



Journal of the Psychiatric Association of Thailand

วารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย

ปีที่ 69 ฉบับที่ 1

มกราคม - มีนาคม 2567

บรรณาธิการแถลง

บทความพิเศษ

70 ปี ของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย : จากอดีตถึงปัจจุบัน

พีเชฐ อุดมรัตน์

นิพนธ์ต้นฉบับ

ทักษะทางสังคมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กสมาธิสั้นชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก
แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

อนัญญา ชัยวัฒน์พงศ์, วศิน เลหาวิณี, จิรดา ประสาทพรศิริโชค, ศศิธร ปรีชาวุฒินิเดช

ผลด้านพฤติกรรมและจิตใจหลังเปิดเรียนแบบ onsite ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร
หลังการระบาดของเชื้อโควิด 19

สาวินี วงศ์เศรษฐี, พสขพพร หล่อธีรพงศ์

การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักและปัจจัยที่เกี่ยวข้องภายหลังรับการรักษา 1 ปี ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเด็กและวัยรุ่น
ที่รักษาที่โรงพยาบาลศิริราช

พิชญ์นันท์ นันตติกุล, วัลลภ อังสริยะสิงห์

คุณภาพชีวิตและความสอดคล้องระหว่างคุณภาพชีวิตที่ประเมินโดยเด็กและผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นที่มี
พัฒนาการระบบอวัยวะเพศผิดปกติ ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ธันวัน เจริญไชยเนาวั, อัญชลิตา รัตนจารุรักษ์, จิรดา ประสาทพรศิริโชค, ธนินี สหกิจรุ่งเรือง

ความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของแบบประเมินสุขภาวะในวัยรุ่น EPOCH ฉบับภาษาไทย

สิริกัญญา สมบุญนียิ่ง, ธนาบดี ประชาสันต์, สุทธิพงศ์ ทาวิละแพทย์, พิชญา พอนโพรา

การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์

ญานิกา เอี่ยมวัชรพงศ์, ชาณวิทย์ พรนภดล, วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์, สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข

สารบัญวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย



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 เมื่อน้อย

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
รศ.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
Associate Professor Tiraya Lerthattasilp, MD, PhD
Thammasat University
Thitiporn Supasitthumrong, MD
Chulalongkorn University

กองบรรณาธิการฝ่ายจัดการ

น.ส.สิริลักษณ์ ไชยสิทธิ์

Managing Staffs

Miss Siriluck Chaiyasit



วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 69 ฉบับที่ 1

มกราคม - มีนาคม 2567

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

A

บทความพิเศษ

70 ปี ของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย : จากอดีตถึงปัจจุบัน

1

พิเชษฐ อุดมรัตน์

นิพนธ์ต้นฉบับ

ทักษะทางสังคมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กสมาธิสั้นชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

16

ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

อนัญญา ชัยวัฒนพงศ์, วศิน เลหาวิจิ, จิรดา ประสาทพรศิริโชค, ศศิธร ปรีชาวุฒิมิเดช

ผลด้านพฤติกรรมและจิตใจหลังเปิดเรียนแบบ onsite ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา

32

สังกัดกรุงเทพมหานคร หลังการระบาดของเชื้อโควิด 19

สวินี วงศ์เศรษฐี, พระพร หล่อธีรพงศ์

การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักและปัจจัยที่เกี่ยวข้องภายหลังรับการรักษา 1 ปี

45

ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเด็กและวัยรุ่น ที่รักษาที่โรงพยาบาลศิริราช

พิชญ์นันท์ นันทติกุล, วัลลภา อัจฉริยะสิงห์

คุณภาพชีวิตและความสอดคล้องระหว่างคุณภาพชีวิตที่ประเมินโดยเด็กและ

55

ผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นที่มีพัฒนาการระบบอวัยวะเพศผิดปกติ ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

อันวัน เจริญไชยเนาว์, อัญชลิตา รัตนจารุรักษ์, จิรดา ประสาทพรศิริโชค, ธนินี สหกิจรุ่งเรือง

ความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของแบบประเมินสุขภาวะในวัยรุ่น EPOCH ฉบับภาษาไทย

66

สิริกัญญา สมบูรณ์ยิ่ง, ธนาบดี ประชาสันต์, สุทธิพงศ์ กาวิละแพทย์, พิชญ์ พจนโพธา

การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์

81

ญานิกา เอี่ยมวัชรพงศ์, ชาญวิทย์ พรณาดล, วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์, สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข

สารบัญวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

95



Journal of the Psychiatric Association of Thailand

Volume 69 Number 1

January - March 2024

CONTENTS

EDITORIAL

A

SPECIAL ARTICLE

- The Psychiatric Association of Thailand During the Past 70 Years: From Past to Present 1

Pichet Udomratn

ORIGINAL ARTICLES

- Social Skills and Associated Factors of Late Elementary School Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) at Child and Adolescent Psychiatric Unit, King Chulalongkorn Memorial Hospital 16

Ananya Chaiwattanapong, Wasin Laohavinij, Jirada Prasartpornsirichoke, Sasithorn Preechawuttidech

- Behavioral and Mental Impact of School Reopening During the COVID-19 Post-Pandemic in Elementary School Students Under Bangkok Metropolitan Administration: A Cross-Sectional Study 32

Sawinee Wongsettee, Passaporn Lorterapong

- Weight Change and Associated Factors in Children and Adolescents with Depression After 1 Year Treatment at Siriraj Hospital 45

Pitchanun Nuntatikul, Wanlop Atsariyasing

- Quality of Life and Alignment Between Parent- and Child-Report Among Children and Adolescents with Disorders of Sex Development at King Chulalongkorn Memorial Hospital 55

Tanwan Charoenchaiyong, Anchalisa Ratanajaruraks, Jirada Prasartpornsirichoke, Taninee Sahakitrungruang

- Reliability and Validity of the Thai Version of the EPOCH Measure of Adolescent Well-being Questionnaire 66

Sirikanya Somboonying, Thanavadee Prachason, Suttipong Kawilapat, Pichaya Pojanapotha

- The Development of Social Media Users' Quality of Life Scale 81

Yanika Eaimwatcharapong, Chanvit Pornnoppadol, Wimontip Musikaphan, Somboon Hataiyusuk

- Contents Preface in Journal of Mental Health of Thailand 95

บรรณาธิการแถลง

วารสารสมาคมนจิตแพทย์แห่งประเทศไทยฉบับนี้เป็นฉบับที่ 1 ของปี พ.ศ. 2567 ซึ่งนับเป็นการเริ่มต้นปีที่ 69 ของวารสารสมาคมนจิตแพทย์ฯ โดยในฉบับนี้ประกอบไปด้วย 7 บทความ เป็นบทความพิเศษ 1 เรื่อง และนิพนธ์ต้นฉบับอีก 6 เรื่อง โดยบทความพิเศษ เป็นเรื่อง “70 ปี ของสมาคมนจิตแพทย์แห่งประเทศไทย: จากอดีตถึงปัจจุบัน” โดย ศ.เกียรติคุณ นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์ ซึ่งได้รวบรวมข้อมูลและเหตุการณ์ต่างๆ ของสมาคมนจิตแพทย์ตั้งแต่ก่อตั้งจนถึงปัจจุบัน ผู้ที่สนใจประวัติศาสตร์และการพัฒนาของสมาคมนจิตแพทย์แห่งประเทศไทยสามารถเข้าไปอ่านได้ในวารสารสมาคมนจิตแพทย์ฯ ฉบับนี้

ส่วนนิพนธ์ต้นฉบับก็ประกอบไปด้วยเรื่องหลากหลายที่น่าสนใจดังนี้ การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์, ทักษะทางสังคมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กสมาธิสั้นชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, คุณภาพชีวิตและความสอดคล้องระหว่างคุณภาพชีวิตที่ประเมินโดยเด็กและผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นที่มีพัฒนาการระบบอวัยวะเพศผิดปกติ ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, ความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของแบบประเมินสุขภาวะในวัยรุ่น EPOCH ฉบับภาษาไทย, การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักและปัจจัยที่เกี่ยวข้องภายหลังรับการรักษา 1 ปี ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเด็กและวัยรุ่นที่รักษาที่โรงพยาบาลศิริราช และผลด้านพฤติกรรมและจิตใจหลังเปิดเรียนแบบ onsite ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร หลังการระบาดของเชื้อโควิด 19

ทั้งนี้ผมและกองบรรณาธิการวารสารสมาคมนจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ขอขอบคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ส่งบทความกับทางวารสารสมาคมนจิตแพทย์ฯ และขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาช่วยประเมินบทความในฉบับนี้

ธรรมนาถ เจริญบุญ

บรรณาธิการ

70 ปี ของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย : จากอดีตถึงปัจจุบัน

พิเชฐ อุดมรัตน์*

*คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2496 โดย ศ.นพ.ฝน แสงสิงแก้ว ได้เป็นผู้จดทะเบียนก่อตั้ง เมื่อ นับถึงปี พ.ศ. 2566 สมาคมจิตแพทย์ฯ จึงมีอายุครบ 70 ปี ตลอดระยะเวลา 70 ปีที่ผ่านมา สมาคมได้มีพัฒนาการมาโดยตลอด บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมเหตุการณ์หรือกิจกรรมของสมาคมในอดีตจนถึงปัจจุบัน รวมทั้งรวบรวมข้อมูลต่างๆ ของ สมาชิกสมาคมที่ได้ดำรงตำแหน่งเป็นนายกสมาคม บรรณาธิการวารสารสมาคม และสมาชิกสมาคมที่ได้เป็นจิตแพทย์ดีเด่น และ ที่ได้เป็นคณะผู้บริหารในองค์กรทางจิตเวชศาสตร์หรือสุขภาพจิตในระดับนานาชาติ เป็นที่น่าภาคภูมิใจว่าตลอดระยะเวลา 70 ปี ที่ผ่านมา สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาชิกของสมาคม ได้รับการยอมรับจากองค์กรทางจิตเวชศาสตร์ในระดับ นานาชาติหลายองค์กร เช่น สมาพันธ์สุขภาพจิตโลก สมาคมจิตแพทย์โลก เป็นต้น

คำสำคัญ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย นายกสมาคม บรรณาธิการวารสารสมาคม จิตแพทย์ไทยดีเด่น 70 ปี

Corresponding author: พิชเชฐ อุดมรัตน์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

E-mail: pudomratn74@gmail.com

วันรับ : 8 มกราคม 2567 วันแก้ไข : 3 กุมภาพันธ์ 2567 วันตอบรับ : 5 กุมภาพันธ์ 2567



The Psychiatric Association of Thailand During the Past 70 Years: From Past to Present

Pichet Udomratn*

*Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

ABSTRACT

The Psychiatric Association of Thailand (PAT) was founded in 1953 by Prof. Phon Sangsingkeo. So, in 2023 the PAT has celebrated its 70th anniversary. This special article aims to review both academic and social activities of PAT during the past 70 years. Lists of presidents, editors and outstanding Thai psychiatrists are presented. Moreover, Thai psychiatrists who were presidents or members of the executive committee of international psychiatric organizations are also summarized. From the beginning until now, PAT and members have been recognized widely by various organizations such as World Federation for Mental Health (WFMH), World Psychiatric Association (WPA) which we should very proud of.

Keywords: The Psychiatric Association of Thailand, president, editor, outstanding Thai psychiatrist, 70 years

Corresponding author: Pichet Udomratn

E-mail: pudomratn74@gmail.com

Received 8 January 2024 Revised 3 February 2024 Accepted 5 February 2024

บทนำ

สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ได้ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2496 เมื่อนับถึงปี พ.ศ. 2566 ก็ครบ 70 ปีพอดี นับว่าเป็นสมาคมจิตแพทย์ ที่มีอายุยืนยาวมากที่สุดแห่งหนึ่งเมื่อเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในวาระที่ครบ 70 ปีนี้ ผู้นิพนธ์ในฐานะสมาชิกของสมาคมและเคยเป็นนายกสมาคมมาก่อน จึงเห็นว่าควรรวบรวมเหตุการณ์และข้อมูลต่างๆ ของสมาคมในอดีตที่ผ่านมา ที่ได้พัฒนาจากอดีตจนถึงปัจจุบัน บทความพิเศษนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. รวบรวมเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยในรอบ 70 ปี ได้แก่ ประวัติความเป็นมาของสมาคมจิตแพทย์ การจัดทำวารสารสมาคมจิตแพทย์ และตำราหรือหนังสือและการจัดประชุมวิชาการนานาชาติ
2. รวบรวมข้อมูลต่างๆ ของสมาชิกสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยในอดีตจนถึงปัจจุบัน ได้แก่ รายชื่อสมาชิกที่ได้รับเลือกเป็นนายกสมาคมจิตแพทย์ และบรรณาธิการวารสาร รายชื่อสมาชิกที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นจิตแพทย์ดีเด่น รายชื่อสมาชิกที่ได้ดำรงตำแหน่งเป็นคณะผู้บริหารในองค์กรทางจิตเวชศาสตร์หรือสุขภาพจิตในระดับนานาชาติ
3. เสนอความคิดเห็นถึงบทบาทและหน้าที่ของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งได้พัฒนาจากอดีตถึงปัจจุบัน

ประวัติความเป็นมาของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย จาก พ.ศ. 2496 - 2566

แนวคิดในการก่อตั้งสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยนี้เกิดขึ้นเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2494 โดยคณะผู้ริเริ่มก่อตั้งสมาคมจิตแพทย์ ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ได้แก่ ศ.นพ.หลวงวิเชียรแพทยาคม, ศ.นพ.ฝน แสงสิงแก้ว, ศ.นพ.อรุณภาคสุวรรณ และ ศ.นพ.ประสพ รัตนกร ต่างเห็นพ้องต้องกันว่างานทั้งหลายนั้นหากต้องการความร่วมมือจากประชาชน ต้องให้ประชาชนมีส่วนร่วมด้วย แนวคิดเช่นนี้เป็นรากฐานของการจัดตั้งสมาคมทางวิชาการเพื่อการศึกษาด้านจิตเวชศาสตร์ให้กว้างขวางยิ่งขึ้น และให้ความรู้แก่ประชาชนมากขึ้น ซึ่งก็คือ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยในเวลาต่อมาแน่นอน โดยในปี พ.ศ. 2496 ศ.นพ.ฝน แสงสิงแก้ว ได้เป็นผู้จดทะเบียนก่อตั้งสมาคม

จิตแพทย์ ขึ้นโดยมีสำนักงานใหญ่อยู่ที่ 94 ถนนสมเด็จพระเจ้าอยุธยา เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600 ในบริเวณโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ซึ่งปัจจุบันคือ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา และ ศ.นพ.ฝน แสงสิงแก้ว ได้เป็นนายกสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยคนแรก ในช่วงปี พ.ศ. 2499 - 2501 หลังจากนั้นก็มีจิตแพทย์ท่านอื่นๆ ที่ได้เข้ามาดำรงตำแหน่งเป็นนายกสมาคมจิตแพทย์ฯ ดังแสดงในตารางที่ 1

วัตถุประสงค์ในครั้งแรกของการก่อตั้งสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย¹

มีวัตถุประสงค์ 4 ข้อ ดังนี้

1. บำรุงและส่งเสริมการแพทย์สาขาจิตเวชศาสตร์ในประเทศไทย ตลอดจนการศึกษาป้องกันและรักษาโรคทางจิตเวชให้ก้าวหน้าไปตามหลักวิทยาศาสตร์
2. เผยแพร่และโฆษณาความรู้ในวิชาการจิตเวชศาสตร์ สุขภาพจิต และจิตวิทยาแก่ประชาชน ทั้งนี้ไม่เกี่ยวข้องกับการเมือง
3. ร่วมมือกับแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย และสมาคมทางการแพทย์สาขาอื่นๆ รวมทั้งสมาคมอื่นที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย
4. ร่วมมือและแลกเปลี่ยนความรู้กับสมาคม องค์การ และสถาบันการแพทย์สาขาจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิตในต่างประเทศ

โดยสมาคมจิตแพทย์ฯ ได้จัดให้มีกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ข้างต้น ดังนี้

1. บำรุงและส่งเสริมวิชาการจิตเวชศาสตร์

- 1.1 ตีพิมพ์วารสารวิชาการชื่อ "วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย" ปีละ 4 ฉบับ เริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2499 อย่างต่อเนื่อง โดยวารสารฉบับแรก คือ ฉบับเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2499 เพื่อรายงานผลงานวิจัย รายงานผู้ป่วย ฯลฯ เผยแพร่วิชาการแก่สมาชิกและผู้สนใจ ได้แสดงรายชื่อบรรณาธิการวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ ไว้ในตารางที่ 2
- 1.2 จัดประชุมวิชาการเป็นประจำทุกปี โดยเริ่มครั้งแรกในปี พ.ศ. 2516 การประชุมนี้เปิดโอกาสให้แก่สมาชิก แพทย์สาขาต่างๆ ที่สนใจ พยาบาล และนักวิชาชีพผู้เกี่ยวข้อง เข้ามาร่วมประชุมและหรือเสนอผลงานทางวิชาการด้วย อย่างไรก็ตามภายหลัง

ตารางที่ 1 รายชื่อนายกสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ตั้งแต่คนแรกจนถึงคนปัจจุบัน (พ.ศ. 2566)

ปีที่ดำรงตำแหน่ง (พ.ศ.)	ชื่อ-สกุล และคำนำหน้าตำแหน่ง
2499 - 2501	ศ.นพ.ฝน แสงสิงแก้ว
2503 - 2505	นพ.ขจร อันตรการ
2506 - 2507	พญ.จันทนา สุขวัจน์
2508 - 2509	นพ.รสสง ทศนาญชลี
2510 - 2511	นพ.รสสง ทศนาญชลี
2511 - 2512	นพ.สกนธ์ ว. โสภโณ
2513 - 2514	ศ.นพ.ฝน แสงสิงแก้ว
2515 - 2516	นพ.สุรินทร์ ปิ่นรัตน์
2517 - 2518	ศ.นพ.จิระ สัตะสุวรรณ
2519 - 2520	พ.อ.อรุณ เชาวนาดี
2521 - 2522	พ.อ.อรุณ เชาวนาดี
2523 - 2524	พ.อ.อรุณ เชาวนาดี
2525 - 2526	นพ.อุดม ลักษณะวิจารณ์
2527 - 2528	นพ.สมโภชน์ สุขวัฒนา
2529 - 2530	นพ.สมโภชน์ สุขวัฒนา
2531 - 2532	นพ.ชูติธย์ ปานปรีชา
2533 - 2534	นพ.สมพร บุชราทิจ
2535 - 2536	นพ.สมพร บุชราทิจ
2537 - 2538	นพ.พหล วงศาโรจน์
2539 - 2540	นพ.ม.ล. สมชาย จักรพันธุ์
2541 - 2542	นพ.เกษม ตันติผลาชีวะ
2543 - 2544	นพ.เกษม ตันติผลาชีวะ
2545 - 2546	พ.อ.วีระ เชื่องศิริกุล
2547 - 2548	พ.อ.วีระ เชื่องศิริกุล
2549 - 2550	ศ.นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์
2551 - 2552	ศ.นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์
2553 - 2554	นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์
2555 - 2556	นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์
2557 - 2558	พ.อ.หญิง นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล
2559 - 2560	พ.อ.หญิง นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล
*2561 - 2564	รศ.นพ.ชวนนท์ ชาญศิริ
2565 - 2568	ศ.นพ.ชวนนท์ ชาญศิริ

ที่มา : บรรณารักษ์ ห้องสมุดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา โดยสืบค้นจากวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (หมายเหตุ พ.ศ. 2502 ไม่พบหลักฐานของผู้ดำรงตำแหน่งนายกสมาคมจิตแพทย์ฯ) *ได้มีการแก้ไขกฎระเบียบในการดำรงตำแหน่งของนายกสมาคมจิตแพทย์ฯ และคณะกรรมการอำนวยการสมาคมจิตแพทย์ฯ เมื่อปี พ.ศ. 2560 จากเดิมวาระละ 2 ปี เป็นวาระละ 4 ปี โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 เป็นต้นไป

จากที่มีราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยแล้ว ภาระงานหลักในการจัดประชุมวิชาการประจำปี ที่ปัจจุบันเรียกว่า “การประชุมวิชาการประจำปี จิตเวชศาสตร์ไทย” หรือชื่อภาษาอังกฤษว่า Thai Annual Congress of Psychiatry โดยมีชื่อย่อว่า TACP นั้น ราชวิทยาลัยจิตแพทย์ฯ ได้เป็นผู้รับผิดชอบหลัก สำหรับการประชุมครั้งล่าสุด คือ ครั้งที่ 51 ประจำปี 2566 จัดขึ้นที่โรงแรมอัศวินแกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ (เดิมการจัดประชุมวิชาการประจำปี เป็นบทบาทของสมาคมจิตแพทย์ฯ ก่อนหน้าที่จะมี ราชวิทยาลัยจิตแพทย์ฯ เดิมจึงเรียกว่า “การประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย” ต่อมาเมื่อราชวิทยาลัยจิตแพทย์ฯ มาเป็นผู้รับผิดชอบหลัก จึงใช้ชื่อการประชุมในช่วงปีแรกๆ ว่า “การประชุมวิชาการประจำปีของ ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข”) แต่ในปัจจุบันสมาคมจิตแพทย์ฯ จะรับผิดชอบเฉพาะงานเลี้ยงสังสรรค์ และการแนะนำแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ของสถาบันต่างๆ ในเย็นวันแรกของการประชุมวิชาการประจำปี

- 1.3 ผลิตตำราจิตเวชศาสตร์โดยมีผู้เขียนจากสถาบันจิตเวชต่างๆ ทั่วประเทศ และได้จัดพิมพ์ตำราจิตเวชศาสตร์ของสมาคมจิตแพทย์ฯ เป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2520 เพื่อใช้ในการศึกษาของแพทย์ทั่วไป และวงการวิชาชีพสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นสมาคมจิตแพทย์ฯ ได้จัดพิมพ์ตำราและหนังสือออกมาอีกหลายเล่ม ดังแสดงใน**ตารางที่ 3**
- 1.4 ให้ทุนวิจัยศาสตราจารย์หลวงวิเชียรแพทยาคมแก่สมาชิกของสมาคมจิตแพทย์ฯ เป็นประจำทุกปี ทุนนี้จัดตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2521 เพื่อการศึกษาวิจัยด้านจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต ต่อมาเมื่อเงินทุนร่อยหรอลง สมาคมจิตแพทย์ฯ จึงเปลี่ยนมาเป็นให้ทุนปีเว้นปี สลับกับการมอบรางวัลจิตแพทย์ดีเด่น และสมาคมจิตแพทย์ฯ ได้เปลี่ยนจากการมอบทุนวิจัยหลวงวิเชียรแพทยาคม มาเป็นการมอบรางวัลศาสตราจารย์หลวงวิเชียรแพทยาคมแทน โดยคัดเลือกจากจิตแพทย์ที่มี

ผลงานวิจัยเป็นที่ยอมรับและถูกอ้างอิงทั้งในประเทศและต่างประเทศเป็นจำนวนมากหรืองานวิจัยนั้นมีผลกระทบเป็นวงกว้าง โดยเฉพาะตอนนโยบายด้านสุขภาพจิตซึ่งได้มีการมอบรางวัลนี้เป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2557 และอีกครั้งในปี พ.ศ. 2559 แต่คณะกรรมการอำนวยการสมาคมจิตแพทย์ฯ ชุดต่อมาได้เปลี่ยนกลับไปเป็นการมอบเงินทุนเพื่อการวิจัยที่เรียกว่า ทุนวิจัยศาสตราจารย์หลวงวิเชียรแพทยาคม ตามเดิมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561

เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน ได้แสดงรายชื่อสมาชิกสมาคมจิตแพทย์ฯ ที่ได้ทุนวิจัยและรางวัลดังกล่าวไว้ในตารางที่ 4

2. ร่วมมือกับสมาคมและองค์กรในประเทศและต่างประเทศ

- 1.1 ให้ความร่วมมือและให้คำปรึกษาทางวิชาการสาขาจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิตแก่สถาบันและองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนทั้งในประเทศและต่างประเทศจากการติดต่อโดยตรงที่ได้รับคำขอ

ตารางที่ 2 รายชื่อบรรณาธิการ “วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย” รวมทั้งปี พ.ศ. ในการดำรงตำแหน่งและปีที่ของวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ของวารสาร	ปีที่ดำรงตำแหน่ง (พ.ศ.)	ชื่อ-สกุล และตำแหน่ง
ปีที่ 1 - 4	2499 - 2502	พญ.จันทนา สุขวัจน์
ปีที่ 5 - 7	2503 - 2505	นพ.ปัญญา สัตยาบัน
ปีที่ 8 - 12	2506 - 2510	นพ.บุญสวย เชิดเกียรติกุล
ปีที่ 13 - 14	2511 - 2512	นพ.สงัน สุวรรณเลิศ
ปีที่ 15 - 18	2513 - 2516	พญ.สุพัฒนา บุญญานิตย์*
ปีที่ 19 - 20	2517 - 2518	นพ.สงัน สุวรรณเลิศ
ปีที่ 21 - 22	2519 - 2520	นพ.อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม
ปีที่ 23 - 24	2521 - 2522	พญ.สุวิทนา อารีพรรค
ปีที่ 25	2523	พญ.ศรีประภา ชัยสินธพ
ปีที่ 26 - 28	2524 - 2526	พ.ท.หญิง เพลินพิศ วัชรโชติ
ปีที่ 29 - 32	2527 - 2530	นพ.ม.ล.สมชาย จักรพันธุ์
ปีที่ 33 - 36	2531 - 2534	พญ.วรลักษณ์ ธีราโมกข์
ปีที่ 37 - 38	2535 - 2536	รศ.นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์
ปีที่ 39 - 40	2537 - 2538	รศ.นพ.ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร**
ปีที่ 41 - 46	2539 - 2544	รศ.นพ.มานิต หล่อตระกูล
ปีที่ 47 - 50	2545 - 2550	ผศ.นพ.สุรัชย์ เกื้อศิริกุล
ปีที่ 51 - 66	2549 - 2564	รศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล
ปีที่ 67 - 68	2565 - ปัจจุบัน	รศ.ดร.นพ.ธรรมนาถ เจริญบุญ

ที่มา : บรรณาธิการ ห้องสมุดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ โดยสืบค้นจากวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

*ปัจจุบันใช้นามสกุลว่า เดชาติวงศ์ ณ อยุธยา

**ปัจจุบันใช้นามสกุลว่า พฤษชาติคุณากร

ตารางที่ 3 รายชื่อตำราหรือหนังสือที่จัดพิมพ์โดยสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่จัดพิมพ์ (พ.ศ.)	ชื่อตำราหรือหนังสือ*	ชื่อบรรณาธิการ**
2520	ตำราจิตเวชศาสตร์ ของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย	สุพัฒนา เดชาติวงศ์ ณ อยุธยา พูนทรัพย์ บุษปารัง นงเยาว์ ภูลโฆชะ ชูติศย์ ปานปรีชา
2536	ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย พิมพ์ครั้งที่ 2	เกษม ดันติผลาชีวะ อัมพร โอตระกูล นงพงา ลิ้มสุวรรณ อัมพล สุอำพัน
2549	ตำราโรคไบโพลาร์ (Textbook of Bipolar disorder)	ธวัชชัย สีสานนาถ สรยุทธ วาสิกนันทน์
2549	จิตเวชทันยุค 2550 (Psychiatry Update 2007)	สมพร บุษราทิจ และคณะ
2550	จิตเวชทันยุค 2551 (Psychiatry Update 2008)	สมพร บุษราทิจ เกรียงไกร แก้วฉวีกรังษี วรภัทร รัตอาภา
2552	ตำราโรคจิตเภท (Textbook of Schizophrenia)	พิเชฐ อุดมรัตน์ สรยุทธ วาสิกนันทน์
2552	คำครุ (จัดทำร่วมกับราชวิทยาลัยจิตแพทย์ฯ เนื่องในโอกาสครบ 120 ปีจิตเวชศาสตร์ไทย)	ไม่มีข้อมูลชื่อบรรณาธิการ
2553	จิตเวชก้าวหน้า 2554 (Advanced Psychiatry 2011)	สมพร บุษราทิจ สุพร อภินันท์เวช
2554	จิตเวชก้าวหน้า 2555 (Advanced Psychiatry 2012)	สมพร บุษราทิจ กมลเนตร วรรณเสวก สิรินัดดา ปัญญาภาส
2555	สาระทันยุคสำหรับจิตแพทย์ (Points and Pearls for Psychiatrists)	สมพร บุษราทิจ เจียรชัย งามทิพย์วัฒนา ทิมมพร หอสิริ กมลพร วรรณฤทธิ์
2558	ตำราโรคซึมเศร้า	สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล สรยุทธ วาสิกนันทน์

หมายเหตุ : ไม่มีข้อมูลยืนยันถึงการจัดพิมพ์หนังสือในชุดจิตเวชศาสตร์ทันยุค หรือจิตเวชศาสตร์ก้าวหน้า ในปี พ.ศ. 2551 - 2552

*หากตำราหรือหนังสือเล่มใด มีชื่อภาษาอังกฤษอยู่บนหน้าปก ก็จะใส่วงเล็บชื่อภาษาอังกฤษไว้ด้วย

**ชื่อของบรรณาธิการ เป็นชื่อบนปกตำราหรือหนังสือ ซึ่งไม่ใช่ยศหรือตำแหน่งทางวิชาการ

ตารางที่ 4 รายชื่อสมาชิกสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยที่ได้รับทุนวิจัยศาสตราจารย์หลวงวิเชียรแพทยาคม และรางวัลศาสตราจารย์หลวงวิเชียรแพทยาคม ในปี พ.ศ. 2522 - 2565

ปี (พ.ศ.)	ชื่อ-สกุล ของผู้ได้รับทุน (หรือรางวัล)
2522	รศ.นพ.สมพร บุษราภิ
2523	นพ.ธำรง ทัศนัญชลี
2524	พ.ต.สมบัติ เกษมโอสถ
2525	พญ.รวิวรรณ นิเวศพันธ์ และคณะ
2526	นพ.ม.ล.สมชาย จักรพันธ์ และคณะ
2528	ผศ.นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์
2529	พญ.อรพรรณ เมฆสุภา
2531	พญ.สุรางค์ เลิศคชาธาร
2533	นพ.ธานี เศรษฐจันทร์*
2534	นพ.ประเวศ ดันติพิพัฒน์สกุล*
2535	นพ.วสุ จันทศักดิ์ พญ.อุมาพร ตรังคสมบัติ
2542	นพ.รณชัย คงสกัน พญ.ชญาพรรณ รัตนิกานนท์ นพ.ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์*
2547	พญ.ศิริจิต สุทธิจิตต์
2548	พญ.สุพร อภินันท์เวช
2550	นพ.สรยุทธ วาสิกานนท์
2555	พ.อ.ธวัชชัย ลิฬหานาจ
2557	งดมอบทุนวิจัย แต่ให้เป็นรางวัลศาสตราจารย์หลวงวิเชียรแพทยาคมแทน โดยผู้ที่ได้รับรางวัลในปีนั้น คือ ศ.นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์
2559	งดมอบทุนวิจัย แต่ให้เป็นรางวัลศาสตราจารย์หลวงวิเชียรแพทยาคมแทน โดยผู้ที่ได้รับรางวัลในปีนั้น คือ นพ.ธรรณิทธิ์ กองสุข
2561	ผศ.พญ.ทานตะวัน อวิรุทธวรกุล
2563	ไม่มีผู้สมัครขอรับทุน
2565	พญ.วีระวรินทร์ เจริญพร

หมายเหตุ : ไม่มีข้อมูลในปี พ.ศ. 2527, 2530, 2532, 2536 - 2541, 2543 - 2546

*ขอคืนทุนในภายหลัง

- 1.2 ให้ความร่วมมือแก่แพทยสภาในการจัดตั้งกรรมการพิจารณาจัดหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขากุมารจิตเวชศาสตร์ และปรับปรุงหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขจิตเวชศาสตร์ (เป็นบทบาทของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ก่อนหน้าที่จะมีราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย)
- 1.3 ให้ความร่วมมือแก่สถาบันและองค์กรเอกชนในการจัดฝึกอบรมพัฒนาผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต เช่น เป็นวิทยากรดำเนินการฝึกอบรมให้แก่สภาพพัฒนาองค์กรเด็กและเยาวชน (สอ.ยด.) เมื่อ พ.ศ. 2531 ฯลฯ
- 1.4 สนับสนุนและร่วมมือกับองค์กรระหว่างประเทศในการจัดการประชุมวิชาการขึ้นในประเทศไทย เช่น ให้ความร่วมมือสนับสนุนและประสานงานกับสมาคมจิตแพทย์โลก (World Psychiatric Association, WPA) สหพันธ์เพื่อจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิตแห่งอาเซียน² (ASEAN Federation for Psychiatry and Mental Health, AFPMH) ตลอดจนองค์กรนานาชาติอื่นๆ อย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด และส่งผู้แทนไปเข้าร่วมการประชุมวิชาการที่องค์กรต่างๆ ดังกล่าวจัดให้มีขึ้นตามโอกาสอันควร รวมทั้งการให้ความร่วมมือกับองค์กรเหล่านี้ในการจัดประชุมวิชาการขึ้นในประเทศไทยที่หมุนเวียนผลัดกันเป็นเจ้าภาพได้แสดงรายชื่อการประชุมวิชาการในระดับนานาชาติที่ทางสมาคมจิตแพทย์ฯ ได้มีส่วนร่วมในการจัดประชุมขึ้นในประเทศไทยไว้ใน**ตารางที่ 5**
- 1.5 สนับสนุนและให้ความร่วมมือกับ AFPMH ในการจัดทำวารสารจิตเวชศาสตร์เป็นภาษาอังกฤษชื่อ ASEAN Journal of Psychiatry โดยผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกับประเทศอื่นๆ ทั้งนี้แต่ละประเทศจะมีวาระในการรับผิดชอบจัดทำวารสารประเทศละ 2 ปี ปีละ 2 ฉบับ แต่ปรากฏว่าบางประเทศก็ไม่สามารถทำได้และออกวารสารเพียงแค่ 1 เล่มใน 2 ปี เท่านั้น แต่สำหรับประเทศไทยแล้วได้จัดทำวารสารครบถ้วน โดยที่ผ่านมามีจิตแพทย์ไทยที่ได้อุทิศตนรับหน้าที่เป็นบรรณาธิการของวารสารฉบับนี้อยู่ 2 ท่าน คือ ศ.พญ.สุวัฒนา อารีพรรค เป็นบรรณาธิการในปี พ.ศ. 2536 – 2537 และ ศ.นพ.มานิต ศรีสุภานนท์ เป็นบรรณาธิการในปี พ.ศ. 2550 - 2551 ตามลำดับ²

ตารางที่ 5 รายชื่อการประชุมวิชาการในระดับนานาชาติที่สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยได้มีส่วนร่วมในการจัดประชุมขึ้นในประเทศไทย

ปี (พ.ศ.)	รายชื่องานประชุม	ที่จัดประชุม
2519	The Third Regional Symposium on Psychotropic Medication	กรุงเทพฯ
2524	The Third ASEAN Forum on Child and Adolescent Psychiatry	กรุงเทพฯ
สิงหาคม 2530	The 1 st AFPMH Congress	โรงแรมเอเชีย ราชเทวี กรุงเทพฯ
ตุลาคม 2539	The 6 th AFPMH Congress (ร่วมกับราชวิทยาลัยจิตแพทย์ฯ โดยราชวิทยาลัยจิตแพทย์ฯ เป็นเจ้าภาพหลัก)	โรงแรมแวงกรีล่า กรุงเทพฯ
6 - 8 ตุลาคม 2547	The 1 st Asia Pacific Regional Conference of IASP (ร่วมกับราชวิทยาลัยจิตแพทย์ฯ และกรมสุขภาพจิต โดยราชวิทยาลัยจิตแพทย์ฯ เป็นเจ้าภาพหลัก)	โรงแรมอิมพีเรียล ควีนส์ปาร์ค กรุงเทพฯ
มีนาคม 2549	The 1 st Regional Asia Pacific Meeting of CINP (ร่วมกับสถาบันวิจัยและพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหิดล และกรมสุขภาพจิต)	โรงแรมแอมบาสเดอร์ จอมเทียน พัทยา จังหวัดชลบุรี
26 - 29 สิงหาคม 2551	The 11 th AFPMH Congress (ร่วมกับราชวิทยาลัยจิตแพทย์ฯ และกรมสุขภาพจิต โดยสมาคมจิตแพทย์ฯ เป็นเจ้าภาพหลัก)	รอยัลพารากอนฮอลล์ สยามพารากอน กรุงเทพฯ
20 - 23 สิงหาคม 2556	The 4 th WCAP (เป็นการประชุมของ AFPA) (ร่วมกับกรมสุขภาพจิต และ TSGN โดยสมาคมจิตแพทย์ฯ เป็นเจ้าภาพหลัก)	โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ แอนด์ คอนเวนชัน ลาดพร้าว กรุงเทพฯ
1 - 3 กันยายน 2560	The 4 th Congress of ACSR (ร่วมกับ TSGN โดย TSGN เป็นเจ้าภาพหลัก)	โรงแรมเอเชีย ราชเทวี กรุงเทพฯ
9 - 11 ตุลาคม 2562	The 10 th Congress of ASCAPAP (ร่วมกับราชวิทยาลัยจิตแพทย์ฯ และ CAPST โดย CAPST เป็นเจ้าภาพหลัก)	โรงแรมดิเอ็มเพรส เชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่
10 - 13 มีนาคม 2564	The 20 th WCP (เป็นการประชุมของ WPA) (โดยจัดประชุมแบบ online เป็นครั้งแรกของ WCP เดิมจะจัดปี 2563 แต่ต้องเลื่อนมาเนื่องจากสถานการณ์ COVID-19 โดยเป็นการจัดร่วมกับ WPA ราชวิทยาลัยจิตแพทย์ฯ และกรมสุขภาพจิต)	ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค บางนา กรุงเทพฯ
3 - 6 สิงหาคม 2565	The 22 nd WCP (เป็นการประชุมของ WPA) (โดยจัดประชุมแบบ Hybrid ทั้ง on-site และ online)	ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค บางนา กรุงเทพฯ

หมายเหตุ :

ACSR	ย่อมาจาก Asian College of Schizophrenia Research
AFPA	ย่อมาจาก Asian Federation of Psychiatric Associations
AFPMH	ย่อมาจาก ASEAN Federation for Psychiatry and Mental Health
ASCAPAP	ย่อมาจาก Asian Society of Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
CAPST	ย่อมาจาก Child and Adolescent Psychiatric Society of Thailand
CINP	ย่อมาจาก International College of Neuropsychopharmacology
IASP	ย่อมาจาก International Association for Suicide Prevention
TSGN	ย่อมาจาก Thai Society for Geriatric Psychiatry and Neuropsychiatry
WCAP	ย่อมาจาก World Congress of Asian Psychiatry
WCP	ย่อมาจาก World Congress of Psychiatry
WPA	ย่อมาจาก World Psychiatric Association

1.6 สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ได้สร้างความสัมพันธ์กับสมาคมจิตแพทย์ของประเทศต่างๆ เช่น ในปี พ.ศ. 2550 เป็นปีที่รัฐบาลไทยและรัฐบาลของประเทศญี่ปุ่นได้จัดงานฉลองครบ 120 ปี ความสัมพันธ์การทูตระหว่างประเทศไทยกับประเทศญี่ปุ่นขึ้นทางสมาคมจิตแพทย์ฯ จึงได้ถือโอกาสนี้ติดต่อไปยัง Japanese Society of Psychiatry and Neurology (JSPN) เพื่อเชิญ President และคณะผู้บริหารของ JSPN มาเข้าร่วมการประชุมนานาชาติวิชาการภาคฤดูร้อน (Sumer Variety Meeting) ที่สมาคมจิตแพทย์ฯ เป็นเจ้าภาพจัดขึ้นในเดือนเมษายน พ.ศ. 2550 เนื่องในโอกาสครบ 100 ปี ชาตกาล ศาสตราจารย์นายแพทย์ ฝน แสงสิงแก้ว ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีโดยทาง JSPN ได้ส่ง President คือ Prof. Kojima และผู้บริหารอีก 2 คน Prof. Kurachi และ Prof. Watanabe มาเป็นวิทยากรใน symposium เรื่อง Mental Health and Psychiatry in Japan³ ผลของการกระชับความสัมพันธ์ดังกล่าว ทำให้ Japan Young Psychiatrists Organization (JYPO) ได้มอบทุนให้กับจิตแพทย์รุ่นเยาว์ของไทย ไปเข้าร่วมหลักสูตร Course for the Academic Development of Psychiatrists (CADP) ซึ่งทาง JYPO จัดขึ้นเป็นประจำทุกปี

นอกจากนั้นในปี พ.ศ. 2551 สมาคมจิตแพทย์ฯ ได้ติดต่อกับ Prof. Pedro Ruiz นายกสมาคมจิตแพทย์อเมริกันในขณะนั้น เพื่อจัดการประชุมร่วมกันที่เรียกว่า “Thai-American Psychiatry Conference (TAP Con)” เนื่องในโอกาสที่ปี พ.ศ. 2551 เป็นปีที่ครบรอบ 175 ปี ของความสัมพันธ์ทางการทูตระหว่างประเทศไทยและสหรัฐอเมริกา โดยการประชุมดังกล่าวจัดขึ้นเมื่อวันที่ 26 สิงหาคม พ.ศ. 2551 ณ ห้องประชุมอเนกประสงค์ รอยัลพารากอนฮอลล์ สยามพารากอน กรุงเทพฯ ต่อมาสมาคมจิตแพทย์ฯ ได้นำคำบรรยายของวิทยากรทั้งหมดซึ่งเป็นวิทยากรไทย 3 คน และวิทยากรอเมริกันอีก 3 คน มาจัดพิมพ์เป็นวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ ฉบับผนวก (supplementary issue) โดยตีพิมพ์บทความเป็นภาษาอังกฤษ ดังรายละเอียดชื่อเรื่องการบรรยายและผู้บรรยายที่ได้แสดงไว้ในตารางที่ 6

3. เผยแพร่ความรู้สู่ประชาชน

เผยแพร่ความรู้ทางจิตเวชและสุขภาพจิตแก่ประชาชน โดยผ่านทาง สื่อมวลชน หนังสือพิมพ์วิทยุ และโทรทัศน์เป็นระยะๆ เช่น เผยแพร่ผ่านรายการปัญหาชีวิตและสุขภาพทางสถานีโทรทัศน์ช่อง 9 ในช่วงทศวรรษ 2520 - 2530 เป็นต้น

ต่อมาในช่วงปี พ.ศ. 2549 - 2552 เมื่อสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยได้จัดโครงการจิตเวชสัญจร เพื่อไปพบปะกับสมาชิกของสมาคมในต่างจังหวัด จึงได้ถือโอกาสดังกล่าวร่วมกับจิตแพทย์ในจังหวัดนั้นๆ จัดกิจกรรมที่เรียกว่า “จิตเวชน่ารู้สู่ประชาชนสัญจร” ขึ้นโดยหมุนเวียนไปตามจังหวัดในภูมิภาคต่างๆ เมื่อเข้าสู่ยุคดิจิทัล ตั้งแต่ พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา จึงได้มีการเผยแพร่ความรู้ผ่านช่องทางสื่อ online อื่นๆ เช่น เว็บไซต์ของสมาคมจิตแพทย์ฯ (www.psychiatry.or.th), Facebook Page: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย เป็นต้น

สำหรับหัวข้อการให้ความรู้กับประชาชนมีหลากหลาย และสัมพันธ์กับวันสำคัญทางด้านจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต เช่น วันไบโพลาร์โลก (30 มีนาคม) วันป้องกันการฆ่าตัวตายโลก (10 กันยายน) วันสุขภาพจิตโลก (10 ตุลาคม) โดยเฉพาะวันไบโพลาร์โลกที่ผู้นิพนธ์ในฐานะสมาชิกของสมาคมจิตแพทย์ฯ เป็นผู้ริเริ่มเสนอให้ขึ้นและสมาคมจิตแพทย์ฯ ได้ร่วมกับชมรมต่างๆ จัดกิจกรรมวันไบโพลาร์โลกขึ้นเป็นครั้งแรกในประเทศไทย เมื่อวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2557 ณ โรงแรมเซาท์ตันแกรนด์ สุขุมวิท กรุงเทพฯ หลังจากนั้นกิจกรรมเนื่องในวันไบโพลาร์โลกนี้ก็มีการจัดขึ้นเป็นประจำทุกปี โดยความร่วมมือของสมาคมจิตแพทย์ฯ กับกรมสุขภาพจิต⁴ และเป็นต้นแบบให้มีการจัดกิจกรรมวันไบโพลาร์โลกในประเทศต่างๆ อีกหลายประเทศ

4. อื่นๆ

- 4.1 เสนอกระทรวงสาธารณสุขให้เพิ่มเงินพิเศษแก่จิตแพทย์ผู้ทำงานส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ พ.ศ. 2522 ซึ่งมีผลให้จิตแพทย์ผู้ปฏิบัติราชการในโรงพยาบาลต่างจังหวัดได้รับเงินเพิ่มพิเศษคนละ 1,500 บาทต่อเดือนในช่วงเวลาหนึ่ง
- 4.2 ส่งเสริมกิจกรรมอนุรักษ์วัฒนธรรมไทย เช่น จัดพิธีรดน้ำสังกรานต์จิตแพทย์อาวุโสในเดือนเมษายน เริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2528 เป็นต้นมา
- 4.3 ในปีประมาณ พ.ศ. 2537 สมาคมจิตแพทย์ฯ ได้ริเริ่มให้มีงานเลี้ยงแสดงความยินดีแก่แพทย์ประจำบ้าน

ตารางที่ 6 ชื่อบทความ ชื่อผู้นิพนธ์ของวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2551 ฉบับผนวก 1

ชื่อผู้นิพนธ์	ชื่อบทความ (ภาษาไทย)	ชื่อบทความ (ภาษาอังกฤษ)	เลขหน้าของวารสาร
Pedro Ruiz	ประวัติของจิตเวชศาสตร์ ในอเมริกา : ประเด็นเรื่องสมาคม จิตแพทย์อเมริกัน	History of Psychiatry in America: An American Psychiatric Association Perspective	7S - 13S
พิเชฐ อุดมรัตน์	ประวัติจิตเวชศาสตร์ ในประเทศไทย	History of Psychiatry in Thailand	14S - 21S
Linda Cottler	การใช้ยา การใช้ยาผิดแผน และการ พึ่งพิงยาในอเมริกา : แนวโน้มข้อ จำกัดและแนวคิดเพื่อการศึกษา ในอนาคต	Drug Use, Abuse and Dependence in the United States: Trends, Limitations and Ideas for Future Studies	22S - 23S
สาวิตรี อัมมวณิชกรชัย, อภิรักษ์ อร่ามรัตน์, อุษณีย์ พึ่งปาน, มานพ คณะโต, นพดล กรรณิกา, อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา	สถานการณ์ปัญหาจาก สารเสพติดของประเทศไทยใน ปัจจุบัน	Current Situation of Substance-Related Problems in Thailand	24S - 36S
Jose E. De la Gandara Sibila	จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ : ภาวะสมอง เสื่อม อัลไซเมอร์ และความผิดปกติ ที่เกี่ยวข้องในศตวรรษที่ 21	Geriatric Psychiatry: Alzheimer's Dementia and Related Disorders in the 21 st Century	37S - 38S
ณัทชัย วงศ์ปการณย์	จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ในประเทศไทย	Geriatric Psychiatry in Thailand	39S - 46S

ที่สอบบอร์เดอเรจลัน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเย็นวันพุธ
สัปดาห์ที่ 2 หรือ 3 ของเดือนมิถุนายน ก่อนที่จะมี
การประชุมตัดสินผลการสอบในเช้าวันรุ่งขึ้น ซึ่งเป็น
วันพฤหัสบดี ต่อมาในปี พ.ศ. 2547 สมาคมจิตแพทย์ฯ
ได้เรียกงานนี้ว่า APEC Night โดยย่อมาจาก
A Psychiatric Edutainment and Congratulation
Night เนื่องจากในปีก่อนหน้า คือ ปี พ.ศ. 2546
ประเทศไทยได้รับมอบหมายให้เป็นเจ้าภาพ
จัดการประชุม APEC ย่อมาจาก Asia Pacific
Economic Cooperation ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร
และสมาคมจิตแพทย์ฯ ได้จัด APEC Night ต่อเนื่อง
มาเป็นประจำทุกปีแบบ on-site meeting ยกเว้น
ในช่วงที่มีการระบาดของโรค COVID-19 ที่จัดให้มี
การแนะนำตัวจิตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษา และ
สถานที่ที่จะไปปฏิบัติงานผ่านทางระบบ Zoom
meeting แทน

4.4 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 สมาคมจิตแพทย์ฯ ได้เชิญ
จิตแพทย์ด้วยการคัดเลือกให้มีจิตแพทย์ดีเด่นใน
3 สาขา คือ สาขาคาความเป็นครู สาขางานวิจัย และ
สาขาอุทิศตนเพื่อประโยชน์ส่วนรวมแก่วงการจิตเวช
และมีการคัดเลือกพร้อมมอบรางวัลเป็นโล่เกียรติยศ
ให้กับจิตแพทย์ดีเด่นทุกๆ 2 ปี ในการประชุมวิชาการ
ประจำปีจิตเวชศาสตร์ไทย แต่บางปีก็ไม่ได้มี
จิตแพทย์ดีเด่นครบทั้ง 3 สาขา ขึ้นกับคณะ
อนุกรรมการคัดเลือกในปีนั้นๆ จะเป็นผู้พิจารณา
โดยไม่ได้มีการเปิดรับสมัคร และผู้ได้รับการคัดเลือก
ให้เป็นจิตแพทย์ดีเด่นจะต้องได้รับความเห็นชอบ
แบบเห็นพ้องต้องกันทั้งหมด (consensus) จากคณะ
อนุกรรมการทุกคน ต่อมาในปี พ.ศ. 2556 สมาคม
จิตแพทย์ฯ ได้เพิ่มรางวัลอีก 1 สาขา คือ สาขาจิตแพทย์
รุ่นเยาว์ดีเด่น ได้แสดงรายชื่อของจิตแพทย์ดีเด่น
ในสาขาต่างๆ ของสมาคมจิตแพทย์ฯ ตั้งแต่ปี พ.ศ.
2540 จนถึง พ.ศ. 2566 ไว้ใน **ตารางที่ 7**

ตารางที่ 7 รายชื่อของจิตแพทย์ดีเด่นในสาขาต่างๆ ของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 - 2566

