc Thailand 2015;60(4):287-96.
4. Utairatanakit D, Pornnoppadol C, Rohitsuk W, et al. Potential development for students with autism, attention deficit hyperactivity disorder, and learning disorders: Phase 1: The development of standardized procedure and instrument for screening students with attention deficit hyperactivity disorder, learning disorders, and autism. In: Proceedings of 46th Kasetsart University Annual Conference: Education, Humanities and Social Sciences, Economics and Business Administration, Agricultural Extension and Home Economics. Bangkok (Thailand): The Thailand Research Fund; 2008. p. 64-71.
5. Utairatanakit D, Srisukwattananan P, Thiamtham T, et al. Kasetsart Basic Academic Skill Test (KBAST). Bangkok (Thailand): "Khun Poom" Special Education Development Study Center, Faculty of Education, Kasetsart University; 2015.
6. Piyasil V. Specific Learning Disorder (SLD) [Internet]. 2019 Oct [cited 2019 Jun 15]. Available from: http://110.164.147.155/kmhealth_new/Document/psychiatry/children/P.1.1.3.pdf
7. Sayawaranon P. The study of Academic Achievement in elementary school students. Thai Journal of Clinical Psychology 1997;28(2):24-37.
8. Sathirangkul V, Sainampran D, Sirisakpanit S. Open view of WRAT-Thai. Thai Journal of Clinical Psychology. 2013;44(1):1-17.
9. Embretson SE, Reise SP. Item response for psychologists. 1st ed. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2000.
10. Alfonso VC, Flanagan DP. Assessment of preschool children: A framework for evaluating the adequacy of the technical characteristics of norm-referenced instruments. In: Mowder BA, Robinson F, Yasik A, Editors. Evidence-Based Practice in Infant and Early Childhood Psychology. 1st ed. New York, NY: John Wiley; 2008. p. 129-66.
11. McGrew KS. CHC theory and the Human Cognitive Abilities Project: Standing on the shoulders of the giants of psychometric intelligence research. Intelligence 2009; 37:1-10.
12. Flanagan DP, Alfonso VC, Ortiz S. The cross-battery assessment (XBA) approach: An overview, historical perspective, and current directions. In: Flanagan DP, McDonough EM, Editors. Contemporary intellectual assessment: Theories, tests, and issues. 4th ed. New York, The Guilford Press; 2012. p. 459-83.
13. The Ministry of Education. Basic Education Core Curriculum B.E. 2551 (A.D.2008). Bangkok; 2008.
14. Thassana S. A Study of Arrangement Form of Thai Alphabets Simple for Writing Practices of Prathom Suksa One Students. Bangkok: Chulalongkorn University; 1986.
15. Punyasvasti P. Strokes for beginning Thai alphabet writing. Bangkok: Chulalongkorn University; 1971.
16. Aekkawut U. Basic Thai Words in Grade1-6 [Internet]. 2020 Oct 11 [cited 2020 Oct 30]. Available from: <https://www.kruupdate.com/33384>
17. Chaichanawirote U, Vantum C. Evaluation of content validity for research instrument. Journal of Nursing and Health Sciences. 2017;11(2):105-11.
18. Kanjanawasee S. Classical Test Theory. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2009.
19. Baker F. The basics of item response theory. Washington DC: ERIC Clearinghouse on Assessment and Evaluation; 2001

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อโรคออทิสติกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

พชร จันทรย์*, สุวรรณิ พุทธิศรี*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้และทัศนคติต่อโรคออทิสติก รวมถึงเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้และทัศนคติต่อโรคออทิสติกในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่หก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาแบบ cross sectional descriptive study โดยใช้แบบสอบถามวัดความรู้และทัศนคติต่อโรคออทิสติก ซึ่งแบบทดสอบได้ผ่านการประเมินค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Consistency) โดยผู้เชี่ยวชาญ และเก็บข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามออนไลน์ให้กับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่หก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีในปีการศึกษา 2564 และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้และทัศนคติโดยใช้สถิติแบบ Pearson correlation

ผลการศึกษา ผู้ส่งแบบสอบถามกลับทั้งสิ้น 84 คน (ร้อยละ 46.4) จากที่ส่งให้นักศึกษาแพทย์ทั้งหมด 181 คน ผลคะแนนเฉลี่ยในส่วนของความรู้เท่ากับ 12.69 จากคะแนนเต็ม 18 คะแนน (ร้อยละ 70.5) คะแนนเฉลี่ยในส่วนทัศนคติ เท่ากับ 25.58 จากคะแนนเต็ม 33 คะแนน (ร้อยละ 77.52) พบค่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติมีค่าเท่ากับ 0.276 ($p < 0.05$) โดยเฉพาะความรู้ด้านการรักษาสัมพันธ์กับการมีคะแนนรวมทัศนคติที่สูง และปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ เพศหญิง

สรุป ความรู้และทัศนคติของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่หก ต่อโรคออทิสติกมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ และเพศหญิงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติอย่างมีนัยสำคัญ โดยข้อมูลในงานวิจัยนี้สามารถนำไปใช้วางแผนพัฒนาความรู้และส่งเสริมทัศนคติแก่นักศึกษาแพทย์เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยออทิสติกต่อไป

คำสำคัญ นักศึกษาแพทย์ โรคออทิสติก ออทิสซึม ความรู้ ทัศนคติ

The Relationship between Knowledge and Attitude Toward Autism Spectrum Disorder and Their Associated Factors Among 6th Year Medical Students at Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital

Pachara Janyam*, Suwannee Putthisri*

**Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University*

ABSTRACT

Objectives: To study factors affecting knowledge and attitude towards Autism Spectrum Disorder among the 6th year medical students at Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital and correlations between their knowledge and attitude.

Methods: The cross-sectional descriptive study was conducted using questionnaire to evaluate knowledge and attitude toward Autism Spectrum Disorder. The index of consistency was evaluated by specialized professionals. The data was obtained from the online questionnaires completed by the 6th year medical students at Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital during the academic year of 2021. The Pearson correlation was used to evaluate correlations between knowledge and attitude.

Results: 181 questionnaires had been distributed to the 6th year medical students and 84 of them (46.4%) completed their response. The mean knowledge score was 12.69 out of 18 (70.5%) while the mean attitude score was 25.58 out of 33 (77.52%). The correlation coefficient between knowledge and attitude was 0.276 ($p < 0.05$). The knowledge about treatment was associated with increased overall attitude scores. A significant associated factor relating to the improved attitude was being female.

Conclusions: Knowledge and attitude towards Autistic Spectrum Disorder of the 6th year medical students are significantly correlated. Moreover, being female demonstrates a statistical significance affecting their attitude. The results of the study can be used as an important input in developing a knowledge and attitude improvement program for medical student with ultimate goal of providing the better care among autistic patients.

Keywords: Medical student, autism, Autism Spectrum Disorder, knowledge, attitude

Corresponding author: Pachara Janyam

Email: pacharajany@gmail.com

Received 29 November 2021 Revised 11 February 2022 Accepted 11 February 2022

บทนำ

โรคออทิสติกสเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder : ASD) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติทางการพัฒนาของระบบประสาท โดยอาการแสดงตามเกณฑ์ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5) คือ มีความบกพร่องของทักษะทางสังคมร่วมกับมีพฤติกรรม ความสนใจ หรือกิจกรรมซ้ำๆ ผิดปกติ¹ ตามการสำรวจของ Center of Disease Control and Prevention (CDC) ในปี พ.ศ. 2555 ความชุกประมาณ 1:68² และในประเทศไทยจากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2547 พบความชุก 9.9:10000³

ผู้ป่วยโรคออทิสติกนั้นควรได้รับการวินิจฉัยโรคและเริ่มรักษาด้วยการกระตุ้นตั้งแต่อายุน้อย โดยเฉพาะในช่วงก่อน 3 ปีแรก จะให้ผลการรักษาในระยะยาวที่ดีกว่ากลุ่มที่เริ่มการรักษาช้า⁴ อีกทั้งยังเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องในระยะยาวโดยบุคลากรทางการแพทย์และคนในครอบครัว

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทยส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากแพทย์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน⁵ ดังนั้นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจึงมีบทบาทอย่างมากในการให้คัดกรองเริ่มการรักษา การให้คำแนะนำครอบครัวผู้ป่วยถึงเรื่องความเสี่ยงทางกรรมพันธุ์ การพยากรณ์โรค การรักษา และช่วยลดการตำหนิตนเองในผู้ปกครอง อีกทั้งทัศนคติที่ดีของแพทย์เวชปฏิบัติยังเป็นส่วนสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวช⁶

การศึกษาก่อนหน้าในระดับนานาชาติพบการขาดการฝึกอบรมเรื่องโรคออทิสติกในการเรียนแพทย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา⁷ จากการสำรวจในหลายประเทศ เช่น ไนจีเรีย ปากีสถาน อินเดีย และมาเลเซีย พบว่านักศึกษาแพทย์ยังขาดความรู้และการเรียนเรื่องโรคออทิสติก⁸⁻¹⁰ นอกจากนี้ยังพบปัจจัยบางประการที่มีผลต่อความรู้เรื่องโรคออทิสติก เช่น ชั้นปีการศึกษา ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย และยังพบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ¹¹⁻¹³ ซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษาในประเทศไทยมาก่อน

ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความรู้และทัศนคติต่อโรคออทิสติกของแพทย์ โดยเล็งเห็นความสำคัญของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่หก ซึ่งเป็นปีสุดท้ายในระบบการเรียนแพทยศาสตรบัณฑิตก่อนจะไปปฏิบัติงานต่อไปในอนาคต โดยหวังว่าจะนำข้อมูลที่ได้มาเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบการเรียนการสอนให้นักศึกษาแพทย์เพื่อให้เกิดความรู้ความสามารถและทัศนคติที่ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้และทัศนคติต่อโรคออทิสติก รวมถึงเพื่อศึกษาความสอดคล้องของความรู้และทัศนคติต่อโรคออทิสติกในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่หก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือก

1. นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่หก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ประจำปีการศึกษา 2564
2. นักศึกษาสามารถเข้าใจและอ่านภาษาไทยได้ดี
3. นักศึกษายินดีเข้าร่วมโครงการศึกษาหลังได้ทราบรายละเอียดของโครงการแล้ว

เกณฑ์การคัดออก

นักศึกษาที่กรอกข้อมูลแบบสอบถามไม่ครบ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบทดสอบความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคออทิสติก แบ่งเป็น 4 ส่วนดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป (demographic data) ได้แก่ อายุ เพศ ภูมิภาค และข้อมูลด้านการศึกษานักศึกษาแพทย์ ได้แก่ เกรดเฉลี่ย การปฏิบัติงานภาคกุมารเวชศาสตร์ ความสนใจในการศึกษาต่อ
2. ข้อมูลประสบการณ์กับโรคออทิสติก ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยออทิสติก การฟังบรรยายเรื่องออทิสติก การร่วมประชุมวิชาการเรื่องออทิสติก และการมีคนรู้จักเป็นโรคออทิสติก
3. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติก เป็นแบบสอบถามวัดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค โดยให้นักศึกษาตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ มีคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ประกอบด้วยด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านความรู้การวินิจฉัย 10 ข้อ
(คำถามลำดับที่ 1 - 10)
2. ด้านความรู้การรักษา 3 ข้อ
(คำถามลำดับที่ 11 - 13)
3. ด้านความรู้การพยากรณ์โรค 5 ข้อ
(คำถามลำดับที่ 14 - 18)

โดยแบบสอบถามความรู้นี้ได้ดัดแปลงจากเครื่องมือที่ใช้

วัดความรู้เรื่องโรคจิตในนักศึกษาแพทย์ของการศึกษาก่อนหน้า^{11,12} ซึ่งให้ความสำคัญกับความรู้อยู่ในเรื่องอาการและการวินิจฉัยเป็นหลัก เพราะเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับแพทย์ทั่วไปในการคัดกรองผู้ป่วย โดยคะแนนรวมที่สูงจะบ่งชี้ถึงระดับความรู้ที่ดี

4. แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคจิต เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นของนักศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตจำนวนทั้งหมด 11 ข้อ โดยให้คะแนนเป็นระดับซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วยด้านต่างๆ ดังนี้

- ด้านความรู้สึกรู้สึกต่อผู้ป่วยจิต 4 ข้อ
- ด้านความต้องการในการหาความรู้ และทักษะเรื่องจิต 3 ข้อ
- ด้านการดูแลผู้ป่วยจิต 4 ข้อ

โดยข้อคำถามทัศนคตินี้ใช้แนวคำถามมาจากแบบประเมิน Attitude Towards Psychiatry 30 (ATP 30)¹⁴ และแบบสอบถามเจตคติต่อจิตเวชศาสตร์ของแพทย์โรงพยาบาลชุมชน¹⁵ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงและเลือกข้อคำถามลงให้เฉพาะกับโรคจิต ซึ่งคะแนนรวมที่มากบ่งชี้ถึงแนวโน้มทัศนคติที่ดี

แบบทดสอบความรู้และทัศนคตินี้ได้ผ่านการทดลองทำและให้ความเห็นโดยกลุ่มแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 20 ท่าน เพื่อปรับความเหมาะสมเรื่องภาษาที่ใช้ จากนั้นจึงได้ประเมินความเหมาะสมของคำถามโดยผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 4 ท่าน เพื่อนำมาวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Consistency)

จากแบบสอบถามความรู้ทั้งหมด 18 ข้อ และทัศนคติ 11 ข้อ พบว่าค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้อยู่ระหว่าง 0.75 ถึง 1 ซึ่งถือว่ามีความสอดคล้องกัน

การเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลผ่านระบบ Google form สำหรับนักศึกษาแพทย์ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในปีการศึกษา 2564 โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2563 ถึงเดือนพฤษภาคม 2564

การชี้แจงรายละเอียดและประชาสัมพันธ์ได้ทำผ่านตัวแทนนักศึกษาและเจ้าหน้าที่ธุรการในแต่ละภาควิชาที่มีนักศึกษากำลังปฏิบัติงานอยู่ ผู้ร่วมวิจัยจะได้รับลิงค์แบบสอบถามผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ (LINE)

ผู้วิจัยได้ขอความยินยอมจากนักศึกษาแพทย์ผู้เข้าร่วมโครงการก่อนทำแบบสอบถาม โดยมีการกรอกข้อมูลรหัสนักศึกษา ก่อนทำแบบสอบถามเพื่อป้องกันการตอบซ้ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistic Version 26 (IBM corp., Armonk, NY, USA) โดยใช้สถิติดังนี้

- ข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น เกรดเฉลี่ย คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิต นำเสนอโดยใช้ค่าเฉลี่ย (mean) ค่ามัธยฐาน (median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range) ข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น เพศ สถานะ ภูมิภาค สาขาที่สนใจศึกษาต่อ และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคจิต นำเสนอด้วยจำนวนและร้อยละ
- การหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้และทัศนคติด้วย Pearson correlation
- การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคะแนนความรู้และทัศนคติด้วย Mann-Whitney U test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

จากการส่งแบบสอบถามให้นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่หกจำนวนทั้งสิ้น 181 คน มีผู้ส่งกลับแบบสอบถามทั้งสิ้น 84 คน (ร้อยละ 46.4) โดยแบบสอบถามทั้งหมดนี้สามารถนำมาวิเคราะห์ผลได้โดยไม่มีการคัดออก

นักศึกษาทั้งหมดมีสถานภาพโสด มีอายุอยู่ระหว่าง 21 - 40 ปี เป็นเพศชาย 57 คน (ร้อยละ 68) ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล (ร้อยละ 71) ในส่วนข้อมูลด้านการศึกษา มีผู้ผ่านการปฏิบัติงานภาควิชากุมารเวชศาสตร์แล้วทั้งสิ้น 48 คน (ร้อยละ 57) เกรดเฉลี่ยอยู่ที่ 2.75 - 3.89 ความสนใจศึกษาต่อเฉพาะทางส่วนใหญ่สนใจศึกษาต่ออายุรศาสตร์ (ร้อยละ 29) และยังไม่ทราบสาขาที่สนใจ (ร้อยละ 19)

2. ข้อมูลประสบการณ์เกี่ยวกับโรคจิต

พบว่าร้อยละ 22.6 เคยมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตระหว่างปฏิบัติงาน ร้อยละ 71.4 เคยผ่านการเรียนหัวข้อจิตและมีความรู้ ร้อยละ 29.8 ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิต แต่มีเพียงร้อยละ 3.6 เคยเข้าร่วมประชุมวิชาการหัวข้อเรื่องจิต

3. ผลสำรวจความรู้ต่อโรคจิต

จากแบบสอบถามความรู้ของนักศึกษาพบว่า คะแนนรวมมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 13 ± 2.00 จากคะแนนเต็ม 18 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 72.22

โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนแบ่งตามความรู้หัวข้อต่างๆ ดังนี้ ด้านความรู้ในการวินิจฉัย 6.54 คะแนน (ร้อยละ 65.4) ด้านความรู้ในการรักษา 2.58 คะแนน (ร้อยละ 86) ความรู้ในการพยากรณ์โรค 3.57 คะแนน (ร้อยละ 71.4) (ตารางที่ 1)

ข้อคำถามที่นักศึกษาส่วนใหญ่ตอบผิดในหมวดการวินิจฉัย คือ นักศึกษาส่วนใหญ่ ไม่ทราบว่ามีการมีระบบรับสัมผัสที่ไวเกินหรือเฉื่อยเกินเป็นหนึ่งในเกณฑ์การวินิจฉัยโรคออทิสติก (ตอบผิดร้อยละ 73.8) และอาการของโรคออทิสติกสามารถแสดงให้เห็นก่อนอายุ 3 ปี (ตอบผิดร้อยละ 60.2) ส่วนในหมวดการรักษา นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าในครอบครัวที่มีบุตรเป็นออทิสติกมีโอกาสที่บุตรคนต่อไปจะเป็นโรคออทิสติกมากกว่าโอกาสที่จะเกิดในประชากรทั่วไป (ตอบผิดร้อยละ 67.9) (ตารางที่ 2)

4. ผลสำรวจทัศนคติต่อโรคออทิสติก

คะแนนรวมในแบบสอบถามทัศนคติพบว่า มีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 26±6.00 จากคะแนนเต็ม 33 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 77.52

โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติตามด้านต่างๆ เป็นดังนี้ ด้านความรู้สึกรู้สึกต่อผู้ป่วยออทิสติก 9.05 คะแนน (ร้อยละ 75.42) ด้านความต้องการในการหาความรู้และทักษะเรื่องออทิสติก 7.45 คะแนน (ร้อยละ 82.78) ด้านการดูแลผู้ป่วยออทิสติก 9.08 คะแนน (ร้อยละ 75.67) (ตารางที่ 1)

5. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ โดยใช้ Pearson's correlation พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าความสัมพันธ์ (coefficient) เท่ากับ 0.276 (p=0.011)

หากพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามความรู้แต่ละข้อกับคะแนนรวมความรู้และทัศนคติ (ตารางที่ 2) พบว่าข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนทัศนคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 4 “การผิดปกติในการสื่อสารเป็นหนึ่งในเกณฑ์การวินิจฉัยโรคออทิสติก” (coefficient=0.235, p=0.031) และข้อคำถามที่ 13 “การมารักษาตั้งแต่อายุน้อยจะทำให้อาการโรคออทิสติกดีขึ้นได้มาก” (coefficient=0.291, p=0.007) (ตารางที่ 1)

เมื่อวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างหมวดคะแนนรวมความรู้ในแต่ละด้านกับคะแนนรวมทัศนคติทั้งหมด พบว่าหมวดคะแนนรวมความรู้ใดด้านการรักษามีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมทัศนคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (coefficient=0.312, p=0.004) และหากวิเคราะห์คะแนนรวมทัศนคติในแต่ละข้อกับคะแนนความรู้รวมทั้งหมด พบว่าทัศนคติด้านความต้องการในการหาความรู้และทักษะเรื่องออทิสติกมีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมของความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (coefficient=0.231, p=0.035) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 คะแนนจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติก

หัวข้อ (คะแนนเต็ม)	คะแนนเฉลี่ย (Mean±SD)	ร้อยละ ของคะแนนเฉลี่ย
คะแนนรวมความรู้ (18)	12.69±3.07	70.50
ด้านความรู้การวินิจฉัย (10)	6.54±2.07	65.40
ด้านความรู้การรักษา (3)	2.58±0.70	86.00
ด้านความรู้การพยากรณ์โรค (5)	3.57±0.93	71.40
คะแนนรวมทัศนคติ (33)	25.58±4.68	77.52
ด้านความรู้สึกรู้สึกต่อผู้ป่วยออทิสติก (12)	9.05±2.19	75.42
ด้านความต้องการในการหาความรู้และทักษะเรื่องออทิสติก (9)	7.45±1.65	82.78
ด้านการดูแลผู้ป่วยออทิสติก (12)	9.08±2.16	75.67