ปี (พ.ศ.)	สาขาของรางวัลที่ได้รับ	ชื่อ-สกุล
2538	สาขาความเป็นครู	ศ.พญ.วันเพ็ญ บุญประกอบ
	สาขางานวิจัย	รศ.นพ.สุชาติ พหลภาคย์
	สาขาอุทิศตนเพื่อประโยชน์ส่วนรวมแก่วงการจิตเวช	ไม่มีข้อมูลจากการสืบค้น
2540	สาขาความเป็นครู	พ.ท.อรุณ เชาวนาสัย
	สาขางานวิจัย	รศ.พญ.อัมพร โอตระกูล
	สาขาอุทิศตนเพื่อประโยชน์ส่วนรวมแก่วงการจิตเวช	พญ.สุพัฒนา เดชาดิวงค์ ณ อยุธยา
2542	สาขาความเป็นครู	ไม่มีข้อมูลจากการสืบค้น
	สาขางานวิจัย	รศ.พญ.อุมาพร ตรังคสมบัติ
	สาขาอุทิศตนเพื่อประโยชน์ส่วนรวมแก่วงการจิตเวช	ไม่มีข้อมูลจากการสืบค้น
2544	สาขาความเป็นครู	ศ.นพ.จำลอง ดิษยวณิช
	สาขางานวิจัย	รศ.นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์
	สาขาอุทิศตนเพื่อประโยชน์ส่วนรวมแก่วงการจิตเวช	รศ.นพ.ณรงค์ สุภัทรพันธุ์
2546	สาขาความเป็นครู	พญ.สุพัฒนา เดชาดิวงค์ ณ อยุธยา
	สาขางานวิจัย	ไม่มีข้อมูลจากการสืบค้น
	สาขาอุทิศตนเพื่อประโยชน์ส่วนรวมแก่วงการจิตเวช	นพ.เกษม ตันติผลาชีวะ
2548	สาขาความเป็นครู	ศ.นพ.สมภพ เรืองตระกูล
	สาขางานวิจัย	ไม่มีข้อมูลจากการสืบค้น
	สาขาอุทิศตนเพื่อประโยชน์ส่วนรวมแก่วงการจิตเวช	ไม่มีข้อมูลจากการสืบค้น
2550	สาขาความเป็นครู	ศ.คลินิก พญ.อรพรรณ ทองแดง
	สาขางานวิจัย	ศ.นพ.มานิต ศรีสุรภานนท์
	สาขาอุทิศตนเพื่อประโยชน์ส่วนรวมแก่วงการจิตเวช	รศ.นพ.มานิต หล่อตระกูล
2552	สาขาความเป็นครู	ศ.พญ.นงพาง ลัมสุวรรณ
	สาขางานวิจัย	ศ.พญ.สาวิตรี อักษรนาคกรชัย
	สาขาอุทิศตนเพื่อประโยชน์ส่วนรวมแก่วงการจิตเวช	พ.ต.วีระ เชื้อศิริกุล
2554	สาขาความเป็นครู	ผศ.นพ.สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย
	สาขางานวิจัย	รศ.พญ.สุวรรณภา อรุณพงศ์ไพศาล
	สาขาอุทิศตนเพื่อประโยชน์ส่วนรวมแก่วงการจิตเวช	พญ.พรรณพิมล วิบุลากร
2556	สาขาความเป็นครู	ศ.เกียรติคุณ นพ.สมพร บุษราทิจ
	สาขางานวิจัย	รศ.พญ.ณทัย วงศ์ปาริณย์
	สาขาอุทิศตนเพื่อประโยชน์ส่วนรวมแก่วงการจิตเวช	ศ.นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์
	จิตแพทย์รุ่นเยาว์ดีเด่น	พญ.สิริประภา พงนะแก้ว

ตารางที่ 7 รายชื่อของจิตแพทย์ดีเด่นในสาขาต่างๆ ของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 – 2566 (ต่อ)

ปี (พ.ศ.)	สาขาของรางวัลที่ได้รับ	ชื่อ-สกุล
2558	สาขาความเป็นครู	รศ.นพ.ณรงค์ สุภัทรพันธุ์
	สาขางานวิจัย	รศ.นพ.ณรงค์ มณีทอง
	สาขาอุทิศตนเพื่อประโยชน์ส่วนรวมแก่วงการจิตเวช	นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์
	จิตแพทย์รุ่นเยาว์ดีเด่น	พญ.บุญศิริ จันศิริมงคล
2560	สาขาความเป็นครู	นพ.เกษม ตันติผลาชีวะ
	สาขางานวิจัย	ศ.นพ.ทินกร วงศ์ปการันย์
	สาขาอุทิศตนเพื่อประโยชน์ส่วนรวมแก่วงการจิตเวช	พญ.สมรัก ชูวานิชวงศ์
	จิตแพทย์รุ่นเยาว์ดีเด่น	นพ.เอมน์สรี มินทรศักดิ์
2562	สาขาความเป็นครู	รศ.นพ.อัมพล สุอำพัน
	สาขางานวิจัย	รศ.พญ.บุรณี กาญจนถวัลย์
	สาขาอุทิศตนเพื่อประโยชน์ส่วนรวมแก่วงการจิตเวช	นพ.ปริทรรศ ศิลปกิจ
	จิตแพทย์รุ่นเยาว์ดีเด่น	นพ.พฤทธิ์ ทองเพ็ญจันทร์
2564	สาขาความเป็นครู	ผศ.นพ.พนม เกตุมาน
	สาขางานวิจัย	ศ.นพ.รณชัย คงสกนธ์
	สาขาอุทิศตนเพื่อประโยชน์ส่วนรวมแก่วงการจิตเวช	นพ.ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล
	จิตแพทย์รุ่นเยาว์ดีเด่น	พญ.ณัฐวรรตต์ เอนกวิทย์
2566	สาขาความเป็นครู	ศ.เกียรติคุณ นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์
	สาขางานวิจัย	ศ.พญ.เบญจลักษณ์ มณีทอง
	สาขาอุทิศตนเพื่อประโยชน์ส่วนรวมแก่วงการจิตเวช	พญ.ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์
	จิตแพทย์รุ่นเยาว์ดีเด่น	นพ.อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์

4.5 ตรวจประเมินและให้คำแนะนำผู้ป่วยจิตเวชคนไทยที่ไปอาศัยอยู่ในประเทศญี่ปุ่น โดยโครงการนี้สมาคมจิตแพทย์ฯ ได้จัดให้มีขึ้นในช่วงประมาณปี พ.ศ. 2548 ด้วยความคิดริเริ่มของ รศ.นพ.รณชัย คงสกนธ์ คณะกรรมการอำนวยการสมาคมจิตแพทย์ฯ ในขณะนั้น ร่วมกับ ท่านทูตกษิต ภิรมย์ จัดส่งจิตแพทย์ไทยครั้งละ 2 คน เพื่อไปตรวจประเมินดังกล่าวอยู่ที่กรุงโตเกียว เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ติดต่อกันหลายเดือน ผลสำเร็จจากโครงการนี้ทำให้กระทรวงการต่างประเทศได้ขอความร่วมมือจากกรมสุขภาพจิต จัดส่งจิตแพทย์ไปช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชคนไทยในหลายประเทศของทวีปยุโรปในเวลาต่อมา

4.6 สนับสนุนให้จิตแพทย์รุ่นเยาว์ได้มีศักยภาพเพิ่มขึ้นในการทำวิจัยให้สำเร็จลุล่วง สมาคมจิตแพทย์ฯ จึงได้จัดให้มีโครงการ Mentor and Mentee Program หรือ M&M Program ขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2549 - 2552 จากนั้นสมาคมจิตแพทย์ฯ ได้มอบทุนให้จิตแพทย์รุ่นเยาว์ไปเสนอผลงานวิจัยดังกล่าวในการประชุม WCP ด้วยความสนับสนุนส่วนหนึ่งจากทาง WPA โดยจิตแพทย์คู่แรกที่ได้นำเสนอผลงานวิจัยแบบโปสเตอร์ในการประชุม WCP พ.ศ. 2551 ณ กรุงปารีส สาธารณรัฐเช็ก คือ พญ.ศิริณา ศรีทราพิสิฐ และ พญ.ทัตถกมล พรหมมา

- 4.7 สนับสนุนให้จิตแพทย์รุ่นเยาว์ได้ไปดูงานและฝึกอบรมระยะสั้นในต่างประเทศ คนละ 4 สัปดาห์ ณ University of Melbourne ประเทศออสเตรเลีย และ University of Toronto ประเทศแคนาดา ในช่วงปี พ.ศ. 2549 - 2552 ตัวอย่างของจิตแพทย์รุ่นเยาว์ที่ได้ทุนนี้ เช่น รศ.พญ.ศิริจิต สุทธิจิตต์, รศ.พญ.พรจิรา ปรวิชรากุล และ พญ.อุมามน พวงทอง เป็นต้น
- 4.8 สนับสนุนให้สมาชิกของสมาคมจิตแพทย์ฯ ที่มีความสนใจในเรื่องเดียวกันรวมตัวกันเป็นชมรมที่อยู่ภายใต้สมาคมจิตแพทย์ฯ⁵ เช่น ชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย ชมรมความผิดปกติทางอารมณ์แห่งประเทศไทย ชมรมจิตเวชศาสตร์การเสพติดแห่งประเทศไทย ชมรมจิตเวชศาสตร์การรับปรึกษาในผู้ป่วยทางกาย เป็นต้น โดยมีข้อมูลยืนยันว่าที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมจิตแพทย์ฯ ได้มีมติรับรองชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย เมื่อเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2552⁶ ส่วนชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทยซึ่งก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2529 และอยู่ภายใต้ราชวิทยาลัยจิตแพทย์ฯ นั้น ได้ย้ายมาอยู่ภายใต้สมาคมจิตแพทย์ฯ ในปี พ.ศ. 2565
- อนึ่งยังมีชมรมของจิตแพทย์ที่รวมตัวกันเองซึ่งแม้จะไม่ได้อยู่ภายใต้สมาคมจิตแพทย์ฯ แต่ก็ได้ร่วมกิจกรรมกับสมาคมอย่างใกล้ชิด เช่น ชมรมจิตแพทย์ภาคใต้ ซึ่งก่อตั้งเมื่อประมาณปี พ.ศ. 2544 และได้เป็นผู้จัดงานจิตเวชสัญจรภาคใต้ให้กับสมาคมจิตแพทย์ฯ และราชวิทยาลัยจิตแพทย์ฯ ในปี พ.ศ. 2553, 2554, 2556 และ 2558 นอกจากนี้ยังมีชมรมจิตแพทย์ สป. ซึ่งเป็นกลุ่มจิตแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2562 อีกด้วย
- 4.9 สนับสนุนให้สมาชิกของสมาคมจิตแพทย์ฯ ที่มีศักยภาพได้ไปเป็นผู้บริหารองค์กรทางจิตเวชศาสตร์และหรือสุขภาพจิตในระดับนานาชาติ โดยสมาชิกของสมาคมจิตแพทย์ฯ คนแรกที่ได้เป็น President ของ World Federation of Mental Health (WFMH) คือ ศ.นพ.ฝน แสงสิงแก้ว หลังจากนั้นก็ได้มีสมาชิกคนอื่นๆ ของสมาคมที่ได้ไปดำรงตำแหน่งในคณะผู้บริหารขององค์กรระดับนานาชาติอีกหลายคน ดังแสดงในตารางที่ 8

วิจารณ์

จากตารางที่ 1 จะเห็นว่าภายหลังการยื่นขอจดทะเบียนจัดตั้งเป็นสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2496 แล้ว แต่กว่าจะได้มีนายกสมาคมจิตแพทย์ฯ และคณะกรรมการอำนวยการสมาคมจิตแพทย์ฯ ชุดแรก ก็เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2499 โดยมี ศ.นพ.ฝน แสงสิงแก้ว เป็นนายกสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยเป็นคนแรกเมื่อปี พ.ศ. 2499 - 2501 และต่อมาท่านได้รับเลือกให้กลับมาดำรงตำแหน่งซ้ำอีกครั้งเป็นสมัยที่ 2 เมื่อปี พ.ศ. 2513 - 2514

เมื่อดูจาก พ.ศ. 2499 จนถึงปัจจุบัน (พ.ศ. 2566) พบว่ามีการดำรงตำแหน่งของนายกสมาคมจิตแพทย์ฯ ทั้งสิ้น 32 วาระ โดยใน 30 วาระแรก นายกสมาคมจิตแพทย์ฯ และคณะกรรมการอำนวยการสมาคมจิตแพทย์ฯ จะดำรงตำแหน่งวาระละ 2 ปี แต่ต่อมาได้มีการเสนอขอรับรองมติจากสมาชิกของสมาคมจิตแพทย์ฯ ในที่ประชุมใหญ่สามัญประจำปี ในปี พ.ศ. 2560 ขอปรับเปลี่ยนเป็นวาระละ 4 ปี

ในจำนวนนายกสมาคม 20 คนนั้น พบว่าเป็นเพศชาย 18 คน (ร้อยละ 90) เพศหญิง 2 คน (ร้อยละ 10) เป็นจิตแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล 18 คน (ร้อยละ 90) ปฏิบัติงานในต่างจังหวัด 2 คน (ร้อยละ 10) แบ่งเป็นภาคใต้ 1 คน และภาคเหนือ 1 คน ตามลำดับ เมื่อแบ่งประเภทของสถานที่ปฏิบัติงานออกเป็นโรงเรียนแพทย์หรือสถาบันฝึกอบรม พบว่า มี 11 คน (ร้อยละ 55) ที่เหลือปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวชหรือกรมสุขภาพจิตอีก 9 คน (ร้อยละ 45)

ในจำนวนนายกสมาคมจิตแพทย์ฯ 20 คนนั้น มีผู้ดำรงตำแหน่ง 3 วาระเพียงคนเดียว ที่เหลือดำรงตำแหน่งคนละ 2 วาระ มี 10 คน และดำรงตำแหน่งเพียงวาระเดียวอีก 9 คน

ในส่วนของกิจกรรมของสมาคมจิตแพทย์ฯ พบว่า ได้มีพัฒนาการเพิ่มกิจกรรมหลากหลายกิจกรรมมากขึ้นกว่าในอดีต ทั้งกิจกรรมเพื่อสมาชิกและกิจกรรมเพื่อเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชน กล่าวโดยสรุปกิจกรรมของสมาคมจิตแพทย์ฯ ในระยะแรกของการก่อตั้ง ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมด้านวิชาการสาขาจิตเวชศาสตร์ และสุขภาพจิตโดยรวม ต่อมาในปัจจุบันกิจกรรมวิชาการสำหรับสมาชิกจะเป็นความรู้เชิงลึกที่เกี่ยวข้องกับโรคหรืออนุสาขามากขึ้น เนื่องจากได้มีชมรมต่างๆ เกิดขึ้นหลายชมรมที่อยู่ภายใต้ความสนับสนุนของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย⁵ ซึ่งจะไปตามวัตถุประสงค์ของสมาคมจิตแพทย์ฯ ผลแห่งการพัฒนาวิชาการและความร่วมมือกับสถาบันและองค์กรที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 8 รายชื่อสมาชิกสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ที่ได้เป็นผู้บริหารขององค์กรจิตเวชศาสตร์หรือสุขภาพจิตระดับนานาชาติ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งบริหาร	องค์กร	ช่วงปีที่ดำรงตำแหน่ง
ศ.นพ.ฝน แสงสิงแก้ว	President	WFMH	2505 - 2506
พ.อ.อรุณ เซวานาคัย	President	AFPMH	2528 - 2530
ผศ. (พิเศษ) นพ.อรรถ ทศนาญชลี	Executive Committee	WAPR	2529 - 2532
นพ.สุทธิชัย ปานปรีชา	President	AFPMH	2538 - 2540
ศ.นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์	President	AFPMH	2549 - 2551
ศ.นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์	President	AFPA	2556 - 2558
ศ.นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์	President	PRCP	2559 - 2561
ศ.นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์	President	ACSR	2560 - 2562
ศ.นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์	Vice President	ISBD	2559 - 2560
ศ.นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์	Vice President	WAPR	2561 - 2564, 2565 - 2568
ศ.นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์	Board Member (ZR)	WPA	2563 - 2566
นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์	Board Member (SF)	AFPA	2556 - 2558
ศ.ดร.พญ.สาวิตรี อึ้งนางค์กรชัย	President	APSAAR	2562 - 2566
ผศ.นพ.พนม เกตุมาน	President	ASCAPAP	2563 - 2565
ผศ.พญ.กมลพร วรรณฤทธิ์	Board Member (SF)	AFPA	2565 - 2567
รศ.พญ.ชนกานต์ ชัยवाल	Board of Directors	PRCP	2564 - 2566, 2566 - 2568
ศ.นพ.ชวนนท์ ชาญศิลป์	Board Member (ZR)	WPA	2566 - 2569

หมายเหตุ :

ACSR	ย่อมาจาก	Asian College of Schizophrenia Research
AFPA	ย่อมาจาก	Asian Federation of Psychiatric Associations
AFPMH	ย่อมาจาก	ASEAN Federation for Psychiatry and Mental Health
APSAAR	ย่อมาจาก	Asia Pacific Society for Alcohol and Addiction Research
ASCAPAP	ย่อมาจาก	Asian Society of Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
ISBD	ย่อมาจาก	International Society for Bipolar Disorders
PRCP	ย่อมาจาก	Pacific Rim College of Psychiatrists
SF	ย่อมาจาก	Secretary for Finance
WAPR	ย่อมาจาก	World Association for Psychosocial Rehabilitation
WFMH	ย่อมาจาก	World Federation for Mental Health
WPA	ย่อมาจาก	World Psychiatric Association
ZR	ย่อมาจาก	Zonal Representative

ทั้งประเทศไทยและต่างประเทศในด้านต่างๆ ย่อมตกอยู่กับประชาชนในที่สุด และทำให้สุขภาพจิตรวมทั้งคุณภาพชีวิตของประชาชนชาวไทยทั้งปวงดีขึ้นด้วย

ต่อมาเมื่อมีวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย แล้วเป็นราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยในที่สุดนั้น ราชวิทยาลัยจิตแพทย์ฯ ได้รับผิดชอบดูแลการประชุมวิชาการประจำปีจิตเวชศาสตร์ไทย รวมทั้งงานทางด้านการฝึกอบรมและสอบการประเมินสถาบัน การรับรองหลักสูตรการฝึกอบรมฯ การจัด workshop ให้แพทย์ประจำบ้านเป็นหลัก ส่วนงานวิชาการด้านอื่นๆ ทางสมาคมจิตแพทย์ฯ ยังคงมีบทบาทอยู่ โดยเฉพาะการจัดทำวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

เมื่อมองย้อนกลับไป 70 ปี ที่ผ่านมา จะเห็นว่าสมาคมจิตแพทย์ฯ ได้มีพัฒนาการอย่างก้าวหน้ามาโดยตลอด จึงเป็นองค์กรหนึ่งที่สร้างความภาคภูมิใจให้กับสมาชิกและยังคุณประโยชน์ให้กับประชาชนคนไทย ด้วยการประสานร่วมมือกับองค์กรอื่นๆ ทางด้านจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต เช่น ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และกรมสุขภาพจิต เป็นต้น นับจากนี้ต่อไปจึงเชื่อได้ว่า สมาคมจิตแพทย์ฯ จะยังคงมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อยังคุณประโยชน์ให้กับประเทศชาติและประชาชน สมดังเจตนารมณ์ของคณาจารย์จิตแพทย์อาวุโสที่ได้ร่วมกันก่อตั้งสมาคมจิตแพทย์ฯ ขึ้นเมื่อ 70 ปีก่อน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้พิมพ์ขอขอบคุณ คณาจารย์จิตแพทย์และบรรณารักษ์ที่ได้ช่วยสืบค้นและหรือยืนยันข้อมูลที่ปรากฏในตารางต่างๆ ดังรายนามต่อไปนี้ ศ.เกียรติคุณ พญ.วันเพ็ญ บุญประกอบ, พล.ท.วีระ เชื้อศิริกุล, นพ.เกษม ตันติผลาชีวะ, นพ.วีระ สีสานันทกิจ, ศ.พญ.อุมาพร ตรังคสมบัติ, พล.ร.ต.วสิน บำรุงชีพ, ศ.นพ.รณชัย คงสกนธ์, ศ.นพ.ชวนนท์ ชาญศิลป์ และบรรณารักษ์ห้องสมุดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาอีก 2 คน คือ นางขจีนิภา เมธีวรกุลกิจ และ น.ส.ชนก สมอิน้อย มา ณ ที่นี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. ประวัติของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (สืบค้นจาก <https://psychiatry.or.th/home/index.php/smakhm-citphaethy-haeng-prathesthiy/history> เมื่อวันที่ 23 กันยายน 2566)
2. พิเชฐ อุดมรัตน์. สหพันธ์เพื่อจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2551; 53(4): 335-41.
3. รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ครั้งที่ 6-2549 วันที่ 13 กันยายน 2549 ณ ห้องประชุม 2 ชั้น 2 ตึกอำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2550; 52(1): 86-91.
4. พิเชฐ อุดมรัตน์. หนึ่งทศวรรษวันไบโพลาร์โลก: เริ่มต้นที่ประเทศไทย แล้วกระจายไปทั่วโลก. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2567; 32(1) ตอบริตพิมพ์ เมื่อวันที่ : 2 กุมภาพันธ์ 2567
5. Wannarit K, Pukrittayakamee P, Udomratn P. Current status of psychiatric care in Thailand. Taiwanese J Psychiatry 2023; 37: 103-12.
6. พิเชฐ อุดมรัตน์. พัฒนาการของจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2566; 31(4): 250-61.

ทักษะทางสังคมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กสมาธิสั้นชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

อภิญญา ชัยวัฒน์พงศ์*, วศิน เลหาวินิจ**, จิรดา ประสาทพรศิริโชค*, ศศิธร ปรีชาวุฒิเดช*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการเลี้ยงดูและปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นที่กำลังศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ในกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองและเด็กสมาธิสั้น ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 ซึ่งมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2565 ถึง 30 เมษายน 2566 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กและผู้ปกครอง การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ข้อมูลที่บันทึกไว้ในเวชระเบียน และแบบประเมิน Screening for Child Anxiety Related Disorders (SCARED) แบบประเมิน Swanson, Nolan and Pelham IV scale (SNAP-IV) แบบประเมิน Alabama Parenting Questionnaire (APQ) และแบบประเมิน Social skill Questionnaire (SSQ) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Multiple Linear Regression ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น กำหนดนัยสำคัญทางสถิติอยู่ที่ 0.05

ผลการศึกษา เด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครองที่เข้าร่วมการศึกษารวมมีจำนวนทั้งสิ้น 112 คู่ เป็นเด็กชายร้อยละ 83.0 และร้อยละ 41.1 มีโรคร่วมอย่างน้อย 1 ประการ ปัจจัยเชิงบวกที่มีความสัมพันธ์กับทักษะทางสังคม ได้แก่ คะแนนรวมของการเลี้ยงดูเชิงบวก ($\beta=0.2, p=0.04$) การมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเด็กและครู ($\beta=4.5, p=0.006$ และ $\beta=6.51, p<0.001$ สำหรับกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางและสูงเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ) และการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ($\beta=2.8, p=0.05$) ปัจจัยเชิงลบที่มีความสัมพันธ์กับทักษะทางสังคม ได้แก่ คะแนนรวมของการเลี้ยงดูเชิงลบ ($\beta=-0.3, p=0.009$) เพศชาย ($\beta=-6.9, p=0.001$) การมีโรคทางกาย ($\beta=-11.6, p=0.002$) อาการขาดสมาธิ ($\beta=-8.8, p<0.001$) อาการขาดสมาธิและมีพฤติกรรมอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นร่วมด้วย ($\beta=-7.3, p<0.001$) และอาการต่อต้าน ($\beta=-5.9, p<0.001$)

สรุป การผสมผสานการรักษาโรคสมาธิสั้นทางคลินิกกับการบูรณาการส่งเสริมปัจจัยแวดล้อมไม่ว่าจะเป็นการแนะนำแนวทางการเลี้ยงดูเชิงบวก อาทิ การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ในการเลี้ยงดูบุตรและบทบาทการเป็นพ่อแม่ที่ดี ร่วมกับการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเด็กสมาธิสั้นและครู ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมจะส่งผลดีต่อทักษะสังคมในเด็กสมาธิสั้น

คำสำคัญ โรคสมาธิสั้น ทักษะทางสังคม การเลี้ยงดู นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

Corresponding author: ศศิธร ปรีชาวุฒิเดช

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail: sasithorn.p@chula.ac.th

วันรับ : 17 กันยายน 2566 วันแก้ไข : 16 ธันวาคม 2566 วันตอบรับ : 30 มกราคม 2567

Social Skills and Associated Factors of Late Elementary School Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) at Child and Adolescent Psychiatric Unit, King Chulalongkorn Memorial Hospital

Ananya Chaiwattanapong*, Wasin Laohavinij**, Jirada Prasartpornsirichoke*, Sasithorn Preechawuttidech*

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

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

ABSTRACT

Objective: This study aimed to determine the associations between parenting practices, sociodemographic factors, and social skills in children with ADHD.

Method: A cross-sectional study was conducted at the Child and Adolescent Outpatient Clinic, Department of Psychiatry, King Chulalongkorn Memorial Hospital, from December 1, 2022, to April 30, 2023. This study recruited parents and children with ADHD who were enrolled in late elementary schools. The sociodemographic status of both children and parents was collected using questionnaires. In addition, child interviews and Thai version standardized tests such as the Screening for Child Anxiety Related Disorders (SCARED), the Swanson, Nolan, and Pelham IV scale (SNAP-IV), the Alabama Parenting Questionnaire (APQ), and the Social Skill Questionnaire (SSQ) were utilized in this study. Associations between factors and social skills were analyzed using multiple linear regression with a 0.05 significance threshold.

Results: One hundred and twelve ADHD patients and their parents were included in the study. 83.0 percent of the patients were male, and 41.1 percent had at least one comorbidity. Positive factors associated with social skills were positive parenting scores ($\beta=0.2$, $p=0.04$), a good child-teacher relationship ($\beta=4.5$, $p=0.006$ and $\beta=6.51$, $p<0.001$ for children with moderate and satisfactory relationships compared to the poor group, respectively), and receiving behavioral modifications in the past 3 months ($\beta=2.8$, $p=0.05$). Social skills were negatively associated with negative parenting scores ($\beta=-0.3$, $p=0.009$), male gender ($\beta=-6.9$, $p=0.002$), physical illness ($\beta=-11.6$, $p<0.001$), predominant inattentiveness ($\beta=-8.8$, $p<0.001$), combine type ($\beta=-7.3$, $p<0.001$), and symptoms of oppositional defiant disorder ($\beta=-5.9$, $p<0.001$).

Conclusion: It is crucial to combine clinical treatments for ADHD using medication and improving environmental factors. This includes offering positive parenting guidance, which consists of involving parents in child-rearing and fostering effective parental roles, along with promoting a healthy parent-child relationship and cultivating a positive teacher-student relationship. These efforts, combined with behavior modification interventions, are likely to yield favorable outcomes for social skills development in children with ADHD.

Keywords: Attention deficit and hyperactivity disorder, social skills, parenting, late-elementary school students

Corresponding author: Sasithorn Preechawuttidech

E-mail: sasithorn.p@chula.ac.th

Received 17 September 2023 Revised 16 December 2023 Accepted 30 January 2024

บทนำ

โรคสมาธิสั้นเป็นหนึ่งในโรคทางจิตเวชเด็กที่มีความชุกสูงในเด็กวัยเรียน โดยความชุกของโรคในประเทศไทยและต่างประเทศอยู่ที่ร้อยละ 7.2 - 8.1^{1,2} โรคสมาธิสั้นมีอาการ 3 ด้านหลัก ได้แก่ ขาดสมาธิ ซนอยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น ซึ่งล้วนกระทบต่อพัฒนาการของเด็กในเกือบทุกด้านโดยเฉพาะความบกพร่องด้านสังคมจากการศึกษาที่ก่อนหน้านี้พบว่าเด็กสมาธิสั้นมีทักษะทางสังคมน้อยกว่าเด็กที่ไม่มีอาการ³⁻⁵ โดยเด็กสมาธิสั้นมักแสดงออกในลักษณะของการไม่ฟังผู้อื่น เปลี่ยนบทสนทนาบ่อย ไม่รอผู้อื่นพูด จนจบ พูดแทรกขึ้นมาในเวลาที่ไม่เหมาะสมหรือมีพฤติกรรมรบกวนผู้อื่นบ่อยๆ ซึ่งปัญหาดังกล่าวมีหลายกลไกที่เกี่ยวข้อง ทั้งจากความบกพร่องของสมองส่วนควบคุมจัดการ (executive function)^{6,7} กระทบต่อความสามารถในการควบคุมตนเอง ปัญหาด้านอารมณ์ (emotional) การรู้คิด (cognitive) หรือเกิดจากโรคร่วมต่างๆ เช่น โรคติดต่อด้าน โรคร่วมด้านอารมณ์ ซึ่งพบได้มากถึง 2 ใน 3 ของเด็กสมาธิสั้น^{8,9} อย่างไรก็ตามความบกพร่องในทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นมักไม่ได้เกิดขึ้นเพียงชั่วคราวชั่วครวตามสถานการณ์ แต่จะคงอยู่ระยะยาวและมีแนวโน้มความบกพร่องเพิ่มขึ้นจนกระทั่งเข้าสู่วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่หากไม่ได้รับการแก้ไขปรับเปลี่ยนรักษา โดยจะส่งผลกระทบทางลบต่ออาชีพการงาน การเข้าสังคม การสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น การมีคู่ครองในอนาคต รวมไปถึงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในการกระทำผิดทางกฎหมาย^{10,11} ซึ่งผลกระทบทางลบเหล่านี้มักส่งผลย้อนกลับไปที่สภาพจิตใจของผู้ป่วยสมาธิสั้นในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นปัญหาความบกพร่องในทักษะทางสังคมของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นจึงไม่ควรถูกละเลยและมองข้าม

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยที่ส่งผลต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นหลายปัจจัย ทั้งในส่วนของปัจจัยตัวเด็ก ครอบครัว สังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อายุ^{12,13} เพศ^{12,14} ชนิดย่อยของโรคสมาธิสั้น^{15,16} ความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น^{14,17} การใช้ยา^{18,19} การรักษาทางจิตสังคม^{18,20} สัมพันธภาพระหว่างครูและเด็ก²¹ ภาวะที่พบร่วม เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า และติดต่อด้าน^{13,17,22,23} ซึ่งภาวะติดต่อด้านมีความสัมพันธ์ที่ชัดเจนกับทักษะสังคมที่แย่ลง ในเด็กสมาธิสั้นและปัจจัยด้านการเลี้ยงดู ซึ่งพบว่าการเลี้ยงดูเชิงบวกที่มากขึ้นและการเลี้ยงดูเชิงลบที่ลดลงทั้งของบิดาและมารดา ส่งผลดีต่อทักษะทางสังคมของเด็ก¹⁴ อย่างไรก็ตามผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นมีแนวโน้มที่จะให้การเลี้ยงดูเชิงลบมากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ปกครองของเด็กทั่วไป²⁴ สมาคมกุมารเวชศาสตร์และสมาคม

จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่นแห่งสหรัฐอเมริกาจึงแนะนำให้ใช้การฝึกอบรมผู้ปกครอง (parent training) เป็นการรักษาหลักในโรคสมาธิสั้นควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา²⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นในประเทศไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด โดยงานวิจัยก่อนหน้านี้มักมุ่งเน้นไปที่การบำบัดในรูปแบบต่างๆ ต่อผลของทักษะทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น นอกจากนี้งานวิจัยก่อนหน้านี้ในระดับนานาชาติมักพิจารณาปัญหาทางอารมณ์ของเด็กสมาธิสั้นในรูปแบบองค์รวม กล่าวคือพิจารณาความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าควบคู่กันไป ไม่ได้แยกการวิเคราะห์ออกจากกัน อีกทั้งผลการศึกษาก่อนหน้าที่เกี่ยวกับปัจจัยการเลี้ยงดูต่อผลของทักษะทางสังคมในเด็กสมาธิสั้นยังมีจำกัด งานวิจัยนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของรูปแบบการเลี้ยงดู ภาวะทางอารมณ์ทั้งวิตกกังวลและซึมเศร้ารวมถึงปัจจัยอื่นๆ กับทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ที่มารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผ่านทางการรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่ง อาทิเช่น การสัมภาษณ์เด็กสมาธิสั้นแบบสอบถามสำหรับเด็กและผู้ปกครอง รวมทั้งการทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียน การวิจัยนี้ทำการศึกษาในเด็กสมาธิสั้นชั้นประถมศึกษาตอนปลาย เนื่องจากความสามารถทางสังคมของเด็กวัยนี้เป็นตัวทำนายที่สำคัญของปัญหาหลายด้าน โดยเฉพาะในด้านสังคมและสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้นตามมาในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่²⁶ โดยผลการศึกษานี้จะถูกนำไปใช้เป็นแนวทางในการต่อยอดพัฒนาการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นต่อไป

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง โดยศึกษาในผู้ปกครองและเด็กสมาธิสั้นที่ศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย และมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ฝ่ายจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในช่วงวันที่ 1 ธันวาคม 2565 - 30 เมษายน 2566 งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (IRB no. 0598/65)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษา คือ ผู้ปกครองและเด็กสมาธิสั้นอายุ 8 - 12 ปี จำนวน 112 คู่ โดยคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรที่

ไม่ทราบขนาดประชากรชัดเจนของ Wayne, W.D. (1995) เนื่องจากมีความไม่แน่นอนของจำนวนประชากรเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการการรักษาในแต่ละปี โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 96 คู่ และบวกเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 20 เป็น 116 คู่ เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (missing data) ที่อาจจะส่งผลให้ขนาดตัวอย่างเล็กกว่าที่กำหนด โดยเก็บข้อมูลจากเด็กและผู้ปกครองทุกรายที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เก็บได้จริง คือ 112 คู่

เกณฑ์คัดเข้าของการศึกษา คือ เด็กอายุระหว่าง 8 - 12 ปี และกำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 ซึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้นจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 และได้รับการระบุรหัสวินิจฉัยโรค ICD-10: F90 ในเวชระเบียน โดยทำการรวบรวมข้อมูลจากทั้งเด็กและผู้ปกครองที่เป็นผู้อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับเด็ก หากมีผู้ปกครองมากกว่า 1 ท่าน ผู้ปกครองที่มีความใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดจะเป็นผู้ได้รับคัดเลือกให้ตอบแบบสอบถาม เด็กที่มีโรคร่วมในกลุ่ม Autism spectrum disorder, Social communication disorder, Intellectual developmental disorder หรือเด็กและผู้ปกครองที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้จะถูกคัดออกจากการศึกษา การศึกษานี้ได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในการเข้าร่วมวิจัยจากผู้ปกครอง และเด็กสมาธิสั้นแจ้งความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือของการวิจัย

เครื่องมือของการวิจัยนี้ประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยหลักคนเดียวซึ่งเป็นแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น ดังต่อไปนี้

1. การสืบค้นและทบทวนข้อมูลการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นและโรคร่วมอื่นๆ ของเด็กสมาธิสั้นจากเวชระเบียน
2. การสัมภาษณ์เด็กสมาธิสั้นเพื่อประเมินอาการของโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เพื่อให้ได้ข้อมูลอาการในปัจจุบันของเด็ก นอกเหนือจากโรคร่วมที่ระบุในเวชระเบียน
3. แบบสอบถามจำนวน 2 ชุด โดยชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามสำหรับเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก แบบประเมิน

ความวิตกกังวลสำหรับเด็ก (SCARED) และแบบประเมินทักษะสังคมฉบับเด็กเป็นผู้ประเมินตนเอง ชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้ปกครอง ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กและผู้ปกครอง แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV แบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง (APQ) และแบบประเมินทักษะสังคมฉบับผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน

แบบสอบถามและแบบประเมินที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กและผู้ปกครอง (Demographic data)

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ส่วนที่เด็กเป็นผู้ตอบเองได้แก่ เพศ อายุ จำนวนพี่น้องร่วมพ่อแม่เดียวกัน ลำดับการเกิด ระดับการศึกษา และสัมพันธภาพระหว่างเด็กและครู โดยการประเมินเจตคติของเด็กที่มีต่อความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับครูเป็นข้อคำถามที่พัฒนาขึ้นโดยแพทย์ผู้วิจัย ในรูปแบบมาตรวัดประมาณค่าแบบตัวเลขร่วมกับภาพประกอบ มีสเกลตั้งแต่ 1 - 10 โดย 1 แสดงถึงความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างเด็กและครู และ 10 แสดงถึงความสัมพันธ์ที่ดี เด็กมีความสนิทสนมกับครู สำหรับข้อมูลจากผู้ปกครองเป็นผู้ตอบ ได้แก่ ประเภทโรงเรียน การได้รับการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรม สมาชิกในครอบครัวที่เด็กอาศัยอยู่ด้วย และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้และความเพียงพอของครอบครัว

แบบประเมินความวิตกกังวลสำหรับเด็ก (Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED))

เป็นเครื่องมือสำหรับคัดกรองอาการวิตกกังวล พัฒนาโดย Birmaher และคณะ (1997) แปลเป็นภาษาไทยโดย ธิพร ตั้งจิตติพร และคณะ (2022)²⁷ แบบประเมินดังกล่าวประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 41 ข้อ โดยแต่ละข้อมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่จริง = 0 คะแนน จริงบ้างบางครั้ง = 1 คะแนน จริงบ่อยๆ = 2 คะแนน มีค่าคะแนนรวม 0 - 82 คะแนนมีค่าจุดตัดคะแนน (cut-offs) ที่ 23 คะแนน ซึ่งบ่งชี้ว่าเด็กมีภาวะวิตกกังวลที่มีความสำคัญทางคลินิก แบบประเมินดังกล่าวมีความไวเท่ากับ 0.74 และความจำเพาะเท่ากับ 0.5 โดยมีค่า Cronbach's alpha ของแบบสอบถามเท่ากับ 0.91

แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (short Form) ฉบับผู้ปกครองหรือครูเป็นผู้ประเมิน

เป็นเครื่องมือสำหรับคัดกรองโรคสมาธิสั้น พัฒนาโดย Swanson, Nolan และ Pelham (1992) แปลเป็นภาษาไทยโดย ภัทร พิชัยรัตน์เสถียร และคณะ (2014)²⁸ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ อาการขาดสมาธิ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น และอาการดื้อต่อต้าน โดยแต่ละข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบ่งเป็น 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่เลย = 0 เล็กน้อย = 1 ค่อนข้างมาก = 2 และมาก = 3 มีค่าจุดตัดคะแนนของแบบสอบถามในแต่ละกลุ่มอาการสำหรับการให้ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินอยู่ที่ 16, 14 และ 12 คะแนน สำหรับอาการขาดสมาธิ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และอาการดื้อต่อต้านตามลำดับ โดยมีค่า Cronbach's alpha อยู่ระหว่าง 0.93 - 0.96

แบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง Alabama Parenting Questionnaire (APQ) ฉบับผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน

เป็นเครื่องมือสำหรับการวัดการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง พัฒนาโดย Shelton, Frick, และ Wootton (1991) แปลเป็นภาษาไทยโดย เอพิณา คำออน และคณะ (2019)²⁹ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 42 ข้อ แบ่งเป็น 6 หมวดหลัก ได้แก่ 1) บทบาทการเป็นพ่อแม่ที่ดี (positive parenting practices; PP) 2) การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ (parental involvement; PI) 3) การขาดการดูแล/สั่งสอนของพ่อแม่ (poor parental monitoring/supervision; PM) 4) การใช้กฎระเบียบแบบไม่เคร่งครัด (inconsistent discipline; ID) 5) การลงโทษทางร่างกาย (corporal punishment; CP) และ 6) การใช้กฎระเบียบแบบอื่นๆ (other discipline; OD) โดยหมวดที่ 1 และ 2 เป็นการประเมินการเลี้ยงดูเชิงบวก (positive parenting) และหมวดที่ 3 ถึง 5 เป็นการประเมินการเลี้ยงดูเชิงลบ (negative parenting) และหมวดที่ 6 ไม่ได้ถูกนำมาคิดคะแนน แต่ละข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบ่งเป็น 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่เคย = 1 คะแนน แทบจะไม่เคย = 2 คะแนน บางครั้ง = 3 คะแนน บ่อย = 4 คะแนน บ่อยมาก = 5 คะแนน แต่ละหมวดมีค่าจุดตัดคะแนนที่แตกต่างกัน หากมีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับจุดตัดในหมวดที่ 1 หรือ 2 เป็นการบ่งบอกถึงปัญหาในการเลี้ยงดูของหมวดดังกล่าว ในทางกลับกันหากคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับจุดตัดในหมวดที่ 3, 4 หรือ 5 เป็นการบ่งบอกถึงปัญหาในการเลี้ยงดูของหมวดดังกล่าว

จุดตัดคะแนนของแบบสอบถามของหมวด 1 ถึง 5 คือ 21, 35, 18, 18 และ 7 คะแนน ตามลำดับ โดยมีค่า Cronbach's alpha อยู่ระหว่าง 0.6 - 0.8

แบบประเมินทักษะทางสังคม Social Skills Questionnaire (SSQ) ฉบับเด็กและผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน

เป็นเครื่องมือสำหรับประเมินทักษะทางสังคม พัฒนาโดย Susan H. Spence (1995)³⁰ แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย แบบประเมินดังกล่าวประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ เกี่ยวกับทักษะทางสังคมด้านบวก 3 ด้านที่มีความเกี่ยวเนื่องกัน ได้แก่ 1) ด้านความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ความขัดแย้ง (Conflict resolution) 2) ด้านการแสดงความอบอุ่นและเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (Warmth and Empathy) และ 3) ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social involvement) แต่ละข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่จริง = 0 คะแนน จริงบ้างบางครั้ง = 1 คะแนน จริงบ่อยๆ = 2 คะแนน มีคะแนนรวม 0 - 60 คะแนน แบบประเมินดังกล่าวไม่มีการแบ่งจุดตัด โดยคะแนนที่สูงขึ้นบ่งบอกถึงทักษะทางสังคมที่มากขึ้น แบบสอบถามฉบับภาษาไทยได้ผ่านการประเมินความเที่ยงตรงในเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น 3 ท่าน ทุกข้อคำถามมีค่าความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (IOC) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.67 และนำไปทดลองใช้ในเด็กและผู้ปกครองของเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ณ โรงเรียนประถมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี จำนวนกลุ่มละ 30 คน ผลการประเมินพบว่าแบบประเมินมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.86 สำหรับฉบับเด็กประเมินตนเอง และ 0.83 สำหรับผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้โปรแกรม STATA Version 17 ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยข้อมูลเชิงกลุ่มแสดงผลด้วยจำนวน (ร้อยละ) และข้อมูลเชิงปริมาณแสดงผลโดยค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) สถิติ Paired T-Test และ Pearson's Correlation ถูกใช้ในการเปรียบเทียบความแตกต่างและความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนทักษะทางสังคมที่เด็กประเมินตนเองและผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินตามลำดับ สถิติ Univariate และ Multivariate Linear Regression ถูกใช้ในการวิเคราะห์หาขนาดและทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงดูของผู้ปกครองและปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกัน

คะแนนทักษะทางสังคมโดยตัวแปรที่มีค่า $p < 0.20$ ในการวิเคราะห์แบบ Univariate Analysis จะถูกคัดเลือกนำมาวิเคราะห์เพิ่มเติมใน Multivariate Analysis³¹ แบบจำลองที่สามารถอธิบายข้อมูลได้ดีที่สุดพิจารณาจากค่า Adjusted R^2 ถูกนำมารายงานผลของการศึกษานี้ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานของเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครอง

ข้อมูลพื้นฐานของเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครองในการศึกษานี้แสดงไว้ในตารางที่ 1 โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 112 คู่ เป็นเด็กชายจำนวน 93 คน (ร้อยละ 83.0) มีอายุเฉลี่ย 10.6 (1.1) ปี ประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างศึกษาอยู่ในโรงเรียนเอกชน มีพี่น้องร่วมบิดามารดา และอาศัยอยู่กับทั้งพ่อและแม่ คะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพระหว่างเด็กและครูอยู่ที่ 7.1 (2.0) คะแนน เด็กมีโรคประจำตัว 46 คน (ร้อยละ 41.1) โดยโรคที่พบบ่อยที่สุดคือโรคบกพร่องทางการเรียนรู้ (ร้อยละ 22.3) นอกจากนี้ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ไม่พบเด็กที่มีอาการของโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 จากการสัมภาษณ์โดยแพทย์ผู้วิจัย และมีเด็กจำนวน 38 คน (ร้อยละ 33.9) ได้รับการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมโดยนักจิตวิทยาสำหรับผู้ปกครองพบว่า ส่วนใหญ่มารดาเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม (ร้อยละ 72.3) มีอายุเฉลี่ย 43.9 ปี ส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 89.3) ค่ามัธยฐานรายได้ครัวเรือนต่อเดือนอยู่ที่ 70,000 (50,000) บาท และร้อยละ 89.3 ของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

ผลการประเมินแบบสอบถามประเภทต่างๆ

ข้อมูลผลการประเมินด้วยแบบสอบถามประเภทต่างๆในการศึกษานี้แสดงไว้ในตารางที่ 2 เมื่อประเมินกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบประเมินความวิตกกังวล SCARED พบว่าเด็กมีภาวะวิตกกังวลจำนวน 68 คน (ร้อยละ 60.7) สำหรับการประเมินระดับอาการสมาธิสั้นด้วยแบบประเมิน SNAP-IV พบว่าเด็กประมาณครึ่งหนึ่งมีอาการขาดสมาธิและ/หรือมีพฤติกรรมอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น (ร้อยละ 52.7) โดยพบกลุ่มที่มีอาการทั้ง 2 อย่างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 22.3 นอกจากนี้จากการประเมินด้วยแบบประเมินเดียวกัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 39 คน (ร้อยละ 34.8) มีอาการติดต่อด้านเมื่อพิจารณาการเลี้ยงดูของผู้ปกครองจากแบบประเมิน APQ พบว่าปัญหาการลงโทษทางร่างกายเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุดและปัญหา

ด้านบทบาทการเป็นพ่อแม่ที่ดีเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุด โดยมีผู้ปกครองจำนวน³⁴ (ร้อยละ 30.6) และ 9 (ร้อยละ 8.1) คน รายงานปัญหาดังกล่าวตามลำดับ

สำหรับแบบประเมินทักษะทางสังคมฉบับเด็กและผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินพบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กเป็นผู้ประเมินตนเองและผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน อยู่ที่ 40.9 และ 41.4 คะแนน ตามลำดับ และคะแนนทั้ง 2 กลุ่มไม่ได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.67$) นอกจากนี้จากการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน 2 กลุ่ม พบว่าคะแนน 2 กลุ่มมีสหสัมพันธ์ทางบวกเล็กน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R=0.26$, $p=0.005$)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น

การศึกษานี้ผู้วิจัยแบ่งการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อทักษะทางสังคมที่เด็กประเมินตนเอง ตารางผนวกที่ 1 และ 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อทักษะทางสังคมที่ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน ตารางผนวกที่ 2 นอกจากนี้ผู้วิจัยแบ่งลักษณะความสัมพันธ์ออกเป็นความสัมพันธ์เชิงบวกและเชิงลบต่อทักษะทางสังคมของเด็ก

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อทักษะทางสังคมที่เด็กประเมินตนเอง ประกอบด้วย การได้รับการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ($\beta=2.8$, $p=0.05$) และสัมพันธภาพระหว่างเด็กและครู โดยเด็กที่มีความสัมพันธ์กับครูในระดับปานกลางและสูงจะมีคะแนนทักษะทางสังคมสูงกว่าเด็กที่มีความสัมพันธ์กับครูในระดับต่ำอยู่ที่ 4.5 ($p=0.006$) และ 6.5 ($p<0.001$) คะแนน ตามลำดับ นอกจากนี้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบต่อทักษะทางสังคมที่เด็กประเมินตนเอง ประกอบด้วย คะแนนรวมของการเลี้ยงดูเชิงลบจากแบบประเมิน APQ ($\beta=-0.3$, $p=0.009$) และโรคทางกาย ($\beta=-11.6$, $p=0.002$) ซึ่งในการศึกษานี้ประกอบด้วยโรคหูดหยาใจขณะหลับ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 และกลุ่มอาการไคไลน์เฟลเตอร์

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อทักษะทางสังคมที่ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน พบว่ามีความแตกต่างกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะทางสังคมที่เด็กประเมินตนเองอย่างชัดเจน โดยในการศึกษานี้ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทั้งทักษะทางสังคมที่เด็กประเมินตนเองและผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน และพบว่าคะแนนรวมของการเลี้ยงดูเชิงลบเป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (N = 112)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (SD)
ข้อมูลพื้นฐานของเด็ก		
เพศชาย	93 (83.0)	
อายุ, ปี		10.6 (1.1)
ระดับการศึกษา		
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	31 (27.7)	
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	34 (30.4)	
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	47 (42.0)	
ประเภทของโรงเรียน		
โรงเรียนรัฐบาล	21 (18.8)	
โรงเรียนเอกชน	75 (67.0)	
โรงเรียนนานาชาติ	7 (6.3)	
โรงเรียนสาธิต	9 (8.0)	
คะแนนสัมพันธภาพระหว่างเด็กและครู (ช่วงคะแนน: 1 - 10)		7.1 (2.0)
ผู้ปกครองที่เด็กอาศัยอยู่ด้วย		
เด็กอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา	79 (70.5)	
เด็กอาศัยอยู่กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ บิดามารดา	33 (29.5)	
ลำดับการเกิด		
บุตรคนเดียว	41 (36.6)	
บุตรคนโต	35 (31.3)	
บุตรคนที่ 2 ขึ้นไป	36 (32.1)	
โรคร่วมจากเวชระเบียน		
โรคบกพร่องทางการเรียนรู้	25 (22.3)	
โรคติดต่อด้าน	8 (7.1)	
โรควิตกกังวล	6 (5.4)	
โรคซึมเศร้า	6 (5.4)	
โรคกล้ามเนื้อกระตุก (Tic และ Tourette)	5 (4.5)	
โรคทางกายอื่นๆ	4 (3.6)	
มีอาการโรคซึมเศร้าในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา จากการสัมภาษณ์	0 (0.0)	
การได้รับการปรับพฤติกรรม โดยนักจิตวิทยาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา		
ได้รับ	38 (33.9)	
ไม่ได้รับ	74 (78.1)	

เชิงบวกกับทักษะทางสังคมที่ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน ($\beta=0.2$, $p=0.04$) สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบต่อทักษะทางสังคมที่ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน ประกอบด้วยเพศชาย ($\beta=-6.9$,

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (SD)
ข้อมูลพื้นฐานของผู้ปกครอง		
ผู้ปกครองที่ตอบแบบสอบถาม		
บิดา	21 (18.8)	
มารดา	81 (72.3)	
อื่นๆ	10 (8.9)	
อายุ, ปี		43.9 (6.1)
ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ปกครอง		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	12 (10.7)	
ปริญญาตรี	69 (61.6)	
สูงกว่าปริญญาตรี	31 (27.7)	
ค่ามัธยฐานรายได้ครัวเรือนต่อเดือน, บาท (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์)		70,000 (50,000)
รายได้ครัวเรือนเพียงพอต่อการ ใช้ชีวิตประจำวัน	100 (89.3)	

$p=0.001$) มีอาการติดต่อด้าน ($\beta=-5.9$, $p<0.001$) มีอาการขาดสมาธิอย่างเดียว ($\beta=-8.8$, $p<0.001$) และมีทั้งอาการขาดสมาธิและพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นจากแบบประเมิน SNAP IV ($\beta=-7.3$, $p<0.001$)

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยด้านการเลี้ยงดู พบว่าคะแนนรวมของการเลี้ยงดูเชิงบวกและเชิงลบมีความสัมพันธ์กับทักษะทางสังคมที่เด็กเป็นผู้ประเมินตนเองและผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินในการวิเคราะห์แบบ Univariate Analysis โดยการเลี้ยงดูเชิงบวกสัมพันธ์กับคะแนนทักษะทางสังคมที่สูงขึ้น และในทางกลับกัน การเลี้ยงดูเชิงลบสัมพันธ์กับคะแนนทักษะทางสังคมที่แย่งลง เมื่อทำการวิเคราะห์แบบ Multivariate Analysis พบว่าทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงดูและทักษะทางสังคมยังคงอยู่ในทิศทางเดิมในทั้ง 2 กลุ่ม แต่คะแนนรวมของการเลี้ยงดูเชิงลบจะมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะทักษะทางสังคมที่เด็กเป็นผู้ประเมินตนเอง และคะแนนรวมของการเลี้ยงดูเชิงบวกจะมีนัยสำคัญทางสถิติในทักษะทางสังคมที่ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน ตารางที่ 3

วิจารณ์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการเลี้ยงดูและปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น ผลการศึกษาพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกและเชิงลบกับทักษะสังคมของเด็กสมาธิสั้นหลายปัจจัย

ตารางที่ 2 ผลการประเมินแบบสอบถามประเภทต่างๆ (N = 112)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (SD)
แบบประเมินความวิตกกังวลสำหรับเด็ก (SCARED)		
มีภาวะวิตกกังวล	68 (60.7)	
แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV ฉบับผู้ปกครอง		
มีอาการต่อต้าน	39 (34.8)	
กลุ่มอาการสมาธิสั้น		
มีอาการขาดสมาธิอย่างเดียว	17 (15.2)	
มีพฤติกรรมอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นอย่างเดียว	17 (15.2)	
มีทั้งอาการขาดสมาธิ และพฤติกรรมอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	25 (22.3)	
ไม่มีอาการทั้ง 2 กลุ่ม	53 (47.3)	
แบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง (APQ) (n=111)		
มีปัญหาด้านบทบาทการเป็นพ่อแม่ที่ดี	9 (8.1)	
มีปัญหาด้านการมีส่วนร่วมของพ่อแม่	32 (28.8)	
มีปัญหาด้านการขาดการดูแล/สั่งสอนของพ่อแม่	24 (21.6)	
มีปัญหาด้านการใช้กฎระเบียบแบบไม่เคร่งครัด	32 (28.8)	
มีปัญหาด้านการลงโทษทางร่างกาย	34 (30.6)	
คะแนนรวมการเลี้ยงดูเชิงบวก (ต่ำสุด-สูงสุด : 42 - 76)		62.2 (6.7)
คะแนนรวมการเลี้ยงดูเชิงลบ (ต่ำสุด-สูงสุด : 20 - 57)		36.5 (7.5)
แบบประเมินทักษะทางสังคม (SSQ) (n=111)		
คะแนนทักษะสังคมฉบับเด็กเป็นผู้ประเมินตนเอง (ต่ำสุด-สูงสุด : 20 - 58)		40.9 (8.0)
คะแนนทักษะสังคมฉบับผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน (ต่ำสุด-สูงสุด : 23 - 59)		41.4 (9.0)

SCARED: Screen for Child Anxiety Related Disorders, APQ: Alabama Parenting Questionnaire, SSQ: Social Skills Questionnaire

โดยเฉพาะการเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่มีความสัมพันธ์กับทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยการเลี้ยงดูเชิงบวกสัมพันธ์กับทักษะทางสังคมที่เพิ่มขึ้นและการเลี้ยงดูเชิงลบให้ผลในทิศทางตรงกันข้ามกัน นอกจากนี้ปัจจัยอื่นๆ เช่น ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเด็กและครู และการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมมีความสัมพันธ์เชิงบวก ในทางกลับกันเพศชายการมีโรคร่วมทางกาย อาการขาดสมาธิและอาการต่อต้านมีความสัมพันธ์เชิงลบกับทักษะทางสังคม

การศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะทางสังคมมีความแตกต่างกันระหว่างทักษะทางสังคมที่เด็กประเมินตนเองและผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนทักษะทางสังคมที่ประเมินจากพ่อแม่และประเมินจากเด็กสมาธิสั้น พบว่าคะแนนทักษะทางสังคมของทั้ง 2 กลุ่มมีสหสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ($R=0.26$, $p=0.005$) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้าที่ใช้แบบประเมินทักษะทางสังคมประเภทอื่น

และไม่พบว่าคะแนนทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นที่เด็กประเมินตนเองและผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินมีสหสัมพันธ์กัน ($R=0.05$)³² นอกจากนี้การศึกษาในเด็กทั่วไปเกี่ยวกับทักษะทางสังคมยังพบในลักษณะเดียวกัน โดยคะแนนที่เด็กประเมินตนเองและบุคคลอื่นเป็นผู้ประเมินมีสหสัมพันธ์ที่ต่ำ ($R=0.22$)³³ สามารถอธิบายได้ว่าเด็กอาจแสดงพฤติกรรมทางสังคมที่แตกต่างกันในแต่ละสถานที่หรือสถานการณ์ทางสังคม เช่น เด็กอาจกล้าแสดงออกมากขึ้นและควบคุมตัวเองน้อยลงเมื่ออยู่ในสถานที่ที่คุ้นเคย¹⁵ ข้อค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่งข้อมูล จึงมีความสำคัญในการประเมินทักษะทางสังคมของเด็ก

การศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทักษะทางสังคม 3 ปัจจัยด้วยกันคือ ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและครูในระดับปานกลางถึงดี การได้รับการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมโดยนักจิตวิทยา และการเลี้ยงดูเชิงบวก โดยความสัมพันธ์ที่ดี

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ และทักษะทางสังคม

ตัวแปร	Univariate Coef. (95%CI)	P value	Multivariate Coef. (95%CI)	P value
ทักษะทางสังคมที่เด็กประเมินตนเอง				
สัมพันธ์ภาพระหว่างเด็กและครู (กลุ่มเปรียบเทียบ: กลุ่มแย่ที่สุด)				
กลุ่มปานกลาง	3.54 (0.16 to 6.91)	0.04	4.53 (1.36 to 7.70)	0.006
กลุ่มดีที่สุด	5.63 (1.96 to 9.30)	0.003	6.51 (3.11 to 9.91)	<0.001
มีโรคทางกายอื่นๆ	-8.24 (-16.18 to -0.31)	0.04	-11.62 (-18.87 to -4.38)	0.002
ได้รับการปรับพฤติกรรมโดยนักจิตวิทยา ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	2.88 (-0.25 to 6.01)	0.07	2.80 (0.02 to 5.58)	0.05
มีอาการต่อต้านจากแบบประเมิน SNAP IV	-2.33 (-5.46 to 0.80)	0.14	-2.69 (-5.71 to 0.33)	0.08
คะแนนรวมของการเลี้ยงดูเชิงบวก	0.25 (0.03 to 0.47)	0.03	0.07 (-0.15 to 0.29)	0.54
คะแนนรวมของการเลี้ยงดูเชิงลบ	-0.31 (-0.51 to -0.12)	0.002	-0.27 (-0.47 to -0.07)	0.009
ทักษะทางสังคมที่ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน				
เพศชาย	-3.14 (-7.61 to 1.33)	0.17	-6.86 (-10.97 to -2.76)	0.001
มีอาการต่อต้านจากแบบประเมิน SNAP IV	-8.90 (-12.03 to -5.77)	<0.001	-5.91 (-9.11 to -2.72)	<0.001
อาการสมาธิสั้นจาก SNAP IV (กลุ่มเปรียบเทียบ: ไม่มีอาการทั้ง 2 กลุ่ม)				
มีอาการขาดสมาธิอย่างเดียว	-7.25 (-11.64 to -2.86)	0.001	-8.82 (-13.26 to -4.38)	<0.001
มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นอย่างเดียว	-5.60 (-9.99 to -1.21)	0.01	-3.83 (-7.80 to 0.15)	0.06
มีทั้งอาการขาดสมาธิ และพฤติกรรม อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	-10.62 (-14.44 to -6.80)	<0.001	-7.32 (-11.13 to -3.51)	<0.001
คะแนนรวมของการเลี้ยงดูเชิงบวก	0.34 (0.09 to 0.59)	0.007	0.23 (0.01 to 0.45)	0.04
คะแนนรวมของการเลี้ยงดูเชิงลบ	-0.37 (-0.59 to -0.15)	0.001	-0.05 (-0.26 to 0.16)	0.65

*ควบคุมปัจจัยกวนเรื่องโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากเวชระเบียนและภาวะวิตกกังวลจากแบบประเมิน Screen for Child Anxiety Related Disorders แล้ว

ระหว่างเด็กและครูมีความสัมพันธ์กับทักษะทางสังคมของเด็กที่สูงขึ้นนั้น สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบทั้งในกลุ่มเด็กที่มีพัฒนาการปกติ³⁴ และเด็กสมาธิสั้น²¹ ซึ่งข้อค้นพบดังกล่าวสามารถอธิบายได้จากการที่ครูทำหน้าที่เป็นต้นแบบความสัมพันธ์ที่ดีให้เด็ก ส่งผลให้เด็กสามารถเรียนรู้และนำรูปแบบความสัมพันธ์ที่ครูปฏิบัติต่อเด็กไปปฏิบัติต่อผู้อื่น และครูยังช่วยให้คำแนะนำเด็กเกี่ยวกับทักษะทางสังคมที่เหมาะสมได้ เด็กที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับครูมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของครูมากกว่า³⁵ ในทางกลับกันการศึกษาติดตามระยะยาว พบว่าเด็กที่มีทักษะสังคมดีจะมีปฏิสัมพันธ์กับครูได้ดีกว่า และได้รับความสนใจเชิงบวกจากครูมากกว่าเด็กคนอื่นในชั้นเรียน ส่งผลให้เด็กกลุ่มนี้มีมุมมอง

ที่ดีต่อความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับครู³⁶ การศึกษาแบบติดตามระยะยาวที่ให้ทั้งเด็กและครูเป็นผู้ประเมินสัมพันธ์ภาพด้วยแบบประเมินมาตรฐาน จะช่วยให้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างทักษะทางสังคมและสัมพันธ์ภาพระหว่างเด็กและครูได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ในส่วนของ การได้รับการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรม การศึกษาที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมและทักษะทางสังคมที่เด็กประเมินตนเอง ซึ่งขัดแย้งกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในอดีต โดยงานวิจัยดังกล่าวไม่พบหลักฐานว่าการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรม เช่น การฝึกทักษะทางสังคม (social skill training) การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) หรือ

ตารางผนวกที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและทักษะทางสังคมที่เด็กประเมินตนเอง

ตัวแปร	Univariate Coef. (95%CI)	P value
ปัจจัยของเด็ก		
เพศชาย	-1.84 (-5.83 to 2.14)	0.36
อายุของเด็ก, ปี	0.23 (-1.12 to 1.57)	0.74
ระดับการศึกษา (กลุ่มเปรียบเทียบ: ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4)		
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	0.45 (-3.50 to 4.40)	0.82
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	1.40 (-2.29 to 5.10)	0.45
ประเภทของโรงเรียน (กลุ่มเปรียบเทียบ: โรงเรียนรัฐบาล)		
โรงเรียนเอกชน	-0.15 (-4.10 to 3.80)	0.94
โรงเรียนนานาชาติ	1.76 (-5.21 to 8.73)	0.62
โรงเรียนสาธิต	-1.98 (-8.35 to 4.38)	0.54
สัมพันธภาพระหว่างเด็กและครู (กลุ่มเปรียบเทียบ: กลุ่มแย่ที่สุด)		
กลุ่มปานกลาง	3.54 (0.16 to 6.91)	0.04
กลุ่มดีที่สุด	5.63 (1.96 to 9.30)	0.003
เด็กอาศัยอยู่กับพ่อแม่ (กลุ่มเปรียบเทียบ: กลุ่มอื่นๆ)	1.09 (-2.20 to 4.38)	0.51
ลำดับการเกิด (กลุ่มเปรียบเทียบ: บุตรคนเดียว)		
บุตรคนโต	-0.24 (-3.92 to 3.45)	0.90
บุตรคนที่ 2 เป็นต้นไป	-1.67 (-5.30 to 1.96)	0.36
โรคร่วมจากเวชระเบียน		
โรคบกพร่องทางการเรียนรู้	2.15 (-5.11 to 9.41)	0.56
โรคกล้ามเนื้อกระตุก (Tic และ Tourette)	2.35 (-4.31 to 9.00)	0.49
โรควิตกกังวล	-4.00 (-10.62 to 2.63)	0.24
โรคซึมเศร้า	-5.06 (-10.81 to 0.69)	0.08
โรคติดต่อต้าน	-8.24 (-16.18 to -0.31)	0.04
โรคทางกายอื่นๆ	2.88 (-0.25 to 6.01)	0.07
ได้รับการปรับพฤติกรรมโดยนักจิตวิทยาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา		
ปัจจัยของผู้ปกครอง		
อายุของผู้ปกครอง, ปี	-0.12 (-0.37 to 0.13)	0.33
การศึกษาสูงสุดของผู้ปกครอง (กลุ่มเปรียบเทียบ: ต่ำกว่าปริญญาตรี)		
ปริญญาตรี	-1.99 (-6.95 to 2.97)	0.43
สูงกว่าปริญญาตรี	-0.01 (-5.39 to 5.38)	0.99
Log รายได้ครัวเรือนต่อเดือน	0.10 (-1.87 to 2.07)	0.92
รายได้ครัวเรือนไม่เพียงพอต่อการใช้ชีวิตประจำวัน	-3.21 (-8.03 to 1.61)	0.19
แบบประเมิน Screen for Child Anxiety Related Disorders		
มีภาวะวิตกกังวล	-0.88 (-3.96 to 2.20)	0.57

ตารางผนวกที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและทักษะทางสังคมที่เด็กประเมินตนเอง (ต่อ)

ตัวแปร	Univariate Coef. (95%CI)	P value
แบบประเมิน SNAP IV		
มีอาการติดต่อต้าน	-2.33 (-5.46 to 0.80)	0.14
อาการสมาธิสั้น (กลุ่มเปรียบเทียบ: ไม่มีอาการทั้ง 2 กลุ่ม)		
มีอาการขาดสมาธิอย่างเดียว	-2.42 (-6.86 to 2.03)	0.28
มีพฤติกรรมอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นอย่างเดียว	0.35 (-4.09 to 4.79)	0.88
มีทั้งอาการขาดสมาธิ และ พฤติกรรมอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	-0.71 (-4.63 to 3.21)	0.72
แบบประเมิน Alabama Parenting Questionnaire		
มีปัญหาด้านบทบาทการเป็นพ่อแม่ที่ดี	-4.79 (-10.22 to 0.63)	0.08
มีปัญหาด้านการมีส่วนร่วมของพ่อแม่	-3.22 (-6.48 to 0.04)	0.05
มีปัญหาด้านขาดการดูแล/สั่งสอนของพ่อแม่	-4.15 (-7.77 to -0.52)	0.03
มีปัญหาด้านใช้กฎระเบียบแบบไม่เคร่งครัด	0.09 (-3.24 to 3.41)	0.96
มีปัญหาด้านการลงโทษทางร่างกาย	-1.38 (-4.66 to 1.90)	0.41
คะแนนรวมของการเลี้ยงดูเชิงบวก	0.25 (0.03 to 0.47)	0.03
คะแนนรวมของการเลี้ยงดูเชิงลบ	-0.31 (-0.51 to -0.12)	0.002

ตารางผนวกที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและทักษะทางสังคมที่ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน

ตัวแปร	Univariate Coef. (95%CI)	P value
ปัจจัยของเด็ก		
เพศชาย	-3.14 (-7.61 to 1.33)	0.17
อายุของเด็ก, ปี	0.82 (-0.68 to 2.33)	0.28
ระดับการศึกษา (กลุ่มเปรียบเทียบ: ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4)		
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	-1.35 (-5.69 to 2.99)	0.54
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	3.48 (-0.57 to 7.52)	0.09
ประเภทของโรงเรียน (กลุ่มเปรียบเทียบ: โรงเรียนรัฐบาล)		
โรงเรียนเอกชน	-3.98 (-8.38 to 0.41)	0.08
โรงเรียนนานาชาติ	-5.00 (-12.76 to 2.76)	0.20
โรงเรียนสาธิต	-3.13 (-10.21 to 3.96)	0.38
สัมพันธภาพระหว่างเด็กและครู (กลุ่มเปรียบเทียบ: กลุ่มแย่ที่สุด)		
กลุ่มปานกลาง	2.77 (-1.11 to 6.65)	0.16
กลุ่มดีที่สุด	-2.33 (-6.50 to 1.84)	0.27
เด็กอาศัยอยู่กับพ่อแม่ (กลุ่มเปรียบเทียบ: กลุ่มอื่นๆ)	0.27 (-3.45 to 3.98)	0.89
ลำดับการเกิด (กลุ่มเปรียบเทียบ: บุตรคนเดียว)		
บุตรคนโต	-0.77 (-4.88 to 3.34)	0.71
บุตรคนที่ 2 เป็นต้นไป	1.81 (-2.27 to 5.89)	0.38

ตารางผนวกที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและทักษะทางสังคมที่ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน (ต่อ)

ตัวแปร	Univariate Coef. (95%CI)	P value
โรคร่วมจากเวชระเบียน		
โรคบกพร่องทางการเรียนรู้	0.59 (-3.47 to 4.66)	0.77
โรคกล้ามเนื้อกระตุก (Tic และ Tourette)	7.39 (-0.68 to 15.46)	0.07
โรคจิตกังวล	0.87 (-6.64 to 8.39)	0.82
โรคซึมเศร้า	-5.11 (-12.57 to 2.34)	0.18
โรคติดต่อต้าน	-0.90 (-7.47 to 5.66)	0.79
โรคทางกายอื่น ๆ	3.02 (-6.08 to 12.12)	0.51
ได้รับการปรับพฤติกรรมโดยนักจิตวิทยาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	1.28 (-2.29 to 4.84)	0.48
ปัจจัยของผู้ปกครอง		
อายุของผู้ปกครอง, ปี	0.04 (-0.24 to 0.32)	0.76
ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ปกครอง (กลุ่มเปรียบเทียบ: ต่ำกว่าปริญญาตรี)		
ปริญญาตรี	1.17 (-4.39 to 6.72)	0.68
สูงกว่าปริญญาตรี	4.05 (-1.99 to 10.09)	0.19
Log รายได้ครัวเรือนต่อเดือน	0.40 (-1.80 to 2.61)	0.72
รายได้ครัวเรือนไม่เพียงพอต่อการใช้ชีวิตประจำวัน	-2.81 (-8.25 to 2.64)	0.31
แบบประเมิน Screen for Child Anxiety Related Disorders		
มีภาวะวิตกกังวล	-2.62 (-6.05 to 0.81)	0.13
แบบประเมิน SNAP IV		
มีอาการติดต่อต้าน	-8.90 (-12.03 to -5.77)	<0.001
อาการสมาธิสั้น (กลุ่มเปรียบเทียบ: ไม่มีอาการทั้ง 2 กลุ่ม)		
มีอาการขาดสมาธิอย่างเดียว	-7.25 (-11.64 to -2.86)	0.001
มีพฤติกรรมอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นอย่างเดียว	-5.60 (-9.99 to -1.21)	0.01
มีทั้งอาการขาดสมาธิ และ พฤติกรรมอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	-10.62 (-14.44 to -6.80)	<0.001
แบบประเมิน Alabama Parenting Questionnaire		
มีปัญหาด้านบทบาทการเป็นพ่อแม่ที่ดี	-3.21 (-9.42 to 3.00)	0.31
มีปัญหาด้านการมีส่วนร่วมของพ่อแม่	-5.17 (-8.80 to -1.54)	0.006
มีปัญหาด้านขาดการดูแล/สั่งสอนของพ่อแม่	-3.48 (-7.57 to 0.60)	0.09
มีปัญหาด้านใช้กฎระเบียบแบบไม่เคร่งครัด	-3.76 (-7.46 to -0.07)	0.05
มีปัญหาด้านการลงโทษทางร่างกาย	-2.14 (-5.81 to 1.53)	0.25
คะแนนรวมของการเลี้ยงดูเชิงบวก	0.34 (0.09 to 0.59)	0.007
คะแนนรวมของการเลี้ยงดูเชิงลบ	-0.37 (-0.59 to -0.15)	0.001

การฝึกทักษะชีวิต (life skill training) ในเด็กสมาธิสั้น จะช่วยเพิ่มทักษะทางสังคมที่ครูเป็นผู้ประเมินได้²⁰ สำหรับข้อขัดแย้งดังกล่าวสามารถอธิบายได้จากการที่ผู้ประเมินทักษะทางสังคมเป็นคนละกลุ่มตัวอย่าง และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมและทักษะสังคมที่ผู้ปกครองหรือผู้ใหญ่เป็นผู้ประเมินก็ไม่พบความสัมพันธ์ นอกจากนี้การรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมอาจเป็นตัวแทนของการรักษาหรือการได้รับสิ่งแทรกแซงอื่นเพิ่มเติม ซึ่งส่งผลต่อคะแนนทักษะทางสังคมของเด็ก อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่ได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดการปรับพฤติกรรมและความถี่ที่เด็กได้รับ ส่งผลให้ไม่สามารถระบุอย่างชัดเจนว่าการปรับพฤติกรรมรูปแบบใดและความถี่เท่าใดที่สัมพันธ์กับทักษะทางสังคมของเด็ก

การศึกษานี้พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับทักษะทางสังคมหลายปัจจัยประกอบด้วย เพศชาย โรคทางกาย การมีอาการต่อต้าน อารมณ์ขาดสมาธิ และการเลี้ยงดูเชิงลบ ในส่วนของปัจจัยเรื่องเพศ พบว่าเด็กชายมีทักษะทางสังคมแยกว่เด็กหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบความสัมพันธ์ในลักษณะเดียวกัน¹⁴ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่ามีปัจจัยเรื่องเพศยังคงมีข้อขัดแย้งกัน โดยพบทั้งงานวิจัยที่แสดงว่าเด็กสมาธิสั้นเพศหญิงมีทักษะทางสังคมที่แยกว่เด็กสมาธิสั้นเพศชาย¹² และงานวิจัยที่รายงานว่าปัจจัยเรื่องเพศไม่เกี่ยวข้องกับทักษะทางสังคม¹⁷ การศึกษาเพิ่มเติมถึงกลไกของโรคสมาธิสั้นต่อปัจจัยเรื่องเพศและทักษะทางสังคมเพิ่ม จึงมีความสำคัญในการหาข้อสรุปถึงความเกี่ยวเนื่องของปัจจัยเรื่องเพศ

โรคร่วมทางกายที่พบในการศึกษานี้ประกอบด้วยโรคหุดหุดใจขณะหลับ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 และกลุ่มอาการโคลีนเฟลเตอร์ ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การศึกษาในเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่าเด็กกลุ่มดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมคล้อยตาม (submissive behavior) ไม่ค่อยกล้าแสดงออก (assertiveness) และมีพฤติกรรมเอื้อสังคมน้อย (prosocial behavior)³⁷ แสดงถึงการขาดทักษะสังคมที่เหมาะสม การพัฒนาทักษะสังคมในวัยเด็กเกิดจากการที่เด็กเรียนรู้ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เรียนรู้กติกาและพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม เด็กที่มีการเจ็บป่วยทางกายมีโอกาสสูงที่จะถูกจำกัดการมีปฏิสัมพันธ์เนื่องด้วยอาการของโรค หรือการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตามแนวทางการรักษาที่เข้มงวดดังที่พบได้ในเด็กโรคเบาหวานประเภทที่ 1 นอกจากนี้อาการของโรคเองที่มีผลต่อทักษะทางสังคม เช่น ผู้ที่มีกลุ่มอาการโคลีนเฟลเตอร์จะเข้าใจ

ความรู้สึกของผู้อื่นน้อยกว่า มักหลีกเลี่ยงการสบตากับผู้อื่นและมีการตอบสนองทางอารมณ์ที่มากเกินไป³⁸ ผู้ที่มีโรคหุดหุดใจขณะหลับ ขาดการนอนหลับที่มีคุณภาพหรือระยะเวลาในการนอนที่ไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลกระทบต่อพัฒนาการที่สำคัญในหลายๆ ด้าน เกิดการเปลี่ยนแปลงสารเคมีและการบาดเจ็บของเซลล์สมอง โดยเฉพาะบริเวณสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex)³⁹ ซึ่งแสดงออกมาในรูปแบบของความบกพร่องในการจัดการต่างๆ และส่งผลต่อทักษะสังคมของเด็ก

สำหรับอาการของเด็กสมาธิสั้นในปัจจุบัน พบว่าเด็กที่มีอาการต่อต้านจากแบบประเมิน SNAP-IV มีทักษะทางสังคมแยกว่เด็กที่ไม่มีอาการ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าวจากการวินิจฉัยโรคร่วมต่อต้านซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า เด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาพฤติกรรมภายนอก (externalizing symptoms) เช่น ต่อต้านหรือแกล้งมีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนต่อปัญหาทางสังคมในหลายด้านเช่น ทักษะสังคม ความสัมพันธ์กับเพื่อนและการปรับตัวในสังคม¹⁷ ซึ่งอธิบายได้จากปัญหาในการควบคุมจัดการและการควบคุมอารมณ์⁴⁰ ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมตนเองในการปฏิบัติตามกฎในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมหรือปรับตัวให้เข้ากับบริบททางสังคมได้ นอกจากนี้การศึกษานี้พบว่าเด็กสมาธิสั้นที่มีอาการขาดสมาธิอย่างเดียวหรือมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นร่วมด้วยจากแบบประเมิน SNAP-IV มีทักษะทางสังคมแยกว่เด็กที่ไม่มีทั้ง 2 กลุ่มอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ซึ่งเด็กสมาธิสั้นที่มีอาการขาดสมาธิอย่างเดียวจะไม่กล้าแสดงออกและเด็กที่มีทั้ง 2 กลุ่มอาการจะมีปัญหาในการควบคุมตนเองและก้าวร้าว¹⁵ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่พบว่าทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นอย่างเดียว แตกต่างกับเด็กที่ไม่มีทั้ง 2 กลุ่มอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจอธิบายได้จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างของเด็กที่มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นอย่างเดียวไม่เพียงพอ สำหรับสาเหตุที่เด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นอย่างเดียวมีแนวโน้มทักษะทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่มีอาการขาดสมาธิอย่างเดียว และกลุ่มที่มีทั้ง 2 อาการ เนื่องจากเด็กกลุ่มดังกล่าวมีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคมน้อยกว่า⁴¹ ผู้ปกครองจึงประเมินให้ทักษะทางสังคมของเด็กกลุ่มนี้ดีกว่ากลุ่มที่มีอาการขาดสมาธิร่วมด้วย แต่อาจยังไม่เทียบเท่ากับกลุ่มที่ไม่มีทั้ง 2 อาการ เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้ยังคงมีพฤติกรรมในการควบคุมตนเองที่ไม่เหมาะสม

ในส่วนผลกระทบของการเลี้ยงดูต่อทักษะทางสังคมของเด็กพบว่า เด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการเลี้ยงดูเชิงลบจะสัมพันธ์กับทักษะทางสังคมที่เด็กประเมินตนเองแย่ง และเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูเชิงบวกจะสัมพันธ์กับทักษะทางสังคมที่ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินดีขึ้น ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้^{14,21} และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) ที่ตัวเด็กจะปฏิบัติตามสิ่งที่ได้เรียนรู้จากผู้เลี้ยงดู เช่น เด็กที่ถูกลงโทษด้วยความรุนแรง เมื่อเกิดปัญหาความขัดแย้งกับผู้อื่น อาจแก้ปัญหาด้วยความรุนแรงเช่นเดียวกันแทนการใช้วิธีการแก้ปัญหาอื่นที่มีประสิทธิภาพมากกว่า

สำหรับปัจจัยเรื่องปัญหาด้านอารมณ์ การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างทักษะทางสังคมกับภาวะวิตกกังวลจากแบบคัดกรอง SCARED ในเด็กสมาธิสั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ในอดีต อย่างไรก็ตามมีการศึกษาบางงานที่พบความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างทักษะสังคมที่ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินและอาการวิตกกังวล แต่ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าวหากเปลี่ยนผู้ประเมินเป็นครูหรือเด็ก²² การศึกษาเพิ่มเติมถึงลักษณะของผู้ประเมินจึงมีความสำคัญที่ช่วยให้เข้าใจกลไกของอาการวิตกกังวลต่อทักษะทางสังคมเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อขัดแย้งกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ตรงที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างทักษะทางสังคมกับโรคซึมเศร้า²³ สาเหตุที่ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจอธิบายได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างมีอาการของโรคซึมเศร้าที่ดีขึ้นแล้วจากการรักษา ซึ่งสะท้อนจากการไม่พบผู้ที่มีการซึมเศร้าที่เข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 ภายในระยะเวลาสามเดือน

สำหรับปัจจัยเรื่องยา กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาทุกคนได้รับการรักษาโรคสมาธิสั้น ส่งผลให้ผู้วิจัยไม่ได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรักษาด้วยยาต่อทักษะทางสังคมของเด็ก อย่างไรก็ตามผู้วิจัยไม่ได้รวบรวมชนิด ขนาด ระยะเวลา การปรับเปลี่ยนยา และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของเด็ก ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจมีความสัมพันธ์กับทักษะทางสังคมของเด็กได้ การศึกษาติดตามไปข้างหน้า พบว่าการรับประทานยา Methylphenidate ส่งผลต่อทักษะทางสังคมได้หลายรูปแบบ โดยเด็กสมาธิสั้นอายุระหว่าง 6 - 14 ปี ที่ได้รับยา Methylphenidate ระยะสั้น (น้อยกว่า 6 เดือน) จะมีสมรรถนะทางสังคมดีขึ้น แต่ไม่พบความเปลี่ยนแปลงในการรับรู้อารมณ์เชิงอวัจนภาษา (nonverbal social response)¹⁹ และเมื่อติดตามในระยะยาวพบว่า ทักษะทางสังคมของเด็กที่ประเมินโดยผู้ปกครองมีแนวโน้มดีขึ้นในปีแรกและคงที่ในปีที่ 2¹⁸ ซึ่งสอดคล้องกับการทดลองแบบสุ่ม และมี

กลุ่มควบคุมที่ติดตามเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับยาและ/หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นระยะเวลา 14 เดือน โดยกลุ่มที่ได้รับยาอย่างเดียวและกลุ่มที่ได้รับทั้งยาและการปรับพฤติกรรมมีทักษะทางสังคมที่ครูเป็นผู้ประเมินดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในช่วง 3 เดือนแรก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเมื่อสิ้นสุดการศึกษา⁴² การที่การศึกษานี้ไม่ได้รวบรวมข้อมูลรายละเอียดของการรักษาด้วยยา อาจส่งผลให้ปัจจัยดังกล่าวเป็นหนึ่งในปัจจัยกวนที่ไม่ได้ถูกควบคุมการศึกษาในอนาคตจึงควรเพิ่มเติมรายละเอียดของการใช้ยา ร่วมด้วยในการวิเคราะห์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาที่รวบรวมปัจจัยหลากหลายด้านครอบคลุมทั้งปัจจัยของตัวเด็ก ครอบครัว สังคม และสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้การศึกษานี้ยังมีการประเมินปัญหาด้านอารมณ์โดยให้เด็กเป็นผู้ประเมินอาการวิตกกังวลด้วยตนเองแทนการให้บุคคลอื่นเป็นผู้ประเมิน รวมทั้งมีการสัมภาษณ์อาการโรคซึมเศร้าและสอบถามอาการสมาธิสั้นและติดต่อด้านจากแบบประเมิน SNAP-IV เพิ่มเติม ส่งผลให้ได้ข้อมูลสถานะของเด็กในปัจจุบัน นอกเหนือจากการดูแลเฉพาะโรคร่วมที่มีการบันทึกไว้ในเวชระเบียนมากไปกว่านั้นการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะทางสังคมได้มีการควบคุมปัจจัยกวนที่สำคัญได้แก่ โรคซึมเศร้าจากการวินิจฉัยและอาการวิตกกังวลจากแบบประเมิน ซึ่งมีหลักฐานจากงานวิจัยก่อนหน้านี้ว่าส่งผลต่อทักษะทางสังคมของเด็ก

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีหลายข้อจำกัดได้แก่ ทำการศึกษาเพียงทักษะทางสังคมเท่านั้น ไม่ได้ครอบคลุมไปถึงหน้าที่ทางสังคมด้านอื่นๆ เช่น สมรรถนะทางสังคม ความสัมพันธ์กับเพื่อนและการได้รับการยอมรับหรือการถูกปฏิเสธในสังคม เป็นต้น ซึ่งทักษะสังคมเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการบอกสมรรถภาพทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นทั้งหมดได้ นอกจากนี้การศึกษานี้ทำการประเมินทักษะสังคมโดยให้เด็กและผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินเท่านั้น ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในการเห็นสถานการณ์ทางสังคมที่โรงเรียนซึ่งเด็กวัยเรียนต้องเผชิญมากกว่า การศึกษาในอนาคตควรขยายขอบเขตการศึกษาให้ครอบคลุมหน้าที่ทางสังคมและให้ครูเป็นผู้ประเมินทักษะทางสังคมร่วมด้วย มากไปกว่านั้นรูปแบบการศึกษาที่เลือกใช้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางมีข้อจำกัดในการบอกความเป็นเหตุและผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับทักษะสังคม นอกเหนือจากข้อจำกัดของระเบียบวิธีวิจัยดังที่ได้กล่าวไว้ในข้างต้น กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และมาจากครอบครัวที่มีเศรษฐกิจฐานะทางสังคมสูง ส่งผลให้ไม่สามารถนำผล

การศึกษาไปอธิบายในประชากรส่วนใหญ่ของประเทศได้ การศึกษาติดตามระยะยาวในหลายโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ แตกต่างกันสามารถช่วยแก้ไขเรื่องข้อจำกัดผ่านทางการเพิ่มความหลากหลาย ทั้งในบริบทความรุนแรงของโรคและลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งผู้วิจัยสามารถวัดทักษะทางสังคมของเด็กได้ในหลายจุดเวลา และอธิบายความเป็นเหตุและผลระหว่างปัจจัยและทักษะทางสังคมของเด็กในแต่ละช่วงเวลา ได้ชัดเจนมากขึ้น

สรุป

ปัจจัยเชิงบวกที่สัมพันธ์กับทักษะสังคมในเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วย การเลี้ยงดูเชิงบวก ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเด็กและครู และการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรม ในทางกลับกันปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับทักษะสังคมในเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ การเลี้ยงดูเชิงลบ เพศชาย มีโรคเรื้อรังทางกาย มีอาการต่อต้าน และกลุ่มที่มีอาการขาดสมาธิหรือกลุ่มที่มีทั้งอาการขาดสมาธิและหุนหันพลันแล่น ดังนั้นการรักษาที่มุ่งเน้นเป้าหมายในการช่วยให้แนวทางการเลี้ยงดูของพ่อแม่เป็นไปในทิศทางเชิงบวกมากขึ้น ส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเด็กและครู ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมอาจมีประสิทธิภาพในการรักษาปัญหาทักษะสังคมในเด็กสมาธิสั้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณบุคลากรแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือตลอดระยะเวลาในการเก็บข้อมูล และคณาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำตลอดงานวิจัย สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่านที่กรุณาสละเวลาในการตอบแบบสอบถามและให้สัมภาษณ์

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

พญ.อนันญา ชัยวัฒน์พงศ์: กำหนดหัวข้อ ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความ; นพ.วศิน เลหาวินิช: วิเคราะห์ข้อมูล และให้คำปรึกษาในการเขียน

บทความ; อ.พญ.ศศิธร ปรีชาภูมิเดช และ ดร.จิรดา ประสาทพรศิริโชค: ออกแบบการศึกษา ให้คำปรึกษา ตรวจสอบและแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics* 2015;135(4):e994-1001.
2. Visanuyothin T, Pavasuthipaisit C, Wachiradilok P, Arunruang P, Buranasuksakul T. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. *J Ment Health Thail* 2013;21(2):66-75.
3. Greene RW, Biederman J, Faraone SV, Ouellette CA, Penn C, Griffin SM. Toward a new psychometric definition of social disability in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(5):571-8.
4. Shaw-Zirt B, Popali-Lehane L, Chaplin W, Bergman A. Adjustment, social skills, and self-esteem in college students with symptoms of ADHD. *J Atten Disord* 2005;8(3):109-20.
5. Abrahão ALB, Elias LCDS. Students with ADHD: Social skills, behavioral problems, academic performance, and family resources. *Psico-USF* 2021;26(3):545-57.
6. Mary A, Slama H, Mousty P, Massat I, Capiat T, Drabs V, et al. Executive and attentional contributions to theory of mind deficit in attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Neuropsychol* 2016;22(3):345-65.
7. Al-Yagon M, Forte D, Avrahami L. Executive functions and attachment relationships in children with ADHD: Links to externalizing/internalizing problems, social skills, and negative mood regulation. *J Atten Disord* 2020;24(13):1876-90.
8. Gnanavel S, Sharma P, Kaushal P, Hussain S. Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity: A review of literature. *World J Clin Cases* 2019;7(17):2420-6.
9. Pliszka SR. Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2000;9(3):525-40.
10. Greene RW, Biederman J, Faraone SV, Sienna M, Garcia-Jetton J. Adolescent outcome of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder and social disability: Results from a 4-year longitudinal follow-up study. *J Consult Clin Psychol* 1997;65(5):758-67.
11. Young S, Chadwick O, Heptinstall E, Taylor E, Sonuga-Barke EJS. The adolescent outcome of hyperactive girls. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005;14(5):245-53.
12. Ragnarsdottir B, Hannesdottir DKr, Halldorsson F, Njardvik U. Gender and age differences in social skills among children with ADHD: Peer problems and prosocial behavior. *Child Fam Behav Ther* 2018;40(4):263-78.
13. Booster GD, DuPaul GJ, Eiraldi R, Power TJ. Functional impairments in children with ADHD: Unique effects of age and comorbid status. *J Atten Disord* 2012;16(3):179-89.
14. Kaiser NM, McBurnett K, Pfiffner LJ. Child ADHD severity and positive and negative parenting as predictors of child social functioning: Evaluation of three theoretical models. *J Atten Disord* 2011;15(3):193-203.

15. Solanto MV, Pope-Boyd SA, Tryon WW, Stepak B. Social functioning in predominantly inattentive and combined subtypes of children with ADHD. *J Atten Disord* 2009;13(1):27-35.
16. Mikami AY, Huang-Pollock CL, Pfiffner LJ, McBurnett K, Hangai D. Social skills differences among attention-deficit/hyperactivity disorder types in a chat room assessment task. *J Abnorm Child Psychol* 2007;35(4):509-21.
17. Graziano PA, Geffken GR, McNamara JP. Atypical behaviors and comorbid externalizing symptoms equally predict children with attention-deficit/hyperactivity disorder's social functioning. *Child Psychiatry Hum Dev* 2011;42(4):377-89.
18. Abikoff H, Hechtman L, Klein RG, Gallagher R, Fleiss K, Etcovitch J, et al. Social functioning in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43(7):820-9.
19. Alkalay, S., Dan, O. Effect of short-term methylphenidate on social impairment in children with attention deficit/hyperactivity disorder: systematic review. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2022;16(1):93.
20. Storebø OJ, Elmoose Andersen M, Skoog M, Joost Hansen S, Simonsen E, Pedersen N, et al. Social skills training for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;6(6):1-146.
21. Jia RM, Mikami AY, Normand S. Social resilience in children with ADHD: parent and teacher factors. *J Child Fam Stud* 2021;30(4):839-54.
22. Bishop C, Mulraney M, Rinehart N, Sciberras E. An examination of the association between anxiety and social functioning in youth with ADHD: A systematic review. *Psychiatry Res* 2019;273:402-21.
23. Becker SP, Langberg JM, Evans SW, Girio-Herrera E, Vaughn AJ. Differentiating anxiety and depression in relation to the social functioning of young adolescents with ADHD. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2015;44(6):1015-29.
24. Johnston C, Chronis-Tuscano A. families and ADHD. In: *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*, 4th ed. New York, NY, US: The Guilford Press; 2015. p. 191-209.
25. Pliszka S, AACAP work group on quality issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(7):894-921.
26. Ollendick TH, Weist MD, Borden MC, Greene RW. Sociometric status and academic, behavioral, and psychological adjustment: A five-year longitudinal study. *J Consult Clin Psychol* 1992;60:80-7.
27. Tangjittiporn T, Sottimanon A, Ularntinon S. Psychometric properties of the screen for child anxiety related disorders Thai version. *Pediatr Int* 2022;64(1).
28. Pityaratstian N, Booranasuksakul T, Juengsiragulwit D, Benyakorn S. ADHD screening properties of the Thai version of Swanson, Nolan, and Pelham IV scale (SNAP-IV) and strengths and difficulties questionnaire. *J Psychiatr Assoc Thai* 2014;59(2):97-110.
29. Khamon A, Charnsil C, Srisurapanont M, Suradom C. Development and validation of the Thai version of the Alabama parenting questionnaire (APQ). *J Ment Health Thai* 2019;27(2):107-20.
30. Susan H. Spence. *Social skills training: Enhancing social competence with children and adolescents*. Berkshire, UK: NFER-Nelson; 1995. 7-9.
31. Bursac Z, Gauss CH, Williams DK, Hosmer DW. Purposeful selection of variables in logistic regression. *Source Code Biol Med* 2008;3(1):17.
32. Van der Oord S, Van der Meulen EM, Prins PJM, Oosterlaan J, Buitelaar JK, Emmelkamp PMG. A psychometric evaluation of the social skills rating system in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Behav Res Ther* 2005;43(6):733-46.
33. Achenbach TM, McConaughy SH, Howell CT. Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychol Bull* 1987;101(2):213-32.
34. Hughes JN, Chen Q. Reciprocal effects of student-teacher and student-peer relatedness: Effects on academic self-efficacy. *J Appl Dev Psychol* 2011;32(5):278-87.
35. Bergin C, Bergin D. Attachment in the Classroom. *Educ Psychol Rev* 2009;21(2):141-70.
36. Wang Y, Tao Y, Zhu L, Li Y, Huang D. Preschool children's negative affect and social skills in China: The moderating effect of the teacher-child relationship. *Front Psychol* 2022;13:e991039.
37. Meijer SA, Sinnema G, Bijstra JO, Mellenbergh GJ, Wolters WHG. Social functioning in children with a chronic illness. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41(3):309-17.
38. van Rijn S, Barendse M, van Goozen S, Swaab H. Social attention, affective arousal and empathy in men with Klinefelter syndrome (47,XXY): Evidence from eye tracking and skin conductance. *PLoS ONE* 2014;9(1):e84721.
39. Beebe DW, Gozal D. Obstructive sleep apnea and the prefrontal cortex: towards a comprehensive model linking nocturnal upper airway obstruction to daytime cognitive and behavioral deficits. *J Sleep Res* 2002;11(1):1-16.
40. Hinshaw SP. Impulsivity, emotion regulation, and developmental psychopathology: specificity versus generality of linkages. *Ann N Y Acad Sci* 2003;1008(1):149-59.
41. Hodgins JB, Cole J, Boldizar J. Peer-based differences among boys with ADHD. *J Clin Child Psychol* 2000;29(3):443-52.
42. The MTA Cooperative Group. A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(12):1073-86.

ผลด้านพฤติกรรมและจิตใจหลังเปิดเรียนแบบ onsite ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร หลังการระบาดของเชื้อโควิด 19

สาวินี วงศ์เศรษฐี*, พระพร หล่อธีรพงศ์*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาดังกล่าว ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาในประเทศไทย หลังกลับมาเปิดเรียนที่โรงเรียนเต็มรูปแบบ (onsite) ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2565 หลังการระบาดของเชื้อโควิด 19

วิธีการศึกษา การวิจัยนี้ใช้การสำรวจแบบตัดขวาง (cross-sectional design) ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา อายุ 6 - 13 ปี ในโรงเรียนรัฐบาลที่ได้รับการสุ่มเลือก 2 แห่ง ในพื้นที่เขต 1 (ราชเทวี, พญาไท, ดุสิต) จังหวัดกรุงเทพมหานคร หลังการเปิดภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2565 โดยใช้แบบสอบถาม Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) ฉบับภาษาไทย เพื่อประเมินปัญหาและพฤติกรรมของเด็ก โดยให้ผู้ปกครองที่ดูแลหลักเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์โดยใช้ Pearson Chi-Square test, Fisher's Exact Test, multiple variable logistic regression

ผลการศึกษา เด็กนักเรียนที่ได้รับการประเมิน 430 คน โดย 69.3% ของนักเรียนทั้งหมดมีอายุ 6 - 9 ปี ศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 จำนวนเพศหญิงและเพศชายมีใกล้เคียงกัน จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติพบว่า 9.8% ของเด็กนักเรียนแสดงปัญหาทางพฤติกรรมและสุขภาพจิตหลังกลับมาเรียนที่โรงเรียน ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2565 โดยมีความชุกของปัญหาทางความสัมพันธ์กับเพื่อน 11.2% ปัญหาทางพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น 10.9% ปัญหาด้านอารมณ์ 8.8% และพฤติกรรมเกรี้ยว 7.4% ซึ่งปัญหาทางความสัมพันธ์กับเพื่อนไม่เชื่อมโยงกับปัจจัยใดๆ นอกจากนี้ปัญหาด้านพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น สัมพันธ์กับเด็กที่มีโรคประจำตัวทางจิตใจ (OR=6.74) ส่วนปัญหาด้านอารมณ์เกี่ยวข้องกับเด็กที่มีปัญหานอนยาก และได้รับการช่วยเหลือจากพ่อแม่บางส่วนในการเรียนออนไลน์ นอกจากนี้ปัญหาทางพฤติกรรมเกรี้ยวเชื่อมโยงกับการเข้าถึงสื่อการเรียนออนไลน์ที่ไม่เพียงพอ (OR=3.42) และการมีความขัดแย้งระหว่างเด็ก - ผู้ดูแล (OR=10.11)

สรุป หลังกลับมาเปิดเรียนที่โรงเรียนเต็มรูปแบบ (onsite) ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2565 หลังการระบาดของเชื้อโควิด 19 พบว่า เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษามีปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ โดยพบมากในด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และด้านพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์สัมพันธ์กับเด็กที่มีโรคประจำตัวทางสุขภาพจิต มีปัญหาการนอนหลับ ได้รับความช่วยเหลือในการเรียนรู้จากผู้ปกครองที่ไม่เพียงพอในระหว่างเรียนออนไลน์ และมีความขัดแย้งกับพ่อแม่ ทั้งนี้ควรมีการวิจัยต่อเนื่องที่ติดตามแนวโน้มด้านสุขภาพจิตทั้งก่อนและหลังการระบาดของเชื้อโควิด 19 เพื่อจะได้เข้าใจและแก้ไขปัญหาเหล่านี้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยอาศัยความร่วมมือจากทั้งภาครัฐ ชุมชน โรงเรียน และครอบครัว ในการให้ความช่วยเหลือเด็กนักเรียนในด้านต่างๆ

คำสำคัญ ปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา เปิดเรียนที่โรงเรียน หลังการระบาดของเชื้อโควิด 19

Corresponding author: พระพร หล่อธีรพงศ์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: passa.ltp@gmail.com

วันรับ : 20 ธันวาคม 2566 วันแก้ไข : 5 กุมภาพันธ์ 2567 วันตอบรับ : 8 กุมภาพันธ์ 2567

Behavioral and Mental Impact of School Reopening During the COVID-19 Post-Pandemic in Elementary School Students Under Bangkok Metropolitan Administration: A Cross-Sectional Study

Sawinee Wongsettee*, Passaporn Lorterapong*

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

ABSTRACT

Objective: This study aimed to investigate the prevalence and associated factors of behavioral and mental health challenges in Thai primary school children post-school reopening in the 2022 academic year during the COVID-19 post-pandemic

Method: This cross-sectional study was conducted among elementary school students aged 6 - 12 years in randomly selected public schools within the educational institutions under the Office of Primary Education District 1 (Ratchathewi, Phayathai, Dusit) of Bangkok, Thailand, after the onset of Semester 1 in 2022. The survey period spanned from January to March 2023. The Thai version of the parent-rated Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) was used to evaluate children's mental health and behaviors by primary caregivers. Pearson Chi-Square, Fisher's Exact Test, and multivariable logistic regression models were applied for analyzing associated factors.

Results: A total of 430 Students underwent assessment. Most children (69.3%) were aged 6 - 9 (grades 1 - 3), with almost equal gender representation. Our results indicated that 9.8% of children exhibited behavioral and mental health issues following the 2022 school year commencement. Prevalent difficulties included peer relationship (11.2%), hyperactivity/inattention (10.9%), emotional (8.8%), and conduct problems (7.4%). Although peer relationship problems did not associate significantly with any of the factors, Hyperactivity/inattention problems associate with children who had underlying psychological conditions (OR=6.74). Emotional issues were associated with sleep disturbances and partial assisting of parents during online courses. Additionally, conduct problems were linked with inadequate online learning access (OR=3.42) and having child - caregiver conflict (OR=10.11).

Conclusion: Thai primary school children faced various emotional and behavioral challenges upon the reopening of schools in Semester 1 of the 2022 academic year following the COVID-19 pandemic. Key issues included peer relationship problems and hyperactivity/inattention behaviors. These challenges were associated with mental health difficulties, sleep disturbances, inadequate parental support for online learning, and conflicts with parents. Continuous research tracking pre- and post-pandemic mental health changes is crucial for addressing these concerns. Effective support from the government, communities, schools, and families is necessary to facilitate a smoother transition for students returning to physical classrooms and address emotional and behavioral problems.