ตารางที่ 2 ข้อมูลความรู้และความสัมพันธ์กับคะแนนรวมทัศนคติ

ข้อ	คำถาม	ตอบถูก ร้อยละ	ทัศนคติ	
			ค่าความสัมพันธ์**	P-value
1	การบกพร่องในการเข้าสังคม เป็นหนึ่งในเกณฑ์การวินิจฉัย	94	0.183	0.096
2	การมีทักษะพิเศษ (เช่น ด้านความจำ,ด้านตัวเลข) เป็นหนึ่งในเกณฑ์การวินิจฉัย	59.5	-0.058	0.559
3	พฤติกรรมก้าวร้าวทำลายสิ่งของ เป็นหนึ่งในเกณฑ์การวินิจฉัย	65.5	0.053	0.630
4	การผิดปกติในการสื่อสาร เป็นหนึ่งในเกณฑ์การวินิจฉัย	79.8	0.235*	0.031
5	การมีระบบรับสัมผัสที่ไวเกินหรือเฉื่อยเกิน เป็นหนึ่งในเกณฑ์การวินิจฉัย	26.2	0.077	0.488
6	การมีความสนใจหรือหมกมุ่นในบางสิ่งบางอย่างซ้ำๆ เป็นหนึ่งในเกณฑ์การวินิจฉัย	85.7	0.190	0.83
7	การมีพัฒนาการกล้ามเนื้อช้า เช่น เริ่มเดินช้ากว่าวัย เป็นหนึ่งในเกณฑ์การวินิจฉัย	58.3	0.064	0.560
8	เด็กออทิสติกคือเด็กที่มีสติปัญญาบกพร่อง	66.7	0.186	0.089
9	ผู้ป่วยออทิสติกคือผู้ป่วยสมาธิสั้น	78.6	0.103	0.351
10	อาการของโรคออทิสติกสามารถแสดงให้เห็นได้ตั้งแต่อายุ 3 ปี	39.3	0.077	0.485
11	ผู้ป่วยออทิสติกไม่สามารถเรียนร่วมกับเด็กทั่วไปได้	79.8	0.159	0.149
12	พฤติกรรมบ่าบด เป็นวิธีการหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยออทิสติก	90.5	0.198	0.071
13	การรักษาตั้งแต่อายุยังน้อย จะทำให้อาการโรคออทิสติกดีขึ้นได้มาก	88.1	0.291*	0.007
14	ผู้ป่วยออทิสติก มักเสียชีวิตลงตั้งแต่วัยเด็ก	90.5	0.189	0.085
15	ผู้ป่วยออทิสติก เมื่อโตขึ้นมักกลายเป็นโรคจิตเภท	88.1	0.204	0.062
16	ครอบครัวที่มีบุตรเป็นออทิสติก บุตรคนต่อไปจะมีโอกาสเป็นโรคออทิสติกมากกว่าโอกาสที่จะเกิดในประชากรทั่วไป	32.1	-0.42	0.701
17	ผู้ป่วยออทิสติกสามารถพบโรคซึมเศร้าร่วมได้	53.6	0.96	0.384
18	ผู้ป่วยออทิสติกสามารถรักษาให้ดีขึ้นจนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้	92.9	0.164	0.136

** ใช้รูปแบบสถิติ Pearson Correlation *Correlation is significant at the 0.05 level

ตารางที่ 3 คะแนนความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้และทัศนคติ

หัวข้อ (คะแนนเต็ม)	ค่ามัธยฐาน (Median±IQR)	ความสัมพันธ์ ต่อทัศนคติ	P-value	ความสัมพันธ์ ต่อความรู้	P-value
รวมคะแนนความรู้ทั้งหมด (18)	13±2.00	0.276*	0.011	1	-
ด้านความรู้การวินิจฉัย (10)	7±2.00	0.211	0.05	0.926*	0.00
ด้านความรู้การรักษา (3)	3±1.00	0.312*	0.00	0.710*	0.00
ด้านความรู้พยากรณ์โรค (5)	4±1.00	0.207	0.05	0.700*	0.00
รวมคะแนนทัศนคติทั้งหมด (33)	26±6.00	1	-	0.276*	0.011
ด้านความรู้สึกรู้สึกต่อผู้ป่วยออทิสติก (12)	9.05±2.19	0.762*	0.00	0.212	0.05
ด้านความต้องการในการหาความรู้ และทักษะเรื่องออทิสติก (9)	7.45±1.65	0.768*	0.00	0.231*	0.04
ด้านการดูแลผู้ป่วยออทิสติก (12)	7.45±1.65	0.807*	0.00	0.207	0.05

** ใช้รูปแบบสถิติ Pearson Correlation *Correlation is significant at the 0.05 level

6. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนความรู้และทัศนคติ

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคะแนนความรู้และทัศนคติพบว่า นักศึกษาแพทย์แพทยศาสตร์มีคะแนนรวมทัศนคติสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$)

ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ภูมิภาค เกรดเฉลี่ย สาขาที่สนใจศึกษาต่อ และประสบการณ์เกี่ยวกับออทิสติก จากการวิเคราะห์โดยใช้ Mann-Whitney U test ไม่พบความสัมพันธ์กับระดับความรู้และทัศนคติของนักศึกษาแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

วิจารณ์

ผลการศึกษารู้อย่างรู้และทัศนคติต่อโรคออทิสติกในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่หก โรงพยาบาลรามารบิต มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าคะแนนความรู้ของนักศึกษาผู้เข้าร่วมโครงการอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ทั้งด้านการวินิจฉัย การพยากรณ์โรค และด้านการรักษา ซึ่งจากการศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ต่างประเทศ เช่น ในจีเรีย ปากีสถาน อินเดีย และมาเลเซีย พบว่าอยู่คะแนนอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่สูง⁹⁻¹¹ ทั้งนี้ผลที่ได้ อาจมาจากการใช้แบบสอบถามคนละชุดกับการศึกษาอื่นที่ผ่านมาทำให้จำนวนข้อคำถามในแต่ละด้านมีสัดส่วนที่แตกต่างกัน แต่การที่คะแนนในการศึกษานี้สูงอาจ

เพราะเก็บข้อมูลในนักศึกษาชั้นปีที่หกที่เป็นชั้นปีสูงที่สุดในการเรียนแพทยศาสตรบัณฑิต ซึ่งการศึกษาก่อนหน้าในประเทศอังกฤษพบว่าชั้นปีที่สูงขึ้นมีคะแนนความรู้เรื่องออทิสติกที่สูงขึ้น¹² อีกทั้งนักศึกษาที่ส่งแบบสอบถามงานวิจัยมีเพียง ร้อยละ 46.4 ซึ่งนักศึกษากลุ่มนี้อาจเป็นบุคคลที่มีความสนใจในเรื่องโรคออทิสติกอยู่เดิม จึงอาจทำให้ผลคะแนนด้านความรู้และทัศนคติเรื่องออทิสติกอยู่ในเกณฑ์ที่สูงได้

ผลการวิเคราะห์แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าในต่างประเทศ¹³ ซึ่งทางผู้วิจัยจึงเห็นว่าทำให้ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติก โดยเฉพาะความรู้ในด้านการรักษาที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญจะมีส่วนช่วยให้ นักศึกษาแพทย์มีทัศนคติที่ดียิ่งขึ้นในทางกลับกันการส่งเสริมให้นักศึกษาแพทย์มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับโรคออทิสติก โดยเฉพาะการทำให้ นักศึกษาต้องการหาความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับออทิสติกมากขึ้นจะช่วยให้ นักศึกษามีความรู้ที่จะใช้ดูแลผู้ป่วยออทิสติกมากขึ้นเช่นกัน

ปัจจัยที่สอดคล้องกับทัศนคติที่สูงได้แก่เพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่เพศหญิงมักมีคะแนนทัศนคติต่อโรคจิตเวชต่างๆ เช่น โรคออทิสติก โรคการเรียนรู้บกพร่องที่สูงกว่าเพศชาย^{13,16} ส่วนปัจจัยด้านความสนใจศึกษาต่อในอนาคตพบว่า

ตารางที่ 4 ตารางเปรียบเทียบระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคออทิสติกจำแนกตามปัจจัยต่างๆ

หัวข้อ	ความรู้			ทัศนคติ		
ข้อมูลทั่วไป	จำแนก	Median ± IQR	P-value	จำแนก	Median ± IQR	P-value
เพศ	ชาย	13.000 ± 3.00	0.923	ชาย	25.00 ± 8.00	0.002
	หญิง	13.000 ± 2.00		หญิง	29.000 ± 4.00**	
ภูมิลำเนา	กทม.	13.000 ± 2.00	0.163		26.00.000 ± 6.00	0.747
	ต่างจังหวัด	13.000 ± 2.00			26.5.000 ± 6.75	
เคยผ่านภาคกุมารเวชแล้ว	เคย	13.500 ± 3.50	0.374	เคย	25.5.000 ± 7.00	0.288
	ไม่เคย	13.000 ± 2.00		ไม่เคย	25.500 ± .575	
ประสบการณ์ด้านออทิสติก						
เคยร่วมดูแลผู้ป่วยโรคออทิสติกระหว่างศึกษา ในคณะแพทยศาสตร์หรือไม่	เคย	13.000 ± 2.75	0.669	เคย	27.000 ± 5.00	0.071
	ไม่เคย	13.000 ± 3.00		ไม่เคย	26.000 ± 7.75	
เคยเข้าเรียนหัวข้อเรื่องโรคออทิสติกหรือไม่	เคย	13.000 ± 6.00	0.786	เคย	25.000 ± 9.00	0.168
	ไม่เคย	13.000 ± 2.00		ไม่เคย	27.000 ± 5.50	
เคยเข้าร่วมประชุมวิชาการหรือการบรรยายเรื่อง โรคออทิสติกหรือไม่	มี	13.000 ± 2.00	0.500	มี	27.000 ± 4.50	0.435
	ไม่มี	13.000 ± 3.00		ไม่มี	26.000 ± 7.00	
สาขาที่สนใจศึกษาต่อ						
อายุรกรรมศาสตร์		13.000 ± 3.50	0.899		25.000 ± 6.50	0.575
กุมารเวชศาสตร์		13.500 ± 2.75			28.500 ± 8.00	
ศัลยกรรมศาสตร์		14.000 ± 3.75			26.500 ± 4.5	
ออร์โธปิดิกส์		13.000 ± 3.50			28.000 ± 6.5	
วิสัญญีวิทยา		13.000 ± 6.50			26.000 ± 10.5	
เวชศาสตร์ครอบครัว		13.500 ± 3.25			28.000 ± 6.5	
วิทยาศาสตร์พรีคลินิก		13.500 ± 1.00			23.000 ± 9.00	
อื่นๆ		12.000 ± 4.50			27.000 ± 9.50	
ยังไม่ทราบ		13.000 ± 2.00			28.000 ± 5.75	

*ใช้รูปแบบสถิติ Mann-Whitney U test

ไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความรู้และทัศนคติต่อโรคออทิสติก ซึ่งจากการศึกษาก่อนหน้าในกลุ่มบุคลากรการแพทย์พบว่า กุมารแพทย์และจิตแพทย์จะมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติก มากกว่าแพทย์สาขาอื่น¹⁷ แต่เนื่องจากการศึกษานี้สำรวจในกลุ่ม นักศึกษาแพทย์ที่ประสบการณ์ในด้านการศึกษาและดูแลคนไข้ของแต่ละคนอยู่ในระดับใกล้เคียงกันจึงทำให้ค่าคะแนนความรู้จึงไม่ต่างกันนัก

ปัจจัยด้านประสบการณ์เรื่องออทิสติกในนักศึกษาถึงแม้ นักเรียนส่วนใหญ่เคยได้ผ่านการเข้าเรียนหัวข้อเรื่องออทิสติก มาแล้ว (ร้อยละ 71.4) แต่ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยออทิสติก ในระหว่างศึกษาค่อนข้างน้อย (ร้อยละ 22.6) สอดคล้องกับหลักสูตร ซึ่งนักศึกษาแพทย์โรงพยาบาลรามาริบัติที่นักศึกษาแพทย์จะไม่ได้ ผ่านการปฏิบัติการที่หอผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น รวมถึงจำนวน ผู้ป่วยออทิสติกที่รักษาหอผู้ป่วยแผนกกุมารเวชศาสตร์มีจำนวน ไม่มาก ส่งผลทำให้นักศึกษาขาดประสบการณ์ในส่วนนี้ แต่ทั้งนี้ก็ พบว่าปัจจัยด้านประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยออทิสติกในระดับ แพทย์ศาสตร์บัณฑิตไม่ได้เกี่ยวข้องกับการมีคะแนนความรู้และ ทัศนคติ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าความบ่อยของการได้รับประสบการณ์ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยก็จะมีผลโดยตรงต่อความมั่นใจในการดูแล รักษามากกว่าความรู้และทัศนคติต่อโรค

ข้อจำกัดในการศึกษานี้คือมีผู้ตอบกลับแบบสอบถามไม่ มาก และไม่สามารถเก็บแบบสอบถามได้จากนักศึกษาทั้งหมดใน ชั้นปี ถึงแม้ว่าจะใช้การเก็บข้อมูลในรูปแบบออนไลน์ซึ่งทำให้ สามารถกระจายแบบสอบถามได้ปริมาณมากและรวดเร็วแล้ว ก็ตาม แต่เนื่องจากจากศึกษานี้ดำเนินการในช่วงที่มีการระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ความกังวลใจในเรื่อง การระบาด และภาระงานที่มีมากของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่หก รวมทั้งผู้ที่ตอบแบบสอบถามอาจเป็นเพียงกลุ่มที่มีความสนใจ ในเรื่องออทิสติกอยู่เดิม อีกทั้งการศึกษายังจำเพาะอยู่ที่โรงพยาบาล รามาริบัติเท่านั้น จึงไม่สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปสรุปหลักสูตร การเรียนการสอนของนักศึกษาแพทย์ในระดับประเทศได้

ข้อคำถามในงานวิจัยนี้ยังไม่ครอบคลุมถึงปัจจัยอื่นๆ ที่ อาจมีผลต่อความรู้และทัศนคติต่อโรคออทิสติกได้ เช่น ได้รับฟัง ข่าวหรือการรณรงค์เกี่ยวกับผู้ป่วยออทิสติก และแบบสอบถาม วัดทัศนคติที่ใช้ อาจไม่ครอบคลุมทัศนคติในทุกด้าน เช่น ทัศนคติที่มีต่อครอบครัวผู้ป่วย นอกจากนั้นการวัดทัศนคติด้วยแบบสอบถาม อาจไม่สะท้อนทัศนคติจริงๆ ของผู้ตอบ ซึ่งการวัดด้วยการสังเกต พฤติกรรมจะได้ผลที่น่าเชื่อถือกว่า

อีกทั้งจากการเก็บแบบสอบถามออนไลน์ผู้ตอบอาจไม่ใช่ กลุ่มตัวอย่างที่แท้จริง จึงทำให้มีผลต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูล ซึ่งเป็นข้อจำกัดในนำมาวิเคราะห์ผลด้วยเช่นกัน

สำหรับการศึกษาต่อไปในอนาคตควรขยายกลุ่มประชากร ที่เก็บข้อมูลเพิ่มขึ้นเป็นนักศึกษาแพทย์จากสถาบันอื่นในประเทศ เพื่อเป็นข้อมูลที่ได้สามารถนำไปสรุปและใช้ในการการปรับปรุง หลักสูตรแพทย์ศาสตร์บัณฑิตให้เหมาะสมต่อไป

สรุป

เพศหญิงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ อย่างมีนัยสำคัญ และระดับความรู้และทัศนคติของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่หกต่อ โรคออทิสติกมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ ในกลุ่มประชากร ในการศึกษาจะมีคะแนนความรู้และทัศนคติในเกณฑ์ค่อนข้างสูง โดยข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยนี้สามารถนำไปใช้วางแผนพัฒนา ความรู้และส่งเสริมทัศนคติแก่นักศึกษาแพทย์เพื่อประโยชน์ ในการดูแลผู้ป่วยออทิสติกต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5: Fifth edition. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing, 2013
2. Baio J, Wiggins L, Christensen DL, Maenner MJ, Daniels J, Warren Z, et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. MMWR Surveill Summ. Washington, DC : 2002 2018; 67: 1-23.
3. Poolsuppasit S, Panyayong B, Liknapichitkul D, Serisathien P, Chutha W. Holistic care for Thai Autism. Journal of Mental Health of Thailand 2005; 13: 10-16.
4. Landa RJ. Diagnosis of autism spectrum disorders in the first 3 years of life. Nat Rev Neurol 2008; 4: 138-47.
5. Lotrakul M, Saipanish R. Psychiatric services in primary care settings: a survey of general practitioners in Thailand. BMC Fam Pract 2006; 7: 48.
6. Buchanan A, Bhugra D. Attitude of the medical profession to psychiatry. Acta Psychiatr Scand 1992; 85: 1-5
7. Kumar N, Aithal P, Nazri M, Habibullah M, Putra W. Medical undergraduate perception on the knowledge of autism spectrum disorder (ASD): survey based study at different levels of curriculum. Future Med Educ J 2015; 5: 48-53.
8. Bakare MO, Tunde-Ayinmode MF, Adewuya AO, Bello-Mojeeed MA, Sale S, James BO, et al. Recognition of Autism Spectrum Disorder (ASD) symptoms and knowledge about some other aspects of ASD among final year medical students in Nigeria, Sub-Saharan Africa. BMC Res Notes 2015; 8: 454.
9. Shaukat F, Fatima A, Zehra N, Hussein MA, Ismail O. Assessment of knowledge about childhood autism among medical

- students from private and public universities in Karachi. *J Pak Med Assoc* 2014; 64: 1331-4.
10. Low HM, Zailan F. Medical students' perceptions, awareness, societal attitudes and knowledge of autism spectrum disorder: an exploratory study in Malaysia. *Int J Dev Disabil*. 2016; 64(2): 86-95.
 11. Farihan F. Knowledge and attitude concerning Autism Spectrum Disorder (ASD) among Taif Medical College Students Kingdom of Saudi Arabia. *Int J Contemp Pediatric* 2017; 4: 679-84.
 12. Shah K. Research in brief: what do medical students know about autism? *Autism* 2001; 5: 127-33.
 13. Kuzminski R, Netto J, Wilson J, Falkmer T, Chamberlain A, Falkmer M. Linking knowledge and attitudes: Determining neurotypical knowledge about and attitudes towards autism. *PLoS One*. 2019;14(7): e0220197. Published 2019 Jul 25. doi: 10.1371/journal.pone.0220197
 14. Burra P, Kalin R, Leichner P, Waldron JJ, Handforth JR, Jarrett FJ, et al. The ATP 30 a scale for measuring medical students' attitude to psychiatry. *Med Educ* 1982; 16: 31-8.
 15. Zartrungpak S, Saipanish R, Silpakit C. Primary care physicians' attitudes towards psychiatry. *J Psychiatr Assoc Thailand* 1997; 42: 197-211.
 16. Punyapas, S, Techapoonpon K, Tarugsa, J, Seree, P. Knowledge and attitude about learning disorders among parents. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2022; 60: 157-68.
 17. Esegbe EE, Nuhu FT, Sheikh TL, Esegbe P, Sanni KA, Olisah VO. Knowledge of childhood autism and challenges of management among medical doctors in Kaduna state, Northwest Nigeria. *Autism Res Treat* 2015; 2015: 892301.

การนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายของหนังสือพิมพ์ในประเทศไทย : การปฏิบัติตามแนวทางการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายขององค์การ อนามัยโลก

พัทธธีรา สุวรรณกาญจน์*, มานิช หล่อตระกูล*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาลักษณะการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายของหนังสือพิมพ์ในประเทศไทย ในด้านการปฏิบัติตามแนวทางการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2017

วิธีการศึกษา ศึกษาข้อมูลลักษณะการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายจากหนังสือพิมพ์ในประเทศไทยจำนวน 3 ฉบับ ได้แก่ หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ หนังสือพิมพ์เดลินิวส์ และหนังสือพิมพ์ข่าวสด ย้อนหลังตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2562 จนถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2562 ในด้านการปฏิบัติตามแนวทางการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2017 ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการหาความถี่และร้อยละ และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ chi-square test และ Fisher exact test ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา จำนวนข่าวในการวิเคราะห์ทั้งหมด 309 ข่าว เป็นข่าวจากหนังสือพิมพ์ไทยรัฐ ร้อยละ 52.8 หนังสือพิมพ์เดลินิวส์ ร้อยละ 24.9 และหนังสือพิมพ์ข่าวสดร้อยละ 22.3 ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.9 วิทยุใหญ่ตอนกลาง สัญชาติไทย การนำเสนอข่าวพบมีการบอกชื่อ - นามสกุล ร้อยละ 89.6 ระบุนามชื่อย่อร้อยละ 57.9 วิธีการฆ่าตัวตายที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ การกระโดดจากที่สูงรวมถึงการกระโดดน้ำ (ร้อยละ 24.6) และใช้ปืน (ร้อยละ 23.6) ส่วนใหญ่เป็นการฆ่าตัวตายเดี่ยว (ร้อยละ 78.0) และฆ่าตัวตายสำเร็จ (ร้อยละ 82.8) ด้านลักษณะการนำเสนอข่าวพบมีการนำเสนอข้อมูลสถานที่หรือหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือร้อยละ 4.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและแนวทางการป้องกันร้อยละ 1.9 และนำเสนอเกี่ยวกับวิธีการรับมือและวิธีขอความช่วยเหลือร้อยละ 1.9 มีการระบุรายละเอียดวิธีการฆ่าตัวตายรวมถึงอุปกรณ์ที่ใช้ร้อยละ 98.7 ระบุนายละเอียดของสถานที่เกิดเหตุร้อยละ 98.7 นำเสนอเป็นข่าวหน้าหนึ่งร้อยละ 44 พาดหัวข่าวด้วยคำที่ดึงดูดความสนใจผู้อ่าน ร้อยละ 40.1 และลงรูปถ่ายในข่าวย่อยร้อยละ 28.8

สรุป การนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายของหนังสือพิมพ์ในประเทศไทยทั้ง 3 ฉบับ ในช่วงเวลาที่ศึกษายังปฏิบัติตามแนวทางการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2017 ต่ำมาก ควรส่งเสริมความร่วมมือระหว่างองค์กรสื่อมวลชนกับองค์กรสุขภาพจิตเพื่อพัฒนาการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายที่มีคุณภาพต่อไป

คำสำคัญ การฆ่าตัวตาย หนังสือพิมพ์ ประเทศไทย

Corresponding author: ศ.นพ.มานิช หล่อตระกูล

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: drmanote@gmail.com

วันรับ : 21 ธันวาคม 2564 วันแก้ไข : 30 ธันวาคม 2564 วันตอบรับ : 3 มกราคม 2565

Newspaper Reporting of Suicides in Thailand: Compliance with WHO Media Guidelines

Patthira Suwannakan*, Manote Lotrakul*

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

ABSTRACT

Objective: To study the newspaper reporting of suicide in Thailand in terms of their compliance with the World Health Organization (WHO) media guidelines (preventing suicide: a resource for media professionals update 2017).

Methods: We conducted a 6-month (January 1, 2019 – June 30, 2019) retrospective descriptive study on three newspapers reporting of suicides in Thailand, namely “Thairath”, “Dailynews”, and “Khaosod” in terms of their compliance with the WHO media guidelines. Descriptive statistics were used to explore frequency and percent. Chi-square test and Fisher exact test was used to explore the association.

Results: A total of 309 suicide news were reported from Thairath (52.8%), Dailynews (24.9%), and Khaosod (22.3%), with the majority of the population being male, middle adulthood and Thai nationality. The most common methods of suicide were jumping from a height, including jumping into the water (24.6%) and using firearm (23.6%). 89.6% of reports mentioned name of the victim and 57.9% mentioned occupation. 78.0% of them were single suicide and 82.8% were completed suicide. 4.2% of reports provided information about where to seek help, 1.9% educated about suicide and suicide prevention and 1.9% educated about how to cope with life stressors and how to get help. 98.7% of reports presented details of methods and 98.7% mentioned location of suicide. 44% of cases placing reports on the front page, 40.1% using sensational headlines and 28.8% posted images of victims.

Conclusion: Overall, newspaper adherence to the WHO media guidelines in this study were unsatisfactory. Mental health organizations and media bodies are encouraged to work together to improve media reporting of news about suicide in Thailand.

Keywords: Suicide, newspaper, Thailand

Corresponding author: Manote Lotrakul

E-mail: drmanote@gmail.com

Received 21 December 2021 Revised 30 December 2021 Accepted 3 January 2022

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่ามีประชากรเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 800,000 คนต่อปี โดยการฆ่าตัวตายสามารถเกิดขึ้นได้กับประชากรในทุกช่วงอายุ และมีข้อมูลว่าในการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้ใหญ่ 1 ราย อาจมีคนอื่นๆ มากกว่า 20 คน ที่พยายามฆ่าตัวตาย¹ จากการศึกษาข้อมูลในประเทศไทยพบว่า มีคนไทยที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเฉลี่ยประมาณปีละ 4,000 คน ดังนั้นการป้องกันการฆ่าตัวตายจึงเป็นเรื่องสำคัญระดับประเทศ²

ปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบต่ออัตราการฆ่าตัวตายคือการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตาย โดยมีการศึกษาพบว่าข่าวการฆ่าตัวตายอาจทำให้เกิดพฤติกรรมเลียนแบบได้ (copycat suicide)³⁻⁷ โดยเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงเดิมระดับหนึ่งอยู่แล้ว องค์การอนามัยโลกได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงได้กำหนดแนวทางการนำเสนอข่าวของสื่อในเรื่องการฆ่าตัวตายเพื่อป้องกันและลดอัตราการฆ่าตัวตายขึ้น โดยมีการปรับปรุงล่าสุดในปี ค.ศ. 2017⁸

การนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายของสื่อเป็นเรื่องสำคัญที่หลายประเทศให้ความสนใจ และมีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายของสื่อในหลายประเทศ เช่น Arafat และคณะ ได้ทำการศึกษาแบบย้อนหลังเกี่ยวกับการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายในสื่อออนไลน์ในประเทศบังกลาเทศในช่วงปี ค.ศ. 2009 ถึงเดือนเมษายน ค.ศ. 2018 พบว่าการนำเสนอข่าวยังมีคุณภาพต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับแนวทางการนำเสนอข่าวขององค์การอนามัยโลกในแง่การเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวรวมถึงปัญหาชีวิตของผู้ตาย วิธีการฆ่าตัวตาย รวมถึงขาดการให้คำแนะนำในเรื่องการป้องกันการฆ่าตัวตายและวิธีการช่วยเหลือเมื่อเจอเหตุการณ์การฆ่าตัวตาย⁹ และได้มีการศึกษาในลักษณะเดียวกันนี้ในอีกหลายประเทศ เช่น อินเดีย จีน ไต้หวัน^{3, 9-11} พบว่าการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายของสื่อในประเทศดังกล่าวยังมีคุณภาพต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับคำแนะนำเรื่องแนวทางการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลก

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายของสื่อในประเทศไทย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายในประเทศไทย โดยเปรียบเทียบกับคำแนะนำเรื่องแนวทางการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลก เพื่อก่อให้เกิด

แนวทางการนำเสนอข่าวอย่างมีคุณภาพ อันจะส่งผลลดการเกิดพฤติกรรมเลียนแบบการฆ่าตัวตายในประเทศไทย

วิธีการศึกษา

ผู้วิจัยได้ทำการสืบค้นข้อมูลการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายจากหนังสือพิมพ์ในประเทศไทยจำนวน 3 ฉบับ ได้แก่ หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ หนังสือพิมพ์เดลินิวส์ และหนังสือพิมพ์ข่าวสด จากฐานข้อมูล IQNewsClip (<https://www.iqnewsclip.com>) ซึ่งให้บริการกฤตภาคข่าวแบบออนไลน์ นำเสนอข่าวที่ตัดจากหนังสือพิมพ์ภายในประเทศกว่า 30 ฉบับ และแสดงผลได้เหมือนต้นฉบับ มีรายละเอียดครบถ้วน เช่น ชื่อหนังสือพิมพ์ ฉบับวันที่ Section เลขหน้า จัดเก็บไว้เป็นหมวดหมู่โดยมีฟังก์ชันในการสืบค้นข่าวแบบ Full-Text¹² โดยผู้วิจัยใช้คำในการสืบค้นว่า “ฆ่าตัวตาย” ในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาข้อมูลการนำเสนอข่าวย้อนหลังเป็นระยะเวลา 6 เดือน คือตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2562 จนถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2562

ผู้วิจัยนำข่าวการฆ่าตัวตายที่ได้ทั้งหมดในระยะเวลาดังกล่าวมาศึกษาวิธีการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายของหนังสือพิมพ์ในประเทศไทย โดยประเด็นในการศึกษามาจากคำแนะนำเรื่องแนวทางการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2017⁸ ดังแสดงในตารางที่ 1 ตัวอย่างข้อมูลที่เก็บ ได้แก่ การนำเสนอเป็นข่าวหน้าหนึ่ง การระบุวิธีการตายในพาดหัวข่าว การระมัดระวังในการนำเสนอข่าวของผู้มีชื่อเสียงในสังคม การบ่งบอกว่าการฆ่าตัวตายคือทางออกของปัญหา การนำเสนอข้อมูลของสถานที่หรือหน่วยงานที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ เป็นต้น โดยงานวิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 26

การวิเคราะห์บทความข่าวได้ทำการวิเคราะห์โดยผู้วิจัยคนหนึ่ง ในกรณีที่บทความข่าวมีความไม่ชัดเจนในการพิจารณา จะทำการพิจารณาร่วมกันกับผู้วิจัยคนที่สอง สำหรับข้อมูลทั่วไปของประชากรในข่าว รวมถึงข้อมูลวิธีการฆ่าตัวตาย ประเภทการฆ่าตัวตาย และผลลัพธ์ของการฆ่าตัวตายใช้การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (descriptive analysis) โดยแจกแจงความถี่ (frequency) และสถิติร้อยละ (percentage) วิเคราะห์ความแตกต่างของลักษณะการนำเสนอข่าวของหนังสือพิมพ์แต่ละฉบับในด้านการปฏิบัติตามแนวทางการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2017 โดยใช้วิธี chi-square test และ Fisher exact test

ตารางที่ 1 คำแนะนำในการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2017⁸**ข้อควรปฏิบัติในการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตาย**

1. นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่หรือหน่วยงานที่สามารถให้ความช่วยเหลือ
2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและแนวทางการป้องกัน
3. นำเสนอเกี่ยวกับวิธีการรับมือและวิธีขอความช่วยเหลือ
4. นำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายของคนที่เป็นที่รู้จักในสังคมด้วยความระมัดระวัง
5. การสัมภาษณ์ผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตายควรทำด้วยความระมัดระวัง
6. นักข่าวที่นำเสนอข่าวเองอาจได้รับผลกระทบจากข่าวจนอาจเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้เช่นกัน

ข้อห้ามปฏิบัติในการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตาย

1. ไม่ทำให้ข่าวโดดเด่น หรือเน้นย้ำเหตุการณ์ในข่าวซ้ำๆ หรือนำเสนอเป็นข่าวหน้าหนึ่ง
2. ไม่ใช้ภาษาที่ดึงดูดความสนใจ หรือทำให้เกิดว่าการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องปกติหรือเป็นทางออกของปัญหา
3. ไม่นำเสนอรายละเอียดวิธีการฆ่าตัวตาย รวมถึงวิธีการใช้อุปกรณ์ต่างๆ
4. ไม่ให้รายละเอียดของสถานที่หรือพื้นที่เกิดเหตุ
5. ไม่พาดหัวข่าวด้วยคำที่ดึงดูดความสนใจจากผู้อ่าน
6. ไม่ลงรูปถ่าย วิดีโอคลิป หรือ ให้ลิงค์ social media

ผลการศึกษา

จากการสืบค้นข้อมูลลักษณะการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายจากหนังสือพิมพ์ในประเทศไทยจำนวน 3 ฉบับ ตามคำสืบค้นและระยะเวลาดังกล่าว ได้จำนวนข่าวการฆ่าตัวตายในการวิเคราะห์ทั้งสิ้น 309 ข่าว เป็นข่าวจากหนังสือพิมพ์ไทยรัฐ 163 ข่าว (ร้อยละ 52.8) หนังสือพิมพ์เดลินิวส์ 77 ข่าว (ร้อยละ 24.9) และหนังสือพิมพ์ข่าวสด 69 ข่าว (ร้อยละ 22.3) พบว่าประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 73.8) วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (ร้อยละ 51.8) สัญชาติไทย (ร้อยละ 86.1) ไม่เป็นผู้มีชื่อเสียงในสังคม (ร้อยละ 99.4) และในการนำเสนอข่าวระบุอาชีพร้อยละ 57.9 ดังแสดงใน **ตารางที่ 2**

การนำเสนอข่าวพบมีการบอกชื่อ - นามสกุล รวม 277 ราย (ร้อยละ 89.6) ระบุแต่ชื่ออย่างเดียวหรือใช้นามแฝงหรือไม่ระบุชื่อ 32 ราย (ร้อยละ 10.4) ปัจจัยที่พบว่าส่งผลต่อการระบุชื่อคือเพศและอายุ โดยเพศหญิงพบระบุชื่อ - นามสกุล ร้อยละ 85.0 ส่วนเพศชายพบร้อยละ 91.7 ($p=0.03$) และผู้ที่อายุน้อยกว่า 18 ปี พบระบุ

ชื่อ - นามสกุลร้อยละ 33.3 และผู้ที่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 90.8 ($p=0.001$)

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายพบว่าวิธีการฆ่าตัวตาย 3 อันดับแรก ได้แก่ กระโดดน้ำและกระโดดจากที่สูง (ร้อยละ 24.6) ใช้ปืน (ร้อยละ 23.6) และรมควัน (ร้อยละ 17.8) ตามลำดับ ประสิทธิภาพการฆ่าตัวตายพบว่าเป็นการฆ่าตัวตายเดียวร้อยละ 78.0 ฆ่าผู้อื่นแล้วฆ่าตัวตายร้อยละ 20.1 และฆ่าตัวตายหมู่ร้อยละ 1.9 และผลลัพธ์ของการฆ่าตัวตายพบว่าฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 82.8 ดังแสดงใน **ตารางที่ 3**

หนังสือพิมพ์ทั้ง 3 ฉบับ ส่วนใหญ่มีการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายไปในแนวทางเดียวกัน โดยพบประเด็นที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเพียง 2 ประเด็น ได้แก่ การระบุสถานที่เกิดเหตุ โดยหนังสือพิมพ์ไทยรัฐพบมีการระบุสถานที่เกิดเหตุบ่อยกว่าอีก 2 ฉบับ ($p=0.049$) และการนำเสนอรูปภาพหรือวิดีโอ หรือ social media links โดยหนังสือพิมพ์เดลินิวส์พบร้อยละ 40.3 ข่าวสดพบร้อยละ 31.9 และไทยรัฐพบร้อยละ 22.1 ($p=0.012$)

ตารางที่ 2 ข้อมูลประชากรในข่าวการฆ่าตัวตาย

ข้อมูลประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
เพศชาย	228 (73.8)
เพศหญิง	80 (25.9)
ไม่ระบุเพศ	1 (0.3)
อายุ	
วัยรุ่น อายุ < 18 ปี	6 (1.9)
วัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 18 - 35 ปี	100 (32.4)
วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุ 36 - 60 ปี	160 (51.8)
วัยชรา อายุ > 60 ปี	31 (10.0)
ไม่ระบุ	12 (3.9)
อาชีพ	
อาชีพที่เกี่ยวข้องกับการค้าและการบริการ	37 (12.0)
นักเรียน/นักศึกษา	28 (9.1)
อาชีพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาความปลอดภัย	23 (7.4)
อาชีพที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารมวลชนและการบันเทิง	12 (3.9)
ว่างงาน	11 (3.6)
อื่นๆ	68 (22.0)
ไม่ระบุอาชีพ	130 (42.1)
สัญชาติ	
ไทย	266 (86.1)
อื่นๆ	38 (12.3)
ไม่ระบุ	5 (1.6)
การเป็นผู้มีชื่อเสียงในสังคม	
ไม่ใช่	307 (99.4)
ใช่	2 (0.6)

ตารางที่ 3 ข้อมูลวิธีการฆ่าตัวตาย ประเภทการฆ่าตัวตาย และผลลัพธ์ของการฆ่าตัวตายในข่าว

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
วิธีการฆ่าตัวตาย	
กระโดดน้ำและกระโดดจากที่สูง	76 (24.6)
ปีน	73 (23.6)
รมควัน	55 (17.8)
แขวนคอ	48 (15.5)
อื่นๆ	53 (17.2)
ไม่ระบุ	4 (1.3)
ประเภทการฆ่าตัวตาย	
ฆ่าตัวตายเดี่ยว	241 (78.0)
ฆ่าผู้อื่นแล้วฆ่าตัวตายตาม	62 (20.1)
ฆ่าตัวตายหมู่	6 (1.9)
ผลลัพธ์ของการฆ่าตัวตาย	
เสียชีวิต	256 (82.8)
ไม่เสียชีวิต	48 (15.5)
ไม่ระบุ	5 (1.6)

ในประเด็นข้อควรปฏิบัติตามแนวทางการนำเสนอข่าว การฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2017 พบว่า หนังสือพิมพ์ส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าว ได้แก่ พบว่า มีการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ หรือหน่วยงานที่สามารถให้ความช่วยเหลือร้อยละ 4.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และแนวทางการป้องกันร้อยละ 1.9 นำเสนอเกี่ยวกับวิธีการรับมือและวิธีขอความช่วยเหลือเมื่อมีการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 1.9 โดยมีเพียง ประเด็นการสัมภาษณ์ผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย ด้วยความระมัดระวังที่พบว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในระดับหนึ่งคือร้อยละ 57.6 (ตารางที่ 4)

ในห้วงเวลาที่ศึกษาพบกรณีผู้ฆ่าตัวตายเป็นผู้ที่รู้จักเป็นวงกว้างในสังคมมีจำนวน 2 ข่าว โดยมีจำนวน 1 ข่าว ที่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (นำเสนอข่าวด้วยความระมัดระวังในกรณีผู้ฆ่าตัวตายเป็นผู้ที่รู้จักเป็นวงกว้างในสังคม) และมีจำนวน 1 ข่าวที่ปฏิบัติตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก

ตารางที่ 4 ข้อมูลลักษณะการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายของหนังสือพิมพ์แต่ละฉบับ

ลักษณะการนำเสนอข่าว	ไทยรัฐ 163 (52.8)	เดลินิวส์ 77 (24.9)	ข่าวสด 69 (22.3)	จำนวน (ร้อยละ) 309 (100)	p-value
ให้ข้อมูลสถานที่หรือหน่วยงานที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้	8 (4.9)	4 (5.2)	1 (1.4)	13 (4.2)	0.484
ให้ความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย	2 (1.2)	4 (5.2)	0 (0)	6 (1.9)	0.063
ให้ข้อมูลวิธีการรับมือและวิธีการขอความช่วยเหลือ	2 (1.2)	4 (5.2)	0 (0)	6 (1.9)	0.063
สัมภาษณ์ผู้ได้รับผลกระทบต่อการตายด้วยความระมัดระวัง	97 (59.5)	41 (53.2)	40 (58.0)	178 (57.6)	0.652
นำเสนอเป็นข่าวหน้าหนึ่ง	68 (41.7)	37 (48.1)	31 (44.9)	136 (44.0)	0.646
ระบุว่าการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้หรือเป็นทางออกของปัญหา	38 (23.3)	20 (26.0)	24 (34.8)	82 (26.5)	0.193
ระบุรายละเอียดวิธีการฆ่าตัวตายรวมถึงวิธีการใช้อุปกรณ์ต่างๆ	162 (99.4)	75 (97.4)	68 (98.6)	305 (98.7)	0.430
ระบุสถานที่เกิดเหตุ	163 (100)	75 (97.4)	67 (97.1)	305 (98.7)	0.049*
พาดหัวข่าวด้วยภาษาที่ดึงดูดความสนใจ	60 (36.8)	29 (37.7)	35 (50.7)	124 (40.1)	0.131
นำเสนอรูปภาพหรือวิดีโอหรือ social media links	36 (22.1)	31 (40.3)	22 (31.9)	89 (28.8)	0.012*

* มีความแตกต่างระหว่างหนังสือพิมพ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สำหรับการศึกษาในประเด็นนี้พบว่านักข่าวที่นำเสนอข่าวเองอาจได้รับผลกระทบจากข่าวจนอาจเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้เช่นกัน พบว่าหนังสือพิมพ์ทั้ง 3 ฉบับ ไม่ได้นำเสนอข้อมูลด้านผลกระทบที่เกิดขึ้นกับนักข่าวจึงไม่ได้ทำการวิเคราะห์ในการศึกษาครั้งนี้

ในประเด็นข้อห้ามในการนำเสนอพบว่ามีหนังสือพิมพ์ทั้ง 3 ฉบับ มีการปฏิบัติตามข้อห้ามน้อย โดยพบว่ามีการนำเสนอรายละเอียดวิธีการฆ่าตัวตายรวมถึงวิธีการใช้อุปกรณ์ต่างๆ สูงถึงร้อยละ 98.7 และให้รายละเอียดของสถานที่หรือพื้นที่เกิดเหตุร้อยละ 98.7 เช่นกัน ตัวอย่างเช่น “... มือซ้ายกอดหมีสีน้ำตาล คาดเสียชีวิตมาแล้วประมาณ 6-8 ชั่วโมง ตรวจสอบพบเทียนไข ถ่านไม้ที่ยังไม่ได้ใช้ และพบเศษแก้วในกระถางไฟฟ้า พบถุงพลาสติก