Keywords: Behavioral and mental problem, Thai elementary school students, school reopening, the COVID-19 post-pandemic

Corresponding author: Passaporn Lorterapong

E-mail: passa.ltp@gmail.com

Received 20 December 2023 Revised 5 February 2024 Accepted 8 February 2024

INTRODUCTION

The extensive impact of the COVID-19 pandemic on daily life, both locally and worldwide, has been extensively studied. Families encountered uncertainties, reduced outdoor activities, and increased reliance on technology, leading to decreased social interactions with peers and educators.^{1,2} Surveys conducted by UNICEF, The Children and Youth Council of Thailand, and the United Nations Population Fund highlighted how parental challenges had psychological repercussions on their children. The prolonged closure of schools contributed to various psychological challenges among children and teenagers, including anxiety, stress, boredom, and concerns about violence or abuse. Primary school children, especially, faced vulnerability due to pandemic restrictions, affecting their overall well-being.³ The shift to online teaching in Semester 1 of Academic Year 2020 exacerbated anxiety and mental health issues for both students and parents.⁴ In Thailand, research indicated that 41.1% of primary school children faced psychosocial problems, particularly those lacking adequate parental support for online learning.⁵ Furthermore, students exhibit changes in characteristics, reluctance to participate, decreased life skills, and a decline in positive attitudes toward learning.⁶ The development of vaccines and treatments for COVID-19 has led to decreased infection rates and milder symptoms.⁴ Consequently, many nations reopened schools for in-person learning, with studies revealing increased behavioral challenges, parental conflicts, sleep disturbances, and mental health issues following the return to onsite classes.⁷⁻⁹ In Thailand, as the pandemic eases, the Ministry of Education has reintroduced in-person learning with new safety guidelines emphasizing COVID-19 prevention measures. The 2022 school year resumed onsite classes on May 17, 2022.¹⁰

In collectivistic cultures like Thailand, drawing from Schwartz's Theory of basic human values, heightened concerns about social acceptance and conformity to group norms influence students' perceptions of their ability to manage academic demands and social interactions. Consequently, as students return to onsite learning, these

cultural factors contribute to increased academic expectations and performance pressure, potentially leading to heightened stress and anxiety.^{6,11,12} However, limited research exists in Thailand regarding the behavioral and mental health problems after this transition. Hence, this study aims to assess prevalence and identify associated factors of the behavioral and emotional problems following the school reopening, in Thai primary school students. We highlight District 1 which surround our hospital (Ramathibodi Hospital, Bangkok).¹³ The study's location selection in the area near the researcher's workplace aims to provide information for future planning, care, screening, or interventions for schools in District 1 in the future.

Method

Study Design and Population

This cross-sectional study was conducted in two randomly selected public primary schools within the educational institutions under the Office of Primary Education District 1 (Ratchathewi, Phayathai, Dusit). This district surrounds our hospital (Ramathibodi Hospital, Bangkok).¹³ Educational institutions were selected via internet-based randomizer.¹⁴ Teachers were then assigned to distribute the questionnaires randomly to parents. The study commences subsequent to the initiation of Semester 1 in the Academic Year 2022 (May 2020).¹³ Our study was conducted between January and March of 2023. The researcher established communication with the primary caregiver of the children by working with the assigned teacher at every school that participated. Teachers and participants were provided with explanations on the questionnaires and survey techniques. Should they have any inquiries regarding the questionnaires or specifics of the study, they were encouraged to contact the researcher directly via phone and email. The questionnaires were delivered directly to the teacher by the researcher and then passed on to participants. After completing the envelope-sealed paper forms, the participants submitted them to the teachers, who then forwarded them to the researcher.

The sample size calculation resulted in the collection of 418 samples.¹⁵ In this study, 430 parents of primary school students provided consent to participate in the research by signing consent forms and were identified as primary caregivers. The individuals were identified by responding affirmatively to the following insert question: “you are the primary caregivers who closely care for your children and can provide information about the child’s behavior after school reopening as specified in the questionnaire.”

The Thai version of the parent-rated SDQ was employed to evaluate children between the ages of 4 and 16, with particular emphasis on the age range of primary school kids in Thailand, which is around 6 to 12 years old, as indicated by the study’s measurements.^{16,17} As a result, Childrens aged below 6 years and over 12 years were unable to participate in the research. Furthermore, those caregivers who declined to participate or requested withdrawal, in addition to those who submitted incomplete questionnaires, were excluded from the study.

The Institutional Review Boards of Mahidol University COA. MURA2023/41 granted approval for all study protocols, and every effort was made to ensure that individual identity remained anonymous.

Measurement and Assessment

The independent variables in this study encompassed details about children and primary caregivers, focusing on demographics, lifestyle, and educational aspects. Data were collected through multiple-choice questions in general questionnaires. Student information included age, gender, education level, medical and mental health conditions (Yes/No), COVID-19 contraction worries (Minimal/Enough/Too worries), family conflicts (Yes/No), and conflicts with teachers (Yes/No). Parental data covered education level, caregiver’s medical condition (Yes/No), and family finances (Good/Moderate/Bad). The questionnaire also addressed lifestyle elements such as transportation, access to learning materials during online classes (Adequate/Inadequate), caregiver assistance during online classes, sleep problems (Yes/

No), Parents’ preference for their children’s learning style, and time spending in physical activity or homework post the start of the 2022 school year. All factors were selected based on previous studies that identified significant influences on the behavioral and psychological problems of children during the COVID-19 period.⁶⁻⁸ Non-qualitative data include conflicts, COVID-19 contract worries, access to learning materials during online classes, and finances; perspectives were subjectively defined by the primary caregiver without specific concrete details.

We assessed behavioral and mental problems in Thai primary school children after semester 1 in the academic year 2022. The Thai version of the parent-rated Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) was used.¹⁶ The reliability of SDQ, measured by Cronbach’s alpha coefficient, was 0.76.¹⁸ The dependent variable was the prevalence of children with indicating at borderline or problems in every domain of SDQ. The total difficulties were divided into four domains and categorized in two groups as normal and borderline with problematic for both the overall total difficulties and each specific domain, with a difference in cut-point of the score. The total difficulties score is derived from the summary total score in every domain, except for prosocial behavior. Scores of total difficulties ranging from 0 to 15 are considered normal, 16 to 40 are borderline and problematic.^{16,18}

Data Analysis

Descriptive statistics (number and frequencies) were used to characterize children and their main caregiver. Prevalence proportions of behavioral and mental problems among the studied children were calculated. Univariable analysis explored the association between mental health outcomes and each independent variable by using Pearson Chi-Square Test or Fisher’s Exact Test. Only variables showing statistical significance (p -value<0.05) in univariable analysis were included in the multivariable analysis. A multivariable logistic regression accounted for all independent variables simultaneously, reporting odds ratios and 95% confidence intervals (95% CI). IBM SPSS Statistic Version 26 was used

for descriptive analysis, while STATA version 13.1 was employed for the multivariable analysis.

RESULTS

Demographic data, lifestyle and education information

In this study, data were collected from 430 children and their primary caregivers. Table 1 presents a comparison of characteristics among parents, children, lifestyle, and issues related to online learning, as well as the study outcomes (total difficulties or each domain of SDQ or prosocial SDQ). The analysis revealed no statistically significant differences between the two schools, except for variations in children's sex, parental assistance during online courses, and the duration of physical activity or home and school commuting.

Most children (69.3%) were aged 6 - 9 (grades 1 - 3), with almost equal gender representation. A majority reported no underlying medical or psychological disorders. A small percentage faced conflicts either with caregivers (1.6%) or teachers (2.6%). The majority of students expressed moderate worry about contracting COVID-19. Regarding educational and lifestyle aspects, 8.6% had inadequate access to online learning resources, and 22.3% had no parental assistance (more prevalent in School B than in School A). Following the start of the 2022 school year, 12.1% reported sleep issues, and most spent ≤ 2 hours on homework.

Primary caregivers were predominantly parents (98.4%) with higher education (88.4%) and 10.7% reported no medical conditions. A majority were less worried about contracting COVID-19 and preferred their children to physically attend school post-reopening.

Psychological and Behavioral Challenges:

Post the 2022 school year commencement, 9.8% exhibited behavioral and mental issues. Prevalent difficulties were in peer relationship (11.2%), hyperactivity/inattention (10.9%), emotional (8.8%), and conduct problems (7.4%) respectively. No statistically significant association was found between any variable factors and peer relationship problems or prosocial behavior (table 3).

Table 4 shows that children with an underlying psychological condition correlated with increased mental and behavioral issues (OR=4.63 [95% CI=1.53-14.05]). After adjusting for significant variables, children with psychological conditions were significantly more likely to exhibit hyperactivity/inattention problems (OR=6.74 [95% CI=2.11-21.54]). Emotional problems were associated with sleep issues, and parents assisting children during online courses. Additionally, conduct problems correlated with inadequate online learning access (OR=3.42 [95% CI=1.34-8.72]) and having child - caregiver conflict (OR=10.11 [95% CI=2.08-49.00]).

DISCUSSION

This study represents the initial exploration of behavioral and mental issues after the full reopening of schools in Bangkok for Semester 1 of 2022. Our study among primary school children found that 9.8% exhibited borderline to prominently abnormal scores for total difficulties, while 0.9% displayed prosocial behavior issues. This rate was notably lower than the transitional period (January to March 2022) at 41.1%⁵, yet higher than the pre-pandemic level of 1.6%.²⁰ We speculate that increased prevalence during the pandemic might be due to prolonged stress faced by children and parents.¹⁹ Parents spending more time with their children, including involvement in their online learning at home, possibly contributed to reported issues. As schools fully reopened, responsibility shifted to teachers, resulting in reduced reported issues at home, though still higher than pre-COVID times.²¹⁻²³ Furthermore, an experimental phase before Semester 2 of the 2021 academic year closure in early 2022 allowed children to attend onsite classes as preferred, alongside online learning²⁴, aiding some children in adaptation. In addition, our study took a survey from January to March 2023 (eight months after the school's full reopening) that might have more children in adaptation, and parents provided retrospective assessments. This may have resulted in fewer reported issues than anticipated.

TABLE 1 Demographic data, lifestyle and education information

Children's factor	Total N=430 (%)	School (A) N=204 (47.4%)	School (B) N=226 (52.6%)
Age			
6 - 9 year	298 (69.3)	146 (71.6)	152 (67.3)
10 - 12 year	132 (30.7)	58 (28.4)	74 (32.7)
Studying in grade 1 - 3	298 (69.3)	149 (73)	149 (65.9)
Female*	224 (52.1)	95 (46.6)	129 (57.1)
Having underlying medical conditions	60 (14)	27 (13.2)	33 (14.6)
Having underlying psychological conditions	16 (3.7)	8 (3.9)	8 (3.5)
Childrens' COVID-19 contraction worries			
Minimal	45 (10.5)	21 (10.3)	24 (10.6)
Normal	376 (87.4)	179 (87.7)	197 (87.2)
Excessive	9 (2.1)	4 (2)	5 (2.2)
Having sleep problem (after the start of the 2022 school year)	52 (12.1)	19 (9.3)	33 (14.6)
Having conflicts with the teacher	11 (2.6)	4 (2)	7 (3.1)
Having child - caregiver conflict	7 (1.6)	3 (1.5)	4 (1.8)
Activity duration (after the start of the 2022 school year) >1 hr*	244 (56.7)	134 (65.7)	110 (48.7)
Homework duration (after the start of the 2022 school year) ≤2 hr	401 (93.3)	194 (95.1)	207 (91.6)
Inadequate access to online learning resources	37 (8.6)	15 (7.4)	22 (9.7)
Parental assistance during online courses*			
All	102 (23.7)	59 (28.9)	43 (19)
Sometime	232 (54)	106 (52)	126 (55.8)
No	96 (22.3)	39 (19.1)	57 (25.2)
Home and school commuting duration*			
<1 hour	379 (88.1)	170 (83.3)	209 (92.5)
≥1 hour	51 (11.9)	34 (16.7)	17 (7.5)
Having transporting difficulties	42 (9.8)	24 (11.8)	18 (8)
Parents' Factor			
Educational level			
High school or below	50 (11.6)	25 (12.2)	25 (3.1)
Undergraduate or above	380 (88.4)	179 (87.7)	201 (89)
Good financial status	429 (99.7)	32 (15.7)	37 (16.4)
Having underlying medical condition	46 (10.7)	21 (10.3)	25 (11.1)
Parents' COVID-19 contraction worries			
Minimal	7 (1.6)	3 (1.5)	4 (1.8)
Normal	400 (93)	192 (94.1)	208 (92)
Excessive	23 (5.3)	9 (4.4)	14 (6.2)
Parents' preference for their children's learning style			
Online	1 (0.2)	0	1 (0.4)
Onsite	401 (93.3)	192 (94.1)	209 (92.5)
Both/Mix	28 (6.5)	12 (5.9)	16 (7.1)

*Statistically significant differences between the two schools; children's sex, parental assistance during online courses, and the duration of physical activity or home and school commuting.

TABLE 2 Prevalence of behavioral and emotional strengths and problems, according to the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). (N=430)

	N (%)
Total difficulties*	42 (9.8)
Emotion problem	38 (8.8)
Conduct problem	32 (7.4)
Hyperactivity/Inattention behaviors	47 (10.9)
Peer relationships problem	48 (11.2)
Prosocial behavior	4 (0.9)

*The total difficulties score is derived from the summary total score in every domain, except for prosocial behavior. Scores ranging from 0 to 15 are considered normal, 16 to 40 are borderline and problem.

Our study following full school reopening revealed a lower prevalence of psychosocial issues among children compared to similar studies in China.^{7,9} This disparity may be due to contextual differences. The Chinese study, conducted in 2020 during the early phases of the pandemic with limited preventive measures, likely significantly impacted children due to heightened family-related concerns. In contrast, our study, conducted two years after the Chinese study, potentially benefited from the availability of COVID-19 vaccines and improved preventive measures.⁴ These advancements might have reduced parental concerns, consequently alleviating the burden on children. Furthermore, our study in only one district in Bangkok has a smaller sample size compared to studies conducted in China.^{7,9}

The prolonged periods of social distancing and limited social interaction during the lockdowns may have significantly impacted children's social skills and their ability to connect with peers.²⁵ This was consistent with our expectations regarding the most common domain of difficulties, peer relationship, accounting for 11.2% as shown in Table 2. This finding correlates with another COVID-19 impact study done in Thailand⁵; However, in

Table 4, no statistical association was observed with any variable factor. It's plausible that in our research, the variable factors did not sufficiently elucidate the establishment of relationships with peers. This contrasts with the approach of a Chinese study that delved deeper into social interactions.⁹

Our results identified hyperactivity and inattention as the second most prevalent difficulties, accounting for 10.9% of all issues. Children with underlying psychological conditions were 6.74 times more likely to display these behaviors compared to those without such conditions (OR=6.74 [95% CI=2.11-21.54]). This could be attributed to the classroom environment or children's underlying psychological conditions influencing their distraction or anxiety, thereby affecting their focus and behavior regulation.²⁶⁻²⁹

Furthermore, children experiencing sleep problems after the school reopened showed significant associations with emotional problems (OR=2.64 [95% CI=1.16-6.03]) This aligns with findings from high school students in Lithuania, who reported better study quality and physical health but faced challenges such as worse sleep quality, shorter sleep duration, and poorer self-reported mental health while learning in person during the COVID-19 pandemic.⁸ This could result from the adjustments in waking and sleeping times due to attending school, involving preparation before leaving home, and increased travel time to and from school. This is different from learning solely at home, which does not require much preparation or pre-learning routines.^{21,30}

To support their mental well-being, it's crucial to establish structured routines both at school and at home. This involves encouraging parents and guardians to create consistent schedules. Additionally, making classroom modifications such as minimizing distractions, providing quiet spaces, or introducing sensory-friendly elements can create a better learning environment, especially for children with psychological conditions and sleep problems. Recognizing the necessity for a gradual adjustment period after school reopening is essential. Reducing workload or homework demands during this



TABLE 3 Factors associated with total SDQ and subdomains. N=430

	Total difficulties %		P-value	Emotional problem %		P-value	Conduct problem %		P-value	Hyperactivity/Inattention behaviors %		P-value	Peer relationship problem %		P-value
	Normal	Borderline +Problem		Normal	Borderline +Problem		Normal	Borderline +Problem		Normal	Borderline +Problem		Normal	Borderline +Problem	
Children's age			0.308			0.540			0.468			0.013*			0.452
6 - 9 year	68.6	76.2		68.9	73.7		68.8	75		67.4	85.1		69.9	64.6	
10 - 12 year	31.4	23.8		31.1	26.3		31.2	25		32.6	14.9		30.1	35.4	
Studying in			0.505			0.806			0.944			0.013*			0.674
Grade 1 - 3	68.8	73.8		69.1	71.1		69.3	68.7		67.4	65.1		69.6	66.7	
Grade 4 - 6	31.2	26.2		30.9	28.9		30.7	31.3		32.6	14.9		30.4	33.3	
Having underlying psychological conditions	2.8	31.3	0.014*	3.6	5.3	0.643	3.5	6.3	0.337	2.3	14.9	0.001*	3.9	2.1	1.000
Childrens' COVID-19 contraction worries			0.114			0.404			0.252			0.040*			0.358
Minimal	9.5	19		9.9	15.8		9.8	18.8		9.4	19.1		11	6.3	
Normal	88.4	78.6		87.8	84.2		87.9	81.3		88.8	76.6		87.2	89.6	
Excessive	2.1	2.4		2.3	0		2.3	0		1.8	4.3		1.8	4.2	
Having sleep problema	11.6	16.7	0.339	11	23.7	0.034*	11.6	18.8	0.255	11.2	19.1	0.116	12	12.5	0.927
Having child - caregiver conflict	1.3	4.8	0.143	1.5	2.6	0.479	1	9.4	0.011*	1.6	2.1	0.558	1.3	4.2	0.178
Inadequate access to online learning resources	8.2	11.9	0.389	8.4	10.5	0.555	7.5	21.9	0.013*	7.6	17	0.047*	8.6	8.3	1.000

TABLE 3 Factors associated with total SDQ and subdomains. N=430 (continuous)

	Total difficulties %		P-value	Emotional problem %		P-value	Conduct problem %		P-value	Hyperactivity/Inattention behaviors %		P-value	Peer relationship problem %		P-value
	Normal	Borderline +Problem		Normal	Borderline +Problem		Normal	Borderline +Problem		Normal	Borderline +Problem		Normal	Borderline +Problem	
Parental assistance during online courses			0.109			0.043*			0.824			0.159			0.753
All	23.2	28.6		24	21.1		23.4	28.1		22.7	31.9		23.3	27.1	
Sometime	53.1	61.9		52.3	71.1		54.3	50		53.8	55.3		53.9	54.2	
No	23.7	9.5		23.7	7.9		22.4	21.9		23.5	12.8		22.8	18.8	
Parents' preference for their children's learning style			0.138			0.070			0.495			0.012*			0.062
Online	0.3	0		0.3	0		0.3	0		0.3	0		0.3	0	
Onsite	94.1	85.7		94.1	84.2		93.5	90.6		94.5	83		94.2	85.4	
Both/Mix	5.7	14.3		5.6	15.8		6.3	9.4		5.2	17		5.5	14.6	
School			0.981			0.741			0.124			0.051			0.195
A	90.2	9.8		90.7	91.6		94.6	90.7		92.2	86.3		86.8	90.7	
B	90.3	9.7		9.3	8.4		5.4	9.3		7.8	13.7		13.2	9.3	

a. Present after the start semester 1 of the 2022 school year

*For indicating statistical significance (p-value<0.05) by using Pearson Chi-Square Test or Fisher's Exact Test

TABLE 4 Significant association between factors and psychosocial problem by using multivariable logistic regression

	Adjusted Odd Ratio	95% confidence interval
Total difficulties^a		
Children with an underlying psychological condition ^b	4.63*	1.53-14.05
Emotional problem^a		
Parental assistance during online courses compared with no support ^b		
All subjects	2.62	0.67-10.24
Sometime	4.22*	1.24-14.32
Children with sleep problem ^b	2.64*	1.16-6.03
Conduct problem^a		
Inadequate access to online learning resources ^b	3.42*	1.34-8.72
Having child - caregiver conflict ^b	10.11*	2.08-49.00
Hyperactivity/inattention^a		
Children with an underlying psychological condition ^b	6.74*	2.11-21.54
Parents preferring mixed online and onsite, compared to onsite only ^b	3.64*	1.37-9.64
Parents preferring online only compared to onsite only ^b	1	empty
Inadequate access to online learning resources ^b	2.41	0.92-6.27
Children's age 6 - 9 year ^b	1.73	0.33-8.97
Studying in grade 1 - 3 ^b	1.92	0.37-9.86
Childrens' COVID-19 contaction worries ^b		
Minimal worries	2.41*	1.01-5.76
Excessive worries	4.03	0.76-21.26

* For indicating statistical significance (p-value < 0.05) by using multivariable logistic regression

^a For indicating dependent variables

^b For indicating independent variables

period can assist these children in adapting to the classroom without excessive stress.^{28,31}

Our study highlights links between child-caregiver conflict, inadequate online learning resources, and conduct problems in Thai school-age children. This echoes previous research highlighting the vulnerability of children to mental health issues when lacking parental support and necessary resources, straining their relationships with caregivers.^{5,9} The demanding nature of parenthood intensified during the COVID-19 pandemic,

as parents juggled multiple responsibilities and spent more time with their children. This scenario led to potential conflicts and difficulties in maintaining consistent discipline, impacting the quality and continuity of their children's academic learning. Notably, this differs from in-person schooling, which often requires children to demonstrate higher levels of discipline, self-management, and self-control.³²

The primary strength of this study is its distinction as the first exploration of behavioral and mental issues

following the full reopening of schools in Bangkok for Semester 1 of 2022, post the decline of COVID-19 and transition to an endemic state. The study contributes valuable evidence on the prevalence of behavioral and mental problems as perceived by parents. Additionally, it establishes a connection between the characteristics of children, their parents, lifestyle, learning-related issues, and the behavioral and mental health of children according to their parents' observations. The study's location selection in the area near the researcher's workplace provides information for future planning, care, screening, or interventions for schools in District 1. Furthermore, the identification of hyperactivity and inattention as the second most prevalent difficulties, along with their association with underlying psychological conditions, informs our intention to select schools in the vicinity of the researcher's workplace. This information can guide future planning for care, screening, or interventions, especially for children who visit our hospital. Ultimately, the study's findings can contribute to the design of preventive psychoeducational interventions aimed at optimizing the psychological well-being of children.

This study encounters several limitations. Initially related to selection bias, it relies on a small sample size and exclusively focuses on students in public schools in Bangkok, Thailand, excluding those from private or specialized institutions. Consequently, the study's outcomes may not offer a comprehensive representation of the diverse spectrum of Thai primary school children.

Secondly, there are limitations in the study design. It's essential to acknowledge that this study solely depends on subjective parent-administered questionnaires and lacks direct interviews. The factors considered are based on broad answer choices, offering a general perspective that does not have psychometric validation in answer choices of characteristics among parents, children, lifestyle, and issues related to online learning. In addition, specific details regarding mental health (including symptoms, diagnosis and treatment), social skills, interaction with others, policies about COVID-19, and adaptability skills could significantly influence children's

adjustment, learning, and behavior when returning to onsite schooling. Further investigation is necessary to explore the correlation between behavioral and emotional issues post-onsite learning and specific characteristics involving the child, parents, learning systems, home environment, and school environment.^{5,7-9} Conducting surveys among both students and educators, supplemented by interviews, could enhance understanding in these areas.

Lastly, in term of the generalizability of this study, conducted as a cross-sectional survey during an improved phase of the COVID-19 situation when the Ministry of Education allowed in-person learning to resume under Thailand's 'new normal' guidelines, caution is required in interpreting the study's implications for public health.¹⁰ The circumstances during the survey might have significantly differed from the present scenario. Additionally, due to the study's sole focus on post-school reopening in-person learning and its cross-sectional nature, establishing direct cause-and-effect relationships between various factors and behavioral or mental issues is challenging. Therefore, conducting longitudinal research spanning from before the COVID-19 outbreak to post-containment could provide valuable insights into the patterns of behavioral or emotional disorders and related variables.

CONCLUSION

Thai primary school children faced various emotional and behavioral challenges upon the reopening of schools in Semester 1 of the 2022 academic year following the COVID-19 pandemic. Key issues included peer relationship problems and hyperactivity/inattention behaviors. These challenges were associated with mental health difficulties, sleep disturbances, inadequate parental support for online learning, and conflicts with parents. Continuous research tracking pre- and post-pandemic mental health changes is crucial for addressing these concerns. Effective support from the government, communities, schools, and families is necessary to facilitate a smoother transition for students returning to

physical classrooms and address emotional and behavioral problems.

Conflict of interest

None.

Author's contributions

Sawinee Wongsettee was involved in method design, data collection, data analysis, and reviewing/editing the manuscript. Passaporn Lorterapong revised and approved the final manuscript.

REFERENCES

1. Widyastari D, Kesaro S, Rasri N, Saonuan P, Katewongsa P. Learning methods during school closure and its correlation with anxiety and health behavior of Thai students. *Front Pediatr* 2022; 10: 815148.
2. Ezpeleta L, Navarro J, de la Osa N, Trepate E, Penelo E. Life conditions during COVID-19 lockdown and mental health in Spanish adolescents. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(19): 7327.
3. Pal I, Sukwanchai K, Bhuridatpong A, Pal A. Impacts of pandemic on education sector in Thailand. *Pandemic Risk, Response, and Resilience* 2022; 457-69.
4. Chaabane S, Doraiswamy S, Chaabna K, Mamtani R, Cheema S. The impact of COVID-19 school closure on child and adolescent health: a rapid systematic review. *Children (Basel)* 2021; 8(5): 415.
5. Pudpong N, Julchoo S, Sinam P, Uansri S, Kunpeuk W, Suphanchaimat R. Psychosocial problems among primary school children in Thailand during the COVID-19 pandemic. *Pediatr Health Med Ther* 2023; 14: 159-68.
6. Suwathanpornkul I, Sarnkhaowkhom C, Tulmethakaan D, Sakuntanak P, Charoensuk O. Learning loss and psychosocial issues among Thai students amidst the COVID-19 pandemic: the perspectives of teachers in the online classroom. *BMC Psychol* 2023; 11(1): 232.
7. Wang L, Zhang Y, Chen L, Wang J, Jia F, Li F, et al. Psychosocial and behavioral problems of children and adolescents in the early stage of reopening schools after the COVID-19 pandemic: a national cross-sectional study in China. *Transl Psychiatry* 2021; 11(1): 342.
8. Puteikis K, Mameniškytė A, Mameniškienė R. Sleep quality, mental health and learning among high school students after reopening schools during the COVID-19 pandemic: results of a cross-sectional online survey. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19(5): 2553.
9. Wang J, Wang Y, Lin H, Chen X, Wang H, Liang H et al. Mental health problems among school-aged children after school reopening: A cross-sectional study during the COVID-19 post-pandemic in east China. *Front Psychol* 2021; 12: 773134.
10. Nation T. Education Ministry, BEC gear up for May 17 opening of new semester [Internet]. Nation Thailand. 2022 [cited 2023 May 4]. Available from: <https://www.nationthailand.com/in-focus/40015214>.
11. Schwartz SH. An overview of the Schwartz theory of basic values. *Psychology and Culture* 2012; 2(1): 1-29.
12. Deveney B. An investigation into aspects of Thai culture and its impact on Thai students in an international school in Thailand. *J Res Int Educ* 2005; 4(2): 153-71.
13. Bangkok Metropolitan Administration. Student Year 2565 [Internet]. Bangkok Metropolitan Administration. 2022 [cited 2022 Aug 29]. Available from: https://data.bopp-obec.info/emis/student.php?Area_CODE=1001&Edu_year=2565.
14. NA, Heel of names [Internet]. wheelofnames.com. [cited 2024 Feb 3]. Available from: <https://wheelofnames.com/th/>
15. Wayne D. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 6th ed. New York: John Wiley & Sons; 1995.
16. Wongpiromsarn Y, Wipulakorn P, Nuanmanee S, Woener W, Mongkol A. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) Thai improved version: change and administration. *J Psychiatr AssocThailand* 2011; 19(2): 79-87.
17. Ministry of Education. Education in Thailand 2017. Bangkok: Office of the Education Council, Ministry of Education Kingdom of Thailand; 2017.
18. Woerner W, Nuanmanee S, Becker A, Wongpiromsarn Y, Mongkol A. Normative data and psychometric properties of the Thai version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *J Psychiatr AssocThailand* 2011; 19: 42-57.
19. Jo E, Seo K, Nam B, Shin D, Kim S, Jeong Y, et al. Deterioration of mental health in children and adolescents during the COVID-19 pandemic. *J Korean Acad Child Adolesc Psychiatry* 2023; 34(1): 21-9.
20. Wongtapitien J. Behavioral and emotional expression of depression in senior primary school students in the Bangkok area [Master's Thesis]. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University; 2011.
21. Levitt KJ, Munzer T, Torres C, Schaller A, McCaffery H, Radesky JS. Remote and hybrid schooling during COVID-19: Associations with child behavior and sleep. *J Dev Behav Pediatr* 2022; 43(5): 288-95.
22. Ng CSM, Ng SSL. Impact of the COVID-19 pandemic on children's mental health: A systematic review. *Front Psychiatry* 2022; 13: 975936.
23. Murray AL, Speyer LG, Hall HA, Valdebenito S, Hughes C. Teacher versus parent informant measurement invariance of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *J Pediatr Psychol* 2021; 46(10): 1249-57.
24. Chalikul T. The Ministry of Education and OBEC inspected the opening day of the first semester at Rachawinit School (Primary)[Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 29]. Available from: <https://www.obec.go.th/archives/620505>
25. Wijaya RPC, Bunga BN, Kiling IY. Socio-emotional struggles of young children during COVID-19 pandemic: Social isolation

- tion and increased use of technologies. *J Early Child Res* 2021;20(1): 113-27.
26. Cicekci MA, Sadik F. Teachers' and students' opinions about students' attention problems during the lesson. *J EduLearn* 2019; 8(6): 15.
27. Aroonsrimarakot S, Laiphrakpam M, Chathiphot P, Saengsai P, Prasri S. Online learning challenges in Thailand and strategies to overcome the challenges from the students' perspectives. *Educ Inf Technol* 2023; 28: 8153-70.
28. Jakavonytė-Staškuvienė D, Mereckaitė-Kušleikė I. Conditions for successful learning of primary school pupils in the context of Integrated education: A case study. *Interchange (Tor:1984)* 2023; 54: 229-51.
29. Ogundele MO. Behavioural and emotional disorders in childhood: A brief overview for paediatricians. *World J Clin Pediatr* 2018; 7(1): 9-26.
30. Mousavi Z, Troxel W. Later school start times as a public health intervention to promote sleep health in adolescents. *Curr Sleep Medicine Rep* 2023; 9: 152-60.
31. Welsh Government. Practical approaches to behavior management in the classroom A handbook for classroom teachers in primary schools Information [Internet]. 2012 [cited 2023 Dec 12]. Available from: <https://www.gov.wales/sites/default/files/publications/2018-12/practical-approaches-to-behaviour-management-in-the-classroom-a-handbook-for-classroom-teachers-in-primary-schools.pdf>
32. Putri RSY, Purwanto A, Pramono R, Asbari M, Wijayanti L, Hyun C. Impact of the COVID-19 pandemic on online home learning: An explorative study of primary schools in Indonesia. *IJAST* 2020; 29(5): 4809-18.

การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักและปัจจัยที่เกี่ยวข้องภายหลังการรักษา 1 ปี ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเด็กและวัยรุ่น ที่รักษาที่โรงพยาบาลศิริราช

พิชญนันท์ นันตติกุล*, วัลลภ อัจสริยะสิงห์*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักในเด็กและวัยรุ่นที่มีโรคซึมเศร้าหลังการรักษา 1 ปี และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาแบบสืบค้นข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอายุไม่เกิน 18 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ที่โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างปี พ.ศ. 2556 - 2562 บันทึกน้ำหนักแรกรับและหลังการรักษา 1 ปี แบ่งเป็น 5 กลุ่มตามเกณฑ์การเจริญเติบโต ได้แก่ ผอม ค่อนข้างผอม สมส่วน ท้วม และอ้วนตามลำดับ และบันทึกปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ ชนิดและระยะเวลาของยาที่ได้รับ โรคร่วม และการใช้สารเสพติด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิธีการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 202 ราย อายุเฉลี่ย 13.8 ปี พบว่าหลังการรักษา 1 ปี ผู้ป่วย 141 ราย (ร้อยละ 69.7) ไม่มีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มของน้ำหนักจากแรกรับ ผู้ป่วย 18 ราย (ร้อยละ 9.0) น้ำหนักลดลง และผู้ป่วย 43 ราย (ร้อยละ 21.3) น้ำหนักเพิ่มขึ้น และจากสถิติวิธีการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพบว่า น้ำหนักแรกรับในกลุ่มผอม ($OR=6.78$ ($1.25-36.37$), $p=0.026$) ค่อนข้างผอม ($OR=10.61$ ($3.59-31.34$), $p<0.001$) และท้วม ($OR=10.97$ ($3.93-30.58$), $p<0.001$) มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักเทียบกับกลุ่มน้ำหนักแรกรับที่สมส่วน ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่ศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักหลังการรักษา

สรุป ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเด็กและวัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักภายหลังการรักษา 1 ปี และปัจจัยที่ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก ได้แก่ น้ำหนักตั้งต้นที่อยู่ในกลุ่มผอม ค่อนข้างผอม และท้วม

คำสำคัญ โรคซึมเศร้า น้ำหนัก เด็ก วัยรุ่น

Corresponding author: วัลลภ อัจสริยะสิงห์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: wanlop.atr@mahidol.edu

วันรับ : 10 พฤศจิกายน 2566 วันแก้ไข : 30 มกราคม 2567 วันตอบรับ : 5 กุมภาพันธ์ 2567

Weight Change and Associated Factors in Children and Adolescents with Depression After 1 Year Treatment at Siriraj Hospital

Pitchanun Nuntatikul*, Wanlop Atsariyasing*

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

ABSTRACT

Objectives: This study aimed to investigate weight changes in children and adolescents with depressive disorder after 1 year of treatment, and to explore the associations between weight gain and associated factors.

Methods: A retrospective chart review was conducted on children and adolescents diagnosed with depressive disorder by psychiatrist at Siriraj Hospital from 2013 to 2019. Initial and post-1-year treatment weights were collected and categorized into 5 groups (very underweight, underweight, average, overweight, and obese) based on standard growth curves. Associated factors, including gender, age, type and duration of medication, comorbidities, and substance use, were recoded. Data were analyzed using mean, median, mode, and logistic regression analyses.

Results: This study included 202 cases, with an average age of 13.8 years. After 1 year of treatment, 141 cases (69.7%) showed no changes in weight, 18 cases (9.0 %) exhibited weight loss, and 43 cases (21.3 %) demonstrated weight gain. Logistic regression analyses revealed that the initial weight groups of very underweight (OR=6.78 (1.25-36.37), $p=0.026$), underweight (OR=10.61 (3.59-31.34), $p<0.001$), and overweight (OR=10.97 (3.93-30.58), $p<0.001$) were significantly associated with weight gain compared to the average weight group. Other studied factors were not associated with weight gain after 1 year of treatment.

Conclusions: The majority of children and adolescents with depressive disorder do not experience weight changes after 1 year of treatment. Factors associated with weight change include the initial weight, with the very underweight, underweight and overweight groups showing significant associations with weight gain.

Keywords: depression, weight, children, adolescents

Corresponding author: Wanlop Atsariyasing

E-mail: wanlop.atr@mahidol.edu

Received 10 November 2023 Revised 30 January 2024 Accepted 5 February 2024

บทนำ

โรคอ้วนเป็นปัญหาทางสุขภาพที่พบมากขึ้นในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น โดยในปี พ.ศ. 2559 พบเด็กและวัยรุ่นมีภาวะน้ำหนักเกินอย่างน้อย 340 ล้านคนทั่วโลก¹ ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563 พบเด็กในวัยเรียน อายุ 6 - 14 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 12.77² ซึ่งสาเหตุของการเกิดโรคอ้วนมาจากหลายปัจจัย เช่น พันธุกรรม โรคทางกายหรือโรคทางจิตเวชบางกลุ่ม หรือวิถีชีวิต เป็นต้น³ โรคอ้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และส่งผลต่อสุขภาพจิตได้ เช่น นำไปสู่โรคซึมเศร้า หรือทำให้อาการของโรคแย่ลง ซึ่งเป็นอีกหนึ่งโรคที่ส่งผลกระทบอย่างมาก และยังเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มอายุ 15 - 29 ปี ซึ่งพบว่าการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่สอง⁴ ในประเทศไทยพบว่าแนวโน้มของการฆ่าตัวตายสูงขึ้นในแต่ละปี โดยในปี พ.ศ. 2563 คิดเป็น 7.37⁵ รายต่อแสนประชากร เป็นกลุ่มเด็กและวัยรุ่นร้อยละ 2.51⁶ ในปัจจุบันจึงมีหลายการศึกษาที่อธิบายความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและปัจจัยต่างๆ ที่อาจเกี่ยวข้อง เช่น น้ำหนักเริ่มต้น⁷ การใช้ antidepressants⁷ พฤติกรรมการกิน⁸ ระยะเวลาการนอน ระดับการศึกษาของมารดา⁹ อายุที่เริ่มวินิจฉัย โรคจิตกึ่งรวม¹⁰ เศรษฐฐานะ¹¹ และความพึงพอใจในรูปร่าง¹² เพื่อพัฒนาแผนการป้องกันและรักษาในผู้ที่มีความเสี่ยง แต่ยังไม่ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านักได้รับการรักษาด้วยยาตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป ซึ่งอาจเป็น antidepressant 1 กลุ่มขึ้นไป หรือมีใช้ antipsychotic ร่วมด้วย มีการศึกษาพบว่าในยาในกลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) นั้น paroxetine และ citalopram มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักในกลุ่มวัยรุ่น 15 - 20 ปี มากที่สุด escitalopram พบรองลงมา และ fluoxetine มีผลน้อย ส่วน sertraline ไม่มีผลต่อการเพิ่มของน้ำหนัก¹³ และยาในกลุ่ม Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors (SNRIs) ทำให้น้ำหนักลดในช่วงแรกแต่กลับมากใกล้เคียงเดิมในระยะยาว¹⁴ อีกการศึกษาพบว่า SSRIs ไม่ส่งผลกับน้ำหนัก ในขณะที่ยาบางชนิด เช่น mirtazapine, paroxetine, Tricyclic antidepressants (TCAs) ส่งผลต่อการเพิ่มน้ำหนักในผู้ใหญ่¹⁵ ซึ่งกลไกดังกล่าวน่าจะสัมพันธ์กับ antihistamine effect¹⁶ และ 5-HT_{2C} receptor activity ในผู้ใหญ่¹⁷ แต่ในเด็กและวัยรุ่นยังไม่ทราบแน่ชัด ในขณะที่การใช้ยาในกลุ่ม antipsychotic จากการศึกษาพบว่า มีร้อยละ 60 ของผู้ที่ได้รับยา พบการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักอย่างชัดเจน¹⁸ โดยกลุ่ม

ที่เสี่ยงมากที่สุดคือเด็กและวัยรุ่น¹⁷ เนื่องจากยาบางชนิดที่ไม่พบว่า มีผลต่อน้ำหนักในผู้ใหญ่ เช่น aripiprazole กลับมีการศึกษาที่พบว่าส่งผลต่อการเพิ่มของน้ำหนักในเด็กไม่ต่างจาก risperidone^{18,19} และผลต่อน้ำหนักนี้มีความแตกต่างกันในยาแต่ละชนิดโดยไม่ทราบกลไกแน่ชัด

ในประเทศไทย จากการศึกษาของ Pornwan et al., 2018 ถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะน้ำหนักเกินกับโรคซึมเศร้า ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 แล้ว พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ต่อกัน อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาในหัวข้อดังกล่าวน้อยมากในประเทศไทย โดยเฉพาะการศึกษาปัจจัยต่างๆ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคซึมเศร้า เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังรับการรักษา อาจส่งผลทางลบต่อการรับประทานยาหรือการติดตามการรักษาต่อเนื่องได้²⁰ ส่งผลต่อความมั่นใจในรูปลักษณ์ซึ่งอาจทำให้อาการซึมเศร้าแย่ลง ไปจนถึงเกิดการฆ่าตัวตาย²¹ อาจเกิดปัญหาการกลั่นแกล้ง และรวมไปถึงส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพร่างกายตามมา จนทำให้ใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างยากลำบากมากขึ้นได้²²

การศึกษาเรื่องการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้าหลังรับการรักษายังมีความจำกัด รวมถึงการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ เช่น เพศ อายุ ชนิดของยา และระยะเวลาที่ได้รับกับการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก ยังจำกัดและให้ผลการศึกษาที่ได้ขัดแย้งกัน ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวและปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังรับการรักษา 1 ปี เพื่อนำไปวางแผนในการเฝ้าระวัง ติดตาม และให้การรักษาอย่างเหมาะสมในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ต่อไป

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาแบบ retrospective chart review จากผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาที่แผนกจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช ในช่วง พ.ศ. 2556 - 2562

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรคำนวณ Taro Yamane's formula¹⁸

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

โดย n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดประชากร จากสถิติจำนวนผู้ป่วยเด็กและ

วัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก เมื่ออายุน้อยกว่า 18 ปี ซึ่งมีรหัสโรคกลุ่มซึมเศร้า คือรหัส F32-F33 ตาม International Classification of diseases (ICD) ระหว่างปี พ.ศ. 2559 - 2562 มีทั้งสิ้น 252 ราย (คำนวณจากแผนในตอนแรกที่จะเก็บข้อมูลระหว่างพ.ศ. 2559-2562)

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ กำหนดไว้ที่ $p < 0.05$

แทนค่าในสูตรจะคำนวณขนาดตัวอย่างได้เท่ากับ 154 ราย จากอัตราจำนวนผู้ป่วยที่ไม่มาติดตามการรักษาหลังครบปีจากสถิติเฉลี่ยร้อยละ 30 และเพิ่มขนาดตัวอย่างกรณีอาจถูกคัดออกตามเกณฑ์คัดออกอีกร้อยละ 10 ขนาดตัวอย่างสุดท้ายที่ต้องการจึงเท่ากับ 220 ราย

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาล่าสุด และเก็บย้อนหลังตามวันที่ได้รับการรักษาไปเรื่อยๆ จนครบ 220 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี ขณะได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก และการวินิจฉัยอยู่ในกลุ่มโรค major depressive disorder, dysthymia หรือ depressive disorder, unspecified จากแพทย์ เริ่มเข้ารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชศาสตร์ เด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ในช่วง พ.ศ. 2556 - 2562 และติดตามรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่ขาดการเก็บข้อมูลน้ำหนักในครั้งแรกที่วินิจฉัยกลุ่มโรคซึมเศร้าหรือน้ำหนักในช่วงติดตามการรักษารอบ 1 ปี และผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงวินิจัยไปเป็นกลุ่มโรคอื่นที่ไม่ใช่ major depressive disorder, dysthymia หรือ depressive disorder unspecified ในระหว่างติดตามการรักษา

ตัวแปรที่ศึกษา

การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก

ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก ได้แบ่งน้ำหนักออกเป็น 5 กลุ่ม ตามเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็ก อายุ 5 - 19 ปี สำนักโภชนาการ กรมอนามัย พ.ศ. 2563 ได้แก่ ผอม ค่อนข้างผอม สมส่วน ท้วม และอ้วน โดยมีค่าน้ำหนักเท่ากับ median-2 SD, median-1.5 SD, median, median+1.5 SD, median+2 SD ตามลำดับ หากน้ำหนักแรกกับน้ำหนักครั้งล่าสุดอยู่คนละกลุ่มกัน จะเรียกว่ามีการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มน้ำหนัก

โดยผู้จัดทำได้วิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มที่น้ำหนักเพิ่มขึ้น ตามจุดประสงค์การวิจัย

กลุ่มอายุ

เนื่องจากผู้ป่วยเป็นเด็กและวัยรุ่น ซึ่งมีอัตราการเจริญเติบโตและการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักต่างกันในแต่ละช่วงวัยทางผู้จัดทำจึงแบ่งผู้ป่วยตามกลุ่มอายุเป็น 3 กลุ่ม โดยอิงจากอายุที่ได้รับวินิจฉัยครั้งแรก ได้แก่ เด็ก (<13 ปี) วัยรุ่นตอนต้น (13 - 15 ปี) และวัยรุ่นตอนปลาย (>15 ปี)

ชนิดของยาในการรักษา

จากข้อมูลพื้นฐานที่ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามชนิดของยาที่ผู้ป่วยได้รับ โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ใช้อย่างหนึ่งชนิด (monotherapy) สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยา antidepressant เพียงหนึ่งชนิด, ใช้อย่างมากกว่าหนึ่งชนิด (combined without antipsychotic) และสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับ antidepressant พร้อมกันมากกว่า 1 ชนิด เช่น fluoxetine+mianserin โดยไม่มี antipsychotic และใช้ antipsychotic ร่วม (adjunct antipsychotic) สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับ antipsychotic ร่วมในการรักษาด้วย antidepressant ทั้ง 1 ชนิดหรือมากกว่า ซึ่งในการแบ่งกลุ่มนี้จะพิจารณาชนิดยาที่ผู้ป่วยได้รับเป็นระยะเวลาการติดตามการรักษา เช่น หากมีการใช้ fluoxetine ร่วมกับ escitalopram จะจัดผู้ป่วยอยู่ในกลุ่ม fluoxetine ซึ่งได้รับเป็นเวลานานกว่า เป็นต้น

การรักษาด้วย antipsychotic

เนื่องจากการใช้ antipsychotic ในเด็กและวัยรุ่นมีผลข้างเคียงต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักได้มาก แม้จะเป็นกลุ่ม non-weight related ในผู้ใหญ่ จึงไม่แบ่ง antipsychotic ตามกลุ่มดังกล่าว แต่พิจารณาระยะเวลาการได้รับ antipsychotic ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ <3 เดือน, 3 - 6 เดือน และ >6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ปัจจัยต่างๆ ที่ศึกษา น้ำหนัก และการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน หรือฐานนิยม ส่วนการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงระหว่างน้ำหนักหลังรักษาได้ 1 ปี เทียบกับตอนเริ่มรักษา และการวิเคราะห์ผลความแตกต่างของปัจจัยที่สนใจกับการเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก ใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

แสดงผลเป็น Odds Ratio (OR) และ 95% Confidential Interval (95%CI)

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลขใบรับรอง COA Si 226/2022

ผลการศึกษา

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ในระยะแรกที่วางแผนเก็บข้อมูลในช่วง พ.ศ. 2559 - 2562 มีผู้ป่วยที่เข้าได้ตามเกณฑ์คัดเข้า 152 ราย ถูกคัดออก 22 ราย (เนื่องจากไม่มีข้อมูลน้ำหนักในระยะติดตามครบ 1 ปี) เหลือผู้ป่วยที่เก็บข้อมูลได้ 130 ราย ซึ่งน้อยกว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้ ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลเพิ่มระหว่าง พ.ศ. 2556 - 2559 มีผู้ป่วยที่เข้าได้ตามเกณฑ์คัดเข้า 174 ราย คัดออก 84 ราย (เนื่องจากไม่มีข้อมูลน้ำหนักในระยะติดตามครบ 1 ปี) เหลือผู้ป่วยที่เก็บข้อมูลได้เพิ่มอีก 90 ราย รวมเป็น 220 ราย คัดออกอีก 18 ราย เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงวินิจฉัยเป็นกลุ่มโรคที่ไม่ใช่ major depressive disorder, dysthymia หรือ depressive disorder unspecified ในระหว่างติดตามการรักษา เหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 202 ราย

จากกลุ่มตัวอย่าง 202 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.8) มีอายุอยู่ในช่วง 13 - 15 ปี (ร้อยละ 41.1) น้ำหนักแรกวินิจฉัยเฉลี่ยอยู่ที่ 51.8 กิโลกรัม พบโรคร่วม (ร้อยละ 44.1) โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ โรคสมาธิสั้น (ร้อยละ 17.8) ไม่พบโรคร่วมทางกายที่อาจส่งผลต่อน้ำหนัก เช่น เบาหวาน ในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการใช้ antidepressant เป็นยาการรักษาเพียงชนิดเดียว (ร้อยละ 60.9) ใช้ antipsychotic ร่วม เป็นบางราย (ร้อยละ 28.7) ยากลุ่ม antidepressant ที่ใช้มากที่สุดคือ fluoxetine (ร้อยละ 52.0) โดยขนาดที่ใช้มากที่สุดคือ 20 มิลลิกรัม/วัน และได้ระยะเวลานานกว่า 6 เดือน ยากลุ่ม antipsychotic ที่ใช้มากที่สุดคือ risperidone (ร้อยละ 17.9) โดยขนาดที่ใช้มากที่สุดคือ 0.5 มิลลิกรัม/วัน และได้ระยะเวลานานกว่า 6 เดือน และนอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีส่วนน้อยที่มีการใช้สารเสพติด บุหรี่ สุรา ภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 3.0) ผลแสดงดังตารางที่ 1

การเปลี่ยนแปลงกลุ่มของน้ำหนัก

เมื่อได้รับการรักษาครบ 1 ปี พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีน้ำหนักอยู่ในกลุ่มเดิม (ร้อยละ 69.7) เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 21.3) และลดลง (ร้อยละ 9.0) ตามลำดับ ในจำนวนนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนัก

แรกอยู่ในเกณฑ์สมส่วนแทบทั้งหมดจะยังคงอยู่ในเกณฑ์สมส่วนเมื่อผ่านไป 1 ปี (ร้อยละ 52) เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์อ้วนจะยังอยู่ในเกณฑ์อ้วนเช่นกัน (ร้อยละ 12.4) สังเกตว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มน้ำหนักเกินกว่า 2 ระดับ โดยการเปลี่ยนแปลงที่พบมากที่สุดคือกลุ่มตัวหนักไปอ้วน (ร้อยละ 6.4) และกลุ่มค่อนข้างผอมไปสมส่วน (ร้อยละ 5.4) ตามลำดับ ผลแสดงดังตารางที่ 2

ความสัมพันธ์ของการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักกับปัจจัยต่างๆ

ผลการวิเคราะห์พบว่า น้ำหนักเริ่มต้นกลุ่มผอม ค่อนข้างผอม และตัวม มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักหลังรักษาครบ 1 ปี เมื่อเทียบกับกลุ่มสมส่วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมี OR เท่ากับ 6.78 ($p=0.026$), 10.61 ($p<0.001$) และ 10.97 ($p<0.001$) ตามลำดับ การใช้ยา antidepressant ทั้งใช้ยาหนึ่งชนิด ใช้ยามากกว่าหนึ่งชนิด และใช้ antipsychotic ร่วม มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักหลังรักษาครบ 1 ปี เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช้ยา โดยมี $OR>2$ ทั้งสิ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ ชนิดของโรคร่วม ระยะเวลารักษา antipsychotic และการใช้ substance ไม่พบความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของกลุ่มน้ำหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลแสดงดังตารางที่ 3

วิจารณ์

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักภายหลังการรักษาโรคซึมเศร้าเมื่อเวลาผ่านไป 1 ปี และปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก ซึ่งเท่าที่ผู้วิจัยศึกษา งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแรกที่อ้างอิงการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก โดยแบ่งกลุ่มตามเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตแทนการวัดการเปลี่ยนแปลงเป็นตัวเลข หรือใช้ Body Mass Index (BMI) ทำให้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีการเปลี่ยนกลุ่มของน้ำหนักภายหลังการรักษา

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มน้ำหนักจากแรกพบ โดยเฉพาะกลุ่มสมส่วนยังคงอยู่ในกลุ่มสมส่วนเมื่อครบ 1 ปี อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงกลุ่มน้ำหนักที่พบมากที่สุดคือ เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะจากกลุ่มตัวหนักไปอ้วน ซึ่งตรงกับหลายการศึกษาก่อนหน้านี้ว่าภาวะซึมเศร้าเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กและวัยรุ่น²³⁻²⁵ ซึ่งอาจเกิดจากกลไกของตัวโรค²⁶ หรือปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เช่น การเลี้ยงดู²⁶⁻²⁸

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	ราย (ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	135 (66.8)
ชาย	67 (33.2)
อายุเฉลี่ย (ปี (มัธยฐาน))	13.8 (15.0)
กลุ่มอายุ	
<13 ปี	59 (29.2)
13 - 15 ปี	83 (41.1)
>15 ปี	60 (29.7)
น้ำหนัก	น้อยสุด - มากสุด (กิโลกรัม) (ค่าเฉลี่ย)
แรกเริ่ม	19.9 - 131.8 (51.8)
ล่าสุด	24.60 - 127.8 (55.7)
โรคร่วม	ราย (ร้อยละ)
Attention-deficit/ hyperactivity disorder	36 (17.8)
Eating disorder	1 (0.5)
Others	52 (25.7)
ชนิด Antidepressant	ราย (ร้อยละ), duration, dose (ฐานนิยม)
Fluoxetine	105 (52.0), >6 เดือน, 20 mg
Sertraline	58 (28.7), >6 เดือน, 50 mg
Escitalopram	10 (5.0), >6 เดือน, 10 mg

ข้อมูลทั่วไป	ราย (ร้อยละ)
Venlafaxine	9 (4.5), >6 เดือน, 225 mg
Mianserin	4 (2.0), >6 เดือน, 30 mg
Bupropion	2 (1.0), >6 เดือน, 150 & 300 mg
Desvenlafaxine	2 (1.0), >6 เดือน, 50 & 100 mg
Mirtazapine	2 (1.0), >6 เดือน, 15 & 30 mg
Imipramine	1 (0.5), >6 เดือน, 25 mg
ชนิดของยาในการรักษา	ราย (ร้อยละ)
ใช้ยาหนึ่งชนิด	123 (60.9)
ใช้ยามากกว่าหนึ่งชนิด	12 (5.9)
ใช้ antipsychotic ร่วม	58 (28.7)
ชนิด Antipsychotics, ระยะเวลาได้ยา, ขนาดยา (ฐานนิยม)	ราย (ร้อยละ)
Risperidone	36 (17.9), >6 เดือน, 0.5 mg
Quetiapine	11 (5.5), >6 เดือน, 200 mg
Aripiprazole	9 (5.0), >6 เดือน, 5 mg
Olanzapine	1 (0.5), >6 เดือน, 2.5 mg
Paliperidone	1 (0.5), >6 เดือน, 9 mg
Flupenthixol	1 (0.5), 3-6 เดือน, 6 mg
การใช้สารเสพติด	
ใช้	6 (3.0)
ไม่ใช้	196 (97.0)

ในการวิจัยนี้พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือกลุ่มน้ำหนักตั้งต้น โดยมีผลทั้งกลุ่มผอม ค่อนผอม และอ้วน เมื่อเทียบกับกลุ่มสมส่วน ในขณะที่กลุ่มอ้วนไม่มีการเพิ่มขึ้นของกลุ่มน้ำหนักจึงไม่ได้ทำการวิเคราะห์ แต่กลุ่มที่มีน้ำหนักแรกเริ่มอยู่ในกลุ่มอ้วนเป็นกลุ่มที่ยังคงอยู่ในกลุ่มอ้วนเมื่อครบ 1 ปี โดยมีขนาดตัวอย่างมากที่สุดเป็นอันดับสอง รองจากกลุ่มสมส่วนที่ยังคงอยู่ในกลุ่มสมส่วนเหมือนเดิม สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ว่าผู้ที่น้ำหนักเริ่มต้นมากจะมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักภายหลังการรักษาโรคซึมเศร้า⁷ นอกจากนี้พบว่าการใช้ยา antidepressant ทั้งใช้ยาหนึ่งชนิด ใช้ยามากกว่าหนึ่งชนิด และใช้ antipsychotic ร่วม มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของ

น้ำหนักหลังรักษาครบ 1 ปี เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช้ยา โดยมี OR>2 ทั้งสิ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนที่น้อยเกินไป หากกลุ่มตัวอย่างมีเพิ่มขึ้นอาจพบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนมากขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าว่าการใช้ยา antidepressant มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักภายหลังการรักษา⁷ ด้วยเช่นกัน

ผลการวิเคราะห์ในกลุ่มการใช้ antipsychotic ร่วมพบว่ามีความสัมพันธ์ที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักด้วย OR 1.22 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ รวมไปถึงระยะเวลาการได้รับ antipsychotic ซึ่งพบว่าทั้งกลุ่ม <3 เดือน, 3 - 6 เดือน และ >6 เดือน ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งขัดกับทฤษฎีและการศึกษาที่ว่า

antipsychotic มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักในเด็กและวัยรุ่นได้มากกว่าผู้ใหญ่³⁵ แต่การศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยในกลุ่ม psychosis จึงมีขนาดยาและระยะเวลาที่ได้ยาแตกต่างจากงานวิจัยนี้อย่างมาก กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ได้รับ antipsychotic เป็นยาาร่วม ซึ่งเป็นขนาดยาที่น้อย โดยยาและขนาดที่ใช้มากที่สุดคือ risperidone 0.5 มิลลิกรัม/วัน จึงอาจทำให้ผลไม่ชัดเจนเท่ากับกลุ่มที่ได้ยาในขนาดสูงกว่านี้ได้ อย่างไรก็ตามในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ antipsychotic มากกว่า 3 เดือนขึ้นไป พบว่ามีแนวโน้มที่จะมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก (OR=1.97) และเพิ่มขึ้นน้อยกว่าที่ 6 เดือนขึ้นไป (OR=1.27) อาจอธิบายได้ว่าการใช้ antipsychotic เป็นยาาร่วม ไม่ได้ส่งผลต่อน้ำหนักได้มากเท่ากับกลุ่มน้ำหนักเริ่มต้นหรือการได้ยา antidepressant หากต้องพิจารณาให้ยาาร่วม ทั้งนี้การมีกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นและติดตามไปเป็นระยะเวลานานขึ้น อาจพบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนมากขึ้นได้

โดยความเป็นจริงแล้วกลุ่มตัวอย่างหลายรายมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนรับการรักษา แต่อัตราส่วนการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักเทียบกับส่วนสูงที่เพิ่มขึ้น เมื่อนำไปอ้างอิงตามกราฟการเจริญเติบโตปกติแล้ว พบว่าส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในเกณฑ์เดิม ซึ่งอาจเกิดได้จากการที่ไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างโรคอ้วนและซึมเศร้า²⁹ มีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเช่น การเจริญเติบโตของร่างกายที่เป็นปกติในวัยรุ่นส่งผลให้น้ำหนักมีการเพิ่มขึ้นไม่มาก¹² พฤติกรรมการกินและการควบน้ำหนักในวัยรุ่น¹² โรคซึมเศร้าทำให้น้ำหนักลดลง แต่ปัจจัยอื่นๆ เช่น การได้รับ antidepressant ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นจนสมดุลกัน หรือการรักษาโรคซึมเศร้าช่วยทำให้น้ำหนักกลับมาอยู่ในเกณฑ์ปกติ³⁰

งานวิจัยนี้มีจุดเด่นที่การศึกษาการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักในลักษณะการแบ่งเป็นกลุ่มตามเกณฑ์กราฟการเจริญเติบโต ทำให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักที่ชัดเจน และอาจมีนัยสำคัญทางคลินิกมากกว่าการวัดน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นเป็นตัวเลขเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้งานวิจัยนี้ได้ทำการศึกษาร่วมกันปัจจัยต่างๆ กับการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักที่ยังมีข้อมูลการศึกษาน้อยคือ เพศ กลุ่มอายุ ชนิดของ antidepressant ที่ใช้ การใช้ antipsychotic เป็นยาาร่วม และโรคร่วม ที่แม้บางปัจจัยจะมีข้อมูลศึกษาว่าส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก^{29,31} แต่ผลในการศึกษานี้พบว่าแม้น้ำหนักกลุ่มตัวอย่างจะเพิ่มขึ้นแต่ส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในเกณฑ์เดิม ซึ่งได้อธิบายถึงสาเหตุที่เป็นไปได้ไว้ข้างต้น

อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้มีข้อจำกัดหลายประการที่สำคัญ ประการแรก ด้วยรูปแบบการศึกษาที่เป็น retrospective chart review ทำให้ไม่สามารถวัดปัจจัยที่สำคัญอื่นๆ ที่อาจมีส่วนเกี่ยวข้องต่อการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตามงานวิจัยก่อนหน้าได้ เช่น body image, sedentary behavior, depression scale, appetite และอื่นๆ ซึ่งอาจทำให้ทราบความสัมพันธ์ของปัจจัยได้มากขึ้น ประการที่สอง ด้วยรูปแบบการศึกษาที่เป็น retrospective ทำให้ไม่สามารถควบคุมตัวแปรบางอย่างได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวันที่ทำการประเมินน้ำหนักซ้ำ จะมีความคลาดเคลื่อนของเวลาในแต่ละรายบุคคล เนื่องจากไม่ได้มีการวัดน้ำหนักซ้ำที่ 365 วัน หลังเริ่มรักษาทุกราย และทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างและระยะเวลาที่ทำการติดตามค่อนข้างสั้นกว่าการศึกษาก่อนหน้า อาจส่งผลทำให้ข้อมูลไม่มากพอที่จะวิเคราะห์ให้เกิดนัยสำคัญทางสถิติ ประการที่สาม การวัดผลลัพธ์แต่น้ำหนักเริ่มต้นและท้ายอาจไม่ได้แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักที่แท้จริง เนื่องจากระหว่าง

ตารางที่ 2 การเปลี่ยนแปลงน้ำหนัก

		น้ำหนักสุดท้าย (ราย) (ร้อยละ)					Total
		ผอม	ค่อนข้างผอม	สมส่วน	ท้วม	อ้วน	
น้ำหนักแรก (ราย) (ร้อยละ)	ผอม	3 (1.5)	1 (0.5)	2 (1.0)	0	0	6 (3.0)
	ค่อนข้างผอม	1 (0.5)	6 (3.0)	11 (5.4)	0	0	18 (8.9)
	สมส่วน	1 (0.5)	2 (1.0)	105 (52.0)	10 (5.0)	6 (3.0)	124 (61.4)
	ท้วม	0	0	6 (3.0)	2 (1.0)	13 (6.4)	21 (10.4)
	อ้วน	0	0	6 (3.0)	2 (1.0)	25 (12.4)	33 (16.3)
Total		5 (2.5)	9 (4.5)	130 (64.4)	14 (6.9)	44 (21.8)	202

ตารางที่ 3 การเพิ่มขึ้นของกลุ่มน้ำหนักกับปัจจัยต่างๆ

ปัจจัย	ราย (ร้อยละ)	Odds Ratio (95%Confidential Interval)	p-value
เพศ			
ชาย	67 (33.2)	Ref.	-
หญิง	135 (66.8)	0.91 (0.45-1.84)	0.788
กลุ่มอายุ			
<13 ปี	59 (29.2)	Ref.	-
13 - 15 ปี	83 (41.1)	0.86 (0.37-2.01)	0.735
>15 ปี	60 (29.7)	1.42 (0.61-3.35)	0.417
กลุ่มน้ำหนักเริ่มต้น			
ผอม	6 (3.0)	6.78 (1.25-36.37)	0.026
ค่อนข้างผอม	18 (8.9)	10.61 (3.59-31.34)	<0.001
สมส่วน	124 (61.4)	Ref.	-
อ้วน	21 (10.4)	10.97 (3.93-30.58)	<0.001
อ้วน	33 (16.3)	N/A*	N/A*
โรคร่วม			
ไม่มี	113 (55.9)	Ref.	-
ADHD	36 (17.8)	1.06 (0.43-2.62)	0.900
Eating disorder	1 (0.5)	- **	- **
Others	52 (25.7)	0.88 (0.39-2.01)	0.767
ชนิดของยาในการรักษา			
ไม่ใช้ยา	9 (4.5)	Ref.	-
ใช้ยาหนึ่งชนิด	123 (60.9)	2.04 (0.24-17.08)	0.511
ใช้ยามากกว่าหนึ่งชนิด	12 (5.9)	2.67 (0.23-31.07)	0.434
ใช้ antipsychotic ร่วม	58 (28.7)	2.55 (0.29-22.16)	0.397
การใช้ antipsychotic			
ไม่ใช้	143 (70.8)	Ref.	-
ใช้	59 (29.2)	1.22 (0.59-2.53)	0.586
ระยะเวลาการได้รับ antipsychotic			
ไม่ได้ antipsychotic	143 (70.8)	Ref.	-
<3 เดือน	9 (4.5)	0.49 (0.06-4.09)	0.511
3 - 6 เดือน	9 (4.5)	1.97 (0.46-8.33)	0.359
>6 เดือน	41 (20.3)	1.27 (0.56-2.58)	0.571
การใช้สารเสพติด			
ไม่ใช้	196 (97.0)	Ref.	-
ใช้	6 (3.0)	0.73 (0.08-6.45)	0.780

*ไม่มีการเพิ่มของกลุ่มน้ำหนักเนื่องจากเป็นกลุ่มสุดท้าย

**จำนวนน้อยเกินไปจึงไม่สามารถคำนวณได้

การรักษาอาจมีการเปลี่ยนกลุ่มของน้ำหนักที่อาจมีความสำคัญทางคลินิกแต่ไม่ได้นำมาวิเคราะห์ หากนำน้ำหนักระหว่างการรักษามาพิจารณาอาจทำให้เห็นความสัมพันธ์ได้ชัดเจนขึ้น ประการที่สี่ระหว่างการรักษามีการเปลี่ยนยาที่ใช้ในบางราย ซึ่งในงานวิจัยนี้จะยึดเอายาที่ได้รับนานที่สุดของรายนั้นๆ เป็นหลัก ซึ่งอาจทำให้ไม่ทราบความสัมพันธ์ระหว่างยากับการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักที่แท้จริง และประการสุดท้าย การติดตามผลที่ระยะเวลา 1 ปี มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้มาติดตามต่อเนื่องทำให้ไม่ตรงตามเกณฑ์คัดเข้าแต่ต้น ซึ่งอาจทำให้เกิด selection bias ว่าผู้ป่วยที่ติดตามการรักษาครบ 1 ปี อาจมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีทำให้รักษาน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ได้

ผลที่ได้จากการวิจัยนี้ช่วยให้ทราบว่า หากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษามีน้ำหนักเริ่มอยู่ในกลุ่มใดๆ ที่ไม่ใช่สมส่วน หรือมีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักไปอยู่ในกลุ่มท้วมขึ้นต่อไป จะมีแนวโน้มที่จะยังมีการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักนำไปสู่ภาวะอ้วนต่อไปได้เมื่อได้รับการรักษา ดังนั้นจึงเป็นปัจจัยที่ควรมีการเฝ้าระวัง รวมไปถึงการได้รับ antidepressant ควรวางแผนป้องกันภาวะโรคอ้วน และควบคุมปัจจัยที่ทำได้ในระหว่างการรักษา และแม้การใช้ antipsychotic ร่วมในโรคซึมเศร้าอาจส่งผลต่อน้ำหนัก แต่ไม่ควรเป็นเหตุให้ไม่ใช้ยากรณีที่มีความจำเป็น และหากต้องการศึกษาต่อจากงานวิจัยนี้อาจศึกษาเป็นรูปแบบ prospective ที่มีการวัดปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้อง เช่น body image และ sedentary behavior เพิ่มเติม มีการควบคุมตัวแปร เช่น ระยะเวลาในการชั่งน้ำหนักให้เท่ากันในแต่ละราย และเพิ่มระยะเวลาการติดตามกับขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น

สรุป

ภายหลังการรักษากลุ่มโรคซึมเศร้าเมื่อเวลาผ่านไป 1 ปี เด็กและวัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มน้ำหนัก ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงกลุ่มน้ำหนักที่พบมากที่สุด คือ เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะเพิ่มอยู่ในเกณฑ์ท้วมหรืออ้วน และพบว่ากลุ่มน้ำหนักตั้งต้นมีผลต่อการเพิ่มของกลุ่มน้ำหนักในโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการให้ยา antidepressant และ antipsychotic มีแนวโน้มจะส่งผลเช่นกัน ซึ่งการวัดปัจจัยอื่นๆ เพิ่มเติม การเพิ่มขนาดตัวอย่าง ระยะเวลาเก็บข้อมูล และการวางแผนรูปแบบวิจัยที่รัดกุมยิ่งขึ้น อาจทำให้พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติมากขึ้นได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ดร.เสาวลักษณ์ สุนนางกูร นักสถิติ

หน่วยระบาดวิทยาคลินิก สถานส่งเสริมงานวิจัย คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้ให้คำปรึกษาและมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ข้อมูล งานวิจัยนี้ไม่ได้รับทุนวิจัยจากแหล่งใด

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ไม่มีผลประโยชน์ขัดกันในงานวิจัยนี้

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

พิชญนันท์ นันตติกุล: มีส่วนร่วมในงานวิจัยในส่วน การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ; วัลลภ อัจฉริยะสิงห์: มีส่วนร่วมในงานวิจัยในส่วนการออกแบบการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล การตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Nutrition and Food Safety (NFS). Obesity [Internet]. World Health Organization; [updated 2020, Mar 31; cited 2021, Nov 20]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/obesity>
2. Department of Health. Overweight and obesity rate in school-aged children [Internet]. Ministry of Health; [updated 2020, Nov 18; cited 2021, Nov 20]. Available from: <http://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/overweightstudent/index?year=2020>
3. Kansra AR, Lakkunarajah S, Jay MS. Childhood and adolescent obesity: a review. *Front Pediatr* 2020;8:581461.
4. World Health Organization. Depression [Internet]. [updated 2020, Jan 30; cited 2021, Nov 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
5. Suicidal Prevention Faculty of Thailand. Suicidal attempts report [Internet]. Department of Mental Health; [updated 2021, Jul 25; cited 2021, Nov 20]. Available from: <https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/download/view.asp?id=24>
6. Suicidal Prevention Faculty of Thailand. Suicidal attempts by age [Internet]. Department of Mental Health; [updated 2021, Jul 25; cited 2021, Nov 20]. Available from: <https://www.dmh.go.th/report/suicide/viewg1.asp?id=28>
7. Cockerill RG, Biggs BK, Oesterle TS, Croarkin PE. Antidepressant use and body mass index change in overweight adolescents: a historical cohort study. *Innov Clin Neurosci* 2014;11(11-12):14-21.
8. Mooreville M, Shomaker LB, Reina SA, Hannallah LM, Adelyn Cohen L, Courville AB, et al. Depressive symptoms and observed eating in youth. *Appetite* 2014;75:141-9.
9. Solmi M, Kohler CA, Stubbs B, Koyanagi A, Bortolato B, Monaco F, et al. Environmental risk factors and nonpharmacological and nonsurgical interventions for obesity: An umbrella review of meta-analyses of cohort studies and randomized controlled trials. *Eur J Clin Invest* 2018;48(12):e12982.
10. Gibson-Smith D, Bot M, Milanese Y, Twisk JW, Visser M, Brouwer IA, et al. Major depressive disorder, antidepressant use, and

- subsequent 2-year weight change patterns in the Netherlands Study of Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatry* 2016;77(2):e144-51.
11. Lindberg L, Persson M, Danielsson P, Hagman E, Marcus C. Obesity in childhood, socioeconomic status, and completion of 12 or more school years: a prospective cohort study. *BMJ Open* 2021;11(3):e040432.
 12. Felton J, Cole DA, Tilghman-Osborne C, Maxwell MA. The relation of weight change to depressive symptoms in adolescence. *Dev Psychopathol* 2010;22(1):205-16.
 13. Calarge CA, Mills JA, Janz KF, Burns TL, Coryell WH, Zemel BS. Body composition in adolescents during treatment with selective serotonin reuptake inhibitors. *Pediatrics* 2017;140(1): e20163943.
 14. Rynn MA, Riddle MA, Yeung PP, Kunz NR. Efficacy and safety of extended-release venlafaxine in the treatment of generalized anxiety disorder in children and adolescents: two placebo-controlled trials. *Am J Psychiatry* 2007;164(2):290-300.
 15. Serretti A, Mandelli L. Antidepressants and body weight: a comprehensive review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2010;71(10):1259-72.
 16. Salvi V, Mencacci C, Barone-Adesi F. H1-histamine receptor affinity predicts weight gain with antidepressants. *Eur Neuropsychopharmacol* 2016;26(10):1673-7.
 17. Blumenthal SR, Castro VM, Clements CC, Rosenfield HR, Murphy SN, Fava M, et al. An electronic health records study of long-term weight gain following antidepressant use. *JAMA Psychiatry* 2014;71(8):889-96.
 18. Pozzi M, Pisano S, Marano G, Carnovale C, Bravaccio C, Rafaniello C, et al. Weight-Change trajectories of pediatric outpatients treated with risperidone or aripiprazole in a naturalistic setting. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2019;29(2):133-40.
 19. Schoemakers RJ, van Kesteren C, van Rosmalen J, Eussen M, Dieleman HG, Beex-Oosterhuis MM. No differences in weight gain between risperidone and aripiprazole in children and adolescents after 12 months. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2019;29(3):192-6.
 20. Bradley KL, McGrath PJ, Brannen CL, Bagnell AL. Adolescents' attitudes and opinions about depression treatment. *Community Ment Health J* 2010;46(3):242-51.
 21. Minor T, Ali MM, Rizzo JA. Body weight and suicidal behavior in adolescent females: the role of self-perceptions. *J Ment Health Policy Econ* 2016;19(1):21-31.
 22. Rankin J, Matthews L, Cobley S, Han A, Sanders R, Wiltshire HD, et al. Psychological consequences of childhood obesity: psychiatric comorbidity and prevention. *Adolesc Health Med Ther* 2016;7:125-46.
 23. Roberts RE, Duong HT. Obese youths are not more likely to become depressed, but depressed youths are more likely to become obese. *Psychol Med* 2013;43(10):2143-51.
 24. Heiskanen TH, Koivumaa-Honkanen HT, Niskanen LK, Lehto SM, Honkalampi KM, Hintikka JJ, et al. Depression and major weight gain: a 6-year prospective follow-up of outpatients. *Compr Psychiatry* 2013;54(6):599-604.
 25. Mannan, M., Mamun, A., Doi, S., & Clavarino, A. Prospective associations between depression and obesity for adolescent males and females- a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *PLoS One* 2016;11(6):e0157240.
 26. Reeves GM. Childhood obesity and depression - connection between these growing problems in growing children. *Int J Child Health Dev* 2008:103-14.
 27. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2017;2(8):e356-66.
 28. Danese A, Tan M. Childhood maltreatment and obesity: systematic review and meta-analysis. *Mol Psychiatry* 2014;19(5):544-54.
 29. Moradi M, Mozaffari H, Askari M, Azadbakht L. Association between overweight/obesity with depression, anxiety, low self-esteem, and body dissatisfaction in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Crit Rev Food Sci Nutr* 2020:1-16.
 30. Mihalopoulos NL, Spigarelli MG. Comanagement of pediatric depression and obesity: a clear need for evidence. *Clin Ther* 2015;37(9):1933-7.
 31. Libowitz MR, Nurmi EL. The burden of antipsychotic-induced weight gain and metabolic syndrome in children. *Front Psychiatry* 2021;12:623681.

คุณภาพชีวิตและความสอดคล้องระหว่างคุณภาพชีวิตที่ประเมินโดยเด็กและผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นที่มีพัฒนาการระบบอวัยวะเพศผิดปกติที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ธันวาคม เจริญไชยเนาว์*, อัญชลิตา รัตนจารุรักษ์*, จิรา ประสาทพรศิริโชค*, ธนินี สหกิจรุ่งเรือง**

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กและวัยรุ่นที่มีพัฒนาการระบบอวัยวะเพศผิดปกติ และตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างคุณภาพชีวิตที่ประเมินโดยเด็กและผู้ปกครอง

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยเก็บข้อมูลจากเด็กที่มีพัฒนาการระบบอวัยวะเพศผิดปกติที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกต่อมไร้ท่อ ฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงพฤษภาคม 2566 โดยใช้แบบสอบถาม Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 Generic Core Scale (PedsQL™) ในการประเมินคุณภาพชีวิตของอาสาสมัคร อายุ 8 - 18 ปี จำนวน 47 ราย ผู้ตอบแบบสอบถามคือผู้ปกครองและเด็กที่มีพัฒนาการระบบอวัยวะเพศผิดปกติ วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลทางสถิติด้วยค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Independent และ Dependent T-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

ผลการศึกษา อาสาสมัครเด็กมีอายุเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 13.18 ± 3.24 ปี โดยร้อยละ 51.1 ของอาสาสมัครระบุตนเองเป็นเพศชาย มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตรวมเท่ากับ 87.58 ± 9.92 คะแนน เมื่อประเมินโดยเด็กและวัยรุ่นที่มีพัฒนาการระบบอวัยวะเพศผิดปกติ 72.06 ± 17.94 คะแนน เมื่อประเมินโดยผู้ปกครองของเด็ก โดยผลการศึกษาพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตรวมที่ประเมินโดยเด็กมีค่าเฉลี่ยมากกว่าที่ประเมินโดยผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference = 15.52, $t(47) = 6.292$, $P < .001$) โดยผู้ปกครองประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กและวัยรุ่นที่มีพัฒนาการระบบอวัยวะเพศผิดปกติต่ำกว่าที่เด็กประเมินในทุกมิติคุณภาพชีวิต

สรุป เด็กและวัยรุ่นที่มีพัฒนาการระบบอวัยวะเพศผิดปกติมีมุมมองต่อคุณภาพชีวิตของตนเองดีกว่าที่ผู้ปกครองประเมิน จึงเป็นข้อพิจารณาสำหรับแพทย์ผู้รักษาในการเข้าใจคุณภาพชีวิตของเด็กและวัยรุ่นกลุ่มนี้ เพื่อนำไปสู่การวางแผนการรักษาดูแลได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ คุณภาพชีวิตทางสุขภาพ พัฒนาการระบบอวัยวะเพศผิดปกติ เด็ก วัยรุ่น ความสอดคล้อง

Corresponding author: อัญชลิตา รัตนจารุรักษ์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail: RatanajaruraksMD@gmail.com

วันรับ : 18 กันยายน 2566 วันแก้ไข : 29 พฤศจิกายน 2566 วันตอบรับ : 30 พฤศจิกายน 2566

Quality of Life and Alignment Between Parent- and Child-Report Among Children and Adolescents with Disorders of Sex Development at King Chulalongkorn Memorial Hospital

Tanwan Charoenchaiow*, Anchalita Ratanajaruraks*, Jirada Prasartpornsirichoke*, Taninee Sahakitrungruang**

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

**Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

ABSTRACT

Objective: The study aimed to investigate health-related quality of life (HRQoL) and the alignment between parent and child-report among children and adolescents with disorders of sex development.

Methods: This descriptive cross-sectional study was conducted in the outpatient department of the Division of Endocrinology, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, King Chulalongkorn Memorial Hospital between October 2022, and May 2023. The Thai version Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 Generic Core Scale (PedsQL™) was applied to assessing HRQoL and was administered to forty-seven children and adolescents with disorders of sex development aged 8 to 18 years and their parents.

Results: Forty-seven participants were recruited in the present study, mean age of 13.18 ± 3.24 years, and 51.1% identified themselves as male. The mean total quality of life score from the PedsQL™ was 87.58 ± 9.92 as reported by children, and 72.06 ± 17.94 as reported by parents. The differences between the child-reported and parent-reported quality of life were significant (mean difference = 15.52, $t(47) = 6.292$, $P < .001$). Parents rated their children's quality of life lower than the children themselves in all subscales.

Conclusion: Children and adolescents with disorders of sex development had a more favorable self-perception of their quality of life than what was assessed by parents. In order to support optimal treatment planning and care, it is crucial for physicians to understand the quality of life experienced by these patients.

Keywords: Health-related quality of life, disorders of sex development, children, adolescents, correlation

บทนำ

คุณภาพชีวิตทางสุขภาพ (Health-related Quality of Life: HRQoL) หมายถึงผลกระทบของโรคและการรักษากับคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นๆ ทั้งในด้านสุขภาพกาย สุขภาพใจ และความสัมพันธ์ในสังคม^{1,2} ในปัจจุบันคุณภาพชีวิตทางสุขภาพได้รับความสนใจมากขึ้นในการนำมาใช้เพื่อการศึกษาและการประเมินผลการรักษาโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งเด็กและผู้ใหญ่^{3,4} แบบประเมินคุณภาพชีวิตหลายแบบประเมินแนะนำให้เด็กเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจกับมุมมองของเด็กต่อคุณภาพชีวิตของตนเอง^{5,6} แต่ในบางกรณีเด็กไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้จากการไม่มีความร่วมมือ หรือมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายหรือพัฒนาการของสมอง จึงจำเป็นต้องใช้รายงานมุมมองของผู้ปกครองต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก (proxy report)^{7,8} ซึ่งทำให้เกิดข้อถกเถียงถึงความสอดคล้องของคุณภาพชีวิตที่ประเมินโดยเด็กและที่ประเมินโดยผู้ปกครอง การศึกษาในต่างประเทศรายงานถึงแม้จะพบความสัมพันธ์ (correlation) ระหว่างการประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กจากเด็กและผู้ปกครอง แต่คุณภาพชีวิตที่ประเมินมีความแตกต่างกันโดยผู้ปกครองมักประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กต่ำกว่าที่เด็กประเมินตนเอง⁷⁻¹¹ ในผู้ป่วยเด็กที่มีโรคเรื้อรัง ผู้ปกครองจะประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กต่ำกว่าที่เด็กประเมินตนเอง⁹ ซึ่งเป็นผลมาจากความวิตกกังวลและสภาพจิตใจของผู้ปกครอง¹² อีกทั้งคุณภาพชีวิตบางด้านประเมินได้ยากจากการสังเกตภายนอก เช่น ด้านอารมณ์และด้านสังคม แต่ทว่าในด้านสุขภาพกายซึ่งสามารถสังเกตได้จากภายนอกพบว่าเด็กและผู้ปกครองรายงานคะแนนคุณภาพชีวิตของเด็กได้ใกล้เคียงกัน^{10,13} มุมมองของผู้ปกครองยังมีส่วนสำคัญต่อการดูแลเด็กพบว่าผู้ปกครองที่มองว่าเด็กได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยมาก จะยิ่งส่งผลให้ผู้ปกครองมีภาระมากขึ้นในการดูแลเด็กและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองที่ลดลง¹⁴ ความเข้าใจเกี่ยวกับมุมมองของเด็กและผู้ปกครองและความแตกต่างระหว่างมุมมองทั้งสอง จึงจำเป็นสำหรับทีมรักษาในการให้คำแนะนำและการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย¹⁵

ความผิดปกติของพัฒนาการระบบอวัยวะเพศ (disorders of sex development) เป็นโรคเรื้อรังที่พบความผิดปกติในระบบสืบพันธุ์ ระบบทางเดินปัสสาวะ และความผิดปกติด้านฮอร์โมน ซึ่งส่วนหนึ่งสามารถตรวจพบความผิดปกตินี้ได้ตั้งแต่แรกเกิด^{16,17} ส่งผลให้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ต้องได้รับการรักษาด้วยยา การผ่าตัดแก้ไขอวัยวะเพศ และต้องติดตามต่อเนื่องตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่

อีกทั้งยังส่งผลกระทบทางจิตใจและพัฒนาการทางเพศอีกด้วย^{16,18,19} นอกจากรักษาความเจ็บป่วยทางร่างกายโดยการผ่าตัดแก้ไขอวัยวะเพศให้สามารถใช้งานได้ใกล้เคียงปกติแล้ว การส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังเป็นอีกหนึ่งเป้าหมายสำคัญในการรักษาระยะยาว^{20,21} อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาค้นคว้าชีวิตในเด็กที่มีพัฒนาการระบบอวัยวะเพศผิดปกติมีอยู่เป็นจำนวนน้อย โดยการศึกษาที่ก่อนหน้านี้พบว่าคุณภาพชีวิตของเด็กและวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของพัฒนาการระบบอวัยวะเพศอยู่ในระดับต่ำกว่าเด็กและวัยรุ่นทั่วไป^{22,23} การศึกษาค้นคว้าชีวิตของเด็กที่มีพัฒนาการระบบอวัยวะเพศผิดปกติของประเทศเยอรมนีชี้ให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตของเด็กและวัยรุ่นกลุ่มนี้ลดลงเป็นผลจากการขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง ปัญหาด้านสุขภาพกายและด้านการศึกษา อย่างไรก็ตามกลับไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของเด็กและวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของพัฒนาการระบบอวัยวะเพศกับจำนวนครั้งของการผ่าตัด อายุที่ได้รับการผ่าตัดครั้งสุดท้าย อัตลักษณ์ทางเพศ และบทบาททางเพศ นอกจากนี้ยังไม่พบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มโรค การศึกษาดังกล่าวพบความแตกต่างและไม่สอดคล้องระหว่างคุณภาพชีวิตที่ประเมินโดยเด็กและโดยผู้ปกครอง โดยผู้ปกครองประเมินคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเด็กในด้านอารมณ์และด้านครอบครัว และประเมินคุณภาพชีวิตสูงกว่าเด็กในด้านความเชื่อมั่นในตัวเอง ด้านสุขภาพกาย และด้านโรงเรียน²² การศึกษาค้นคว้าชีวิตในประเทศมาเลเซียพบว่าคุณภาพชีวิตของเด็กที่ประเมินโดยผู้ปกครองลดลงทั้งคะแนนโดยรวมและด้านการศึกษา แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัว วิธีการผ่าตัดและวิธีการเข้าสู่วัยรุ่นหนุ่มสาว (mode of puberty) ไม่ว่าจะเป็นการเข้าสู่หนุ่มสาวโดยธรรมชาติหรือการได้รับฮอร์โมนกระตุ้นกับคุณภาพชีวิตของเด็ก นอกจากนี้เด็กที่มีพัฒนาการระบบอวัยวะเพศผิดปกติเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุมเพศหญิง²³ การศึกษาอีกส่วนหนึ่งพบว่าเด็กกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกับประชากรทั่วไป²⁴⁻²⁶ หนึ่งในการศึกษาข้างต้นพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของเด็กที่ได้รับการผ่าตัดดีกว่าเด็กที่ไม่ได้รับการผ่าตัด และพบว่าเมื่ออายุของเด็กเพิ่มขึ้นผู้ปกครองจะประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมด้านอารมณ์และด้านการศึกษาของเด็กลดลง²⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ส่วนใหญ่มักให้พ่อแม่หรือผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินผลลัพธ์ของเด็กในด้านต่างๆ มากกว่าที่จะให้เด็กประเมินตนเองหากเด็กยังเยาว์วัย โดยเฉพาะในเรื่องพฤติกรรมที่แสดงออก สุขภาพกาย คุณภาพชีวิต

รวมไปถึงการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมต่างๆ โดยนักวิจัยส่วนใหญ่ มองว่าพ่อแม่หรือผู้ดูแลจะรายงานข้อมูลที่ถูกต้องมากกว่าเด็ก ที่อาจจะยังไม่สามารถเข้าใจข้อคำถามและบริบททางสังคมได้ อย่างลึกซึ้ง อย่างไรก็ตามการประเมินผลลัพธ์ของเด็กโดยพ่อแม่ หรือผู้ดูแล บางครั้งอาจก่อให้เกิดอคติของผู้ประเมิน (rater bias) นอกจากนี้งานวิจัยก่อนหน้านี้ยังพบผลการประเมินจิตพยาธิวิทยา (psychopathology) ของเด็กอายุ 7 ขวบ ที่แตกต่างกันระหว่างการประเมินโดยพ่อและการประเมินโดยแม่ โดยพบว่าค่าคะแนน การประเมินจิตพยาธิวิทยาของเด็กโดยแม่มีสูงกว่าที่ประเมิน โดยพ่อในทุกด้าน โดยเฉพาะในด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ของเด็ก²⁷ สอดคล้องไปกับงานวิจัยของ Sollie, et al. (2012) ที่พบว่าพ่อรายงานปัญหาของเด็กสามารถสั้นน้อยกว่าที่แม่และครู รายงาน²⁸ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแม่มีความอ่อนไหวต่อการประเมิน ผลลัพธ์ของเด็กมากกว่าพ่อ อย่างไรก็ตามยังไม่มีงานศึกษาก่อนหน้านี้ ที่เปรียบเทียบการประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีพัฒนาการ ระบบอวัยวะผิดปกติโดยพ่อและแม่ ในปัจจุบันการศึกษา เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของเด็กและวัยรุ่นที่มีพัฒนาการระบบ อวัยวะผิดปกติในประเทศไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด

งานวิจัยนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กที่มี พัฒนาการระบบอวัยวะผิดปกติที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และเปรียบเทียบความสอดคล้องของ ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตของเด็กระหว่างการประเมินโดยเด็กและ การประเมินโดยผู้ปกครอง นอกจากนี้ยังศึกษาความแตกต่างของ ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตของเด็กระหว่างการประเมินโดยพ่อ หรือผู้ปกครองเพศชาย และการประเมินโดยแม่หรือผู้ปกครอง เพศหญิง

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใด เวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) โดยใช้แบบสอบถาม ประเมินคุณภาพชีวิตและแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก และครอบครัวเป็นเครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัคร ผู้ปกครองและเด็กที่มีพัฒนาการระบบอวัยวะผิดปกติที่เข้ารับ บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกต่อมไร้ท่อ กุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยทุกรายที่ เข้ารับบริการในช่วงเวลาที่ศึกษา โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ เด็กมีอายุระหว่าง 8 - 18 ปี ในช่วงที่ทำการเก็บข้อมูลได้รับวินิจฉัย

ว่ามีพัฒนาการระบบอวัยวะผิดปกติโดยแพทย์หรือกุมารแพทย์ สามารถสื่อสารทางภาษาไทยได้ ผู้ปกครองและเด็กให้ความ ยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออกคือ เด็กมี โรคทางกายที่รุนแรง มีความบกพร่องทางสติปัญญา หรือมีอาการ ทางจิตในระดับรุนแรง จนส่งผลกระทบต่อความสามารถในการ ตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมโครงการ ทางผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่ม ตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณจากประชากรที่ทราบขนาดชัดเจน จากสูตรของ Wayne W., D. (1995) เนื่องจากไม่มีงานวิจัยก่อนหน้านี้ ทางผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของผล (effect size) ที่ร้อยละ 50 เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยชั้นต่ำ จำนวน 41 ราย เมื่อสิ้นสุดการศึกษามีกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 47 ราย การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (เลขที่รับรอง IRB 0603/65)

คุณภาพชีวิต (Health-related quality of life)

การศึกษานี้ประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กและวัยรุ่นที่มี พัฒนาการระบบอวัยวะผิดปกติโดยใช้แบบประเมิน Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 Generic Core Scale (PedsQL™) ฉบับภาษาไทย ได้รับการอนุมัติการใช้งานโดย Mapi Research Trust, Lyon, France ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 23 ข้อ สำหรับประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย (8 ข้อ) และด้าน จิตสังคม ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้านย่อย ได้แก่ ด้านจิตใจอารมณ์ (5 ข้อ) ด้านสังคม (5 ข้อ) และด้านการศึกษา (5 ข้อ) โดยแบ่งออกเป็น 2 ฉบับ คือ ฉบับประเมินด้วยตนเองของเด็ก ซึ่งจะมีการปรับ ระดับภาษาให้เหมาะสมกับช่วงวัย โดยแบ่งช่วงวัยดังนี้ 5 - 7 ปี, 8 - 12 ปี และ 13 - 18 ปี และฉบับประเมินโดยผู้ปกครองของเด็ก ซึ่งสามารถใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กได้ตั้งแต่อายุ 2 - 18 ปี สำหรับงานวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามสำหรับช่วงอายุ 8 - 12 ปี และ 13 - 18 ปี โดยใช้ทั้งฉบับประเมินด้วยตนเองของเด็กและฉบับ ประเมินโดยผู้ปกครอง ซึ่งในแต่ละข้อคำถามจะมีการให้คะแนน แบบ Likert scale 5 ระดับ คะแนนเฉลี่ยมีได้ตั้งแต่ 0 - 100 คะแนน โดยยิ่งคะแนนมากยิ่งบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตที่ดี²⁹ ในประเทศไทย มีการศึกษาความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม PedsQL™ ฉบับ ภาษาไทยในเด็กอายุ 8 - 15 ปี การศึกษาค่าสัมประสิทธิ์ของความ สอดคล้องภายในอยู่ที่ 0.84 - 0.88³⁰ สำหรับเด็กที่มีอายุน้อยหรือ ไม่สามารถอ่านแบบประเมินได้คล่อง ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถาม และกรอกแบบประเมินให้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS version 29.0 นำเสนอข้อมูลคุณภาพชีวิตเป็นค่าเฉลี่ย ทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างคุณภาพชีวิตที่ประเมินโดยเด็กและที่ประเมินโดยผู้ปกครอง โดยใช้ Independent และ Dependent T-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 นำเสนอข้อมูลทั่วไปของเด็กและผู้ปกครองที่เข้าร่วมวิจัยจำนวน 47 คู่ โดยเด็กมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 13.18 ปี (mean = 13.18, S.D. = 3.24) โดยเด็กที่เข้าร่วมส่วนใหญ่ระบุตนเองว่าเป็นเพศชาย 24 ราย (ร้อยละ 51.1) ได้รับการวินิจฉัย 46 XY DSD 23 ราย (ร้อยละ 48.9) โดย 39 ราย ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี (ร้อยละ 84.8) มีเด็ก 40 ราย ได้รับการผ่าตัด (ร้อยละ 85.1) เด็กที่มีโรคประจำตัวทางจิตเวช 5 ราย (ร้อยละ 10.6) ซึ่งทุกรายได้รับการตรวจติดตามกับจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ด้านข้อมูลของครอบครัว ส่วนใหญ่พ่อแม่เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก (ร้อยละ 55.3) ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นพ่อแม่ ร้อยละ 89.4 (แม่ 31 ราย, พ่อ 10 ราย) ร้อยละ 48.9 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 25,000 บาท และ ร้อยละ 70.2 ของผู้ปกครองรายงานว่าไม่มีรายได้เพียงพอในการใช้จ่าย

คะแนนประเมินคุณภาพชีวิตทางสุขภาพจาก PedsQL™ 4.0 ฉบับเด็กประเมินตนเองและฉบับประเมินโดยผู้ปกครอง แสดงไว้ในตารางที่ 2 เด็กรายงานคุณภาพชีวิตของตนเองอยู่ในช่วง 55.78 - 100 คะแนน มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 87.58 คะแนน (mean = 87.58, S.D. = 9.92) ในขณะที่ผู้ปกครองรายงานคุณภาพชีวิตของเด็กอยู่ในช่วง 31.09 - 95.94 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ย 72.06 คะแนน (mean = 72.06, S.D. = 17.94) เมื่อพิจารณาความสอดคล้องระหว่างคุณภาพชีวิตที่ประเมินโดยเด็กและประเมินโดยผู้ปกครอง ด้วยสถิติ Dependent T-test ในตารางที่ 2 พบว่าค่าคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยที่ประเมินโดยเด็กมากกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตที่ประเมินโดยผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกมิติคุณภาพชีวิตที่ทำการศึกษา ไม่ว่าจะเป็นคุณภาพชีวิตโดยรวม (mean difference = 15.52, $t(47) = 6.29$, $p < .001$, Cohen's $d = .92$) ด้านสุขภาพกาย (mean difference = 23.67, $t(47) = 6.06$, $p < .001$, Cohen's $d = .88$) ด้านจิตสังคม (mean difference = 12.80, $t(47) = 5.42$, $p < .001$, Cohen's $d = .79$)

ด้านอารมณ์จิตใจ (mean difference = 9.47, $t(47) = 3.14$, $p = .003$, Cohen's $d = .46$) ด้านสังคม (mean difference = 10.75, $t(47) = 4.53$, $p < .001$, Cohen's $d = .66$) และด้านการศึกษา (mean difference = 18.19, $t(47) = 5.56$, $p < .001$, Cohen's $d = .81$)

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยเพศของผู้ปกครองต่อผลการประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กและวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของระบบอวัยวะเพศ โดยใช้สถิติ Independent T-Test พบว่าผู้ปกครองร้อยละ 48.9 มีเพศตรงกันกับเด็ก และพบว่าแม่หรือผู้ปกครองเพศหญิง (mean = 73.37, SD = 18.33) ประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กสูงกว่าพ่อหรือผู้ปกครองเพศชาย (mean = 67.22, SD = 16.41) แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(45) = -0.96$, $p = 0.342$, Cohen's $d = -0.34$) ดังแสดงในตารางที่ 3 นอกจากนี้เมื่อพิจารณาเพิ่มเติมในประเด็นความแตกต่างของเพศผู้ปกครองกับเพศของเด็กต่อผลการประเมินคุณภาพชีวิตในเด็กพบว่าผู้ปกครองที่เพศตรงกันกับเด็ก (mean = 73.95, SD = 16.68) ประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กสูงกว่าผู้ปกครองที่เพศแตกต่างกับเด็ก (mean = 70.25, SD = 19.26) แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(45) = 0.70$, $p = 0.487$, Cohen's $d = 0.21$) ดังผลที่ปรากฏในตารางที่ 4

วิจารณ์

การศึกษานี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กและวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของระบบอวัยวะเพศ ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกต่อมไร้ท่อ กุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และเปรียบเทียบความสอดคล้องระหว่างคุณภาพชีวิตที่ประเมินโดยเด็กและผู้ปกครอง ผลการศึกษาพบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ประเมินโดยเด็กและผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าเด็กประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองดีกว่าที่ผู้ปกครองประเมินเด็กในทุกมิติ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงมุมมองที่แตกต่างกันของผู้ปกครองและเด็ก อย่างไรก็ตามก็ดียังพบว่าไม่มีความแตกต่างของเรื่องเพศผู้ปกครองต่อการประเมินคุณภาพชีวิตเด็กและวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของระบบอวัยวะเพศ

จากผลการศึกษาที่พบความแตกต่างระหว่างคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ประเมินโดยเด็กและผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องไปกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ในโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่พบว่าผู้ปกครองประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่ำกว่าที่เด็กประเมินในเกือบทุกด้าน ยกเว้นด้านการศึกษา⁹

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กที่มีพัฒนาการระบบอวัยวะเพศผิดปกติและผู้ปกครอง

ข้อมูลทั่วไปของเด็ก			
อัตลักษณ์ทางเพศ	จำนวน (ร้อยละ)	วินิจฉัย	จำนวน (ร้อยละ)
ชาย	24 (51.1)	46 XY DSD	23 (48.9)
หญิง	22 (46.8)	Hypospadias	17 (36.2)
อื่นๆ	1 (2.1)	PAIS	4 (8.6)
เพศที่ได้รับการระบุแรกเกิด		Leydig cell hypoplasia	1 (2.1)
ชาย	26 (55.3)	5a reductase deficiency	1 (2.1)
หญิง	21 (44.7)	46 XX DSD	16 (34.0)
อายุ		CAH	15 (31.9)
8 - 12 ปี	19 (40.4)	Ovotesticular DSD	1 (2.1)
13 - 15 ปี	15 (31.9)	Chromosomal DSD	8 (17)
16 - 18 ปี	13 (27.7)	Turner syndrome	5 (10.7)
ระดับการศึกษา		Klinefelter syndrome	2 (4.2)
ประถมศึกษา	17 (36.2)	Mixed gonadal dysgenesis	1 (2.1)
มัธยมศึกษา	28 (59.6)	อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก	
ไม่ได้ศึกษา	2 (4.3)	≤ 1 ปี	39 (84.8)
Chromosome		> 1 ปี	7 (15.2)
46 XY	22 (46.8)	ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด	40 (85.1)
46 XX	16 (34.0)	ได้รับฮอร์โมนทดแทน	20 (42.6)
46 X	6 (12.8)	มีโรคประจำตัวทางจิตเวช	5 (10.6)
อื่นๆ	3 (6.4)		
ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง			
ผู้ดูแลหลัก	จำนวน (ร้อยละ)	รายได้ของครอบครัว	จำนวน (ร้อยละ)
พ่อหรือแม่	14 (29.8)	<25,000 บาท	23 (48.9)
พ่อและแม่	26 (55.3)	25,000 - 50,000 บาท	11 (23.4)
ปู่ย่าตายาย	7 (14.9)	50,001 - 75,000 บาท	1 (2.1)
เพศของผู้ตอบแบบสอบถาม		>75,000 บาท	7 (14.9)
ชาย	10 (21.3)	ไม่มีข้อมูล	5 (10.6)
หญิง	37 (78.7)	รายได้เพียงพอต่อความต้องการ	33 (70.2)
		มีโรคทางจิตเวชในครอบครัว	1 (2.1)

หมายเหตุ: DSD = disorders of sex development, PAIS = partial androgen insensitivity syndrome, CAH = congenital adrenal hyperplasia

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่ประเมินโดยเด็กและผู้ปกครองในด้านต่างๆ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต PedsQL™ 4.0 และแสดงความสอดคล้องระหว่างคะแนนที่ประเมินโดยเด็กและผู้ปกครองในด้านต่างๆ

Parameter	Child report		Proxy report		Paired t-test for equality of mean			
ระดับคุณภาพชีวิต	Mean	SD	Mean	SD	t	Mean difference	p-value	Cohen's d
โดยรวม	87.58	9.92	72.06	17.95	6.292	15.519	<.001	.918
ด้านสุขภาพกาย	90.96	11.70	67.29	25.09	6.057	23.670	<.001	.883
ด้านจิตสังคม	86.45	11.09	73.65	16.90	5.422	12.801	<.001	.791
ด้านจิตใจอารมณ์	85.64	16.00	76.17	19.45	3.144	9.468	.003	.459
ด้านสังคม	90.85	13.88	80.11	17.74	4.533	10.745	<.001	.661
ด้านการศึกษา	82.87	14.13	64.68	23.25	5.563	18.191	<.001	.811

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของเด็กและแสดงความสอดคล้องระหว่างคะแนนที่ประเมินโดยผู้ปกครองเพศชายและผู้ปกครองเพศหญิงในด้านต่างๆ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต PedsQL™ 4.0

Parameter	ผู้ปกครองและเด็กเพศเดียวกัน		ผู้ปกครองและเด็กต่างเพศกัน		t-test for equality of mean			
ระดับคุณภาพชีวิต	Mean	SD	Mean	SD	t	Mean difference	p-value	Cohen's d
โดยรวม	73.95	16.68	70.25	19.26	.701	3.693	.487	.205
ด้านสุขภาพกาย	69.70	23.18	64.97	27.09	.641	4.727	.524	.187
ด้านจิตสังคม	75.36	15.75	72.01	18.12	.675	3.348	.503	.197
ด้านจิตใจอารมณ์	78.04	16.63	74.38	22.03	.642	3.668	.524	.187
ด้านสังคม	81.74	16.07	78.54	19.42	.614	3.197	.543	.179
ด้านการศึกษา	66.30	24.87	63.13	22.01	.465	3.179	.644	.136