สีดำถูกแปะทับด้วยสก็อตเทปอุดช่องประตู ขอบหน้าต่างรอบห้อง นอกจากนี้ยังพบกระดานขนาดเอ 4 แปะไว้ที่ประตูห้อง มีข้อความระบุว่า...”¹³ นอกจากนี้ยังพบมีการนำเสนอเป็นข่าวหน้าหนึ่งสูงถึงร้อยละ 44

การพาดหัวข่าวด้วยคำที่ดึงดูดความสนใจผู้อ่าน เช่น คำว่า “สด” “สังเว” “สยอง” “ปลิดชีพ” “คลั่ง” “ระทึก” “บุชา” “พลีชีพ” “ใจเด็ด” “พิศุจน์รักแท้” “การพาดหัวข่าวที่เกี่ยวข้องกับคนดัง” ตัวอย่างการพาดหัวข่าวเช่น “น้อยใจเมีย ยิ่งขมับตัวเอง สมองกระจาย ถูกด่ากินหล้า”¹⁴ “รวมควีนฆ่าตัว-นศ.สาว ดาวยระบุงใจ เป็นศพคาหอพักในคืนวันวาเลนไทน์ สด จ.ม. ลาตายระบุงใจ ทำเอง แม่เผยโรคซึมเศร้า”¹³ พบว่ามีการพาดหัวข่าวดังกล่าวร้อยละ 40.1

ประเด็นการไม่ควรใช้ภาษาที่ทำให้เกิดความคิดว่าการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องปกติหรือเป็นทางออกของปัญหาชีวิต เช่น คำว่า “หนี” “หาทางออก” “แก้ปัญห” “ลา, ลาโลก” “ขจัดทุกข์” “ฆ่าตัวตายเพื่อประท้วง” “ตัดช่องน้อยแต่พอตัว” “ตัดสินใจจบชีวิต” พบว่าหนังสือพิมพ์ทั้ง 3 ฉบับ มีการใช้ภาษาดังกล่าวร้อยละ 26.5

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า หนังสือพิมพ์ไทยรัฐมีจำนวนข่าวการฆ่าตัวตายสูงกว่าหนังสือพิมพ์เดลินิวส์ และหนังสือพิมพ์ข่าวสดประมาณเท่าตัว ผู้ฆ่าตัวตายในข่าวหนังสือพิมพ์ทั้ง 3 ฉบับ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง และเป็นชาวผู้ที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ร้อยละ 82.8) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศ^{7,15} ด้านวิธีการที่ให้อำนาจข่าวการกระโดดน้ำและกระโดดจากที่สูงบ่อยสุด (ร้อยละ 24.6) ตามด้วยการใช้ปืน (ร้อยละ 23.6) และการรมควัน (ร้อยละ 17.8) ในขณะที่ข้อมูลสถิติการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายของประเทศไทยพบวิธีการดังกล่าวในสัดส่วนที่น้อยมาก โดยวิธีการฆ่าตัวตายที่พบบ่อยของประเทศจะเป็นการแขวนคอ และการใช้สารเคมีทางการเกษตร² ซึ่งอาจบ่งถึงลักษณะการนำเสนอข่าวของหนังสือพิมพ์ ที่มีแนวโน้มพิจารณาเสนอข่าวที่คาดว่าจะอยู่ในความสนใจของผู้อ่านมากกว่า เนื่องจากไม่อาจนำเสนอได้ทุกข่าวที่เกิดขึ้นได้

การนำเสนอข่าวหนังสือพิมพ์ในการศึกษานี้พบมีการบอกชื่อ - นามสกุล ร้อยละ 89.2 และระบุอาชีพร้อยละ 57.9 ส่วนหนังสือพิมพ์ในอินโดนีเซียพบมีการระบุชื่อ - นามสกุล ของผู้กระทำ ร้อยละ 82 ระบุอาชีพร้อยละ 38¹⁶ ขณะที่การศึกษาในประเทศบังกลาเทศที่พบมีการระบุชื่อ - นามสกุล อาชีพของผู้กระทำสูงถึงร้อยละ 96⁹ การที่หนังสือพิมพ์ไทยเลี่ยงการระบุชื่อ - นามสกุลในเพศหญิงและเยาวชน อาจเป็นจากเกรงผลกระทบในด้านอคติที่มีต่อผู้กระทำและญาติ

ผลการศึกษาครั้งนี้บ่งชี้ว่าหนังสือพิมพ์ทั้ง 3 ฉบับ มีการปฏิบัติตามคำแนะนำองค์การอนามัยโลกในด้านการให้ความรู้และการป้องกันต่ำมาก ทั้งในด้านสถานที่หรือหน่วยงานที่สามารถให้ความช่วยเหลือ (ร้อยละ 4.2) การให้ความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและแนวทางการป้องกัน (ร้อยละ 1.9) รวมถึงการนำเสนอเกี่ยวกับวิธีการรับมือและวิธีขอความช่วยเหลือ (ร้อยละ 1.9) เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศบังกลาเทศที่ไม่พบมีการปฏิบัติตามในประเด็นดังกล่าวเลย⁹ ส่วนการศึกษาในจีนพบว่าในฮ่องกงปฏิบัติตามร้อยละ 3.9 ในมณฑลกว่างโจวจีนแผ่นดินใหญ่ร้อยละ 13.7

และในไต้หวันร้อยละ 12.7¹⁵ การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบประมาณร้อยละ 13-15¹⁷ ขณะที่ในประเทศไอร์แลนด์พบปฏิบัติตามสูงถึงร้อยละ 24.2¹⁸

สำหรับประเด็นการสัมภาษณ์ผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตายด้วยความระมัดระวังพบว่าหนังสือพิมพ์ไทยได้ปฏิบัติตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกค่อนข้างสูงคือร้อยละ 57.6 เมื่อเทียบกับประเทศบังกลาเทศซึ่งพบเพียงร้อยละ 10.31⁹ และในประเทศไอร์แลนด์พบร้อยละ 25¹⁸

หนังสือพิมพ์ในประเทศไทยปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องข้อห้ามในการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลกน้อยมากใน 2 ประเด็น ประเด็นแรกคือไม่ควรนำเสนอรายละเอียดวิธีการฆ่าตัวตายรวมถึงวิธีการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ในการฆ่าตัวตายพบว่าหนังสือพิมพ์ไทยแทบทั้งหมดจะนำเสนอรายละเอียดวิธีการกระทำ (ร้อยละ 98.7) ขณะที่ในประเทศบังกลาเทศแม้จะพบว่ามีกระบวนการวิธีการฆ่าตัวตายสูง (ร้อยละ 95.9) แต่เนื้อข่าวบอกรายละเอียดการกระทำน้อยมาก (ร้อยละ 4.4)⁹ ส่วนในประเทศไอร์แลนด์พบนำเสนอรายละเอียดการกระทำร้อยละ 19.9¹⁸ และประเด็นที่สองคือไม่ควรให้รายละเอียดของสถานที่หรือพื้นที่เกิดเหตุพบว่าข่าวในหนังสือพิมพ์ไทยนำเสนอรายละเอียดสถานที่สูงถึงร้อยละ 98.7 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาในต่างประเทศที่มีการปฏิบัติตามข้อห้ามดังกล่าว โดยพบว่ามีกระบวนการระบุสถานที่ในหนังสือพิมพ์ประเทศบังกลาเทศร้อยละ 3.1⁹ และในประเทศไอร์แลนด์ร้อยละ 2.4¹⁸

สำหรับข้อห้ามในการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายอื่นๆ พบว่าหนังสือพิมพ์ทั้ง 3 ฉบับ มีการนำเสนอข่าวที่ปฏิบัติตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกในประเด็นต่างๆ ดังนี้ ประเด็นเรื่องไม่ควรใช้ภาษาที่ทำให้เกิดความคิดว่าการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องปกติหรือเป็นทางออกของปัญหาชีวิต พบปฏิบัติตามร้อยละ 73.5 ซึ่งสูงพอๆ กับการศึกษาในประเทศไอร์แลนด์ซึ่งพบร้อยละ 88.4¹⁸ ประเด็นต่อมาเรื่องไม่ควรนำเสนอข่าวด้วยการลงรูปถ่ายวิดีโอคลิป หรือให้ลิงค์ social media พบปฏิบัติตามร้อยละ 71.2 แตกต่างกับการศึกษาในประเทศบังกลาเทศที่พบมีการปฏิบัติตามร้อยละ 24.4⁹ ขณะที่หนังสือพิมพ์ในฮ่องกงพบปฏิบัติตามเพียงร้อยละ 10.7¹⁵ ส่วนการศึกษาในประเทศไอร์แลนด์พบปฏิบัติตามสูงถึงร้อยละ 95.8¹⁸

ประเด็นสำคัญประการหนึ่งคือการดึงดูดความสนใจจากผู้อ่านให้อ่านรายละเอียดของข่าว เนื่องจากข่าวต่างๆ ในหนังสือพิมพ์มีมากมาย ผู้อ่านจึงมักจะอ่านข่าวที่ลงหน้าหนึ่ง

หรือมีการพาดหัวข่าวที่ดึงดูดความสนใจ พบว่าหนังสือพิมพ์ไทย มีการลงข่าวการฆ่าตัวตายในหน้าหนึ่งร้อยละ 44 ของข่าวการฆ่าตัวตาย และพาดหัวข่าวด้วยคำที่ดึงดูดความสนใจผู้อ่านร้อยละ 40.1 ขณะที่การศึกษาในจีนพบการพาดหัวข่าวหน้าหนึ่งเพียงร้อยละ 1.3 เท่านั้น¹⁵ ในประเทศไอร์แลนด์ก็ให้ความสำคัญกับเรื่องดังกล่าวสูงเช่นกันโดยพบว่ามีการนำเสนอเป็นข่าวหน้าหนึ่งร้อยละ 9.5 และพาดหัวข่าวด้วยคำที่ดึงดูดความสนใจร้อยละ 11.6¹⁸

ในภาพรวมแล้ว หนังสือพิมพ์ไทยมีความตระหนักถึงผลกระทบของการเสนอข่าวการฆ่าตัวตายที่มีต่อผู้อ่านที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายค่อนข้างน้อย มีการปฏิบัติตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกในระดับไม่มากนัก โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับประเทศทางตะวันตก เช่น ประเทศไอร์แลนด์ ซึ่งจะมีวัฒนธรรมที่เข้มงวดในการนำเสนอข่าวดังกล่าว การนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายของหนังสือพิมพ์ไทยจะมีลักษณะคล้ายกับการนำเสนอข่าวอาชญากรรม กล่าวคือมีการใช้ข้อความที่ดึงดูดความสนใจลงรายละเอียดการกระทำค่อนข้างมาก ตลอดจนมีการกล่าวถึงสาเหตุตามการคาดคะเนของผู้สื่อข่าว

การนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายที่ดีสามารถลดการเกิดพฤติกรรมเลียนแบบได้ ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงความรู้ในเรื่องการฆ่าตัวตาย รวมถึงการรับมือและแหล่งให้ความช่วยเหลือ ทำให้มีการเข้าถึงการบริการทางด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้น และช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายในอนาคต

ดังนั้น เพื่อให้การนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายในประเทศไทยมีประสิทธิภาพและก่อประโยชน์กับประชาชนชาวไทยมากขึ้น ผู้วิจัยจึงเสนอให้ปรับปรุงการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายโดยเน้นย้ำประเด็นที่พบว่าหนังสือพิมพ์ในประเทศไทยยังปฏิบัติตามคำแนะนำในการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลกน้อยอยู่ ได้แก่ประเด็นต่อไปนี้

1. ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และแนวทางการป้องกัน
2. ควรนำเสนอเกี่ยวกับวิธีการรับมือ และวิธีขอความช่วยเหลือ
3. ควรนำเสนอข้อมูลด้านสถานที่หรือหน่วยงานที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้
4. ไม่ควรนำเสนอรายละเอียดวิธีการฆ่าตัวตาย รวมถึงวิธีการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ในการฆ่าตัวตาย
5. ไม่ควรให้รายละเอียดของสถานที่หรือพื้นที่เกิดเหตุ

6. ไม่ควรลงข่าวในหน้าหนึ่ง หรือพาดหัวข่าวในลักษณะดึงดูดความสนใจ

สำหรับข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยในอนาคต ควรมีการศึกษาวิจัยที่มีการร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งหน่วยงานด้านสุขภาพจิต เช่น กรมสุขภาพจิต และหน่วยงานด้านการสื่อสารมวลชน เช่น กรมประชาสัมพันธ์ และสภาการสื่อสารมวลชนแห่งชาติ เป็นต้น เพื่อให้เกิดการนำเสนอข่าวอย่างมีประสิทธิภาพที่จะช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายในประชากรชาวไทยในแง่การความเสี่ยงของพฤติกรรมและการเลียนแบบการฆ่าตัวตายลดผลกระทบที่อาจก่อให้เกิดการฆ่าตัวตายตามหรือเกิดโรคทางจิตเวชในผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการนำเสนอข่าวทั้งจากบุคคลใกล้ชิดกับผู้ที่เป็ข่าว รวมถึงนักข่าวที่ทำการนำเสนอข่าว และเพื่อให้ประชาชนชาวไทยได้มีความรู้ในการรับมือและสามารถเข้าถึงการบริการด้านสาธารณสุขเมื่อมีความคิดอยากฆ่าตัวตายรวมถึงสามารถให้การช่วยเหลือคนใกล้ชิดที่มีความเสี่ยงหรือมีพฤติกรรมในการฆ่าตัวตาย

ข้อจำกัดของการศึกษา

มีการฆ่าตัวตายจำนวนหนึ่งที่เกิดขึ้นโดยที่ไม่มีการนำเสนอข่าว ทั้งนี้อาจเป็นข้อจำกัดของหนังสือพิมพ์แต่ละฉบับในการคัดเลือกข่าวตามปริมาณและความน่าสนใจของข่าวในแต่ละวัน ทำให้ข้อมูลที่ได้อาจมีข้อจำกัดในเรื่องปริมาณและความครบถ้วนแม่นยำของข้อมูล

การศึกษานี้ได้ศึกษาข้อมูลเฉพาะที่มีการนำเสนอทางหนังสือพิมพ์ตามที่ได้กล่าวไป ข้อมูลจากการศึกษานี้ไม่อาจขยายไปครอบคลุมการนำเสนอข่าวในรูปแบบอื่นๆ ซึ่งในปัจจุบันได้มีการนำหลายรูปแบบที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ ทั้งการนำเสนอผ่านทางโทรทัศน์ วิทยุ หรือทางโซเชียลมีเดีย

การศึกษานี้เปรียบเทียบกับหนังสือพิมพ์ต่างประเทศอาจทำให้พอมองเห็นได้ในลักษณะของภาพรวมมากกว่า เนื่องจากวิธีการศึกษา ตลอดจนปีที่ศึกษาในแต่ละงานวิจัย แตกต่างกันในระดับหนึ่ง

และจากการศึกษาข้อมูลลักษณะการนำเสนอข่าวดังที่กล่าวไปพบว่ามีข้อมูลที่ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ในเรื่องการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายของผู้ที่เป็นที่มีชื่อเสียงเป็นวงกว้างในสังคม และเรื่องการประเมินนักข่าวที่นำเสนอข่าวถึงผลกระทบจากข่าวที่อาจก่อให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้เช่นกัน

สรุป

จากการศึกษาลักษณะการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายของหนังสือพิมพ์ในประเทศไทย 3 ฉบับ ย้อนหลังเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่าตามแนวทางที่กำหนดขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2017 ด้านข้อห้ามมีการปฏิบัติตามในระดับหนึ่ง แต่ในด้านการสมควรปฏิบัติในการนำเสนอข่าวยังปฏิบัติตามในระดับต่ำมาก

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Suicide data 2019 [internet]. [Cited 2021 Sep 6]. Available from: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
2. Yodklang O TM, Kaewhow S, Kittiwattanakul K, Paorohit S, Chapunya P, et al. Suicide prevention and reduce self harm in Thailand. Khon Kaen: Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital; 2020.
3. Bakst SS, Berchenko Y, Braun T, Shohat T. The effects of publicized suicide deaths on subsequent suicide counts in Israel. Arch Suicide Res 2019;23:440-54.
4. Chu X, Zhang X, Cheng P, Schwebel DC, Hu G. Assessing the use of media reporting recommendations by the World Health Organization in suicide news published in the most influential media sources in China, 2003-2015. Int J Environ Res Public Health 2018;15.
5. Complete suicide rate per 100,000 person, 2018 [Internet]. Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2019 [Cited 2021 Sep 6]. Available from: https://www.dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp.
6. Stack S. Media coverage as a risk factor in suicide. J Epidemiol Community Health 2003;57:238-40.
7. Chiang YC, Chung FY, Lee CY, Shih HL, Lin DC, Lee MB. Suicide reporting on front pages of major newspapers in Taiwan violating reporting recommendations between 2001 and 2012. Health Commun 2016;31:1395-404.
8. World Health Organization. Preventing suicide: a resource for media professionals, update 2017. Geneva: World Health Organization; 2017.
9. Arafat SMY, Mali B, Akter H. Quality of online news reporting of suicidal behavior in Bangladesh against World Health Organization guidelines. Asian J Psychiatr 2019;40:126-9.
10. Armstrong G, Vijayakumar L, Niederkrotenthaler T, Jayaseelan M, Kannan R, Pirkis J, et al. Assessing the quality of media reporting of suicide news in India against World Health Organization guidelines: A content analysis study of nine major newspapers in Tamil Nadu. Aust N Z J Psychiatry 2018;52:856-63.
11. Niederkrotenthaler T, Till B, Kapusta ND, Voracek M, Dervic K, Sonneck G. Copycat effects after media reports on suicide: a population-based ecologic study. Soc Sci Med 2009;69:1085-90.
12. iQNewsClip : A new dimension of online news clipping [Internet]. [cited 2021 Dec 28]. Available from: <https://www.iqnewsclip.com>.
13. The college girl committed charcoal burning suicide in her dorm room on Valentine's night, leaving suicide note telling the action was self-comitted. The mother revealed that she was suffering from depression. Khaosod. 2019 Feb 16.
14. Being insulted by his wife, a husband shot himself in the temple, brain scattered. Thairath. 2019 April 17.
15. Fu KW, Chan YY, Yip PS. Newspaper reporting of suicides in Hong Kong, Taiwan and Guangzhou: compliance with WHO media guidelines and epidemiological comparisons. J Epidemiol Community Health 2011;65:928-33.
16. Nisa N, Arifin M, Nur MF, Adella S, Marthoenis M. Indonesian online newspaper reporting of suicidal behavior: Compliance with World Health Organization media guidelines. Int J Soc Psychiatry 2020;66:259-62.
17. Gould MS, Midle JB, Insel B, Kleinman M. Suicide reporting content analysis: abstract development and reliability. Crisis 2007;28:165-74.
18. McTernan N, Spillane A, Cully G, Cusack E, O'Reilly T, Arensman E. Media reporting of suicide and adherence to media guidelines. Int J Soc Psychiatry 2018;64:536-44.

การศึกษาลักษณะอาการและความรุนแรงของโรคย้ำคิดย้ำทำ ในผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19

ภณทิลา เลี้ยงผ่องพันธุ์*, รัตนา สายพานิชย์*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาลักษณะอาการและระดับความรุนแรงของโรคย้ำคิดย้ำทำ ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 ของผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคย้ำคิดย้ำทำของผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม 2563 - พฤษภาคม 2564 โดยเครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามลักษณะอาการและความรุนแรงของโรคย้ำคิดย้ำทำฉบับภาษาไทย (The Yale Brown Obsessive Compulsive Scale II-Thai version)

ผลการศึกษา จากผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำทั้งหมด 126 ราย เมื่อแบ่งอาการย้ำคิดเป็นกลุ่มอาการ พบกลุ่มอาการ contamination บ่อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 79.4 โดยเป็นอาการ 'กังวลมากเกินไปเกี่ยวกับเชื้อโรค' มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.6 และกลุ่มอาการย้ำทำที่พบบ่อยที่สุดคือ checking คิดเป็นร้อยละ 90 โดยเป็นอาการ 'ตรวจสอบกลอน เตาเครื่องใช้ไฟฟ้า เบรกมือ ก๊อกน้ำ ฯลฯ' มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.6 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำอยู่ในระดับปานกลาง

สรุป ลักษณะกลุ่มอาการย้ำคิดที่พบบ่อยที่สุดคือ contamination และกลุ่มอาการย้ำทำที่พบบ่อยที่สุดคือ checking ซึ่งมีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง แต่ขณะเดียวกันพบว่าผู้ป่วยมีการหลีกเลี่ยงค่อนข้างสูงมาก ซึ่งจิตแพทย์ควรให้ความสำคัญที่จะถามถึงการหลีกเลี่ยงมากขึ้น เพราะอาจจะมีผลต่ออาการและความรุนแรงของโรคทั้งในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 และช่วงสถานการณ์ปกติ

คำสำคัญ โรคย้ำคิดย้ำทำ ลักษณะอาการ ความรุนแรง

Corresponding author: พญ.ภณทิลา เลี้ยงผ่องพันธุ์

ภาควิชาจิตเวช คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: violet.zooyu@gmail.com

วันรับ : 28 ธันวาคม 2564 วันแก้ไข : 15 มีนาคม 2565 วันตอบรับ : 20 มีนาคม 2565



A Study of Clinical Symptoms and Severity of Obsessive-compulsive Disorder Patients at Ramathibodi Hospital during the COVID-19 Pandemic

Pantila Liengpongpun*, Ratana Saipanish*

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

ABSTRACT

Objective: To examine clinical characteristics and severity of obsessive-compulsive disorder (OCD) in psychiatric out-patient unit at Ramathibodi Hospital during COVID-19 pandemic.

Methods: We conducted a descriptive cross-sectional study. Participants were OCD patients aged 18 years old or older and visited the psychiatric out-patient unit of Ramathibodi Hospital between May 2020 and May 2021. Instrument was used the Yale Brown Obsessive Compulsive Scale II to assess characteristics and severity of obsessive-compulsive disorder.

Results: Participants were 126 OCD patients. The most common group of obsession were contamination 79.4% and most common symptom was 'excessive concern about germs' 51.6%. The most common group of compulsion were checking 90% and most common symptom was 'checking locks, stoves and electrical appliances' 55.6%. Severity of obsessive-compulsive symptom was moderate.

Conclusion: The most common obsession was contamination. The most common compulsion was checking. Severity of obsessive-compulsive symptom was moderate. At the same time, the outcomes were shown that patient have high prevalence for avoidance. Psychiatrists should focus on this important topic because it may impact to symptoms and severity of disease on covid pandemic situation and normal situation.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, clinical characteristics, severity

Corresponding author: Pantila Liengpongpun

E-mail: violet.zooyu@gmail.com

Received 28 December 2021 Revised 15 March 2022 Accepted 20 March 2022

บทนำ

โรคย้ำคิดย้ำทำเป็นโรคที่มีความคิดหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเองซ้ำๆ โดยไร้เหตุผล และก่อให้เกิดความกังวลใจ ความไม่สบายใจอย่างมาก พร้อมกับมีอาการย้ำทำคือการกระทำอย่างมีเป้าหมายชัดเจนซ้ำๆ เพื่อป้องกันหรือลดความไม่สบายใจจากอาการย้ำคิด¹ จากการศึกษาความชุกในประเทศต่างๆ พบว่าโรคนี้มีมีความชุกชั่วชีวิตอยู่ที่ประมาณร้อยละ 2 - 3 เป็นโรคที่ส่งผลให้เกิดการสูญเสียเวลา ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งต่อร่างกายและจิตใจ ตลอดจนมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันอย่างมาก¹ ซึ่งโรคย้ำคิดย้ำทำเป็นโรคที่มีความหลากหลายทางลักษณะอาการและความรุนแรง ซึ่งข้อมูลในเรื่องลักษณะอาการย้ำคิดและย้ำทำเป็นข้อมูลที่สำคัญ เพราะสามารถใช้พยากรณ์ความแตกต่างในการตอบสนองต่อการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มอาการได้² จากการศึกษาในอดีตที่นำข้อมูลส่วนกลุ่มอาการหลักของโรคไปศึกษาต่อในรูปแบบ multidimensional model พบว่าผลการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาหรือการทำจิตบำบัดในกลุ่มอาการโรคย้ำคิดย้ำทำแต่ละกลุ่มนั้นไม่เท่ากัน โดยพบว่าในกลุ่มอาการสะสมสิ่งของจะมีการตอบสนองต่อการรักษาหรือการทำจิตบำบัดน้อยกว่าในกลุ่มอื่นๆ^{3,4}

ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคที่แพร่ระบาดทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก โรคที่สามารถติดจากคนสู่คนได้ ส่วนใหญ่แพร่กระจายผ่านการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อผ่านทางละอองเสมหะจากการไอ จาม น้ำมูก น้ำลาย เพราะฉะนั้นในหลายๆ ประเทศรวมถึงประเทศไทยจึงมีมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดโดยการรักษาระยะห่างจากผู้อื่น สวมหน้ากากอนามัยในที่สาธารณะ และล้างมือเป็นประจำ ในต่างประเทศมีการศึกษาเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 กับผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ ซึ่งเป็นการศึกษาของ Lior Carmi และ Chakraborty A^{5,6} พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 84 ไม่ได้มีอาการของโรคย้ำคิดย้ำทำมากขึ้นต่างไปจากช่วงที่ไม่มีการแพร่ระบาดของอาการไม่ได้ถูกกระตุ้นให้เป็นมากขึ้นในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และการศึกษาในทวีปยุโรปของ Jelinek L และคณะ⁷ พบว่ามีอาการย้ำคิดย้ำทำพบบ่อยที่สุดคือ cleaning/washing พบถึงร้อยละ 55.6 และระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับรุนแรง ซึ่งต่างจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาและในทวีปยุโรปอื่นๆ ของ Mataix-Cols, Rufer, Landeros-Weisenberger และคณะ^{2,8,9}

การศึกษาในประเทศไทยมีข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะอาการและความรุนแรงของโรคย้ำคิดย้ำทำมีอยู่เพียงงานวิจัยเดียว คือ การศึกษาลักษณะอาการและความรุนแรงของโรคย้ำคิดย้ำทำในผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ¹⁰ จัดทำโดยอลงกรณ์และคณะ ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะอาการย้ำคิดที่พบมากที่สุดคือ ความลังเลสงสัย กลุ่มอาการย้ำคิดที่พบบ่อยที่สุดคือย้ำคิดเรื่องความรุนแรงต่อตนเองหรือผู้อื่น ลักษณะอาการย้ำทำที่พบบ่อยที่สุดคือ การตรวจสอบ กลอนประตู เตาไฟ หรือเครื่องใช้ไฟฟ้าบ่อยๆ ส่วนกลุ่มอาการย้ำทำที่พบบ่อยที่สุดคือ ย้ำทำในเรื่องการตรวจสอบ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำอยู่ในระดับปานกลาง จากผลการศึกษาพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศแถบทวีปยุโรป^{2,8} ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในทวีปเอเชีย¹¹⁻¹³ ที่พบว่าอาการย้ำคิดที่พบมากคือย้ำคิดเกี่ยวกับเรื่องความสกปรก หรือการปนเปื้อน และอาการย้ำทำที่พบมากคือย้ำทำเกี่ยวกับการล้างมือหรือทำความสะอาด ยังเป็นที่น่าสงสัยด้วยเหตุใดการศึกษาของประเทศไทยจึงไม่สอดคล้องกับการศึกษาในทวีปเอเชียซึ่งมีลักษณะวัฒนธรรมหรือวิถีชีวิตที่ใกล้เคียงกัน ทั้งนี้ อาจจะเนื่องจากการศึกษาดังกล่าวมีกลุ่มประชากรค่อนข้างน้อยคือเพียง 36 ราย และใช้ The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลทางผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องลักษณะอาการของโรคย้ำคิดย้ำทำนี้ โดยจะใช้กลุ่มประชากรที่มากขึ้นและจะใช้ The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale II (Y-BOCS II) ซึ่งมีข้อดีกว่าคือมีการปรับเปลี่ยนคำถามเกี่ยวกับอาการที่ชัดเจนและมีความเข้าใจมากขึ้น มีการเพิ่มคะแนนเพื่อให้มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงขณะทำการรักษามากขึ้น มีการเปลี่ยนจากความสามารถที่ทนต่อการต้านทานความย้ำคิดไปเป็นช่วงเวลาที่ไม่มีอาการย้ำคิด มีการประเมินในเรื่องของการหลีกเลี่ยงซึ่งเป็นอีกอาการหนึ่งที่สำคัญ เพราะฉะนั้นการศึกษานี้จึงใช้แบบประเมิน The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale II (Y-BOCS II) เป็นเครื่องมือเพื่อใช้ในการทราบลักษณะอาการและความรุนแรง^{14,15} และยังไม่มีการศึกษาในช่วงสถานการณ์โรคระบาดเช่นนี้ ทางผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องลักษณะอาการของโรคย้ำคิดย้ำทำนี้โดยใช้กลุ่มประชากรที่มากขึ้นและจะใช้ The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale II (Y-BOCS II) ซึ่งทางผู้วิจัยคิดว่าการศึกษาถึงลักษณะอาการต่างๆ ของผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำรวมถึงระดับความรุนแรงจะมีประโยชน์ในการวางแผนการรักษาต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี รหัสโครงการ COA-MURA2020/893 ในกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคย้ำคิดย้ำทำ โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-5 ในผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยทุกรายที่มาได้รับการรักษาในช่วงเดือนพฤษภาคม 2563 - พฤษภาคม 2564 และการศึกษาเป็นการศึกษาต่อเนื่องจากการศึกษาลักษณะอาการและความรุนแรงของโรคย้ำคิดย้ำทำในผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่จัดทำโดยองค์กรและคณะ¹⁰ ซึ่งมีข้อมูลผู้ป่วยจำนวน 29 ราย เป็นข้อมูลที่เข้าร่วมกัน

เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามลักษณะอาการและความรุนแรงของโรคย้ำคิดย้ำทำแบบภาษาไทย ที่อ้างอิงจาก The Yale Brown Obsessive Compulsive Scale II ในรูปแบบที่ผู้ป่วยประเมินตนเอง (self-rate) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นที่ค่อนข้างสูง (>0.9)¹⁶ โดยแบบสอบถามฉบับนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลลักษณะอาการของโรคย้ำคิดย้ำทำ จำนวน 67 ข้อ และความรุนแรงของโรคย้ำคิดย้ำทำ จำนวน 10 ข้อ ซึ่งจะใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 45 - 60 นาที โดยในส่วนของลักษณะอาการของโรคย้ำคิดย้ำทำได้มีการถามลักษณะอาการที่เกิดขึ้นซึ่งผู้ป่วยสามารถตอบได้หลายข้อ และได้นำไปแบ่งตามกลุ่มอาการของการย้ำคิดหรือย้ำทำ การเก็บข้อมูลทำโดยแพทย์ผู้วิจัย นอกจากนี้ยังมีการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยเพื่อเก็บข้อมูลส่วนของโรคทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยร่วม และการรักษาที่ได้รับ

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรม SPSS version 26 โดยศึกษาลักษณะการกระจายของข้อมูล ใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1) ข้อมูลพื้นฐาน พบว่าในช่วงเดือนพฤษภาคม 2563 - พฤษภาคม 2564 มีผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำเข้ารวมการศึกษาจำนวน 126 ราย มีอายุเฉลี่ย 38.4 ± 13.82 ปี พบเป็นเพศชาย (ร้อยละ 52.4) โสด (ร้อยละ 63.5) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 89.7) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 73.8) ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 65.9) รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย $22,846.59 \pm 30,566.44$ บาท อาการย้ำคิดย้ำทำ อายุที่เริ่มมีอาการเฉลี่ย 26.0 ปี ระยะเวลาที่ได้

รับการรักษาเฉลี่ย 8.2 ปี การมีอยู่ของอาการเป็นๆ หายๆ (ร้อยละ 63.5) แนวโน้มของอาการเป็นๆ หายๆ ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้ว (ร้อยละ 39.7) ไม่มีโรคทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยร่วม (ร้อยละ 63) โรคทางจิตเวชที่พบร่วมมากที่สุด คือ โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 11.9) ส่วนมากได้รับยามากกว่าหนึ่งขนาน (ร้อยละ 57.1) และยาที่ได้รับมากที่สุด คือ SSRI (ร้อยละ 73.8) (ตามตารางที่ 1)

2) อาการย้ำคิด พบว่าผู้ป่วยมีอาการย้ำคิดเฉลี่ย 11.46 ชนิดต่อคน โดยลักษณะอาการย้ำคิดที่พบได้บ่อยที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ ย้ำคิดเรื่องกังวลมากเกินไปเกี่ยวกับเชื้อโรค (ร้อยละ 51.6) ย้ำคิดเรื่องกังวลเกี่ยวกับการลบล้างหรือพูดดูหมิ่นศาสนา (ร้อยละ 47.6) ย้ำคิดเรื่องกังวลมากเกินไปกับความถูกต้องหรือศีลธรรม (ร้อยละ 43.7) ย้ำคิดเรื่องกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือเป็นโรค (ร้อยละ 42.9) ย้ำคิดเรื่องทุกข์ร้อนใจกับของเสียหรือของเหลวจากร่างกาย (ร้อยละ 42.1)

กลุ่มอาการย้ำคิด ที่พบได้มากที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ contamination obsessions (ร้อยละ 79.4) aggressive obsessions (ร้อยละ 76.2) obsessions with need for symmetry or exactness (ร้อยละ 52.4) religious obsession (ร้อยละ 62.7) hoarding/saving obsessions และ miscellaneous (ร้อยละ 47.6) (ตามตารางที่ 2)

3) อาการย้ำทำ พบว่าผู้ป่วยมีอาการย้ำทำเฉลี่ย 10.77 อาการต่อคน โดยลักษณะการย้ำทำที่พบได้บ่อยที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ ตรวจสอบกลอน เตา เครื่องใช้ไฟฟ้า เบรกมือ ก๊อกน้ำ ฯลฯ (ร้อยละ 55.6) อ่านซ้ำ หรือเขียนซ้ำ (ร้อยละ 54.8) ตรวจสอบว่าไม่ได้ทำผิดพลาด (ร้อยละ 50) ถามเพื่อให้มั่นใจ (ร้อยละ 47.6) ตรวจสอบสิ่งของก่อนที่จะทิ้งไป (ร้อยละ 46.8)

กลุ่มอาการย้ำทำ ที่พบได้มากที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ checking (ร้อยละ 90.0) miscellaneous (ร้อยละ 81.7) repeating rituals (ร้อยละ 65.1) hording/collecting (ร้อยละ 59.5) cleaning/washing (ร้อยละ 50.8) (ตามตารางที่ 3)

4) การหลีกเลี่ยง การหลีกเลี่ยงที่พบได้มากที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ หลีกเลี่ยงการทำบางสิ่ง ไปสถานที่บางแห่ง หรืออยู่กับใครบางคนเพราะการย้ำคิด (ร้อยละ 54) หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับวัตถุหรือคนที่สัมผัสปนเปื้อน (ร้อยละ 39.7) ใช้มาตรการต่างๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับสารปนเปื้อนหรือสิ่งต่างๆ ที่กลัว (ร้อยละ 34.9) หลีกเลี่ยงการทำบางสิ่ง ไปสถานที่บางแห่ง หรืออยู่กับใครบางคนที่อาจจะกระตุ้นให้ทำรูปแบบขั้นตอนที่ทำให้เสียเวลามากหรือทำลำบาก เช่น การล้าง การแต่งกายและ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	66	52.4
หญิง	60	47.6
อายุเฉลี่ย	38.41 ± 13.82 ปี	
สถานภาพ		
โสด	80	63.5
คู่	43	34.1
หย่าร้าง	1	0.8
หม้าย	2	1.6
ศาสนา		
พุทธ	113	89.7
อิสลาม	5	4
คริสต์	5	4
อื่นๆ	3	2.4
การศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	33	26.2
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	93	73.8
อาชีพ		
กำลังศึกษา	24	19
ประกอบอาชีพ	83	65.9
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	19	15.1
รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย	22846.59 ± 30566.44 บาท	
อาการย้ำคิดย้ำทำ เริ่มมีอาการ	26.03 ± 12.8 ปี	
อายุเฉลี่ย		
ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา	1.21 ± 6.71 ปี	
เฉลี่ย		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
การดำเนินโรค		
เป็นๆหายๆ	80	63.5
เป็นตลอดเวลา	40	31.7
แทบไม่มีอาการเลย	6	4.8
แนวโน้มของอาการ		
เป็นๆหายๆ	50	39.7
เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ	12	9.5
ลดลงเรื่อยๆ	30	23.8
ดีขึ้น	34	27
โรคทางจิตเวชที่ได้รับ		
การวินิจฉัยร่วม	34	27
มี	4	3.2
Anxiety disorder	15	11.9
Major depressive disorder/Dysthymia	7	5.6
Bipolar disorder	8	6.3
อื่นๆ	92	83
ไม่มี		
จำนวนยาที่ได้รับ		
ไม่ได้รับยา	15	11.9
ได้รับยาชนิดเดียว	39	31.0
ได้รับยามากกว่าหนึ่งชนิด	72	57.1
ชนิดของยาที่ใช้		
SSRI	93	73.8
SNRI	8	6.3
TCA	9	7.1
FGA	10	7.9
SGA	32	25.4
BZD	50	39.7
อื่นๆ	26	20.6

Abbreviations: SSRI = selective serotonin reuptake inhibitors, SNRI = serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors, TCA = tricyclic antidepressants, FGA = first generation antipsychotics, SGA = second generation antipsychotics, BZD = benzodiazepines

อื่นๆ (ร้อยละ 31.4) หลีกเลี่ยงการดูทีวี ฟังวิทยุ หรืออ่านหนังสือพิมพ์ เพื่อปิดกั้นตัวเองจากข้อมูลที่มากระทบใจ (ร้อยละ 27.8) (ตามตารางที่ 4)

5) ความรุนแรงของอาการ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้เวลาไปกับความย้ำคิดวันละ 0 – 1 ชั่วโมง (ร้อยละ 37.3) เวลา

ต่อเนื่องยาวนานที่สุดที่ไม่มีอาการย้ำคิดวันละ 3 - 8 ชั่วโมง (ร้อยละ 28.6) การควบคุมการย้ำทำสามารถหยุดหรือเพิกเฉยต่อการย้ำคิดได้บางครั้ง (ร้อยละ 30.2) ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการย้ำคิดเดือดร้อนชัดเจนแต่พอจัดการได้ (ร้อยละ 27.0) การย้ำคิดรบกวนเล็กน้อยต่อกิจกรรมทางสังคมและอาชีพ แต่สมรรถภาพโดยรวม

ตารางที่ 2 ลักษณะอาการย้ำคิดที่พบในผู้ป่วย

ลักษณะอาการย้ำคิด	ลักษณะอาการ : จำนวน (ร้อยละ)	อาการหลัก : จำนวน (ร้อยละ)
Contamination obsessions	100 (79.4)	
กังวลมากเกินไป เกี่ยวกับเชื้อโรค	65 (51.6)	18 (14.3)
กังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือเป็นโรค	54 (42.9)	10 (7.9)
ทุกข์ร้อนใจกับของเสียหรือของเหลวจากร่างกาย	53 (42.1)	18 (14.3)
กังวลว่าจะเป็นอันตรายต่อผู้อื่นโดยการแพร่เชื้อโรคหรือสิ่งปนเปื้อน	44 (34.9)	11 (8.7)
กังวลมากเกินไปเกี่ยวกับสิ่งปนเปื้อนหรือสารเคมี	40 (31.7)	7 (5.6)
กังวลมากเกินไปกับการตั้งครรภหรือทำให้ผู้อื่นตั้งครรภ	31 (24.6)	6 (4.8)
ทุกข์ร้อนใจกับสิ่งเหนียวๆ หรือสิ่งตกค้าง	31 (24.6)	5 (4.0)
กลัวการกินอาหารบางอย่าง	26 (20.6)	4 (3.2)
Aggressive obsessions	96 (76.2)	
กลัวว่าอาจทำอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นเพราะไม่ระวังเพียงพอ	50 (39.7)	12 (9.5)
กลัวต้องรับผิดชอบกับเหตุการณ์ร้ายแรง	45 (35.7)	11 (8.7)
กลัวการทำให้ผู้อื่นอายหรือไม่เหมาะสม	45 (35.7)	10 (7.9)
กลัวการสบถคำหยาบหรือคำด่าออกมา	43 (34.1)	11 (8.7)
กลัวว่าอาจทำอันตรายตนเองหรือผู้อื่นจากแรงผลักดันภายใน	41 (32.5)	8 (6.3)
มีภาพความรุนแรงน่ากลัว หรือน่ารังเกียจ	41 (32.5)	8 (6.3)
Religious obsessions	79 (62.7)	
กังวลเกี่ยวกับการลบหลู่หรือพุดดูหมิ่นศาสนา	60 (47.6)	20 (15.9)
กังวลมากเกินไปกับความถูกผิดหรือศีลธรรม	55 (43.7)	19 (15.1)
กลัวมากไปว่าจะถูกวิญญูณหรือปีศาจเข้าสิง	24 (19.0)	4 (3.2)
Sexual obsessions	52 (41.3)	
ความคิดหรือภาพทางเพศที่ต้องห้ามหรือไม่เหมาะสม	42 (33.3)	10 (7.9)
การมีแรงผลักดันทางเพศที่ไม่พึงประสงค์	27 (21.4)	6 (4.8)
กังวลมากไปเกี่ยวกับบรรณนิยมทางเพศหรืออัตลักษณ์ทางเพศ	20 (15.9)	4 (3.2)
Obsessions with need for symmetry or exactness	88 (52.4)	
ต้องการความสมมาตรหรือความเที่ยงตรง	50 (39.7)	7 (5.6)
กังวลใจอย่างมากกับสิ่งที่ไม่ทำให้รู้สึก "ใช้ได้แล้ว"	48 (38.1)	11 (8.7)
กลัวพุดผิด	40 (31.7)	11 (8.7)
ความเนียบของรูปลักษณ์หรือการแต่งกาย	36 (28.6)	10 (7.9)
Hoarding/saving obsessions	60 (47.6)	
ต้องการสะสมหรือเก็บสิ่งของ	44 (34.9)	10 (7.9)
กลัวการสูญเสียสิ่งของ ข้อมูล หรือบุคคล	35 (27.8)	10 (7.9)
Miscellaneous	60 (47.6)	
กลัวเวทมนตร์หรือไสยศาสตร์	37 (29.4)	7 (5.6)
เสียงคำพูด หรือเพลงที่ไม่มีความหมายที่สอดแทรกขึ้นมา	31 (24.6)	5 (4.0)
ต้องการรู้หรือจดจำ	31 (24.5)	3 (2.4)

ตารางที่ 3 ลักษณะอาการย้ำทำที่พบในผู้ป่วย

ลักษณะอาการย้ำทำ	ลักษณะอาการ : จำนวน (ร้อยละ)	อาการหลัก : จำนวน (ร้อยละ)
Cleaning/washing	64 (50.8)	
การรักษาสุขอนามัยที่มากเกินไปหรือเป็นเหมือนพิธีกรรม	49 (38.9)	17 (13.5)
การทำความสะอาดของใช้ในครัวเรือน สิ่งของ หรือสัตว์เลี้ยง	29 (23.0)	7 (5.6)
Checking	114 (90.0)	
ตรวจสอบกลอน เตา เครื่องใช้ไฟฟ้า เบรกมือ ก๊อกน้ำ ฯลฯ	70 (55.6)	29 (23.0)
ตรวจสอบว่าไม่ได้ทำผิดพลาด	63 (50.0)	18 (14.3)
ถามเพื่อให้มั่นใจ	60 (47.6)	18 (14.3)
ตรวจสอบว่าไม่มีอะไรที่น่ากลัวเกิดขึ้นหรือจะเกิดขึ้น	33 (26.2)	10 (7.9)
ตรวจสอบตามการย่ำคิดที่เกี่ยวกับร่างกาย	28 (22.2)	2 (1.6)
Repeating rituals	82 (65.1)	
อ่านซ้ำ หรือเขียนซ้ำ	69 (54.8)	20 (15.9)
ต้องการทำกิจวัตรประจำวันหรือข้ามผ่านแนวแบ่งเขตซ้ำๆ	38 (30.2)	10 (7.9)
พูดซ้ำในสิ่งที่คนอื่นพูดไปแล้ว	27 (21.4)	6 (4.8)
Counting	55 (43.7)	
การนับซ้ำๆ	42 (33.3)	8 (6.3)
Ordering/arranging	50 (39.7)	
การทำให้เท่ากันหรือเสมอกัน	38 (30.2)	2 (1.6)
การย้ายกับการจัดลำดับหรือจัดเรียง	31 (24.6)	3 (2.4)
Hoarding/collecting	75 (59.5)	
ตรวจสอบสิ่งของก่อนที่จะทิ้งไป	59 (46.8)	19 (15.1)
เก็บสะสมสิ่งของที่ไร้ประโยชน์	33 (26.2)	4 (3.2)
เก็บสิ่งของที่คนส่วนใหญ่มองข้ามไป	23 (18.3)	5 (4.0)
ซื้อของที่ไม่จำเป็นจำนวนมาก	19 (14.3)	4 (3.2)
Miscellaneous	103 (81.7)	
ย้ำทำเป็นพิธีกรรมในใจ (ที่นอกเหนือจากการตรวจสอบ หรือการนับ)	45 (35.7)	12 (9.5)
กิจวัตรประจำวันที่ทำเป็นขั้นตอน	44 (34.9)	11 (8.7)
ต้องการบอก ถาม หรือสารภาพบางสิ่ง	44 (34.9)	15 (11.9)
ต้องการทำอะไรจนกว่าจะรู้สึก “ใช้ได้แล้ว”	44 (34.9)	9 (7.1)
ใช้มาตรการต่างๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับสารปนเปื้อน	44 (34.9)	10 (7.9)
หรือสิ่งต่างๆ ที่กลัว		
พฤติกรรมเชื่อถือโชคลาง	34 (27.0)	6 (4.8)
ต้องการสัมผัสแตะ หรือถู	32 (25.4)	6 (4.8)
จ้องมองหรือกระพริบตาเป็นรูปแบบขั้นตอน	31 (24.6)	4 (3.2)
ทำพิธีกรรมทางศาสนาที่มากเกินไป	25 (19.8)	5 (4.0)
เชื่องช้าไปหมด	27 (21.4)	2 (1.6)
การหลีกเลี่ยงอย่างเป็นรูปแบบขั้นตอน	20 (15.9)	2 (1.6)
พฤติกรรมการกินอย่างเป็นพิธีกรรม	19 (15.1)	1 (0.8)

ตารางที่ 4 การหลีกเลี่ยงที่พบในผู้ป่วย

การหลีกเลี่ยงที่พบในผู้ป่วย	ลักษณะอาการ : จำนวน (ร้อยละ)	อาการหลัก : จำนวน (ร้อยละ)
Avoidance	104 (81.7)	
หลีกเลี่ยงการทำบางสิ่ง ไปสถานที่บางแห่ง หรืออยู่กับใครบางคนเพราะการรำคาญ	68 (54.0)	16 (12.7)
หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับวัตถุหรือคนที่มีสิ่งปนเปื้อน	50 (39.7)	10 (7.9)
หลีกเลี่ยงการทำบางสิ่ง ไปสถานที่บางแห่ง หรืออยู่กับใครบางคนที่อาจกระตุ้นให้ทำรูปแบบขั้นตอนที่ทำให้เสียเวลามากหรือทำลำบาก (เช่น การล้าง การแต่งกาย และอื่นๆ)	43 (34.1)	13 (10.3)
หลีกเลี่ยงการดูทีวี ฟังวิทยุ หรืออ่านหนังสือพิมพ์เพื่อปิดกั้นตัวเองจากข้อมูลที่มากระทบใจ	35 (27.8)	3 (2.4)
หลีกเลี่ยงการอ่านหรือเขียนเพราะอาจนำสู่การมีรูปแบบขั้นตอน (เช่น อ่านซ้ำ เขียนซ้ำ)	33 (26.2)	10 (7.9)
หลีกเลี่ยงการพูดคุยหรือเขียนถึงคนอื่น เพราะกลัวว่าจะพูดหรือเขียนผิด	32 (25.4)	6 (4.8)
หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับคน เด็ก หรือสัตว์ เพราะมีแรงกระตุ้นที่ไม่ต้องการ	32 (25.4)	3 (2.4)
หลีกเลี่ยงการถือของมีคมหรือเป็นอันตราย หรือขับขี่ยานพาหนะหรือใช้เครื่องจักรเนื่องจากกังวลว่าอาจไปทำอันตรายผู้อื่น	29 (23.0)	4 (3.2)
หลีกเลี่ยงการไปซื้อของเนื่องจากกังวลว่าจะซื้อของที่ไม่จำเป็น	19 (15.1)	1 (0.8)

ไม่บกพร่อง (ร้อยละ 40.5) เวลาที่ใช้ไปกับความย่ำแย่วันละ 0 – 1 ชั่วโมง (ร้อยละ 42.1) พยายามต่อต้านการย่ำแย่ตลอดเวลา หรือมีอารมณ์น้อยจนไม่จำเป็นต้องตั้งใจต่อต้าน (ร้อยละ 26.2) ควบคุมการย่ำแย่ได้บ้าง (ร้อยละ 25.4) รู้สึกทุกข์ทรมานเพียงเล็กน้อยหากถูกขัดไม่ให้ย่ำแย่ (ร้อยละ 29.4) การย่ำแย่รบกวนเล็กน้อยต่อกิจกรรมทางสังคมหรืออาชีพ โดยรวมแล้วทำหน้าที่ไม่แย่ง (ร้อยละ 33.3)

เมื่อคิดค่าเฉลี่ยความรุนแรงของโรคย้ำคิดย้ำทำเท่ากับ 19.84 ± 0.36 คะแนน เป็นความรุนแรงระดับปานกลาง โดยแบ่งย่อยออกเป็นค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการย้ำคิดเท่ากับ 10.07 ± 0.29 คะแนน และค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการย่ำแย่เท่ากับ 9.77 ± 0.45 คะแนน (ตามตารางที่ 5)

วิจารณ์

การศึกษานี้พบผู้ป่วยที่มีการดำเนินโรคส่วนใหญ่แบบเป็นๆ หายๆ (ร้อยละ 63.5) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Sobin และคณะ¹⁷ ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่มีลักษณะแบบเป็นอยู่ตลอดเวลา (ร้อยละ 76) โรคทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยร่วมด้วยร้อยละ 11.9 ซึ่งน้อยกว่าในต่างประเทศ^{8,18-20} ที่พบถึงร้อยละ 28.8 - 92.1 โดย major depressive disorder จัดเป็นโรคร่วมที่ได้รับการวินิจฉัย

ร่วมมากที่สุดเช่นเดียวกับในต่างประเทศ^{8,9,19,20}

ลักษณะกลุ่มอาการย้ำคิดที่พบได้บ่อยที่สุด คือ contamination obsessions (ร้อยละ 79.4) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศทวีปเอเชีย ของ Matsunaga, Tripathi, Chowdhury MH และคณะ¹¹⁻¹³ แต่แตกต่างจากการศึกษาของอลงกรณ์และคณะ¹⁰ ที่พบว่ากลุ่มอาการย้ำคิดที่พบบ่อยที่สุดคือย้ำคิดเรื่องความรุนแรงต่อตนเองหรือผู้อื่น ซึ่งระยะเวลาที่ทำการศึกษานี้ห่างจากการศึกษาของอลงกรณ์และคณะ¹⁰ โดยช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษาอยู่ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และพบว่าการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Lior Carmi และคณะ⁵ ซึ่งเป็นการศึกษาในช่วงการแพร่ระบาดโรคโควิด-19 เช่นกัน โดยอาการย้ำคิดที่พบบ่อยที่สุดคือ Contamination

ส่วนลักษณะกลุ่มอาการย่ำแย่ที่พบได้บ่อยที่สุด คือ checking (ร้อยละ 81.7) ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาและในทวีปยุโรป ของ Mataix-Cols, Rufer, Landeros-Weisenberger และคณะ^{2,8,9} และสอดคล้องกับการศึกษาของอลงกรณ์และคณะ¹⁰ โดยแตกต่างจากการศึกษาในประเทศทวีปเอเชีย ของ Matsunaga, Tripathi, Chowdhury MH และคณะ¹¹⁻¹³ ที่พบว่า cleaning/washing เป็นลักษณะอาการย่ำแย่ที่พบมากที่สุด ซึ่งความแตกต่างนี้อาจเป็นผลมาจากสภาพ

ตารางที่ 5 ความรุนแรงของอาการย้ำคิดและย้ำทำ

หัวข้อความรุนแรง	จำนวน (ร้อยละ)					
เวลาที่ใช้ไปกับการย้ำคิด	ไม่มี 9 (7.1)	0 - 1 ชั่วโมงต่อวัน 47 (37.3)	1 - 3 ชั่วโมงต่อวัน 40 (31.7)	3 - 8 ชั่วโมงต่อวัน 20 (15.9)	8 - 12 ชั่วโมงต่อวัน 3 (2.4)	มากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน 7 (5.6)
เวลา (ต่อเนื่อง) ที่ไม่มีอาการย้ำคิด	ไม่มีอาการ 17 (13.5)	มากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน 25 (19.8)	3 - 8 ชั่วโมงต่อวัน 36 (28.6)	1 - 3 ชั่วโมงต่อวัน 26 (20.6)	0 - 1 ชั่วโมงต่อวัน 17 (13.5)	มีอาการตลอดเวลา 5 (4)
การควบคุมการย้ำคิด	ควบคุมได้ทั้งหมด 8 (6.3)	ส่วนใหญ่ 23 (18.3)	ใช้ความพยายามบ้าง 33 (26.2)	ได้บางครั้ง 38 (30.2)	ได้ไม่บ่อย 18 (14.3)	ไม่ได้เลย 6 (4.8)
ความทุกข์ทรมานจากย้ำคิด	ไม่เลย 17 (13.5)	น้อย 32 (25.4)	ชัดเจน แต่จัดการได้ 34 (27.0)	จัดการได้ยาก 21 (16.7)	มาก 18 (14.3)	มากจนทำอะไรไม่ได้เลย 4 (3.2)
การรบกวนจากย้ำคิด	ไม่เลย 18 (14.3)	รบกวนเล็กน้อย 51 (40.5)	รบกวนชัดเจน แต่จัดการได้ 28 (22.2)	บกพร่องด้านใด ด้านหนึ่ง 17 (13.5)	รบกวนการใช้ชีวิต 11 (8.7)	ทำอะไรไม่ได้เลย 1 (0.8)
เวลาที่ใช้ไปกับการย้ำทำ	ไม่มี 20 (15.9)	0 - 1 ชั่วโมงต่อวัน 53 (42.1)	1 - 3 ชั่วโมงต่อวัน 31 (24.6)	3 - 8 ชั่วโมงต่อวัน 15 (11.9)	8 - 12 ชั่วโมงต่อวัน 5 (4.0)	มากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน 2 (1.6)
การต่อต้านการย้ำทำ	ตลอดเวลา 33 (26.2)	เกือบตลอดเวลา 19 (15.1)	ปานกลาง 26 (20.6)	พยายามบ้าง 27 (21.4)	ไม่พยายามต่อต้าน 19 (14.3)	ยอมทำตามโดยสิ้นเชิง 3 (2.4)
การควบคุมการย้ำทำ	ควบคุมได้ทั้งหมด 13 (10.3)	มาก 27 (21.4)	ปานกลาง 30 (23.8)	ได้บ้าง 32 (25.4)	ได้น้อย 23 (18.3)	ไม่ได้เลย 1 (0.8)
ความทุกข์ทรมานจากย้ำทำ	ไม่เลย 20 (15.9)	เล็กน้อย 37 (29.4)	พอสมควร แต่จัดการได้ 23 (18.7)	จัดการได้ยาก 29 (23.0)	มาก 17 (13.5)	มากจนทำอะไรไม่ได้เลย 17 (13.5)
การรบกวนจากย้ำคิด	ไม่เลย 27 (21.4)	รบกวนเล็กน้อย 42 (33.3)	รบกวนชัดเจน แต่จัดการได้ 31 (24.6)	บกพร่องด้านใดด้านหนึ่ง 14 (11.1)	รบกวนการใช้ชีวิต 11 (8.7)	ทำอะไรไม่ได้เลย 1 (0.8)

สังคมของไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปในแนวทางเดียวกับประเทศในซีกโลกตะวันตกมากขึ้น และปัญหาความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ปลอดภัยในสังคมไทย อาจกระตุ้นให้เกิดกลุ่มอาการย้ำทำดังกล่าว ซึ่งเหมือนในการศึกษาของ Williams MT และคณะ²¹ ส่วนในการศึกษาที่ศึกษาในช่วงมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของ Lior Carmi และ Chakraborty^{6,7} พบว่าอาการของโรคย้ำคิดย้ำทำไม่ได้ถูกกระตุ้นให้เป็นมากขึ้นในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นเพราะผู้ป่วยมีการรักษาด้วยยาและการทำจิตบำบัดที่เหมาะสม

จากการศึกษาพบอาการย้ำคิดส่วนใหญ่มีอาการ contamination แต่กลับไม่พบว่าอาการย้ำทำจะเป็น cleaning/washing ตามที่คาดการณ์ไว้ และร่วมกับมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งคาดว่าผู้ป่วยควรมีอาการ cleaning/washing กลับพบว่าผู้ป่วยมีอาการ avoidance ในลักษณะหลีกเลี่ยงการทำบางสิ่งไปสถานที่บางแห่ง หรืออยู่กับใครบางคนเพราะการย้ำคิด ซึ่งพบถึงร้อยละ 54 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยจำนวนหนึ่งใช้วิธีหลีกเลี่ยงแทน ซึ่งส่วนนี้อาจเป็นประเด็นสำคัญที่จิตแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยควรให้ความสำคัญที่จะถามถึงการหลีกเลี่ยงก่อนจะเชื่อว่าผู้ป่วยไม่ได้มีความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำมากจริง และอีกประเด็นเกี่ยวกับแบบสอบถาม ซึ่งอาจมีคำถามอธิบายที่ไม่เหมาะสม เช่น การรักษาสุนัขจนมากเกินไปหรือเป็นเหมือนพิธีกรรม ตัวอย่าง: ล้างมือเหมือนศัลยแพทย์ที่ขัดถูเวลาจะผ่าตัด ใช้ผงซักฟอกอย่างแรง หรือน้ำที่ร้อนจัด มีขั้นตอนในการอาบน้ำนาน แปร่งฟันหรือใช้ห้องน้ำตามกิจวัตรมากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยอาจไม่เลือก ซึ่งพบเพียงร้อยละ 38.9

สำหรับความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ พบว่าค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำเท่ากับ 19.84 ± 0.36 ถือว่าอยู่ในระดับความรุนแรงปานกลาง ตามเกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงของ Y-BOCS II²² โดยระดับความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศ^{2,18,19,20} ซึ่งอยู่ในระดับเดียวกับการศึกษาอื่นๆ ในช่วงก่อนมีการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 แต่แตกต่างกับการศึกษาของ Jelinek L และคณะ⁷ ที่ศึกษาในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่าอยู่ในระดับความรุนแรงมีคะแนนถึง 27.64 คะแนน ซึ่งมีความรุนแรงมากกว่าทั่วไป แต่อาจมีเพียงการศึกษาเดียวเท่านั้น

การศึกษานี้เป็นการศึกษาที่ทำต่อเนื่องจากการศึกษาของอลงกรณ์และคณะ¹⁰ ซึ่งจุดแข็งในการศึกษานี้ คือ จำนวนกลุ่มประชากรที่มากขึ้นกว่าการศึกษาเดิม และใช้แบบทดสอบ The

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale II (Y-BOCS II) ซึ่งมีข้อดีกว่าคือ มีการปรับเปลี่ยนคำถามเกี่ยวกับอาการที่ชัดเจน และมีความเข้าใจมากขึ้น มีการเพิ่มคะแนนเพื่อให้มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงขณะทำการรักษามากขึ้น มีการเปลี่ยนจากความสามารถที่ทนต่อการต้านทานความย่ำคิดไปเป็นช่วงเวลาที่ไม่มีอาการย่ำคิด มีการประเมินในเรื่องของการหลีกเลี่ยงซึ่งเป็นอีกอาการหนึ่งที่สำคัญ ส่วนข้อจำกัดในการศึกษานี้ คือ แบบสอบถามมีปริมาณค่อนข้างมากและยังมีบางคำถามอาจมีคำอธิบายอาการที่ไม่เหมาะสม ผู้ร่วมวิจัยอาจไม่ได้อ่านอย่างละเอียด และผู้ร่วมวิจัยจำนวนหนึ่ง (ร้อยละ 51) ไม่ได้ตอบอาการหลัก ซึ่งในที่นี้ผู้วิจัยไม่ได้เอาอาการหลักมาวิจารณ์ในการศึกษาค้างนี้ และผู้ร่วมวิจัยบางรายอาจลืมหรือจำอาการช่วงแรกไม่ได้ (recall bias)

ข้อเสนอแนะในแบบสอบถามควรปรับปรุงให้มีคำอธิบายอาการที่เหมาะสมและเข้าใจง่ายมากขึ้น และเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ จึงควรมีการศึกษาลักษณะอาการและความรุนแรงเพิ่มเติมต่อไป

สรุป

จากการศึกษาอาการของผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่ามีลักษณะกลุ่มอาการย้ำคิดที่พบบ่อยที่สุดคือ contamination และกลุ่มอาการย้ำทำที่พบบ่อยที่สุดคือ checking ซึ่งมีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง แต่ประเด็นสำคัญที่พบร่วมคือผู้ป่วยมีการหลีกเลี่ยงค่อนข้างสูง เป็นไปได้ว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งใช้วิธีหลีกเลี่ยงแทน ซึ่งส่วนนี้จิตแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยควรให้ความสำคัญที่จะถามถึงมากขึ้น เพราะอาจจะมีผลต่ออาการและความรุนแรงของโรคทั้งในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 และช่วงสถานการณ์ปกติ ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจที่น่าจะมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ พยาบาล ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี คุณภัทรพร วิสาจันทร์ ผู้ช่วยวิจัย และเพื่อนแพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีที่มีส่วนช่วยในงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnosis and statistic manual of mental disorder. 5 ed. Washington DC: Arlington VA: American Psychiatric Association 2013.
2. Mataix-Cols D, Marks IM, Greist JH, Kobak KA, Baer L. Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: results from a controlled trial. *Psychother Psychosom* 2002;71(5):255-62.
3. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario MC, Pittenger C, Leckman JF. Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2008;165(12):1532-42.
4. Mataix-Cols D, do Rosario-Campos MC, Leckman JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2005;162(2):228-38.
5. Carmi L, Ben-Arush O, Fostick L, Cohen H, Zohar J. Obsessive compulsive disorder during Coronavirus disease 2019 (COVID-19): 2-and 6-month follow-ups in a clinical trial. *Int J Neuropsychopharmacol* 2021;24(9):703-9.
6. Chakraborty A, Karmakar S. Impact of COVID-19 on obsessive compulsive disorder (OCD). *Iran J Psychiatry* 2020;15(3):256.
7. Jelinek L, Moritz S, Miegel F, Voderholzer U. Obsessive-compulsive disorder during COVID-19: turning a problem into an opportunity. *J Anxiety Disord* 2021;77:102329.
8. Rufer M, Fricke S, Moritz S, Kloss M, Hand I. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: prediction of cognitive-behavior therapy outcome. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006;113(5):440-6.
9. Landeros-Weisenberger A, Bloch MH, Kelmendi B, Wegner R, Nudel J, Dombrowski P, et al. Dimensional predictors of response to SRI pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* 2010;121(1-2):175-9.
10. Takurngsakdakul A, Hiranyatheeb T, Saipanish R. Clinical characteristics and severity of obsessive-compulsive disorder in a psychiatric out-patient unit at Ramathibodi hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2012;57(4):463-76.
11. Matsunaga H, Maebayashi K, Hayashida K, Okino K, Matsui T, Iketani T, et al. Symptom structure in Japanese patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2008;165(2):251-3.
12. Tripathi A, Avasthi A, Grover S, Sharma E, Lakdawala BM, Thirunavukarasu M, et al. Gender differences in obsessive-compulsive disorder: findings from a multicentric study from India. *Asian J Psychiatr* 2018;37:3-9.
13. Chowdhury M, Rahman H, Mullick MS, Arafat S. Clinical profile and comorbidity of obsessive-compulsive disorder among children and adolescents: a cross-sectional observation in Bangladesh. *Psychiatry J* 2016;2016:9029630.
14. Hiranyatheeb T, Saipanish R, Lotrakul M. Reliability and validity of the Thai version of the Yale-Brown obsessive compulsive scale-second edition in clinical samples. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014;10:471.
15. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46(11):1006-11.
16. Hiranyatheeb T, Saipanish R, Lotrakul M, Prasertchai R, Ketkaew W, Jullagate S, et al. reliability and validity of the Thai self-report version of the Yale-Brown obsessive-compulsive scale. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015;11:2817.
17. Sobin C, Blundell M, Weiller F, Gavigan C, Haiman C, Karayiorgou M. Phenotypic characteristics of obsessive-compulsive disorder ascertained in adulthood. *J Psychiatr Res* 1999;33(3):265-73.
18. Torresan RC, de Abreu Ramos-Cerqueira AT, de Mathis MA, Diniz JB, Ferrão YA, Miguel EC, et al. Sex differences in the phenotypic expression of obsessive-compulsive disorder: an exploratory study from Brazil. *Compr Psychiat* 2009;50(1):63-9.
19. Labad J, Menchon JM, Alonso P, Segalas C, Jimenez S, Jaurrieta N, et al. Gender differences in obsessive-compulsive symptom dimensions. *Depress Anxiety* 2008;25(10):832-8.
20. Khandelwal A, Aggarwal A, Garg A, Jiloha R. Gender differences in phenomenology of patients with obsessive compulsive disorder. *Delhi Psychiatry Journal* 2009;12(1):8-17.
21. Williams MT, Mugno B, Franklin M, Faber S. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: phenomenology and treatment outcomes with exposure and ritual prevention. *Psychopathology* 2013;46(6):365-76.
22. Storch EA, De Nadai AS, Do Rosário MC, Shavitt RG, Torres AR, Ferrão YA, et al. Defining clinical severity in adults with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2015;63:30-5.

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เรื่องโรคออทิซึมสเปกตรัม กับทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยออทิซึมสเปกตรัมในประชาชนไทยทั่วไป

อรรตน์ เชาว์กุลจรัสศิริ

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เรื่องโรคออทิซึมสเปกตรัมกับทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยออทิซึมสเปกตรัมในประชาชนไทยทั่วไป

วิธีการศึกษา เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาข้อมูลทุติยภูมิ จากอาสาสมัครคนไทย 1,203 คน ที่เข้ามาตอบแบบสอบถามทางอินเทอร์เน็ต เรื่อง “การสำรวจความรู้และทัศนคติของคนไทยทั่วไปต่อผู้ป่วยโรคออทิซึมสเปกตรัม” ซึ่งประกอบด้วยแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคออทิซึมสเปกตรัม และแบบวัดทัศนคติต่อผู้ป่วยโรคออทิซึมสเปกตรัม ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัยและผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi square และ Spearman's rank correlation

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง 1,203 คน อายุเฉลี่ย 35.9 ± 10.2 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.7 คะแนนความรู้เรื่องโรคออทิซึมสเปกตรัมมีค่าเฉลี่ยที่ 10.6 ± 2.6 โดยมีคะแนนดีในทุกหัวข้อความรู้ย่อย (สาเหตุของโรค อาการของโรค และการรักษาพยาบาลโรค) คะแนนทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยออทิซึมสเปกตรัมมีค่าเฉลี่ย 44.9 ± 5.6 สถิติ Chi square พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มระดับความรู้มาก มีระดับทัศนคติเชิงบวกมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มระดับรู้น้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.1$) สถิติ Spearman's rank correlation พบว่าคะแนนความรู้ในทุกหมวดหมู่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับคะแนนทัศนคติเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัวแปร ($p\text{-value} < 0.1$)

สรุป ระดับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคออทิซึมสเปกตรัมทั้ง 3 ด้าน มีความสัมพันธ์กับระดับทัศนคติเชิงบวกของบุคคลนั้นต่อผู้ป่วยโรคออทิซึมสเปกตรัม ดังนั้นการเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยในสังคมไทยควรมีการเผยแพร่ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับตัวโรคให้ประชาชนด้วย

คำสำคัญ ออทิสซึมสเปกตรัม ทัศนคติ ความรู้

The Association Between Knowledge and Positive Attitudes Towards Autism Spectrum Patients in Thai Population

Orarat Choukularatsiri

Yuwaprasart Waithayopatham Child and Adolescent Psychiatric Hospital

ABSTRACT

Objective: To find the association between the knowledge of autism spectrum disorder and the positive attitude toward patients with autism spectrum disorder in the Thai general population.

Methods: This research was a secondary analysis study from "The internet survey of knowledge and attitude toward autism spectrum disorder in Thai population". The samples were 1,203 Thai volunteers who responded to the questionnaire. Both knowledge of autism spectrum disorder and positive attitude toward the patient were measured by the validated questionnaires. The results were analyzed by Chi-square and Spearman's Rank Correlation tests.

Results: Of 1,203 participants, the mean age was 35.9 ± 10.2 years, with 86.7% female. The mean score of the knowledge of autism spectrum disorder was at 10.6 ± 2.6 , with all categorical knowledge (causes, symptoms, treatment and prognosis) ranked in good level. The average score of positive attitudes toward patients with autism spectrum disorder was at 44.9 ± 5.6 . Chi square test showed that the participants group with higher knowledge had more positive attitude toward patients with autism spectrum disorder than the lower knowledge group, with statistical significance ($p\text{-value} < 0.1$). Spearman's Rank Correlation test found that the score of knowledge, in all categories, were positively correlated to the score of positive attitudes toward patients with autism spectrum disorder, with statistical significance ($p\text{-value} < 0.1$).

Conclusion: The accurate knowledge of autism spectrum disorder, in all aspects, is associated with the positive attitude toward patients with autism spectrum disorder in individuals. Thus, introducing the accurate knowledge about autism spectrum disorder to public awareness could lead to better perspective among the patients with autism spectrum disorder in Thai society.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, attitude, knowledge

Corresponding author: Orarat Choukularatsiri

E-mail: Orarat.cho@gmail.com

Received 28 July 2021 Revised 26 December 2021 Accepted 30 December 2021

บทนำ

ออทิซึมสเปกตรัม เป็นโรคทางพัฒนาการระบบประสาท ที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการตั้งแต่วัยเด็ก โดยอาการสำคัญคือ พัฒนาการสื่อสารล่าช้า ทักษะสังคมบกพร่อง พฤติกรรมผิดปกติ เป็นต้น ส่งผลต่อการเรียนรู้และการอยู่ร่วมในสังคมระยะยาว^{1,2} แม้ปัจจุบันจะมีวิธีบำบัดให้อาการดีขึ้นได้บ้างแต่ยังไม่มียารักษาให้หายขาดได้³ ผู้ป่วยจึงมักมีผลกระทบจากอาการของโรคต่อการใช้ชีวิตระยะยาวถึงวัยผู้ใหญ่⁴ ซึ่งการสำรวจความชุกล่าสุดของผู้ป่วยออทิซึมสเปกตรัมในประเทศไทย พบว่ามีมากถึง 6 คนต่อประชากร 100,000 คน⁵ หากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการหรือคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีจะต้องใช้ทรัพยากรมหาศาลในการดูแลระยะยาว⁶ ดังนั้นการช่วยเหลือให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในสภาพที่ดีต่อเนื่องจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งทัศนคติของคนในสังคมต่อผู้ป่วยออทิซึมสเปกตรัมเป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากการศึกษาพบว่าทัศนคติของคนรอบข้างที่ดีต่อผู้ป่วยออทิซึมสเปกตรัม ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือด้านการใช้ชีวิตจากคนรอบข้างมากขึ้น⁷

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยพบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับโรคออทิซึมสเปกตรัมอาจเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ส่งผลต่อทัศนคติเชิงบวกของบุคคลต่อผู้ป่วยโรคออทิซึมสเปกตรัม โดย Rebecca และคณะ⁸ ทำการศึกษาในประเทศออสเตรเลีย พบว่าคนที่มีความรู้เกี่ยวกับมุมมองทางสังคมและอาการของโรคออทิซึมสเปกตรัมจะมีแนวโน้มที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความรู้ Gamekah และคณะ⁹ ศึกษาพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความรู้และทัศนคติต่อผู้ป่วยโรคออทิซึมสเปกตรัมเช่นเดียวกันในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคนเอเชียและคนผิวดำ ในประเทศฮ่องกงพบว่าครูสอนดนตรีที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคออทิซึมสเปกตรัมสูงจะมีทัศนคติต่อนักเรียนที่มีภาวะออทิซึมสเปกตรัมในเชิงบวกมากกว่าครูที่มีระดับความรู้ต่ำกว่า¹⁰ นอกจากนี้ ยังมีการทดลองพบว่า การให้ความรู้เรื่องภาวะออทิซึมสเปกตรัมในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษามหาวิทยาลัยในญี่ปุ่น ส่งผลให้ทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้มีเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย¹¹

อย่างไรก็ดีแล้วแต่ ยังมีงานวิจัยบางฉบับที่พบผลค้านว่าระดับความรู้เรื่องโรคออทิซึมสเปกตรัมอาจไม่ได้มีความสัมพันธ์กับทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วย เช่น งานวิจัยของ Lindblom และคณะ¹² ที่สำรวจในครูระดับมหาวิทยาลัยในประเทศยุโรป พบว่าความรู้ของครูเกี่ยวกับภาวะออทิซึมสเปกตรัมไม่ได้มีผลต่อทัศนคติต่อ

ผู้ป่วยโรคนี้ Van Hof และคณะ¹³ เอง ก็ได้พบผลการศึกษาดังเดียวกัน ในกลุ่มตัวอย่างแพทย์ชาวดัตช์ที่มีการสำรวจนักเรียนพยาบาลประเทศเกาหลีใต้ก็ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อผู้ป่วยโรคออทิซึมสเปกตรัม¹⁴ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาชนิด cohort ในนักศึกษาประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับภาวะออทิซึมสเปกตรัม ไม่ได้เป็นตัวพยากรณ์ระดับทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยโรคออทิซึมสเปกตรัมในอนาคต¹⁵

ในประเทศไทย อาจมีงานวิจัยหลายที่สำรวจลักษณะทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างต่อผู้ป่วยโรคออทิซึมสเปกตรัม แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคออทิซึมสเปกตรัมและทัศนคติต่อผู้ป่วยออทิซึมสเปกตรัมโดยตรง ในปี พ.ศ. 2561 ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจผ่านแบบสอบถามออนไลน์ หัวข้อ “การสำรวจความรู้และทัศนคติของคนไทยทั่วไปต่อผู้ป่วยโรคออทิซึมสเปกตรัม”¹⁶ ในอาสาสมัครคนไทยทั่วไป พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมากถึงร้อยละ 30 เข้าใจผิดว่าโรคออทิซึมสเปกตรัมคือโรคเดียวกับภาวะสติปัญญาบกพร่องและโรคสมาธิสั้น ซึ่งถือเป็นความเข้าใจผิดในสังคมไทยที่ทำให้ผู้ป่วยมักถูกมองว่าต้องมีอาการ 2 อย่างที่กล่าวมาพร้อมด้วย ทำให้เกิดความเข้าใจที่คาดเคลื่อนอาจส่งผลให้เกิดการปฏิบัติต่อผู้ป่วยไม่ถูกต้องทางสังคม วัฒนธรรม หรือถูกตีตราในอนาคตต่อไปได้¹⁷ โดยปัจจัยที่พบว่าสัมพันธ์กับระดับความรู้ที่ถูกต้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิง อายุน้อย ระดับการศึกษาที่สูง รายได้ต่ำ และการมีครอบครัวเป็นผู้ป่วยออทิซึมสเปกตรัม ด้านทัศนคติต่อผู้ป่วย ผลการสำรวจนี้พบว่า ร้อยละ 68.1 ของอาสาสมัครมีความเห็นใจผู้ป่วยกลุ่มนี้ และส่วนใหญ่ยินดีที่จะมีความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้ป่วย ยกเว้นความสัมพันธ์ในเชิงธุรกิจ โดยปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีประสบการณ์เคยรู้จักหรือคุ้นเคยกับผู้ป่วยออทิซึมสเปกตรัม การมีรายได้ต่ำกว่า เป็นต้น

แม้ว่างานวิจัยดังกล่าวจะศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับทัศนคติต่อผู้ป่วยกลุ่มโรคออทิซึมสเปกตรัม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ยาก แต่งานวิจัยดังกล่าวยังไม่ได้มีการวิเคราะห์ว่าระดับความรู้เกี่ยวกับโรคออทิซึมสเปกตรัมของอาสาสมัคร ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้นั้น มีความสัมพันธ์กับระดับทัศนคติเชิงบวกหรือไม่ และจากที่ได้กล่าวมาข้างต้นว่าทัศนคติของคนในสังคมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยออทิซึมสเปกตรัม ดังนั้นการหาปัจจัยที่สามารถนำไปรณรงค์หรือปรับเปลี่ยนทัศนคติของประชาชนต่อผู้ป่วยโรคออทิซึม

สเปกตรัมให้เป็นเชิงบวก จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้วิจัยคาดว่าจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยกลุ่มนี้ในอนาคต โดยคำถามงานวิจัยครั้งนี้คือ “ระดับความรู้เรื่องโรคออทิซึมสเปกตรัมในคนไทยทั่วไป มีผลต่อทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยออทิซึมสเปกตรัมหรือไม่?” ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าหากพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความรู้และทัศนคติจริง จะสามารถนำผลวิจัยดังกล่าวมาใช้ออกแบบนโยบายหรือนวัตกรรมที่จะให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคออทิซึมสเปกตรัม เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติคนในสังคมต่อผู้ป่วยออทิซึมสเปกตรัมได้

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการสังเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากการศึกษาเรื่อง “การสำรวจความรู้และทัศนคติของคนไทยทั่วไปต่อผู้ป่วยโรคออทิซึมสเปกตรัม” ซึ่งข้อมูลปฐมภูมิเป็นข้อมูลการสำรวจแบบตัดขวางของประชากรกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการสำรวจดังกล่าวระหว่างวันที่ 20 - 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครชายและหญิงชาวไทย อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี เข้าร่วมตอบแบบสำรวจออนไลน์ผ่านทางคำเชิญที่ประกาศตามโซเชียลมีเดียแพลตฟอร์มต่างๆ ที่เป็นที่ยอมรับในหมู่คนไทย เช่น Facebook Sanook หรือ Kapook โดยประชาสัมพันธ์ในเพจหรือกลุ่มเว็บไซต์สำหรับบุคคลทั่วไปที่สนใจด้านจิตวิทยาเด็กหรือสุขภาพ เป็นต้น มีผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามทั้งหมด 1,213 คน โดยมีผู้ที่กรอกข้อมูลครบถ้วนสามารถนำมาวิเคราะห์ได้เป็นจำนวนทั้งสิ้น 1,203 คน ซึ่งจากการคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคอแคเรน¹⁹ โดยกำหนดค่าสัดส่วนประชากรที่ร้อยละ 50 และค่าระดับความคลาดเคลื่อนที่ 0.3 เพื่อให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่น่าเชื่อถือมากที่สุด ควรได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 1,068 คน ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการสำรวจครั้งนี้จึงถือว่าเพียงพอต่อความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลปฐมภูมิเป็นแบบสอบถามออนไลน์ ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคออทิซึมสเปกตรัม และทัศนคติต่อผู้ป่วยโรคออทิซึมสเปกตรัม ซึ่งแบบสอบถามนี้พัฒนาในการวิจัยปฐมภูมิโดยผู้วิจัย ผ่านการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบความน่าเชื่อถือของเนื้อหา (Content Validity) 0.83 ถือว่าค่อนข้างสูง โดยข้อมูลปฐมภูมิที่จะนำมาใช้สังเคราะห์มี 3 ส่วน คือ

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วม ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ และความคุ้นเคยต่อผู้ป่วยออทิซึมสเปกตรัม

2) ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิซึมสเปกตรัม ประเมินจากแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคออทิซึมสเปกตรัม แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ 2.1) สาเหตุของโรค ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ ถามว่าโรคออทิซึมสเปกตรัมเกิดจากสาเหตุดังนี้หรือไม่? เช่น พันธุกรรม การเลี้ยงดู มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรค การฉีดวัคซีน และเศรษฐกิจครอบครัว โดยข้อที่สาเหตุถูกต้องคือ “พันธุกรรม” และ “การมีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรค” 2.2) อาการของโรค ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ ถามว่าโรคออทิซึมสเปกตรัมคือโรคดังต่อไปนี้หรือไม่? ได้แก่ มีสติปัญญาบกพร่องทุกราย มีอาการตั้งแต่เด็ก มักไม่สบตา มีความสนใจบางอย่างซ้ำๆ และเป็นโรคเดียวกับโรคสมาธิสั้น โดยข้อที่ตอบถูกต้องคือ “มีอาการตั้งแต่เด็ก” และ “ไม่สบตา” 2.3) แนวทางรักษาและพยากรณ์โรค ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ ถามว่าการรักษาสำหรับโรคออทิซึมสเปกตรัมต่อไปนี้ถูกต้องหรือไม่? ได้แก่ การให้การศึกษาพิเศษ การให้ยาไม่มีประโยชน์ ผู้ป่วยออทิซึมสเปกตรัมไม่มีทางอาการดีขึ้นได้ และการเริ่มรักษาตั้งแต่อายุน้อยจะได้ผลดีกว่า โดยข้อที่ถูกต้องคือ “การให้การศึกษาพิเศษ” และ “การเริ่มรักษาตั้งแต่อายุน้อยจะได้ผลดีกว่า” โดยในแต่ละคำถามจะเป็นเนื้อหาที่ถูกต้องสลับกับเนื้อหาที่ผิดเพื่อเลี่ยงโอกาสที่ผู้ตอบคำถามวิจัยจะคาดเดาตอบไปในแนวทางเดียวกัน และให้คำตอบเป็น 3 ตัวเลือก คือ “ใช่” (ได้ 1 คะแนน หากข้อนั้นเป็นความรู้ที่ถูกต้อง, 0 คะแนน หากข้อนั้นเป็นความรู้ที่ผิด) “ไม่แน่ใจ” (ได้ 0 คะแนน) “ไม่ใช่” (ได้ 0 คะแนน หากข้อนั้นเป็นความรู้ที่ถูกต้อง, 1 คะแนน หากข้อนั้นเป็นความรู้ที่ผิด) ค่าคะแนนรวมที่สูงบ่งบอกถึงระดับความรู้เกี่ยวกับโรคออทิซึมสเปกตรัมที่ดี

3) ทัศนคติต่อผู้ป่วยโรคออทิซึม ประเมินจากแบบวัดทัศนคติต่อผู้ป่วยโรคออทิซึมสเปกตรัม เป็นลักษณะแบบประมาณค่า (Likert Scale) โดยแบ่งเป็นส่วนที่ 3.1) ประเมินทัศนคติการมีสัมพันธ์กับผู้ป่วยออทิซึมสเปกตรัม ในรูปแบบต่างๆ เช่น เป็นญาติ เพื่อน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนร่วมชั้นเรียนลูก และคู่รัก ตัวเลือกคำตอบประกอบด้วย 5 ข้อ คือ ไม่อยากมาก ไม่อยาก เฉยๆ ยินดี และยินดีมาก โดยให้คะแนนจากตัวเลือกที่ผู้ร่วมวิจัยเลือกคือ ไม่อยากมาก = 1, ไม่อยาก = 2, เฉยๆ = 3, ยินดี = 4, ยินดีมาก = 5 ส่วนที่ 3.2) ประเมินทัศนคติการมองผู้ป่วยออทิซึมสเปกตรัมในสังคม ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อดังนี้ ผู้ป่วยออทิซึมสเปกตรัมมักเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้ป่วยออทิซึมสเปกตรัมมักเป็นอันตรายต่อผู้อื่น ผู้ป่วยออทิซึมสเปกตรัมไม่สามารถอยู่ร่วมในสังคมได้ ผู้ป่วยออทิซึมสเปกตรัมไม่สามารถทำงานได้ และหากบุตรหลานท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออทิซึม ท่านจะไม่กล้าบอกคนอื่น ตัวเลือก

คำตอบประกอบด้วย 5 ข้อ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย
ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง เนื่องจากข้อคำถามเป็น
ทัศนคติเชิงลบการให้คะแนนจึงเป็นแบบตรงข้ามลำดับ คือ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1, เห็นด้วย = 2, ไม่แน่ใจ = 3, ไม่เห็นด้วย = 4,
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5 ส่วนที่ 3.3) ประเมินทัศนคติการยินยอมนำ
ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษา ประกอบด้วยคำถาม 1 ข้อ หากบุตร
หลานท่านมีอาการที่น่าสงสัยว่าเป็นออทิสติก ท่านจะพามาตรวจ
รักษากับแพทย์หรือไม่? ตัวเลือกคำตอบประกอบด้วย 5 ข้อ คือ
ไม่กล้าพาไปตรวจเลย ไม่อยากพาไปตรวจ ไม่แน่ใจ คงจะพาไปตรวจ

และพาไปตรวจรักษาแน่นอน โดยให้คะแนนตามตัวเลือกดังนี้
ไม่กล้าพาไปตรวจเลย = 1, ไม่อยากพาไปตรวจ = 2, ไม่แน่ใจ = 3,
คงจะพาไปตรวจ = 4, พาไปตรวจรักษาแน่นอน = 5 โดยค่าคะแนน
รวมแบบประเมินทัศนคติที่สูงบ่งบอกถึงทัศนคติด้านบวกต่อผู้ป่วย
โรคออทิสติกสเปกตรัม

วิธีการเก็บข้อมูลปฐมภูมิจากงานวิจัย “การสำรวจความรู้
และทัศนคติของคนไทยทั่วไปต่อผู้ป่วยโรคออทิสติกสเปกตรัม”
เนื่องจากผู้วิจัยเป็นหัวหน้าโครงการวิจัยปฐมภูมิดังกล่าวเองจึงเป็น
ผู้เก็บบันทึกข้อมูลดังกล่าวเอง ในคอมพิวเตอร์ที่ตั้งรหัสป้องกัน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 1203)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	160	13.3
หญิง	1043	86.7
อายุ (ปี) mean $\pm$ SD (min, max)	35.9 $\pm$ 10.2 ปี (18, 66)	
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยมปลาย	13	1.2
มัธยมปลาย หรือเทียบเท่า	89	7.4
ปริญญาตรี	679	56.4
ปริญญาโท หรือสูงกว่า	422	35.1
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน	77	6.4
5,000 - 15,000 บาท/เดือน	198	16.5
15,001 - 50,000 บาท/เดือน	572	47.5
มากกว่า 50,000 บาท/เดือน	297	24.7
ไม่ระบุรายได้	59	4.9
ความคุ้นเคยต่อโรคออทิสติกสเปกตรัม		
ไม่รู้จักเลย	89	7.4
รู้เล็กน้อย	218	18.1
รู้บ้าง	480	39.9
รู้ดีพอใช้	289	24.0
รู้จักเป็นอย่างดี	127	10.6

เพื่อรักษาความปลอดภัยของข้อมูล โดยการวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS เวอร์ชัน 26 วิเคราะห์สถิติแบบเชิงพรรณนาและเชิงวิเคราะห์

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัยโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โดยรับรองโครงการวิจัยแบบยกเว้น เลขที่ 008/64

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 35.9 ± 10.2 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับส่วนใหญ่ปริญญาตรีขึ้นไป สถานะการเงินของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระดับปานกลาง

โดยร้อยละ 47.5 ของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ระหว่าง 15,001-50,000 บาท/เดือน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแสดงในตารางที่ 1

ระดับความรู้เรื่องโรคออทิซึมสเปกตรัมของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 2) ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดีพอใช้ โดยคะแนนความรู้รวมทั้งหมีค่าเฉลี่ยที่ 10.6 ± 2.6 (จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน) เมื่อแบ่งกลุ่มคะแนนน้อยและคะแนนมาก โดยใช้จุดตัดที่ค่ากลาง (คะแนนมากกว่า 7) พบว่าร้อยละ 88.6 อยู่ในกลุ่มคะแนนมาก นอกจากนี้คะแนนความรู้ในหัวข้อย่อย ได้แก่ สาเหตุของโรค อาการของโรค และการรักษาพยากรณ์โรค ของผู้เข้าร่วมพบว่าอยู่ในเกณฑ์ดีเช่นกัน โดยเมื่อแบ่งกลุ่มแล้ว ร้อยละ 74 - 80 อยู่ในกลุ่มคะแนนมาก

ตารางที่ 2 คะแนนความรู้โรคออทิซึมสเปกตรัมของกลุ่มตัวอย่าง

หัวข้อความรู้ (ช่วงคะแนนทั้งหมด)	คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	จำนวน (ร้อยละ)
สาเหตุของโรค (0 - 5)	3.2 (1.2)	
กลุ่มคะแนนน้อย (0 - 2)		310 (25.8)
กลุ่มคะแนนมาก (3 - 5)		893 (74.2)
อาการของโรค (0 - 6)	4.3 (1.4)	
กลุ่มคะแนนน้อย (0 - 3)		274 (22.8)
กลุ่มคะแนนมาก (4 - 6)		929 (77.2)
การรักษา และพยากรณ์ (0 - 4)	3.1 (0.9)	
กลุ่มคะแนนน้อย (0 - 2)		231 (19.2)
กลุ่มคะแนนมาก (3 - 4)		972 (80.8)
ความรู้รวมทั้งหมด (0 - 15)	10.6 (2.6)	
กลุ่มคะแนนน้อย (0 - 7)		137 (11.4)
กลุ่มคะแนนมาก (8 - 15)		1066 (88.6)

ตารางที่ 3 คะแนนทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยออทิซึมสเปกตรัมของกลุ่มตัวอย่าง

หัวข้อความรู้ (ช่วงคะแนนทั้งหมด)	คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	จำนวน (ร้อยละ)
ทัศนคติโดยรวมทั้งหมด (22 - 60)	44.9 (5.6)	
กลุ่มคะแนนน้อย (0 - 40)		250 (20.8)
กลุ่มคะแนนมาก (41 - 60)		953 (79.2)

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยออทิซึมสเปกตรัม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเชิงบวกเฉลี่ย 44.9 ± 5.6 (จากคะแนนเต็ม 60 คะแนน) โดยเมื่อแบ่งกลุ่มคะแนนโดยใช้ค่ามัธยฐาน (มากกว่า 40 คะแนน) พบว่าร้อยละ 79.2 อยู่ในกลุ่มคะแนนมาก

เมื่อนำปัจจัยระดับความรู้เกี่ยวกับโรคออทิซึมสเปกตรัมมาเปรียบเทียบกับระดับทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยออทิซึมสเปกตรัมโดยใช้สถิติ Pearson chi square ตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มระดับความรู้มาก มีระดับทัศนคติเชิงบวกมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มระดับรู้น้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value น้อยกว่า 0.1) ในทุกประเภทกลุ่มความรู้

เมื่อนำคะแนนความรู้โรคออทิซึมสเปกตรัมทั้งหมดมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) กับคะแนนทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยออทิซึมสเปกตรัม โดยใช้สถิติ Spearman's Rank Correlation

ตามตารางที่ 5 พบว่าคะแนนความรู้ในทุกหมวดหมู่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับคะแนนทัศนคติเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัวแปร โดยคะแนนความรู้รวมมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับคะแนนทัศนคติมากที่สุดที่ +0.24 โดยเมื่อควบคุมตัวแปรเรื่องเพศ และระดับความคุ้นเคยต่อผู้ป่วยออทิซึม (ซึ่งพบในวิจัยปฐมภูมิว่าเป็นปัจจัยส่งผลต่อทัศนคติต่อผู้ป่วย) พบว่าค่าสัมประสิทธิ์ลดลงเล็กน้อย (+0.16) แต่ยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจารณ์

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแรกในประเทศไทย ที่แสดงให้เห็นว่าระดับความรู้เกี่ยวกับโรคออทิซึมสเปกตรัมทั้ง 3 หัวข้อ (สาเหตุของโรค อาการของโรค การรักษาและพยากรณ์โรค) เป็นปัจจัยที่มีต่อระดับทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยออทิซึมสเปกตรัม แม้ค่าคะแนนสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้รวม

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยออทิซึมสเปกตรัม กับระดับความรู้เกี่ยวกับโรคออทิซึมสเปกตรัม โดยใช้สถิติ Pearson chi square

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคออทิซึมสเปกตรัม	ระดับทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยออทิซึมสเปกตรัม		p-value
	น้อย (n = 250) จำนวน (ร้อยละ)	มาก (n = 953) จำนวน (ร้อยละ)	
ระดับความรู้รวมทั้งหมด			< 0.01*
น้อย	46 (3.8)	91 (7.6)	
มาก	204 (17.0)	862 (71.7)	
ระดับความรู้สาเหตุของโรค			< 0.01*
น้อย	89 (7.4)	221 (18.4)	
มาก	161 (13.4)	732 (60.8)	
ระดับความรู้อาการของโรค			< 0.01*
น้อย	74 (6.2)	200 (16.6)	
มาก	176 (14.6)	753 (62.6)	
ระดับความรู้การรักษา และพยากรณ์โรค			< 0.01*
น้อย	74 (6.2)	157 (13.1)	
มาก	176 (14.6)	796 (66.2)	

*แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.01$

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างคะแนนความรู้โรคโควิดที่ซึมสเปกตรัมกับคะแนนทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยโควิดที่ซึมสเปกตรัมโดยใช้สถิติ Spearman's Rank Correlation

ตัวแปรที่ศึกษา	Y	(X1)	(X2)	(X3)	(X4)
ทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วย (Y)	1				
ความรู้เรื่องสาเหตุของโรค (X1)	0.16*	1			
ความรู้เรื่องอาการของโรค (X2)	0.20*	0.30*	1		
ความรู้เรื่องการรักษาและพยากรณ์โรค (X3)	0.16*	0.24*	0.32*	1	
ความรู้รวมทั้งหมด (X4)	0.24*	0.71*	0.79*	0.61*	1

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

และคะแนนทัศนคติเชิงบวกจะอยู่ในระดับบวกเล็กน้อย (0.24) แต่ยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งงานวิจัยนี้ได้ควบคุมตัวแปรอื่นที่พบในงานวิจัยก่อนหน้านี้ว่ามีผลต่อระดับทัศนคติต่อผู้ป่วย ได้แก่ เพศ ความคุ้นเคยต่อผู้ป่วย ก็พบว่าระดับความรู้ยังคงสัมพันธ์กับระดับทัศนคติอย่างมีนัยสำคัญ

ผลวิจัยครั้งนี้ตรงกับการศึกษาในประเทศออสเตรเลีย ฮองกง ญี่ปุ่น และการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างคนผิวขาวและคนดำ⁸⁻¹¹ ที่พบว่าระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยโควิดที่ซึมสเปกตรัม แม้ทุกงานวิจัยจะใช้เครื่องมือระดับวัดความรู้และระดับทัศนคติที่แตกต่างกันก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม (Knowledge Attitude Practice)¹⁸ ที่กล่าวว่าเมื่อนักวิจัยรับรู้ปัญหาในสังคมว่าเป็นอย่างไร จะมีผลต่อทัศนคติที่เกิดขึ้นกับบุคคลนั้น

อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างระดับความรู้เรื่องโรคโควิดที่ซึมสเปกตรัมของบุคคลกับทัศนคติด้านบวกของบุคคลนั้นมีต่อผู้ป่วยโควิดที่ซึมสเปกตรัมที่พบในงานวิจัยนี้ แตกต่างจากผลการศึกษาที่ทำใน ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศแถบยุโรป เนเธอร์แลนด์ และเกาหลีใต้¹²⁻¹⁵ ที่พบว่าระดับความรู้ของบุคคลเรื่องโรคโควิดที่ซึมสเปกตรัมไม่ได้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทัศนคติของบุคคลต่อผู้ป่วยโควิดที่ซึมสเปกตรัม ซึ่งความแตกต่างของผลวิจัยนี้อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ อาทิเช่น วิธีดำเนินการวิจัยที่แตกต่างกัน ความแตกต่างของกลุ่มประชากรในแต่ละประเทศ ปัจจัยด้านวัฒนธรรมหรือภาษา และโอกาสในการเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับโรคโควิดที่ซึมสเปกตรัมในแต่ละประเทศที่ไม่เท่ากัน เป็นต้น

ผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคโควิดที่ซึมสเปกตรัมสัมพันธ์กับการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยโรคโควิดที่ซึมสเปกตรัม สามารถนำไปสนับสนุนให้เกิดนโยบายการรณรงค์ถ่ายทอดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคโควิดที่ซึมสเปกตรัมแก่ประชาชนไทยผ่านช่องทางต่างๆ เช่น หนังสือ ประชาสัมพันธ์ ภาพยนตร์ หรือ ในระบบการศึกษา โดยมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างให้ประชาชนไทยมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยโรคโควิดที่ซึมสเปกตรัม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคมมากขึ้น

ข้อจำกัด

1) กลุ่มตัวอย่างในข้อมูลปฐมภูมิเป็นอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถามในอินเทอร์เน็ต และเก็บในช่องทางที่เข้าถึงผู้ที่มีความสนใจด้านจิตวิทยาเด็กหรือสุขภาพเป็นหลัก ดังนั้นจึงไม่สามารถเป็นตัวแทนประชากรไทยที่เข้าถึงสื่อออนไลน์ทั้งหมดได้ 2) แบบสำรวจออนไลน์มีข้อจำกัดเรื่องความน่าเชื่อถือของคำตอบ เช่น โอกาสที่จะมีอาสาสมัครตอบแบบสอบถามซ้ำๆ หลายครั้ง โดยที่ผู้วิจัยไม่สามารถตรวจสอบได้ 3) วิธีการเก็บข้อมูลปฐมภูมิเป็นลักษณะตัดขวาง ดังนั้นจึงไม่อาจสรุปได้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติที่พบนี้เป็นความสัมพันธ์ในเชิงเหตุและผลหรือไม่ 4) ข้อจำกัดของการวัดทัศนคติด้วยแบบสอบถาม เนื่องจากทัศนคติเป็นสิ่งที่วัดได้ยาก การวัดด้วยการตอบแบบสอบถามอาจไม่ได้สะท้อนถึงทัศนคติที่แท้จริง 5) แบบสอบถามสำรวจในช่วงที่ยังไม่เกิดอุบัติการณ์โรคโควิด-19 ดังนั้นผลการศึกษาอาจไม่สะท้อนถึงสถานการณ์ปัจจุบันซึ่งอยู่ในช่วงมีการระบาดของโรคโควิด-19 ได้

ข้อเสนอแนะ

จากข้อจำกัดที่ได้กล่าวมาข้างต้นนั้น อนาคตควรมีการสำรวจเพิ่มเติมในช่องทางออนไลน์อื่นเพิ่มเติม หรือสำรวจในประชากรที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ตไม่ได้ เพื่อให้ได้ประชากรกลุ่มอื่นที่หลากหลายมากขึ้น นอกจากนี้ควรพิจารณาทำการศึกษาชนิด cohort และประเมินทัศนคติด้วยเครื่องมือชนิดอื่น เช่น แบบประเมินทัศนคติผ่านการสังเกตพฤติกรรม เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์งานวิจัย สุดท้ายนี้ เนื่องจากการบริการด้านสุขภาพจิตทั้งของเด็กและผู้ใหญ่ในสถานการณ์โควิด-19 จำเป็นต้องมีการยกระดับขึ้นมากกว่าในสถานการณ์ปกติ และต้องสอดคล้องกับบริบทปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่ในช่วงดังกล่าว²⁰ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคออทิสติกสเปกตรัมและทัศนคติของต่อผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัมในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ดังนั้นอนาคตควรมีการศึกษาที่เก็บข้อมูลในช่วงดังกล่าวด้วย

สรุป

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระดับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคออทิสติกสเปกตรัมทั้ง 3 ด้าน (สาเหตุของโรค อาการของโรค การรักษาและพยากรณ์โรค) ในแต่ละบุคคล มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับระดับทัศนคติที่ดีของบุคคลนั้นต่อผู้ป่วยโรคออทิสติกสเปกตรัม

เอกสารอ้างอิง

1. Park HR, Lee JM, Moon HE, Lee DS, Kim B-N, Kim J, et al. A short review on the current understanding of autism spectrum disorders. *Exp Neurobiol* 2016;25(1):1-13.
2. Lai M-CD, Lombardo MVP, Baron-Cohen SP. Autism. *Lancet* (British edition) 2014;383(9920):896-910.
3. Baumer N, Spence SJ. Evaluation and management of the child with autism spectrum disorder. *Continuum* (Minneapolis) 2018;24(1, Child Neurology):248-75.
4. Simonoff E, Kent R, Stringer D, Lord C, Briskman J, Lukito S, et al. Trajectories in symptoms of autism and cognitive ability in autism from childhood to adult life: Findings from a longitudinal epidemiological cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2020;59(12):1342-52.
5. National Statistical Office of Thailand. The prevalence of Autistic in Thai general population, [Internet]. 2020 [cited 2021 February 25]. Available from: http://stat2.nic.go.th/Health/05020203_06.php
6. Ganz ML. The lifetime distribution of the incremental societal costs of autism. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161(4):343-9.
7. Atipanyawong, K. Attitude of being Peers of Autistic students in integration classroom in Chitralada Primary School (dissertation). MSc of Psychology Thesis. Chulalongkorn University; 2013.
8. Kuzminski R, Netto J, Wilson J, Falkmer T, Chamberlain A, Falkmer M. Linking knowledge and attitudes: Determining neurotypical knowledge about and attitudes towards autism. *PLoS One* 2019;14(7):e0220197.
9. Gemegah E, Hartas D, Totsika V. Public attitudes to people with ASD: contact, knowledge and ethnicity. *Advances in Autism*. 2020;ahead-of-print(ahead-of-print).
10. Au TC, Lau NS. Private music teachers' knowledge of and attitudes toward students with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord* 2021;51(12):4551-9.
11. Someki F, Torii M, Brooks PJ, Koeda T, Gillespie-Lynch K. Stigma associated with autism among college students in Japan and the United States: An online training study. *Res Dev Disabil* 2018;76:88-98.
12. Lindblom A, Dindar K, Soan S, Kärrä E, Roos C, Carew MT. Predictors and mediators of European student teacher attitudes toward autism spectrum disorder. *Teach Teach Educ* 2020;89:102993.
13. Van 't Hof M, Van Berckelaer-Onnes I, Deen M, Neukerk MC, Bannink R, Daniels AM, et al. Novel insights into autism knowledge and stigmatizing attitudes toward mental illness in Dutch youth and family center physicians. *Community Ment Health J* 2020;56(7):1318-30.
14. Mac Cárthaigh S, López B. Factually based autism awareness campaigns may not always be effective in changing attitudes towards autism: Evidence from British and South Korean nursing students. *Autism* 2020;24(5):1177-90.
15. White D, Hillier A, Frye A, Makrez E. College students' knowledge and attitudes towards students on the autism spectrum. *J Autism Dev Disord* 2019;49(7):2699-705.
16. Choukularjaratsiri O. The first internet survey of knowledge, attitudes towards Autism in Thai general population. Poster session presented at: American Psychiatric Association 172nd annual meeting; 2019 May 18-22; San Francisco, US.
17. Jatchavala C. Discourse and stigmatization of psychiatric disorder in Thailand. *J Sociol Anthropol* 2013;32:93-113.
18. Chandran H, Jayanthi K, Prabavathy S, Renuka K, Bhargavan R. Effectiveness of video assisted teaching on knowledge, attitude and practice among primary caregivers of children with Autism Spectrum Disorder. *Adv Autism* 2019;5(4):231-42.
19. Cochran, W. G. Sampling Techniques. 3rd Edition. New York: John Wiley; 1977.
20. Adiwku F, de Filippis R, Orsolini L, Gashi Bytyçi D, Shoib S, Ransing R, et al. Scaling up global mental health services during the COVID-19 pandemic and beyond. *Psychiatr Serv* 2021: appips202000774.