เนื่องจากผู้ปกครองไม่ได้มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรงเรียนและการเข้าถึงของลูกโดยตรง ทำให้ผู้ปกครองประเมินตามมุมมองประสบการณ์ของตนเอง³¹ นอกจากนี้การดูแลเด็กป่วยเรื้อรังสร้างความเครียดให้กับผู้ดูแลและส่งผลต่อสภาพจิตใจของพ่อแม่³² ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองและมุมมองที่มีต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก³³ นอกจากนี้การที่คะแนนจากเด็กตอบเองสูงกว่นั้น อาจเกิดจากข้อจำกัดของ self-reported questionnaire ที่ผู้ตอบอาจมีอคติประเมินตนเองให้ดูดีอย่างที่สังคมยอมรับ หรืออาจไม่ตระหนักถึงปัญหาของตนเองโดยเฉพาะเวลาถามเกี่ยวกับสิ่งที่เจ็บป่วย³⁴ เช่น ปัญหาในการดูแลตนเอง ปัญหาอารมณ์ หรืออาการลักษณะในการเข้าถึงสังคมกับเพื่อนเป็นต้น ในบริบทของประเทศไทยการศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กที่ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลางพบว่า เด็กรายงานคุณภาพชีวิต

ของตนเองเฉลี่ย 81 คะแนน ส่วนผู้ปกครองรายงานคุณภาพชีวิตของเด็กเฉลี่ย 78.84 คะแนน พบว่าผู้ปกครองรายงานคุณภาพชีวิตของเด็กน้อยกว่าที่เด็กประเมินตนเอง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความกังวลเกี่ยวกับตัวโรคและผลกระทบกับเด็ก³⁵ ทั้งนี้ความแตกต่างระหว่างคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ประเมินโดยเด็กและผู้ปกครองที่พบในการศึกษานี้ อาจจะมาจากสภาพจิตใจและความวิตกกังวลของพ่อแม่ จึงทำให้ประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กต่ำกว่าที่เด็กประเมินตนเอง^{10,12} ผู้ปกครองของเด็กที่มีพัฒนาการระบบอวัยวะเพศผิดปกติ มักมีความกังวลในด้านผลการรักษา ลักษณะทางเพศและร่างกาย และผลกระทบต่อเด็กในอนาคต³⁶ ส่งผลกับภาพของเด็กที่ผู้ปกครองมองซึ่งเปลี่ยนไปตามความกลัวและความกังวลที่เกิดขึ้น³⁷ จึงทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างมุมมองเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของเด็กและผู้ปกครอง

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของเด็กและแสดงความสอดคล้องระหว่างคะแนนที่ประเมินโดยผู้ปกครองที่มีเพศตรงกันกับเด็กและผู้ปกครองที่เพศแตกต่างกันเด็กในด้านต่างๆ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต PedsQL™ 4.0

Parameter	ผู้ปกครองเพศชาย		ผู้ปกครองเพศหญิง		t-test for equality of mean			
ระดับคุณภาพชีวิต	Mean	SD	Mean	SD	t	Mean difference	p-value	Cohen's d
โดยรวม	67.22	16.41	73.37	18.33	-.961	-6.151	.342	-.342
ด้านสุขภาพกาย	61.88	27.27	68.75	24.66	-.765	-6.875	.448	-.273
ด้านจิตสังคม	69.00	14.81	69.00	14.81	-.981	-5.910	.322	-.350
ด้านจิตใจอารมณ์	77.00	15.49	75.95	20.58	.150	1.054	.881	.054
ด้านสังคม	73.00	17.98	82.03	17.42	-1.445	-9.027	.156	-.515
ด้านการศึกษา	57.00	19.18	66.76	24.043	-1.182	-9.757	.243	-.421

การศึกษานี้ยังไม่พบความแตกต่างระหว่างคุณภาพชีวิตของเด็กที่ประเมินโดยพ่อหรือผู้ปกครองเพศชายและแม่หรือเพศหญิง รวมทั้งผลจากผู้ปกครองที่เพศเหมือนและแตกต่างกับเด็กแสดงให้เห็นว่าพ่อและแม่มีมุมมองเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของเด็กไม่แตกต่างกัน ไม่ว่าเด็กจะเป็นเพศชายหรือหญิง ในปัจจุบันพบว่าพ่อและแม่มีวิธีการดูแลเด็กใกล้เคียงกัน และรูปแบบการเลี้ยงดูไม่แตกต่างกันระหว่างลูกชายและลูกสาว ทั้งในด้านการควบคุมพฤติกรรม การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดการตนเองของเด็ก³⁸ แต่ทว่าในการศึกษานี้มีเด็ก 1 ราย รายงานว่าตนเองเป็นเพศทางเลือกอื่นๆ ซึ่งไม่ถูกนำมาวิเคราะห์ความแตกต่าง ซึ่งในเด็กกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากทั้งผู้ปกครองและสังคม และยังเผชิญปัญหาจากเพศสภาพที่แตกต่างจากเด็กทั่วไป³⁹ การศึกษานี้จึงไม่สามารถอธิบายมุมมองคุณภาพชีวิตของเด็กและผู้ปกครองกลุ่มนี้ได้

เมื่อเปรียบเทียบกับคุณภาพชีวิตของเด็กทั่วไปในประเทศไทยพบว่า เด็กที่มีความผิดปกติของระบบอวัยวะเพศประเมินคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าเด็กทั่วไป (mean total score 87.58 vs. 78.7, $p < .001$, mean difference 8.88)³⁰ เป็นที่น่าสนใจว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านสุขภาพกายที่ประเมินโดยเด็กสูงที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ เด็กที่ประเมินคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านนี้ อาจแสดงถึงเด็กไม่พบปัญหาในการทำกิจกรรมการเล่นกีฬา การวิ่ง การยกของหนักหรือการอาบน้ำ และอาจบ่งบอกถึงผลการรักษาที่ดีทำให้ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพกายของเด็กน้อย เกิดข้อจำกัดทางร่างกายน้อย และส่งผลให้เด็กมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายที่ดี^{40,41} นอกจากนี้

ปัจจัยที่อาจส่งผลคุณภาพชีวิตของเด็กที่ดีในการศึกษานี้ ได้แก่ การได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่อายุน้อยและได้รับการรักษาที่เหมาะสม รวมทั้งได้รับการติดตามต่อเนื่องในระยะยาว^{16,42} นอกจากนี้ความแตกต่างของกลุ่มประชากรที่นำมาเปรียบเทียบ ซึ่งถูกจัดเก็บจากเด็กและวัยรุ่นในจังหวัดปทุมธานีในช่วงปี พ.ศ. 2555 อาจส่งผลให้คุณภาพชีวิตแตกต่างกัน จึงอาจเกิดข้อจำกัดในการนำข้อมูลดังกล่าวมาเปรียบเทียบในการศึกษานี้

ในทางกลับกันการศึกษานี้พบผลแตกต่างจากการศึกษาในประเทศเยอรมันที่พบว่าคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความผิดปกติของระบบอวัยวะเพศจากการประเมินด้วย KINDL-R questionnaire น้อยกว่าประชากรทั่วไป ซึ่งเป็นผลจากความเชื่อมั่นในตัวเอง ความเป็นอยู่ด้านสุขภาพกาย และประสิทธิภาพที่โรงเรียนที่ลดลง นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงที่ได้รับวินิจฉัย congenital adrenal hyperplasia และเป็นผู้ที่มีความทุกข์ใจในเพศสภาพ (gender dysphoria) มีคุณภาพชีวิตน้อยกว่าประชากรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ²² เด็กที่มีความทุกข์ใจในเพศสภาพมักประสบปัญหาการถูกกลั่นแกล้ง ชี้อารมณ์ และเคยพยายามฆ่าตัวตาย⁴³ ซึ่งอาจส่งผลต่อสภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตของเด็ก แต่ในการศึกษาปัจจุบันไม่ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าว

จุดแข็งของการศึกษานี้คือ เป็นการศึกษาแรกที่ประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีพัฒนาการระบบอวัยวะเพศผิดปกติในประเทศไทย โดยใช้แบบประเมินที่ได้มาตรฐาน และได้มีการประเมินจากทั้งมุมมองของเด็กและผู้ปกครอง รวมทั้งศึกษาความสอดคล้องของคุณภาพชีวิตจากมุมมองของเด็กและผู้ปกครอง

อย่างไรก็ดี การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ 1) เนื่องจากระบบการศึกษาของประเทศไทยเป็นระบบที่เรียนตามชั้นปี (descriptive cross-sectional study) จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและปัจจัยได้ 2) ด้านกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากผู้ปกครองที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กเป็นไปตามขนาดประชากร จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนประชากรในภาพรวมได้ 3) ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจในร่างกายและเพศสภาพของตนเอง ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีพัฒนาการระบบอวัยวะเพศผิดปกติได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการเพิ่มขนาดตัวอย่างในการศึกษาและทำการเปรียบเทียบกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มประชากรเด็กและวัยรุ่นที่ไม่มีพัฒนาการผิดปกติของอวัยวะเพศในช่วงเวลาเดียวกัน รวมทั้งเก็บข้อมูลจากหลายสถานพยาบาลเพื่อสามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรได้ การสอบถามถึงผลการรักษาและความพึงพอใจในการทำงานของอวัยวะเพศอาจช่วยให้เข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของเด็กกลุ่มนี้มากขึ้น อีกทั้งการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองจะช่วยให้เข้าใจในภาพรวมมากขึ้น และหากมีการติดตามผู้ป่วยไปข้างหน้าจะช่วยให้เข้าใจความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับคุณภาพชีวิตของเด็ก

สรุป

การศึกษานี้พบว่าเด็กที่มีพัฒนาการระบบอวัยวะเพศผิดปกติที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีคุณภาพชีวิตที่ดี เน้นย้ำความสำคัญของการรักษาที่เหมาะสม รวมทั้งความสำคัญของการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง แม้มุมมองเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของเด็กจะแตกต่างกันกับผู้ปกครอง แต่ข้อมูลดังกล่าวช่วยให้เข้าใจภาพรวมของเด็กได้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่หน่วยกุมารแพทย์ต่อมไร้ท่อ และเจ้าหน้าที่ประจำแผนกผู้ป่วยนอก ต่อมไร้ท่อ แผนกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ช่วยประสานงานและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล รวมถึงเด็กและผู้ปกครองทุกท่านที่เข้าร่วมการศึกษาที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ผลประโยชน์ขัดกัน (Conflicts of interest)

ผู้วิจัยไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใดๆ ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อมในการดำเนินการวิจัย

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (Author contribution)

ธันวัน เจริญไชยเนาว์: การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ และการตรวจสอบแก้ไขบทความ; อัญชลิตา รัตนจารุรักษ์: การตรวจสอบและแก้ไขการออกแบบการศึกษา และการตรวจสอบแก้ไขบทความ; จิรดา ประสาทศิริโชค: การตรวจสอบและแก้ไขการออกแบบการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล และการตรวจสอบแก้ไขบทความ; ธนินิ สหกิจรุ่งเรือง: การตรวจสอบและแก้ไขการออกแบบการศึกษา และการตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995;41(10):1403-9.
2. Fairclough DL. Design and analysis of quality of life studies in clinical trials (2nd ed.). New York: Chapman and Hall/CRC; 2010.
3. Calvert MJ, Freemantle N. Use of health-related quality of life in prescribing research. Part 1: why evaluate health-related quality of life? *J Clin Pharm Ther* 2003;28(6):513-21.
4. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA* 1995;273(1):59-65.
5. Cremeens J, Eiser C, Blades M. Characteristics of health-related self-report measures for children aged three to eight years: a review of the literature. *Qual Life Res* 2006;15(4):739-54.
6. Eiser C, Morse R. A review of measures of quality of life for children with chronic illness. *Arch Dis Child* 2001;84(3):205-11.
7. Varni JW, Burwinkle TM, Lane MM. Health-related quality of life measurement in pediatric clinical practice: an appraisal and precept for future research and application. *Health Qual Life Outcomes* 2005;3:34.
8. Eiser C, Vance YH, Horne B, Glaser A, Galvin H. The value of the PedsQLTM in assessing quality of life in survivors of childhood cancer. *Child Care Health Dev* 2003;29(2):95-102.
9. Ingerski LM, Modi AC, Hood KK, Pai AL, Zeller M, Piazza-Waggoner C, et al. Health-related quality of life across pediatric chronic conditions. *J Pediatr* 2010;156(4):639-44.
10. Upton P, Eiser C, Cheung I, Hutchings HA, Jenney M, Maddocks A, et al. Measurement properties of the UK-English version of the Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 (PedsQL) generic core scales. *Health Qual Life Outcomes* 2005;3:22.
11. Vance YH, Morse RC, Jenney ME, Eiser C. Issues in measuring quality of life in childhood cancer: measures, proxies, and parental mental health. *J Child Psychol Psychiatry* 2001;42(5):661-7.
12. Sluys KP, Lanng M, Iselius L, Eriksson LE. Six years beyond pediatric trauma: child and parental ratings of children's health-related quality of life in relation to parental mental health. *Qual Life Res* 2015;24(11):2689-99.

13. Upton P, Lawford J, Eiser C. Parent-child agreement across child health-related quality of life instruments: a review of the literature. *Qual Life Res* 2008;17(6):895-913.
14. Salvador Á, Crespo C, Martins AR, Santos S, Canavarro MC. Parents' perceptions about their child's illness in pediatric cancer: Links with caregiving burden and quality of life. *Journal of Child and Family Studies* 2015;24(4):1129-40.
15. Feudtner C, Walter JK, Faerber JA, Hill DL, Carroll KW, Mollen CJ, et al. Good-parent beliefs of parents of seriously ill children. *JAMA Pediatr* 2015;169(1):39-47.
16. Hughes IA, Houk C, Ahmed SF, Lee PA, Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society/European Society for Paediatric Endocrinology Consensus Group. Consensus statement on management of intersex disorders. *J Pediatr Urol* 2006;2(3):148-62.
17. Fisher AD, Ristori J, Fanni E, Castellini G, Forti G, Maggi M. Gender identity, gender assignment and reassignment in individuals with disorders of sex development: a major of dilemma. *J Endocrinol Invest* 2016;39(11):1207-24.
18. Manzoor J, Aftab S, Yaqoob M. Ambiguous genitalia: An overview of 7 years experience at the Children's Hospital & Institute of Child Health, Lahore, Pakistan. *Pak J Med Sci* 2019;35(1):151-5.
19. Kutney K, Konczal L, Kaminski B, Uli N. Challenges in the diagnosis and management of disorders of sex development. *Birth Defects Res C Embryo Today* 2016;108(4):293-308.
20. Lee PA, Nordenstrom A, Houk CP, Ahmed SF, Auchus R, Baratz A, et al. Global disorders of sex development update since 2006: perceptions, approach and care. *Horm Res Paediatr* 2016;85(3):158-80.
21. Cools M, Nordenstrom A, Robeva R, Hall J, Westerveld P, Fluck C, et al. Caring for individuals with a difference of sex development (DSD): a Consensus Statement. *Nat Rev Endocrinol* 2018;14(7):415-29.
22. Jurgensen M, Lux A, Wien SB, Kleinemeier E, Hiort O, Thyen U. Health-related quality of life in children with disorders of sex development (DSD). *Eur J Pediatr* 2014;173(7):893-903.
23. N MS, Syed Zakaria SZ, Jalaludin MY, Rasat R. Quality of life in children with disorders of sex development. *Horm Res Paediatr* 2017;88(5):324-30.
24. Senturk P, Ozbaran B, Celik D, Ozcan T, Ozen S, Goksen D, et al. Quality of life and psychological well-being in children and adolescents with disorders of sex development. *J Clin Res Pediatr Endocrinol* 2021;13(1):23-33.
25. Wang C, Tian Q. The investigation of quality of life in 87 Chinese patients with disorders of sex development. *Biomed Res Int* 2015;2015:342420.
26. Kleinemeier E, Jurgensen M, Lux A, Widenka PM, Thyen U, Disorders of Sex Development Network Working G. Psychological adjustment and sexual development of adolescents with disorders of sex development. *J Adolesc Health* 2010;47(5):463-71.
27. Ellersgaard D, Jessica Plessen K, Richardt Jepsen J, Soeborg Spang K, Hemager N, Klee Burton B, et al. Psychopathology in 7-year-old children with familial high risk of developing schizophrenia spectrum psychosis or bipolar disorder – The Danish High Risk and Resilience Study - VIA 7, a population-based cohort study. *World Psychiatry* 2018;17(2):210-9.
28. Sollie H, Larsson B, Mørch W-T. Comparison of mother, father, and teacher reports of ADHD core symptoms in a sample of child psychiatric outpatients. *Journal of Attention Disorders* 2013;17(8):699-710.
29. Varni JW, Seid M, Kurtin PS. PedsQL 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. *Med Care* 2001;39(8):800-12.
30. Sritipsukho P, Wisai M, Thavorncharoensap M. Reliability and validity of the Thai version of the Pediatric Quality of Life Inventory 4.0. *Qual Life Res* 2013;22(3):551-7.
31. Ravens-Sieberer U, Erhart M, Wille N, Wetzel R, Nickel J, Bullinger M. Generic health-related quality-of-life assessment in children and adolescents: methodological considerations. *Pharmacoeconomics* 2006;24(12):1199-220.
32. Smith J, Cheater F, Bekker H. Parents' experiences of living with a child with a long-term condition: a rapid structured review of the literature. *Health Expect* 2015;18(4):452-74.
33. Cremeens J, Eiser C, Blades M. Factors influencing agreement between child self-report and parent proxy-reports on the Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 (PedsQL) generic core scales. *Health Qual Life Outcomes* 2006;4:58.
34. Donaldson, S.I., Grant-Vallone, E.J. Understanding self-report bias in organizational behavior research. *Journal of Business and Psychology* 2002;17:245-60.
35. Sinlapamongkolkul P, Surapolchai P. Health-related quality of life in Thai children with thalassemia as evaluated by PedsQL and EQ-5D-Y: A single-center experience. *Mediterr J Hematol Infect Dis* 2020;12(1):e2020036.
36. Kogan BA, Gardner M, Alpern AN, Cohen LM, Grimley MB, Quittner AL, et al. Challenges of disorders of sex development: diverse perceptions across stakeholders. *Horm Res Paediatr* 2012;78(1):40-6.
37. Maltby HJ, Kristjanson L, Coleman ME. The parenting competency framework: Learning to be a parent of a child with asthma. *International Journal of Nursing Practice* 2003;9(6):368-73.
38. Endendijk JJ, Groeneveld MG, Bakermans-Kranenburg MJ, Mesman J. Gender-differentiated parenting revisited: meta-analysis reveals very few differences in parental control of boys and girls. *PLoS One* 2016;11(7):e0159193.
39. Katz-Wise SL, Budge SL, Fugate E, Flanagan K, Touloumtzis C, Rood B, et al. Transactional pathways of transgender identity development in transgender and gender-nonconforming youth and caregiver perspectives from the Trans Youth Family Study. *International Journal of Transgenderism* 2017;18(3):243-63.
40. Hall CA, Donza C, McGinn S, Rimmer A, Skomial S, Todd E, et al. Health-related quality of life in children with chronic illness compared to parents: A systematic review. *Pediatric Physical Therapy* 2019;31(4):315-22.
41. Halper A, Hooke MC, Gonzalez-Bolanos MT, Vanderburg N, Tran TN, Torkelson J, et al. Health-related quality of life in children with congenital adrenal hyperplasia. *Health Qual Life Outcomes* 2017;15(1):194.



42. Falhammar H, Claahsen-van der Grinten H, Reisch N, Slowikowska-Hilczer J, Nordenström A, Roehle R, et al. Health status in 1040 adults with disorders of sex development (DSD): a European multicenter study. *Endocr Connect* 2018;7(3):466-78.
43. Fuss J, Auer MK, Briken P. Gender dysphoria in children and adolescents: a review of recent research. *Curr Opin Psychiatry* 2015;28(6):430-4.

ความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของแบบประเมินสุขภาวะในวัยรุ่น EPOCH ฉบับภาษาไทย

สิริภิญญา สมบูรณ์ยิ่ง*, ธนาวิ ประชาสันต์**, สุทธิพงศ์ กาวิละแพทย์*, พิชญา พจนโพธา*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ ปัจจุบันมีการนำจิตวิทยาเชิงบวกมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวช รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาวะทางจิต (mental well-being) อย่างแพร่หลาย อย่างไรก็ตามยังไม่มีแบบประเมินสุขภาวะภาษาไทยที่จัดทำโดยเฉพาะสำหรับเด็กและวัยรุ่น งานวิจัยนี้มีจุดประสงค์เพื่อหาความเชื่อมั่น (reliability) และความเที่ยงตรง (validity) ของแบบประเมิน EPOCH Measure of Adolescent Well-being questionnaire ฉบับภาษาไทย ซึ่งใช้ในการประเมินสุขภาวะของเด็กและวัยรุ่น

วิธีการศึกษา แบบประเมิน EPOCH Measure of Adolescent Well-Being Questionnaire ซึ่งมี 5 หมวด (Engagement, Perseverance, Optimism, Connectedness และ Happiness) หมวดละ 4 คำถาม รวม 20 ข้อคำถาม ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย และแปลกลับโดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษา ผู้วิจัยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างแล้วปรับแก้ไขจนได้แบบประเมินฉบับภาษาไทย ที่สมบูรณ์ จากนั้นให้อาสาสมัครเด็กและวัยรุ่นอายุ 10 - 18 ปี จำนวน 240 ราย จากโรงเรียน 3 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่ ตอบแบบประเมิน EPOCH ฉบับภาษาไทย ร่วมกับแบบประเมินสุขภาวะ World Health Organization-Five Well-Being Index (WHO-5) ฉบับภาษาไทย และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น The Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) ฉบับภาษาไทย มีการเก็บข้อมูลซ้ำโดยเว้นระยะห่าง 4 สัปดาห์ ในอาสาสมัครกลุ่มย่อยที่ได้รับการสุ่มจำนวน 58 ราย แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรง

ผลการศึกษา ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินทั้งฉบับและในรายหมวด Perseverance, Optimism และ Happiness เท่ากับ 0.897, 0.808, 0.806 และ 0.804 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับดี ส่วนในหมวด Connectedness เท่ากับ 0.730 ซึ่งอยู่ในระดับยอมรับได้ และในหมวด Engagement เท่ากับ 0.676 ซึ่งอยู่ในระดับน่าสงสัย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นของแบบประเมินทั้งฉบับอยู่ที่ 0.740 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นของแบบประเมินในรายหมวดอยู่ในระดับปานกลางถึงดี พบว่าคะแนนจากแบบประเมิน EPOCH และ WHO-5 มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ในทั้งคะแนนรวมและคะแนนรายหมวดในทุกหมวด ส่วนคะแนนแบบประเมิน EPOCH กับ PHQ-A มีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามอย่างมีนัยสำคัญกันในทุกหมวด ($p < 0.001$) ยกเว้นในหมวด Engagement

สรุป แบบประเมินสุขภาวะในเด็กและวัยรุ่น EPOCH ฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงทางสถิติอยู่ในเกณฑ์ที่ดี สามารถนำไปใช้ในการศึกษาวิจัย และใช้ประเมินทางคลินิกในประชากรเด็กและวัยรุ่นไทยได้

คำสำคัญ จิตวิทยาเชิงบวก แบบประเมินทางจิตเวช ภาวะซึมเศร้า สุขภาวะ

Corresponding author: พิชญา พจนโพธา

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

E-mail: pichaya.poj@cmu.ac.th

วันรับ : 3 พฤศจิกายน 2566 วันแก้ไข : 31 มกราคม 2567 วันตอบรับ : 7 กุมภาพันธ์ 2567

Reliability and Validity of the Thai Version of the EPOCH Measure of Adolescent Well-being Questionnaire

Sirikanya Somboonying*, Thanavadee Prachason**, Suttipong Kawilapat*, Pichaya Pojanapotha*

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

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

ABSTRACT

Objective: Currently, positive psychology is being applied in the care of mental health patients, as well as in promoting mental well-being. However, there is still no specific Thai-language well-being assessment tool available for children and adolescents. The objective of this research is to evaluate the reliability and validity of the Thai version of the EPOCH Measure of Adolescent Well-being questionnaire, which is used to assess the well-being of children and adolescents.

Methods: The EPOCH Measure of Adolescent Well-being questionnaire, which consists of 5 domains (Engagement, Perseverance, Optimism, Connectedness, and Happiness), with each domain containing 4 questions, for a total of 20 questions, has been translated into Thai and back-translated by a professional translator. Cognitive debriefing was done and the translated questionnaire was adjusted until obtained a final complete version. The Thai version EPOCH, World Health Organization-Five Well-Being Index (WHO-5), and The Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) (for depression assessment) were distributed to 240 participants aged 10 - 18 years from 3 schools in Chiang Mai province. Data was collected at 4-week intervals from a subset of 58 randomized participants. The data was then analyzed, and reliability and validity were evaluated.

Results: Cronbach's alpha coefficients for the overall scale and the Perseverance, Optimism, Happiness domains were 0.897, 0.808, 0.806, and 0.804, respectively, indicating good reliability. The Connectedness domain had a Cronbach's alpha coefficient of 0.730, indicating acceptable reliability, while the Engagement domain had a coefficient of 0.676, indicating questionable reliability. The intraclass correlation coefficients within the scale were 0.740, indicating moderate reliability, and within the domains were in the moderate to good range. There was a significant positive correlation ($p < 0.001$) between the scores of the EPOCH and WHO-5 measures, both in the overall scores and in each domain. The scores of the EPOCH and PHQ-A measures also had a significant negative correlation ($p < 0.001$) in all domains, except for the Engagement.

Conclusion: The Thai version of the EPOCH Measure of Adolescent Well-being questionnaire has good statistical reliability and validity and can be used for research purposes and clinical assessments in the Thai child and adolescent population.

Keywords: Positive psychology, mental health assessment, depression, well-being

Corresponding author: Pichaya Pojanapotha

E-mail: pichaya.poj@cmu.ac.th

Received 3 November 2023 Revised 31 January 2024 Accepted 7 February 2024

บทนำ

จิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) เป็นที่รู้จักตั้งแต่ช่วงปี 1990 โดย Seligman M.E. ซึ่งเป็นผู้บุกเบิก ได้กล่าวถึงการมุ่งเน้นไปที่การสร้างสุขภาวะที่ดี (well-being) ไม่ใช่เพียงลดความเจ็บป่วย¹ โดยการมีสุขภาวะที่ดีหรือ well-being ตามความหมายขององค์การอนามัยโลกได้กล่าวไว้ว่า คือการได้รับประสบการณ์ในแง่บวกของบุคคลและสังคม โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านสภาพสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม² แต่จากการทบทวนวรรณกรรมจาก Rachel Dodge และคณะ พบว่านักวิจัยส่วนใหญ่เชื่อว่าสุขภาวะเป็นคำที่มีโครงสร้างหลายมิติ (multi-dimensional construct) ผลก็คือทำให้เกิดความสับสนและความขัดแย้งในฐานข้อมูลการวิจัย อย่างไรก็ตาม Rachel Dodge และคณะ ก็ได้ให้ความหมายของสุขภาวะว่าคือ ภาวะของความสมดุลที่ได้รับผลกระทบมาจากเหตุการณ์หรือความท้าทายในชีวิตที่ได้เผชิญ³ นอกจากนี้ยังมีความหมายของสุขภาวะอีกหลายรูปแบบ เช่น การประเมินคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลตามเกณฑ์ที่บุคคลนั้นเลือกเอง⁴ การพัฒนาเติบโตในฐานะบุคคล การได้รับการเติมเต็มและมีส่วนร่วมในชุมชน ไม่ใช่เพียงการรู้สึกมีความสุขและพึงพอใจในชีวิต⁵ การมีชีวิตที่ดี โดยมุ่งสู่การเป็นผู้ที่ทำงานได้อย่างเต็มที่ (fully functioning person) เปิดรับต่อประสบการณ์ใหม่ๆ เชื้อใจในองค์กรของตนและนำพาตนเองไปสู่ชีวิตที่มีตัวตนและมีความหมาย (existential life)⁶ เป็นต้น เนื่องจากคำว่าสุขภาวะเป็นคำที่มีความหมายค่อนข้างกว้าง จึงมีผู้แบ่งประเภทของสุขภาวะไว้หลายรูปแบบ เช่น hedonic well-being (ความรู้สึกมีความสุขจากการมีอารมณ์ในแง่บวก ความพึงพอใจในชีวิต) และ eudaimonic well-being (การรับรู้ความหมายของชีวิต มีความรู้สึกถึงการเติบโตภายในตนเองอย่างต่อเนื่อง และได้ช่วยเหลือสังคม)⁷ สุขภาวะเชิงอัตวิสัย (subjective well-being) (การประเมินชีวิตของตนเองในด้านความพึงพอใจในชีวิต (cognitive evaluation), ความสุขหรือความรู้สึกในเชิงบวก (positive emotional state) และความรู้สึกในเชิงลบ (negative emotional state)) และสุขภาวะเชิงภาวะวิสัย (objective well-being) (ตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตจากปัจจัยภายนอก เช่น รายได้ อาหาร ที่อยู่อาศัย และสถานะทางสังคม เช่น ระดับการศึกษา สิทธิทางการเมือง เครือข่ายและเส้นสายทางสังคม)⁸ สุขภาวะทางจิต (psychological well-being) (การประเมินส่วนบุคคลของชีวิตที่อาจแบ่งออกเป็นอารมณ์ที่เชื่อมโยงกับความเป็นบวก (affirmative emotions) การมีส่วนร่วม (engagement) และการมีความหมาย (meaning) ซึ่งครอบคลุมประสบการณ์ที่เป็น

บวกหลากหลายรูปแบบ เช่น ความสุข ความพึงพอใจ และความรู้สึกได้รับการเติมเต็ม⁹ สุขภาวะทางกาย (physical well-being) (ความสามารถในการดำเนินกิจกรรมและปฏิบัติตามทางสังคม โดยไม่มีข้อจำกัดทางร่างกายและประสบความเจ็บปวดทางร่างกาย) นอกจากนี้ยังรวมถึงสถานภาพทางการแพทย์ เช่น น้ำหนักที่สอดคล้องกับส่วนสูง (ดัชนีมวลกายหรือ BMI) การนอนหลับ และศักยภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก¹⁰ เป็นต้น โดยเมื่อกล่าวถึงสุขภาวะตามความหมายของจิตวิทยาเชิงบวก มักอ้างอิงถึง hedonic well-being, eudaimonic well-being, สุขภาวะเชิงอัตวิสัย (subjective well-being) และสุขภาวะทางจิต (psychological well-being)

นอกจากนี้ คำว่าสุขภาวะในจิตวิทยาเชิงบวก ยังมีการกล่าวถึงในอีกชื่อหนึ่งว่า ความเจริญงอกงาม (flourish) โดย VanderWeele ได้ให้ความหมายว่า คือภาวะที่ทุกด้านในชีวิตดี¹¹ และ Seligman M.E. ได้กล่าวว่า การจะไปถึงความเจริญงอกงาม (flourish) นั้นจะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 อย่าง ตาม PERMA model ได้แก่ 1) Positive emotion 2) Engagement 3) Relationships 4) Meaning 5) Accomplishment^{12,13}

จากหลักการตามจิตวิทยาเชิงบวกและสุขภาวะจึงได้มีการต่อยอดพัฒนาเป็น model ต่างๆ เช่น Greenspoon และ Saklofske ได้สร้างรูปแบบที่ชื่อว่า Dual-factor model of mental health เพื่อประเมินปัจจัยในเชิงบวก (positive indicators) ของการมีสุขภาวะที่ดี (wellness) เช่น สุขภาวะเชิงอัตวิสัย (subjective well-being - SWB) ควบคู่ไปกับการหาปัจจัยในเชิงลบ (negative indicators) ของโรค (illness) เช่น พยาธิสภาพทางจิต เพื่อประเมินสุขภาพจิต¹⁴ Keyes ได้พูดถึง Complete state model of health ว่าผู้ที่สุขภาพจิตที่สมบูรณ์จะมีสุขภาวะดี มีอารมณ์ในทางบวก และจะมีการทำงานที่ดีทั้งทางด้านจิตวิทยาและด้านสังคม ในขณะที่ผู้ที่สุขภาพจิตที่ไม่สมบูรณ์จะมีสุขภาวะที่ไม่ดี¹⁵ Fredrickson ได้เสนอทฤษฎี Broaden-and-build theory ว่า เมื่อมีอารมณ์ในทางบวก จะมีผลทำให้มีจิตใจที่เปิดกว้าง เปิดรับข้อมูลใหม่ มีการกระทำและความคิดที่หลากหลายมากขึ้น เรียนรู้ใหม่ได้เร็ว มีประสิทธิภาพ เป็นการเรียนรู้ทางบวก (positive education)¹⁶

ในปัจจุบันงานสุขภาพจิตมีทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา รวมทั้งฟื้นฟู ซึ่งจิตวิทยาเชิงบวกได้เข้ามามีบทบาทในทุกขั้นตอน มีการศึกษาพบว่าการเสริมสร้างจุดแข็งของบุคคลสามารถช่วยลดการเกิดปัญหาทางด้านจิตใจได้¹⁷ มีประสิทธิภาพในการเพิ่มสุขภาวะเชิงอัตวิสัย (subjective well-being) และสุขภาวะทางจิต

(psychological well-being) นอกจากนี้ยังช่วยลดอาการซึมเศร้าได้¹⁸ นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่บ่งชี้ว่าสุขภาพทางจิต (psychological well-being) ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคและทำให้ชีวิตยืนยาวขึ้น¹⁹ มีการศึกษาที่ทดลองใช้ resilience program training พบว่าช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลลูกในมารดาของเด็กหูหนวก²⁰ มีงานวิจัยจำนวนมากแสดงว่าจิตวิทยาเชิงบวกสามารถช่วยทำให้อาการของภาวะซึมเศร้าดีขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ เช่น ในการศึกษาของ Sylvia K. และคณะ พบว่ากลุ่มเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยจิตวิทยาเชิงบวกมีอาการซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และมีความพึงพอใจต่อชีวิตเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นเดียวกัน²¹ Farid Chakhssi และคณะ ได้ทำ systematic review และ meta-analysis เกี่ยวกับผลของการใช้ positive psychology interventions - PPIs ในด้านสุขภาพและภาวะความเครียดในผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล รวมถึงโรคทางกาย เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ภาวะปวดเรื้อรัง เป็นต้น พบว่า PPIs ช่วยเพิ่มสุขภาพและช่วยทำให้อาการทางจิตเวช รวมถึงภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลดีขึ้น²² Katie Hanson ได้ทดลองให้ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าอ่านหนังสือพัฒนาตนเองเกี่ยวกับจิตวิทยาเชิงบวก หรือหนังสือพัฒนาตนเองเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy - CBT) เป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีอาการซึมเศร้ามลดลงและมีสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ในทางกลับกันพบว่าการมีสุขภาพทางจิตที่ไม่ดี สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ²³ van Hemert DA. และคณะ ได้ใช้แบบประเมิน Beck Depression Inventory (BDI) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าและสามารถใช้ในการประเมินความแตกต่างของสุขภาพเชิงอัตวิสัย (subjective well-being) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับสุขภาพเชิงอัตวิสัย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขอื่นๆ²⁴ Pragya Tiwari และ Nishi Tripathi พบว่าเมื่อมีระดับของภาวะซึมเศร้าที่สูง จะพบมิติของสุขภาพในด้านการมีเอกสิทธิ์ในตนเอง (autonomy) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (positive relations) และการยอมรับในตนเอง (self-acceptance) ต่ำลง²⁵ Faren Grant และคณะ พบว่าผู้ที่มีความสุขต่ำกว่าระดับปกติ จะมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของระดับคะแนนของอาการซึมเศร้าเมื่อเวลาผ่านไป²⁶ Young Joo Lee พบว่าระดับของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยมีผลกระทบต่อสุขภาพทางจิตอย่างมีนัยสำคัญ²⁷

สำหรับในเด็กและวัยรุ่น ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับจิตวิทยาเชิงบวกมากขึ้นเรื่อยๆ มีตัวอย่างการนำไปใช้ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยและเด็กหรือวัยรุ่นทั่วไปในโรงเรียน เช่น Scales PC. และคณะ ได้เสนอข้อบ่งชี้ 7 ข้อ ในการมีพฤติกรรมที่เจริญเติบโตได้ดี ได้แก่ การประสบความสำเร็จในโรงเรียน การมีภาวะผู้นำ การรู้จักช่วยเหลือผู้อื่น การรักษาสุขภาพจิตที่ดี การรู้จักการอดทนรอคอย การให้ความสำคัญกับความหลากหลาย และความสามารถในการเอาชนะความยากลำบาก²⁸ Suldo และคณะ ได้นำ dual-factor model มาใช้ในการประเมินในเด็กวัยรุ่นตอนต้น พบว่าในกลุ่มที่มีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ (complete mental health) จะดีกว่าในด้านทักษะในการอ่าน การเข้าเรียน การยอมรับในตนเองในด้านการเรียน เป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับการเรียน การสนับสนุนในสังคมจากเพื่อนร่วมชั้นและผู้ปกครอง มุมมองต่อตนเองในด้านสุขภาพทางกาย และมีปัญหาทางสังคมน้อยกว่าในกลุ่มเปราะบางและกลุ่มที่ไม่มีระดับความเจ็บป่วยของโรคทางจิตเวชแต่มีสุขภาพเชิงอัตวิสัยต่ำด้วย ส่วนในกลุ่มที่มีพยาธิสภาพทางจิตแต่มีสุขภาพเชิงอัตวิสัยสูง จะมีความรับรู้ต่อระดับการทำงานเกี่ยวกับสังคม และรับรู้ต่อสุขภาพทางกายดีกว่า²⁹ Vescovelli และคณะ ได้ประเมินสุขภาพทางจิต (psychological well-being) และพฤติกรรมเอื้อสังคมของวัยรุ่นโดยใช้ Ryff's Psychological Well-being Scales and Symptom Questionnaire พบว่า ผลการประเมินตนเองในด้านสุขภาพทางจิต มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับผลการประเมินจากผู้อื่นในทุกมิติ และวัยรุ่นที่มีระดับสุขภาพสูงกว่าในบางด้าน มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาน้อยกว่าในมุมมองของครู³⁰ Fernandes และคณะ ได้พัฒนา Ryff's Scales of Psychological Well-Being ในวัยรุ่นชาวโปรตุเกส³¹ เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาแบบประเมินที่ใช้ประเมินสุขภาพ เช่น Life Satisfaction Scale (SWLS) เป็นแบบประเมินสุขภาพเชิงอัตวิสัย (subjective well-being - SWB)³², PERMA Profiler³³, Resiliency Scale for Children and Adolescents (RSCA)³⁴, Adolescent Resilience Questionnaire (ARQ)³⁵, Children's Hope Scale (CHS)³⁶, Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale (MSLSS)³⁷, เป็นต้น

สำหรับแบบประเมิน EPOCH เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดย Kern ML. และคณะ เพื่อใช้ประเมินสุขภาพทางจิตในเด็กและวัยรุ่น โดยได้มีการปรับปรุงจาก PERMA-Profiler ซึ่งเป็นแบบประเมินสุขภาพในผู้ใหญ่ มีการแบ่งการประเมินออกเป็น 5 ด้าน ที่เชื่อว่ามีอิทธิพลต่อองค์ประกอบทั้ง 5 ของ PERMA

โดยใน model นี้จะมุ่งความสนใจไปที่ลักษณะเชิงบวกของวัยรุ่นที่ก่อให้เกิดความเจริญงอกงาม (flourishing) ตามมาในผู้ใหญ่ ตามความหมายใน model เรื่องจิตวิทยาเชิงบวกของ Seligman ซึ่งการประเมินทั้ง 5 ด้าน ในแบบประเมินนี้ ประกอบด้วย

E (Engagement) ความสามารถในการสนใจ จดจ่อและเพลิดเพลินกับกิจกรรม (ภาวะที่ Engagement สูงมาก เรียกว่า flow)

P (Perseverance) ความยืนหยัดกับสิ่งที่ทำและไปให้ถึงเป้าหมายที่วางไว้ แม้ว่าจะมีอุปสรรคหรือความท้าทาย สามารถทำงานให้สำเร็จลุล่วงไปได้แม้ต้องใช้เวลา

O (Optimism) ความสามารถในการมองโลกในแง่ดี มีความหวังและความมั่นใจในอนาคต มีมุมมองในทางบวกต่อสิ่งต่างๆ เห็นว่าเรื่องไม่ดีจะเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวและจำเพาะต่อสถานการณ์นั้นๆ เท่านั้น

C (Connectedness) ความรู้สึกถึงการเป็นที่รัก ได้รับการสนับสนุนและมีคุณค่ากับคนอื่น รู้สึกใกล้ชิดติดทางกับผู้อื่น

H (Happiness) ความรู้สึกมีความสุข สนุกสนานพึงพอใจในชีวิต

โดยแต่ละหมวดมี 4 ข้อคำถาม รวมเป็น 20 ข้อ แต่ละข้อใช้การตอบแบบ Likert (แทบไม่เคย = 1 ค่อนข้าง, บางครั้ง = 2 ค่อนข้าง, บ่อยครั้ง = 3 ค่อนข้าง, บ่อยมาก = 4 ค่อนข้าง, เกือบทุกครั้ง = 5 ค่อนข้าง) มีคะแนนรวมตั้งแต่ 20 - 100 คะแนน โดยไม่มีจุดตัดคะแนน หากค่าคะแนนยิ่งมาก ยิ่งบ่งบอกถึงการที่มีสุขภาวะทางจิตที่ดีในด้านนั้นๆ แบบประเมินต้นฉบับมีค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) อยู่ระหว่าง 0.63 - 0.95 ค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบซ้ำ (test-retest reliabilities) ทดสอบซ้ำใน 3 สัปดาห์ 4 เดือน และ 3 ปี อยู่ระหว่าง 0.23 - 0.75 โดยลดลงตามระยะเวลาที่ทำการทดสอบซ้ำ มีความสอดคล้องกับการประเมินสุขภาวะอื่นๆ เหมาะสำหรับการใช้ในประชากรอายุ 10 - 18 ปี³⁸

EPOCH เป็นแบบประเมินสุขภาวะที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลและมีการแปลเป็นภาษาต่างๆ เช่น จีน เยอรมัน สเปน ตุรกี และสวีเดน มีการแบ่งองค์ประกอบแต่ละด้านโดยอ้างอิงตามหลักจิตวิทยาเชิงบวกตาม model ของ Seligman และมีการปรับปรุงจาก PERMA ซึ่งเป็น model ที่มีการใช้ประเมินสุขภาวะในผู้ใหญ่อย่างแพร่หลายให้มีความเหมาะสมกับวัยรุ่นมากขึ้น มีการประเมินครอบคลุมทั้งในด้าน hedonic well-being (จากในหมวด Optimism, Connectedness และ Happiness) และ eudaimonic well-being (จากในหมวด Engagement และ Perseverance) ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของจิตวิทยาเชิงบวกที่ให้ความสำคัญกับทั้งด้านอารมณ์ความรู้สึก และการรับรู้ถึง

การประสบความสำเร็จในชีวิตและการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้แบบประเมินฉบับนี้ยังมีจำนวนข้อคำถามที่พอดี ไม่มากหรือน้อยจนเกินไป ใช้เวลาในการทำไม่นาน และสามารถให้กับเด็กและวัยรุ่นในช่วงอายุที่ค่อนข้างกว้าง (10 - 18 ปี) สามารถนำไปประยุกต์ใช้ทั้งสำหรับในงานวิจัยในโรงเรียน หรือในทางคลินิก และเนื่องจากแบบประเมินนี้มีการแบ่งเป็นหมวดย่อยเฉพาะด้านที่เป็นองค์ประกอบของสุขภาวะด้วย จึงสามารถประเมินและให้ intervention เพื่อส่งเสริมสุขภาวะในด้านที่ขาดและเพิ่มสุขภาวะในด้านอื่น รวมถึงสุขภาวะโดยรวมได้อีกด้วย อย่างไรก็ตามแบบประเมินนี้ยังไม่มีแปลเป็นฉบับภาษาไทย ผู้วิจัยจึงต้องการจัดทำแบบประเมิน EPOCH ฉบับภาษาไทย และทดสอบค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรง เพื่อนำแบบประเมินไปประยุกต์ใช้ต่อไป

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็น Tool development study ซึ่งได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่โครงการ PSY 2564-08621) ผู้วิจัยให้ข้อมูลการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และขอคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากทั้งอาสาสมัครและผู้ปกครองก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมงานวิจัยเป็นเด็กนักเรียนอายุ 10 - 18 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียน 3 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่ สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้คล่อง เกณฑ์การคัดออกคือมีปัญหาด้านการสื่อสารจนเป็นอุปสรรคในการทำแบบสอบถาม งานวิจัยนี้มีผู้เข้าร่วมจำนวน 240 คน โดยขนาดตัวอย่างคำนวณตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation) เพื่อวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องภายใน ตามสูตรของ Moinester³⁹ และมีการสุ่มให้มีกลุ่มตัวอย่างที่ทำแบบประเมินซ้ำ 58 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นแบบทดสอบซ้ำ (test-retest reliabilities) โดยคำนวณขนาดตัวอย่างจากใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายใน (intraclass correlation coefficient) เพื่อวิเคราะห์ความเที่ยงแบบทดสอบซ้ำตามสูตรของ Bonett⁴⁰

เครื่องมือ เป็นแบบสอบถามซึ่งเด็กหรือวัยรุ่นเป็นผู้กรอกข้อมูลเองทั้งหมด ประกอบด้วย

- 1) แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศกำเนิด เพศสภาพ ระดับชั้นเรียน บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย

สถานภาพของบิดามารดาในครอบครัว และรายได้เฉลี่ยในครอบครัวต่อเดือน

- 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า จาก The Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) ฉบับภาษาไทย 2561 ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 27 คะแนน แปลผลเป็นระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าตามคะแนนที่ประเมิน โดยแบ่งเป็น ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 - 4 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (5 - 9 คะแนน) ปานกลาง (10 - 14 คะแนน) มาก (15 - 19 คะแนน) และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (20 คะแนนขึ้นไป) แบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ในระดับดี (Cronbach's alpha coefficient = 0.88) จุดตัดที่มีความตรงตามเกณฑ์ที่น่าพอใจที่สุดคือ 10 คะแนน (ความไวร้อยละ 93 และความจำเพาะร้อยละ 77) เหมาะสำหรับใช้ในประชากรอายุ 11 - 20 ปี⁴¹
- 3) แบบสอบถาม World Health Organization-Five Well-Being Index (WHO-5) ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-25 คะแนนโดยแบบประเมินมีค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ในระดับน่าพึงพอใจ (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) = 0.87) และมีค่าความเที่ยงตรงเชิงเหมือนในระดับปานกลาง (moderate convergent validity) กับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression ($r = -0.54$; $p < 0.001$) จุดตัดที่มีความตรงตามเกณฑ์ที่น่าพอใจที่สุดคือ <12 (ความไวร้อยละ 89 และความจำเพาะร้อยละ 71) เหมาะสำหรับใช้ในประชากรอายุ 9 ปีขึ้นไป⁴²
- 4) แบบประเมินสุขภาพในวัยรุ่น EPOCH ฉบับภาษาไทย

ขั้นตอนการแปลแบบประเมิน

ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจาก Kern ML. ให้แปลแบบประเมินต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย ในขั้นตอนนี้ได้รับการแปลโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นชาวไทย ที่มีความเชี่ยวชาญทั้งภาษาไทยและอังกฤษ 2 ท่าน โดยผู้แปลเป็นอิสระต่อกัน (independent

translations) จากนั้นผู้วิจัยและผู้แปลทั้งสองท่านได้ร่วมกันปรับแก้แบบสอบถามให้มีความชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทชาวไทย (reconciliation of the forward translations into a single forward translation) และแปลกลับโดยผู้แปลอิสระชาวต่างชาติที่มีความชำนาญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ผู้วิจัยเปรียบเทียบแบบสอบถามต้นฉบับกับชุดที่แปลย้อนกลับ (back translation review) และทดลองใช้แบบสอบถามฉบับแปลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน สอบถามความเข้าใจเนื้อหาและปรับข้อคำถามให้เหมาะสมตามข้อมูลที่ได้จนได้แบบสอบถาม EPOCH ฉบับแปลไทยที่สมบูรณ์ โดยอ้างอิงหลักการแปลแบบสอบถามจาก Wild D. และคณะ⁴³ และ Eremenco S. และคณะ⁴⁴

ขั้นตอนการทดสอบความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของแบบประเมิน

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน, PHQ-A, WHO-5, และ EPOCH ข้อมูลที่ได้จะถูกนำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรม Jamovi เวอร์ชัน 2.4.8 เพื่อหาความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของแบบประเมิน EPOCH ฉบับภาษาไทย

สำหรับการตรวจสอบความเที่ยงตรงได้มีการหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเหมือน (convergent validity) (Spearman's correlation) เปรียบเทียบแบบประเมิน EPOCH ฉบับภาษาไทยกับแบบประเมิน WHO-5 และ PHQ-A โดยแนวโน้มคะแนนสุขภาพจากแบบประเมิน EPOCH กับแบบประเมิน WHO-5 ควรเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินสุขภาพเช่นเดียวกัน และแนวโน้มคะแนนสุขภาพจากแบบประเมิน EPOCH กับแบบประเมิน PHQ-A ควรเป็นไปในทิศทางตรงกันข้ามกับบนพื้นฐานข้อมูลว่าเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีสุขภาพที่ไม่ดี นอกจากนี้ยังได้มีการหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเหมือนเปรียบเทียบกับแบบประเมิน WHO-5 และ PHQ-A ซ้ำอีกครั้งโดยมีการเทียบตามระดับการแปลผลของแบบประเมินทั้ง 2 ชุดเพิ่มเติมด้วย ในการเทียบกับแบบประเมิน WHO-5 ได้ใช้สถิติแบบ independent samples t-test เนื่องจากแบบประเมิน WHO-5 จะมีการแปลผลคะแนนเป็นสุขภาพที่ดีกับสุขภาพที่ไม่ดี จึงต้องการทดสอบว่าคะแนน EPOCH ในกลุ่มสุขภาพดีและกลุ่มสุขภาพที่ไม่ดีของแบบประเมิน WHO-5 จะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญหรือไม่ ส่วนใน PHQ-A ที่มีการแปลผลคะแนนเป็นระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ไปจนถึงมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ได้มีการใช้สถิติแบบ One-way ANOVA,

non-parametric เพื่อทดสอบว่าคะแนน EPOCH ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่แตกต่างกัน จะมีคะแนน EPOCH ที่แตกต่างกันด้วยหรือไม่ และระดับใดบ้างที่มีความแตกต่างกัน

การตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้มีการทดสอบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เพื่อดูว่าข้อคำถามในแบบประเมินมีความสอดคล้องกันทั้งฉบับในการประเมินสุขภาวะโดยรวม และมีความสอดคล้องกันในการประเมินสุขภาวะในแต่ละหมวดย่อยหรือไม่ และทดสอบความเชื่อมั่นแบบทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient) เพื่อทดสอบความเชื่อมั่นว่าหากทำการประเมินซ้ำใน 4 สัปดาห์ จะได้คำตอบใกล้เคียงเดิมในระดับใด นอกจากนี้ยังมีการทดสอบความเชื่อมั่นแบบทดสอบซ้ำโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) (Pearson's correlation coefficient (r)) เนื่องจากต้องการเทียบกับแบบประเมินต้นฉบับและในฉบับภาษาจีนที่มีการใช้สถิติในการทดสอบ

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์และสรุปเพื่อรายงานผล โดยไม่มีการระบุตัวตนในงานวิจัยขั้นนี้

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐาน (demographic data)

จากการเก็บข้อมูลการวิจัยในโรงเรียน 3 แห่ง ในจังหวัดเชียงใหม่ ได้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 240 คน เป็นเพศกำเนิดชาย 94 คน คิดเป็น 39.2% และเพศกำเนิดหญิง 146 คน คิดเป็น 60.8% ส่วนใหญ่มีเพศสภาพเป็นหญิง (55%) ระดับการศึกษาม.4 (25.8%) อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา (68.3%) บิดาและมารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน (74.6%) รายได้เฉลี่ยในครอบครัวต่อเดือนสูงกว่า 50,000 บาท (31.7%) โดยข้อมูลของกลุ่มประชากรที่ศึกษาแสดงในตารางที่ 1

คะแนน EPOCH, WHO-5, และ PHQ-A

จากการทำแบบประเมินพบว่าค่ามัธยฐานของคะแนน EPOCH รวมอยู่ที่ 72 คะแนน โดยมีค่ามัธยฐานรายหมวดดังแสดงในตารางที่ 2

ค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของคะแนน WHO-5 อยู่ที่ 16.39 และ 17 คะแนน ตามลำดับ โดยมีผู้ที่จัดอยู่ในกลุ่มที่มีสุขภาวะไม่ดีจำนวน 36 คน คิดเป็น 15% มีค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของคะแนน WHO-5 อยู่ที่ 9.31 และ 9.50 คะแนน ตามลำดับ ส่วนผู้ที่จัดอยู่ใน

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลพื้นฐาน (Demographic Data)

Demographic Data	จำนวน	%
เพศกำเนิด		
ชาย	94	39.2%
หญิง	146	60.8%
เพศสภาพ		
ชาย	85	35.4%
หญิง	132	55.0%
อื่นๆ (LGBTQ)	23	9.6%
ระดับการศึกษา		
ป.5	32	13.3%
ม.1	27	11.3%
ม.2	38	15.8%
ม.3	35	14.6%
ม.4	62	25.8%
ม.5	33	13.8%
ม.6	13	5.4%
อาศัยอยู่กับ		
บิดาและมารดา	164	68.3%
บิดาหรือมารดา	45	18.8%
อื่นๆ	31	13.0%
สถานภาพของบิดาในครอบครัว		
บิดาและมารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน	179	74.6%
บิดาและมารดาหย่าร้างหรือแยกกันอยู่	48	20.0%
อื่นๆ	13	5.4%
รายได้เฉลี่ยในครอบครัวต่อเดือน		
ต่ำกว่า 20,000 บาท	38	15.9%
20,001 - 30,000 บาท	47	19.6%
30,001 - 40,000 บาท	37	15.4%
40,001 - 50,000 บาท	28	11.7%
สูงกว่า 50,000 บาท	76	31.7%
ไม่ระบุ	14	5.8%

กลุ่มที่มีสุขภาวะดีมีจำนวน 204 คน คิดเป็น 85% ค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของคะแนน WHO-5 อยู่ที่ 17.64 และ 17 คะแนน ตามลำดับ

ค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของคะแนน PHQ-A อยู่ที่ 6.94 และ 6 คะแนน ตามลำดับ โดยผู้ที่จัดอยู่ในกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีจำนวน 88 คน คิดเป็น 36.67% มีค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของคะแนน PHQ-A อยู่ที่ 2.65 และ 3 คะแนน ตามลำดับ ผู้ที่จัดอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยมีจำนวน 89 คน คิดเป็น 37.08%

มีค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของคะแนน PHQ-A อยู่ที่ 6.81 และ 7 คะแนน ตามลำดับ ผู้ที่จัดอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง มีจำนวน 45 คน คิดเป็น 18.75% มีค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของคะแนน PHQ-A อยู่ที่ 11.38 และ 11 คะแนน ตามลำดับ และผู้ที่จัดอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับมากถึงรุนแรง มีจำนวน 18 คน คิดเป็น 7.5% มีค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของคะแนน PHQ-A อยู่ที่ 17.5 และ 16.5 คะแนน ตามลำดับ

เนื่องจากข้อมูลประชากรที่เข้าร่วมงานวิจัยมีค่า Shapiro-Wilk $p < 0.001$ บ่งบอกว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ค่ามัธยฐานของคะแนนในแบบประเมินแต่ละฉบับในการทดสอบหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ความเชื่อมั่นแบบสอดคล้องภายใน (internal consistency)

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบประเมินในข้อคำถามหมวด Perseverance, Optimism, และ Happiness อยู่ที่ 0.808, 0.806 และ 0.804 ตามลำดับ ซึ่งบ่งบอกว่าค่าความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดี ส่วนในหมวด Connectedness อยู่ที่ 0.730 ซึ่งอยู่ในระดับยอมรับได้ (acceptable) และในหมวด Engagement อยู่ที่ 0.676 ซึ่งอยู่ในระดับน่าสงสัย (questionable) อย่างไรก็ตาม ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบประเมินทั้งฉบับอยู่ที่ 0.897 ซึ่งอยู่ในระดับดี ดังแสดงในตารางที่ 2

ความเชื่อมั่นแบบทดสอบซ้ำ (test-retest reliability)

จากการเก็บข้อมูลในผู้เข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 240 คน ได้มีการสุ่มเก็บข้อมูลซ้ำ 58 คน โดยเก็บข้อมูลซ้ำหลังจากเก็บข้อมูลครั้งแรก 4 สัปดาห์ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient) ของแบบประเมินทั้งฉบับอยู่ที่ 0.740 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น ในรายหมวด ได้แก่ Engagement อยู่ที่ 0.596, Perseverance อยู่ที่ 0.816, Optimism อยู่ที่ 0.796, Connectedness อยู่ที่ 0.670 และ Happiness อยู่ที่ 0.658 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางถึงดี และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) (Pearson's correlation coefficient (r)) ของแบบประเมินทั้งฉบับอยู่ที่ 0.742 และในรายหมวด ได้แก่ Engagement อยู่ที่

0.596, Perseverance อยู่ที่ 0.814, Optimism อยู่ที่ 0.797, Connectedness อยู่ที่ 0.699 และ Happiness อยู่ที่ 0.660 ดังแสดงในตารางที่ 2

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's correlation) ระหว่าง EPOCH, WHO-5 และ PHQ-A

พบว่าคะแนน EPOCH และ WHO-5 มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ในทั้งคะแนนรวมและคะแนนรายหมวด ในทุกหมวด

เมื่อนำคะแนน EPOCH ไปเทียบกับคะแนน PHQ-A พบว่ามีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามอย่างมีนัยสำคัญในทุกหมวด ($p < 0.001$) ยกเว้นในหมวด Engagement ที่พบความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามกับ PHQ-A แต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.233$)

นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ระหว่างคะแนนในแบบประเมิน WHO-5 และ PHQ-A อีกด้วย ดังแสดงในตารางที่ 3

Independent samples t-test ระหว่าง EPOCH กับ WHO-5

ระดับสุขภาวะตามแบบประเมิน WHO-5 มีการแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ สุขภาวะดี (> 12 คะแนน) และสุขภาวะไม่ดี (≤ 12 คะแนน)

พบว่าค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของคะแนน EPOCH ในประชากรกลุ่มสุขภาวะดีและกลุ่มสุขภาวะไม่ดี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทั้งในแบบรายหมวดและคะแนนรวม ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

ความแปรปรวนทางเดียวแบบนอนพารามेटริก (One-way ANOVA (non-parametric)) ระหว่าง EPOCH และ PHQ-A

ระดับคะแนนความซึมเศร้าตาม PHQ-A แบ่งเป็น ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 - 4 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (5 - 9 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (10 - 14 คะแนน) และมีภาวะซึมเศร้ามากถึงรุนแรง (15 คะแนนขึ้นไป)

ประชากรในกลุ่มระดับความซึมเศร้าแต่ละกลุ่มใน PHQ-A มีค่ามัธยฐานของคะแนน EPOCH รวมและ EPOCH หมวดย่อยทุกกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ยกเว้นหมวด Engagement ที่ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 2 ตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient), Pearson's correlation coefficient (r) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

Category	Median (25 th - 75 th percentile)	Cronbach's alpha	ICC	Pearson's r	95% CI		p
					Lower	Upper	
Total EPOCH	70.51 (12.11)	0.897	0.740	0.742	0.598	0.837	<0.001
Engagement	13.22 (3.01)	0.676	0.596	0.596	0.403	0.739	<0.001
Perseverance	13.19 (3.25)	0.808	0.816	0.814	0.708	0.887	<0.001
Optimism	14.26 (3.33)	0.806	0.796	0.797	0.679	0.874	<0.001
Connectedness	15.19 (3.25)	0.730	0.670	0.699	0.500	0.790	<0.001
Happiness	14.61 (3.10)	0.804	0.658	0.660	0.485	0.782	<0.001

ตารางที่ 3 ตาราง Correlation matrix แสดงค่า Spearman's rho ระหว่างคะแนน EPOCH, WHO-5 และ PHQ-A

	WHO-5	EPOCH	E	P	O	C	H
WHO-5	-						
EPOCH	0.633*	-					
E	0.227*	0.596*	-				
P	0.447*	0.721*	0.263*	-			
O	0.559*	0.812*	0.365*	0.515*	-		
C	0.478*	0.789*	0.312*	0.516*	0.555*	-	
H	0.657*	0.804*	0.405*	0.426*	0.624*	0.585*	-
PHQ-A	-0.588*	-0.458*	-0.077	-0.364*	-0.336*	-0.425*	-0.523*

E ย่อมาจาก Engagement, P ย่อมาจาก Perseverance, O ย่อมาจาก Optimism, C ย่อมาจาก Connectedness, H ย่อมาจาก Happiness; * คือ $p < 0.001$

($p = 0.222$) โดยเมื่อเทียบแต่ละระดับของภาวะซึมเศร้า ดังแสดงในแผนภาพที่ 2 แล้ว พบว่า

- คะแนนมัธยฐานใน EPOCH รวมของกลุ่มไม่มีภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญกับกลุ่มอื่นทุกกลุ่ม และกลุ่มมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญกับกลุ่มมีภาวะซึมเศร้ามากถึงรุนแรง
- คะแนนมัธยฐานใน EPOCH หมวด Perseverance และ Optimism ของกลุ่มไม่มีภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญกับกลุ่มอื่นทุกกลุ่ม
- คะแนนมัธยฐานใน EPOCH หมวด Connectedness ของกลุ่มไม่มีภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญกับกลุ่มอื่นทุกกลุ่ม และกลุ่มมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยกับกลุ่มมีภาวะซึมเศร้าปานกลางมี

ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญกับกลุ่มมีภาวะซึมเศร้ามากถึงรุนแรง

- คะแนนมัธยฐานใน EPOCH หมวด Happiness ของกลุ่มไม่มีภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญกับกลุ่มอื่นทุกกลุ่ม และกลุ่มมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญกับกลุ่มมีภาวะซึมเศร้ามากถึงรุนแรง

วิจารณ์

จากตารางที่ 2 เมื่อทดสอบความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของแบบประเมิน EPOCH ฉบับแปลภาษาไทยของทั้งฉบับ พบว่าอยู่ในระดับดี (good internal consistency) เช่นเดียวกับในข้อคำถามหมวด Perseverance, Optimism, และ Happiness มีเพียงข้อคำถามในหมวด

Connectedness และ Engagement ที่อยู่ในระดับยอมรับได้ (acceptable) และน่าสงสัย (questionable) ตามลำดับ

สำหรับในหมวด Connectedness มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ที่ 0.73 อยู่ในระดับยอมรับได้ ใกล้เคียงกับแบบประเมินในฉบับภาษาสวีเดนและภาษาจีนที่มีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ที่ 0.74 และ 0.78 ตามลำดับ^{45,46} ซึ่งอยู่ในระดับยอมรับได้เช่นเดียวกัน ส่วนในฉบับต้นฉบับที่เป็นภาษาอังกฤษมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในหมวดนี้ อยู่ระหว่าง 0.70 - 0.87³⁸ ซึ่งอยู่ในระดับยอมรับได้ถึงดี

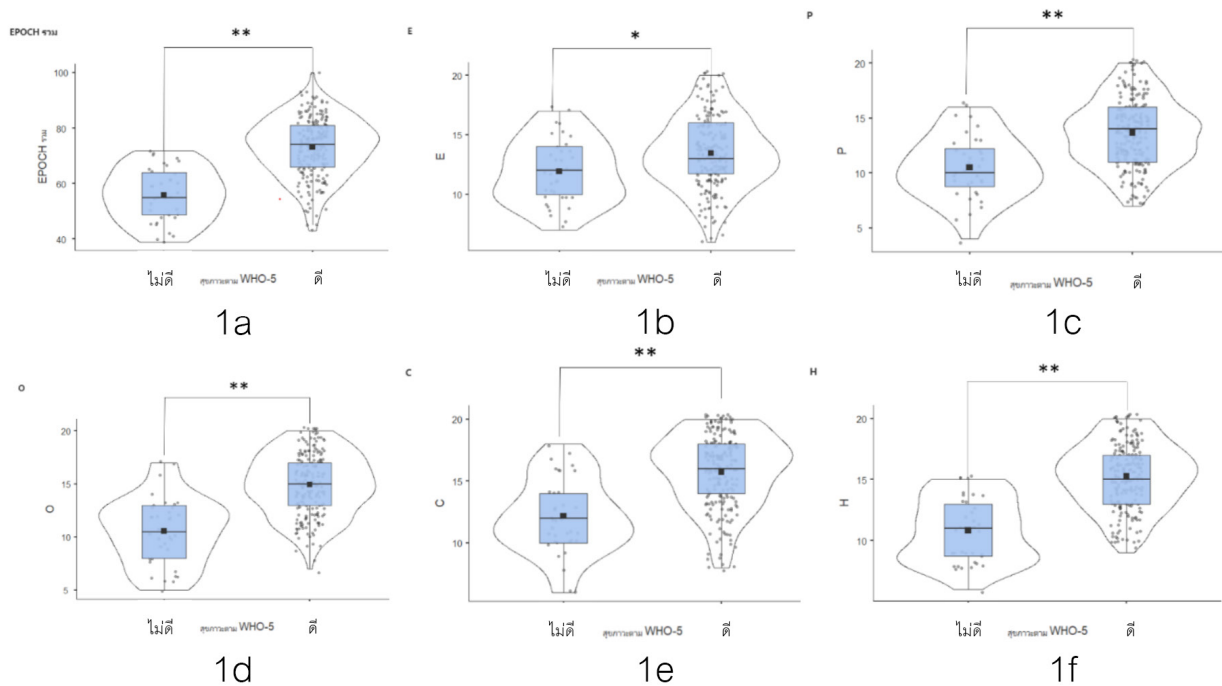
สำหรับหมวด Engagement มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ที่ 0.67 อยู่ในระดับน่าสงสัย ส่วนแบบประเมินในฉบับภาษาสวีเดนและจีนมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ที่ 0.79^{45,46} อยู่ในระดับยอมรับได้ และเมื่อเทียบกับฉบับต้นฉบับภาษาอังกฤษ พบว่าในฉบับภาษาอังกฤษมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.63 - 0.89 อยู่ในระดับน่าสงสัยถึงดีซึ่งมีความน่าเชื่อถือน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับหมวดอื่น³⁸ และเมื่อดูจากข้อคำถามในหมวด Engagement พบว่าในบางข้อมีคำศัพท์เฉพาะที่อาจจะหาคำภาษาไทยมาใช้ในการแปลโดยทำให้เข้าใจความหมายตามต้นฉบับได้ยาก เช่น จากในข้อ E2 ที่มีเนื้อความในต้นฉบับภาษาอังกฤษว่า "I get completely absorbed in what I am doing." แปลเป็นภาษาไทยเป็น "ฉันหมกมุ่นกับสิ่งที่กำลังทำอยู่อย่างเต็มที่" โดยคำว่า "Absorb" ในทางจิตวิทยาเชิงบวกจะหมายถึงการมีสมาธิจดจ่ออย่างมากหรือเพลิดเพลินกับสิ่งที่ทำจนเหมือนถูกดึงดูดเข้าไปในการทำกิจกรรมนั้น³³ ซึ่งเมื่อแปลโดยใช้คำว่า "หมกมุ่น" อาจจะยังไม่สามารถสื่อถึงความหมายหลักที่แท้จริงของคำว่า "Absorb" ตามความหมายต้นฉบับได้ นอกจากนี้ในข้ออื่นๆ ในหมวด Engagement เช่น "ฉันยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมจนลืมเรื่องอื่นไปหมด" หรือ "เวลาฉันเริ่มเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ฉันลืมไปเลยว่าเวลาผ่านไปนานเท่าไร" ซึ่งต้องการสื่อถึงการมี Engagement คือถูก absorb และจดจ่อกับสิ่งที่ทำหรือสนใจเป็นอย่างมากจนลืมเวลา โดยการมี Engagement สูงจะส่งผลดีคือทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต ประสบความสำเร็จในการเรียนและมีความเชื่อว่าตนเองจะประสบความสำเร็จในชีวิต³⁸ แต่เมื่อถูกแปลในบริบทของภาษาไทย เช่น การทำกิจกรรมจนลืมเวลาหรือลืมเรื่องอื่นไปหมดอาจจะถูกตีความว่าเป็นความหมายในเชิงลบได้ และอาจจะยังไม่มีคำที่เหมาะสมในบริบทของภาษาไทยที่จะทำให้เข้าใจความหมายตามต้นฉบับภาษาอังกฤษได้ทั้งหมด ส่งผลต่อความเข้าใจในข้อคำถามและกระทบกับค่าความเชื่อมั่นของ

แบบประเมินได้ ซึ่งในอนาคตควรมีการปรับปรุงข้อคำถามในหมวดนี้ต่อไป

ส่วนในด้านความสัมพันธ์ของแบบประเมิน EPOCH เมื่อเทียบกับแบบประเมินอื่น เมื่อพิจารณาจากค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน EPOCH และ WHO-5 ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินสุขภาพเช่นเดียวกัน พบว่าคะแนน EPOCH และ WHO-5 มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญในทั้งคะแนนรวมและคะแนนรายหมวดในทุกหมวด ดังแสดงใน **ตารางที่ 3** นอกจากนี้ยังพบว่า ค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของคะแนน EPOCH ในกลุ่มประชากรกลุ่มสุขภาพดีและกลุ่มสุขภาพไม่ดีจากแบบประเมิน WHO-5 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทั้งในแบบรายหมวดและคะแนนรวมด้วย ดังแสดงใน **แผนภาพ 1**

นอกจากนี้ยังมีการเทียบคะแนนของแบบประเมิน EPOCH กับแบบประเมิน PHQ-A ซึ่งเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น พบว่ามีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามอย่างมีนัยสำคัญในคะแนนรวมทั้งหมดของ EPOCH และในทุกหมวดย่อย ยกเว้นในหมวด Engagement ที่พบความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามกับ PHQ-A แต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงใน **ตารางที่ 3** และยังพบว่าประชากรในแต่ละกลุ่มระดับความซึมเศร้าที่แบ่งตามคะแนน PHQ-A มีค่ามัธยฐานของคะแนน EPOCH รวม และ EPOCH หมวดย่อยทุกกลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นหมวด Engagement ดังแสดงใน **แผนภาพที่ 2** ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาแบบประเมิน EPOCH ฉบับแปลภาษาสวีเดน พบว่า Engagement มี weak negative correlations กับ DASS-21 subscales ทั้งด้านซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด และมี weak positive correlations กับ CSE ซึ่งเป็นแบบประเมินในการประเมิน coping self-efficacy ในทุก subscales⁴⁵ และการศึกษาแบบประเมิน EPOCH ฉบับแปลจีนยังพบว่า Engagement มีความสัมพันธ์ที่น้อยที่สุด (weakest correlations) กับสุขภาพในด้านอื่นๆ⁴⁶ นอกจากนี้ในแบบประเมินต้นฉบับภาษาอังกฤษเองก็พบค่า negative correlation ของคะแนนหมวด Engagement กับภาวะซึมเศร้า น้อยกว่าหมวดอื่นๆ ด้วยเช่นกัน³⁸

Engagement เป็นคำที่มีการให้ความหมายอย่างกว้างขวางในจิตวิทยาเชิงบวก โดยในบาง models ได้ให้นิยามว่าเกี่ยวข้องกับด้านความรู้ความเข้าใจ อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม แต่ในบาง models ก็ให้ความหมายว่าเป็นการถูกดึงดูด (absorption) อย่างรุนแรงกับการทำกิจกรรม ซึ่งทั้งสองแบบมีแนวคิดที่แตกต่างกัน สำหรับข้อคำถามหมวด Engagement



1a: EPOCH รวม, 1b: Engagement, 1c: Perseverance, 1d: Optimism, 1e: Connectedness, 1f: Happiness
E ย่อมาจาก Engagement, P ย่อมาจาก Perseverance, O ย่อมาจาก Optimism, C ย่อมาจาก Connectedness, H ย่อมาจาก Happiness,
* คือ $p=0.05$, ** คือ $p<0.001$

แผนภาพที่ 1 Boxplot แสดงค่ามัธยฐานของคะแนน EPOCH ในกลุ่มประชากรที่แบ่งประเภทสุขภาพตาม WHO-5 โดยแบ่งเป็นกลุ่มสุขภาพดีกับสุขภาพไม่ดี

ใน EPOCH จะมุ่งประเด็นหลักๆ ไปที่ด้านความรู้ความเข้าใจและการมี flow ในการทำกิจกรรม เช่น มีการถูกดึงดูดเข้าไปในงานที่ทำ (absorption in tasks)⁴⁶ และ Maurer และ Hoff ยังได้กล่าวว่า Engagement ในแบบประเมิน EPOCH เป็นการมีความดึงดูดเข้าไปอย่างสมบูรณ์ (state of complete absorption) ในการทำกิจกรรมโดยไม่ได้มีความรู้สึกในแง่บวกหรือลบเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้นการรู้สึก engaged จึงไม่ได้สัมพันธ์กับอารมณ์ความรู้สึกมากเท่าที่ควร EPOCH ในด้านอื่นๆ⁴⁵ จึงเป็นที่เข้าใจได้ว่าเพราะเหตุใดค่ามัธยฐานในข้อคำถามหมวด Engagement จากในงานวิจัยฉบับนี้จึงไม่ได้สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคะแนน PHQ-A ซึ่งเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ข้อคำถามส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับด้านอารมณ์ความรู้สึก

จากความแตกต่างของค่ามัธยฐานของคะแนน EPOCH ในแต่ละระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า พบว่าการประเมินโดยใช้แบบประเมิน EPOCH ฉบับภาษาไทย อาจจะช่วยแยกประชากรในกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจากประชากรในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าได้ แต่ไม่สามารถแยกระดับความรุนแรงของภาวะ

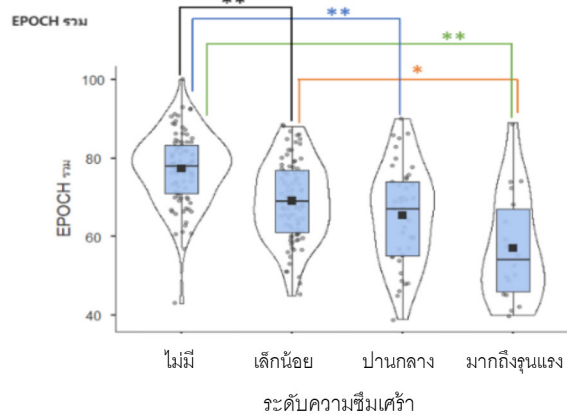
ซึมเศร้าได้ในทุกระดับและทุกหมวด แต่มีในบางด้านที่อาจจะสามารถใช้แยกระดับภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากมีค่ามัธยฐานของคะแนน EPOCH ในแต่ละระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ กลุ่มมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มมีภาวะซึมเศร้ามากถึงรุนแรงในคะแนน EPOCH รวม กลุ่มมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มมีภาวะซึมเศร้ามากถึงรุนแรง และกลุ่มมีภาวะซึมเศร้าปานกลางเมื่อเทียบกับกลุ่มมีภาวะซึมเศร้ามากถึงรุนแรงในหมวด Connectedness และกลุ่มมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มมีภาวะซึมเศร้ามากถึงรุนแรงในหมวด Happiness

เมื่อทำการทดสอบแบบประเมิน EPOCH ซ้ำในช่วงเวลา 4 สัปดาห์ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient) ของแบบประเมินทั้งฉบับอยู่ที่ 0.740 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และของรายหมวดมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นอยู่ที่ 0.596 - 0.816 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางถึงดี โดย Engagement มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นน้อยที่สุด และ Perseverance มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น

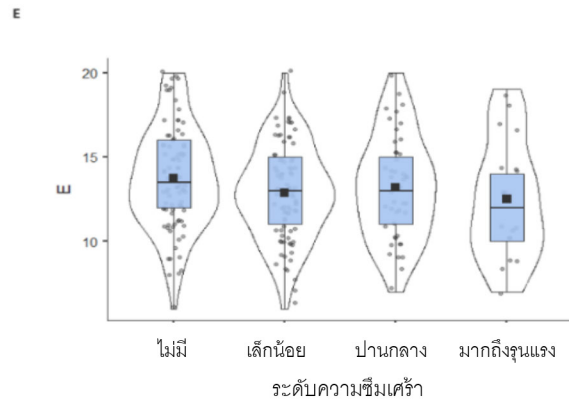
สูงที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 2 ซึ่งเมื่อเทียบกับในฉบับภาษาอังกฤษ ซึ่งเป็นต้นฉบับที่มีการทดสอบซ้ำใน 3 สัปดาห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) (Pearson's correlation coefficient (r)) พบว่าของแบบประเมินทั้งฉบับอยู่ที่ 0.75 ซึ่งใกล้เคียงกับในแบบประเมินฉบับภาษาไทยที่มีค่าอยู่ที่ 0.742 เช่นเดียวกับ

ในส่วนของรายหมวดของแบบประเมินต้นฉบับที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) อยู่ที่ 0.55 - 0.71 ใกล้เคียงกับในฉบับภาษาไทย ที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) อยู่ที่ 0.596 - 0.814 แต่ในฉบับต้นฉบับได้มีการทดสอบซ้ำในอีก 4 เดือน และ 3 ปี พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) จะลด

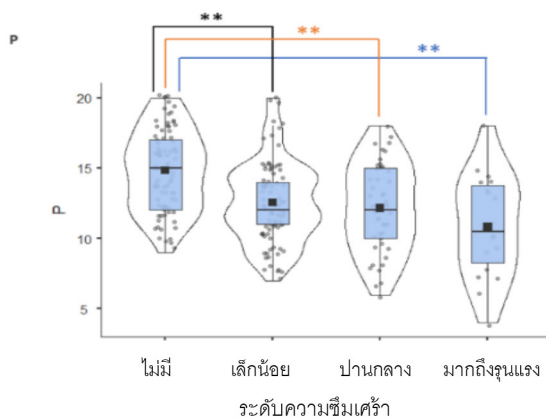
2a



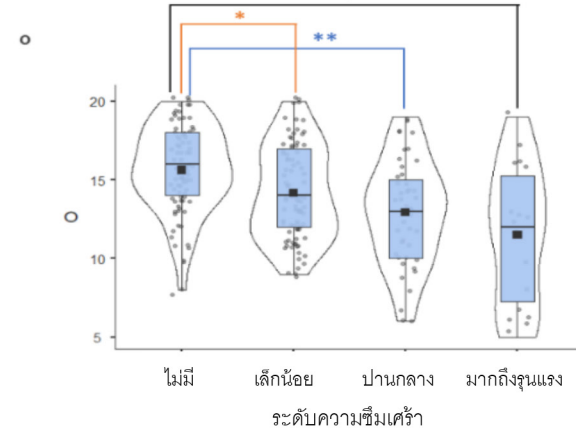
2b



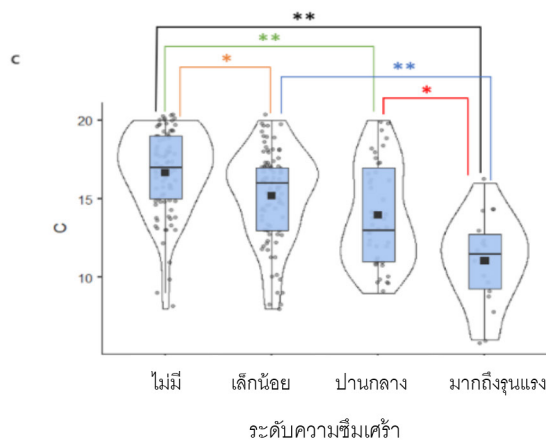
2c



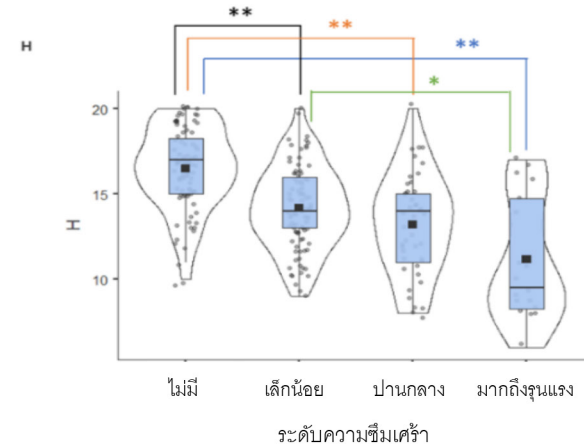
2d



2e



2f



แผนภาพที่ 2 Boxplot แสดงค่ามัธยฐานของคะแนน EPOCH ในกลุ่มประชากรที่แบ่งระดับความซึมเศร้าตาม PHQ-A; 2a: EPOCH รวม, 2b: Engagement, 2c: Perseverance, 2d: Optimism, 2e: Connectedness, 2f: Happiness, *คือ $p < 0.05$, **คือ $p < 0.001$

ต่ำลงเมื่อเวลาผ่านไป³⁸ สำหรับแบบประเมินในภาษาจีนได้มีการทดสอบซ้ำใน 3 - 16 เดือน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) ของแบบประเมินทั้งฉบับอยู่ที่ 0.186 และในรายหมวดอยู่ที่ 0.118 - 0.214 โดย Engagement มีค่าน้อยที่สุด และ Perseverance มีค่าสูงที่สุด⁴⁶ เช่นเดียวกับในแบบประเมินฉบับแปลภาษาไทยบ่งบอกว่าแบบประเมินมี cross-time consistencies ที่ต่ำเมื่อทำการทดสอบซ้ำเมื่อเวลาผ่านไป โดยยังไม่ทราบเหตุผลที่แน่ชัด ซึ่งอาจจะเกิดจากที่หลายโรงเรียนที่เข้าร่วมงานวิจัยได้นำ program ที่ส่งเสริมสุขภาพและจิตวิทยาเชิงบวกมาใช้จึงส่งผลต่อการทดสอบซ้ำ อาจจะเกิดจากตัวแบบประเมินเองที่ไม่สามารถประเมินได้เมื่อเวลาผ่านไป การเปลี่ยนแปลงของสุขภาพจะจริงๆ โดยไม่เกี่ยวข้องกับการได้รับ intervention ระยะเวลาที่ทำการประเมินห่างเกินไป หรืออาจจะเกิดจากปัจจัยกวนอื่นๆ^{38,46}

ข้อจำกัด

1. เนื่องจากแบบประเมิน EPOCH มีการประเมินสุขภาวะครอบคลุมทั้งในด้าน hedonic well-being และ eudaimonic well-being แต่ในงานวิจัยฉบับนี้ได้มีการเทียบกับแบบประเมิน PHQ-A ซึ่งเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้า จึงเป็นการประเมินเปรียบเทียบกับในด้านอารมณ์ในเชิงลบ ซึ่งเป็น 1 ใน hedonic well-being เท่านั้น งานวิจัยในอนาคตอาจจะมีการประเมินในด้าน eudaimonic well-being ร่วมด้วย

2. จำนวนประชากรในกลุ่มที่สุขภาพไม่ดีและมีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าสูงยังมีน้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีสุขภาพดี หรือไม่มีภาวะซึมเศร้าและมีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย การศึกษาในอนาคตอาจจะมีการทดสอบแบบประเมินเทียบกับในกลุ่มประชากรที่มีวินิจฉัยทางจิตเวชร่วมด้วย เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล สมาธิสั้น บกพร่องเรื่องการเรียน เป็นต้น

3. เนื่องจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของข้อคำถามในหมวด Engagement อยู่ในระดับน่าสงสัย (questionable) ในอนาคตอาจจะมีการปรับปรุงและพัฒนาเครื่องมือต่อไป

สรุป

จากการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินสุขภาพในเด็กและวัยรุ่น EPOCH ฉบับภาษาไทย ด้วยการทดสอบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) พบว่ามีค่าความสอดคล้องภายในของแบบประเมินทั้งฉบับอยู่ในระดับดี และทดสอบความเชื่อมั่นแบบทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) พบว่า

อยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าใกล้เคียงกับแบบประเมินต้นฉบับที่มีการทดสอบซ้ำใน 3 สัปดาห์ ส่วนความเที่ยงตรงของแบบสอบถามพบว่า ค่า convergent validity (Spearman's correlation) ซึ่งได้จากการนำไปเปรียบเทียบกับแบบประเมิน PHQ-A และ WHO-5 พบว่าคะแนน EPOCH และ WHO-5 มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญ และมีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามอย่างมีนัยสำคัญกับคะแนน PHQ-A งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าแบบประเมินสุขภาพในเด็กและวัยรุ่น EPOCH ฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงทางสถิติอยู่ในเกณฑ์ที่ค่อนข้างดี สามารถนำไปใช้ในการศึกษาและทางคลินิกต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่สัญญารับทุน MC029-2565) ผู้วิจัยขอขอบคุณอาสาสมัครวิจัยทุกท่าน รวมถึงคุณครูและโรงเรียนที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณ ผศ.พญ.กมลวิสาห์ เตชะพูลผล และ พญ.ภาวิตา จงสุขศิริ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการแปลแบบประเมิน ขอขอบคุณคณาจารย์และเจ้าหน้าที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ทุกท่าน ที่ได้ให้คำแนะนำ คำปรึกษา และให้ความช่วยเหลือจนงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ไม่มีผลประโยชน์ขัดกันของคณะผู้วิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้อง

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

สิริภิญญา สมบูรณ์ยิ่ง เป็นผู้คิดริเริ่มในการออกแบบการศึกษา การเลือกใช้เครื่องมือ เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล วิพากษ์วิจารณ์ผลการศึกษา ร่วมเขียนและขัดเกลารายบทความ; พิชญา พจนโพธา เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย เป็นผู้มีส่วนร่วมในการออกแบบการศึกษา การเลือกใช้เครื่องมือ ขอบทุนวิจัย วิพากษ์วิจารณ์ผลการศึกษา ร่วมเขียนและขัดเกลารายบทความ; ธนาวดี ประชาสันต์ เป็นผู้มีส่วนร่วมในการออกแบบการศึกษา การเลือกใช้เครื่องมือ วิเคราะห์ข้อมูล วิพากษ์วิจารณ์ผลการศึกษา ร่วมเขียนและขัดเกลารายบทความ; สุทธิพงศ์ กาวิละแพทย์ เป็นผู้มีส่วนร่วมในการออกแบบการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล วิพากษ์วิจารณ์ผลการศึกษา ร่วมเขียนและขัดเกลารายบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Seligman M, Rashid T, Parks A. Positive psychotherapy. *Am Psychol* 2006; 61(8): 774-88.
2. Shimizu Y. Promoting well-being [Internet]. World Health Organization; [cited 2023 Jul 11]. Available from: <https://www.who.int/activities/promoting-well-being>
3. Dodge R, Daly A, Huyton J, Sanders L. The challenge of defining wellbeing. *Int J Wellbeing* 2012; 2(3): 222-35.
4. Shin DC, Johnson DM. Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Soc Indic Res* 1978; 5: 475-92.
5. Shah H, Marks N. A well-being manifesto for a flourishing society. London: The New Economics Foundation; 2004.
6. Rogers C. On becoming a person. Boston: Houghton Mifflin; 1961.
7. Veljko J, Joonha P. Differential relationships of hedonic and eudaimonic well-being with self-control and long-term orientation. *Jpn Psychol Res* 2020; 63: 47-57.
8. Kahneman D, Diener E, Schwarz N. Well-being: the foundations of hedonic psychology. New York: Russell Sage Foundation; 1999.
9. Diener E, Lucas RE, Schimmack U, Helliwell J. Well-being for public policy. Oxford: Oxford University Press; 2010.
10. Capio CM, Sit CHP, Abernethy B. Physical well-being. In: Michalos AC, ed. Encyclopedia of quality of life and well-being research. Springer: The Netherlands: 2014. p.4805-7.
11. VanderWeele TJ. On the promotion of human flourishing. *Proc Natl Acad Sci* 2017; 31: 8148-56.
12. Seligman M. Flourish: A new understanding of happiness and well-being - and how to achieve them. Great Britain: Nicholas Brealey Publishing; 2011.
13. Kern ML, Waters LE, Adler A, White MA. A multidimensional approach to measuring well-being in students: application of the PERMA framework. *J Posit Psychol* 2015; 10(3): 262-71.
14. Greenspoon PJ, Saklofske DH. Toward an integration of subjective well-being and psychopathology. *Soc Indic Res* 2001; 54: 81-108.
15. Keyes CLM. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73: 539-48.
16. Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *Am Psychol* 2001; 56: 218-26.
17. Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology. An introduction. *Am Psychol* 2000; 55(1): 5-14.
18. Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, Riper H, Smit F, Bohlmeijer E. Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health* 2013; 13: 119.
19. Ryff CD. Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychother Psychosom* 2014; 83(1): 10-28.
20. Sadeghi MF, Ashori M. The effectiveness of resilience program training on parenting self-efficacy in mothers of deaf children: a single-subject research. *Posit Psychol* 2023; 9(1): 27-46.
21. Sylvia K, Minmin G, Kit KTK. Positive psychology intervention to alleviate child depression and increase life satisfaction: a randomized clinical trial. *Res Soc Work Pract* 2016; 26(4): 350-61.
22. Chakhssi F, Kraiss JT, Sommers-Spijkerman M, Bohlmeijer ET. The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2018; 18(1): 211.
23. Hanson K. Positive psychology for overcoming symptoms of depression: a pilot study exploring the efficacy of a positive psychology self-help book versus a CBT self-help book. *Behav Cogn Psychother* 2019; 47(1): 95-113.
24. van Hemert DA, van de Vijver FJ, Poortinga YH. The Beck Depression Inventory as a measure of subjective well-being: a cross-national study. *J Happiness Stud* 2002; 3: 257-86.
25. Pragya T, Nishi T. Relationship between depression and psychological well-being of students of professional courses. *Int J Indian Psychol* 2015; 2(3): 139-46.
26. Grant F, Guille C, Sen S. Well-being and the risk of depression under stress. *PLoS One* 2013; 8(7): 1.
27. Young Joo Lee. The effects of depression and anxiety on psychological well-being of college students: focusing on the emotional perception clarity. *Med Legal Update* 2020; 20(1): 2149-54.
28. Scales PC, Benson PL, Nancy L, Blyth DA. Contribution of developmental assets to the prediction of thriving among adolescents. *Appl Dev Sci* 2010; 4(1): 27-46.
29. Suldo SM, Shaffer-Hudkins E, Michalowski J, Farmer J, Riley K, Friedrich A, et al. Looking beyond psychopathology: the dual-factor model of mental health in youth. *School Psych Rev* 2008; 37(1): 52-68.
30. Vescovelli F, Albieri E, Ruini C. Self-rated and observer-rated measures of well-being and distress in adolescence: an exploratory study. *SpringerPlus* 2014; 3: 490.
31. Fernandes H, Vasconcelos-Raposo J, Teixeira C. Preliminary analysis of the psychometric properties of Ryff's scales of psychological well-being in Portuguese adolescents. *Span J Psychol* 2010; 13(2): 1032-43.
32. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *J Pers Assess* 1985; 49: 71-5.
33. Butler J, Kern ML. The PERMA-Profil: a brief multidimensional measure of flourishing. *Int j wellbeing* 2016; 6(3): 1-48.
34. Prince-Embury S. The Resiliency Scales for Children and Adolescents, psychological symptoms, and clinical status in adolescents. *Can J Sch Psychol* 2008; 23(1): 41-56.
35. Gartland D, Bond L, Olsson CA, Buzwell S, Sawyer SM. Development of a multi-dimensional measure of resilience in adolescents: the Adolescent Resilience Questionnaire. *BMC Med Res Methodol* 2011; 11: 134.
36. CR Snyder, Betsy H, William EP, Michael R, Leanne W, Michael D, et al. The development and validation of the Children's Hope Scale. *J Pediatr Psychol* 1997; 22(3): 399-421.
37. Huebner ES, Gilman R. An introduction to the Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale. *Soc Indic Res* 2002; 60(1/3): 115-22.
38. Kern ML, Benson L, Steinberg EA, Steinberg L. The EPOCH Measure of Adolescent Well-being. *Psychol Assess* 2016; 28(5): 586-97.



39. Moinester M, Gottfried R. Sample size estimation for correlations with pre-specified confidence interval. *Quant Meth Psych* 2014; 10(2): 124-30.
40. Bonett DG. Sample size requirements for estimating intraclass correlations with desired precision. *Stat Med* 2002; 21(9):1331-5.
41. Panyawong W, Pavasuthipaisit C, Santitadukul R. Validation of the Thai version of the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) in school setting. *J Ment Health Thai* 2022; 30(1): 38-4.
42. Saipanish R, Lotrakul M, Sumrithe S. Reliability and validity of the Thai version of the WHO-Five Well-Being Index in primary care patients. *Psychiatry Clin Neurosci* 2009; 63(2): 141-6.
43. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for Patient-Reported Outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value Health* 2005; 8(2): 94-104.
44. Eremenco S, Pease S, Mann S, Berry P, Subcommittee PCsP. Patient-Reported Outcome (PRO) Consortium translation process: consensus development of updated best practices. *J Patient Rep Outcomes* 2017; 2(1): 12.
45. Maurer MM, Daukantaitė D, Hoff E. Testing the psychometric properties of the Swedish version of the EPOCH Measure of Adolescent Well-being. *PLoS One* 2021; 16(10): e0259191.
46. Zeng G, Kern ML. The Chinese EPOCH Measure of Adolescent Well-Being: further testing of the psychometrics of the measure. *Front Psychol* 2019; 10: 1457.

การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์

ณานิภา เอี่ยมวัชรพงศ์*, ชาญวิทย์ พรนภดล**, วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์***, สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข**

*บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

**ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

***สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มีความเชื่อมั่นด้านความสอดคล้องภายใน (internal consistency) และมีความเที่ยงตรงด้านโครงสร้าง (construct validity) อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

วิธีการศึกษา พัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ (Social Media Users' Quality of Life Scale: SMQ) ในเบื้องต้นได้ 36 ข้อ ปรับข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญเหลือ 30 ข้อ คัดเลือกข้อคำถามจากการหาความสัมพันธ์ (communalities) ทดสอบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ด้วยการหาค่า Cronbach's alpha coefficient ทดสอบความเที่ยงตรงด้านโครงสร้าง (construct validity) โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis: EFA) และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis: CFA) วิเคราะห์โมเดลแฝง (latent profile analysis: LPA) เพื่อแบ่งกลุ่มระดับคุณภาพชีวิต

ผลการศึกษา งานวิจัยฉบับนี้เก็บข้อมูลแบบออนไลน์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ อายุ 13 ปีขึ้นไป จำนวน 1,293 คน (อายุเฉลี่ย 38.17 ปี) แบ่งเป็น 4 ช่วงวัย คัดเลือกข้อคำถามเหลือ 27 ข้อ จากค่า communalities จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจพบว่า ทุกข้อมีค่า loading factor มากกว่า 0.4 วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2/df = 4.7$, GFI = 0.92, CFI = 0.90, RMR = 0.04, RMSEA = 0.05) แบ่งได้ 4 องค์ประกอบ คือ มิติส่งเสริมด้านจิต-สังคม มิติบั่นทอนด้านสัมพันธภาพ มิติส่งเสริมด้านอารมณ์และเสริมสร้างทักษะ และมิติบั่นทอนด้านร่างกาย ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.74, 0.82, 0.76 และ 0.82 ตามลำดับ และค่าอัลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.78 วิเคราะห์จุดตัดคะแนนแบ่งกลุ่มคุณภาพชีวิตจำแนกตามช่วงวัยได้ 3 ระดับ (ต่ำ ปานกลาง สูง)

สรุป แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ มีคุณภาพด้านความเที่ยงตรง (validity) และมีค่าความเชื่อมั่น (reliability) อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

คำสำคัญ คุณภาพชีวิต สื่อสังคมออนไลน์ การวิเคราะห์องค์ประกอบ

The Development of Social Media Users' Quality of Life Scale

Yanika Eaimwatcharapong*, Chanvit Pornnoppadol**, Wimontip Musikaphan***, Somboon Hataiyusuk**

*Faculty of Graduate Studies, Mahidol University

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

***National Institute for Child and Family Department, Mahidol University

ABSTRACT

Objective: To develop the social media users' quality of life scale. that has confidence in internal consistency and construct validity within acceptable level.

Methods: To develop the Social Media Users' Quality of Life scale (SMQ), the questionnaire was originally composed of 36 questions, which were then reduced to 30 questions according to the expert's suggestion. The questions were selected based on the value of communalities and the measurement of internal consistency by identifying Cronbach's alpha coefficient. Moreover, the construct validity was measured through the exploratory factor analysis (EFA). The confirmatory factor analysis (CFA), and the latent profile analysis (LPA) were performed to categorize social media users according to their quality-of-life level.

Results: The research data collection was conducted online. The research samples accounted for 1,293 social media users aged 13 years and older (the mean age 38.17 years) in four generations. The questionnaire was modified to contain 27 questions based on the value of communalities. The exploratory factor analysis (EFA) revealed that all question items had loading factors of >0.4 . The confirmatory factor analysis (CFA) indicated that the model fitted with the empirical data at $\chi^2/df = 4.7$, GFI = 0.92, CFI = 0.90, RMR = 0.04, RMSEA = 0.05. The Cronbach's alpha coefficients were measured in four domains: sociopsychological domain, relationship domain, mental and capacity support domain, and physical domain with values of 0.74, 0.82, 0.76 and 0.82 respectively. The Cronbach's alpha coefficients of SMQ was 0.78. Latent profile analysis was achieved to provide appropriate cut-off points to categorize the level of quality of life of social media users by generations into 3 groups (low, moderate, and high groups).

Conclusion: The SMQ has quality in terms of validity and reliability is within acceptable level.

Keywords: quality of life, social media, factor analysis

Corresponding author: Chanvit Pornnoppadol

E-mail: chanvit.por@mahidol.edu

Received 23 August 2023 Revised 13 December 2023 Accepted 25 December 2023

บทนำ

การที่มีเครือข่ายอินเทอร์เน็ตส่งผลกระทบต่อบทบาทการดำเนินชีวิตในยุคปัจจุบัน การใช้งานอินเทอร์เน็ตมีทั่วทุกมุมโลก ซึ่งแต่ละคนใช้งานอินเทอร์เน็ตในรูปแบบที่แตกต่างกันจนทำให้อินเทอร์เน็ตเป็นแหล่งแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ใหญ่ที่สุดในโลก และเปลี่ยนรูปแบบการสื่อสารจากการสื่อสารในโลกแห่งความเป็นจริงมาสู่การสื่อสารในโลกเสมือนจริง เกิดการสื่อสารไร้พรมแดน โดยจากการสำรวจของสำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์¹ ได้ดำเนินการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย พ.ศ. 2563 พบว่าโดยรวมประเทศไทยเข้าสู่ยุคดิจิทัลมากขึ้น ซึ่งดูได้จากจำนวนผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตใน พ.ศ. 2562 สูงถึง 50.1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 75.3 ของประชากรไทยทั้งหมด ในขณะที่ใน พ.ศ. 2556 มีผู้ใช้อินเทอร์เน็ตเพียง 26.1 ล้านคน ดังนั้นภายใน 6 ปีที่ผ่านมาจำนวนประชากรที่ใช้ใช้งานอินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นเฉลี่ยต่อปีสูงถึงร้อยละ 11.5

นอกจากนี้ทางสำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (องค์การมหาชน)² ได้สำรวจกิจกรรมการใช้งานอินเทอร์เน็ตยอดนิยมพบว่า 93.6% ของผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตใช้สื่อสังคมออนไลน์ (social media) มีกิจกรรมยอดนิยมได้แก่ Facebook, Twitter, Instagram เมื่อพิจารณาการใช้โซเชียลเน็ตเวิร์กตามกลุ่มอายุต่างๆ พบว่ากลุ่มอายุ 15 - 24 ปี มีสัดส่วนการใช้โซเชียลเน็ตเวิร์กสูงที่สุด ร้อยละ 76.8 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 25 - 34 ปี ร้อยละ 60.1 กลุ่มอายุ 6 - 14 ปี ร้อยละ 58 กลุ่มอายุ 35 - 49 ปี ร้อยละ 31.8 และในกลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 9.6

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าทุกช่วงวัยมีการใช้โซเชียลเน็ตเวิร์กและผู้ใช้โซเชียลเน็ตเวิร์กเกือบทั้งหมดใช้สื่อสังคมออนไลน์ (social media) และแน่นอนว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์เปรียบเสมือนดาบสองคม มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ดังที่ อภิเดช เตปิน และคณะ³ ได้กล่าวไว้ว่าสื่อสังคมออนไลน์คือ สังคมที่มีการรวมตัวบนอินเทอร์เน็ต มีการแลกเปลี่ยนแบ่งปันประสบการณ์ด้วยกันเชื่อมโยงในทางใดทางหนึ่ง ทั้งนี้สื่อสังคมออนไลน์เปรียบเสมือนดาบสองคม ในผลกระทบด้านบวก ช่วยให้ผู้คนติดต่อสื่อสารได้ ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ทันทีทั้งที่ หรือแม้กระทั่งการรวมกลุ่มกันส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและเกิดพลังในการขับเคลื่อนประเทศ ทั้งนี้การใช้สื่อสังคมออนไลน์มีความแตกต่างจากสื่อในรูปแบบอื่นๆ ความสัมพันธ์จึงเป็นไปอย่างฉาบฉวย รวดเร็ว ส่งผลต่อการสื่อสารแบบเผชิญหน้า ซึ่งผลกระทบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของหยาดพิรุณ สุรภากรสกุล⁴ ได้ศึกษาด้านผลกระทบ 4 ผลกระทบ

ได้แก่ ผลกระทบด้านอารมณ์ที่มีผลกระทบมากที่สุดพบว่า เมื่อรู้สึกโดดเดี่ยวหรืออยู่คนเดียวคนมักจะใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อหาเพื่อนคุยหรือติดตามข้อมูลข่าวสาร ผลกระทบต่อด้านสังคมที่มีผลกระทบมากที่สุดพบว่า บุคคลในครอบครัวไม่พอใจเมื่อนักเรียนใช้สื่อสังคมออนไลน์มากเกินไป ผลกระทบต่อการเรียนที่มีผลกระทบมากที่สุดพบว่า มักจะใช้สื่อสังคมออนไลน์ก่อนที่จะใช้เวลาว่างทำกิจกรรมอื่นที่ได้รับมอบหมาย นอกจากนี้ยังพบอีกว่านักเรียนมีผลการเรียนต่ำลง เนื่องจากใช้สื่อสังคมออนไลน์ ส่วนผลกระทบด้านสุขภาพที่มีผลกระทบมากที่สุด พบว่านักเรียนมักพักผ่อนไม่เพียงพอจนทำให้ร่างกายอ่อนเพลียเนื่องจากใช้สื่อสังคมออนไลน์มากเกินไป ทั้งนี้สิ่งที่กล่าวไปข้างต้นการใช้สื่อสังคมออนไลน์ไม่ได้มีแต่ผลกระทบทางลบเพียงอย่างเดียว อย่างเช่นการศึกษาของ ชลธิชา จุ้ยนาม และคณะ⁵ พบว่านักเรียนใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อสร้างสัมพันธภาพ สร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพื่อคลายเครียด เพื่อบอกเล่าเรื่องราวหรือแนวคิดดีๆ ให้กับบุคคลอื่น

จากผลกระทบดังกล่าวข้างต้นส่งผลกระทบต่อภาพรวมของชีวิตทำให้คุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นแย่ลงหรือดีขึ้นจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ เมื่อพูดถึงคุณภาพชีวิตจึงหมายถึงการใช้ชีวิตในระดับพื้นฐานของมนุษย์ ภายใต้ความจำเป็นพื้นฐานในบริบทสังคมนั้นโดยคำนึงถึงความต้องการทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างเพียงพอ จนเกิดความสุขทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่ดี⁶ คุณภาพชีวิตมองสุขภาพบุคคลเป็นองค์รวม ดังที่องค์การอนามัยโลกให้นิยามของ "สุขภาพ" คือ ความสมบูรณ์และแข็งแรงของทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม รวมทั้งจิตวิญญาณ

ทั้งนี้สิ่งที่กล่าวไปข้างต้นจะเห็นได้ว่าสื่อสังคมออนไลน์สามารถส่งผลกระทบได้ทั้งด้านบวกและด้านลบในการดำเนินชีวิต แต่จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศไม่พบแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์มากร่อนพบเพียงการศึกษาผลกระทบการใช้สื่อสังคมออนไลน์ทั้งทางบวกและทางลบ โดยผลกระทบจะแบ่งเป็นหลายด้านตามแต่ผู้วิจัยแต่ละคนสนใจ รวมทั้งแบบวัดที่ศึกษาผลกระทบมักมีความจำเพาะกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง นำมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มอื่นๆ ได้ยาก

ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมและออกแบบข้อคำถามให้มีความจำเพาะเจาะจงในการประเมินผลกระทบการใช้สื่อสังคมออนไลน์ทั้งด้านบวกและด้านลบ ที่ส่งผลกระทบต่อภาพรวมในการดำเนินชีวิต ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม อาทิเช่น ผลกระทบ

ด้านบวก การใช้สื่อสังคมออนไลน์ ช่วยให้ฉันผ่อนคลาย หรือคลายเครียด ผลกระทบด้านลบ การใช้สื่อสังคมออนไลน์ ทำให้ฉันขาดสมาธิในการเรียน การทำงาน และนำข้อคำถามเหล่านี้มาจัดเข้าเป็นมิติของคุณภาพชีวิตทำให้สามารถมองบุคคลเป็นองค์รวม และสามารถวัดคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ได้อย่างเหมาะสมและตรงประเด็นที่สนใจ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ให้เป็นแบบประเมินตนเอง (self-report) สามารถใช้คัดกรองตนเองได้ พร้อมทั้งมีแนวทางในการดูแลตนเองแบบวัดนี้จึงเหมาะกับประชาชนคนไทยที่อายุ 13 ปีขึ้นไป ผู้ที่ต้องการตระหนักถึงผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของตนเองหรือใช้ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์มากเกินไป อาทิเช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล^{8,9} ภาวะเครียด⁹ สมาธิสั้น^{10,11} โดยมุ่งเน้นพัฒนาแบบวัดให้เป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพดี มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ รวมถึงมีการหาจุดตัดเพื่อจำแนกกลุ่มคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ตามช่วงวัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล COA no. Si 620/2020 เก็บข้อมูลในรูปแบบออนไลน์ในช่วงเดือนมีนาคม - เดือนมิถุนายน 2564

ประชากรในการวิจัย

ประชากรในการวิจัยในครั้งนี้ เป็นบุคคลที่มีสัญชาติไทย เข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 13 ปีขึ้นไป ใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างน้อย 1 แพลตฟอร์มเป็นประจำทุกวัน โดยคำนวณประชากรในการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ช่วงวัย ได้แก่ เจนเนอเรชั่น Z (Gen Z) เกิดระหว่าง พ.ศ. 2544 - 2549 เจนเนอเรชั่น Y (Gen Y) เกิดระหว่าง พ.ศ. 2524 - 2543 เจนเนอเรชั่น X (Gen X) เกิดระหว่าง พ.ศ. 2508 - 2523 ในส่วน เจนเนอเรชั่น Baby Boom (Gen Baby Boom) เกิดระหว่าง พ.ศ. 2507 - 2489 และเจนเนอเรชั่น Silent (Gen Silent) เกิด พ.ศ. 2488 เป็นต้นไป ผู้วิจัยนำจำนวนประชากรของ Gen Baby Boom และ Gen Silent มาคำนวณรวมกัน โดยคำนวณประชากรในการวิจัยจากผลรวมประชากรแยกตามรายอายุทั่วประเทศ (สถิติประชากรในเดือนธันวาคม 2561) แยกตามช่วงวัย^{2,12,13} และ

นำผลรวมประชากรที่แยกตามช่วงวัยมาคำนวณกับร้อยละการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของแต่ละช่วงวัย² ได้ประชากรในการวิจัยทั้งสิ้น 50,538,840 คน

กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ในคนที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 13 ปีขึ้นไป สัญชาติไทย เข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี ใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างน้อย 1 แพลตฟอร์มเป็นประจำทุกวัน และยินยอมตอบแบบวัดผ่านช่องทางออนไลน์ แบ่งออกเป็น 4 ช่วงวัย ทั้งนี้เนื่องจากประชากรในการวิจัยครั้งนี้มีขนาดใหญ่มาก กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมคือ 10 เท่าของจำนวนตัวแปร¹⁴ (ตัวแปรเบื้องต้นเท่ากับ $36 \text{ ตัวแปร} \times 10 = 360 \text{ คน}$) ในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดค่า design effect¹⁵ ซึ่งเป็นวิธีการเปรียบเทียบความแปรปรวนระหว่างการสุ่มแบบ Simple random sampling (SRS) กับการสุ่มที่ผู้วิจัยสนใจไว้ที่ 3 ($360 \times 3 = 1,080 \text{ คน}$) กำหนดความคลาดเคลื่อนจากข้อมูลที่ ไม่สมบูรณ์อีก ร้อยละ 25 (คำนวณได้ $1,080 \times 25\% = 270 \text{ คน}$) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จึงเท่ากับ $1,080 + 270 \text{ คน} = 1,350 \text{ คน}$ ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling) ตามช่วงวัย โดยคำนึงถึงสัดส่วนของประชากรที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแต่ละช่วงวัย เท่ากับ Gen Z = 119 คน, Gen Y = 489 คน, Gen X = 401 คน, Gen Baby Boom และ Gen Silent = 341 คน

เครื่องมือในการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ขึ้นมาใหม่ จากการทบทวนวรรณกรรมด้านคุณภาพชีวิต สื่อสังคมออนไลน์ การสร้างและพัฒนาแบบวัด โดยแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่พัฒนาขึ้นเป็นแบบประเมินตนเอง (self-report) แบบมาตราส่วน 4 ระดับ (ไม่ใช่เลย ไม่น่าใช่ น่าจะใช่ และใช่เลย) มีข้อคำถามเชิงบวก (ให้คะแนน ไม่ใช่เลย=0 ใช่เลย=3) และข้อคำถามเชิงลบ (ให้คะแนน ไม่ใช่เลย=3 ใช่เลย=0) แบบวัดแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภูมิลำเนาปัจจุบัน อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ ปริมาณการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และประเภทสื่อสังคมออนไลน์ที่ใช้เป็นประจำ ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์จากการพัฒนาแบบวัดได้ข้อคำถามในเบื้องต้นจากการทบทวนวรรณกรรม 36 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ

ได้แก่ ด้านการดำเนินชีวิต ด้านสุขภาพ ด้านสัมพันธภาพ ด้านการเรียนรู้/การทำงาน ผู้วิจัยได้นำแบบวัดที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (content validity index: CVI) กับผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน จำนวน 2 ครั้ง ได้ค่า CVI รายข้อ ทุกข้อมากกว่า 0.80 และได้ค่า scale's content validity index (S-CVI) มากกว่า 0.99 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ มีการปรับปรุงข้อคำถามจากการประชุมกลุ่มขนาดเล็ก (focus group) แยกตามช่วงวัย ช่วงวัยละ 5 คน รวมทั้งสิ้น 20 คน เพื่อพัฒนา ปรับปรุงเนื้อหาข้อคำถามให้มีความชัดเจน เข้าใจง่าย โดยใช้คำศัพท์ของแต่ละช่วงวัย ทำให้เหลือข้อคำถามในเบื้องต้นจำนวน 30 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการดำเนินชีวิต ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพใจ ด้านสังคม และสัมพันธภาพ และด้านการเรียนรู้/การทำงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา (descriptive statistic) เพื่อบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และค่าพิสัย (range)

2. วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ ด้วยสถิติ t-test ในการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างเพศ และการอาศัยอยู่ในเขต-นอกเขตเทศบาล วิเคราะห์ช่วงอายุ ระดับการศึกษา และภูมิลาเนาปัจจุบัน ด้วยสถิติ one-way ANOVA

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการใช้สื่อสังคมออนไลน์และค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ ด้วยค่าสหสัมพันธ์ด้วยสถิติ Spearman's correlation

4. วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยการหาความคงที่ภายใน (internal consistency) ได้จากค่า Cronbach's alpha coefficient ซึ่งค่า Cronbach's alpha coefficient ที่ยอมรับได้ อยู่ระหว่าง 0.7 - 0.95¹⁶

5. วิเคราะห์ความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (validity)

5.1 ทดสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (content validity) จากการหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (CVI) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน โดยค่า S-CVI ไม่น้อยกว่า 0.90¹⁷

5.2 ทดสอบความเที่ยงตรงด้านโครงสร้าง (construct validity) จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis: EFA) โดยพิจารณาความเหมาะสมในการวิเคราะห์องค์ประกอบด้วยค่า The Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)

ต้องมีค่ามากกว่า 0.5 คัดเลือกข้อคำถามเบื้องต้นจากค่าร่วมกัน (communalities) ต้องมีค่ามากกว่า 0.4¹⁸ มีการหมุนแกนแบบ promax with Kaiser normalization และมีค่า loading factor ไม่น้อยกว่า 0.3¹⁹

5.3 วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis: CFA) โดยวัดจากความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดล ซึ่งพิจารณาค่าตัวชี้วัดความเหมาะสม (Goodness of fit) เพื่อยืนยันความเหมาะสมของโมเดล โดยพิจารณาสถิติ ได้แก่ ค่าไคสแควร์สัมพันธ์ (χ^2/df) < 5 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องกลมกลืน (Goodness of Index: GFI) และค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสัมพันธ์ (Comparative Fit Index: CFI) > 0.90 ค่าดัชนีรากที่สองของกำลังสองเฉลี่ยของส่วนที่เหลือ (Root mean square residual: RMR) < 0.05 และค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของการประมาณค่าความคาดเคลื่อน (Root Mean Error of Approximation: RMSEA) < 0.08²⁰

6. หาคัดตัด (cut off) เพื่อจำแนกกลุ่มคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ โดยใช้ผลรวมของคะแนนดิบ (raw score) นำมาวิเคราะห์โมเดลแฝง (latent profile analysis: LPA) พิจารณาความกลมกลืนของโมเดลจากค่าดัชนี BIC (Bayesian Information Criterion), AIC (Akaike Information Criterion), sample-size adjusted BIC (SABIC) ซึ่งเป็นค่าสถิติของไคสแควร์ หากมีค่าเข้าใกล้ 0 อธิบายได้ว่าโมเดลมีความเหมาะสม²¹ นอกจากนี้พิจารณาค่า entropy ในการประเมินคุณภาพการจัดกลุ่ม ซึ่งไม่ควรต่ำกว่า 0.6²² ทั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์จำแนกตามช่วงวัย ซึ่งจากผลการวิเคราะห์พบว่าช่วงวัยที่แตกต่างกันมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่แตกต่างกัน ตารางที่ 1 ดังนั้นผู้วิจัยจึงวิเคราะห์จุดตัดคะแนนจำแนกตามช่วงวัย

ผลการศึกษา

งานวิจัยนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลแบบออนไลน์ ระหว่างเดือนมีนาคม - เดือนมิถุนายน 2564 และได้แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่สมบูรณ์เหมาะสมแก่การวิเคราะห์ จำนวน 1,293 คน แบ่งเป็น Gen Z จำนวน 220 คน (ร้อยละ 17.0) Gen Y จำนวน 408 คน (ร้อยละ 31.6) Gen X จำนวน 462 คน (ร้อยละ 35.7) และ Gen Baby Boom และ Gen Silent จำนวน 203 คน (ร้อยละ 15.7) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (อายุเฉลี่ย 38.17 ปี)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป (N=1,293)	จำนวน (ร้อยละ)	คะแนนที่ได้จากแบบวัด		
		ค่าเฉลี่ย(S.D.)	range	p-value
เพศ				0.106
ชาย	385 (29.8)	49.5 (8.6)	26 - 75	
หญิง	908 (70.2)	48.8 (9.2)	19 - 79	
อายุ (min 13 ปี, max 84 ปี) mean 38.17 ปี				<0.001
Gen Z	220 (17.0)	51.3 (9.8)	19 - 74	
Gen Y	408 (31.6)	48.0 (9.2)	24 - 79	
Gen X	462 (35.7)	48.4 (8.5)	26 - 74	
Gen Baby Boom และ Gen Silent	203 (15.7)	50.0 (8.4)	26 - 75	
ระดับการศึกษา				0.001
ประถมศึกษา	7 (.5)	38.7 (13.9)	26 - 55	
มัธยมศึกษาตอนต้น	39 (3.0)	49.5 (10.0)	30 - 68	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	224 (17.3)	50.9 (10.0)	19 - 74	
ปวช.	23 (1.8)	49.0 (6.5)	35 - 59	
ปวส.	31 (2.4)	46.9 (10.6)	27 - 71	
ปริญญาตรี	561 (43.4)	48.9 (8.9)	24 - 79	
ปริญญาโท	352 (27.2)	48.3 (8.0)	26 - 72	
ปริญญาเอก	56 (4.3)	48.4 (8.8)	32 - 75	
ภูมิลำเนาปัจจุบัน				0.035
กรุงเทพมหานคร	649 (50.2)	48.3 (8.6)	22 - 75	
ภาคเหนือ	78 (6.0)	49.0 (8.8)	24 - 65	
ภาคกลาง	273 (21.1)	49.5 (8.8)	26 - 70	
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	193 (14.9)	50.5 (9.8)	19 - 79	
ภาคตะวันออก	34 (2.6)	47.9 (11.2)	34 - 72	
ภาคใต้	66 (5.1)	50.2 (9.6)	28 - 74	
อาศัยอยู่ในเขต				0.776
ในเขตเทศบาล	427 (66.3)	49.2 (9.3)	19 - 74	
นอกเขตเทศบาล	217 (33.7)	50.7 (9.3)	24 - 79	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป (N=1,293)	จำนวน (ร้อยละ)	คะแนนที่ได้จากแบบวัด		
		ค่าเฉลี่ย(S.D.)	range	p-value
ปริมาณการใช้สื่อสังคมออนไลน์โดยเฉลี่ยต่อวัน (ชั่วโมง) mean=4.83 ชั่วโมง				0.127
0.5 ชั่วโมง - 2.5 ชั่วโมง	324 (25.1)	49.5 (9.3)	19 - 74	
3 ชั่วโมง - 4.5 ชั่วโมง	396 (30.6)	49.1 (8.9)	26 - 79	
5 ชั่วโมง - 7.5 ชั่วโมง	367 (28.4)	49.1 (8.8)	24 - 74	
8 ชั่วโมง - 18 ชั่วโมง	206 (15.9)	47.8 (9.1)	22 - 75	

ประเภทสื่อสังคมออนไลน์ที่ใช้

Facebook	1024 (79.2)
Line	1049 (81.1)
YouTube	762 (58.9)
Twitter	232 (17.9)
Instagram	509 (39.3)
TikTok	190 (14.7)
อื่นๆ	28 (2.1)

ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับชั้นปริญญาตรี ภูมิลำเนาปัจจุบันส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร และปัจจุบันส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปริมาณการใช้สื่อสังคมออนไลน์เฉลี่ย 4.83 ชั่วโมง/วัน ส่วนประเภทสื่อสังคมออนไลน์ที่ใช้ซึ่งสามารถตอบได้มากกว่า 1 แพลตฟอร์ม พบว่า ไลน์ (Line) และเฟซบุ๊ก (Facebook) เป็นสื่อสังคมออนไลน์ 2 อันดับแรก ที่คนใช้มากที่สุด **ตารางที่ 1**

ผู้วิจัยได้คัดเลือกข้อคำถามเบื้องต้น จากการหาความร่วมมือกัน (communalities) ดำเนินการตัดข้อคำถามออก 3 ข้อคำถาม เนื่องจากมีค่าร่วมกัน (communalities) น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด แสดงถึงข้อคำถามทั้ง 3 ข้อคำถาม เป็นตัวแปรที่ไม่ดีเมื่อเทียบกับข้อคำถามอื่น ได้แก่ ข้อคำถามที่ 4, 5, 23 ซึ่งมีค่าคำถามว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์...ทำให้ฉันซื้อของมากเกินไป ความจำเป็น การใช้สื่อสังคมออนไลน์...ช่วยให้ฉันซื้อของได้ในราคาที่ถูกลง และการใช้สื่อสังคมออนไลน์...ทำให้ฉันอาจเจอคนที่อันตรายกับฉัน ทำให้เหลือข้อคำถาม จำนวน 27 ข้อคำถาม

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคล และค่า

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์พบว่าในข้อมูลทั่วไปด้านเพศ ($p=0.106$) และด้านการอาศัยอยู่ในเขต-นอกเขตเทศบาล ($p=0.776$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ไม่แตกต่างกัน ส่วนข้อมูลทั่วไปในด้านช่วงวัย ($p<0.001$) ระดับการศึกษา ($p=0.001$) และภูมิลำเนา ($p=0.035$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์และปริมาณการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ($r=-0.043, p=0.127$) และยังพบว่าประเภทของสื่อสังคมออนไลน์ที่ใช้มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ใกล้เคียงกัน **ตารางที่ 1**

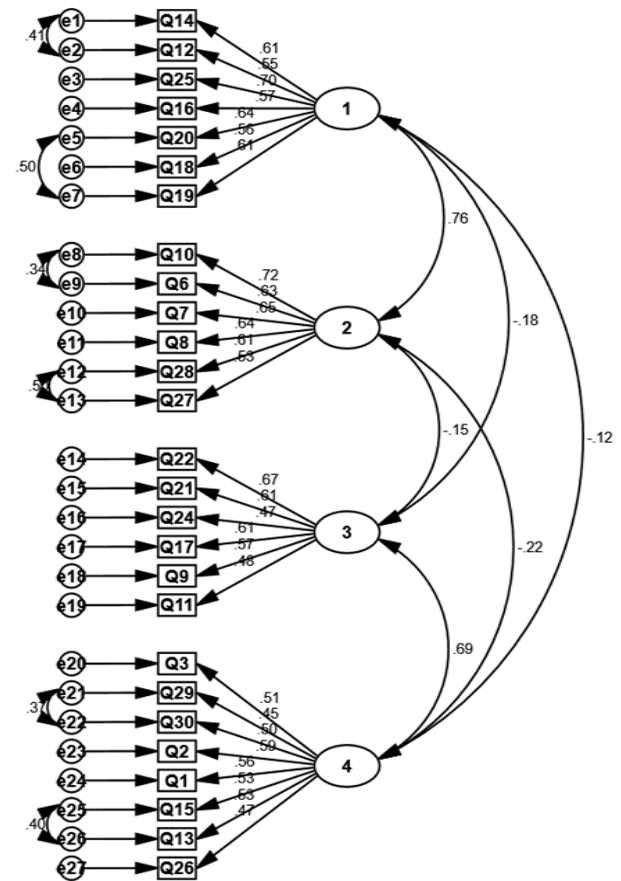
จากการวิเคราะห์รายข้อ (item analysis) พบข้อคำถามส่วนใหญ่มีค่าสหสัมพันธ์รายข้อ (corrected item-total correlation) มากกว่า 0.2 แสดงว่าข้อคำถามส่วนใหญ่มีความสอดคล้องภายในดี ทั้งนี้พบว่ามี 3 ข้อคำถาม มีค่าสหสัมพันธ์รายข้อน้อยกว่า 0.2 ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 13, 24 แต่ผู้วิจัยยังคงข้อคำถามทั้ง 3 ข้อคำถามดังกล่าวไว้ เนื่องจากมีค่า loading factor อยู่ในเกณฑ์สูง (มากกว่า 0.4) **ตารางที่ 2**

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจจากการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธี Principal Component มีการหมุนแกนแบบ promax with Kaiser normalization พบว่าค่า Eigenvalues ที่มีค่ามากกว่า 1 มีทั้งสิ้น 4 องค์ประกอบ และดำเนินการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงด้านโครงสร้าง (construct validity) พบว่าข้อคำถามทั้ง 27 ข้อ มีค่า loading factor อยู่ในเกณฑ์สูง (มากกว่า 0.4) **ตารางที่ 2**

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) ในส่วนของความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่ามีค่าไคสแควร์สัมพันธ์ (χ^2/df) = 4.7 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องกลมกลืน (GFI) = 0.92 ค่าดัชนีวัดความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสัมพันธ์ (CFI) = 0.90 ค่าดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของส่วนที่เหลือ (RMR) = 0.04 และค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของการประมาณค่าความคาดเคลื่อน (RMSEA) = 0.05 จึงสรุปได้ว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ **ตารางที่ 3** ในด้านของค่าน้ำหนักปัจจัย (loading factor) ถึงแม้จะอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (มากกว่า 0.4) **รูปที่ 1** แต่ข้อคำถามส่วนมากมีค่าน้ำหนักปัจจัยน้อยกว่า 0.7 ซึ่งอาจบ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัววัดได้ไม่ดีนัก

ในด้านการวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งฉบับ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.78 ได้ตั้งชื่อองค์ประกอบใหม่ให้เหมาะสมกับข้อคำถาม ได้ชื่อองค์ประกอบใหม่ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1: มิติบั่นทอนด้านสัมพันธภาพ มีข้อคำถาม 7 ข้อคำถาม องค์ประกอบที่ 2: มิติบั่นทอนด้านร่างกาย มีข้อคำถาม 6 ข้อคำถาม องค์ประกอบที่ 3: มิติส่งเสริมด้านอารมณ์และเสริมสร้างสัมพันธภาพ มีข้อคำถาม 8 ข้อคำถาม และองค์ประกอบที่ 4: มิติส่งเสริมด้านจิต-สังคม มีข้อคำถาม 6 ข้อคำถาม โดยแต่ละองค์ประกอบมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.82, 0.82, 0.74 และ 0.76 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ถึง ดี **ตารางที่ 2**

จากการวิเคราะห์เพื่อจำแนกกลุ่มคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ โดยใช้ผลรวมของคะแนนดิบ (raw score) นำมาวิเคราะห์โมเดลแฝง (latent profile analysis: LPA) การแบ่งกลุ่มคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ออกมาเป็น 3 กลุ่มเหมาะสมที่สุด (คุณภาพชีวิตต่ำ ปานกลาง สูง) เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างครบทุกกลุ่มย่อย **ตารางที่ 4** โดยจากการวิเคราะห์พบว่าช่วงวัยที่แตกต่างกันมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่แตกต่างกัน **ตารางที่ 1** จึงไม่ควรแบ่งกลุ่ม



รูปที่ 1 แบบจำลองการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์

คุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ด้วยเกณฑ์เดียวกัน ดังนั้น ใน Gen Z มีกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตต่ำ ร้อยละ 1.4 (คะแนน 0 - 29 คะแนน) ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 44.1 (คะแนน 30 - 50 คะแนน) ระดับคุณภาพชีวิตสูง ร้อยละ 54.5 (คะแนน 51 - 81 คะแนน) ใน Gen Y มีกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตต่ำ ร้อยละ 52.9 (คะแนน 0 - 48 คะแนน) ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 45.6 (คะแนน 49 - 68 คะแนน) ระดับคุณภาพชีวิตสูง ร้อยละ 1.5 (คะแนน 69 - 81 คะแนน) ใน Gen X มีกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตต่ำ ร้อยละ 11.3 (คะแนน 0 - 38 คะแนน) ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 84.6 (คะแนน 39 - 63 คะแนน) ระดับคุณภาพชีวิตสูง ร้อยละ 4.1 (คะแนน 64 - 81 คะแนน) Gen Baby Boom และ Gen Silent มีกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตต่ำ ร้อยละ 9.4 (คะแนน 0 - 39 คะแนน) ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 84.7 (คะแนน 40 - 62 คะแนน) ระดับคุณภาพชีวิตสูง ร้อยละ 5.9 (คะแนน 63 - 81 คะแนน)

ตารางที่ 2 ค่า loading factor ของแต่ละองค์ประกอบ องค์ประกอบของแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่จัดกลุ่มใหม่ และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

ชื่อองค์ประกอบ (ใหม่)	ข้อคำถาม	Loadings				corrected item-total correlation
		Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	
มิติบั่นทอน ด้านสัมพันธภาพ	ข้อที่ 14	0.76				0.390
	ข้อที่ 12	0.71				0.344
	ข้อที่ 25	0.69				0.406
	ข้อที่ 16	0.68				0.359
	ข้อที่ 20	0.65				0.457
	ข้อที่ 18	0.63				0.209
	ข้อที่ 19	0.62				0.405
มิติบั่นทอน ด้านร่างกาย	ข้อที่ 10		0.82			0.378
	ข้อที่ 6		0.80			0.323
	ข้อที่ 7		0.69			0.376
	ข้อที่ 8		0.63			0.318
	ข้อที่ 28		0.61			0.438
	ข้อที่ 27		0.59			0.389
มิติส่งเสริม ด้านอารมณ์และเสริมสร้างทักษะ	ข้อที่ 3			0.67		0.202
	ข้อที่ 29			0.66		0.219
	ข้อที่ 30			0.64		0.217
	ข้อที่ 2			0.62		0.298
	ข้อที่ 1			0.62		0.114
	ข้อที่ 15			0.57		0.235
	ข้อที่ 13			0.51		0.150
	ข้อที่ 26			0.46		0.287
มิติส่งเสริม ด้านจิต-สังคม	ข้อที่ 22				0.73	0.232
	ข้อที่ 21				0.69	0.297
	ข้อที่ 24				0.63	0.110
	ข้อที่ 17				0.61	0.290
	ข้อที่ 9				0.60	0.266
	ข้อที่ 11				0.56	0.224
Eigenvalue		5.65	3.90	1.81	1.35	
Percentage of variance explained (Total = 47.09)		20.94	14.45	6.70	4.99	
Cronbach's alpha (0.78)		0.82	0.82	0.74	0.76	

ตารางที่ 3 การตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนขององค์ประกอบเชิงยืนยัน

สถิติที่ใช้วัดความกลมกลืน	เกณฑ์	ผลการวิเคราะห์	ผลการพิจารณา
ค่าไคสแควร์สัมพัทธ์ (χ^2/df)	<5	4.7	ผ่านเกณฑ์
ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องกลมกลืน (Goodness of Index: GFI)	>0.90	0.92	ผ่านเกณฑ์
ค่าดัชนีวัดความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสัมพัทธ์ (Comparative Fit Index: CFI)	>0.90	0.90	ผ่านเกณฑ์
ดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของส่วนที่เหลือ (Root mean square residual: RMR)	<0.05	0.04	ผ่านเกณฑ์
ค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของการประมาณค่าความคาดเคลื่อน (Root Mean Error of Approximation: RMSEA)	<0.08	0.05	ผ่านเกณฑ์

วิจารณ์

ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ เพื่อให้เป็นเครื่องมือที่สามารถใช้ได้ทั่วไปกับประชาชนคนไทยที่อายุ 13 ปีขึ้นไป ผู้ที่ต้องการตระหนักถึงผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของตนเอง หรือใช้ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์มากเกินไป อาทิเช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ภาวะเครียด สมาริสั้น เพื่อวัดผลกระทบการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของตนเองทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งการใช้สื่อสังคมออนไลน์สามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งสองด้าน โดยทำให้คุณภาพชีวิตของบุคคลหนึ่งดีขึ้นหรือเลวลง ดังนั้นผู้วิจัยตั้งใจให้แบบวัดที่พัฒนาขึ้นใหม่นี้สามารถวัดคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ได้ทั้งสองด้าน ผู้วิจัยได้ทดสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยา (psychometric properties) ของแบบวัดด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และการวิเคราะห์องค์ประกอบทั้งเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis: EFA) และเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis: CFA) จากผลการวิเคราะห์พบว่า แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ (Social Media Users' Quality of Life Scale: SMQ) มีคุณภาพด้านความเที่ยงตรง (validity) และมีค่าความเชื่อมั่น (reliability) อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) พบว่าแบบวัดมีความเที่ยงตรง (validity) ด้านโครงสร้างอยู่ในเกณฑ์ที่

ยอมรับได้ เนื่องจากค่า loading factor อยู่ในเกณฑ์สูง (มากกว่า 0.4) มีความกลมกลืนสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ นอกจากนี้แบบวัดยังมีความเชื่อมั่น (reliability) อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้เนื่องจากมีค่า Cronbach's alpha (α) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.78 เมื่อเปรียบเทียบกับแบบวัดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เช่น แบบวัดคุณภาพชีวิตของเด็กติดเกม (Game Addiction Quality of Life Scales: GAME-Q)²³ ซึ่งพัฒนาขึ้นมา 3 ฉบับ ได้แก่ แบบวัดคุณภาพชีวิตเด็กติดเกมฉบับเด็กประเมินตนเอง ฉบับผู้ปกครองประเมินเด็ก และฉบับผู้ปกครองของเด็กติดเกมประเมินคุณภาพชีวิตของตนเอง ทั้ง 3 ฉบับ มีข้อคำถาม 16 ข้อคำถาม 4 องค์ประกอบ โดยทั้ง 3 ฉบับมีค่า Cronbach's alpha coefficient ทั้งฉบับ เท่ากับ 0.91, 0.94 และ 0.95 ตามลำดับ มีค่า loading factor มากกว่า 0.4 ซึ่งถือว่ามีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดี และเมื่อเปรียบเทียบกับแบบคัดกรองการติดสื่อสังคมออนไลน์ (Social-Media Addiction Screening Scale: S-MASS)²⁴ พัฒนาข้อคำถาม 16 ข้อคำถาม 3 องค์ประกอบ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง อายุ 13 ปีขึ้นไป ในโรงเรียนมัธยมในกรุงเทพมหานครและแบบสำรวจแบบออนไลน์มีค่า Cronbach's alpha coefficient ทั้งฉบับ เท่ากับ 0.90 วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) พบว่าโมเดลอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ($\chi^2 = 120.77$, $df = 62$, $p < 0.001$, CFI = 0.99, RMSEA = 0.01, SRMR = 0.01) นอกจากนี้ดำเนินการวิเคราะห์โมเดลแฝง (LPA) จำแนกได้ 3 กลุ่ม ได้แก่ ความเสี่ยงต่ำ ความเสี่ยงปานกลาง และความเสี่ยงสูง

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์จุดตัดคะแนนจำแนกตามช่วงวัยและเกณฑ์การแปลผลแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์จำแนกตามช่วงวัย

Number of latent classes	Log-likelihood (LL)	BIC	AIC	SABIC	Entropy (E_k)	P	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ)	คะแนนดิบ (raw score) รวม	ระดับคุณภาพชีวิต
Gen Z	-809.636	1651.634	1631.272	1632.620	0.694	<0.001	กลุ่มที่ 1: 3 (1.4)	ตั้งแต่ 29 คะแนนลงไป	ต่ำ
							กลุ่มที่ 2: 97 (44.1)	30 - 50 คะแนน	ปานกลาง
							กลุ่มที่ 3: 120 (54.5)	ตั้งแต่ 51 คะแนนขึ้นไป	สูง
Gen Y	-1482.303	3000.674	2976.607	2981.635	0.512	<0.001	กลุ่มที่ 1: 216 (52.9)	ตั้งแต่ 48 คะแนนลงไป	ต่ำ
							กลุ่มที่ 2: 186 (45.6)	49 - 68 คะแนน	ปานกลาง
							กลุ่มที่ 3: 6 (1.5)	ตั้งแต่ 69 คะแนนขึ้นไป	สูง
Gen X	-1640.144	3317.102	3292.289	3298.060	0.627	<0.001	กลุ่มที่ 1: 52 (11.3)	ตั้งแต่ 38 คะแนนลงไป	ต่ำ
							กลุ่มที่ 2: 391 (84.6)	39 - 63 คะแนน	ปานกลาง
							กลุ่มที่ 3: 19 (4.1)	ตั้งแต่ 64 คะแนนขึ้นไป	สูง
Gen Baby Boom และ Gen Silent	-708.797	1449.474	1429.595	1430.464	0.849	<0.001	กลุ่มที่ 1: 19 (9.4)	ตั้งแต่ 39 คะแนนลงไป	ต่ำ
							กลุ่มที่ 2: 172 (84.7)	40 - 62 คะแนน	ปานกลาง
							กลุ่มที่ 3: 12 (5.9)	ตั้งแต่ 63 คะแนนขึ้นไป	สูง

แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ เป็นแบบวัดที่ออกแบบให้มีความเฉพาะเจาะจงในการวัดคุณภาพชีวิตของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ทำให้ข้อคำถามในแบบวัดมุ่งเน้นไปยังผลกระทบที่เกิดจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ทั้งทางบวก เช่น การใช้สื่อสังคมออนไลน์ ทำให้ฉันมีความสุขขึ้น การใช้สื่อสังคมออนไลน์ ช่วยให้ฉันมีกิจกรรม “ในชีวิตจริง” กับครอบครัว เพื่อน บ่อยขึ้น และผลกระทบด้านลบ เช่น การใช้สื่อสังคมออนไลน์ ทำให้ฉันอิจฉาคนอื่นมากขึ้น การใช้สื่อสังคมออนไลน์ ทำให้ฉันมีปัญหา กับคนในครอบครัว เช่น ทะเลาะ หงุดหงิด ห่วงเหินกันมากขึ้น เป็นต้น จากข้อคำถามดังกล่าวจะเห็นความเฉพาะเจาะจงในการวัดคุณภาพชีวิตที่เกิดจากสื่อสังคมออนไลน์

ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในไทยและต่างประเทศ ยังไม่พบว่ามีการพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์มาก่อน ดังนั้นแบบวัดนี้จึงเป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นมาเป็นฉบับแรกของประเทศไทย เหมาะกับบริบทสังคมไทย และสามารถใช้ได้ครอบคลุมหลายช่วงวัย ตั้งแต่ Gen Z, Gen Y, Gen X, Gen Baby Boom และ Gen Silent ส่งผลให้เป็นแบบวัดที่ใช้งานง่าย ข้อคำถามไม่ซับซ้อน ผู้ประเมินได้ทบทวนตนเอง สะท้อนความคิด พร้อมทั้งมีคำแนะนำในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยฉบับนี้มีมากกว่า 1,000 คน ถือว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ และมีความเหมาะสมในการนำมาวิเคราะห์อยู่ในระดับดีเยี่ยม ดังนั้นผลจากการวิเคราะห์จึงมีความน่าเชื่อถือ

แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ฉบับนี้เป็นแบบประเมินตนเอง (self-report) จึงอาจมีความคลาดเคลื่อนจากมุมมองที่ต่างกัน อีกทั้งการสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยคำนึงถึงสัดส่วนประชากรในการวิจัยที่ไม่เท่ากัน จึงมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling) ตามช่วงวัย ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างแท้จริง จึงเก็บข้อมูลในรูปแบบออนไลน์ ทำให้ไม่สามารถควบคุมการสุ่มกลุ่มตัวอย่างได้ ส่งผลให้แต่ละช่วงวัยมีสัดส่วนการตอบกลับไม่เท่ากัน และทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นประจำสม่ำเสมอเท่านั้น จึงส่งผลเกิดความลำเอียงในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (selection bias) โดย National cancer institute²⁵ ได้ให้ความหมายความลำเอียงในการคัดเลือกบุคคลหรือกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมการศึกษา ซึ่งตามทฤษฎีกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาควรมีความคล้ายคลึงกับประชากร เช่น เป็นโรคหรือมีอาการเดียวกัน หากกลุ่มตัวอย่างและประชากรมีความ

แตกต่างกันผลการศึกษาก็จะไม่ถูกต้อง นอกจากนี้การศึกษาของ Suyash Shringarpure และคณะ²⁶ ได้กล่าวว่า โดยทั่วไปกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนของประชากรความลำเอียงในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (selection bias) จะส่งผลต่อความถูกต้องในการวิเคราะห์ เนื่องจากผลลัพธ์จากกลุ่มตัวอย่างอาจไม่ครอบคลุมถึงประชากร ดังนั้นจากความลำเอียงในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (selection bias) อาจส่งผลต่อการจำแนกกลุ่มย่อยทำให้มีเกณฑ์ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้เล็กน้อยในบางช่วงวัย

นอกจากนี้แบบวัดฉบับนี้จำเป็นต้องออกแบบข้อคำถามให้ครอบคลุมทุกช่วงวัย ซึ่งแต่ละช่วงวัยมีความแตกต่างกัน ทั้งทางด้านวัตถุประสงค์การใช้สื่อสังคมออนไลน์ ประเภทแพลตฟอร์มสื่อสังคมออนไลน์ที่ใช้ประจำ ความคิด ทัศนคติ ประสบการณ์ ฯลฯ โดยจากการศึกษาของ พรธนา ชินทรเดช²⁷ พบว่าในแต่ละช่วงวัยมีวัตถุประสงค์ของการใช้สื่อสังคมออนไลน์แตกต่างกันใน Gen Baby Boom ใช้ในหมวด entertainment เช่น YouTube วัตถุประสงค์เพื่อผ่อนคลาย/ให้ความบันเทิง ในขณะที่ Gen X ใช้ในหมวด communication เช่น Line วัตถุประสงค์เพื่อติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ใน Gen Y ใช้ในหมวด communication เช่น Line, Facebook, Messenger, YouTube วัตถุประสงค์เพื่อติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น และ Gen Z ใช้ในหมวด entertainment เช่น YouTube วัตถุประสงค์เพื่อผ่อนคลาย/ให้ความบันเทิง ทำให้แบบวัดฉบับนี้ไม่สามารถวัดคุณภาพชีวิตได้จำเพาะเจาะจงแต่ละช่วงวัยได้อย่างชัดเจนนัก

สุดท้ายแบบวัดฉบับนี้ได้พัฒนาและทดสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (content validity) ความเที่ยงตรงด้านโครงสร้าง (construct validity) ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) ซึ่งใช้การหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่านั้น ทำให้ยังขาดการทดสอบความเที่ยงตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์ (criterion-related validity) การทดสอบว่าแบบวัดมีความเที่ยงตรงเหมือน (convergent validity) การทดสอบด้วยการเทียบกับกลุ่มที่รู้ (know group) หรือการทดสอบความเชื่อมั่นด้วยการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ส่งผลให้เป็นข้อจำกัดของแบบวัดนี้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในด้านการเก็บข้อมูลควรเก็บข้อมูลในรูปแบบอื่นเพิ่มเติม เช่น เก็บข้อมูลแบบเผชิญหน้า (face-to-face) หรือในบริบทของชุมชน (community setting) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรมากยิ่งขึ้น หรือควรออกแบบและพัฒนาแบบวัดแยก

ตามช่วงวัย เนื่องจากแต่ละช่วงวัยมีวัตถุประสงค์ของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่ต่างกัน นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์จำแนกตามประเภทสื่อสังคมออนไลน์ที่เป็นประจำ เนื่องจากแต่ละประเภทสื่อสังคมออนไลน์มีวัตถุประสงค์ของการใช้งานแตกต่างกันอย่างกว้างขวาง ในทางต้น บางแพลตฟอร์มอาจส่งเสริมคุณภาพชีวิตในบางด้าน เหนือกว่าแพลตฟอร์มอื่นๆ ในขณะที่บางแพลตฟอร์มอาจจะบั่นทอนคุณภาพชีวิตในบางด้านมากกว่าแพลตฟอร์มอื่นเช่นกัน และหากมีแบบวัดอื่นที่ถูกออกแบบมาให้มีวัตถุประสงค์ใกล้เคียงกับแบบวัดฉบับนี้ ก็ควรมีการประเมินความเที่ยงตรงตามสภาพ (concurrent validity) เทียบกับแบบวัดนั้น

สรุป

แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์มีคุณภาพด้านความเที่ยงตรง (validity) และมีค่าความเชื่อมั่น (reliability) อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ มีการหาจุดตัดเพื่อจำแนกกลุ่มในการบ่งชี้คุณภาพชีวิตของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ตามช่วงวัย แบ่งเป็นระดับคุณภาพชีวิตต่ำ ปานกลาง สูง สามารถนำแบบวัดไปใช้ในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ได้ ไม่ว่าจะเป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ หรืองานวิจัยเชิงบำบัดรักษาในทางคลินิก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่เสี่ยงต่อการติดสื่อสังคมออนไลน์ หรือผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงไปได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาจาก ศ.นพ.ชาญวิทย์ พรนภดล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รศ.ดร.วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์, ผศ.นพ.สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม รศ.พญ.สุพร อภินันท์เวช ประธานการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ช่วยเสนอแนะ ให้คำแนะนำ ทำให้งานวิจัยสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณ ผศ.ดร.พัชรินทร์ เสรี, ผศ.นพ.วัลลภ อัจฉริยะสิงห์, ผศ.นพ.คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, ศ.นพ.วีระศักดิ์ ชลไชยะ และ พญ.เบญจพร ตันตสูติ ที่ประเมินความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของแบบวัด นอกจากนี้ขอขอบคุณ น.ส.นราทิพย์ สงวนพานิช ที่ให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ทางสถิติ น.ส.ศิริกานดา จันทร์เพ็ญ ที่คอยช่วยเหลือ ประสานงานในส่วนต่างๆ ให้เป็นอย่างดี และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาเข้าร่วมการวิจัย

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ไม่มี

การมีส่วนร่วมของผู้เขียน (authors' contributions)

นิตยสาร จิตเวชศาสตร์: คิดริเริ่มกระบวนการวิจัย ทบทวนวรรณกรรม ร่วมออกแบบกระบวนการวิจัย เรียบเรียงวิทยานิพนธ์ต้นฉบับ ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ; ชาญวิทย์ พรนภดล: ร่วมออกแบบกระบวนการวิจัย ให้คำปรึกษา แนะนำในกระบวนการต่างๆ สนับสนุนที่ปรึกษาทางสถิติ และช่วยแก้ไขปัญหาด้านอื่นๆ; วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์: ให้คำปรึกษาด้านกระบวนการวิจัย ร่วมพัฒนาขั้นตอนการวิจัย แนะนำ แก้ไข ให้วิทยานิพนธ์ต้นฉบับสมบูรณ์ยิ่งขึ้น; สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข: สนับสนุนการหากลุ่มตัวอย่าง ร่วมพัฒนาขั้นตอนการวิจัย แนะนำ แก้ไข วิทยานิพนธ์ต้นฉบับ

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Digital Economy and Society. Electronic transaction development agency. Thailand internet user behavior 2020. Bangkok: Electronic transaction development agency Ministry of Digital Economy and Society; 2020.
2. Ministry of Digital Economy and Society. Electronic transaction development agency. Thailand internet user profile 2018. Bangkok: Electronic transaction development agency Ministry of Digital Economy and Society; 2019.
3. Tepin A, Jumnianpol S. Factors affecting levels violence from social action to the different and counterattack through social media. SWTU 2018; 26: 251-74.
4. Supharakornsakul Y. Phetchabun high school student's behaviors in using online social networks and their impact. J SocHu UBU. 2017;8:53-71.
5. Juinam C, Chantaranamchoo N. The behaviors and effects of using social networks of the junior secondary school students in Sukhothai province. Veridian E-Journal, Silpakorn University. 2015;8:84-95.
6. Massayakong S. The quality of life in school of upper secondary students in Bangkok area [Thesis]. Bangkok: National Institute of Development Administration; 2011.
7. Thochampa S. School health. Phitsanulok: Naresuan University; 2019.
8. Vongsuphakphan P, Phanpanich P. The relationship between social media use with depression and anxiety among medical students at Udon Ratchathani University. JPMC 2022;39:24-32.
9. Chupradit P, Chupradit S. The influences of social media addiction on mental health status among university students in Thailand. Suthiparithat 2022;36:188-207.
10. Thongbang P. The relationship of social media addiction on ADHD among college students Sirinhorn public health Suphanburi. JYRI 2021;12:1-15.
11. Phanichsiri K, Tuntasood B. Social media addition and Attention Deficit and Hyperactivity Symptoms in school students in Bangkok. J Psychiatr Assoc Thailand 2016;61:191-204.
12. National Statistical Office. The population is separated by age nationwide [Internet]. Bangkok: National statistical office Thailand;

- 2019 [cited 2023/05/11]. Available from: https://catalog.nso.go.th/dataset/os_01_00001.
13. Mahidol University. Institute for population and social research. Thai people's health 2016: Die well, the way you choose. Nakhon Pathom: Amarin; 2016.
 14. Srisathitnarakun B. Development and validation of research instruments: psychometric properties. Bangkok: Chulalongkorn University; 2012.
 15. Wareeprasirt N. Two-stage stratified surveys with probability proportional to size sampling of primary sampling units: a case study survey tutoring of Thai student for speciality large-size secondary school [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2015.
 16. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int Med Educ*. 2011;2:53-5.
 17. Chaichanawiroe U, Vantum C. Evaluation of content validity for research instrument. *Journal of Nursing Sciences & Health* 2017;11:105-11.
 18. Sasong C. Strategic marketing alliance for self-reliance, sustainable for entrepreneurial community products in Muang district Mae Hong Son province [thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai Rajabhat University; 2017.
 19. Pinyo T. Techniques for interpreting the results of factor analysis in research work. *Panyapiwat Journal* 2018; 10:292-304.
 20. Sakulsriprasert C. Confirmatory factor analysis. *TH J CLI PSY* 2013;44:1-16.
 21. Sagoolsong P. Mixture structural equation modeling of factors influencing [Thesis]. Maha Sarakham: Rajabhat Maha Sarakham University; 2017.
 22. Johannes B. A primer latent profile and latent class analysis [Internet]. Erfurt: ResearchGate; 2021 [cited 2023/05/11]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/353424179_A_primer_to_latent_profile_and_latent_class_analysis.
 23. Krishnamra S, Chanpen S, Tanthanawigrai P, Pornnoppadol C. The development of game addiction quality of life scales. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2022; 67: 304-16.
 24. Chanpen S, Pornnoppadol C, Vasupanrajit A, Dejatiwonges Q. An assessment of the validity and reliability of the Social Media Addiction Screening Scale (S-MASS). *Siriraj Medical J* 2023;75: 167-80.
 25. National Cancer Institute. NCI dictionary of cancer terms [Internet]. United States: National Cancer Institute; [cited 2023/07/13]. Available from: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/selection-bias#>.
 26. Shringarpure S, Xing EP. Effects of sample selection bias on the accuracy of population structure and ancestry inference. *G3 (Bethesda)* 2014;4:901-11.
 27. Chintradecha P. Factors affecting internet addiction behavior by different generations in Bangkok. [Internet]. Bangkok: Centre for addiction studies; [cited 2023/08/17]. Available from: <https://cads.in.th/cads/content?id=155>.



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2567

สารบัญ	หน้า
บรรณาธิการแถลง	A
บทบรรณาธิการ	หนึ่งทศวรรษวันไบโพลาร์โลก : เริ่มต้นที่ประเทศไทย แล้วกระจายไปทั่วโลก พิเชฐ อุดมรัตน์ A1
นิพนธ์ต้นฉบับ	ปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ติดยาเสพติดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของประเทศไทย 1 พรจิตติ เผ่าภูธร, ชูชาติ วงศ์อนุชิต การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินเด็กเลี้ยงยาก อายุ 3 - 6 ปี 13 ประพา หมายสุข, ฅามรา สุมาลย์โรจน์, เพ็ญรยา นิลสุ่ม, แก้วดา นพณิจำรัสเลิศ Exposure to air pollution and self-reported depression, anxiety, and 24 stress in chronic respiratory patients: a preliminary study in the urban area of Thailand Wee Mekwilai, Worawan Sirichana, Sarita Thawanapong, Kamon Kaewkittinarong, Nutta Taneepanichskul ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นในวัยรุ่นชายในสถานพินิจและคุ้มครอง 36 เด็กและเยาวชน ภัทรพร ปานดี, กฤษฏีกา วังตระกูล, โกศลจิต หลวงบำรุง, พรทิพย์ จรุงศักดิ์สกุล, ณรงค์ศักดิ์ พุทธประเสริฐ, เจริญศรี ขวัญรอด, อูสา แจ่มกรณ์, สำเภาทิพย์ ลิ้มสมุทรชัยกุล, ศรัณย์รัชต์ หนูนา, สุภาวดี แก้วนรา, สันติพงศ์ แก้วนรา, สันติ เพชรน้อย, มโนชา รามเพชร ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอก 49 โรงพยาบาลปัตตานี เอ๋มนัสรี มินทรศักดิ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในช่วงการแพร่ระบาดของ 60 โรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 - 2566 วรวรรณ จุฑา, กมลลักษณ์ มากคล้าย บทความปริทัศน์ โปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติสำหรับประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยหลัง 73 โรคหลอดเลือดสมอง : การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต เกษราภรณ์ เคนบุปผา, เกษร สายธนู, โปรยทิพย์ สันตะพันธ์, เกยูร กุจพันธ์ สมิต
คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์	I
สารบัญวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย	